

Geier, Hanna

## **Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 9, S. 723-735*

urn:nbn:de:bsz-psydok-43355

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bränik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention) . . . . .	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit) . . . . .	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents (“Autyn-groups”)) . . . . .	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit) . . . . .	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families) . . . . .	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”) . . . . .	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services) . . . .	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families) . . . . .	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients) . . . . .	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines) . . . . .	580

### Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents) . . . . .	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping) . . . . .	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?) . . . . .	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children) . . . .	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children) . . . . .	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness) . . . .	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skills for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) . . . . .	607
Meyer, C.; Matzejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients) . . . . .	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP)) . . . . .	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison) . . . . .	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study) . . . . .	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence) . . . . .	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation) . . . . .	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents) . . . . .	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents) . . . . .	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry) . . . . .	325

## Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis) . . . . .	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy) . . . . .	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry) . . . . .	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field) . . . . .	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view) . . . . .	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children) . . . . .	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce) . . . . .	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate) . . . . .	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”) . . . . .	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks) . . . . .	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world) . . . . .	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany) . . . . .	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War) . . . . .	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view) . . . . .	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization) . . . . .	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Silbling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ (“The Celebration”)) . . . . .	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945)) . . . . .	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis) . . . . .	695

### Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation ( <i>L. Goldbeck</i> ) . . . . .	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter ( <i>E. Butzmann</i> ) . . . . .	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas ( <i>M. Hartmann</i> ) . . . . .	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik ( <i>J. Wiese</i> ) . . . . .	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen ( <i>G. Fuchs</i> ) . . . . .	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod ( <i>I. Seiffge-Krenke</i> ) . . . . .	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre ( <i>H. Liebenow</i> ) . . . . .	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien ( <i>J. Koch</i> ) . . . . .	384
Klaub, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> ) . . . . .	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion ( <i>C. Irblich</i> ) . . . . .	789
Mohr, A.: Peer-Viktimsierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis ( <i>H. Heil</i> )	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV ( <i>P. Dettmering</i> )	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin ( <i>O. Bilke</i> )	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien ( <i>D. Gröschke</i> )	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie ( <i>K. Sarimski</i> )	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung ( <i>D. Irblich</i> )	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen ( <i>B. Gussone</i> )	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche ( <i>K.-H. Arnold</i> )	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> )	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft ( <i>G. Nummer</i> )	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis ( <i>C. von Bülow-Faerber</i> )	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom ( <i>M. Mickley</i> )	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch ( <i>D. Irblich</i> )	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung ( <i>K. Sarimski</i> )	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland ( <i>D. Gröschke</i> )	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen ( <i>M. Mickley</i> )	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine ( <i>W. Schweizer</i> )	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld ( <i>D. Gröschke</i> )	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche ( <i>K. Sarimski</i> )	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern ( <i>H. Mackenberg</i> )	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht ( <i>E. Bretz</i> )	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie ( <i>C. von Bülow-Farber</i> )	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen ( <i>D. Gröschke</i> )	680

#### Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel ( <i>K. Waligora</i> )	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) ( <i>K. Waligora</i> )	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) ( <i>K. Waligora</i> )	390

Editorial / Editorial .....	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors .....	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion .....	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles .....	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events .....	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements .....	75, 151, 246, 396, 605, 795

# Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht

Hanna Geier

## Summary

Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view

Before the background of today's routine of carrying out prenatal examinations, this study focuses on two aspects in particular: The women's experiences in the decisive conflict when making use of prenatal diagnostics as well as the psychosociological framework conditions at the time of their decision making. In this context, the paper explains more the basics profile of psychosociological advice, present the requirements to the qualification and competence of the advisers and examines the structural conditions concerning the existing legal claim to advice.

## Zusammenfassung

Die Arbeit stellt vor dem Hintergrund der inzwischen routinemäßigen Durchführung vorgeburtlicher Untersuchungen besonders zwei Aspekte dar: Das Erleben der Frauen im Entscheidungskonflikt bei Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und die psychosozialen Rahmenbedingungen zur Zeit der Entscheidungsfindung. Es geht in diesem Zusammenhang noch einmal grundlegend um das Profil psychosozialer Beratung, die Anforderungen an die Qualifikation und Kompetenzen der Beraterinnen und Berater und die strukturellen Bedingungen in bezug auf den bestehenden Rechtsanspruch auf Beratung.

## 1 Einleitung

Die Situation in den Schwangerschaftsberatungsstellen ist sehr bedrückend: Durch die Neufassung der Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch wurde stillschweigend die ehemals embryopathische Indikation unter der medizinischen subsumiert, d.h. die medizinische Indikation ist nicht mehr zeitlich begrenzt, die Durchführung des Abbruchs erfordert keine vorherige Beratung mehr. Die medizinische Indikation sieht den Abbruch als gerechtfertigt und straffrei an, wenn er dazu dient, die konkrete Gefahr für Leib und Seele, also auch eine erhebliche (seelische) Gesundheitsbeeinträchtigung der Frau abzuwenden und dies in zumutbarer Weise anders nicht geschehen kann.

Dem muß ein qualifiziertes ärztliches Urteil zugrunde liegen (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz, 1995). Es sei erwähnt, daß die Kosten eines Abbruchs auf Beratungsschein von der Frau selbst getragen werden müssen, während im Falle der medizinischen Indikation die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Gleichzeitig wurden die Mutterschaftsrichtlinien verändert: Drei Ultraschalluntersuchungen (in der 9.-12./19.-22. sog. Fehlbildungultraschall und 29.-32. Schwangerschaftswoche) werden als Screening verbindlich eingeführt. Gegenüber der Abrechnung von Einzelleistungen während der gesamten Vorsorgezeit, erfolgt nun die Abrechnung der Schwangerenvorsorgeleistungen als Pauschale je Quartal. Ohne die Ultraschall-Untersuchungen ist keine Abrechnung möglich. Zusätzlich abgerechnet werden können Untersuchungen wie etwa Triple-Tests und Amniozentese. (Bode 1997). Spätestens hierdurch wird jede schwangere Frau mit der pränatalen Diagnostik konfrontiert. Die vorgeburtliche Untersuchung ist zum festen Bestandteil der normalen Vorsorge geworden und durch die technische Weiterentwicklung der Ultraschalluntersuchung ist auch das Spektrum der feststellbaren Fehlbildungen – nicht aber etwa der Therapiemöglichkeiten – erheblich erweitert. Mittlerweile wird schon die erste Ultraschalluntersuchung in der 11./12. Schwangerschaftswoche (SSW) durch die Messung der Dicke der Nackenfalte genutzt, um schwere chromosomale Erkrankungen zu erkennen. Nach den Mutterschaftsrichtlinien sind die Ärzte verpflichtet, Frauen ab 35 auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hinzuweisen.

## 2 Zur Dimension der Pränataldiagnostik

Das Ausmaß der vorgeburtlichen Untersuchungen, die Früherkennung von möglicher Behinderung und die ungeklärte Gesetzeslage um den Fetozid, den Schwangerschaftsabbruch in einem späten Stadium (nach der 20. SSW), haben Anlaß zu einer öffentlichen Debatte gegeben. Zur Erinnerung: In Oldenburg überlebt ein Fetus mit der Diagnose Down-Syndrom den Schwangerschaftsabbruch durch Geburtseinleitung in der 25. SSW. Erst zehn Stunden nach der Geburt wird das Kind intensiv medizinisch behandelt und trägt neben der Trisomie 21 nun auch an den Folgen verspäteter ärztlicher Hilfeleistungen. Es wird Strafanzeige wegen „Liegenlassens“ bzw. Körperverletzung des Kindes erstattet. Ohne ausführlicher auf ein solches Szenario einzugehen, ist zu bemerken, daß dieses Ereignis ein wichtiger Diskussionsanstoß zum ärztlichen Verhalten in der Pränataldiagnostik auslöste. Die Bundesärztekammer veröffentlichte als Folge des Oldenburger Falls die „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ und plädiert u.a. darin für eine zeitliche Befristung von Schwangerschaftsabbrüchen bis zur 22./24. SSW nach pränataldiagnostisch festgestellten Erkrankungen, Abweichungen oder Entwicklungsstörungen (Bundesärztekammer 1998).

Ein anderer Blick auf die rechtliche Debatte ist der auf die Geburt eines behinderten Kindes als „Schaden“. In einer Gesellschaft in der Behinderung als vermeidbarer Kostenfaktor gesehen wird, wird die Antidiskriminierung und Eingliederung behinderter Menschen zunehmend vernachlässigt. Für die ärztliche Schwangerenvorsorge hat da-

her dieser Aspekt eine hohe Brisanz: Vor dem Hintergrund der bisherigen nicht einheitlichen Rechtsprechung zur sogenannten „Wrongful-Birth“ (Kind als Schaden) bestehen neue Absicherungsbedürfnisse der Mediziner und wächst der Druck, das Instrumentarium aller diagnostischen Möglichkeiten zu nutzen und auszuschöpfen, um eventuelle Haftungsansprüche und spätere Unterhaltsleistungen zu vermeiden. Diese haftungsrechtlichen Fragen, die aus dem Patientinnen-Arzt-Behandlungsverhältnis entstehen, könnten zu einer Dramatisierung des genetischen Risikos jedes Einzelfalles führen, weil Ärzte (als Folge dieser hier nicht weiter ausgeführten Rechtsprechung) heute nur einer möglichen Haftpflicht entgehen, wenn sie der schwangeren Frau zu allen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik raten. Wird die dringliche Warnung vor einem behinderten Kind zukünftig Standard in der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge sein?

Die bioethische Verantwortung wächst allenthalben. Auf Seiten der Frauen wird der Druck, ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen und bei pränataler Diagnostik mitzuwirken sehr erhöht. Auf Seiten der Ärzte wächst der Druck, die Schwangerschaft weniger als soziale Beziehung, sondern zunehmend als Rechtsverhältnis zu definieren, denn das Ziel des Arztvertrages beinhaltet die Zusicherung einer bestimmten „Qualität“ des zu erwartenden Kindes. Eine solche Qualitätszusicherung wird juristisch als rechtmäßig gewertet und ihr kommt somit nicht nur moralisch, sondern generell normative Bedeutung in unserer Gesellschaft zu. Ohne nennenswerten gesellschaftlichen Diskurs wurde und wird heute immer noch dem Anspruch auf ein gesundes und perfektes Kind Vorschub geleistet, in dem vorgeburtliche Untersuchungen maßgeblich verheißen, eine leidvolle Zukunft für ein eventuell behindertes Kind kann für die Frau, das Paar, die Familie heutzutage vermieden werden. In der Medizin spricht man nur allzu gern von der Zwangsläufigkeit in der Entwicklung neuer Verfahren in der medizinischen Diagnostik. Es wird auf immer früher einsetzbare Testverfahren und kontrollierbare Technik in der Schwangerschaft gesetzt, um „Leid“ zu verhindern. Es ist längst keine Frage mehr, ob wir die Gentechnik wollen oder nicht, auch nicht, ob wir innehalten und über ein Moratorium nachdenken müssen. Wir haben die Gentechnik! Der geklonte Mensch als Möglichkeit steht vor der Tür und die Zeiten grundsätzlichen Bekenntnisse dafür oder dagegen sind vorbei. Die Genforschung ist eine normative Kraft des Faktischen. Sie entwickelt eine Eigendynamik, die ständig neue Perspektiven hervorbringt, die wiederum noch weitgehendere Utopien denkbar erscheinen lassen.

Pränataldiagnostik impliziert als Begriff unterschiedliche medizinische Handlungen. Im weitesten Sinne ist damit das auf das Ungeborene diagnostisch ausgerichtet gemeint. Jede Ultraschalluntersuchung ist eine pränataldiagnostische Maßnahme, auch die, die in der Frühschwangerschaft die Einnistung der befruchteten Eizelle überprüfen will (Friedrich et al. 1998, S. 9). Der Begriff in den es in der Diskussion geht, meint aber etwas anderes. Demnach danach zielt Pränataldiagnostik auf die Feststellung fötaler Defekte, die überwiegend genetisch bedingt sind und meistens eine schwere Behinderung des Kindes nach sich ziehen. Mit Hilfe der so verstandenen Pränataldiagnostik sollen die Schädigungen im Mutterleib rechtzeitig vor der Geburt erkannt werden. Da in der Regel diese Erkrankungen nicht therapierbar sind, bezieht

sich die Rechtzeitigkeit darauf, nach einer entsprechenden pränatalen Diagnose noch eine erlaubte Abtreibung zu ermöglichen (Friedrich et al. 1998, S. 9). Bei der so definierten Pränataldiagnostik unterscheidet man invasive und nicht invasive Methoden. Das bekannteste invasive Verfahren ist wohl die Amniozentese in der 15.-18. SSW, als nicht invasiv gelten die Blutteste, u.a. der sog. Trimester-Test, der zwischen der 11. und 14. SSW durchgeführt wird. Bekannter ist der Triple-Test, der in der 16.-18. SSW erfolgt. Die Ultraschalluntersuchung selbst nimmt in der Praxis der Schwangerschaftsvorsorge eine Zwitterstellung ein. Sie gilt als nicht invasive Methode, erlaubt jedoch genau jenen forschenden Blick und dringt in den Mutterleib ein. Auch diese Sonografie kann (schwere) fötale Defekte entdecken und die Frage einer Abtreibung nach sich ziehen. Frauen, Paare, angehende Eltern stellen sich in den seltensten Fällen vor der Ultraschalluntersuchung die Frage, wie sie z.B. im Falle einer Gliedmaßenfehlbildung mit dem Untersuchungsergebnis umgehen wollen. Meist wird der Umgang mit dem „Babyfernsehen“ positiv erlebt und nicht gleich als ein auf fötale Defekte zielendes und somit konfliktträchtiges vorgeburtliches Untersuchungsverfahren angesehen. Die häufigste Indikation für die Anwendung dieser invasiven Diagnostik ist jedoch das sog. Altersrisiko bei Frauen ab 35 Jahren. Dieses Risiko ist eine künstliche Grenze, die aus der numerischen Gleichheit der Wahrscheinlichkeit einer Chromosomenstörung und des Fehlgeburtrisikos bei einer Frau mit 35 ermittelt wurde. Dies bezieht sich vor allem auf die Möglichkeit, daß ein Chromosom nicht zwei- sondern dreifach vorhanden ist, wie es z.B. bei der Trisomie 21 (Down-Syndrom). Die Wahrscheinlichkeit für andere mögliche Behinderungen ist vom Alter der Frau unabhängig. In einer immer stärker medizinisch orientierten Schwangerschaft ist der Hinweis auf das Altersrisiko für die Frauen oft bedeutsamer als ihr eigenes Körpererleben im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel. So hat im Alltagsbewußtsein das „Risiko Alter“ seinen Platz eingenommen, über 50% aller Schwangeren über 35 nehmen pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch (Schindele 1995), auch wenn innerhalb der Ärzteschaft diese Grenze als alleinige Begründung für eine Amniozentese inzwischen schon hinterfragt wird.

Das Dilemma für Schwangere wie Ärzte besteht darin, daß nach der Diagnose einer Erkrankung beim Fötus, bis auf ganz wenige Fälle, so gut wie nie eine Therapie möglich ist. Die Entscheidung nach einer Fruchtwasseruntersuchung oder nach anderen Formen pränataler Diagnostik kann daher nur für oder gegen eine Abtreibung gefällt werden.

Erwähnt werden müssen in diesem Zusammenhang die Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin in Form der Präimplantationsdiagnostik (PID). Seit 1992 gibt es diese Methode der Fortpflanzung, bei der die Befruchtung im Reagenzglas stattfindet. Anschließend werden die befruchteten Eizellen, die sich zu Embryonen weiterentwickeln könnten, auf Gendefekte untersucht. Sie bestehen zu diesem Zeitpunkt aus vier bis acht Zellen und können in den wenigen Stunden, in den das Testergebnis vorliegt, in einer Nährkultur gehalten werden. Dann kommt die Entscheidung: Embryonen ohne Gendefekt werden in die Gebärmutter eingepflanzt, die anderen vernichtet. Noch ist diese Form der Selektion der Nachkommen in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verboten, in einigen anderen europäischen Ländern jedoch erlaubt. Die Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik zeigen, daß es

fast unmöglich ist, diagnostische Verfahren nur auf wenige Fälle zu begrenzen. Die Technik selbst hat die Neigung auf andere Bereiche zu expandieren – wie die vorgeburtliche Diagnostik von einem Ausnahmeverfahren zu einem Screening-Verfahren deutlich zeigt.

Pränataldiagnostik hat mehrere ethische Dimensionen. Die, die sich aus der Spannung zwischen dem Tötungsverbot und der Option eines Schwangerschaftsabbruchs ergibt, eine weitere, die in der Gefahr naturalistischen Fehlschlüsse liegt, daß die ein oder andere bestimmte Störung/Fehlbildung bedeutet, daß ein Schwangerschaftsabbruch gemacht werden soll oder nicht gemacht werden darf, ungeachtet der Tatsache, das auch jedes Kind mit einer genetischen Störung/eventuellen Behinderung ein Mensch mit Entwicklungschancen auf dieser Welt ist (Wolff 2000, S. 12).

### 3 Wie erleben schwangere Frauen die Pränataldiagnostik?

Hierzu gibt es vielfältige Interviews, Berichte und Untersuchungen. Und auch wenn jede einzelne Studie unterschiedliche Forschungsschwerpunkte zur Ausgangslage ihrer Untersuchung gemacht hat, kommen sie zu interessanten und vielfältigen quantitativen wie qualitativen Ergebnissen. Zusammengefaßt werden einige der wichtigen Aussagen zweier Studien vorgestellt. Sie spiegeln die folgenden Widersprüche bei den Frauen deutlich wider:

- Eine Schwangerschaft löst ambivalente Gefühle aus, für die jeder Frau in der Regel ihre eigenen individuellen Bewältigungsmuster zur Verfügung stehen. Im Gegensatz zu früher wird Schwangerschaft heute mehr in die Hände der Medizin gelegt, der Wunsch nach Sicherheit und Kontrolle steigt und die medizinische Betreuung wird als normal erlebt. Die Frauen sind weniger in der Lage, ihre eigenen Körpersignale wahrzunehmen. Die routinemäßige Anwendung medizinischer Technik suggeriert Erleichterung bei einem ersten unauffälligen Befund (Willenbring 1999).
- In einer Studie gaben 90% der befragten Frauen an, sie seien froh, die Untersuchung gemacht zu haben, um kein behindertes Kind bekommen zu müssen; 12% der Befragten gaben an, fast alle in ihrem sozialen Umfeld hätten die Untersuchung von ihnen erwartet, 71% hätten sie aus dem Gefühl einer gesellschaftlichen Verantwortung heraus gemacht (Nippert 1998).
- Dagegen empfinden 95% der Frauen subjektiv eine „Entscheidungsautonomie“ und eben an, froh zu sein, kein behindertes Kind bekommen zu müssen. Ihre Motivation für die Inanspruchnahme waren zumeist die persönliche (also beruflich und familiäre) Lebensplanung und die Sorge, ihre Partnerschaft könnte eine solche Belastung nicht verkraften (Nippert 1998).
- Die Angst vor einem behinderten Kind ist im wesentlichen der Grund für die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik.
- Das Warten auf das Ergebnis wird als besonders belastend empfunden und die Angst vor einem behinderten Kind nimmt in dieser Zeit noch zu.
- Die potentielle Konsequenz eines Schwangerschaftsabbruchs wird zur Ausgangssituation nicht wahrgenommen, obwohl das Schwangerschaftserleben sich nach der

Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik grundlegend in dem Sinne verändert, daß die Schwangerschaft wie auf Probe erlebt wird.

- Die mögliche Entscheidung über Leben und Tod führt zu einer Zweiteilung in eine Zeit vor und nach dem Befund (Willenbring 1999).

Die routinemäßig angewandte, meist nicht reflektierte Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und die daraus resultierenden psychosozialen Folgen im Hinblick auf den Umgang mit einer Diagnose für die betroffenen Frauen, Paare und angehenden Eltern läßt einen nicht mehr in Frage zu stellenden Beratungsbedarf erkennen.

Vor dem Hintergrund der Annahme, daß Frauen selbst die vorgeburtlichen Untersuchungen wünschen, soll ausführlicher auf eine Studie eingegangen werden, die den Entscheidungsprozeß bei der Pränataldiagnostik zum Ausgangspunkt der Beobachtung macht. In den Interviews der Studie „Psychosoziale Voraussetzungen und Folgen der Pränataldiagnostik“ (Friedrich et al. 1998) kommt zum Ausdruck, daß selbst gut informierte Frauen den Eindruck haben, sie seien in die Pränataldiagnostik hineingerutscht, ohne wirklichen Einfluß darauf genommen zu haben. Die Studie stellt ein Geflecht von Unklarheiten heraus und legt offen, wie paradox das pränataldiagnostische Angebot auf die Nutzer/innen wirken kann. Obwohl es eigentlich dazu dienen soll, die werdenden Eltern vom Schicksal unabhängig zu machen und ihnen die Gestaltung ihrer Zukunft an einem wesentlichen Punkt selbst in die Hand zu geben, macht es gleichzeitig abhängiger davon, daß alles gut geht. Solange die Entscheidung Pränataldiagnostik überwiegend in dieser Weise gefällt wird, daß problematische Konsequenzen ausgeblendet werden, sind die Nutzer/innen darauf angewiesen, daß sie Glück haben und ihnen nichts von dem passiert, was sie so angstvoll aus ihren Überlegungen ausgeschlossen haben (Friedrich et al. 1998, S. 175).

Die Studie untersucht sehr genau die Rahmenbedingungen der Schwangerenvorsorge und kommt u. a. zu dem Ergebnis, daß die Nutzung der Diagnostik in einen „Übergangsritus“ eingebunden ist. Die Schwangerschaft ist nicht etwa eine Krankheit, sondern Schwangerschaft ist ein bedeutungsvoller Übergang von einer Lebensstufe zur anderen. Übergänge, die einer biographischen Krise gleichkommen, werden in einer traditionsgebunden Gesellschaft von Übergangsriten markiert und begleitet. Dabei wird die Frau (Initiandin), die in eine neue Lebensphase eintreten soll, bestimmten Regeln unterworfen und symbolträchtigen Handlungen unterzogen, die einen Abschied von dem alten Zustand zelebrieren und den Neuanfang auf einer anderen Lebensstufe erleichtern sollen. Der Übergang zur Mutterschaft ist geprägt durch bekannte Rollenvorbilder, die wiederum Orientierung und Erfahrungswissen bei der Bewältigung der Schwangerschaftsambivalenzen anbieten. Die Kommunikation mit einem „erfolgreichen Modell“ stellt das höchstmögliche Identifikationsangebot in einer biographisch-normativen Krise dar. Es bietet Orientierung und Ermutigung, die eine Frau in diesem Übergangsprozeß braucht. Über den privaten Austausch hinaus gibt es nur noch einen weiteren Kontakt, zu dem die Mutter unausweichlich verpflichtet ist: der Besuch beim Frauenarzt. Der Arzt stellt für die Frau die Autorität des „erfolgreichen Modells“ dar. Er schlägt die Schritte vor und legt die Maßnahmen fest, denen die Schwangere folgen muß. Vom Arzt werden in diesem Zusammenhang Zugewandtheit, Lebenserfahrung und Empathie verlangt, und er

soll der Patientin zur Überwindung ihrer transitionsspezifischen Ängste helfen und Orientierung zur Übernahme der neuen Rolle anbieten (Friedrich et al. 1998, S. 186).

Natürlich sehen sich auch die Frauen den widersprüchlichen Vorgaben einer medizinischen Schwangerschaftsvorsorge ausgesetzt: Sie wollen als aufgeklärte und mündige Patientinnen ihre Rolle einnehmen und auf der Basis ihrer kritischen Einsicht und Selbstverantwortung zu Entscheidungen kommen, die ihre Lebenskraft nicht übersteigen. In der Struktur von Pränataldiagnostik liegt einerseits ein rationales medizinisches Handeln und andererseits stellt sie die unerkannte rituelle Antwort auf irrationale Bedürfnisse dar, d.h. es kann im Grunde keine eigenständige Entscheidung erfolgen, denn letztlich ist die Entscheidung der gehorsame Vollzug des Transitionsprozesses (Friedrich et al. 1998). Der Arzt möchte natürlich auch mit der Pränataldiagnostik die in Szene gesetzten Ängste, seelischen Spannungen und Zwiespältigkeiten gegenüber dem Ungeborenen neutralisieren und bewältigen, und die Anwendung der Verfahren verspricht darüber hinaus allen Beteiligten eine Entlastung. Beide Seiten versuchen sich also vor einer diffusen Angst zu schützen und diese Angst wird durch den Versuch der Vermeidung von Erkrankungen und Komplikationen sowie Ausschaltung von Risiken bei dem Ungeborenen (durch Pränataldiagnostik) für eine begrenzt überschaubare Zeit faßbarer gemacht. Denn im Warten auf ein gutes Ergebnis geht es jetzt nicht mehr um die langen Monate bis zur Entbindung, sondern um zwei bis drei Wochen bis zur Mitteilung des Testergebnisses!

Friedrich et al. (1998) verdeutlichen, daß nicht allein eine verstärkte medizinische Information und Aufklärung die Entscheidungskompetenz der Nutzer/innen erhöht, sondern daß es vielmehr nötig zu sein scheint, medizinische Schwangerenvorsorge und psychosoziale Beratung/Begleitung deutlich voneinander zu trennen. Der Studie zufolge sind Ärzte/Ärztinnen und Patientinnen zu sehr verstrickt in ein Geflecht von unbewußten, aber sehr wirksamen Erwartungen und Rollen bei der Bewältigung von Schwangerschaft als einer biographisch-normativen Krise.

Zum Beraten in diesem Sinne ist demnach nicht allein die medizinische Kompetenz erforderlich, sondern in erster Linie eine Beraterische psychosoziale Qualifikation. Denn wenn die Beweggründe für die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik eher psychosoziale Beweggründe sind (Angst vor einer neuen Rolle, Suche nach Orientierung), dann sollte Beratung von dem medizinischen Angebot der Pränataldiagnostik abgekoppelt werden.

Die mit dieser Technik eng verbundene, aber nur scheinbare Sicherheit, Gewißheit in einer ungewissen Lebenslage zu bekommen (Angst vor einem behinderten Kind), läuft den Ängsten und Unsicherheiten im Übergang zu einer neuen Lebensphase, zumindest was den Zeitpunkt anbetrifft, nicht entgegen. Dies wird aber nicht zum Anlaß genommen, eine Beratung aufzusuchen. Häufig werden Beratungsangebote erst in der Zeit der Entscheidungsfindung hinsichtlich eines Schwangerschaftsabbruchs infolge pränataldiagnostischer Ergebnisse aufgrund der Schwere der Diagnose gesucht. Es fragen aber auch Frauen Unterstützungsangebote nach, bei denen nach einer ersten Indikationsstellung weitere vorgeburtliche Untersuchungsmaßnahmen eingeleitet wurden, und die eventuelle Erkrankungen und Behinderungen in der Beratung reflektieren möchten.

#### 4 Wie hat das Profil psychosozialer Beratung auszusehen?

Da wäre zunächst festzustellen, daß psychosoziale Beratung an Merkmale, Standards und Rahmenbedingungen gebunden ist, die fester Bestandteil und somit Teil des Arbeitsinstruments sind. Wenn hier von psychosozialer Beratung gesprochen wird, sind institutionelle Beratungsangebote gemeint und nicht die psychosoziale Versorgung in psychotherapeutischen Praxen, genausowenig die humangenetische Beratung, die Teil der medizinischen Versorgung ist. In einem humangenetischen Beratungsgespräch geht es grundsätzlich darum, im Rahmen des Risikomanagements eine bestimmte medizinische Frage zu beantworten. Die humangenetische Beratung wird – und dies ist ein gravierender Unterschied – von Ärzten mit entsprechender humangenetischer Qualifikation durchgeführt.

Psychosoziale Beratung ist nicht allein mit Aufklärung und Information zu beschreiben, auch wenn diese Elemente Bestandteile sind. Es wird fast immer, auch in der psychologischen Diskussion, das Alltagsverständnis von Beratung vorausgesetzt und daran angeknüpft: sich mit jemandem beraten, sich Rat holen oder ratlos sein. Auf der Grundlage dieses Alltagsbezugs werden Konzepte und Analysen von Beratung dann jeweils in den Kontext eines schon vorher bestehenden Arbeitsfeldes (Sozialarbeit, Gesundheitsversorgung, Bildungswesen) entwickelt. Dabei orientiert sich Beratung immer an den Bedürfnissen der Ratsuchenden und soll deren Selbstständigkeit stärken. Nicht die Defizite und „Störungen“ stehen im Vordergrund, sondern die Fähigkeiten und Ressourcen der ratsuchenden Menschen. Beratung ist die professionelle Verständigung zwischen (mindestens) zwei Personen, von denen (wenigstens) eine – die Ratsuchende – ein Problem hat, das mit Hilfe der Beratung gelöst werden soll, und (mindestens) eine andere – „beratende“ Person den expliziten Auftrag hat, zur Problemlösung in kommunikativer Weise beizutragen; d. h. durch strukturierte Gesprächsführung dafür sorgt, daß die Beteiligten:

1. einander ihr inneres Erleben (authentisch) zum Ausdruck bringen,
2. akzeptable Beziehungsregeln miteinander aushandeln,
3. sich gegenseitig über empirische Sachverhalte wahr informieren und
4. effiziente Maßnahmen gemeinsam planen (Redlich 1997, S. 159).

Psychosoziale Beratung bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die psychische Dimension, also das, was Personen in einer sozialen Situation auf das soziale Feld bezogen wahrnehmen, fühlen und denken, mit der sozialen Dimension, also dem was Personen in einem sozialen Feld an Erwartungen und Aufgaben entgegenkommt, so wie das, was sie in einer Situation aufeinander bezogen tun, so verknüpft wird, daß die beteiligten Personen wahrnehmungs- und handlungsfähig bleiben (Großmaß 1997, S. 132).

Durch die Institutionalisierung erfährt die Beratung letztlich eine Professionalisierung, denn durch die Etablierung im institutionellen Sinn entsteht eine neue Realität: Psychosoziales wird per Delegation zum Arbeitsauftrag. Eine Organisation, Institution, übernimmt die Produktion und die Vermittlung von Orientierungswissen über ein bestimmtes soziales Feld. Nach innen bezogen auf die Klientel bedeutet dies personen-

orientierte psychosoziale Kommunikation, bezogen auf das Feld der Organisation: es wird über psychosoziale Kommunikation kommuniziert.

Wenn nun in einem Bereich psychosoziale Beratung eingerichtet wird, dann nicht etwa nur deshalb, weil damit auf einen deutlich gewordenen Bedarf reagiert würde. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Liberalisierungsmaßnahme für die öffentliche Gesundheits- und Sozialfürsorge. Psychosoziale Beratung entsteht vielmehr aus Modernisierungskrisen heraus, d.h. aus den dabei entstehenden psychosozialen Defiziten sowie den damit verbundenen Konflikten. Erst in einem zweiten Schritt, wenn sich die Beratung deutlicher Resonanz erfreut, wird diese Innovation anerkannt und institutionalisiert. Sie wird damit auch zu einer politisch administrativen Form, gesellschaftliche Konflikte zu bewältigen und zu befrieden (Großmaß 1997).

Das Angebot institutionalisierter Beratung ist für gesellschaftliche Konfliktsituationen in bezug auf die Lobbyarbeit eines Wohlfahrtsverbandes eine akzeptable Lösung, weil es auf mehreren Ebenen konfliktreduzierend ist, denn es wird in professionalisierter Form etwas von dem angeboten, was wirklich fehlt. Psychosoziale Beratungsangebote sind Angebote an unterstützender und explorierender Kommunikation und insofern mit der Erwartung verknüpft, daß gravierende Probleme und Störungen aufgefangen werden können. Beratungseinrichtungen stellen aber nicht nur die persönliche Verarbeitungsform der Ratsuchenden sicher, sondern sichern darüber hinaus in Form von Jahresstatistiken, Programmen, Berichten und Analysen ihrer Arbeit die Weiterentwicklung von Beratungsansätzen und -konzepten. Die Aufgabe psychosozialer Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik besteht demnach darin, Lösungswege für Probleme zu erarbeiten, die von der ratsuchenden Frau vor dem Hintergrund ihrer sozialen Biographie als emotional persönliches Problem erlebt werden. Es geht um Fragen der „privaten“ Lebensentscheidungen und Werte – Themen, die, wenn überhaupt, außerhalb von Seelsorge und Arztgespräch eigentlich nur in vertrauten, persönlichen Beziehungen angesprochen werden.

## 5 Zur Qualifikation und Kompetenz der Beraterinnen und Grundsätze der psychosozialen Beratung am Beispiel des DRK

Im Mittelpunkt eines psychosozialen Beratungsprozesses steht in aller erster Linie die Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratenden. Der kommunikative Kern dessen, was in der fachlichen Diskussion psychosoziale Beratung heißt, ist – und hierin liegt die Plausibilität der Klärung eines Lösungsprozesses – Zuhören, persönliche Anteilnahme, Ausdrücken von Verständnis, Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten, Entlasten von Schuldgefühlen. Die Wahrnehmung, Gestaltung und Handhabung dieser Beziehung setzt ein entsprechendes Handwerkszeug voraus. Die Beraterin muß entsprechende Beratungskompetenzen haben, sie muß über Grundlagenwissen in psychosozialer Diagnostik, Beratungstheorie und die Methodik der personenzentrierten Gesprächsführung verfügen. Neben einem vielfältigen fachlichen Wissen muß sie über ein hohes Maß an menschlicher Qualität verfügen, um den Ratsuchenden im Beratungsprozeß Problemlösungsstrategien aufzuzeigen, die sie in die Lage versetzen, ihre Probleme selbst zu bewältigen.

Um diesen hohen Anforderungen in der psychosozialen Beratung nachzukommen, ist eine Grundqualifikation als Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialarbeiterin, Diplom-Psychologin oder eine andere psychosoziale Schlüsselqualifikationen notwendig. Darüber hinaus verfügen die Beraterinnen über eine entsprechende Zusatzqualifikation, in der sie die grundlegenden und fortgeschrittenen Fertigkeiten in der Beratung „die Regeln des fachlichen Könnens“ erlernen. Insbesondere ist hier darauf hinzuweisen, daß auch die beratende Person als Teil des Gesamtsystems und in Abhängigkeit ihrer beruflichen Situation eine spezifische Problemsicht herstellt. Aus diesem Grund sind die Beraterinnen verpflichtet, an regelmäßiger Supervision, Fortbildungen und Fallbesprechungen teilzunehmen.

Die verschiedenen Träger von Beratungsstellen achten zur Verbesserung ihrer Beratungsleistung auch in den verschiedensten Kooperationsformen schon seit Jahren auf die Einhaltung dieser Standards. Es existieren dennoch keine einheitlichen Qualitätsprofile und Qualitätsstandards in bezug auf die Profession als Beraterin. Es gibt aber in bestimmten Beratungsbereichen wie z.B. der Schwangerschaftskonfliktberatung vom Gesetzgeber ein klar vorgeschriebenes Anforderungsprofil im Hinblick auf den Nachweis der Qualifikation als Beraterin. Dies führte beim Deutschen Roten Kreuz im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu der Entwicklung eines Curriculums zum Erwerb einer Zusatzqualifikation für Beraterinnen in Schwangerschaftsberatungsstellen, das als Voraussetzung für das Gelingen der Beratung unerlässlich ist und sich als konstitutives Element der Qualitätssicherung in diesem Bereich inzwischen etabliert hat.

Die Grundsätze des Deutschen Roten Kreuzes schließen ein Beratungsangebot vor, während und nach der Pränataldiagnostik als Teil einer universell verstandenen Hilfeleistungen mit in die Beratungsarbeit ein. Wie auch in den Fällen der Konfliktberatung nach § 219 StGB, in denen sehr oft eine Reihe von Problemen und Schwierigkeiten zusammentreffen, für die es spezielle Beratungsangebote gibt, müssen Beraterinnen immer wieder auch in der kurzen Zeit, die der Schwangerschaftskonfliktberatung zur Verfügung steht, Probleme bearbeiten, die einen Schwangerschaftskonflikt mitkonstituieren. Die Arbeit in den Schwangerschaftsberatungsstellen macht eine persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Schwangerschaft, Geburt und Abbruch, Gesundheit, Behinderung und Krankheit zwingend erforderlich und bedarf auch der Auseinandersetzung mit Werten und Normen in der Gesellschaft und der eigenen ethischen Haltung.

Unparteilichkeit ist eine Werthaltung, die sich jede Beraterin erarbeiten muß. Dazu bedarf es eines scharfen Blicks auf sich selbst, das Kennenlernen und bejahen der eigenen Persönlichkeit mit den eigenen Werthaltungen sowie der Reflexion der eigenen Person im gesellschaftlichen Kontext. Im zweiten Schritt braucht es einen scharfen Blick auf die individuellen Besonderheiten, um gemeinschaftlich Wege mit den Ratsuchenden zu entwickeln. In der Definition eines Grundsatzes des Roten Kreuzes heißt es: „Den Menschen nach dem Maß ihrer Not zu helfen“ (DRK 1996). Dies bedeutet: In einer unparteilichen unabhängigen Beratungsleistung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik unter Achtung der Menschenwürde, die damit verbundene Eigenverantwortlichkeit im Hinblick eines fundamentalen Lebenskonfliktes sicher zustellen. Der Grundsatz der Neutralität steht in engem Zusammenhang mit dem Grundsatz der Unparteilichkeit. Erst die Einnahme einer neutralen Position macht es möglich, Vertrauen

zu bilden, Vermittlungsversuche zu initiieren und Konfliktlösungen zu erarbeiten. Auch die Neutralität ist als innere Haltung zu verstehen, für die ein hohes Maß an Präsenz und Wachheit gegenüber den Prozessen erforderlich ist. Handlungsaufforderungen wie: „Der Würde des Menschen Achtung verschaffen, Leiden verhüten, Leben und Gesundheit zu schützen“ (DRK 1996), entsprechen dem Grundverständnis von Beratung im DRK. Darüber hinaus erfolgt die Beratung kostenlos und auf freiwilliger Basis.

## 6 Die strukturellen Bedingungen psychosozialer Beratungsangebote

Im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz von 1995 wird der Beratungsanspruch formuliert und festgelegt, daß Frauen und Männer das Recht haben, sich zu allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen. Durch diese rechtliche Würdigung allein, nehmen Frauen und Männer die Beratungsangebote noch lange nicht an. Zu diesem Anspruch auf Beratung gehören auch Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt eines Kindes. Warum dieses Angebot so wenig in Anspruch genommen wird, hat verschiedene Ursachen. Zum einen ist in der Öffentlichkeit nur wenig bekannt, daß die Schwangerschaftsberatungsstellen zu diesem Problembereich Beratung anbieten. Gleichzeitig bedarf es eines sehr hohen personellen Einsatzes, dieses Beratungsangebot flächendeckend und vor allem auch wohnortnah bekannt zu machen. Die Beratungsstellen verfügen über knappe personelle Ressourcen. Vor dem Hintergrund einer immer aufwendigeren Verwaltung der Beratungsleistungen in Schwangerschaftsberatungsstellen kann die qualitativ höchst kompetent geforderte psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik nicht ohne weitergehende strukturelle Verbesserungen gesichert werden. Damit dieses Beratungsangebot nicht wie in den meisten Fällen erst nach einem auffälligen Befund – häufiger sogar erst während der bangen Wartezeit – und selten vor der ersten Untersuchung als Angebot wahrgenommen wird, müßte ein ganzheitliches Angebot von Medizin und Beratung den Ratsuchenden zur Verfügung gestellt werden.

## 7 Resümee

Die pränatale Diagnostik hat sich von einer medizinischen Maßnahme, die im Einzelfall Schaden abwenden soll, zu einer Form der Qualitätssicherung entwickelt, die mit der Würde des Lebens der untersuchten Kinder nicht vereinbar ist (v. Renesse u. Fischer 2001). Es muß ein Anliegen sein, sich für die Gleichstellung von behindertem und unbehindertem ungeborenen Leben einzusetzen. Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind ein Ort, an die sich betroffene Frauen und Männer wenden können. Beratung ist aber nicht das Allheilmittel und sie kann auch die Wertungswidersprüche von Pränataldiagnostik nicht lösen. Daher besteht eine absolute Notwendigkeit, die

Verständigung im interdisziplinären Gespräch zu suchen, um eine unkontrollierte Verselbständigung technischer Entwicklungen zu vermeiden. Bedenken wir, daß 97-98% der Frauen, die die Amniozentese in Anspruch nehmen, einen normalen Befund erhalten (Schindele 1995), so sehen wir mit Sorge, daß dennoch die Diskussion um Krankheit und Behinderung fast ausschließlich unter dem Vorzeichen ihrer Vermeidbarkeit geführt wird. Eltern, die sich für ein behindertes Kind entscheiden, müssen dies im Vertrauen darauf tun können, daß ihnen die ganze Gesellschaft – der öffentliche Bereich und private Beziehungen – dabei Unterstützung zukommen läßt. Psychosoziale Beratung hat letztlich die Aufgabe der respektvollen Begleitung, und sie bietet den Frauen und Männern auf der Suche zu Entscheidungen von tragbaren Lösungen ihre Unterstützung an. Die strukturellen Voraussetzungen dafür sind allerdings noch völlig unzureichend. Hier ist dringender Handlungsbedarf in dem klassischen Bereich der Schwangerenvorsorge, in dem sich zwei Berufsgruppen (Ärzte und Hebammen) in einem hierarchisch ausgestalteten Kooperationsmodell um die Schwangere bemühen. Für den Bereich psychosozialer Beratung gilt es, die Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern und die Kooperation breit gefächerter, beruflich unterschiedlicher Disziplinen zu intensivieren. Eine zentrale Koordinationsstelle, wie die bestehende Arbeitsstelle Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin, könnte bei der Vermittlung der verschiedenen Berufsgruppen agieren und innovative Prozesse steuern. Die Beratungs- und Fortbildungsstandards psychosozialer Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin sind fortlaufend weiterzuentwickeln und in die bestehenden Qualitätssicherungsverfahren einzubinden. Darüber hinaus müßte für die Umsetzung dieses qualitativ hochwertigen Beratungsangebots ein verbesserter Schlüssel an Personalkapazitäten in den vorhandenen Beratungsstellen mit angemessener Finanzierung zur Verfügung stehen.

## Literatur

- Bode, S. (1997): Die Mutterschaftsrichtlinien – Änderungen im Abrechnungsverfahren und die daraus entstehenden Konsequenzen. Dr. med. Mabuse Nr. 110.
- Bundesärztekammer (1998): Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. Deutsches Ärzteblatt 95.
- Friedrich, H.; Henze, K.-H.; Stemmann-Acheampong, S. (1998): Eine unmögliche Entscheidung, Pränataldiagnostik: Ihre psycho-sozialen Voraussetzungen und Folgen. Berlin.
- Großmaß, R. (1997): Paradoxien und Möglichkeiten psycho-sozialer Beratung. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung – Bausteine für interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen, S. 111-136.
- Nippert, I. (1998): Wie wird im Alltag der pränatalen Diagnostik tatsächlich argumentiert? Auszüge aus einer deutschen und einer europäischen Untersuchung. In: Kettner, M. (Hg.): Beratung als Zwang, Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt a.M., S. 153-172.
- Redlich, A. (1997): Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung – Bausteine für interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen, S. 151-155.
- Schindele, E. (1995): Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg.
- Statuten der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung angenommen von der 25. Internationalen Rotkreuzkonferenz, Genf (10/86). In: Satzung des Deutschen Roten Kreuzes und weitere Rechtsgrundlagen August 1996, Bonn.

- 
- von Renesse, M.; Fischer, A. (2001): In: Ein Versuch zur Verständigung auf einige Grundlagen für die Entscheidung in der Biopolitik. Berlin.
- Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind. Ein psychosozialer Konflikt von Frauen aus systemischer Sicht. Heidelberg.
- Wolff, G. (2000): Genetische Pränataldiagnostik – Aspekte der Beratung und des § 218. Warum Beratung in der Pränataldiagnostik? In: Dokumentation der Arbeitstagung der EKFUL Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. Berlin, Nr. 15/2000, S. 11-23.

Anschrift der Verfasserin: Hanna Geier, Deutsches Rotes Kreuz-Generalsekretariat, Carstennstr. 58, 12205 Berlin.