

André Seidenberg
Zürich Switzerland



Association de
professionnels
de l'avortement
et de la
contraception

8. internationaler Kongress
FIAPAC
"Reproduktive Gesundheit
& Verantwortung"
Berlin
24. / 25. Oktober 2008

Erfahrungen der Fachkräfte beim Schwangerschaftsabbruch Was brauchen Ärztinnen und Ärzte für den Schwangerschaftsabbruch?

Schwangerschaftsabbrüche werden allgemein von Medizinalpersonen als etwas Besonderes angesehen. Emotionale, ethische und psychologische Überlegungen werden als selbstverständlich und notwendig erachtet. In unserer kleinen Umfrage treffen Chefärztinnen und Chefärzte von gynäkologischen Kliniken in der Region Zürich für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen besondere Vorkehrungen für ihr ärztliches und nichtärztliches Personal.

Experiences of health care professionals What need physicians to do induced abortions?

Not only by the general public but also by health professionals induced abortion is regarded as something special. Emotional, ethical, and psychological considerations were inevitable and a matter of course. We conducted a little survey on opinions and measures in the region of Zurich, Switzerland. Medical directors of gynaecological clinics take precautions for their staff, who is involved in induced abortion treatment.

Kleine Umfrage bei den Chefärztinnen und Chefärzten der gynäkologischen Kliniken in der Region Zürich (12 von 20 angeschriebenen Kliniken antworteten)

Führen Sie Schwangerschaftsabbrüche durch?	92%
Bis zu welcher Gestationswoche führen Sie Schwangerschaftsabbrüche durch?	12 – 23 Wochen
Führen Sie Schwangerschaftsabbrüche ohne Vollnarkose durch?	50%
Haben Sie detaillierte interne Guidelines zum Schwangerschaftsabbruch?	92%
Werden Indikationen für Schwangerschaftsabbrüche nach 12 Wochen in einem vordefinierten Team besprochen?	83%
Haben Ärztinnen und Ärzte, die an einem Schwangerschaftsabbruch beteiligt sind, für sich die Möglichkeit einer psychologischen Unterstützung in Form einer persönlichen Beratung / in einer Art Balintgruppe / Debriefing?	50%
Haben nichtärztliche Fachpersonen, die an einem Schwangerschaftsabbruch beteiligt sind, die Möglichkeit einer solchen Unterstützung?	42%
Werden nichtärztliche Fachpersonen, die an einem Schwangerschaftsabbruch beteiligt sind, spezifisch auf die Situation und allfällige Probleme vorbereitet?	42%
Wird bei der Personalselektion das Thema Schwangerschaftsabbruch regelmässig thematisiert?	75%
Haben Assistenzärztinnen oder –Ärzte Nachteile zu erwarten, wenn Sie sich weigern, Abruptiones durchzuführen?	8%

Spezielle Anleitungen für das Vorgespräch und das Management der Patientinnen scheinen allgemein üblich. Die Verantwortung für die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch wird vor allem bei höherem Gestationsalter in Teams geteilt. An vielen Orten werden dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal in der einen oder anderen Form persönliche oder sogar fachlich-psychologische Möglichkeiten der Unterstützung angeboten.

Was ist so besonders?

Was brauchen wir Ärztinnen und Ärzte für den Schwangerschaftsabbruch?

- **Preis:** OK, wir wollen etwas verdienen und verlangen einen Preis. In unserer Praxis in der allgemein teuren Schweiz verlangen wir rund € 450.- bis € 550.- für einen ambulanten Schwangerschaftsabbruch. Aber wir brauchen offensichtlich mehr als nur Geld.
- **Schulung:** Schwangerschaftsabbrüche sind oft die ersten chirurgischen Eingriffe in der Karriere einer jungen Kollegin oder eines jungen Kollegen. In unserer Umfrage werden auf die Frage das persönliche Coaching und die individuelle Einschätzung betont. Allgemeine Minimalzahlen werden kaum genannt, bis ein junger Arzt selbständig und ohne weitere Anleitung und Überwachung Abortcurettagen durchführen darf. An einem Ort sind es 15, an einem anderen sind es 30 Eingriffe.
- Wir brauchen die **Unterstützung durch geschultes Personal**, wie bei jedem anderen Eingriff auch. Aber darüber hinaus muss die Hebamme, Operationsschwester oder die medizinische Praxisassistentin auch als Person die Behandlung mittragen und irgendwie bejahen können.
- **Technische Einrichtung:** Die technischen Anforderungen für die Durchführung einer Abortcurettage in Lokalanästhesie sind im ersten Trimenon minimal. Wenn die Eingriffe in hochtechnisierten Strukturen durchgeführt werden oder ärztliche Verbände oder der Staat teure Infrastruktur sogar vorschreibt, entspricht das keiner Evidenz basierter Notwendigkeit. Illegitime, nicht wirklich ärztliche Bedürfnisse werden unter dem Vorwand der Qualitätssicherung befriedigt. Die Qualität der Versorgung leidet gefährlich, wenn durch unsachliche Qualitätsanforderungen die Schwelle für unerwünscht schwangere Frauen mit geringen Ressourcen zu hoch wird.
- **Vertraulichkeit:** Die hochemotionale Situation bei einem Schwangerschaftsabbruch macht die Vertraulichkeit für Patientinnen besonders wichtig. Umgekehrt benötigen aber auch wir Ärzte für unsere Arbeit das Vertrauen.¹
- **Sicherheit:** Das Gesetz schützt uns Ärztinnen und Ärzte an den meisten Orten vor Zumutungen aller Art nur in mehr oder weniger genügendem Ausmass. Belästigungen am Arbeitsplatz oder im Privatleben sind wir alle in geringer oder leider auch extremer Form ausgesetzt. In einigen Ländern werden Schwangerschaftsabbrüche auch vom Staat als Verbrechen angesehen.²
- **Sprache:** Beim Schwangerschaftsabbruch scheint eine gute Verständigung mit der Patientin mehr noch als bei der Vorbereitung zu anderen Behandlungen und Eingriffen notwendig. Beim Vorgespräch vor einem Schwangerschaftsabbruch insistiere ich immer, dass ich mit der Patientin die ersten Worte ohne ihren Begleiter, Übersetzer, Gatten, Partner, Bruder, Vater, Mutter, Schwester, Freundin, oder wen immer sprechen kann. Die unbeaufsichtigte Aussprache scheint mir als Anfang der Patientin – Arzt – Beziehung grundsätzlich wichtig.³
- **Verständnis:** Oft können wir unsere Patientinnen nicht verstehen, auch wenn wir dieselbe Sprache zu sprechen scheinen. Kulturelle, religiöse oder andere weltanschauliche Hintergründe fordern unser Verständnis.⁴ Verborgene Motive, eine ‚hidden agenda‘ ist häufig zu vermuten. Beispielsweise sind Selbstbestrafungswünsche oder der Wunsch, den Partner mitleiden zu lassen, häufig unübersehbar. Wir müssen nicht alles wissen über die persönlichen Hintergründe aber vielleicht können wir aus unglücklichen Verstrickungen etwas heraushelfen. Vielleicht wünscht eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch aus falschen Annahmen über mögliche Schädigungen des Embryos. Die falschen Sterne oder Befürchtungen nach dem Durchlesen eines Medikamenten-Beipackzettels mögen irrational erscheinen.

- **Verantwortung:** Der Entscheid zum Schwangerschaftsabbruch gehört alleine der Frau. Sie übernimmt damit die erste Verantwortung und sie übernimmt sie für sich selber. Unsere Verantwortung übersteigt zweifellos das vom Gesetz beispielsweise Strafgesetz geforderte Mass an technischer ärztlicher Sorgfalt. Wir brauchen einen Spielraum, in welchem wir eine Behandlung bejahen aber vielleicht auch einmal ablehnen können.⁵
- **Kooperation:** Gelegentlich muss eine ambulante Behandlung mangels Kooperationsfähigkeit abgelehnt werden. Die Kooperationsfähigkeit ist insbesondere entscheidend bei einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Manchmal agiert eine Patientin ihre Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft auf bizarre Art und Weise aus. In milder Form zeigt sich die Ambivalenz oft durch Nichteinhalten der vereinbarten Termine und Zuspätkommen.
- **Projektionen der Patientinnen:** Ärger und Frust über ihren Partner, welcher sie bei ihrer Schwangerschaft nicht unterstützt oder was immer der uns unbekannt bleibende Background auch sein mag, kann sich als Aggression gegen uns Ärzte wenden. Scham und Schuldgefühle können sich als Verachtung gegen uns Schwangerschaftsabbrecher wenden. Aggression gegen uns Ärzte und unser Personal sind häufig und können von uns nicht immer als Projektionen der Patientinnen erlebt und verstanden werden.
- **Gegenübertragung:** Unsere eigenen Gefühle dürfen keinen unkontrollierten Platz im Behandlungssetting finden. Ein gutes Team hilft oft. Man kann immer auch ein Ohr für seine eigenen Nöte und die Nöte der Mitarbeiterinnen brauchen. Und wir dürfen uns eingestehen: Schwangerschaftsabbrüche verlangen viel von uns ab.⁶

-
- ¹ Vignette 1: Im Vorfeld der Volksabstimmung über Schwangerschaftsabbrüche wurden wir Ärzte in der Schweiz durch fundamentalistische Scheinpatientinnen getestet und heimlich ausspioniert. Nicht nur in Spanien, auch in anderen Ländern wurden Ärzte durch sensationsgierige Medien bedrängt und ihre Arbeit gefährdet.
- ² Vignette 2: Ein Vater begleitet seine Tochter in unsere Praxis. Die Tochter verheimlicht dem in unserem Wartezimmer scheinbar ahnungslos wartenden Vater voll Angst den ambulanten Schwangerschaftsabbruch. Die Lage ist also brisant. Als der Vater für eine Zigarette aus unserer Praxis geht, bekommt er Streit mit unserem Hausnachbar, weil er sein Auto unerlaubt auf dessen Parkplatz gestellt hat. Das wissen wir in der Praxis aber nicht, als plötzlich Polizisten in Kampfmontur in unsere Praxis trampen und den Vater unserer Patientin suchen, während wir mit dem Operieren fast fertig sind. Die Polizei verlangt Zutritt in alle Räume und eine Vernehmung der Tochter, was wir verweigern. Anscheinend hat der Vater im Streit den Nachbarn mit einem Stellmesser bedroht und ist flüchtig...
- ³ Vignette 3: Eine tamilische Patientin aus Sri Lanka erschien mit ihrem Gatten. Er erklärte mir deutsch und englisch radebrechend, dass seine Frau sich sicher nicht mit mir verständigen könne. Als er uns endlich Gelegenheit gibt, kurz alleine miteinander zu sprechen, stellt sich heraus, dass sie perfekt Englisch spricht aber dies vor ihrem weniger gebildeten Gatten verheimlicht, um ihn nicht zu kränken.
Kürzlich führten wir bei einer gehörlosen Patientin einen chirurgischen Schwangerschaftsabbruch in Lokalanästhesie ohne jegliche Schwierigkeiten durch.
- ⁴ Vignette 4: Eine langjährige haitianisch – schweizerische Patientin kommt verstört von ihrem weihnachtlichen Aufenthalt in Haiti zurück. Sie will einen ‚Aids-Test‘, weil ein Heiler sie verwünscht habe; sie habe sicher Aids und bringe über ihre Familie Krankheit und Unglück. Es ist ihr enorm peinlich und sie entschuldigt sich, dass ich das Ganze sicher nicht verstehen und billigen könne. Sie habe ja auch nicht an diesen Voodoo-Zauber geglaubt und ihre Familie in Haiti aus der Macht dieses bösen Mannes lösen wollen. Aber der Hexer habe sie so schlecht gemacht und üble Dinge über sie erzählt. Verzweifelt schildert sie, wie er von ihren zwei Schwangerschaftsabbrüchen und noch anderen unangenehmen Geheimnissen gewusst habe, die niemand kannte, und jetzt sei sie sicher Aids-krank; sie habe einfach keine Ruhe mehr. Als ich ihr versichern kann, dass sie keine HIV-Infektion habe und ich auch sonst keine Anzeichen irgendeiner Krankheit finde, ist sie sehr erleichtert. Als sie kurze Zeit später erneut schwanger wird, ist sie zunächst sehr froh und erleichtert. Dann leidet sie aber an ständigem unangenehmem Speichelfluss auch noch im zweiten Trimester. Ihre Vergiftungs- und Verhexungsängste werden reaktiviert. Im 18-Wochen Ultraschall werden schwere Missbildungen (thanatophore Dysplasie oder short rib Syndrom) gefunden und ein Abort induziert.
- ⁵ Vignette 5: Vielleicht ist unser Verständnis ja überfordert, beispielsweise bei der Forderung einer Geschlechtsbestimmung, damit allenfalls weibliche Föten abgetrieben werden können. In mehr als einem Fall habe ich eine Behandlung abgelehnt, weil die Frau nicht klipp und klar sagen konnte, dass es ihr eigener Entscheid und Wille sei, einen Schwangerschaftsabbruch zu machen.
- ⁶ Vignette 6: Die extreme Geschichte einer 31-jährigen schwangeren serbischen Patientin. Mit ihrem kosovarisch-albanischen Gatten flog die Frau in der 24. Schwangerschaftswoche nach Pristina um von dort zu ihren ihr noch unbekanntem Schwiegereltern und Familie des Gatten zu reisen. Sie wurden am Flugplatz vom Schwager und seinem Freund abgeholt und zu einem Getränk als Willkommen gedrängt. Kurze Zeit später spürte sie Schmerzen im Unterleib und wurde zu einem privaten Arzt in Pristina gebracht. Der spritzte ihr ein Medikament und die Schmerzen wurden noch schlimmer. Er gab ihr dann stündlich Tabletten und zwang sie diese zu schlucken. Sie habe jedes Mal immer mehr Wehen artige Schmerzen bekommen. Der Arzt habe am nächsten Morgen zwei andere Ärzte zugezogen und der eine habe eine Spinalanästhesie gemacht und später eine Vollnarkose erhalten. Sie war insgesamt 15 Stunden bei ihm und verlor letztendlich ihr werdendes Kind.
Sie kommt also am Tag nachher fluchtartig aus dem Kosovo zurück und ist überzeugt, dass gegen ihren Willen ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen worden ist. Sie zeigt uns eine unbekannte sechseckige Tablette mit Bruchrille, welche sie nicht geschluckt und versteckt habe. Die Tablettenreste scheinen tatsächlich Cytotec® gewesen zu sein. Ich sehe im Ultraschall keine Frucht mehr und wenig inhomogene Reste im Uterus.