

Interdisziplinäre Zusammenarbeit liefert bessere Entscheidungsgrundlage

Interview zum Schwangerschaftskonflikt und -abbruch im Kontext psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen

Frauen mit psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen können bei ungeplanten wie auch bei geplanten Schwangerschaften vor schwierige Entscheidungen gestellt sein. Eine gute Unterstützung durch die betreuenden Psychiaterinnen, Neurologinnen und Gynäkologinnen ist deshalb besonders wichtig. Welche Fragen eine ungewollte Schwangerschaft oder ein Schwangerschaftskonflikt in diesem Kontext aufwirft, und was bei dieser Thematik speziell zu beachten ist, diskutierten mit der Gynäkologin Prof. Sibil Tschudin, der Neurologin Prof. Barbara Tettenborn und der Psychosozialmedizinerin in der Gynäkologie, Dr. Saira-Christine Renteria, drei Expertinnen.



Prof. Sibil Tschudin
Leitende Ärztin/Past President ISPOG,
Abteilung Gynäkologische Sozialmedizin & Psychosomatik,
Frauenklinik, Universitätsspital Basel



Prof. Barbara Tettenborn
Chefärztin Klinik für Neurologie, Kantonsspital
St. Gallen



Dr. Saira-Christine Renteria
médecin adjoint, MER, Département femme-mère-enfant,
Unité psycho-sociale et Gynécologie pédiatrique
et de l'adolescence, Centre hospitalier universitaire vaudois,
Lausanne

Welcher Konflikt ergibt sich für betroffene Frauen?

Prof. Tschudin: In unserer Abteilung beraten wir regelmässig Frauen im Kontext von Schwangerschaftskonflikten im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch. Dabei haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Entscheidungsfindung für Frauen mit psychiatrischer Erkrankung oft sehr schwierig und konfliktthaft ist. Einerseits weil vielleicht ein Kinderwunsch vorhanden ist, andererseits aber auch die Sorge, dass die Medikation dem werdenden Kind schadet oder die Patientin den Belastungen einer Mutterschaft nicht standhalten kann. Auch wenn die Schwangerschaften häufig ungeplant und oft auch nicht erwünscht sind, kommt es zu diesem Konflikt. Dies ergibt sich möglicherweise auch aus einem unterschwellig vorhandenen Kinderwunsch, der dann dazu führt, dass die Verhütung nicht konsequent genug erfolgte.

Dr. Renteria: Es ist doch sehr erstaunlich, wie oft diese Problematik eintritt. Eigentlich müssten die Patientinnen mit chronischen Erkrankungen mit Eintreten ihrer Pubertät hinsichtlich der Schwierigkeiten bei einer Schwangerschaft aufgeklärt sein. Es wäre auch wichtig, mit ihnen zu besprechen, was in Bezug auf eine Schwangerschaft möglich ist und was nicht. Ebenso Fragen in Bezug auf eine Kontrazeption. Trotzdem trifft es viele bei einer unerwarteten Schwangerschaft völlig unvorbereitet, was dann plötzlich zu einem grossen Zeitdruck führt. Vieles muss in sehr kurzer Zeit überlegt und entschieden werden, denn die Biologie schreitet einfach fort.

Nicht immer ist die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt hilfreich. Denn leider gibt es keine erkrankungsbezogenen Handlungsrichtlinien, die bei einer Entscheidung helfen könnten. Massgebend ist immer die individuelle Situation, in der sich die Patientin befindet. Das betrifft einerseits die objektive und subjektiv empfundene Erkrankungsschwere und andererseits auch das psychosoziale Umfeld, in dem sich die Patientin befindet. Der Konflikt spielt sich

*«Der Konflikt spielt auf zwei Ebenen:
Es ist das medizinische Dilemma und der persönliche,
beziehungsbedingte Konflikt.»*

Dr. Saira-Christine Renteria

dabei auf zwei Ebenen ab: Es ist das medizinische Dilemma, und es ist der persönliche, beziehungsbedingte Konflikt. In der fetomaternalen medizinischen Sprechstunde kann die Situation mit den Frauen bei schwierigen Fällen besprochen werden.

Was kann präventiv bei den behandelnden, somatisch tätigen Ärzten beziehungsweise Neurologen oder Psychiatern unternommen werden?

Prof. Tettenborn: Die Möglichkeit einer Schwangerschaft sollte, so früh wie es geht, thematisiert werden. Das bedeutet, dass bereits bei Mädchen und sehr jungen Frauen mit chronischen Erkrankungen wie einer Epilepsie oder auch – in sehr viel selteneren Fällen – einer Multiplen Sklerose (MS) aktiv das Thema Schwangerschaft beziehungsweise deren Verhütung angesprochen werden muss. Auch wenn die Eltern oftmals noch der Meinung sind, dass es bei ihrer Tochter noch zu früh für ein solches Gespräch

*«Wichtig ist ein systemischer Ansatz auch im Hinblick
auf die psychosoziale Situation.»*

Prof. Sibil Tschudin

sei, sollte man sich als betreuende Ärztin davon nicht abhalten lassen, die erforderlichen Informationen an die Patientin zu übermitteln. Bei jungen Patientinnen mit bestimmten Epilepsiesyndromen seit frühester Kindheit, die auch mit kognitiven Einschränkungen einhergehen, treten häufiger unerwartete Schwangerschaften auf. Hier stellt sich dann auch oft die Frage, wer über eine allfällige Abtreibung entscheiden darf und kann und ob die Eltern eine solche Entscheidung treffen dürfen.

Unser Ziel ist es natürlich, schon vor Eintritt einer Schwangerschaft in ausführlichen Gesprächen darüber aufzuklären. Gerade bei täglich erforderlicher Medikamenteneinnahme ist es bei einem Kinderwunsch sehr wichtig, diesen lang vor auszuplanen, um gegebenenfalls die Medikation noch vor der Kon-

zeption anpassen zu können und damit das teratogene Risiko zu minimieren.

Welche Probleme entstehen bei einer ungeplanten Schwangerschaft?

Tettenborn: Bei chronischen Erkrankungen wie Epilepsien oder MS sind die Probleme bei einer Schwangerschaft nicht zu vernachlässigen. MS-Patientinnen geht es während der Schwangerschaft oft besser, während es nach der Schwangerschaft häufig zu einer Verschlechterung kommt, was für die Versorgung des Kindes ungünstig sein kann. Bei Epilepsiepatientinnen, die ungeplant schwanger geworden sind, macht es in aller Regel keinen Sinn mehr, etwas an der Therapie zu verändern, denn wir sehen diese Patientinnen oft erst nach der 16. Schwangerschaftswoche. Wir begleiten die Patientin dann durch die Schwangerschaft, damit sie möglichst keine Anfälle haben. Vor allem generalisierte tonisch-klonische Anfälle während der Schwangerschaft stellen eine Gefährdung für das ungeborene Kind dar. Bei manchen Medikamenten ist im letzten Trimenon oft sogar eine Dosissteigerung erforderlich, um Anfallsfreiheit zu gewährleisten. Natürlich erfolgt eine sehr enge Zusammenarbeit mit den betreuenden Gynäkologen.

Gibt es psychiatrische oder neurologische Erkrankungen, die eine Schwangerschaft verunmöglichen?

Tschudin: Es gibt kaum medizinische Gründe für einen Abbruch. Es ist jedoch denkbar, dass Frauen, die unter medikamentöser Therapie stehen, sich für einen Abbruch entscheiden, wenn sie das Risiko für das werdende Kind oder auch für sie selbst als zu gross erachten. Es sind immer verschiedene Faktoren, die zu dieser Entscheidung führen. Dabei sind psychosoziale Faktoren ganz wichtig. Bei Frauen mit psychiatrischer oder neurologischer Erkrankung ist die Entscheidung sehr häufig vom Umfeld abhängig, in dem sie sich befinden. Wenn das familiäre Umfeld gute Unterstützung bietet, ist es in den meisten Fällen möglich, das Kind gut zu betreuen. Deshalb ist ein systemischer Ansatz wichtig. Das heisst, zu schauen, ob die Frau sozial gut eingebettet ist, ob sie genügend Hilfe hat oder ob psychosoziale Probleme oder eine konflikthafte Partnerschaft bestehen und die Unterstützung fehlt. In diesem Fall ist es wichtig, mögliche Betreuungssituationen antizipierend durchzuspielen, damit die Patientin erkennen kann, was auf sie zukommt. Das könnte zum Beispiel bedeuten, dass sie zu Beginn in eine Mutter-Kind-Institution müsste, wo sie die nötige Unterstützung und Hilfe erhält. Manchmal erkennen Patientinnen dabei, dass eine Mutterschaft ihre Kräfte übersteigen könnte oder es nicht dem entspricht, was sie sich vorgestellt haben.

Was braucht es für eine positive Entwicklung bei der Weiterführung einer Schwangerschaft?

Renteria: Es ist ganz wichtig, dass sich die Patientin bewusst ist, was auf sie zukommt. Dass sie sich keine romantischen Illusionen in Bezug auf ein erfülltes Leben mit Kind macht und dass sie sich bewusst ist, dass sie vielleicht ganz alltägliche Dinge aufgrund der Erkrankung mit der Zeit nicht mehr machen kann. Dafür sind Angaben von den behandelnden Ärzten zur Krankheitsprogression und zu pflegerischen Möglichkeiten, um eintretende Defizite auffangen zu können, sehr wichtig.

Bei schweren Fällen beziehen wir den Jugendschutz schon sehr früh ein, damit auch die behördlichen Vertreter lernen können, was in welchem Stadium möglich ist, und nicht sofort reflexartig einen Kindsentzug fordern. Ziel ist es dabei, zusammen Lösungen zu finden, damit das Kind in Sicherheit aufwachsen kann.

Doch nicht nur das persönliche Umfeld ist wichtig, sondern auch das soziale, das regional sehr unterschiedlich sein kann, wie auch das pflegerische. Man muss vorausdenken, bis zu welchem Punkt mit Akzeptanz und Unterstützung gerechnet werden kann. Das ist abhängig von den Institutionen, den ethischen und kulturellen Vorgaben und nicht zuletzt auch von den finanziellen Möglichkeiten der Mutter, des Kindsvaters und nicht selten der Grosseltern.

Tschudin: Umgekehrt ist es auch ganz wichtig, dass ein Abbruch auch jenseits der 12-Wochen-Frist möglich ist. Gerade bei psychischen Erkrankungen, zu denen auch Drogenabhängigkeit gehört, können zum Beispiel unregelmässige Menstruationszyklen auftreten. Das führt dazu, dass die Schwangerschaft oft spät, manchmal erst in der 17. oder 18. Schwangerschaftswoche bemerkt wird. Fühlt sich die Patientin nicht in der Lage, in ihrer Konstellation ein Kind zu bekommen, kann die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch wegen seelischer Notlage gestellt werden.

Wie ist der Ablauf bei einer Schwangerschaft bei dieser Patientinnengruppe konkret?

Renteria: Am Anfang steht die Abklärung. Wenn die schwangere Patientin zu uns kommt, versuchen wir herauszufinden, welche Vorstellung sie von ihrer Situation hat und was sie über ihre Krankheit in diesem Zusammenhang weiss. Wir nehmen Kontakt zu den behandelnden Ärzten auf, um Angaben zu Erkrankungsstadium, Medikation und Prognose zu erhalten und auch darüber, welche Informationen der behandelnde Arzt der Patientin schon gegeben hat. Das Zusammentragen aller Informationen nimmt etwa zwei Wochen in Anspruch, auch über mögliche Hilfestellungen, zum Beispiel durch Patientenorganisationen, Stiftungen und wenn nötig auch Sozialleis-

tungen. Wir wollen sicherstellen, dass wir alle Informationen haben, mit dem Ziel, die Patientin in verschiedenen Gesprächen zu einem «informed consent» zu verhelfen. Die Patientin entscheidet, und das Umfeld begleitet. Ist oder scheint die Patientin

«Die Patientin entscheidet und das Umfeld begleitet.»

Dr. Saira-Christine Renteria

jedoch entscheidungsunfähig, wird es schwierig. Denn die Zeit läuft. Es muss dann der oder die Erziehungsberechtigte oder der Vormund bestellt werden, der aber der Frau in Ihrem Entscheid nur beistehen kann. Denn die Einwilligung der Frau zum Schwangerschaftsabbruch ist unabdingbar, da es dabei um die Ausübung eines höchstpersönlichen Rechts geht, ausser das Leben der werdenden Mutter ist durch die Schwangerschaft vital bedroht.

Tschudin: Das handhaben wir genauso. Wir wollen sicher sein, dass die Patientin – und wir ebenso – über alle nötigen Informationen verfügen.

Tettenborn: Bei allen chronischen neurologischen Erkrankungen versuchen wir, bestmöglich zu informieren. Wir geben zusätzlich Informationsmaterial in laienverständlicher Sprache ab und vereinbaren ein zweites Gespräch, um Verständlichkeitsfragen zu beantworten. Wir sehen unsere Aufgabe darin, zu informieren, bevor die Schwangerschaft eingetreten ist. Bei leichten Erkrankungen ist eine Schwangerschaft in der Regel gut möglich, wenn sie rechtzeitig geplant ist. Bei ungeplanten Schwangerschaften ent-

«Wenn sich die Patientin zum Zeitpunkt der Schwangerschaft noch selbst versorgen kann, spricht in der Regel nichts gegen eine Elternschaft.»

Prof. Barbara Tettenborn

scheidet die Patientin, ob sie in dieser Situation das Kind bekommen möchte, die Indikation für einen Abbruch würde sie erhalten. Auch schwere Erkrankungsstadien sind per se keine Kontraindikation für eine Elternschaft, wenn die nötige Hilfe durch den Partner und das soziale Umfeld gewährleistet ist. Es gibt viele Eltern, die aus dem Rollstuhl heraus ihre Kinder grossziehen. Insgesamt ist es eine Frage der persönlichen Einstellung, ob man sich die Aufgabe in der Krankheitssituation zutraut. Wenn sich die Patientin zum Zeitpunkt der Schwangerschaft noch selbst versorgen kann, spricht in der Regel nichts gegen eine Elternschaft. Epilepsiepatientinnen oder Patientinnen mit Muskelerkrankungen raten wir ganz praktisch, das Kind dann komplett am Boden zu versorgen, damit es bei einem Anfall oder bei Schwäche nirgends herunterfallen kann.

Das teratogene Potenzial von Valproat ist seit Langem bekannt. Warum kam es trotzdem zu den in letzter Zeit publik gewordenen Missbildungsfällen?

Tettenborn: Bei einer Schwangerschaft unter Valproat besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für Spina bifida aperta, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, Fehlbildungen an Herz, Nieren und Urogenitalsystem. Es gibt seit Kurzem auch Hinweise darauf, dass das Risiko für eine Störung aus dem autistischen Formenkreis bei Kindern von Müttern, die während der Schwangerschaft Valproat eingenommen haben, erhöht ist und dass die Kinder in ihrer kognitiven Entwicklung Verzögerungen aufweisen. Über diese Risiken klären wir unsere Patientinnen und bei Minderjährigen auch deren Mütter auf. Generell sollte Valproat bei Frauen im gebärfähigen Alter, wann immer möglich, vermieden werden. Es ist aber nach wie vor das wirksamste Medikament bei primär generalisierten Epilepsien. Wenn dessen Anwendung nicht vermeidbar ist, muss ein guter kontrazeptiver Schutz bestehen und eine Betreuung durch eine Ärztin mit Erfahrung im Umgang mit Valproat erfolgen. Die umfassende Aufklärung zu allen Risiken und unerwünschten Wirkungen von Valproat muss jährlich erneut durchgeführt und schriftlich dokumentiert werden, einschliesslich Unterschriften der Patientin beziehungsweise ihres gesetzlichen Vertreters und der Ärztin.

Gibt es zur Valproateinnahme keine Alternative, und die Patientin möchte trotzdem ihren Kinderwunsch realisieren, verordnen wir zusätzlich 2,5 bis 5 mg Folsäure täglich. Generell sollten alle Frauen mit Kinderwunsch täglich Folsäure einnehmen.

Wie verarbeitet diese Gruppe von Frauen einen Abbruch?

Tschudin: Es ist sehr wichtig, gerade diese Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch gut zu betreuen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Depression, mit dem vollzogenen Schwangerschaftsabbruch manchmal schlecht zurechtkommen. Schuldgefühle oder eine Verschlechterung der psychiatrischen Erkrankung können auftreten.

Renteria: Deshalb ist es besonders bei Ambivalenz wichtig, dass der Frau Raum zur Meinungsfindung gegeben wird, aber ohne Verweigerungshaltung und möglichst ohne Zeitdruck. Denn ein Schwangerschaftsabbruch ist eine Zäsur in einem Frauenleben, die gerade in Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung mit Unvermögen assoziiert wird. Jahrestage oder auch andere Trigger können die Verarbeitung erschweren. Möglicherweise braucht eine Frau dahingehend eine länger dauernde Betreuung, vielleicht auch ihr Partner. Auch Abschiedsrituale bei der Verarbeitung helfen.

Wo können Fehler passieren?

Renteria: Bei Schwangerschaftsabbrüchen im Spital sollte darauf geachtet werden, dass bei den Ärzten und Pflegenden nicht die eigene Einstellung in die Betreuung einfließt. Auch wenn beispielsweise der Abbruchgrund bei Drogenabhängigen oder vergewaltigten Frauen oder eben bei Einschränkung der mütterlichen Gesundheit für alle plausibel ist, kann bei der Patientin dennoch eine Ambivalenz bestehen. Hier müssen fremdbestimmte Wertungen vermieden werden. ■

Das Interview führte Valérie Herzog.

Erstpublikation in der Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie + Neurologie, Ausgabe 5/2020.