

Kurzfassung

Zur Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft

Ethische Erwägungen und Empfehlungen

Stellungnahme Nr. 30/2018

Ausgangslage

Die Schweiz hat eine der niedrigsten Abbruchraten weltweit. Von den insgesamt rund 10'000 Abbrüchen, die jährlich durchgeführt werden, erfolgen ungefähr 95 Prozent bis zur zwölften Woche gemäss der sogenannten Fristenregelung. Nur ein sehr kleiner Teil aller Abbrüche findet im späteren Verlauf der Schwangerschaft statt. Diese Eingriffe stellen die betroffenen Frauen, ihre Partner und Familien sowie die involvierten Fachpersonen vor grosse Herausforderungen, Unsicherheiten und Belastungen.

Die vorliegende Stellungnahme beschäftigt sich mit der aktuellen Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf einer Schwangerschaft in der Schweiz und geht auf die ethischen Fragen ein, die sich vor dem Hintergrund des geltenden rechtlichen Rahmens im klinischen Kontext heute stellen.

Gemäss geltendem Recht ist ein Abbruch im späten Verlauf der Schwangerschaft straflos, wenn eine medizinische oder sozialmedizinische Indikation vorliegt, wobei die Gründe für den Abbruch je gewichtiger sein müssen, desto weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist. Damit wird der weit verbreiteten moralischen Überzeugung, dass mit dem Fortschritt der Schwangerschaft dem ungeborenen Leben zunehmender Schutz zuteilwerden muss, Rechnung getragen.

Zahlen und Fakten

- Pro Jahr werden in der Schweiz etwa 150 Abbrüche ab der 17. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Davon werden ca. 40 Eingriffe in der 23. Schwangerschaftswoche oder später vorgenommen. Die Anzahl jährlich durchgeführter Abbrüche in der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft hat sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert.
- Ursache und Voraussetzung für den Abbruch ist stets eine Notlage der schwangeren Frau, die ärztlich bestätigt werden muss.
- In der Schweiz erfolgen Abbrüche ab ungefähr der 15. Woche durch eine medikamentös eingeleitete Geburt. Ungefähr ab der 17. Schwangerschaftswoche können Kinder, die so geboren werden, Lebenszeichen zeigen; etwa ab der 22. Schwangerschaftswoche ist mit intensivmedizinischer Unterstützung unter Umständen ein Überleben möglich. Manchmal wird dem Fötus im Mutterleib deshalb ein todbringendes Mittel verabreicht, damit er leblos zur Welt kommt (Fetozid).
- Bezüglich des Umgangs mit Abbrüchen im späteren Verlauf der Schwangerschaft bestehen in der Schweiz beträchtliche Unterschiede von Klinik zu Klinik. Je nach Region ist der Zugang zu solchen Abbrüchen erschwert, einzelne Kliniken führen dagegen überproportional viele solcher Eingriffe durch. Zum Teil werden Frauen professionell unterstützt, teilweise sind die Begleitungs- und Betreuungsangebote aber auch ungenügend koordiniert oder bestehen nicht kontinuierlich über alle Prozessphasen vor und nach der Geburt hinweg.

Ethische Erwägungen

Die Gründe und Umstände, die einem Abbruch im weit fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft zugrunde liegen, sind vielfältig. Fast immer liegt eine schicksalhafte Lebenssituation vor, welche die betroffenen Frauen vor ein moralisches Dilemma stellt. Diese Entscheidungssituation und ihre Folgen können die Frauen und ihre Familien nachhaltig erschüttern. Darum lautet der erste ethische Grundsatz, dass alle Optionen gemeinsam erwogen sowie die Betroffenen einfühlsam und achtsam begleitet werden müssen.

Die Frage, wann eine seelische Notlage vorliegt, die einen Abbruch erfordert und rechtfertigt, lässt sich nicht allgemein beantworten, sondern muss in jedem Fall von einem Arzt oder einer Ärztin (gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer Gesundheitsfachpersonen) individuell evaluiert werden. Massgebend sind die persönliche Einschätzung der Frau und die individuellen Umstände im Einzelfall. Es ist davon auszugehen, dass auch gesellschaftliche Werthaltungen (z.B. betreffend das Leben mit einem kranken Kind bzw. als kranker Mensch) sowohl die persönliche Entscheidung der Frau als auch das ärztliche Urteil im Rahmen der Indikationsstellung beeinflussen.

Darüber hinaus stehen folgende Aspekte im Zentrum der ethischen Erwägungen:

Indikation und Entscheidungsfindung

- Entscheidend ist, dass das Ausmass des Leidens letztlich nur von der betroffenen Frau selbst eingeschätzt werden kann (Autonomieprinzip), wobei diese Einschätzung aus ärztlicher Sicht im Sinne des Fürsorgeprinzips nachvollziehbar sein muss.
- Möglich ist, dass eine Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung zustande gekommen ist, dass eine Frau während der Schwangerschaft akut psychisch erkrankt und suizidal wird oder dass im Rahmen der Pränataldiagnostik eine schwere Erkrankung oder Fehlbildung des Fötus diagnostiziert wird. Im letzten Fall ist dann aus ethischer Sicht im Sinne des Nichtschadens-Prinzips neben dem Leiden der Mutter auch das zu erwartende Leiden des Kindes zu berücksichtigen. Die Prämissen dieser Entscheidungen sollten öffentlich thematisiert werden, um zu verhindern, dass betroffene Frauen und Behandlungsteams mit ihrer Entscheidung alleine gelassen werden (Bedeutung gesellschaftlich verankerter Werthaltungen).

Begleitung und Betreuung

- Eine achtsame Begleitung und Betreuung der schwangeren Frau und ihrer Familie ist ebenso wichtig wie eine gut begründete Entscheidung. Steht eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft im Raum, liegen in aller Regel Umstände vor, die eine Familie in eine schwere Lebenskrise stürzen können (wie beispielsweise eine vorgeburtliche Diagnose); eine intensive Begleitung ermöglicht dann überhaupt erst eine informierte Entscheidung (Autonomiefähigkeit). Dabei sind unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten zu erwägen, namentlich eine palliative Geburt oder die nachgeburtliche Freigabe eines Kindes zur Adoption. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollten im Sinne des Fürsorgeprinzips dabei im Zentrum stehen. Auch die Gewissensfreiheit der Mitglieder von Betreuungsteams ist zu achten.

- Der Abbruch der Schwangerschaft geht mit einem Trauerprozess einher, der häufig (weit) vor der Durchführung des Abbruchs einsetzt und von den Eltern sehr unterschiedlich erlebt wird. Die Art und Weise des Umgangs mit dem verstorbenen Fötus oder mit dem möglicherweise erst nach der Geburt verstorbenen Kind kann enorme Auswirkungen haben auf den Trauerprozess der Eltern (und unter Umständen auch der Geschwister).

Durchführung des Abbruchs

- Ein Abbruch muss in jedem Fall so durchgeführt werden, dass er der Frau und dem Fötus möglichst wenig Leiden zufügt (Nicht-Schadensprinzip).
- Aufgrund der nicht geführten öffentlichen Diskussion und fehlender Forschung lassen sich die unterschiedlichen Abbruchmethoden nur bedingt beurteilen. Umstritten ist der Fetozid, weil eine Ärztin oder ein Arzt dabei dem Leben des Fötus direkt ein Ende setzt; allerdings ist auch die Geburtseinleitung mit dem absichtlichen Beenden des Lebens verbunden (der expressive Akt einer Tötung im Mutterleib wird von den Fachpersonen negativer eingeschätzt bzw. erlebt).

Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch

Bei einer Lebendgeburt nach Abbruch sind dieselben Kriterien anzuwenden, die auch bei extrem Frühgeborenen Anwendung finden (Recht auf Leben). Welche medizinischen Massnahmen zu ergreifen sind, entscheidet sich dabei nach dem Kindeswohl.

Empfehlungen

Gestützt auf ihre ethischen Erwägungen empfiehlt die NEK-CNE Massnahmen in folgenden Bereichen:

Versorgungssicherheit und Qualitätsstandards

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und gleichwertigen Versorgung in der ganzen Schweiz sind Massnahmen durch die zuständigen Fachgesellschaften erforderlich. Insbesondere braucht es:

- Einen transparenten Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Verfahrensstandards zur Vereinheitlichung der Praxis;
- Leitlinien zur Frage, unter welchen Umständen ein Abbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft angezeigt sein kann, damit sich die betroffenen Frauen und Behandlungsteams mit ihren schwierigen Entscheidungen nicht alleine gelassen fühlen;
- Eine interkantonale oder nationale Kommission, die besonders komplexe Konstellationen prüft und damit die Entscheidungsfindung auf klinischer Ebene unterstützt.

Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen

Der professionellen Begleitung der schwangeren Frau oder des Paares kommt entscheidende Bedeutung zu – sie muss einfühlsam, kontinuierlich, rechtzeitig und anhaltend sein. Folgende Elemente sind wichtig:

- Betroffene Frauen sollen umfassend über die verschiedenen Abbruchmethoden informiert werden;
- Wird in der Schwangerschaft eine lebenslimitierende Erkrankung beim Fötus festgestellt, muss die Frau aufgeklärt werden über die Möglichkeit, das schwerkranke Kind auszutragen. Die weitere Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit danach müssen sorgfältig und multiprofessionell geplant werden (sog. Palliative Geburt);
- Es braucht differenzierte Betreuungsmodelle und die Aus- und Weiterbildung des Personals muss gefördert werden;
- Frauen bzw. Paare, die eine erwünschte Schwangerschaft beenden mussten, sollten in ihrem individuellen Trauerprozess unterstützt werden. Dazu gehört, dass ihnen ermöglicht wird, in der Klinik einen Abschiedsritus bzw. religiös verankerte zeremonielle Elemente der Trauerbegleitung mitzuerleben.

Umgang mit Lebendgeburten

Jedes Kind, das nach einem Schwangerschaftsabbruch lebend zur Welt kommt, muss medizinisch und pflegerisch umfassend versorgt werden. Zu berücksichtigen sind folgende Aspekte:

- Die Frau oder das Paar müssen darüber informiert werden, dass ihr Kind im Rahmen eines Abbruchs mit Lebenszeichen zur Welt kommen kann und das weitere Vorgehen für diesen Fall soll gemeinsam mit ihnen vorbesprochen werden.
- Es müssen Strukturen für die Ausbildung und die (auch psychologische) Unterstützung des Pflegepersonals bereitgestellt werden.