



Ines Fuchs

# Früher Kindsverlust und Folgeschwangerschaft

Psychotherapie und  
psychologische Begleitung

Mit  
Online-  
Materialien

** reinhardt**

Ines Fuchs

# **Früher Kindsverlust und Folgeschwangerschaft**

Psychotherapie und psychologische Begleitung

Mit Informationsblättern, Checklisten und Anleitungen für Therapie und Beratung

Ernst Reinhardt Verlag München

Dipl.-Psych. *Ines Fuchs* ist als psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in einer Akutklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Bad Säckingen tätig. Ihr erstes Kind starb kurz nach der Geburt.

#### Hinweis

Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften

#### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.  
ISBN 978-3-497-03015-6 (Print)  
ISBN 978-3-497-61470-7 (PDF-E-Book)  
ISBN 978-3-497-61471-4 (EPUB)

© 2021 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Covermotiv: © elen31 – stock.adobe.com

Satz: JÖRG KALIES – Satz, Layout, Grafik & Druck, Unterumbach

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand</b> .....	<b>11</b>
1.1 Definitionen .....	11
Fehlgeburt .....	11
Auffällige Pränataldiagnostik .....	12
Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation .....	14
Totgeburt, stille Geburt und perinataler Kindstod .....	16
1.2 Psychosoziale Folgen von frühem Kindsverlust .....	17
Psychische Merkmale von Folgeschwangeren .....	20
Körperliche Merkmale von Folgeschwangeren .....	21
Belastete Schwangerschaften .....	21
1.3 Therapieansätze .....	23
Allgemeine Trauerinterventionen .....	23
Psychotherapie nach Schwangerschaftsverlust .....	25
<b>2 Kindsverlust und Folgeschwangerschaft im Zeitverlauf</b> .....	<b>28</b>
2.1 Phase des Schocks .....	28
2.2 Aufbrechen der Emotionen .....	31
2.3 Desorientierung und Suche .....	33
2.4 Neuer Selbst- und Weltbezug .....	35
2.5 Der Wunsch nach einem weiteren Baby .....	36
2.6 Das erste Trimester .....	38
2.7 Das zweite Trimester .....	40
2.8 Das dritte Trimester .....	43
2.9 Das Folgekind ist da .....	44
2.10 Rückblick .....	46

<b>3</b>	<b>Anamnese und Diagnostik</b> .....	<b>48</b>
3.1	Trauer und anhaltende Trauerstörung .....	50
	Trauer .....	50
	Anhaltende Trauerstörung .....	51
3.2	Depression .....	55
3.3	Posttraumatische Belastungsstörung .....	57
3.4	Angststörungen .....	58
3.5	Zwangsstörungen .....	59
<b>4</b>	<b>Typische Problemfelder und Behandlungsstrategien</b> .....	<b>60</b>
4.1	Trauer .....	60
4.2	Ängste .....	66
	Verhaltensanalyse als Basis der Interventionen .....	66
	Validierende Kommunikation .....	72
	Kontakt zum Folgekind .....	73
	Achtsamkeit und Imagination .....	74
	Emotionsregulation .....	77
	Ressourcenorientierung .....	79
	Körperorientierte Therapieansätze .....	79
4.3	Schuldgefühle und Kontrollüberzeugungen .....	81
4.4	Neid .....	86
4.5	Das soziale Umfeld .....	88
	Die Partnerschaft .....	88
	Lebende Geschwisterkinder .....	91
	Freunde und Familie .....	94
	Arbeitsstelle .....	96
4.6	Stationäre Behandlung und Medikamente .....	99
4.7	Weitere Unterstützung in der Folgeschwangerschaft .....	101
	Die Gynäkologin .....	101
	Die Hebamme .....	102
	Selbsthilfegruppen .....	104
	Heimmonitoring .....	105
4.8	Ablauf der Folgeschwangerschaft .....	107
	Kommunikation mit dem medizinischen Personal .....	107
	Umgang mit Komplikationen .....	109
	Planung der Geburt .....	110

<b>5</b>	<b>Abschließende Gedanken</b> .....	<b>114</b>
	<b>Materialien für Therapie und Beratung</b> .....	<b>116</b>
	Übersicht .....	116
	Materialien zum gemeinsamen Erarbeiten mit der Patientin. ....	117
	Trauerskala .....	117
	Imaginationsübung zur Kontaktaufnahme zum verstorbenen und zum ungeborenen Kind. ....	118
	Imagination der Geburt .....	119
	Emotional Relief Exercise (ERE) .....	120
	Körperorientierte Therapieansätze .....	124
	Tetralemma als Hilfe zur Entscheidung über den Geburtsmodus ...	125
	Skillsliste bei Ängsten und Anspannung in der Folgeschwangerschaft .....	126
	Materialien für die Patientin .....	127
	Sag nicht, sag lieber: Tipps für Angehörige und Freunde im Umgang mit Sternenerltern .....	127
	10 Affirmationen für die Folgeschwangerschaft .....	131
	Checkliste für die Arztsuche .....	132
	Leitfragen zur Planung der Geburt. ....	133
	Internetadressen .....	135
	Literaturliste für früh verwaiste Eltern .....	138
	Materialien für die Therapeutin. ....	140
	Fragen zur therapeutischen Selbstreflexion. ....	140
	<b>Literatur</b> .....	<b>142</b>
	<b>Sachregister</b> .....	<b>148</b>

Das Online-Material zum Buch können Sie auf der Homepage des Ernst Reinhardt Verlags unter <https://www.reinhardt-verlag.de> herunterladen. Auf der Homepage geben Sie den Buchtitel oder die ISBN in der Suchleiste ein. Auf der Internetseite zum Buch finden Sie das passwortgeschützte Online-Material unter den Produktanhängen. Das Passwort zum Öffnen der Dateien finden Sie im Buch auf Seite 116.

# Vorwort

In Deutschland wurden 2019 mehr als 3.000 Kinder tot geboren, etwa 1.700 weitere starben im ersten Lebensmonat (Statistisches Bundesamt 2020). Hinzu kommt eine unbekannte Anzahl früher Fehlgeburten.

Die Belastung der betroffenen Eltern, die einen gewichtigen Teil ihrer geplanten Zukunft verlieren, ist enorm und erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung psychischer Störungen. Dies zu thematisieren fällt schwer. Denn der Tod an sich und besonders der Tod von Kindern wird nach wie vor tabuisiert. In einer als immer kontrollierbarer erlebten Welt werden Zeugung, Schwangerschaft und Geburt – fehleranfällige Prozesse, die ein Wunder bleiben – oft gut geplant und durchorganisiert. Ein „Scheitern“ stellt einen starken Stressor dar. Dass Kinder auch in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder im Säuglingsalter sterben können, wird in der Gesellschaft und im medizinischen System meist ausgespart. Tritt dieser Fall dann ein, sehen sich betroffene Eltern zum Teil mit verständnisvoller Unterstützung, zum Teil aber auch mit überforderten und unsensiblen Reaktionen konfrontiert.

Mittlerweile existieren eine Anzahl von Ratgebern für Betroffene sowie Empfehlungen für Kliniken, Seelsorger und Bestatter, die in überwiegender Mehrheit durch betroffene Eltern initiiert wurden. Allerdings beschränken sich die Empfehlungen für Fachleute v.a. auf die Zeit vor, während und kurz nach dem Kindsverlust (z. B. Möglichkeiten, das Kind anzusehen und zu fotografieren, Trauerrituale, Gestaltung der Bestattung), ohne auf die längerfristige psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung bei Komplikationen in der seelischen Gesundheit und insbesondere bei einer erneuten Schwangerschaft („Folgeschwangerschaft“) einzugehen. Als psychologische Psychotherapeutin und betroffene Mutter sehe ich hier angesichts der Häufigkeit und der Auswirkungen eines solchen Verlustes großen Bedarf.

Dieses Buch richtet sich an Fachpersonen, die betroffene Frauen (und deren Partner) nach dem Verlusterlebnis oder in der Folgeschwangerschaft betreuen, insbesondere psychologische und ärztliche PsychotherapeutInnen sowie Angehörige anderer psychosozialer Berufe. Auch interessierte GynäkologInnen, Hausärzte und Hausärztinnen sowie Hebammen können hier wertvolle Anregungen erhalten.

Die betroffenen Paare sind vulnerabler für die Entwicklung psychischer Störungen (u. a. Depression, Anpassungsstörung, Angststörung, Zwangsstörung, PTBS) und können prinzipiell störungsspezifisch behandelt werden. Jedoch gibt

es eine Vielzahl an für diese Lebenssituation sehr spezifischen Komplikationen, die in diesem Buch näher ausgeführt werden, z. B.:

- unterdrückte Trauerreaktion – kann durch ungünstige Reaktionen des Umfelds unterstützt werden, etwa Tabuisierung des Geschehens, „Trösten“ der Eltern oder Kleinreden der elterlichen Trauer
- persistierende Vorwürfe und Schuldgefühle
- Neid auf Schwangere und junge Eltern
- Partnerschaftskonflikte durch unterschiedliche Arten zu trauern
- im Falle einer erneuten Schwangerschaft: Herausögerung der emotionalen Bindung an den Fötus oder das Neugeborene aus Selbstschutz für den Fall eines erneuten, als subjektiv wahrscheinlich erlebten Verlustes
- Verlust des Vertrauens in einen günstigen Schwangerschaftsverlauf
- exzessive Inanspruchnahme ärztlicher apparativer Diagnostik, der meist nur eine kurze Beruhigung folgt
- Unsicherheit, wie eigene Ängste und Bedürfnisse dem medizinischen Fachpersonal gegenüber angemessen kommuniziert werden können
- verzögert auftretende Trauerreaktion in der Folgeschwangerschaft oder nach der Geburt des Folgekindes erschwert die Bindung zum Kind und löst wiederum Schuldgefühle aus
- ausgeprägte Ängste um die Gesundheit des Neugeborenen mit entsprechendem Kontrollbedürfnis und Überbehütung
- unbewältigter Verlust kann langfristig die Morbidität der gesamten Familie beeinflussen

Das vorliegende Buch thematisiert diese spezifischen Problembereiche und unterbreitet Vorschläge zur Intervention. Die bislang eher rar gesäten Studien zur Behandlung von Eltern nach einem frühen Kindsverlust werden zusammengefasst und daraus Behandlungsgrundsätze abgeleitet, die wiederum als Basis für die hier vorgeschlagenen Interventionen dienen. Zusätzlich werden weitere Behandlungsbausteine für die spezifischen Problembereiche früh verwaister Eltern beschrieben. Diese Behandlungsbausteine basieren zum Großteil auf anerkanntem Wissen aus der kognitiven Verhaltenstherapie zu den Themen Trauer, Depression, Angst und Trauma. Die Bausteine wurden durch persönliche und berufliche Erfahrungen und durch fachlichen Austausch mit anderen PsychotherapeutInnen auf den Bereich Kindsverlust adaptiert. Zusätzlich werden interpersonelle Aspekte (u. a. partnerschaftliche Herausforderungen und die Kommunikation mit lebenden Geschwisterkindern) thematisiert. Des Weiteren werden für eine Folgeschwangerschaft nach einem frühen Kinds-

verlust typische Schwierigkeiten benannt und Strategien und spezifische Unterstützungsmöglichkeiten beschrieben.

Es handelt sich hierbei um erste Ansätze zur Begleitung betroffener Familien, für die bisher größtenteils keine Evaluation stattfand. Dies gilt insbesondere für das in der Literatur besonders vernachlässigte Thema der Folgeschwangerschaft und die bevorstehende Geburt eines Regenbogenbabys (dem Folgekind nach Verlust). Die Entwicklung weiterer Maßnahmen und die empirische Evaluierung dieser stellt ein noch sehr offenes und sinnhaftes Forschungsthema dar, das hoffentlich künftig noch mehr Beachtung finden wird.

Um Ihnen einen besseren Einblick in die Lebens- und Gefühlswelt der Betroffenen zu geben, werden zahlreiche Aspekte durch Zitate verdeutlicht. Diese entstammen dem persönlichen und fachlichen Umfeld der Autorin sowie Darstellungen in entsprechenden Internetforen zum Thema. Die Zitate sind so verfremdet, dass kein Rückschluss auf die betreffenden Personen möglich ist.

Da es nach dem frühen Verlust des Kindes und im Rahmen der Folgeschwangerschaft meist die Mütter sind, die fachliche Unterstützung in Anspruch nehmen, ist im Buch meistens von Patientinnen und Klientinnen die Rede. Die Anregungen können aber ebenfalls für die Partner der verwaisten Mütter adaptiert werden. Wenn Paarbeziehungen thematisiert werden, wird aus Gründen der Lesbarkeit von heterosexuellen Partnerschaften ausgegangen. Homosexuelle Paare sind natürlich genauso miteingeschlossen. Bei der Nennung der BehandlerInnen wird aus Gründen der Lesbarkeit größtenteils die weibliche Form verwendet. Auch hier sind männliche Behandler miteingeschlossen.

# 1 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand

## 1.1 Definitionen

### Fehlgeburt

#### DEFINITION

Eine Fehlgeburt oder ein Abort ist ein ungewollter Schwangerschaftsverlust, bei dem das Gewicht des Embryos nicht mehr als 500g beträgt. Dies entspricht meist einem Gestationsalter (Schwangerschaftsdauer) von bis zu 22 Schwangerschaftswochen. Eine Fehlgeburt bis zur 14. vollendeten Schwangerschaftswoche wird in der Regel als Frühabort, eine Fehlgeburt nach der 14. Woche als Spätabort bezeichnet. Bei mindestens zwei aufeinander folgenden Fehlgeburten handelt sich um rezidivierende bzw. rekurrente Aborte, ab drei aufeinander folgenden Fehlgeburten um habituelle Aborte. Wenn der Embryo nicht von alleine abgeht, muss eine Kürettage (Ausschabung) durchgeführt werden. Bei späten Fehlgeburten ist, abhängig von der Größe des Fötus, eine Geburtseinleitung nötig (Bergner 2012).

*Epidemiologie:* Zwischen 10 und 25% aller klinisch nachgewiesenen Schwangerschaften enden in einer Fehlgeburt (Bergner 2012). Frühaborte bis zur 12. Schwangerschaftswoche sind mit einer Prävalenz von 80% aller Fehlgeburten deutlich häufiger als Spätaborte. Rezidivierende Aborte (3% aller Schwangerschaften) und drei aufeinanderfolgende Aborte (0,4 – 1,0%) sind weitaus seltener anzutreffen. Sehr frühe Spontanaborte sind sehr häufig und werden oft nicht bemerkt, wenn nicht frühzeitig ein Schwangerschaftstest durchgeführt wird (Bergner 2012).

*Ätiologie und Pathogenese:* Während Frühaborte häufig chromosomale, endokrine oder immunologische Ursachen haben, sind bei Spätaborten häufiger uterine oder zervikale Ursachen (z.B. uterine Fehlbildungen und Zervixinsuf-

fizienz) festzustellen. Im Einzelfall bleiben die Ursachen von rezidivierenden und habituellen Aborten nach wie vor noch ungeklärt. Das Abortrisiko steigt mit zunehmendem mütterlichen Alter. Psychosoziale Ursachen wie belastende Lebensereignisse und geringe Partnerschaftsqualität werden als Risikofaktoren diskutiert (Bergner 2012).

*Prognose:* Das Risiko, nach einem einzelnen Spontanabort einen folgenden Fötus erneut zu verlieren (12–20%), ist ähnlich hoch wie das Abortrisiko bei einer Erstschwangerschaft. Nach zwei oder mehr aufeinanderfolgenden Aborten werden Spontanabortraten zwischen 20 und 35% berichtet, nach 3 aufeinanderfolgenden Aborten 36–47% und nach 4 erlittenen Fehlgeburten wird das Abortrisiko auf ca. 54% geschätzt (Bergner 2012).

*Psychosomatische Aspekte:* Die Trauerreaktionen nach Fehlgeburten variieren stark hinsichtlich ihrer Ausprägung. Folgende Symptome können u. a. bei betroffenen Frauen beobachtet werden und klingen in der Regel innerhalb eines Jahres ab: Hilflosigkeit, Grübeleien, Selbstvorwürfe, Zweifel an der Zeugungsfähigkeit und Erschöpfungszustände. Etwa ein Fünftel aller betroffenen Frauen entwickelt nach der Fehlgeburt eine pathologische Trauerreaktion. Die Auftretenshäufigkeit für klinisch bedeutsame depressive Symptome nach Fehlgeburten liegt zwischen 10 und 33%. Klinisch bedeutsame Angstsymptome treten mit einer Häufigkeit zwischen 21 und 43% auf. Bereits bei Schwangeren mit Fehlgeburtsgeschichte im ersten Schwangerschaftsdrittel (Trimenon) sind deutlich stärker ausgeprägte schwangerschaftsbezogene Ängste zu beobachten (Bergner 2012).

## Auffällige Pränataldiagnostik

### DEFINITION

Die Pränataldiagnostik ist die Untersuchung eines Embryos im Mutterleib, um morphologische, strukturelle, funktionelle, chromosomale oder molekulare embryonale Fehlbildungen zu diagnostizieren (Kowalcek 2012a). Es gibt Untersuchungen, die für den Embryo nicht invasiv sind, etwa das Ersttrimesterscreening – hier wird u. a. unter Einbezug des mütterlichen Alters, diverser sonografischer Messwerte und einer mütterlichen Blutuntersuchung das Risiko für Trisomie 13, 18 und 21 geschätzt (Eiben et al. 2011) – oder die Feindiagnostik – eine ausführliche Ultraschalluntersuchung, die

auf Wunsch der Eltern zwischen der 19. und 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann. Zudem gibt es Methoden, die für den Embryo invasiv sind, etwa Chorionzottenbiopsie (Plazentapunktion), Amniozentese (Fruchtblasenpunktion) oder Chordozentese (Nabelschnurpunktion). Invasive Methoden können eine Fehlgeburt auslösen (Kowalcek 2012a). Bei einer Plazentapunktion betrifft dies etwa 0,5–2% der Frauen, bei einer Fruchtblasenpunktion etwa 0,5% und bei einer Nabelschnurpunktion etwa 1–3% (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2020a).

*Epidemiologie:* Mit schwerwiegenden kongenitalen (aufgrund einer Erbanlage vorhandenen) Defekten muss bei 3–5% der Geburten gerechnet werden. Einer Schwangeren mit einem spezifisch erhöhten Risiko, ein schwer erkranktes oder behindertes Kind zu bekommen, wird eine weiterführende pränatale Diagnostik empfohlen. Mögliche Indikationen hierfür können sein: mütterliches Alter über 35 Jahre, erhöhtes familiäres genetisches Risiko, Diabetes mellitus und/oder eine vorausgegangene Schwangerschaft mit einem Entwicklungsdefekt). Mittlerweile lässt die Mehrheit der Schwangeren außer den drei vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen weitergehende pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen (Kowalcek 2012a).

*Rechtliche Aspekte:* Jede Pränataldiagnostik erfordert laut dem Gendiagnostikgesetz vor der Durchführung eine Beratung inklusive Aufklärung über das „Recht auf Nichtwissen“.

Die Ärztin, die einen auffälligen Befund mitteilt, hat unter anderem folgende Pflichten: verständliche Mitteilung des Befundes und ergebnisoffene Aufklärung über medizinische und psychosoziale Aspekte, Hinzuziehen von Kollegen mit Erfahrung mit der Betreuung von Kindern mit der diagnostizierten Gesundheitsschädigung, Aushändigung des Informationsmaterials der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hinweis auf den Anspruch auf psychosoziale Beratung sowie Vermittlung einer Beratung und Kontakt zu Selbsthilfegruppen nach Einverständnis der Schwangeren (Kowalcek 2012a). Zum Stand 2020 werden von den deutschen gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für drei Basis-Ultraschalluntersuchungen sowie die daraufhin ggf. nötige Abklärung dort entdeckter Auffälligkeiten übernommen. Weitergehende Diagnostik muss die Patientin in der Regel selbst tragen, wenn keine medizinische Begründung vorliegt.

## Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation

### DEFINITION

Der Abbruch der Schwangerschaft nach medizinischer Indikation ist nicht rechtswidrig, wenn die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Mutter besteht (dies kann auch bei einer Behinderung des Kindes der Fall sein). Wenn diagnostiziert wird, dass ein Baby nach der Geburt aufgrund einer Krankheit oder Entwicklungsstörung ohne externe Maßnahmen nicht überlebensfähig wäre, ist ein Abort ebenfalls straffrei. Bis zu einem Schwangerschaftsalter von 12–14 Wochen kann ein instrumenteller Abbruch (Ausräumung des Uterus unter Narkose) durchgeführt werden. Ab dem zweiten Trimenon werden medikamentös Wehen eingeleitet. In manchen Fällen geht dem ein Fetozid (Tötung des Fötus) durch eine Natriumchloridinjektion ins fetale Herz voran. Die Komplikationsrate nach einer Abortinduktion ist vergleichbar mit der normaler Geburten (Kersting 2012).

*Epidemiologie:* 2019 wurden beim statistischen Bundesamt 100.893 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. 3.875 (3,8%) davon erfolgten aufgrund medizinischer Indikation (Statistisches Bundesamt 2020). Verschiedene Medien berichten, dass z. B. nach der Diagnose Trisomie 21 schätzungsweise 9 von 10 Schwangeren eine Abtreibung vornehmen lassen (ÄrzteZeitung 2017, Stein 2015), belastbare Zahlen gibt es hierzu jedoch nicht.

*Rechtliche Aspekte:* Schwangerschaftsabbrüche sind nach Paragraf § 218 Strafgesetzbuch (StGB) grundsätzlich rechtswidrig, bleiben aber unter bestimmten Bedingungen straffrei, z. B. im Falle einer medizinischen oder auch kriminologischen Indikation (z. B. nach sexuellem Missbrauch). Ebenso straffrei sind Abbrüche einer Schwangerschaft in den ersten 12 Wochen nach Empfängnis, die unter die so genannte Beratungsregelung fallen (Ausstellung eines Beratungsscheins durch Schwangerenkonfliktberatung und weitere Voraussetzungen) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2020b). Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation ist über die gesamte Schwangerschaft hinweg straffrei möglich. Ein Abbruch darf nicht von der Ärztin vorgenommen werden, die die Indikation gestellt hat (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2020b). Ein Abbruch darf nicht vor Ablauf einer Bedenkzeit von drei Tagen nach Mitteilung der Diagnose bzw. der verpflichtenden Beratung zu medizinischen und psychischen Aspekten erfol-

gen (Kersting 2012). Ab einem Gewicht des Fötus von 500g oder einem Abbruch ab der 24. Schwangerschaftswoche kommt das Mutterschutzgesetz zur Anwendung (regelt u. a. Schutzfristen und Zahlung von Mutterschaftsgeld nach der Entbindung). Sind diese Grenzwerte nicht erreicht, wird die Patientin in der Regel krankgeschrieben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020).

*Psychische Aspekte:* Wird, für das Paar meist erwartungswidrig, ein positiver Befund bei der Pränataldiagnostik aufgezeigt, kann es unmittelbar zu Reaktionen wie Angst, Stress, Verzweiflung und Verleugnung kommen. Die Denk-, Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit kann dadurch herabgesetzt sein, was bei der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch berücksichtigt werden muss. Die Mehrzahl der Frauen empfindet eine Ambivalenz: Einerseits wollen die Frauen ihre Schwangerschaft und ihr Kind schützen, andererseits stehen sie vor der Entscheidung, die Schwangerschaft möglicherweise abubrechen. Die Diagnose, dass das Kind nicht lebensfähig ist und bereits im Mutterleib oder kurz nach der Geburt sterben wird, stellt die Eltern vor eine besonders schwierige Entscheidung. Das Kind in jedem Fall auszutragen, ist eine emotionale Herausforderung und erfordert meist eine gravierende Umstellung der Lebensplanung, wie Erfahrungen mit Eltern stark beeinträchtigter Kinder zeigen (Kersting 2012).

In einer Studie zeigten Patientinnen, die sich für einen Abbruch entschieden, 4 Monate danach zu 46% ein Posttraumatisches Belastungssyndrom, abnehmend auf 16% nach 16 Monaten. Ein vergleichbarer Verlauf findet sich bei der depressiven Verstimmung (28% nach 4 Monaten, 13% nach 16 Monaten). Prädiktoren für eine negative psychische Befindlichkeit nach 16 Monaten waren eine negative Befindlichkeit nach 4 Monaten, Zweifel an der Entscheidung, mangelnde Unterstützung durch den Partner sowie ein fortgeschrittenes Gestationsalter. 2 – 7 Jahre nach einem Abbruch gab die Mehrheit der Frauen (85%) trotz starker emotionaler Belastung an, sich in einer Wiederholungssituation wieder ähnlich zu entscheiden (Kersting 2012).

## Totgeburt, stille Geburt und perinataler Kindstod

### DEFINITION

Totgeburten oder stille Geburten sind Babys, die mit einem Gewicht von 500g oder mehr versterben oder Babys, die nach der 24. Schwangerschaftswoche versterben. Der Begriff perinatal verstorbene Kinder schließt Totgeburten sowie alle innerhalb von sieben Lebenstagen verstorbenen Neugeborenen ein. Ein Kind gilt als Lebendgeburt, wenn kurz nach der Geburt ein Herzschlag vorgelegen hat, die Nabelschnur pulsiert hat oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (Kowalcek 2012b).

*Rechtliche Aspekte:* In allen Bundesländern mit Ausnahme von Bremen besteht für alle Babys jeglichen Alters ein Rechtsanspruch auf Bestattung im Sinne eines Bestattungsrechts; in Bremen besteht dieses erst ab der zwölften Schwangerschaftswoche. Eine Bestattungspflicht besteht in den meisten Bundesländern ab einem Gewicht von 500g, in einigen ab 1000g, während das Baby in Nordrhein-Westfalen nicht bestattet werden muss, wenn die Eltern dies nicht wünschen (Aeternitas e.V. Sternenkind 2020). Bei einer Totgeburt hat die Mutter laut Mutterschutzgesetz einen Anspruch auf drei Monate Mutterschutz. Falls sie vorzeitig wieder ihre Beschäftigung aufnehmen möchte, benötigt sie eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung. Bei einer Fehlgeburt wird die Mutter krankgeschrieben (Kowalcek 2012b). Die Dauer der Krankschreibung ist abhängig von der Schwangerschaftsdauer, der Art des Eingriffes und seiner medizinischen und psychischen Folgen, der Einschätzung der Ärztin und der Wünsche der Frau.

*Epidemiologie:* Die perinatale Mortalitätsrate in Deutschland lag im Jahr 2019 bei 0,5% (Kowalcek 2012b).

*Ätiologie und Pathogenese:* Die wesentlichen direkten Todesursachen für perinatalen Kindstod sind angeborene Fehlbildungen, niedriges Geburtsgewicht, Unreife sowie Hypoxie (Sauerstoffmangel) und Atemstörungen. Für einen Teil der Todesfälle besteht keine unmittelbare medizinische Todesursache. Das Risiko erhöht sich, wenn die Mutter einen BMI von <18 hat (perinatale Mortalität 14% höher als bei normalgewichtigen Frauen) oder einen BMI von >35 (perinatale Mortalität fast doppelt so hoch), wenn die Mutter raucht oder wenn eine Mehrlingsschwangerschaft vorliegt (Zwillinge haben eine fünfmal so hohe perinatale Mortalität, Drillinge eine zehnmal so hohe wie Einlinge) (Kowalcek 2012b).