

Psychosoziale Beratung bei Schwangerschafts- abbruch aus medizinischer Indikation

Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Stefanie Baumeister

aus Duisburg

2017

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Anke Rohde
2. Gutachter: Apl.-Prof. Dr. med. Annegret Geipel

Tag der Mündlichen Prüfung: 19.07.2017

Aus dem Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Geschäftsführender Direktor: Herr Prof. Dr. med. Walther Christian Kuhn

Für Evamaria Baumeister

1. EINLEITUNG	9
1.1. Pränatale Diagnostik (PND)	9
1.1.1. Pränatale Diagnostik und ihre Ziele	9
1.1.2. Indikationen für pränatale Diagnostik.....	10
1.2. Historische, gesellschaftliche und juristische Aspekte der PND	10
1.2.1. Entwicklung der Pränataldiagnostik	10
1.2.2. Richtlinien zur Pränataldiagnostik.....	12
1.2.3. Information und Beratung der Schwangeren – Rechtsanspruch auf Beratung	13
1.2.4. Rechtliche Situation bei Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation	14
1.3. Medizinische Aspekte der PND	16
1.3.1. Basisuntersuchungen während der Schwangerschaft.....	16
1.3.2. Nicht-invasive pränatale Diagnostik.....	16
1.3.3. Invasive pränatale Diagnostik.....	18
1.3.4. Häufigkeit von Fehlbildungen, Erkrankungen des Ungeborenen	20
1.3.5. Humangenetisches Beratungsgespräch	22
1.3.6. Schwangerschaftsabbruch, Methoden.....	22
1.3.7. Exkurs: „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit“	24
1.4. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik.....	24
1.4.1. Position der DGGG (Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe).....	25
1.4.2. Beratung vor und während PND - Krisenintervention bei pathologischem Befund	25
1.4.3. Psychosoziale Beratung nach Pränataldiagnostik – Frage nach Abbruch oder Fortsetzen der Schwangerschaft	26
1.5. Reaktion nach fetalem pathologischen Befund und Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	27
1.5.1. Visualisierung des Ungeborenen und Bindungsbereitschaft an das Ungeborene	27
1.5.2. Pathologischer Befund als unerwartetes Ereignis; Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch	28
1.5.3. Begriffsklärung: Akute Belastungsreaktion.....	29
1.6. Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	31
1.6.1. Methode des Schwangerschaftsabbruchs nach erstem Trimenon.....	31
1.6.2. Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastung	33
1.7. Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	34
1.7.1. PND Diagnose und Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch	34
1.7.2. Trauerphasen	35
1.7.3. Exkurs: Bestattung eines Kindes, das im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation verstorben ist	36
1.7.4. Perinatale Trauer bei einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation.....	36
1.8. Ziel der vorliegenden Arbeit	38
2. STUDIE UND METHODEN	40
2.1. Evaluation der Modellprojekte: Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik	40
2.1.1. Modellprojekte und Arbeitskreis.....	40
2.1.2. Studie	41
2.1.3. Datenerhebung und Fragebögen.....	42
2.2. Untersuchungsinstrumente.....	43

2.2.1. Studien-Fragebögen	43
2.2.2. Perinatal Grief Scale (PGS).....	44
2.2.3. Brief Symptom Inventory (BSI).....	45
2.3. Auswertung.....	46
2.4. Stichprobenbeschreibung	47
2.4.1. Gesamtstichprobe	49
2.4.2. Katamnesegruppe.....	51
3. ERGEBNISSE	54
3.1. Ergebnisse I - deskriptiver Teil.....	55
3.1.1. Gynäkologische und pränatalmedizinische Daten.....	55
Gesamtstichprobe und Katamnesegruppe	55
3.1.2. Soziodemographische Daten im Zusammenhang mit Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch	62
Alter der Patientin und Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch	62
Bildungsstand der Patientin und Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch	62
3.1.3. Psychosoziale Beratung bei Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation.....	63
Aktuelle Problematik (Bewertung durch Beraterin).....	63
Informationsstand über Pränataldiagnostik (Bewertung durch Beraterin)	63
Zustand der Patientinnen (Bewertung durch Beraterinnen).....	64
Psychische Belastung der Patientin (Bewertung durch Beraterin)	65
Beratungsinhalte (Bewertung durch Beraterin)	65
Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor psychosozialer Beratung	68
Beeinflussung des Entschlusses für einen Schwangerschaftsabbruch durch die psychosoziale Beratung	68
Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch einmal in dieser Weise treffen	69
Zufriedenheit mit der Beratung	70
3.1.4. Beratung rückblickend.....	71
Wie hilfreich war die psychosoziale Beratung rückblickend?	71
Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosozialen Beratung	72
Rat zu Beratung.....	73
3.2. Ergebnisse II – Zufriedenheit mit Beratung und Beratungsthemen	74
3.2.1. Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung	74
Non-parametrische Korrelation zw. Beraterinnen- und Patientinnenangaben zur Zufriedenheit und Ergebnis des Beratungsgesprächs	74
PND-Diagnose und Zufriedenheit mit der Beratung	75
Schwangerschaftswoche bei Beratung und Zufriedenheit mit der Beratung	76
Vorangegangenes Verlustereignis und Zufriedenheit mit der Beratung	77
Geplante / ungeplante Schwangerschaft und Zufriedenheit mit der Beratung.....	77
Bereits vorhandene Kinder / keine Kinder und Zufriedenheit mit der Beratung	78
Bildungsstand und Zufriedenheit mit der Beratung.....	79
3.2.2. Beratungsthemen.....	79
Beratungsthemen in Abhängigkeit von der PND-Diagnose	79
Beratungsthemen in Abhängigkeit vom Schwangerschaftswoche bei Abbruch.....	82
Beratungsthemen in Abhängigkeit von vorangegangenen Verlustereignis.....	82
Beratungsthemen in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft und Entscheidenheit für einen Schwangerschaftsabbruchs vor Beratung	83
Beratungsthemen in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern und Entscheidenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor Beratung	84
Beratungsthemen in Abhängigkeit vom Bildungsstand.....	85

3.3. Ergebnisse III – Psychische Belastung und Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation.....	85
3.3.1. Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	85
Psychische Belastung allgemein nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation ...	86
Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche bei Abbruch.....	87
Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft	88
Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft	89
Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern.....	90
Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit vom Bildungsstand.....	91
3.3.2. Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	91
Perinatale Trauer allgemein nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	92
Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus med. Indikation in Abhängigkeit von der SSW bei Abbruch.....	94
Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen	94
Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft	95
Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern.....	96
Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit vom Bildungsstand.....	97
PGS-Subskalen: aktive Trauer, schwierige Bewältigung, Verzweiflung	97
 4. DISKUSSION	 101
4.1. Ergebnisse I	101
4.1.1. Diskussion der deskriptiven Daten.....	101
Gynäkologische und pränatalmedizinische Daten.....	101
Aktuelle Problematik	104
Informationsstand der Patientinnen	104
Zustand der Patientinnen	106
Beratungsthemen.....	106
Zufriedenheit mit der Beratung	109
Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch.....	110
Zusammenfassung.....	110
 4.2. Ergebnisse II	 112
4.2.1. Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung	112
PND-Diagnose	113
Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch	113
Vorangegangenes Verlusterlebnis im Kontext einer Schwangerschaft	113
Geplante / ungeplante Schwangerschaft	114
Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit.....	114
Bildungsstand	114
4.2.2. Beratungsthemen.....	115
PND-Diagnosen.....	115
Bildungsstand, Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, vorangegangenes Verlusterlebnis im Kontext einer Schwangerschaft	116
Geplante / ungeplante Schwangerschaft	116
Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit.....	117
Zusammenfassung.....	117

4.3. Ergebnisse III	119
4.3.1. Psychische Belastung	119
Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch	120
Vorangegangenes Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft, Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit, Geplante / ungeplante Schwangerschaft	121
Bildungsstand	122
Zusammenfassung	122
4.3.2. Perinatale Trauer	123
Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch	123
Vorangegangenes Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft	124
Geplante / ungeplante Schwangerschaft	125
Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit	125
Bildungsstand	125
Zusammenfassung	126
4.4. Fazit	127
4.5. Kritische Schlussbetrachtung der Arbeit	128
5. ZUSAMMENFASSUNG DER VORLIEGENDEN ARBEIT	129
6. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	130
7. TABELLENVERZEICHNIS	132
8. LITERATURVERZEICHNIS	134
9. DANKSAGUNG	143

1. Einleitung

1.1. Pränatale Diagnostik (PND)

1.1.1. Pränatale Diagnostik und ihre Ziele

Die Pränatale Diagnostik, so definiert der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer, „dient dazu, die Schwangere von der Angst vor einem kranken oder behinderten Kind zu befreien sowie Entwicklungsstörungen des Ungeborenen so frühzeitig zu erkennen, dass eine intrauterine Therapie oder eine adäquate Geburtsplanung unter Einbeziehung entsprechender Spezialisten für die unmittelbare postnatale Versorgung des Ungeborenen erfolgen kann“ (Vilmar und Bachmann, 1998). Pränatale Diagnostik ist der Oberbegriff für ganz unterschiedliche invasive wie nicht-invasive Untersuchungen, die einer kontinuierlichen technischen Weiterentwicklung unterliegen. Dabei umfasst sie all jene diagnostischen Maßnahmen, durch die morphologische, strukturelle, funktionelle, chromosomale und molekulare Störungen vor der Geburt erkannt oder ausgeschlossen werden können („Mutterschafts-Richtlinien“, 2015). Dabei wird eine für das Ungeborene und die Schwangere möglichst ungefährliche und eine im Ergebnis sichere Methode angestrebt, die schon in der frühen Schwangerschaft und auch wiederholt durchgeführt werden kann.

Ethische, soziale und juristische Aspekte der Pränataldiagnostik beschäftigen Mediziner bereits seit über 30 Jahren (vergl. Powledge et al., 1979), mit Weiterentwicklung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten werden auch immer wieder neue Fragestellungen hinsichtlich ethischer, sozialer, juristischer und psychologischer Aspekte aufgeworfen. Christiane Woopen vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln und Mitglied des Deutschen Ethikrates unterscheidet in der Pränataldiagnostik zwei Handlungstypen. So spricht sie von „therapiebezogener Pränataldiagnostik“ und „existenzbezogener Pränataldiagnostik“. „Therapiebezogene Pränataldiagnostik“ beinhaltet die Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes und der Entwicklung des Ungeborenen mit dem Ziel der Vermeidung von Komplikationen vor und unter der Geburt oder zur Behandlung des Ungeborenen. „Existenzbezogene Pränataldiagnostik“ hingegen diene der Erkennung von Merkmalen des Ungeborenen, die auf eine Entwicklungsstörung oder Fehlbildung hinweisen können. Sie kann die Schwangere letztlich in

die sehr belastende Situation bringen, die Entscheidung über einen Abbruch oder das Fortsetzen der Schwangerschaft treffen zu müssen (Woopan, 2001).

1.1.2. Indikationen für pränatale Diagnostik

Die Gründe, aus denen Schwangere Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, sind vielfältig. Zumeist ergibt sich aus einer Verdachtsdiagnose bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch den niedergelassenen Gynäkologen die Indikation. Aber auch ein höheres Alter der Mutter, mit dem das Risiko für eine Chromosomenabberation steigt, Mehrlingsgravidität, Komplikationen während der aktuellen oder einer voran gegangenen Schwangerschaft, genetische Belastung der Eltern oder Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft können Anlass für pränataldiagnostische Maßnahmen sein. Zudem können Schwangere sich auf eigenen Wunsch untersuchen lassen, in der Regel dann auf eigene Kosten.

Ist eine Schwangere älter als 35 Jahre - diese Grenze ist rein statistisch bedingt - und das Risiko für eine genetische Erkrankung des Kindes damit erhöht oder entsteht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge der Verdacht einer fetalen Fehlbildung, so ist der behandelnde Arzt durch die Mutterschaftsrichtlinien von Juli 2003 dazu aufgefordert, seine Patientin über die Möglichkeiten der humangenetischen Beratung und/ oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären. Die Kosten für diese Untersuchungen werden von der Krankenkasse übernommen. Bei Schwangeren unter 35 Jahren und ohne erkennbar höheres Risiko für fetale Fehlbildungen würden Ärzte nicht - invasive Methoden (s. u.) zur Risikoabschätzung empfehlen. Diese Untersuchungen fallen unter die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), ihre Kosten werden nicht von der Krankenkasse erstattet.

1.2. Historische, gesellschaftliche und juristische Aspekte der PND

1.2.1. Entwicklung der Pränataldiagnostik

Pränatale Diagnostik, ihre Möglichkeiten und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für Eltern und Ungeborene, sind das Ergebnis einer jahrelangen technischen, aber auch gesellschaftlichen Entwicklung. Verbesserungen der Ultraschallgeräte, größere labortechnische Möglichkeiten sowie erweiterte Kenntnisse im Bereich der Humangene-

tik bilden nur eine Voraussetzung für die rasante Entwicklung der Pränataldiagnostik. Zudem tragen die zunehmende Routine der Ärzte in den Untersuchungstechniken und die dadurch gesunkenen Risiken der invasiven Pränataldiagnostik ihren Teil zur Ausbreitung, Inanspruchnahme und Akzeptanz der Pränataldiagnostik bei. Ebenso entscheidend sind sicherlich wissenschaftliches und gesellschaftliches Bestreben nach Erkenntnisgewinn über Epidemiologie, Inzidenz und Prävalenz von Fehlbildungen, über Schwangerschaftsverlauf und Präventions- und Therapiemöglichkeiten fetaler Erkrankungen. Aus diesem Bestreben ergaben sich in der Vergangenheit - und dies wird vermutlich auch zukünftig so sein - Gesetzesänderungen, Fortschreibungen der Mutterschaftsrichtlinien und Erweiterungen der Vorsorgeprogramme. Ein ganz entschiedener Aspekt bei der Ausweitung von Pränataldiagnostik ist aber auch das Inanspruchnahmeverhalten von Schwangeren, die nicht selten ohne lange vorherige innere Auseinandersetzung mit dem Thema pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen lassen, unter Umständen auch auf eigene Kosten, weil sie damit Gewissheit über die Gesundheit des Kindes erhalten wollen. Es soll nur festgestellt werden, dass „alles in Ordnung“ ist, weshalb dann die völlig unerwartete Feststellung eines pathologischen fetalen Befundes zu akuter psychischer Belastung bis hin zum Schock führt.

Zu Beginn der 60er Jahre richtete die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) das Programm „Missbildungsentstehung und Missbildungshäufigkeiten“ ein. 1964 wurde dieses um die Thematik „Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung“ erweitert, hieraus ergaben sich bereits Hinweise auf ein Altersrisiko der Frau für Kinder mit Behinderungen. Im Rahmen einer Erneuerung des Mutterschaftsgesetzes wurden die Mutterschaftsrichtlinien eingeführt, ihr Ziel sollte es sein, Erkrankungen und Sterbeziffern von Neugeborenen zu reduzieren. 1974 erschien in den Mutterschaftsrichtlinien ein Konzept zur Erkennung und Verlaufskontrolle von Risikoschwangerschaften und Geburten aufgrund gynäkologischer oder allgemein anamnestischer Befunde. In dieses Konzept wurde Ende der 70er Jahre auch das Altersrisiko der Frau für genetische Erkrankungen des Kindes eingeschlossen. Nach und nach wurden neuere Untersuchungsstandards der Sonographie und Doppler-Sonographie in den Richtlinien festgelegt. Zudem folgte die Aufnahme der Nackentransparenz-Messung in den Mutterpass. Heute wird diese mit zwei Bluttests zur nicht-invasiven Risikoabschätzung für chromosomale Fehlbildungen kombiniert (Ersttrimesterscreening, s. u.). Seit 1998 werden die Mutterschaftsrichtlinien

durch die „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ ergänzt, die aus den 1987 vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer veröffentlichten Empfehlungen „Pränatale Diagnostik“ hervorgegangen sind. Der Schwerpunkt der „Richtlinien für pränatale Diagnostik“ liegt bei der Information und Beratung der Schwangeren. Es wird deutlich, dass pränatale Diagnostik bereits fest in die allgemeine Schwangerenvorsorge integriert ist. Zwar ist die invasive Diagnostik noch immer an eine Indikationsstellung des behandelnden, niedergelassenen Gynäkologen gebunden, stellt aber tatsächlich ein etabliertes Screening bei älteren Schwangeren dar. Diese Entwicklung ist vermutlich auch im Zusammenhang mit Haftungsfragen von Ärzten zu sehen (Kainer, 2002; Woopen, 2001).

1.2.2. Richtlinien zur Pränataldiagnostik

Mit der Veröffentlichung der Empfehlungen „Pränatale Diagnostik“ verfolgte der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer 1987 das Ziel, eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten der unterschiedlichen involvierten Fachrichtungen und den nachsorgenden Kinderärzten zu erreichen. Die starke Ausweitung und Differenzierung der ärztlichen Aufgaben führte neben gesellschaftlichen Veränderungen – seien es Gesetzesänderungen, ethisch-moralische Diskussionen oder zunehmende Patientenautonomie mit der Forderung nach „informed consent“ – zu der Notwendigkeit, die ursprünglichen Empfehlungen „Pränatale Diagnostik“ 1998 zu einer Richtlinie umzuschreiben. Die „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik“ formulieren die Ziele der Pränataldiagnostik. Sie beschreiben zudem Information und Beratung der Schwangeren sowie den Umfang der Diagnostik. Des Weiteren gehen sie auf die Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch oder der Geburt eines kranken Kindes ein. Sie definieren Präimplantations- und präkonzeptionelle Diagnostik und nennen Beispiele für nicht invasive, invasive und operative Maßnahmen intrauteriner Therapie. Sie bestimmen Qualifikationsnachweise und gehen ein auf ethische und juristische Aspekte der Pränataldiagnostik.

Somit stellen die „Richtlinien zur Pränataldiagnostik“ eine Ergänzung zu den Mutterschaftsrichtlinien dar. Während die Mutterschaftsrichtlinien klare Anweisungen zu erforderlichen Maßnahmen während der Schwangerschaft, der Geburt und frühkindlichen

Entwicklung beinhalten, liegt der Schwerpunkt der „Richtlinien zur Pränataldiagnostik“ auf Information und Beratung der Schwangeren, die sich im Falle eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes oft in einer Situation wiederfindet, die ihr die schwierige Entscheidungen über den Fortgang der Schwangerschaft und gegebenenfalls die Behandlung und Betreuung des Kindes sowie die weitere Lebensplanung abverlangen (Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, 1998).

Ein Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 22. Mai 2009 ergänzte die letzte Änderung vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), in der die embryopathische Indikation in der medizinischen Indikation subsumiert wurde, drei wichtige Inhalte: „mehr Beratung, mehr Information, längere Bedenkzeiten“. In einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 02.11.2011 werden vier positive Aspekte der jetzigen Gesetzgebung benannt. 1. „Die Frau erhält mehr Beratung im Zusammenhang mit der Diagnose einer Erkrankung des Kindes, was sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte angeht.“ 2. „Sie muss durch den Arzt obligatorisch darauf hingewiesen werden, dass sie ein Recht auf Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen hat.“ 3. „Zwischen der erfolgten Diagnose bzw. Beratung und der Ausstellung der Indikationsbescheinigung müssen mindestens 3 Tage vergehen (Zeit des Überdenkens).“ 4. „Lediglich bei ‚gegenwärtiger erheblicher Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren‘ gelten diese Regeln nicht.“ (Kentenich et al., 2009).

1.2.3. Information und Beratung der Schwangeren – Rechtsanspruch auf Beratung

Die „Richtlinien zur Pränataldiagnostik“ weisen darauf hin, dass die Komplexität der pränatalen Diagnostik eine differenzierte Beratung, vor allem für die invasive Diagnostik, erfordert. So soll die Schwangere bereits vor jeglicher Art pränataler Diagnostik ausführlich über den Anlass, das Ziel und das Risiko sowie über die Grenzen der pränataldiagnostischen Möglichkeiten und die Sicherheit ihrer Untersuchungsergebnisse beraten werden (Kowalcek et al., 2003). Ein Beratungsgespräch soll Art und Schweregrad einer möglichen Störung, unterschiedliche Vorgehensweisen bei einem pathologischen Befund, das sich aus diesem eventuell ergebende psychologische und ethische Kon-

fliktpotential und das Aufzeigen von Alternativen zu invasiver Diagnostik beinhalten (Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, 1998). Für die Durchführung von Pränataldiagnostik ist es wichtig, dass die Patientin Art und Durchführung der bevorstehenden Untersuchung verstanden hat und dem Arzt ihre Einwilligung dazu gibt. Eine ausführliche Beratung über die Bedeutung des Befundes, Ursache, Art und Prognose der fetalen Erkrankung, mögliche Komplikationen, Therapieoptionen und schließlich Konsequenzen für die Geburtsplanung erfolgt nach Pränataldiagnostik durch den behandelnden und/ oder beratenden Arzt.

Zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten hat in Deutschland jede Frau und jeder Mann Rechtsanspruch auf Information und Beratung durch eine anerkannte Beratungsstelle. Dies gilt für alle Fragen, die eine Schwangerschaft betreffen. Die Beratung umfasst deshalb nicht nur medizinische Information, sondern auch Sexuaufklärung, Fragen zu Verhütung und Familienplanung sowie psychosoziale Beratung zu allen Ungewissheiten, die sich aus dem Verlauf einer Schwangerschaft und den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen ergeben (§2 Abs. 2 SchKG) (s. o.).

1.2.4. Rechtliche Situation bei Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation

Im Rahmen der sogenannten Beratungsregelung (oft auch noch als „soziale Indikation“ bezeichnet) sind Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland straffrei, wenn der Abbruch innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen und mindestens drei Tage nach einer Beratung durch eine anerkannte Beratungsstelle (im Sinne des § 219) erfolgt (§ 218 a, Abs. 1). Nach diesem Zeitpunkt ist ein Schwangerschaftsabbruch nur bei medizinischer Indikation rechtmäßig, dann auch ohne zeitliche Begrenzung, d. h. ggf. auch bis kurz vor der natürlichen Geburt. Dabei erwartet der Gesetzgeber allerdings auch immer eine Güterabwägung, wobei das Leben des Kindes mit zunehmendem Schwangerschaftsalter (insbesondere ab der 22./23. SSW, also einer potentiellen Lebensfähigkeit des Kindes) an Bedeutung gewinnt und immer höher gegen die zu erwartende Belastung der Mutter wiegt (Rohde und Dorn, 2007).

Die medizinische Indikation geht aus einer Änderung des § 218 a Abs. 2 und einer Neufassung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SchHÄndG) vom

21.08.1995 hervor. Nach dieser ist „ein Schwangerschaftsabbruch dann nicht strafbar, wenn die betroffene Frau einwilligt und der Abbruch unter Berücksichtigung ihrer gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse nach der ärztlichen Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder das Risiko einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“ Die embryopathische Indikation der alten Fassung wurde unter die jetzt geltende medizinische Indikation des § 218 a Abs. 2 StGB subsumiert.

Unter die medizinische Indikation fällt auch eine sogenannte „psychiatrische Indikation“ bei der es ebenso um die Frage nach einer zukünftigen ernsthaften Erkrankung der Schwangeren geht. Relevant ist die medizinisch-psychiatrische Indikation insbesondere „wenn es sich um ein gesundes Kind handelt bzw. eine psychiatrische Erkrankung oder eine besondere Ausnahmesituation“ vorliegt (Berg et al., 2008; Rohde und Dorn, 2007). Entscheidende Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a Abs. 1-3 sind die Einwilligung der Schwangeren in den Eingriff und das dieser vorausgegangene ausführliche ärztliche Aufklärungsgespräch mit dem Hinweis auf den Rechtsanspruch auf eine ergebnisoffenen psychosoziale Beratung, s.a. Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 22. Mai 2009. Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund medizinischer Indikation werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Laut statistischem Bundesamt wurden im Jahre 2014 99.715 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durchgeführt, diese Zahlen sind seit 2007 kontinuierlich rückläufig. Davon sind 3594 Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer medizinischen Indikation durchgeführt worden, dies entspricht 3,6 %. Hiervon wurden 2196 Schwangerschaften im dem Zeitraum zwischen 12. und 21. Schwangerschaftswoche beendet, entspricht 61,1 %. Nach der 22. Schwangerschaftswoche wurden 584 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, dies entspricht 16,3 % der Gesamtzahl der aus medizinischer Indikation durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche (Statistisches Bundesamt, 2015).

1.3. Medizinische Aspekte der PND

1.3.1. Basisuntersuchungen während der Schwangerschaft

Niedergelassenen Gynäkologen führen während des Schwangerschaftsverlaufs drei „Basissonographien“ durch. Das sind jene Ultraschalluntersuchungen, wie sie im Zeitraum von Beginn der 9. Schwangerschaftswoche bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche, von Beginn der 19. Schwangerschaftswoche bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche und schließlich von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche im Rahmen der aktuellen Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen und genau festgelegt sind („Mutterschafts-Richtlinien“, 2015).

Etwa zur 10. Schwangerschaftswoche werden die Vitalität des Feten und das Schwangerschaftsalter gesichert, gegebenenfalls eine Mehrlingsgravidität und mögliche erste Anzeichen für schwere Fehlbildungen festgestellt oder ausgeschlossen. Etwa in der 20. Schwangerschaftswoche werden Größe und Gewicht des Ungeborenen ermittelt und der Fet noch einmal gründlich nach Anzeichen auf Fehlbildungen und Hinweise auf Chromosomenanomalien untersucht. In der 30. Schwangerschaftswoche sollen eine Wachstumsrestriktion, z. B. aufgrund einer Plazentainsuffizienz, oder andere Erkrankungen, die sich erst in der Spätschwangerschaft manifestieren ausgeschlossen werden. Sollten sich bei diesen Basisuntersuchungen Auffälligkeiten zeigen, würden weitere diagnostische Maßnahmen folgen, diese wären dem Pränatalmediziner vorbehalten (vergl. Rath et al., 2010).

1.3.2. Nicht-invasive pränatale Diagnostik

In der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche besteht die Möglichkeit eines Ersttrimester-Screenings. Es ermöglicht eine individuelle Risikoabschätzung für eine Chromosomenanomalie. Das Ersttrimester-Screening ist eine nicht-invasive Untersuchungsmethode, bei der besonderes Augenmerk auf sogenannten Softmarker für autosomale Trisomien (Down-, Patau- und Edward-Syndrom) gelegt wird. Als „Softmarker“ bezeichnet man Hinweiszeichen für diese Chromosomenanomalien, beispielsweise ein sonographisch nicht darstellbares Nasenbein, eine verbreiterte Nackenfalte (sog. „Nackentransparenz“, eine Flüssigkeitsansammlung im Nackenbereich des Feten), Herzfehlbildungen usw. Allein geben sie noch keine Auskunft über eine bestehende Chromosomenanomalie,

können aber das Risiko bei Vorhandensein deutlich erhöhen oder umgekehrt deutlich minimieren. In eine Risikoberechnung für Chromosomenanomalien mit ein gehen das Alter der Schwangeren, bereits voran gegangene Schwangerschaften, bei denen eine Chromosomenanomalie festgestellt worden ist, das Schwangerschaftsalter, die Konzentration der Schwangerschaftshormone PAPP-A (Pregnancy-associated plasma protein A) und β -HCG (β -Untereinheit des humanen Choriongonadotropin) im mütterlichen Blut und schließlich die Befunde der Ultraschalluntersuchung. Aus Basisrisiko (statistisches Risiko der Frau nur aufgrund ihres Alters), Untersuchungsergebnissen und anamnestischen Daten werden mit Hilfe eines speziellen Risikokalkulationsprogramms ein aktuelles und individuelles Risiko für eine Chromosomenanomalie berechnet. Ursprünglich wurde das Ersttrimesterscreening in Großbritannien eingeführt, um nicht allen Frauen aufgrund eines rein statistisch erhöhten Risikos für Chromosomenanomalien ab 35 invasive Diagnostik anraten zu müssen.

Der Tripel-Test ist eine Methode zur Risikoberechnung für das statistische Auftreten eines Down-Syndroms. Durchgeführt wird er in der 15. Schwangerschaftswoche, also etwas später als das Ersttrimesterscreening, dazu ist seine Aussage weniger genau. Er eignet sich deshalb nur für die Frauen, die sich zu einem späteren Zeitpunkt für eine Risikoabschätzung entscheiden. Wie beim Ersttrimesterscreening werden die Schwangerschaftshormone PAPP-A und β -HCG gemessen und zusätzlich AFP (Alpha-Feto-Protein) im Serum der Schwangeren bestimmt. Das Alter der Mutter und die Ergebnisse der Laboruntersuchung erlauben eine Aussage über die statistische Wahrscheinlichkeit eines Down-Syndroms beim Ungeborenen. AFP ermöglicht zusätzlich eine Risikoabschätzung für eine Spina bifida (Spaltbildung der vorderen oder hinteren Wirbelsäule).

Zu Beginn der 19. bis Ende der 20. Schwangerschaftswoche kann ein Organ-Ultraschall/ Echokardiographie durchgeführt werden. Diese Untersuchung folgt meist einem auffälligen Befund während einer Basissonographie beim Gynäkologen und ist wesentlich umfangreicher als diese. Alle darstellbaren Organe werden nach ihrem Aussehen beurteilt und Rückschlüsse gezogen auf ihre Funktion. Desweiteren folgt die Darstellung der Plazenta (Aussehen, Größe, Lage) als Hinweis z. B. auf eine Plazentainsuffizienz und/oder einer Placenta praevia, die bei der Geburt zu einer schweren maternalen wie fetalen Blutung führen kann. Und im Falle einer Placenta praevia totalis eine Indikation für einen Kaiserschnitt darstellt. Der zweite und ebenso wichtige Teil der Unter-

suchung besteht in der Echokardiographie. Mit ihrer Hilfe werden Anatomie, Größe, Lage und Symmetrie des fetalen Herzens, die Funktion der Herzklappen, Lage der großen arteriellen und venösen Gefäße sowie Frequenz und Rhythmus des Herzschlages kontrolliert. Die modernen Ultraschallgeräte ermöglichen zusätzlich eine farbkodierte Doppler-Sonographie des Herzens, durch die eine Beurteilung der Funktion der Herzkammern und der Herzscheidewand sowie eine Beurteilung der Blutflüsse (Blutflussrichtung und Blutflussgeschwindigkeit) im Herzen und den umliegenden Gefäßen gelingt. 3D/4D-Ultraschall kommt bei sehr speziellen Fragestellungen zum Einsatz und ist vornehmlich eine Ergänzung zum zweidimensionalen Ultraschall (vergl. Rath et al., 2010).

1.3.3. Invasive pränatale Diagnostik

Chorionzottenbiopsie, Fruchtwasserpunktion und Nabelschnurpunktion stellen invasive diagnostische Maßnahmen dar, sie dienen in erster Linie der Gewinnung von kindlichen Zellen zur humangenetischen Untersuchung auf Chromosomenschäden. Bereits in der 11. Schwangerschaftswoche ist eine Chorionzottenbiopsie möglich. Da die Plazenta (in der Frühschwangerschaft als „Chorion“ bezeichnet) von der befruchteten Eizelle stammt, sind Gewebeproben (Chorionzotten) zur Analyse des fetalen Chromosomensatzes geeignet. Eine Aussage über eine Spina bifida lässt sich bei dieser Untersuchung nicht machen. Eine Chorionzottenbiopsie ist immer dann sinnvoll, wenn aus verschiedenen Gründen eine Untersuchung zu einem sehr frühen Schwangerschaftszeitpunkt nötig ist, z. B. aufgrund erheblicher Risikoerhöhung nach Ersttrimesterscreening, bekannter Erb- und Stoffwechselkrankheiten in der Familie oder dringendem Wunsch nach frühzeitiger Diagnostik. Bei der Untersuchung wird unter sonographischer Kontrolle eine Kanüle in die Plazenta geführt und Zottenmaterial aspiriert. Das Risiko einer Fehlgeburt in Folge der Chorionzottenbiopsie liegt zu diesem Schwangerschaftszeitpunkt geschätzt bei 0,2 %. (vergl. Akolekar et al., 2015) Eine Fruchtwasserpunktion (Amniocentese) wird ab 15+0 Schwangerschaftswochen durchgeführt, unter ständiger Ultraschallkontrolle werden mit einer dünnen Kanüle 10 bis 15 ml Fruchtwasser entnommen (weniger als ein Zehntel der Gesamtfruchtwassermenge). Das Risiko einer Fehlgeburt in Folge der Amniocentese liegt zu diesem Schwangerschaftszeitpunkt geschätzt bei 0,1 %. (vergl. Akolekar et al., 2015). Aus dem Fruchtwasser werden fetale Zellen zur Chromosomenana-

lyse gewonnen, das Ergebnis der Humangenetik liegt zehn bis vierzehn Tage nach der Untersuchung vor. Da diese Wartezeit in einigen Fällen eine erhebliche psychische Belastung der Schwangeren und ihres Partners darstellt, kann mit Hilfe der PCR (Polymerase-Kettenreaktion) ein „Schnelltest“ durchgeführt werden. Dieser erlaubt noch am gleichen Tag eine Aussage über die häufigsten Chromosomenstörungen, Trisomie 13, 18 und 21.

Erst ab der 18. Schwangerschaftswoche steht bei speziellen Fragestellungen die Nabelschnurpunktion (Chordocentese) als Untersuchungsmethode zur Verfügung. Hierbei entnimmt der Arzt unter sonographischer Kontrolle 3 ml fetales Blut aus einer der beiden Nabelschnurarterien. Eine fetale Blutentnahme kann Aufschluss geben z. B. über eine Blutgruppen-Unverträglichkeit, eine vorgeburtliche Infektion des Feten beispielsweise mit Rubellaviren (Erreger der Röteln), eine fetale Anämie oder Stoffwechselstörung. Auf gleichem Weg können dem Feten Medikamente in die Nabelschnurvene appliziert oder Blut transfundiert werden. Das Risiko einer Fehlgeburt aufgrund einer Blutung oder eines vorzeitigen Blasensprungs liegt bei 0,5 bis 1 %. Bei akuter kindlicher Gefährdung, die sich in einer fetalen Bradykardie äußern kann, werden, sofern das Kind bereits lebensfähig ist, diese Eingriffe in Kaiserschnitt-Bereitschaft durchgeführt.

Trotz invasiver Pränataldiagnostik bleibt ein Restrisiko für körperliche Fehlbildungen, geistige Behinderung oder Stoffwechselstörungen, die durch Chromosomenanalysen nicht entdeckt werden können. Grenzen gesetzt sind dieser Diagnostik auch z. B. bei Veränderungen nur eines kleinen Chromosomenabschnittes oder einzelnen Genen, die nicht unter einem Mikroskop zu erkennen sind. Zu einer falschen Ergebnisinterpretation kann ein „Mosaik“ führen, eine Chromosomenabberation, die sich nur auf einen Teil der Körperzellen beschränkt (vergl. Rath et al., 2010).

Tab. 1: Zeitpunkte pränataler Diagnostik

Schwangerschaftswoche	Pränatale Diagnostik	
ab 8. SSW	1. Ultraschall	Vitalitätskriterien
etwa 11. – 14. SSW	Chorionzottenbiopsie (CVS)	zur Chromosomenanalyse
12. – 14. SSW	Ersttrimesterscreeninguntersuchung	Nackentransparenz (NT), Serumuntersuchung auf β -HCG, PAPP-A, anamnestiche Daten - zur Risikoabschätzung für Chromosomenstörung
etwa 16. SSW	Tripel-Test	Risikoabschätzung für fetales Down-Syndrom
etwa 14. – 16. SSW	Amniozentese	zur Chromosomenanalyse
etwa 20. SSW	2. Ultraschalluntersuchung	Ausschluss fetaler Entwicklungsstörungen, Organultraschall
etwa 30. SSW	3. Ultraschalluntersuchung	

1.3.4. Häufigkeit von Fehlbildungen, Erkrankungen des Ungeborenen

Fehlbildungen eines Ungeborenen können vielfältige Gründe haben. „Große angeborene Entwicklungsstörungen sind definiert als strukturelle Defekte des Körpers und/oder der Organe, die die Lebensfähigkeit beeinträchtigen und interventionsbedürftig sind. Sie werden je nach Ursache, Zeitpunkt und Ausmaß der Entwicklungsstörung in Malformationen (mangelnde Gewebsbildung), Deformationen (mechanischer Stress auf normales Gewebe), Disruptionen (Destruktion von normalem Gewebe) und Dysplasien (abnorme Zell- oder Gewebestruktur) eingeteilt“ (Queißer-Luft, 2005; Spranger et al., 1982).

Pro Jahr werden in Deutschland ca. 49.000 Kinder mit großen Fehlbildungen geboren, das entspricht 5-7 % aller Neugeborenen. 60 % aller Fehlbildungen sind unklarer Genese, 5-10 % sind auf chromosomale und 20 % auf monogen erbliche Ursachen zurückzuführen. In 2-10 % führen bestimmte Infektionen der Frau (insbesondere bei Erstinfektion) während der Schwangerschaft zur Beeinträchtigung der fetalen Entwicklung. Beispielsweise das Varizellen-Zoster-Virus (VZV, Erreger der Windpocken), das Zytomega-

lie-Virus (CMV) oder das Rubellavirus (Erreger der Röteln) (Queißer-Luft, 2005; Spranger et al., 1982).

Chromosomenabberationen sind Abweichungen von der normalen Chromosomenzahl (44 Autosomen und 2 Geschlechtschromosomen) oder strukturelle Abweichungen einzelner Chromosomen. Sie entstehen entweder präzygot in der Meiose durch Fehlverteilung eines Chromosomenpaares oder postzygot bei Störungen der Furchungsteilungen der Zygote (Mitose). Numerische Chromosomenabberationen treten zufällig auf. Nach der Befruchtung entsteht ein Keim, dessen Zellen einen hyperploiden (trisom) oder einen hypoploiden (monosom) Chromosomensatz aufweisen. Meist sind diese abberanten Zellen nicht lebensfähig. In einigen Fällen kommt es jedoch zur Ausreifung, wodurch in allen Zellen des neu entstandenen Organismus ein hyper- bzw. ein hypoploider Chromosomensatz zu finden ist. Tritt eine Fehlverteilung postzygot auf, entstehen sog. "Mosaik", d.h. eine Chromosomenabberation ist nur in einem Teil der Körperzellen zu finden. Numerische Abberationen der Geschlechtschromosomen sind Ursache z. B. des Klinefelter-Syndroms (meist Trisomie 47, XXY) oder des Ullrich-Turner-Syndroms (Monosomie 45, X0). Diese Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen kommen mit 1 auf 800 Neugeborene weitaus häufiger vor als autosomale Trisomien. Autosomale Abberationen sind beim Menschen Ursache des Down-Syndroms (Trisomie 21), etwa 1:700 Neugeborene, des Patau-Syndroms (Trisomie 13), etwa 1:10.000 Neugeborene und des Edwards-Syndrom (Trisomie 18), etwa 1:5000 Neugeborene.

Das Basisrisiko für einige Chromosomenstörungen steigt mit dem Alter der Schwangeren. So liegt das Altersrisiko für eine Trisomie 21 zum Zeitpunkt der Geburt bei einer Zwanzigjährigen bei etwa 1:1400, während das Risiko bei einer Fünfunddreißigjährigen bereits auf etwa 1:350 ansteigt und schließlich bei einer Vierzigjährigen auf 1:100. Eine diagnostizierte Chromosomenabberation allein kann meist wenig über den tatsächlichen Schweregrad der Behinderung aussagen.

Erbkrankheiten sind auf Genveränderungen zurückzuführen, die durch spontane Neumutation entstehen oder von einem, häufiger beiden Elternteilen vererbt werden, bei denen eine Genveränderung – oft unerkant – vorliegt. Genetische Erkrankungen können sich äußern in körperlichen, geistigen oder kombinierten Anomalien, auch in defekten Stoffwechselfunktionen, z. B. durch Veränderung oder Ausfall eines bestimmten Enzyms.

1.3.5. Humangenetisches Beratungsgespräch

Jeder humangenetischen Untersuchung geht ein genetisches Beratungsgespräch mit einem Facharzt für Humangenetik oder einem Gynäkologen mit entsprechender Qualifikation voraus. Das Gespräch soll die Schwangere und ihren Partner aufklären über das mögliche Risiko einer genetischen Erkrankung des Kindes. Berücksichtigt werden dabei familienanamnestische Daten bezüglich angeborener Fehlbildungen, genetischer Krankheiten sowie Erkrankungswahrscheinlichkeit z. B. aufgrund des Alters der Mutter, der Herkunft der Partner oder einer Blutsverwandtschaft unter den Partnern. Ziel der Beratung ist auch die Aufklärung, unter Berücksichtigung aller Entscheidungsmöglichkeiten, über den eventuellen Krankheitsverlauf sowie mögliche therapeutische Maßnahmen. Die medizinische Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch kann im Rahmen des Beratungsgesprächs durch den Humangenetiker erfolgen, „insbesondere aufgrund der in der Weiterbildungsordnung verankerten Qualifikation für psychologische und ethische Aspekte genetischer Beratung“, ist, zumindest formal, allen in § 218a, Abs.2 (s. o.) genannten Erfordernissen genügt (Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V. und Berufsverband Medizinische Genetik e.V., 1995).

1.3.6. Schwangerschaftsabbruch, Methoden

Unter einem Schwangerschaftsabbruch wird eine medikamentöse oder instrumentelle, absichtlich herbeigeführte Beendigung einer Schwangerschaft vor Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeit von Embryo oder Fetus verstanden (Pschyrembel, 2015; Haag et al., 2012). Da es sich bei Schwangerschaftsabbrüchen nach pathologischem pränataldiagnostischem Befund und aus medizinischer Indikation häufig auch um Schwangerschaftsabbrüche nach der 22. Schwangerschaftswoche und somit zu einem Zeitpunkt der potentiellen extrauterinen Überlebensfähigkeit handelt, ist die Definition von Schell vorzuziehen. Hier wird der Schwangerschaftsabbruch als „vorsätzliche Beendigung einer Schwangerschaft durch Abtötung der Leibesfrucht einer Schwangeren“ verstanden (Schell, 1995).

Die Methode des Schwangerschaftsabbruchs richtet sich nach der Schwangerschaftsdauer. Im ersten Schwangerschaftsdrittel gibt es die Methode eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs und die Methode der „Saugkürettage“. Bis zum 49. Tag post menstruationem (7 + 0 Schwangerschaftswoche) kann der Abbruch mit dem dafür in Deutschland zugelassenen Progesteron-Antagonisten Mifepriston durchgeführt werden. Die Gabe von 200 – 600 µg Mifepriston oral führt in den meisten Fällen nach 48 - 72 Stunden zum Absterben des Embryos und zum Abort. In ca. 95 % kommt es zu einem kompletten Abort.

Zwischen dem 49. und 63. Tag post menstruationem (9 + 0 Schwangerschaftswoche) kann Mifepriston zusammen mit 800 µg Misoprostol eingesetzt werden. Hier kommt es in ca. 85 % zu einem kompletten Abort.

Bis zur 12. Schwangerschaftswoche post menstruationem kann eine Saugkürettage eingesetzt werden, darüber hinaus in Kombination mit einer operativen Ausschabung. Beide Eingriffe werden entweder in Periduralanästhesie in Kombination mit nicht-steroidalen Antiphlogistika oder in Allgemeinanästhesie durchgeführt. Zur leichteren Dilatation des Zervikalkanals wird präoperativ eine medikamentöse Zervixreifung mit Prostaglandinen durchgeführt.

Danach, ab dem 2. Trimenon, erfolgt ein Schwangerschaftsabbruch durch Induktion einer Geburt, dazu siehe unten. Wie aus der unten angefügten tabellarischen Übersicht hervorgeht, ist schon aufgrund der Zeitpunkte, zu denen bestimmte pränataldiagnostische Untersuchungen überhaupt erst möglich sind, bei medizinischer Indikation für einen Abbruch nach Pränataldiagnostik eine vorzeitige Geburtseinleitung die einzige Option für einen Schwangerschaftsabbruch (vergl. auch Tab.: 1), was das Erleben und die Auswirkungen eines Abbruchs sicherlich beeinflussen, dazu siehe unten (Rath et al., 2010).

Tab. 2: Zeitpunkt und Methode des Schwangerschaftsabbruchs

Schwangerschaftswoche post menstruationem	Methode des Schwangerschaftsabbruchs
Bis ca. 9. SSW p.m.	Medikamentös induzierter Schwangerschaftsabbruch
Bis ca. 12. SSW p.m.	Operativer Abbruch: Kürettage
> 12. – 13. SSW p.m.	Vorzeitige Geburtseinleitung, ggf. nach Fetozid

1.3.7. Exkurs: „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Ein Kind vor vollendeter 21. Schwangerschaftswoche post menstruationem ist wegen fehlender Lungenreife nicht überlebensfähig und wird nicht medizinisch versorgt. Bei Frühgeburten vor vollendeter 22. Schwangerschaftswoche post menstruationem kommt ein Überleben nur in seltenen Ausnahmefällen vor, auf eine Reanimation wird in der Regel verzichtet. In jedem Fall ist zu prüfen, ob die Reife des Frühgeborenen dem pränatal ermittelten und dem zu erwartenden Gestationsalter entspricht. Frühgeborene, die zwischen der 22. Schwangerschaftswoche post menstruationem und vor Ende der 23. Schwangerschaftswoche post menstruationem geboren werden, haben bei intensivmedizinischer Behandlung eine Überlebenschance von bis zu 50 %. Allerdings weisen 20-30 % der überlebenden Kinder schwere bis schwerste Gesundheitsstörungen auf und sind auf lebenslange Unterstützung durch andere Personen angewiesen. Die Überlebenschancen nach der 24. Schwangerschaftswoche post menstruationem liegen bei ausreichender medizinischer Versorgung bei 60 %, nach einer weiteren Schwangerschaftswoche bei 75 %. In Deutschland wird nach der 24. Schwangerschaftswoche post menstruationem eine uneingeschränkte Versorgung des Kindes und ein grundsätzliches Bemühen, sein Leben zu erhalten gefordert (vergl. Hull, 2015; AWMF-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“, 2014).

Friedrich Wolff diskutiert in seinem Anfang 2007 erschienen Artikel „Grenzen des Lebens“ (Wolff, 2007) verschiedene Studien zu Morbidität und Mortalität von Frühgeborenen. Danach wird in einer 2006 veröffentlichten deutschen Studie von Herber-Jonat bei Frühgeborenen ab der 22+0 Schwangerschaftswoche ein „aktives Vorgehen empfohlen“. Die Überlebensrate betrug über 67 %, bei denen jedoch in über 50 % der Fälle schwere Hirnblutungen Grad III (schwere Blutungen in die Ventrikel, die > 50 % des Ventrikelvolumens ausfüllen) aufgetreten sind, insgesamt zeigten die Kinder zu 79 % Behinderungen unterschiedlicher Art und Schweregrade.

1.4. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

Wie oben erwähnt, hat jede Schwangere bei Problemen oder Fragen zu ihrer Schwangerschaft einen Anspruch auf kostenlose psychosoziale Beratung (§2 SchKG; Woopen und Rummer, 2010). Je nach Schwangerschaftszeitpunkt, je nach Konflikten und Le-

benssituation der Schwangeren sind Informations- und Beratungsbedarf unterschiedlich. Pränataldiagnostik ist durch immer größere Möglichkeiten der nicht-invasiven Untersuchungsmethoden neben Betreuung von Risikoschwangerschaften zunehmend auch Teil der normalen Schwangerenvorsorge geworden. In Bezug auf Pränataldiagnostik orientiert sich die informierte Zustimmung (der „informed consent“) der Schwangeren und ihres Partners deshalb an der Situation, d.h. je invasiver/ risikoreicher die Untersuchungen oder je folgenschwerer das mögliche Resultat, desto ausführlicher muss die Aufklärung erfolgen. Gefordert wird hierzu eine hohe fachliche Qualifikation der Berater/innen, neben „fundiertem somatischen und psychosomatischen Wissen“ beinhalte sie auch die „Fähigkeit zur kommunikativen Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung“ (Wassermann et al., 2010; Leon, 2004; Rauchfuß, 2001).

1.4.1. Position der DGGG (Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)

2004 erschien zu dem Thema „Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch“ ein Positionspapier der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Wird im Rahmen der Pränataldiagnostik ein pathologischer, fetaler Befund festgestellt, obliegt es dem behandelnden Gynäkologen, der Schwangeren diesen Befund mitzuteilen. Anschließend sollte eine „problembezogene interdisziplinäre Beratung“ erfolgen. Diese problembezogene interdisziplinäre Beratung kann z. B. eine humangenetische Beratung, Gespräche mit Kinderärzten und Selbsthilfeorganisationen vorsehen. Im Falle eines zu erwägenden Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation, sollte zusätzlich eine unabhängige psychosoziale Beratung erfolgen, entsprechend einer Beratung der Schwangeren in Not- und Konfliktlagen nach § 219 StGB (DGGG, 2003).

1.4.2. Beratung vor und während PND - Krisenintervention bei pathologischem Befund

Häufig nehmen Schwangere pränatale Diagnostik unbefangen in Anspruch. Vor Pränataldiagnostik haben nur wenige Frauen Bedarf für eine psychosoziale Beratung bzw. nehmen sie in Anspruch. Üblicherweise möchten die Frauen eine Bestätigung erhalten, dass mit der Schwangerschaft und ihrem Kind „alles in Ordnung“ ist, ein möglicher Konflikt wird möglichst verdrängt (Rohde und Woopen, 2007). Gerade deshalb ist es wichtig, die betroffenen Frauen schon im Vorfeld sowohl über mögliche medizinische Befunde

und Risiken invasiver Diagnostik als auch psychische Aspekte einer unerwarteten Befundmitteilung oder eines Schwangerschaftsabbruches (s. u.) aufzuklären. Auch sollten die Konsequenzen, die ein Paar aus einem möglichen – wie auch immer gearteten – pathologischen Befund ziehen möchte und das Ausmaß der gewünschten pränatalmedizinischen Maßnahmen (invasiv – nicht-invasiv, s. o.) vor Beginn der Diagnostik erörtert werden. Nicht selten führt die Feststellung einer Erkrankung oder Behinderung des Feten bei den betroffenen Frauen zu einer akuten Belastungsreaktion, in der die Schwangere kaum in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Und so findet sie sich unter Umständen konfrontiert mit einer Vielzahl von pränataldiagnostischen Maßnahmen, denen sie vor Mitteilung des Befundes vielleicht gar nicht zugestimmt hätte.

Bei der Mitteilung eines pathologischen Befundes steht also ggf. nicht die ärztliche Aufklärung sondern vielmehr eine akute Krisenintervention im Vordergrund. Sie gehört zu den „psychosomatischen Basiskompetenzen eines Arztes“, kann aber auch, bei entsprechenden Kooperationen (Rohde und Woopen, 2007), zusätzlich im Rahmen einer psychosozialen Beratung erfolgen. Eine Krisenintervention dient in erster Linie dazu, dem betroffenen Paar Zeit und Raum zu geben, die Diagnose zu begreifen, und nicht dem - wie häufig sofort nach Diagnosestellung geforderten – Schwangerschaftsabbruch zu besprechen. Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch sollte nur „auf der Basis eines fundierten Entscheidungsprozesses getroffen werden“ (Rath et al., 2010; Rohde et al., 2007; Dewald und Cierpka, 2001).

1.4.3. Psychosoziale Beratung nach Pränataldiagnostik – Frage nach Abbruch oder Fortsetzen der Schwangerschaft

Einem psychosozialen Beratungsgespräch voraus geht immer die „Klärung der Ausgangssituation“, d. h. ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur dann Thema der psychosozialen Beratung werden, wenn mit den zuständigen Pränatalmedizinerinnen dieses Thema zumindest grundsätzlich besprochen wurde.

Die psychosoziale Beratung soll dem betroffenen Paar ermöglichen, eine eigene Entscheidung zu treffen, und zwar in dem Sinne, dass das Paar bzw. die Frau in die Lage versetzt werden soll, sich mit allen Aspekten, die in diesem Kontext zu bedenken sind, auch auseinander zu setzen. Es muss allerdings betont werden, dass die Entscheidung

im juristischen Sinne, ob die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt, der Arzt treffen muss. Die betroffene Frau muss sich nach erfolgter Auseinandersetzung deutlich machen, warum sie sich der Perspektive mit einem behinderten / kranken Kind nicht gewachsen fühlt, bei dieser Klärung und auch Besprechung von Alternativen die psychosoziale Beratung einen wesentlichen Beitrag leisten.

Dazu gehört es, alle relevanten Aspekte, z. B. Leben mit einem behinderten Kind, Schuldgefühle, Ambivalenzen, Perspektive nach einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch offen anzusprechen und die Beratung „neutral und ergebnisoffen“ zu gestalten (Rath et al., 2010; Rohde et al., 2007; Dewald und Cierpka, 2001).

1.5. Reaktion nach fetalem pathologischen Befund und Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

1.5.1. Visualisierung des Ungeborenen und Bindungsbereitschaft an das Ungeborene

Durch Ultraschalldiagnostik ist heute eine frühe Visualisierung des Ungeborenen möglich. Bewegungen des Feten und Entwicklungsstand werden sichtbar, Herzaktionen visuell und akustisch mittels Doppler-Sonographie erlebbar für die werdenden Eltern.

Häufig geht damit ein sehr bewusstes Erleben der Schwangerschaft einher und es wird die „Grundlage für die Herausbildung eines Kindkonzeptes“ geschaffen (Gloger-Tippelt, 1988). Beutel beschreibt den klinischen Eindruck, „dass der Anblick des Embryos oder Feten die Bindungsbereitschaft fördert“ (Beutel, 2002). Ebenso berichtet Zeanah (Zeanah et al., 1989), dass der Bindungsprozess an das ungeborene Kind aufgrund Ultraschalluntersuchungen für viele Frauen schon lange vor der Geburt beginnt.

Mit „Bindungsbereitschaft“ beschreibt Beutel die „Hinwendung zum heranwachsenden Embryo oder Feten in Phantasie und Realität (z. B. konkrete Vorbereitungen)“, beeinflusst wird sie zudem durch Erfahrungen mit bereits erlebten Schwangerschaften, Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüchen (Beutel, 2002).

Zu eben dieser Zeit des Beginns eines „Bindungsprozesses“ oder der zunehmenden „Bindungsbereitschaft“ zu einem Kind, mit dem die Eltern bereits „Hoffnungen, Wünsche und Lebensentwürfe verbinden“ (Beutel, 2002), kann neben der Bestätigung einer unauffälligen, fetalen Entwicklung durch Pränataldiagnostik auch die gegenteilige Situation eintreffen (vergl. Wollenschein et al., 2007).

Häufig wird die Diagnose aber auch erst im zweiten Trimenon gestellt, zu diesem Zeitpunkt spüren Schwangere bereits erste Kindsbewegungen (zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche), in dieser Zeit gewinnt das Ungeborene eine wichtige Bedeutung. Die „Bindungsbereitschaft“ wird weiter verstärkt und „das Wachstum des Kindes wird von Hoffnungen und Wünschen“ begleitet (Beutel, 2002; Schütt et al., 2001).

1.5.2. Pathologischer Befund als unerwartetes Ereignis; Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Obwohl Pränataldiagnostik in erster Linie bei Risikoschwangerschaften (beispielsweise höheres Alter der Mutter) – zunehmend jedoch auch als „normale“ Vorsorge z. T. auf eigene Kosten, durchgeführt wird, erwartet das betroffene Paar von den Untersuchungen vor allem die Bestätigung, dass mit ihrem Kind alles in Ordnung ist. Wird im Rahmen der pränataldiagnostischen Untersuchungen ein pathologischer Befund festgestellt, eventuell eine Fehlbildung, eine Chromosomenstörung, die mit dem Leben des Kindes nicht zu vereinbaren ist, oder eine schwere Erkrankung, ist dies für das betroffene Paar ein Ereignis, das es in der Regel völlig unvorbereitet trifft. Das Paar findet sich nach Wochen der meist freudigen Erwartung plötzlich in einer emotionalen Ausnahmesituation wieder, in der Gedanken über Beendigung oder Fortsetzung der erwünschten Schwangerschaft entstehen (Kersting et al., 2005; Wernstedt et al., 2005; Dewald und Cierpka, 2001; Rauchfuß, 2001; Schütt et al., 2001; Beutel, 1995), eventuell auch in einem schon fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft, in dem, wie oben geschildert, bereits ein eine „starke Bindungsbereitschaft“ zum Kind besteht. Eine Entscheidung für oder gegen das Fortsetzen der Schwangerschaft hat eventuell weit reichende Konsequenzen in Bezug auf ihr weiteres Leben (mit oder ohne behindertes Kind), ihrer Partnerschaft und Familie, ihrem Umgang mit weiteren Schwangerschaften usw. Zudem muss das Paar sich in dieser Situation, nicht selten mit komplexen medizinischen Sachverhalten beschäftigen.

In mehreren Studien wird darauf hingewiesen, dass Frauen nach Mitteilung eines pathologischen Befundes den Kontakt zu ihrem ungeborenen Kind abbrechen oder sich zumindest emotional von ihm distanzieren. Zudem können „Monster-Phantasien“ auftreten (Rohde und Dorn, 2007). Frauen, die keine oder wenig medizinische Kenntnisse haben,

sind auf Beschreibungen des Arztes und ihre eigene Vorstellungskraft angewiesen, um sich ein Bild auszumalen, was mit ihrem Kind nicht in Ordnung ist. Die Forderung nach einem Schwangerschaftsabbruch entsteht häufig in eben dieser Zeit (innerhalb einiger Stunden nach Diagnosemitteilung, nicht selten aus dem Gefühl heraus, „möglichst schnell alles hinter sich zu haben“ und „ungeschehen zu machen (Benute et al., 2012; Bijma et al., 2008; Rohde und Dorn, 2007). Auch spielt der Wunsch, Leid abzuwenden eine große Rolle. Leid abzuwenden für das ungeborene Kind, jedoch auch für sich selbst, die Partnerschaft und die Familie (Benute et al., 2012; Korenrump et al., 2009; Korenrump et al., 2007; Brier et al., 2004). Viele Patientinnen wünschen deshalb einen Abbruch so früh wie möglich nach Diagnosestellung (Benute et al., 2012; Wassermann et al., 2009; Rohde und Dorn, 2007; Wernstedt et al., 2005; Langer, 1987).

Ein weiterer wichtiger Punkt in Bezug auf das unerwartete pathologische Ergebnis der pränatalmedizinischen Untersuchungen ist das Auftreten einer akuten Belastungsreaktion (Korenrump et al., 2007).

In der Mehrzahl der Fälle wird nach Feststellung einer schweren fetalen Fehlbildung oder Erkrankung die Schwangerschaft vorzeitig beendet (Kersting et al., 2005). Auch in der Evaluation des Modellprojekts „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“ entschieden sich bei chromosomalen Fehlbildungen fast 90 % der Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch. Mehr als 75 % brachen die Schwangerschaft nach Diagnose einer körperlichen Fehlbildung ab und über 80 % bei Anomalien des Zentralen Nervensystems (Rohde und Woopen, 2007).

1.5.3. Begriffsklärung: Akute Belastungsreaktion

Akute Belastungsreaktion ICD-10 F43.0 „Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung und eingeschränkter Aufmerksamkeit

keit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.“ Der Übergang in eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist möglich.

Die oben geschilderte Situation, in der das Paar wegen bestehenden Risikofaktoren zur pränatalmedizinischen Untersuchung geht, um bestätigen zu lassen, dass mit dem Kind alles in Ordnung ist, den darauf folgenden unerwarteten negativen Befund, die Entscheidung über Fortsetzen oder Beendigung der erwünschten Schwangerschaft und schließlich das Erlebnis des Fetozids und der Geburt eines toten Kindes, ist für die Betroffenen eine physisch wie psychisch außerordentlich belastende.

Pathologische pränatalmedizinische Diagnosen können „akute Trauerreaktion“ auslösen, ein „traumatisches Ereignis“ darstellen, das „Vertrauen in die eigene Reproduktionsfähigkeit“ erschüttern und „schwere Insuffizienzgefühle“ auslösen. Beobachtet werden auch Gefühle von „Hilflosigkeit“, „menschlicher Unzulänglichkeit“ und „narzisstische Kränkung“ (Schütt et al., 2001), „Wut“ (Rohde, 2004) ebenso wie Verleugnung und Vermeidung (Beutel, 2002) als Reaktion auf den Befund einer fetalen Anomalie. Nicht selten kommt es bei den Betroffenen zu der oben beschriebenen „akuten Belastungsreaktion“ oder auch „Schockreaktion“, die durch die verschiedene Einflüsse, wie z. B. die erwähnten „Monster-Phantasien“ noch verstärkt werden kann. Des Weiteren kann es von Bedeutung sein, ob eine bereits geäußerte Verdachtsdiagnose bestätigt wird oder ob ein pathologischer Befund absolut unerwartet, ggf. sogar zu einem sehr späten Schwangerschaftszeitpunkt erhoben wird (z. B. bei Diagnose einer Chromosomenstörung erst nach Feststellung einer Begleiterkrankung nach der 30. Schwangerschaftswoche). Wie schon in der Beschreibung der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 deutlich wird, kann sich diese „Schockreaktion“ bei den Betroffenen individuell ganz unter-

schiedlich äußern. Reagieren die Betroffenen mit „Betäubung“ und „einer gewissen Bewusstseinsinengung“, ist „das Ausmaß der emotionalen Reaktion“ schwer zu beurteilen, auch das in dieser Situation wichtige Verständnis von medizinischen Befunden und Behandlungsmöglichkeiten und die nötige Aufmerksamkeit sind in dem Moment für Außenstehende nur schwer zu beurteilen. Aus dieser Situation heraus kann das weitere „Sichzurückziehen“ den Zugang zu der Schwangeren erschweren und das Treffen anstehender Entscheidungen unmöglich machen oder es kommt zu „Unruhe“ und „Überaktivität“. Dieser Aktionismus kann dann zu dem Wunsch nach schnellen Entscheidungen und einem möglichst schnellen Schwangerschaftsabbruch führen, den die Betroffenen möglicherweise in dieser Situation nicht mit allen Konsequenzen erfassen. In jedem Fall ist es jedoch unerlässlich, sowohl aus juristischer als auch aus psychosomatischer Sicht, dass alle Entscheidungen als Konsequenz aus dem fetalen Befund, auf der „Basis eines fundierten Entscheidungsprozesses“ getroffen werden. Nur so kann der Betroffenen die gute und langfristige Bewältigung des Schwangerschaftsabbruchs gelingen und nur so ist ein Schwangerschaftsabbruch rechtlich und von medizin-ethischer Seite vertretbar (Rohde et al., 2007; Woopen, 2001).

1.6. Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

1.6.1. Methode des Schwangerschaftsabbruchs nach erstem Trimenon

In Bezug auf einen Schwangerschaftsabbruch gibt es, wie oben angedeutet, mehrere Zäsuren. Bis zur 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem ist ein Abbruch in Deutschland im Rahmen der Fristenregelung straffrei, nach der 12. Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation möglich. In der Praxis handelt es sich meist um Abbrüche nach der 18. Schwangerschaftswoche, also in der Zeit, nachdem in den meisten Fällen die Ultraschallfeindiagnostik („Organ-Ultraschall“, s.o.) bereits stattgefunden hat. Ein Schwangerschaftsabbruch nach der 22. – 24. Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch zu einem Zeitpunkt, an dem das Kind mithilfe von intensivmedizinischen Maßnahmen außerhalb des Mutterleibes überleben könnte und war vor der Reform des Abtreibungsrechtes im Jahre 1995 (s. o.) die zeitliche Befristung für den straffreien Abbruch aus medizinischer Indikation.

Bei bereits fortgeschrittener Schwangerschaft und Wunsch nach einem Abbruch wird die Geburt vorzeitig eingeleitet, da ein operativer Eingriff zu risikoträchtig wäre. Methode der Wahl ist nach dem ersten Trimenon bzw. der 14. Schwangerschaftswoche post menstruationem die Gabe von Mifepriston (Mifegyne) in Kombination mit Prostaglandinen (z. B. Cytotec (Misoprostol) vaginal), die zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft wehenauslösend sind. Diese Abbrüche aus medizinischer Indikation werden nur in Krankenhäusern durchgeführt. Um eine unerwünschte Lebendgeburt bei Abbrüchen nach der 22. Schwangerschaftswoche wie z. B. im Falle des „Oldenburger Babys“ Tim zu vermeiden, wird heute vor der Einleitung ein Fetozid, also eine rechtlich zulässige Tötung des Ungeborenen im Mutterleib, mittels i.v.-Gabe in die fetale Umbilikalvene oder fetaler intracardialer Kaliumchloridapplikation vorgenommen, die einen Herzstillstand des Feten bewirkt. Dies ist notwendig, da nach dem Gesetz jeder Arzt verpflichtet ist, lebensverlängernde Intensivmaßnahmen nach der Geburt sofort einzuleiten, unabhängig vom Hintergrund der konkreten Situation. Vertretbar ist diese Methode des Fetozids laut der „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach PND“ dann, „wenn sie bei ohnehin indiziertem Abbruch für das Ungeborene je nach dessen Entwicklungsstand das geringste verfahrensbedingte Leiden mit sich bringt“ (Braun, 2006).

Besonders belastend für die Frauen ist der Zeitraum zwischen Einleitung und Geburt durch das wehenauslösende Mittel bis zum Zeitpunkt der Geburt, sie erleben Hilflosigkeit und Schuld und das Bewusstsein, dass die Entscheidung des Schwangerschaftsabbruchs nun nicht mehr rückgängig zu machen ist (Muth, 1989).

Diese drei Punkte, 1. Abbruch einer erwünschten Schwangerschaft, 2. der Schwangerschaftsabbruch als Geburt mit vorausgehender Tötung des Kindes und 3. die „Wartezeit“ bis zur endgültigen Geburt mit Gefühlen wie Schuld und Hilflosigkeit machen verständlich, warum einige Autoren im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen aus fetaler Indikation eher von einem kritischen Lebensereignis, das sogar traumatisierend sein kann, als von einem Verlustereignis sprechen (Kersting et al., 2005; Korenromp et al., 2005a; Korenromp et al., 2005b; Fisch et al., 2003; Schütt et al., 2001).

1.6.2. Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastung

Anpassungs- oder Belastungsstörungen als Ausdruck einer starken psychischen Belastung treten häufig nach unvorhergesehenen Ereignissen auf oder solchen, für die keine eigenen Bewältigungsmechanismen entwickelt werden konnten. So ein Ereignis kann ein pathologischer Befund bei einer pränatalmedizinischen Untersuchung sein (Dorn, 2003), der die Schwangere ganz unvorbereitet in einer Zeit der „aktiven und emotionalen Anpassung“ trifft, in der sie die Konsequenzen und die Veränderungen ihrer zukünftigen Lebenssituation bereits antizipiert und reflektiert hat (vergl. Seecharan et al., 2006; Gloger-Tippelt, 1988).

Der Schwangerschaftsabbruch, der einem pathologischen pränataldiagnostischen Befundes nicht selten folgt, wird in der Literatur vielfach mit einem späten Spontanabort verglichen (Asplin et al., 2014; Avelin et al., 2013; Schütt et al., 2001; Buchegger, 1997; Zeanah et al., 1993; Elder und Laurence, 1991). Deshalb können die vielfach berichteten psychischen und familiären Folgeerscheinungen aufgrund eines Spontanaborts oder einer Totgeburt auf Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik durchaus übertragen werden (Asplin et al., 20014; Brier et al., 2008; Schütt et al., 2001; Buchegger, 1997; Salvesen et al., 1997; Beutel, 1995; Beutel et al., 1992; Elder und Laurence, 1991).

Der perinatale Verlust eines Kindes, und so auch die unerwartete Beendigung der Schwangerschaft aufgrund eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes, können zur Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung führen. Neben den fehlenden individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, geht die traumatische Erfahrung mit „Gefühlen der Hilflosigkeit“ (die fetale Erkrankung, die einer Behandlung nicht zugänglich ist) und „schutzlosen Preisgabe“ (des Feten zum Schwangerschaftsabbruch bzw. vorangegangenen Fetozyd) einher, was eine „dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Werteverständnisses“ bewirken kann (vergl. Kersting et al., 2005; McGreal et al., 1996). Je nach Studie werden unter anderem das Alter der Patienten, Bildungsgrad, Kinderlosigkeit, bereits erlebte Schwangerschaftsabbrüche oder Verlustereignisse im Rahmen einer Schwangerschaft, Dauer der Schwangerschaft sowie Zufriedenheit mit der psychologischen Betreuung im Krankenhaus als Einflussfaktoren auf die psychische Belastung nach einem Schwangerschaftsabbruch diskutiert (Asplin et al., 2014; Korenromp et al., 2009; Korenromp et al., 2007; Broen et al., 2005; Korenromp et al., 2005a; Korenromp

et al., 2005b; Davies et al., 2005; Fisch et al., 2003; Leithner et al., 2002; Franche, 2001; Schütt et al., 2001; Lauzon et al., 2000; Murray und Terry, 1999; Hundfeld et al., 1997; Deckard et al., 1994; Elder und Laurence, 1991; Muth et al., 1989; Toedter et al., 1988; Zeanah, 1988; Petersen, 1981).

Zudem ist die Dauer und Stärke einer psychischen Belastung nach einem Schwangerschaftsabbruch abhängig von individuellen Coping-Mechanismen (die wiederum abhängig von Alter der Betroffenen, von vorausgegangenen Erfahrungen und Kontrollüberzeugungen sind) und „krankheitsspezifischen Faktoren“ sowie von der sozialen Unterstützung (vergl. Hoffmann und Hochapfel, 2009; Dallaire et al., 2005). Auch die Unterstützung des Partners spielt eine Rolle (Edwards et al., 1998). Schließlich sind auch Zweifel in Bezug auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch ein Faktor, der die psychische Belastung beeinflusst (Korenromp et al., 2009; Broen et al. 2006).

1.7. Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

1.7.1. PND Diagnose und Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Die meisten Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Schwangerschaftswoche erfolgen wegen eines pathologischen pränatalmedizinischen Befundes, der mit einer geistigen und / oder körperlichen Behinderung des Kindes einhergeht (Kersting et al., 2005). So entschieden sich von 480 Studienteilnehmerinnen, die im Rahmen der unten beschriebenen Studie „Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik in Bonn, Düsseldorf und Essen“ (s.u.) untersucht wurden, 390 Frauen (dies entspricht 81,25 %) für einen Abbruch der Schwangerschaft.

Bei fast 90 % der Frauen mit der Diagnose einer chromosomalen Fehlbildungen, über 75 % der Frauen mit der Diagnose einer körperlichen Fahlbildung des Feten, über 80 % der Frauen mit Feten, die Anomalien des zentralen Nervensystems aufwiesen und über 75 % der Frauen mit Mehrlingsgravidität und mindestens einem erkrankten Feten wurde die Schwangerschaft vorzeitig beendet (Rohde et al., 2007).

1.7.2. Trauerphasen

Auch wenn Trauerprozesse sehr individuell sind, Menschen in vergleichbaren Situationen anders reagieren und individuell unterschiedliche Bewältigungsstrategien besitzen oder entwickeln, lassen sich doch Parallelen im Trauerverlauf feststellen. Menschen, die den Verlust einer nahstehenden Person erleben, durchlaufen mehrere Trauerphasen, die von den Psychiatern John Bowlby und Collin Murray Parkes entwickelt und von Glen Davidson bestätigt worden sind (vergl. Kast, 2013; Lothrop, 2005; Beutel, 2002). Auf diese Trauerphasen haben Manfred Beutel, Hannah Lothrop und Verena Kast in ihren Standardwerken zu Trauer und frühem Verlusten Bezug genommen.

Die erste Phase repräsentiert das „Nicht-wahrhaben-Wollen“ des Todes einer geliebten Person oder auch den „Schock“, sie kann im Fall einer infausten Prognose des Feten schon im Moment der Diagnosestellung einsetzen. Diese Phase ist charakterisiert durch Betäubung oder Empfindungslosigkeit, Überwältigung und Verdrängung der unangenehmen Nachricht. Diese Phase wird unterbrochen von dem Auftreten heftiger Emotionen wie Angst, Wut, Ruhelosigkeit und Hochstimmung. Sie wird von Manfred Beutel als der Versuch interpretiert, die verlorene Person wiederzugewinnen und „als Protest gegen das Verlassenwerden“ (Beutel, 2002).

Die nächste Phase wird von Verena Kast als Phase des „Suchens und Sich-Trennens“ bezeichnet, Manfred Beutel beschreibt eine „intensive Beschäftigung mit dem Verstorbenen“. In dieser Phase geht es um die emotionale Auseinandersetzung mit dem „Verlust des Verstorbenen und einer allmählichen Loslösung“. Begleitet wird diese Phase immer wieder von Depressionen, Verzweiflung, Apathie (Kast 2013), Selbstvorwürfen und Traurigkeit (Beutel, 2002).

Die „Phase des neuen Selbst- und Weltbezuges“ (Kast, 2013) bzw. der „Auflösung“ (Beutel, 2002) ist die Phase, in der die Betroffenen anfangen, Interessen zu haben oder wiederzuentdecken, neue Verbindungen einzugehen und sich „ohne intensiven Schmerz“ an den Verstorbenen zu erinnern.

Im Allgemeinen verringern sich die beschriebenen Symptome bei einem „normalen Trauerverlauf“ innerhalb von 6 – 12 Monaten. Bei Verlusten von Kindern kann Traurigkeit ein Leben lang anhalten (vergl. Beutel, 2002).

Trauer wird wesentlich durch kulturelle und gesellschaftliche Aspekte geprägt. So kann die gesellschaftliche Akzeptanz der Trauer als ein wichtiger Aspekt für die Verarbeitung

des Verlustes angesehen werden. Der Verlust eines Kindes aufgrund eines Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation entbehrt dieser gesellschaftlichen Akzeptanz, was den Trauerverlauf negativ beeinflussen kann. Bei einer vorzeitigen Beendigung einer erwünschten Schwangerschaft aufgrund eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes, für die das Paar die Verantwortung übernehmen muss, wird die Trauer zusätzlich kompliziert.

1.7.3. Exkurs: Bestattung eines Kindes, das im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation verstorben ist

Im Bestattungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen ist die Bestattung eines Kindes, das im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs verstorben ist, gesetzlich geregelt. Demnach sind „Tot- und Fehlgeburten sowie die aus einem Schwangerschaftsabbruch stammende Leibesfrucht auf einem Friedhof zu bestatten, wenn ein Elternteil dies wünscht. Ist die Geburt oder der Schwangerschaftsabbruch in einer Einrichtung erfolgt, hat deren Träger sicherzustellen, dass jedenfalls ein Elternteil auf diese Bestattungsmöglichkeit hingewiesen wird. Liegt keine Erklärung der Eltern zur Bestattung vor, sind Tot- und Fehlgeburten von den Einrichtungen unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten. Die Kosten hierfür trägt der Träger der Einrichtung“. (Bestattungsgesetz NRW, 2003).

1.7.4. Perinatale Trauer bei einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

Wie bereits angedeutet, können Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation in ihrer Trauerreaktion mit Trauer nach einer Fehlgeburt oder einem perinatalen Verlust des Kindes verglichen werden (Schütt et al., 2001; Buchergger, 1997; Zeanah et al., 1993; Elder und Laurence, 1991).

Die betroffenen Eltern trauern ebenso um den Verlust einer erwünschten Schwangerschaft. Auch die Bewältigungsstrategien für die Verarbeitung des Kindsverlustes sind ähnlich denen für die Verarbeitung einer Totgeburt. Das Klinikpersonal, Ärzte und psychologische Berater können Eltern schon frühzeitig bei der Verarbeitung unterstützen (vergl. Leon, 2004). Dazu geben sie den Betroffenen Raum, über ihre Trauer und ande-

re Gefühle wie Schuld, Wut, Angst, und Versagen zu sprechen, dazu klären sie die rechtliche Situation (s.o.) und geben den Eltern den Hinweis, das Kind bestatten zu können. Weitere wichtige Aspekte sind, die Eltern Zeit mit ihrem verstorbenen Kind verbringen zu lassen, sie es berühren zu lassen und ihnen Fotos mit zu geben. Irving Leon empfiehlt zur Trauerverarbeitung das Abschiednehmen, Berühren und die Beerdigung des Kindes (Leon, 2004).

Akmanlar-Hirscher und Maier (2001) haben zusammengefasst, welche Faktoren bzw. Maßnahmen wesentlich für die Prophylaxe eines komplizierten Trauerverlaufes nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation entscheidend sind. Sie nennen die Faktoren Zeit, Information, Erleben und Gestalten des Aufenthaltes in der Klinik und Nachsorge der Betroffenen. Diese Faktoren wurden in der psychosoziale Beratung, die den Betroffenen in der vorliegenden Studie von Rohde und Woopen angeboten wurde, ein. Die Autoren Akmanlar-Hirscher und Maier (2001) erwarten neben der Prophylaxe einer pathologischen Trauer eine Verminderung psychosomatischer Folgeerkrankungen und eine Reduktion der Ängste und Komplikationen in Folgeschwangerschaften.

In der Literatur zu Trauer nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation werden verschiedene Einflussfaktoren für einen verlängerten Trauerverlauf bis hin zu einer pathologischen Trauer beschrieben.

La Roche et al. (1984) berichten über erhöhte Trauer und Depressivität nach einer Totgeburt bei Frauen, die bereits Kinder hatten und bei Frauen, die ihr totes Kind nicht bestattet haben. Zudem reagierten Frauen, die das Kind nicht berührt oder gehalten haben, mit höheren Depressivitätswerten. Korenrump et al. (2005a) berichten über erhöhte Trauerwerte bei Frauen, deren Kind trotz fetaler Erkrankung überlebensfähig gewesen wäre. Korenrump et al. (2005a) und Salvesen et al. (1997) berichten beide über höhere Trauerwerte bei Frauen mit fortgeschrittenem Gestationsalter. Davies et al. (2005) hingegen stellen keine signifikanten Unterschiede in der Trauerstärke bei Frauen mit Abbruch der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation im ersten Trimenon und Frauen mit Abbruch im zweiten Trimenon fest. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Beutel et al. (1992).

Auch ein niedriges Bildungsniveau wird in der Literatur mehrfach als ein Risikofaktor für eine verstärkte Trauer angeführt (vergl. Korenrump et al., 2005a). Lothrop (2005) weist

darauf hin, dass eine anfängliche Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft, auch wenn sie unbewusst ist, im Nachhinein zu einer starken Belastung der Trauerarbeit führen kann. Elder und Laurence (1991) berichten über eine länger anhaltende Trauer vor allem bei älteren Frauen. White-van Mourik et al. (1992) befanden, dass das Unerwartete bei einer Diagnose (beispielsweise im Rahmen einer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung) ein besonderes Risiko für eine schwierige Bewältigung darstellt. Beutel et al. (1992) berichtet in einer Studie über „Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort“ über depressive Reaktion bei kinderlosen Frauen mit bereits vorangegangenen Fehlgeburten. Dabei wurden aber keine signifikanten Einflüsse auf die Trauer festgestellt. Zudem geht in dieser Studie eine geringere Schulbildung mit höheren Werten in der „aktiven Trauer“ einher. Jüngere Frauen zeigen eine stärkere Gesamttrauer. Das Gestationsalter hingegen spielt bei der Trauerstärke keine Rolle. Lasker und Toedter (1991) beschreiben eine höhere „aktive Trauer“ bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand und höhere Werte im Bereich „Verzweiflung“ und eine schwierige Bewältigung bei Frauen mit Verlust einer geplanten Schwangerschaft. Eine erfolgreiche vorangegangene Geburt hingegen beeinflusst den Trauerverlauf günstig. Franche et al. (2000) stellen bei vorangegangenen Verlustereignissen im Rahmen einer Schwangerschaft und einer länger andauernden Schwangerschaft erhöhte Trauerwerte fest.

Ergänzend sei an dieser Stelle erwähnt, dass Steinberg und Foster im Vergleich bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch aus nicht-medizinischer Indikation haben durchführen lassen, keine psychische Belastung aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs feststellen konnten (Foster, 2015; Steinberg et al., 2014, 2012, 2011). Hier grenzen sie sich klar von Coleman et al. ab (Coleman et al., 2009).

1.8. Ziel der vorliegenden Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist zunächst die Darstellung der „Psychosozialen Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik“, im Speziellen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation, außerdem die Akzeptanz der Beratung bei den Studienteilnehmerinnen.

Untersucht wird hierzu, inwieweit psychosoziale Beratungen Einfluss nehmen auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und welche Beratungsthemen besonders im Vordergrund stehen. Die Themenschwerpunkte der psychosozialen Beratung sollen unter möglichst vielen unterschiedlichen Aspekten, in denen sich die Teilnehmerinnen unterscheiden, beleuchtet werden. Dazu gehören: pränatale Diagnose, Schwangerschaftswoche bei Abbruch, frühere Verlusterlebnisse im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, Kinderlosigkeit, Planung der Schwangerschaft und der jeweilige Bildungsstand.

Unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz der Beratung durch die Studienteilnehmerinnen erscheinen die Zufriedenheit mit der Beratung, die Einschätzung der Beratung als hilfreich und der Rat zur Beratung an andere Betroffene als wichtige Parameter. Untersucht wird hierzu, wie zufrieden die Teilnehmerinnen mit der Beratung waren und ob sie die Beratung, auch rückblickend, als hilfreich empfunden haben. Zudem interessieren auch hier etwaige Einflüsse durch die oben bereits aufgelisteten Unterschiede zwischen den Studienteilnehmerinnen.

Daneben wird abschließend anhand standardisierter Fragebögen (Perinatal Grief Scale von Toedter et al. und Brief Symptom Inventory von Derogatis et al.) die psychische Belastung und die Trauer nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation und durchgeführter psychosozialer Beratung gemessen. Vergleichsdaten aus der Literatur werden herangezogen, um einen möglichen Benefit für die Patientinnen durch die psychosoziale Beratung zu belegen. Auch hier wird wieder der Einfluss der Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, vorangegangenen Verlust, geplanter / ungeplanter Schwangerschaft, Kinderlosigkeit und Bildungsstand berücksichtigt.

2. Studie und Methoden

2.1. Evaluation der Modellprojekte: Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

2.1.1. Modellprojekte und Arbeitskreis

Gefördert vom Land Nordrhein-Westfalen entstanden zunächst unabhängig voneinander in Bonn, Düsseldorf und Essen Modellprojekte zur Psychosozialen Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik (PND). Es entwickelte sich eine Kooperation der Universitätsfrauenklinik Bonn mit der Evangelischen Schwangerenkonfliktberatungsstelle des Diakonischen Werkes, in Düsseldorf zwischen Donum vitae und der Praxis für Pränatalmedizin und Genetik in Düsseldorf (Gemeinschaftspraxis Dres. med. Kozlowski, Stressig, Körtge-Jung) und in Essen eine Kooperation zwischen der Universitätsklinik Essen und der dortigen Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle der AWO. Aus den drei Modellprojekten entstand ein Arbeitskreis, der Beratung und Dokumentation miteinander abstimmt. Ferner wurde ein Konzept zur wissenschaftlichen Evaluation der Modellprojekte entwickelt.

Nach positiver Begutachtung der daraus entstandenen prospektiven Verlaufsuntersuchung „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“ durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Bonn und der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein startete das Projekt im Januar 2003. Die Leitung und Koordination über den Projektzeitraum von drei Jahren übernahm die Gynäkologische Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Christiane Woopen vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität zu Köln. Ziel der Verlaufsuntersuchung war die Frage, ob und wie Beratung den betroffenen Frauen vor, während und nach Pränataldiagnostik helfen kann und wie psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik als regelhaftes Angebot implementiert werden kann. Inzwischen sind alle Modellprojekte in die Regelversorgung übernommen worden.

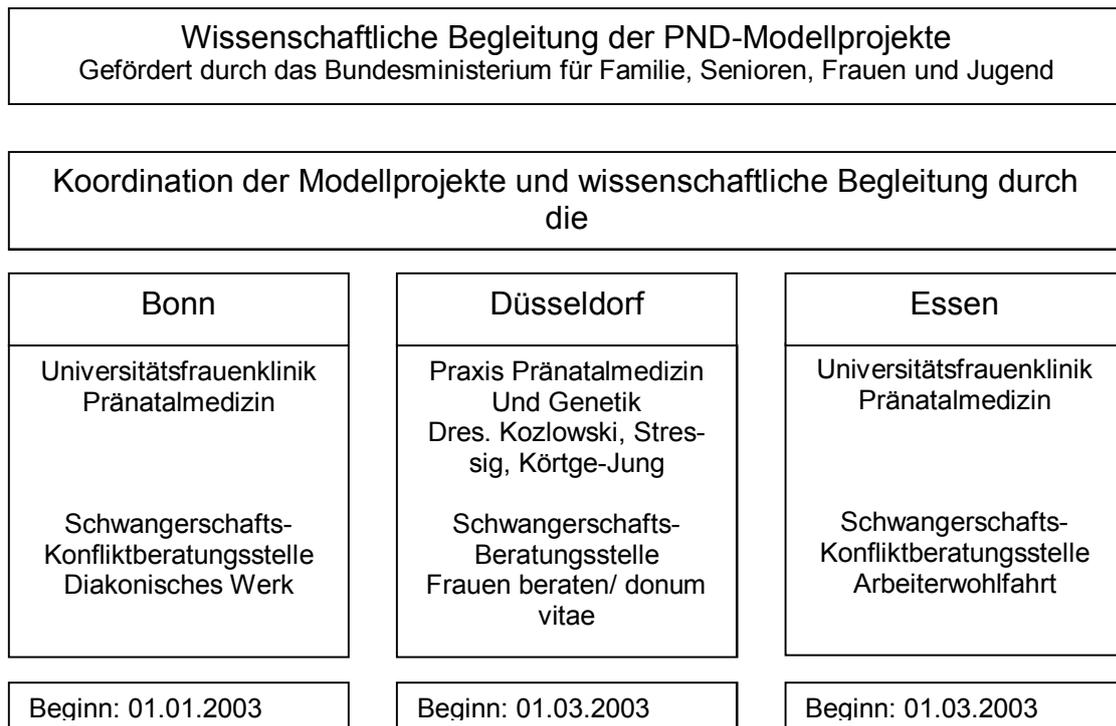


Abb. 1: Überblick über die Modellprojekte und wissenschaftliche Begleitung

2.1.2. Studie

In die wissenschaftliche Evaluation wurden zwischen 2003 und 2005 alle Patientinnen einbezogen, die pränatale Diagnostik in den Zentren in Bonn, Düsseldorf oder Essen in Anspruch genommen haben und meist aufgrund eines pathologischen Befundes in einer der oben genannten Schwangerenberatungsstellen psychosozial beraten worden sind und die Einschlusskriterien erfüllten (s. u.). Aus ethischen Gründen war eine Kontrollgruppe, der keine psychosoziale Beratung angeboten wurde, in dieser Studie nicht vorgesehen. Einige wenige Patientinnen nahmen die psychosoziale Beratung auch bereits vor der Diagnostik in Anspruch.

Innerhalb des Zeitraums von Januar (Standort Bonn) bzw., aus organisatorischen Gründen, von März 2003 (Standorte Düsseldorf und Essen) bis Oktober 2005 wurden in den in den Arbeitskreis zusammengeschlossenen Beratungsstellen 726 psychosoziale Beratungen durchgeführt. 512 Schwangere erklärten sich mit einer Studienteilnahme einverstanden und erfüllten die Einschlusskriterien. Voraussetzung für die Studienteilnahme

war eine schriftliche Einverständniserklärung, Volljährigkeit und hinreichende Deutschkenntnisse zur Beantwortung der Fragebögen.

Unabhängig von der Bereitschaft der Studienteilnahme wurden Frauen und Paare eine Beratung angeboten. Wegen der besonderen und belastenden Situation der Betroffenen wurden die Beratungsgespräche, die oft auch Krisenintervention waren, vor Information über die begleitende wissenschaftliche Studie und ihren Zielen und vor der Frage nach Studienteilnahme, geführt.

Bei einer anschließenden Zusage zur Studienteilnahme wurden die Frauen und ihre Partner um eine schriftliche Einverständniserklärung gebeten. Die Partner stimmten der Dokumentation ihrer soziodemographischen Daten zu, die Frauen gaben sowohl hinsichtlich ihrer im Erstgespräch erhobenen Daten als auch hinsichtlich einer weiteren Kontaktaufnahme im Rahmen der Verlaufsstudie ihr Einverständnis.

356 Frauen stimmten neben der Verwendung ihrer Daten aus Beratungsgespräch/ Erstkontakt auch der weiteren Teilnahme an der katamnestic Untersuchung zu.

2.1.3. Datenerhebung und Fragebögen

Die Datenerhebung erfolgte am Tag des Beratungsgesprächs und zu vier weiteren Katamnesezeitpunkten: 6-8 Wochen nach psychosozialer Beratung, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach Erstgespräch.

Zunächst wurden soziodemographische Daten (Anamnesebogen), aktuelles psychisches Befinden und die Zufriedenheit der Patientin mit der psychosozialen Beratung in zeitlicher Nähe zu Erstgespräch (Beratungsrückmeldung) erfasst. Auch waren medizinische Daten wie gynäkologische Anamnese und die Dokumentation der pränatalmedizinischen Untersuchungen und Befunde von Interesse.

Jeweils zu den oben genannten Katamnesezeitpunkten stellte eine Mitarbeiterin der Gynäkologischen Psychosomatik telefonisch Kontakt zu den Studienteilnehmerinnen her. Darauf folgend erhielten die Teilnehmerinnen zu jedem Messzeitpunkt einen BSI-, und einen PGS- Fragebogen (s. u.) und einmalig, zur Katamnese I (6-8 Wochen) einen Persönlichkeitsfragebogen, NEO-FFI. Die Patientinnen beantworteten über diese standardisierten Fragebögen hinaus einen im Rahmen der Projektvorbereitung entwickelten und erprobten Katamnesefragebogen zum weiteren Verlauf. Dieser erhob die aktuelle psy-

chische und körperliche Situation, die partnerschaftliche Situation, Unterstützung im sozialen Umfeld und die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung und Pränataldiagnostik. Zu unterschiedlichen Katamnesezeitpunkten wurden die Teilnehmerinnen auch nach Erleben des Eingriffs (Schwangerschaftsabbruch, Mehrlingsreduktion) oder dem Erlebnis der Geburt befragt, darüber hinaus ggf. nach der Gestaltung des Abschieds vom Kind, die Unterstützung durch Angehörige und Freunde und die Auswirkungen auf die Familie/ Partnerschaft. Zudem wurde nach einem bestehenden Kinderwunsch oder erneuter Schwangerschaft bzw. weiterer Geburten gefragt.

2.2. Untersuchungsinstrumente

2.2.1. Studien-Fragebögen

Fragen nach Aspekten der Psychosozialer Beratung

Im Anschluss an jede psychosoziale Beratung wurde von der Beraterin eine Beratungsdokumentation ausgefüllt. Durch diesen strukturierten Dokumentationsbogen wurden Gesprächsinhalte, aktuelle Problematik, der psychische Zustand der Patientin und ihres Partners, sowie Informationsstand über Pränataldiagnostik und eine Einschätzung der Beraterin über das Ergebnis des Gesprächs festgehalten. Daneben wurde die Studienteilnehmerin im Anschluss an das Beratungsgespräch gebeten, eine Beratungsrückmeldung auszufüllen. In diesem Fragebogen wurden die Zufriedenheit mit der Beratung, das aktuelle psychische Befinden nach der Beratung und die Einschätzung, inwieweit die Beratung hilfreich war, erhoben. Die Rücksendung dieser Beratungsrückmeldung erfolgte direkt an die Projektleitung mit Zusicherung von Anonymität gegenüber der Beraterin, um möglichst offene Antworten zu erhalten.

Zu allen weiteren Messzeitpunkten (6-8 Wochen, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach Erstgespräch) beantworteten die Studienteilnehmerinnen in einem Katamnesefragebogen retrospektiv Fragen zum Beratungsgespräch. Von Interesse war hierbei, ob die Beratung rückblickend als hilfreich angesehen wurde, inwieweit die Teilnehmerinnen noch immer einzelne Themen der Beratung gedanklich beschäftigen und ob sie auch anderen Frauen zu einer psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik raten würden.

2.2.2. Perinatal Grief Scale (PGS)

Die „Perinatal Grief Scale“ von Toedter et al. (PGS) wurde bei dieser Studie zu jedem Katamnesezeitpunkt eingesetzt. Sie ist ein validiertes Messinstrument, um Trauerstärke und Trauerausprägung einschätzen und über den gesamten Studienverlauf vergleichen zu können. Die PGS basiert auf einer umfassenden Literaturdurchsicht, den „six key signs“ der Trauer von Kennel et al. und auch einigen Items des „Expanded Texas Grief Inventory“ von Zisook, Devaul und Click, das 1982 als Messinstrument für Trauer allgemein entwickelt wurde.

Kennell et al. hatten in ihrer Studie zu Trauer der Eltern nach dem Verlust eines Neugeborenen „Traurigkeit“, „Appetitverlust“, „Schlaflosigkeit“, „gesteigerte Reizbarkeit“, „gedankliche Beschäftigung mit dem verstorbenen Kind“ und „Unfähigkeit, zu normalen Aktivitäten zurück zu kehren“ als „key signs of mourning“ herausgearbeitet. Das „Texas Inventory“ umfasst 58 Items und benutzt ein fünfstufiges Likert Format. Es berücksichtigt ganz unterschiedliche, nicht nur perinatale, Verlust-Erlebnisse.

Die hier verwendete Kurzform der PGS mit 33 Items erfasste die faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen „aktive Trauer“, „schwierige Bewältigung“ und „Verzweiflung“.

Die „aktive Trauer“ umfasst Items wie Traurigkeit, Sehnsucht und Weinen nach dem verlorenen Kind und verkörpert somit eine normale Trauerreaktion. Die zweite Skala, „schwierige Bewältigung“ bezieht sich auf Items, die nach Bewältigung des Verlustes, nach der Fähigkeit zu normalen Aktivitäten und Entscheidungen zu treffen und nach Umgang mit Freunden und Angehörigen fragen. Sie kann, zusammen mit der dritten Subskala, schon Hinweise auf einen schwierigen Trauerverlauf geben. Die dritte Subskala „schwierige Bewältigung“ repräsentiert Gefühle wie Hoffnungslosigkeit und geringes Selbstwertgefühl, hier könnten sich erste Hinweise für eine beginnende Depression zeigen.

Die einzelnen Items werden ebenfalls mittels fünfstufiger Linkert-Skala erfasst. Aus den Werten der drei Subskalen lässt sich ein Gesamtwert ermitteln. Die Ergebnisse können sowohl untereinander als auch mit den Referenzangaben, gewonnen aus 19 Studien, die von Toedter et al. 1988 in einem Übersichtsartikel veröffentlicht worden sind, verglichen werden. Die Testautoren sprechen von einer starken Ausprägung von Trauer bei einem PGS-Gesamt-Wert der über 91 liegt. Für die Subskalen liegen hohe Werte vor,

wenn der Mittelwert „Aktive Trauer“ über 34, der Mittelwert „Schwierige Bewältigung“ über 30 und der Mittelwert „Verzweiflung“ über 27 liegt.

Nachteil der PGS von Toedter et al. ist, dass sie nicht zwischen Trauer und Depression unterscheidet; die Korrelation der einzelnen Faktoren mit der SCL-90 (Symptom Checkliste, s. u.) beträgt für „aktive Trauer“ $r = 0.60$, „schwierige Bewältigung“ $r = 0.77$ und „Verzweiflung“ $r = 0.57$ bei $p < .001$. Der PGS-Gesamtwert korreliert mit der SCL-90 $r = 0.77$, so dass Schwankungen beim Gesamt-Trauerwert mit höheren oder niedrigeren Werten bei der Depressivitätsskala SCL-90 erklärt werden können (Toedter et al., 1988).

2.2.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

Das „Brief Symptom Inventory“ (BSI) ist eine Kurzform des Fragebogens Symptom Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis, durch welchen Aussagen über die aktuelle subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome möglich sind. Es ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 53 Items, die jeweils mit einer fünfstufigen Skala von „Überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ zu beantworten sind. Bezogen auf den Zeitrahmen der letzten sieben Tage werden Aussagen zu der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung des Patienten durch körperliche und psychische Symptome ermöglicht. Die insgesamt 53 Items werden zu unterschiedlichen Skalen zusammengefasst. Damit erhobene Daten in Bezug auf ihre klinische Auffälligkeit beurteilt werden können, werden die Rohwerte in Standardwerte, T-Werte, transformiert, so dass auf Basis von Normstichproben Aussagen über die Ausprägung der psychischen Belastung gemacht werden können. Die einzelnen Skalen repräsentieren folgende psychopathologische Bereiche:

- „Somatisierung“ erfasst psychische Belastung, die aufgrund von Wahrnehmung von einfachen körperlichen Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen entsteht.
- „Zwanghaftigkeit“ erfasst Symptome, die eng mit dem klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit zusammenhängen sowie Verhalten und Empfinden bei einer kognitiven Leistungsstörung.
- „Unsicherheit im Sozialkontakt“ erfasst soziale Unsicherheit, Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit, Minderwertigkeit und Selbstabwertung im sozialen Kontakt.

- „Depressivität“ erfasst Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, verringerte Motivation und Energie und gesunkenes Interesse am allgemeinen Leben, schwere klinisch manifeste Depressionen.
- „Ängstlichkeit“ erfasst Angst mit Nervosität, Spannungen und Zittern, Panikattacken, Schreckgefühle.
- „Aggressivität / Feinseligkeit“ erfasst Reizbarkeit, Unausgeglichenheit, Ärger, Aggression, Irritierbarkeit, Zorn und Verstimmung.
- „Phobische Angst“ erfasst Gefühl von Bedrohung, andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Person, einen Platz, ein Objekt, eine bestimmte Situation, die zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führen.
- „Paranoides Denken“ erfasst Misstrauen, Minderwertigkeitsgefühle, starkes paranoides Denken.
- „Psychotizismus“ erfasst Gefühl der Isolation, Entfremdung bis zu dramatischer Evidenz psychotischer Episoden.

Die Skalen ermöglichen Aussagen zu einzelnen relevanten Symptomen. Der Globalwert GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung. Für die deutsche Normstichprobe Erwachsener (n = 600) und Studierender (n = 589) liegen, getrennt nach Geschlecht, T-Werte vor; ein Proband / eine Probandin gilt als psychisch auffällig belastet, wenn der GSI Wert größer oder gleich 63 ist oder die T-Werte bei mindestens 2 Skalen größer oder gleich 63 sind. Insgesamt aber gilt, dass das BSI kein Verfahren ist, anhand dessen sich ICD-10-Diagnosen stellen ließen, auch wenn die Bezeichnungen der Skalen klinisch sind. Wie bei der Beschreibung der Skalen schon angedeutet, umfassen alle Skalen eine weite Spannbreite von leichter bis starker Ausprägung.

2.3. Auswertung

Während des gesamten Studienverlaufs erfolgte die Erfassung der Daten aller Fragebögen und telefonischen Kontakte mit den Teilnehmerinnen in entsprechende statistische (SPSS, Statistical Package for the Social Science, Version 12) und andere Datenbanken

(Access-Datenbank; Microsoft Access, Version 2000). Die Eingaben erfolgten durch Mitarbeiter und Studenten, durch andere Mitarbeiter erfolgte eine Kontrolle und ggf. Korrektur der Eingaben. Zusätzlich erfolgten stichpunktartige Kontrollen und Plausibilitätskontrollen durch eine statistisch versierte psychologische Mitarbeiterin und Projektkoordinatorin.

Die statistische Auswertung aller in dieser Arbeit vorliegenden Berechnungen erfolgte mit SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 14 bzw. 15. Für alle Berechnungen wurden umfangreiche Plausibilitätsprüfungen vorgenommen, um die Fehlerwahrscheinlichkeit zu minimieren. Zum Einsatz kamen einfache deskriptive Statistiken (Häufigkeitsberechnungen, Kreuztabellen), parametrische Verfahren (T-Test, ANOVA) sowie non-parametrische Verfahren (CHI², U-Test nach Mann und Whitney, H-Test nach Kruskal-Wallis, Friedman-Test, Korrelation nach Spearmans Rho).

Exakte Irrtumswahrscheinlichkeiten werden jeweils in den Abbildungen und Tabellen angegeben.

Folgende Signifikanzniveaus werden verwendet:

Irrtumswahrscheinlichkeit	$p \geq 0,05$	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,001$
Bedeutung	nicht signifikant	signifikant	sehr signifikant	hoch signifikant

2.4. Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der oben beschriebenen Modellprojekte wurden in den Beratungszentren Bonn, Düsseldorf und Essen vom 01.03.2003 bis zum 31.10.2005 insgesamt 726 psychosoziale Beratungen durchgeführt. 512, also 70,5 %, der beratenen Frauen waren bereit, an der Studie teilzunehmen und erfüllten die Einschlusskriterien. 160 Frauen schränkten dieses Einverständnis dahingehen ein, dass sie nur die Verwendung der Daten aus dem Beratungsgespräch bei Erstkontakt erlaubten, jedoch keine weitere Studienteilnahme wünschten. So blieben 352 Teilnehmerinnen für die zweijährige Verlaufsuntersuchung.

Tab. 3: Durchgeführte Beratungen und Teilnehmerinnenzahl

	Bonn	Düsseldorf	Essen	Gesamt
	Studienbeginn 01.01.2003 – 31.10.2005	Studienbeginn 01.03.2003 – 31.10.2005	Studienbeginn 01.03.2003 – 31.10.2005	
Teilnahme an der Studie	358	118	36	512
- nur Erstkontakt	116	27	17	160
- in Katamnese verbleibend	242	91	19	352

Insgesamt 341 Frauen entschieden sich nach Mitteilung eines pathologischen Befundes zu einem Abbruch der Schwangerschaft bzw. 49 zu einer Mehrlingsreduktion. 107 Frauen entschieden, die Schwangerschaft fort zu führen. 23 Frauen nahmen die Beratung vor Pränataldiagnostik in Anspruch und hatten keinen pathologischen Befund, in 5 Fällen wurde ein intrauteriner Fruchttod diagnostiziert und 4 Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Entscheidung gefällt und eine weitere Studienteilnahme abgelehnt.

Aufgrund organisatorischer und urheberrechtlicher Aspekte konzentriert sich die vorliegende Arbeit nur auf die Bonner Studienteilnehmerinnen, die nach Pränataldiagnostik einen Abbruch der Schwangerschaft durchführen ließen.

Tab. 4: Größe der vorliegenden Stichprobe

Bonn, 01.01.2003 – 31.10.2005	
Teilnahme an Studie	251
nur Erstkontakt	97
in Katamnese verbleibend	154
Beratungsrückmeldung	
Katamnese I (6-8 Wochen)	115
Katamnese II (6 Monate)	93
Katamnese III (1 Jahr)	85
Katamnese IV (2 Jahre)	71

In dem Zeitraum zwischen Januar 2003 und Oktober 2005 wurden in Bonn 251 Frauen während bzw. nach Pränataldiagnostik durch die Schwangerschaftskonfliktberatungs-

stelle des Diakonischen Werks psychosozial beraten und haben sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entschieden. Von diesen Teilnehmerinnen stehen die Beratungsdokumentation, die Anamnese und ein PND-Dokumentationsbogen zur Auswertung bereit. Von 154 Teilnehmerinnen liegt zusätzlich eine Beratungsrückmeldung vor, in der die Teilnehmerinnen u. a. Auskunft über die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung geben konnten. Weitere Angaben über den Verlauf von 2 Jahren gaben die Teilnehmerinnen in den Katamnese-Fragebögen, (6-8 Wochen, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach Erstgespräch) (n = 115; n = 93; n = 85; n = 71).

2.4.1. Gesamtstichprobe

Die 251 Bonner Teilnehmerinnen, die ihr Einverständnis zu der Studie gegeben haben, waren im Durchschnitt 31,5 Jahre alt (min. 16, max. 44). Der Anteil der Frauen zwischen 25 und 34 Jahren war mit fast 50 % in der Gesamtstichprobe am stärksten vertreten. Erwartungsgemäß ist auch die Gruppe der Schwangeren über 35 Jahre relativ groß, da, statistisch gesehen, sie ein größeres Risiko für fetale Chromosomenstörungen aufweisen (s. o.) und deshalb vermehrt Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen.

Tab. 5: Altersverteilung (n = 251)

Altersgruppe	Gesamtstichprobe (n = 251)	Absolute Häufigkeit %
<=24	33	13,2
25 -34	122	48,6
> 35	96	38,3

Über 90 % der Frauen waren zum Zeitpunkt der Anameseerhebung verheiratet oder lebten mit ihrem Partner in einer eheähnlichen Beziehung.

Tab. 6: Familienstand (n = 250; 1 keine Angabe)

Lebensform	Gesamtstichprobe (n = 250)	Absolute Häufigkeit %
Ehe / eheähnlich	230	92
anderes	20	8

Die überwiegende Zahl der Teilnehmerinnen hatte die deutsche Staatsangehörigkeit, was kritisch betrachtet damit zusammen hängen kann, dass ausreichende Deutschkenntnisse für die Studienteilnahme Voraussetzung waren. In dem Zusammenhang überrascht es nicht, dass ebenfalls der überwiegende Anteil der Frauen eine christliche Glaubenszugehörigkeit angab.

Tab. 7: Staatsangehörigkeit (n = 247; 4 keine Angaben)

Staatsangehörigkeit	Gesamtstichprobe (n = 247)	Absolute Häufigkeit %
deutsch	207	83,8
nicht deutsch	40	16,2

Tab. 8: Glaubenszugehörigkeit (n = 224; 27 keine Angaben)

Glaubenszugehörigkeit	Gesamtstichprobe (n = 224)	Absolute Häufigkeit %
christlich	168	75,0
muslimisch	25	11,2
konfessionslos / sonstige	31	13,8

Während weniger als ein Drittel der hier präsentierten Studienteilnehmerinnen (26,4 %) einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss haben, überwiegt mit großer Mehrzahl der Anteil mit einer abgeschlossenen Fachschule oder Ausbildung (55,3 %). 21 % von ihnen arbeiten in der Gesundheitsversorgung, 10,7 % der Frauen im sozialen Bereich und 5,8 % im Bereich Recht.

Tab. 9: Berufsabschluss (n = 224; 27 keine Angaben)

Berufsabschluss	Gesamtstich- probe (n = 224)		Absolute Häufigkeit %
Hochschule	41	18,3	26,4
Fachhochschule	18	8,1	
Ausbildung	119	53,1	55,3
Fachschule	5	2,2	
keine Ausbildung	41		18,3

2.4.2. Katamnesegruppe

Zur Auswertung der psychischen Belastung und Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation über den gesamten Studienverlauf von zwei Jahren wird eine Katamnesegruppe herangezogen. 47 Teilnehmerinnen wurden im Rahmen des Modellprojekts zwischen 01.01.03 bis 01.10.05 während bzw. nach Pränataldiagnostik in Bonn psychosozial beraten und haben anschließend einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Zudem haben sie die Fragebögen Brief Symptom Inventory von Derogatis (zur Messung psychischer Belastung) und die Perinatal Grief Scale von Toedter et al. (1988) (zur Messung perinataler Trauer) zu jedem Untersuchungszeitpunkt vollständig ausgefüllt zurückgesandt.

Tab. 10: Altersgruppe der Katamnesegruppe (n = 47)

Altersgruppe	Katamnesegruppe (n = 47)	Absolute Häufigkeit %
<=24	1	2,1
25 -34	21	44,7
> 35	25	53,2

Die Frauen der Katamnesegruppe waren im Durchschnitt 34,0 Jahre alt (min. 24, max. 42). Im Gegensatz zu der Gesamtstichprobe ist bei der Katamnesegruppe mit über 50 % der Anteil der Frauen über 35 Jahre am größten. Mit 44,7 % bilden die 25 -34 jährigen eine ähnlich große Gruppe, während nur eine einzige Frau unter 25 Jahren ist. Auch hier ist die weit überwiegende Mehrheit, fast 98 %, verheiratet oder lebt in einer eheähnlichen Beziehung.

Tab. 11: Lebensform der Katamnesegruppe (n = 47)

Lebensform	Katamnesegruppe (n = 47)	Absolute Häufigkeit %
Ehe / eheähnlich	46	97,9
anderes	1	2,1

Es fällt auf, dass fast 94 % der Teilnehmerinnen der Katamnesegruppe eine deutsche Staatsangehörigkeit haben, des Weiteren, dass keine muslimischen Frauen in der Teil-

stichprobe vertreten sind. Mögliche Erklärungen hierfür können eventuelle Sprach- oder Verständnisschwierigkeiten bei der Perinatal Grief Scale (PGS) oder dem Brief Symptom Inventory (BSI) sein, so dass sie gar nicht oder nur unvollständig ausgefüllt worden sind.

Tab. 12: Staatsangehörigkeit der Katamnesegruppe (n = 47)

Staatsangehörigkeit	Katamnesegruppe (n = 47)	Absolute Häufigkeit %
deutsch	44	93,6
nicht deutsch	3	6,4

Tab. 13: Glaubenszugehörigkeit der Katamnesegruppe (n = 40; 7 keine Angaben)

Glaubenszugehörigkeit	Katamnesegruppe (n = 40)	Absolute Häufigkeit %
christlich	36	90,0
muslimisch	0	0,0
konfessionslos / sonstige	4	10,0

Mehr als 32 % der Frauen der Katamnesegruppe verfügen über eine Hochschul- oder Fachhochschulabschluss (entspricht im Folgenden der Gruppe „hohes Bildungsniveau“). Fast doppelt so viele Frauen (ca. 63 %) haben eine Ausbildung absolviert. Diese Anteile stimmen mit denen der Gesamtstichprobe überein, hingegen liegt der Anteil der Teilnehmerinnen ohne abgeschlossene Berufsausbildung mit ca. 4,7 % etwas niedriger als bei der Gesamtstichprobe (18,3 %). Entspricht im Folgenden der Gruppe „niedrigeres Bildungsniveau“.

Tab. 14: Berufsabschluss der Katamnesegruppe (n = 43; 4 keine Angaben)

Berufsabschluss	Katamnese- gruppe (n = 43)	Absolute Häufigkeit %
Hochschule	11	25,6
Fachhochschule	3	7,0
Ausbildung	27	62,8
Fachschule	0	0,0
kein Ausbildung	2	4,7

Insgesamt wird durch die soziodemographischen Daten deutlich, dass es sich bei der Katamnesegruppe (n = 51) um eine repräsentative Stichprobe der Gesamtstichprobe (n = 251) handelt. Die Frauen waren im Durchschnitt nur etwas älter in der Katamnesegruppe (31,5 vs. 34,0), es zeigte sich ein ähnliches Bildungsniveau (Hochschule/ Fachhochschule 26,5 % vs. 32,6 %; Lehre 55,5 % vs. 63 %) und auch der Familienstand wich nicht sehr stark ab (92 % vs. 98 %).

3. Ergebnisse

Die für diese Arbeit berücksichtigte Gesamtstichprobe umfasst 251 Bonner Studienteilnehmerinnen, die im Kontext von Pränataldiagnostik, nach pathologischem fetalen Befund psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben und einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Die Katamnesestichprobe umfasst 47 dieser Frauen, die zu allen Messzeitpunkten die Perinatal-Grief-Scale (PGS) und das Brief Symptom Inventory (BSI) beantworteten.

Im ersten, deskriptiven Ergebnisteil werden die Teilnehmerinnen hinsichtlich ihres gynäkologischen und pränatalmedizinischen Hintergrundes beschrieben, einen zusätzlichen Aspekt stellt die Überprüfung nach dem Zusammenhang mit dem Alter der Patientin und dem Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs dar. Die Gesamtstichprobe ($n = 251$) wird zudem für Berechnungen herangezogen, die Auskunft über Beratungsthemen und Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung geben sollen. Hierzu werden Bewertungen durch die Beraterin und Angaben, die die Patientin in der Beratungsrückmeldung ($n = 154$) gemacht haben genauer betrachtet. Wichtige Aspekte sind dabei der Zustand der Patientin im Beratungsgespräch, die Beratungsinhalte, der Einfluss der Beratung auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und schließlich die Zufriedenheit mit der Beratung.

Im zweiten Teil der Ergebnisse werden anhand der Beratungsrückmeldungen ($n = 154$) die Beratungsthemen hinsichtlich ihrer Abhängigkeit unterschiedlicher Faktoren (PND-Diagnose, Schwangerschaftswoche bei Abbruch, bereits erlebte Verlustereignisse im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, Kinder / kinderlos, Schwangerschaft geplant / ungeplant und Bildungsstand) und der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit der Beratung untersucht.

Im dritten und letzten Teil der Ergebnisse wird die Katamnesegruppe ($n = 47$) zu Berechnungen herangezogen, die Auskunft über psychische Belastung und perinatale Trauer bei Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik und anschließender psychosozialer Beratung über den gesamten Untersuchungsverlauf von zwei Jahren geben sollen. Auch hier werden die unterschiedlichen Gruppen (PND-Diagnose, Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, bereits erlebte Verlustereignisse im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, Kinder / kinderlos, Schwangerschaft geplant /

ungeplant und Bildungsstand) hinsichtlich der Belastungsstärke und Trauerausprägung untersucht.

3.1. Ergebnisse I - deskriptiver Teil

Zunächst werden Angaben zu gynäkologischen / pränatalmedizinischen Daten (Schwangerschaft, gynäkologische Daten, Schwangerschaftswoche bei Abbruch, Indikation für Pränataldiagnostik, pränataldiagnostische Maßnahmen und Befunde, Zeitpunkt der psychosoziale Beratung) gemacht, des Weiteren werden soziodemographischen Daten (Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit, Bildungsstand, Beruf) beschrieben.

3.1.1. Gynäkologische und pränatalmedizinische Daten

Gesamtstichprobe und Katamnesegruppe

Die folgenden Tabellen geben Aufschluss über den gynäkologischen Hintergrund der Teilnehmerinnen der Gesamtstichprobe und der Katamnesegruppe. Das Verhältnis Frauen ohne Kind zu Frauen mit Kind beträgt in der Gesamtstichprobe etwa 1:1, in der Katamnesegruppe verschiebt sich dieses Verhältnis zugunsten der Mütter, hier haben etwa 64 % der Frauen bereits ein Kind, 36 % der Frauen der Katamnesegruppe sind kinderlos. In beiden Stichprobengruppen überwiegt die Anzahl derer, die erst ein Kind geboren haben mit 32,3 % in der Gesamtstichprobe und 44,7 % in der Katamnesegruppe. Desweiteren wurden die Teilnehmerinnen nach vorangegangenen Fehl- und Totgeburten, postnatal verstorbenen Kindern und vorausgegangenen Schwangerschaftsabbrüchen gefragt. Etwa ein Viertel der Frauen beider Stichproben hatte bereits eine Fehl- oder Totgeburt erlitten, etwa 4 % beider Gruppen hatten ein Kind, das postnatal verstorben war und 6 % der Gesamtstichprobe und 4 % der Katamnesegruppe hatten bereits einen Schwangerschaftsabbruch (aus medizinischer Indikation oder im Rahmen der Beratungsregelung) vornehmen lassen. Fasst man diese Zahlen zusammen, ergibt sich daraus, dass sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Katamnesegruppe über ein Drittel der Teilnehmerinnen bereits ein „Verlusterlebnis“ im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft durchgemacht hatte.

Tab. 15: Gynäkologischer Hintergrund - Gesamtstichprobe (n = 251) und Katamnesegruppe (n = 47)

Gynäkologischer Hintergrund		Gesamtstichprobe (n = 251)	gesamt in %	Katamnesegruppe (n = 47)	gesamt in %
Bereits Kinder vorhanden	ja	127	50,6	30	63,8
	nein	124	49,4	17	36,2
Anzahl der Geburten	0	124	49,4	17	36,2
	1	81	32,3	21	44,7
	2	38	15,1	8	17,0
	3	7	2,8	1	2,1
	4	1	0,4	-	-
Fehl- / Totgeburt	keine	192	76,5	36	76,6
	ja	59	23,5	11	23,4
Postnatal verstorbene Kinder	keine	241	96,0	45	95,7
	ja	10	4,0	2	4,3
Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte	Keine	236	94,0	45	95,7
	Ja	15*/**	6,0	2*	4,2
	§218a Abs.1	9		1	
	§218a Abs.2	3		-	

* 1 keine Angabe / ** 2 keine Angabe zu Beratungsregelung/soz.-med. Indikation

Die meisten Studienteilnehmerinnen hatten ihre Schwangerschaft geplant, 74,8 % der Gesamtstichprobe und 77,8 % der Katamnesegruppe. Fast 6 % der Gesamtstichprobe und über 13 % der Teilstichprobe nahmen eine Kinderwunschbehandlung in Form einer künstlichen Befruchtung oder einer unterstützenden Hormonbehandlung in Anspruch, diese können somit zu den geplanten Schwangerschaften gezählt werden. Ihr hoher Anteil ergibt sich aus der stets ausgesprochenen Empfehlung der Ärzte nach einer Sterilitätsbehandlung, die Abteilung für Pränatalmedizin wegen einer qualifizierten Ultraschalluntersuchung zu kontaktieren. Die häufiger nach Sterilitätsbehandlung vorkommenden höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften, die meistens pränatalmedizinisch betreut werden, spielen in dieser Untersuchung keine Rolle. Etwa 20 % der Gesamtstichprobe und damit doppelt so viele Frauen wie in der Katamnesegruppe gaben an, ihre Schwangerschaft sei nicht geplant gewesen. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die in der Einleitung gemachte Feststellung, die meisten Schwanger-

schaften, die aufgrund medizinischer Indikation nach § 218 a Abs.2 abgebrochen werden, seien erwünschte Schwangerschaften, auch auf die hier vorliegenden Stichproben zutrifft, nämlich bei 81 bzw. 91 % der hier untersuchten Frauen.

Tab. 16: Schwangerschaft - Gesamtstichprobe (n = 238, 13 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 45, 2 keine Angaben)

Gesamtstichprobe (n = 238) Schwangerschaft...	gesamt	Absolute Häufigkeit %	
... geplant	178	74,8	
künstl. Befruchtung	11	4,6	80,7
Hormonbehandlung	3	1,3	
... ungeplant	46	19,3	
Katamnesegruppe (n = 45) Schwangerschaft...	gesamt	Absolute Häufigkeit %	
... geplant	35	77,8	
künstl. Befruchtung	4	8,9	91,1
Hormonbehandlung	2	4,4	
... ungeplant	4	8,9	

In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der Schwangerschaftswochen beim Schwangerschaftsabbruch aufgeführt. Die einzelnen Skalen umfassen jeweils 4 Wochen. Während in der Gesamtstichprobe vermehrt Abbrüche auch vor der 15. Schwangerschaftswoche vorkamen (8,7 % entspricht 21 Teilnehmerinnen), kommen in der Katamnesegruppe nur 2 vor, das entspricht 4,3 %. Die Anzahl der Teilnehmerinnen, die in dem Zeitraum 15. – 19. Schwangerschaftswoche und 25. – 29. Schwangerschaftswoche den Abbruch vornehmen ließen, sind in beiden Stichproben vergleichbar groß, zwischen 23,1 % und 21,3 % in der Gesamtstichprobe und 21,8 % und 25,5 % in der Katamnesegruppe. Ebenso schaut es in dem Zeitraum der 20. – 24. Schwangerschaftswoche aus, in beiden Stichproben wurden vergleichbar viele Schwangerschaften in diesem Zeitraum abgebrochen (40,2 % vs. 40,4 %). In der Gesamtstichprobe 20,3 % und 19,9 %, in der Katamnesegruppe jeweils 23,4 % und 17,0 % zwischen der 20.- 22. Schwangerschaftswoche und der 22. - 24. Schwangerschaftswoche. Auch die Spätabbrüche in der 30. – 34. Schwangerschaftswoche sind prozentual vergleichbar, so ist der Anteil der Abbrüche nach der 30. Schwangerschaftswoche bei der Gesamtstichprobe 8,0 %, bei der Katamnesegruppe liegt er bei 8,5 %. Lediglich eine Schwangerschaft wurde nach der 35.

Schwangerschaftswoche abgebrochen, dabei handelt es sich um eine Teilnehmerin aus der Gesamtstichprobe, die in der Katamnesegruppe nicht mehr vertreten ist. Insgesamt lässt sich auch hier feststellen, dass die Katamnesegruppe einen Querschnitt aus der Gesamtstichprobe darstellt.

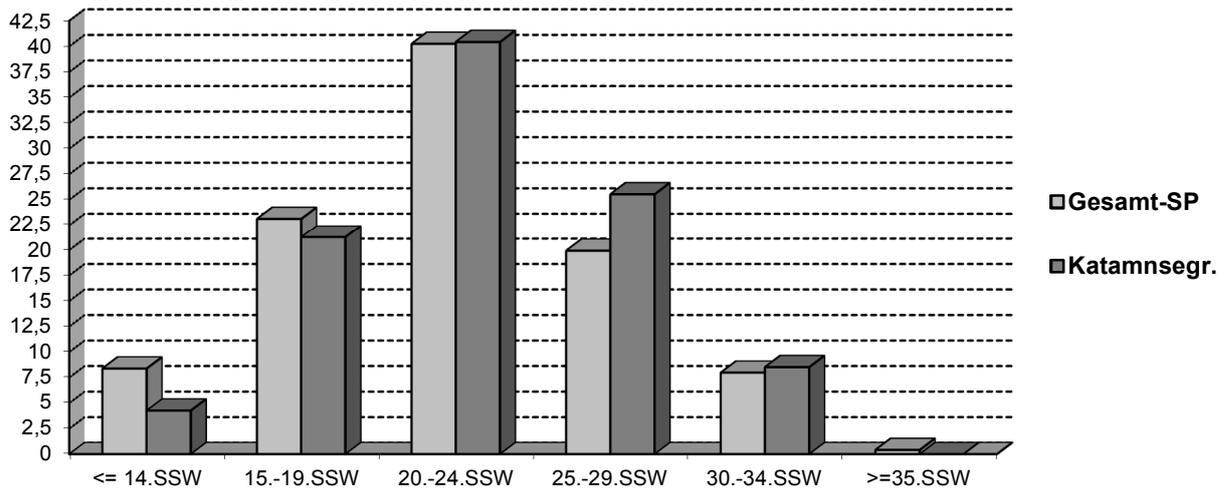


Abb. 2: Verteilung der SSW bei Abbruch - Gesamtstichprobe (n = 251) und Katamnesegruppe (n = 47). Angaben in Prozent.

Es gibt unterschiedliche Gründe, aus denen die Frauen der hier beschriebenen Stichproben Pränataldiagnostik, die über die Basisversorgung Schwangerer durch den niedergelassenen Gynäkologen hinausgeht, in der Abteilung für Pränatalmedizin der Universitätsfrauenklinik Bonn in Anspruch genommen haben. Die Hauptindikation für eine erweiterte Pränataldiagnostik ergab sich sowohl bei der Gesamtstichprobe als auch bei der Katamnesegruppe zu über 85 % aus einer Verdachtsdiagnose für eine fetale Erkrankung durch den niedergelassenen Gynäkologen. Bei fast 30 % der Gesamtstichprobe und etwa einem Viertel der Teilnehmerinnen der Katamnesegruppe lag ein Risikofaktor bzw. wie in 4 Fällen der Gesamtstichprobe eine Mehrlingsschwangerschaft, vor. Die folgende Tabelle zeigt nur eine Auswahl der Indikationsgründe für Pränataldiagnostik. Mehrfachnennungen waren möglich, da z. B. eine Patientin über 35 Jahre eine statistisch höhere Wahrscheinlichkeit hat, ein Kind mit einer chromosomalen Fehlverteilung zu bekommen und daher einen „Risikofaktor“ besitzt, sie kann aber trotz allem beim niedergelassenen Gynäkologen eine Verdachtsmitteilung und somit die Überweisung in die Abteilung für Pränataldiagnostik erhalten haben.

Tab. 17: Indikation für Pränataldiagnostik (Auswahl) - Gesamtstichprobe (n = 152, 2 keine Angaben*) und Katamnesegruppe (n = 47*)

Indikation für PND	Gesamtstichprobe	%	Katamnesegruppe	%
Verdachtsdiagnose	128	85,3	40	85,1
Risikofaktor	72	28,7	11	23,4

*höhere Fallzahl aufgrund Mehrfachnennung

Tabelle 17 zeigt, welche pränatalmedizinischen Untersuchungen die Teilnehmerinnen in Anspruch genommen haben. Unterschieden wird hier nur zwischen invasiver und nicht-invasiver Diagnostik, da alle invasiven Methoden vor der 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden (s. o.). Eine erste individuelle Risikoabschätzung für eine fetale Chromosomenanomalie bietet in der 12. – 14. Schwangerschaftswoche das Ersttrimesterscreening (ETS). Es ist eine nicht-invasive Untersuchungsmethode, die bereits zu einem relativ frühen Schwangerschaftszeitpunkt eingesetzt werden kann. Bei auffälligem Ergebnis schließen sich meist invasive Maßnahmen an. Es ist bemerkenswert, dass nur etwa jede fünfte Frau der Gesamtstichprobe und jede vierte Frau der Katamnesegruppe diese frühzeitige Risikoabschätzung wahrgenommen hat, kritisch hinzufügen sei allerdings, dass in der Gesamtstichprobe weniger als 1 % der Frauen das Angebot für ein Ersttrimesterscreening bekommen und es daraufhin abgelehnt haben. Alle anderen Teilnehmerinnen sowohl der Gesamtstichprobe als auch der Katamnesegruppe, die kein Ersttrimesterscreening haben durchführen lassen, wurde das Ersttrimesterscreening nicht angeboten. Invasive Diagnostik, darunter fallen die Chorionzottenbiopsie (ab 11. Schwangerschaftswoche), die Amniozentese (nach vollendeter 14. Schwangerschaftswoche) und die Nabelschnurpunktion (ab 18. Schwangerschaftswoche), wurden jeweils in etwa 60 % der Fälle durchgeführt. Etwa ein Drittel der Teilnehmerinnen jeder Stichprobe beschränkte sich auf nicht-invasive Diagnostik. Diese nicht invasive Diagnostik besteht meist aus einem differenzierten Ultraschall, sind in diesem schon eindeutig schwere Fehlbildungen wie z. B. ein Anencephalus zu erkennen, sind invasive Methoden zur Diagnosesicherung nicht mehr nötig.

Tab. 18: Pränataldiagnostische Maßnahmen - Gesamtstichprobe (n = 250, 1 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 47)

Pränataldiagnostik	Gesamtstichprobe (n = 250)	gesamt in %	Katamnesegruppe (n = 47)	gesamt in %
Ersttrimesterscreening	55	22,0	12	25,5
kein ETS	195	78,0	35	74,5
PND invasiv	152	60,8	28	59,6
PND nicht-invasiv	80	32,0	15	31,9
keine zusätzl. PND	18	7,2	4	8,5

Nachfolgend sind die pränataldiagnostischen Befunde der Frauen beider Stichproben aufgeführt. Es wird deutlich, dass Anomalien des Zentralnervensystems und komplexe Fehlbildungssyndrome mit 37 % in der Gesamtstichprobe und 47 % in der Katamnesegruppe die größte Gruppe der fetalen Fehlbildungen darstellt, gefolgt von Chromosomenstörungen mit 36 % in der Gesamtstichprobe bzw. 36 % in der Katamnesegruppe. Etwa 13 – 20 % machen die Organ- und Skelettfehlbildungen zusammengefasst mit den Spaltbildungen aus. Bei relativ wenigen Frauen, 5,6 % in der Gesamtstichprobe und 2 % in der Katamnesegruppe, wurde ein Abbruch aufgrund systemischer Erkrankungen, Infektionen und anderen Komplikationen in der Schwangerschaft durchgeführt.

In der Gruppe Chromosomenstörungen wurde am häufigsten eine Trisomie 21 diagnostiziert. 39 Frauen erhielten diese Diagnose, 11 von ihnen ohne einen weiteren Befund, 28 Feten wiesen neben dem Down-Syndrom weitere z. T. schwerste Fehlbildungen an Herz, Gehirn, Darm und Extremitäten auf. Trisomie 13 oder 18 wurde insgesamt in 23 Fällen diagnostiziert.

Zwei Frauen hatten eine systemische Erkrankung, 4 Frauen hatten während der Schwangerschaft eine schwere Infektion, die auf den Feten übergegangen war, und 8 Frauen hatten einen vorzeitigen Blasensprung, der in allen 8 Fällen nicht auf eine vorangegangene ärztliche Intervention zurückzuführen war.

Tab. 19: Pränataldiagnostische Befunde - Gesamtstichprobe (n = 250, 1 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 47)

Pränataldiagnostische Befunde	Gesamtstichprobe (n = 250)	gesamt in %	Katamnesegruppe (n = 47)	gesamt in %
Chromosomenstörung	90	36,0	17	36,2
Organ-, Skelettfehlbildung; Spaltbildung	48	19,2	6	12,8
Anomalien des ZNS; komplexes Fehlbildungs- syndrom	92	36,8	22	46,8
Systemische Erkrankung der Mutter; Infektionen; Komplikationen in der SS	14	5,6	1	2,1
Mehrlingsschwangerschaft	6	2,4	1	2,1

Den Studienteilnehmerinnen wurde im Kontext von Pränataldiagnostik vor, während oder nach den Untersuchungen und Behandlungen psychosoziale Beratung angeboten. In den meisten Fällen wurde diese nach einem pathologischen pränataldiagnostischen Befund wahrgenommen. In einigen Fällen auch während der Pränataldiagnostik, meist in Form einer Krisenintervention bei Wartezeiten auf den Untersuchungsbefund. In den hier untersuchten Stichproben hatte keine Frau das Beratungsangebot vor Pränataldiagnostik in Anspruch genommen. Nur unter 5 % der Gesamtstichprobe und etwa 2 % der Katamnesegruppe hatten das Angebot der psychosozialen Beratung während Pränataldiagnostik genutzt. In beiden Stichproben gehören praktisch alle Frauen zu der Gruppe, die nach Pränataldiagnostik und einem damit verbundenen pathologischen Befund psychosozial beraten worden ist.

Tab. 20: Zeitpunkt der Psychosozialen Beratung - Gesamtstichprobe (n = 250, 1 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 47)

Psychosoziale Beratung	Gesamtstichprobe (n = 250)	gesamt in %	Katamnesegruppe (n = 47)	gesamt in %
während PND	11	4,4	1	2,1
nach PND	239	95,6	46	97,9

3.1.2. Soziodemographische Daten im Zusammenhang mit Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch

Während andere soziodemographische Daten, wie Glaubenszugehörigkeit, Familien- und Bildungsstand keinen signifikanten Einfluss auf die Schwangerschaftswoche bei Abbruch haben, konnte ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patientin und dem Schwangerschaftsalter bei Abbruch entdeckt werden. Je jünger die Patientin ist, desto eher wurde der Schwangerschaftsabbruch nach der 23. Schwangerschaftswoche durchgeführt.

Alter der Patientin und Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch

Tab. 21: Zusammenhang Alter der Patientin und SSW bei SSA (n = 251)

Alterskategorien	<= 22. SSW	=> 23. SSW	Chi ² nach Pearson	df	p
<= 24 Jahre	4,8 %	8,4 %	11,132	2	0.004
25 – 34 Jahre	22,3 %	26,3 %			
>= 35 Jahre	24,7 %	13,5 %			

Bildungsstand der Patientin und Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schwangerschaftsalter bei Abbruch und dem Bildungsstand (Hochschule, Fachhochschule versus Lehre, Fachschule, keine Ausbildung) der Patientin festgestellt werden.

Tab. 22: Zusammenhang Bildungsstand und SSW bei SSA (n = 224, 27 fehlend)

Ausbildung	<=22. SSW	=> 23.SSW	Chi ² nach Pearson	df	p
Hochschule	12,1 %	6,3 %	6,709	4	0.152
Fachhochschule	5,4 %	2,6 %			
Lehre	25,4 %	27,7 %			
Fachschule	1,3 %	0,9 %			
Keine Ausbildung	8,0 %	10,3 %			

3.1.3. Psychosoziale Beratung bei Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

Aktuelle Problematik (Bewertung durch Beraterin)

Die Beraterinnen wurden gebeten, in der Beratungsdokumentation Angaben zur aktuellen Problematik der Patientin zu machen. Nach Einschätzung der Beraterinnen hatte die Mehrzahl der Patientinnen, fast 56 %, die Entscheidung, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen werden oder nicht zum Zeitpunkt des Erstkontakts mit der Beraterin bereits getroffen. Weniger als 20 % suchten in der Beratung unter anderem Hilfe bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Abbruch. Für über 10 % der Teilnehmerinnen stellte der Erstkontakt mit der Beraterin eine Krisenintervention dar, in deren Rahmen der „erste Schock“ nach Mitteilung des Befundes verarbeitet werden soll. Etwa 13 % wünschten eine psychologische Begleitung während des Abbruchs.

Tab. 23: Aktuelle Problematik zum Zeitpunkt des ersten Beratungsgesprächs, Angaben durch Beraterinnen (n = 251)

Aktuelle Problematik im Beratungsgespräch	N*	%
Krisenintervention	28	11,2
Entscheidung für / gegen Abbruch bereits gefällt	140	55,8
Hilfe bei Entscheidungsfindung für / gegen Abbruch	49	19,5
Begleitung während des Abbruchs	32	12,8
Sonstiges (z. B. Aufarbeitung alter Verluste, Trauerbegleitung)	10	4,0
Begleitung in der weiteren Schwangerschaft	1	0,4

* Mehrfachangaben

Informationsstand über Pränataldiagnostik (Bewertung durch Beraterin)

Bei 180 Frauen von 238 (75,6 %) wurde das Wissen über Pränataldiagnostik, Ziel und Durchführung von Pränataldiagnostik von Seiten der Beraterin als gut bis sehr gut eingeschätzt, während bei 58 Frauen (24,4 %) nur wenig oder gar keine Kenntnisse über Pränataldiagnostik vorhanden waren. Bei 13 Frauen wurde der Informationsstand über Pränataldiagnostik nicht durch die Beraterinnen beurteilt. Etwas schlechter wurde der Informationsstand der Patientinnen über die vorliegende fetale Erkrankung, die Therapiemöglichkeiten und die Unterstützungsangebote bei einer Behinderung durch die Beraterinnen eingeschätzt. Nur 166 Frauen von 235 (70,6 %) waren gut oder sehr gut informiert. Dagegen waren 69 Frauen (29,4 %) wenig oder gar nicht über Therapiemög-

lichkeiten, Unterstützungsangebote und der Erkrankung ihres Kindes informiert. 15 Frauen wurden dahingehend von den Beraterinnen nicht eingeschätzt.

Tab. 24: Informationsstand der Patientin, Einschätzung durch Beraterinnen (n = 238 bzw. 235)

Informationsstand/ Wissen über...	gut / sehr gut	gar nicht / wenig
	%	%
... Pränataldiagnostik (n = 238, 13 nicht beurteilt)	75,6	24,4
... Therapiemöglichkeiten /Unterstützungsangebote bei Behinderung / Erkrankung des Feten (n =235, 15 n. b.)	70,6	29,4

Zustand der Patientinnen (Bewertung durch Beraterinnen)

Nach dem Beratungsgespräch wurde der Zustand der Patientin hinsichtlich ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch von der Beraterin dokumentiert. Dabei fielen bei mehr als zwei Drittel (68,3 %) der Patientinnen emotional-intellektuelle Divergenzen auf. Mit diesem Item wurde erfasst, dass die Patientin bezüglich Abbruch bzw. Fortsetzung der Schwangerschaft rational und emotional zu unterschiedlichen Entscheidungen tendierte. Ambivalenzen bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs selber bestanden bei 28 % der Beratenen, Ambivalenzen gegenüber Pränataldiagnostik bestanden bei 13 % der Teilnehmerinnen. Bei 5 Teilnehmerinnen (2,0 %) erfuhren die Beraterinnen eine starke Ablehnung der Beratung.

Tab. 25: Zustand der Patientinnen, Einschätzung durch Beraterinnen

Emotionaler Zustand der Patientinnen	N	Gar nicht / wenig	Stark / sehr stark
		%	%
Emotional-intellektuelle Divergenzen	243	31,7	68,3
Ambivalenzen bezüglich SSA	236	72,0	28,0
Ambivalenzen bezüglich PND	169	87,0	13,0
Ablehnung der Beratung	247	98,0	2,0

Psychische Belastung der Patientin (Bewertung durch Beraterin)

Insgesamt wurde die psychische Belastung der Patientin durch die Beraterin bei über 99 % der Teilnehmerinnen stark bis sehr stark eingeschätzt. Nur zwei Teilnehmerinnen vermittelten der Beraterin im Beratungsgespräch eine nur wenig ausgeprägte psychische Belastung.

Tab. 26: Psychische Belastung der Patientin, Einschätzung der Beraterin, n = 251

Psychische Belastung der Patientin	N = 251	%	
wenig	2	0,2	
stark	63	25,1	99,2
sehr stark	186	74,1	

Beratungsinhalte (Bewertung durch Beraterin)

Der folgenden Tabelle können die Häufigkeiten der angesprochenen Themenbereiche entnommen werden. Da in der vorliegenden Arbeit nur Teilnehmerinnen berücksichtigt werden, bei denen nach Pränataldiagnostik ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, ist der Themenbereich „Schwangerschaftsabbruch“ in den Beratungsgesprächen naturgemäß besonders häufig angesprochen worden. Neben dem Ablauf des Abbruchs, „Schwangerschaftsabbruch ist eine Geburt“, (84,4 %) und des „Fetozids“ (50,4 %) war für viele Teilnehmerinnen die „Lebensperspektive nach dem Schwangerschaftsabbruch“ (93,6 %) ein wichtiges Thema. Desweiteren standen Themen wie „Segnung des Kindes“ (62,4 %), „Abschied vom Kind“ (90,8 %), „Beerdigung des Kindes“ (88,8 %) und „Trauer“ (94,0 %) im Vordergrund.

In etwa drei Viertel der Beratungsgespräche wurde im Themenbereich Konflikte das „Zeitfenster“ angesprochen, hiermit ist der Zeitraum gemeint, der Zwischen dem pathologischen pränataldiagnostischen Befund lag und dem Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs. Ebenso wichtig war das Thema „dem Kind einen Platz in der Familie geben“, dies ist kann als der Beginn der Trauerarbeit bereits im ersten Beratungsgespräch angesehen werden. Im Themenbereich „Auswirkungen“ stand eine mögliche Veränderung der Partnerschaft durch den Abbruch im Vordergrund (76,1 %). Nur eine untergeordnete Rolle spielten Themen „Angebote von Selbsthilfegruppen“ (25,1 %) und

der Themenbereich „Austragen des Kindes“. 63,4 % der Teilnehmerinnen sprachen mit der Beraterin über Zukunftsperspektiven mit einem behinderten Kind, etwa ein Viertel (27,5 %) besprachen die Möglichkeit des „Austragen eines Kindes bei infauster Prognose“ und nur 5,2 % der Teilnehmerinnen (entspricht 13 Frauen von 251) redeten mit der Beraterin über die Möglichkeit der Freigabe eines behinderten Kindes zur Adoption.

Tab. 27: Thematische Inhalte der Beratungsgespräche, Angaben durch Beraterinnen, (n = 250, 1 fehlend)

Beratungsinhalte		
1. Themenbereich „Pränataldiagnostik“	N	%
Bedürfnis nach weiteren medizinischen Information	144	57,6
Ergebnis der Pränataldiagnostik	220	88,0
Möglichkeit einer eingriffsbedingten Fehlgeburt	1	0,4
Auswirkung der Untersuchung auf Beziehung zum Kind	1	0,4
Fetozid	126	50,4
Mehrlingsreduktion	2	0,8
Mögliche operative und intrauterine Behandlungsmöglichkeiten	50	20,0
2. Themenbereich „Konflikte“	N	%
Antizipieren der Konfliktsituation nach path. Befund (vor PND)	1	0,4
Thema „Zeitfenster“	180	72,0
Wartezeit zwischen Untersuchung und Ergebnis	26	10,4
Religiöse Aspekte	142	56,8
Kulturelle Aspekte	32	12,8
Eigene Erfahrungen mit Behinderungen	87	34,8
Kind einen Platz in der Familie geben	185	74,0
3. Themenbereich „Schwangerschaftsabbruch“	N	%
Schwangerschaftsabbruch ist eine Geburt	211	84,4
Wunsch nach Kaiserschnitt	55	22,0
Lebensperspektive nach Schwangerschaftsabbruch	234	93,6
Umgang mit Schuld	130	52,0
Segnung des Kindes / Kontakt mit Seelsorge	156	62,4
Abschied vom Kind	228	90,8
Beerdigung des Kindes	223	88,8
Trauer	236	94,0
4. Themenbereich „Austragen des Kindes“	N	%
Zukunftsperspektive mit behindertem Kind	159	63,4
Austragen des Kindes trotz Behinderung / Krankheit	119	47,4
Austragen des Kindes bei infauster Prognose	69	27,5
Adoption	13	5,2
5. Themenbereich „Mögliche Auswirkungen“	N	%
Auswirkungen auf Partnerschaft	191	76,1
Auswirkungen auf familiäres Umfeld	102	40,6
Auswirkungen auf vorhandene Kinder	107	42,6
Auswirkungen auf soziales Umfeld	88	35,1
Auswirkungen auf berufliche Situation / Ausbildung	43	17,1
6. Themenbereich „Unterstützungsangebote“	N	%
Angebote von Selbsthilfegruppen	63	25,1
Weitere psychotherapeutische Möglichkeiten	124	49,4
Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten	13	5,2

Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor psychosozialer Beratung

Von insgesamt 154 Studienteilnehmerinnen konnten Beratungsrückmeldungen ausgewertet werden, in denen von den Frauen Angaben zu verschiedenen Aspekten der Beratung und der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch gemacht wurden.

127 (mehr als 84 %) der Teilnehmerinnen waren nach eigenen Angaben bereits vor der psychosozialen Beratung dazu entschlossen, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. 8,6 % (entspricht 13 Frauen) hatten noch nicht endgültig entschieden und 7,3 % (entspricht 11 Frauen) hatten noch keine Entscheidung über einen Abbruch der Schwangerschaft gefällt.

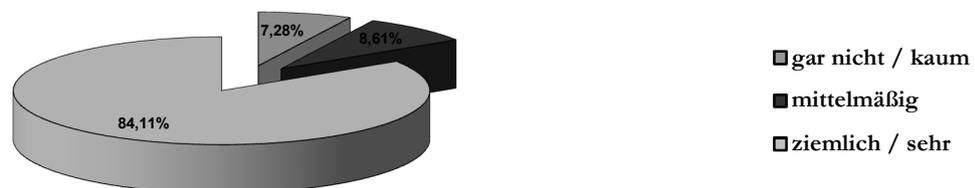


Abb. 3: Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor psychosozialer Beratung, Angabe der Patientin in Beratungsrückmeldung (n = 151, 3 keine Angaben)

Beeinflussung des Entschlusses für einen Schwangerschaftsabbruch durch die psychosoziale Beratung

83,11 % der Teilnehmerinnen (entspricht 123 Frauen) verneinten einen Einfluss der psychosozialen Beratung auf ihren Beschluss, die Schwangerschaft zu beenden. 19 Frauen (12,8 %) gaben an, sie hätten sich durch die Beratung sehr in ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch beeinflussen lassen, 6 Frauen (4,1 %) ließen sich etwas, aber nicht sehr in ihrer Entscheidung beeinflussen. Insgesamt hatte das Beratungsgespräch also bei jeder sechsten Frau einen mittelmäßigen bis starken Einfluss auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch.

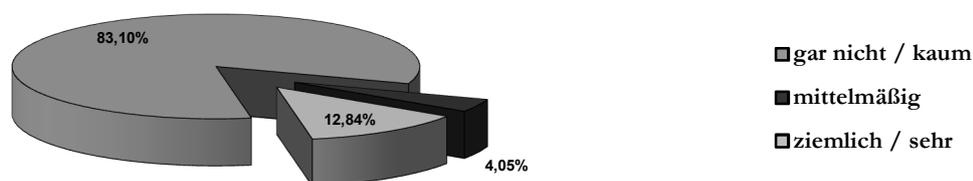


Abb. 4: Beeinflussung des Entschlusses für einen Schwangerschaftsabbruch durch die psychosoziale Beratung, Angabe der Patientin in Beratungsrückmeldung (n = 148, 6 keine Angaben)

Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch einmal in dieser Weise treffen

Zum Katamnesezeitpunkt 2 (n = 92, 1 keine Angabe) und 4 (n = 71), also 6 Monate und zwei Jahre nach Beratungsgespräch, wurden die Teilnehmerinnen gefragt, ob sie ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch heute noch einmal auf die gleiche Weise treffen würden. Ein halbes Jahr nach Beratungsgespräch gaben 80 Teilnehmerinnen (fast 87 %) an, sie würden ihre Entscheidung noch einmal auf die gleiche Weise treffen, jeweils 6 Teilnehmerinnen (6,5 %) waren unsicher bzw. hätten sich auf jeden Fall gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Ein ähnliches Bild zeigte die Befragung 18 Monate später. 83 % der Teilnehmerinnen (entspricht 59 Frauen) gaben an, sie würden erneut einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, jeweils 6 Frauen (8,5 %) waren sich unsicher bzw. hätten anders entschieden.

Tab. 28: Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch einmal genauso treffen? Kat2 (n = 92, 1 fehlend), Kat4 (n = 71)

Würden Sie aus heutiger Sicht die Entscheidung zum SSA noch einmal in dieser Weise treffen?	Katamnese 2 (n = 92, 1 fehlend)		Katamnese 4 (n = 71)	
Jederzeit wieder / wahrscheinlich	80	87,0 %	59	83,1 %
Bin unsicher	6	6,5 %	6	8,5 %
Möglicherweise / auf jeden Fall andere Entscheidung	6	6,5 %	6	8,5 %

Zufriedenheit mit der Beratung

Mit über 90 % (entspricht 139 Frauen) gaben die Studienteilnehmerinnen in der Beratungsrückmeldung eine hohe Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung an. 14 Teilnehmerinnen (9 %) gaben eine mittelmäßige Zufriedenheit an, nur 1 Teilnehmerin war unzufrieden mit dem Beratungsgespräch.

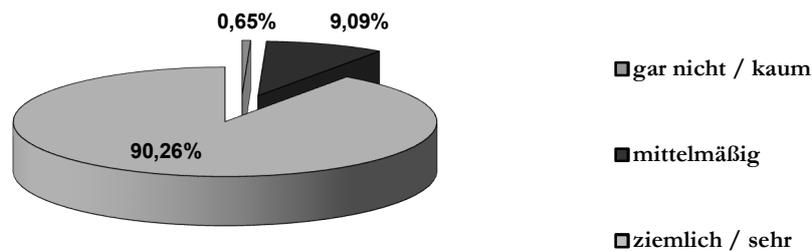


Abb. 5: Zufriedenheit mit der Beratung, Beratungsrückmeldung (n = 154)

Alle Teilnehmerinnen gaben an, dass sie persönliches Verständnis seitens der Beraterin erfahren haben. 90 % hatten das Gefühl, ihnen wurde viel Verständnis entgegen gebracht, 10 % haben sich von der Beraterin immer noch mittelmäßig verstanden gefühlt.

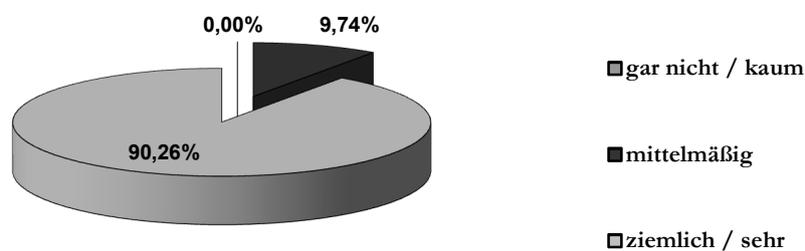


Abb. 6: Verständnis seitens der Beraterin, Beratungsrückmeldung (n = 154)

Die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmerinnen (über 80 %) schätzte die psychosoziale Beratung als sehr hilfreich ein. 20 Teilnehmerinnen (13 %) fanden die Beratung mittelmäßig hilfreich, während 9 Patientinnen (5,84 %) angeben, die Beratung hätte ihnen wenig bis gar nicht geholfen.

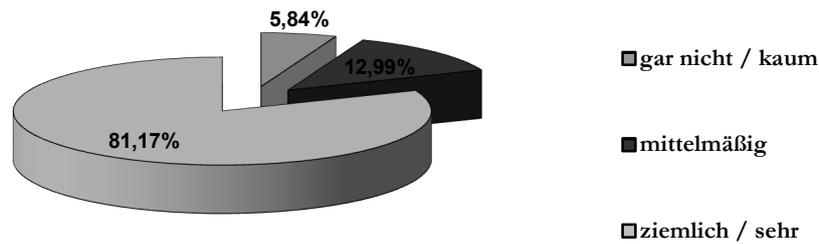


Abb. 7: Einschätzung der Beratung als hilfreich, Beratungsrückmeldung (n = 154)

141 Studienteilnehmerinnen gaben an, dass in der Beratung alle oder fast alle für sie wichtigen Themen angesprochen worden waren. 10 Frauen (6,5 %) empfanden die angesprochenen Themen als weniger wichtig und 2 Teilnehmerinnen (1,3 %) waren gar nicht oder kaum der Meinung, dass die für sie wichtigen Themen in der Beratung angesprochen worden sind.

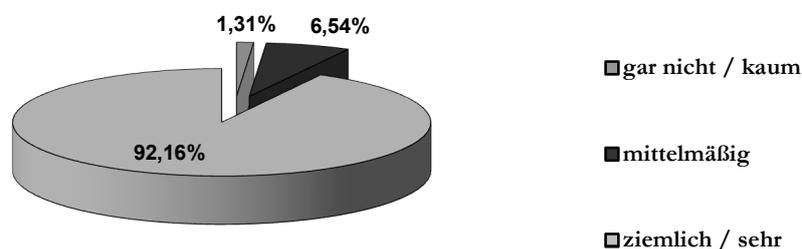


Abb. 8: Ansprechen wichtiger Themen, Beratungsrückmeldung (n = 153, 1 fehlend)

3.1.4. Beratung rückblickend

Wie hilfreich war die psychosoziale Beratung rückblickend?

Rückblickend empfanden zu jedem Katamnesezeitpunkt über 80 % der befragten Frauen die psychosoziale Beratung als hilfreich. Zwischen 5 und 14 % der Teilnehmerinnen empfand die Beratung rückblickend als mittelmäßig hilfreich, während zwischen 4 und fast 11 % der Befragten die Beratung rückblickend als gar nicht hilfreich betrachtete. Diese Angaben decken sich in etwa mit denen der Beratungsrückmeldung, in der eben-

falls danach gefragt wurde, inwieweit die psychosoziale Beratung als hilfreich erachtet wird.

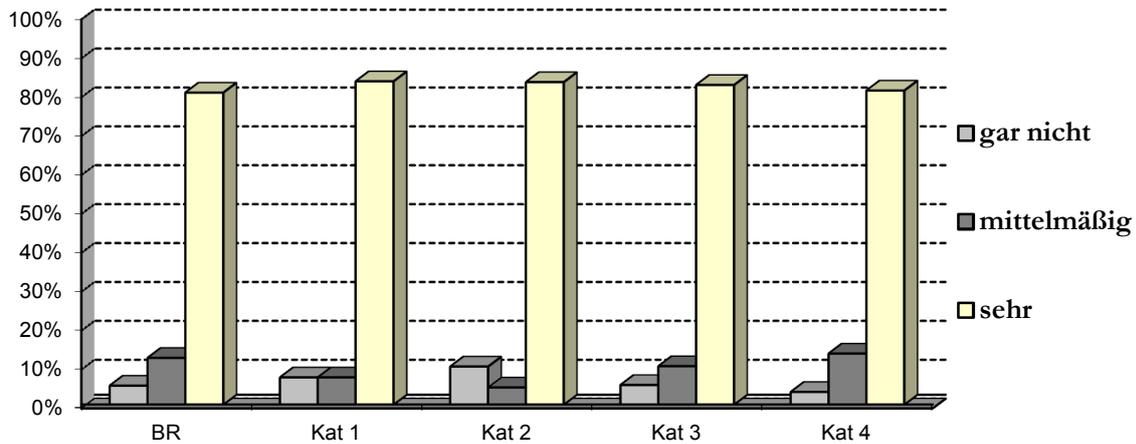


Abb. 9: Wie hilfreich war die Beratung (rückblickend)? Beratungsrückmeldung (n =154), Kat 1 (n = 113), Kat 2 (n = 93), Kat 3 (n = 83), Kat 4 (n = 71)

Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosozialen Beratung

Zwischen 32,5 und 38 % der Teilnehmerinnen beschäftigten sich gedanklich 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach dem psychosozialen Beratungsgespräch immer noch häufig mit den angesprochenen Themen. Etwa jede 2. bis 3. Teilnehmerin beschäftigte sich über den gesamten Studienverlauf noch manchmal mit den Themen aus der psychosozialen Beratung.

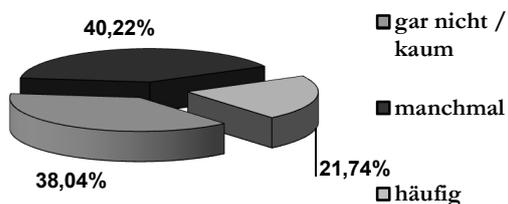


Abb. 10: Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosoz. Beratung, Kat 2 (n = 92)

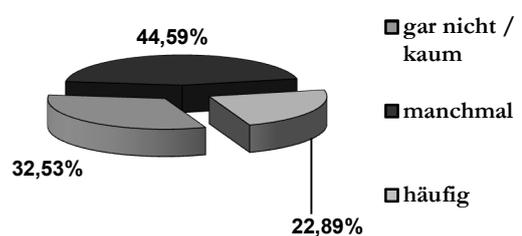


Abb. 11: Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosoz. Beratung, Kat 3 (n =83)

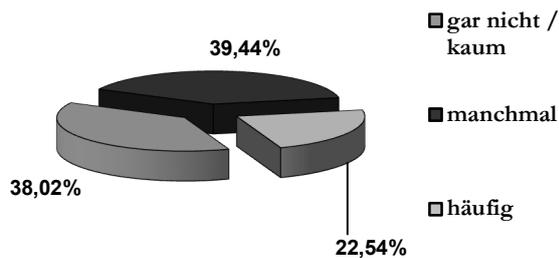


Abb. 12: Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosoz. Beratung, Kat 4 (n = 71)

Zwischen 22 und 23 % der Teilnehmerinnen gaben an, sich nach 6 Monaten und im weiteren Studienverlauf kaum noch oder gar nicht mehr mit den Gesprächsinhalten der Beratung gedanklich zu beschäftigen.

Rat zu Beratung

Zu jedem Messzeitpunkt wurden die Studienteilnehmerinnen gebeten mitzuteilen, ob sie anderen Betroffenen die psychosoziale Beratung raten würden, und wenn ja zu welchem Zeitpunkt, vor während oder nach Pränataldiagnostik.

Zu jedem Katamnesezeitpunkt rieten nahezu alle Teilnehmerinnen zu einer psychosozialen Beratung nach Abschluss von Pränataldiagnostik. Während zum Zeitpunkt der Beratungsrückmeldung noch etwa 60 % zu psychosozialer Beratung während Pränataldiagnostik rieten, stieg dieser Anteil bis zum vierten Katamnesezeitpunkt auf über 80 % an. Das gleiche Bild zeigt sich zum Rat vor Pränataldiagnostik, während anfangs nur knapp 60 % der Befragten zu psychosozialer Beratung vor Pränataldiagnostik rieten, waren es zwei Jahre nach Beratungsgespräch über 70 %. Zu diesen Ergebnissen sei schon an dieser Stelle kritisch angemerkt, dass einige Teilnehmerinnen keine Angaben hierzu gemacht haben und dass natürlich besonders die Frauen, die sehr von der psychosozialen Beratung profitiert haben in den Katamnesegruppe verbleiben.

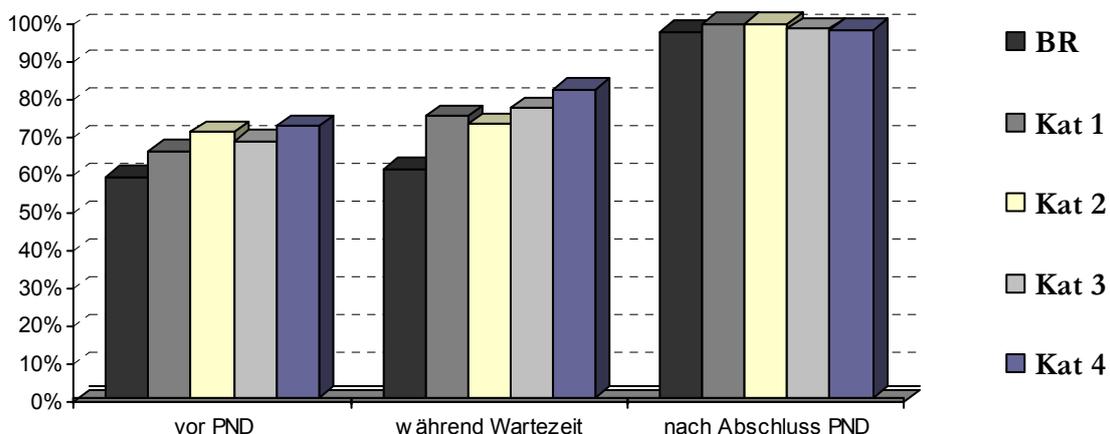


Abb. 13: Empfehlung der Beratung (rückblickend) für andere Betroffene Beratungsrückmeldung (n = 116, n = 118, n = 148); Kat1 (n = 92, n = 90, n = 111); Kat2 (n = 87, n = 83, n = 89); Kat3 (n = 71, n = 72, n = 81); Kat4 (n = 63, n = 58, n = 67)

3.2. Ergebnisse II – Zufriedenheit mit Beratung und Beratungsthemen

3.2.1. Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung

In den folgenden Tabellen werden die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung unter Berücksichtigung der Aspekte PND-Diagnose, Schwangerschaftswoche bei psychosozialer Beratung und früherer Verlust im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft untersucht. Interessant ist, ob sich Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Beratung ergeben.

Non-parametrische Korrelation zwischen Beraterinnen- und Patientinnenangaben zur Zufriedenheit und Ergebnis des Beratungsgesprächs

Bevor nähere Betrachtungen zu der Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung und einem Zusammenhang der PND-Diagnose, dem Schwangerschaftsalter bei Abbruch und früheren Verlusterlebnissen im Rahmen einer Schwangerschaft gemacht werden, sollen in der folgenden non-parametrischen Korrelation die Aussagen der Beraterin aus der Beratungsdokumentation und die Aussagen der Patientinnen aus der Beratungsrückmeldung in Beziehung gesetzt werden. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge ($p < 0,01$) zwischen der Einschätzung der Beratung als hilfreich durch die Beraterin und der Gesamtzufriedenheit mit der Beratung seitens der Patientin. Somit besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen Beraterinnen und Studienteilnehmerinnen. Teilnehmerinnen wie Beraterinnen stufen die Zufriedenheit der beratenen Frauen mit dem Beratungsgespräch ähnlich gut ein und bewerten das Beratungsgespräch als ähnlich hilfreich für die Patientinnen.

Tab. 29: Non-parametrische Korrelation zwischen Beraterinnen- und Patientinnenangaben zur Zufriedenheit und Ergebnis der Beratung (n = 152, 2 fehlend)

	Beurteilung der Beratung als hilfreich (Beraterin)		Zufriedenheit mit Beratungsgespräch (Beraterin)	
	n	r	n	r
Beurteilung der Beratung als hilfreich (Patientin)	152	0.257*	-	-
Zufriedenheit mit Beratungsgespräch (Patientin)	-	-	152	0.351*

Anmerkung: * Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant. r = Korrelationskoeffizient nach Spearman Rho.

PND-Diagnose und Zufriedenheit mit der Beratung

Unterteilt man die 154 Teilnehmerinnen, deren Beratungsrückmeldungen zur Auswertung zur Verfügung standen, in PND-Diagnose-Gruppen, so ergeben sich 4 große Gruppen. Die Frauen, bei deren Feten Chromosomenstörungen festgestellt worden sind, jene, welche als PND-Befund Organ- und Skelettfehlbildungen mitgeteilt bekamen, Frauen, deren Feten im Ultraschall Anomalien des Zentralnervensystems aufwiesen und schließlich jene, die selber an systemischen Erkrankungen leiden oder Infektionen in der Schwangerschaft und / oder einen vorzeitigen Blasensprung hatten und deren Ungeboresenes dadurch geschädigt worden ist. 4 Teilnehmerinnen hatten andere Diagnosen und fallen somit aus der Berechnung heraus, da weitere Gruppen für die Berechnungen ausgefallen wären. Die folgende Tabelle gibt den Zusammenhang zwischen PND-Diagnose und verschiedenen Aspekten der Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung wider. Insgesamt lassen sich in den Bereichen Zufriedenheit mit der Beratung, Verständnis seitens der Beraterin, Einschätzung der Beratung als hilfreich und Ansprechen wichtiger Themen keine signifikanten Unterschiede zwischen den PND-Diagnose-Gruppen feststellen.

Tab. 30: Zusammenhang zw. PND-Diagnose und Zufriedenheit mit der Beratung, (n = 150, 4 andere Diagnosen)

	Diagnosegruppe	N*	mittl. Rang	Chi ²	df	p
Zufriedenheit mit Beratung	Chromosomenstörung	55	78,22	5,212	3	0.157
	Organ- und Skelettfehlbildungen	32	81,03			
	Anomalie ZNS	56	73,38			
	Systemische Erkrankungen und Infektionen	7	45,86			
Verständnis seitens der Beraterin	Chromosomenstörung	55	74,13	7,675	3	0.053
	Organ- und Skelettfehlbildungen	32	74,06			
	Anomalie ZNS	56	82,04			
	Systemische Erkrankungen und Infektionen	7	40,57			
Einschätzung der Beratung als hilfreich	Chromosomenstörung	55	76,37	3,759	3	0.289
	Organ- und Skelettfehlbildungen	32	72,88			
	Anomalie ZNS	56	79,48			
	Systemische Erkrankungen und Infektionen	7	48,79			
Ansprechen wichtiger Themen	Chromosomenstörung	54	75,37	3,205	3	0.361
	Organ- und Skelettfehlbildungen	32	70,69			
	Anomalie ZNS	56	79,51			
	Systemische Erkrankungen und Infektionen	7	55,79			

* Fallzahl kleiner als (n = 154) aufgrund Auswahl der PND-Diagnosen.

Schwangerschaftswoche bei Beratung und Zufriedenheit mit der Beratung

Beim Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt der Beratung zeigte sich zwischen den Gruppen „Schwangerschaftsabbruch vor/ in der 22. Schwangerschaftswoche“ und „Schwangerschaftsabbruch in oder nach der 23. Schwangerschaftswoche“ kein signifikanter Unterschied in Bezug auf Zufriedenheit mit der Beratung, Verständnis seitens der Beraterin, Einschätzung der Beratung als hilfreich und das Ansprechen wichtiger Themen.

Tab. 31: Zusammenhang zwischen SSW bei Beratung und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 154)

	SSW	N	MW	SD	T-Wert	df	F	p
Zufriedenheit mit Beratung	<= 22.	83	3,52	0,632	1,373	152	4,290	0.172
	>= 23.	71	3,37	0,741				
Verständnis seitens der Beraterin	<= 22.	83	3,40	0,643	- 1,664	144,5	0,003	0.098
	>= 23.	71	3,58	0,690				
Einschätzung der Beratung als hilfreich	<= 22.	83	3,23	0,888	1,243	143,9	0,621	0.216
	>= 23.	71	3,04	0,963				
Ansprechen wichtiger Themen	<= 22.	82	3,54	0,688	0,128	140	0,995	0.898
	>= 23.	71	3,52	0,790				

Vorangegangenes Verlustereignis und Zufriedenheit mit der Beratung

Gleiches gilt für die Frauen mit früherem Verlust im Rahmen einer Schwangerschaft und denen, die kein solches Erlebnis im Vorfeld hatten. Auch sie unterschieden sich nicht signifikant in Bezug ihrer Bewertung der Zufriedenheit mit der Beratung, Verständnis seitens der Beraterin, Einschätzung der Beratung als hilfreich und das Ansprechen wichtiger Themen.

Tab. 32: Zusammenhang zwischen frühem Verlust und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 154)

	Früher Verlust	N	MW	SD	T-Wert	df	F	p
Zufriedenheit mit Beratung	ja	48	3,38	0,665	0,856	83,4	1,375	0.394
	nein	106	3,48	0,733				
Verständnis seitens der Beraterin	ja	48	3,56	0,616	-1,069	101,2	2,056	0.287
	nein	106	3,44	0,691				
Einschätzung der Beratung als hilfreich	ja	48	3,06	0,932	0,722	90,1	0,211	0.472
	nein	106	3,18	0,924				
Ansprechen wichtiger Themen	ja	48	3,48	0,922	0,499	68,1	2,233	0.620
	nein	106	3,55	0,635				

Geplante / ungeplante Schwangerschaft und Zufriedenheit mit der Beratung

Ebenso ergeben sich für Teilnehmerinnen, die die Schwangerschaft geplant hatten und denen, die ungeplant schwanger geworden sind, keine signifikanten Unterschiede für die Merkmale Zufriedenheit mit der Beratung, Verständnis seitens der Beraterin, Einschätzung der Beratung als hilfreich und Ansprechen wichtiger Themen.

Tab. 33: Zusammenhang zwischen Schwangerschaft geplant / ungeplant und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 147, 7 keine Angaben)

	Schwangerschaft geplant	N	MW	SD	T- Wert	df	F	p
Zufriedenheit mit Beratung	ja	122	2,89	0,335	-	145	4,034	0.341
	nein	25	2,96	0,200	0,956			
Verständnis seitens der Beraterin	ja	122	2,91	0,288	-	35,4	0,107	0.869
	nein	25	2,92	0,277	0,166			
Einschätzung der Beratung als hilfreich	ja	122	2,75	0,554	-	38,8	2,392	0.385
	nein	25	2,84	0,473	0,879			
Ansprechen wichtiger Themen	ja	121	2,91	0,342	-	57,5	2,194	0.319
	nein	25	2,96	0,200	1,005			

Bereits vorhandene Kinder / keine Kinder und Zufriedenheit mit der Beratung

Auch Frauen, die bereits Kinder hatten, waren ebenso zufrieden mit der psychosozialen Beratung wie die Frauen, die bislang noch keine Kinder hatten. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 34: Zusammenhang zwischen Kinder vorhanden / keinen Kindern und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 154)

	Kinder	N	MW	SD	T-Wert	df	F	p
Zufriedenheit mit Beratung	ja	75	3,48	0,623	0,562	152	2,594	0.575
	nein	79	3,42	0,744				
Verständnis seitens der Beraterin	ja	75	3,57	0,574	1,688	152	9,230	0.093
	nein	79	3,39	0,741				
Einschätzung der Beratung als hilfreich	ja	75	3,19	0,881	0,572	152	0,014	0.568
	nein	79	3,10	0,969				
Ansprechen wichtiger Themen	ja	75	3,53	0,704	0,065	151	0,481	0.949
	nein	78	3,53	0,768				

Bildungsstand und Zufriedenheit mit der Beratung

Und auch bei der Überprüfung des letzten Merkmals, dem Bildungsniveau der Teilnehmerinnen, konnten keine signifikanten Unterschiede bei der Zufriedenheit der psychosozialen Beratung, dem Verständnis seitens der Beraterin, der Einschätzung der Beratung als hilfreich und dem Ansprechen wichtiger Themen in der Beratung festgestellt werden.

Tab. 35: Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 141, 13 keine Angaben, bzw. n =140, 14 keine Angaben)

	Bildungs- niveau	N	MW	SD	T- Wert	df	F	p
Zufriedenheit mit Beratung	hoch	35	2,86	0,376	-1,716	139	14,148	0.088
	niedrig	106	2,97	0,169				
Verständnis sei- tens der Beraterin	hoch	35	2,89	0,318	-0,481	64,5	0,860	0.632
	niedrig	106	2,91	0,289				
Einschätzung der Beratung als hilf- reich	hoch	35	2,71	0,617	-1,634	139	12,936	0.104
	niedrig	106	2,89	0,323				
Ansprechen wich- tiger Themen	hoch	34	2,90	0,363	-0,831	85,4	1,938	0.408
	niedrig	106	2,94	0,239				

3.2.2. Beratungsthemen

In den folgenden Tabellen werden die Themenbereiche der psychosozialen Beratung unter Berücksichtigung der Aspekte PND-Diagnose, Schwangerschaftswoche bei Beratung und früherer Verlust im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft untersucht. Interessant ist, ob sich die Schwerpunkte der Beratung verlagern.

Beratungsthemen in Abhängigkeit von der PND-Diagnose

Mit Ausnahme der Themenbereiche „Pränataldiagnostik“ und „Schwangerschaftsabbruch“ unterscheiden sich die Diagnose-Gruppen in der Häufigkeit, in der die übrigen Themenbereiche in der Beratung angesprochen wurden nicht signifikant voneinander. Beim Themenbereich „Pränataldiagnostik“ bestehen sehr signifikante Unterschiede zwischen den Diagnose-Gruppen, beim Themenbereich „Schwangerschaftsabbruch“ fan-

den sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Diagnose-Gruppen. Durchgeführt wurde hierzu der H-Test nach Kruskal-Wallis.

Tab. 36: Beratungsthemen in Abhängigkeit von der PND-Diagnose (n = 244, 5 andere Diagnosen, 1 fehlend)

Themenbereich	PND-Diagnose	N*	mittl. Rang	Chi ²	df	p
PND	Chromosomenstörung	90	120,66	11,417	3	0.01
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	126,42			
	Anomalie ZNS	92	126,20			
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	96,64			
Konflikt	Chromosomenstörung	90	119,72	4,095	3	0.251
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	126,50			
	Anomalie ZNS	92	123,85			
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	117,79			
Schwangerschaftsabbruch	Chromosomenstörung	90	123,00	16,429	3	0.001
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	123,00			
	Anomalie ZNS	92	123,00			
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	114,29			
Austragen des Kindes	Chromosomenstörung	90	125,31	6,945	3	0.074
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	131,75			
	Anomalie ZNS	92	119,15			
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	94,71			
Auswirkungen	Chromosomenstörung	90	127,80	4,432	3	0.218
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	117,13			
	Anomalie ZNS	92	122,76			
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	105,14			
Unterstützungsangebote	Chromosomenstörung	90	123,99	3,602	3	0.308
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	117,04			
	Anomalie ZNS	92	127,76			
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	97,07			

*Fallzahl kleiner als (n = 251) aufgrund Auswahl der PND-Diagnosen. Anmerkung: Signifikanzen fett gedruckt.

Um heraus zu finden, welche Gruppen sich im Einzelnen signifikant voneinander unterscheiden, wurden die Gruppen mit dem u-Test nach Mann und Whitney paarweise gegeneinander getestet. Es stellte sich heraus, dass sich jeweils die Diagnose-Gruppe mit systemischen Erkrankungen der Mutter, Infektionen oder vorzeitigem Blasensprung in der Beratung signifikant weniger mit Beratungsinhalten des Bereichs „Pränataldiagnostik“ wie dem „Bedürfnis nach weiteren medizinischen Informationen“ und dem „Ergebnis der Pränataldiagnostik“ beschäftigt haben als die Diagnose-Gruppen „Chromosomenstörung“, „Organ- und Skelettfehlbildungen“ und „Anomalien des Zentralnervensystems“. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Themenbereich „Schwangerschaftsabbruch“, in Beratungen der Gruppe „Systemische Erkrankungen und Infektionen“ wurden Themen wie „Schwangerschaftsabbruch ist eine Geburt“, „Lebensperspektive nach Abbruch“ und „Abschied und Beerdigung“ des Kindes sehr signifikant weniger thematisiert als in Beratungen der Gruppen „Chromosomenstörung“ und „Anomalien des Zentralnervensystems“. Dies liegt am ehesten daran, dass sich diese Gruppen häufiger für die Beendigung der Schwangerschaft entschieden hatten bzw. keine andere Wahl hatten.

Tab. 37: Beratungsthemen in Abhängigkeit von der PND-Diagnose, (n = 244, 5 andere Diagnosen, 1 fehlend)

Themenbereich	PND-Diagnose	N	mittl. Rang	U	W	Z	p
PND	Chromosomenstörung	90	53,88	506,0	611,0	-	0.033
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	43,64			2,134	
	Organ- und Skelettfehlbildungen	48	33,21	254,0	359,0	-	0.007
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	25,64			2,696	
	Anomalie ZNS	92	55,20	488,0	593,0	-	0.001
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	42,36			3,182	
Schwangerschaftsabbruch	Chromosomenstörung	90	53,00	585,0	696,0	-	0.011
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	49,29			2,535	
	Anomalie ZNS	92	54,00	598,0	703,0	-	0.01
	Syst. Erkrankungen und Infektionen	14	50,21			2,563	

Beratungsthemen in Abhängigkeit vom Schwangerschaftswoche bei Abbruch

In Bezug auf die Beratungsthemen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Frauen, die vor der 22. Schwangerschaftswoche einen Abbruch der Schwangerschaft hatten und denen, deren Schwangerschaft ab der 23. Schwangerschaftswoche beendet worden ist.

Tab. 38: Beratungsthemen in Abhängigkeit der SSW bei Beratung (n = 250, 1 fehlend)

Themenbereich...	N	<= 22. SSW	>= 23. SSW	Chi ² nach Pearson	df	p
„PND“	232	118	114	0,703	1	0.278
„Konflikte“	241	126	115	1,247	1	0.219
„Schwangerschaftsabbruch“	249	129	120	1,070	1	0.484
„Austragen des Kindes“	199	101	98	0,280	1	0.355
„mögliche Auswirkungen“	213	111	102	0,151	1	0.416
„Unterstützungsangebote“	142	71	71	0,337	1	0.325

Beratungsthemen in Abhängigkeit von vorangegangenen Verlustereignis

Ebenso zeigten sich in Bezug auf die Beratungsthemen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Frauen, die bereits in der Vergangenheit ein Verlustereignis im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft erlebt hatten, und denen, ohne eine solche Erfahrung.

Tab. 39: Beratungsthemen in Abhängigkeit von vorangegangenen Verlustereignis (n = 250, 1 fehlend)

Themenbereich...	N	Kein Verlust	Verlust	Chi ² nach Pearson	df	p
„PND“	232	159	73	3,295	1	0.053
„Konflikte“	241	168	73	0,269	1	0.461
„Schwangerschaftsabbruch“	249	174	75	0,430	1	0.700
„Austragen des Kindes“	199	135	64	2,169	1	0.095
„mögliche Auswirkungen“	213	151	62	0,545	1	0.289
„Unterstützungsangebote“	142	97	45	0,447	1	0.299

Beratungsthemen in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft und Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor Beratung

Betrachtet man die Beratungsthemen in Abhängigkeit davon, ob die Teilnehmerinnen ihre Schwangerschaft geplant hatten oder nicht, fällt auf, dass es einen signifikanten Unterschied bei dem Beratungsthema „Austragen des Kindes“ gibt. Während 84,9 % der Frauen mit einer geplanten Schwangerschaft ein „Austragen des Kindes“ in der Beratung thematisierten, taten dies nur 65,2 % der Frauen mit einer ungeplanten Schwangerschaft. Ein Unterschied beim Beratungsthema „Schwangerschaftsabbruch“ konnte nicht ermittelt werden, weil alle Teilnehmerinnen Aspekte eines Abbruchs mit der Beraterin besprochen haben. Bei den anderen Beratungsthemen konnten keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen geplanter bzw. ungeplanter Schwangerschaft und der Entschiedenheit für einen Abbruch bereits vor psychosozialer Beratung konnte nicht ermittelt werden.

Tab. 40: Beratungsthemen in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft (n = 238, 12 keine Angaben, 1 fehlend)

Themenbereich...	N	SS geplant	SS ungeplant	Chi ² nach Pear- son	df	p
„PND“	221	177	44	0,672	1	0.412
„Konflikte“	232	189	43	3,714	1	0.054
„Schwangerschaftsabbruch“	238	192	46	-----	--	-----°
„Austragen des Kindes“	193	163	30	9,372	1	0.002*
„mögliche Auswirkungen“	208	169	39	0,353	1	0.552
„Unterstützungsangebote“	137	109	28	0,255	1	0.613

°keine Berechnungen zum Unterschied möglich, * = $p < 0,05$

Tab. 41: Non-parametrische Korrelation zw. Geplanter/ ungeplanter SS und Entschiedenheit für SSA (n = 144, 10 keine Angaben)

	Schwangerschaft geplant / ungeplant		Entschiedenheit für SSA vor psychosozialer Beratung	
	n	r	n	r
Schwangerschaft geplant / un- geplant	-	-	144	0,098*
Entschiedenheit für SSA vor psychosozialer Beratung	144	0,098*	-	-

r = Korrelationskoeffizient nach Spearman Rho; * Korrelation ist nicht signifikant.

Beratungsthemen in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern und Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor Beratung

Auch bei den Gruppen „Kinder bereits vorhanden“ und „keine Kinder“ fallen signifikante Unterschiede in den Themenbereichen „Austragen des Kindes“ und „mögliche Auswirkungen“ auf. So haben Frauen, die bereits Kinder hatten das „Austragen des Kindes“ signifikant häufiger in der Beratung thematisiert als Frauen ohne Kind (84,9 % vs. 74,2 %). Das gleiche Bild zeigt sich beim Themenbereich „mögliche Auswirkungen“, hier haben auch die Mütter unter den Teilnehmerinnen mit 91,3 % dieses Thema häufiger mit der Beraterin besprochen als kinderlose Teilnehmerinnen, 79,8 %. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entschiedenheit für einen Abbruch bereits vor Beratung und dem Umstand, ob Frauen bereits Kinder hatten, bzw. Kinderlosigkeit konnte nicht ermittelt werden.

Tab. 42: Beratungsthemen in Abhängigkeit von vorhandenen Kindern / keinen Kindern (n = 251, 1 fehlend)

Themenbereich...	N	keine Kinder	Kinder	Chi ² nach Pearson	df	p
„PND“	232	116	116	0,438	1	0.337
„Konflikte“	242	121	121	0,964	1	0.262
„Schwangerschaftsabbruch“	250	124	126	0,980	1	0.322
„Austragen des Kindes“	199	92	107	3,865	1	0.045
„mögliche Auswirkungen“	215	99	115	5,729	1	0.017
„Unterstützungsangebote“	143	71	72	0,008	1	0.928

Tab. 43: Non-parametrische Korrelation zw. Müttern / kinderlosen Frauen und Entschiedenheit für SSA (n = 151, 3 keine Angaben)

	Kinder / kinderlos		Entschiedenheit für SSA vor psychosozialer Beratung	
	n	r	n	r
Kinder / kinderlos	151	0,082*	-	-
Entschiedenheit für SSA vor psychosozialer Beratung	-	-	151	0,082*

r = Korrelationskoeffizient nach Spearman Rho; * Korrelation ist nicht signifikant.

Beratungsthemen in Abhängigkeit vom Bildungsstand

Bei der Betrachtung der Beratungsthemen in Abhängigkeit zum Bildungsniveau der Teilnehmerinnen zeigten sich wiederum keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 44: Beratungsthemen in Abhängigkeit von hohem / niedrigem Bildungsstand (n = 224, 16 keine Angaben, 1 fehlend)

Themenbereich...	N	hohes Bn	niedriges Bn	Chi ² nach Pearson	df	p
„PND“	208	152	56	0,512	1	0.474
„Konflikte“	216	161	55	2,394	1	0.122
„Schwangerschaftsabbruch“	224	165	59	-----	--	-----°
„Austragen des Kindes“	178	130	48	0,176	1	0.675
„mögliche Auswirkungen“	190	138	52	0,683	1	0.408
„Unterstützungsangebote“	133	97	36	0,090	1	0.765

3.3. Ergebnisse III – Psychische Belastung und Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

3.3.1. Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

Die folgenden Abbildungen sollen die psychische Belastung der Teilnehmerinnen über den gesamten Untersuchungszeitraum von zwei Jahren abbilden. Dargestellt sind zunächst Prozentsätze, wie viele Teilnehmerinnen in den jeweiligen Skalen der Brief Symptome Inventory von Derogatis klinisch relevante Belastungen aufgewiesen haben. Im weiteren Verlauf, bei der Überprüfung verschiedener Aspekte (Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, Verlustereignissen, Kinder bereits vorhanden, geplante/ ungeplante Schwangerschaft und Bildungsniveau) werden zur besseren Vergleichbarkeit t-Normwerte des Globalen Kennwert GSI (Belastung allgemein) angegeben, bei dem bei einer Ausprägung über einem T-Wert von 60 eine klinische Auffälligkeit besteht. Siehe auch Kapitel Methoden.

Psychische Belastung allgemein nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

Nachfolgend sind die relevanten Skalen des BSI und der Globale Kennwert GSI, der die psychische Belastung allgemein angibt, aufgeführt. Bei Betrachtung des GSI fiel 6-8 Wochen (Kat1) nach Erstgespräch eine deutliche psychische Belastung bei fast 45 % der Studienteilnehmerinnen auf, ohne dass damit eine psychiatrische Diagnose verbunden wäre. Zurück zu führen ist diese große Zahl an Frauen mit klinisch auffälligem Wert auf die ebenfalls überdurchschnittlichen Werte in den Skalen Somatisierung (psychische Belastung, die aufgrund von Wahrnehmung von einfachen körperlichen Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen entsteht), Zwanghaftigkeit (Gedanken, Impulse und Handlungen, die vom Individuum als konstant vorhanden, nicht änderbar und ich-fremd erlebt werden), Unsicherheit im Sozialkontakt (insbesondere Gefühl der Unzulänglichkeit, Minderwertigkeit und Selbstabwertung), Depressivität (Traurigkeit, dysphorische Stimmung, gesunkenes Interesse am allgemeinen Leben, verringerte Motivation und Energie, Suizidgedanken), Aggressivität (Reizbarkeit, Unausgeglichenheit, Ärger, Irritierbarkeit, Aggression) und Psychotizismus (Gefühl der Isolation, Entfremdung bis zu dramatischer Evidenz psychotischer Episoden).

Bereits zum zweiten Messzeitpunkt 6 Monate nach Beratung, Kat 2, hatten die überwiegende Zahl der Teilnehmerinnen in fast allen Bereichen deutlich weniger auffällige Befunde, mit Ausnahme der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Auch eine deutlich psychische Belastung, dargestellt durch den Globalen Kennwert GSI, fand sich bei rund 10 % weniger Teilnehmerinnen (insgesamt 34,0 %). Im weiteren Verlauf, 1 Jahr und 2 Jahre nach Beratung, nahm die Zahl der überdurchschnittlichen, klinisch auffälligen Werte im Bereich der einzelnen Skalen, mit Ausnahme der Skala Psychotizismus und Aggressivität, kontinuierlich ab. Für den Globalen Kennwert GSI bedeutet dies für Kat3 und Kat4, dass mehr als 70 % bzw. 75 % der Teilnehmerinnen, unter einem T-Wert von 60 blieb, was eine durchschnittliche, bestenfalls unterdurchschnittliche Belastung ein bzw. zwei Jahre nach Beratungsgespräch und Schwangerschaftsabbruch, anzeigte.

Tab. 45: Klinisch relevante psychische Belastung im Vergleich (n = 47, Kat 3 und Kat 4 n = 46)

	Katamnese 1 6 – 8 Wochen	Katamnese 2 6 Monate	Katamnese 3 1 Jahr	Katamnese 4 2 Jahre
Skalen BSI	%	%	%	%
Somatisierung	40,4	12,8	8,5	10,9
Zwanghaftigkeit	48,9	36,2	23,4	19,6
Unsicherheit im Sozialkontakt	40,4	40,4	27,7	21,7
Depressivität	40,4	36,2	25,5	17,4
Ängstlichkeit	31,9	19,1	19,1	13,0
Aggressivität/ Feindseligkeit	44,7	29,8	34,0	30,4
Psychotizismus	40,4	19,1	21,3	13,0
Globaler Kennwert GSI (Belastung all- gemein)	44,7	34,0	28,3	23,9

Zum Nachweis einer signifikanten Abnahme der psychischen Belastung, findet der Friedman-Test, eine einfache Varianzanalyse mit Messwiederholungen, Anwendung. Es bestand eine hoch signifikante Abnahme der psychischen Belastung der Teilnehmerinnen über den gesamten Studienverlauf von zwei Jahren.

Tab. 46: Abnahme der psychischen Belastung (Globaler Kennwert GSI) über den gesamten Studienverlauf (n = 45, Kat 3, 1 fehlend, Kat 4, 1 fehlend)

Katamnesezeitpunkt	Mittl. Rang	N	Chi ²	df	p
Kat I 6-8 Wochen	3,19	45	24,089	3	< 0.001
Kat II 6 Monate	2,58				
Kat III 1 Jahr	2,33				
Kat IV 2 Jahre	1,90				

Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche bei Abbruch

In der folgenden Abbildung werden die t-Normwerte des Globalen Kennwerts GSI für alle vier Katamnesezeitpunkte betrachtet. Zur Überprüfung von etwaigen signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen, wurde für jede Berechnung zu jedem Katamnesezeitpunkt ein T-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt, gekennzeichnet wurden Signifikanzen in den Abbildungen. Bestehen keine signifikanten Unterschiede

wurde auf einen Hinweis in den Abbildungen verzichtet. Unterschieden wurden hier zunächst die Teilnehmerinnen, die den Schwangerschaftsabbruch vor oder in der 22. Schwangerschaftswoche durchführen ließen und jene, die den Schwangerschaftsabbruch zu einem späteren, in der 23. Schwangerschaftswoche oder später durchführen ließen. Auch hier war eine schwache, aber kontinuierliche Abnahme der Gesamtbelastung über die zwei Jahre des Studienverlaufs zu erkennen. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden jedoch nicht.

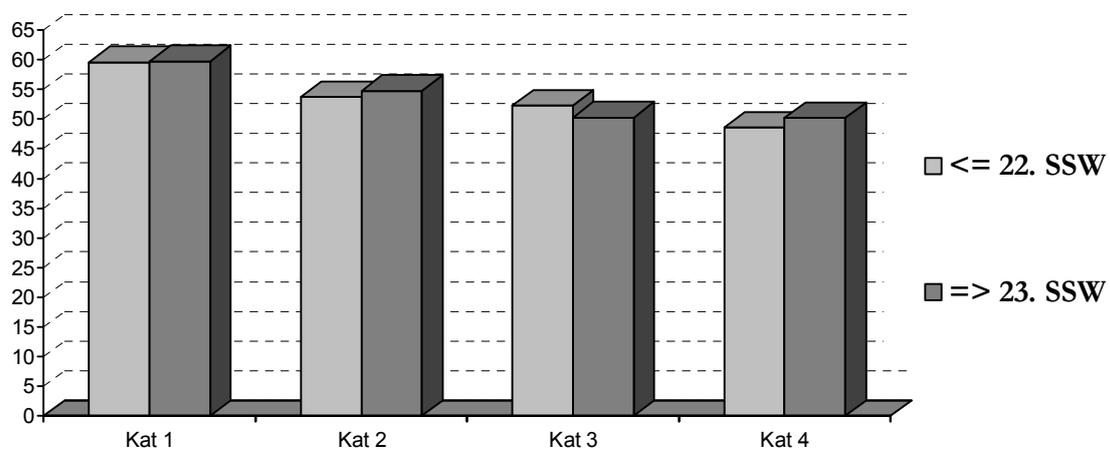


Abb. 14: Stärke psychischer Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von SSW bei SSA (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46) dargestellt: t-Normwerte

Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft

Ebenso wurden an dieser Stelle Teilnehmerinnen mit einem früheren Verlust im Kontext einer Schwangerschaft und Teilnehmerinnen ohne ein solches Erlebnis im Vorfeld in Bezug auf ihre psychische Gesamtbelastung verglichen. Es bestand eine kontinuierliche Abnahme der psychischen Belastung über den Studienverlauf, auch wenn die t-Normwerte für die psychische Belastung allgemein (GSI) bei Teilnehmerinnen mit einem Verlust im Vorfeld geringer ausfielen, so bestanden doch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

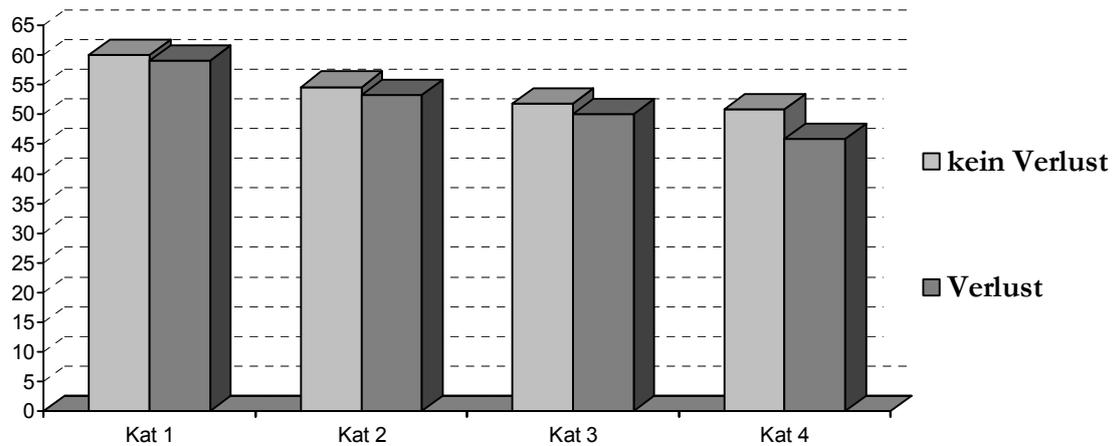


Abb. 15: Stärke psychischer Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46) dargestellt: t-Normwerte

Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft

Die t-Normwerte für die psychische Belastung zeigten bei der vorliegenden Stichprobe im ersten Jahr nach Beratungsgespräch eine etwas höhere Belastung bei Frauen, die ungeplant schwanger geworden sind, nach zwei Jahren zeigten die Teilnehmerinnen, die ihre Schwangerschaft geplant hatten eine etwas höhere Belastung. Es zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede bei der psychischen Gesamtbelastung zwischen Frauen mit geplanter oder ungeplanter Schwangerschaft.

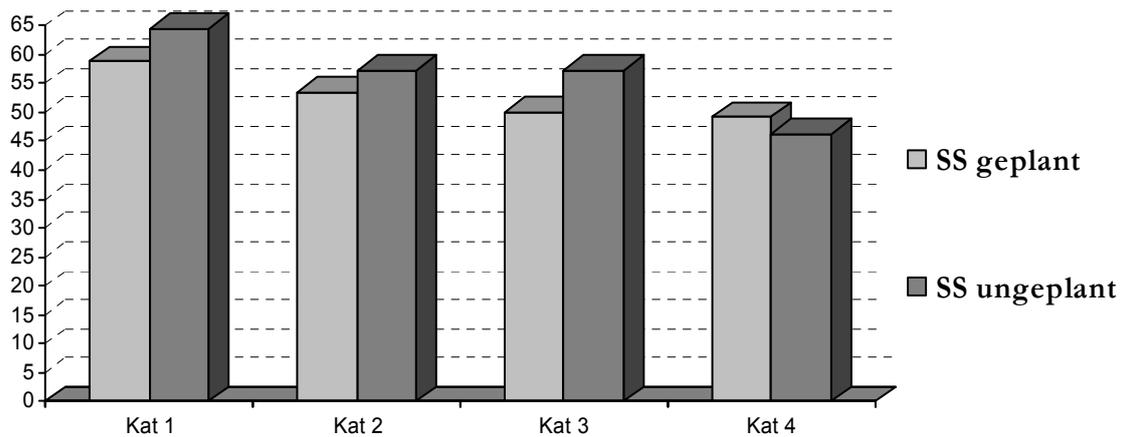


Abb. 16: Stärkere psychische Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter SS (n = 47, Kat3 und 4 n = 46) dargestellt: t-Normwerte

Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern

Teilnehmerinnen, die zum Zeitpunkt der Beratung keine Kinder hatten, waren nach dem Schwangerschaftsabbruch durchschnittlich ein wenig mehr belastet, im weiteren Verlauf etwas dagegen etwas weniger als die Mütter unter den Teilnehmerinnen. Signifikante Unterschiede konnten aber nicht festgestellt werden.

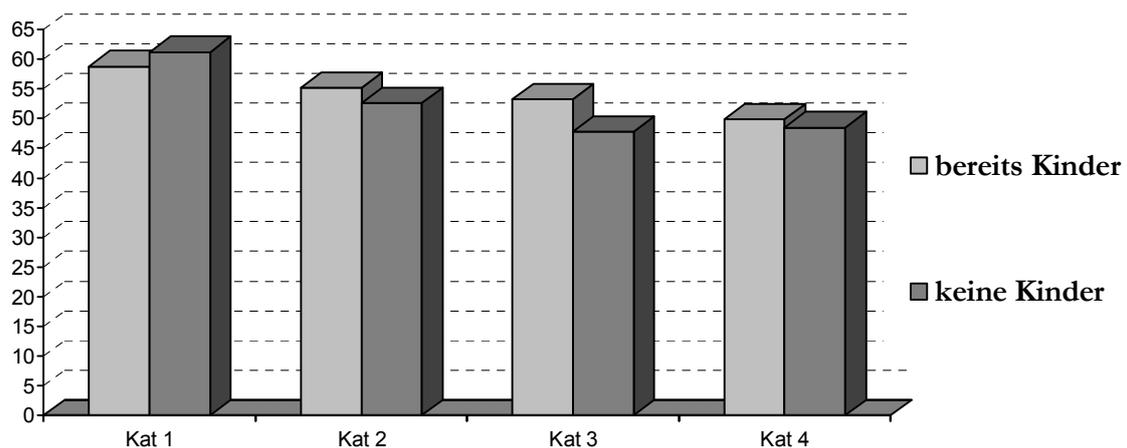


Abb. 17: Stärkere psychische Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von bereits vorhandener Kinder / keiner Kinder (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46)

Psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit vom Bildungsstand

Anhand der abgeschlossenen Ausbildung (Hochschule, Fachhochschule, Lehre, keine Ausbildung) wurden in der folgenden Berechnung zur psychischen Gesamtbelastung (Globaler Kennwert GSI) Teilnehmerinnen mit einem etwas höheren Bildungsniveau (Hochschule, Fachhochschule) mit den Teilnehmerinnen, die ein etwas niedrigeres Bildungsniveau aufwiesen (Lehre, keine Ausbildung), verglichen. 6 Monate nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation und der psychosozialen Beratung waren Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau signifikant höher belastet als die Teilnehmerinnen mit einem etwas höheren Bildungsniveau. Zu allen anderen Messzeitpunkten (6-8 Wochen, 1 Jahr und 2 Jahre nach Beratungsgespräch) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der psychischen Belastung.

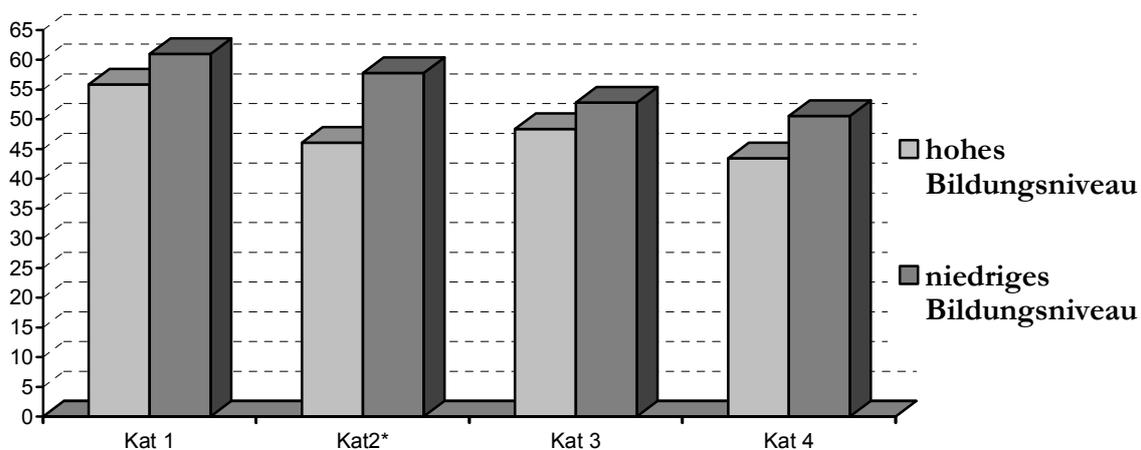


Abb. 18: Stärkere psychische Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit vom Bildungsstand (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46)

3.3.2. Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick über die Trauerstärke der Teilnehmerinnen nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation 6 – 8 Wochen, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach der psychosozialen Beratung. Mit Hilfe der Perinatal Grief Scale (PGS), die die Teilnehmerinnen zu jedem Messzeitpunkt ausfüllen sollten, war eine Einschätzung der Trauerstärke zu jedem Katamnesezeitpunkt möglich, des

Weiteren konnte die Trauerstärke über die Messzeitpunkte hinweg verglichen werden und überprüft werden, ob die Trauerstärke über zwei Jahre signifikant abnahm.

Zur Auswertung der PGS sehen die Autoren vor, dass für jede Patientin drei Subskalen (siehe Tabelle 44) gebildet werden und anschließend ein Gesamtwert für jede Patientin ermittelt wird. Dargestellt wurden im Folgenden die Mittelwerte und die Standardabweichungen für die drei Subskalen sowie den PGS-Gesamttrauerwert. Zum Vergleich finden sich am Ende der Tabelle von Toedter et al. (2001) in einem Übersichtsartikel veröffentlichte Referenzangaben von 19 Studien, in denen Frauen nach Verlust ihres ungeborenen Kindes mit der PGS untersucht worden sind.

Des Weiteren interessierten die Unterschiede in der Gesamttrauer zwischen den herausgearbeiteten Gruppen, wie sie schon für die Vergleiche der psychischen Belastung herangezogen worden sind; auf einen Vergleich der Subskalen wird zunächst verzichtet.

Nach den Erfahrungen der Testautoren mit der PGS wird von einer starken Ausprägung der Trauer gesprochen, wenn der PGS-Gesamtwert über 91 liegt. Mittelwerte über 34 in der Scala „aktive Trauer“, ein Mittelwert über 30 bei „schwieriger Bewältigung“ und ein Mittelwert über 30 bei der Skala „Verzweiflung“ entsprechen ebenfalls überdurchschnittlich hohen Werten in der jeweiligen Skala.

Perinatale Trauer allgemein nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation

Bei Betrachtung aller Mittelwerte für den PGS-Gesamtwert und der PGS-Subskalen über den gesamten Untersuchungszeitraum von zwei Jahren fiel zunächst einmal auf, dass, mit Ausnahme der „aktiven Trauer“ 6 – 8 Wochen nach Beratungsgespräch, die Werte in allen Bereichen und zu allen Untersuchungszeitpunkten unterhalb der so genannten „kritischen“ Werte (s. o.) lagen, oberhalb derer eine als pathologisch anzusehende Trauer beginnt. Für eine bessere Übersicht vergleiche die Subskalen und die PGS-Gesamttrauer im Liniendiagramm (Abbildung 19).

Auch insgesamt hatte der Friedman-Test (einfache Varianzanalyse mit Messwiederholungen) eine hoch signifikante Abnahme der Trauerstärke, gemessen am PGS-Gesamtwert, ergeben (s. Tabelle 45.)

Tab. 47: Entwicklung der Trauer in den ersten zwei Jahren nach SSA (PGS-Gesamtwert und Subskalen) (n = 47)

	Kat 1 6-8 Wo	Kat 2 6 Monate	Kat 3 1 Jahr	Kat 4 2 Jahre	Vergleichsdaten Toedter et al. ^o
Skalen der PGS	AM (SD)	AM (SD)	AM (SD)	AM (SD)	AM (SD)
„Aktive Trauer“	34,8 (7,5)	31,1 (8,1)	29,4 (8,0)	26,4 (6,6)	32,1 (4,9)
„Schwierige Bewältigung“	22,6 (9,2)	22,6 (7,4)	20,3 (7,3)	14,4 (5,7)	26,5 (6,7)
„Verzweiflung“	21,5 (8,3)	20,2 (7,0)	19,2 (6,7)	17,9 (5,7)	23,7 (7,3)
PGS-Gesamtwert	80,9 (23,0)	73,9 (20,7)	68,9 (20,2)	62,9 (15,8)	86,0 (18,4)

AM = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung;; ^o = Vergleichsdaten aus 19 Studien von Toedter et al., 2001

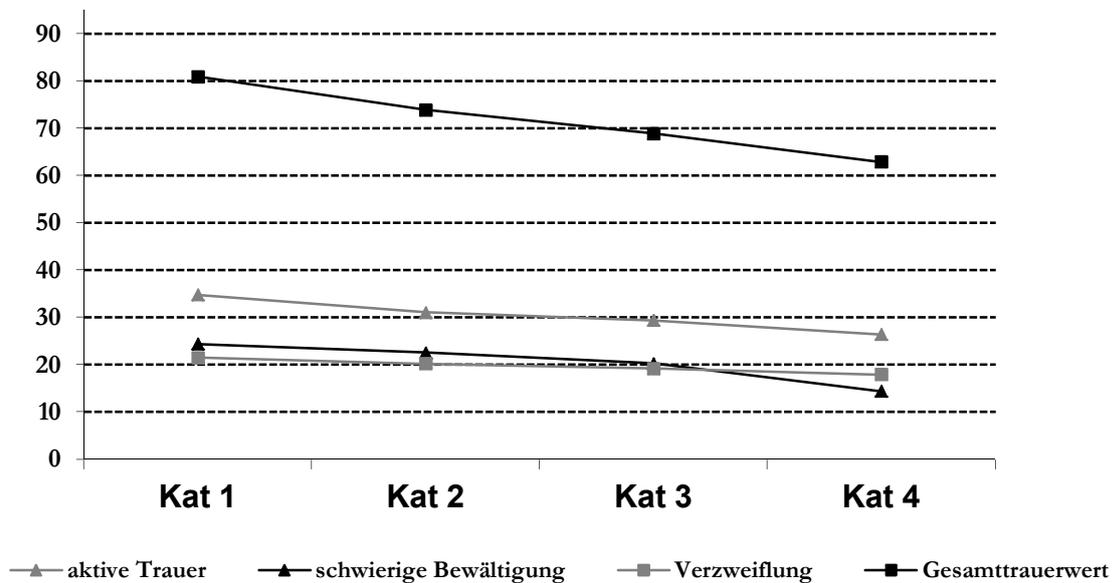


Abb. 19: Trauerverlauf nach SSA über zwei Jahre (PGS-Gesamtwert und Subskalen) (n = 47)

Tab. 48: Abnahme der Trauer (PGS-Gesamtwert) über den gesamten Studienverlauf (n = 47)

Katamnesezeitpunkt	Mittl. Rang	N	Chi ²	df	p
Kat I 6-8 Wochen	3,35	47	46,791	3	< 0,001
Kat II 6 Monate	2,82				
Kat III 1 Jahr	2,15				
Kat IV 2 Jahre	1,68				

Wie bereits bei der psychischen Belastung, gemessen am Globalen Kennwert GSI, wurden im Folgenden auch beim PGS-Gesamtwert die Teilnehmerinnen in Bezug auf verschiedene Aspekte verglichen.

Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus med. Indikation in Abhängigkeit von der SSW bei Abbruch

Vergleicht man Frauen, deren Schwangerschaft vor oder in der 22. Schwangerschaftswoche abgebrochen worden ist mit Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch zu einem späteren Zeitpunkt hatten, so trauerten beide Gruppen in den ersten zwei Monaten nach Beratungsgespräch annähernd gleich stark. Im weiteren Verlauf über zwei Jahre trauerten Frauen mit Spätabbrüchen (≥ 23 . Schwangerschaftswochen) in der vorliegenden Stichprobe etwas stärker. Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) ließen sich jedoch nicht nachweisen. Alle Werte lagen unter dem kritischen Wert von 90.

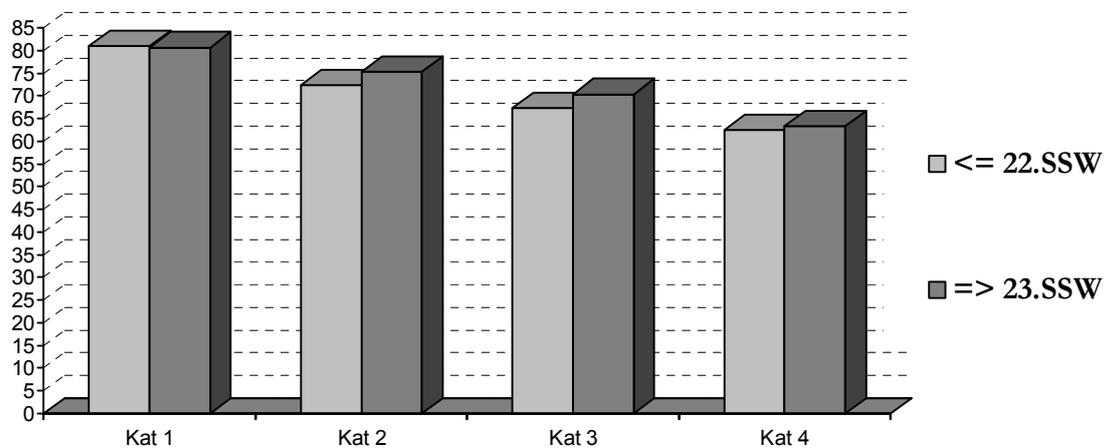


Abb. 20: Verlauf des PGS-Gesamtrauerwertes in Abhängigkeit SSW bei SSA (n = 47)

Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen

Die Frauen der vorliegenden Stichprobe, die im Vorfeld bereits einen Verlust im Kontext einer Schwangerschaft erlebt hatten trauerten weder mehr noch weniger nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation als jene, die ein solches Ereignis

nis in ihrer Vergangenheit nicht hatten. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede ($p < 0,05$) über den Untersuchungszeitlauf von zwei Jahren. Alle Werte lagen unter dem kritischen Wert von 90.

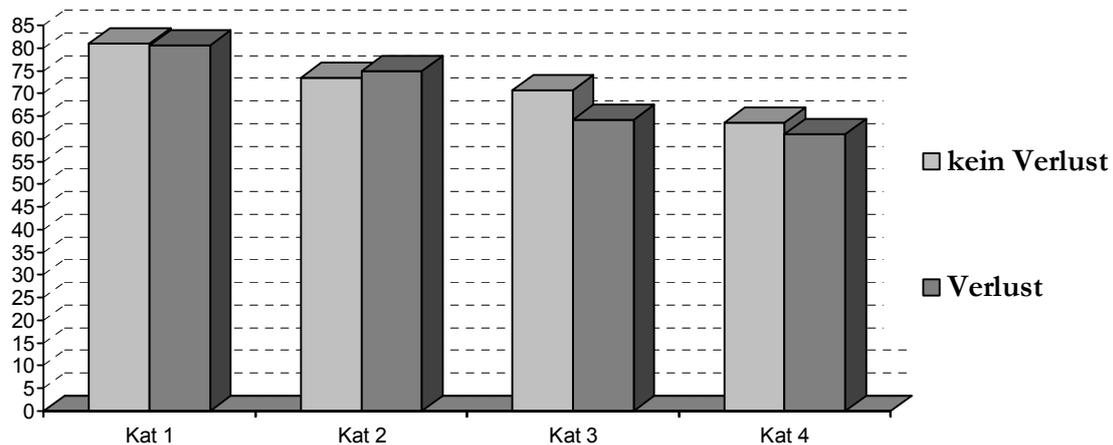


Abb. 21: Verlauf des PGS-Gesamtwertes in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen (n = 47)

Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft

Die nachfolgende Abbildung zeigt die mittlere Trauerstärke der Teilnehmerinnen mit geplanter Schwangerschaft gegen die Trauer der Teilnehmerinnen mit ungeplanter Schwangerschaft auf. Auch hier ließen sich keine signifikanten Unterschiede ($p < 0,05$) feststellen. Bemerkenswert ist, dass, auch wenn keine signifikanten Unterschiede bestanden, in der vorliegenden Stichprobe Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft 1 Jahr nach Abbruch deutlich stärker trauerten als die Teilnehmerinnen, die die Schwangerschaft im Vorfeld geplant hatten. Alle Werte lagen unter dem kritischen Wert von 90.

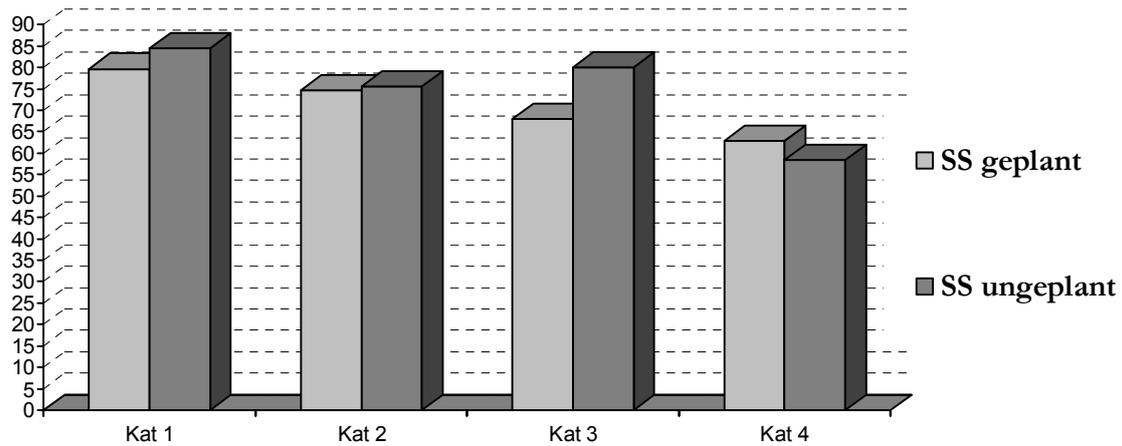


Abb. 22: Verlauf des PGS-Gesamtwertes in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter SS (n = 47)

Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern

Wie bereits bei den anderen Gruppen bestehen auch bei Frauen mit Kindern und ohne Kinder keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den PGS-Gesamttrauerwert. Der Abbildung lässt sich aber entnehmen, dass in der vorliegenden Stichprobe von 47 Teilnehmerinnen Frauen ohne Kinder über den gesamten Untersuchungsverlauf eine etwas stärkere Trauerausprägung aufweisen. Alle Werte liegen unter dem kritischen Wert von 90.

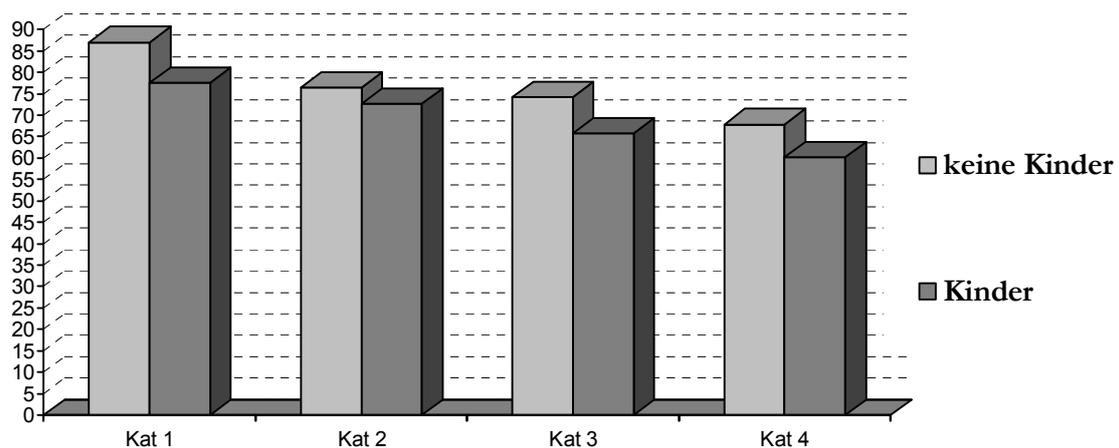
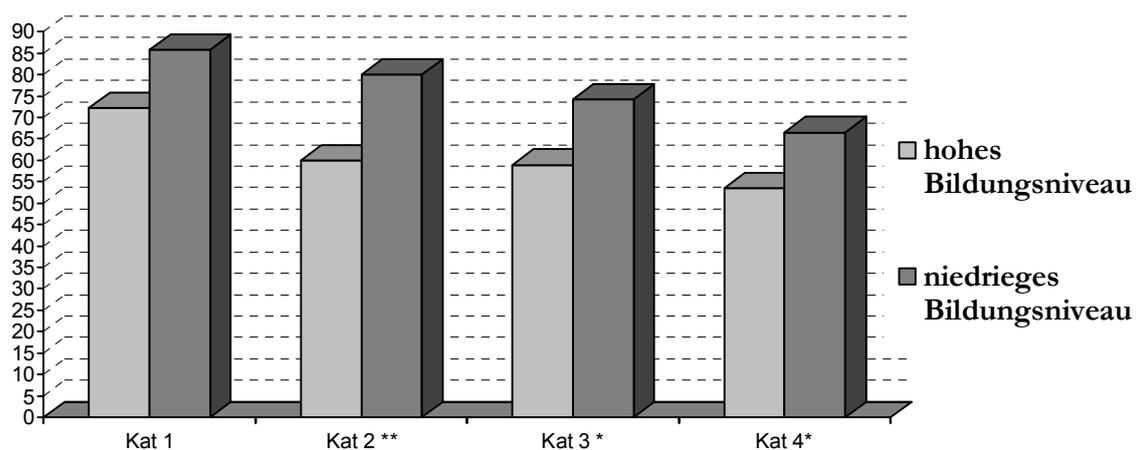


Abb. 23: Verlauf des PGS-Gesamttrauerwertes in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern (n = 47)

Perinatale Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation in Abhängigkeit vom Bildungsstand

Ein ganz anderes Bild zeigt sich, vergleicht man die Frauen mit einem höheren Bildungsniveau mit denen, die ein etwas geringeres Bildungsniveau besitzen. Bereits 6-8 Wochen nach Schwangerschaftsabbruch und psychosozialer Beratung trauern die Teilnehmerinnen der vorliegenden Stichprobe mit einem geringeren Bildungsstand deutlich, aber nicht signifikant, mehr. Im weiteren Untersuchungsverlauf bleibt es bei der stärker ausgeprägten Trauer, hier zeigen sich zum 2. Messzeitpunkt, 6 Monate nach Beratungsgespräch, gar sehr signifikante Unterschiede ($p < 0.01$) in der Gesamttrauer. Im weiteren Verlauf bestätigt sich dies anhand weiterer signifikanter Unterschiede ($p < 0.05$). Alle Werte liegen unter dem kritischen Wert von 90.



*

$p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Abb. 24: Verlauf des PGS-Gesamttrauerwertes in Abhängigkeit vom Bildungsstand (n = 47)

PGS-Subskalen: aktive Trauer, schwierige Bewältigung, Verzweiflung

Die folgenden drei Tabellen geben als Ergänzung zu den PGS-Gesamtwerten die Mittelwerte der PGS-Subskalen „aktive Trauer“, „schwierige Bewältigung“ und „Verzweiflung“ wider. Zur Übersichtlichkeit wurde in den Tabellen auf die Angaben der Standardabweichungen verzichtet.

„Kritische“ Werte bestehen bei den Skalen „aktive Trauer“ >34 , „schwierige Bewältigung“ >30 , und „Verzweiflung“ >27 .

Während die Mittelwerte für die „aktive Trauer“ zum ersten Messzeitpunkt deutlich machen, dass die meisten Frauen der Stichprobe überdurchschnittlich starke aktive Trauer aufweisen, lassen sich die einzelnen Gruppen selber nicht signifikant unterscheiden, zu keinem Zeitpunkt der Verlaufsuntersuchung. Erwartungsgemäß, da schon beim Gesamttrauerwert signifikante Unterschiede fest zu stellen waren, bilden die Frauen mit hohem und niedrigerem Bildungsniveau eine Ausnahme. Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau unterscheiden sich signifikant 6 Monate nach Beratungsgespräch, 1 Jahr und zwei Jahre nach Beratungsgespräch von denen mit einem etwas höheren Bildungsstand.

Die Mittelwerte der Subskala „schwierige Bewältigung“ machen deutlich, dass die Teilnehmerinnen nach der psychosozialen Beratung den Verlust der Schwangerschaft überdurchschnittlich gut bewältigen, es bestehen im Mittel in diesem Bereich für keine Gruppe „kritische“ Werte über 30. In der Gruppe „hohes / niedriges Bildungsniveau“ zeigen sich erneut signifikante Unterschiede zum Zeitpunkt 6 Monate nach Beratung und zwei Jahre nach Beratung. Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau scheinen den Abbruch schlechter als Frauen mit einem höheren Bildungsniveau bewältigen zu können.

Die dritte Subskala erfasst die „Verzweiflung“, ein Wert über 27 wird als kritisch angesehen und würde ebenfalls einen schwierigen Trauerverlauf andeuten. Insgesamt sind die Mittelwerte der Frauen der vorliegenden Stichprobe alle unterhalb des kritischen Wertes und auch unterhalb des Referenzwertes von Toedter et al. (23,7; SD 7,3). Signifikante Unterschiede bestehen wieder bei der Gruppe „hohes / niedriges Bildungsniveau“ – hier zeigen sich sehr signifikante Unterschiede 6 Monate nach Beratung und signifikante Unterschiede 1 Jahr und 2 Jahre nach Beratung – und der Gruppe „bereits Kinder / keine Kinder“ – hier zeigen sich 1 Jahr nach Beratungsgespräch signifikante Unterschiede. Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau und Frauen ohne Kinder hatten zu diesen Messzeitpunkten deutlich höhere Verzweiflungs-Werte.

Tab. 49: Betrachtung einzelner Faktoren und Zusammenhang mit PGS-Subskala "aktive Trauer" (n = 47, z.T. fehlende Angaben) dargestellt: t-Normwerte ohne SD

untersuchte Faktoren	N	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4	p
SSA <= 22.SSW	23	33,43	29,30	27,61	25,43	Keine signifikanten Unterschiede
SSA >= 23.SSW	24	36,13	32,88	31,04	27,29	
Verlust	11	34,27	30,73	26,00	24,82	Keine signifikanten Unterschiede
Kein Verlust	36	34,97	31,25	30,39	26,86	
SS geplant	41	34,69	31,66	28,89	26,31	Keine signifikanten Unterschiede
SS ungeplant	4	34,00	29,50	31,75	26,00	
Bereits Kinder	30	33,90	31,13	29,30	26,17	Keine signifikanten Unterschiede
Keine Kinder	17	36,41	31,12	29,47	26,76	
Hohes Bildungsniveau	14	32,00	25,86	25,86	22,86	Kat1 n.s. ; Kat2 p<0.05; Kat3 p<0.05 ; Kat4 p< 0.05
Niedriges Bildungsniveau	29	36,45	33,59	31,14	27,83	

Tab. 50: Betrachtungen einzelner Faktoren und Zusammenhang mit PGS-Subskala „schwierige Bewältigung“ (n = 47, z. T fehlende Angaben) dargestellt: t-Normwerte ohne SD

untersuchte Faktoren	N	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4	p
SSA <= 22.SSW	23	25,35	23,35	21,00	19,13	Keine signifikanten Unterschiede
SSA >= 23.SSW	24	24,00	21,83	19,63	18,13	
Verlust	11	23,69	22,00	18,31	17,46	Keine signifikanten Unterschiede
Kein Verlust	36	25,03	22,79	21,06	19,06	
SS geplant	41	24,78	22,61	19,90	18,56	Keine signifikanten Unterschiede
SS ungeplant	4	27,50	26,50	26,75	19,50	
Bereits Kinder	30	23,73	22,10	18,83	18,07	Keine signifikanten Unterschiede
Keine Kinder	17	26,29	23,41	22,88	19,59	
Hohes Bildungsniveau	14	21,86	18,79	17,64	15,79	Kat1 n.s. ; Kat2 p<0.05; Kat3 n.s. ; Kat4 p< 0.05
Niedriges Bildungsniveau	29	26,17	24,28	21,93	19,66	

Tab. 51: Betrachtungen einzelner Faktoren und Zusammenhang mit PGS-Subskala „Verzweiflung“ (n = 47, z. T. fehlende Angaben) dargestellt: t-Normwerte ohne SD

untersuchte Faktoren	N	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4	p
SSA <= 22.SSW	23	22,35	19,74	18,65	17,96	Keine signifikanten Unterschiede
SSA >= 23.SSW	24	20,58	20,63	19,71	17,88	
Verlust	11	21,85	21,62	18,69	18,31	Keine signifikanten Unterschiede
Kein Verlust	36	21,29	19,65	19,38	17,76	
SS geplant	41	21,63	20,66	19,34	18,39	Keine signifikanten Unterschiede
SS ungeplant	4	23,00	19,50	21,50	16,50	
Bereits Kinder	30	19,83	19,37	17,67	16,60	Kat1 n.s. ; Kat2 n.s. ; Kat3 p<0,05 ; Kat4 n.s.
Keine Kinder	17	24,29	21,65	21,88	20,24	
Hohes Bildungsniveau	14	18,29	15,21	15,43	14,86	Kat1 n.s. ; Kat2 p<0.01; Kat3 p<0.05 ; Kat4 p< 0.05
Niedriges Bildungsniveau	29	23,10	22,14	21,10	19,24	

4. Diskussion

Obwohl seit den Achtzigerjahren bis in die Gegenwart in Publikationen zu Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation die Forderung nach psychosozialer Beratung für die betroffenen Frauen immer wieder laut wurde, findet man national wie international wenig Literatur zu diesem Thema. Dahingegen sind die perinatale Trauer und die psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation in Deutschland u. a. durch Manfred Beutel und Annett Kersting, und international u.a. durch Lori Toedter, Judith Lasker, Norman Brier, Marijke Korenromp und Charles Zeanah gut untersucht, so dass hier ein Vergleich der vorliegenden Daten mit bereits erhobenen Daten erfolgt und Unterschiede bzw. ähnliche Ergebnisse diskutiert werden.

Die vorliegende Arbeit versucht, einen kurzen Überblick über die Themen der psychosozialen Beratung, wie sie in dem vorgestellten Modellprojekt durchgeführt worden ist, zu geben. Anhand verschiedener Faktoren, in denen sich die beratenen Frauen unterscheiden, wird überprüft, inwiefern Unterschiede in Beratungsthemen, Zufriedenheit mit der Beratung sowie Trauer und psychischer Belastung bestehen. Ein weiteres Ziel der Arbeit war, die Wirksamkeit der psychosozialen Beratung in den Blick zu nehmen.

4.1. Ergebnisse I

4.1.1. Diskussion der deskriptiven Daten

Gynäkologische und pränatalmedizinische Daten

Die Studienteilnehmerinnen der hier untersuchten Gesamtstichprobe (n = 251) und Katmanesegruppe (n = 47) haben, nach einem pathologischen pränatalmedizinischen Befund, einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation durchführen lassen und wurden während bzw. nach Pränataldiagnostik psychosozial beraten.

In über 80 % der Gesamtstichprobe bzw. 90 % der Katmanesegruppe war die Schwangerschaft geplant, in etwa 20 % bzw. 10 % der Fälle gaben Studienteilnehmerinnen an, die Schwangerschaft sei nicht geplant gewesen.

Obwohl Lasker und Toedter in ihrer Publikation von 1991 „Acute vs. Chronic grief: the case of pregnancy loss“ darauf hinweisen, dass Frauen, die ihre Schwangerschaft geplant hatten, schwerer über den Verlust des Kindes hinwegkamen, konnte dies in der vorliegenden Arbeit, allerdings anhand einer kleineren Stichprobe ($n = 47$), nicht nachgewiesen werden. Das mag zum einen, wie bereits beschrieben, an der kleineren, nicht repräsentativen Stichprobengröße liegen, zum anderen sei aber kritisch angemerkt, dass ein Nicht-Planen der Schwangerschaft noch keine Aussage zu der Erwünschtheit der Schwangerschaft zulässt. Ebenso wenig konnte hier der positive Einfluss bereits vorhandener Kinder auf die „aktive Trauer“ bestätigt werden (vergl. Lasker und Toeter, 2000). Zu einer genaueren Betrachtung der Perinatalen Trauer und Einflussfaktoren siehe Ergebnisse III.

In über 85 % der Fälle gab eine Verdachtsdiagnose beim niedergelassenen Gynäkologen Anlass, Pränataldiagnostik in Anspruch zu nehmen. Auch wenn von diesen Frauen sicherlich einige zusätzlich einen Risikofaktor für chromosomale Fehlbildungen, wie etwa ein höheres Alter, aufweisen, so bedeutet dies in den allermeisten Fällen trotzdem eine Auffälligkeit bei einer routinemäßigen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung, mit der die Schwangeren nicht gerechnet haben.

Zitat einer Studienteilnehmerin: „Man denkt, dass die Untersuchung Routine ist, aber auf einmal bleibt die Welt stehen.“

Wie einleitend beschrieben, kann die Mitteilung eines pathologischen pränatalmedizinischen Befundes, besonders wenn er die Schwangere unerwartet trifft, eine „akute Trauerreaktion“ auslösen und ein „traumatisches Ereignis“ darstellen. In der Literatur werden als Reaktion auf den Befund einer fetalen Anomalie „schwere Insuffizienzgefühle“ ebenso beschrieben wie Gefühle von „Hilflosigkeit“, „menschlicher Unzulänglichkeit“ und „narzisstische Kränkung“ (Schütt et al., 2001), „Wut“ (Rohde, 2004) sowie „Verleugnung“, „Vermeidung“ (Beutel, 2002) und „Unwirklichkeitsgefühl“ (Bijma et al., 2008). In einigen Fällen kann es bei den Schwangeren zu einer „akuten Belastungsreaktion“ (Rohde und Dorn, 2007) kommen, die zu einer „Verminderung der Aufmerksamkeit und Auffassung“ (Rohde und Dorn, 2007) führen kann und die Fähigkeit zu einer Entschei-

derung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch schwierig bis unmöglich macht. In einer solchen Situation stellt der erste Kontakt mit der Beraterin eine Krisenintervention dar, wie es bei 28 Frauen (etwa 11 %) der Gesamtstichprobe der Fall war. Eine richtige Einschätzung der Situation und den Frauen im weiteren Verlauf eine „Basis für einen fundierten Entscheidungsprozesse“ zu schaffen, sind wichtige Aufgaben der psychosozialen Beratung. Dass die psychosoziale Beratung in der Lage ist, dieses zu leisten, kann hier an verschiedenen Aussagen von Beraterinnen und Patientinnen belegt werden. Zu einer genaueren Betrachtung der psychischen Belastung siehe Ergebnisse III.

Nach Einschätzung der Beraterinnen hatten fast 56 % der Frauen die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bereits vor dem Erstkontakt gefällt. Auch in anderen Studien wird darauf hingewiesen, dass für die betroffenen Frauen die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt nach Diagnosestellung feststeht (Kersting et al., 2008). Befürworter der psychosozialen Beratung nach Pränataldiagnostik sind sich darüber einig, dass die Beratung „ergebnisoffen“ sein soll, Beraterinnen die Entscheidungen der Patientinnen akzeptieren sollen und, in Bezug auf einen Schwangerschaftsabbruch, die Patientinnen darin unterstützen soll, ihre Entscheidung in Ruhe zu durchdenken und alle Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs und seine Folgen zu berücksichtigen, um so schließlich eine gute und langfristige Bewältigung des Schwangerschaftsabbruchs zu erreichen (Benute et al., 2012; Wassermann et al., 2010; Kerstin et al., 2008; Rauchfuß, 2001). Die Entscheidung selbst soll nicht beeinflusst werden, Einfluss soll auf den „Entscheidungsprozess“ genommen werden.

Zitat einer Studienteilnehmerin: „Es wurden Aspekte besprochen, die mir selbst vorher nicht so bewusst waren, ich habe dadurch mehr innere Sicherheit für meine Entscheidungen gewonnen.“

Während der Bildungsstand keinen Einfluss auf das Schwangerschaftsalter bei Abbruch zeigte, konnte gesehen werden, dass eine Korrelation zwischen Alter der Teilnehmerin und der Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch vorliegt. Die Schwangerschaftswoche bei Abbruch war bei Frauen $< / = 34$ Jahren signifikant höher als bei

älteren Frauen (35 +), nämlich in $n = 23$. SSW. Da die Abbrüche zeitnah zu der Diagnosestellung durchgeführt worden sind, könnte indirekt darauf geschlossen werden, dass auch die Diagnosestellung bei jüngeren Frauen insgesamt zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist. Gründe hierfür können sein, dass seltener feindiagnostische Untersuchungen in Anspruch genommen werden. Im Gegensatz zu Frauen > 35 Jahren oder Frauen nach Kinderwunschbehandlung, denen eine weiterführende Pränataldiagnostik schon zu einem früheren Zeitpunkt angeboten werden.

Aktuelle Problematik

Gleiches gilt für die etwa 20 % der Teilnehmerinnen, die im Beratungsgespräch „Hilfe bei der Entscheidung für oder gegen einen Abbruch“ suchten. Die Beraterin kann und soll der Betroffenen die Entscheidung nicht abnehmen. Die Beraterin hat lediglich eine „moderierende Funktion“ (Rohde und Dorn, 2007; Wassermann et al., 2010). Die Angaben der Beraterinnen zur „aktuellen Problematik im Beratungsgespräch“ zeigen noch zwei weitere wichtige Aufgaben der psychosozialen Beratung auf. Zum einen die bereits erwähnte „akute Krisenintervention“, die helfen soll, die ersten „Schocksymptome“ nach Diagnosestellung zu verarbeiten, noch bevor über die weitere Vorgehensweise entschieden wird. Zum anderen die „Begleitung während des Schwangerschaftsabbruchs“ (hier bei 32 Frauen, etwa 13 %). Muth et al. (1989) hat in einer bereits 1989 erschienenen Publikation über „die psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus genetischer Indikation im zweiten Trimenon“ darauf hingewiesen, dass Frauen insbesondere den Zeitraum zwischen der Gabe des wehenauslösenden Mittels und der Geburt als besonders belastend empfunden haben und während ihres Klinikaufenthaltes häufig unter Einsamkeit litten. Eine stärkere Einbindung des Partners, wie sie von den Beraterinnen des Modellprojekts stets angestrebt wurde, oder eine Begleitung während des Abbruchs, wie sie in den vorliegenden 32 Fällen stattgefunden hat, sollten zu einer Verbesserung dieser Situation führen.

Informationsstand der Patientinnen

Die Beraterinnen schätzten den Informationsstand der Patientinnen über Pränataldiagnostik bei 75,6 % der Studienteilnehmerinnen (entspricht 180 Frauen von 238) als gut oder sehr gut ein. 24,4 % der Studienteilnehmerinnen (entspricht 58 Frauen von 238)

dagegen wussten nach Ansicht der Beraterinnen nur wenig oder gar nichts über Ziel und Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen (vergl. Mertens, 2009). Da das Beratungsgespräch in der Regel erst nach der pränatalmedizinischen Aufklärung und sonstigen medizinischen Beratungen geführt wurde, kann hier die Vermutung geäußert werden, dass einigen Teilnehmerinnen eine Verarbeitung der Fülle an medizinischen Informationen und Aufklärung zu Pränataldiagnostik, zu der die Ärzte verpflichtet sind, schwer gefallen ist oder gar nicht stattgefunden hat. In einigen Fällen ist sicherlich auch von einer, manchmal nicht einfach zu erkennenden, „akuten Belastungssituation“ auszugehen, in der ein differenziertes Verständnis komplexer, medizinischer Inhalte nahezu unmöglich ist, gezieltes Nachfragen ausbleibt und das Treffen weiterer Entscheidungen, z. B. der eines Schwangerschaftsabbruchs, nicht geleistet werden kann. Unterstützt wird diese Vermutung durch das oben beschriebene Ergebnis, dass die psychosoziale Beratung in 28 Fällen zunächst eine akute Krisenintervention darstellte.

Ähnliches belegt der Befund, dass nach Einschätzung der Beraterinnen fast 30 % der Studienteilnehmerinnen (entspricht 69 Frauen von 235) nur wenig oder gar keine Informationen zu Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie der Erkrankung ihres Kindes besaßen. Hier stellt sich zudem die Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch, der gerade von psychisch sehr belasteten Frauen häufig sofort gefordert wird, um diesen „Alptraum“ (Rohde und Dorn, 2007) möglichst schnell zu beenden (Benute et al., 2011; Korenromp et al., 2009; Wassermann et al., 2009; Bijma et al., 2008; Korenromp et al., 2007; Rohde und Dorn, 2007; Wernstedt et al., 2005; Brier et al., 2004; Langer, 1987), erstens überhaupt in Form eines „Informed consent“ entschieden werden kann und zweitens der Schwangerschaftsabbruch als eine „richtige“ und von allen Seiten betrachtete und sorgfältig abgewogene Entscheidung von der Patientin getragen und verarbeitet werden kann. Und drittens, ob der Schwangerschaftsabbruch überhaupt rechtmäßig ist. Denn wie soll eine Schwangere mit unzureichenden oder gar keinen Informationen über Unterstützungsangebote und Therapiemöglichkeiten entscheiden können, dass „die Gefahr (für ihren körperlichen oder seelischen Gesundheitszustand) nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise (als den Abbruch der Schwangerschaft) abgewendet werden kann“ (§ 218 a Abs. 2 StGB; vergl. Benute et al., 2012)? 70,6 % der Studienteilnehmerinnen (entspricht 166 Frauen von 238) waren dagegen gut und sehr gut über Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten informiert.

Zustand der Patientinnen

Neben den bereits beschriebenen Angaben sollten die Beraterinnen den Zustand der Studienteilnehmerinnen hinsichtlich der Schwangerschaft, Entscheidung zum Abbruch und Pränataldiagnostik einschätzen. Starke bis sehr starke „emotional-intellektuelle Divergenzen“ hinsichtlich ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wurden bei mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmerinnen dokumentiert. Hier wird eine rational und emotional unterschiedliche Einstellung zum Abbruch der Schwangerschaft beschrieben. Ein weiteres Mal wird deutlich, dass es sich bei den Schwangerschaften zu meist um gewünschte und geplante Schwangerschaften handelt und ein Abbruch daher zu einer erheblichen, von den Beraterinnen bei über 99 % der Frauen als stark bis sehr stark einzuschätzende, psychische Belastung führt.

Ambivalenzen hinsichtlich eines Abbruchs wurden bei 28 % der Teilnehmerinnen festgestellt. Ambivalenzen hinsichtlich der Pränataldiagnostik wurden bei 13 % beobachtet. Trotz „emotional-intellektueller Divergenzen“ bezüglich ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch, scheinen viele der Teilnehmerinnen den Schwangerschaftsabbruch als Notwendigkeit und einziges Mittel, Leid von ihrer Familie, sich selbst und nicht zuletzt vom Ungeborenen abzuwenden, wahrzunehmen und nicht in Frage zu stellen. Eine ähnliche Befundlage zeigen internationale Studien (Benute et al., 2012; Korenromp et al., 2009; Wassermann et al., 2009; Bijma et al., 2008; Korenromp et al., 2007; Rohde und Dorn, 2007; Wernstedt et al., 2005; Brier et al., 2004; Langer, 1987). Ebenso erscheint die Pränataldiagnostik vielen als die Voraussetzung, ohne die das „Abwenden größeres Leids“ nicht möglich gewesen wäre und wird deshalb weniger zwiespältig betrachtet.

Beratungsthemen

Da in der vorliegenden Arbeit nur Studienteilnehmerinnen untersucht wurden, die nach pathologischem pränataldiagnostischem Befund einen Abbruch der Schwangerschaft durchführen ließen, stehen Themen im Bereich „Schwangerschaftsabbruch“ bei der psychosozialen Beratung im Vordergrund. Neben genaueren Informationen zum Ablauf des Abbruchs (84,4 %) und des Fetozids (50,4 %), wurden häufig die Auswirkungen des

Abbruchs auf die Partnerschaft (76,1 %) und die Lebensperspektive nach Schwangerschaftsabbruch (93,6 %) von den Frauen thematisiert. Deutlich weniger sprachen die Teilnehmerinnen von möglichen operativen Behandlungsmöglichkeiten (20 %), den Zukunftsperspektiven mit einem behinderten Kind (63,4 %), und die Optionen des Austragens trotz Behinderung (47,4 %) oder bei infauster Prognose (27,5 %). Nur 5 % der Teilnehmerinnen sprachen mit der Beraterin über eine mögliche Freigabe des behinderten Kindes zur Adoption. Es muss bei diesen Zahlen berücksichtigt werden, dass bei Schwangeren und einer infausten fetalen Prognose keine Zukunftsperspektiven thematisiert werden und nur bei wenigen fetalen Erkrankungen operative Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Gleichzeitig bestätigt die Themenwahl, häufiger der Bereich Schwangerschaftsabbruch und weniger die Bereiche, die Alternativen zum Abbruch aufzeigen, wie beispielsweise „Austragen des Kindes“ und „Unterstützungsmöglichkeiten“, dass viele Frauen die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch bereits vor der Beratung getroffen haben. Auch die Themen „Segnung des Kindes / Kontakt zur Seelsorge“ (62,4 %), „Abschied vom Kind“ (90,8 %), „Beerdigung des Kindes“ (88,8 %), „dem Kind einen Platz in der Familie geben“ (74,0 %) und „Trauer“ (94,0 %) machen deutlich, dass der Entschluss zum Abbruch häufig bereits gefasst war, und die Frauen im Beratungsgespräch mit der Verarbeitung und der Trauerarbeit beginnen wollten.

Über die Hälfte der Teilnehmerinnen (57,6 %) hatten im Beratungsgespräch Bedarf nach weiteren medizinischen Informationen. 88 % wollten noch einmal das Ergebnis der Pränataldiagnostik besprechen. Diese Zahlen verdeutlichen den oben bereits beschriebenen Befund, dass ein erheblicher Teil der Patientinnen nach Abschluss der medizinischen Beratung durch die Ärzte noch ein starkes Bedürfnis nach medizinischer Aufklärung hatte und sie viele Informationen der Ärzte zum Ergebnis der Pränataldiagnostik und zum weiteren Vorgehen noch nicht einordnen oder verarbeiten konnten.

In der Literatur zu psychischer Belastung nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation und seiner Verarbeitung spielt immer wieder das „Zeitfenster“ zwischen Diagnosestellung und dem Abbruch der Schwangerschaft eine wichtige Rolle (Lorenzen und Holzgreve, 2001; Muth et al., 1989). Studien wiesen darauf hin, dass eine gute Verarbeitung des Abbruchs nur dann gelingen kann, wenn, wie in der psychosozialen Beratung angestrebt, die Entscheidung dazu am Ende eines fundierten Entscheidungsprozesses steht (vergl. Korenromp et al., 2009; Bijma et al., 2008; Korenromp et al., 2007).

Häufig wird das Gegenteil berichtet, dass gerade Frauen mit erheblicher psychischer Belastung einen Schwangerschaftsabbruch möglichst schnell nach Diagnosestellung wünschen, um das „Ereignis“ rasch ungeschehen zu machen (Benute et al., 2012). Die Pränatalmediziner werden häufig von ihren Patientinnen unter erheblichen Druck gesetzt, möglichst schnell zu handeln. In dieser Situation ist es besonders wichtig, der Patientin die Bedeutung des „Zeitfensters“ für die Verarbeitung des Abbruchs zu verdeutlichen. Die Gesetzgebung trägt diesem Wunsch nach einem „Zeitfenster“ seit dem 1. Januar 2010 Sorge. So sieht das Schwangerschaftskonfliktgesetz eine Zeitspanne von mindestens drei Tagen zwischen Mitteilung der Diagnose oder – ohne vorangegangene Pränataldiagnostik – nach Beratung zum Schwangerschaftsabbruch vor, bevor ein Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 StGB durchgeführt werden darf (§ 2a Abs. 1 SchKG).

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung der vorliegenden Arbeit sah das Gesetz keine zeitliche Beschränkung für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs vor. Dadurch ist verständlich, dass in 72 % der Beratung das Thema „Zeitfenster“ besprochen wurde. Beachtenswert ist an dieser Stelle das Ergebnis von Korenromp et al., (2007 und 2009), die darauf hingewiesen haben, dass insbesondere Frauen, die große Zweifel während des Entscheidungsprozesses hatten, ein deutlich höheres Risiko für eine starke psychische Belastung aufwiesen. Wie oben erwähnt, wurde nur in wenigen (5,2 %) psychosozialen Beratungen das Thema „Adoption“ angesprochen. Hierbei geht es um die Freigabe des behinderten Kindes zur Adoption. Anke Rohde schreibt hierzu (Rohde und Dorn, 2007), dass dieses Thema in Beratungen auf jeden Fall angesprochen werden sollten, die meisten Eltern aber diese Möglichkeit von vornherein ablehnen. Begründet wird diese Entscheidung häufig mit dem bereits zitierten Wunsch, dem Ungeborenen unnötiges Leid, wie beispielsweise unzählige Operationen oder eine schwere geistige und / oder körperliche Behinderung, zu ersparen. Warum die Adoption bei den Studienteilnehmerinnen mit Schwangerschaftsabbruch so selten angesprochen worden ist, kann nicht abschließend geklärt werden. Eine Möglichkeit besteht darin, dass das Thema von den Frauen im Gespräch sofort abgeblockt wurde. Eine andere Möglichkeit wäre, dass Beraterinnen aufgrund der Erfahrungen, dass dies in der Regel keine Option für die Frauen darstellt, das Thema „Adoption“ aussparten, nachdem ein „Austragen des Kindes trotz

Behinderung“ (47,4 %) oder „ein Austragen trotz infauster Prognose“ (27,5 %) für die Teilnehmerin nicht in Frage gekommen ist. Eine nähere Betrachtung der Themenverteilung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte wie PND-Diagnose usw. erfolgt in Ergebnisse II.

Zufriedenheit mit der Beratung

Es wird deutlich, dass ein Spektrum unterschiedlicher Themen in der psychosozialen Beratung angesprochen wurde. Insgesamt berichteten über 90 % der Studienteilnehmerinnen, sie seien mit der Beratung sehr zufrieden und fühlten sich seitens der Beraterin sehr gut verstanden. Ebenso viele Teilnehmerinnen (92,2 %) gaben an, es seien alle wichtigen Themen in der Beratung angesprochen worden. Über 80 % schätzten die Beratung als sehr hilfreich ein.

Auch über den gesamten Untersuchungszeitlauf von zwei Jahren gaben jeweils über 80 % der Teilnehmerinnen an, dass sie die psychosoziale Beratung rückblickend als sehr hilfreich empfanden. Aus diesen Werten kann abgeleitet werden, dass die meisten Teilnehmerinnen mit dem Konzept der psychosozialen Beratung, insbesondere in der Akutphase, besonders zufrieden waren. Des Weiteren spricht die Anempfehlung der psychosozialen Beratung an andere Betroffene durch die Teilnehmerinnen ebenfalls für die große Zufriedenheit mit den Beratungsgesprächen. Nahezu 100 % der Teilnehmerinnen empfahlen die Beratung nach pathologischem PND-Befund zu allen Befragungszeitpunkten. Zwischen 66 % und 73 % der Frauen empfahlen die Beratung vor Pränataldiagnostik und zwischen 73,5 % und fast 83 % empfahlen die Beratung während Pränataldiagnostik, also zumeist in der Wartezeit auf den Befund. Auffällig ist, dass die Empfehlung der Beratung vor bzw. nach Pränataldiagnostik eine steigende Tendenz über die Messzeitpunkte hat. Möglich ist, dass im Verlauf der beiden Studienjahre Teilnehmerinnen die Bedeutung und das Nutzen der Beratung rückblickend anders einschätzten und sich im Nachhinein eine Beratung schon vor Pränataldiagnostik gewünscht hätten. Kritisch anmerken ließe sich jedoch auch, dass eventuell vorwiegend Teilnehmerinnen, die die Beratung als besonders hilfreich empfunden haben, in der Studie verblieben sind, und dass sich das in den Zahlen der Empfehlung zu Beratung niederschlägt.

Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Insgesamt konnte anhand der vorliegenden Stichprobe ein in der Literatur häufiger beschriebenes Phänomen, dass Frauen sich schon früh nach pathologischem PND-Befund für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden (Davies et al., 2005; Wernstedt et al., 2005), bestätigt werden. Entgegen der Einschätzung der Beraterinnen waren fast 85 % der Teilnehmerinnen sehr oder ziemlich entschieden für einen Abbruch, etwa 8,5 % gaben an, ihre Entschiedenheit für einen Abbruch sei vor Beratung mittelmäßig gewesen.

Eine starke bzw. mittelmäßige Beeinflussung der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch durch die psychosoziale Beratung gaben etwa 17 % der Befragten an. Das heißt, bei jeder 5. bis 6. Teilnehmerin beeinflusste die psychosoziale Beratung die Entscheidung für oder gegen den Abbruch maßgeblich, z. B. durch die Vermittlung größerer Sicherheit, die richtige Entscheidung zu treffen oder durch das Auflösen bestehender Ambivalenzen und Unsicherheiten in Bezug auf den Abbruch. Als letztendlich positiv zu werten sind diese Ergebnisse, betrachtet man 6 Monate und zwei Jahre nach Beratungsgespräch die Antworten auf die Frage, ob die Frauen ihre Entscheidung in gleicher Weise noch einmal treffen würden. Etwa 87 % der Teilnehmerinnen würden sich wieder für den Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, anderthalb Jahre später, also zwei Jahre nach Beratung, sind es noch über 83 % der Teilnehmerinnen. Berücksichtigt man die bereits beschriebenen Voraussetzungen für eine langfristig gute Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs, nämlich dass die Entscheidung dafür „auf der Basis eines fundierten Entscheidungsprozesses“ (Rohde und Dorn, 2007) getroffen werden muss, kann man aufgrund dieses Ergebnisses bereits von einem guten Erfolg der psychosozialen Beratung sprechen, der eine gute Verarbeitung des Abbruchs bei den Frauen vermuten lassen kann (nähere Betrachtungen zur psychischen Belastung, siehe Ergebnisse III).

Zusammenfassung

Bei über 85 % der Frauen in der Gesamtstichprobe ergab sich aufgrund einer Verdachtsdiagnose Anlass zur Pränataldiagnostik. Diskutiert wird, ob nicht insbesondere die unerwartete Mitteilung eines pathologischen Befundes ein traumatisches Ereignis

darstellt, das zu einer akuten Belastungsreaktion führt. Bestätigt wird diese Annahme bei der vorliegenden Stichprobe dadurch, dass 11 % der Beratungsgespräche eine akute Krisenintervention waren und, dass der Informationsstand bei 24,4 % der Patientinnen nach ärztlicher Aufklärung als gering eingeschätzt wurde. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass diese Frauen zum Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung aufgrund ihrer erheblichen psychischen Belastung, nicht in der Lage waren, komplexe medizinische Sachverhalte zu verstehen und zu verarbeiten. Wichtige Themen der Beratung waren somit häufig der Wunsch nach weiterer medizinischer Information und nähere Erläuterungen des PND-Befundes. Daneben wurden in der psychosozialen Beratung häufig Themen zum Schwangerschaftsabbruch und zum Abschied des Kindes besprochen. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Punkt war das Thematisieren des „Zeitfensters“. Von Experten wie Politikern wurde ein Mindestzeitraum von drei Tagen zwischen Beratung und Abbruch gefordert, um die Entscheidung für den Abbruch auf der „Basis eines fundierten Entscheidungsprozesses“ treffen zu können und die Grundlage für eine gute Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs zu schaffen. Diese Forderung ist in der aktuellen Gesetzgebung verankert. Insgesamt wurden die psychosozialen Beratungen von den Betroffenen sehr positiv aufgenommen, dafür sprechen die hohe Zufriedenheit mit der Beratung, die überwiegende Einschätzung der Beratung als hilfreich und nicht zuletzt die große Zahl der Teilnehmerinnen, die anderen Frauen in der gleichen Situation zu einer psychosozialen Beratung raten würden. Es hatten sich bereits vor Beratung 85 % der Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch entschlossen. Jede 5. bis 6. Schwangere ließ sich in ihrer Entscheidung zum Abbruch durch die Beratung beeinflussen. Diese „Beeinflussung“ ist, da die Beratung ergebnisoffen gestaltet wurde, positiv zu bewerten. So konnte durch das Besprechen und Auflösen von Ambivalenzen größere Sicherheit in Bezug auf die Entscheidung erreicht werden, dies wird von Korenromp et al. (2007 und 2009) als eine wichtige Voraussetzung gesehen, eine starke psychische Belastung zu vermeiden. Die große Anzahl der Studienteilnehmerinnen, die sowohl nach 6 Monaten (insgesamt etwa 86 %) als auch nach zwei Jahren (insgesamt etwa 83 %) ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch einmal auf die gleiche Weise getroffen hätten, kann als positive Folge der psychosozialen Beratung und der Einhaltung des Zeitfensters gewertet werden.

4.2. Ergebnisse II

4.2.1. Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung

Im Vorfeld einer differenzierteren Betrachtung der Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung, interessierte die Übereinstimmung der Angaben der Beraterin aus der Beratungsdokumentation mit den Angaben der Teilnehmerin aus der Beratungsrückmeldung zum Thema „Zufriedenheit mit der Beratung“ und „Einschätzung der Beratung als hilfreich“. Zu den Angaben der Beratenen und Beratenden ergaben sich bei der Berechnung non-parametrischer Korrelationen (Spearman Rho) signifikante Zusammenhänge, somit besteht eine hohe Übereinstimmung. Beide Gruppen (Teilnehmerinnen und Beraterinnen) bewerteten die Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch ähnlich gut und die Einschätzung der Beratung als ähnlich hilfreich für die betroffenen Frauen. Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Beratung stellt einen wichtigen Aspekt für die Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs dar. So führt laut Asplin et al. (2014) Zufriedenheit mit der Betreuung durch das medizinische Personal (keine erfahrenen Beraterinnen) nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation, insbesondere ausgedrückt durch Mitgefühl, Verständnis und eine „der Situation angepassten Kommunikation“ zu einer besseren psychischen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs.

Zur Zufriedenheit mit der Beratung allgemein wurden vier unterschiedliche Aspekte untersucht, „Zufriedenheit mit der Beratung“, „Verständnis seitens der Beraterin“, „Einschätzung der Beratung als hilfreich“ und das „Ansprechen wichtiger Themen“.

In allen vier Bereichen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei den Frauen mit verschiedenen PND-Diagnosen, unterschiedlicher Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, bei Frauen mit und ohne vorangegangenen Verlustereignis im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, bei Kinderlosen und Frauen mit Kindern, bei Frauen mit geplanter oder ungeplanter Schwangerschaft und schließlich bei Frauen mit einem höheren und einem niedrigeren Bildungsniveau. Insgesamt kann dieses Ergebnis sehr positiv bewertet werden. So war die Zufriedenheit mit der Beratung einheitlich bei Beratenden und Beratenen. Diese Zufriedenheit war unabhängig von den oben genannten Faktoren. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Beratung sehr flexibel auf unterschiedliche Umstände der Teilnehmerin eingehen konnte.

PND-Diagnose

Da Frauen mit unterschiedlicher PND-Diagnose gleich zufrieden waren mit der Beratung, sie als gleich hilfreich empfanden, sich von den Beraterinnen ebenso verstanden fühlten und das Gefühl hatten, alle wichtigen Themen seien angesprochen worden, kann davon ausgegangen werden, dass die Beraterinnen es verstanden haben, auf die Ängste, Konflikte und Bedürfnisse einzugehen, die sich je nach Diagnose unterscheiden können. Festzustellen waren die unterschiedlichen Bedürfnisse insbesondere bei den Beratungsthemen (genauere Betrachtungen siehe im folgenden Abschnitt). Eine trotzdem hohe und gleich große Zufriedenheit in Bezug auf das Ansprechen wichtiger Themen zeigt daher das Vermögen der Beraterin, die entscheidenden und wichtigen Themen für die jeweilige Patientin im Gespräch herauszufinden und anzusprechen.

Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch

Ebenso unterschieden sich Teilnehmerinnen mit einem Abbruch vor oder in der 22. Schwangerschaftswoche in Bezug auf die verschiedenen Aspekte der Zufriedenheit mit psychosozialer Beratung nicht von jenen, die einen Abbruch in oder nach der 23. Schwangerschaftswoche durchführen ließen. Die Beraterinnen konnten in der Beratung ebenso verständnisvoll auf Frauen eingehen, die einen Abbruch zu einem relativ frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft vornehmen ließen und hatten ebenso die wichtigen Themen angesprochen wie bei den Frauen, die die Diagnose erst in der Spätschwangerschaft erhalten hatten und deren Abbruch daher erst in oder nach der 23. Schwangerschaftswoche erfolgte.

Vorangegangenes Verlusterlebnis im Kontext einer Schwangerschaft

Etwa ein Drittel der hier untersuchten Frauen hatten bereits im Vorfeld die Erfahrung eines Verlustes im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft gemacht. Dazu wurden vergangene Fehl- und Totgeburten (23,5 %), postnatal verstorbene Kinder (4 %) und Schwangerschaftsabbrüche (6 %) gezählt. Bei den verschiedenen Aspekten der Zufriedenheit mit der Beratung unterschieden sich die Frauen mit und ohne vorangegangenes Verlustereignis im Rahmen einer Schwangerschaft nicht. Hier lässt sich das Ergebnis so

interpretieren, dass die Beraterinnen im Beratungsgespräch erfolgreich auf Probleme, Sorgen und Konflikte eingehen konnten, die sich bei Frauen, für die sich der Verlust eines Kindes bereits wiederholte und jenen ohne ein solches Erlebnis, unterschieden.

Geplante / ungeplante Schwangerschaft

Ob die Schwangerschaft im Vorhinein geplant war oder nicht, machte keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die „Zufriedenheit mit der Beratung“, dem „Verständnis seitens der Beraterin“, der „Einschätzung der Beratung als hilfreich“ und dem „Ansprachen wichtiger Themen“. In der vorliegenden Arbeit wird diese Unterscheidung, auch in den weiteren Berechnungen vor allem deshalb getroffen, weil Toedter et al. (2001) signifikante Unterschiede im Bereich der „schwierigen Bewältigung“ nach perinatalem Verlust des Kindes festgestellt haben und heraus zu finden galt, ob die Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft auch in unserer Studie eine erhöhte Belastung aufzeigten (dies ist nicht der Fall, siehe Ergebnisse III) und ob sich dies in der Einschätzung der Beratung wiederfindet. Dies konnten nicht gezeigt werden.

Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit

Etwa die Hälfte der untersuchten Frauen hatten bereits Kinder. In der Beratung standen besonders die Auswirkungen des Befundes und der Abbruch auf die bereits vorhandenen Kinder im Vordergrund (siehe Beratungsthemen). Kinderlose Frauen und Frauen, die zum Zeitpunkt der Beratung bereits Mütter waren, unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf die „Zufriedenheit“, „Verständnis“, „wichtige Themen“ und „Einschätzung der Beratung als hilfreich“. Auch hier haben die Beraterinnen es geschafft, die wichtigen Aspekte anzusprechen, beispielsweise den Umgang mit den Kindern nach dem Abbruch, wie Kindern das Ende der Schwangerschaft erklärt werden kann und wie dem verstorbenen „Geschwisterkind“ ein Platz in der Familie gegeben werden kann.

Bildungsstand

Bei unterschiedlichem Bildungsniveau der Teilnehmerinnen zeigten sich keine Unterschiede in Bezug auf die Aspekte der Zufriedenheit mit der Beratung. Beraterinnen

konnten sich sowohl auf Frauen mit einem eher rationalen Zugang zu Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, der eher Frauen mit höherem Bildungsstand nachgesagt wird, als auch auf Frauen mit eher emotionalem Zugang zu den Ereignissen im Kontext von Pränataldiagnostik einstellen. Für einen eher emotionalen Zugang der Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau sprechen die noch im Weiteren zu beschreibenden Werte der Trauer und psychischen Belastung, die bei den Teilnehmerinnen der Gruppe mit niedrigerem Bildungsniveau z. T. signifikant stärker bzw. höher waren.

4.2.2. Beratungsthemen

PND-Diagnosen

Bei Frauen mit unterschiedlichen PND-Diagnosen zeigten sich signifikante Unterschiede bei den Beratungsthemen. Es zeigte sich, dass insbesondere Beratungsthemen in den Bereichen Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch signifikant bis hoch signifikant häufiger bei Teilnehmerinnen, die die Diagnosen Chromosomenstörungen, Organ- und Skelettfehlbildungen und Anomalien des Zentralnervensystems, besprochen worden sind als bei Frauen, die der Gruppe „Systemische Erkrankungen und Infektionen“ zugeordnet worden sind. Bei diesen Teilnehmerinnen handelt es sich um acht Frauen, die einen vorzeitigen Blasensprung hatten, ohne dass diesem eine ärztliche Intervention vorausgegangen ist, vier Frauen, die in der Schwangerschaft eine Infektion hatten, die auf das Kind übergegangen ist und weitere zwei Frauen, die eine nicht näher bezeichnete systemische Erkrankung hatten. Chromosomale Anomalien sind keiner Behandlung zugänglich und insbesondere bei zusätzlichen Fehlbildungen (wie sie z. B. in der vorliegenden Stichprobe bei 28 von 39 Fällen einer Trisomie 21 festgestellt worden sind), die z. T. postnatal behandelt werden können, wird ein Abbruch der Schwangerschaft häufig schon früh thematisiert, nicht selten auch mit der Begründung dem Kind nach der Geburt zusätzliches Leid zu ersparen. Indes wurden bei Infektionen der Mutter und systemischen Erkrankungen zunächst die Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Aus den Daten der Evaluation der Modelprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen, die auch Frauen mit Mehrlingsreduktion und Fortführung der Schwangerschaft untersuchten, ging hervor, dass sich fast 90 % der Teilnehmerinnen mit der Diagnose einer chromosomalen Fehlbildungen und über 80 % der Teilnehmerinnen, die in die Diagnosegruppe „Anoma-

lien des ZNS“ fielen, für einen Abbruch oder eine Reduktion entschlossen hatten, während sich insgesamt nur etwa 61 % der Teilnehmerinnen mit systemischen Erkrankungen, Infektionen oder vorzeitigem Blasensprung für einen Abbruch entschieden (Rohde und Woopen, 2007).

Bildungsstand, Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, vorangegangenes Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft

Teilnehmerinnen, die sich in Bildungsstand, der Schwangerschaftswoche bei Abbruch (vor/ in der 22. Schwangerschaftswoche oder nach/ in der 23. Schwangerschaftswoche) und vorausgegangenem Verlustereignissen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft unterschieden, wiesen keine Unterschiede in Bezug auf die Beratungsinhalte auf. Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend als positiv interpretieren, dass die vorgegebenen Beratungsinhalte ein großes Spektrum an Themen, die den betroffenen Frauen relevant erschienen, abdeckte. Mit diesem Befund lässt sich auch die zuvor beschriebene, hohe Zufriedenheit mit dem „Ansprechen wichtiger Themen in der Beratung“ erklären und belegen.

Der Themenbereich „Schwangerschaftsabbruch“ nahm in fast allen Beratungen einen entscheidenden Platz ein, erstens da in der vorliegenden Stichprobe alle Frauen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, zum anderen deshalb weil, wie bereits beschrieben, fast 85 % aller Teilnehmerinnen sich schon vor der psychosozialen Beratung für die Durchführung des Abbruchs entschieden hatten.

Geplante / ungeplante Schwangerschaft

Während vorangegangen die These aufgestellt wurde, dass die Unterscheidung zwischen einer geplanter und einer nicht-geplanten Schwangerschaft keine Aussage darüber zulässt, wie erwünscht die Schwangerschaft ist, überrascht es doch, dass Frauen, die ihre Schwangerschaft geplant hatten signifikant häufiger das Thema „Austragen des Kindes“ in der Beratung besprachen als Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft. Während fast 85 % der Teilnehmerinnen mit geplanter Schwangerschaft ein „Austragen des Kindes“ mit der Beraterin besprochen haben, taten dies nur etwa 65 % der Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft. Daher interessierte ein möglicher Zusammenhang zwischen einer ungeplanten Schwangerschaft und der Entschiedenheit zum Abbruch be-

reits vor psychosozialer Beratung. Dieser konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft entschieden sich demnach nicht eher für einen Abbruch als Frauen mit geplanter Schwangerschaft.

Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit

Frauen, die zum Zeitpunkt der Beratung schon Kinder hatten, thematisierten signifikant häufiger die Themen „Austragen des Kindes“ und „mögliche Auswirkungen“. Interessant zu untersuchen wäre in dem Zusammenhang, ob Frauen sich öfter für das Austragen eines behinderten Kindes entscheiden, wenn sie bereits ein oder mehrere gesunde Kinder haben, wie diese Entscheidung von einem bereits vorhandenen behinderten Kind beeinflusst wird und umgekehrt, ob Frauen, die noch keine Mütter sind, sich eher für einen Abbruch entscheiden, da ihre Familienplanung eventuell nur ein Kind vorsieht. An dieser Stelle konnte lediglich ein Zusammenhang zwischen Kinderlosigkeit und der Entscheidung für einen Abbruch bereits vor psychosozialer Beratung überprüft werden, dieser bestand allerdings nicht. Insgesamt sprachen fast 90 % der „Mütter“ das Austragen des Kindes an, während dies etwa 74 % der Frauen ohne Kind taten. Auch der Themenbereich „mögliche Auswirkungen“ wurde häufiger von Frauen mit Kindern angesprochen. Wichtiger Aspekt hierbei waren vermutlich die Auswirkungen des Abbruchs auf das bereits vorhandene Kind und wie das plötzliche Ende der Schwangerschaft dem vorhandenen Kind begreiflich gemacht werden kann. Bei kinderlosen Frauen ging es beim Themenbereich „mögliche Auswirkungen“ eher um den Einfluss auf die Partnerschaft und die Familie.

Zusammenfassung

Bei der Betrachtung vier verschiedener Aspekte der Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung („Zufriedenheit allgemein“, „Verständnis seitens der Beraterin“, „Einschätzung der Beratung als hilfreich“ und das „Ansprechen wichtiger Themen“) wurden Unterschiede hinsichtlich PND-Diagnose, Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch, vorangegangenen Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft, vorhandener Kinder / Kinderlosigkeit, geplanter und ungeplanter Schwangerschaft und schließlich hinsichtlich des Bildungsniveaus untersucht. Bei allen untersuchten Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Dieses Ergebnis lässt sich po-

sitiv im Sinne der Beratungsleistung interpretieren. Die Beraterinnen haben es stets geschafft, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse, Konflikte, Sorgen und Ängste ihrer Patientinnen einzugehen, so dass trotz ganz unterschiedlicher Diagnosen, Hintergründe, Perspektiven und Bildungsstand jede betroffene Frau mit der Beratung zufrieden war, sich von der Beraterin verstanden gefühlt hat und keine wichtigen oder relevanten Themen in der Beratung vernachlässigt worden sind.

Mit den gleichen Gruppen wurden die von der Beraterin dokumentierten Beratungsthemen auf Unterschiede in der Schwerpunktsetzung untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Teilnehmerinnen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus, bei Abbruch vor oder in der 22. Schwangerschaftswoche bzw. in oder nach der 23. Schwangerschaftswoche und Frauen mit vorangegangenen Verlustereignis keine signifikanten Unterschiede in den Schwerpunkten der Beratungsthemen aufwiesen. Hingegen zeigten sich signifikante Unterschiede bei Frauen mit unterschiedlichen PND-Diagnosen. Während die Teilnehmerinnen, denen Chromosomenstörungen, Anomalien des Zentralnervensystems und Organ- oder Skelettfehlbildungen diagnostiziert worden sind, häufiger den Bereich „Schwangerschaftsabbruch“ thematisierten, nahm bei Frauen mit „Systemischen Erkrankungen, Infektionen und vorzeitigem Blasensprung“ das Thema „Austragen des Kindes“ einen größeren Raum ein. Zurückzuführen ist dies vermutlich auf eine in einigen Fällen bessere intrauterine Behandlungsmöglichkeit.

Bei Frauen mit geplanter und ungeplanter Schwangerschaft zeigten sich bei dem Thema „Austragen des Kindes“ signifikante Unterschiede. Frauen mit geplanter Schwangerschaft besprachen ein „Austragen des Kindes“ häufiger mit der Beraterin als Frauen, die ungeplant schwanger geworden sind. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen ungeplanter Schwangerschaft und Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor Beratung bewiesen werden. Dieses Ergebnis muss vor dem Hintergrund der relativ kleinen Fallzahl dieser Stichprobe interpretiert werden. Frauen, die zum Zeitpunkt der Beratung bereits Kinder hatten, besprachen die „möglichen Auswirkungen“ und das „Austragen des Kindes“ häufiger mit der Beraterin als kinderlose Frauen. Dieser Beratungsschwerpunkt erklärt sich dadurch, dass sich die „möglichen Auswirkungen“ auf Effekte des Abbruchs auf die Familie und die bereits vorhandenen Kinder beziehen. Kinderlose Frauen haben signifikant weniger das „Austragen des Kindes“ thematisiert als Frauen mit Kindern. Obwohl keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Kinder-

losigkeit und der Entschiedenheit zum Abbruch bereits vor Beratung gezeigt werden konnten, müssen weitergehende Untersuchungen zeigen, ob kinderlose Frauen eher abgeneigt sind, ein behindertes Kind auszutragen als Frauen, die bereits gesunde Kinder haben.

Zusammenfassend sind diese Ergebnisse als Zeichen für die Qualität der durchgeführten psychosozialen Beratung zu werten. Es zeigte sich eine hohe Übereinstimmung der Angaben der Beraterinnen und der Studienteilnehmerinnen bezüglich der psychischen Verfassung der Teilnehmerinnen als auch der Zufriedenheit mit den Beratungsgesprächen. Zu diesem Ergebnis kamen auch Rohde et al. (2007) bei Betrachtung der Gesamtstichprobe. Sie wiesen ebenso darauf hin, dass dieses Ergebnis die Geschultheit und Professionalität der an dieser Studie beteiligten Beraterinnen, die die psychische Befindlichkeit der Studienteilnehmerinnen sehr treffend einzuschätzen wussten und dementsprechend in der Beratung darauf eingehen konnten, unterstreicht.

Zitat: „Wir hielten die Beratung zunächst für überflüssig und haben uns nur auf ausdrückliche Empfehlung des Arztes mit einem Beratungsgespräch einverstanden erklärt. Ein Segen, wie sich herausstellte. Wir dachten, wir würden das schon alleine schaffen. Aber erst das Gespräch mit der Beraterin machte uns bewusst, wie viel wir doch verdrängt hatten. Das Gespräch zwang uns, der Situation bewusst ins Auge zu schauen. Es war extrem schmerzhaft, aber auf lange Sicht extrem hilfreich.“

4.3. Ergebnisse III

4.3.1. Psychische Belastung

Im Folgenden wird die psychische Belastung der Studienteilnehmerinnen über einen Zeitraum von zwei Jahren genauer betrachtet und diskutiert. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten zum ersten Katamnesezeitpunkt eine deutliche psychische Belastung bei etwa 45 % der Teilnehmerinnen. Über 50 % der Teilnehmerinnen zeigten eine durchschnittliche psychische Belastung. Als Messinstrument diente das Brief Symptom Inventory von Derogatis. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass damit keine psychiatrische Diagnose verbunden ist. Die überdurchschnittliche psychische Belastung nahm über den weiteren Beobachtungszeitraum deutlich ab, so dass zum vierten Kata-

mnesezeitpunkt mehr als 75 % der Teilnehmerinnen eine nur durchschnittliche psychische Belastung aufwiesen. Ganz allgemein kann man also von einer guten Verarbeitung der Erlebnisse im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, des pathologischen fetalen Befundes und den darauffolgenden Abbruch der Schwangerschaft mit begleitender psychosozialer Beratung sprechen. Kersting et al. (2005) haben in der Auswertung einer Pilotstudie darauf hingewiesen, dass der Schwangerschaftsabbruch aufgrund eines pathologischen fetalen Befundes ein „major life event“, ein traumatisches Lebensereignis, darstellt. Damit ist die Relevanz des Umgangs mit einem solchen Erlebnis im Lebensverlauf nicht zu unterschätzen, dies spiegelt sich auch in den vorliegenden Daten wieder und betont die Bedeutung einer psychosozialen Betreuung in diesem Zeitraum. Kersting et al. (2005) konnten eine Auswirkung dieses traumatischen Lebensereignisses noch sieben Jahre nach Schwangerschaftsabbruch nachweisen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Korenromp et al. (2005), hier zeigte sich die psychische Belastung noch nach vier Jahren. Kersting und Korenromp hatten wie in der vorliegenden Studie zunächst eine Abnahme der psychischen Belastung beobachtet, die jedoch im langen Verlauf von 2-4 Jahren, bzw. 2-7 Jahren keine weitere Abnahme zeigte.

Die vorliegenden Ergebnisse umspannen nur einen Zeitraum von zwei Jahren, sodass der weitere Verlauf auch in unserer Studie unter Berücksichtigung der Wirksamkeit der psychosozialen Beratung interessant gewesen wäre, jedoch noch ein Desiderat darstellt.

Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch

Davies et al. (2005) führten eine Verlaufsuntersuchung über 1 Jahr durch (6-8 Wochen, 7 Monate, 13 Monate), hier wurde beobachtet, inwiefern die psychische Belastung mit dem Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs im Zusammenhang steht. Davies et al. zeigten, dass die psychische Belastung bei Frauen mit einem späteren Abbruch (im 2. Trimenon) höher ist als bei Frauen, die die Schwangerschaft zu einem früheren Zeitpunkt (1. Trimenon) beendeten, die psychische Belastung zeigte sich über den Verlauf eines Jahres rückläufig. Auch wenn sich diese Daten nicht auf die vorliegenden Daten übertragen lassen (Davies et al. benutzten andere Messinstrumente, es fand keine psychosoziale Beratung statt, der „cut-off“ für die Schwangerschaftswoche lag bei der 12.

Schwangerschaftswoche), war es doch auch in der vorliegenden Untersuchung interessant, ob sich ähnliche Ergebnisse auch bei der Unterscheidung „Schwangerschaftsabbruch vor oder nach der 22. Schwangerschaftswoche“ finden ließen. Auch Korenromp et al. (2005 und 2009) stellte eine Zunahme der psychischen Belastung mit steigendem Gestationsalter bei Schwangerschaftsabbruch fest. Dieser Unterschied ließ sich in der vorliegenden Arbeit bei Schwangerschaftsabbruch nicht bestätigen. Es zeigte sich in den Gruppen kein Unterschied bezüglich der psychischen Belastung.

Interessanterweise zeigten Rohde et al. (2007) einen Unterschied bezüglich der psychischen Belastung in der Gesamtstichprobe des Modellprojektes, hier wiesen Frauen, die erst nach der 22. Schwangerschaftswoche psychosozial beraten worden sind, eine erhöhte psychische Belastung auf.

Vorangegangenes Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft, Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit, Geplante / ungeplante Schwangerschaft

In der Literatur zu Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation und die daraus resultierende Belastung wird häufig nicht berücksichtigt, ob die untersuchten Frauen bereits ein Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft erlebt haben, so dass es in diesem Punkt kaum Vergleichsmöglichkeiten gibt. Zu erwarten war eine stärkere psychische Belastung bei den Teilnehmerinnen, die bereits ein Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft erlebten und auch noch keine Kinder hatten, wie Beutel et al. (1991) es beschrieb. Hier zeigten Frauen mit vorangegangenem Verlustereignis im Rahmen einer Schwangerschaft und ohne eigene Kinder die höchsten Werte für Ängste und Depressionen. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden, es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der Gruppen. An dieser Stelle ist zu beachten, dass ein anderes Messinstrument benutzt wurde. Deckardt et al. (1994) konnten diesen Zusammenhang ebenfalls nicht nachweisen. Bestätigt wurde hingegen der Befund von Beutel et al. (1991), dass es keinen Unterschied macht, ob die Schwangerschaft geplant oder ungeplant war.

Bildungsstand

Die meisten der hier zitierten Studien (Korenromp et al., 2005; Deckardt et al., 1994; Murray und Terry, 1993; Beutel et al., 1991; Lasker und Toedter, 1991) konnten ein niedriges Bildungsniveau als Risikofaktor für einen komplizierten Trauerverlauf nachweisen (hierzu siehe auch nächster Abschnitt), so dass auch eine stärkere psychische Belastung der Teilnehmerinnen mit einem niedrigerem Bildungsniveau angenommen wurde. Dies konnte über den gesamten Untersuchungsverlauf bestätigt werden. So zeigten sich zu den Katamnesezeitpunkten 1, 3 und 4 die Frauen etwas mehr belastet. Zum 2. Katamnesezeitpunkt war dieser Unterschied statistisch signifikant.

Vermutlich besitzen Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau unzureichende Bewältigungsstrategien und trauern daher vermehrt bzw. weisen eine stärkere psychische Belastung auf. Erschwerend kommt bei der vorliegenden Studie hinzu, dass komplexe medizinische Zusammenhänge in einer sehr belastenden Lebenssituation verstanden und verarbeitet werden mussten, was weniger gebildeten Frauen vermutlich schwerer fällt, als Frauen mit einem hohen Bildungsniveau. Die überwiegend nicht signifikanten Unterschiede sprechen durchaus dafür, dass die psychosoziale Beratung dieser Gruppe den Raum bieten konnte, medizinische Zusammenhänge zu verstehen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie konnte 6-8 Wochen nach dem ersten Beratungsgespräch, wie auch in der hier zitierten Literatur, eine deutliche (klinisch relevante) psychische Belastung bei fast 45 % der Studienteilnehmerinnen nachgewiesen werden, die jedoch über den Zeitraum von 2 Jahren signifikant abnimmt. Gleiches wurde in anderen Verlaufsuntersuchungen beobachtet. Die oben benannten Studien wiesen auf Risikofaktoren für eine stärkere psychische Belastung hin. In den aufgeführten Subgruppen (Gestationsalter bei Schwangerschaftsabbruch; früheres Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft; Schwangerschaft geplant / ungeplant; bereits vorhandene Kinder / keine Kinder; Bildungsstand) zeigten sich im Gegensatz zu den Angaben in der Literatur keine signifikanten Unterschiede (Ausnahme Bildungsstand, s.o.). Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass eine weitere Verlaufskontrolle nach Ablauf von 2 Jah-

ren in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt wurde. Dies kann als positiver Effekt der psychosozialen Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik gewertet werden. Unabhängig von unterschiedlichen Merkmalen, wiesen die Teilnehmerinnen eine Abnahme der psychischen Belastung über einen Zeitraum von 2 Jahren auf.

4.3.2. Perinatale Trauer

Im Folgenden wird die Trauer nach Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation über einen Zeitraum von 2 Jahren genauer betrachtet und diskutiert. Als Messinstrument diente die Perinatal Grief Scale (Toedter et al., 1988). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten über den gesamten Untersuchungszeitraum von 2 Jahren, dass, mit Ausnahme der „aktiven Trauer“ 6-8 Wochen nach Beratungsgespräch, die Werte in allen Bereichen und zu allen Untersuchungszeitpunkten unterhalb der so genannten „kritischen“ Werte lagen, oberhalb derer eine als pathologisch anzusehende Trauer beginnt. Auch hier kann man allgemein von einer guten Verarbeitung der Erlebnisse im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, des pathologischen fetalen Befundes und den darauffolgenden Abbruch der Schwangerschaft mit begleitender psychosozialer Beratung sprechen.

Bei der genaueren Betrachtung der Subgruppen werden die Ergebnisse von Beutel et al. (1991), Korenromp et al. (2005), Lasker und Toedter (1991), Davies et al. (2005) und Deckardt et al. (1994) herangezogen. Im Gegensatz zu der Beurteilung / Vergleichbarkeit von psychischer Belastung, zu deren Messung unterschiedliche Messinstrumente herangezogen worden sind, kann bei der Beurteilung der Trauer ein differenzierter Vergleich bei gleichem Messinstrument (Perinatal Grief Scale PGS Toedter et al., 1988) erfolgen. Einleitend wurde darauf hingewiesen, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation bezüglich der Trauerreaktion mit der Reaktion nach einem Spontanabort vergleichbar ist.

Schwangerschaftswoche bei Schwangerschaftsabbruch

Deckardt et al. (1994) untersuchte Frauen nach einem Spontanabort. Ein Fünftel der untersuchten Frauen hatten eine pathologische Trauer entwickelt und selbst 24 Monate nach Schwangerschaftsverlust war diese Trauer nicht aufgelöst. Wie stark die unter-

suchten Frauen trauerten war jedoch unabhängig vom Gestationsalter. Im Unterschied zu der Studie von Deckardt et al. (1994) wiesen die Studienteilnehmerinnen der vorliegenden Untersuchung zu keinem Untersuchungszeitpunkt pathologische Trauerwerte auf. Übereinstimmend wurde in der vorliegenden Studie keine Abhängigkeit zwischen Gestationsalter und Trauerausprägung gesehen. Auch bei Beutel et al. (1991) kann kein Zusammenhang mit der Trauerausprägung und dem Gestationsalter gesehen werden. Lasker und Toedter (1991) wiesen bei Frauen mit höherem Gestationalter höhere Werte in der PGS-Subskala „Aktive Trauer“ nach. Hier zeigten sich in der vorliegenden Studie keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt konnten auch andere Studien bezüglich Trauerstärke keinen eindeutigen Zusammenhang mit dem Gestationsalter bei Spontanabort bzw. bei Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation feststellen. Was die vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Dieses Ergebnis ist nicht eindeutig auf die psychosoziale Beratung zurückzuführen. Die Teilnehmerinnen dieser Studie weisen insgesamt geringere Werte in den PGS-Subskalen auf, womit die Trauer unterhalb des als pathologisch anzusehenden Bereichs lag. Hier macht sich der Effekt der psychosozialen Beratung bemerkbar.

Vorangegangenes Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft

Davies et al. (2005) gehen in ihrer Untersuchung nicht darauf ein, ob bereits Erfahrungen mit einem Verlustereignis im Kontext einer Schwangerschaft bestehen. Beutel et al. (1991) beobachteten vermehrte Ängste und Depressionen bei Frauen mit vorangegangenen Verlustereignis im Rahmen einer Schwangerschaft und ohne eigene Kinder. Jedoch beeinflusste diese Variable nicht signifikant die Trauerreaktionen. Lasker und Todter (1991) wiesen darauf hin, dass vorangegangene Verlustereignisse im Rahmen einer Schwangerschaft einen komplizierten Trauerverlauf nicht vorhersagen können. Möglicherweise wurden auch vorangegangene Verlustereignisse im Rahmen einer Schwangerschaft, sehr unterschiedlich verarbeitet, so dass eine allgemeine Aussage bezüglich einer Prädiktion, ob hieraus ein komplizierter Trauerverlauf zu erwarten wäre, schwerfällt. Allgemein wurden die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt. In beiden Gruppen entwickelten die Teilnehmerinnen keinen komplizierten Trauerverlauf. Möglicherweise konnten aber in einer psychosozialen Beratung auch vorausgegangene

Verlustereignisse angesprochen und verarbeitet werden, so dass in der dann aktuellen Problemsituation ein komplizierter Trauerverlauf, oder wie bei Beutel et al. (1991) vermehrt Ängste und Depressionen, verhindert werden konnten.

Geplante / ungeplante Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant oder ungeplant zeigte in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Einfluss auf die Trauerstärke (Gesamttrauerwert und PGS-Subskalen). Zu dem gleichen Ergebnis kommen auch Beutel et al. (1991), sie kamen zu dem Schluss, dass es keine statistisch signifikante Rolle hinsichtlich der Trauerreaktion und Depressivität spielt, ob die Schwangerschaft im Vorfeld geplant oder ungeplant war. Bei Lasker und Toedter (1991) zeigte sich hingegen ein signifikant höherer Wert in der Subskala „schwierige Bewältigung“ ebenso wie eine Tendenz zur stärkeren Ausprägung von „Verzweiflung“. Dies konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden.

Vorhandene Kinder / Kinderlosigkeit

Ob bereits vorhandene Kinder bzw. Kinderlosigkeit die Trauer nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation bzw. einem anderen Verlustereignis im Rahmen einer Schwangerschaft beeinflussen, hatten Deckardt et al. (1994) und Beutel et al. (1991) untersucht. Weder Beutel et al. (1991) noch Deckardt et al. (1994) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen verstärkter Trauerreaktion und Kinderlosigkeit nachweisen. Auch in der vorliegenden Studie wurde kein signifikanter Zusammenhang gefunden. Jedoch fällt auf, dass in der Tendenz kinderlose Frauen eine stärkere Ausprägung in der Gesamttrauer (unterhalb des kritischen Wertes) zeigten und zwar über alle vier Katamnesezeitpunkte hinweg.

Bildungsstand

Wie schon im Bereich der psychischen Belastung angedeutet, zeigte das Bildungsniveau der untersuchten Frauen einen Einfluss auf die Trauerstärke. So ließen sich 6 Monate nach dem ersten Beratungsgespräch bis zum Abschluss der Verlaufsuntersuchung, also zwei Jahre nach psychosozialer Beratung, signifikante Unterschiede hinsichtlich der

Gesamttrauerstärke sowie der Subskalen „aktive Trauer“, „schwierige Bewältigung“ und „Verzweiflung“ aufzeigen. Zu den gleichen Ergebnissen kamen Deckardt et al. (1994), hier stellte eine geringe Schulbildung einen signifikanten Prädiktor für die Entwicklung einer pathologischen Trauer im Verlauf dar. Auch Beutel et al. (1991) sahen ein niedriges Bildungsniveau als einen signifikanten Prädiktor für eine erhöhte „aktive Trauer“. Korenromp et al. (2005) zeigten ebenso einen Zusammenhang des Bildungsniveaus mit dem Trauerverlauf, so trauerten Frauen mit einem niedrigem Bildungsniveau vermehrt. Lasker und Toedter (1991) sahen entgegengesetzt zu den hier vorliegenden Ergebnissen keinen signifikanten Unterschied beim Kriterium des Bildungsniveaus. Wie auch bei der psychischen Belastung ist bei der Trauer anzunehmen, dass Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau über ungleich effektive Bewältigungsstrategien zur Verarbeitung eines Verlustereignissen im Rahmen einer Schwangerschaft und im vorliegenden Fall auch zur Verarbeitung von pränataldiagnostischen Befunden, Schwangerschaftsabbruch u. a. verfügen und daher, nicht nur in der vorliegenden Studie, sondern auch in vergleichbaren Untersuchungen, die vulnerablere Gruppe hinsichtlich starker psychischer Belastung und komplizierter Trauer darstellen. Die Teilnehmerinnen mit niedrigerem Bildungsniveau wiesen höhere Trauerwerte, jedoch keine kritischen Werte, die für einen pathologischen Trauerverlauf gesprochen hätten, auf. So spiegeln sich in diesem Ergebnis sowohl die Ergebnisse anderer Studien wieder, als auch die Wirksamkeit der psychosozialen Beratung, einen schwierigen Trauerverlauf zu verhindern.

Zusammenfassung

Neben einer ausgeprägten „aktiven Trauer“ zum ersten Messzeitpunkt (6-8 Wochen nach erstem Beratungsgespräch) zeigten die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie zu allen Messzeitpunkten Trauerwerte (PGS-Gesamtwert und Subskalen), die unterhalb einer „starken Ausprägung“ anzusiedeln sind. Auch konnte ein signifikanter Abfall der Trauerwerte über den Untersuchungsverlauf bestätigt werden. In der vorliegenden Untersuchung konnten, außer einem niedrigeren Bildungsniveau, keine prädiktiven Aussagen für eine verstärkte Trauer für einzelne Gruppen gemacht werden. Da alle Teilnehmerinnen im Verlauf der Untersuchung psychosozial beraten worden sind, kann dies positiv gewertet werden. So heben sich bei gleichzeitiger psychosozialer Beratung die in

der Literatur beschriebenen „Risikofaktoren“ für verstärkte Trauer bzw. einen komplizierten Trauerverlauf auf.

4.4. Fazit

Die psychischen Auswirkungen bei Frauen, die einen perinatalen Verlust in Form eines Spontanabortes oder in Form eines Schwangerschaftsabbruchs nach einem pathologischen pränataldiagnostischen Befund erleben, werden seit den Achtzigerjahren vermehrt untersucht. Hier zeigten sich übereinstimmend eine deutliche psychische Belastung und eine deutliche Trauerreaktion in den ersten 2 Jahren, die jedoch mit der Zeit abnahmen. Dies konnte in der vorliegenden Studie so bestätigt werden und spricht für die Vergleichbarkeit der Daten. Bei näherer Betrachtung der Frauen, die ein solches Verlustereignis erlebt haben, waren unterschiedliche Risikofaktoren für eine starke psychische Belastung oder Trauer erkennbar: ein vorangegangenes perinatales Verlustereignis und ein höheres Gestationsalter (Korenromp et al., 2005 und 2009; Davies et al., 2005), Kinderlosigkeit und eine geplante Schwangerschaft (Beutel et al., 1991) und ein geringeres Bildungsniveau (Korenromp et al., 2005). Diese Risikofaktoren spielten mit Ausnahme des Bildungsniveaus in der vorliegenden Untersuchung, in der alle Frauen psychosozial beraten worden waren, keine Rolle. Auch ließ sich erkennen, dass die Teilnehmerinnen dieser Studie im Vergleich weniger psychisch belastet waren (es besteht eine eingeschränkte Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Messinstrumente) und keine stärkere Ausprägung der Trauer aufwiesen. Beide Befunde sprechen für die Wirksamkeit der psychosozialen Beratung, wie sie in dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Modellprojekt angeboten worden ist. Zum einen kann die psychosoziale Beratung allgemein als „Prävention“ angesehen werden für einen komplizierten Trauerverlauf und eine starke psychische Belastung (ggf. mit Übergang in eine posttraumatische Belastungsstörung). Zum anderen unterstreicht dieses Ergebnis, dass es den Beraterinnen durch ihre Professionalität und Erfahrung gelungen ist, sich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse sowie die unterschiedlichen biographischen und soziodemographischen Hintergründe der Teilnehmerinnen einzustellen und so die Auswirkung eines erhöhten „Risikoprofils“ aufzuheben.

4.5. Kritische Schlussbetrachtung der Arbeit

Eine wesentliche Limitierung der vorliegenden Untersuchung besteht darin, dass sie nicht in Beziehung zu einer Kontrollgruppe gesetzt wurde. Aus ethischen Gründen wurde allen Frauen die psychosoziale Beratung angeboten, unabhängig davon, ob sie der Teilnahme an der Studie zustimmten oder nicht. Die Bildung einer Kontrollgruppe war daher nicht möglich. Da nicht alle Frauen, die eine pathologische pränatale Diagnose erhielten, psychosoziale Beratung in Anspruch nahmen, kann die Stichprobe nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Auch kam es in dieser katamnestischen Verlaufsun- tersuchung zu Drop-outs: von den 251 in Bonn rekrutierten Patientinnen, bei denen ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, beantworteten 97 Frauen die Fragebö- gen ausschließlich beim Erstkontakt, 154 Frauen verblieben für die Auswertung der anamenstischen Daten und 71 Frauen verblieben bis zum 4. Katamnesezeitpunkt in der Untersuchung. Von 71 Frauen lagen bei 47 Frauen vollständig ausgefüllte BSI- und PGS-Bögen über den gesamten Untersuchungsverlauf vor. Eine weitere Einschränkung besteht durch den Beobachtungszeitraum von 2 Jahren, da in Untersuchungen von Ko- renromp et al. (2005) und Kersting et al. (2005) auch eine Abnahme der psychischen Belastung und Trauer in den ersten 2 Jahren, dann aber keine weitere Abnahme über den Zeitraum von weiteren zwei bzw. 5 Jahren festgestellt werden konnte.

5. Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit

Im Rahmen des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“ wurden am Beratungsstandort Bonn 251 Frauen (meist) im Anschluss nach einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation psychosozial beraten. In der vorliegenden Arbeit wurden bei 154 Studienteilnehmerinnen die Beratungsinhalte, die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung sowie der Einfluss auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch in Bezug zu soziodemographischen Daten sowie weiteren Aspekten wie Diagnose, Gestationsalter, bereits vorhandene Kinder, geplante Schwangerschaft, Bildungsstand und vorangegangenes Verlustereignis im Rahmen einer Schwangerschaft gestellt.

Anhand einer Gruppe von 47 Teilnehmerinnen wurde die psychische Belastung und Trauer in Bezug zu soziodemographischen Daten sowie den Aspekten Gestationsalter, bereits vorhandene Kinder, geplante Schwangerschaft, Bildungsstand und vorangegangenes Verlustereignis im Rahmen einer Schwangerschaft gestellt.

Die vorliegenden Ergebnisse konnten zeigen, dass insgesamt eine große Zufriedenheit bezüglich der psychosozialen Beratung bestand (90 %), die Beraterinnen die für die Teilnehmerinnen relevanten Themen ansprachen (92 %) und 83 % der Teilnehmerinnen die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch auch nach 2 Jahren nach Beratung in gleicher Weise treffen würden. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass die Beraterinnen in der Beratung die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen gut einschätzen und darauf eingehen konnten. Die weiteren Ergebnisse dieser Untersuchung konnten zeigen, dass unabhängig von in der Literatur beschriebenen „Risikofaktoren“ für eine starke psychische Belastung und einen komplizierten Trauerverlauf, geringere psychische Belastung und eine vergleichsweise weniger starke Ausprägung von Trauer (gemessen anhand der Perinatal Grief Scale von Toedter et al., 1988) über den Verlauf von 2 Jahren bestanden. So kann dieses Ergebnis auch hier so interpretiert werden, dass die Beraterinnen durch ihre Professionalität und Erfahrung gut auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen eingehen konnten und die psychosoziale Beratung als „Prävention“ für einen komplizierten Trauerverlauf und eine starke psychische Belastung, ggf. mit Übergang in eine posttraumatische Belastungsstörung, angesehen werden kann.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über die Modellprojekte und wissenschaftliche Begleitung.....	41
Abbildung 2: Verteilung der SSW bei Abbruch - Gesamtstichprobe (n = 251) und Katamnesegruppe (n = 47). Angaben in Prozent.	58
Abbildung 3: Entschiedenheit für einen Schwangerschaftsabbruch vor psychosozialer Beratung, Angabe der Patientin in Beratungsrückmeldung (n = 151, 3 keine Angaben)	68
Abbildung 4: Beeinflussung des Entschlusses für einen Schwangerschaftsabbruch durch die psychosoziale Beratung, Angabe der Patientin in Beratungsrückmeldung (n = 148, 6 keine Angaben).....	69
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der Beratung, Beratungsrückmeldung (n = 154).....	70
Abbildung 6: Verständnis seitens der Beraterin, Beratungsrückmeldung (n = 154)	70
Abbildung 7: Einschätzung der Beratung als hilfreich, Beratungsrückmeldung (n = 154)	71
Abbildung 8: Ansprechen wichtiger Themen, Beratungsrückmeldung (n = 153, 1 fehlend).....	71
Abbildung 9: Wie hilfreich war die Beratung (rückblickend)? Beratungsrückmeldung (n =154), Kat 1 (n = 113), Kat 2 (n = 93), Kat 3 (n = 83), Kat 4 (n = 71).....	72
Abbildung 10: Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosoz. Beratung, Kat 2 (n = 92)	72
Abbildung 11: Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosoz. Beratung, Kat 3 (n =83)	72
Abbildung 12: Gedankliche Beschäftigung mit Themen aus der psychosoz. Beratung, Kat 4 (n = 71).....	73
Abbildung 13: Empfehlung der Beratung (rückblickend) für andere Betroffene Beratungsrückmeldung (n = 116, n = 118, n =148); Kat1 (n =92, n = 90, n = 111); Kat2 (n = 87, n = 83, n = 89); Kat3 (n = 71, n = 72, n = 81); Kat4 (n = 63, n = 58, n = 67)	73
Abbildung 14: Stärke psychischer Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von SSW bei SSA (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46) dargestellt: t-Normwerte	88
Abbildung 15: Stärke psychischer Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46) dargestellt: t-Normwerte	89
Abbildung 16: Stärkere psychische Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter SS (n = 47, Kat3 und 4 n = 46) dargestellt: t- Normwerte.....	90
Abbildung 17: Stärkere psychische Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit von bereits vorhandener Kinder / keiner Kinder (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46).....	90
Abbildung 18: Stärkere psychische Belastung (Globaler Kennwert GSI) in Abhängigkeit vom Bildungsstand (n = 47, Kat 3 und 4 n = 46)	91
Abbildung 19: Trauerverlauf nach SSA über 2 Jahre (PGS-Gesamtwert und Subskalen) (n = 47).....	93
Abbildung 20: Verlauf des PGS-Gesamttrauerwertes in Abhängigkeit SSW bei SSA (n = 47).....	94
Abbildung 21: Verlauf des PGS-Gesamtwertes in Abhängigkeit von früheren Verlusterlebnissen (n = 47)	95
Abbildung 22 Verlauf des PGS-Gesamtwertes in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter SS (n = 47).....	96

Abbildung 23: Verlauf des PGS-Gesamttrauerwertes in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Kindern / keinen Kindern (n = 47).....	96
Abbildung 24: Verlauf des PGS-Gesamttrauerwertes in Abhängigkeit vom Bildungsstand (n = 47)	97

7. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Zeitpunkte pränataler Diagnostik	20
Tab. 2: Zeitpunkt und Methode des Schwangerschaftsabbruchs.....	23
Tab. 3: Durchgeführte Beratungen und Teilnehmerinnenzahl.....	48
Tab. 4: Größe der vorliegenden Stichprobe	48
Tab. 5: Altersverteilung (n = 251).....	49
Tab. 6: Familienstand (n = 250; 1 keine Angabe)	49
Tab. 7: Staatsangehörigkeit (n = 247; 4 keine Angaben)	50
Tab. 8: Glaubenszugehörigkeit (n = 224; 27 keine Angaben)	50
Tab. 9: Berufsabschluss (n = 224; 27 keine Angaben).....	50
Tab. 10: Altersgruppe der Katamnesegruppe (n = 47).....	51
Tab. 11: Lebensform der Katamnesegruppe (n = 47)	51
Tab. 12: Staatsangehörigkeit der Katamnesegruppe (n = 47).....	52
Tab. 13: Glaubenszugehörigkeit der Katamnesegruppe (n = 40; 7 keine Angaben).....	52
Tab. 14: Berufsabschluss der Katamnesegruppe (n = 43; 4 keine Angaben)	52
Tab. 15: Gynäkologischer Hintergrund - Gesamtstichprobe (n = 251) und Katamnesegruppe (n = 47)	56
Tab. 16: Schwangerschaft - Gesamtstichprobe (n = 238, 13 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 45, 2 keine Angaben).....	57
Tab. 17: Indikation für Pränataldiagnostik (Auswahl) - Gesamtstichprobe (n = 152, 2 keine Angaben*) und Katamnesegruppe (n = 47*).....	59
Tab. 18: Pränataldiagnostische Maßnahmen - Gesamtstichprobe (n = 250, 1 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 47).....	60
Tab. 19: Pränataldiagnostische Befunde - Gesamtstichprobe (n = 250, 1 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 47)	61
Tab. 20: Zeitpunkt der Psychosozialen Beratung - Gesamtstichprobe (n = 250, 1 keine Angaben) und Katamnesegruppe (n = 47).....	61
Tab. 21: Zusammenhang Alter der Patientin und SSW bei SSA (n = 251)	62
Tab. 22: Zusammenhang Bildungsstand und SSW bei SSA (n = 224, 27 fehlend).....	62
Tab. 23: Aktuelle Problematik zum Zeitpunkt des ersten Beratungsgesprächs, Angaben durch Beraterinnen (n = 251)	63
Tab. 24: Informationsstand der Patientin, Einschätzung durch Beraterinnen (n = 238 bzw. 235)	64
Tab. 25: Zustand der Patientinnen, Einschätzung durch Beraterinnen	64
Tab. 26: Psychische Belastung der Patientin, Einschätzung der Beraterin, n = 251	65
Tab. 27: Thematische Inhalte der Beratungsgespräche, Angaben durch Beraterinnen, (n = 250, 1 fehlend).....	67
Tab. 28: Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch einmal genauso treffen? Kat2 (n = 92, 1 fehlend), Kat4 (n = 71).....	69
Tab. 29: Non-parametrische Korrelation zwischen Beraterinnen- und Patientinnenangaben zur Zufriedenheit und Ergebnis der Beratung (n = 152, 2 fehlend)	74
Tab. 30: Zusammenhang zw. PND-Diagnose und Zufriedenheit mit der Beratung, (n = 150, 4 andere Diagnosen).....	76
Tab. 31: Zusammenhang zwischen SSW bei Beratung und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 154).....	77

Tab. 32: Zusammenhang zwischen frühem Verlust und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 154).....	77
Tab. 33: Zusammenhang zwischen Schwangerschaft geplant / ungeplant und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 147, 7 keine Angaben).....	78
Tab. 34: Zusammenhang zwischen Kinder vorhanden / keinen Kindern und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 154)	78
Tab. 35: Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Zufriedenheit mit der Beratung (n = 141, 13 keine Angaben, bzw. n =140, 14 keine Angaben).....	79
Tab. 36: Beratungsthemen in Abhängigkeit von der PND-Diagnose (n = 244, 5 andere Diagnosen, 1 fehlend)	80
Tab. 37: Beratungsthemen in Abhängigkeit von der PND-Diagnose, (n = 244, 5 andere Diagnosen, 1 fehlend).....	81
Tab. 38: Beratungsthemen in Abhängigkeit der SSW bei Beratung (n = 250, 1 fehlend)	82
Tab. 39: Beratungsthemen in Abhängigkeit von vorangegangenem Verlustereignis (n = 250, 1 fehlend)	82
Tab. 40: Beratungsthemen in Abhängigkeit von geplanter / ungeplanter Schwangerschaft (n = 238, 12 keine Angaben, 1 fehlend).....	83
Tab. 41: Non-parametrische Korrelation zw. Geplanter/ ungeplanter SS und Entschiedenheit für SSA (n = 144, 10 keine Angaben)	83
Tab. 42: Beratungsthemen in Abhängigkeit von vorhandenen Kindern / keinen Kindern (n = 251, 1 fehlend).....	84
Tab. 43: Non-parametrische Korrelation zw. Müttern / kinderlosen Frauen und Entschiedenheit für SSA (n = 151, 3 keine Angaben)	84
Tab. 44: Beratungsthemen in Abhängigkeit von hohem / niedrigem Bildungsstand (n = 224, 16 keine Angaben, 1 fehlend)	85
Tab. 45: Klinisch relevante psychische Belastung im Vergleich (n = 47, Kat 3 und Kat 4 n = 46).....	87
Tab. 46: Abnahme der psychischen Belastung (Globaler Kennwert GSI) über den gesamten Studienverlauf (n = 45, Kat 3, 1 fehlend, Kat 4, 1 fehlend)	87
Tab. 47: Entwicklung der Trauer in den ersten zwei Jahren nach SSA (PGS-Gesamtwert und Subskalen) (n = 47).....	93
Tab. 48: Abnahme der Trauer (PGS-Gesamtwert) über den gesamten Studienverlauf (n = 47).....	93
Tab. 49: Betrachtung einzelner Faktoren und Zusammenhang mit PGS-Subskala "aktive Trauer" (n = 47, z.T. fehlende Angaben) dargestellt: t-Normwerte ohne SD	99
Tab. 50: Betrachtungen einzelner Faktoren und Zusammenhang mit PGS-Subskala „schwierige Bewältigung“ (n = 47, z. T fehlende Angaben) dargestellt: t-Normwerte ohne SD	99
Tab. 51: Betrachtungen einzelner Faktoren und Zusammenhang mit PGS-Subskala „Verzweiflung“ (n = 47, z. T. fehlende Angaben) dargestellt: t-Normwerte ohne SD....	100

8. Literaturverzeichnis

- Akmanlar-Hirscher G, Maier B. Prophylaxe pathologischer Trauerverläufe nach Schwangerschaftsverlust im Setting einer Pränatalmedizinischen Abteilung. In: Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg.) Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie, 2001; 7: 208-213
- Akolekar R, Beta J, Picciarelli G, Ogilvie C, D'Antonio F. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 45: 16–26
- Asplin N, Wessel H, Marions L, Georgsson Öhman S. Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery* 2014; 30: 620-627
- Avelin P, Radestad I, Säflund K, Wredling R, Erlandsson K. Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery* 2013; 29: 668-673
- AWMF-Leitlinie, 2014: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2014-09.pdf (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Benute GRG, Nomura RMY, Liao AW, de Lourdes Brizot M, de Lucia MCS, Zugaib M. Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery* 2012; 28: 472-475
- Berg C, Gembruch U, Rohde A, Geipel A. Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, Fetozyd und zur Embryoreduktion: Anmerkungen zur derzeitigen Situation in Deutschland. *Geburtsh Frauenheilk* 2008; 68: 524-527
- Bestattungsgesetz, 2003: BestG NRW vom 17. Juni 2003. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=5320141007092133713 (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Beutel M. Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod. Hogrefe-Verlag, 2002
- Beutel M, Willner H, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40/3: 245-253

- Beutel M. Verarbeitung von Spontanabort und Totgeburt in der Partnerschaft. *Psychotherapeut* 1995; 40: 291-297
- Beutel M, Deckardt R, Schaudig K, Franke S, Zauner R. Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort – Eine Studie über systematische Erfassung und Einflussfaktoren. *PPmP Psychother Psychosom Med Psychol* 1992; 42: 158-166
- Bijma HH, van der Heide A, Wildschut HIJ. Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *Reproductive Health Matters* 2008; 16 (31 Supplement): 82-89
- Braun A. Der Wunsch nach dem perfekten Kind. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103/40: 2264-2266
- Broen AN, Moum T, Sejersted Bødtker A, Ekeberg Ö. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006; 85: 317-323
- Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *J Womens health* 2008; 17/3: 451-464
- Brier N. Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* 2004; 31/2: 138-142
- Buchegger P. Behandlung von Paaren nach Abruption bei Pränataldiagnostik. *Schweiz Med Wochenschr* 1997; 12: 69-72
- Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research* 2009; 43: 770-776
- Davies V, Gledhill J, McFadyen A, Whitlow B, Economides D. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25: 389-392
- Deckardt R, Beutel M, Schaudig K. Psychische Langzeitfolgen nach Spontanabort: Helfen medizinische Betreuung, neuerliche Schwangerschaft und Entbindung wirklich bei der Trauerverarbeitung? *Geburtsh u Frauenheilk* 1994; 54: 347-354

- Dellaire L, Lortie G, Des Rochers M, Clermont R, Vachon C. Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. *Prenatal Diagnosis* 1995; 15/3: 249-259
- Dewald A, Cierpka M. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. *Psychotherapeut* 2001; 46/2: 154-158
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), 2004: Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Schwangerschaftskonfliktgesetz/pranatal_diagnostik_pot_abbruch.pdf (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Dorn A. Posttraumatische Belastungsstörung nach traumatisch erlebter Entbindung. Shaker-Verlag, 2003
- Edwards A, Nazroo J, Brown G. Gender differences in marital support following a shared life event. *Social Science and Medicine* 1998; 46/8: 1077-1085
- Elder SH, Laurence KM. The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis* 1991; 11: 47-54
- Fisch S, Bäß E, Arolt V, Kersting A. Trauer von Müttern nach dem pränatalen oder perinatalen Verlust ihres Kindes. *Psychodynamische Psychotherapie* 2003; 2: 69-78
- Foster DG, Steinberg JR, Roberts SCM, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychological Medicine* 2015; 45: 2073–2082
- Franche RL. Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97/4: 597-602
- Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG). § 2a Abs. 1 Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen. http://www.gesetze-iminternet.de/beratung_sg/_2a.html (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Gloger-Tippelt G. Schwangerschaft und erste Geburt. Kohlhammer-Verlag, 1988
- Haag P, Hanhart N, Müller M. Gynäkologie und Urologie für Studium und Praxis – 2012/2013. Medizinische Verlags- und Informationsdienste, 2012

- Hoffmann SO, Hochapfel FR. Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Schattauer Verlag, 2009
- Hull D, Davies G, Armour CM. Survey of the definition of fetal viability and the availability, indications, and decision making processes for post-viability termination of pregnancy for fetal abnormalities and health conditions in Canada. *J Genet Counsel* 2015; published online DOI 10.1007/s10897-015-9907-8
- Hunfeld J, Wladimiroff J, Passchier J. The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling* 1997; 31/1: 57-64
- Kainer F. Pränataldiagnostik: Verantwortliche ärztliche Tätigkeit im Grenzbereich. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99/39: 2174-2179
- Kast V. Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz Verlag, 2013
- Kantenich H, Vetter K, Diedrich K. 2009: Schwangerschaftskonfliktgesetz. Was ändert sich für Frauen, Frauenärztinnen und Frauenärzte beim Abbruch aus medizinischer Indikation? Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. www.dggg.de/downloads/?eID=dam_frontend_push&docID=776 (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Kersting A, Roestel C, Kroker K. Die Verarbeitung von Trauer nach einer Totgeburt. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2008; 2: 69-73
- Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Arolt V. Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2005; 26/1: 9-14
- Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbusch W, Lanczik M, Arolt V. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 163-169
- Kersting A. Zur psychischen Belastung von Müttern perinatal verstorbener Kinder: Trauma oder Trauer. In: Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie* 2001; 4: 117-123
- Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V. und Berufsverband Medizinische Genetik e.V., 1995: Stel-

lungnahme zur Neufassung des § 218a StGB. <http://www.medge-netik.de/sonderdruck/1995-360.PDF> (Zugriffsdatum: 27.11.2015)

- Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, van den Bout J, et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201: 160.e1-160.e7
- Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Visser GHA. Maternal decision to terminate pregnancy after a diagnosis of Down syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 149.e1-149.e11
- Korenromp MJ, Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser GHA. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenat Diagn* 2005; 25: 253-260
- Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser GHA. Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners. *Prenat Diagn* 2005; 25: 1226-1233
- Kowalcek I, Huber G, Gembruch U. Beratung der Schwangeren und ihres Partners vor der Pränataldiagnostik. *Gynäkol Prax* 2003; 27: 321-329
- Langer M. Zur Betreuung von Paaren nach pränataler Diagnose fetaler Missbildungen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1987; 47: 186 – 189
- Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Amer J Orthopsychiat* 1991; 61/4: 510-522
- Lauzon P, Roger-Achim D, Achim D, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician* 2000; 46: 2033-2040
- Leithnen K, Maar A, Maritsch F. Experiences with a psychological help service for women following a prenatal diagnosis: results of a follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002; 23: 183-192
- Leon IG. Helping families cope with perinatal loss. In: Sciarra JJ, et al. (eds): *Gynecology and Obstetrics CD-Rom* 2004; 6/81:1-32 <http://www.glowm.com/resources/glowm/cd/pages/contents.html> (Zugriffsdatum: 27.11.2015)

- Lorenzen J, Holzgreve W. Hilfestellung bei der Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs wegen kindlicher Störungen. In: Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg.) Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie 2001; 7: 202-207
- Lothrop H. Gute Hoffnung – jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verlust in der frühen Lebenszeit. Kösel Verlag, 2005
- McGreal D, Evans BJ, Burrows GD. Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: a pilot study. Stress Medicine 1997; 13: 159-165
- Mertens C. Der Informiertheitsgrad schwangerer Frauen im Vorfeld von Pränataldiagnostik am Beispiel des Bonner Modellprojektes Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik, 2009
- Murray JA, Terry DJ. Parental reactions to infant death: the effects of resources and coping strategies. Journal of Social and Clinical Psychology 1999; 18/3: 341-369
- Muth C, Exler U, Miny P, Holzgreve W. Die psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus genetischer Indikation im zweiten Trimenon. Z Geburtsh u Perinat 1989; 193: 96-99
- Petersen P. Seelische Veränderungen nach Schwangerschaftsabbruch. Münch med Wschr 1981; 123/27: 1105-1108
- Powledge TM, Fletcher J. Guidelines for the ethical, social and legal issues in prenatal diagnosis. The New England Journal of Medicine 1979; 300/4: 168-172
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 266 Aufl. De Gruyter-Verlag, 2015
- Queißer-Luft A. Epidemiologie von Fehlbildungen. Der Gynäkologe 2005; 38/1: 8-15
- Rath W, Gembruch U, Schmidt S. Geburtshilfe und Perinatalmedizin: Pränataldiagnostik – Erkrankungen – Entbindung. Thieme-Verlag, 2010
- Rauchfuß M. Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 2001, 50: 704-722
- Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, 2015. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung „Mutterschafts-Richtlinien“ zuletzt

geändert am 19.02.2015, in Kraft getreten am 05.05.2015. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1080/Mu-RL_2015-08-20_iK-2015-11-10.pdf (Zugriffsdatum: 27.11.2015)

- Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. Deutsches Ärzteblatt 1998; 95/50: A-3236–3242
- Rohde A, Dorn A. Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie – Das Lehrbuch. Schattauer-Verlag, 2007
- Rohde A, Gembruch U, Kozlowski P, Kuhn U, Woopen C. Wissenschaftliche Evaluation belegt Wirksamkeit der psychosozialen Beratung. Frauenarzt 2007, 48/9: 2-6
- Rohde A, Woopen C. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen. Köln: Ärzteverlag, 2007
- Rohde A. Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere Probleme: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld. Kohlhammer Verlag, 2004
- Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg.). Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie, 2001
- Salvesen KÅ, Schmidt LØN, Malt UF, Eik-Nes SH. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 1997; 9: 80-85
- Scheidt CE, Waller N, Wangler J, Hasenburg A, Kersting A. Mourning after perinatal death. Prevalence symptoms and treatment. A review of the literature. Psychother Psychosom Med Psychol 2007; 57: 4-11
- Schell W. Das deutsche Gesundheitswesen von A-Z: ein Nachschlagewerk für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und interessierte Laien. Thieme, 1995
- Schütt K, Kersting A, Ohrmann P, Reutemann M, Wesselmann U, Arolt V. Schwangerschaftsabbruch aus fetaler Indikation – Ein traumatisches Ereignis? Zentralblatt für Gynäkologie 2001; 123: 37-41

- Seecharan GA, Andresen EM, Norris K, Toce SS. Parent's assessment of quality of care and grief following a child's death. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 515-520
- Spranger J, Benirschke K, Hall JG, Lenz W, Lowry RB, Opitz JM, Pinsky L, Schwarzacher HG, Smith DW: Errors in morphogenesis: Concepts and terms. *J Pediatr* 1982; 100: 160–65
- Statistisches Bundesamt. 2015: Schwangerschaftsabbrüche. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche.html> (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and Mental Health. Findings from the national comorbidity survey-replication. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 263–270
- Steinberg JR, Trussell J, Hall KS, Guthrie K. Fatal flaws in a recent meta-analysis on abortion and mental health. *Contraception* 2012; 86: 430-437
- Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine* 2011; 72: 72-82
- Strafgesetzbuch (StGB). § 218 Schwangerschaftsabbruch. http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___218.html (Zugriffsdatum: 27.11.2015)
- Swanson KM, Karmali ZA, Powell SH, Pulvermaker F. Miscarriage effects on couple's interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 902-910
- Toedter LJ, Lasker JN, Janssen HJEM. International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies* 2001; 25: 2005-228
- Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The perinatal grief scale: development and initial validation. *Amer J Orthopsychiat* 1988; 58/3: 435-449
- Vilmar K, Bachmann KD. Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. *Deutsches Ärzteblatt* 1998; 95/47: A-3013-3016
- Wassermann K, Woopen C, Rohde A. Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung. *Der Gynäkologe* 2010; 43/2: 179-186

- Wernstedt T, Beckmann MW, Schild RL. Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen. *Geburtsh Frauenheilk* 2005; 65: 761-766
- White-van Mourik MCA, Connor JM, Ferguson-Smith MA. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis* 1992; 12: 189-204
- Wolff F. Grenzen des Lebens. *Der Gynäkologe* 2007; 40/2: 78-84
- Wollenschein M, Gustke M, Woopen C, Rohde A. Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem PND-Befund – Alles vergessen und ein neuer Anfang? *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 2007; 56: 741-757
- Woopen C, Rummer A. Kooperation zwischen Ärzten, Beratungsstellen und Verbänden. *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107/3: 58-60
- Woopen C. Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 2001; 50: 695-703
- Wulf KH. Frühgeburt und Grenzen. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 94/31-32: 2061-2063
- Zeanah CH, Dailey JV, Rosenblatt MJ, Saller DN. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 270-275
- Zeanah CH. Adaptation following perinatal loss: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28/3: 467-480

9. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Professor Dr. med. Anke Rohde, Leiterin der Gynäkologischen Psychosomatik an der Universitätsfrauenklinik in Bonn, für die Möglichkeit, diese Arbeit unter ihrer Leitung durchzuführen, für die Bereitstellung des Themas, für ihre Unterstützung und ihr Engagement, für ihre Geduld und Zuversicht und die Freude, die sie für das wissenschaftliche Arbeiten vermittelt hat. Auch möchte ich mich bei allen Mitarbeitern der Gynäkologischen Psychosomatik für die gute Arbeitsatmosphäre, viele bereichernde Anmerkungen und die stete Hilfsbereitschaft, vor allem bei technischen Fragen, bedanken.

Insbesondere möchte ich mich bei den Studienteilnehmerinnen und Beraterinnen, ohne die das Modelprojekt und somit auch diese Dissertation nicht zustande gekommen wären, bedanken. Die Teilnehmerinnen haben uns durch die Beantwortung der Fragebögen in einer für sie schwierigen Zeit wertvolle Einblicke gewährt.

Bei meiner Mutter, der diese Arbeit gewidmet ist, meinem Vater, meiner Schwester Katrin und Anke Lipinsky bedanke ich mich für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung während meines Studiums und darüber hinaus. Ohne sie wäre das Gelingen dieser Arbeit nicht möglich gewesen.