

PRÄNATALDIAGNOSTIK: Medizinische und psychologische Aspekte

Dr. Bence Csapo

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Medizinische Universität Graz

Universitätsklinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

bence.csapo@medunigraz.at

Mag. Anita Weichberger

Klinische Psychologin

Universitätsklinikum AKH Wien

Abteilung für Geburtshilfe
und feto-maternale Medizin

anita.weichberger@akhwien.at

Dr. Bence Csapo



- FA für Geburtshilfe und Gynäkologie
- Subspezialisierung auf Pränataldiagnostik und Mehrlingsschwangerschaften
- Ausbildung in King's College Hospital London – Diploma in Fetal Medicine
- LKH Graz:
Perinatalzentrum mit Schwerpunkt auf:
 - Abklärung fetaler Auffälligkeiten,
 - eineiige Mehrlingsschwangerschaften – Intrauterine Fetal Therapy Einheit
 - Betreuung von Hochrisikopatientinnen
 - extreme Frühgeburten in enger Zusammenarbeit mit der Kinderklinik und anderen Kliniken des AKHs
- Institut Frauenschall (seit 2021):
 - Kompetenzzentrum für Geburtshilfen und Gynäkologischen Ultraschall

Mag. Anita Weichberger



- klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin
- seit 2007 an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Abteilung Geburtshilfe und feto-maternale Medizin im AKH Wien
- Krisenintervention und psychologische Betreuung von Frauen, Paare und Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- AKH Wien: Perinatalzentrum mit Schwerpunkt auf extreme Frühgeburten, Abklärung fetaler Auffälligkeiten, Betreuung von Hochrisikopatientinnen, enger Zusammenarbeit mit der Kinderklinik und anderen Kliniken des AKHs

1. Was ist Pränataldiagnostik (PND)?
2. Was kann festgestellt werden (und was nicht?)
3. Wie ist PND in die medizinische Betreuung der Schwangeren in Österreich verankert?
4. Erwartungen gegenüber und Konsequenzen der PND
6. Entscheidungsfindung bei auffälligen pränatalen Befunden

Was ist Pränataldiagnostik?

Untersuchungen an **Feten** und Schwangeren

PRÄNATALMEDIZIN oder **feto-maternale
Medizin**

—> keine reine Diagnostik, beinhaltet auch
Therapieoptionen

Was kann mittels Pränataldiagnostik festgestellt werden?

*Wir wollen keine Auffälligkeiten finden, sondern die normale Entwicklung bestätigen!
Das was normal ist als normal zu erkennen!*

Das Spektrum von Auffälligkeiten:

- **Fetus**
 - bestimmte fetale Fehlbildungen
 - Chromosomenanomalien, genetische Anomalien
 - Funktionsstörungen
- **Mutter:**
 - drohende Frühgeburt (Cervixlänge)
 - Maternale Diabetes in der Schwangerschaft
- **Mutter und Plazenta:**
 - Plazentaionsstörungen (Präeklampsie, intrauterine Wachstumsretardierung)

Fakten über PND

- 3-5% alle Schwangerschaften sind „nicht OK“ – Tendenz wachsend
- Fehlbildungen und / oder genetische Anomalien
- Chromosomenanomalien in 1:150 Schwangerschaften
 - Aneuploidie: z.B. Trisomien oder Turner Syndrom
 - Translokation - durch die Reparatur von Chromosomenbrüchen entstehen
 - Duplikation -
 - Deletion – DiGeorge Syndrom
- Angeborene Fehlbildungen sind noch immer die Nr. 1 Ursache
 - für Tod in den ersten 4 Lebenswochen und
 - Tod in Kindheit

Wie arbeitet Pränataldiagnostik?

Nicht-invasive Methoden:

- Ultraschall
- Magnetresonanz (MRT)
- NIPT (nicht-invasive pränatale Testung) = Blutabnahme

Invasive Methoden (immer mit gewissen Fehlgeburtsrate):

- **Genetik:** = Diagnostik
 - Fruchtwasseruntersuchung / Plazentapunktion
 - Fetale Blutprobe
- **Therapeutische Eingriffe:**
 - Bluttransfusion für dem Fetus
 - Spezielle intrauterine Eingriffe und Operationen

Verankerung der PND in Österreich in der Schwangerenvorsorge

Mutter-Kind-Pass sieht 3 Ultraschalluntersuchungen während der gesamten Schwangerschaft vor:

1. SSW 8.-12.
2. SSW 18.-22.
3. SSW 30.-34.



Ziel:

Erkennen von groben Auffälligkeiten, die Untersucher sind für **Fehlbildungsdiagnostik NICHT ausgebildet!**



- im Rahmen der 1. und 2. Untersuchung soll die/der GynäkologIn darüber aufklären (Inhalt der Aufklärung ist nicht genau geregelt)
- wird in der Regel vom Versicherungsträger nicht übernommen.

Ausnahmen – z.T. vom Versicherungsträger in Kombination mit

Örtliche Ressourcen:

- Anmeldung zur Geburt in einem Spital, welches diese Untersuchungen im Rahmen Schwangerenbetreuung anbieten (v.a. bei Risikokonstellation)
- Abklärung von Auffälligkeiten



Pränataldiagnostik

- Trisomie 21 – Down Syndrom
- Nackenfalte
- Combined Test
- NIPT
- Behinderung
- Alles OK
- Gesund
- Herz
- Gehirn
- Mädchen oder Bub



Weiterführende Untersuchungen

- Frühschwangerschaft (bis SSW 10): - NUR Ultraschall

- Bestimmung der **Einnistungsstelle**
- Bestimmung der Art von **Mehrlingsschwangerschaft**

- Ersten Trimenon (SSW 11-14): Ultraschall + maternale Blutuntersuchung

Combined Test + Präeklampsie Screening (Schwangerschaftsvergiftung)

- Überprüfung der **Entwicklung des Fetus**
- Berechnung des **Risikos für Trisomien** (Combined Test / NIPT)
- Berechnung des **Risikos für mütterliche SS-Komplikationen**
- Entscheidung über die **Art der SS-Betreuung** (Risikoprofil)

Invasive Diagnostik / Therapie

- Mutterkuchenpunktion (genetische Abklärung)

Weiterführende Untersuchungen

• Zweiten Trimenon (SSW 15-28) Ultraschall + ev. Invasive Untersuchungen

Organscreening = Feindiagnostik – Spezialausbildung erforderlich!

- Spezialultraschall um die **Entwicklung des Fetus** abzuklären

Invasive Diagnostik / Therapie

- Fruchtwasseruntersuchung / Plazentapunktion

Intrauterine Eingriffe / Operationen

- Therapie: Fetale Bluttransfusion
- Operationen in Mehrlingsschwangerschaften / bestimmte Fehlbildungen

• Dritten Trimenon (SSW 28-40)

Spätes Screening:

- Entwicklung des Feten überprüfen – 10% von Fehlbildungen sind erst nach dem Organscreening erkennbar!
- Plazentationsfragen
- Sectionarbe am Uterus
- Spezialfragen für die Entbindungsplanung

Ersttrimester Screening

- 11-14. SSW
- Ultraschall und Blutuntersuchung (= Combined-Test oder NIPT + PE Screening)
- **Fehlbildungsscreening: (100% von schwere FB und 50-60% der rest) + Wahrscheinlichkeitsberechnung** für die häufigsten Chromosomenanomalien (Trisomie 21, 18, 13) – zur weiteren Klärung bei erhöhter Wahrscheinlichkeit für Chromosomenanomalien wird eine **invasive Abklärung** empfohlen – **NUR Diagnostik möglich**
- Wahrscheinlichkeitsberechnung für mütterliche Risiken in der Schwangerschaft – **Prävention möglich**
- **QUALITÄT bestimmt die Aussagekraft der Untersuchung!** – Zertifizierung!!!

Tab: 2: Diagnose von Fehlbildungen in der Schwangerschaftswoche 11–14

Alle	Möglich	Unmöglich
• Akranie	• Herzfehler	• Corpus callosum
• Holoprosenzephalie	• Zwerchfellhernie	• Kleinhirnwurm
• Omphalozele	• Skelettdysplasie	• Lissenzephalie
• Gastroschisis	• Gesichtsspalten	• echogene Lungen
• Megazystis	• fehlende Extremität	• Darmobstruktionen
• Body-Stalk-Anomalie		• Nierenfehlbildungen
	• offene Spina bifida	• Talipes

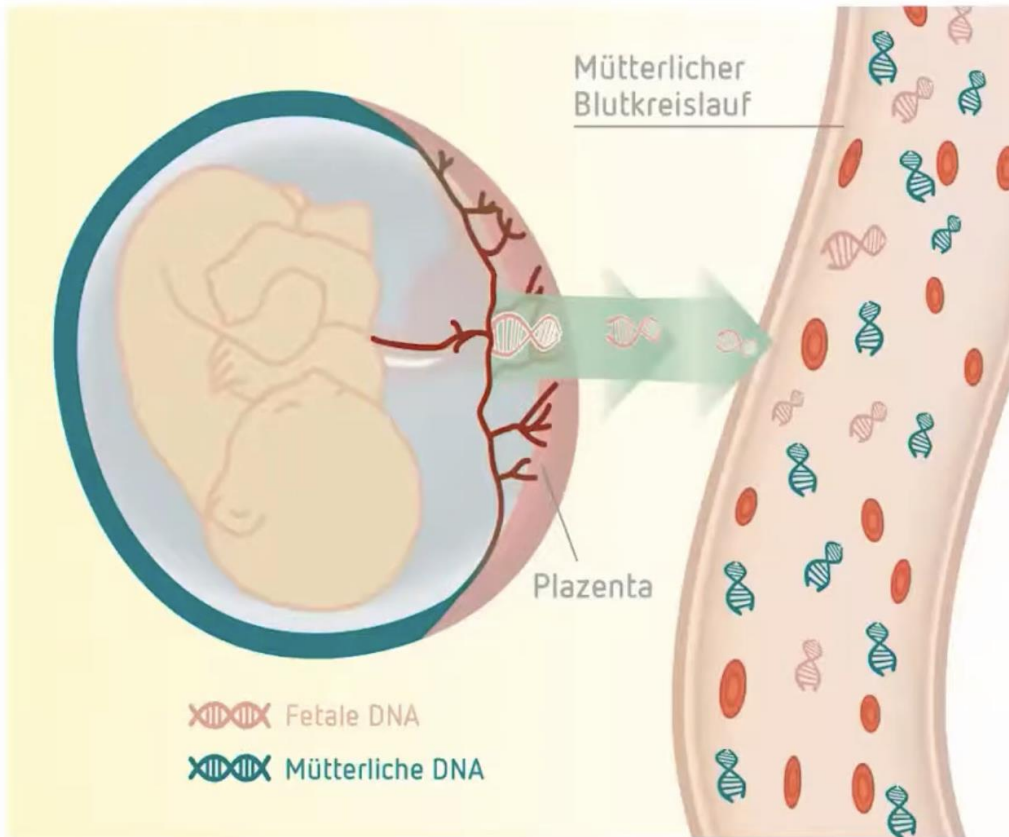
Quelle: Krampfl-Bettelheim: Fetalmedizin 2015 – das aktuelle Screening-Konzept. • [Gynäkologie & Geburtshilfe](#) • [GA 04|2015](#)

NIPT- Nicht-invasive pränatale Testung

- ab SSW 10
- Screening auf Trisomie 21, 18 und 13 (Aussagekraft für Trisomie 21 über 99%, für Trisomie 13 und 18 über 90%)
- Geschlechtsbestimmung möglich
- mehrere Anbieter
(Praenatest, Harmonytest, Panorama Test, Nifty, usw.)
- Kosten um die 600€ +/-

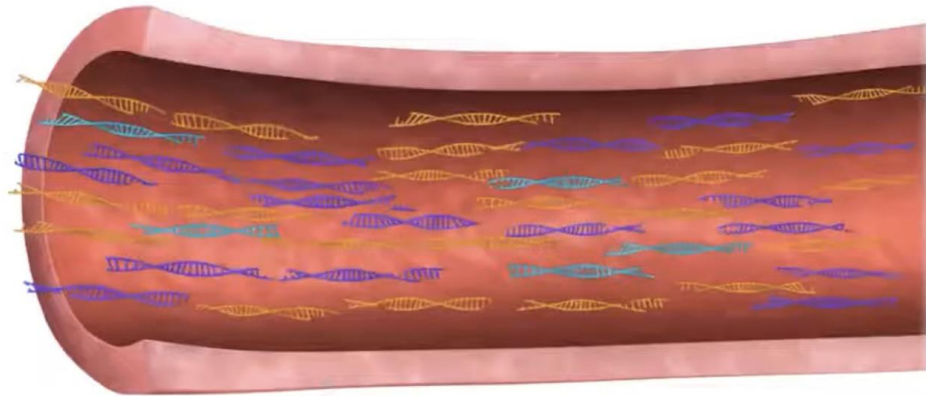
NIPT = plazentare DNA

NIPT - biologischer Hintergrund



- **Zellfreie „fetale“ DNA** wird aus der Plazenta ins mütterliche Blut abgegeben
- Ab Schwangerschaftswoche 10+0 ist i.d.R. genügend „fetale“ DNA für die Analyse vorhanden

NIPT: targeted approach



Ursprung der zellfreien DNA im Blut

- Chromosom 21, 18, 13, X, Y
- andere chromosomale cfDNA
- nicht-codierende cfDNA

Massively Parallel
Shotgun Sequencing (MPSS)



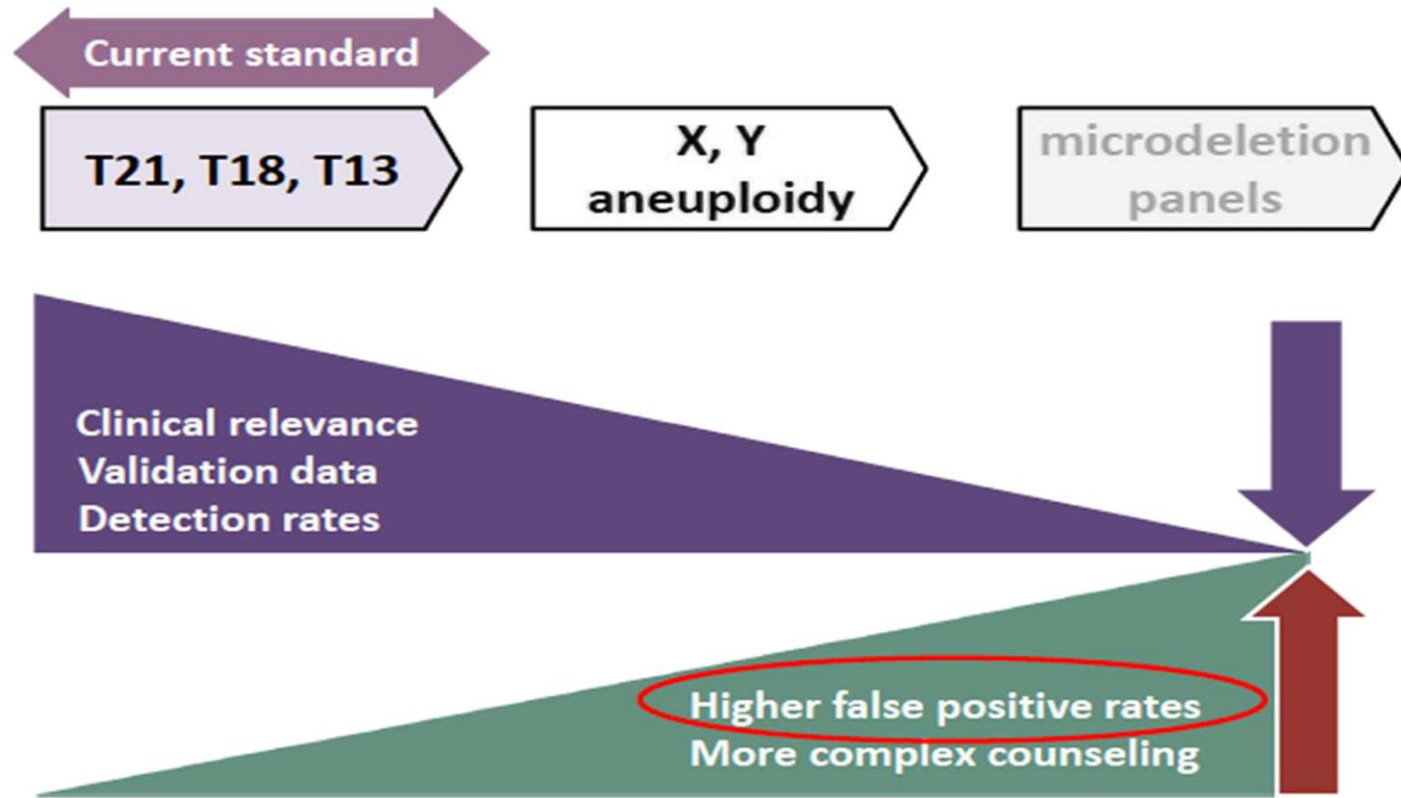
Targeted Sequencing (DANSR)



Prävalenz und Pos. Prädikt. Wert

	Mat Alter T21	ETS T21	NIPT T21	NIPT T18	Cri du Chat
Prävalenz	1:500	1:500	1:500	1:1.200	1:50.000
Detektion	50 %	90 %	99 %	98 %	99 %
Falsch-positive	25 %	5 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Screen-positive	25,1 %	5,2 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Positiver prädiktiver Wert	0,4 %	3,5 %	66,4 %	45,0 %	1,0 %

Eiben medgen 2014



Prenatal Diagnosis, Volume: 38, Issue: 3, Pages: 160-165, First published: 08 February 2018, DOI: (10.1002/pd.5216)

Altersabhängige Risiken für genetische Auffälligkeiten

Alter	Risiko für Trisomie 21	Risiko für klinisch relevante mikroskopische chromosomale Auffälligkeiten	Risiko für pathogene submikroskopische Auffälligkeiten, die zu syndromalen Krankheitsbildern führen	Gesamtrisiko für alle chromosomalen Auffälligkeiten (mikroskopisch und submikroskopisch)
20	1:2000	1:555	1:270	1:179
30	1:1111	1:384	1:270	1:159
35	1:400	1:178	1:270	1:108
40	1:117	1:63	1:270	1:51
45	1:35	1:19	1:270	1:17

nach Srebniak et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51: 445–452

Altersabhängige Risiken für genetische Auffälligkeiten

Alter	Risiko für Trisomie 21	Risiko für klinisch relevante mikroskopische chromosomale Auffälligkeiten	Risiko für pathogene submikroskopische Auffälligkeiten, die zu syndromalen Krankheitsbildern führen	Gesamtrisiko für alle chromosomalen Auffälligkeiten (mikroskopisch und submikroskopisch)
20	1:2000	1:555	1:270	1:179
30	1:1111	1:384	1:270	1:159
35	1:400	1:178	1:270	1:108
40	1:117	1:63	1:270	1:51
45	1:35	1:19	1:270	1:17

nach Srebniak et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51: 445–452

Altersabhängige Risiken für genetische Auffälligkeiten

Alter	Risiko für Trisomie 21	Risiko für klinisch relevante mikroskopische chromosomale Auffälligkeiten	Risiko für pathogene submikroskopische Auffälligkeiten, die zu syndromalen Krankheitsbildern führen	Gesamtrisiko für alle chromosomalen Auffälligkeiten (mikroskopisch und submikroskopisch)
20	1:2000	1:555	1:270	1:179
30	1:1111	1:384	1:270	1:159
35	1:400	1:178	1:270	1:108
40	1:117	1:63	1:270	1:51
45	1:35	1:19	1:270	1:17

nach Srebniak et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51: 445–452

Altersabhängige Risiken für genetische Auffälligkeiten

Alter	Risiko für Trisomie 21	Risiko für klinisch relevante mikroskopische chromosomale Auffälligkeiten	Risiko für pathogene submikroskopische Auffälligkeiten, die zu syndromalen Krankheitsbildern führen	Gesamtrisiko für alle chromosomalen Auffälligkeiten (mikroskopisch und submikroskopisch)
20	1:2000	1:555	1:270	1:179
30	1:1111	1:384	1:270	1:159
35	1:400	1:178	1:270	1:108
40	1:117	1:63	1:270	1:51
45	1:35	1:19	1:270	1:17

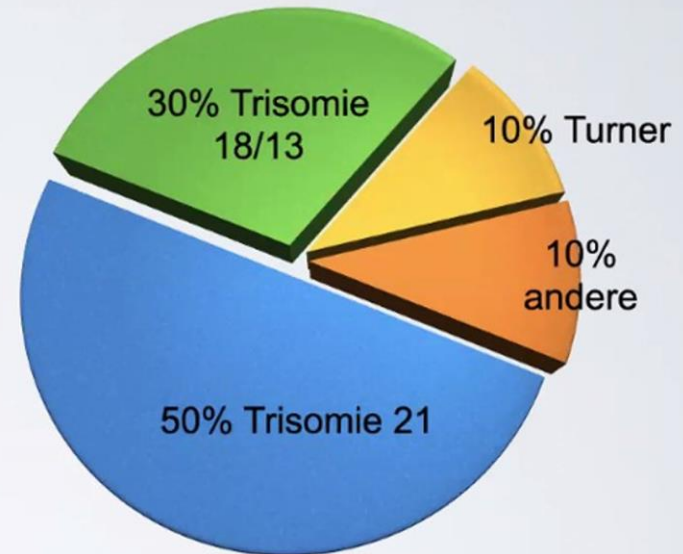
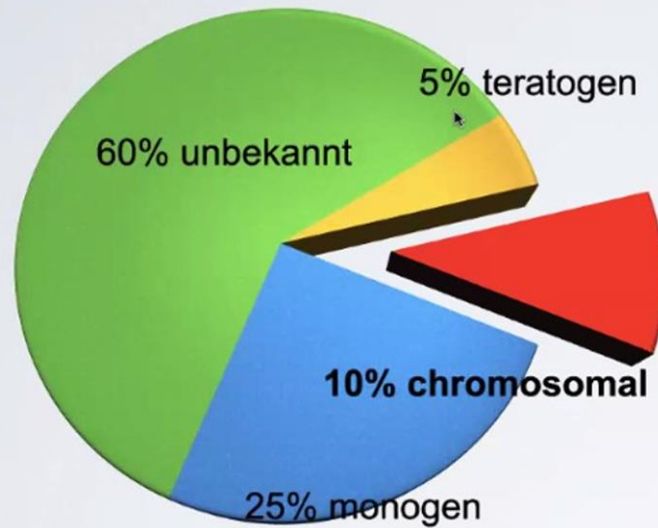
nach Srebniak et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51: 445–452

Altersabhängige Risiken für genetische Auffälligkeiten

Alter	Risiko für Trisomie 21	Risiko für klinisch relevante mikroskopische chromosomale Auffälligkeiten	Risiko für pathogene submikroskopische Auffälligkeiten, die zu syndromalen Krankheitsbildern führen	Gesamtrisiko für alle chromosomalen Auffälligkeiten (mikroskopisch und submikroskopisch)
20	1:2000	1:555	1:270	1:179 ↑
30	1:1111	1:384	1:270	1:159 ↑
35	1:400	1:178	1:270	1:108 ↑
40	1:117	1:63	1:270	1:51 ↑
45	1:35	1:19	1:270	1:17 ↑

nach Srebniak et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51: 445–452

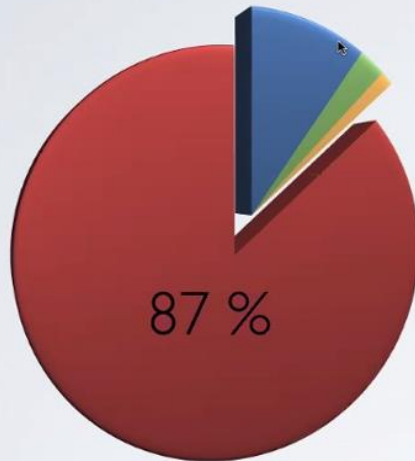
Fehlbildungen und Trisomie 21



Nur 5 % der Fehlbildungen sind durch Trisomie 21 verursacht

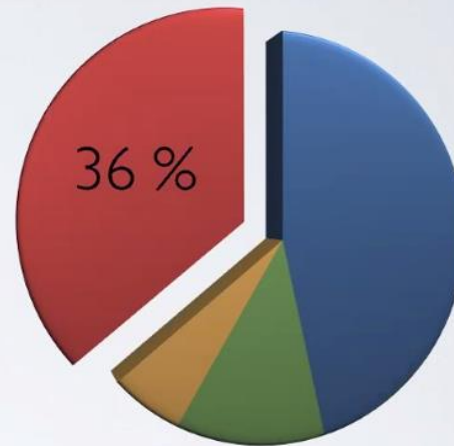
Diagnostic Dysmorphology*Aase

20 JAHRE
RISIKO INSGESAMT: 1 IN 122



- Trisomie 21
- Trisomie 18
- Trisomie 13
- Andere

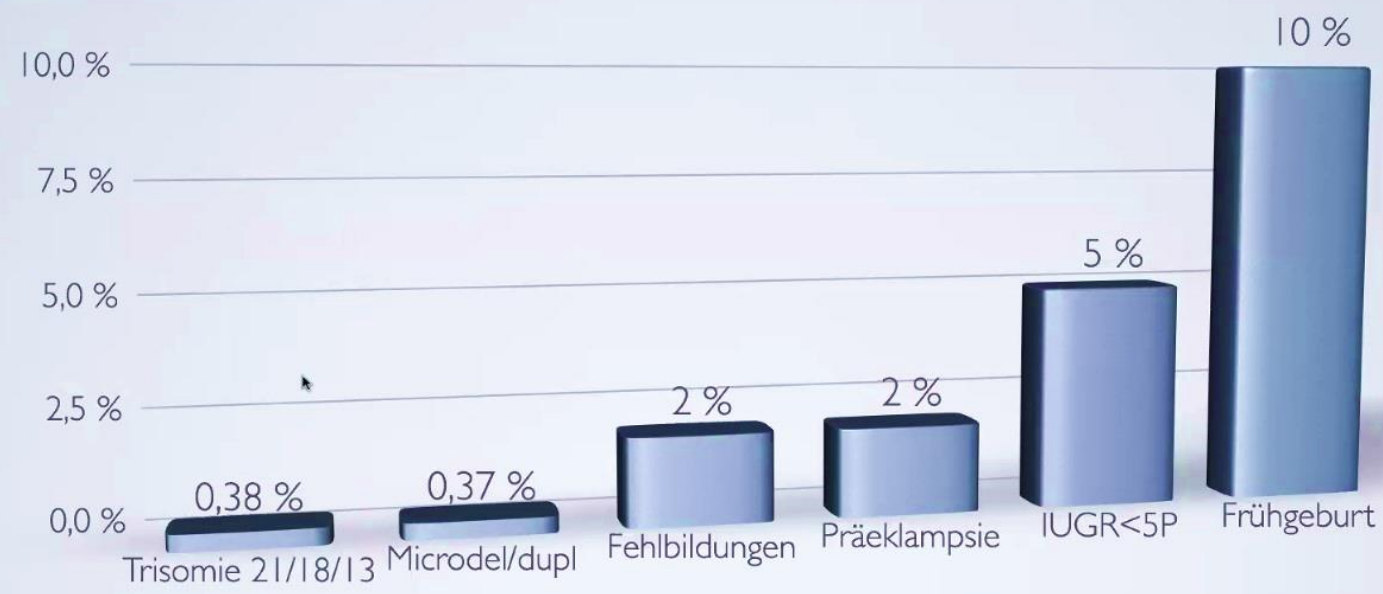
40 JAHRE
RISIKO INSGESAMT: 1 IN 40



- Trisomie 21
- Trisomie 18
- Trisomie 13
- Andere

Was wollen wir wissen?

Häufigkeit von Komplikationen (35 Jahre)

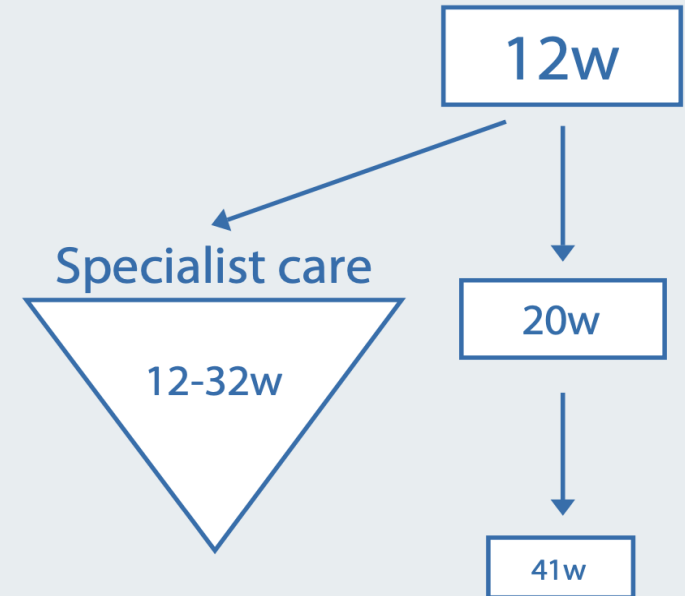
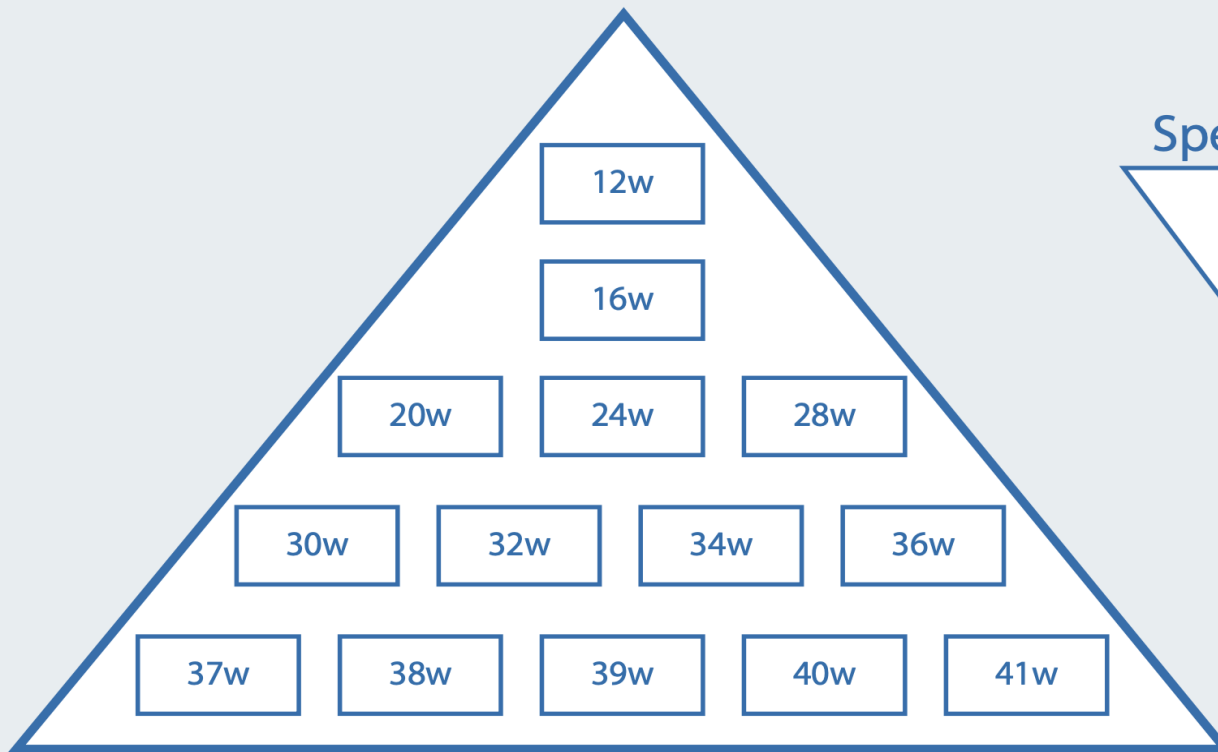


- Quellen:
- ACOG Practice Bulletin Number 226: Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities. Obstet Gynecol. 2020 Oct;136(4):e48-e69.
 - EUROCAT - European network of population-based registries for the epidemiological surveillance of congenital anomalies
 - AWMF-Leitlinie - Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie
 - AWMF-Leitlinie - Intrauterine Wachstumsrestriktion

K.O. Kagan, Dreiländertreffen 2021

Klassische SS-Betreuung stammt von den '30-er Jahren

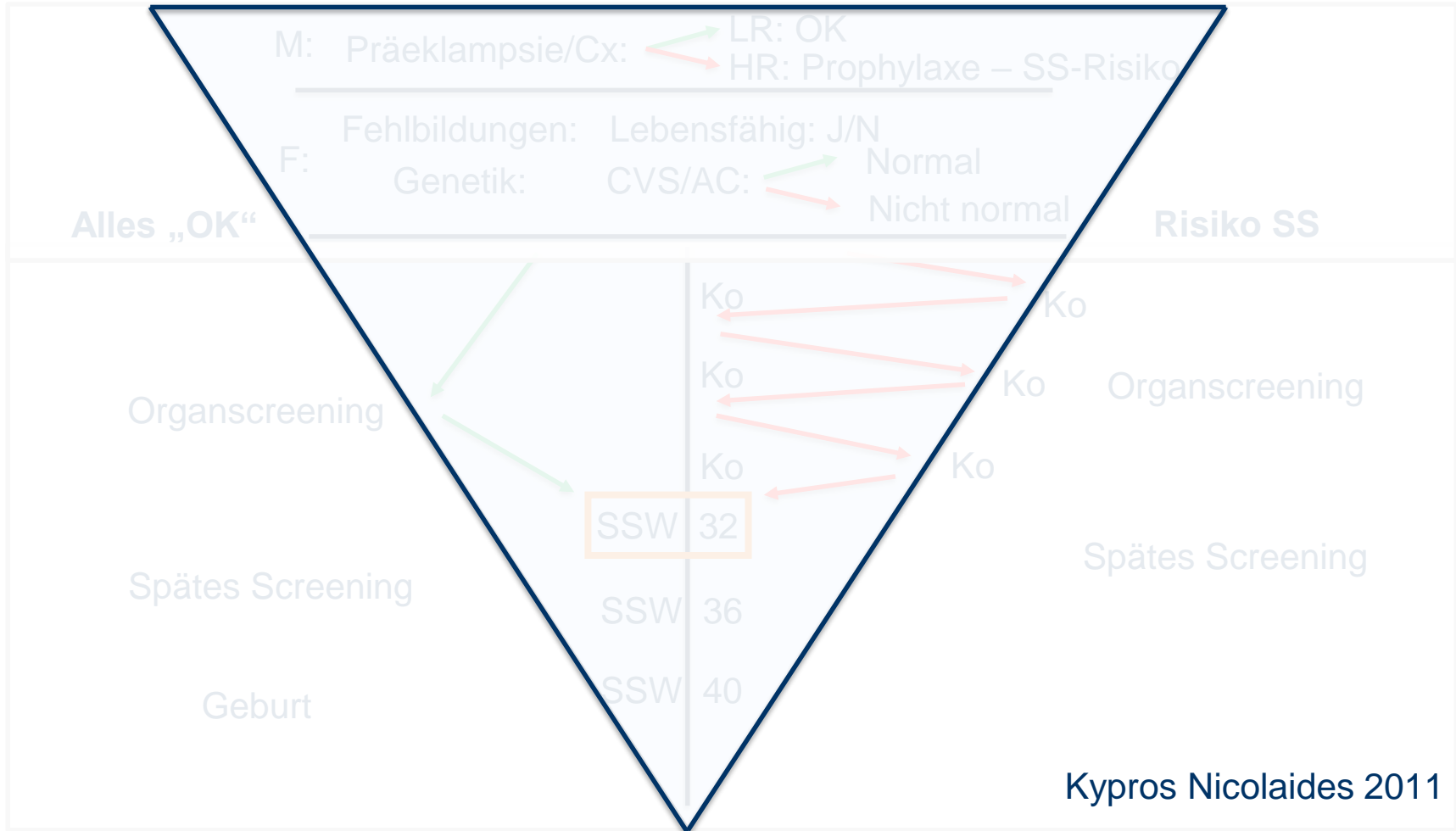
Turning the pyramid of pregnancy care



Frühgrav

ETS SSW 11-14

SSW 16-18



Kypros Nicolaides 2011

Organscreening

- SSW 20-22, Aussagekraft abhängig von Qualifikation des Untersuchers!
- detaillierte Ultraschalluntersuchung der wichtigsten Organe.

Es werden über 100(!) einzelne Messungen / Beurteilung von Organen durchgeführt.

Die Wichtigsten Gruppen sind:

- Herz, große Gefäße
 - Nieren und Harnblase
 - Zwerchfell
 - Bauchdecke
 - Gehirn, Rückenmark
 - Magen, Darm
 - Extremitäten
 - Gesicht
 - Blutversorgung, Wachstum
- bei einem **auffälligen Befund** stellt sich (erneut) die Frage nach einer genetischen Abklärung

Konsequenzen der PND

- **bei einer fetalen Auffälligkeit:**
 - *Therapieoptionen (Fetalchirurgie, Bluttransfusion, Fruchtwasserentlastungspunktion, ...)*
 - *Vorbereitung optimaler Bedingungen für die Geburt und postnataler Versorgung des Kindes*
 - *Entscheidung über Abbruch oder Fortführung der Schwangerschaft*
- **bei einer drohenden Frühgeburt:** Therapiemaßnahmen (Bettruhe, Tokolyse, intervencionelle Cerclage, Verlegung in ein Perinatalzentrum, ...)
- **bei einer Plazentainsuffizienz:** Wachstumskontrolle, Bestimmung des optimalen Entbindungszeitpunkts

ITT ÁTVESZEM ÉN

Schwangerschaft – vom schicksalhaften Geschehen zum gestaltbaren Lebensereignis?

- ob, wann und wie oft eine Frau schwanger wird, ist vermeintlich das Ergebnis bewusster Entscheidungen
 - wo, wie soll das Kind auf die Welt kommen, wen möchte ich dabei haben, was brauche ich für die Schwangerschaft, gehe ich arbeiten, ... ? **Welche Untersuchungen soll ich durchführen lassen?**
- Pränataldiagnostik (PND) ist ein Thema,
mit dem jede Schwangere konfrontiert ist

Wissen / Information über pränatalen Untersuchungen

- Beratung im Mutter-Kind-Pass verankert
- Problematisch in der Praxis:
 - Kapazitäten?
 - Beratungskompetenz des Arztes
 - Seitens der Schwangeren:
 - * Verständnis von Wahrscheinlichkeit („Risiko“)
 - * Sprachbarriere
 - * Basiswissen in Biologie/Medizin
- Beratung zur PND ist in Familienberatungsstellen und durch Hebammen möglich (Hebammengespräch erst im 2. Trimenon...)

Pränataldiagnostik und Schwangerschaftserleben



wenn **unauffällig**:

- Beruhigung
- Sicherheit (falsche?)

- manche Frauen können sich erst nach unauffälligem Ersttrimesterscreening auf die

Schwangerschaft einlassen

bei **auffälligen** Befunden:

- Verunsicherung
- Angst
- „alles anders“
- Entscheidung über weiteren Untersuchungen bzw. über Fortführung der Schwangerschaft

Auch, wenn der Befund aus medizinischer Sicht nicht dramatisch ist, sagen die meisten Frauen:

„*Ich kann die Schwangerschaft nicht (mehr) genießen*“ und machen sich Sorgen, ob ihre

Verunsicherung Auswirkungen auf das Kind hat.

Subjektive Gründe für die Inanspruchnahme von weiterführenden pränatalen Untersuchungen

- „gehört dazu“
- Beruhigung, um zu hören, es wäre alles in Ordnung
- bei Problemen rechtzeitig eingreifen zu können
- sich optimal auf die Geburt vorzubereiten
- um im Falle einer schwerwiegenden Auffälligkeit die Schwangerschaft abubrechen

Warum nehmen manche Schwangere keine weiterführende pränatale Untersuchungen in Anspruch?

- finanzielle Gründe
- „weil in der letzten Schwangerschaft alles in Ordnung war“
- Informationsmangel
 - Fallbeispiel Herzfehler („Organscreening reicht mir, weil ich mir keine Gedanken über Down-Syndrom machen will“)
- sie möchten keine Entscheidung über das Leben des Ungeborenen treffen, sie akzeptieren das Kind so, wie es kommt
 - Fallbeispiel Hydrozephalus (bewusst kein NT und OS, MuKiPass Ultraschall in SSW 27 massive Auffälligkeit)

Ob und wie PND von einer Schwangeren in Anspruch genommen wird, ist oft nicht das Ergebnis einer informierten Entscheidung.

Es gibt ein Recht auf Nichtwissen - diese sollte aber konsequent (und informiert) verfolgt werden!

Es wäre wünschenswert,
dass die Inanspruchnahme vorgeburtlicher
Untersuchungen
das Ergebnis eines autonomen
Entscheidungsprozesses wird

Autonomie nur dort, wo

- es **Wissen** über Handlungsalternativen und deren Konsequenzen gibt
 - welche Untersuchungen gibt es, Aussagekraft, mögliche Ergebnisse, Risiken, Grenzen, Zuverlässigkeit der Untersuchung/des Untersuchers
- die eigenen **Motive** zum Handeln einigermaßen bewusst sind
 - warum mache ich die Untersuchung und was erwarte ich mir davon?

Voraussetzung autonomer Entscheidungen bezüglich Inanspruchnahme von weiterführenden pränatalen Untersuchungen:

- Aufklärung (MedizinerInnen)
- Beratung (qualifizierte BeraterInnen)
- bewusste Auseinandersetzung (Schwangere)

Da die Konsequenzen auffälliger pränatalen Befunden dramatisch sein können, wäre eine gründliche Aufklärung mit ausreichend Zeit und Raum für Bedenken und begleitenden Gefühlen unerlässlich.

Wenn eine fetale Auffälligkeit festgestellt wird

***„Man denkt, dass die Untersuchung Routine ist,
aber auf einmal bleibt die Welt stehen“***

Gefühle in der Schockphase nach Befundmitteilung

Dissoziation („ich bin im falschen Film“)

Hoffnungslosigkeit

Impulse, das Kind loszuwerden

Monsterphantasien

Lähmung, Betäubung

Innere Distanzierung vom Kind

eingeschränkte Aufmerksamkeit

Druck, dass es etwas geschieht (*Aktionismus*)

Angst

Verzweiflung

Hoffnungslosigkeit



Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)

In einer akuten Krise können keine weitreichende Entscheidungen getroffen werden!

KRISENINTERVENTION

Ziel:

- emotionale Stabilisierung,
- Beendigung des Schockzustandes

—> Vorbeugung einer Posttraumatischen Belastungsreaktion

KRISENINTERVENTION NACH DIAGNOSEMITTEILUNG

- möglichst räumlich getrennt, trotzdem niederschwellig, RASCH
- Kontakt herstellen
- Reflexion der Situation (kognitiv und emotional)
- Halt geben („Containing“)
- Druck thematisieren, relativieren
- Einbeziehen des sozialen Umfelds – Ressourcen aktivieren
- Strukturieren

→ Eine Entscheidung über Abbruch/ Fortführung der Schwangerschaft sollte erst nach Abklingen des Schockzustandes bzw. nach Stabilisierung gestellt werden

→BEDENKZEIT

Wie geht es weiter?

- Entscheidung sollte sich möglichst auch nach Monaten, Jahren als stimmig, als „der kleiner Übel“ anfühlen - **ICH-KONFORMITÄT**
- Idealerweise ohne Zeitdruck
- Unter Einbeziehung der **Perspektive des Kindes** → Wie könnte sein Leben aussehen? Wie würde es ihm gehen? Wie wäre das für unsere Familie, für uns als Paar, für mich als Frau?
- **Wichtig:** Informationen über Prognose und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung sowie Erfahrungen von Ärzten und Betroffenen einholen

Auch, wenn man intuitiv vom ersten Moment an wissen glaubt, ob die Schwangerschaft weitergeführt wird, sollte man sich auf alle Alternativen einlassen!

—> weniger Schuldgefühle, Handlungsalternativen werden noch zu einem Zeitpunkt der Entscheidungsfreiheit durchgespielt

TE JÖSSZ, BENCE:

Strukturiertes Vorgehen unerlässlich!

Am besten soll die Aufklärung und die Erkennung von Problemen von Spezialisten erfolgen

bleibt aber zur Zeit ein unrealisierbaren Wunschvorstellung...

- Nicht Spezialisten sind oft von der Entdeckung einer Anomalie selber so überrascht, dass sie die Patientin und mit dem Fall in Kombination gebrachte Verantwortung, schnell von sich weisen wollen – die Patientin wird gedrängt sich weiter abklären zu lassen... - Druck...

Strukturiertes Vorgehen unerlässlich!

- Aufbauen von Vertrauen
 - Wir sind da zu helfen!
 - Wir kennen uns aus
 - Wir haben keine Vorurteile!
- Überprüfung der Zuweisung und Erstellung einer Diagnose
- Überreichen von schlechten Nachrichten
- Erklären von Befunde
- Befunde und Fakten ins Perspektive setzten

Strukturiertes Vorgehen unerlässlich!

- Überweisung an ein **Perinatalzentrum**
- dort: **Bestätigung/Präzisierung** eines Verdachts
- **Rekonstruktion des Aufklärungspfades** der Patientin – elementar um Fehlkommunikation aufzuklären und für die **Richtigkeit des Aufklärung** zu sorgen.
- *Besonders in Verbindung mit **NIPT** wird oft kommuniziert, dass wenn der Test unauffällig ist, ist der Fetus „gesund“ und es kann nichts mehr passieren!!!*

Strukturiertes Vorgehen unerlässlich!

- Erklären warum **zusätzliche Untersuchungsmethoden** erforderlich sind
- Einholen zusätzlicher Befunde (**MRT, ev. Genetik, ...**)
- Konsultation mit betreffenden **Fachspezialisten** (z.B. Kinderkardiologie, Herzchirurgie, Neuropädiatrie, Neonatologie...)
- Begleitung durch **PsychologIn/PsychotherapeutIn**

—> **Ausloten der Chancen und Prognose des Ungeborenen**

ITT MEGINT ÁTVESZEM

Was hilft bei der Entscheidungsfindung?

- Zeit und Raum
- wertfreie, akzeptierende Haltung
- Entschleunigung
- Information
- Kontakt zu Spezialisten, Selbsthilfegruppen

Was hilft nicht?

- ungefilterte Kommunikation eigener Wertvorstellungen und Einstellungen
- Schuldzuweisungen
- „Augen zu und durch“

Phase der Entscheidungsfindung mit psychologischer Begleitung

- Entscheidung kann nur nach dem Abklingen der ersten Schockphase getroffen werden (sollte sich möglichst auch nach Monaten, Jahren dem Abbruch als richtig anfühlen – Antizipation!)
- Idealerweise ohne Zeitdruck
- Diagnosemitteilung führt meistens zu starken **negativen Gefühlen** (Wut, Ohnmacht, Enttäuschung...) und zur **innere Distanzierung** zum Kind
 - diese negative Gefühle sollten thematisiert werden, aber **nicht als unreflektierte Gründe für einen Abbruch** dienen! Kein Abbruch, nur weil die momentane Situation nicht zum Aushalten ist! Durch deren Thematisierung und Zulassung wird auch das Wiederauftauchen von positiven Gefühlen ermöglicht („**du bist trotzdem mein Baby!**“)
 - Behutsame Annäherung, Entscheidungsfindung möglichst im Dialog mit dem Kind (subj. Erleben: Entscheidung nicht GEGEN sondern in Einvernehmen)
 - Beziehung reduziert Schuldgefühle!
- Unterschiedlichkeiten, Gemeinsamkeiten der Partner erarbeiten
- Umgang mit Geschwisterkinder, Kommunikation mit Angehörigen und im sozialen Umfeld (Was und wie sage ich und wem?)

Wenn die Entscheidung steht:

bei Fortführung der Schwangerschaft:

- Kontakt zur Spezialisten und Selbsthilfegruppen
- Weitere medizinische Schwangerenbetreuung
- weiterführende psychologische Unterstützung während der Schwangerschaft
- auch der „Normalität“ der Schwangerschaft Raum geben!
- Planung der Geburt und der Zeit danach

Wenn die Entscheidung steht

bei einem Schwangerschaftsabbruch:

- Termin für stationäre Aufnahme
- Information über Ablauf
- Unterstützung beim Kennenlernen und Verabschieden des Kindes und beim Schaffen von Erinnerungen
- Information über Bestattungsmöglichkeiten, Weitergabe von relevanten Kontaktdaten
- Planung weiterführender Unterstützung (Selbsthilfegruppen, Nachbesprechung, stützende klinisch-psychologische Gespräche, Psychotherapie)
- **Ziel:** das Kind soll integrierbar, ein Teil der Familie bleiben

Weitere Familienplanung nach einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch



- Bei guter Begleitung und ohne vorherigen Psychopathologie erleben Frauen/Paare zwar eine dramatische Zeit und tiefe Trauer, sind aber meistens nicht traumatisiert
- Zeit lassen für die Trauer - aber kein „idealer Zeitpunkt“ für eine nächste Schwangerschaft
- Weitere(s) Kind(er): nicht statt, sondern zusätzlich!
- Folgeschwangerschaft(en): Angst und ambivalente Gefühle sind natürliche Begleiter, psychologische Begleitung wirkt entlastend

Chancen der Pränataldiagnostik

- Entdeckung von Krankheiten, Fehlbildungen oder Auffälligkeiten und rechtzeitige Anwendung von Therapien
- Möglichkeit, die Geburt optimal planen zu können
- Möglichkeit, im Falle einer schweren Beeinträchtigung des Kindes die Schwangerschaft abzubrechen

Risiken der Pränataldiagnostik

- Verunsicherung
- Beeinträchtigung des Schwangerschaftserlebens
- Entscheidungssituation, Übernahme von Verantwortung und Entstehung von Schuldgefühlen (statt „in guter Hoffnung“ zu sein)

Botschaft der Pränataldiagnostik

- Die Natur macht manchmal Fehler – dafür trägt keiner die Verantwortung!
- Pränataldiagnostik kann viele von diesen Fehlern entdecken.
- Wir (Team Pränataldiagnostik, Spezialisten und PsychologInnen) ermöglichen den Familien die Informationen zu bekommen und zu verstehen, welche sie in die Position bringen Entscheidungen treffen zu können.
- Es müssen keine Entscheidungen getroffen werden.
- Sie werden bestmöglich begleitet egal wie sie sich entschieden haben

Erstes statt drittes Trimenon

Faktor: Zeit

Information statt Bevormundung

Faktor Selbstbestimmung

Qualitätssicherung

Faktor: Qualität

Danke