

Priv.-Doz. Dr. Christiane Woopen

Institut für Geschichte und Ethik
der Medizin der Universität zu Köln

STELLUNGNAHME

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend am 16. Februar 2005**

Die folgende Stellungnahme beruht unter anderem auf Erfahrungen, die im Rahmen der seit dem 1. Januar 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten

Wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“

1. als Kooperation des Universitätsklinikums Bonn und der Evangelischen Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle des Diakonischen Werkes in **Bonn**,
2. als Kooperation der Schwangerschaftsberatungsstelle Frauen beraten/ Donum vitae Düsseldorf mit dem Schwerpunkt Pränataldiagnostik, der Praxis Pränatal-Medizin und Genetik Düsseldorf, Dres. Kozlowski, Stressig, Körtge-Jung, Hammer und dem Evangelischen Krankenhaus **Düsseldorf**,
3. als Kooperation des Universitätsklinikums Essen und der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle der AWO am Universitätsklinikum **Essen**

gesammelt wurden. Frau **Prof. Dr. med. Anke Rohde**, die diese Studie gemeinsam mit mir leitet und sie an der Universitätsfrauenklinik, Abteilung für Gynäkologische Psychosomatik koordiniert, trägt diese Stellungnahme mit.

Pränatale Diagnostik (PND) kann für schwangere Frauen und ihre Partner eine Beruhigung bedeuten. Sie kann für Ungeborene zu rechtzeitiger Therapie und bei gefährdeter Schwangerschaft zu einer Geburt am rechten Ort und zur rechten Zeit führen, damit das Neugeborene optimal ärztlich versorgt werden kann. Pränatale Diagnostik kann jedoch bei einem auffälligen Befund auch Trauer, Ängste und Verzweiflung mit sich bringen, und sie kann die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gemäß medizinischer Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) aufwerfen. In diesem Zusammenhang stellen sich vor dem Hintergrund der zur Diskussion stehenden Anträge unter anderem folgende zwei Fragen:

1. Welche Aspekte sind bei einem pathologischen pränataldiagnostischen Befund und bei der möglichen medizinischen Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch zu berücksichtigen, damit Frauen und Paare bei ihrer Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bestmöglich unterstützt werden und die eigentliche Indikationsgrundlage des § 218a Abs. 2 tatsächlich zur Geltung kommt?
2. In welchem Kontext sollte PND stattfinden und eingebunden sein, damit sich mögliche Konflikte und Belastungen von vorne herein so weit wie möglich vermeiden oder zumindest angemessen begleiten lassen?

zu 1:

Schwangere Frauen und ihr Partner, denen nach PND mitgeteilt wird, dass ihr ungeborenes - und in aller Regel gewünschtes (!) Kind – krank oder behindert sein wird, geraten zunächst in eine Art **Schock**. Trauer, Verzweiflung, Unsicherheit und das Gefühl hin- und hergerissen zu sein stehen bei der schwangeren Frau in ihrem Erleben im Vordergrund. Das bedeutet, dass erst einmal die emotionale Grundlage dafür geschaffen und wiederhergestellt werden muss, damit die Frau und das Paar für die medizinischen Belange und die Tragweite der Krankheit, Behinderung oder Entwicklungsstörung aufnahmefähig sind. Eine psychosoziale Beratung ist im Erleben der an der Studie teilnehmenden beratenen Frauen hier eine wertvolle Hilfe – vorausgesetzt, sie findet in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur ärztlichen Mitteilung des Befundes statt.

Sollte sich die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gemäß medizinischer Indikation stellen, muss sich die Frau darüber klar werden, ob sie sich durch die Versorgung des kranken oder behinderten Kindes gesundheitlich gefährdet sieht. Dazu muss sie detailliert **über die infragestehende Art, Bedeutung und Tragweite der kindlichen Gesundheitsstörung aufgeklärt und beraten werden**, was nur durch einen Arzt¹ erfolgen kann, der mit der Versorgung derart betroffener Kinder vertraut ist (z.B. Neurologe, Kinderarzt, Kinderherzchirurg ...). Im Rahmen der Studie gibt ca. jede vierte Frau 6 Monate nach PND und Beratung an, dass sie sich mehr Auskünfte über Auswirkungen z.B. einer chromosomalen Anomalie gewünscht hätte – ein Befund, der anzeigt, dass die interdisziplinäre ärztliche Aufklärung und Beratung weiterentwickelt werden muss. Darüber hinaus können die Erfahrungen anderer Familien mit gleichartig betroffenen Kindern hilfreich sein – ein Angebot, das von Frauen und Paaren allerdings in der Regel erst nach ihrer Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft angenommen wird.

In Kombination mit den medizinischen Informationen über den Zustand, die Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose des Ungeborenen empfinden es die meisten Frauen als besonders hilfreich, bei der **psychosozialen Beratung** einen „neutralen Platz“ für ihre Entscheidungsfindung und die Planung des weiteren Vorgehens zu finden. Sie geben an, dass ihnen daneben insbesondere der Raum für Gefühle, das persönliche Verständnis der Beraterin und das Angebot weiterer Unterstützung durch die Beraterin (meistens kommt es tatsächlich zu Mehrfachberatungen) eine Hilfe war. Dieses Studienergebnis macht deutlich, dass psychosoziale Beratung selbst bei ausreichender zeitlicher Verfügbarkeit und Qualifikation des Arztes einen eigenständigen Wert mit einem eigenen professionellen Profil und Verantwortungsbereich hat, der integrativer Bestandteil der pränataldiagnostischen Versorgung sein sollte. Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass mehr als jede fünfte Frau bei den katamnestischen Erhebungen angibt, dass sie sich noch häufig mit Themen der erfolgten psychosozialen Beratung gedanklich beschäftigt, sowie dadurch, dass die hohe Zufriedenheit und positive Einschätzung der Beratung über die Zeit anhält und jede (!) Frau einer anderen Betroffenen eine psychosoziale Beratung nach Mitteilung eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes empfehlen würde. Die Erfahrung zeigt darüber hinaus, dass die langfristige Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs nach

¹ Der Lesbarkeit halber wird auf die Nennung immer auch der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind Ärztinnen ebenfalls gemeint.

psychosozialer Beratung, bei ausreichender Zeit für eine Vorbereitung auf den Abbruch und bei Gestaltung eines angemessenen Abschieds vom Kind besser verläuft. Leider ist vielen Frauen das für sie kostenlose Angebot der psychosozialen Beratung nach § 2 SchKG noch nicht bewusst. Ärzten, die PND durchführen, kommt hier eine besondere Verantwortung bei der Vermittlung einer solchen Beratung zu. Die Erfahrung zeigt, dass ein rein formaler Hinweis auf die Beratungsmöglichkeit allein nur wenige Frauen erreicht und motiviert. Die Kenntnis der Professionalität psychosozialer Beratung und die eigene Überzeugung des Arztes, dass diese Beratung seiner Patientin tatsächlich helfen und ihn selbst darüber hinaus entlasten kann, spielen für die **Inanspruchnahme des Beratungsangebotes** durch die schwangeren Frauen und Paare eine herausragende Rolle. Im Rahmen der Modellprojekte zeigt sich, dass diese ärztliche Überzeugung mit der zunehmenden Erfahrung, dass Patientinnen durch psychosoziale Beratung in verschiedenen Hinsichten (Entscheidungsfindung, Trauerarbeit, Abschied vom Kind, Vermittlung von Hilfen bei Austragen des Kindes usw.) wirksam geholfen werden kann, erheblich zunimmt. Demgegenüber würde eine Bindung der Kostenübernahme für eine PND an eine psychosoziale Beratung im Falle eines pathologischen Befundes das Arzt-Patientin-Verhältnis eher belasten: Der Arzt würde die Patientin aus ökonomischen Gründen zur Inanspruchnahme dieser Beratung drängen statt sie aus Überzeugung dazu zu motivieren.

Wünscht die Frau nach sorgfältiger Überlegung einen Schwangerschaftsabbruch, stellt sich die Frage, ob tatsächlich eine **medizinische Indikation** gegeben ist. Berücksichtigt man, dass es in aller Regel eine für die Zukunft – nämlich die Zeit nach der Geburt – prognostizierte seelische Gesundheitsgefährdung der Frau ist, die die Grundlage einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bildet, ist zu klären, welche Kompetenzen ein Arzt haben muss, um diese Indikation zu stellen. Es liegt nahe, diese Kompetenzen in erster Linie bei Psychiatern und ärztlichen Psychotherapeuten vorauszusetzen. Eine Kommission kann dies nicht leisten. Sie kann einem indikationsstellenden Arzt allenfalls beratend zur Seite stehen, z.B. bei der Frage, welche zumutbaren Alternativen es für die Abwendung der gesundheitlichen Gefahr für die Schwangere in ihrer konkreten Situation geben könnte - zumeist werden diese Hilfen jedoch nichtmedizinischer Art sein. Eine Indikationsstellung, die schon durch die fachliche Zuständigkeit eindeutig die gesundheitliche Situation der Frau in den Vordergrund der Betrachtung stellt, würde zudem deutlich unterstreichen,

dass es nicht schon die Krankheit oder Behinderung des Kindes ist, die den Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt.

Auch in **Haftungsfragen** („Kind als Schaden“-Problematik) könnte der eigentliche Rechtfertigungsgrund des § 218a Abs. 2 StGB deutlicher zum Ausdruck gebracht werden, ohne dass die Haftung des Pränataldiagnostikers für fehlerhafte Aufklärung oder medizinische Leistungen eingeschränkt werden müsste. Vor dem Hintergrund der medizinischen Indikationsgrundlage wäre zu prüfen, ob sich die Haftung ausschließlich auf die gesundheitliche Schädigung der Frau beziehen ließe. Besondere Belastungen, die ihr und der Familie aus der Versorgung des kranken oder behinderten Kindes entstehen, sollten auch ohne Gerichtsverfahren im Verantwortungsbereich der Gesellschaft liegen. Auch wenn es keine große Anzahl von Fällen der Haftungsrechtsprechung ist, die in der Öffentlichkeit diskutiert werden, zeigt die Diskussion, dass es in der öffentlichen Wahrnehmung einen hochproblematischen Akzent in Richtung embryopathischer Indikation setzt, dass der Arzt für den Unterhalt des *Kindes* zuständig wird.

Die skizzierten Aspekte machen deutlich, wie wichtig es für die Frauen und Paare nach der Mitteilung eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes ist, dass sie ausreichend Zeit für Gespräche und Beratungen sowie für ihre Entscheidungsfindung haben. Diese **Bedenkzeit** erfüllt ihre Funktion zwischen der Mitteilung des Befundes und einer möglichen Indikationsstellung deutlich besser als zwischen der Indikationsstellung und der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches.

zu 2:

Das hohe Konfliktpotenzial, das PND gerade im Hinblick auf einen möglichen Schwangerschaftsabbruch für einige Frauen und Paare mit sich bringt, sowie der Schutz des ungeborenen Kindes und die Vermeidung sog. Spätabbrüche nach Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes machen eine Einbettung der PND in einen fachlich hochqualifizierten Kontext erforderlich. In diesem müssen die je nach Einzelfall einschlägigen medizinischen Fachdisziplinen sowie psychosoziale Beratungskompetenz zur Verfügung stehen. Ein solcher Kontext ist am ehesten in einem **Zentrum** zu gewährleisten.

Entsprechende **Qualitätsanforderungen** sind nicht nur an die Durchführung der PND zu stellen, sondern auch schon an die **ärztliche Aufklärung und Beratung vor der Durchführung** von PND. Fast die Hälfte der an der Studie teilnehmenden Frauen gibt an, dass sie durch den Arzt überhaupt nicht oder nicht ausreichend vor PND über die möglichen Konsequenzen aufgeklärt wurden.

Über eine entsprechend qualifizierte ärztliche Aufklärung und Beratung hinaus kann **psychosoziale Beratung** auch hier für einige Frauen und Paare eine große Hilfe sein, insbesondere wenn sie sich für oder gegen eine weiterführende Diagnostik entscheiden müssen. Immerhin würden die meisten Studienteilnehmerinnen im Rückblick anderen Betroffenen eine solche Beratung auch schon *vor* PND empfehlen, obwohl sie sie selbst in der Regel nicht erfahren haben.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass eine verstärkte Einbindung psychosozialer Beratung in die pränataldiagnostische Versorgung schwangerer Frauen und ihrer Partner die Frage nach der **Finanzierung** aufwirft. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen haben schon jetzt zum Teil große Finanzierungsprobleme, da auch nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes ein nicht unerheblicher Teil der notwendigen Mittel nicht als staatliche Unterstützung gewährleistet wird und z.B. über Spenden eingeworben werden muss. Dasselbe Problem entsteht bei der ärztlichen Vergütung für ausführliche und damit zeitintensive Aufklärung und Beratung.