



beraten - schützen - weiter helfen

Stellungnahme  
Zur öffentlichen Anhörung  
„Konfliktsituationen während der Schwangerschaft“  
Am 16. März 2009 Berlin, Paul-Löbe-Haus

Rita Klügel  
Volkhartstraße 5  
86152 Augsburg

FON: 0821/ 450 88 88  
FAX: 0821/ 450 88 91  
[Kluegel-projekt@donumvitae-augsburg.de](mailto:Kluegel-projekt@donumvitae-augsburg.de)  
[www.donumvitae-augsburg.de](http://www.donumvitae-augsburg.de)

Diplompädagogin Univ.  
Moderatorin Interprofessionelle Qualitätszirkel

Modellprojektmitarbeiterin:

- Modellprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ 2002-2007.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Fortbildungcurriculum Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ 2003-2005
- Starthilfeprojekt Aktion Mensch  
“Psychosoziale Beratung im Kontext von pränataler Diagnostik und bei zu erwartender Behinderung“ *donum vitae* Bundesverband 2003-2008
- Projektleiterin „Unter anderen Umständen schwanger“ PND-Kooperationsprojekt der Lebenshilfe e. V. Landesverband Bayern, Landesverband Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V., DONUM VITAE in Bayern e.V. 2005 - 2009

**donum vitae**

zur Förderung des  
Schutzes des mensch-  
lichen Lebens e.V.

**Vorsitzende:**  
Rita Waschbüsch

**Bundesverband**

Breite Straße 27  
53111 Bonn

Fon: 0228 / 386 7343  
Fax: 0228 / 386 7344

[info@donumvitae.org](mailto:info@donumvitae.org)  
[www.donumvitae.org](http://www.donumvitae.org)

**Spendenkonto**

**donum vitae e.V.**  
Kontonummer 1414  
Pax-Bank eG Köln  
BLZ 370 601 93

**Spendenkonto**

**donum vitae Stiftung:**  
Kontonummer 101 666 000  
Dresdner Bank AG  
BLZ 500 800 00

## **Einstieg**

Gespräche über Konfliktsituationen während der Schwangerschaft gehören zu meinen täglichen Arbeitsanforderungen als Beraterin einer staatlich anerkannten Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen bei *donum vitae* in Bayern. Ich habe seit 2003 an unterschiedlichen bundesweiten Modellprojekten teilgenommen und mich praktisch an mehreren Studien zur Verbesserung der Beratung existentieller Konfliktsituationen von Patientinnen/Klientinnen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik beteiligt sowie eine spezialisierende Weiterbildung für diese Arbeit abgelegt.

Meine Stellungnahme habe ich methodisch nach der Arbeitsweise „Interprofessioneller Qualitätszirkel“ (Modellprojekt der BZgA „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ 2005 bis 2007, Standort Augsburg) aufgebaut.

In einer Problemliste halte ich Fragen, Schwierigkeiten und Zustände fest, orientiert am Fragenkatalog zur Anhörung sowie aus gesammelten Praxiserfahrungen vieler Kolleginnen der Beratungsstellen, die in diesem Schwerpunkt arbeiten. Danach stelle ich Überlegungen und Vorschläge zusammen, die geeignet sind, die Qualität der Beratung in individuellen Konfliktsituationen zu verbessern. Die daraus folgenden notwendigen Handlungsleitlinien können nach Verabschiedung einer Gesetzesvorlage in interprofessionellen Fachgremien erarbeitet und auf die örtlichen Gegebenheiten abgestimmt werden. Im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens sind Handlungsleitlinien als eine Art konkrete Durchführungsbestimmungen zu verstehen. Gleichzeitig ist auch an die Ausgestaltungsmöglichkeiten der Mutterschaftsrichtlinien zu denken.

## **Wie finden schwangere Frauen ihren Weg zu Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik (PND)?**

Eine gewünschte Schwangerschaft ist ein herausragendes Ereignis im Leben einer Frau und ihres Partners. Hier werde ich den Focus in erster Linie auf die Frau richten. Eine systemische Sichtweise ist notwendig, muss jedoch für diesen kurzen Einstieg unberücksichtigt bleiben. Die schwangere Frau sucht durch Vorsorgeuntersuchungen nach Bestätigung, dass alles in Ordnung ist, ihr Baby gesund ist. Hier ist die „gute Hoffnung“ verankert. Jedoch ist es fatal, dass die werdenden Mütter genau mit dieser Haltung in eine unvorbereitete, existentielle Entscheidungssituation geraten können, die dann im Schockzustand erlebt wird und bei fast allen Frauen zu dissoziativer Wahrnehmung und ebensolchen Verhaltensweisen führt. Es zeigt sich immer wieder, dass betroffene Frauen in diesem Zustand nicht mehr wahrnehmen, was ihnen mitgeteilt wird.

Nach Diagnoseeröffnung kommt dann ein Prozess in Gang, der von Schwangeren und deren Partner als Zwang sich entscheiden zu müssen erlebt wird, der auch keine Rückkehr zu einer Situation vor Diagnoseeröffnung zulässt. Einige sehen in der schnellen „Flucht nach vorne“ eine Lösungsmöglichkeit diesem Dilemma zu entfliehen. Auch wenn Unterstützung aus der Familie gegeben ist, liegt die Konsequenz und die Hauptbelastung der Entscheidung auf den Schultern der Frau.

Folgen der PND, die Frauen nennen:

- Den Belastungen, die das Leben mit einem behinderten Kind mit sich bringen, nicht gewachsen zu sein.
- Einen späten Schwangerschaftsabbruch, d.h. eine künstlich eingeleitete Geburt und gegebenenfalls einen Fetozid erleben zu müssen.
- Nach dem Abbruch keine Unterstützung bei der Verarbeitung des Erlebten zu erhalten.

- Eine Krise im Selbstbild zu erleben - als Frau versagt zu haben, nicht einmal das Natürlichste der Welt, ein gesundes Kind zu bekommen, zu schaffen.
- Aus dem sozialen Umfeld den Satz zu hören „warum hast du **das** denn bekommen?“
- Mit der Ungewissheit zu leben, eventuell ein gesundes Kind abgetrieben zu haben.
- Mit dem Problem nicht vermeidbarer Schuldgefühle zu leben, sowohl wenn sie sich für als auch wenn sie sich gegen das Kind entscheiden.
- Die Angst, die Verantwortung für ein behindertes Kind alleine zu tragen, falls die Partnerschaft scheitert.
- Mit einem behinderten Kind von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden.

Manche Frau bildet in diesem Entscheidungsprozess ein Trauma aus, das sie ein Leben lang begleitet und ebenso pathologische Trauerverläufe nach sich zieht.

Zitat aus einem Leserbrief vom 3. März 2009 (Augsburger Allgemeine): „Wo bleibt der Respekt vor den Eltern, die sich dafür entscheiden das Leben sprichwörtlich so zu nehmen und zu bewältigen, wie es kommt? Und: Welche Narben auf der Seele eventuell zurückbleiben, wenn man sich bewusst gegen ein behindertes Kind entschieden hat, interessiert keine Beratungsstelle, geschweige denn Pränatal-Diagnostiker nach vollzogener Abtreibung doch nicht mehr!“ [sic!]

## **Erfahrungen der psychosozialen Beratungspraxis**

### **Problemliste**

Bei der allgemeinen psychosozialen Beratung sind deutlich die Veränderungen in der medizinischen Schwangerenvorsorge hin zu immer vielfältigeren Kenntnissen über den Gesundheitszustand des Ungeborenen zu beobachten, die zunehmend auch die Inhalte von psychosozialen Beratungsgesprächen verändern. werdende Mütter nehmen pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden in Anspruch in der Hoffnung, sich die Gesundheit ihres gewünschten Kindes bestätigen zu lassen. Dies entsteht zum Einen aus ihrem eigenen Wunsch nach einer solchen Bestätigung, aber auch aus den drängenden Nachfragen des sozialen Umfeldes, ob schon alle Angebote der Pränataldiagnostik seitens der Ärztin, des Arztes empfohlen und von der Schwangeren wahrgenommen wurden. Zusätzlich entsteht durch IGEL Leistungen Druck auf die Schwangeren, denn keine werdende Mutter lehnt eine ärztliche Empfehlung, auch wenn sie kostenpflichtig ist, leichten Herzens ab.

**Es besteht also ein latenter Zwang, Pränataldiagnostik in Anspruch zu nehmen.**

Schwangere und deren Partner verfügen inzwischen, bedingt durch Elternmagazine und die Möglichkeiten des Internets, über detaillierte medizinische Informationen, nehmen aber andererseits die angebotenen Untersuchungsmethoden dennoch in Anspruch, ohne über deren Folgen im Falle eines auffälligen Befundes nachzudenken. Dies führt sogar dazu, dass Eltern Pränataldiagnostik vom Arzt einfordern.

**Damit üben werdende Eltern auch Druck auf Ärztinnen und Ärzte aus.**

Bei einer positiven Diagnose erhielt jede mir bekannte schwangere Klientin entweder aus dem persönlichen Umfeld oder aus medizinischen Fachkreisen das „tröstende“ Angebot, sie müsse das Kind nicht zur Welt bringen. Dieser Hinweis zur Lösung der individuellen Konfliktlage

ist aus dem persönlichen Umfeld heraus verständlich. Eine solch gut gemeinte persönliche Erstreaktion von Seiten der Ärztin, des Arztes verhindert jedoch den Blick in eine andere Richtung, da die betroffenen Frauen die Mediziner als Fachautoritäten wahrnehmen, denen sie vertrauen wollen. Das Gespräch über die Fortführung der Schwangerschaft mit einer Totgeburt am Ende oder mit der Zukunftsperspektive ein Kind mit Behinderung in die Familie aufzunehmen, kommt hier zu kurz. Ein solches Versäumnis kann weit reichende Folgen auslösen. Und dies geschieht unabhängig von der diagnostizierten Behinderung; jedoch merke ich an, dass eine *geistige gegenüber der körperlichen* Behinderung immer als schwerwiegender beschrieben und erlebt wurde.

**Solche ersten Lösungsangebote setzen einen Automatismus von Diagnose und Abbruch in Gang, ohne alternative Überlegungen zuzulassen.**

Eine ganzheitliche, umfassende und unabhängige Beratung in schweren existenziellen Entscheidungssituationen, die gerade nach einer Diagnosemitteilung über eine Erkrankung des Ungeborenen angezeigt ist, ist im Moment von zufälligen Gegebenheiten, wie zum Beispiel vom Wohnort der Schwangeren, von der Einstellung des Pränataldiagnostikers sowie seinen Fähigkeiten, für eine psychosoziale Beratung zu motivieren oder einen Kontakt dorthin zu knüpfen, oder einfach vom „good will“ der Ärztinnen und Ärzte abhängig. Es kann also sein, dass die Frau aus G. weniger Informationen, weniger Beratung und Begleitung bekommt als eine Frau aus B, und mit ihren Sorgen und Ängsten im Extremfall alleine bleibt. **Diese Gegebenheiten zeigen die Problematik der momentanen Beliebigkeit einer umfassenden Beratung auf.**

Der bisher im § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz benannte Anspruch auf eine unabhängige, psychosoziale Beratung wird von den meisten niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie den Pränatalmedizinerinnen nicht bekannt gemacht; wie schon angesprochen auch dann nicht, wenn nach Diagnostik ein Befund bekannt ist. Wissenschaftlich belegt wurde aber, dass psychosoziale Beratung auch eine Entlastung für Ärzte sein kann. (A. Rohde, Ch. Woopen 2007) Es bleibt die Frage offen, warum Ärztinnen und Ärzte diese Entlastung nicht in Anspruch nehmen.

Kontakte mit Ärzten bringen folgende Gründe zur Sprache:

- Ärzte vermuten hinter der gesetzlich genannten Zielorientierung „zum Schutz des ungeborenen Lebens“ eine direktive Beratung, die schwangere Frauen zu einer Entscheidung überredet.
- Ärzte wissen immer noch zu wenig über Inhalte psychosozialer Beratung; sie können daher auch nicht vermitteln, was in einem psychosozialen Beratungsgespräch thematisiert wird.
- Ärzte können sich nur eine Weiterverweisung an Beraterinnen vorstellen, deren Kompetenz ihnen bekannt ist und die sie persönlich kennen.
- Ärzte teilen mit, dass betroffene Frauen es als Stress erleben würden, eine weitere Institution aufzusuchen. Nach Aussagen derselben Ärzte ist dies bei einer interdisziplinären Weiterverweisung zum Beispiel an einen Kinderkardiologen nicht der Fall.
- Unter dem Zeitdruck des Klinik- oder Praxisalltages geben Ärzte immer wieder zu, den schon als sinnvoll erkannten Hinweis auf eine psychosoziale Beratung zu vergessen.

**Hier werden trotz vielfältiger Information der Mediziner durch psychosoziale Beraterinnen ein Informationsdefizit der Ärzte sowie die Hürden des derzeitigen Rechtsanspruches auf psychosoziale Beratung deutlich.**

Auch bei den Schwangeren selbst ist der Anspruch auf eine unabhängige psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik noch immer weitgehend unbekannt. Dies gilt für die Situation *vor* einer Pränataldiagnostik in gleichem Maße wie für die Wartezeit auf ein Ergebnis wie auch auf die spezialisierten Angebote *nach* einem Befund.

**Insbesondere in einer Situation, die von existentiellen Stress, Dissoziation, Verzweiflung und Angst vor der Zukunft geprägt ist, kann diese Unkenntnis nicht ohne Unterstützung überwunden werden.**

Die durch medizinischen Befund ausgelöste existentielle Konfliktsituation kann weder durch einen Schwangerschaftsabbruch noch durch die Geburt eines Kindes mit Behinderung dauerhaft und vollständig bewältigt werden. Wurde vor der Entscheidung kein psychosoziales Beratungsangebot in Anspruch genommen, wird die Patientin aus der gynäkologischen, pränataldiagnostischen medizinischen Beratung oftmals ohne weitergehende Hilfsangebote entlassen. Schwangere Frauen sind aber nicht nur Patientinnen, sondern werdende Mütter, Partnerinnen, Töchter, Freundinnen, Menschen mit Körper **und** Geist **und** Seele; sie benötigen daher andere konkrete, sie unterstützende Beratungs- und Hilfsangebote, nach denen sie in diesem Fall selbstständig suchen müssen.

**Daher ist der Hinweis auf die Möglichkeit psychosozialer Beratung vor der Entscheidung unerlässlich.**

Medizinische und psychosoziale Beratung gehen von sehr unterschiedlichen zeitlichen Strukturen und Setting-Möglichkeiten aus. Sind für Ärztinnen und Ärzte durchaus auch wirtschaftliche Aspekte bei der Terminierung von Bedeutung, so sind die staatlich geförderten Beratungsstellen bei der zeitlichen Vergabe von Terminen ihren personellen Möglichkeiten entsprechend unabhängig. Ein psychosoziales Beratungsgespräch wird mindestens mit einer Stunde angesetzt und die Anzahl an Folgeberatungen unterliegt nicht einem Praxisbudget sondern dem Bedarf der Frau, des Paares.

## **Konfliktlösungsversuche Qualitätsmerkmale**

Psychosoziale Beratung ist **ein** Element eines Schutzkonzeptes bei Konflikten während der Schwangerschaft. Sowohl der Gesetzgeber als auch Beraterinnen haben seit 1995 mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz einen nachweisbaren positiven Erfahrungshintergrund, auf den erneute gesetzliche Verbesserungen aufgebaut werden können. Ich befürworte dies eindeutig.

Viele wissenschaftliche Studien wurden in den letzten zehn Jahren zum Thema durchgeführt. Einige Beispiele sollen hier genannt werden:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Entwicklung von Beratungskriterien zur Beratung von Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ 1998-2001
- Modellprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ 2002-2007.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik, Evaluation der Modellprojekte Bonn, Düsseldorf, Essen“ 2002-2005

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
„Fortbildungscurriculum Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“  
2003-2005
- Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
„Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik“ 2004-2006

Hier wurde viel Geld investiert, und es liegen seit Jahren umsetzbare Erkenntnisse vor, deren Umsetzung sich jedoch ohne gesetzlich regelnde Unterstützung bisher nicht erreichen ließ. Die drei gemäß wissenschaftlichen Studien und der Praxiserfahrungen mit Frauen und Paaren wichtigsten Punkte zur Verbesserung der Beratungsqualität in der psychosozialen Beratung greife ich heraus.

### **Interprofessionelle Beratung**

Die oben skizzierten Konfliktsituationen zwingen die betroffenen Schwangeren mit ihren Familien in eine Entscheidungssituation, die sie in ihrer gesamten Persönlichkeit fordert. Wenn dies von Fachkräften unterschiedlicher Professionen ernsthaft gewürdigt wird, so muss konsequenter Weise als einzige qualitativ adäquate Lösung eine interprofessionelle Beratung angestrebt werden. Dies kann nur durch einen verbindlichen Hinweis der Ärztin, des Arztes, besser noch durch eine direkte Vermittlung an eine staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen mit nachweisbarer Schwerpunktkompetenz, erreicht werden. Dabei ist es notwendig, dass alle beteiligten Fachkräfte die eigenen professionellen Grenzen erkennen und anerkennen. Zu Gunsten der Patientinnen/Klientinnen müssen Fachkräfte Konkurrenzsituationen überwinden und eine persönliche Zusammenarbeit anstreben. Bei der Beachtung der eigenen Grenzen geht es nicht nur um fachliche Grenzen, sondern auch um die jeweiligen zeitlichen Kapazitäten. Gerade psychosoziale Beratungsinhalte, die den Kern des Konfliktes einer medizinischen Indikation treffen, benötigen viel Zeit.

Beispielhaft skizziere ich einen interprofessionellen Beratungsverlauf:

- Erstkontakt zur anerkannten Schwangerenberatungsstelle
- Information über die Regelungen der Schwangerenvorsorge, da es sich um eine Frau aus einem anderen Kulturkreis handelt.
- Kontaktaufnahme zu einem niedergelassenen Gynäkologen
- Weiterbegleitung der Schwangeren an der Beratungsstelle bei rechtlichen und finanziellen Fragen
- Das Alter der Schwangeren veranlasst den Frauenarzt eine Fruchtwasseruntersuchung zu empfehlen. Direkte Verweisung zum Pränataldiagnostiker.
- Der Pränataldiagnostiker verweist zurück an die Schwangerenberatungsstelle, da er bei der Entscheidung für oder gegen eine Fruchtwasseruntersuchung eine starke Ambivalenz der Schwangeren feststellt. (Pränataldiagnostiker und Beraterin sind sich persönlich fachlich bekannt)
- Mit Einwilligung der Schwangeren kommt es zu einem Kontaktgespräch des Pränataldiagnostikers und der Beraterin der Schwangerenberatungsstelle. Die werdende Mutter lehnt Fruchtwasseruntersuchung ab.
- Auch der Gynäkologe wird darüber informiert
- Gynäkologe verweist bei der nächsten Vorsorgeuntersuchung weiter an die schon involvierte Klinik zur erneuten Abklärung, da zu wenig Fruchtwasser vorhanden ist.

- Der Pränataldiagnostiker diagnostiziert eine schwere Unterversorgung des ungeborenen Babys und spricht eine Sectio an nächsten Tag an. Die Schwangere gerät in Panik und lehnt jegliches weitere Gespräch und Untersuchungen ab.
- Der Pränataldiagnostiker nimmt direkt Kontakt mit der involvierten Beraterin auf und bittet sie in die Klinik zu kommen. In einem Gespräch zwischen Pränatalmediziner, Kinderärztin, Beraterin und der schwangeren Frau wird eine Lösung gefunden. Dabei macht der Pränatalmediziner noch einmal deutlich, dass es keine Möglichkeit gibt die Versorgung des Babys im Bauch zu verbessern, die Kinderärztin erklärt immer wieder, dass das Kind versterben wird, wenn es nicht bald geboren wird, dass aber niemand eine Prognose für die Zeit nach der Frühgeburt aussprechen kann. Die Beraterin als Vertrauensperson der werdenden Mutter, vermittelt zwischen den beiden Ärzten und der Frau. Die Sorgen, Ängste und Gefühle der Frau, kommen mit Hilfe der Beraterin zur Sprache, die ablehnende Starre der werdenden Mutter löst sich langsam und sie beteiligt sich aktiv an den Entscheidungsüberlegungen was geschehen soll. In der Zeit, die ihr noch bleibt, um sich auf die Geburt einzustellen hat sie mehrmals Kontakt mit einer Hebamme. Alle Gespräche und Maßnahmen führen dazu, dass die Schwangere die Geburt in einem emotional guten Zustand erleben kann.
- Zwei Tage später wird nach Sectio ein stark unterversorgter sehr kleiner Junge geboren. Die Überlebensprognose ist schlecht.
- Die medizinische Beratung erfolgt in der Klinik, die Beratungsstelle übernimmt die emotionale Begleitung.
- Nach 10 Monaten und 6 Operationen werden Mutter und Kind nach Hause entlassen. Weiterhin beteiligt sind die Nachsorge-Kinderkrankenschwestern, eine Kinderärztin und die Beraterin.
- Drei Jahre nach Geburt sind neben Physiotherapie, Frühförderung und Kinderärztin noch immer die Beraterin mit Begleitung und Beratung befasst. Der kleine lustige Junge ist sprachlich deutlich retardiert. Aber beide Mutter und Kind haben eine sehr stabile Bindung zueinander. Sie meistern ihren Alltag gut.

Ohne den intensiven Einsatz aller Beteiligten, wäre dieser Junge heute nicht mehr am Leben. Die Mutter hat nach der Schocksituation mit Unterstützung die Eigenaktivität zurück gewonnen und kraftvoll an der Geburt mitgewirkt. Die Ärzte wurden nie ungeduldig mit den für sie unverständlichen Emotionen der Frau, da diesen Part die Beraterin übernommen hatte, sie konnten sich auf ihren medizinischen Einsatz konzentrieren. Die Mutter konnte immer wieder stärkende Gespräche führen und so ihren Sohn in den schweren Zeiten sicher begleiten.

An diesem Fall wird deutlich, welche Ressource ungenutzt bleiben würde, wenn psychosoziale Beratung nicht sehr früh eingebunden würde. Auch präventive Auswirkungen für die Zukunft würden von Anfang an unterbunden werden. Eine solch weit reichende Beratung konnte zu Beginn der Fallschilderung nicht abgesehen werden. Psychosoziale Aspekte hatten weder der Gynäkologe noch der Pränataldiagnostiker erkennen können. Erst durch die Zuspitzung im Verlauf der Schwangerschaft wurde auch den Medizinern die Notwendigkeit der psychosozialen Beratung deutlich. In diesem Fall ging es zwar nicht um einen Spätabbruch, aber das Leben des ungeborenen Kindes wurde durch interprofessionelle Beratung in eine bessere Zukunft geleitet.

Gerade in den existentiellen Konfliktsituationen um die Entscheidung für oder gegen einen Spätabbruch muss es deshalb unser Ziel sein eine psychosoziale Beratung den betroffenen Frauen, Paaren verbindlich zukommen zu lassen. Die letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass dies ohne gesetzliche Regelungen nicht umsetzbar ist.

Schwangerenberatungsstellen sind Drehscheiben vernetzter Informationen zu vielen Fragen, welche die Schwangerschaft und das Leben mit einem Kind - unabhängig davon, ob es gesund oder behindert ist - betreffen. Psychosoziale Beratung geht jedoch weit über eine reine Information hinaus. Die Beraterinnen arbeiten mit den Emotionen der werdenden Mutter, mit ihren Ressourcen, sie beziehen den Partner, die Familie und das soziale Umfeld mit ein, sie hören zu, wenn die vielen Gedanken, die sich eingestellt haben ausgesprochen werden und sie unterstützen das Paar beim Sortieren, Klären und beim Einordnen dieser Gedanken in die eigene Lebenssituation. Das ist viel mehr als eine Entscheidungssuche an Hand von Fakten. Deshalb ist hier mehr Zeit notwendig. Für die Betroffenen ist dies durchaus belastend, so dass sie in der akuten sehr ambivalenten Situation ein solches Hilfsangebot sogar erst einmal ablehnen. Jedoch berichten Frauen, die psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen konnten, gerade diese im Nachhinein als sehr hilfreich für ihre Zukunft.

Besonders wichtig sind Beratung und Begleitung nach Totgeburt, die Trauerbegleitung und die Bewältigung des Abschiedes wenn die Entscheidung für einen späten Schwangerschaftsabbruch gefallen ist.

Damit die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden kann, ist es dringend erforderlich, dass auch Schwangerenberatungsstellen den Mutterpass als Dokumentationspapier nutzen und den Besuch einer Beratungsstelle mit Angabe der Schwangerschaftswoche vermerken können. So wäre eine wichtige Grundlage der interprofessionellen Vernetzung gelegt.

Um die persönliche Vernetzung zu fördern und die Kenntnisse über die jeweiligen Arbeitsfelder zu verbessern, sind interprofessionelle Qualitätszirkel eine hilfreiche Methode. Sie sind ein wirksames Instrument zur Reflexion und zur Förderung der Qualität des Alltagshandelns. Über die gemeinsame Fallarbeit werden die unterschiedlichen Arbeitsweisen der beteiligten Professionen sichtbar. Beschäftigen sich Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit mit Aufklärung, Information und Beratung, mit *Befunden*, notwendigen Behandlungen, Krankheiten, Störungen, Risiken und Prognosen, so steht bei den psychosozialen Beraterinnen das *Befinden* im Zentrum. Beratungsinhalte sind hier Konflikte, Ambivalenzen, die Wahrnehmung der emotionalen Belastung, aber auch die psychischen und sozialen Ressourcen der Schwangeren. (siehe auch Ch. Woopen, A. Rummer 2009)

Zur Information sind schriftliche Materialien eine wichtige Unterstützung, sie können aber das persönliche Beratungsgespräch nie ersetzen. Deutlich wird dies durch die Rückmeldung von Betroffenen, die im Internet auf der Suche nach Information waren. Die meisten berichteten, dass Informationen nicht mehr einzuordnen waren und ihre Entscheidung nicht hilfreich unterstützten.

### **Entschleunigung**

In einem interprofessionellen Qualitätszirkel wurde das Bild vom Schnellzug gefunden, um die Abläufe nach Diagnoseeröffnung genauer zu beschreiben. Mit der Befundmitteilung steigen die Beteiligten ein, fahren los ohne noch Einfluss auf die Geschwindigkeit zu nehmen und zu überlegen, wo es eigentlich hingehen soll. Eine Überlegenszeit gibt allen Beteiligten, den Ärztinnen und Ärzten wie den werdenden Eltern, die Möglichkeit einem bewussten oder unbewussten Automatismus entgegenzuwirken. Es bleibt so Zeit zur Stabilisierung der Entscheidung, und damit wird auch einer traumatischen Entwicklung nach Stress- und Schockzustand entgegengewirkt

Das Leid kann den Betroffenen nicht durch schnelle Entscheidungen erspart werden. Die alte Weisheit „erst mal eine Nacht darüber schlafen“ ist jedoch auch heute noch von unschätzbarem Wert. Dabei kommt es darauf an, wie diese Zeit genutzt werden kann. Damit nicht Energie und Zeit in wenig unterstützende Angebote investiert werden müssen, sind hier die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet Informationen zu kompetenten Hilfsangeboten zu geben.

### **Kompetenzverbesserung**

Um in diesem Konfliktfeld qualitativ anspruchsvoll und lebensnah beraten zu können, ist es unerlässlich, dass sich die Fachkräfte persönlich mit den Tabuthemen befassen, um im fachlichen Beratungsgespräch nicht auszuweichen. Dies gilt für Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen wie für psychosoziale Beraterinnen. Zu einem Zeitpunkt, wo Eltern in einem Dilemma stehen, sich mit sehr ambivalenten Gefühlen auseinandersetzen müssen, dürfen Fachkräfte nicht das Gleiche auf einer anderen Ebene tun. Sie sollten Sicherheit ausstrahlen, auch wenn keine sichere Prognose zu geben ist. Zu den Tabuthemen gehören Behinderung, unheilbare Erkrankung, Fetoizid, Schwangerschaftsabbruch. Zu diesen Begriffen müssen die Fachkräfte eine eigene Haltung entwickeln, um in der Aufklärung, Information und Beratung als hilfreich erlebt zu werden.

Hierzu sind Fortbildungseinheiten dringend erforderlich. Bei Ärztinnen und Ärzten kann dies in der Facharztausbildung stattfinden. Meiner Information nach wurden psychosoziale Module in der Fortbildung zum Facharzt gestrichen, da sich zu Wenige dafür interessierten. Sollen Ärzte psychosoziale Aspekte in ihre Beratung übernehmen, müssen solche Inhalte pflichtmäßig auch nach der Facharztausbildung in Fortbildungen angeboten werden. Bisher habe ich jedoch in vielen Fortbildungen, die interprofessionell konzipiert waren, nur sehr wenige Mediziner angetroffen.

Bei Beraterinnen der Schwangerenberatungsstellen sind spezialisierende Fortbildungen eine Grundvoraussetzung, wenn dieser Schwerpunktberatungsbereich gewählt wird. Diese Fortbildungen sollten zertifiziert werden oder mit Fortbildungspunkten bewertet werden, so dass Ärztinnen und Ärzte die Sicherheit eines fachlichen Gegenübers mit dieser Qualifikation haben. Eine verpflichtende Verweisung kann in der Praxis erfolgreich nur sein, wenn die Professionen auf Augenhöhe arbeiten.

Bei der ständigen Fortentwicklung der Kompetenz hat es sich in interprofessionellen Qualitätszirkeln als sinnvoll erwiesen, sich durch gegenseitige Hospitation weiterzuentwickeln. Da dies von Seiten der Beraterinnen leichter möglich ist als von Seiten der Mediziner, können auch Rollenspiele im Qualitätszirkel eine Hospitation ersetzen.

### **Stellungnahme zu den Entwürfen und Anträgen**

Alle hier zur Diskussion stehenden Gesetzentwürfe führen hoffentlich das Ende einer jahrelangen kontroversen Diskussion herbei. Jede Überlegung bezüglich eines späten Schwangerschaftsabbruches hat für alle Beteiligten, Ärztinnen und Ärzte, die Schwangeren, ihre Partner und die dazugehörenden Familien eine Vorgeschichte, die von Hoffen und Bangen begleitet ist.

Ich frage persönlich diejenigen, die über die Entwürfe entscheiden: Soll den Betroffenen in ihrem Schockzustand vorenthalten werden, dass ihre Ambivalenzen, dass das Dilemma, in

dem sie sich befinden, durch eine verbindliche psychosoziale Beratung besprechbar gemacht werden können; dass Tabus angesprochen werden, über die gerade die Betroffenen selbst in einer emotional hoch angespannten Situation nicht selbst kommunizieren können?

Ich bin mit vielen meiner Kolleginnen und mit vielen Menschen, die mir im Laufe meiner Projektleitung begegnet sind, der Meinung, dass keine Frau, kein Paar in einer solchen Situation alleingelassen werden darf. Hier hat der Staat auch eine Fürsorgeaufgabe. Deshalb bin ich für eine gesetzliche Regelung. Das Schwangerschaftskonfliktgesetz ist dafür der richtige Ort

Die Gesetzentwürfe der CDU/CSU und SPD sind im Wortlaut an vielen Stellen identisch und zielen in die gleiche Richtung. Hier sehe ich eine gute Möglichkeit für alle, die in der Praxis stehen, Unterstützung für die medizinische, aber auch die psychosoziale Beratungsarbeit zu erhalten.

Die Entwürfe der CDU/CSU und der FDP heben die Notwendigkeit der Entschleunigung durch den eigenen § 13a Bedenkzeit hervor. Als Beraterin kann ich das nur unterstützen, die notwendigen Erklärungen erfolgten oben.

Die Hinweispflicht auf eine verbindliche psychosoziale Beratung wird im SPD - Entwurf durch die Forderung nach direkter Vermittlung sinnvoll ergänzt. Dies ist in erster Linie wichtig für Pränataldiagnostiker, um zu verhindern, dass die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen vergessen wird. Im FDP - Entwurf wird dem Arzt deutlich die Aufgabe übertragen, zur Wahrnehmung des psychosozialen Beratungsangebotes zu motivieren. Beides ist sinnvoll.

Inhalte aus dem Antrag der Abgeordneten Christel Humme u. a. sollten in einem Gesetzentwurf mitverfolgt werden, soweit sie äußerst notwendige Handlungsleitlinien für eine interprofessionelle Beratung vor pränataldiagnostischen Untersuchungen und eine gute Kommunikation zwischen den beteiligten Professionen vorschlagen. Zum Beispiel sollte der Mutterpass ein schriftliches Informations- und Kommunikationspapier für die Schwangere, den Gynäkologen, die Hebamme *und* die psychosoziale Beraterin sein. Dazu ist eine Erweiterung über die Mutterschaftsrichtlinien notwendig und hilfreich.

Zur Nachbesserungspflicht gehört auch, die gesellschaftliche Diskussion über ein Leben mit Behinderung zu fördern und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Integration von Kindern und Erwachsenen mit Behinderung zu fördern. Eltern von behinderten Kindern dürfen nicht an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Manches Mal bekommt man den Eindruck, dass sie zu Selbsthilfe-Kampfgemeinschaften gemacht werden.

In den Gesetzesvorschlägen kann ich weder einen Zwang auf Schwangere durch die Hintertür erkennen noch eine Verschärfung des § 218, sondern den deutlichen Willen des Gesetzgebers, zu bewirken, dass Beratung verbindlich alle betroffenen Frauen erreicht und zwar vor einer endgültigen Entscheidung. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau wird nicht gestärkt, indem ihr in Krisensituationen Hilfe und Unterstützung vorenthalten wird. In der Praxis erfahre ich aber von betroffenen Frauen immer wieder genau dies.

## **Fazit**

**Jeder Mensch**, der sich mit dem heutigen Thema befasst, wird die diesem innewohnende Ambivalenz erleben und das inhärente Dilemma erkennen, wenn er um eine eindeutige

persönliche Stellungnahme gebeten wird. Alle Beteiligten werden vor eine Gewissensprüfung gestellt, unabhängig von parteipolitischen und verbandspolitischen Positionen.

Auch Sie als **Politikerinnen und Politiker** stehen durch die oft schon verhärteten Auseinandersetzungen um eine gesetzlich verankerte Verbesserung bei der Praxis der Spätabtreibungen in einem langjährigen Dilemma. So schwer für uns alle dieses zähe Ringen ist, so ist es doch als politisch gelebte **Wertschätzung für die Menschlichkeit** in unserer Demokratie einzuordnen: den Schutz des Lebens unabhängig von Alter, Krankheit und Behinderung überaus ernst zu nehmen.