

Schwerdtfeger, Robin

Ärztliche Beratung im Kontext pränataler Diagnostik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 9, S. 733-740

urn:nbn:de:bsz-psydok-47727

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Ärztliche Beratung im Kontext pränataler Diagnostik¹

Robin Schwerdtfeger

Summary

Medical counselling in the context of prenatal diagnostics

Counselling of patients is an essential part of medical treatment. Especially in prenatal diagnostics, a differentiated and professionally competent information before, during and after diagnosing is of great importance. In most of the cases examination is not indispensable to life for the pregnant woman; the results, however, can lead to dramatic decision conflicts. Therefore it is imperative to discuss importance and consequences of the possible results before diagnostics. Moreover, the medical counselling situation during pregnancy differs from other medical consultations by the fact that according to our legislation the pregnancy and thus the fetus' right to exist can be called into question in case of an existing (medical) indication. The basic principle of the counselling is to create a common communication basis during which an understandable and comprehensible interexchange is possible in order to make it possible to the pregnant to find an appropriate decision. Five case examples taken from medical practice demonstrate the complexity of ethical-moral and psychosocial aspects and therewith the special challenge of prenatal diagnostics in medical counselling.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 733-740

Keywords

prenatal diagnosis – consultation – ultrasound – own decision

Zusammenfassung

Die Beratung von Patienten ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil des ärztlichen Handelns. Insbesondere in der Pränataldiagnostik ist eine differenzierte und fachlich kompetente Information vor-, während- und nach Durchführung einer Diagnostik wichtig. In den meisten Situationen handelt es sich um Untersuchungen, die nicht lebensnotwendig für die Schwangere sind, aber mit ihren Ergebnissen zu einschneidenden Entscheidungskon-

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrags anlässlich der BZgA-Fachtagung „Kooperation – aber wie? Interprofessionelle Kooperation in der Pränataldiagnostik“, Berlin, 10./11. Mai 2007.

flikten führen können. Darum ist es notwendig, vor einer Diagnostik die Tragweite und Konsequenzen der möglichen Ergebnisse zu besprechen. Außerdem unterscheidet sich die ärztliche Beratungssituation in der Schwangerschaft gegenüber ärztlichen Beratungen in anderen Lebenssituationen dadurch, dass nach unsere Gesetzgebung bei bestehender (medizinischer) Indikation die Schwangerschaft und damit der Fetus in seiner Lebensberechtigung in Frage gestellt werden kann. Grundlage der Beratung ist es, eine gemeinsame Kommunikationsbasis zu schaffen, auf der man sich so annähert, dass ein verständlicher und nachvollziehbarer Austausch möglich ist, mit dem Ziel, der Schwangeren eine eigene Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Fünf Fallbeispiele aus der ärztlichen Praxis veranschaulichen die Komplexität ethisch-moralischer und psychosozialer Aspekte und damit die besondere Herausforderung von PND in der ärztlichen Beratung.

Schlagwörter

Pränataldiagnostik – ärztliche Beratung – Ultraschall – Entscheidungsprozess

Wie kommt es, dass im Rahmen von Ultraschalluntersuchungen Schwangere immer wieder die Frage stellen: „ist mein Kind gesund?“ Einerseits ist es nachvollziehbar und verständlich, dass schwangere Frauen bzw. werdende Eltern so früh wie möglich eine Bestätigung wünschen, dass mit ihrem ungeborenen Kind aus medizinischer Sicht alles in Ordnung ist. Andererseits gibt es wohl kaum eine Methode der medizinischen Diagnostik, die in der Sicherheit ihrer Aussagekraft so überschätzt wird wie die Pränataldiagnostik (PND). Wer sich mit PND intensiver beschäftigt hat weiß, dass Anspruch und Wirklichkeit weit auseinander klaffen, denn auch mit den Mitteln der modernen Medizin, insbesondere der Pränatalmedizin, kann keine Garantie für ein gesundes Kind gegeben werden. Insofern ist die Frage „ist mein Kind gesund?“ von den Pränataldiagnostikerinnen und -diagnostikern nicht mit letzter Sicherheit zu beantworten.

Warum besteht eine solche Diskrepanz zwischen den Wünschen und Hoffnungen der Schwangeren und den tatsächlichen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik? Die Informationen in den Medien über neue, noch bessere Analyseverfahren und die Technikgläubigkeit haben in der Öffentlichkeit zu einer völlig übertriebenen Vorstellung von den Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik geführt. An dieser Entwicklung sind Ärztinnen und Ärzte beteiligt, weil sie sich in den unstreitbaren Erfolgen dieser Methoden gesonnt haben, ohne den Problemen, Lücken und Schattenseiten ein ebenso großes Podium zu bieten.

Vereinfacht dargestellt stehen sich zwei Welten gegenüber: Einerseits die Welt der Schwangeren, gekennzeichnet durch: Urvertrauen, Naivität, Freude, Angst, Unsicherheit und dem Wunsch nach einem gesunden Kind. Andererseits die Welt der Ärzteschaft, gekennzeichnet durch medizinisches Wissen, nüchternem Umgang mit den diagnostischen Methoden, dem Wunsch zu helfen, Angst vor einer Fehldiagnose, juristischen Zwängen und Zeitdruck.

Das Wesen der ärztlichen Beratung besteht nun darin, sich gegenseitig in diesen Welten so anzunähern, dass eine sinnvolle, verständliche und fruchtbare Kommunikation in beide Richtungen stattfinden kann.

1 Grundsätze der ärztlichen Beratung

Das ärztliche Gespräch, gekennzeichnet durch Aufklärung, Information und Beratung, ist ein unabdingbarer Bestandteil jeden ärztlichen Handelns. Eine erfolgreiche Behandlung der Patientin ist ohne ärztliche Beratung unmöglich. Damit ist auch gleichzeitig die personelle Trennung von Untersuchung und Beratung insbesondere in der Pränatalmedizin unerwünscht. Eine schriftliche Mitteilung eines Ergebnisses kann nicht ausreichen, sondern bedarf immer einer Kommentierung im persönlichen Gespräch (Positionspapier der DGGG, 2004).

Dabei sollte das Gespräch in einer ruhigen Atmosphäre ohne Zeitdruck stattzufinden, mit verständlicher Sprache, neutral und ergebnisoffen. Eine Verniedlichung in der Sprache oder der Gebrauch negativ besetzter Wörter (z. B. Missbildung, Wolfsrachen, Wasserkopf) sollte unterbleiben.

Im Anschluss an die ärztliche Beratung werden Entscheidungen getroffen, die unmittelbare und direkte Folgen für das weitere Geschehen haben (z. B. die Operation oder die Entscheidung des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen).

1.1 Besonderheiten der Beratung in Zusammenhang mit der Schwangerschaft

Aus den obengenannten grundsätzlichen Erwägungen ergibt sich die zwingende Notwendigkeit der Beratung vor, während und nach pränataler Diagnostik. Die pränataldiagnostischen Untersuchungen werden überwiegend nicht aufgrund von Krankheitssymptomen veranlasst, sie sind für die Schwangere also nicht lebensnotwendig, sondern haben so genannten präventiven Charakter.

Sie können aber zu erheblichen Entscheidungskonflikten führen. Eine vermeintlich harmlose Ultraschalluntersuchung im Rahmen der normalen Mutterschaftsvorsorge kann einen auffälligen Befund ergeben, der in letzter Konsequenz die Schwangere mit der Frage des Schwangerschaftsabbruchs konfrontiert und damit unter Umständen jegliche Form von persönlicher Lebensplanung und eigenen Lebensgrundsätzen in Frage stellt.

Deshalb ist es vor der Durchführung der pränatalen Diagnostik notwendig, über die möglichen Konsequenzen der Untersuchungsergebnisse zu sprechen und die diagnostischen Möglichkeiten zu hinterfragen: „Will ich diese Diagnostik überhaupt?“ bzw. „Kämen diese Konsequenzen für mich überhaupt in Frage?“

Erstes Fallbeispiel: *Eine 41-jährige Erstgebärende kommt in der 20. Schwangerschaftswoche zu einer Ultraschalluntersuchung und sagt zu mir: „Ich komme nur zum*

Ultraschall, weil ich keine Amniozentese will. Ein Abbruch der Schwangerschaft kommt für mich nicht in Frage.“

Bei der folgenden Ultraschalluntersuchung finden sich fast alle typischen sonographischen Hinweiszeichen für eine Trisomie 21: kurzer Femur, Nackenödem, Ventrikelseptumdefekt, beidseitiger Nierenstau, flaches Profil, kurze Finger.

Alle diese Hinweiszeichen stellen keine lebensbedrohliche Situation für das Kind post partum dar. Sie zeigen auch nicht eindeutig eine kindliche Erkrankung auf. Soll ich gegenüber der Patientin meinen Verdacht äußern, dass der Fötus eine Trisomie 21 haben könnte? Will sie diese Information überhaupt von mir? In welchen Konflikt bringe ich die Schwangere aufgrund dieser Verdachtsdiagnose? Darf ich, auch unter juristischen Aspekten, auf eine Mitteilung meines Verdachts überhaupt verzichten? Hat vielleicht die pränatale Diagnose auch einen positiven Einfluss auf den direkten Verlauf post partum, da sich die Mutter auf ihr besonderes Kind einstellen kann?

Letztendlich habe ich ihr in einem Beratungsgespräch im Anschluss an die Untersuchung meine erhobenen Befunde genau erklärt und auch den Verdacht einer Trisomie 21 mitgeteilt. Zwei Tage später kam sie erneut in meine Praxis und wünschte nun nach reichlicher Überlegung eine Amniozentese, um Gewissheit zu haben, ob das Kind ein Down-Syndrom hat. Die Untersuchung wurde durchgeführt und erbrachte den Befund einer Trisomie 21. Diese Diagnose führte zu einer großen Verunsicherung und einem schweren Schwangerschaftskonflikt der Patientin. Mittlerweile war aber die 21. Schwangerschaftswoche erreicht. Es folgten ausgiebige Beratungen durch Humangenetiker, Kinderärzte und Angehörige von Selbsthilfegruppen.

Die Frau entschied sich, die Schwangerschaft auszutragen und das Kind anzunehmen. Im weiteren Schwangerschaftsverlauf wurde sie durch ihre Gynäkologin und eine Psychotherapeutin betreut. Sie kam in der Schwangerschaft noch zweimal zu Verlaufskontrollen in meine Praxis und machte dabei einen zutiefst verunsicherten Eindruck. Sie beklagte sich, dass alle medizinisch Beteiligten nur noch auf die Besonderheit der Trisomie 21 eingehen würden und ihr nicht die Möglichkeit gäben, die Schwangerschaft und Geburt „normal“ zu erleben. Das Kind ist dann ein paar Wochen vor dem Termin per Sectio geboren worden. Die Patientin ist nach der Geburt psychisch schwerst dekompenziert und brauchte stationäre psychiatrische Hilfe. Ich habe keinen Kontakt mehr zu ihr und weiß nicht, wie es ihr geht.

2 Die Bedrohung der Schwangerschaft

Während der gesamten Schwangerschaftszeit ist rechtlich bei entsprechender Indikation ein Abbruch der Schwangerschaft möglich, wenn nach ärztlicher Erkenntnis der Abbruch die einzige Möglichkeit darstellt, eine Gefahr für die (seelische) Gesundheit der Mutter abzuwenden (Strafgesetzbuch § 218).

Dieses über der Schwangerschaft schwebende Damoklesschwert, dass der Fetus quasi in seiner Lebensberechtigung grundsätzlich in Frage gestellt werden kann, hat

natürlich Auswirkungen auf die ärztliche Beratung. In Zusammenhang mit auffälligen Befunden beinhaltet eine ärztliche Beratung auch die Aufklärung über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs. In diesem Punkt unterscheidet sich die Beratung elementar von allen anderen Beratungssituationen in der Medizin und führt gerade in fortgeschrittenem Schwangerschaftsalter zu schwierigen Konfliktsituationen.

Zweites Fallbeispiel: *Eine erstgebärende Schwangere kommt in der 30. Schwangerschaftswoche zu einer Ultraschalluntersuchung zu mir. Es besteht der Verdacht auf Auffälligkeiten im Bereich des fetalen Gehirns. Es wird eine schwere Entwicklungsstörung des Großhirns diagnostiziert. Die sich ergebende Prognose für das zu erwartende Kind beinhaltet mögliche schwere Auswirkungen auf die mentale und motorische Entwicklung. Die ausführliche Beratung erfolgt nach den oben genannten Grundsätzen und beinhaltet damit auch das Aufzeigen aller Alternativen für den weiteren Schwangerschaftsverlauf. Letztendlich bestehen nur zwei Möglichkeiten: Entweder die Annahme des Schicksals dieses Kindes und damit das Austragen der Schwangerschaft oder die Beendigung der Schwangerschaft, wobei aufgrund des fortgeschrittenen Schwangerschaftsalters (30. Schwangerschaftswoche) die Lebensfähigkeit des Kindes post partum besteht. Die Schwangere entschied sich zu einem Abbruch der Schwangerschaft. Dieser wird aufgrund des fortgeschrittenen Schwangerschaftsalters mittels eines Fetozids eingeleitet, das heißt dem Abtöten des Ungeborenen im Mutterleib vor Einleitung der Geburt.*

Die unglaubliche seelische Belastung dieser Situation für alle Beteiligten, in erster Linie für die Schwangere, sei hier nur kurz angesprochen, muss aber in Zusammenhang mit der Aufklärung und Beratung vor einer Schwangerschaftsbeendigung ausführlich dargelegt werden.

3 Die zwei Sichtweisen

Wie verhalte ich mich während der Untersuchung? Wie berate ich in der Untersuchungssituation?

Dazu ist eine nüchterne Atmosphäre notwendig, die klar aufzeigt, dass es sich um eine medizinische Untersuchung und nicht um eine „Babyfernseh-Show“ handelt. Das bedeutet:

- ein neutraler Untersuchungsraum, keine Beamerprojektion;
- eine neutrale Sprache, keine Verniedlichung;
- möglichst nur eine Begleitperson, kein „Familien-Event“ mit Geschwistern, Tante und Großmutter.

Diese Verhaltensweisen sind notwendig, um bei einem auffälligen Befund eine sachliche Ebene und eine Atmosphäre für ein verantwortungsvolles Gespräch schaffen zu können.

Ein auffälliger Befund wird von mir nicht sofort mitgeteilt, sondern ich führe die Untersuchung zunächst zu Ende, um mir ein vollständiges Bild zu machen. Danach setzte

ich mich mit der Schwangeren und ihrem Partner an einen Tisch und erkläre die Gesamtsituation. Dies erfolgt häufig in mehreren Sitzungen.

Drittes Fallbeispiel: *Frau B. ist Hausgeburtshebamme und Filmemacherin und erwartet ihr viertes Kind. Sie kommt in der 20. Schwangerschaftswoche zu einer Untersuchung in meine Praxis, bei der ich ein schweres, komplexes Fehlbildungssyndrom mit infauster Prognose diagnostiziere. Die Patientin hat diese Situation in ihrem autobiographischen Dokumentarfilm „Mein kleines Kind“ festgehalten (Baumgarten, 2001).*

Im Folgenden zitiere ich aus diesem Film:

„23. Juni. Schweigsam fährt der Facharzt für Pränataldiagnostik mit dem Ultraschallkopf im kühlen Gel auf meinem Bauch herum. Ich sehe mein Kind schwarzweiß auf dem Bildschirm: alles ist dran ... es gefällt mir, wie es sich bewegt, den Messungen des Arztes ausweicht, ein stiller Einklang. Nachher werde ich die Praxis verlassen mit der Gewissheit, dass alles in Ordnung ist. Der Arzt antwortet einsilbig auf meine Fragen, vertröstet mich auf später. Ich bleibe arglos. Hinterher erfahre ich, dass der Arzt ein völlig anderes Kind gesehen hat als ich selbst: Er hat einen dem Tod geweihten Fötus untersucht, mit vielfältigen Störungen, wie er sie so nur selten diagnostiziert. Ich habe mein Kind gesehen mit Freude und Stolz, das für mich vollkommen war, weil ich seine Abweichungen vom Normalen im Bild des Monitors nicht erkennen konnte. Im ersten Moment bin ich entsetzt über diese zwei verschiedenen gleichzeitigen Wirklichkeiten. ‚Warum haben Sie mir das nicht sofort gesagt?‘ Der Arzt bietet mir eine zweite Ultraschalluntersuchung an. Ich möchte vier Tage später wiederkommen, um alle Details seiner Diagnose im Ultraschallbild direkt mit eigenen Augen zu sehen. Am Ende schenkt er mir das Video-Band mit diesen Aufzeichnungen von seiner Untersuchung. Im Nachhinein weiß ich: Die beiden unterschiedlichen Sichtweisen sind erhalten geblieben.“

4 Konsequenzen

Ärztliche Beratungen haben Konsequenzen. Es fallen Entscheidungen! Solange die resultierenden Entscheidungen in einem gemeinsamen Kontext wachsen, also kongruent sind, werden diese von allen Beteiligten getragen und es wird entsprechend gehandelt. Allerdings muss die Entscheidung, ob eine (medizinische) Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt, jeweils von der Ärztin oder dem Arzt getroffen werden.

Wie sieht es aber aus, wenn die Entscheidung diskordant ist, also die Schwangere sich anders entscheidet als es der Arzt erwartet oder mittragen kann? Kann der Arzt dann auch neutral bleiben? Gibt es Grenzen in der gemeinsamen Entscheidungsfindung?

Hier entsteht oft ein sehr quälender Prozess, bei dem meist in langen Gesprächen und häufig nur unter Mithilfe anderer beratender Personen eine erträgliche Konfliktlösung gefunden werden kann.

Viertes Fallbeispiel: *Ich sehe eine zweitgebärende 34-jährige Schwangere in der 21. Schwangerschaftswoche zu einer Ultraschalluntersuchung. Der Grund für die Diagnostik*

besteht in ihrem Alter. Sie wird begleitet von ihrem Mann, der im medizinischen Bereich als Selbständiger tätig ist. Beide machen den Eindruck, sehr viel Wert auf äußere Perfektion zu legen. Im Verlauf der Ultraschalluntersuchung diagnostiziere ich eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte beim Ungeborenen, keine weiteren Auffälligkeiten. Diese Fehlbildung lässt sich in der Regel in den ersten Lebensmonaten sehr gut beheben. Ich habe dem Paar im Anschluss an die Untersuchung den Befund erklärt und die therapeutischen Maßnahmen aufgezeigt. Es wurde auf Wunsch des Paares noch eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt, um ein mögliches genetisches Risiko auszuschließen. Nachdem das unauffällige Resultat dieser Untersuchung vorlag, suchte mich das Paar erneut in meiner Praxis auf und wünschte den Abbruch der Schwangerschaft, wobei hier der Mann die dominierende Rolle im Gespräch übernahm. Es war für das Paar offenbar unerträglich, ein nicht „perfektes“ Kind zu bekommen. Für mich waren nach diesem Gespräch keine wirklichen Gründe erkennbar, die nach ärztlicher Erkenntnis eine medizinische Indikation zum Abbruch rechtfertigen würden. Aufgrund unserer Rechtssprechung geht es bei der medizinischen Indikation nicht um die Fehlbildung des Feten, sondern um die Gefahr der Beeinträchtigung des aktuellen oder zukünftigen seelischen Gesundheitszustands der Mutter. Ich habe zu einer zusätzlichen psychosozialen Beratung geraten, diese wurde zunächst abgelehnt. Im Nachgang zu diesem Beratungsgespräch rief mich dann aber die Schwangere an und wünschte die Vermittlung zu einer solchen Beratung, die sie zunächst ohne ihren Mann wahrnehmen wollte. In der Folge dieser Beratung hat sie sich dann gegen den Wunsch des Mannes zum Austragen der Schwangerschaft und zur Annahme des Kindes entschlossen.

Anhand dieses Fallbeispiels ist zu erkennen, dass Beratung nicht wertfrei sein kann, sondern immer beeinflusst wird von ethischen, moralischen, religiösen Einstellungen und Sichtweisen. Darüber hinaus natürlich auch von der Berufserfahrung des Arztes und seinem Verhältnis zur Schwangeren.

5 Interdisziplinäre- und interprofessionelle Beratung

Ein weiterer Aspekt pränataler Beratung beinhaltet die zusätzliche Beratung durch andere medizinische Disziplinen (Humangenetik, Kinderkardiologie, Kinderchirurgie, Neonatologie, Psychiatrie, Hebamme), insbesondere beim Vorliegen auffälliger Befunde. Eine interdisziplinäre Beratung kann wesentlich zur Stabilisierung, Beruhigung und Freude auf das Kind beitragen.

Fünftes Fallbeispiel: Eine 18-jährige Schwangere kommt zu einer Ultraschalluntersuchung in der 18. Schwangerschaftswoche, da sich in der Routineuntersuchung Auffälligkeiten ergeben haben. Ich diagnostiziere eine Gastroschisis (der Darm liegt außerhalb des Bauchraumes des Feten und schwimmt ungeschützt im Fruchtwasser). Diese Diagnose erschreckt verständlicherweise schwangere Frauen zunächst sehr, so auch in dieser Situation. Obwohl ich erklärte, dass eine Operation nach der Geburt relativ einfach und meistens problemlos verläuft, war die Patientin zutiefst verunsichert. Es wurde eine Kontrolle mit gemeinsamer Beratung durch eine erfahrene Kinderchirurgin vereinbart. Zu diesem Ge-

sprach brachte die Patientin ihre Mutter mit. Durch die authentische Schilderung der Situation nach Geburt und der problemlosen Zukunft für das Kind wandelte sich die Skepsis erfreulicherweise schnell zu einer Zuversicht und Freude auf das Kind.

Ebenso ist die Vernetzung mit außermedizinischer Beratung in Zusammenhang mit pränataler Diagnostik zwingend notwendig und sinnvoll und zwar nicht nur nach, sondern auch vor der Diagnostik. Hierzu können in erster Linie psychosoziale Beratungen beitragen. Es gibt auch schon vielerorts Ansätze einer fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen psychosozialen Beratungsstellen und Frauenärzten. Diese Ansätze gilt es aber weiter auszubauen. Nicht unerwähnt bleiben sollten auch die Hilfestellungen durch Selbsthilfegruppen und Seelsorger im Rahmen der ärztlichen Beratung schwangerer Frauen.

6 Resümee

Im Verlauf der letzten zehn Jahre hat der Stellenwert der Beratung in Zusammenhang mit pränataler Diagnostik stetig und deutlich zugenommen. Durch die Hinwendung zur Schwangeren und Anerkennung ihrer Autonomie gelingt letztendlich die positive Wirkung von Pränatalmedizin, die Beruhigung bei günstigem Befund oder eine positive Einstellung und Annahme des Schicksals bei auffälligem Ergebnis der Diagnostik, unabhängig von der daraus resultierenden Handlungskonsequenz. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine professionelle Schulung und Weiterbildung nötig und sinnvoll, aber auch die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Literatur

Baumgarten, Katja (2001). Mein kleines Kind. Dokumentarfilm. www.meinkleineskind.de
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2004). Pränataldiagnostik-Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch, Positionspapier. (www.dggg.de).
Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland, Abschnitt 16: Straftaten gegen das Leben (§ 218).

Korrespondenzadresse: Dr. Robin Schwerdtfeger, Praxis für Pränatalmedizin, Zentrum für Pränatalmedizin und Humangenetik Hannover, Podbielskistrasse 122, 30177 Hannover. E-Mail: schwerdtfeger@praenatal-hannover.de