

**Wenn die gute Hoffnung stirbt-
Umgang mit dem Tod vor der Geburt...**

... aus geburtshilflicher Sicht

1958 wurde erstmals ein Fetus intrauterin sonographisch durch den Briten Ian Donald dargestellt.

1966 wurde erstmals eine Chromosomenanalyse präpartal durch Amniozentese möglich (Steele/Breg).

Seitdem hat die Pränataldiagnostik immense Fortschritte gemacht (u.a. 1987: Frühamniozentese durch Hanson etabliert) und macht diese weiter. – Nicht zu vergessen die heute möglichen präzisen und hochauflösenden Ultraschalluntersuchungen (Nackenfaltenbestimmung, Organfeinultraschall) oder auch die Bestimmungen verschiedener Hormone und Proteine (Bsp. β -HCG, PAPP-A) aus mütterlichen Blut zur Risikoberechnung einer ggf.'s gestörten Schwangerschaft. Durch diese und andere Diagnostika sowie der rasanten Entwicklung auf dem Gebiet der Pränataldiagnostik sind wir heute in der Lage viele Krankheiten, genetische Defekte oder Anomalien der Organe sowie deren Funktion beim Ungeborenen zu erkennen.

Dadurch bedingt werden wir heute zunehmend mit einer relativ jungen vorgeburtlichen Problematik konfrontiert: Zum einen sind wir in der Lage die werdende Mutter, bzw. die werdenden Eltern über mögliche oder wahrscheinliche postpartale kindliche „Defizite“ zu informieren, bis hin zur kindlichen infausten Prognose. Zum anderen werden dadurch die durch ärztliches Handeln notwendigen Eingriffe am Ungeborenen bis hin zum Fetozid indiziert.

Heute haben wir durch die pränataldiagnostischen Möglichkeiten eine so niedrige IUF-Rate (Intra Uteriner Fruchttod) wie nie zuvor. Wir können diagnostizieren und auch therapieren (Bsp: Gestationsdiabetes, HELLP-Syndrom, fetale Anämie u.v.m.).

Es entsteht eine Situation, in der der Verlust eines gesunden Ungeborenen nicht mehr alltäglich ist, die Beendigung einer Schwangerschaft aufgrund fetaler Schädigung aber schon.

Wie gehen Betroffene und medizinisches Personal mit dieser Situation um?

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke | <http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/>