

BERATUNG IM KONTEXT DER PRÄNATALEN DIAGNOSTIK

Eine Handreichung für die Praxis



Der aktive, frühe und integrierte Ansatz in der Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik an der Schnittstelle von Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen zu niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen

Sozialdienst katholischer Frauen
Landesverband Bayern e. V.



INHALT

ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN AUS DEM MODELLPROJEKT
„PSYCHOSOZIALE BERATUNG IM VORFELD DER PRÄNATALDIAGNOSTIK
AN DER SCHNITTSTELLE ZUR MEDIZINISCHEN BERATUNG“ VON 2008 - 2011

KURZFASSUNG DES ABSCHLUSSBERICHTES

▶ EINLEITUNG	07
▶ WARUM DIESE HANDREICHUNG	08
▶ ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN DES MODELLPROJEKTES	09
▶ ZIELGRUPPEN DES MODELLPROJEKTES	09
Werdende Mütter und Väter in der Frühschwangerschaft	09
Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen	10
Teams der Katholischen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen von SkF und Caritas	10
▶ PROJEKTANSATZ	11
▶ VERSTÄNDNIS/DEFINITION VON PND	12
▶ FACHLICHE EINORDNUNG DES PROJEKTANSATZES IN DIE PSYCHOSOZIALE BERATUNG	13
Beratungsauftrag – Anlass der Kontaktaufnahme	14
Begriff der allgemeinen Schwangerschaftsberatung	15
Zeitpunkt der Kontaktaufnahme	16
▶ ENTWICKLUNG EINES ANAMNESE- UND VERWEISUNGSKONZEPTES	17
Projektbegleitende Fortbildungen	19
Instrumente der Umsetzung des Anamnese- und Verweisungskonzeptes	20
■ Telefonische Vorklärung - Erstkontakt zur Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen	20
■ Anamneseleitfaden	21
■ „Anknüpfungspunkte“ in der psychosozialen Beratung zu PND	23
■ Verankerung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes in Teambesprechungen,	24
Supervision und pastoraler Begleitung	
• Teambesprechungen	24
• Supervision	24
• Pastorale Begleitung	24

▶ FORSCHUNGSMETHODIK	27
▶ STICHPROBE UND RÜCKLAUF	27
▶ ERGEBNISSE	29
Empfehlung/Verweisung	29
■ Zugangswege zur psychosozialen Beratung	29
■ Erste Angaben zum Anlass der psychosozialen Beratung	29
■ Informationsstand über Schwangerschaftsberatungsstellen	31
■ Rat zu psychosozialer Beratung von Schwangeren an andere Frauen allgemein und im Kontext von PND	32
Allgemeine psychosoziale Themen und Themen im Kontext von PND	33
■ Mögliche Themen einer psychosozialen Beratung aus Arzt- und Klientinnensicht	33
(noch vor erfolgter psychosozialer Beratung)	
■ Tatsächlich besprochene Themen und deren Bewertung nach erfolgter psychosozialer Beratung	37
aus Beraterinnen- und Klientinnensicht zu allgemeinen und Themen der PND	
■ Hilfreiche Themen der psychosozialen Beratung – rückblickend aus Klientinnensicht – Nachbefragung	39
Allgemeine Bewertung der medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche	39
■ Bewertung des ärztlichen Beratungsgesprächs	39
■ Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs	40
• Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs zu allgemeinen Themen der Schwangerschaft	40
• Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs im Hinblick auf das Thema PND	42
Haltung der Schwangeren zu pränataler Diagnostik	43
Prozess der Entscheidungsfindung	46
■ Vorerfahrungen mit PND/Inanspruchnahme von PND/Einstellung zu PND	47
■ Ärztliche Aufklärung/ärztliche Beratung	47
■ Psychosoziale Beratung/Besonderheiten der Frauen, die nach ärztlicher Verweisung	50
eine Beratungsstelle aufsuchten	
Ergebnisse unter Berücksichtigung des „frühen Zeitpunkts“ als Voraussetzung	56
für die Unterstützung in der Entscheidungsfindung	
■ Zeitpunkt/Zugangswege	56
■ Generelle Krisen- und Konflikthaftigkeit zum „frühen Zeitpunkt“ und Fragestellungen im Kontext der PND	59
• Bewusstsein über potenzielle Konflikthaftigkeit von PND bei Ärzte/innen und Beraterinnen	61
• Mögliche Parallelen zum Schwangerschaftskonflikt	64
■ Themenwünsche der Schwangeren vor dem ärztlichen Gespräch und besprochene,	67
hilfreiche Themen der PND und allgemeine Themen in der psychosozialen Beratung	
■ Meinungen/Haltungen zur PND aus Sicht der Schwangeren	71
■ Empfehlung zur Inanspruchnahme psychosozialer Beratung aus Sicht der Frauen	71

▶ ERFAHRUNGEN MIT DER UMSETZUNG DES AKTIVEN, FRÜHEN UND INTEGRIERTEN BERATUNGSANSATZES	72
Häufigkeit des Themas PND in der psychosozialen Beratung im Kontext der allgemeinen Beratung	72
Erfahrungen/Veränderungen seitens der Ärzt/innen und Beraterinnen und Auswirkungen der Kooperation sowie veränderte Haltung der Professionen	73
▪ Etablierung einer regelmäßigen Zusammenarbeit	75
▪ Veränderte Haltung der Beraterinnen gegenüber Gynäkologen/innen	76
▪ Veränderte Haltung der Ärzte/innen gegenüber den Beraterinnen	76
▪ Veränderte Haltung der kooperierenden Ärzten/innen zu psychosozialer Beratung	76
▪ Aufrechterhaltung der Empfehlung von Beratung und der Kooperation nach Projektende	76
▪ Erhöhung der Inanspruchnahme	76
▪ Auswirkungen der gezielten Kooperation während der Projektzeit	77
▪ Umsetzung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes im Kontext der PND in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung	77
▶ FAZIT	78

ANLAGEN

Anlage 1	81
Struktur des Modellprojektes	
Anlage 2	82
Projektbeschreibung	
Anlage 3	87
Arbeitsweise des Modellprojektes	
Anlage 4	88
Quellenverzeichnis	
Anlage 5	89
Tabellenverzeichnis	
Anlage 6	90
Abkürzungsverzeichnis	

TEIL 1

PROJEKTIDEE UND UMSETZUNG

► EINLEITUNG

Mit der immer schnelleren medizinischen Entwicklung umfassender vorgeburtlicher Untersuchungen zu einem immer früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft haben sich die Fragestellungen für Schwangere, werdende Väter und die sie begleitenden Professionen deutlich verändert. Wie sich diese Veränderungen in Medizin und Gesellschaft im Kontext der PND insgesamt auf Schwangere und die sie begleitenden Professionen auswirken, welche Konsequenzen dies für das individuelle wie professionelle Umgehen mit Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt beinhalten könnte, wird nach und nach mehr in den Blick genommen. Dabei konzentrierte sich die bisherige Betrachtungsweise in wissenschaftlichen Untersuchungen und rechtlichen Regelwerken primär auf das Umgehen mit dem auffälligen Befund.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration entschied im Jahr 2008, das Modellprojekt des Sozialdienstes katholischer Frauen Landesverband Bayern e. V. für eine interdisziplinäre, konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung des Beratungs- und Begleitungsangebotes **vor** Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Untersuchungen zu fördern. Damit wurde explizit der frühe Zeitpunkt (sprich die medizinische und psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden) zum Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung und ein entsprechender Schwerpunkt gesetzt.

Diese Schwerpunktsetzung resultierte aus den bisherigen Beratungserfahrungen, einer Vielzahl von fachlichen Reflexionsprozessen im Kontext der pränatalen Diagnostik, dem aus der Medizin heraus erklärten Ziel der „informierten Entscheidung“ für oder gegen die Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen sowie ethischen Überlegungen.

Alle Überlegungen gemeinsam bildeten die Grundlage für das zu konzeptionierende Modellprojekt „Psychosoziale Beratung im Vorfeld der Pränataldiagnostik an der Schnittstelle zur medizinischen Beratung“, im Arbeitstitel als Verbundprojekt „Beratung in der frühen Schwangerschaft“ benannt.

Das Verbundprojekt „Beratung in der frühen Schwangerschaft“ und der in diesem Rahmen entworfene „aktive“ Beratungsansatz hatte und hat zum Ziel, die multiprofessionelle Begleitung und Beratung von schwangeren Frauen und werdenden Vätern gezielt in den frühen Schwanger-

schaftswochen und im Kontext der pränatalen Diagnostik (PND) zu verbessern und insbesondere den Prozess der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen angemessen zu unterstützen.

Mit dem Vorhaben wurde daher nicht nur die Evaluation der bestehenden ärztlichen und psychosozialen Beratung und Begleitung rund um die Fragestellungen der PND anvisiert, sondern gleichzeitig ein neuer Ansatz eingeführt, erprobt und überprüft.

Das Modellprojekt wurde vom Sozialdienst katholischer Frauen Landesverband Bayern (SkF) durchgeführt. Für die wissenschaftliche Begleitung konnte die Gynäkologische Psychosomatik am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde der Universitätsklinik Bonn sowie der Lehrstuhl für Gesundheits- und Sozialwissenschaften der Evangelischen Fachhochschule Berlin gewonnen werden¹.

Allen Beteiligten war – auch aufgrund der Untersuchungsergebnisse anderer Modellprojekte im Feld² ersichtlich, dass mit diesem „präventiven Ansatz“ der Beratung – vor Inanspruchnahme von PND ein schwieriges Terrain betreten wird.

Im Verlauf des Modellzeitraumes kam es zu Anpassungen der rechtlichen Regelwerke durch die Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, die Verabschiedung des Gendiagnostikgesetzes (31.7.2009) und die Entscheidungen zur Präimplantationsdiagnostik. Dabei bestätigte sich in der Begründung zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Projektansatz des Modellprojektes im Sinne eines aktiven und frühen Unterstützungsangebotes.

„Psychosoziale Beratung kann und sollte sich so zusammen mit der ärztlichen Versorgung als selbstverständlicher Bestandteil der Betreuung von Schwangeren im Kontext pränataler Diagnostik nicht nur vor dem Hintergrund einer medizinischen Indikation etablieren“

aus Begründung zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 13.05.2009³

1 Anlage 1: Struktur des Modellprojekts

2 Anlage 4: Nr. 3

3 Anlage 4: Nr. 8

Durch die Zulassung eines sogenannten Bluttest z.B. dem Praena-Test der Firma LifeCodexx im Jahr 2012 in Deutschland wurde die fortschreitende medizinische Entwicklung umfassender vorgeburtlicher Untersuchungsmethoden (PND) verstärkt gesellschaftlich wahrgenommen. Der Bluttest wird fachlich der Nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPD) zugerechnet und findet laut Veröffentlichung

der Firma als Testverfahren „für schwangere Frauen, die sich in der vollendeten neunten Schwangerschaftswoche oder darüber befinden“ (Stand Februar 2015) Anwendung. Mittlerweile sind weitere Anbieter ähnlicher Testverfahren auf dem Markt und ein Angebotsspektrum an frühen pränataldiagnostischen Methoden hat sich etabliert.

► WARUM DIESE HANDREICHUNG

Die Handreichung möchte die Auseinandersetzung mit dem im Folgenden vorgestellten präventiven Beratungsansatz unterstützen und die Evaluationsergebnisse des Modellprojektes einer breiteren Fachöffentlichkeit zur Verfügung stellen. Auf dieser Grundlage können Erfahrungen diskutiert, reflektiert und ggf. eine konzeptionelle Umsetzung zur Verbesserung der „Beratung in der frühen Schwangerschaft“ vor Ort implementiert werden.

Der im Zuge des Projektes entwickelte Beratungs- und Handlungsansatz lässt sich auf beide projektbeteiligte Professionen (Ärzte/Ärztinnen und Beraterinnen) übertragen. In der Umsetzung ergeben sich dabei für den jeweiligen Fachbereich spezifische Konsequenzen. Da im Zuge der Feststellung der Schwangerschaft und der weiterführenden medizinischen Begleitung das Angebot und die Durchführung von pränataler Diagnostik selbstverständlicher Bestandteil der gynäkologischen Praxis ist, liegt das Thema sozusagen auf dem „Tisch“.

Richtet man die Aufmerksamkeit auf den Prozess, so lässt sich feststellen, dass eine Vielzahl von – auch psychosozialen – Fragestellungen und Abwägungsprozessen für Schwangere und werdende Väter aus der erhaltenen medizinischen Information über PND resultieren.

Im Gegensatz dazu ist es in weiten Teilen weder in der Öffentlichkeit, noch in der Fachöffentlichkeit bekannt, dass Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen vor Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik informierend, beratend und begleitend unterstützen und somit genau diese Fragestellungen und Abwägungsprozesse aufgreifen können (vgl. Teil 2, Empfehlung/Verweisung, Seite 29).

Fachlich und rechtlich könnten die medizinische und psychosoziale Beratung als eine Art „Tandem“ von Frauen und Männern selbstverständlich genutzt werden. Ein Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung sichert den kostenfreien, flächendeckenden Zugang zu staatlich und kirchlich anerkannten Beratungsstellen unterschiedlicher Träger. Die vorliegende Handreichung wendet sich deshalb primär an Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen unterschiedlicher Träger. Gleichzeitig kann sie aber auch als Diskussionsgrundlage und Arbeitshilfe für multiprofessionelle „Runde Tische“ und „Qualitätszirkel“ genutzt werden, da ebenfalls Aussagen zu Ergebnissen und Erfahrungen der ärztlichen Praxis getroffen werden.

Im Folgenden werden der Projektaufbau, der Beratungsansatz und im Teil 2 dieser Handreichung die wissenschaftliche Untersuchung mit ausgewählten Ergebnissen dargestellt.

► ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN DES MODELLPROJEKTES

Das Verbundprojekt „Beratung in der frühen Schwangerschaft“ formuliert als Zielsetzung den wirksamen „Einsatz von präventiven Maßnahmen“

- zur angemessenen Unterstützung von Frauen und Männern
- in allen Phasen der Schwangerschaft
- im Umgang mit pränataler Diagnostik
- durch die Verstärkung der psychosozialen Beratung in der Frühphase der Schwangerschaft
- vor Inanspruchnahme der PND
- im Kontext der allgemeinen Schwangerschaftsberatung
- zur Unterstützung des Entstehens einer informierten Entscheidung.

Diese Zielsetzung schließt die psychosoziale Beratung und Begleitung während der Wartezeit auf einen Befund und in der weiteren Begleitung nach auffälligem Befund in der Regelarbeit mit ein.

Folgende Hypothesen werden zugrunde gelegt:

1. „Durch eine psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme einer pränatalen Diagnostik, die die Fragestellungen der pränatalen Diagnostik gezielt im Rahmen der Anamnese thematisiert, erfahren Schwangere eine Beratung und Begleitung, die sie in der aktuellen und hinsichtlich der neuen Lebenssituation besser vorbereitet,

stärkt, unterstützt, schützt usw. und daher eine umfassende Sorge für Mutter/Vater und Kind gewährleistet.“

2. „Eine frühzeitige Beratung wirkt sich positiv auf spätere Krisen- bzw. Konfliktsituationen im Sinne des Lebensschutzkonzeptes aus, da ein Rückgriff auf die Vorerfahrung die Schocksituation/Panik mildert und eine Entscheidungsfindung unterstützt.“
3. „Psychosoziale Beratung ermöglicht eine schnellere und umfassendere Verständigung zwischen Arzt und Patientin im Sinne einer „informierten Entscheidung“ (knappe Zeitressourcen und enges Zeitfenster).“⁴

Über die einzelne Beratungssituation hinaus verfolgt das Modellprojekt flankierend das Ziel der Bewusstseinsbildung über Möglichkeiten und Grenzen pränataler Diagnostik und einer Sensibilisierung für die Auswirkungen der PND.

Eine umfassende Beschreibung der Zielsetzung findet sich in den rechtlichen und kirchlichen Grundlagen zum Auftrag der Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen. Sie wird im Kontext der PND durch spezifische Arbeitshilfen ergänzt⁵.

4 Anlage 4: Nr. 1

5 Anlage 4: Nr. 5-8 und 11-13

► ZIELGRUPPEN DES MODELLPROJEKTS

Werdende Mütter und Väter in der Frühschwangerschaft

Im Fokus des Projektes stehen werdende Eltern mit Beginn der Schwangerschaft.

Eine eingetretene Schwangerschaft ist ein wesentlicher Einschnitt in das Leben von Frauen und Männern, die eine neue Form der Sorge und Fürsorge für das eigene Kind beinhaltet. In diesem Schwangerschaftserleben kommt der pränatalen Diagnostik eine spezifische und als „ambivalent“ erlebte Rolle zu. In der Auseinandersetzung mit den

Möglichkeiten und Grenzen der PND wird auch das Spannungsfeld zwischen Hoffnungen und Ängsten sichtbar. Die Entscheidung, ob, und wenn ja, in welcher Art und Weise eine Schwangere vorgeburtliche Untersuchungen nutzen möchte, hat Auswirkungen auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf.

Frauen und Männer haben einen Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung. Sie können das flächendeckende Angebot von Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen mit ihren Anliegen nach Information, Beratung und konkreter Unterstützung als Hilfestellung nutzen.

Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen

Statistisch betrachtet werden niedergelassene Gynäkologinnen/innen als Berufsgruppe von Frauen am häufigsten zur Feststellung der Schwangerschaft und weiteren ärztlichen Begleitung aufgesucht. Sie führen erste oder weiterführende Untersuchungen – auch der pränatalen Diagnostik – durch.

Ärztinnen und Ärzte der sogenannten Schwerpunktpraxen und pränataldiagnostischen Zentren wiesen zu Beginn des Modellprojektes im Rahmen der Klärung der medizinischen „Schnittstelle“ in Gesprächen darauf hin, dass in der Regel Schwangere den Erstkontakt nicht zu ihnen, sondern zum/zur niedergelassenen Gynäkologen/in herstellen. Daher erfolgen die Konsultationen vorrangig im Rahmen der kollegialen Überweisung und die entsprechenden Rückmeldungen über erhobene Befunde unmittelbar an den verweisenden Arzt. Ähnlich informierten Hebammen, dass der Kontakt von Schwangeren meist in späteren Schwangerschaftswochen zu ihnen aufgenommen würde.

Daher konzentriert sich der Projektansatz auf die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärzte/innen.

Ausgehend von ihrer Berufsrolle und der entsprechenden Einbindung in berufsspezifische Systeme sind niedergelassene gynäkologische Praxen in ihrer Struktur selbstständige Unternehmen mit unterschiedlicher Angebotsstruktur.

Teams der Katholischen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen von SkF und Caritas

Der Fachdienst Schwangerschaftsberatung von Caritas und Sozialdienst katholischer Frauen bezieht sich im Wesentlichen auf die fachlichen Grundlagen, die das Qualitäts-Bundes-Rahmenhandbuch⁶ und die Rahmenkonzeption für die Arbeit Katholischer Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen⁷ bundesweit beschreiben:

- Im Fachdienst tätige Beraterinnen sind in der Regel erfahrene Diplom Sozialpädagoginnen mit einer verpflichtenden fachdienstspezifischen Weiterbildung.
- Diese Fortbildung bildet die Grundlage für weitere Qualifizierungen. Um die Fachlichkeit der Beraterinnen zu gewährleisten, tragen die Träger Katholischer Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen Sorge für eine

stetige Kompetenzerweiterung durch Fort- und Weiterbildung, auch im Hinblick auf aktuelle Entwicklungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

- Sie gewährleisten außerdem Supervision, fachlichen Austausch und pastorale Begleitung.
- Die Schwangerschaftsberatung im Verständnis katholischer Beratungsstellen leistet Beratung auf der Grundlage eines integrierten Konzeptes. Der Kern des Beratungsverständnisses ist die untrennbare Verknüpfung von Information, psychosozialer Beratung, Vermittlung konkreter Hilfen und Netzwerkarbeit, ressourcenorientiert, getragen von Wertschätzung und Respekt gegenüber den Nutzer/innen und konzipiert als Hilfe zur Selbsthilfe.
- Die Beratung geschieht im Rahmen einer professionellen Beratungsbeziehung, sie ist ihrem Wesen nach dialogisch und prozesshaft. Sie arbeitet im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, der den Menschen in seinen lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Zusammenhang stellt.
- Die Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt erfolgt zielorientiert und ergebnisoffen⁸.

In der Beschreibung der Zielgruppe der Beratungsstellen ist hinsichtlich des Projektziels bedeutsam, dass alle Beraterinnen des Teams als Zielgruppe berücksichtigt werden. Auch kommt den Verwaltungskräften im Klientinnenkontakt eine zentrale Rolle zu; diese konnten jedoch nicht unmittelbar in die Evaluation einbezogen werden. Daher werden diese in der fachlichen Auseinandersetzung des Projektansatzes berücksichtigt und in der Umsetzung des Projektansatzes unmittelbar beteiligt.

6 Anlage 4: Nr. 13

7 Anlage 4: Nr. 11

8 Anlage 4: Nr. 11

► PROJEKTANSATZ

Im Projektansatz wird konzeptionell ein **aktives, frühes und integriertes Beratungsangebot** seitens der beiden beteiligten Professionen (Gynäkologen/innen und psychosoziale Beraterinnen) entwickelt und kommuniziert. Dies bedeutet u. a., dass alle Frauen und Männer in den ärztlichen Praxen möglichst früh, d. h. bereits im Kontext der Feststellung der Schwangerschaft, über die Möglichkeiten und das Beratungsspektrum der psychosozialen Beratung informiert werden und ihre Inanspruchnahme auf der Grundlage des Rechtsanspruchs auf psychosoziale Beratung empfohlen wird (ärztliche Verweisung/Empfehlung). Dementsprechend werden im Rahmen der psychosozialen Beratung die Fragestellungen im Kontext der PND über die spezifische PND-Beratung hinaus in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung thematisch aktiv angeboten und somit integriert.

In der Projektbeschreibung⁹ berücksichtigt der Projektansatz die:

- Implementierung der psychosozialen Beratung im Kontext der PND in der Frühschwangerschaft in die „allgemeine Schwangerschaftsberatung“, d. h. Kontexterweiterung. Diese schließt die Begleitung während der Wartezeit auf einen Befund und in der weiteren Begleitung nach Befund in der Regelarbeit mit ein.
- verbindliche Information der Schwangeren und ihres Partners durch ihren/ihre Gynäkologen/in über die Möglichkeiten und Zielsetzungen der psychosozialen Beratung im Sinne der Kontexterweiterung, orientiert an der Fragestellung und dem Zeitpunkt der Konsultation.
- aktive Empfehlung der Ärzte/innen zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme der pränatalen Diagnostik.

Systematisiert bedeutet dies:

Der Projektansatz beinhaltet drei Kernaspekte, die sich gegenseitig bedingen und in der fachlichen Einordnung hergeleitet wurden. Sie beziehen sich auf die Vorgehensweise der beiden professionellen Zielgruppen der Gynäkologen/innen und Beraterinnen:

Diese Kernaspekte bedeuten eine:

AKTIVE

Klärung des Informations- und Beratungsbedarfes hinsichtlich der Fragestellungen/Entscheidungsfindung durch den Gynäkologen/die Gynäkologin in der **ärztlichen Praxis**.

Klärung des Beratungsauftrages der Ratsuchenden hinsichtlich der Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik, bzw. hinsichtlich der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND durch die Beraterin in der **Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen**.

FRÜHE

ärztliche Information und Empfehlung (Verweisung) einer psychosozialen Beratung schon bei Feststellung der Schwangerschaft aufgrund der engen Zeitfenster hinsichtlich des Entscheidungsfindungsprozesses für oder gegen die Inanspruchnahme von PND.

Terminvergabe in den **Schwangerschaftsberatungsstellen** bei Terminanfragen Ratsuchender unter der Prämisse, dass Fragen und Beratungsanliegen hinsichtlich der Inanspruchnahme von PND rechtzeitig bearbeitet werden können.

INTEGRIERTE

d. h. keine selektive **Verweisung**: dass nur Frauen mit bestimmten Themen oder psychischen Befinden an Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen verwiesen werden, da Fragestellungen im Kontext der PND und der allgemeinen Schwangerschaftsberatung in einem integrierten Ansatz bearbeitet werden können.

Klärung des Beratungsauftrages hinsichtlich der Fragestellungen im Kontext von PND unabhängig vom Beratungsanlass in der Schwangerschaft, also auch in der **allgemeinen Schwangerschaftsberatung** (Sondersituation bei Beratung nach §219 (1) StGB).

Hintergrund dieses Ansatzes ist es, durch die aktive, frühzeitige und integrierte Vorgehensweise und damit verbunden der Information, Empfehlung und aktiven Auftragsklärung, werdenden Müttern und Vätern eine erfahrbare Wahlmöglichkeit zu einem unterstützten Entscheidungs- und Begleitungsprozess im Kontext der pränatalen Diagnostik zu ermöglichen.

Die Entscheidung für eine Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung generell und hinsichtlich der Themen, die in diesem Kontext bearbeitet werden, liegt bei den werdenden Müttern und Vätern. Daher handelt es sich um keinerlei Pflichtberatung für Frauen und Männer, sondern um ein aktives Unterstützungsangebot der beteiligten Professionen.

► VERSTÄNDNIS/DEFINITION VON PND

Durch die Zielsetzung des Modellprojektes, Beratung vor Inanspruchnahme von PND zu leisten, stellt sich unmittelbar die Frage, welche Untersuchungen/Tests der pränatalen Diagnostik zugerechnet werden. Daher wurde dem Projektansatz und -aufbau eine Definition der pränatalen Diagnostik (PND) zugrunde gelegt.

„Diese Definition bezieht alle Untersuchungen vor der Geburt mit ein, die Aussagen über Gesundheit und Krankheit des Kindes treffen können, z.B. Ultraschall (inklusive des sog. Routineultraschalls), Bluttest oder Fruchtwasseruntersuchung. Die Untersuchungen können sowohl in der frauenärztlichen Praxis stattfinden als auch in Spezialpraxen für Pränataldiagnostik.“¹⁰

Dieses Verständnis wurde gegenüber den Zielgruppen der Ärzte/innen und Beraterinnen im Rahmen der gemeinsamen projektbegleitenden Fokustreffen¹¹ kommuniziert.

Klientinnen/Patientinnen erhielten ergänzend zu den Informationen im jeweiligen ärztlichen oder psychosozialen Beratungsgespräch im Zuge der Evaluation in den Fragebögen (Einverständniserklärung und Nachbefragung) einen Hinweis zur o. g. Begriffsklärung.

Unabhängig von dieser Festlegung war es Ziel der Evaluation, das jeweilige Verständnis von PND der Vertreter/innen der Zielgruppen (durch Interviews mit den Ärzte/innen und

Beraterinnen zu Projektbeginn und Projektende) zu erfragen. Zusammenfassend lässt sich als Ergebnis festhalten, dass beim Vergleich der zu Projektende angegebenen individuellen Definitionen von Ärzten/innen und Beraterinnen auffällt, dass Beraterinnen häufiger die Auffassung vertreten, dass auch „Routine“-Ultraschalluntersuchungen bereits als pränataldiagnostische Maßnahmen einzuordnen sind und nur ein kleiner Teil der Beraterinnen diese nicht mit in die Definition einschließt.

Bei den Ärzten/innen ergibt sich ein weniger einheitliches Bild. Hier schloss zwar auch die Mehrheit der Befragten die „Routine“-Ultraschalluntersuchungen in ihre Definition von Pränataldiagnostik mit ein, fast genauso viele Befragte definierten PND als über den „Routine“-Ultraschall hinausgehende erweiterte Diagnostik. Darin zeigt sich, dass eine eindeutige berufsspezifische Definition der PND in der jeweiligen Praxis nicht zugrunde liegt.

Insgesamt besteht eine höhere Übereinstimmung der beiden Berufsgruppen im Verständnis von PND als zu Projektbeginn angenommen. Quantitativ zeigt sich in den Berufsgruppen tendenziell ein über die Projektlaufzeit stabiles Verständnis von PND.

¹⁰ Anlage 4: Nr. 1

¹¹ Anlage 3

► FACHLICHE EINORDNUNG DES PROJEKTANSATZES IN DIE PSYCHOSOZIALE BERATUNG

Betrachtet man den Aufgabenbereich der Schwangerschaftsberatung, so sind die beiden Säulen der fachlichen und rechtlichen Ausgestaltung des Arbeitsbereichs aufeinander bezogen und sehr präsent. Dies äußert sich im gesetzlich verankerten Lebensschutzkonzept als Antwort auf das Spannungsfeld der Schwangerschaft zwischen Leben, Sterben und Tod.

Diese Spannung wird noch deutlicher, wenn Fragen im Kontext der pränatalen Diagnostik in den Blick genommen werden. Dabei spielen die gesellschaftlichen Veränderungen, repräsentiert in den aktuellen rechtlichen Grundlagen und die medizinische Entwicklung eine zentrale Rolle.

Im Versuch der fachlichen Einordnung des Projektes soll, ausgehend von anthropologischen Grundgedanken, anhand der bisherigen Praxis der Schwangerschaftsberatung und der Schnittstelle zur gynäkologischen Praxis skizzenhaft ein Bogen gespannt werden, auf dem der hier vorliegenden Beratungsansatz aufbaut.

Vergleicht man fachliche, trägerspezifische und rechtliche Regelwerke, werden die Beratung und Begleitung im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen und möglichen Behinderungen schon seit langem benannt (z. B. § 2 (2) Satz 3 SchKG: „Der Anspruch auf Beratung umfasst Informationen über Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft [...]“¹², und in den Bischöflichen Richtlinien § 1 (4) „Zielsetzung und Aufgaben: Als Begleitung der Pränataldiagnostik wird eine psychosoziale Beratung angeboten, insbesondere bei einer möglichen Behinderung des Kindes“¹³ Mit Rechtskraft vom Januar 2010 im Kontext des § 2a Schwangerschaftskonfliktgesetz ist die gesetzliche Verpflichtung zur ärztlichen Information und Verweisung bei auffälligem Befund an u.a. Schwangerschaftsberatungsstellen nach § 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz neu aufgenommen worden¹⁴.

12 Anlage 4: Nr. 7

13 Anlage 4: Nr. 2

14 Anlage 4: Nr. 8

15 Anlage 4: Nr. 13

ANTHROPOLOGISCHE GRUNDGEDANKEN

„Schwangerschaft und Geburt stellen einzigartige und unwiderrufliche Erfahrungen im menschlichen Leben dar, die die unterschiedlichsten Gefühle und Konflikte auslösen können. Die Nähe und Präsenz von neuem Leben und gleichzeitigen Risiken wie Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod können zu Ängsten und großen Unsicherheiten führen. Dies ist eine Erfahrung, die sich dem Machbaren und der letzten Kontrolle der Einzelnen entzieht.

Ebenso existentiell ist die Erfahrung der wechselseitigen sozialen Angewiesenheit des menschlichen Daseins. Kein Mensch ist in der Lage, in völliger Unabhängigkeit von anderen zu leben. Unsere soziale Existenz ist abhängig von ökonomischen und politischen Verhältnissen, aber auch von physischen und psychischen Faktoren wie Gesundheit, Behinderungen und Alter.

In der Einheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft verwirklicht sich die unmittelbarste „soziale Beziehung“. Sie bedingt eine untrennbare existentielle Abhängigkeit und Bezogenheit. Die Bedürftigkeit eines Kindes wirkt sich radikal auf die Mutter aus. Die Beziehung von Mutter und Kind beschreibt somit die dichteste Form sozialer Wirklichkeit. Daraus erwächst eine neue Sensibilität und Verantwortlichkeit für Leben und Welt.

Die existentielle Phase von Schwangerschaft und Geburt und die daraus erwachsenden lebenslang andauernden Konsequenzen erfordern daher spezifische schützende, fördernde und sorgende Lebensbedingungen für Mutter, Kind und Familie.“¹⁵

Beratungsauftrag – Anlass der Kontaktaufnahme

Welche Bedeutung dieser Themenkomplex in der psychosozialen Beratung hat, wird im fachlichen und trägerübergreifenden Diskurs an den Beratungsauftrag der Ratsuchenden gebunden. Daher stellt sich die Frage, wie der Beratungsauftrag der Ratsuchenden im Beratungsgespräch erfasst bzw. exploriert wird.

Im Folgenden werden der Zeitpunkt und Anlass der Kontaktaufnahme sowie der Begriff der allgemeinen Schwangerschaftsberatung näher erörtert.

Zentraler Begriff für die Benennung des Beratungsauftrags ist der Anlass der Kontaktaufnahme. Dabei kann im fachlichen Diskurs zwischen verschiedenen Zeitpunkten und Entstehungszusammenhängen unterschieden werden. Anlass der Kontaktaufnahme kann die Mitteilung der Ratsuchenden am Telefon sein, warum und wozu sie einen Beratungstermin in der Schwangerschaftsberatungsstelle vereinbaren möchte. Anlass der Kontaktaufnahme kann aber auch sein, was zu Beginn eines Beratungsgesprächs von der Ratsuchenden der Beraterin als Fragestellung und Problemanzeige mitgeteilt wird. Anlass der Kontaktaufnahme kann in einem weiteren Verständnis sein, was anhand der Fragestellungen und Problemanzeigen sich im Verlauf der Anamnese als mit bedingend für die Fragestellung bzw. Problemanzeige herauskristallisiert. In diesem Kontinuum wird ersichtlich, dass es sich um fließende Übergänge handelt, die sich sprachlich in den Begrifflichkeiten des „Anlasses der Kontaktaufnahme“ und weiterführend, sich durch die im „Gesprächsverlauf benannten Frage- und Problemstellungen“ kennzeichnet. Dieser Prozess wird in psychosozialen und beraterischen Konzepten unterschiedlich beschrieben und spielt in der Auftragsklärung hinsichtlich der Themenstellung der PND eine wichtige Rolle.

Die katholische Schwangerschaftsberatung benennt für diesen Prozess im Konzept „Psychosoziale Beratung und Hilfe vor, während und nach PND“ einen grundlegenden Rahmen:

„Psychosoziale Beratung ist ein dialogischer Prozess, in dem die Beraterin

- durch den Wechsel von Information, Aufklärung und Beratung
- entsprechend dem persönlichen Bedarf der Ratsuchenden
- eine Entscheidungsfindung begleitet,
- psychosoziale Konflikte mit den Ratsuchenden bearbeitet und

- gemeinsame Bewältigungsstrategien entwickelt,
- die helfen können, anstehende Entwicklungsaufgaben wahrzunehmen“¹⁶

Allen Konzepten zentral bleibt die konkrete Gestaltung dieses dialogischen Prozesses zwischen Ratsuchenden und Beraterinnen. Dabei unterstützen unterschiedliche Methoden der Beratung.

Begrenzt wird der Beratungsauftrag der Ratsuchenden an die Beraterin dadurch, dass die Ratsuchende als „Auftraggeberin“ selbst bestimmt, welche Themen in der Bearbeitung Gegenstand der psychosozialen Beratung sein sollen und in einem entsprechenden „Beratungskontrakt“ gefasst werden können.

Welche Themen in der Exploration des Beratungsanlasses auftauchen, angesprochen und somit bearbeitet werden können, ist bei genauerer Betrachtung abhängig von dem zur Verfügung gestellten „Raum“, der sorgfältigen Anamnese und dem differenzierten und achtsam balancierten Abstimmungsprozess zwischen Ratsuchender und Beraterin. Dabei ist die jeweilige Lebenssituation der Ratsuchenden entscheidend.

Bezogen auf die Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik würde dies bedeuten, dass die Bestimmung des Beratungsauftrages sowohl durch die konkrete Anfrage der Ratsuchenden als auch durch die aktive Exploration durch die Beraterin erfolgen kann.

Die Fachdiskussion zum „richtigen Zeitpunkt für Aufklärung und Beratung“ zu PND¹⁷ ist durch eine hohe Ambivalenz, ähnlich wie die generelle Ambivalenz, die die Thematik rund um PND prägt, gekennzeichnet. Insbesondere zum frühen Zeitpunkt vor Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen werden neben der Notwendigkeit der frühzeitigen Auseinandersetzung auch deutliche Bedenken formuliert. „Allerdings spricht gegen einen frühzeitigen Zeitpunkt der Beratung die Sorge, dass sich im Kontext der ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Pränataldiagnostik Ängste und Verunsicherungen von schwangeren Frauen verstärken können. Eine frühzeitige Konfrontation mit den Themen der Pränataldiagnostik birgt die Gefahr, das Schwangerschaftserleben nachhaltig negativ zu beeinflussen.“¹⁸

16 Anlage 4: Nr. 12

17 Anlage 4: Nr. 3; Seite 32 ff.

18 Anlage 4: Nr. 3; Seite 33 ff.

Erfahrungen zeigen, dass Ratsuchende selten Fragestellungen der pränatalen Diagnostik zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung oder zu Beginn eines psychosozialen Beratungsgesprächs als Anlass benennen.

Gleichzeitig wird die Realität der Schwangeren durch ein zur Verfügung stehendes differenziertes medizinisches Instrumentarium der pränatalen Diagnostik mit entsprechender medizinrechtlicher Verankerung geprägt. Dies bedeutet, dass eine Konfrontation mit der Thematik der pränatalen Diagnostik im Grunde nicht mehr „vermeidbar“ ist.

Um dieser Realität Rechnung zu tragen, stellt sich die Frage, ob im Sinne der besseren psychosozialen Beratung und Begleitung im Kontext der pränatalen Diagnostik nicht generell

eine diesbezügliche aktive Klärung des Beratungsauftrages durch die Beraterin erfolgen „muss“. Noch zugespitzter stellt sich die Frage, ob ein „unausgesprochenes kollektives Vermeiden“ des aktiven „In-Sprache-Bringens“ der Pränataldiagnostik zum frühen Zeitpunkt einhergehend mit der immer früheren und selbstverständlicheren Anwendung der PND aus Sicht der psychosozialen Beratung zu vertreten ist. Gleichzeitig ist zu fragen, ob diese Zurückhaltung nicht schon die Unmöglichkeit, einen Entscheidungsfindungsprozess aktiv und angemessen zu begleiten, in sich birgt.

In der fachlichen Einordnung der vorliegenden Projektentwicklung hat sich dazu der Begriff der „Respektvollen Aufrichtigkeit“ geprägt, der auf die entsprechende Haltung und Verantwortlichkeit verweist.

ANSATZPUNKT: RESPEKTVOLLE AUFRICHTIGKEIT¹⁹

Umgang mit Pränataldiagnostik bedarf:

- Zusammenspiel und Zusammenwirken der **drei methodischen Formen**,
- da die Be- und Verarbeitung der Fragestellung auf alle drei Ebenen angewiesen ist (Wissensbedarf, Gefühle wie Hoffnung und Ängste, Handlungsnotwendigkeit)
- von Anfang an „mehr Leichtigkeit“ – es geht um gutes, nicht perfektes Leben!

Information:

sachorientiert

Aufklärung:

spricht kognitive und emotionale Ebene an, gibt Raum für persönliche Auseinandersetzung und Bewertung

Beratung:

zielt auf Selbstorganisation und Selbstregulierung um Handlungsfähigkeit zu erreichen! (wertschätzend, baut auf Beziehung, ein Medium für Einsicht und Veränderung, ganzheitlich, ressourcenorientiert, strukturiert – nicht restriktiv)

Begriff der allgemeinen Schwangerschaftsberatung

Die überwiegenden Themen, die als Anlass der Kontaktaufnahme zu einer Schwangerschaftsberatungsstelle von Ratsuchenden benannt werden, lassen sich fachlich unter dem Überbegriff der Allgemeinen Schwangerschaftsberatung fassen. In ihm findet sich die gesamte Bandbreite der Frage- und Problemstellungen, die durch eine Schwangerschaft aufgeworfen und durchaus krisenhaft und konfliktuell werden können.

Auch wenn es sich im Anlass der Kontaktaufnahme nicht von Beginn an um eine Anmeldung unter dem Vorzeichen der pränatalen Diagnostik handelt, ist dem Grunde nach eine Integration des Themas PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung nahe liegend.

Dabei lässt sich in allen Phasen der psychosozialen Beratung der Schwangerschaftskonflikt als eigenständiger Anlass fachlich abgrenzen. Steht er im Kontext der pränatalen Diagnostik, so kommt der „Vorgeschichte hinsichtlich der Inanspruchnahme von PND“ und der in diesem Kontext bearbeiteten Fragestellungen für die Bearbeitung und Bewältigung eine erhebliche Bedeutung zu.

Hinsichtlich der fachlichen Einordnung der verschiedenen Angebote der Schwangerschaftsberatung werden alle Beratungsinhalte, die nicht den existentiellen Schwangerschaftskonflikt, ein Verlusterleben durch Schwangerschafts-

¹⁹ Anlage 4: Nr. 1 Seite 38, Auszug aus Präsentation zum Treffen der Fokusgruppen Nord und Süd 2009)

abbruch bzw. Tod-oder Fehlgeburt bzw. eigens angefragte sexualpädagogische Inhalte oder Fragen zum unerfüllten Kinderwunsch beschreiben der „allgemeinen Schwangerschaftsberatung“ zugerechnet.

ANGEBOTE

Die Angebote zu Beratung, Hilfe und Dienstleistung ziehen sich durch alle Themen der Schwangerschaft und lassen sich stichwortartig wie folgt benennen²⁰

- in einer Not- und Konfliktlage in der Schwangerschaft, im existentiellen Schwangerschaftskonflikt nach der Geburt des Kindes,
- bei Fragen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft unter Berücksichtigung von besonderen Lebenssituationen (beispielsweise Erkrankung der Schwangeren, Gewalterfahrungen, Frühgeburt, Adoption)
- bei der Vorbereitung auf die neue Lebenssituation mit dem Kind
- vor, während und nach pränataler Diagnostik
- bei einer möglichen oder festgestellten Behinderung des Kindes
- bei Verlust durch Fehl- oder Totgeburt, nach frühem Kindstod
- nach Schwangerschaftsabbruch
- zu Fruchtbarkeit, Sexualität, Familienplanung und Empfängnisregelung
- bei ungewollter Kinderlosigkeit
- über gesetzliche Ansprüche (beispielsweise familienfördernde Leistungen einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben)
- Beratung und Begleitung nach der Geburt des Kindes
- durch sexualpädagogische Arbeit
- über Angebote für allein Erziehende, Familien, Kinder
- bei der Erschließung finanzieller Unterstützung
- bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt
- im Umgang mit Behörden und bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Zeitpunkt der Kontaktaufnahme

Betrachtet man den Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in einer Schwangerschaft zu einer Schwangerschaftsberatungsstelle genauer, so wird dieser durch viele Faktoren bestimmt: die Schwangerschaft muss der Schwangeren bewusst bzw. durch die Gynäkologin festgestellt sein, ein Bedürfnis bzw. eine Bereitschaft der Schwangeren nach Klärung offener Fragen im Rahmen einer Beratungsstelle muss bestehen, die zeitlichen und andere Ressourcen der Schwangeren/Partner für die Inanspruchnahme der Beratung müssen vorhanden sein.

Daher verteilt sich die Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung auf den gesamten Schwangerschaftsverlauf.

Unter der Zielsetzung der angemessenen Unterstützung der Entscheidungsfindung zur Frage der Inanspruchnahme von PND muss die psychosoziale Beratung vor den jeweiligen Untersuchungsverfahren durch die Beratungsstelle möglich sein.

Für eine geplante Messung der Nackentransparenz würde sich beispielsweise ein Zeitraum unter der 11. Schwangerschaftswoche für eine psychosoziale Beratung anzeigen, aufgrund der diskutierten Blutuntersuchungen schon früher.

In diesen engen Zeitfenstern eröffnen sich immense Fragen und Herausforderungen für werdende Eltern und die begleitenden Professionen.

In multiprofessionell besetzten Foren formulieren Gynäkologen/innen angesichts der vielfältigen Informations-, differenzierten Verweisungs- und Dokumentationspflichten, die mit den neuen gesetzlichen Regelungen (vgl. SchKG und GenDG) weit über die Bestimmungen der Mutterschaftsrichtlinien und des Rechtsanspruches auf psychosoziale Beratung hinausgehen, deutliche Bedenken. So besteht die Sorge, dass aufgrund der rechtlichen Unsicherheit (z.B. im Gendiagnostikgesetz), den daraus resultierenden neuen fachlichen Anforderungen und dem implizierten Verwaltungsaufwand die Ressourcen für eine angemessene, Patientinnen bezogene, medizinische Versorgung und Beratung im Kontext der PND „auf der Strecke bleiben“.

Um für die werdenden Mütter und Väter die Option für einen frühzeitigen Zugang zur psychosozialen Beratung wirksam zu erhöhen, wurde hinsichtlich der Schnittstelle Gynäkologen/innen – Beratungsstellen in diesem Projekt ein Lösungsansatz erprobt, der die generelle

20 Anlage 4: Nr. 13

Information und Empfehlung psychosozialer Beratung, auch Verweisung benannt, vorsieht.

Diese Verfahrensweise würde hinsichtlich des frühen Zeitpunktes auch die schon in der Einleitung zitierten Empfehlungen aus dem Schwangerschaftskonfliktgesetz aufgreifen²¹. Ebenso würden in dem Lösungsansatz die Bestimmungen aus dem Gendiagnostikgesetz berücksichtigt²².

„Vor einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses ist die Schwangere entsprechend § 10 Abs. 2 und 3 genetisch zu beraten und ergänzend auf den Beratungsanspruch nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hinzuweisen“ (§ 15 (3) GenDG).

Viele der derzeit neu auf den Markt kommenden nicht-invasiven Untersuchungsverfahren heben auf die Erkennung genetischer Faktoren zu einem frühest möglichen Zeitpunkt ab.

Die Entscheidungen zur Ausgestaltung der Präimplantationsdiagnostik (PID) erfordern in diesem Zusammenhang eine eigene Berücksichtigung, da der Zeitpunkt der Untersuchung vor das Bestehen einer Schwangerschaft verlegt wird.

Letztendlich ist festzuhalten, dass sich der Zeitpunkt der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Inanspruchnahme „einer ersten“ PND immer deutlicher unter die 12. Schwangerschaftswoche verschiebt. Damit sind die beteiligten Professionen gefordert, wirksame Konzepte für die Unterstützung von werdenden Eltern im Frühstadium einer Schwangerschaft zu entwickeln.

Durch den vorliegenden Projektansatz wurden erste weiterzuentwickelnde Ansätze erforscht und erprobt.

21 Anlage 4: Nr. 7

22 Anlage 4: Nr. 6

► ENTWICKLUNG EINES ANAMNESE- UND VERWEISUNGSKONZEPTES

Das Anamnese- und Verweisungskonzept, das den Beratungsansatz innerhalb des Modellzeitraums methodisch skizziert, ist parallel zur Evaluation der drei projektbeteiligten Zielgruppen (Ärzte/innen, Beraterinnen, Ratsuchende) entstanden. Es beinhaltet in Auszügen die ersten Umsetzungsschritte der Projektidee. Diese waren und sind für die projektbeteiligten Träger und Beratungsstellen Ausgangspunkt für eine weitere Implementierung und kontinuierliche Entwicklung hin zu einer immer angemesseneren, fachlich fundierten und verlässlichen Begleitung von werdenden Eltern im Kontext der pränatalen Diagnostik **von Anfang an**.

Für die vorliegende Handreichung wurden einzelne Aspekte herausgegriffen.

Die Benennung der Ansätze soll Anregungen für den trägerübergreifenden fachlichen Diskurs in den Beratungsstellen und ärztlichen Praxen zur Verfügung stellen und im Sinne einer kontinuierlichen Vergewisserung die Erweiterung des

bisherigen Standards der multiprofessionellen Begleitung unterstützen. Damit beinhaltet der Projektansatz auch Aspekte des Qualitätsmanagements der jeweiligen Profession.

Wie schon im Projektansatz (siehe Seite 11) erläutert, lässt sich die Veränderung des Beratungsansatzes im Kontext der pränatalen Diagnostik mit den Adjektiven: **aktiv** (die Themenstellung der Pränataldiagnostik aktiv im Beratungsgespräch anbieten), **frühzeitig** (schon vor der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen eine psychosoziale Beratung ermöglichen) und **integriert** (die Fragestellungen der Pränataldiagnostik als Teil der Fragestellungen rund um die Schwangerschaft begreifen und nicht mehr als „Spezialthema“ isolieren) skizzieren.

Dieser Ansatz widerspricht der bisherigen Sichtweise, die Beratungen im Kontext der Pränataldiagnostik primär mit dem Auftauchen eines auffälligen Befundes bzw. einem daraus resultierenden Schwangerschaftskonflikt zu ver-

knüpfen und vollzieht daher einen Paradigmenwechsel. Gleichzeitig erweitert der Ansatz die Relevanz der geringen Zahl von mit einem auffälligen Befund konfrontierten Eltern zu einem Grundsatzthema der Schwangerenvorsorge für alle Eltern.

Das Anamnese- und Verweisungskonzept greift die Anforderungen aus der Projektbeschreibung auf und konkretisiert diese:

„Im Rahmen der Anamnese wird aktuell die Befindlichkeit in der Schwangerschaft in der psychosozialen Beratung thematisiert. Unter der Zielsetzung einer „informierten Entscheidung“ ist das Raster für die Anamnese in der Schwangerschaftsberatungsstelle entsprechend zu erweitern und im Sinne der Qualitätssicherung festzuschreiben.

Als Voraussetzung für ein Verweisungskonzept (Grundlage für die Information- und Verweisung durch die Fachärzte) sind die Kriterien der Anamnese in der psychosozialen Beratung, sowie die Möglichkeiten der Beratung zu beschreiben (Motivationsgrundlage für Arzt oder Ärztin und Patientin).

Anhand der Informations- und Behandlungswege in der jeweiligen Arztpraxis werden entsprechende Inhalte und Methoden für ein empfehlendes Angebot der psychosozialen Beratung erarbeitet. Die Entscheidung, ein Beratungsangebot wahrzunehmen, liegt bei der Frau/Patientin oder dem Paar.“²³

Erarbeitet wurden die Instrumente des Anamnese- und Verweisungskonzeptes gemeinsam mit den Vertreterinnen der Interventionsstandorte des Modellprojektes²⁴ und den dazugehörigen Teams bzw. im Rahmen des Erfahrungsaustauschs mit den kooperierenden Ärzten/innen des Projektes.

Dabei wurde im Projekt deutlich, dass die differenzierte Auseinandersetzung mit der Beratungspraxis als Grundlage für Reflexion, Bewusstseinsbildung und Verinnerlichung – auch mit Anteilen der beruflichen Selbsterfahrung – unerlässlich ist, um einen aktiven Ansatz im Kontext der pränatalen Diagnostik zum frühen Zeitpunkt zu überprüfen. Dies ist umso mehr nachvollziehbar, da in der multiprofessionellen fachlichen Auseinandersetzung die Sorge vor einer zusätzlichen „Verunsicherung“ der Schwangeren besteht.

Wie Evaluationsergebnisse zu den Auswirkungen der Gesetzesänderungen im Schwangerschaftskonflikt- und Gendiagnostikgesetz zeigen, scheint eine formale Regelung als normativer Rahmen im Ansatz hilfreich, da sie den ohnehin schon bestehenden Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung verstärken, aber nicht ausreichend, um die Erreichbarkeit von Schwangeren im Kontext der frühen Schwangerschaft vor Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik nachhaltig zu verbessern²⁵.

Unter der Fragestellung wie sich die Zugangswege zur psychosozialen Beratung gestalten, berücksichtigt der Projektansatz hinsichtlich der Zielgruppe der Ärzte/innen primär den Aspekt der Verweisung von Schwangeren an Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen durch Gynäkologen/innen. Dieser Aspekt wird dem unmittelbaren Zugang von Schwangeren zu Schwangerschaftsberatungsstellen im frühen Schwangerschaftsstadium gegenüber gestellt (siehe Teil 2, Zugangswege zur psychosozialen Beratung, Seite 29).

Inhaltlich wird die Unterstützung der Entscheidungsfindung vor Inanspruchnahme von PND durch psychosoziale Beratung methodisch bearbeitet.

Das im Rahmen des Modellprojektes entwickelte Anamnese- und Verweisungskonzept konzentriert sich daher auf die in diesem Zusammenhang reflektierten und überarbeiteten methodischen Ansätze und Instrumente.

Die Evaluationsergebnisse und vorgestellten Instrumente dienen ebenfalls der Gesamtreflexion des Projektansatzes und können zur Vergewisserung oder Modifikation der jeweiligen Arbeitsweisen in Praxen und Beratungsstellen trotz unterschiedlicher Berufsrollen und Strukturen herangezogen werden.

Dabei haben sich Fortbildungen und interdisziplinäre Zirkel als Rahmen für den diesbezüglichen Austausch und eine weitere Weiterentwicklung/Implementierung bewährt und wurden anhand der Erfahrungen im Projekt und der Evaluation schon bestätigt.

23 Anlage 2

24 Anlage 3

25 Anlage 4: Nr. 1; Seite 549

Projektbegleitende Fortbildungen

Mit dem Paradigmenwechsel der Beratung vor PND als selbstverständlichem Bestandteil der allgemeinen Schwangerschaftsberatung setzt die Entwicklung an. Definiert man traditionell Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik als Spezialthema, dann ist der Ruf nach entsprechenden Spezialisten und Spezialistinnen nicht nur naheliegend, sondern zwingend. Daher musste auch das vorliegende Projekt mit der Abfrage des Fortbildungsbedarfes jeder einzelnen am Projekt beteiligten Beraterin beginnen.

Die Ausgangssituation der verschiedenen Beraterinnen unterschied sich dadurch, dass einzelne Mitarbeiterinnen schon eine spezialisierte Fortbildung im Kontext der pränatalen Diagnostik mit dem Fokus der Beratung nach auffälligem Befund absolviert hatten oder an der Arbeitsgruppe des SkF Landesverbandes Bayern e.V. zur PND beteiligt waren und andere Mitarbeiterinnen primär die grundlegende fachliche Auseinandersetzung mit der Themenstellung in das Projekt einbrachten.

Eine unterschiedliche Ausgangslage hinsichtlich der Qualifikation im Kontext der PND findet sich auch bei den Ärzten/Ärztinnen. Obwohl sich der Projektansatz auf die Zielgruppe der niedergelassenen Gynäkologen/Gynäkologinnen beschränkt, unterscheidet sich die Angebotsstruktur und Ausstattung in den Praxen.

Aufgrund genereller Rückmeldungen aus dem Feld der Schwangerschaftsberatung wurde davon ausgegangen, dass der Fortbildungsbedarf sich am deutlichsten in medizinischen und humangenetischen Themenstellungen zeigen würde.

Anhand der Rückmeldung der Teams der Interventionsstandorte in einer Vorbefragung zeigte sich, dass sich diese Annahme bestätigte, aber auch die beraterische und ethische Auseinandersetzung auf der Grundlage des vertieften Beratungsansatzes benannt wurden.

Dementsprechend wurden drei Fachtagungen/Fortbildungen für Beraterinnen konzipiert:

1. Medizinische Fragestellungen im Kontext von pränataler Diagnostik und humangenetische Beratung vor Pränataldiagnostik (Fachtag)
2. Theologische und ethische Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik (Fachtag)
3. Beraterische Fragestellungen im Kontext der Pränataldiagnostik (2 Tage)

Wie im Projektansatz vorgesehen und im Fortbildungsangebot konzeptioniert, wurden die Fortbildungen fast ausnahmslos von allen Beraterinnen der Interventionsstandorte besucht.

Die Fortbildungsangebote (und das Angebot der Fokusgruppen) wurden im Rahmen des Projekts durch Interviews der Beraterinnen und Ärztinnen sowie durch eine Zwischenabfrage evaluiert. Für die weitere Implementierung lassen sich vorab aus den Erfahrungen und Auswertungen folgende Empfehlungen seitens der Beratungsstellen ableiten:

- Den höchsten Stellenwert hat die vertiefte beraterische Auseinandersetzung mit dem aktiven und frühen Ansatz als integrierter Bestandteil der allgemeinen Schwangerschaftsberatung, die jede Beraterin wahrnehmen können sollte.
Dazu können gesonderte Einheiten konzipiert (vgl. im Projekt entstandenes Angebot des SkF Landesverbandes „Beratung in der frühen Schwangerschaft“ seit 2011, www.skfbayern.de) oder Anteile in die bestehenden z. T. umfangreichen Weiterbildungskonzepte in der allgemeinen Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung aufgenommen werden.
- Als kontinuierliches Regelangebot sollen Fachtage zur Aktualisierung, der sich schnell verändernden medizinischen und humangenetischen Grundlagen angeboten werden.
- Für die ethische/theologische Auseinandersetzung zeigte sich, neben der Vergewisserung und Auseinandersetzung mit den bestehenden ethischen Konzepten, eine Anfrage an deren Weiterentwicklung. In diesem Sinne ist eine Übersetzungsarbeit und Einordnung der sich immer weiter in die früheste Schwangerschaft hinein verlagerten Entscheidungsprozesse zur Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik und den daraus resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen notwendig.
- Im gesamten Kontext müssen die zugrundeliegenden rechtlichen Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf die Gestaltung der Schnittstelle zwischen Beratungsstellen und niedergelassenen Gynäkologen/innen werden regelmäßige Fortbildungen und interdisziplinäre Arbeitskreise vergleichbar den Fokusgruppen (im Projektzeitraum bewertet anhand der Erfahrungen in den überregionalen und regionalen Fokusgruppen) als hilfreich eingestuft. Hier ist eine Klärung hinsichtlich möglicher Organisationsformen und Verantwortlichkeiten erforderlich.

Instrumente der Umsetzung des Anamnese- und Verweisungskonzeptes

Die folgenden Instrumente beziehen sich auf die methodischen Arbeitsabläufe in den Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen. Sie zeigen beispielhaft in welcher Art und Weise die Kernaspekte des aktiven, frühen und integrierten Ansatzes zu PND konkret umgesetzt werden können, indem sie die Fragestellung rund um PND in die grundsätzlich notwendigen Klärungs- und Arbeitsschritte selbstverständlich mit einbeziehen.

Telefonische Vorklärung – Erstkontakt zur Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen

Anhand des breiten Aufgabenspektrums der Schwangerschaftsberatungsstellen wenden sich die Ratsuchenden mit unterschiedlichen Fragestellungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Schwangerschaft oder nach der Geburt, dem Verlust eines Kindes an den Fachdienst.

In Krisen und Schwangerschaftskonflikten werden innerhalb von drei Werktagen Termine für Beratungsgespräche vergeben. Andere Beratungsanfragen können je nach der regionalen Auslastung der Beratungsstellen mehrere Wochen Wartezeit erfordern.

Nimmt man das Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme einer vorgeburtlichen Untersuchung ernst, so müssen

1. Beratungsstellen Ratsuchende möglichst früh erreichen
2. Ratsuchende, die sich frühzeitig (vor der 12. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. 14. Schwangerschaftswoche p.m.) an Beratungsstellen wenden, auch im Rahmen der psychosozialen Beratung ohne Krise einen Termin vor der möglichen Durchführung einer vorgeburtlichen Untersuchung erhalten können.

In der konkreten Umsetzung müssen dazu Verfahren entwickelt werden wie z. B. im Rahmen der Terminvereinbarung verlässlich das Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Untersuchungen zu verankern.

Da es sich um einen integrierten Beratungsansatz handelt, geschieht dies sinnvollerweise in einem Raster (z. B.: Checkliste), das die gesamten Beratungsanliegen an Schwangerschaftsberatungsstellen berücksichtigt und vertieft exemplarisch die Bedarfsklärung zur „Beratung vor Inanspruchnahme von PND“.

Dieser Aspekt kann in die verschiedenen QM-Systeme übersetzt und entsprechend verankert werden, indem in den trägerspezifischen Grundlagen ein Standard gesetzt wird, der im Erstkontakt (meist telefonisch) das Angebot unterbreitet bzw. bei frühen Anfragen auch ohne Krisenhaftigkeit einen Termin vor der 12. Schwangerschaftswoche vergeben wird.

Zur schrittweisen aktiven Klärung von Anliegen hinsichtlich einer Beratung vor Inanspruchnahme von PND können beispielsweise ergänzend zu schon bestehenden Frage-rastern folgende Fragestellungen genutzt werden:

INSTRUMENT 1 – CHECKLISTE

Erstkontakt

- In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?
- Waren Sie schon einmal bei uns?
- Sind Sie von Ihrem Frauenarzt/-ärztin auf uns aufmerksam gemacht worden?
- Wurde mit Ihnen schon das Thema „vorgeburtliche Untersuchungen“ angesprochen?
- Stehen in der nächsten Zeit vorgeburtliche Untersuchungen an?
- Wenn ja, wann? Dann kann ich Ihnen ggf. früher einen Termin anbieten.
- Sie können sich auch zu diesem Thema bei uns ergänzend informieren und beraten lassen (...)

Anhand eines Grundrasters (Checkliste, Ablaufdiagramm) können die jeweiligen Fragestellungen exemplarisch von den Mitarbeiterinnen, die die Erstkontakte entgegennehmen, vor Ort formuliert und in der Praxis entsprechend sprachlich modifiziert werden.

Diese Verfahrensweise erfordert eine Neubewertung des Beratungsanlasses „Psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik“.

Mit dem „aktiven“ und „integrierten“ Projektansatz kommen auch logistische Herausforderungen auf die Beratungsstellen zu. So treten durch die begrenzten zeitlichen Ressourcen die „Beratungsanliegen“ in Konkurrenz.

Stehen nur wenige freigehaltene Termine in der jeweiligen Woche zur Sicherung der Kriseninterventionen zur Verfügung, so muss beispielsweise zwischen der schwangeren Ratsuchenden in der 26. Schwangerschaftswoche, die

ihren Arbeitsplatz verloren hat und der Ratsuchenden in der 10. Schwangerschaftswoche, die allgemeine Fragen zur Existenzsicherung mitbringt, aber auch vor einer vorgeburtlichen Untersuchung wie z.B. der Messung der Nackentransparenz steht, die Vorrangigkeit entschieden werden. Stehen Schwangerschaftskonfliktberatungen im engeren Sinne mit der Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch und ähnlich bedrohliche existentielle Fragestellungen in der Praxis der Terminvergabe an erster Stelle, muss im Weiteren eine Festlegung hinsichtlich der Gewichtung bei engen Ressourcen getroffen werden.

Anamneseleitfaden

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass in der psychosozialen Beratung zur Klärung der Lebenssituation und Einordnung der Fragestellungen der Ratsuchenden Beraterinnen über einen in QM-Dokumenten festgelegten Anamneseleitfaden bzw. „inneren“ Leitfaden verfügen.

Im gemeinsamen fachlichen Vergewisserungs- und Entwicklungsprozess der Interventionsstandorte des Modellprojekts einigte man sich auf die Formulierung eines gemeinsamen Anamneseleitfadens, der das Themenspektrum abbildet und den Themenbereich der pränatalen Diagnostik integriert.

Heute existiert ein breites Spektrum an Methoden, das in der psychosozialen Beratung Anwendung findet. Die Beraterinnen in der Schwangerschaftsberatung von Caritas und SkF nutzen vielfältige Methoden auf dem Hintergrund der verschiedensten theoretischen Bezugssysteme, die sie sich im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn als Kompetenzerweiterung mit dem Ziel des theoriegeleiteten Handelns in der Beratung erworben haben.

Zwei exemplarische Bezugssysteme für die Anamnese:

Was einzelne Methoden in der Beratung angeht, so berücksichtigt die Beratung im Selbstverständnis katholischer Beratungsstellen zum einen immer auch den „systemischen Blick“, d.h. den Blick für die Interaktion in Familien- oder Beziehungssystemen. Dazu absolvieren die Beraterinnen u. a. eine verpflichtende, längerfristige und berufsbegleitende Weiterbildung („Systemische Beratung in der Schwangerschaftsberatung, in der Frauen- und Familienarbeit“).

Der angewandten Praxis entspricht es daher, wichtige Bezugspersonen der Klientin/des Klienten in die Beratung – soweit möglich und von der Klientin/dem Klienten gewünscht – einzubeziehen.

Ebenso erfordert es der Auftrag der Schwangerschaftsberatung gesellschaftliche Entwicklungen zu beobachten und fachlich aufbereitet in der Beratungspraxis zu berücksichtigen, da diese vielfältigen Einflussfaktoren sich in der Beratungssituation spiegeln.

Auch aus dieser Anforderung heraus ist die Konzeptionierung des vorliegenden Projektansatzes zur Unterstützung Schwangerer in der Entscheidungsfindung vor Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Untersuchungen zu verstehen. Als zweites Bezugssystem bietet für das Verständnis von Beratung „die Integrative Therapie und Beratung“, wie sie von Hilarion Petzold entwickelt wurde, hilfreiche Ansätze. Die „Säulen der Identität“ liefern – als eine Erarbeitung von Beobachtungsfeldern für die Praxis der prozessualen Diagnostik der „Integrativen Therapie und Beratung“²⁶ für die Entwicklung eines Anamneseleitfadens in der Praxis der Schwangerschaftsberatung eine wertvolle Anregung und wurden im Rahmen der Projektarbeit deshalb aufgenommen und weiterentwickelt.

Unabhängig davon, welcher theoretische Hintergrund als Grundlage zur fachlichen Reflexion dient, ist für den Projektansatz wesentlich, dass die aktive und konkrete Anfrage zum Themenkomplex der pränatalen Diagnostik angemessen berücksichtigt wird.

Der Erstkontakt zur Beratungsstelle (siehe Seite 20) setzt den zeitlichen Beginn eines Beratungsprozesses. Die darin erfolgten ersten Klärungen werden im Erstgespräch aufgenommen und fortgeführt. Beide prägen maßgeblich den Beratungsprozess.

Die Anamnese ist Bestandteil des Erstgesprächs, sie ist aber auch weiterhin Teil des Beratungsprozesses. Daher handelt es sich nicht um eine einmalig „abzuarbeitende“ Aufgabe, sondern um eine kontinuierliche Exploration, die den Verlauf der Beratung begleitet (Verlaufsanamnese).

Dabei dient die Anamnese der Informationsgewinnung und -verarbeitung und folgt dem inneren Leitfaden der Beraterin/des Beraters. Dieser „innere“ Leitfaden richtet sich zunächst am zentralen Anliegen der Klientin aus bzw. am gemeinsam formulierten Beratungsauftrag. Auf dieser Grundlage können anstehende Fragestellungen gemeinsam bearbeitet werden.

26 Anlage 4: Nr. 10

Im dialogischen Prozess folgt die Anamnese dem Verlauf der Beratung und der gemeinsamen Beziehungsgestaltung.

Die Themenbereiche des „inneren“ Leitfadens spiegeln sich im Anamneseleitfaden. Um den „Raum“ für alle in einer Schwangerschaft relevanten Themen zu öffnen, kommt der Klärung des Beratungsanliegens eine hohe Bedeutung zu. Dazu kann es zu Beginn des Beratungsprozesses wichtig sein, dass die Beraterin aktiv potentielle Themen benennt. Diese können im Erstgespräch bearbeitet oder evtl. erst später in der Schwangerschaft aufgegriffen werden. Dies gilt insbesondere für das Themenspektrum der pränatalen Diagnostik. Liegt der Erstkontakt, das Erstgespräch z. B. vor einer Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik, so

kann das aktive Angebot zu einer Klärung des Themas – orientiert am jeweiligen individuellen Informations- und Entscheidungsbedarf der Klientin/des Klienten – eine psychosoziale Entscheidungshilfe ermöglichen.

Ist das Thema für die Klientin/den Klienten nach eigener Einschätzung nicht relevant, kann oder möchte sie/er das Thema nicht näher betrachten, so ist auch diese gemeinsame Feststellung und Wahrnehmung ein Teil der Anamnese und ermöglicht ein Bewusstwerden. Da die Beratung im Kontext von PND, speziell auch als Beratung in der frühen Schwangerschaft, integrierter Teil der allgemeinen Schwangerenberatung ist, wurde im Modellprojekt ein Anamneseleitfaden entwickelt, der das Thema PND integriert.²⁷

INSTRUMENT 2 – ANAMNESELEITFADEN

Themenspektrum:

- **Angaben zur Kontaktaufnahme**
- **Biographische und soziographische Inhalte**
- **Spezifische Aspekte der Schwangerschaft, des Elternwerdens**
- **Kontext von PND (Schwangere, Partner/in, Familienangehörige)**

Im Folgenden wird nur der differenzierte Auszug des Anamneseleitfadens zur Fragestellung der PND wieder gegeben:

- Kenntnisstand, Informationswunsch, Auseinandersetzung, Entscheidungsfindung
- Schwangerschaft als natürlicher Vorgang/zu überwachender Vorgang
- Möglichkeiten der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung des ungeborenen Kindes (was unterstützt – was hindert)
- Sorge/Ängste vor Krankheit, Behinderung, Verlust des Kindes
- Einstellung zu einem Kind mit Krankheit/Behinderung (Schwangere, Partner/in, Familie)
- Besteht Drucksituation
- Potentieller Schwangerschaftskonflikt
- Bisherige Untersuchungen/nächste Untersuchung
- Ärzte/innen, Hebammenkontakte
- Weitere involvierte Personen oder Dienste/Einrichtungen

- **Verfasstheit der Person**

Diese Auflistung ist nicht als Frageraster zu verstehen, sondern gibt eine Orientierung hinsichtlich der relevanten Dimensionen und kann ebenfalls in die bestehenden Leitfäden bestehender QM-Systeme integriert werden.

27 Anlage 4: Nr. 1; Seite 565

„Anknüpfungspunkte“ in der psychosozialen Beratung zu PND

In der konkreten Umsetzung ist es hilfreich, bewusst „Anknüpfungspunkte“ in der psychosozialen Beratung bezüglich der - durch die Ratsuchenden eingebrachten - Themenstellung zu reflektieren. Sie erleichtern einen **aktiven Zugang zur Thematik der PND**. Die gefundenen Formulierungen sind in der Regel nicht streng voneinander abzugrenzen, sondern überlappen sich thematisch. Dabei

handelt es sich nicht um eine abgeschlossene oder chronologische Auflistung. PND kann während der gesamten Schwangerschaft ein Thema für die Schwangere und den werdenden Vater sein, da beide immer wieder mit bestimmten Untersuchungen/Untersuchungsmöglichkeiten konfrontiert werden (nach PND ist vor PND). Ist in der Entwicklung der Auflistung möglicher Anknüpfungspunkte insbesondere der frühe Zeitpunkt in der Schwangerschaft im Blick, sind die Fragestellungen nicht auf diesen Zeitraum beschränkt.

INSTRUMENT 3 – MÖGLICHE ANKNÜPFUNKTE

Themenkreise:

- Kontaktaufnahme bezüglich einer Terminvergabe oder in der Eröffnung des Beratungsgesprächs
- Soziographische Daten wie Alter der Frau, frühere Schwangerschaften, Familienstand, Lebensform
- Entstehungsgeschichte Kind: erwünscht (geplante, ungeplante Schwangerschaft, vorangegangener unerfüllter Kinderwunsch) oder unerwünscht
- Partner/Vater des Kindes
- Schwangerschaft/Veränderung/psychische und physische Befindlichkeit

Beispielhafte Fragestellungen:

- Ist dies Ihre erste Schwangerschaft? Waren Sie schon einmal schwanger?
- Wie sind Sie in den früheren Schwangerschaften mit PND umgegangen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den vorgeburtlichen Untersuchungen gemacht?
- Haben Sie vor jetzt etwas anders machen? Warum?
- Wie geht es Ihnen mit der Schwangerschaft?
- Was verbinden sie mit Ihrem Kind?
- Was denken Sie, wie wird sich Ihr Leben verändern?
- Haben Sie Wünsche, Hoffnungen, Ängste?
- Was möchten Sie über Ihr Kind wissen?
- Was wäre wenn...?
- Spüren Sie denn schon etwas von Ihrer Schwangerschaft?
- Was nehmen Sie wahr von Ihrem Kind?
- Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind?
- Wie wurde die Schwangerschaft festgestellt?
- Haben Sie einen Test gemacht?
- Waren Sie schon beim Arzt?
- Welche Informationen haben Sie von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin bekommen?
- Wurden Ihnen vom Arzt vorgeburtliche Untersuchungen angeboten oder empfohlen?
- Haben Sie Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie an die vorgeburtliche Untersuchung denken?
- Wurden bei Ihnen schon vorgeburtliche Untersuchungen durchgeführt?
- Steht eine vorgeburtliche Untersuchung bevor? Gibt es schon einen Termin?
- Fühlen Sie sich gedrängt eine vorgeburtliche Untersuchung durchführen zu lassen?
Von wem? Wie gehen Sie damit um?
- Schwangerschaftswoche
- Ultraschallbild
- Körperwahrnehmung, Gefühle, Erfahrungen, Lebensgeschichte, Intuition, Träume, spirituelle Dimension...

Die Anknüpfungspunkte und daraus resultierende Fragestellungen im Instrument 3 stellen keine Stereotypen dar. Sie müssen im Hinblick auf die jeweilige Situation und Intervention in der Beratung praxisnah gewählt und modifiziert werden. Da die Fragestellungen einen Zugang zum Themenkreis der PND herstellen sollen, können sie je nach Beratungssituation sehr konkret oder auch weit gefasst sein. Gleichzeitig bildet die Selbstreflexion der Beraterin eine Grundlage für die fachliche Auseinandersetzung im Team der Beratungsstellen und evtl. einer Weiterentwicklung der QM-Dokumente.

Verankerung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes in Teambesprechungen, Supervision und pastoraler Begleitung

Neben den entwickelten bzw. angepassten Instrumentarien der unmittelbaren psychosozialen Beratungsarbeit in den Interventionsstandorten wurde in den Standorttreffen²⁸ und Teams der Beratungsstellen auf die Bedeutung der Verankerung der Thematik in allen übergreifenden Abläufen und fachlichen Zusammenhängen hingewiesen. Exemplarisch wurden dabei die Teambesprechungen, Supervision und pastorale Begleitung genannt.

Teambesprechungen

In Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen finden hinsichtlich der kollegialen Beratung und des fachlichen Austauschs (Änderungen in der Sozialgesetzgebung, wiederkehrende Falschberechnungen in SGB II-Bescheiden, usw.) wöchentlich Teambesprechungen statt. In ihrer Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation werden Teamprotokolle angelegt und geführt. Den Themenbereich PND als festen Bestandteil in die Tagesordnung zu integrieren (ggf. auch anhand eines festen Bausteins in der schriftlich fixierten Vorlage für die Erstellung der jeweiligen Tagesordnung), unterstützt die Verankerung des Beratungsansatzes.

Supervision

Alle Interventionsstandorte nutzen als fachlichen Standard zur fachlichen Reflexion regelmäßig (6 bis 10 Treffen im Jahr) externe Supervision. Mit Projektbeginn wurden die konkreten Beratungserfahrungen aus der Umsetzung des frühen und aktiven Beratungsansatzes in diesen Zusammenhängen fachlich bearbeitet.

Sowohl in den Rückmeldungen der Evaluation der projektbegleitenden Beratungsfortbildung „Beraterische Fragestellungen im Kontext der Pränataldiagnostik“ als auch in den Standorttreffen wurde die Bedeutung dieser fachlichen

Reflexions- und Weiterentwicklungsmöglichkeit stark betont und als unverzichtbar bewertet.

Dabei wurde sichtbar, dass auch bei hochqualifizierten Supervisorinnen und Supervisoren der Themenkomplex der pränatalen Diagnostik sehr unterschiedlich gewichtet wird. Eine Ursache scheint darin zu liegen, dass ausschließlich der auffällige Befund und die damit verbundene Schocksituation wahrgenommen werden und die „Konflikthaftigkeit“ der Entscheidungsfindung für/oder gegen die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik im gesellschaftlichen und fachlichen Bewusstsein, insbesondere zum frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft, „noch“ nicht ausreichend bewusst ist.

Pastorale Begleitung

Eine fachliche Auseinandersetzung mit psychosozialen Fragen der pränatalen Diagnostik wirft auch immer Fragen zu ethischen und/oder theologischen Grundlagen und Zusammenhängen auf und fordert eine entsprechende Auseinandersetzung. Weist die fachliche Auseinandersetzung mit ethischen und theologischen Themen einerseits weit über die persönlichen Haltungen und Überzeugungen hinaus, ist deren Reflexion andererseits ein zentrales Qualitätsmoment psychosozialer Beratung²⁹.

Zur ethisch/theologischen Auseinandersetzung mit Fragen der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung dient der Rahmen der pastoralen Begleitung (Interventionsstandorte: Häufigkeit der Treffen ca. 1-3 jährlich).

Auch dieser Rahmen wurde während der Projektlaufzeit genutzt, um spezifische Fragestellungen – insbesondere den ethischen Implikationen des frühen Zeitpunktes der Entscheidungsfindung und der damit neu definierten „verantworteten Elternschaft“³⁰ – aufzugreifen.

Da das Projekt in Katholischen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen durchgeführt wurde, besteht aufgrund der Trägerzugehörigkeit für Ratsuchende ein impliziter Anspruch, in der Beratung auch religiöse Themen und Sinnfragen auf der Grundlage unterschiedlichster Weltanschauungen und religiösen Orientierungen bearbeiten zu können. Dieses Angebot wird immer wieder von Menschen unterschiedlicher Weltanschauungen bewusst in Anspruch genommen.

28 Anlage 3

29 Anlage 4: Nr. 13

30 Anlage 4: Nr. 9

TEIL 2

EVALUATION UND ERGEBNISSE

IM ZWEITEN TEIL DIESER HANDREICHUNG WERDEN DIE EVALUATION
DES MODELLPROJEKTES, IHRE ERGEBNISSE BESCHRIEBEN UND
HINSICHTLICH DER ZIELSETZUNG DES PROJEKTES BEWERTET.

► FORSCHUNGSMETHODIK

Im Fokus des Projektes standen die werdenden Mütter/Väter, die im Projektzeitraum einen teilnehmenden Arzt/Ärztin und/oder Beraterinnen der Teams der sich beteiligenden Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen aufsuchten, die Einschlusskriterien (z. B. ausreichende Sprachkenntnisse) erfüllten und sich zur Projektteilnahme bereit erklärt hatten.

Die Wahrnehmung und Erfahrungen der drei beteiligten Personengruppen – Gynäkologen/innen, Beraterinnen und werdende Eltern – wurden über verschiedene methodische Zugangswege detailliert erfasst. So wurden differenzierte Fragebögen eingesetzt, die Erfahrungen, Einschätzungen, Haltungen und Empfehlungen der Schwangeren bzw. der werdenden Väter zu unterschiedlichen Zeitpunkten (vor/nach dem Arztgespräch, nach psychosozialer Beratung und in einer Nachbefragung ca. 6 Wochen vor Entbindungstermin) erfassten. Die Wahrnehmungen und Einschätzungen der Ärzte/innen bzw. der Beraterinnen aus den jeweiligen Patientinnen- oder Klientinnengesprächen wurden jeweils im Anschluss an die erfolgten Gespräche mittels Fragebogen dokumentiert. Ausgenommen waren Beratungen im Schwangerschaftskonflikt im Sinne des § 219 StGB, da in diesem Zusammenhang Fragen der pränatalen Diagnostik entweder explizit gestellt werden oder nicht relevant sind, da zuerst eine grundsätzliche Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft getroffen werden muss. Darüber hinaus wurden die Beraterinnen und Ärzte/Ärztinnen mittels halbstrukturierter Interviews sowohl zu Projektbeginn als

auch zu Projektende zu grundsätzlichen Fragestellungen befragt. Diese Interviews wurden pseudonymisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergänzt wurde diese Erhebung durch Zwischenbefragungen der Interventions- und Kontrollstandorte der Beratungsstellen. Auch die Rückmeldungen aus dem direkten Austausch in Fokusgruppen (siehe Anlage 3), in den Teams der Beratungsstellen und zu den Treffen der Interventionsstandorte (siehe Anlage 1 und 3) flossen in die Auswertung mit ein.

PROJEKTSTANDORTE

Interventionsstandorte und Kontrollstandorte (siehe Anlage 1):

Interventionsstandorte

(Teams der KSB, die das Modellprojekt durchführten)

Bamberg
Ingolstadt
Kempten
Regensburg
Traunstein
Weiden
Würzburg

Kontrollstandorte

(Teams der KSB, die zu Beginn und während der Projektlaufzeit vergleichend befragt wurden)

Aschaffenburg
Augsburg
München
Nürnberg
Passau
Schweinfurt

► STICHPROBE UND RÜCKLAUF

Insgesamt sieben Teams der Interventionsstandorte mit 35 Beraterinnen (leicht abweichende Stichprobengröße in Abhängigkeit vom Projektzeitpunkt) und 16 Gynäkologen und 26 Gynäkologinnen (42 Personen – reduzierte Stichprobengröße im Projektverlauf auf 30) nahmen an der Evaluation und Umsetzung des Projektansatzes teil. Übereinstimmend betrug die Tätigkeitsdauer im Berufsfeld 15,9 Jahre (4-35, SD=8,9 in den Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen und 3-34, SD=8,2 in der ärztlichen Praxis).

Die 1.381 schwangeren Frauen, die in die Auswertung einbezogen wurden, setzten sich zusammen aus 745 Frauen, die ausschließlich einen Arzttermin wahrnahmen bzw. nur dort

Evaluationsbögen ausfüllten (gekennzeichnet als A=x), 534 Frauen, die ohne Verweisung durch eine/n kooperierende/n Arzt/Ärztin eine psychosoziale Beratung aufsuchten und an der Evaluation teilnahmen (gekennzeichnet als B=x) und der Stichprobe von 102 Frauen*, die über die ärztliche Praxis verwiesen, an der Evaluation sowohl in der Praxis als auch in der Schwangerschaftsberatung teilnahmen (gekennzeichnet als V=x „verwiesen und angekommen“, *zugeordnet über die Chiffre, abhängig davon ob ebenso eine entsprechende Dokumentation in der jeweiligen Arztpraxis vorlag). An der Nachbefragung sechs Wochen vor dem Entbindungszeitpunkt nahmen 200 Frauen teil. Davon hatten 73 Frauen bestätigt psychosoziale Beratung in Anspruch genommen zu haben.

Die abweichenden Stichprobengrößen zu der jeweiligen Gesamtzahl lassen sich darauf zurückführen, dass nicht alle Schwangeren und werdenden Väter für jedes Befragungsinstrument eine Einverständniserklärung abgaben, bzw. trotz Einverständnis die Rücklaufquote divergiert. Darüber hinaus sind vergleichende Gegenüberstellungen darauf angewiesen, dass unabhängig vom Zugangsweg (Arztpraxis/Beratungsstelle) jeweils die entsprechenden Befragungsinstrumente vorliegen und zugeordnet werden können. Dies zeigt sich insbesondere in der Stichprobengröße der aufgrund des Projektinteresses ausgewerteten Gruppe der „verwiesenen und angekommenen“ Personen.

Die Frauen der Gesamtstichprobe waren im Durchschnitt 28,7 Jahre alt (15-47, SD=5,6), überwiegend in einer festen Partnerschaft und zum Zeitpunkt der Projektteilnahme mehrheitlich noch kinderlos. Aufgrund des geringeren Rücklaufs der werdenden Väter und der Verdichtung der Gesamtdaten

bezieht sich diese Auswahl der Ergebnisse ausschließlich auf die Evaluationsergebnisse der Schwangeren. Aus gleichem Grund werden auch die Auswertung der Befragungsinstrumente zur Beratungsdokumentation der Folgebefragung und des „Zusatzbogens pathologischer Befund“ nicht berücksichtigt.

Der Erhebungszeitraum begann Ende 2008 mit einer Vorbefragung und den Interviews zum Ist-Stand und endete im April (ärztliche Dokumentation) bzw. Mai 2011 (Dokumentation der Beraterinnen). Eine Revision der eingesetzten Befragungsinstrumente der Hauptstudie war a priori geplant und aufgrund der Komplexität der Studie insbesondere auf dem Hintergrund der „Anwendungsfreundlichkeit“ erfolgt. Der Einsatz der mit dieser Zielsetzung veränderten Fragebögen für die ärztliche Praxis startete am 01.01.2010 und für die Schwangerschaftsberatungsstellen am 01.03.2010.

TABELLE 1

Rücklauf der einzelnen Fragebögen der Hauptstudie zur Erhebung der Situation der Schwangeren und werdenden Väter durch diese selbst oder die beteiligten Professionen

Befragungsinstrument	Zeitpunkt und skizzierter Inhalt	Schwangere	Partner	Ärzte/innen	Beraterinnen
Fragebogen 1 vor Arztgespräch	Zeitpunkt: vor dem ärztlichen Gespräch zur Feststellung der Schwangerschaft Inhalt: u. a. Erwartungen der Schwangeren an und Einstellungen zu PND und Schwangerschaft allgemein vor dem ärztlichen Gespräch	875	107		
Ärztliche Dokumentation	Zeitpunkt: Feststellung der Schwangerschaft Inhalt: u. a. Dokumentation zentraler Aspekte zu PND und psychosozialer Beratung des Arztes/der Ärztin			615	
Fragebogen 2 nach Arztgespräch	Zeitpunkt: Feststellung der Schwangerschaft Inhalt: u. a. Bewertung des ärztlichen Gesprächs nach dem ärztlichen Gespräch durch die Schwangere	744	74		
Dokumentation des psychosozialen Beratungsgesprächs/Beratungsdokumentation	Zeitpunkt: nach dem ersten psychosozialen Beratungsgespräch Inhalt: u. a. Themen der psychosozialen Beratung in Bezug auf PND, zu Informationsstand und Entscheidungsfindung erfasst durch die Beraterin				594

Fortsetzung Tabelle 1

Befragungsinstrument <small>Zeitpunkt und skizzierter Inhalt</small>	Schwangere	Partner	Ärzte/Innen	Beraterinnen
Persönliche Rückmeldung/Klientenrückmeldung Zeitpunkt: nach dem ersten psych. soz. Beratungsgespräch Inhalt: u. a. Fragestellungen/Themen in Bezug auf PND und allgemeine Themen der Beratung, Bewertung, Haltungen, Empfehlungen erfasst durch die Schwangere	383	47		
Nachbefragung Zeitpunkt: ca. 6 Wochen vor Geburt Inhalt: u. a. rückblickende Bewertung der Erfahrungen und entsprechende Empfehlungen im Kontext der allgemeinen und spezifischen Fragestellungen der PND erfasst durch die Schwangere	200			

▶ ERGEBNISSE

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt und in Bezug zu dem vorliegenden Projektansatz und den entsprechenden Hypothesen gesetzt. Dabei wird immer wieder auf die aktive, frühe und integrierte Handlungsweise verwiesen.

Empfehlung/Verweisung

Ein zentraler Ansatz des Projekts war, dass die Frauen zu einem frühen Zeitpunkt, noch vor Inanspruchnahme von PND, die Möglichkeit zu einer psychosozialen Beratung erhalten sollten, da nur so eine Unterstützung in der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND im Sinne einer informierten Entscheidung möglich wird. Daher sollten die Schwangeren möglichst früh in den ärztlichen Praxen auf ein zusätzliches psychosoziales Gespräch in den Beratungsstellen hingewiesen, bzw. dieses empfohlen werden.

Zugangswege zur psychosozialen Beratung

In dem Dokumentationsbogen der Beraterinnen sowie in der Klientinnenrückmeldung wurde erfasst, über welche **Zugangswege** die Frauen in die Beratungsstellen kamen und inwiefern sich dies im Lauf des Projekts veränderte.

Von insgesamt n=594 vorliegenden Dokumentationen der Beraterinnen in den Interventionsberatungsstellen war die Mehrheit der schwangeren Frauen aufgrund der Empfehlung von Angehörigen, Freunden oder Bekannten (Ges: n=244, 41,1%), in die psychosoziale Beratung gekommen. Gefolgt wurde die Gruppe von den Klientinnen, die Vorerfahrungen mit dieser Beratungsstelle hatten (Ges: n=111, 18,7%) sowie von jenen, die von Ärzten/innen des Projekts verwiesen worden waren (Ges: n=93, 15,7%). Durch die aktive Verweisung/Empfehlung der Ärzte und Ärztinnen erreichte dieser Zugangsweg die dritthöchste Relevanz und liegt deutlich über der Zahl der Verweisung von Ärzten/innen außerhalb des Projekts (Ges: n=36, 6,1%).

Erste Angaben zum Anlass der psychosozialen Beratung

Neben den Angaben zur Quelle der Verweisung/Empfehlung wurden in der Beratungsdokumentation und in der Klientinnenrückmeldung auch erste inhaltliche Angaben bzgl. des **Anlasses der Beratung** gemacht. In der Beratungsdokumentation (Ges: n=560, 94,8%) als auch in der Klientinnenrückmeldung (Ges: n=294, 76,8%) sah die Mehrheit der Frauen den Anlass in einer allgemeinen Schwangerschaftsberatung (siehe Teil 1, Seite 14 bis 16).

TABELLE 2

Anlass der Beratung – Beratungsdokumentation				
Beratungsanlass ^{MA}	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=591	%	n=95	%
allgemeine Schwangerschaftsberatung	560	94,8	79	83,2
existenzieller Schwangerschaftskonflikt	9	1,5	1	1,1
gezielt im Kontext von PND	35	5,9	21	22,1

M Mehrfachnennungen aufgetreten A Sofern Angaben vorhanden

In der Klientinnenrückmeldung nach psychosozialer Beratung wurde bei der Frage nach dem Beratungsanlass im Unterschied zur Dokumentation der Beraterinnen eine Kategorie ergänzt, nämlich die „aktuelle Krisensituation“. Außerdem wurden zur besseren Verständlichkeit die Bezeichnungen der Antwortoptionen teils verändert: Der existenzielle Schwangerschaftskonflikt als Fachterminus wurde in „Schwangerschaftskonfliktberatung (Nachdenken über Schwangerschaftsabbruch)“ und die Kategorie der Beraterinnendokumentation „gezielte Beratung im Kontext von PND“ in „spezielle Fragen zur vorgeburtlichen Untersuchung/pränatale Diagnostik (PND)“ umbenannt.

Außerdem wurde ein Feld für die freie Angabe von sonstigen Anlässen angefügt. Daher ergibt sich bei den Frauen eine breitere Streuung der Rückmeldungen in der Zuordnung der Anlässe. Verschiedene „sonstige Anlässe“, würden

in der Dokumentation der Beraterinnen der allgemeinen Schwangerschaftsberatung zugeordnet werden. Hier markierte mehr als ein Fünftel der Gesamtgruppe und knapp ein Viertel der verwiesenen Frauen „Sonstiges“ als Anlass zur Beratung (Ges: n=81, 21,1%, V: n=15, 23,8%). Wurde dies näher erläutert, so suchten die Frauen die Beratung überwiegend mit dem Wunsch nach Unterstützung bezüglich finanzieller oder behördlicher Fragen (Ges: n=47, 12,3%, V: n=11, 17,5%) auf. Dies beinhaltete die Information über Sozialleistungen, Hilfen bezüglich der Erstausrüstung sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen. Auch rechtliche Fragen, zum Beispiel zum Thema Mutterschutz oder Elternzeit, nahmen einige Frauen zum Anlass, eine Beratungsstelle aufzusuchen (Ges: n=8, 2,1%, V: n=3, 4,8%). Die Verteilung zeigt, dass die Erreichbarkeit von Schwangeren unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen Schwangerschaftsberatung am größten ist.

TABELLE 3

Anlass zur Beratung – Klientinnenrückmeldung				
Beratungsanlass ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=383	%	n=63	%
allgemeine Schwangerschaftsberatung	294	76,8	35	55,6
aktuelle Krisensituation (z. B. Verlust des Partners, familiäre Probleme)	56	14,6	8	12,7
Schwangerschaftskonfliktberatung (Nachdenken über SSA)	6	1,6	–	–

Fortsetzung Tabelle 3

Beratungsanlass ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=383	%	n=63	%
spezielle Fragen zur vorgeburtlichen Untersuchung/PND	35	9,1	15	23,8
Sonstiges ^{EM}	81	21,1	15	23,8

M Mehrfachnennungen aufgetreten E ergänzende Erläuterungen

Mehr als 20 Prozent der Frauen, die auf die Empfehlung des Arztes/der Ärztin hin die Beratungsstelle aufsuchten (Beratungsdokumentation V: n=21, 22,1% und Klientinnenrückmeldung V: n=15; 23,8%), benannte im Anlass der Kontaktaktaufnahme gezielt auch den Kontext von PND (Mehrfachnennung möglich). Dieser Wert liegt deutlich höher als in der Gesamtgruppe (Beratungsdokumentation Ges: n=35; 5,9% und Klientinnenrückmeldung Ges. n=35; 9,1%) und deutet auf eine bewusste Wahl des Themenspektrums der PND hin. In dieser Gruppe stellte aber auch die allgemeine Schwangerschaftsberatung (V: n=79, 83,2%) den häufigsten Beratungsanlass dar.

Demzufolge ermöglicht eine eher umfassende Darstellung des psychosozialen Beratungsangebotes durch den Arzt/die Ärztin, die die Fragestellungen rund um die PND berücksichtigt, und die Empfehlung im ärztlichen Gespräch eine psychosoziale Beratung zu nutzen den Zugang zur Beratungsstelle. Gleichzeitig kann ein Aspekt ergänzend

benannt und somit bewusst werden. Dies entspräche dem integrierten Ansatz des Projekts und würde die allgemeine Empfehlung einer psychosozialen Beratung als Zugang bestätigen.

Informationsstand über Schwangerschaftsberatungsstellen

Im Rahmen der Nachbefragung äußerte die Mehrheit der Frauen (unabhängig davon ob Beratung stattgefunden hat oder nicht und ob eine ärztliche Verweisung durch einen Kooperationsarzt vorlag oder nicht), dass sie in der Arztpraxis auf das Angebot der Schwangerschaftsberatungsstellen hingewiesen wurden (Ges: 63,5%). Ein Großteil der Frauen hatte eigenen Angaben zufolge bereits vorher Kenntnisse über die Existenz von Schwangerschaftsberatungsstellen; jedoch kannte nur eine Minderheit das inhaltliche Beratungsangebot (Ges: 30,5%).

TABELLE 4

Informationsstand über Beratungsstellen – Nachbefragung

Beratungsanlass		gesamt		verwiesen und angekommen	
		n=200	%	n=18	%
Wussten Sie schon vorher von Schwangerschaftsberatungsstellen?	Ja	165	82,5	11	61,1
	Nein	31	16,0	7	38,9
	Keine Angabe	3	1,5	–	–
Kannten Sie das Beratungsangebot der Schwangerschaftsberatungsstellen?	Ja	61	30,5	3	16,7
	Nein	134	67,0	14	77,8
	Keine Angabe	5	2,5	1	5,6

Die überwiegende Mehrheit der Frauen aller Gruppen (n=170, 85,0%), insbesondere jedoch der Frauen, die über die ärztliche Beratung über das Angebot informiert war (n=18, 100%), war der Meinung, dass die ärztliche Empfehlung einer Frau den Weg in die psychosoziale Beratung erleichtert. Gleichzeitig wird von Frauen bestätigt, dass die aktive Empfehlung hilfreich ist. Nur wenige Frauen, die zuvor noch keine Schwangerschaftsberatung aufgesucht haben, kennen das Beratungsangebot inhaltlich.

Auch würden die meisten Frauen im Bedarfsfall das Beratungsangebot (erneut) annehmen (insbesondere die beratenden Frauen: voll/ziemlich zutreffend B: n=67, 91,8%).

Rat zu psychosozialer Beratung von Schwangeren an andere Frauen allgemein und im Kontext von PND

Die Frage, ob sie anderen Frauen ganz allgemein zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung raten würden, wurde von den Klientinnen aller Gruppen in der Nachbefragung mehrheitlich bejaht (Ges: n=133, 66,5%); insbesondere von den Klientinnen der Gruppe, die eine psychosoziale Beratung wahrgenommen hat (B: n=65, 89,0%), da sie gut, informativ und hilfreich (z. B. bei emotional oder psychosozial schwierigen Situationen) sei und dort verschiedene Fragen beantwortet werden könnten. Die – verhältnismäßig wenigen – Befragten, die anderen Frauen nicht zur Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung raten würden (B: n=5, 6,8%), begründeten dies

hauptsächlich damit, dass die von Ärzten/innen und Hebammen angebotene Beratung und Betreuung ausreichend und gut sei, bzw. dies jede Schwangere selbst entscheiden müsse.

Konkret bezogen auf Fragestellungen im Kontext von PND würden fast 90% (V: n=16, 88,9%) der ärztlich verwiesenen Frauen, die psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, vor der Entscheidung für/gegen PND anderen Frauen zur psychosozialen Beratung raten. Diese Gruppe erhält die deutlich höchste Nennung. Grundsätzlich würden die Frauen aller Gruppen überwiegend die psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme von PND empfehlen.

Unabhängig ob psychosoziale Beratung in Anspruch genommen wurde, würden die meisten Frauen zu einer psychosozialen Beratung nach Feststellung eines auffälligen Befundes raten (> 80% Zustimmung in allen Gruppen, n=165). Dabei steigt die Zustimmung der ärztlich verwiesenen Frauen in Bezug auf eine Beratung, bei den Schwangeren, die psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben sogar noch geringfügig an. (V: n=15, 83,3%).

Lediglich für den Zeitraum der Wartezeit auf Befunde wurde eine Beratung überwiegend nicht empfohlen (einzige Ausnahme: bei den verwiesenen Frauen gab es mehr zustimmende als ablehnende Antworten); insgesamt finden sich jedoch auch hier mit 34% (Ges: n= 81) bis 55,6% (V: n=10) noch relativ hohe Zustimmungsraten.

TABELLE 5

Rat zu psychosozialer Beratung an andere Frauen – bzgl. PND – Nachbefragung

Rat an andere Frauen zur Beratung bzgl. PND	gesamt		Arztpraxis aufgesucht		Beratung wahrgenommen		verwiesen und angekommen	
	n=200	%	n=122	%	n=73	%	n=18	%
Beratung vor der Entscheidung für/gegen PND								
Ja	114	57,0	57	46,7	54	74,0	16	88,9
Nein	47	23,5	35	28,7	12	16,4	1	5,6
Keine Angabe	39	19,5	30	24,6	7	9,6	1	5,6

Fortsetzung Tabelle 5

Rat an andere Frauen zur Beratung bzgl. PND	gesamt		Arztpraxis aufgesucht		Beratung wahrgenommen		verwiesen und angekommen	
	n=200	%	n=122	%	n=73	%	n=18	%
Beratung während der Wartezeit auf Ergebnisse								
Ja	81	34,0	40	32,8	39	53,4	10	55,6
Nein	68	40,5	49	40,2	18	24,7	5	27,8
Keine Angabe	51	25,5	33	27,0	16	21,9	3	16,7
Beratung nach einem auffälligem Befund								
Ja	165	82,5	101	82,8	60	82,5	15	83,3
Nein	9	13,0	6	4,9	3	4,1	–	–
Keine Angabe	26	4,5	15	12,3	10	13,7	3	16,7

Insgesamt fällt auf, dass die tatsächlich psychosozial beratenen Frauen und insbesondere die ärztlich empfohlenen sehr viel öfter eine psychosoziale Beratung empfehlen würden als die Frauen ohne Beratungserfahrung und zwar sowohl allgemein als auch im Zusammenhang mit PND-Fragestellungen. Interessanterweise zeigt sich sowohl bei der allgemeinen Frage als auch bei den Fragen in Bezug auf PND-Fragestellungen, dass auch die Frauen, die nur in der Arztpraxis waren und demzufolge selber keine Beratung in Anspruch genommen haben, relativ häufig – meist sogar mehrheitlich – eine psychosoziale Beratung empfehlen würden. Dies ist vermutlich am ehesten im Sinne einer Empfehlung für den Bedarfsfall bzw. als Wahlmöglichkeit zu interpretieren (es sei denn die Frauen bereuten es, selbst keine Beratung aufgesucht zu haben; andernfalls wäre ihr Antwortmuster nicht erklärbar).

Allgemeine psychosoziale Themen und Themen im Kontext von PND

Es wurde in unterschiedlichen Fragebögen und Zeitpunkten in den Praxen (z.B. vor und nach dem ärztlichen Gespräch) nach möglichen Themen für eine psychosoziale Beratung gefragt. Hierbei wurde zwischen allgemeinen Themen (z.B. Informationen über Mutterschutz) und Themen bzgl. PND (z.B. Unterstützung bei der Entscheidungsfindung) unterschieden.

Mögliche Themen einer psychosozialen Beratung aus Arzt- und Klientinnensicht (noch vor erfolgter psychosozialer Beratung)

Wie die Daten zur Befragung der Frauen noch vor dem ärztlichen Beratungsgespräch zeigen (Fragebogen 1), finden zu diesem frühen Zeitpunkt die meisten Befragten primär allgemeine psychosoziale Themen (insbesondere Informationen über Sozialleistungen (n=557, 63,7%) und allgemeine Veränderungen durch die Schwangerschaft (n=533, 60,9%) interessant und wichtig, zeigen aber auch ein großes Interesse an spezifischen PND-Themen (hierunter insbesondere Ziele der bzw. Gründe für oder gegen PND (n=310*, 49,4%) sowie Hilfe bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Inanspruchnahme von PND (n=338, 38,6%) und Vorgehen bei einem auffälligen Befund (n=354, 40,5%).

Unter den Frauen, die nach dem Arztgespräch (Fragebogen 2) die Möglichkeit nutzten, die offene Frage nach Themen, die sie in der Beratung besprechen möchten, individuell zu formulieren, überwogen im Vergleich zu den allgemeinen Themen die PND-assoziierten Themen. Als relevante Aspekte standen auch hier wieder Sinn und Nutzen der PND und die Konsequenzen von PND (Vorgehen bei auffälligem Befund) im Vordergrund. Diese Verschiebung könnte entweder auf die veränderte Stichprobensatzumsetzung zurückgehen oder aber dadurch bedingt sein,

dass Informationen des ärztlichen Beratungsgesprächs zu PND bzw. zu dem Projekt das Augenmerk der Frauen auf mögliche PND-Themen gelenkt haben.

Die im Anschluss an die Gespräche erfolgten Befragungen der Ärzte zeigen hinsichtlich der Schwerpunktsetzung Übereinstimmungen mit den Einschätzungen der Klientinnen (Gesamtgruppe vor dem Arztgespräch). So wurden bei den allgemeinen Aspekten auch von den Ärzten generelle Veränderungen durch die Schwangerschaft (n=227, 36,9%) und Informationen über Sozialleistungen (n=203, 33,0%) am häufigsten genannt, allerdings insgesamt deutlich seltener als von den Frauen. Wie bereits erwähnt, könnte dies durch einen eher medizinisch-diagnostischen Blick sowie den projektbedingten Fokus auf PND-assoziierte Themen sein oder/und dadurch, dass die Frauen die

psychosozialen Themen und entsprechende Verunsicherungen im ärztlichen Gespräch seltener ansprechen.

Auch bei den PND-spezifischen Themen ordnen die Ärzte ähnliche Aspekte wie die Frauen als bedeutsam ein, so etwa das Vorgehen bei auffälligem Befund (n=224, 36,4%) und Nutzen-Risiko-Abwägung (n=246, 40,0%) und eine informierte Entscheidung (was dem Wunsch der Frauen nach Unterstützung bei Entscheidungsfindung und Erörtern der Ziele/Gründe für bzw. gegen PND entspricht) n=208, 33,8%). Damit wird eine zentrale Hypothese des Modellprojektes aufgegriffen und der Bedarf hinsichtlich der Unterstützung bei der Entscheidungsfindung für oder gegen Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen zu einem frühen Schwangerschaftszeitpunkt bestätigt.

TABELLE 6

Wichtige/interessante Themen für die psychosoziale Beratung aus Sicht der Patientinnen vor dem ärztlichen Beratungsgespräch (in der gynäkologischen Praxis) – Fragebogen 1 – allgemeine Themen

Wichtige/interessante allgemeine Themen für eine psychosoziale Beratung ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=875	%	n=29	%
allg. Veränderungen durch Schwangerschaft	533	60,9	18	62,1
Psychische Belastung*	142	22,6	4**	23,5
ungewollte Schwangerschaft	13	1,5	1	3,4
Partnerschaftsfragen	91	10,4	2	6,9
Alleinerziehend	26	3,0	1	3,4
Familiäre Belastung*	75	11,9	3**	17,6
allg. Info über Sozialleistungen (Elterngeld, Kindergeld, ALG II usw.)	557	63,7	22	75,9
schulische/berufliche Situation/Mutterschutz	341	39,0	12	41,4
Sorge vor Arbeitslosigkeit /Arbeitslosigkeit	73	8,3	5	17,2
Kinderbetreuung	262	29,9	9	31,0
finanzielle Hilfen	247	28,2	17	58,6
Wohnsituation	120	13,7	9	31,0
Sonstiges	19	2,2	2	6,9

* n=628, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

** n=17, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

^M Mehrfachantworten möglich

TABELLE 7

Wichtige/interessante Themen für die psychosoziale Beratung aus Sicht der Patientinnen vor dem ärztlichen Beratungsgespräch (in der gynäkologischen Praxis) – Fragebogen 1 – Themen bezüglich PND

Wichtige/interessante Themen bezüglich PND für eine psychosoziale Beratung ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=875	%	n=29	%
Gründe/Ziele für/gegen PND*	310	49,4	9**	52,9
Unterstützung in der Entscheidungsfindung	338	38,6	11	37,9
Auswirkung von PND auf die Beziehung zum Kind	222	25,4	10	34,5
Möglichkeit durch den Eingriff bedingter Fehlgeburt	268	30,6	9	31,0
Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten	198	22,6	8	27,6
Umgang mit statistischer Risikoeinschätzung/Wahrscheinlichkeiten bei PND	209	23,9	6	20,7
Vorgehen bei auffälligem Befund/Ergebnis	354	40,5	13	44,8
Ethische/religiöse/kulturelle Aspekte	57	6,5	3	10,3
Sonstige	7	0,8	–	–

* n=628, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

^M Mehrfachantworten möglich

** n=17, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

TABELLE 8

Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht – Arztdokumentation – allgemeine Themen

Allgemeine Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=615	%	n=23	%
allg. Veränderungen durch Schwangerschaft	227	36,9	13	56,5
Psychische Belastung*	67	15,5	2**	13,3
ungewollte Schwangerschaft	20	3,3	–	–
Partnerschaftsfragen	42	6,8	–	–
Alleinerziehend	15	2,4	–	–

Fortsetzung Tabelle 8

Allgemeine Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=615	%	n=23	%
Familiäre Belastung*	12	2,8	–	–
allg. Info über Sozialleistungen (Elterngeld, Kindergeld, ALG II usw.)	203	33,0	10	43,5
schulische/berufliche Situation/Mutterschutz	106	17,2	3	13,0
Sorge vor Arbeitslosigkeit /Arbeitslosigkeit	20	3,3	2	8,7
Kinderbetreuung	60	9,8	1	4,3
finanzielle Hilfen	96	15,6	6	26,1
Wohnsituation	49	8,0	1	4,3
Sonstiges	15	2,4	–	–

* n=628, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

M Mehrfachantworten möglich

** n=15, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

TABELLE 9

Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht – Arztdokumentation – Themen bezüglich PND

Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht ^M	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=615	%	n=23	%
Informierte Entscheidung zur Inanspruchnahme	208	33,8	8	34,8
Patientin möchte sich mehr Zeit nehmen/ hat weitere Fragen/ist unsicher	132	21,5	4	17,4
Nutzen-Risiken-Abwägung	246	40,0	9	39,1
Konsequenzen bei möglichem positiven Befund	224	36,4	9	39,1
Diskrepanz beim Paar bzgl. der Inanspruchnahme	39	6,3	2	8,7
Ethische/religiöse/kulturelle Aspekte	41	6,7	2	8,7
Beratung bei auffälligem Befund	8	1,3	1	4,3

M Mehrfachantworten möglich

Insgesamt wird deutlich, dass eine generelle Empfehlung/Verweisung hinsichtlich der psychosozialen Beratung durch Gynäkologen häufiger auf konkrete Fragestellungen der Patientinnen trifft als Ärzte und Ärztinnen trotz tendenzieller Übereinstimmung hinsichtlich der relevanten Themen für die psychosozialen Beratung wahrnehmen.

Dies bedeutet, dass eine Auswahl/Selektion der Schwangeren, wem eine psychosoziale Beratung durch den Arzt/die Ärztin empfohlen wird, nicht sinnvoll ist. Darüber hinaus liegt die Entscheidung über das tatsächliche Aufsuchen einer psychosozialen Beratung grundsätzlich bei der Schwangeren.

Tatsächlich besprochene Themen und deren Bewertung nach erfolgter psychosozialer Beratung aus Beraterinnen- und Klientinnen-Sicht zu allgemeinen und Themen der PND

Allgemeine Themen

Bezüglich der allgemeinen Themen im Beratungsgespräch finden sich weitgehend übereinstimmende Einschätzungen der Beraterinnen und der Klientinnen. So gaben die Beraterinnen beispielsweise an, dass allgemeine Informationen über Sozialleistungen (n=424, 71,4%) sowohl der häufigste thematische Anlass für eine Beratung als auch das häufigste Schwerpunkt-Thema (n=366, 61,6%) in der Beratung waren. Auch von den Klientinnen wurde dieses als das am häufigsten besprochene (n=287, 74,9%) und als das wichtigste/hilfreichste Thema benannt (n=255, 66,6%). Auch die anderen von den Beraterinnen als bedeutsam benannten Themen wie finanzielle Hilfen und Unterstützung/Durchsetzung von Rechtsansprüchen, wurden von den Klientinnen ebenfalls besonders häufig genannt und als sehr wichtig und hilfreich bewertet. Diese Themen rund um die Absicherung der neuen Lebenssituation mit dem Kind können ein Hinweis sein auf die sehr konkreten Verunsicherungen/Fragestellungen und den Druck, den diese erzeugen können (hohe Priorisierung der Existenzsicherung als Grundbedürfnis gegen existentielle Bedrohung und höhere Verantwortung mit dem Kind).

Beide Gruppen sahen den Bereich der allgemeinen Veränderungen in der Schwangerschaft als zwar häufig angesprochenes Thema an (n=261, 43,9%), welchem aber eine

geringere Bedeutsamkeit zukommt (n=110, 18,5%). Diese Diskrepanz zwischen hoher Nennung als Beratungsbestandteil und geringerer Gewichtung als Schwerpunktthema bzw. in der Bedeutung als besonders wichtig/hilfreich spiegelt die Vielfalt der darin liegenden Unterthemen. Sie sind diffuser und in der Regel nicht durch einen konkreten Handlungsbedarf, sondern vielmehr in der Bewusstwerdung der Veränderung und der Vergewisserung zu sehen. Damit bereiten sie oftmals den Rahmen für die Erfassung und Bearbeitung der spezifischeren Themen.

PND Themen:

In der Dokumentation der Beraterinnen waren Themen bzgl. PND insgesamt seltener als thematischer Anlass für die Beratung erfasst als die allgemeinen Themen (am ehesten noch die Unsicherheit bzgl. der Inanspruchnahme bzw. die persönlichen Gründe/Ziele für/gegen PND). Allerdings zeigte sich, dass viele Themen bzgl. PND im Gesprächsverlauf aufgrund des aktiven Projektansatzes bearbeitet und teils auch zu Schwerpunkt-Themen in der Beratung wurden. Hierbei zeigen sich weitgehend übereinstimmende Einschätzungen von Klientinnen und Beraterinnen. Das häufigste Schwerpunktthema aus Beraterinnen-Sicht war die Besprechung persönlicher Gründe/Ziele für/gegen PND (n=64, 17,8%), gefolgt von den Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten (n=72, 12,1%). Damit übereinstimmend benennen die Klientinnen die Unsicherheit bezüglich der Inanspruchnahme von PND (n=95, 24,8%) sowie die Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten (n=87, 22,7%) als die beiden am häufigsten besprochenen und die bedeutsamsten/hilfreichsten Themen.

TABELLE 10

Themen die in der psychosozialen Beratung besprochen wurden, hilfreich waren und evtl. noch Wunsch nach mehr Informationen besteht – Klientinnen-Rückmeldung – Themen bezüglich PND

PND Themen in der Beratung aus Klientinnen-Sicht ^M	In Beratung besprochen		Besonders wichtiges/hilfreiches Thema		Wunsch nach mehr Information zum Thema	
	n=383 (n=63) ^{*2}	%	n=383 (n=63) ^{*2}	%	n=383 (n=63) ^{*2}	%
Unsicherheit bezüglich Inanspruchnahme PND	95 (25)	24,8 (39,7)	41 (12)	10,7 (19,0)	8 (1)	2,1 (1,6)
Spezifische Ängste	23 (6)	6,0 (9,5)	14 (3)	3,7 (4,8)	– (–)	– (–)

Fortsetzung Tabelle 10

PND Themen in der Beratung aus Klientinnen-Sicht ^M	In Beratung besprochen		Besonders wichtiges/hilfreiches Thema		Wunsch nach mehr Information zum Thema	
	n=383 (n=63)* ²	%	n=383 (n=63)* ²	%	n=383 (n=63)* ²	%
Persönliche Gründe für/gegen PND	95 (18)	24,8 (28,6)	33 (6)	8,6 (9,5)	7 (3)	1,8 (4,8)
Unterstützung in der Entscheidungsfindung bzgl. Inanspruchnahme PND	76 (16)	19,8 (25,4)	34 (8)	8,9 (12,7)	9 (3)	2,3 (4,8)
Diskrepanz Familie/Partner/Umfeld zur Inanspruchnahme von PND	42 (11)	11,0 (17,5)	13 (5)	3,4 (7,9)	5 (2)	1,3 (3,2)
Auswirkung der PND auf die Beziehung zum Kind	66 (15)	17,2 (23,8)	21 (3)	5,5 (4,8)	8 (3)	2,1 (4,8)
Möglichkeit einer durch den Eingriff bedingten Fehlgeburt	76 (17)	19,8 (27,0)	27 (5)	7,0 (7,9)	11 (5)	2,9 (7,9)
Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten	87 (22)	22,7 (34,9)	43 (8)	11,2 (12,7)	10 (4)	2,6 (6,3)
Umgang mit statistischer Risikoeinschätzung/Wahrscheinlichkeit bei PND	73 (20)	19,1 (31,7)	36 (10)	9,4 (15,9)	11 (3)	2,9 (4,8)
Vorgehen bei auffälligem Befund/Ergebnis (z. B. Unterstützungsmöglichkeiten)	59 (11)	15,4 (17,5)	23 (5)	6,0 (7,9)	10 (3)	2,6 (4,8)
Möglichkeit einer innerpsychischen Konfliktsituation bei auffälligem Ergebnis	45 (10)	11,7 (15,9)	16 (6)	4,2 (9,5)	8 (3)	2,1 (4,8)
ethische/religiöse Aspekte/kulturelle Aspekte	45 (10)	11,7 (15,9)	17 (4)	4,4 (6,3)	4 (2)	1,0 (3,2)
sonstige	6 (1)	1,6 (1,6)	3 (2)	0,8 (3,2)	– (–)	– (–)

*2 Zahlen in Klammern sind die ärztlich verwiesenen Frauen, die eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben

M Mehrfachantworten möglich

Die hohe Übereinstimmung zwischen Beraterinnen und Ratsuchenden spricht für die hohe Entlastungsqualität der psychosozialen Beratung. Darüber hinaus können in

Folgegesprächen weitere Aspekte aufgegriffen oder vertieft und zum Schwerpunktthema werden.

Hilfreiche Themen der psychosozialen Beratung – rückblickend aus Klientinnen-sicht – Nachbefragung

In der Nachbefragung, circa sechs Wochen vor dem Entbindungstermin, gaben die Frauen rückblickend an, was hilfreiche allgemeine Themen der Beratung waren.

Allgemeine Informationen über Sozialleistungen (n=58, 79,5%) und finanzielle Hilfen (n=56, 76,7%) wurden von ungefähr drei Viertel der Frauen rückblickend als hilfreich erlebt. Im Gegensatz zu der Klientinnen-Rückmeldung direkt nach dem psychosozialen Beratungsgespräch wurde das Thema schulische/berufliche/Situation/Mutterschutz (n=27, 37,0%) nun deutlich öfter benannt als zuvor, sogar häufiger noch als das Thema allgemeine Veränderungen durch die Schwangerschaft. Die Themen Partnerschaftsfragen und familiäre Belastungen wurden in der Nachbefragung ebenfalls öfters als hilfreich bewertet als bei der Rückmeldung direkt im Anschluss an das Beratungsgespräch.

Darin liegt ebenso ein Hinweis, wie unterschiedliche Themen im Beratungsverlauf auftauchen und an Bedeutung gewinnen bzw. wieder verlieren.

Sehr deutlich zeigt sich dies auch in der Gewichtung der Fragestellungen rund um PND vor der 12. bzw. 14. SSW und nach der 12. bzw. 14. SSW.

Allgemeine Bewertung der medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche

Im Folgenden werden die medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche allgemein und in Bezug auf die Beratung zu PND bewertet.

Bewertung des ärztlichen Beratungsgesprächs

Das ärztliche Beratungsgespräch wurde in der unmittelbar anschließenden Befragung von den Schwangeren nach verschiedenen Kriterien bewertet. Hinsichtlich des Informationsgehalts bezeichneten die Patientinnen (n= 486, 90,2 %) die Information als ausreichend, d.h. weder als zu viel noch zu wenig, auch die Nachfrage zu den Rahmenbedingungen (ausreichend Zeit etc.) (voll/eher zutreffend n= 706, 94,9%) und der Einfühlung und des Eingehens auf die Schwangere durch den Arzt/die Ärztin (voll/eher zutreffend n=690, 92,9%) wurde als sehr gut bewertet.

Konkret bezogen auf die Frage, ob das Gespräch hilfreich war bei der Entscheidung für oder gegen Inanspruchnahme von PND äußerten etwa zwei Drittel der Befragten, dass es hilfreich gewesen sei. In sehr vereinzelt Fällen hatte es den Effekt der Verunsicherung; etwa ein Viertel der Befragten äußerte diesbezüglich, dass es weder den einen noch den anderen Effekt gehabt hätte.

TABELLE 11

Bewertung des ärztlichen Beratungsgesprächs bzgl. Entscheidung PND – Fragebogen 2 durch die Patientinnen nach dem ärztlichen Gespräch in der Praxis

Ärztliches Gespräch hilfreich bei der Frage, ob und welche PND-Untersuchungen Sie nutzen wollen	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=744	%	n=26	%
Ja	497	66,9	18	69,2
Nein	13	1,7	1	3,8
weder noch	176	23,7	6	23,1
keine Angabe	57	7,7	1	3,8

Bei der Nachbefragung bejahte ein höherer Prozentsatz, dass das ärztliche Gespräch geholfen habe, eine eigene Meinung/Haltung bezüglich PND zu finden (voll/ziemlich zutreffend n=150, 75,5%). Dies könnte bedeuten, dass sich der Anteil des ärztlichen Gesprächs an dem folgenden Meinungsbildungs- bzw. Entscheidungsprozess im Nachhinein doch als höher herausstellte als die Frauen es direkt nach dem Gespräch abzuschätzen vermochten. Allerdings ist es auch möglich, dass dieser Anstieg auf die unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung oder aber die etwas allgemeiner formulierte Frage bzw. die differenzierteren Antwortmöglichkeiten in der Nachbefragung zurückzuführen ist.

Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs

Um die Integration des Themas PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung immer wieder nachvollziehbar machen zu können wurde zwischen allgemeinen Themen

und Themen der PND innerhalb der Beratungsgespräche in der Evaluation durchgehend unterschieden.

Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs zu allgemeinen Themen der Schwangerschaft

Bei der Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs im Anschluss an die Beratung zeigte sich ebenso durchgehend eine sehr positive Bewertung. So bejahten fast alle Frauen im Hinblick auf die allgemeinen Themen in der Schwangerschaftsberatung, dass das Gespräch für sie hilfreich gewesen sei (voll/ziemlich zutreffend n=362, 95,0%).

In Bezug auf einzelne konkrete beispielhafte Funktionen der psychosozialen Beratung, im speziellen der differenzierteren emotionalen Aspekte wie Entlastung, Raum für Gefühle usw., sowie konkrete Unterstützungsmaßnahmen) gab trotz unterschiedlicher Beratungsanliegen jeweils die deutliche Mehrheit der Frauen an, dass dies hilfreiche Aspekte für sie gewesen seien.

TABELLE 12

Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs zu allgemeinen Themen – Klienten/innenrückmeldung

Bewertung > Voll/ziemlich zutreffend (Anzahl ohne Angaben zu „etwas zutreffend“)

Teil 1	gesamt n=383 n=223*	Prozent %
Verstanden gefühlt	366	96
Beratung neutraler geschützter Raum*	194	87
Teil 2	gesamt n=383 n=223*	Prozent %
Raum für meine Gefühle*	173	77,6
Konkrete Hilfeleistungen erhalten	337	88,4
Umfassendes Angebot hat sich entlastend/beruhigend auf mich ausgewirkt	328	86,1
Entlastend, dass ich die Beratung auch weiterhin aufsuchen kann*	210	94,2

* abweichendes n, da erst nach der Modifikation der Unterlagen eingefügt

Ergänzend wurde von einzelnen Frauen auf die offene Frage, was genau am hilfreichsten an erster, zweiter oder dritter Stelle gewesen sei, am häufigsten der Aspekt der finanziellen oder behördlichen Unterstützung bzw. die Beantwortung diesbezüglicher Fragen genannt. Ebenso fand die Beratung/Unterstützung insgesamt/der Ort zum Reden eine häufige individuelle Nennung. Dass die Beratung zum Thema PND am hilfreichsten war, wurde in der offenen Fragestellung auch im Rahmen der allgemeinen Themen von acht Frauen explizit benannt. Ergänzend zu den primär inhaltlichen Aspekten betonten Schwangere neben schon genannten emotionalen Aspekten die positiven Rahmenbedingungen; so wurden das Öffnen des entgegengebrachten Verständnisses bzw. das Einfühlungsvermögen der

Beraterin, die Zeit/Ruhe, das Zuhören und die fachliche Kompetenz als der hilfreichste Aspekt benannt.

Zur Veränderung des Befindens äußerte die Mehrheit der Frauen nach dem ersten evaluierten Beratungsgespräch, dass sich ihr Befinden durch die Beratung insgesamt verbessert oder sogar sehr verbessert habe (n=260, 68,8%). Auch in der Nachbefragung zeigte sich nach wie vor eine große Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung allgemein. Die Frauen bejahten, dass die Beratung hilfreich war (n=65, 89%), sie sich von der Beraterin gut verstanden fühlten (n= 70, 95,9%) und dass sie sich durch die Beratung in der weiteren Schwangerschaft sicherer fühlten (n= 60, 82,2%).

TABELLE 13

Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs im Rückblick – Nachbefragung

Gesamtrücklauf n= 200

Beratung wahrgenommen

n=73*1

%

Durch umfassende Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle habe ich mich in meiner weiteren Schwangerschaft sicherer gefühlt

Voll zutreffend

27

37,0

ziemlich zutreffend

27

37,0

etwas zutreffend

6

8,2

kaum zutreffend

3

4,1

nicht zutreffend

5

6,8

keine Angabe

5

6,8

Ich habe mich von Beraterin in meiner jetzigen Lebenssituation verstanden gefühlt

Voll zutreffend

37

50,7

ziemlich zutreffend

25

34,2

etwas zutreffend

8

11,0

kaum zutreffend

-

-

nicht zutreffend

1

1,4

keine Angabe

2

2,7

Gesamtrücklauf n = 200	Beratung wahrgenommen	
	n=73*1	%
Ich habe Beratung und konkrete Hilfe unabhängig vom Thema PND als hilfreich erlebt		
Voll zutreffend	39	53,4
ziemlich zutreffend	20	27,4
etwas zutreffend	6	8,2
kaum zutreffend	2	2,7
nicht zutreffend	3	4,1
keine Angabe	3	4,1

*1 Teilstichprobe – falls Beratung wahrgenommen wurde

Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs im Hinblick auf das Thema PND

Die psychosoziale Beratung wurde von den Frauen direkt nach der Beratung (Klientenrückmeldung) auch im Hinblick auf das Thema PND bewertet, wenn dieses laut ihrer Einschätzung in der Beratung Thema war. Obwohl als Anlass der Kontaktaufnahme fast ausschließlich die „allgemeine Schwangerschaftsberatung“ genannt wurde, wird das Thema PND unabhängig von der Schwangerschaftswoche von 175 Frauen und somit fast der Hälfte (45,7%) in der Klientenrückmeldung bestätigt (Gesamtzahl der Klientenrückmeldung n=383).

Wie oft Themenstellungen der PND in der psychosozialen Beratung zum Thema werden hängt deutlich vom Zeitpunkt des Aufsuchens einer Beratungsstelle ab, damit kommt der Schwangerschaftswoche eine besondere Bedeutung zu. Dies wird unter dem Punkt „Themenwünsche der Schwangeren vor dem ärztlichen Gespräch und besprochene, hilfreiche Themen der PND und allgemeine Themen in der psychosozialen Beratung“ (siehe Seite 67) näher beschrieben.

Inhaltlich überwiegen auch im Kontext der PND deutlich die positiven Einschätzungen zur psychosozialen Beratung. So hatten mehr als drei Viertel der Gesamtgruppe und 85 Prozent der verwiesenen Frauen durch die Beratung Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bzgl. der Inanspruchnahme von PND (Ges: n=135, 78 %, V: n=29, 85,3%) sowie mehr Sicherheit in ihrer Haltung bzgl. der PND-Maßnahmen erhalten (Ges: n=136, 78,5%, V: n=29, 85,3%). Knapp drei Viertel der Gesamtgruppe sowie über

80 Prozent der verwiesenen Frauen fanden die Beratung im Zusammenhang mit PND Untersuchungen allgemein hilfreich (Ges: n=85, 72,6%, V: n=18, 81,8%). Auch die Thematisierung möglicher Konfliktsituationen bei Auftreten eines auffälligen Ergebnisses (Ges: n=74, 63,2%, V: n=17, 77,3%) sowie der Raum zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind (Ges: n=70, 59,8%, V: n=14, 63,6%) haben den meisten Frauen geholfen. Von der Gesamtgruppe der Frauen wurde das Nachdenken über das Risiko einer Fehlgeburt durch den Eingriff weniger, aber immer noch von ca. der Hälfte häufig als hilfreich benannt (n=62, 53,1%). Bei den empfohlenen/verwiesenen Frauen waren es mit über zwei Dritteln deutlich mehr (V: n=15, 68,2%).

Ergänzend nutzten wenige Frauen die Möglichkeit in einer offenen Frage, zu beantworten, was im Hinblick auf PND am hilfreichsten gewesen sei; unter den Antworten wurde von Frauen am häufigsten die Akzeptanz bzw. Bestärkung in der eigenen Haltung aktiv genannt.

In Übereinstimmung mit der Einschätzung unmittelbar nach dem psychosozialen Beratungsgespräch bejahten die Frauen auch rückblickend in der Nachbefragung mehrheitlich, dass die psychosoziale Beratung geholfen habe, eine eigene Haltung zu PND zu entwickeln (n=57, 78,0%).

Zwar fiel die Zustimmung insgesamt nicht so deutlich aus wie im Hinblick auf die allgemeinen Beratungsthemen. Dies ist unter den Voraussetzungen, dass PND im integrierten Ansatz nicht Anlass, sondern durch das aktive Ansprechen ein Thema unter den allgemeinen Themen wird und je nach der Schwangerschaftswoche, das Thema PND

unterschiedlich gewichtet bzw. relevant wird zu erwarten. Trotzdem liegt die Zustimmung bei den Befragten zwischen 53,1% und 85,3%). Dies bestätigt die integrierte Arbeits-

weise des Projektansatzes. Die sichtbar gewordene Unterstützung in der Entscheidungsfindung greift das formulierte Projektziel auf.

TABELLE 14

Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs bzgl. PND – Klienten/innenrückmeldung

Bewertung > voll/ziemlich/etwas zutreffend	gesamt		verwiesen und angekommen	
Teil 1	n=175* ¹ n=117*	%	n=34* ¹ n=22	%
Beratung im Zusammenhang mit PND-Untersuchungen war hilfreich*	85	72,6	18	81,8
Mehr Sicherheit in meiner Haltung bzgl. PND-Untersuchungen durch psychosoziale Beratung	136	78,5	29	85,3
Unterstützung bei Entscheidungsfindung bzgl. Inanspruchnahme von PND-Untersuchungen durch psychosoziale Beratung	135	78,0	29	85,3
Teil 2	n=117* ¹	%	n=22* ¹	%
Besprechen möglicher Konfliktsituationen, die bei auffälligem Ergebnis entstehen können, hat mir geholfen	74	63,2	17	77,3
Raum für das Nachdenken über die Beziehung zu meinem Kind hat mir geholfen	70	59,8	14	63,6
Nachdenken über das Risiko einer Fehlgeburt durch den Eingriff hat mir geholfen	62	53,1	15	68,2

*¹ Teilstichprobe, falls Themen bzgl. PND im Beratungsgespräch aus Sicht der Schwangeren thematisiert wurden

* abweichendes n (117 bzw. 22), da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

Haltung der Schwangeren zu pränataler Diagnostik

Sowohl zum Zeitpunkt der ärztlichen Beratung als auch in der Nachbefragung wurden die Schwangeren hinsichtlich Ihrer Haltungen im Kontext der PND befragt. Dabei kommt der/dem individuellen Definition/Verständnis eine besondere Bedeutung zu. Diese/s wurde nicht gesondert evaluiert, sondern in den Evaluationsmaterialien erläutert (siehe Teil 1, Verständnis/Definition von PND, Seite 12).

In der Gesamtgruppe der Schwangeren überwogen zwar nicht deutlich, aber doch tendenziell die zustimmenden Antworten auf die Frage, ob PND routinemäßig von allen Schwangeren in Anspruch genommen werden sollte. Bereits in der ersten Befragung, aber noch deutlicher in der Nachbefragung lehnten die Befragten der Gesamtstichprobe mit klarer Mehrheit die Aussage ab, dass PND nur für Frauen ab 35 Jahren von Interesse ist. Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass sich pränataldiagnostische Untersuchungen etabliert haben.

Bezogen auf die Gesamtgruppe finden sich sowohl bei der Aussage, dass PND Ängste weckt als auch bei der Aussage, dass PND Entlastung bringt sehr hohe Zustimmungsraten, wobei die entlastende Funktion von mehr Frauen bejaht wird. Dieses Ergebnis, welches sich gleichermaßen bei der Erst- und der Nachbefragung zeigt, spiegelt noch einmal deutlich das Spannungsfeld, in dem sich die PND grundsätzlich befindet, die Ambivalenz zwischen Möglichkeiten einerseits und potentiellen Risiken andererseits.

Bei den verwiesenen Frauen zeigt sich ein etwas anderes Bild, d. h. sie stimmten häufiger zu, dass PND Ängste weckt als dass PND entlastet. Dies könnte erklären, warum diese Frauen nach Empfehlung/Verweisung auch tatsächlich eine psychosoziale Beratung aufgesucht haben bzw. warum in dieser Gruppe im Vergleich zur Gesamtgruppe auch eher PND-bezogene Themen in der Beratung besprochen wurden bzw. zum Schwerpunktthema wurden. Interessanterweise war der Abstand zwischen kritischer und positiver Einschätzung in dieser Gruppe bei der Nachbefragung

noch stärker ausgeprägt; auch lehnte in dieser Gruppe die Mehrheit in der Nachbefragung die Aussage ab, dass Schwangere routinemäßig PND in Anspruch nehmen sollten, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass sich ihre kritisch reflektierende Betrachtung der PND im Zuge der Beratung noch verstärkt hat. Einschränkend sei jedoch angemerkt, dass es sich bei der Gruppe der verwiesenen Frauen zu beiden Befragungszeitpunkten um relativ kleine Gruppen handelt, so dass die Ergebnisse entsprechend vorsichtig beurteilt werden sollten. Dass diese Interpretation mit Vorsicht gehandhabt werden sollte, wird zusätzlich gestützt durch den Befund, dass die verwiesenen Frauen in der Nachbefragung prozentual gesehen ebenso selten wie die Frauen der Gesamtgruppe angaben, dass sich ihre Einstellung zu PND verändert habe. Bei den wenigen Frauen der Gesamtgruppe, die über Veränderungen berichteten und die nähere Erläuterungen zur Art der Veränderung machten, fand sich am ehesten ein Wandel zu einer kritischeren Haltung.

TABELLE 15

Meinung/Haltung zu PND nach ärztlicher Beratung – Fragebogen 2

PND weckt durch Information und Aufklärung über Chancen und Grenzen Ängste vor einem behinderten Kind bei den Frauen. (n= 663/n=23) (keine Angaben: n=81/n=3)	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=663 ^A	%	n=23 ^A	%
trifft überhaupt nicht zu	31	4,7	–	–
trifft nicht zu	72	10,9	3	13,0
trifft eher nicht zu	135	20,4	2	8,7
trifft eher zu	194	29,3	8	34,8
trifft zu	180	27,1	6	26,1
trifft voll und ganz zu	51	7,7	4	17,4

Fortsetzung Tabelle 15

PND führt zu Entlastung, weil sie Sorge vor einer Erkrankung des Kindes nehmen kann. (n=666/n=22) (keine Angabe: n=78/n=4)	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=666 ^A	%	n=22 ^A	%
trifft überhaupt nicht zu	13	2,0	–	–
trifft nicht zu	38	5,7	2	9,1
trifft eher nicht zu	124	18,6	6	27,3
trifft eher zu	198	29,7	5	22,7
trifft zu	210	31,5	5	22,7
trifft voll und ganz zu	83	12,5	4	18,2

A Sofern Angaben vorhanden

Deutlich überwiegend war sowohl zum Zeitpunkt der ärztlichen Beratung als auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung die Zustimmung zu der Aussage, dass es nicht immer leicht ist, sich gegen eine pränatalsdiagnostische Untersuchung zu entscheiden, wenn man unsicher ist, ob sie für einen

richtig oder falsch ist („trifft eher zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ n=534, 81,9%). Dies könnte im Umkehrschluss einen Hinweis darauf geben, dass bei einer Unsicherheit hinsichtlich der Inanspruchnahme, PND eher in Anspruch genommen wird.

TABELLE 16

Meinung/Haltung zu PND nach ärztlicher Beratung – Fragebogen 2

Es ist nicht immer leicht, sich gegen eine PND-Untersuchung zu entscheiden, wenn man unsicher ist, ob die Untersuchung für einen persönlich richtig oder falsch ist. (n= 652/n=22) (keine Angabe: n=92/n=4)	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=652 ^A	%	n=22 ^A	%
trifft überhaupt nicht zu	17	2,6	–	–
trifft nicht zu	37	5,7	3	13,6
trifft eher nicht zu	64	9,8	3	13,6
trifft eher zu	175	26,8	7	31,8
trifft zu	273	41,9	6	27,3
trifft voll und ganz zu	86	13,2	3	13,6

A Sofern Angaben vorhanden

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung wurden ebenso wie in Fragebogen 1 vor der Modifikation noch zusätzliche Einschätzungen/Einstellungen erhoben, so z. B. ob PND zur Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen beiträgt. Diese Aussage lehnte die Mehrheit der befragten Frauen ab, ebenso wie die Aussage, dass die Gesellschaft von Schwangeren erwarte, dass sie PND-Untersuchungen durchführen lassen. Gleichzeitig stimmen aber aus der Gesamtgruppe (n=196) mehr als ein Drittel der Frauen in der Nachbefragung der Erwartungshaltung der Gesell-

schaft (n=76, 38,6%) und dem ausgrenzenden Beitrag von PND zu (n= 62, 37,5%). Besonders hervorzuheben ist, dass der Großteil der Befragten der These zustimmte, dass die frühe Auseinandersetzung mit Fragen von PND-Untersuchungen und Behinderung den Umgang mit einem auffälligen Ergebnis erleichtert, was den Sinn und die Vorteile eines Beratungsangebots zum frühen Zeitpunkt unterstreicht. Hier bestätigt sich die zweite Projekthypothese (vgl. Teil 1, „Zielsetzung und Hypothesen des Modellprojektes“, siehe Seite 9).

TABELLE 17

Rückblickend – Meinung zu PND – Nachbefragung

Wer sich früh mit Fragen der PND-Untersuchungen oder Behinderung auseinandersetzt, kann leichter mit einem auffälligen Ergebnis umgehen. (n=196/n=72/n=18) (keine Angabe: n=4/n=1/n=1)	gesamt		Beratung wahrgenommen		verwiesen und angekommen	
	n=196 ^A	%	n=72 ^A	%	n=18 ^A	%
trifft überhaupt nicht zu	26	13,3	11	15,3	–	–
trifft nicht zu	21	10,7	6	8,3	3	16,7
trifft eher nicht zu	31	15,8	12	16,7	5	27,8
trifft eher zu	61	31,1	19	26,4	6	33,3
trifft zu	46	23,5	18	25,0	3	16,7
trifft voll und ganz zu	11	5,6	6	8,3	1	5,6

A Sofern Angaben vorhanden

Prozess der Entscheidungsfindung

Gerade im Hinblick auf den Entscheidungsprozess für oder gegen die Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen kommt dem jeweiligen Zeitpunkt der medizinischen bzw. psychosozialen Beratung eine besondere Bedeutung zu, da die Schwangerschaftswoche unmittelbar mit dem Stadium des Entscheidungsfindungsprozesses korrespondiert. Handelt es sich im ärztlichen Gespräch meist um den Zeitpunkt rund um die Feststellung der Schwangerschaft, wird die psychosoziale Beratung (abgesehen von der Beratung im Schwangerschaftskonflikt) aufgesucht, wenn sich für Klientinnen ein Informations- und Beratungsbedarf abzeichnet. Der Zeitpunkt der Kontakt-

aufnahme kann sich somit über den gesamten Verlauf der Schwangerschaft verteilen. Daher kommt der aktiven Verweisung/Empfehlung im ärztlichen Gespräch und der aktiven Klärung des Beratungsauftrages der Ratsuchenden hinsichtlich der Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik, bzw. hinsichtlich der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND durch die Beraterin in der Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen eine besondere Bedeutung zu.

Die Informationen der drei verschiedenen befragten Gruppen (Ärzte/Ärztinnen, Klientinnen, Beraterinnen) sowie der unterschiedlichen Befragungszeitpunkte werden im Folgenden miteinander verknüpft und, soweit möglich, Interpre-

tationen der Daten vorgenommen. Bei der Interpretation der Daten ist eine gewisse Vorsicht geboten (z. B. aufgrund kleiner Stichprobengrößen oder aufgrund von möglichen Selektionseffekten).

Vorerfahrungen mit PND/Inanspruchnahme von PND/Einstellung zu PND

Die Klientinnen, die vor dem Arztgespräch befragt wurden, äußerten überwiegend, dass sie noch keine Vorerfahrungen mit PND hatten (n=411, 47,0%), wobei über die Hälfte der Frauen angab, bisher keine eigenen Kinder zu haben. Fast die Hälfte der Frauen hatte sich zum Zeitpunkt des ärztlichen Beratungsgesprächs in der aktuellen Schwangerschaft kaum/gar nicht mit dem Thema PND auseinandergesetzt (n=275, 43,8%). Unter jenen Frauen, die über Vorerfahrungen berichteten, überwogen die positiven Erfahrungen (n=177, 20,2%), allerdings ist der Anteil der Frauen, die keine Angaben zu der Frage machten, noch höher (n=233, 26,9%). Nach dem Arztgespräch gaben die meisten Frauen an, dass sie nur den Ultraschall im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchführen lassen wollten. Bei den Frauen, die weitere Untersuchungen planten, wurde an erster Stelle die Nackenfaltenmessung genannt. Damit übereinstimmend äußerten die Schwangeren, die später an der Nachbefragung (n=200) teilgenommen haben, mehrheitlich (>80%), dass sie den Ultraschall im Rahmen der Schwangerenvorsorge haben durchführen lassen. Weiterführende Pränataldiagnostik wurde ebenfalls von etlichen Befragten (>40%) in Anspruch genommen – ebenfalls in Übereinstimmung mit den ursprünglichen Aussagen primär die Nackenfaltenmessung, gefolgt von zusätzlichem Ultraschall, Organultraschall und Blutuntersuchungen.

Hinsichtlich ihres weiteren Vorgehens in Bezug auf PND äußerten ca. jede sechste Schwangere nach dem ärztlichen Gespräch, dass sie noch mehr Zeit zum Überlegen benötigen, um sich mit dem Partner, einer Vertrauensperson oder einer Beratungsstelle zu beraten.

In der Nachbefragung wurden die Schwangeren gefragt, ob sie aus ihrer heutigen Sicht (ggf. noch einmal) PND in Anspruch nehmen würden. Dies wurde mehrheitlich bejaht. Ein hoher Anteil der Befürwortung lässt sich vor dem Hintergrund der Einbeziehung des Ultraschalls im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge verstehen; unter denen, die die PND ablehnten, wurde als häufigstes Argument geäußert, dass ein auffälliges Ergebnis keine Konsequenzen hätte, da ein Schwangerschaftsabbruch ausgeschlossen wurde.

Ärztliche Aufklärung/ärztliche Beratung

Im Hinblick auf den Aspekt der ärztlichen Aufklärung über PND-Maßnahmen scheint es so zu sein, dass bei weiterführenden PND-Maßnahmen (Nackenfaltenmessung etc.) öfter von den Ärzten/Ärztinnen darüber aufgeklärt wird als dass eine Indikation dafür gesehen wird (eigene Dokumentation der Ärzte/Ärztinnen). Den Routine-Ultraschall im Rahmen der Schwangerenvorsorge hingegen bewerteten die Ärzte öfter als indiziert (n=333, 77,6%) als dass sie darüber aufklärten (n=376, 61,1%). Dazu passt auch die Wahrnehmung der Beraterinnen, dass bei den Frauen, bei denen zum Beratungszeitpunkt bereits PND-Maßnahmen durchgeführt worden waren, dies häufig als „Routine“ erlebt wurde, ohne dass dem eine informierte und bewusste Entscheidung seitens der Frau zugrunde lag. Die Beraterinnen vermerkten bei fast einem Viertel dieser Frauen, dass sie sich vor Inanspruchnahme der PND-Maßnahmen eine psychosoziale Beratung oder generell mehr Informationen gewünscht hätten. Aus Sicht der Klientinnen fand insgesamt deutlich seltener eine Aufklärung zu einzelnen PND-Maßnahmen statt als dies von den Ärzten/Ärztinnen festgehalten wurde (insbesondere beim Routine-Ultraschall). Sofern es sich hierbei nicht um ein methodisches Artefakt handelt (keine 1:1 Zuordnung von Ärzten und Patientinnen), könnte eine Erklärung sein, dass die Frauen nicht alle – möglicherweise nur kurz erwähnten – Informationen gespeichert haben und sich einfach nicht an aufklärende Hinweise erinnern. Insbesondere im Bezug auf den Ultraschall im Rahmen der Schwangerenvorsorge ist es denkbar, dass die diesbezügliche Aufklärung nicht so explizit vorgenommen wurde bzw. dass die Frauen sie aufgrund vorhandener Vorinformationen als Aufklärung wahrgenommen haben.

Unabhängig davon, ob die Ärzte/Ärztinnen nun faktisch über einzelne Maßnahmen aufgeklärt haben oder nicht, scheint es, dass die Frauen dies teilweise nicht so wahrgenommen/erlebt haben und somit vermutlich nicht immer eine bewusste, informierte Entscheidung bezüglich der Inanspruchnahme von PND getroffen haben. So äußerten die Frauen rückblickend in der Nachbefragung zwar mehrheitlich, dass sie auf dem Weg zur Entscheidungsfindung nichts vermisst hätten, aber etwa ein Fünftel der Frauen, die diese Frage beantwortet haben, vermisste durchaus etwas und zwar primär eine bessere/deutlichere Aufklärung über verschiedene Aspekte der PND. Ebenfalls etwa ein Fünftel der Frauen, die im Anschluss an das psychosoziale Beratungsgespräch befragt wurden, äußerten, dass sie von ihrem Arzt/Ärztin nicht bzw. nicht ausreichend über PND informiert worden seien. Zwar würden die meisten Klientinnen die Untersuchungen wieder durchführen lassen

(sowohl zufolge der Dokumentation der Beraterinnen in Bezug auf die Frauen, bei denen PND bereits durchgeführt wurde, als auch laut eigener Aussagen der Klientinnen in der Nachbefragung). Allerdings wird als Grund (sowohl von den Klientinnen selbst als auch von den Beraterinnen dokumentiert) für eine erneute Entscheidung für PND am häufigsten genannt, dass die PND eine Beruhigung/ein Sicherheitsgefühl gegeben habe. Dass somit die Inanspruchnahme von PND erst post-hoc durch die entstandene Beruhigung ihre Legitimierung erfährt, ist insofern ungünstig als dass es eben auch Situationen gibt wo ein irritierender oder pathologischer fetaler Befund festgestellt wird und die Beruhigung als Argument entfällt.

Nichtsdestotrotz sollte noch einmal festgehalten werden, dass die Mehrheit der Frauen das ärztliche Gespräch als hilfreich bei der Frage, ob und welche PND sie nutzen wollen (n=479, 66,8%) und stärkend für die Entscheidung erlebte. Auch nach Einschätzung der Beraterinnen wurden von den Klientinnen primär die Partner, Ärzte und Beraterinnen als stützend und stärkend erlebt.

Der hohe Stellenwert des ärztlichen Gesprächs wird insbesondere in der Nachbefragung noch einmal deutlich, wo die Frauen den Arzt nicht nur als gute Informationsquelle beschrieben, sondern ihn auch auf die Frage, wer zur Entscheidungsfindung beigetragen hat, an erster Stelle noch vor dem Partner nennen. Bei den Frauen, die auf die Nachbefragung antworteten und psychosoziale Beratung in Anspruch genommen hatten, nannten mehr als ein Drittel im Rahmen der allgemeinen Beratung die Beraterin in der Entscheidungsfindung als hilfreich. Dies bedeutet, dass trotz der möglichen Themenvielfalt und der divergierenden Schwangerschaftswochen die Frage, ob, und wenn ja, welche PND genutzt werden möchte, in der Beratung besprochen und als hilfreich erfahren wurde. Bei den ärztlich verwiesenen Frauen steigt dieser Anteil auf 66,7% an. Dabei wird ersichtlich, dass je nach Zeitpunkt im Schwangerschaftsverlauf und den damit verbundenen aktuellen Fragestellungen der Schwangeren sich die Gewichtung der jeweiligen Bedeutung der informierenden und unterstützenden Quellen variieren kann.

TABELLE 18

War das Gespräch bei Ihrem/r Arzt/Ärztin hilfreich bei der Frage, ob und welche PND Untersuchungen Sie nutzen wollen? – Fragebogen 2

	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=744	%	n=26	%
Ja	497	66,8	18	69,2
Nein	13	1,7	1	3,8
weder noch	176	23,7	6	23,1
keine Angaben	57	7,7	1	3,8

TABELLE 19

Zur Entscheidungsfindung haben folgende Personen/Quellen beigetragen – Nachbefragung

	gesamt		Beratung wahrgenommen		verwiesen und angekommen	
	n=200	%	n=73	%	n=18	%
Arzt/Ärztin	179	89,5	65	89,0	16	88,9
Psychosoziale Beraterin	27	13,5	25	34,2	12	66,7
Mein Partner	118	59,0	37	50,7	12	66,7
Meine Familie/Freunde/Bekannte	89	44,5	33	45,3	7	38,9
Internet	49	24,5	19	26,0	2	11,1
Informationsmaterial/Bücher/ Broschüren etc.	66	33,0	23	31,5	6	33,3
Sonstige (Hebamme, eigener Beruf, Erfahrungen mit vorheriger Schwangerschaft)	19	9,5	6	8,2	–	–

TABELLE 20

Erlebte Unterstützung/Stärkung bei der Entscheidungsfindung – Beratungsdokumentation

Klientin fühlt sich in der Entscheidung unterstützt/gestärkt durch ^{MA}	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=158	%	n=37	%
Ausgangssituation (zu Beginn des psychosozialen Beratungsgespräches)				
Partner	60	38,0	18	48,6
Familie	13	8,2	4	10,8
Arzt/Ärztin	49	31,0	19	51,4
Hebamme	2	1,3	–	–
Schwangerschaftsberatungsstelle	28	17,7	9	24,3

Klientin fühlt sich in der Entscheidung unterstützt/gestärkt durch ^{MA}	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=158	%	n=37	%
Gesprächsabschluss				
Partner	56	35,4	20	54,1
Familie	9	5,7	3	8,1
Arzt/Ärztin	39	24,7	15	40,5
Hebamme	3	1,9	–	–
Schwangerschaftsberatungsstelle	94	59,5	29	78,4

M Mehrfachantworten möglich / A Sofern Angaben vorhanden

Psychosoziale Beratung/Besonderheiten der Frauen, die nach ärztlicher Verweisung eine Beratungsstelle aufsuchten

Auf die Frage, ob sie eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen möchten, äußerten zum Zeitpunkt nach dem ärztlichen Beratungsgespräch die meisten Frauen, dass sie dies derzeit nicht planen (n=429, 79,8%). Interessanterweise war dies auch in der Gruppe der Frauen, die nach der Empfehlung durch den Arzt/die Ärztin eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, die häufigste Antwort. Dies weist darauf hin, dass die Entscheidung eine Schwangerschaftsberatungsstelle aufzusuchen sich verändern und auch mit größerem zeitlichem Abstand zum ärztlichen Gespräch von den Schwangeren getroffen werden kann.

Auf die Gruppe der verwiesenen und angekommenen Frauen soll nun noch einmal verstärkt das Augenmerk gelegt werden. So war nach Einschätzung der Beraterinnen bei den Frauen dieser Gruppe bereits zu Beginn der Beratung deutlich öfter ein Informationsbedarf bezüglich PND sichtbar (n=17, 45,9%), als das bei den nicht verwiesenen Frauen (n=43, 27,2%) bei denen aber ebenfalls schwerpunktmäßig PND in der Beratung thematisiert wurde, der Fall war (dort war ein expliziter Informationswunsch bzgl. PND zu Gesprächsbeginn eher selten) und entsprechend vermittelten sie in dieser Gruppe mehr Informationen zu PND.

Die Beraterinnen nahmen in der Gruppe der verwiesenen Frauen zu Gesprächsbeginn eine stärkere Verunsicherung bzgl. des Umgangs mit PND wahr. Allerdings ist auch bei fast der Hälfte der nicht verwiesenen Frauen eine Verunsicherung von den Beraterinnen hinsichtlich des Umgangs mit PND wahrgenommen worden. Zudem erlebten die verwiesenen Frauen nach Einschätzung der Beraterinnen eher Druck zur Inanspruchnahme von PND, insbesondere gesellschaftlichen Druck bzw. Druck aus dem sozialen Umfeld, während dies in der Gesamtgruppe nur sehr selten der Fall war. Interessant ist, dass die verwiesenen Frauen sich nicht nur mehr Informationen zu PND wünschten bzw. diese auch erhielten, sondern dass sie bereits im Vorfeld mehr/bessere Vorkenntnisse bezüglich PND hatten als die Frauen der Gesamtstichprobe (Einschätzung der Beraterinnen ebenso wie der Klientinnen selbst). Wenngleich die Kausalrichtung des Zusammenhangs zwischen guten Vorkenntnissen, verstärkter Unsicherheit, höherem Informationsbedürfnis und wahrgenommenen Druck unklar bleibt (z. B. ob eine vorhandene Unsicherheit dazu führte, stärkeren Druck wahrzunehmen und/oder sich besser zu informieren oder ob ein tatsächlich vorhandener Druck Unsicherheiten schürte etc.), so scheint es in jedem Fall so zu sein, dass es Frauen gibt, die ein erhöhtes Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit dem Thema PND haben. Generell aber auch insbesondere für diese Frauen bietet die psychosoziale Beratung ein ideales Forum für ihren Entscheidungsfindungsprozess. Sie würden jedoch ohne den integrierten, aktiven, frühen Beratungsansatz kaum erreicht.

TABELLE 21

Entscheidungsfindung der Klientin: Klientin ist verunsichert bezüglich des Umgangs mit PND – Beratungsdokumentation

Klientin ist verunsichert bezüglich des Umgangs mit PND	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=158	%	n=37	%
Ausgangssituation (zu Beginn des psychosozialen Beratungsgespräches)				
Nicht	52	32,9	5	13,5
Leicht	57	36,1	17	45,9
Deutlich	19	12,0	10	27,0
keine Angabe	30	19,0	5	13,5
Gesprächsabschluss				
Nicht	84	53,2	20	54,1
Leicht	39	24,7	12	32,4
Deutlich	1	0,6	–	–
keine Angabe	34	21,5	5	13,5

TABELLE 22

Erlebter Druck bzgl. der Inanspruchnahme von PND – Beratungsdokumentation

Klientin empfindet Druck PND in Anspruch nehmen zu müssen ^{MA}	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=158	%	n=37	%
Ausgangssituation (zu Beginn des psychosozialen Beratungsgespräches)				
Partner	3	1,9	2	5,4
Familie	3	1,9	3	8,1
Arzt/Ärztin	15	9,5	3	8,1
Soziales Umfeld	13	8,2	6	16,2
Gesellschaft	12	7,6	9	24,3

Fortsetzung Tabelle 22

Klientin empfindet Druck PND in Anspruch nehmen zu müssen ^{MA}	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=158	%	n=37	%
Gesprächsabschluss (nach dem ersten psychosozialen Beratungsgespräch)				
Partner	2	0,6	–	–
Familie	2	1,3	2	5,4
Arzt/Ärztin	5	3,2	1	2,7
Soziales Umfeld	5	3,2	3	8,1
Gesellschaft	3	1,9	3	8,1

M Mehrfachantworten möglich / A Sofern Angaben vorhanden

TABELLE 23

Informationsstand der Klientin – Kenntnisse der PND-Maßnahmen – Beratungsdokumentation						
Kenntnisse der PND-Maßnahmen ^{MA}	Ausgangssituation: Kenntnis der PND Methoden		Informationen gewünscht zu PND Methoden		Gesprächsabschluss: Information erhalten	
	n=158 (n=37) ^{*2}	%	n=158 (n=37) ^{*2}	%	n=158 (n=37) ^{*2}	%
Routine Ultraschall	95 (23)	60,1 (62,2)	34 (9)	21,5 (24,3)	52 (16)	32,9 (43,2)
Nackenfaltenmessung	69 (22)	43,7 (59,5)	66 (21)	41,8 (56,8)	84 (27)	53,2 (73,0)
Spezieller Ultraschall z. B. Organ-US	36 (5)	22,8 (13,5)	35 (12)	22,2 (32,4)	47 (16)	29,7 (43,2)
Amniozentese	66 (18)	41,8 (48,6)	59 (19)	37,3 (51,4)	76 (24)	48,1 (64,9)
Chorionzottenbiopsie	13 (3)	8,2 (8,1)	18 (7)	11,4 (18,9)	20 (8)	12,7 (21,6)
Blutuntersuchung	24 (7)	15,2 (18,9)	13 (5)	8,2 (13,5)	16 (6)	10,1 (16,2)

*2 Zahlen in Klammern sind die ärztlich verwiesenen Frauen, die eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben

M Mehrfachantworten möglich

A Sofern Angaben vorhanden

Dass die psychosoziale Beratung bei diesen Frauen noch deutlicher zur Entscheidungsfindung beiträgt als bei den anderen Frauen, zeigt sich daran, dass – nach Einschätzung der Beraterinnen – in dieser Gruppe der Entscheidungsfindungsprozess zu Gesprächsbeginn deutlich seltener abgeschlossen war, während er zum Gesprächsende hin öfter vorerst abgeschlossen werden konnte. Auch änderten sich in der Gruppe der verwiesenen Frauen aus Sicht der Beraterinnen öfter als in der Gesamtgruppe die konkreten Absichten bezüglich der Inanspruchnahme einzelner PND-Maßnahmen (zumindest prozentual gesehen), während diese in der Gesamtgruppe relativ konstant blieben. Wenn die von den Beraterinnen geschätzten Häufigkeiten

tatsächlich individuelle Veränderungsprozesse über die Beratung hinweg widerspiegeln, dann lässt sich folgern, dass die verwiesenen Frauen die Beratung öfter als konkrete Entscheidungshilfe nutzten, während die anderen Frauen die Auseinandersetzung eher im Sinne einer gewonnenen Sicherheit bzw. Vergewisserung ihrer bereits getroffenen Entscheidung von der Beratung profitierten. Dazu passt auch das in der Nachbefragung der Klientinnen eruierte Muster, dass in dieser Gruppe der ärztlich verwiesenen Frauen die Beraterin deutlich öfter als Person genannt wird, die zur Entscheidung beigetragen hat als in der Gesamtgruppe der beratenen Frauen.

TABELLE 24

Prozess der Entscheidungsfindung – Beratungsdokumentation

Prozess der Entscheidungsfindung ^{MA}	gesamt		verwiesen und angekommen	
	n=158	%	n=37	%
Ausgangssituation (zu Beginn des psychosozialen Beratungsgesprächs)				
Vorerst abgeschlossen	78	49,4	14	37,8
Nicht abgeschlossen	31	19,6	9	24,3
Konfliktbearbeitung erforderlich	2	1,3	–	–
Psychosoziale Beratung erwünscht	23	14,6	12	32,4
Gesprächsabschluss (nach dem ersten psychosozialen Beratungsgespräch)				
Vorerst abgeschlossen	106	67,1	29	78,4
Nicht abgeschlossen	11	7,0	2	5,4
Konfliktbearbeitung erforderlich	–	–	–	–
Weitergehende psychosoziale Beratung erwünscht	25	15,8	2	5,4

M Mehrfachantworten möglich / A Sofern Angaben vorhanden

Sowohl bei den Frauen, die nach der ärztlichen Empfehlung eine Beratung in Anspruch genommen haben, als auch bei den nicht verwiesenen mit PND-Schwerpunkt stieg nach Einschätzung der Beraterinnen durch die psychosoziale Beratung der Anteil der Frauen, bei denen der Entscheidungsfindungsprozess vorerst abgeschlossen werden konnte. In beiden Gruppen konnten Unsicherheiten – sofern vorhanden – durch die Beratung reduziert werden (Beraterinnen-Einschätzung). Auch wenn die Frauen aller Gruppen sowohl eigener Einschätzung nach (Nachbefragung) als auch nach Einschätzung der Beraterinnen zu Beginn der Schwangerschaft mehrheitlich über einen guten Informationsstand bzgl. PND verfügten, scheint dennoch das Vermitteln zusätzlicher bzw. vertiefender Informationen ein wesentlicher hilfreicher Aspekt der Beratung zu sein und das Ziel der „informierten Entscheidung“ zu befördern. Sowohl die verwiesenen Frauen als auch die anderen Frauen mit PND-Schwerpunkt innerhalb der allgemeinen

Schwangerschaftsberatung wurden den Beraterinnen zufolge beim Verstehen vorhandener Informationen/Vorkenntnisse (welche primär durch den Arzt gegeben waren) unterstützt; es ist zu vermuten, dass vorhandene Kenntnisse unter anderen Gesichtspunkten (psychosozialen, emotionalen) beleuchtet wurden als das im ärztlichen Gespräch geschehen ist bzw. dass bestehende Kenntnisse vertieft und Unklarheiten besprochen wurden. In Bezug auf konkrete PND-Maßnahmen sahen die Beraterinnen bei beiden Gruppen den größten Informationsbedarf zur Nackenfaltenmessung und zur Amniozentese, weshalb sie diesbezüglich auch die meisten Informationen vermittelten (bei verwiesenen Frauen größerer Bedarf und mehr vermittelte Informationen). In beiden Gruppen konnten aus Sicht der Beraterinnen die Kenntnisse bzw. das Bewusstsein für verschiedene mit PND assoziierte Fragestellungen (z.B. persönliche Gründe dafür/dagegen, Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten etc.) verbessert werden.

TABELLE 25

Informationsstand der Klientin zu einzelnen PND-Themen zu Beginn und am Ende des Gesprächs – Beratungsdokumentation

Informationsstand zu einzelnen PND-Maßnahmen ^{MA}	Ausgangssituation: ausreichend bewusst		Gesprächsabschluss: ausreichend bewusst		Gesprächsabschluss: Weiterer Informationsbedarf aus Beraterinnensicht	
	n=158 (n=37)* ²	%	n=158 (n=37)* ²	%	n=158 (n=37)* ²	%
Persönliche Gründe für/gegen PND, Ziele der PND*	53 (9)	50,0 (40,9)	90 (20)	84,9 (90,9)	11 (1)	10,4 (4,5)
Auswirkung der PND auf die Beziehung zum Kind	54 (14)	34,2 (37,8)	91 (28)	57,6 (75,7)	20 (3)	12,7 (8,1)
Möglichkeit einer durch den Eingriff bedingten Fehlgeburt	72 (19)	45,6 (51,4)	113 (30)	71,5 (81,1)	9 –	5,7 –
Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten	62 (14)	39,2 (37,8)	124 (33)	78,5 (89,2)	16 (1)	10,1 (2,7)
Umgang mit statistischer Risikoeinschätzung/ Wahrscheinlichkeit bei PND	37 (12)	23,4 (32,4)	104 (32)	65,8 (86,5)	16 –	10,1 –

Informationsstand zu einzelnen PND-Maßnahmen ^{MA}	Ausgangssituation: ausreichend bewusst		Gesprächsabschluss: ausreichend bewusst		Gesprächsabschluss: Weiterer Informationsbedarf aus Beraterinnen-Sicht	
	n=158 (n=37) ^{*2}	%	n=158 (n=37) ^{*2}	%	n=158 (n=37) ^{*2}	%
Vorgehen bei einem auffälligen Befund/ Ergebnis (z. B. Unterstützungsmöglichkeiten)	40 (10)	25,3 (27,0)	99 (30)	62,7 (81,1)	39 (7)	24,7 (18,9)
Möglichkeit einer innerpsychischen Konfliktsituation bei einem auffälligen Ergebnis	53 (14)	33,5 (37,8)	96 (30)	60,8 (81,1)	32 (4)	20,3 (10,8)

* n=106, da erst nach Modifikation der Unterlagen eingefügt

^{*2} Zahlen in Klammern sind die ärztlich verwiesenen Frauen, die eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben

M Mehrfachantworten möglich

Die Mehrheit der Frauen, unabhängig von einer Verweisung oder verwiesen, fühlte sich nach Einschätzung der Beraterinnen im Anschluss an die Beratung gut informiert bzgl. PND (die Gruppe der verwiesenen Frauen jedoch noch stärker). Dies spiegelt sich in den positiven Bewertungen der psychosozialen Beratung als gute und hilfreiche Informationsquelle durch die Klientinnen wieder (Ergebnis der Nachbefragung).

In der Klienten/innenrückmeldung nach dem ersten Beratungsgespräch wurde von ca. der Hälfte der Frauen die Frage beantwortet, ob sie bei einer weiteren Schwangerschaft eine psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme von PND in Anspruch nehmen würden. Wiederum ca. die Hälfte der Frauen (n=93) bejahten dies und erläuterten die Aussage mit der Erfahrung, dass die Beratung sinnvoll war, geholfen und bei Sorgen und Ängsten entlastet hat. Das Gewinnen neuer/zusätzlicher Informationen wird inhaltlich

als Hauptgrund (n=20, 21,5%) von jenen Frauen angeführt. Bei der anderen Hälfte, die bei einer erneuten Schwangerschaft vor PND keine weitere psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen würden, war der häufigste Grund eine generelle Entscheidung gegen die Inanspruchnahme von PND.

Dazu passen auch die von den Beraterinnen beschriebenen Aspekte, die den Gesprächsverlauf im Sinne der Unterstützung einer informierten Entscheidung für oder gegen PND fördern bzw. behindern. Hier wurde in allererster Linie die Offenheit der Klientin gegenüber dem Gesprächsangebot als förderlicher Aspekt genannt und unter den (deutlich seltener erlebten) hinderlichen Aspekten wurde primär genannt, dass aufgrund der Lebenssituation der Klientin andere Aspekte im Vordergrund stehen bzw. dass die Klientin generell kein Interesse an der Auseinandersetzung mit PND hat.

TABELLE 26

Würde Klientin aus heutiger Sicht, bei einer weiteren Schwangerschaft, psychosoziale Beratung vor der Entscheidung zu PND in Anspruch nehmen – Klientinnen-Rückmeldung (Auswertung unabhängig von der Schwangerschaftswoche)

	gesamt		PND war in der Beratung Thema		verwiesen und angekommen	
	n=383	%	n=175	%	n=63	%
nein	100	26,1	41	23,4	10	15,9
ja	93	24,3	57	32,6	15	23,8
keine Angabe	190	49,6	77	44,0	38	60,3

Unabhängig von dem Aspekt der Informationsvermittlung wird die positive Bewertung der psychosozialen Beratung noch einmal deutlich, wenn man die Antworten der Klientinnen auf die optionale offene Frage, was sie anderen Frauen in der frühen Schwangerschaft empfehlen würden, betrachtet. Unter den verschiedenen Antworten, die gegeben wurden, findet sich am häufigsten die Empfehlung, eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen (gefolgt von der Empfehlung umfassende Informationen einzuholen bzw. Ruhe zu bewahren).

levanter Aspekte zueinander, sowie der Zusammenhang zu den Projektzielen und Hypothesen (Teil 1, Zielsetzung und Hypothesen des Modellprojektes, Seite 9) stärker dargestellt. Dabei wird in der Unterteilung der Schwangerschaftswoche sowohl der Zeitpunkt bis einschließlich der 12. SSW als auch der 14. SSW berücksichtigt, da die Angaben in der Befragung sich auf die Berechnung p.m. (post menstruationem), die Dauer einer Schwangerschaft ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung (Menstruation) als auch auf den Zeitpunkt p.c. (post conceptionem), die Dauer einer Schwangerschaft ab dem Tag der Empfängnis beziehen können.

Ergebnisse unter Berücksichtigung des „frühen Zeitpunkts“ als Voraussetzung für die Unterstützung in der Entscheidungsfindung

Der „frühe Zeitpunkt“ stellt den Kern des Projektvorhabens dar. Daher wird im Folgenden auch der Bezug einzelner re-

Zeitpunkt/Zugangswege

Die Schwangerschaft ist bei dem Erstkontakt in einer Arztpraxis, wie zu erwarten, in der Regel weniger weit fortgeschritten, als bei einem ersten Kontakt mit einer Schwangerschaftsberatungsstelle.

TABELLE 27

Schwangerschaftswoche in der Arztpraxis – Arztdokumentation

Schwangerschaftswoche bei Arztgespräch – Arztdokumentation (n=615) im Kontext der Feststellung der Schwangerschaft	n=615	%
Bis einschließlich 14. SSW	512	83,3
Davon bis einschließlich 12. SSW	420	68,3

Schwangerschaftswoche bei Arztgespräch – Arztdokumentation (n=615) im Kontext der Feststellung der Schwangerschaft	n=615	%
Davon vor der 10. SSW	200	32,5
Nach der 12. SSW	166	27,0
Verbleibend nach der 14. SSW	74	12,0
Keine Angabe	29	4,7
<p>Auch wenn sich der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in der ärztlichen Praxis nicht so weit streut, lassen ca. 22% der Frauen die Schwangerschaft bis einschließlich der 8.SSW feststellen.</p>		
Schwangerschaftswoche bei Arztgespräch – Arztdokumentation (n=615) im Kontext der Feststellung der Schwangerschaft	n=615	%
Bis einschließlich 14. SSW	512	83,3
Nach 14. SSW	74	12,0
Keine Angabe	29	4,7
<p>Falls bis zur 14. SSW beim Arzt (n=512): wann genau?</p>		
6. SSW - 8.SSW	114	22,2
9. SSW - 11.SSW	234	45,7
12. SSW - 14. SSW	164	32,0

TABELLE 28

Schwangerschaftswoche in der Schwangerschaftsberatungsstelle – Beratungsdokumentation		
Schwangerschaftswoche bei psychosozialer Beratung – Beratungsdokumentation (n=594) nach Erstkontakt	n=594	%
Bis einschließlich 14. SSW	180	30,3
Davon durch Kooperationsarzt verwiesen	39	21,7
Bis einschließlich 12. SSW	122	20,5
Davon durch Kooperationsarzt verwiesen	24	19,7

Schwangerschaftswoche bei psychosozialer Beratung – Beratungsdokumentation (n=594) nach Erstkontakt	n=594	%
Nach der 12. SSW	456	76,8
Davon durch Kooperationsarzt verwiesen	66	14,5
Nach der 14. SSW	398	67,0
Davon durch Kooperationsarzt verwiesen	51	12,8
Falls nach der 14. SSW psychosoziale Beratung in Anspruch genommen (n= 398)		
15.-21. SSW	178	44,7
22.-28. SSW	136	34,2
> 29. SSW	84	21,1
Keine Angabe	16	2,7

Hinsichtlich des Zeitpunktes des Erstkontaktes unterscheiden sich Arztpraxen und Beratungsstellen deutlich. Anhand der engen Zeitfenster bis einschließlich der 12. bzw. 14. SSW ist der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in der Arztpraxis zur Feststellung der Schwangerschaft, die Information über und die Empfehlung der psychosozialen Beratung, sowie die Entscheidung der Schwangeren aufgrund der ärztlichen Empfehlung einen Kontakt zur Beratungsstelle zeitnah aufzunehmen, bedeutend. Mehr als die Hälfte der Schwangeren wenden sich erst im Zeitfenster der 10. bis einschließlich zu 12. SSW/14. SSW an ihren Arzt/Ärztin. Damit wird die Zeitspanne von Empfehlung, Terminanfrage

und Terminvergabe in einer Schwangerschaftsberatungsstelle sehr begrenzt und bedeutet für die Wahrnehmung einer psychosozialen Beratung vor PND z. B. einer Messung der Nackentransparenz einen hohen Zeitdruck und eine logistische Herausforderung. Erfolgt die ärztliche Verweisung im Sinne einer Information/Empfehlung einer psychosozialen Beratung zusätzlich selektiv, verringert sich die Chance zur Wahrnehmung einer psychosozialen Beratung für Schwangere. Anhand der Rückmeldungen der Schwangeren insgesamt zeigt sich, dass für sie die Empfehlung des Arztes/der Ärztin das Aufsuchen einer Schwangerschaftsberatungsstelle erleichtert.

TABELLE 29

Einschätzung Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung – Nachbefragung

Einschätzung Inanspruchnahme	gesamt		Beratung wahrgenommen		verwiesen und angekommen	
	n=200	%	n=73	%	n=18	%
Aus heutiger Sicht erleichtert die Empfehlung eines/r Arztes/Ärztin einer Frau den Weg in die psychosoziale Beratung						
voll zutreffend	54	27,0	32	43,8	12	66,7
ziemlich zutreffend	77	38,5	24	32,9	5	27,8

Einschätzung Inanspruchnahme	gesamt		Beratung wahrgenommen		verwiesen und angekommen	
	n=200	%	n=73	%	n=18	%
Aus heutiger Sicht erleichtert die Empfehlung eines/r Arztes/Ärztin einer Frau den Weg in die psychosoziale Beratung						
etwas zutreffend	39	19,5	8	11,0	1	5,6
kaum zutreffend	10	5,0	4	5,5	–	–
nicht zutreffend	8	4,0	3	4,1	–	–
keine Angabe	12	6,0	2	2,7	–	–

Diese Einschätzung verstärkt sich durch die mehrheitlichen Angaben der Klientinnen, dass sie zwar bereits vor dem Arztgespräch um die Existenz von Schwangerschaftsberatungsstellen wussten, jedoch das konkrete Beratungsangebot dieser Stellen nicht kannten. Soll eine psychosoziale Beratung von Beginn an vor Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik möglich sein, so muss der Erstkontakt vor der 12. SSW/14. SSW liegen.

Anhand der Beratungsdokumentationen nach dem Erstkontakt ließ sich feststellen, dass innerhalb des Projektes von Gesamt=594 Frauen 20,5% (n=122) der Schwangeren bis zur einschließlich 12. SSW und 30,3% (n=180) bis einschließlich zur 14. SSW unabhängig vom Zugangsweg die Schwangerschaftsberatung aufsuchten.

Wiederum insgesamt 24 (19,7%) bzw. 39 (21,7%) dieser „früh“ beratenen Frauen (n=122 bzw. n=180) waren von einem Kooperationsarzt verwiesen worden.

Wurde in der Evaluation des grundsätzlichen Zugangs zur Psychosozialen Beratung festgestellt, dass sich durch die aktive Empfehlung des Arztes/der Ärztin die Zahl der Frauen, die den Zugang über die Praxen in die Beratungsstellen finden, deutlich erhöht (dritthöchste bewerteter Zugangsweg), so ist diese Art der Verweisung gerade in der frühen Schwangerschaft bis zur 14. SSW aufgrund der Relevanz des Themas PND und der potentiellen Krisenhaftigkeit von besonderer Bedeutung.

Unabhängig davon erreicht die Mehrzahl der Schwangeren die Beratungsstelle auch in der frühen Schwangerschaft über Freunde, Bekannte oder kennt die Beratungsstelle aus einer früheren Schwangerschaft.

Generelle Krisen- und Konflikthaftigkeit zum „frühen Zeitpunkt“ und Fragestellungen im Kontext der PND

Zurück geführt auf die Kerngruppe der Schwangeren bis einschließlich zur 12. SSW/14. SSW ist der Beratungsanlass, den die Schwangeren anhand ihrer Rückmeldung (n=67/n=103) als Orientierung benennen, eine erste Information über die Beweggründe für das Aufsuchen der Schwangerschaftsberatungsstelle. Dabei wird deutlich, dass fast 20% der Schwangeren (n=13/n=20 je 19,4%) für sich eine Krisen- bzw. Konfliktsituation artikulieren. Weitere 25,4% bzw. 22,3% (n=17/n=23) ordnen nach dem Beratungsgespräch als Beratungsanlasses thematisch ebenso den Überpunkt „spezielle Fragen zur vorgeburtlichen Untersuchung“ zu. Inwieweit diese letztgenannte Zuordnung übereinstimmend den Beratungsanlass zu Beginn des Beratungsgesprächs oder in der telefonischen Anmeldung der Beraterin mitgeteilt wurde, ist dabei unklar und nicht zwingend. Der aktive und integrierte Ansatz im psychosozialen Beratungsgespräch ermöglicht hier durch seine Themenangebote, dass nicht formulierte Fragestellungen der Schwangeren in Bezug auf PND in der Beratung von der Beraterin aktiv angesprochen und in die Beratung integriert werden. Beide Aspekte gewinnen noch einmal bezüglich der Zielsetzung der frühen Erreichbarkeit an Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass ca. ein Drittel der Schwangeren zum „frühen Zeitpunkt“ (35,8 % bis einschließlich zur 12. SSW, n=24 und 30,1% bis einschließlich der 14. SSW, n=31) gegenüber ca. einem Fünftel zum „späteren Zeitpunkt“ (23% nach der 12. SSW, n=61 und 23,6% nach der 14. SSW, n=54) für sich feststellen, dass sie sich belastet fühlen.

Demgegenüber steht die Rückmeldung der Schwangeren zur Veränderung des Befindens schon nach dem ersten psychosozialen Beratungsgespräch. Fast 80% der Frauen

bewerten zu diesem „frühen Zeitpunkt“ bis einschließlich der 12. SSW/14. SSW ihr Befinden nach der psychosozialen Beratung als sehr verbessert oder verbessert.

TABELLE 30

Rückmeldung zu Belastung – Klientinnenrückmeldung								
Fühlen Sie sich belastet?	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Ja	24	35,8	61	23,0	31	30,1	54	23,6
Nein	33	49,3	174	65,7	60	58,3	147	64,2
keine Angabe	10	14,9	30	11,3	12	11,7	28	12,2

¹ Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

TABELLE 31

Veränderung des Befindens durch Beratung insgesamt – Klientinnenrückmeldung								
Veränderung des Befindens durch Beratung insgesamt	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
sehr verbessert	11	16,4	44	16,6	17	16,5	38	16,6
verbessert	41	61,2	131	49,4	59	57,3	113	49,3
nicht verändert	9	13,4	50	18,9	15	14,6	44	19,2
verschlechtert	0	0	0	0	0	0	0	0
sehr verschlechtert	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	6	9,0	40	15,1	12	1,7	34	14,9

¹ Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

In diesem Zusammenhang scheint sich die Projekthypothese zu bestätigen, die besagt:

„Durch eine psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme einer pränatalen Diagnostik, die die Fragestellungen der pränatalen Diagnostik gezielt im Rahmen der Anamnese thematisiert, erfahren Schwangere eine Beratung und Begleitung, die sie in der aktuellen und hinsichtlich der neuen Lebenssituation besser vorbereitet, stärkt, unterstützt, schützt usw. und daher eine umfassende Sorge für Mutter/Vater und Kind gewährleistet (...).“

Bewusstsein über potenzielle Konflikthaftigkeit von PND bei Ärzten/innen und Beraterinnen

Im Folgenden soll dargestellt werden, inwiefern den beiden Zielgruppen Ärzte/innen und Beraterinnen die potenzielle Konflikthaftigkeit im Entscheidungsprozess zur Inanspruch-

nahme von PND bewusst ist. Die Daten sind bezüglich der Entscheidung vor PND unabhängig von der Schwangerschaftswoche erhoben worden. Anhand der Rückmeldungen kann aber weitgehend von einem Verständnis zum frühen Zeitpunkt ausgegangen werden.

Im Rahmen des Abschlussinterviews gaben die Ärzte/innen an, ob es Situationen gibt, in denen es ihnen schwer fällt, PND anzusprechen. Dies bejahte bzw. verneinte jeweils die Hälfte der Ärzte/innen. Für die Ärzte/innen, die angaben, dass es schwierige Situationen im Hinblick auf das Ansprechen von PND gibt, lag dies am häufigsten an Verständnisschwierigkeiten sowie am jungen Alter der Patientinnen (jeweils n=7, 46,7%). Daneben fiel es den Ärzten/innen bei Patientinnen mit Risikofaktoren, wo die Wahrscheinlichkeit eines auffälligen Befundes größer scheint (n=4, 26,7%), schwer, PND aktiv zu thematisieren.

TABELLE 32

Gibt es Situationen in denen es schwer fällt PND anzusprechen – Abschlussinterview Ärzte/innen

Gibt es Situationen in denen es Ihnen schwer fällt bei einer Patientin PND anzusprechen?	n=30
Ja	15
Nein	14
Nein, mit Einschränkung	1
Erläuterung, falls ja: ^M	
Ja, bei sehr jungen Patientinnen	7
• bei sehr jungen Patientinnen, wo es keine Risikofaktoren gibt (z. B. 16-Jährige) „Und um sie nicht zu verunsichern“	6
• bei sehr jungen Patientinnen fühle ich mich juristisch dazu gezwungen	1
Ja, bei Verständnisschwierigkeiten	7
• bei Patientinnen wo es Sprachschwierigkeiten gibt	3
• wenn die Patientin nicht versteht, um was es geht	1
• bei Patientinnen die einfacher strukturiert sind und es nicht verstehen	2
• wenn die Basis fehlt, sich die Patientin damit nicht befasst hat bzw. damit nicht befassen kann	1
Ja, bei Patientinnen mit Risikofaktoren	4
• bei (Verdacht auf) auffälligen Befund	2
• bei Risikoschwangerschaften (z. B. erste SW mit 43 J.), da Wahrscheinlichkeit für Fehlbildungen erhöht ist	1
• bei Patientinnen, die bereits ein behindertes Kind haben	1

Gibt es Situationen in denen es Ihnen schwer fällt bei einer Patientin PND anzusprechen?	n=30
Ja, bei Patientinnen die eigentlich kein Geld für die Untersuchungen haben z. B. Hartz 4	2
Ja, bei Patientinnen, die sich sehr auf das Kind freuen und nicht im geringsten darüber nachdenken, dass mit dem Kind irgendetwas sein könnte	1
Erläuterungen, falls nein: ^M	
Nein, ich vermittele es wertfrei und dadurch ist es kein Problem	1
Nein, da ich verpflichtet bin es anzusprechen	1
Nein, da es mich vor juristischen Konsequenzen schützen kann	1
Erläuterung Einschränkung:	
Auffälliger Befund liegt vor	1

M Mehrfachantworten möglich

Die Ärzte/innen wurden außerdem gefragt, ob sie durch das frühe Ansprechen von PND eine Verunsicherung der Schwangeren bemerkt oder rückgemeldet bekommen haben. Fast zwei Drittel der Ärzte/innen nahmen eine Verunsicherung wahr (n=19, 63,3%) und ungefähr ein Drittel

bemerkte dies nicht (n=11, 36,7%). Am häufigsten wurde die Verunsicherung als eine mit dem Thema PND grundsätzlich verbundene Verunsicherung gesehen (n=6, 31,6%). Selten wurden spezielle Bedingungen genannt (n=4, 13,3%), z. B. wenn eine Pathologisierung der Schwangerschaft eintritt.

TABELLE 33

Verunsicherung der Frau bemerkt/rückgemeldet bekommen – Abschlussinterview Ärzte/innen

Haben Sie durch das frühe Ansprechen von PND in der Schwangerschaft eine Verunsicherung der Schwangeren bemerkt oder rückgemeldet bekommen?	n=30
Ja	19
Nein	11
Erläuterungen, falls ja: ^M	
Ja, durch Thema PND an sich	6
• wenn PND zu früh in der Schwangerschaft thematisiert wurde	1
• sich mit dem Thema PND beschäftigen zu müssen löst Verunsicherungen/Unbequemlichkeit aus	1
• weil die Frauen dann denken, es liege etwas Schlimmes vor	1
• wenn sich die Frau zu einem frühen Zeitpunkt der SW gerade erst mit der neuen Situation vertraut gemacht hat und alles erstmal positiv sieht, ist Ansprechen von PND erschreckend	1
• wenn sich die Patientin mit dem Thema noch gar nicht auseinandergesetzt oder damit gerechnet hat	1
• wenn Patientin dann unsicher ist, ob sie PND in Anspruch nehmen soll oder nicht	1

Haben Sie durch das frühe Ansprechen von PND in der Schwangerschaft eine Verunsicherung der Schwangeren bemerkt oder rückgemeldet bekommen?	n=30
Ja, durch mögliche Konsequenzen von PND	2
• wenn Frau „perfektes Kind“ möchte, PND als „Checkliste“	1
• wenn sich die Frau nicht darüber im klaren ist, dass es eben manchmal auch nicht so gut ausgeht	1
Ja, durch spezielle Bedingungen	4
• bei Frau, die sich mit krankem Kind schwer tun würden	1
• bei Frau mit Kinderwunsch kann es durch das Ansprechen von PND zu einer Pathologisierung der normalen Schwangerschaft kommen, wenn man nicht aufpasst	2
• manche Frauen fühlen sich durch ihr höheres Alter (z. B. 36 J.) stigmatisiert	1
abhängig von der Einstellung, ich erlebe eine große Spannweite, die unabhängig von der (Schul-)Bildung und dem Alter ab	1
Verunsicherung durch den Hinweis auf mögliche Hilfestellungen	1
bei 50%, vor allem durch Bombardierung von allen Seiten mit guten Ratschlägen	1
dadurch, dass ich das schon immer mache, habe ich keine Veränderungen festgestellt	1
Umgang mit Verunsicherung	2
• Ja, aber die Pat. gehen nicht verunsichert aus meiner Praxis raus	1
• versuche Verunsicherung aufzufangen, bleibt Verunsicherung, dann Empfehlung Beratungsstelle	1
Ja, ich finde es nicht gut, dass man es jeder Patientin (PND) empfehlen soll, insbesondere bei jungen Patientinnen	1
Erläuterung falls nein: ^M	
weil ich es selektiv anspreche	1
es wird nur als Angebot formuliert	1
Verunsicherung ist bei jeder Schwangeren schon da	1
aber durch Fokusgruppe erfahren, dass Verunsicherung eintreten kann	1
viele Pat. wollen sich noch nicht damit beschäftigen (Ablehnung)	1
steht mittlerweile in jedem Ratgeber	1

M Mehrfachantworten möglich

Ein Dilemma zwischen Pflichtaufklärung einerseits und möglicher Verunsicherung der schwangeren Frau andererseits sahen sowohl zu Beginn als auch am Ende des Projekts jeweils zwei Drittel der Ärzte/innen. Im Interview zu Projektbeginn gaben die meisten Ärzte bzgl. des Umgangs

mit dem Dilemma an, es direkt anzusprechen oder durch Vermittlung von Hoffnung zu lösen zu versuchen. Im Abschlussinterview gaben 30 Prozent derjenigen Ärzte/innen, die ein Dilemma wahrnahmen, an, dass sie keine Lösung gefunden haben. Als Lösungsversuche wurden am ehesten

eine ausführliche Aufklärung und Beruhigung der Frauen sowie die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung genannt. Dies verdeutlicht, dass im medizinischen Kontext für den konflikthaften Anteil der Auseinandersetzung mit PND wenig grundlegende Verfahrensweisen zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang scheint nachvollziehbar, dass ein/e Arzt/Ärztin die Verweisung an eine psychosoziale Beratungsstelle als Lösungsversuch für das wahrgenommene Dilemma nannte.

Hier zeigt sich ein zentraler Entwicklungsansatz an der Schnittstelle der beiden Professionen hinsichtlich der Verbesserung der Begleitung von Schwangeren und ihren Partnern im Kontext der PND unter dem Anspruch der informierten Entscheidung, die die Aufarbeitung möglicher Ambivalenzen berücksichtigen muss.

Mögliche Parallelen zum Schwangerschaftskonflikt

Ärzte/innen und Beraterinnen wurden im Rahmen des Abschlussinterviews in Bezug auf die Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND nach Parallelen zum Schwangerschaftskonflikt gefragt. Einem Drittel der Ärzte/innen (n=10, 33,3%) sind Parallelen zwischen

der Entscheidungsfindung bzgl. PND und einem Schwangerschaftskonflikt aufgefallen und für zwei Drittel (n=20, 66,7%) bestanden keine Parallelen. Von den Ärzten/innen, die Parallelen wahrnahmen, wurde am häufigsten genannt, dass die Entscheidungsprozesse in beiden Situationen ähnlich sind (n=4, 40,0%) und drei Ärzte/innen (30,0%) gaben an, dass die Entscheidung für oder gegen PND ebenfalls einen Schwangerschaftskonflikt darstellten.

Bei den Beraterinnen stellte die deutliche Mehrheit (n=26, 81,2%) Parallelen zwischen der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND und der Konfliktberatung fest. Nur vier Beraterinnen sahen keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Situationen (12,5%). Die meisten Beraterinnen sahen Parallelen im Hinblick auf Entscheidungsprozesse und Entscheidungshilfen (n=15, 57,7%).

Für fast die Hälfte der Beraterinnen (n=12, 46,2%) ist in beiden Beratungen das Thema Leben und Sterben präsent, da am Ende der PND auch eine Entscheidung für oder gegen das Kind stehen kann. Sechs Beraterinnen (23,1%) sahen Parallelen in den Rahmenbedingungen, z. B. was ein bestimmtes Zeitfenster für die Entscheidung angeht.

TABELLE 34

Parallelen zwischen Entscheidungsfindung bezüglich PND und Schwangerschaftskonflikt – Abschlussinterview Ärzte/innen

Sind Ihnen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND Parallelen zum Schwangerschaftskonflikt aufgefallen? (z. B. Entscheidungshilfe, Spannungsfeld Gesundheit, Krankheit, Behinderung, leben, Sterben, Ambivalenzen)	n=30
--	------

Ja	10
----	----

Nein	20
------	----

Erläuterungen, falls ja:^M

Entscheidung für/gegen PND ist auch ein Schwangerschaftskonflikt	3
• es ist im Grunde auch Schwangerschaftskonflikt	2
• weil das Anschneiden und die Beantwortung von Fragen sowie das Offerieren von Untersuchungsmöglichkeiten (Eingriffsmöglichkeiten und Therapiemöglichkeiten) immer einen möglichen Konflikt nach sich bringt	1

Entscheidungsprozesse sind ähnlich	4
• Entscheidungsprozesse sind ähnlich („Soll ich es machen, soll ich es nicht machen, wie gehe ich mit dem Ergebnis um?“)	3
• in beiden Fällen muss die Frau ihren eigenen Weg finden	1

Fortsetzung Tabelle 34

Sind Ihnen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND Parallelen zum Schwangerschaftskonflikt aufgefallen? (z. B. Entscheidungshilfe, Spannungsfeld Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Leben, Sterben, Ambivalenzen)	n=30
Entscheidung nach PND erforderlich/möglich	2
• PND kann dazu führen, dass Entscheidung für oder gegen Schwangerschaftsabbruch getroffen muss	1
• PND kann dazu führen, dass sich Frau eher für das Kind entscheidet, wenn sie dadurch weiß, dass es gesund ist	1
Erläuterungen falls nein:	
ich finde man kann diese beiden Themen nicht parallel setzen	1
ich denke es sind unterschiedliche Motivationen: Bei der PND hat man sich ja bereits für das Kind entschieden	1
Unklare Aussagen	2
• Ja, dass ich durch mein Reden an einem Abbruch schuld bin	1
• Ja, aber der Weg ist nicht so vorgegeben wie bei einem Abbruch, es ist ergebnisoffen	1
Frage nicht beantwortet	1

M Mehrfachantworten möglich

TABELLE 35

Parallelen zwischen Entscheidungsfindung bezüglich PND und Schwangerschaftskonflikt – Abschlussinterview Beraterinnen	
Sind Ihnen in der Beratung vor Inanspruchnahme im beraterischen Umgehen methodische Parallelen zur Konfliktberatung aufgefallen? (z. B. Entscheidungshilfen, Spannungsfeld Gesundheit/Krankheit/Behinderung/Leben/Sterben, Ambivalenzen etc.)	n=32
Ja	26
Nein	4
Erläuterung, falls ja:^M	
Entscheidungsprozesse	15
• Entscheidungsprozess ist ähnlich/Entscheidungshilfen sind ähnlich/wie Umgang mit Entscheidung (z. B. Blickfeld vergrößern, beide Wege durchspielen, „was wäre, wenn“)	13
• Ja, Entscheidungsprozesse auf der Paarebene; bei gegensätzlichen Vorstellungen > Wie findet man Kompromiss?	1
• Ja, es geht um Lebensplanung/-entwürfe: Was kann ich mir vorstellen für mein Leben?	1

Sind Ihnen in der Beratung vor Inanspruchnahme im beraterischen Umgehen methodische Parallelen zur Konfliktberatung aufgefallen? (z. B. Entscheidungshilfen, Spannungsfeld Gesundheit/Krankheit/Behinderung/Leben/Sterben, Ambivalenzen etc.)	n=32
Thema Leben/Sterben/Schwangerschaftsabbruch	12
• Ja, wenn man das Thema PND weiterverfolgt, landet man beim Thema Schwangerschaftsabbruch	9
• Ja, es geht auch um Leben/Sterben	2
• Ja, aber nur sobald (Verdacht auf) auffälligen Befund: Entscheidungsfindung bezüglich Schwangerschaftsabbruch oder Austragen	1
Thema Gesundheit/Krankheit	4
• Ja, in Klientin herrschen ähnliche Gefühle vor, z. B. Angst, Schuldgefühle, Drucksituationen („soziale Erwünschtheit“)	4
Rahmenbedingungen	6
• Ja, es gibt auch ein Zeitfenster, in dem man sich entscheiden muss/Zeitdruck ist spürbar	2
• Ja, Klientin muss sich in beiden Situation irgendwann entscheiden/es ist auch eine Entscheidungssituation	2
• Ja, beide Situationen sind Krisensituationen	2
Ja, ähnliche ethische Fragestellungen	1
Ja, es wird klar, welche Ressourcen Frau/Paar hat; wie sie mit ungeplanten Situationen umgeht	1
Kann ich nicht beantworten (keine/kaum Erfahrung mit Konfliktberatung)	2
Erläuterung, falls nein:	
Parallelen sind erst nach dem Ergebnis eines auffälligen Befundes da	1

M Mehrfachantworten möglich

Für die Hälfte der Ärzte/innen im Abschlussinterview gibt es Situationen, in denen es Ihnen schwer fällt, PND anzusprechen. Schwierigkeiten wurden bei Verständnisproblemen (in einem Spektrum beginnend bei der Sprachfähigkeit bis hin zur Reflexionsfähigkeit der Patientinnen), bei sehr jungen Frauen oder Frauen mit einem erhöhten Risiko für einen auffälligen Befund beschrieben. Fast zwei Drittel der Ärzte/innen nahmen eine Verunsicherung durch das Ansprechen von PND zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft wahr. Dies schien ihnen meistens am Thema PND selbst zu liegen. Ebenfalls zwei Drittel stellten sowohl zu Projektbeginn als auch am Ende des Projekts ein Dilemma zwischen Pflichtaufklärung einerseits und einer möglichen Verunsicherung der Frau andererseits fest.

Die meisten Ärzte/innen gaben im Abschlussinterview an, dass sie hierfür keine Lösung gefunden haben.

Der überwiegenden Mehrheit der Ärzte/innen scheint die Konflikthaftigkeit des Themas PND bzw. bei der Entscheidungsfindung für oder gegen PND bewusst zu sein und sie nahmen Verunsicherungen auf Seiten der Frauen wahr. Die Mehrheit der Beraterinnen sah Parallelen in der psychosozialen Beratung zur Inanspruchnahme von PND sowie der Konfliktberatung, da Entscheidungsprozesse sowie inhaltliche Aspekte (z.B. Thema Leben/Sterben) in beiden Situationen ähnlich sind bzw. auftauchen. Bei den Ärzten/innen sah ein Drittel Parallelen und auch hier wurden am häufigsten ähnliche Entscheidungsprozesse genannt.

Themenwünsche der Schwangeren vor dem ärztlichen Gespräch und besprochene, hilfreiche Themen der PND und allgemeine Themen in der psychosozialen Beratung

Themen der PND

Ein genaueres inhaltliches Bild lässt sich über die Themennennung der Schwangeren vor dem ärztlichen Gespräch erhalten. Als wichtige/interessante Themen werden in höchster Priorisierung nahezu gleichrangig die beiden Themen „Vorgehen bei einem auffälligen Befund/Ergebnis“ (bis 12. SSW: 41,8 %, n=158 und 14. SSW: 41,4%, n=189) und „Unterstützung in der Entscheidungsfindung“ (bis 12. SSW: 41,5%, n=157 und 14. SSW: n=40,5%, n=185) benannt. Dies korrespondiert mit der ebenfalls hohen Nennung des Themas Gründe/Ziele für bzw. gegen die Inanspruchnahme von PND 12. SSW: 37,6 %, n=142 und 14. SSW: 52,5%, n=168) das sozusagen als ein „Hilfsmittel“ der Entscheidungsfindung zur Abwägung hinsichtlich der Möglichkeit eines „Konfrontiertseins“ mit einem auffälligen Befund und eines möglicherweise daraus resultierenden Schwangerschaftskonflikts verstanden werden kann.

In der Konsequenz könnte im ärztlichen Gespräch seitens des Arztes/der Ärztin auf dieses hohe Konfliktbewusstsein der Schwangeren zum „frühen Zeitpunkt“ zurück gegriffen werden und wäre ein Vermeiden des Ansprechens (aufgrund der Sorge zu verunsichern) zu überdenken.

Gleichzeitig könnte im Rahmen des integrierten Ansatzes aktiv zur weiteren Abwägung des Konflikthafte auch an die psychosoziale Beratung konkret verwiesen werden.

Allgemeine Themen

Unter den allgemeinen Themen stehen für deutlich mehr als die Hälfte der Schwangeren die „allgemeinen Veränderungen durch die Schwangerschaft“ und die „allgemeinen Informationen über Sozialleistungen (Elterngeld, Kindergeld, ALG II usw.)“ im Vordergrund. Sie werden durch Themen wie z.B. der schulischen, beruflichen Situation und des Mutterschutzes von mehr als einem Drittel der Frauen (12. SSW: 35,2%, n=133 und 14. SSW: 34,6%, n=158) ergänzt. Auch der Kinderbetreuung und den finanziellen Hilfen kommt mit fast 30% zu diesem frühen Zeitpunkt eine hohe Bedeutung zu. Dies ist ein Indiz dafür, wie umfassend die Themen schon zu Beginn der Schwangerschaft von

Schwangeren angedacht werden. In diesem Zusammenhang sprechen auch in der allgemeinen Themenstellung über 21% der Frauen von psychischen Belastungen.

Dies bedeutet, dass die Information und Empfehlung (Verweisung) des Arztes/der Ärztin sich ergänzend an eine Schwangerschaftsberatungsstelle zu wenden, meist auf ein schon vorher vorhandenes Informations-/Entlastungsbedürfnis der Schwangeren trifft, auch wenn dieses nicht zwangsläufig mitgeteilt wird. Zusätzlich wird die Empfehlung durch den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung für alle Frauen und Männer untermauert.

Betrachtet man ergänzend die Themen der bearbeiteten Beratungsanliegen der Schwangeren in der psychosozialen Beratung der Schwangerschaftsberatungsstellen, so zeichnet sich ein differenziertes Bild der Unterstützungsleistung im Kontext der pränatalen Diagnostik sowie der allgemeinen Themen ab.

Stellt man den Zusammenhang zu den Zielen des Projektes her, werden diese u.a. durch die „Unterstützung des Entstehens einer „informierten Entscheidung“ und in der „Bewusstseinsbildung über Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Diagnostik und Sensibilisierung für die Auswirkungen“ formuliert.

Anhand der konkreten Rückmeldung der Schwangeren, welche PND-Inhalte im Erstgespräch der psychosozialen Beratung besprochen wurden, fallen insbesondere die Themen „Unsicherheit bezüglich Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen“ (bis zu 12. SSW: 43,3%, n= 29) und „persönliche Gründe für/gegen vorgeburtliche Untersuchungen“ (bis zu 12. SSW: 41,8% n=28) mit Bewertungen über 40% ins Gewicht. Sie werden im gesamten Themenspektrum von ca. einem Drittel der Frauen ergänzt durch die besprochenen Fragen „was können vorgeburtliche Untersuchungen herausfinden und was nicht“ und der korrespondierenden Frage des „Umgangs mit Ergebnissen der vorgeburtlichen Untersuchungen, die ein Risiko in Prozent errechnen“.

Daraus kann beispielhaft eine Vertiefung der Themenbearbeitung im Prozess abgeleitet werden. Die zuletzt genannten „besprochenen Themen“ wurden in einem nächsten Schritt der Rückmeldung der Schwangeren zusätzlich als besonders hilfreiches Thema gekennzeichnet.

TABELLE 36

In der Beratung besprochene PND Themen – Klientinnenrückmeldung

PND Themen: in der Beratung besprochen (häufigste Nennungen und Fokus)	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Unsicherheit bezüglich Inanspruchnahme von PND	29	43,3	56	21,1	41	39,8	44	19,2
Persönliche Gründe für/gegen vorgeburtliche Untersuchungen	28	41,8	57	21,2	41	39,8	44	19,2
Info über die Möglichkeit einer Fehl- geburt durch bestimmte Methoden der vorgeburtlichen Untersuchung	24	35,8	45	17,0	38	36,9	31	13,5
Umgang mit Ergebnissen der vor- geburtlichen Untersuchungen, die ein Risiko in % berechnen	24	35,8	44	16,6	35	34,0	33	14,4
Was können vorgeburtliche Unter- suchungen herausfinden und was nicht	23	34,3	55	20,8	41	39,8	37	16,2
Eigene Sinnfragen aus ethischen oder religiösen Überzeugungen, Haltungen	17	25,4	25	9,4	23	22,4	19	8,3

¹ Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

TABELLE 37

Besonders hilfreiche PND Themen in der Beratung – Klientinnenrückmeldung

PND Themen: besonders hilfreich (häufigste Nennungen und Fokus)	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Unsicherheit bezüglich Inanspruchnahme von PND	13	19,4	24	9,1	20	19,4	17	7,4
Info über die Möglichkeit einer Fehl- geburt durch bestimmte Methoden der vorgeburtlichen Untersuchung	12	17,9	14	5,3	17	16,5	9	3,9

Fortsetzung Tabelle 37

PND Themen: besonders hilfreich (häufigste Nennungen und Fokus)	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Umgang mit Ergebnissen der vorgeburtlichen Untersuchungen, die ein Risiko in % berechnen	16	23,9	19	7,2	22	21,4	13	5,7
Was können vorgeburtliche Untersuchungen herausfinden und was nicht	15	22,4	24	9,1	21	20,4	18	7,9
Unterstützung durch die Beratungsstelle bei einem auffälligem Befund/ Ergebnis	12	17,9	9	3,4	14	13,6	7	3,1
Eigene Sinnfragen aus ethischen oder religiösen Überzeugungen/ Haltungen	9	13,4	8	3,0	12	11,7	5	2,2

¹ Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

Damit scheint die oben genannte Zielsetzung, durch psychosoziale Beratung das Entstehen einer „informierten Entscheidung“ vor Inanspruchnahme von PND zu unterstützen sowie die „Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung“ aus Sicht der Schwangeren erreicht.

Die Bewertung der psychosozialen Beratung durch die Schwangeren hinsichtlich der Themen der pränatalen Diagnostik fällt in allen Aspekten positiv und in den Themen Untersuchungen, Sicherheit in meiner Haltung zu PND, Entscheidungsfindung, Besprechen möglicher Konfliktsituation, Raum zum Nachdenken über Beziehung zu meinem Kind mit rund 70 – 80% sehr positiv und zustimmend aus und bestätigt ebenfalls den Ansatz.

Eine spezifische Gewichtung erhalten die erinnerten Inhalte zu eigenen Sinnfragen aus ethischen oder religiösen

Überzeugungen und Haltungen, die von einem Viertel der Frauen benannt werden. Diese werden unter der Vielfalt der besprochenen Themen bis zur 12. SSW von 13,4% der Frauen (n=9) ebenso als besonders hilfreiches Thema bewertet (siehe Tabelle 37).

Die Rückmeldungen zu den bearbeiteten allgemeinen Themen konzentrieren sich auf das schon bekannte Themenspektrum. Besonders bedeutsam ist unter dem Aspekt der Entlastung die hohe Nennung des Besprechens der aktuellen psychischen Situation mit 43,3% (n=29) bis zur 12. SSW, die in der Gewichtung als besonders hilfreiches Thema von 29,9% der Frauen bezeichnet wurde (n=20). Darin könnte ein Hinweis auf die Belastungsqualität, die aus der Vielzahl der Fragestellungen im Sinne von Problembündelungen resultiert, liegen.

TABELLE 38

In der Beratung besprochene allgemeine Themen – Klientinnenrückmeldung

Allgemeine Themen: in der Beratung besprochen (häufigste Nennungen und Fokus)	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Informationen über Sozialleistungen (Elterngeld, Kindergeld, ALG II usw.)	44	65,7	208	78,5	71	68,9	181	79
allg. Fragen und Veränderungen durch meine Schwangerschaft	43	64,2	177	66,8	66	64,1	154	67,2
Finanzielle Hilfen durch Stiftungen/ Fonds	37	55,2	165	62,3	57	55,3	145	63,3
Unterstützung/Durchsetzung von Rechtsansprüchen	33	49,3	157	59,2	53	51,5	137	59,8
Aktuelle psychische Situation (z. B. durch Schwangerschaft aus- gelöst, Zukunftsängste, Konflikte, aktuelle Krisen, Sorgen, offene Fragen, Belastungen)	29	43,3	102	38,5	40	38,8	91	39,7
Psychische, seelische Belastungen allgemein, die schon länger besteht (z. B. durch psych. Probleme oder andauernde Belastungen)	25	37,3	92	34,7	35	34,0	82	35,8

1 Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

TABELLE 39

Besonders hilfreiche allgemeine Themen in der Beratung – Klientinnenrückmeldung

Allgemeine Themen: besonders hilfreich (häufigste Nennungen und Fokus)	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Informationen über Sozialleistungen (Elterngeld, Kindergeld, ALG II usw.)	38	56,7	190	71,7	65	63,1	163	71,2
allg. Fragen und Veränderungen durch meine Schwangerschaft	21	31,3	87	32,8	33	32,0	75	32,9

Allgemeine Themen: besonders hilfreich (häufigste Nennungen und Fokus)	Frühe Beratung (bis 12. SSW)		Späte Beratung (nach 12. SSW)		Frühe Beratung (bis 14. SSW)		Späte Beratung (nach 14. SSW)	
	n=67 ¹	%	n=265 ¹	%	n=103 ¹	%	n=229 ¹	%
Finanzielle Hilfen durch Stiftungen/ Fonds	22	32,8	125	47,2	39	37,9	108	47,2
Unterstützung/Durchsetzung von Rechtsansprüchen	27	40,3	119	44,9	44	42,7	102	44,5
Aktuelle psychische Situation (z. B. durch Schwangerschaft aus- gelöst, Zukunftsängste, Konflikte, aktuelle Krisen, Sorgen, offene Fragen, Belastungen)	20	29,9	63	23,8	27	26,2	56	24,6
Psychische, seelische Belastungen allgemein, die schon länger besteht (z. B. durch psych. Probleme oder andauernde Belastungen)	13	19,4	53	20,0	22	21,4	44	19,2

¹ Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

Meinungen/Haltungen zur PND aus Sicht der Schwangeren

Unter dem Fokus des „frühen“ Zeitpunkts können zu der beschriebenen Ambivalenz insbesondere zwei Aussagen zum Meinungsbild der Schwangeren bis zur einschließlich 12. SSW herangezogen werden. So stimmten fast 80% der Klientinnen (12. SSW: n=182 und 14. SSW: n=222) für die Aussage: „Es ist nicht immer leicht, sich gegen eine PND-Untersuchung zu entscheiden, wenn man unsicher ist, ob eine Untersuchung für einen persönlich richtig oder falsch ist“.

Diese Aussage kann ergänzt werden durch die Rückmeldung in der Nachbefragung sechs Wochen vor Geburt des Kindes. Darin schlossen sich ein Großteil der Frauen (60,2%, n=118) der Meinung an, dass „Wer sich früh mit Fragen der vorgeburtlichen Untersuchung oder Behin-

derung auseinandersetzt, (...) leichter mit einem auffälligen Ergebnis der Untersuchung umgehen kann“, obwohl mit vorgeburtlichen Untersuchungen meist der Wunsch nach Bestätigung der Gesundheit des Kindes verknüpft wird.

Empfehlung zur Inanspruchnahme psychosozialer Beratung aus Sicht der Frauen

Anhand der dargestellten Ergebnisse scheint es naheliegend, dass Frauen, die eine psychosoziale Beratung bis einschließlich der 12. SSW für sich genutzt haben, mit mehr als 80% (83,6%, n=56) die Beratung vor Inanspruchnahme von PND empfehlen. Damit liegt diese Empfehlung noch vor der Beratung nach einem auffälligen Befund mit 76,1% (n=51) und ist ein eindeutiges Votum für den „frühen“ Zeitpunkt.

TABELLE 40

Rat an andere Frauen zur Beratung bezüglich PND – Klientinnenrückmeldung nach Erstkontakt

Rat an andere Frauen zur Beratung bezüglich PND – Frühe Beratung	Ja		Nein		Keine Angabe	
	Bis 12. SSW n=67 ¹ (%)	Bis 14. SSW n=103 ¹ (%)	Bis 12. SSW n=67 ¹ (%)	Bis 14. SSW n=103 ¹ (%)	Bis 12. SSW n=67 ¹ (%)	Bis 14. SSW n=103 ¹ (%)
Beratung vor PND	56 (83,6)	79 (76,7)	1 (1,5)	3 (2,9)	10 (14,9)	12 (11,7)
Beratung während der Wartezeit auf Ergebnisse	39 (58,2)	56 (54,4)	8 (11,9)	11 (10,7)	20 (29,9)	36 (35,0)
Beratung nach einem auffälligen Befund	51 (76,1)	75 (72,8)	2 (3,0)	3 (2,9)	14 (20,9)	25 (24,3)

1 Teilstichprobe: Frauen, zu denen eine Angabe der SSW aus der Beratungsdokumentation vorlag und die eine Klientinnenrückmeldung ausgefüllt haben

Die Frauen, die frühzeitig eine Beratungsstelle aufsuchten, nutzten die Beratung öfter zur Erörterung des Themas PND und erlebten dies – ebenso wie das Besprechen anderer

Themen – als sehr hilfreich und würden auch anderen Frauen eine psychosoziale Beratung speziell vor PND empfehlen.

► ERFAHRUNGEN MIT DER UMSETZUNG DES AKTIVEN, FRÜHEN UND INTEGRIERTEN BERATUNGSANSATZES

Wie berichtet wurde im Zusammenhang der Evaluation ein spezifischer Beratungsansatz mit den Kernaspekten aktiv, früh und integriert entwickelt. Die folgenden Ergebnisse spiegeln die Entwicklung in der Umsetzung des Beratungsansatzes wieder.

Häufigkeit des Themas PND in der psychosozialen Beratung im Kontext der allgemeinen Beratung

Insgesamt zeigt die Auswertung der Interviews, dass sich die Häufigkeit des Themas PND in der psychosozialen

Beratung und der Umgang damit im Laufe des Projekts deutlich verändert haben. PND wurde von den Beraterinnen im Vergleich zum Projektbeginn deutlich häufiger aktiv angesprochen, ohne dass spezielle Voraussetzungen erfüllt sein mussten.

Angesichts des veränderten Ansatzes des aktiven und somit häufigeren Ansprechens wurden im Abschlussinterview ebenso differenziertere mögliche Hinderungsgründe für das Ansprechen benannt.

TABELLE 41

Veränderungen der Themenstellungen – Abschlussinterview Beraterinnen

Haben sich im Laufe des Projekts Themenstellungen in der Schwangerschaftsberatung verändert?	n=32
Ja	31
Nein	1
Erläuterung, falls ja: ^M	
PND ist jetzt fester Bestandteil in Beratung/PND ist jetzt Thema <ul style="list-style-type: none"> • „Früher war PND kein Thema für mich in der Beratung, es sei denn die Klientin hat es selbst angesprochen“ • „PND ist ein ganz normaler Bestandteil der Beratung geworden“ 	30
Veränderungen unabhängig von PND <ul style="list-style-type: none"> • in geringem Maß spielt auch das Thema Spiritualität ein Rolle • Ja, ich gucke vor allem auf die inneren Ressourcen der Klientin; wie hat sie sich zu früheren Zeitpunkten geholfen • Paarsituation ist wichtig/Herausforderung für das Paar muss man betrachten 	3 1 1 1

Alle Beraterinnen berichteten über den Zeitraum des Projekts von einem veränderten Umgang mit PND (n=32, 100%). Sie fühlten sich bezüglich der aktiven Ansprache zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft sicherer (n=25, 78,1%) und das Ansprechen des Themas ist selbstverständlicher für sie geworden (n=23, 71,9%). Auch im Hinblick auf Veränderungen der Themenstellung in der allgemeinen Beratung im Laufe des Projekts gaben fast alle Beraterinnen an, dass PND zu einem festen Bestandteil in der Beratung geworden ist. Darüber hinaus führten alle Beraterinnen an, dass sich das Thema PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung integrieren lässt.

Die Implementierung des Themas PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung scheint daher geglückt zu sein.

Erfahrungen/Veränderungen seitens der Ärzte/innen und Beraterinnen und Auswirkungen der Kooperation sowie veränderte Haltungen der Professionen

Im Rahmen der Interviewauswertungen wurden die Einstellungs- und Erfahrungsänderungen seitens der beteiligten Ärzte/innen und Beraterinnen über den Projektzeitraum

erfasst. Im Laufe des Projekts hat sich eine regelmäßige Zusammenarbeit etabliert, die im Rahmen der Fokusgruppen, in Form eines „Runden Tisches“ oder über den Austausch, bezogen auf einzelne Patientinnen/Klientinnen, stattfand. Im Laufe des Projekts, vor allem im Hinblick auf den frühen Zeitpunkt, empfahlen die meisten Ärzte/innen immer oder sehr häufig eine psychosoziale Beratung (n=13, 43,3%). In diesem Zusammenhang erwarteten die meisten Ärzte/innen von der psychosozialen Beratung vor allem Informationsvermittlung über PND (n=14, 46,7%) und Hilfe bei der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND (n=11, 36,7%). Über drei Viertel der Ärzte/innen (n=23, 76,7%) gaben an, dass sich ihre Einstellung zur Empfehlung einer psychosozialen Beratung im Laufe des Projektes verändert hat. Diese drückte sich vor allem darin aus, dass die meisten Ärzte/innen die Beratung stärker im Bewusstsein hatten (n=10, 43,5%) oder die Empfehlung der Beratung sich verändert hat (n=8, 34,8%) hin zu einer großzügigeren Empfehlung. Es zeigte sich auch, dass die Ärzte/innen besser über die Inhalte der Beratung Bescheid wussten und diese Informationen auch konkret an die Patientinnen weitergaben. Mögliche Beratungsinhalte wurden am häufigsten konkretisiert: So weist jeweils etwa die Hälfte der Ärzte/innen darauf hin, dass die Patientinnen Informationen zu allen Themen in

der Schwangerschaft bekommen können (n=15, 50,0%) und dass es eine spezielle Beratung zu Fragen rund um PND gibt (z.B. Hilfe bei der Entscheidungsfindung, n=14, 46,7%). Informationen über Rahmenbedingungen wurden von 60 Prozent der Ärzte/innen vermittelt (n=18), wobei vor allem hervorgehoben wurde, dass die Beraterinnen sich ausreichend Zeit nehmen (n=7, 23,3%). Im Abschlussinterview gab die Mehrheit der befragten

Ärzte/innen an, dass sie selbst davon profitiert haben, wenn eine Patientin eine psychosoziale Beratung wahrgenommen hat (n=26, 86,7%). Fast die Hälfte machte diesen Profit anhand der eigenen Entlastung fest (n=12, 46,2%). Neben der eigenen Entlastung gaben so gut wie alle Ärzte/innen an, dass Patientinnen von einer psychosozialen Beratung profitieren konnte (n=29, 96,7%).

TABELLE 42

Projektende: Konnten Sie selbst profitieren, wenn eine Patientin eine psychosoziale Beratung wahrgenommen hat – **Abschlussinterview Ärzte/innen**

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie selbst davon profitiert haben bzw. entlastet waren, wenn eine Patientin psychosoziale Beratung wahrgenommen hat?	n=30
Ja	26
Nein	4

TABELLE 43

Projektende: Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass eine Patientin von psychosozialer Beratung profitiert hat – **Abschlussinterview Ärzte/innen**

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass eine Ihrer Patientinnen von psychosozialer Beratung profitiert hat?	n=30
Ja	29
Nein	1

Auch auf Seiten der psychosozialen Beraterinnen zeigten sich Veränderungen im Laufe des Projekts und wurden im Vergleich des Ist-Stands und Abschlussinterviews deutlich. Zu Beginn des Projekts gab nur ein Fünftel der Beraterinnen (n=7, 21,2%) an, dass sie das Thema PND häufig/relativ häufig ansprechen. Im Abschlussinterview gab die Mehrheit der Beraterinnen (n=25, 78,1%) an, dass sie in über 50 Prozent der Beratungen PND ansprechen. Ein gutes Viertel der Beraterinnen (n=9, 28,1%) spricht das Thema immer an. Zu Beginn des Projekts gab nur eine Beraterin an, es nahezu immer anzusprechen. Das Thema PND ist also im

Verlauf des Modellprojektes in den Beratungsgesprächen deutlich häufiger präsent. Dies scheint mit der Sensibilisierung der Beraterinnen für das aktive Ansprechen des Themas PND und dessen Bedeutung im Kontext der allgemeinen Schwangerenberatung zusammenzuhängen. Zwei Drittel der Beraterinnen (n=21, 65,6%) gaben an, dass sie PND in der Beratung immer/eigentlich immer ansprechen, als häufigsten Hinderungsgrund im Hinblick auf die aktive Ansprache von PND wurde die Situation genannt, wenn ein anderes Thema im Vordergrund steht (z. B. existentielle Probleme) (n=28, 87,5%).

Etablierung einer regelmäßigen Zusammenarbeit

Eine deutliche Veränderung hinsichtlich der Zusammenarbeit bzw. des Informationsaustausches zwischen Beraterinnen und Ärzten/innen wird aus Beraterinnensicht in den beiden Interviews deutlich. Zu Beginn des Projekts sah die Mehrheit der Beraterinnen keine Zusammenarbeit mit Arzt-

praxen (n=20, 60,6%). Immerhin über ein Drittel der Beraterinnen (n=13, 39,4%) beschrieb Verweisungen durch bzw. Zusammenarbeit mit einzelnen Ärzten/innen oder Kooperationen mit Klinikärzten/innen. Beim Abschlussinterview gaben ausnahmslos alle 32 psychosozialen Beraterinnen an, dass es einen Informationsaustausch zwischen ihnen und den Kooperationspraxen bzw. über ihre Standortvertreterin gibt.

TABELLE 44

Projektbeginn: Zusammenarbeit – Interview Beraterinnen

Gibt es eine regelmäßige Zusammenarbeit mit ärztlichen Praxen?	n=33
Bisher keine	20
Gelegentliche Verweisung/Kooperation	13
Erläuterungen falls gelegentliche Verweisung/Kooperation: ^M	
Gelegentliche Verweisung durch Arzt/Ärztin auf psychosoziale Beratungsstelle	7
Kooperation mit Klinikarzt/-ärztin, mit Praxen keine	5
Gelegentliche Zusammenarbeit mit bestimmten Ärzten/innen vorhanden; Telefonate über allgemeines rund um SW oder konkret bezogen auf gemeinsame Klientin/Patientin	3
Besuch der ärztlichen Praxen durch Beraterinnen, gemeinsamer Besuch von sogenannten Kooperationstagen	1
Mehr Zusammenarbeit mit anderen Beraterinnen der Beratungsstelle; gute Erfahrung mit 2 Ärzten in der Außenstelle (regelmäßige Verweise)	1

M Mehrfachantworten möglich

TABELLE 45

Projektende: Informationsaustausch – Abschlussinterview Beraterinnen

Gibt es einen Informationsaustausch zwischen Ihnen und Ihren Kooperationsärzten/innen?	n=32
Ja	25
Nein	7
Nein, aber zwischen der Standortvertreterin und den Ärzten/innen	7

Veränderte Haltung der Beraterinnen gegenüber Gynäkologen/innen

Die Mehrheit der Beraterinnen sprach von einer veränderten Haltung gegenüber Gynäkologen/innen durch ihre Erfahrungen im Projekt (n= 19, 59,4%), der andere Teil verneinte die Frage (n=13, 40,6%). Der Großteil derjenigen, die ihre Haltung verändert hatten, führte dabei die besseren Kenntnisse über die Arbeitsbedingungen (n=15, 87,9%) und ein positives, wertschätzendes Bild von Ärzten/innen an (n=11, 57,9%).

Ebenso erlangte knapp ein Drittel der Beraterinnen mehr Verständnis für die Ärzte/innen (n=6, 31,6%) und ein Fünftel hatte keine Berührungängste mehr (n=4, 21,1%). Die Beraterinnen, die ihre unveränderte Haltung erläuterten, führten hauptsächlich an, dass sie unterschiedliche Erfahrungen mit Ärzten/innen gemacht haben (38,5%).

Veränderte Haltung der Ärzte/innen gegenüber den Beraterinnen

Siebzig Prozent der Ärzte/innen berichteten, durch ihre Erfahrungen im Projekt eine veränderte Haltung zu den Beraterinnen zu haben (n=21). Als hauptsächlich ausschlaggebend hierfür wurde das Kennenlernen bzw. die positiven Erfahrungen mit den Beraterinnen benannt (n=18, 85,7%). Bei über einem Viertel der Ärzte/innen, die von einer veränderten Haltung berichteten, hatte das Kennenlernen der Arbeit bzw. Kompetenzen der Beraterinnen einen positiven Effekt im Sinne einer größeren Wertschätzung ihnen gegenüber (n=6, 28,6%). Ein Drittel der neun Ärzte/innen, die keine Veränderung in ihrer Haltung erlebten, begründete dies mit der bereits vorher bestehenden positiven Haltung (n=3).

Veränderte Haltung der kooperierenden Ärzte/innen zu psychosozialer Beratung

Die Auswirkungen der größtenteils positiv veränderten Haltung gegenüber der anderen Berufsgruppe werden auch in der Haltung der Ärzte/innen gegenüber psychosozialer Beratung bzw. Beratungsstellen allgemein sichtbar: Sowohl in der Fremdeinschätzung durch die Beraterinnen als auch in der eigenen Wahrnehmung wurde überwiegend eine veränderte Haltung festgestellt (Beraterinnen: n=31, 96,9%, Ärzte/innen: n=22, 73,3%). Neben dem besseren Wissen über den Arbeitsalltag bzw. die -inhalte (Beraterinnen: n=25, 80,6%, Ärzte/innen: n=8, 36,4%) hat sich

ganz allgemein das Bild verbessert, auch im Sinne von größerer Wertschätzung (Beraterinnen: n=25, 80,6%, Ärzte/innen: n=7, 31,8%).

Aufrechterhaltung der Empfehlung von Beratung und der Kooperation nach Projektende

Ausnahmslos alle Beraterinnen wollten weiterhin, dass Ärzte/innen die psychosoziale Beratung vor der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik bzw. generell einer Frau empfehlen. Mehr als zwei Drittel der Beraterinnen (n=22, 68,8%) begründeten dies damit, dass die Frauen von der psychosozialen Beratung allgemein (n=9, 28,1%) und im Besonderen bezüglich des Themas Entscheidungsfindung im Hinblick auf PND profitieren können (n=13, 40,6%).

Eine weitere sehr häufige Begründung war die Tatsache, dass die persönliche Empfehlung des Arztes/der Ärztin den Frauen sehr wichtig ist und diese die Frauen früh erreicht, da die Ärzte/innen bereits früh in der Schwangerschaft eine wichtige Rolle spielen (n=14, 43,8%). Einige Beraterinnen sehen außerdem darin die Chance, dass die Frauen so von den Beratungsstellen erfahren und Informationen bekommen (n=6, 18,8%) und somit die Wahlmöglichkeit haben (n=3, 9,4%). Auch die Ärzte/innen waren einhellig der Meinung, dass sie nach Beendigung des Projektes weiterhin psychosoziale Beratung empfehlen wollen (n=29, 96,7%). Der/die Einzige, der/die dies verneinte, begründete dies mit dem bevorstehenden Ruhestand.

Die Frage, ob sie es sinnvoll finden, eine Kooperation mit Gynäkologen/innen zu haben, bejahten wiederum alle Beraterinnen. Teilweise wurden Einschränkungen gemacht (n=3, 9,4%), z.B. dass die Ärzte/innen bei ihrer Empfehlung sich nicht auf eine Beratungsstelle beschränken müssen oder nur in Fällen, wo es notwendig ist, tatsächlich ein intensiverer Austausch stattfindet. Auch die Ärzte/innen befürworteten alle die Aufrechterhaltung der Kooperation mit einer Beratungsstelle. Nur zwei Ärzte/innen schränkten dies ein, z. B. dahingehend, dass es nicht mit zu vielen Formalitäten einhergehen sollte.

Erhöhung der Inanspruchnahme

Über neunzig Prozent der Beraterinnen vertraten die Ansicht, dass die Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft, d.h. vor der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen

Maßnahmen durch die Ärzte/innen und deren Art der Verweisung bzw. Vermittlung von Informationen erhöht werden kann (n=29, 90,6%). Weiterhin wurde häufig eine größere Verbreitung über mehr Öffentlichkeitsarbeit und Informationsmaterial vorgeschlagen (n=18, 56,3%). Eine Verbesserung der Zusammenarbeit bzw. des Kontaktes zwischen Ärzten/innen und Beraterinnen wurde ebenso als förderlich für die Inanspruchnahme von Beratung vor PND genannt (n=6, 18,8%). Dies entspricht dem Projektziel, die Kooperation zwischen gynäkologischen Praxen und Beratungsstellen zu optimieren.

Unabhängig von der Frage der Kooperation erhöht die frühe Terminvergabe durch Schwangerschaftsberatungsstellen im Kontext der allgemeinen Beratung die Erreichbarkeit mit dem Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND deutlich (siehe Teil 2, Zeitpunkt/Zugangswege, Seite 56ff.).

Auswirkungen der gezielten Kooperation während der Projektzeit

Die gezielte Kooperation während der Projektzeit hatte aus der Sicht der Beraterinnen überwiegend positive Auswirkungen. Nur eine Beraterin gab an, dass dadurch noch nicht so viel ermöglicht worden sei. Die Kooperation hat nach Auffassung der Beraterinnen hauptsächlich ermöglicht, sich gegenseitig näher kennenzulernen und Einblicke in den Arbeitsalltag der anderen Berufsgruppe zu bekommen (n=32).

Über siebzig Prozent der Beraterinnen gaben an, dass im Rahmen des Projekts eine bessere Zusammenarbeit erreicht werden konnte bzw. schnellerer Kontakt ermöglicht wurde (n=23, 71,9%). Mehr als ein Viertel der Beraterinnen fand darüber hinaus, dass im Laufe des Projekts einander mehr Verständnis und Wertschätzung entgegen gebracht wurde (n=9, 28,1%).

Die Auswirkungen der gezielten Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle während der Projektzeit sahen die Ärzte/Ärztinnen überwiegend positiv. Dabei wurde am häufigsten, nämlich von jeweils etwa einem Drittel, die entstandene bessere Zusammenarbeit (n=11, 36,7%) bzw. das Kennenlernen/der persönliche Kontakt (n=10, 33,3%) benannt. Außerdem wurden oft ein umfangreicheres Wissen über das Angebot der Beratungsstellen (n=7, 23,3%) und teilweise auch Auswirkungen auf die eigene Arbeitsweise im Sinne einer veränderten Verweisung bzw. Empfehlung (n=4, 13,3%) wahrgenommen.

Eine veränderte Sichtweise auf die Beratung (n=3, 10%) sowie positive Effekte für den Arzt/die Ärztin (Entlastung) bzw. die Patientinnen (Gesamtversorgung) (jeweils n=2, 6,7%) wurden von Einigen ebenfalls als Folge der gezielten Kooperation betrachtet. Dreizehn Prozent der Ärzte/innen (n=4) konnten keine Auswirkungen feststellen, wobei die Meisten einschätzten, dass es vorher bereits positiv war (n=3). Nur ein/e Arzt/Ärztin kritisierte als negative Auswirkung den großen Zeitaufwand für alle Beteiligten. (Anmerkung: u.a. aufgrund der hohen Anforderung im Rahmen der Evaluation).

Umsetzung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes im Kontext der PND in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung

Insgesamt zeigt die Auswertung der Interviews, dass sich die Häufigkeit des Themas PND in der psychosozialen Beratung und der Umgang damit im Laufe des Projekts deutlich verändert haben. PND wurde von den Beraterinnen, im Vergleich zum Projektbeginn, deutlich häufiger aktiv angesprochen, ohne dass spezielle Voraussetzungen erfüllt sein mussten. Zu Beginn des Projekts gab nur ein Fünftel der Beraterinnen (n=7, 21,2%) an, dass sie das Thema PND häufig/relativ häufig ansprechen. Im Abschlussinterview gab bereits die Mehrheit der Beraterinnen (n=25, 78,1%) an, dass sie in über 50 Prozent der Beratungen PND ansprechen und ein gutes Viertel der Beraterinnen (n=9, 28,1%) spricht das Thema immer an. Angesichts des veränderten Ansatzes des aktiven und somit häufigeren Ansprechens wurden im Abschlussinterview ebenso differenziertere mögliche Hinderungsgründe für das Ansprechen benannt (z. B. anderes Thema im Vordergrund (n=28, 87,5%) oder Sprachbarrieren (n=15, 46,9%)).

Alle Beraterinnen berichteten über den Zeitraum des Projekts von einem veränderten Umgang mit PND (n=32). Sie fühlten sich bezüglich der aktiven Ansprache zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft sicherer und das Ansprechen des Themas ist selbstverständlicher für sie geworden. Auch im Hinblick auf Veränderungen der Themenstellung in der allgemeinen Beratung im Laufe des Projekts gaben fast alle Beraterinnen an, dass PND zu einem festen Bestandteil in der Beratung geworden ist. Darüber hinaus führten alle Beraterinnen an, dass sich das Thema PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung integrieren lässt.

TABELLE 46

Veränderungen im Umgang mit PND – Abschlussinterview Beraterinnen

Hat sich im Laufe des Projekts Ihr Umgang mit dem Thema Pränataldiagnostik verändert?	n=32
Ja	32
Erläuterungen, falls ja: ^M	
Das Thema PND ist selbstverständlicher “PND sollte genauso Thema in der Beratung werden, wie andere Themen auch“	23
Befürchtungen/Widerstände abgebaut „Die Hemmschwelle ist nicht mehr da“	8
Mehr Sicherheit/Wissen in/über Thematik PND “Ich fühle mich freier es anzusprechen“	25
Eigene Auseinandersetzung „Ich bin für das Thema allgemein sensibler geworden/hellhöriger“	5
spreche PND noch früher an	1
lege den Fokus noch mehr auf die Frau und was für sie gut ist	1
Wunsch bezüglich der Haltung der Ärzte/Ärztinnen zu PND	1

PND ist heute für alle Frauen und Männer ein „gesetztes“ Thema in der Schwangerschaft. Trotz unterschiedlicher Haltungen und der Fragestellung innewohnender Ambivalenzen und Unsicherheiten besteht eine hohe Erwartung und Akzeptanz.

Vor Entscheidung für oder gegen eine PND bzw. der Überprüfung der eigenen Erwartungen an PND, werden, ergänzend zur ärztlichen Information, Frauen und Männer primär im Rahmen der allgemeinen Schwangerschaftsberatung und nicht durch ein spezialisiertes Beratungsangebot zu diesem frühen Zeitpunkt erreicht. Gleichzeitig besteht zu diesem frühen Zeitpunkt eine höhere Affinität zur Auseinandersetzung mit dem Themenbereich der PND. Dies ist umso bedeutender, da Frauen nach eigenen Aussagen dazu neigen, Untersuchungen durchführen zu lassen, auch wenn sie sich nicht sicher sind, ob diese für „sie persönlich richtig oder falsch“ sind. Wird PND für Frauen immer wieder als Unterstützung gesehen um mehr Sicherheit in der Schwangerschaft zu erlangen, so scheint es bedeutsam darauf hinzuweisen, dass mehr als 35 % der Frauen sich zu Beginn der Schwangerschaft als belastet und in einer krisenhaften Situation erleben. An die Stelle der Sorge, Schwangere durch das Thematisieren der PND zu einem frühen Zeitpunkt zu verunsichern, tritt nach den Erfahrungen im Modellprojekt die Erkenntnis, Frauen in der aus unterschiedlichsten Quellen stammenden Verunsicherung begleiten zu können: Zitat „Thema ist subkutan immer da“ (Anlage 4: Nr. 1 Abschlussbericht, Rückmeldungen aus den Beratungsstellen) „Wir müssen da gemeinsam durch,“ (Zitat eines Arztes im Rahmen eines Standorttreffens). Es liegt die Chance in der aktiven Bearbeitung, gemeinsam darauf achten zu können, dass PND nicht stellvertretend für diffuse Verunsicherungen als generelles „Heilmittel“ eingesetzt wird.

Den Ärzten und Ärztinnen kommt in der Verweisung eine wichtige Rolle zu. Entlastend ist in der Verweisung, dass viele Themen für die Ratsuchenden schon präsent sind, ein Rechtsanspruch auf Beratung besteht und eine genaue Definition von PND als Verweisungsgrund hinfällig ist. Empfehlen Gynäkologinnen und Gynäkologen aktiv die Nutzung der psychosozialen Beratung im Sinne der allgemeinen Beratung, die die PND mit einschließt, so fällt Frauen der Zugang leichter. Schon nach dem ersten psychosozialen Beratungsgespräch (darauf beziehen sich die Klientenrückmeldungen und Beratungsdokumentationen) sind für fast 80% der Schwangeren deutliche Verbesserungen im Empfinden im Sinne einer Entlastung zu verzeichnen. Gleichzeitig stabilisiert die Aussicht, Beratung jederzeit wieder, als auch begleitend in Anspruch nehmen zu können.

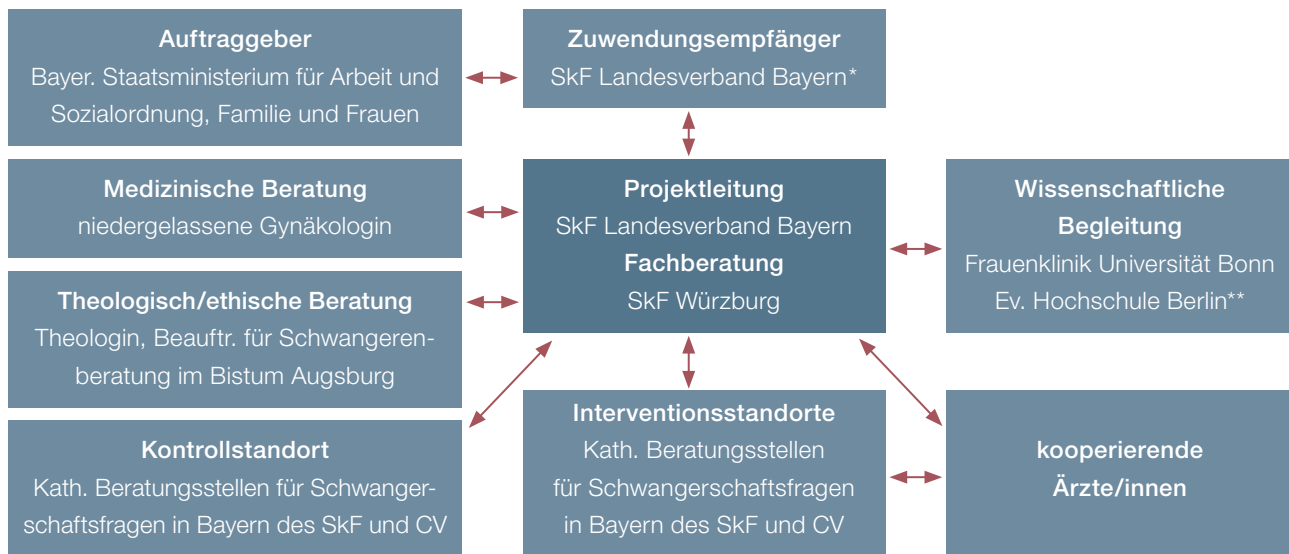
Setzen Beratungsstellen in ihrer Logistik die „frühe“ Terminvergabe unter dem Gesichtspunkt des Beratungsangebotes vor Inanspruchnahme von PND um, so kann die Erreichbarkeit auch unabhängig von der Schnittstelle der Verweisung durch Gynäkologinnen und Gynäkologen, steigen. Schwangere empfehlen mehrheitlich die psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme von PND. Allerdings müssen sie das umfangreiche Beratungsangebot kennenlernen bzw. in einer aktiven Klärung des Beratungsanliegens durch die Beraterin thematisieren können.

Aus den Rückmeldungen aller am Modellprojekt beteiligten Beraterinnen ist der entwickelte Beratungsansatz umsetzbar. Die Implementierung des Themas PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung scheint durch den aktiven und frühen Beratungsansatz daher geglückt zu sein. Beide Professionen wünschen sich eine Verankerung des Ansatzes und eine Verstärkung der Kooperation.

ANLAGEN

▶ ANLAGE 1

STRUKTUR DES MODELLPROJEKTES



* zum Zeitpunkt des Projektbeginns noch „SkF Landesstelle Bayern e. V.“

** zum Zeitpunkt des Projektbeginns noch „Ev. Fachhochschule Berlin“

Legende

Auftraggeber

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Bezeichnung – 2013, jetzt: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration)

Zuwendungsempfänger

Beauftragt mit der Durchführung des Projektes: SkF Landesverband Bayern e.V. als Fachverband innerhalb der Freien Wohlfahrtspflege

Projektleitung

Gesamtverantwortung für die Durchführung des Projektes, der regelmäßigen Standorttreffen, der Fokusgruppen, Berichterstattung für den Auftraggeber, Referentin für Schwangeren- und Familienhilfe des SkF Landesverbandes e.V.

Fachberatung

Fachliche Mitverantwortung für die gesamten Prozesse als Bindeglied zwischen der Arbeit der Projektleitung, den Beratungsstellen und den Wissenschaftlerinnen, Steuerung der fachlichen Entwicklung, Leiterin/Fachreferentin der KSB und des DiCV im SkF Würzburg e.V.

Wissenschaftliche Begleitung

Evaluation des Projekts durch die Frauenklinik der Universität Bonn und der Evangelischen Hochschule Berlin**

Medizinische Beratung

Fachliche Begleitung in medizinischen Fragen durch niedergelassene Ärztin als erweiterte Fachberatung

Theologisch/ethische Beratung

Begleitung in ethischen Fragen durch eine Theologin, Leiterin der Stabsstelle „Ehe, Familie und Lebensschutz“ und verantwortliche Beauftragte des Bistums Augsburg für den Fachbereich Schwangerenberatung

Interventionsstandorte

Ausgewählte KSBs (SkF und Caritas) mit ihren gesamten Teams, die das Modellprojekt umsetzten und sich an der Evaluation beteiligten. Eine Beraterin aus dem Team wurde als Standortvertreterin benannt.

Kontrollstandorte

Ausgewählte KSBs, die das Modellprojekt nicht umsetzen, aber zu Beginn und im Laufe des Projektes eine Vergleichsbefragung ermöglichen

Kooperierende Ärzte/innen

Gynäkologen/innen die im Einzugsbereich der Interventionsstandorte niedergelassen waren und sich für die Zusammenarbeit im Rahmen des Modellprojektes bereit erklärten

► ANLAGE 2

PROJEKTBE SCHREIBUNG

Modellprojekt

Begleitende psychosoziale Beratung in der Frühschwangerschaft unter besonderer Berücksichtigung der Fragestellungen der pränatalen Diagnostik

Ausgangslage

Pränatale Diagnostik (PND) ist heute selbstverständlicher Bestandteil der Schwangerenvorsorge und betrifft somit alle werdenden Eltern.

Im Sinne der Schwangerenvorsorge, die die Gesunderhaltung von Mutter und Kind in den Mittelpunkt stellt, ist es legitimer Wunsch werdender Eltern umfassend beraten und begleitet zu werden. Dabei fällt die Einschätzung der angebotenen Untersuchungsmethoden und deren medizinischen und psychosozialen Wirkweisen schwer.

Obwohl heute in den meisten Fällen eine medizinische Begleitung flächendeckend genutzt und sicher gestellt ist, wird das aus der Medizin heraus formulierte Ziel eines informierten Einverständnisses, des „informed consent“ vor der Durchführung pränatal diagnostischer Untersuchungen in der Regel nicht erreicht.

Die Frage von Gesundheit, Normalität, Risiken, Krankheit oder Behinderung beinhalten medizinische, soziale, psychische, ethische und rechtliche Aspekte. Ein Umgehen mit diesen vielschichtigen Fragestellungen und Motivationen erleichtert neben der medizinischen Begleitung das Angebot einer frühzeitigen psychosozialen Beratung.

Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen halten dieses Angebot vor. Kommt eine psychosoziale Beratung zustande, wird diese positiv bewertet und löst Erstaunen darüber aus, was psychosoziale Beratung beinhalten und leisten kann (qualitativ). Diese wird, quantitativ gesehen, als Anlass der Kontaktaufnahme von Ratsuchenden jedoch kaum genutzt.

Ausgehend von diesem Defizit der Information, Auseinandersetzung und Erreichbarkeit von werdenden Eltern in der Frühschwangerschaft geraten diese immer wieder in Phasen großer Verunsicherung und existentieller Krisen:

- abweichende oder positive Befunde treffen werdende Eltern meist unvorbereitet,
- sie durchleben verunsichernde und belastende Wartezeiten auf Testergebnisse, in der die Bindung zu dem erwarteten Kind oftmals auf „Eis gelegt“ wird,
- sehen sich mit Fragen einer möglichen Behinderung ihres Kindes konfrontiert.

Bestehende präventive Unterstützungsmöglichkeiten greifen kaum. Hier setzt das beschriebene Projektvorhaben an.

Zielsetzung

Wirksamer Einsatz von präventiven Maßnahmen zur

- angemessenen Unterstützung von Frauen und Männern in allen Phasen der Schwangerschaft im Umgang mit pränataler Diagnostik durch die Verstärkung der psychosozialen Beratung in der Frühschwangerschaft, vor Inanspruchnahme der PND im Kontext der allgemeinen Schwangerschaftsberatung. Diese schließt die Begleitung während der Wartezeit auf einen Befund und in der weiteren Begleitung nach Befund in der Regelarbeit mit ein.
- Unterstützung des Entstehens einer „informierten Entscheidung“
- Erarbeitung eines Fortbildungskonzeptes für Ärzte, zur Umsetzung des Anamnese- und Verweisungskonzeptes und dessen Implementierung
- Bewusstseinsbildung über Möglichkeiten und Grenzen pränataler Diagnostik und Sensibilisierung für die Auswirkungen

Der weitere Verlauf der Schwangerschaft und der angewendeten Diagnostik wird entsprechend des Auftrags der katholischen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen anlassbezogen in der Projektarbeit berücksichtigt. (vgl. Sozialdienst katholischer Frauen – Zentrale e. V., 2002: Psychosoziale Beratung und Hilfe vor, während und nach Pränataldiagnostik, Konzept katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen, Dortmund) Dabei ist immer wieder der Erstkontakt zur psychosozialen Beratung hinsichtlich seiner Wirkung zu beachten.

Hypothesen

- Durch eine psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme einer pränatalen Diagnostik, die die Fragestellungen der pränatalen Diagnostik gezielt im Rahmen der Anamnese thematisiert, erfahren Schwangere eine Beratung und Begleitung, die sie in der aktuellen und hinsichtlich der neuen Lebenssituation besser vorbereitet, stärkt, unterstützt, schützt usw. und daher eine umfassende Sorge für Mutter/Vater und Kind gewährleistet (vgl. Auftrag der Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen, der Leitlinien des Bundesverfassungsgerichtes, der Bischöflichen Richtlinien).
- Eine frühzeitige Beratung wirkt sich positiv auf spätere Krisen- bzw. Konfliktsituationen im Sinne des Lebensschutzkonzeptes aus, da ein Rückgriff auf die Vorerfahrung die Schocksituation/Panik mildert und eine Entscheidungsfindung unterstützt.
- Psychosoziale Beratung ermöglicht eine schnellere und umfassendere Verständigung zwischen Arzt und Patientin im Sinne einer „informierten Entscheidung“ (knappe Zeitressourcen und enges Zeitfenster).

Bisherige Ansätze

Ergebnisse/Erfahrungen aus früheren Untersuchungen und Projekten:

Erfahrungsgemäß nimmt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung bei entsprechender Information und Empfehlung durch den Arzt/Ärztin mit steigendem Leidensdruck zu. Ist dieser nicht vorhanden, ist für die Zielgruppen Klientin/Patientin und Arzt/Ärztin aufgrund des eigenen Verständnisses von Beratung eine psychosoziale Beratung oftmals nicht im Blick. Damit bleibt die gesamte präventive Wirkung psychosozialer Beratung im Sinne des Lebensschutzes ungenutzt.

Das vorliegende Projekt greift die weitgehend übereinstimmenden Schlussfolgerungen der vorangegangenen Projekte und Evaluationen auf und konzentriert die Ressourcen auf die Verbesserung des Zugangs zur psychosozialen Beratung durch eine intensive Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/Schwerpunktpraxen in der Frühschwangerschaft. Diese schließt die Begleitung während der Wartezeit auf einen Befund und in der weiteren Begleitung nach Befund in der Regelarbeit mit ein.

Projektansatz

- Implementierung der psychosozialen Beratung im Kontext der PND in der Frühschwangerschaft in die „allgemeine Schwangerschaftsberatung“, d. h. Kontexterweiterung. Diese schließt die Begleitung während der Wartezeit auf einen Befund und in der weiteren Begleitung nach Befund in der Regelarbeit mit ein.
- verbindliche Information der Schwangeren und ihres Partners durch ihren Gynäkologen über die Möglichkeiten und Zielsetzungen der psychosozialen Beratung im Sinne der Kontexterweiterung, orientiert an der Fragestellung und dem Zeitpunkt der Konsultation
- aktive Empfehlung der Ärzte zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme der pränatalen Diagnostik
- zeitnahe Evaluation und Kommunikation der Ergebnisse der Teilnehmenden hinsichtlich der „Zufriedenheit“ der Schwangeren und ihrer Partner mit dem Ziel der Modifikation der Gestaltung der gegenseitigen Informations- und Verweisungspraxis

Zielgruppen

- Niedergelassene Gynäkologen/innen, Schwerpunktpraxen, die sich bereit erklären, an einer verbindlichen Information und Evaluation teilzunehmen
- Katholische Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen in Trägerschaft von Sozialdienst katholischer Frauen und Caritas in Bayern
- Ratsuchende/Patientinnen, die sich an dem Projekt und einer Evaluation beteiligen möchten (Nachbefragungen)

Struktur des Projektes

Projektleitung

Silvia Wallner-Moosreiner, Diplom Sozialpädagogin (FH), SkF Landesverband Bayern e.V.*, Bavariaring 48, 80336 München

Fachberatung des Landesverbands*

Anna Elisabeth Thieser, Diplom Sozialpädagogin (FH), SkF e.V. Würzburg, Ludwigstraße 29, 97070 Würzburg seit 1.1.2015 Augustinerstraße 3

* zum Zeitpunkt des Projektbeginns noch „SkF Landesstelle e.V.“

Steuerungsgruppe

Besetzung: Projektleitung, Fachberatung des Landesverbands*, Niedergelassene Ärztin, Theologin, Vertreterin der wissenschaftlichen Begleitung, sowie die Vertreterinnen der Standorte.

Wissenschaftliche Begleitung

Der SkF Landesverband* übernimmt die Beauftragung der wissenschaftlichen Begleitung. Er holt verschiedene Angebote ein und schließt mit den ausgewählten Wissenschaftler/innen einen Werkvertrag.

Standorte

- **Katholische Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen (KSB) Kempten**
Rathausplatz 14, 87435 Kempten
Träger: SkF e.V. Augsburg
- **KSB Bamberg**
Geyerswörthstr. 2, 96047 Bamberg
Träger: Caritasverband für die Stadt Bamberg e.V.
- **KSB Ingolstadt**
Kanalstr. 18, jetzt: Schrankenstr. 1a, 85049 Ingolstadt
Träger: SkF e.V. Ingolstadt
- **KSB Regensburg**
Adolf-Schmetzer-Str. 3 – 6, 93047 Regensburg
Träger: Caritasverband für die Diözese Regensburg e.V.
- **KSB Weiden**
Nikolaistr. 6, 92637 Weiden
Träger: Caritasverband für die Diözese Regensburg e.V.
- **KSB Traunstein**
Ludwigstr. 12 b, 83278 Traunstein
Träger: SkF e.V. Südostbayern
- **KSB Würzburg**
Augustinerstraße 3 (seit 1.1.2015), 97070 Würzburg
Träger: SkF e.V. Würzburg

Zeitplan und Vorgehensweise

Das Projekt beginnt zum 01.07.2008 und endet mit dem 30.06.2011.

Phase 1 bis Ende 2008

- Erstellen eines Fragebogens für eine Vorbefragung
- Durchführung einer Vor- und Begleitbefragung zur Erhebung von Vergleichsdaten an Katholischen Beratungsstellen, die nicht als Standort ausgewählt wurden, zu Anlass und Inhalt der Beratung

- Erstellen eines Anamnese- und Verweisungskonzeptes für die beteiligten Zielgruppen (Beratungsstellen und Arztpraxen)
- Gewinnung der Arztpraxen und Abschließen von Vereinbarungen

Phase 2 bis Februar 2009

- Regionale Gesprächsgruppen zu Projektbeginn mit Standorten und beteiligten Ärzten

Sommer 2009

- 1. Zwischenbericht an das BStMAS

Laufend 2009 und 2010

- Erhebung der Daten mit Fragebögen und in halbstrukturierten Interviews
- Durchführung einer Begleitbefragung zur Erhebung von Vergleichsdaten (Gegenüberstellung zu den Projektstandorten)
- Ständige Kontakte zu den teilnehmenden Praxen und Kliniken

Sommer 2010

- Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Projektleitung an das BStMAS

Phase 3 ab Januar 2011

- Auswertung der erhobenen Daten
- Bewertung durch die wissenschaftliche Begleitung und Steuerungsgruppe

Bis 30. September 2011

- Abschlussbericht

Vorgehensweise

Gewinnung der Zielgruppen

Niedergelassene Gynäkologen/innen/ Schwerpunktpraxen

Die bisherige Zusammenarbeit zwischen Beratungsstellen und Praxen/Kliniken gestaltet sich je nach Standort unterschiedlich. Ebenso weicht die Zahl der potentiell ansprechbaren Kooperationspartner bezogen auf die Infrastruktur der Region stark voneinander ab. Daher kann keine einheitliche Vorgehensweise für die Auswahl dieser Zielgruppe festgelegt werden.

* zum Zeitpunkt des Projektbeginns noch „SkF Landesstelle e.V.“

Auswahlkriterien:

- Nutzung der bestehenden Kontakte zu Kooperationspartnern
- Berücksichtigung positiver Grundhaltungen/Offenheit gegenüber psychosozialer Beratung
- Je nach Standortgröße ca. 3-5 Kooperationspartner

Vorgespräche:

In Einzelgesprächen und Fokusgruppen zur Vorstellung des Projektes und Vorbereitung eines Kontraktes finden die Vorgespräche statt.

Vereinbarung/Kontrakt:

Inhalt:

- Orientierung am Anamnese- und Verweisungskonzept der psychosozialen Beratung (Information über Beratungsspektrum, Integration in allgemeine Beratung)
- primäre Zielgruppe: Patientinnen, die nach Feststellung der Schwangerschaft in einem Folgetermin über die Durchführung pränatal diagnostischer Verfahren entscheiden müssen (vgl. informierte Entscheidung)

Rahmen:

- Festlegung der Dauer des Verweisungskontraktes
- Verbindliche Zusage an der Teilnahme der Evaluation (Fragebogen und Interview)
- Projektbezogene Aufwandentschädigung (Zertifizierung, Pauschale etc.)
- Klärung der Datenschutzbestimmungen

Katholische Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen

Die Standorte des Projektes wurden auf der vorherigen Seite benannt. Projektbeteiligt sind die Teams der Beratungsstellen. Alle Fachkräfte der Beratung (Diplom Sozialpädagoginnen (FH) stehen für die Beratung der im Projektsinn verwiesenen und darüber hinaus Beratung suchenden Patientinnen/Klientinnen zur Verfügung. Eine Beraterin des Teams wird in die Steuerungsgruppe entsandt um den Transfer zu sichern.

Ein projektbezogener Schulungs- und Supervisionsbedarf wird erhoben und entsprechend Schulungen durchgeführt. In Teambesprechungen vor Ort und der Steuerungsgruppe auf Landesebene werden die Inhalte erarbeitet, Erfahrungen kontinuierlich ausgetauscht und im Sinne der Zielsetzung abgestimmt.

Patientinnen und Klientinnen

- Im Rahmen des Projektes verwiesene Patientinnen
- Klientinnen der Beratungsstellen

Sowohl der Besuch der Beratungsstelle als auch die Tiefe der Bearbeitung der Themenstellung liegt in der Entscheidung der Ratsuchenden. Arzt und Beratungsstelle schaffen dazu einen fördernden Rahmen.

Erarbeitung des Anamnese-, sowie Informations- und Verweisungskonzeptes

Im Rahmen der Anamnese wird aktuell die Befindlichkeit in der Schwangerschaft in der psychosozialen Beratung thematisiert. Unter der Zielsetzung einer „informierten Entscheidung“ ist das Raster für die Anamnese in der Schwangerschaftsberatungsstelle entsprechend zu erweitern und im Sinne der Qualitätssicherung festzuschreiben.

Als Voraussetzung für ein Verweisungskonzept (Grundlage für die Information- und Verweisung durch die Fachärzte) sind die Kriterien der Anamnese in der psychosozialen Beratung, sowie die Möglichkeiten der Beratung zu beschreiben (Motivationsgrundlage für Arzt oder Ärztin und Patientin). Anhand der Informations- und Behandlungswege in der jeweiligen Arztpraxis werden entsprechende Inhalte und Methoden für ein empfehlendes Angebot der psychosozialen Beratung erarbeitet. Die Entscheidung ein Beratungsangebot wahrzunehmen liegt bei der Frau/Patientin oder dem Paar.

Evaluation der Ergebnisse

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sind eine Befragung der drei Zielgruppen (Klientin/Patientin, Arztpraxis und Beratungsstelle) und die Evaluation der Ergebnisse geplant. Es handelt sich zum einen um eine qualitative Erhebung (qualitative Interviews mit Ärzten und Beraterinnen mittels halbstrukturiertem Interviewleitfaden. Weiterhin wird pro einbezogener Patientin eine strukturierte Dokumentation durchgeführt (vom verweisenden Arzt, von der involvierten Beraterin und von der Patientin im Sinne einer Beratungsrückmeldung). Eine Vorbefragung ermöglicht den Vergleich der erhobenen Daten hinsichtlich Beratungsbedarf, wichtigste Beratungsinhalte etc., gleichzeitig aber auch die Evaluation des Anamnese- und Verweisungskonzeptes durch die Rückmeldung der Patientin (wurden ihre Bedürfnisse getroffen, wo gibt es Defizite etc.). Eine frühere Studie (Rohde/Woopen 2007) konnte zeigen, dass durch ein solches Vorgehen die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit des im Modellprojekt erprobten Verweisungs-pfad und Beratungskonzeptes gut möglich ist.

Nach Erfassung der Daten mittels SPSS erfolgt die Auswertung über übliche statistische Verfahren, unter Berücksichtigung der Datenstruktur und Fragestellung.

Nachhaltigkeit

Ergänzend zu den Evaluationsergebnissen des Abschlussberichtes stellt das erprobte Anamnese- und Verweisungskonzept eine Grundlage für eine zukünftige interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Beratungsstellen dar und kann auf andere/weitere Standorte übertragen werden. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse in Fortbildungsmaterialien und -veranstaltungen einfließen, die zur nachhaltigen Veränderung und Verbesserung der Beratung und Begleitung von Patientinnen/Klientinnen im Kontext von pränataler Diagnostik beitragen. Dabei ist insbesondere die erreichte Vernetzung zwischen verschiedenen Professionen und Institutionen ein Garant für eine dauerhafte Implementierung solcher Angebote.

* zum Zeitpunkt des Projektbeginns noch
„SkF Landesstelle Bayern e. V.“

Dokumentation

Sachstands- und Zwischenberichte

Die Projektleitung informiert in regelmäßigen Abständen die Leitung des Referates VI 3 – Schutz des ungeborenen Lebens – des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Abschlussbericht

Zur Veröffentlichung der Ergebnisse und ihrer Bewertung wird ein Abschlussbericht durch die Steuerungsgruppe erstellt.

Rechte der Standorte

Während der Projektlaufzeit können die Standorte in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe über ihre Projektarbeit in der Öffentlichkeit informieren.

München, 13. August 2008
Silvia Wallner-Moosreiner, Projektleitung
*SkF Landesverband Bayern e. V.**
Anna Elisabeth Thieser, Fachberatung
SkF e. V. Würzburg

▶ ANLAGE 3

ARBEITSWEISE DES MODELLPROJEKTES



Erläuterungen

Um die unmittelbare Beteiligung der Beratungsteams vor Ort zu gewährleisten und die konkrete Entwicklung zu begleiten, wurden, ergänzend zu den thematischen Teambesprechungen, Supervisionen usw. vor Ort, Standorttreffen eingeführt. Sie sind das Kernstück der Entwicklung der fachlichen Implementierung an den Interventionsstandorten.

Die Standortvertreterinnen – je beteiligter Beratungsstelle eine Vertreterin – trafen sich zu 30 Standorttreffen mit Projektleitung und Fachberatung. In diesem Arbeitskontext wurden die aus dem Projektansatz resultierenden psychosozialen Fragestellungen herausgearbeitet, Lösungsansätze formuliert und für die praktische Umsetzung modifiziert. Je nach Inhalt und Aufgabenstellung wurden die sozialwissenschaftliche Begleitung und die beratende niedergelassene Gynäkologin zu den Standorttreffen eingeladen. Die theologisch/ethische Begleitung nahm an mehreren Standorttreffen und einer Klausurtagung teil.

Neben den Treffen auf der Ebene der Standorte wurde als Steuerungsinstrument zweimal eine sog. Steuerungsgruppe

durchgeführt, bei deren ersten Treffen das Kennenlernen der beteiligten Personen, die Ansprechbarkeit von PND in der frühen Schwangerschaft und das Beratungsverständnis im Mittelpunkt standen.

Im zweiten Treffen der Steuerungsgruppe fand eine Reflexion der Erfahrungen im Kontext der Verweisung statt. Darüber hinaus wurden die weitere Vernetzung und die Modifikation der Instrumente zum Thema.

Nach der Kontaktaufnahme und Auswahl der Ärzte/innen wurden die beteiligten Ärzte/innen zu einer ersten Fokusgruppe eingeladen. Inhalte waren die Vorstellung des Projektes, die Rolle der Ärzte/innen und psychosoziale Fragestellungen. Die zweite Fokusgruppe gegen Ende des Projektes befasste sich mit der Implementierung von psychosozialer Beratung vor PND und ersten Ergebnissen der Evaluation des Projektes. Beide Fokusgruppen wurden durch die Bayerische Landesärztekammer mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

Neben den beiden zentralen Fokusgruppen führten die verschiedenen Standorte regionale Fokusgruppen durch. Auf Anfrage nahm die Projektleitung oder Fachberatung an den regionalen Fokusgruppen teil.

▶ ANLAGE 4

QUELLENVERZEICHNIS

Nr. 1:

Abschlussbericht Verbundprojekt „Beratung in der frühen Schwangerschaft Laufzeit 2008 – 2011“
des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung im Vorfeld der Pränataldiagnostik an der Schnittstelle zur medizinischen Beratung“

Nr. 2:

Bischöfliche Richtlinien für Katholische Schwangerschaftsberatungsstellen
September 2000

Nr. 3:

Modellprojekt „Psychosoziale Beratung bei pränataler Diagnostik in Mittelfranken“
Projektbericht 2004 – 2010, ifb-Materialien 1 – 2010
Mayer-Lewis, Birgit
Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg

Und

Psychosoziale Beratung bei pränataler Diagnostik
Best Practise-Leitfaden, ifb-Materialien, 2010
Mayer-Lewis, Birgit

Nr. 4:

Ethik der genetischen Frühdiagnostik – Sozialethische Reflexionen zur Verantwortung am Beginn des menschlichen Lebens
Haker, Hille
mentis-Verlag, Paderborn 2002

Nr. 5:

Gesetz über die Schwangerenberatung
(Bayerisches Schwangerenberatungsgesetz – BaySchwBerG), 9. August 1996
vom 9. August 1996 (GVBl S. 320, BayRS 2170-2-A), zuletzt geändert am 22. Juli 2014 (GVBl S. 286, ber. S. 405)

Nr. 6:

Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen
(Gendiagnostikgesetz – GenDG), 7. August 2013
verabschiedet am 31.7.2009(BGBl. I S. 2529, 3672), zuletzt geändert am 7. August 2013

Nr. 7:

Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten
(Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) vom 27.07.1992
zuletzt geändert am 28. August 2013 (veröffentlicht am 3.9.2013 BGBl. I S. 3458)

Nr. 8:

Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten
aus der Begründung des Gesetzesentwurfs (BT Drs.16/12970, S. 24) in der Fassung vom 13. Mai 2009 (verabschiedet), veröffentlicht am 14. September 2009, (BGBl. I S.2990) und am 1. Januar 2010 in Kraft getreten

Nr. 9:

Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik
Haker, Hille
Kösel Verlag, München 2011

Nr. 10:

Integrative Therapie Band 1-3: Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie
Petzold, Hilarion G.
Junfermann-Verlag, Paderborn 2003

Nr. 11:

Ja zum Leben – Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen
Deutscher Caritasverband (Hrsg.) Freiburg 2000

Nr. 12:

„Psychosoziale Beratung und Hilfe vor, während und nach PND“, Konzept katholischer Schwangerschaftsberatung
Deutscher Caritasverband (Hrsg.), 2013
Sozialdienst katholischer Frauen – Zentrale* e.V. (Hrsg.), Dortmund 2002

Nr. 13:

Q-Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung Version 1.5
Deutscher Caritasverband (Hrsg.), Freiburg 20.9.2007

* seit 2007 Gesamtverein

▶ ANLAGE 5

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Rücklauf der einzelnen Fragebögen der Hauptstudie zur Erhebung der Situation der Schwangeren und werdenden Väter durch diese selbst oder die beteiligten Professionen

Tabelle 2: Anlass der Beratung – Beratungsdokumentation

Tabelle 3: Anlass zur Beratung – Klientinnenrückmeldung

Tabelle 4: Informationsstand über Beratungsstellen
– Nachbefragung

Tabelle 5: Rat zu psychosozialer Beratung an andere Frauen
– bezüglich PND – Nachbefragung

Tabelle 6: Wichtige/interessante Themen für die psychosoziale Beratung aus Sicht der Patientinnen vor dem ärztlichen Beratungsgespräch (in der gynäkologischen Praxis) – Fragebogen 1 – allgemeine Themen

Tabelle 7: Wichtige/interessante Themen für die psychosoziale Beratung aus Sicht der Patientinnen vor dem ärztlichen Beratungsgespräch (in der gynäkologischen Praxis) – Fragebogen 1 – Themen bezüglich PND

Tabelle 8: Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht – Arztdokumentation – allgemeine Themen

Tabelle 9: Themen für die psychosoziale Beratung aus ärztlicher Sicht – Arztdokumentation – Themen bezüglich PND

Tabelle 10: Themen die in der psychosozialen Beratung besprochen wurden, hilfreich waren und evtl. noch Wunsch nach mehr Informationen besteht – Klientinnenrückmeldung – Themen bzgl. PND

Tabelle 11: Bewertung des ärztlichen Beratungsgesprächs bzgl. Entscheidung PND – Fragebogen 2 durch die Patientinnen nach dem ärztlichen Gespräch in der Praxis

Tabelle 12: Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs zu allgemeinen Themen – Klienten/innenrückmeldung

Tabelle 13: Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs im Rückblick – Nachbefragung

Tabelle 14: Bewertung des psychosozialen Beratungsgesprächs bzgl. PND – Klienten/innenrückmeldung

Tabelle 15: Meinung/Haltung zu PND nach ärztlicher Beratung – Fragebogen 2 (PND weckt durch Information und Aufklärung über Chancen und Grenzen Ängste vor einem behinderten Kind bei den Frauen.)

Tabelle 16: Meinung/Haltung zu PND nach ärztlicher Beratung – Fragebogen 2 (Es ist nicht immer leicht, sich gegen eine PND-Untersuchung zu entscheiden, wenn man unsicher ist, ob die Untersuchung für einen persönlich richtig oder falsch ist.)

Tabelle 17: Rückblickend – Meinung zu PND – Nachbefragung

Tabelle 18: War das Gespräch bei Ihrem/r Arzt/Ärztin hilfreich bei der Frage, ob und welche PND Untersuchungen Sie nutzen wollen? – Fragebogen 2

Tabelle 19: Zur Entscheidungsfindung haben folgende Personen/Quellen beigetragen – Nachbefragung

Tabelle 20: Erlebte Unterstützung/Stärkung bei der Entscheidungsfindung – Beratungsdokumentation

Tabelle 21: Entscheidungsfindung der Klientin: Klientin ist verunsichert bzgl. des Umgangs mit PND – Beratungsdokumentation

Tabelle 22: Erlebter Druck bzgl. der Inanspruchnahme von PND – Beratungsdokumentation

Tabelle 23: Informationsstand der Klientin – Kenntnisse der PND-Maßnahmen – Beratungsdokumentation

Tabelle 24: Prozess der Entscheidungsfindung – Beratungsdokumentation

Tabelle 25: Informationsstand der Klientin zu einzelnen PND-Themen zu Beginn und am Ende des Gesprächs – Beratungsdokumentation

Tabelle 26: Würde Klientin aus heutiger Sicht, bei einer weiteren Schwangerschaft, psychosoziale Beratung vor der Entscheidung zu PND in Anspruch nehmen – Klientinnen-Rückmeldung (Auswertung unabhängig von der Schwangerschaftswoche)

Tabelle 27: Schwangerschaftswoche in der Arztpraxis
– Arztdokumentation

Tabelle 28: Schwangerschaftswoche in der Schwangerschaftsberatungsstelle – Beratungsdokumentation

Tabelle 29: Einschätzung Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung – Nachbefragung

Tabelle 30: Rückmeldung zu Belastung – Klientinnenrückmeldung

Tabelle 31: Veränderung des Befindens durch Beratung insgesamt – Klientinnenrückmeldung

Tabelle 32: Gibt es Situationen in denen es schwer fällt PND anzusprechen – Abschlussinterview Ärzte/innen

Tabelle 33: Verunsicherung der Frau bemerkt/rückgemeldet bekommen – Abschlussinterview Ärzte/innen

Tabelle 34: Parallelen zwischen Entscheidungsfindung bezüglich PND und Schwangerschaftskonflikt
– Abschlussinterview Ärzte/innen

Tabelle 35: Parallelen zwischen Entscheidungsfindung bezüglich PND und Schwangerschaftskonflikt
– Abschlussinterview Beraterinnen

Tabelle 36: in der Beratung besprochene PND Themen
– Klientinnenrückmeldung

Tabelle 37: Besonders hilfreiche PND Themen in der Beratung
– Klientinnenrückmeldung

Tabelle 38: In der Beratung besprochene allgemeine Themen
– Klientinnenrückmeldung

Tabelle 39: Besonders hilfreiche allgemeine Themen in der Beratung – Klientinnenrückmeldung

Tabelle 40: Rat an andere Frauen zur Beratung bezüglich PND
– Klientinnenrückmeldung nach Erstkontakt

Tabelle 41: Veränderungen der Themenstellungen
– Abschlussinterview Beraterinnen

Tabelle 42: Projektende: Konnten Sie selbst profitieren, wenn eine Patientin eine psychosoziale Beratung wahrgenommen hat
– Abschlussinterview Ärzte/innen

Tabelle 43: Projektende: Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass eine Patientin von psychosozialer Beratung profitiert hat
– Abschlussinterview Ärzte/innen

Tabelle 44: Projektbeginn: Zusammenarbeit
– Interview Beraterinnen

Tabelle 45: Projektende: Informationsaustausch
– Abschlussinterview Beraterinnen

Tabelle 46: Veränderungen im Umgang mit PND
– Abschlussinterview Beraterinnen

▶ ANLAGE 6 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Übersicht der Abkürzungen

BRH	Q-Bundes-Rahmenhandbuch
DCV	Deutscher Caritasverband e. V.
FB	Fragebogen
GenDG	Gendiagnostikgesetz
KSB	Katholische Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen
p.c.	post conceptionem
PID	Präimplantationsdiagnostik

p.m.	post menstruationem
PND	Pränatale Diagnostik
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SD	standard deviation (Standardabweichung)
SkF	Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
SSA	Schwangerschaftsabbruch
SSW	Schwangerschaftswoche
SW	Schwangerschaft
US	Ultraschall

Herausgeber



Sozialdienst katholischer Frauen Landesverband Bayern e. V.
Bavariaring 48
80336 München

Tel.: 089/5388600
Fax: 089/53886020
landesverband@skfbayern.de
www.skfbayern.de



Der Sozialdienst katholischer Frauen Landesverband Bayern e. V. ist die spitzenverbandliche Vertretung der Katholischen Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen der Caritas und des SkF in Bayern.

Projektverantwortliche

- Anna Elisabeth Thieser, SkF e. V. Würzburg
- Alexandra Myhsok, SkF Landesverband Bayern e. V.
- Silvia Wallner-Moosreiner, SkF Landesverband Bayern e. V.

Wissenschaftliche Begleitung

des Verbundprojekts „Beratung in der frühen Schwangerschaft“

Gynäkologische Psychosomatik, Universitätsklinikum Bonn:



- Prof. Dr. med. Anke Rohde
- Dipl.-Psych. Lena Eschholz
- Dr. phil. Dipl.-Psych. Johanna Messinger
- Dipl.-Psych. Anne Meurers
- Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Melanie Wollenschein



Evangelische Hochschule Berlin:

- Prof. Dr. Erika Feldhaus-Plumin

Titelmotiv: Regula F. Marquardt

Gestaltung: Simon Gümpel, Freiburg

Auflage: 1500 Stück
(03/2015)

Alle Rechte vorbehalten

© SkF Landesverband Bayern e. V.

Herausgegeben von
Sozialdienst katholischer Frauen
Landesverband Bayern e. V.



Gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Soziales, Familie und Integration