

Kirsten Wassermann ■ Anke Rohde

# Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung

Aus der Praxis  
für die Praxis

Mit einem Geleitwort von  
Ulrich Gembruch



Kirsten Wassermann ■ Anke Rohde

## Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung

---

This page intentionally left blank

Kirsten Wassermann ■ Anke Rohde

# Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung

---

Aus der Praxis für die Praxis

Mit einem Geleitwort von

**Ulrich Gembruch**

Mit 21 Abbildungen und 4 Tabellen

**Dipl.-Psych. Kirsten Wassermann**

EVA – Ev. Beratungsstelle für Schwangerschaft, Sexualität und Pränataldiagnostik  
Außenstelle im Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn  
Kirsten.Wassermann@ukb.uni-bonn.de

**Prof. Dr. med. Anke Rohde**

Gynäkologische Psychosomatik, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn  
Anke.Rohde@ukb.uni-bonn.de

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:** Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besonderer Hinweis:** Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2009 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Dipl.-Biol. Katharina Baumgärtner, Stuttgart

Umschlagabbildung: August Macke, „Gemüsefelder“, 1913

Satz: Satzstudio 90 (Ansgar Kretschmer), Wittelsbacher Str. 18, 86556 Kühbach

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Heisinger Str. 16, 87437 Kempten/Allgäu

ISBN 978-3-7945-2613-0

„Wir hielten eine Beratung zunächst für überflüssig und haben uns nur auf eindruckliche Empfehlung des Arztes mit einem Beratungsgespräch einverstanden erklärt. Ein Segen, wie sich herausstellte. Wir dachten, wir würden das schon alleine schaffen. Aber erst das Gespräch mit der Beraterin machte uns bewusst, wie viel wir doch verdrängt hatten. Das Gespräch zwang uns, der Situation bewusst ins Auge zu schauen. Es war extrem schmerzhaft, aber auf lange Sicht extrem hilfreich.“

Studienteilnehmerin

This page intentionally left blank

# Geleitwort

---

Allen in der pränatalen Medizin tätigen Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und Schwestern ist bewusst, wie hilfreich und für die betroffenen Eltern bedeutsam eine professionelle psychosoziale oder psychosomatische Betreuung ist. Allerdings steht diese noch nicht selbstverständlich überall zeitnah und niederschwellig zur Verfügung. Obwohl schon früher in Einzelfällen nichtärztliche psychologische bzw. psychosoziale Beratungen nach einer pränatalen Diagnostik stattgefunden haben, hat erst vor einigen Jahren ein Prozess begonnen, der die vielerorts klaffende Lücke zwischen dem Einsatz moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren der pränatalen Medizin einerseits und Beratung und Betreuung der Betroffenen auch bezogen auf ihre psychischen Konflikte und Krisensituationen andererseits schließt. Die Einbeziehung psychosozialer Beratungsstellen als Ergänzung zu einer qualifizierten interdisziplinären ärztlichen Beratung im Rahmen der pränatalen Diagnostik ist hierbei einer der wesentlichen Fortschritte.

Im Rahmen unserer täglichen ärztlichen Arbeit an einem Zentrum für pränatale Medizin kommt es sehr häufig zu Situationen, in denen neben einer fundierten interdisziplinären Beratung durch Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgebiete eine kompetente psychosoziale Beratung dringend erforderlich ist, um die Eltern in diesen Ausnahmesituationen über die medizinischen Details hinaus umfassend zu beraten und sie bei den von ihnen geforderten weitreichenden Entscheidungen zu unterstützen. Die orts- und zeitnahe Beratung und Begleitung der betroffenen Eltern durch psychosoziale Beraterinnen ermöglicht Betroffenen und deren Angehörigen nicht nur eine weitaus bessere Krisenbewältigung, sondern auch eine bessere Verarbeitung der Situation im weiteren Verlauf. Somit ist die psychosoziale Beratung eine äußerst sinnvolle Ergänzung der ärztlichen Beratung. Sie stellt darüber hinaus eine Entlastung für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Schwestern bei der Betreuung der Patientinnen und ihrer Partner dar. Es hat sich gezeigt, dass trotz unterschiedlicher Ansätze und Arbeitskonzepte durch die enge und zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ein solch hohes Maß gegenseitiger Toleranz und Respekt entstehen kann, dass ohne Infragestellung der Bedeutung und Leistung der jeweils anderen Berufsgruppe aufkommende Probleme und Fragen zwischen allen jederzeit diskutiert und einvernehmlich gelöst werden können.



Die beiden Autorinnen dieses Buches, Frau Diplom-Psychologin Kirsten Wassermann und Frau Prof. Dr. med. Anke Rohde, haben durch ihre langjährige Tätigkeit als Mitarbeiterin der Evangelischen Beratungsstelle bzw. als Leiterin der Gynäkologischen Psychosomatik an der Universitätsfrauenklinik Bonn, einem großen überregionalen Zentrum für pränatale Diagnostik und Therapie, nicht nur sehr umfangreiche und vielfältige praktische Erfahrungen sammeln können, die nun mit diesem hervorragenden Buch an alle beteiligten Berufsgruppen weitergegeben werden. Sie haben auch durch ihre unermüdliche Arbeit und unzählige Gespräche mit Beteiligten aller Berufsgruppen ein gut funktionierendes und fest in die pränatale Medizin des Zentrums für Geburtshilfe und Frauenheilkunde Bonn integriertes Modell der psychosozialen Beratung, Betreuung und Begleitung geschaffen, es in vielen Fortbildungsveranstaltungen und Publikationen verbreitet und zudem durch wissenschaftliche Forschung untermauert.

Dieses Buch, in dem die langjährigen Erfahrungen der beiden Autorinnen zusammengefasst sind, liefert viele wertvolle Informationen nicht nur für Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und alle anderen in Beratung und Betreuung betroffener Eltern Tätigen. Es ist auch eine wertvolle Hilfe für alle, die ähnliche Projekte einer psychosozialen Beratung im Rahmen der pränatalen Diagnostik in Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen und Kliniken aufbauen wollen. Verschiedenartige Modelle der Zusammenarbeit werden beleuchtet. Auch wird deutlich, dass die Tätigkeit in der psychosozialen Beratung bei pränataler Diagnostik eine spezielle Kompetenz erfordert, deren Erlangung durch die intensive Lektüre dieses Buches wesentlich beschleunigt werden kann.

Für mich besonders eindrucksvoll sind die Fallbeispiele, die deutlich werden lassen, wie sehr über die eigentlichen medizinischen Sachverhalte hinaus eine psychosoziale Beratung und weitere Betreuung der Eltern erforderlich ist. Deshalb dient dieses Buch nicht nur hervorragend der Ausbildung von Beraterinnen, sondern ist auch für alle anderen in der pränatalen Medizin Tätigen eine äußerst wertvolle Informationsquelle, um in Zukunft den betroffenen Eltern noch besser gerecht werden zu können. Es ist wünschenswert, dass das Buch zudem auch andere Pränataldiagnostikerinnen und Pränataldiagnostiker zu einer engen Zusammenarbeit mit psychosozialen Beraterinnen ermutigt. Schließlich mag es auch vielen anderen dazu dienen, sich gezielt mit den besonderen im Rahmen der pränatalen Medizin auftretenden Situationen zu befassen und einen umfassenden Überblick über deren Vielfältigkeit zu erlangen.

Den beiden Autorinnen ist aus meiner Sicht mit diesem Buch eine sehr wertvolle und äußerst detaillierte Darstellung der Praxis der psychosozialen Beratung im Kontext pränataler Diagnostik gelungen, die allen Interessierten uneingeschränkt empfohlen werden kann.

**Prof. Dr. med. Ulrich Gembruch**

Direktor der Abteilung für Geburtshilfe und Pränatalmedizin  
Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde,  
Universitätsklinikum Bonn

# Vorwort – Zielsetzung und Erfahrungshintergrund

---

Mit diesem Praxishandbuch möchten wir die Arbeit in der psychosozialen Beratung rund um die Pränataldiagnostik (PND) auf dem eigenen Erfahrungshintergrund darstellen und für die vielfältigen Beratungssituationen Hinweise zu wichtigen Aspekten und Interventionsmöglichkeiten geben.

Dieses Praxishandbuch basiert auf den umfangreichen Erfahrungen der Erstautorin Kirsten Wassermann während ihrer Tätigkeit als psychosoziale Beraterin bei EVA – Evangelische Beratungsstelle für Schwangerschaft, Sexualität und Pränataldiagnostik des Diakonischen Werkes der Kirchenkreise Bonn und Bad Godesberg-Voreifel (Außenstelle „Beratung bei Pränataldiagnostik“) sowie ihrer Ausbildung in Prozessorientierter Psychologie (bei der Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie in Großbritannien; RSPOPUK) und der Zweitautorin Anke Rohde als Leiterin der Gynäkologischen Psychosomatik am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde des Universitätsklinikums Bonn.

Die Diakonie-Außenstelle an der Universitätsfrauenklinik Bonn entstand aus einem Kooperationsprojekt des Universitätsklinikums Bonn und der Evangelischen Schwangerschaftsberatungsstelle des Diakonischen Werkes, zunächst ab Dezember 2001 als Modellprojekt gefördert mit Projektmitteln des Landesministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Zielsetzung des Modellprojekts, das 2004 in die sogenannte Regelförderung überging, war die Etablierung eines regulären psychosozialen Beratungsangebotes für Frauen und Paare vor, während und nach Pränataldiagnostik in Ergänzung zur medizinischen Beratung. Zwischenzeitlich hat sich die psychosoziale Beratung als Teil eines ganzheitlichen Betreuungsangebotes für schwangere Frauen und ihre Partner in der Klinik etabliert und ist nicht mehr wegzudenken.

Der Funktionsbereich Gynäkologische Psychosomatik wurde bereits 1997 begleitend zur Besetzung einer entsprechenden Forschungsprofessur (gefördert durch das Netzwerk Frauenforschung des Landes Nordrhein-Westfalen, Stelleninhaberin A. Rohde) eingerichtet. Neben vielfältigen anderen Themenbereichen in allen Gebieten, in denen Frauen in gynäkologischen Zusammenhängen mit psychischen Problemen zu kämpfen haben (s. auch Lehrbuch „Gynäkologische Psy-

chosomatik und Gynäkopsychiatrie“, Rohde u. Dorn 2007), gehörte auch die Beratung von Frauen und Paaren im Kontext von Pränataldiagnostik von Anfang an zu den wichtigen Anliegen. Vor Gründung des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik“ wurden Frauen nach der Mitteilung pränataldiagnostisch auffälliger Befunde zunächst sporadisch und in besonderen Krisensituationen zur Mitbetreuung an die Gynäkologische Psychosomatik überwiesen; einen Hauptteil der Betreuungsarbeit leistete damals aber die evangelische und katholische Seelsorge am Klinikum. Von einem dort angesiedelten Arbeitskreis Pränataldiagnostik ging dann schließlich auch die Initiative zur Gründung des Modellprojektes (Etablierung einer psychosozialen Beratungsstelle an der Universitätsfrauenklinik) aus. Die Diakonie konnte als Träger gewonnen werden, das Land Nordrhein-Westfalen förderte die Einrichtung und personelle Ausstattung der Beratungsstelle, das Universitätsklinikum stellte Räume und Sachmittel zur Verfügung, und das Bundesfamilienministerium finanzierte die wissenschaftliche Begleitung dieses und zweier anderer vergleichbarer Modellprojekte in Düsseldorf und Essen (Abschlussbericht des Projektes in Rohde u. Woopen 2007).

Die Zusammenarbeit der Autorinnen als Vertreterinnen der Institutionen Diakonie und Universitätsklinikum Bonn ist Beispiel einer gelungenen interdisziplinären Zusammenarbeit, die sich auch in den im Buch dargestellten Inhalten widerspiegelt. Gelungene Kooperationen als Grundlage einer qualitativ wertvollen Arbeit im Bereich Pränataldiagnostik zeigen sich auch in verschiedenen anderen Aspekten. Die speziellen Kooperationsformen mit Kliniken, Schwerpunktpraxen und niedergelassenen Gynäkologen werden beispielhaft skizziert und zum Teil auch durch Stellungnahmen von Mitgliedern anderer Berufsgruppen illustriert.

Neben einer Einführung in die allgemeinen Ziele und Grenzen der psychosozialen Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und ihre gesetzliche Grundlage werden die Beratungsinhalte zu den unterschiedlichen Zeitpunkten vor, während und nach Pränataldiagnostik ausführlich anhand von Fallbeispielen erläutert und die einzelnen Themen im Beratungsprozess mit der Klientin verdeutlicht. Wahre Begebenheiten wurden jedoch so verändert, dass die Anonymität der betroffenen Frauen gewahrt bleibt.

Die Entscheidungsprozesse von Frauen vor, während und nach Pränataldiagnostik werden wertfrei dargestellt, ohne eine Seite zu verurteilen. Dies in der Überzeugung, dass eine Beratung im Falle einer möglichen Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes ergebnisoffen, d.h. ohne Beeinflussung der Betroffenen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu erfolgen hat. In den entsprechenden Kapiteln werden auch die teils massiven inneren Konflikte von Frauen und ihren Partnern beschrieben sowie Interventionsmöglichkeiten. Grundlagen der Begleitung einer Schwangeren beim Austragen eines kranken bzw. behinderten Kindes werden ebenso dargestellt wie die besonderen Aspekte in der Betreuung während und nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Da die Beratung im Umfeld von Pränataldiagnostik medizinisches Wissen erfordert, um die Frauen und Paare professionell zu begleiten und zu unterstützen, werden die verschiedenen Untersuchungsmethoden erläutert und einige grund-

legende Informationen zu den häufigsten Chromosomenstörungen und Erkrankungen gegeben.

Ausschlaggebend für eine „erfolgreiche“ Beratung ist die Haltung der Beraterin im Beratungsprozess mit der schwangeren Frau und ihrem Partner. Hierzu gehören die eigenen Einstellungen zu Ethik und Pränataldiagnostik sowie das möglichst empathische Einfühlen der Beraterin in den Konflikt der Klientin, aber auch die bewusste Wahrnehmung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen. Indem eigene Erfahrungen mit Ambivalenzen und ethischen Grenzen in die Ausführungen einfließen, sollen auch andere Beraterinnen ermutigt werden, sich der Auseinandersetzung mit diesem Thema zu stellen und mit anderen Beteiligten in die offene Diskussion darüber zu gehen. Gerade auf dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussionen zu angestrebten Veränderungen des § 218 StGB werden sich öffentliche Diskussionen kaum vermeiden lassen, wenn man im Bereich Pränataldiagnostik arbeitet. Eine qualifizierte Auseinandersetzung ist deshalb eine gute Vorbereitung für den Mut zur öffentlichen Positionierung – um aber noch einmal darauf hinzuweisen, unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung zur ergebnisoffenen und wertfreien Beratung betroffener Frauen.

An dieser Stelle möchten wir dem Diakonischen Werk für die Unterstützung danken, denn ohne die Arbeit in der Schwangerschaftsberatungsstelle und die Freigabe von Arbeitsmaterial und Vortragsunterlagen wäre dieses Handbuch nicht möglich gewesen. Die mit der Beratung von über 1 500 Frauen und ihren Partnern gemachten praktischen Erfahrungen konnten so nicht zuletzt in vielen Fallbeispielen in dieses Buch einfließen.

Eine Reihe von Patientinnen wurde im Anschluss an die Beratung in die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte wissenschaftliche Studie aufgenommen. Dabei nahmen die Patientinnen an einer zweijährigen Verlaufsuntersuchung teil, in der es unter anderem um die psychischen Belastungen und Trauer, aber auch um Akzeptanz psychosozialer Beratung und hilfreiche Beratungsaspekte ging. Aus dieser Studie (Rohde u. Woopen 2007) stammen ebenfalls wesentliche Informationen über Bedürfnisse und Erfahrungen betroffener Frauen, z.B. in Form der verwendeten Zitate. Zusätzlich fließen Behandlungserfahrungen mit mehreren hundert Patientinnen der Gynäkologischen Psychosomatik ein, die im Kontext von Pränataldiagnostik betreut wurden; zum Teil stammen die dargestellten Fallvignetten daher.

Für die gute Zusammenarbeit möchten wir auch der Abteilung Geburtshilfe und Pränatalmedizin danken: Insbesondere Herrn Prof. Dr. Ulrich Gembruch, Frau PD Dr. Annegret Geipel und Herrn PD Dr. Christoph Berg für die persönliche Unterstützung und hilfreiche Korrekturen bei der Verfassung der Kapitel „Relevanz und Methoden der Pränataldiagnostik“ und „Pränatale Diagnosen und spezielle Beratungsaspekte“ (Kap. 3 u. 4). Weiterhin Frau Christiana Ernst für die Zusammenstellung von Bildmaterial und Frau Gabriele Lohrbeer für ihre engagierte Mitarbeit bei der redaktionellen Arbeit. Außerdem möchten wir den Menschen danken, die im Kapitel „Netzwerke – Austausch und Unterstützung“

(Kap. 12) einen persönlichen Beitrag geleistet haben, und all den anderen, die an der Entstehung dieses Buches in unterschiedlicher Form mitgewirkt haben.

Wir möchten Ihnen mit diesem Handbuch einen praktischen Einblick in die Arbeit geben und Ihnen Mut machen, selbst solche Kooperationen zu bilden, auch wenn der Weg zeitweise mühsam und „steinig“ ist. Sicherlich gab und gibt es immer wieder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und psychosozialer Beratung, die letztendlich auf der sehr verschiedenen Arbeits- und Organisationsweise, aber auch der unterschiedlichen Auffassung von Beratung beruhen. Dabei trägt die Zusammenarbeit mittel- und langfristige an vielen Stellen Früchte und bewirkt nach unserer Erfahrung eine schrittweise Annäherung der verschiedenen Professionen, von der die betroffenen Frauen und ihre Partner nur profitieren können.

Als Frauen, die sich überwiegend mit Frauen und ihren Problemen beschäftigen, sind wir wahrscheinlich unverdächtig, wenn wir im Interesse der besseren Lesbarkeit für Ärzte und Ärztinnen nur die männliche Form verwenden – wohl wissend, dass die weiblichen Ärzte gerade in der Gynäkologie und Geburtshilfe in der Mehrzahl sind. Da wir in der Praxis überwiegend mit Psychotherapeutinnen und psychosozialen Beraterinnen zu tun haben, verwenden wir hier immer die weibliche Form – aber natürlich sind hier die männlichen Kollegen ebenso gemeint. Und nicht zuletzt soll um Verständnis dafür gebeten werden, dass die Begriffe Patientin und Klientin manchmal synonym verwendet werden. Dies ergibt sich daraus, dass die psychosoziale Beratung im medizinischen Kontext stattfindet; eine inhaltliche Wertung sollte daraus nicht abgeleitet werden.

Bonn, im Herbst 2008

**Kirsten Wassermann  
Anke Rohde**

# Inhalt

---

<b>1</b>	<b>Psychosoziale Beratung – Grundlagen, Ziele, Qualifikationen ..</b>	<b>1</b>
	<b>Ziele und Grenzen der Beratung .....</b>	<b>4</b>
	<b>Die gesetzliche Grundlage .....</b>	<b>5</b>
	Schwangerschaftsabbruch – § 218a StGB .....	5
	Die „psychiatrische Indikation“ – auch eine medizinische Indikation .....	7
	Anmerkungen zur Diskussion um eine „Pflichtberatung“ .....	8
	<b>Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik erfordert besondere Qualifikationen .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Psychosoziale Beratung im medizinischen Kontext .....</b>	<b>12</b>
	<b>Kooperation – die Bereitschaft zur Flexibilität .....</b>	<b>12</b>
	<b>Integration von Beratung in die medizinischen Abläufe .....</b>	<b>14</b>
	<b>Kooperation und Beratung im Vorfeld von Pränataldiagnostik .....</b>	<b>15</b>
	<b>Kooperation mit pränataldiagnostischen Schwerpunktpraxen .....</b>	<b>16</b>
	<b>Kooperation mit Kliniken .....</b>	<b>17</b>
	<b>Schwierigkeiten und Grenzen von Kooperationen .....</b>	<b>19</b>
	<b>Ein funktionierendes Modell – psychosoziale Beratung am Universitätsklinikum Bonn .....</b>	<b>21</b>
	Räumlichkeiten .....	22
	Anmeldung zur psychosozialen Beratung .....	23
	Rückmeldung an die Ärzte .....	26
	Beratungskonzept .....	26
	<b>Erfahrungen aus der wissenschaftlichen Evaluation der Modellprojekte Bonn, Düsseldorf und Essen .....</b>	<b>28</b>

<b>3 Relevanz und Methoden der Pränataldiagnostik</b> .....	31
<b>Ziele der Pränataldiagnostik</b> .....	31
<b>Die Abwägung – Welche Untersuchungen sollen durchgeführt werden?</b> .....	32
<b>Pränataldiagnostik – positive Auswirkungen</b> .....	33
<b>Untersuchungsmethoden</b> .....	34
Nichtinvasive Untersuchungsmethoden .....	35
Ultraschall allgemein .....	35
Nackentransparenzmessung .....	38
Fehlbildungsultraschall .....	40
Genetische Sonographie .....	40
Dopplersonographie .....	41
Fetale Echokardiographie .....	41
Ersttrimester-Screening .....	41
Triple-Test .....	43
Invasive Untersuchungsmethoden .....	44
Fruchtwasseruntersuchung .....	44
Chorionzottenbiopsie .....	46
Fetalblutentnahme .....	48
<b>Kosten für die häufigsten pränataldiagnostischen Untersuchungen</b> .....	49
<b>4 Pränatale Diagnosen und spezielle Beratungsaspekte</b> .....	51
<b>Genetische Anomalien</b> .....	52
Trisomie 21 (Down-Syndrom) .....	53
Trisomie 18 (Edwards-Syndrom) .....	59
Trisomie 13 (Patau-Syndrom) .....	61
Trisomie 16 .....	62
Turner-Syndrom .....	63
Klinefelter-Syndrom .....	65
DiGeorge-Syndrom .....	65
<b>Neuralrohrdefekte</b> .....	66
Spina bifida („offener Rücken“) .....	67
Hydrocephalus („Wasserkopf“) .....	69
Anencephalus .....	70
<b>Organfehlbildungen</b> .....	72
Zwerchfellhernie .....	72
Fehlbildungen im Urogenitalsystem .....	73
Herzfehler .....	74

<b>Skelettfehlbildungen</b> .....	75
Kleinwuchs/Skelettdysplasie .....	75
Extremitätenfehlbildungen .....	76
Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte .....	78
<b>Erbliche Erkrankungen</b> .....	79
<b>Sexuelle Differenzierungsstörungen</b> .....	80
„Syndrom-Verdacht“ .....	80
„Geistige Behinderung“ .....	81
<b>5 Beratung vor Pränataldiagnostik</b> .....	83
<b>Ziele der Beratung vor Pränataldiagnostik</b> .....	84
<b>Wichtige Aspekte der Beratung vor Pränataldiagnostik</b> .....	87
Motivation zur Pränataldiagnostik – Was ist das Ziel? .....	88
Möglichkeiten, Grenzen und Risiken der Pränataldiagnostik – nichts ist absolut sicher .....	89
Alternative Möglichkeiten – Verzicht auf Pränataldiagnostik? .....	91
Mögliche Konsequenzen bei auffälligem Befund .....	91
Erwartungen an das Kind – Was bedeutet „perfekt“? .....	92
Vorerfahrungen – Bereicherung oder Belastung? .....	95
Stärkung der Entscheidungskompetenz .....	96
Hilfreiche Fragen in der Beratung – Was frage ich wie? .....	96
<b>6 Beratung während Pränataldiagnostik</b> .....	98
<b>Ziele der Beratung während Pränataldiagnostik</b> .....	99
<b>Wichtige Aspekte der Beratung während Pränataldiagnostik</b> .....	103
Raum für Gefühle und Ängste – Wie damit umgehen? .....	104
Bisheriges Schwangerschaftserleben .....	105
Erwartungen und Vorstellungen, die mit dem Kind verbunden sind .....	105
Ängste vor Behinderung – Informationssuche .....	106
Konsequenzen bei pathologischem Befund – Was tun, wenn ...? .....	108
Ethisch-religiöse Fragen .....	108
Paardynamik – den Partner nicht vergessen .....	108



<b>7 Beratung nach Pränataldiagnostik</b> .....	110
<b>Ziele der Beratung nach Pränataldiagnostik</b> .....	112
<b>Wichtige Aspekte der Beratung nach Pränataldiagnostik</b> .....	113
Setting und Klärung des Beratungsanlasses .....	114
Raum für Gefühle – emotionale Stabilisierung .....	115
Sichere Diagnose – aber unklare Prognose .....	116
Ängste vor Behinderung und lebenslanger Belastung .....	117
Was tun? – Alternative Zukunftsperspektiven erarbeiten .....	118
Was kann helfen? – Reflexion der Ressourcen .....	119
Und das Kind? – Die Perspektive des ungeborenen Kindes .....	120
Die Entscheidung gemeinsam treffen – die Rolle des Partners .....	120
Was sagt das Herz, was der Verstand? .....	122
Die Schuldfrage – religiöse und ethische Überzeugungen .....	122
Keine sofortige Entscheidung – ein „Zeitfenster“ öffnen .....	124
Hilfsangebote und Informationen .....	125
Gesellschaftliche Bedeutung – Reaktionen aus Familie und sozialem Umfeld .....	126
<b>8 Schwangerenbegleitung: Entscheidung für das Kind</b> .....	127
<b>Ziele der Beratung bei Schwangerenbegleitung</b> .....	132
<b>Wichtige Aspekte der Schwangerenbegleitung</b> .....	133
Trauer und Unsicherheit .....	133
Emotionale Stabilisierung und Kontakt zum Kind .....	134
Weiterer Schwangerschaftsverlauf und Geburt .....	135
Hilfsangebote und Informationen .....	136
Die Paarbeziehung stärken .....	137
Geschwisterkinder und Familie .....	137
<b>Die besondere Situation der Fetalchirurgie</b> .....	138
<b>9 Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation</b> .....	140
<b>Ziele der Beratung bei Schwangerschaftsabbruch</b> .....	140
<b>Wichtige Aspekte der Beratung bei Schwangerschaftsabbruch</b> .....	142
Emotionale Stabilisierung .....	142
Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt .....	143
Das besondere Problem des Fetozids .....	144
Abschied vom Kind .....	145
Dem Kind einen Platz in der Familie geben .....	151
Geschwisterkinder einbeziehen .....	152

Das soziale Umfeld informieren .....	153
Bestattung als Teil des Abschieds .....	154
<b>Krise als Chance</b> .....	158
<b>Besonderheiten der Beratung bei infauster Prognose</b> .....	162
<b>Mehrlingsreduktion – eine spezielle Problematik</b> .....	166
<b>10 Trauerbegleitung</b> .....	172
<b>Ziele der Beratung bei Trauerbegleitung</b> .....	172
<b>Wichtige Aspekte der Trauerbegleitung</b> .....	174
Schuldgefühle und Schicksal .....	174
Umgang mit Emotionen – professionelle Distanz und Empathie .....	176
Die Zukunftsperspektive – Möglichkeit zur persönlichen Reifung .....	177
Trauer ist individuell .....	178
Distanzierung vom sozialen Umfeld und dem Leben davor .....	180
Paardynamik – Frauen und Männer trauern unterschiedlich .....	181
Geschwisterkinder einbeziehen .....	182
Integration des Verlustes .....	185
<b>Die Rolle der Beraterin</b> .....	186
<b>11 Die wichtigsten psychischen Störungen im Kontext von Pränataldiagnostik</b> .....	188
<b>Anpassungsstörungen (Reaktionen nach Belastungen)</b> .....	188
Akute Belastungsreaktion (Schockreaktion) .....	190
Depressive Reaktion .....	191
Posttraumatische Belastungsstörung .....	192
<b>12 Netzwerke – Austausch und Unterstützung</b> .....	194
Frühförderstellen .....	195
Familienunterstützende Dienste .....	196
Soziale und kommunale Behörden .....	196
Behindertenverbände und -vereine, Selbsthilfegruppen .....	196
Psychotherapeutinnen .....	197
Andere Beratungsstellen .....	197
Bestattungsinstitute, Friedhöfe und Pfarrgemeinden .....	197
Seelsorge .....	198
Trauergruppen .....	199

<b>13</b>	<b>Erfahrungsberichte</b> .....	201
	<b>Erfahrungsbericht einer Betroffenen</b> .....	201
	<b>Kooperationsmodelle – funktionieren kann es auf verschiedene Weise</b> .....	206
	Kooperation mit gynäkologischer Praxis .....	206
	Kooperation mit pränataldiagnostischer Schwerpunktpraxis .....	207
	Kooperation mit pränatalmedizinischer Abteilung einer Klinik .....	208
	<b>Selbstdarstellungen von Netzwerkpartnern</b> .....	212
	Seelsorge im Universitätsklinikum Bonn .....	212
	Trauergruppe „Gute Hoffnung – jähes Ende – Neu-Beginn“ .....	213
	LEONA e.V. – Hilfe für Eltern von Kindern mit chromosomalen Störungen .....	215
	ARQUE – Beratungsstelle bei Spina bifida und Hydrocephalus .....	216
	Sonderpädagogische Pflegestellen für chronisch kranke und behinderte Kinder .....	218
	Initiative Schmetterling Neuss e.V. – ambulante Kinderhospizinitiative .....	220
	<b>Anhang</b> .....	223
	<b>Internetadressen</b> .....	223
	<b>Glossar</b> .....	226
	<b>Literatur</b> .....	229
	<b>Sachverzeichnis</b> .....	235

# 1 Psychosoziale Beratung – Grundlagen, Ziele, Qualifikationen



Die psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik (PND) ist ein eigenständiges Angebot, das die medizinische Beratung und Betreuung ergänzt.

Spätestens seit Änderung der Mutterschaftsrichtlinien 1996 ist durch die drei Basis-Ultraschalluntersuchungen die Suche nach Fehlbildungen und Normabweichungen legitimiert worden. Mit der Neuregelung des § 218 StGB im Jahre 1995 ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) der Rechtsanspruch auf Beratung in allen die Schwangerschaft betreffenden Fragen eingeführt worden. Frauen und ihre Partner haben das Recht, sich zu allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar betreffenden Fragen von einer hierfür zugelassenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen.

Zur Beratung gehören laut Schwangerschaftskonfliktgesetz Informationen über:

- Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung
- die Hilfsmöglichkeiten, die für behinderte Menschen und ihre Familien vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen
- die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft

Darüber hinaus gehört „zum Anspruch auf Beratung ... auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt des Kindes“ (SchKG 1995). Die verschiedenen Bereiche der psychosozialen Beratung sind in Tabelle 1-1 dargestellt.

Medizinische Studien und Statistiken zeigen, dass es noch nie so sicher wie heute war, ein gesundes Kind zu bekommen. 95% aller Kinder sind bei der Geburt gesund. Die medizinischen Möglichkeiten, bei Schwierigkeiten einzugreifen, sind

**Tab. 1-1** Die verschiedenen Bereiche der psychosozialen Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

Bereiche	Beratungsinhalte/-ziele
Vor einer Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik	Unterstützung der Entscheidungskompetenz
Während der Wartezeit auf die Untersuchungsergebnisse	emotionale Stabilisierung und Auseinandersetzung mit möglichen Konsequenzen
Bei zu erwartender Behinderung oder Erkrankung des Kindes	Unterstützung des Entscheidungsprozesses
Nach Entscheidung zum Fortführen der Schwangerschaft	individuelle Unterstützung und Vermittlung von Hilfsangeboten in der weiteren Schwangerschaft und nach der Geburt
Während und nach einem Schwangerschaftsabbruch	emotionale Stabilisierung, Trauerbegleitung und Entwicklung neuer Lebensperspektiven

immer mehr verbessert worden. Deutschland hat weltweit die niedrigste Neugeborenensterblichkeit. Auch in Perinatalzentren konnte die Versorgung der Frühgeborenen immer weiter optimiert werden. werdende Eltern haben Grund, in der Schwangerschaft „guter Hoffnung“ zu sein, denn den Kindern geht es bei und nach der Geburt besser denn je. Trotzdem stehen werdende Eltern unter stärkerer psychischer Anspannung und Stress als je zuvor. Ein eventuelles genetisches Risiko macht vielen Angst: Ist mit unserem Kind alles in Ordnung? Wird unser Kind behindert sein? Wie können wir es dann versorgen?

In einer Gesellschaft, in der das Schönheits- und Gesundheitsideal eine so hohe Priorität hat und die zur Perfektionierung neigt, gilt ein Kind mit Behinderung als unzumutbares Leid. Es sind immer weniger Eltern bereit, ein Kind mit Behinderung anzunehmen. Wenn die Geburt eines Kindes mit Behinderung als „vermeidbarer Haftpflichtschaden“ von Gerichten anerkannt wird (s. Riedel 2003, Kind als Schaden), fördert dies bei schwangeren Frauen die Erwartung und Garantie auf ein „gesundes“ Kind. Wird dennoch ein Kind mit Behinderung geboren, so wird den Eltern oftmals von der Gesellschaft vermittelt, dass es „so etwas heute doch nicht mehr geben muss“. Solche Reaktionen erhöhen den Druck auf die schwangere Frau und ihren Partner, sich eher für einen Abbruch der Schwangerschaft zu entscheiden. Die gesellschaftliche Verantwortung wird auf den Einzelfall, die Frau, projiziert.

In der psychosozialen Beratung können diese Zusammenhänge sichtbar gemacht, die Begriffe von Verantwortung, Schuld und Ursache beleuchtet und die werdenden Eltern aus der Position der alleinigen Zuständigkeit entlastet werden.

„Insgesamt stehe ich der Pränataldiagnostik kritisch gegenüber, da ich es sehr problematisch finde, Herr(in) über Leben und Tod zu sein. Welches Leben ist lebenswert? Ich würde mir mehr gesellschaftliche Unterstützung für behindertes Leben wünschen.“ (Studienteilnehmerin)

Die Themen rund um die Pränataldiagnostik betreffen die Grenzen der menschlichen Existenz. Es müssen Entscheidungen getroffen werden, die „unmögliche“ Entscheidungen sind. Daher benötigen sowohl die betroffenen werdenden Eltern als auch die Beraterin Zeit, sich den schwierigen Themen anzunähern. Selbst erfahrene Beraterinnen haben manchmal Mühe, mit der Betroffenheit, die eine schwerwiegende Diagnose auslöst, umzugehen und die Spannung auszuhalten, die durch die Auseinandersetzung mit Leben und Tod entsteht.

Das Erleben der Schwangerschaft wird durch das breite Angebot vorgeburtlicher Untersuchungen und nicht immer ausreichende Informationen über deren Möglichkeiten, Grenzen und Risiken zunehmend von Unsicherheit geprägt. Schwangere Frauen haben nur „partielle“ Informationen, aufgrund derer sie sich oftmals zu einer invasiven Diagnostik entschließen oder sich gar von ihrem Gynäkologen dazu drängen lassen. Frauen fragen sich, ob sie alle Untersuchungen, die ihnen angeboten werden, in Anspruch nehmen müssen. Gleichzeitig fällt es ihnen als Laien schwer zu entscheiden, welche und wo sie diese Untersuchungen durchführen lassen sollten. Oftmals richten sie ihre Entscheidung an der Empfehlung ihres Arztes aus, der sich nicht immer die Zeit für eine intensive Aufklärung nimmt bzw. nehmen kann.

In vielen Fällen erleben die schwangeren Frauen Pränataldiagnostik schließlich als Entlastung, da sie in der überwiegenden Anzahl erfahren, dass ihr Kind keine feststellbare Behinderung oder Erkrankung aufweist. Aber bereits Verdachtsmomente während einer Vorsorgeuntersuchung können beunruhigen. Einerseits fühlen sich die Frauen dann unter Druck, ihr Kind weiteren Untersuchungen auszusetzen. Andererseits haben sie Angst, ihr Kind durch einen Eingriff zu verlieren: „Was machen wir, wenn bei unserem Kind eine Behinderung oder Erkrankung festgestellt wird?“

Mit dieser Frage, die eigentlich immer bereits vor den Untersuchungen geklärt werden sollte, fühlen sich die Eltern dann überfordert und alleingelassen. Die Empfehlung oder das Angebot weiterer pränataldiagnostischer Untersuchungen kann einen erheblichen Schwangerschaftskonflikt verursachen.

Psychosoziale Beratung kann den Frauen und ihren Partnern Zeit und Raum geben, sich mit möglichen Konsequenzen der Diagnostik für die weitere Schwangerschaft, die Beziehung zu dem Ungeborenen und die Paarbeziehung auseinander zu setzen. Dabei geht es in der psychosozialen Beratung darum, einen eigenen Standpunkt zu finden und Handlungsspielräume zu entdecken.

Schwangerschaftsberatungsstellen sind für diese komplexe Aufgabe jedoch nicht immer ausreichend vorbereitet. Die Beratung vor Pränataldiagnostik muss durch ausreichende medizinische Kenntnisse fundiert werden.

Bei der Beratung nach Pränataldiagnostik hat sich eine enge und persönliche Anbindung an eine Klinik oder Schwerpunktpraxis bewährt (s. auch Kap. 2). Dadurch ist die Beratungsstelle für die schwangeren Frauen gerade in der akuten Krisensituation nach Diagnosemitteilung sehr schnell und unkompliziert erreichbar. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen am Prozess beteiligten Personen wie Ärzten, Hebammen etc. wird hierdurch gefördert.

Psychosoziale Beratung als Konfliktberatung sollte schwangere Frauen und ihre Partner bei der individuellen Entscheidungsfindung unterstützen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu gewinnen. Das persönliche Erleben der Betroffenen muss dabei im Mittelpunkt stehen.

Ergebnisse des wissenschaftlichen Projektes „Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“ des Bundesministeriums zeigten, dass es vor allem das Verständnis der Beraterin für die persönliche Situation der Patientin war, das von den Teilnehmerinnen positiv bewertet wurde (Rohde u. Woopen 2007, s. auch Kap. 2, S. 22 ff).

In der Beratung kann in Ruhe besprochen und reflektiert werden, was verschiedene Entscheidungen bedeuten und auch bewirken können. Es können Fragen beleuchtet werden, wie: Mit welcher Entscheidung können die werdende Mutter und ihr Partner leben? Wie können Ängste in der Schwangerschaft reduziert werden? Welche Entscheidungen sind mit der religiösen Einstellung und mit der Weltanschauung des Paares und der Familiensituation vereinbar?

Die psychosoziale Beratung sollte ermutigen, nicht einschüchtern, Verständnis wecken, nicht belehren, die Verantwortung der Frau bzw. des Paares stärken, nicht die Frau bzw. das Paar bevormunden.

## Ziele und Grenzen der Beratung

Ziel der psychosozialen Beratung sollte es sein, die Frauen und deren Partner darin zu bestärken, vor jeder Etappe der pränatalen Untersuchungen neu und bewusst zu überlegen, ob sie diesen Schritt verantworten können und wollen. Neben der rein medizinischen Beratung kann die psychosoziale Beratung einen neutralen und geschützten Raum für Gefühle wie Unsicherheit, Befürchtungen, Ambivalenzen etc. zur Verfügung stellen und durch die Eröffnung von Handlungsspielräumen eine bewusste eigenständige Entscheidung ermöglichen, welche die Frau und ihr Partner jetzt und auch später vor sich selbst verantworten können. Gerade nach einer Diagnosestellung sollten die Frauen in dieser extrem schwierigen Situation aufgefangen und nicht alleingelassen werden, damit die Lebenskrise nicht zum Trauma wird. Dabei sollte die Beraterin an der Seite der Frau stehen, ohne sie oder ihre Entscheidung zu bewerten oder zu verurteilen, und die Betroffene in ihrer Ganzheit, d.h. in ihren kulturellen, sozialen und ethischen Bezügen wertfrei wahrnehmen.

Durch qualifizierte psychosoziale Beratung kann der Entwicklung längerfristiger psychischer Probleme wie Depression und psychosomatischen Störungen entgegengewirkt werden.

Eine **Grenze** der psychosozialen Beratung zeigt sich, indem den werdenden Eltern nicht die Last der Entscheidung abgenommen werden kann. Die Verzweiflung der werdenden Eltern nach einer Diagnosestellung und die Last mit dem Wissen umgehen zu müssen, das „Nicht-aushalten-Können“ der sich vielleicht

über Wochen hinziehenden Untersuchungen können von der Beraterin nur empathisch begleitet werden, führen aber nicht selten zur Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch. Denn die Möglichkeiten, sich auf ein Leben mit einem schwer behinderten oder erkrankten Kind in unserer Gesellschaft vorzubereiten, können dagegen nur schwer aufgewogen werden.

Die Beratung stößt auch dort an ihre Grenzen, wo den Betroffenen (Eltern behinderter Kinder) die Wahrnehmung und Umsetzung ihrer Rechte erschwert wird, z.B. dadurch, dass Gesetze in ihrer Sprache und Unüberschaubarkeit nicht nur für Laien, sondern auch für Beraterinnen oder gar Juristen schwer zu erfassen sind. So ist es für Eltern behinderter Kinder unendlich schwierig und frustrierend, die ihnen zustehenden Rechtsansprüche geltend zu machen. Rigide Vorschriften und Auslegungen der gesetzlichen Krankenkassen und zum Teil „abstruse“ Gutachten durch die medizinischen Dienste der Pflegeversicherungen tragen zu großen Ängsten, finanziellen und sozialen Sorgen bei der Entscheidung für ein behindertes Kind bei. Hier können sich Beratungsstellen nur politisch oder rechtlich für Veränderungen einsetzen. Werden solche Probleme bei pathologischem fetalem Befund zum Thema – z.B. durch Informationsaustausch mit den Eltern von betroffenen Kindern –, gelingt es manches Mal nicht, die aufkommenden Ängste vor der Zukunft zu bewältigen.

Auch wenn die psychosoziale Beratung Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten in einer Krise aufzeigen will und in der für die Paare schwierigen Situation Entwicklungsaufgaben sehen kann, so geht es oftmals auch darum, die Grenzen der Bewältigungsmöglichkeiten wahrzunehmen, und den Ratsuchenden dabei zu helfen, mit ihren Grenzen zu leben und diese anzuerkennen.

In Anbetracht der Belastungen, denen Eltern trotz vielfältiger Hilfsmöglichkeiten bei einer Behinderung oder schwerwiegenden Erkrankung ihres Kindes ausgesetzt sind, kann Beratung nur eine Stütze bieten, aber keine Aussicht auf Reduzierung der zukünftigen alltäglichen Belastungen. Weitere Hilfssysteme, wie Frühförderung, Behindertenreferate, finanzielle Hilfen etc., sind notwendig, um die praktische und konkrete Mehrbelastung einer Familie mit einem behinderten Kind aufzufangen.

## Die gesetzliche Grundlage

### Schwangerschaftsabbruch – § 218a StGB

In § 218a StGB sind die legalen Folgen des Schwangerschaftsabbruchs geregelt. Dort heißt es: *„Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eis in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.“*

Dieser letzte Satz betrifft damit die Verordnung der „Pille danach“, die straffrei bleibt. Hinsichtlich der Schwangerschaftsabbrüche gibt es allerdings weitere Regelungen, in denen der Schwangerschaftsabbruch straffrei bleibt. Dies ist einmal in



§ 218a StGB formuliert: Demnach ist ein Schwangerschaftsabbruch zwar gesetzwidrig, bleibt aber straffrei, wenn die Schwangere dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind. Dieser **Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung** wird landläufig noch oft als „soziale Indikation“ bezeichnet. In der Regel handelt es sich dabei um Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und zu der Schlussfolgerung gelangen, dass sie aufgrund ihrer Lebenssituation die Schwangerschaft nicht austragen wollen.

Anders ist die Situation bei **späteren Schwangerschaftsabbrüchen** (nach der 12. Schwangerschaftswoche [SSW]), die wegen einer Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit bzw. wegen Lebensgefahr durchgeführt werden. Dies betrifft insbesondere Schwangerschaftsabbrüche nach pathologischem pränataldiagnostischem Befund. Die juristische Situation diesbezüglich hat sich 1995 geändert. Die sogenannte embryopathische Indikation wurde aufgegeben und nach dem Willen des Gesetzgebers in die **medizinische Indikation** des § 218a Abs. 2 StGB integriert. Denn danach ist ein von einem Arzt vorgenommener Schwangerschaftsabbruch dann nicht rechtswidrig, wenn er „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“. Die aktuelle Rechtslage sieht **keine zeitliche Befristung** der Schwangerschaftsabbrüche vor. Diese sind damit theoretisch bis zur Geburt möglich, aber mit fortschreitender Schwangerschaft wird dem Leben des Kindes in Abwägung gegenüber der zu erwartenden Belastung der Mutter immer mehr Bedeutung beigemessen. Dies führt in der Praxis dazu, dass Schwangerschaftsabbrüche nach prinzipieller Lebensfähigkeit des Kindes (ca. 22./23. SSW) nur noch in sehr begrenzten Ausnahmefällen und nach strenger Indikationsstellung vorgenommen werden.

Bisher gibt es keine Leitlinien oder Empfehlungen des Gesetzgebers oder der Fachgesellschaften, wie und von wem diese Gesundheitsgefährdung verlässlich beurteilt werden kann oder soll. Festgelegt ist lediglich, dass die Indikationsstellung und der dann durchzuführende Schwangerschaftsabbruch durch **zwei verschiedene Ärzte** erfolgen müssen. Auch hier gilt – wie beim Abbruch nach Beratungsregelung – die Gewissensfreiheit des Arztes, ob er sich an dem Abbruch beteiligen möchte. Die wenig konkrete Festlegung von Kriterien für einen Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation führt dazu, dass der Schweregrad der Behinderung bzw. Erkrankung des ungeborenen Kindes mit in die Entscheidung einfließt. Weitere Einflussfaktoren sind moralische, religiöse und andere Wertvorstellungen der Pränatalmediziner, aber auch strukturelle Gegebenheiten, wie z.B. Anbindung einer pränatalmedizinischen Praxis an ein Krankenhaus bzw. unterschiedliche Leitlinien konfessioneller Krankenhäuser.

Ein anderes relevantes Problem in diesem Zusammenhang ist, dass **die zu erwartende Gefährdung der Gesundheit der Mutter** praktisch prospektiv, also für die Zukunft, beurteilt werden muss, und zwar in einer Situation, die für die betroffenen Frauen eine extreme Belastung darstellt (s. auch Kap. 6 u. 7). Einfach ist die Situation, wenn eine körperliche Erkrankung der Mutter vorliegt, da hier die Prognosestellung einigermaßen sicher ist. Viel schwieriger ist die Beurteilung der zu erwartenden Auswirkungen der aktuell festgestellten Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes auf die zukünftige psychische Gesundheit der Schwangeren. Konfrontiert mit einer pränatalen Diagnose ist eine akute Belastungsreaktion eine „normale“ Reaktion (s. auch Kap. 12).

Aber wie sich die psychische Situation der Schwangeren entwickeln wird, welche Ressourcen sie mobilisieren kann oder nicht, wenn das kranke oder behinderte Kind ausgetragen werden würde, bleibt letztlich maximal eine Annäherung. Eine Hilfe bei der Bewertung können psychische Vorerkrankungen oder auch Persönlichkeitsmerkmale der werdenden Mutter sein, die mit einer verminderten Belastbarkeit einhergehen. Aber eine solche psychologische oder psychiatrische Beurteilung der psychischen Prognose ist zeitaufwändig und auch mit langjähriger Erfahrung schwierig. Dabei unberücksichtigt bleibt zudem, dass Menschen durch oder in Krisensituationen wachsen und sich in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln können. Diese Einschränkungen, unzureichende Leitlinien und die daraus folgende Unsicherheit sollten jedoch nicht dazu führen, dass Schwangerschaftsabbrüche nur aus diesem Grund abgelehnt werden. Denn dadurch kann „die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“ nicht abgewendet werden.

In der Praxis zeigt sich, dass eine medizinische Indikation nach Pränataldiagnostik in Absprache verschiedener Ärzte nach Einzelfallprüfung, manchmal unterstützt durch sogenannte „Ethikkommissionen“, gestellt wird. Das heißt oftmals auch, dass sowohl die Schwere der Erkrankung bzw. Behinderung als auch die Schwangerschaftswoche mit in die Entscheidung einfließen, auch wenn das nicht gesetzlich verankert ist. Viele Kliniken führen z.B. bei Lebensfähigkeit des Kindes keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durch, da sie sich dann mit der Problematik des Fetozids (s. auch Kap. 9, S. 144 ff) konfrontiert sehen.

### **Die „psychiatrische Indikation“ – auch eine medizinische Indikation**

In einigen wenigen Fällen könnte sich auch die Frage stellen, ob eine „psychiatrische Indikation“ zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt. Es muss deutlich gemacht werden, dass auch eine psychiatrische Indikation eine medizinische Indikation ist und es bei der Indikationsstellung ebenfalls um die zukünftige Gesundheitsgefährdung der Mutter geht. Da dies bei der medizinischen Indikation sowie so zu beurteilen ist, kommt die zusätzliche Frage der psychiatrischen Indikation eigentlich nur dann auf, wenn es sich um ein gesundes Kind handelt bzw. eine bestehende psychische Erkrankung oder besondere Ausnahmesituation für die Beurteilung relevant ist. Die ausgeprägte psychische Reaktion bei Behinderung

oder Erkrankung des Kindes muss nicht notwendigerweise die Hinzuziehung eines Psychiaters zur Beurteilung bedeuten.

#### Fallbeispiel

##### Psychiatrische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

Bei der 16-jährigen Janine wird erst in der 16. SSW die Schwangerschaft festgestellt. Sie zeigt eine ausgeprägte Schockreaktion, die Depressivität, Verzweiflung und Suizidalität einschließt. Immer wieder äußert sie, dass sie das Kind nicht behalten könne und einen Schwangerschaftsabbruch wolle. Die durchgeführte Ultraschalluntersuchung ergibt, dass das Kind gesund und gut entwickelt ist. Zur Vorgeschichte der Schwangerschaft ist bei der psychiatrischen Exploration zu erfahren, dass diese aus einer Missbrauchssituation im sozialen Umfeld entstanden ist: Ein Bekannter der Eltern hatte sich bei einem Besuch nachts in ihr Zimmer geschlichen und sie zum Geschlechtsverkehr gedrängt. Aus Scham hatte sie ihren Eltern nichts davon erzählt und zunächst alle Anzeichen der Schwangerschaft verdrängt. Die Besprechung einer Freigabe zur Adoption als Alternative löste bei Janine Panik aus: *„Ich kann dieses Kind nicht noch ein paar Monate in meinem Bauch haben.“* Wegen der ausgeprägten psychischen Dekompensation und der ernst zu nehmenden Suizidgefahr erfolgt die Stellung einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (für einen Abbruch aus kriminologischer Indikation ist es zu spät, da diese nur bis zur 12. SSW möglich ist). Janine und ihre Eltern werden hinsichtlich rechtlicher Schritte beraten. Es erfolgt die Konservierung von Material für eine eventuelle Vaterschaftsfeststellung.

##### Anmerkungen zur Diskussion um eine „Pflichtberatung“

In den letzten Jahren hat sich mit der öffentlichen bzw. politischen Diskussion der Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation und insbesondere der späten Abbrüche (nach prinzipieller Lebensfähigkeit des Kindes) auch immer wieder das Thema „Pflichtberatung“ in den Vordergrund geschoben. Es gibt Vertreter der Auffassung, dass nur durch eine Pflichtberatung eine ausreichende Beratung der Frau unter Einbeziehung aller medizinischen und psychosozialen Aspekte gewährleistet werden kann. Andere Meinungsbildner vertreten die Auffassung, dass jegliche Beratung, die unter Zwang erfolgt, sinnlos ist und keinen Effekt hat. Es gibt viele Argumente für jede dieser Haltungen. Aus Sicht der Autorinnen sollte die Beratung in jedem Fall freiwillig erfolgen. Wird die Beratung gesetzlich vorgeschrieben, wird auf die Frauen und Paare, die in solch einer Situation bereits genug belastet sind, zusätzlich Druck ausgeübt. Dadurch wird auch der Beratungsprozess zusätzlich belastet. Offenheit und Gesprächsbereitschaft der Ratsuchenden könnten durch den gesetzlichen Zwang eingeschränkt werden. Betroffene könnten durch diesen Druck in eine Situation geraten, in der sie die Beraterin