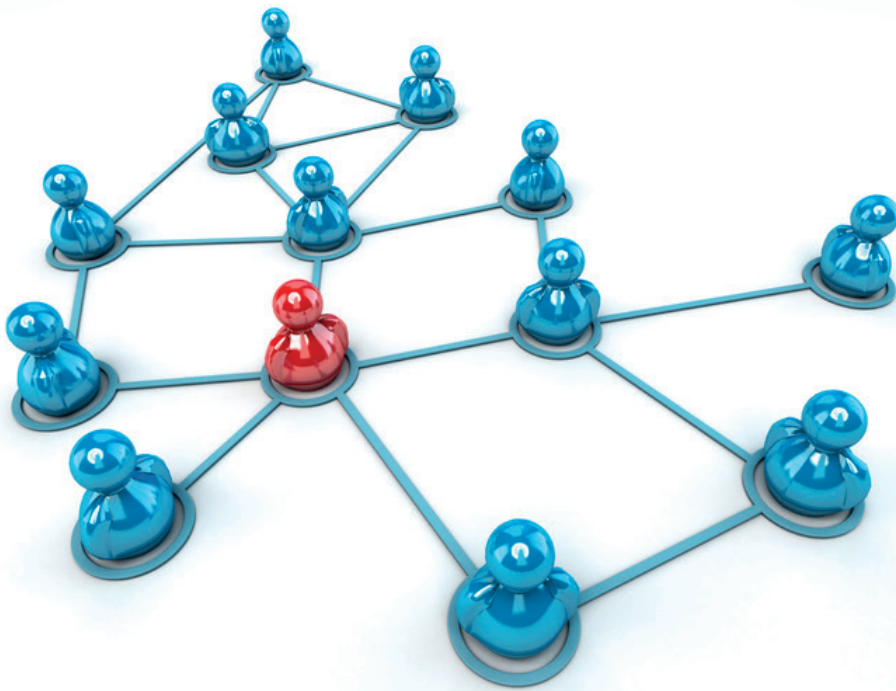




Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis



Fachgespräch
Strukturelle und qualitative Anforderungen
einer klientinnenorientierten Netzwerkbildung
Frankfurt, 16. Januar 2014



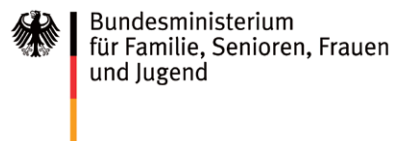
Impressum

pro familia
Bundesverband

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2014

Gefördert vom



Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis

Fachgespräch

Strukturelle und qualitative Anforderungen einer klientinnenorientierten Netzwerkbildung

Frankfurt, 16. Januar 2014

Einführung	Zum Thema	4
	Resümee	5
Vortrag 1	Anne Rummer	
	Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei PND und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd). Ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen des vom BMFSFJ geförderten Projekts zum Thema Kooperationen und Kompetenzen	7
Vortrag 2	Christa Wewetzer	
	Interprofessionelle Zusammenarbeit bei PND: Aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen aus Theorie und Praxis	13
Vortrag 3	Marit Cremer	
	Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis. Strukturelle und qualitative Anforderungen an eine klientinnenorientierte Netzwerkbildung	16
Vortrag 4	Marion Janke	
	Die Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik (luV) in Baden-Württemberg	18
Diskussion	Stand der Dinge und Blick in die Zukunft	20
Anhang	Empfehlungen aus dem Projekt Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd)	24
	Literatur und Links	26
	TeilnehmerInnen	27



Zum Thema

Als führender Verband in den Bereichen Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung in Deutschland arbeiten wir in bundesweit über 180 Beratungseinrichtungen multiprofessionell und interdisziplinär. Als eine der ältesten Familienplanungsorganisationen in Europa versteht sich der Verband nicht nur als Beratungsnetzwerk, sondern gleichermaßen als Kompetenznetzwerk. Vor diesem Hintergrund sind alle fachlichen Diskussionen, alle Qualifizierungs- und Vernetzungsmaßnahmen von und für Professionelle immer den Rechten und den Bedarfen der ratsuchenden Frauen, Männer und Paare verpflichtet.

Die Beratung bei Schwangerschaft bildet einen der Arbeitsschwerpunkte des Verbandes. Innerhalb dieses Themenbereiches haben die Beratungsangebote zu Pränataler Diagnostik in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, auch haben sich die Beratungen qualitativ verändert. Der Bedarf an Beratung entwickelt sich aufgrund der wachsenden Möglichkeiten im Bereich der vorgeburtlichen Untersuchungen sowie der immer präziseren Erkenntnisse, die sich aus PND ziehen lassen. Die Übergänge zwischen Schwangerschaftsvorsorge und Pränataldiagnostik sind heute auch aufgrund der Weiterentwicklung nicht-invasiver diagnostischer Methoden fließend geworden. Dadurch ist die Schwangerschaftsvorsorge aber auch ein hochkomplexes Feld geworden, das werdende Eltern in Entscheidungssituationen bringen kann, die einer Reflexion bedürfen oder die sie alleine nur schwer bewältigen können. Hier setzen unsere Angebote an.

Auch der Gesetzgeber hat auf diese Situation reagiert und zielte mit der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) sowie des zeitgleich vor vier Jahren eingeführten Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darauf ab, die ärztliche Beratung und Aufklärung von schwangeren Frauen sowie den Zugang zu psychosozialer Beratung im

Kontext der pränatalen Untersuchungen zu verbessern. Der §2a SchKG „Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen“ fordert zu Kooperationen zwischen den verschiedenen medizinischen Akteuren bzw. Disziplinen und psychosozialer Beratung auf. Auch Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände sollen in die Vernetzungsstrukturen einbezogen werden.

Seit der gesetzlichen Neuerung hat der pro familia Bundesverband unter Einbeziehung unterschiedlicher Akteure und Akteurinnen bereits mehrere Veranstaltungen zu Beratung im Zusammenhang mit PND durchgeführt. So standen 2011 die interdisziplinären Kooperationsstrukturen in Hessen im Fokus eines Fachgesprächs. Bereits damals konnten wichtige Handlungsbedarfe zur verbesserten Kooperation und Förderung der Versorgungsqualität identifiziert werden. Mit diesen Ansätzen sollten Fehlversorgungen wie mehrfache, falsche oder verzögerte Beratung vermieden werden. Im Jahr 2012 war das Thema eines weiteren interdisziplinären Austauschs die Bewertung und Einordnung des nicht-invasiven molekulargenetischen mütterlichen Bluttests und die Auswirkung dieser neuen Möglichkeit auf medizinische und psychosoziale vorgeburtliche Information und Beratung.

Gemeinsam und wieder in interdisziplinärer Zusammensetzung möchten wir an dieser Stelle anknüpfen und die aktuelle Situation vier Jahre nach Einführung der neuen Gesetzeslage betrachten. Aus der Begleitforschung und der Praxis ergeben sich zahlreiche Bedarfe sowie Empfehlungen zur qualitativen und strukturellen Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung, die hier zusammengetragen werden sollen.

Dabei soll der Fokus vor allem auf folgenden Fragestellungen liegen:

- Wie können wir den tatsächlichen Bedarf an Beratung von Frauen abschätzen?
- Welche qualitativen und strukturellen Voraussetzungen erwarten ÄrztInnen von Vernetzungsstellen?
- Wie werden die PND-Vernetzungsstellen und Schwerpunktberatungsstellen bewertet, die sich in Reaktion auf die neue Gesetzeslage herausgebildet haben? Ist ein Ausbau dieser Stellen anzuraten und wenn ja, welche fachlichen und strukturellen Anforderungen sind dafür nötig?
- Kommt es momentan zu Fehlversorgungen in diesem Bereich und wenn ja, wie sieht diese aus und wie ist diese aus Sicht der Medizin zu beheben?
- Benötigen wir mehr Transparenz und Klarheit in Hinsicht auf Kompetenzprofile der psychosozialen Beratung?

Hierzu werden der fachlichen Diskussion Impulsbeiträge vorangestellt. Wir hoffen, dass dieser Austausch verschiedener Verbände und Professionen mit hoher Fachlichkeit und großer Praxisnähe dazu beitragen wird, bedarfsgerechte professionelle Versorgungsstrukturen zu unterstützen.

Resümee

Das Fachgespräch war von einer Atmosphäre des Austauschs und der konstruktiven Kooperation geprägt. In den nächsten Jahren müssen Wege gefunden werden, diese Kooperationsbereitschaft in die Fläche zu tragen, möglichst viele ÄrztInnen, BeraterInnen und andere im Feld PND tätige Berufsgruppen in Netzwerke einzubinden, ihnen die Vorteile multiprofessioneller Beratung nahezubringen und Strukturen zu schaffen, die eine optimale Versorgung und Information von PatientInnen ermöglichen.

Vier Impulsreferate führten in den Themenkomplex ein. Das erste Referat gab einen Einblick in die Empfehlungen des 2012 abgeschlossenen Forschungsprojekts Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, das die Umsetzung der neuen Gesetzeslage begleitete. Mit Fokus auf die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und BeraterInnen wurden in dem Vortrag vorrangig folgende Aspekte hervorgehoben: der bedarfsorientierte Ausbau von PND-Zentren und deren Institutionalisierung, die Eingliederung von Beratung in ärztliche Aus- und Fortbildungscurricula, die Außendarstellung von psychosozialer Beratung sowie die Bildung von Kompetenznetzwerken für PND. Der zweite Vortrag widmete sich insbesondere den Fragen berufsspezifischer Hindernisse für interprofessionelle Zusammenarbeit bei PND und gab Impulse für eine sinnvolle und fruchtbare Zusammenarbeit. Die beiden folgenden Beiträge stellten Beispiele aus der Praxis vor: einerseits Tipps und Tricks für den Aufbau und die nachhaltige Gestaltung eines Netzwerks PND, die aus einem in Ostwestfalen-Lippe durchgeführten Vernetzungs-Projekt gewonnen wurden, und andererseits eine kurze Skizze der Arbeitsweise der fünf Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik (IuV) in Baden-Württemberg.





Im Austausch, der sich an die Vorträge anschloss, wurde zunächst festgestellt, dass die Beratung vor PND als Standardangebot in die Schwangerschaftsberatung integriert und breit zur Verfügung gestellt werden sollte. Psychosoziale Beratung vor PND kann insbesondere eine Entlastung für niedergelassene GynäkologInnen bedeuten. Diese sind bislang innerhalb der Kooperationsstrukturen wenig präsent. Dabei wurden auch innovative Modelle, wie eine mobile psychosoziale Beratung mit Sprechstunden in Arztpraxen und Krankenhäusern, angedacht.

Die Beratung nach PND ist hingegen eine hochspezialisierte Beratung mit eher kleinen Fallzahlen, die vorrangig in PND-Zentren vorgehalten werden sollte und für die gesondert Ressourcen bereitgestellt werden müssen. Insbesondere die Beschaffung von Ressourcen stößt in der Praxis häufig auf Widerstände.

Für die Akzeptanz von psychosozialer Beratung ist nach wie vor die persönliche Beziehung zwischen BeraterInnen und ÄrztInnen, die die Ratsuchenden vermitteln, von besonderer Bedeutung. Außerdem wurde betont, dass es gerade im Umfeld PND wichtig sei, psychosoziale Beratung niedrigschwellig, zeitnah und zeitlich flexibel bereitzustellen (vorgeschlagen wurde auch etwa: Online-Beratung/Präsenz in sozialen Netzwerken).

Die Gründe, die die Akzeptanz von psychosozialer Beratung bei schwangeren Frauen fördern beziehungsweise behindern, sind bislang allerdings kaum erforscht. Auch gibt es nur wenige Daten darüber, wie das Angebot der psychosozialen Beratung von Schwangeren empfunden wird. Hier besteht Forschungsbedarf.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Diskussion war der Umgang mit pränatalen Untersuchungsmethoden durch Ärzteschaft und Gesundheitssystem. Hier wurde die Gefahr der Pathologisierung der Schwangerschaft angesprochen, aber auch die Notwendigkeit der Qualitätssicherung ärztlicher Untersuchungen.

Nicht zuletzt wurde qualitätsgesicherte, niedrigschwellig zugängliche Information gefordert. Als wichtigste Informationsquelle wurde hierbei das Internet genannt.

Einen wichtigen Beitrag leistet die persönliche Beratung, die Raum und Zeit für Information und Bewältigung schafft und dabei insbesondere auch Menschen, die sich aus eigener Kraft in der Fülle der Informationen nicht zurechtfinden, unterstützt.

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass ÄrztInnen und BeraterInnen gemeinsame Ziele verfolgen, die in einem Netzwerk gebündelt werden können und in gemeinsamen Fortbildungen sowie gemeinsamer gesundheitspolitischer Arbeit münden sollten.

Ines Thonke

Medizinische Referentin, pro familia Bundesverband

Vortrag 1

Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei PND und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd). Ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen des vom BMFSFJ geförderten Projekts zum Thema Kooperationen und Kompetenzen

Anne Rummer

Im Folgenden sollen ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen des Projekts Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd) vorgestellt werden, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ) gefördert wurde. Die Studie wurde zwischen dem 1. Dezember 2009 und dem 30. November 2012 durchgeführt. Der Abschlussbericht des Projekts liegt vor und ist online zugänglich (Woopen/Horstkötter/Roth/Rummer 2013).

2010 hatte sich durch die Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) sowie die Einführung des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) eine neue Gesetzeslage in Hinsicht auf die ärztliche und die psychosoziale Beratung bei pränataldiagnostischen Maßnahmen und bei medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen ergeben. Das Projekt sollte die Umsetzung der Gesetzesregelungen wissenschaftlich begleiten, Hintergründe zum Beratungsverständnis aufdecken, geeignete Praxismodelle und Barrieren identifizieren sowie Empfehlungen für die Zukunft aussprechen. Zu diesem Zweck wurden in einer zweistufigen Fragebogenerhebung alle beteiligten Berufsgruppen befragt, es wurden leitfadengestützte Interviews an repräsentativen Einzelstandorten durchgeführt und die Veränderungen und ersten Ergebnisse wurden in die Organisationen der angesprochenen Akteure vermittelt sowie mittels eines Projektbeirats diskutiert, um Vernetzung zu fördern und weitere sinnvolle Maßnahmen für die Zukunft zu benennen.

Die Förderung multiprofessioneller Beratung für Schwangere im Umfeld PND ist eine zentrale Forderung der neuen Gesetzeslage. In der Schwangerenberatung lassen sich folgende Hauptakteure identifizieren: GynäkologInnen, PränatalmedizinerInnen, psychosoziale BeraterInnen, Hebammen und Geburtshelfer, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände sowie FachärztInnen unterschiedlicher Richtungen wie zum Beispiel Neonatologie, Kinderkardiologie und Humangenetik. Im Folgenden sollen vorrangig die drei zuerst genannten Gruppen als direkte Adressaten der gesetzlichen Regelungen näher betrachtet werden, die regelmäßig im Feld der Schwangerenberatungen zu beteiligen sind. Die Beratung durch die weiteren genannten Akteure war zwar auch Bestandteil der Forschung, kann hier aber nicht näher besprochen werden.

Beratungsverständnis von ÄrztInnen und BeraterInnen

Das Beratungsverständnis wird von verschiedenen Faktoren geprägt und differiert je nach dem Anlass für die Beratung sowie der Situation, in der die Beratung stattfindet, aber auch Ziele und Inhalte der Beratung und die Kompetenzen des Beratenden unterscheiden sich. Außerdem haben die Beratenden unterschiedliche Vorgaben zu beachten, darunter gesetzliche (GenDG, SchKG), untergesetzliche (zum Beispiel landesrechtliche Verwaltungsvorschriften) sowie berufsrechtliche und professionsinterne Regelungen (zum Beispiel von Trägern oder Verbänden).





Die genannten Faktoren sollen in Bezug auf ÄrztInnen und psychosoziale BeraterInnen kurz vorgestellt werden, um einen ersten Eindruck von den Schwerpunkten der unterschiedlichen Beratungsverständnisse zu geben.

Die Kompetenzen von ÄrztInnen bestehen in erster Linie in ihren medizinischen Kenntnissen. Eine Besonderheit der Beratungssituation liegt in dem Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin, das zumeist schon länger andauert. Die Beteiligten kennen sich und das Verhältnis ist häufig von Vertrauen geprägt. Auch die räumliche Situation ist bekannt. Ziel der ärztlichen Beratung ist die rechtswirksame Einwilligung der Schwangeren in medizinische und diagnostische Maßnahmen, die nach ärztlichem Ermessen in der spezifischen Situation sinnvoll erscheinen. Die Beratung ist damit zielgerichtet. Die Klientin soll in die Lage versetzt werden, eine informierte, selbstbestimmte Entscheidung über die konkrete Maßnahme zu treffen. Inhalt der ärztlichen Beratung sind vorrangig medizinische Aspekte, gemäß den Vorschriften des SchKG sind auch psychische, soziale und rechtliche Aspekte in die Beratung einzubeziehen.

Der psychosoziale Berater/die Beraterin hat seine/ihre wichtigsten Kompetenzen im Bereich der Beratung selbst. Die Ausgangslage ist eine völlig andere als bei einem ärztlichen Beratungsgespräch: Zumeist kennen sich Klientin und BeraterIn nicht, ein Vertrauensverhältnis muss erst noch hergestellt werden, die Klientin kommt in einer krisenbehafteten Situation in die Beratung. Ziel der psychosozialen Beratung ist ebenfalls eine selbstbestimmte Entscheidung der Klientin, allerdings anders als bei der ärztlichen Beratung ist die Beratung auf kein konkretes Ziel gerichtet. Der psychosoziale Berater/die Beraterin leistet eine ganzheitliche Beratung, die die Historie und die Persönlichkeit der Klientin umfasst und damit ein breiteres Feld absteckt als die ärztliche Beratung. Inhaltlich hat die psychosoziale Beratung eine Doppelrolle: Neben der eigentlichen psychosozialen Beratung, die nach PND häufig in einer Krisenintervention besteht und die auch sozialrechtliche Hilfen umfasst, muss der Berater/die Beraterin auch medizinische Fragen beantworten können. Hauptsächlich geht es darum, einen Raum zu schaffen und ausreichend Ruhe herzustellen, um für die Klientin den Boden für eine selbstbestimmte Entscheidung zu bereiten, die auf Dauer tragfähig ist.

Schon in diesen wenigen Stichpunkten wird deutlich, dass sich das Beratungsverständnis von ÄrztInnen und BeraterInnen deutlich voneinander unterscheidet, sich aber auch sehr gut ergänzen kann.

Ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen aus der Studie §imb-pnd

Die Rücklaufquote der Fragebogenerhebung der zweiten Erhebungsrunde der Studie von 2011, um deren Ergebnisse es im Folgenden gehen soll, lag bei den niedergelassenen GynäkologInnen bei 12,7 Prozent: Von 8.089 versandten Fragebögen kamen 1.025 beantwortet zurück. Obwohl also die Rücklaufquote innerhalb dieser Gruppe nicht sehr hoch war, konnte doch eine relativ hohe absolute Zahl an beantworteten Fragebögen ausgewertet werden. Fast ein Viertel der Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände beantworteten die Anfrage. Bei den 674 angeschriebenen GynäkologInnen mit Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM II) lag die Rücklaufquote mit fast 30 Prozent (29,8 Prozent oder 201 Fragebögen) deutlich höher als bei den nicht DEGUM-zertifizierten niedergelassenen GynäkologInnen. Von den hinzugezogenen ÄrztInnen antworteten über die Hälfte (51,8 Prozent oder 51 von 118 angeschriebenen ÄrztInnen). Die höchste Teilnahmebereitschaft zeigten die psychosozialen BeraterInnen: Hier kamen 58,2 Prozent oder 785 der 1.350 versandten Fragebögen zurück.

Aus den Ergebnissen der Studie wurden gemeinsam mit dem Projektbeirat insgesamt 13 Empfehlungen abgeleitet (siehe Anhang). Im Folgenden sollen einige Empfehlungen, die BeraterInnen und ÄrztInnen betreffen, näher betrachtet werden und dabei insbesondere wichtige Erkenntnisse, die zu diesen Empfehlungen führten, dargelegt werden.

Empfehlung Nr. 1 und 2 beschäftigen sich mit dem Ausbau der psychosozialen Beratung im Umfeld von PND. Sie empfehlen, diese vorrangig im Umfeld von PND-Zentren bedarfsorientiert auszubauen und dabei auf die bereits vorhandenen Strukturen zurückzugreifen. Zum Ausbau der Strukturen sollten gezielt Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Außerdem wurde zur Sicherstellung der Beratung in der Fläche die Institutionalisierung von Netzwerkberatungsstellen, wie sie in Sachsen und Baden-Württemberg bereits bestehen, in allen Bundesländern empfohlen.

Ein wichtiger Auslöser für diese beiden Empfehlungen waren die Strukturen der psychosozialen Beratung, wie sie sich in der Studie darstellten. MitarbeiterInnen von Beratungsstellen wurden befragt, welche Rolle die Beratung zu PND in ihrer Beratungsstelle jeweils spiele. Etwa zwei Drittel der Beratungsstellen (63,8 Prozent) gaben an, dass sie vor allem im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung auch zu PND beraten, etwa die

Hälfte (52,4 Prozent) berät in Einzelfällen nach auffälligem Befund und 13 Prozent führen keine Beratung im Zusammenhang mit PND durch (zum Beispiel weil sie die Ratsuchenden weiterverweisen). Nur 3,6 Prozent der Beratungsstellen führt Beratung zu PND schwerpunktmäßig durch. Das Angebot an psychosozialer Beratung im Zusammenhang mit PND scheint insgesamt nicht gleichmäßig über alle Beratungsstellen verteilt, sondern es findet an vielen Stellen sporadisch statt. Insofern scheint eine Bündelung der Fälle in spezialisierten Beratungsstellen sinnvoll.

Außerdem wurden die BeraterInnen an psychosozialen Beratungsstellen gefragt, von welchen pränataldiagnostisch tätigen Einrichtungen ihnen regelmäßig (das heißt mindestens einmal im Quartal) Schwangere nach auffälligem Befund vermittelt werden. Ein Drittel der Beratungsstellen (32,4 Prozent) gab an, mit einer gynäkologischen Praxis zusammenzuarbeiten, 25 Prozent mit einer Schwerpunktpraxis und jeweils ca. 18 Prozent mit einer Klinik mit und ohne Schwerpunkt PND. Allerdings arbeiteten deutlich weniger Beratungsstellen mit mehr als einer Institution zusammen: 20,7 Prozent arbeiteten mit mindestens zwei gynäkologischen Praxen zusammen, 10,3 Prozent mit Schwerpunktpraxen und nur 6 bzw. 4 Prozent mit mehreren Kliniken mit und ohne Schwerpunkt PND. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei der Befragung der ÄrztInnen. Die meisten GynäkologInnen und PränataldiagnostikerInnen gaben an, dass sie ein, zwei oder drei Beratungsstellen in ihrer Umgebung persönlich kennen und ihre Patientinnen bei einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund dorthin vermitteln. Bei fast 70 Prozent der GynäkologInnen und bei fast 80 Prozent der PränataldiagnostikerInnen war dies bei mindestens zwei Beratungsstellen der Fall. Nur 5,6 Prozent der GynäkologInnen und 2,9 Prozent der PränataldiagnostikerInnen gaben an, dass dies bei keiner Beratungsstelle gegeben sei.

Für den weiteren Ausbau der PND-Beratung scheint es wichtig, die vorhandenen Ressourcen gezielt einzusetzen. Nicht alle Beratungsstellen sollten sich auf die Beratung im Zusammenhang mit PND spezialisieren, sondern nur einzelne Stellen in gut erreichbarer Lage. Hier sollten MitarbeiterInnen durch Schulungen und Fortbildungen auf die speziellen Bedürfnisse von Klientinnen, die im Zusammenhang mit PND eine Beratung benötigen, vorbereitet werden.

Die Empfehlungen Nr. 6 bis 8 betreffen die Eingliederung von Beratung in das Aus- und Fortbildungsangebot von ÄrztInnen. Einerseits sollen pränataldiagnostisch tätige ÄrztInnen Anleitung für die Gesprächsführung bekommen, aber auch umfassender über Ziele, Arbeitsweisen und Nutzen psychosozialer Beratung informiert werden. Zudem sollte über die Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen im Sinne des SchKG (Bedeutung der Vermittlung, Zeitpunkt, Art der Vermittlung) gezielt informiert werden.

Die Studie gibt auch Aufschluss über die ärztliche Gesprächsführung bei auffälligem Befund. Einige Befragte wiesen darauf hin, dass die Gesprächsführung nicht immer ergebnisoffen stattfindet. Insofern scheint es wichtig, ÄrztInnen in ihrer Ausbildung sowie in Fortbildungen Techniken der offenen Gesprächsführung zu vermitteln. Auch über die Arbeitsweise und die Ziele psychosozialer Beratung besteht innerhalb der Ärzteschaft Informationsbedarf. Auch hier könnte ein Einspeisen dieser Informationen in die Aus- und Fortbildungscurricula helfen.

Die Pflicht zum Hinweis auf den Anspruch der schwangeren Frau (und ihres Partners) auf psychosoziale Beratung nach Mitteilung eines auffälligen Befundes ist gesetzlich festgelegt. Dennoch wurde in der Studie festgestellt, dass fast jede/r fünfte Gynäkologin und fast jede/r dritte PränataldiagnostikerIn eine Patientin im Falle eines auffälligen Befundes manchmal, selten oder nie auf ihren Anspruch auf eine psychosoziale Beratung hinweist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass weder die gesetzliche Hinweispflicht durchgehend bekannt ist noch die Bedeutung und der Mehrwert von psychosozialer Beratung. Hier scheinen Defizite in der Aus- und Fortbildung der ÄrztInnen auf, an denen gearbeitet werden muss.

Auch die Einstellungen, die zu bestimmten Fragen in der Ärzteschaft vorherrschen, lassen Maßnahmen in der ärztlichen Aus- und Fortbildung notwendig erscheinen. Auf die Frage, warum ÄrztInnen ihre Patientinnen mit auffälligem Befund nicht an eine Beratungsstelle verweisen, antworteten ca. 15 Prozent der ÄrztInnen mit DEGUM-Zertifikat, dass sie die psychosoziale Beratung selber leisteten. Es ist schwer einzugrenzen, was diese ÄrztInnen hier genau leisten, es unterscheidet sich aber sicherlich von dem Angebot der psychosozialen Beratung. Hier scheint den ÄrztInnen Wissen über dieses Angebot zu fehlen. Außerdem stimmten um die 20 Prozent der DEGUM-ÄrztInnen der Aussage zu, dass sie die Übermittlung ihrer Patientinnen an die psychosoziale





Beratung in der Regel nicht für sinnvoll erachten, weil die Patientinnen dies aus ihrer Sicht nicht wünschten. Auch hier werden Probleme in den Kommunikationsstrukturen deutlich: Hier antizipieren ÄrztInnen die Entscheidung der Frauen, statt ihnen diese selbst zu überlassen.

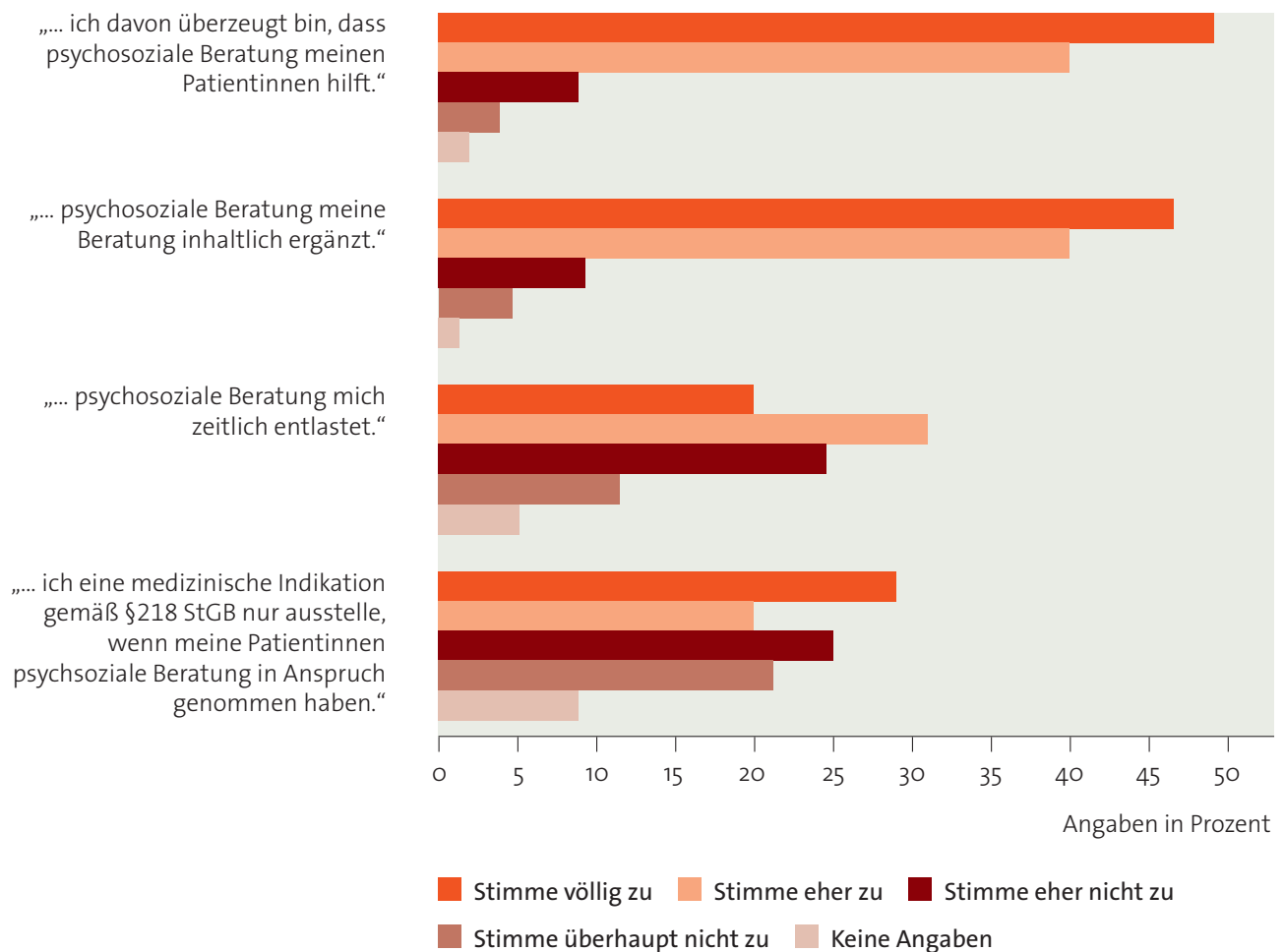
Deutlich wurde in der Befragung außerdem, dass umgekehrt Kenntnisse über die genauen Strukturen und die Inhalte und Ziele von psychosozialer Beratung dazu führen, dass ÄrztInnen ihre Patientinnen bei Bedarf regelmäßig in die Beratung vermitteln. Als Begründung für regelmäßige Vermittlung an psychosoziale Beratung gaben DEGUM-ÄrztInnen an, dass sie davon überzeugt sind, dass die Beratung ihren Patientinnen helfe oder die eigene Beratung inhaltlich ergänze (siehe Abb. 1).

Empfehlungen Nr. 10 und 11 behandeln die Außer-darstellung der psychosozialen Beratung und raten dazu, Kompetenzprofile zu erstellen und Schwerpunkte und Möglichkeiten der Beratungsstellen, aber auch der einzelnen BeraterInnen nach außen transparenter zu gestalten.

Eine große Mehrheit der GynäkologInnen mit und ohne DEGUM-Zertifikat wünscht sich eine differenzierte Information über das Angebotsspektrum von Beratungsstellen (jeweils über 80 Prozent) und über die Qualifikationen der einzelnen BeraterInnen (jeweils um die 70 Prozent). Außerdem wünschen sich an die 90 Prozent regionale Kontaktinformationen. Hier scheint also ein erhebliches Interesse bei den befragten GynäkologInnen zu bestehen.

Abb. 1: Ergebnisse aus der Erhebungsrunde II (2011): Einstellungen der Ärzteschaft (DEGUM n=200) zur psychosozialen Beratung

Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung: „Ich vermittele meine Patientinnen im Falle eines auffälligen pränataldiagnostischen Befundes in der Regel an psychosoziale Schwangerenberatungsstellen, weil ...“



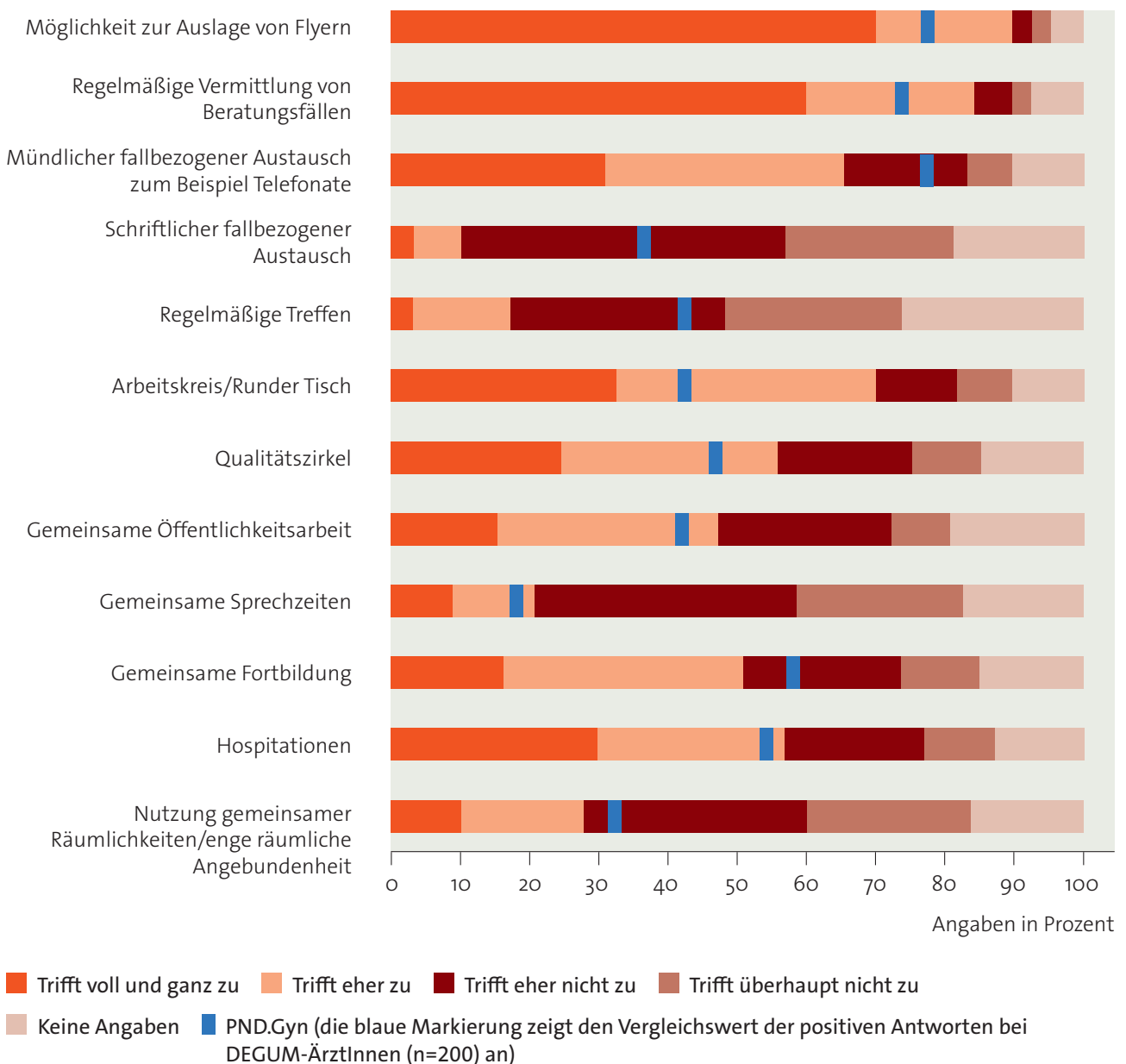
Die letzte Empfehlung, Nr. 13, rät zu einer flächendeckenden Bildung von interdisziplinären und multiprofessionellen Kompetenznetzwerken für PND, wie sie seit 2010 an vielen Orten in Deutschland eingerichtet wurden.

Die Befragung zeigte, dass die Initiativen von ÄrztInnen zur Kooperation mit psychosozialen Beratungsstellen deutlich effektiver waren als umgekehrt: Während unter 20 Prozent der Beratungsstellen häufig oder immer in Folge einer Kontaktaufnahme eine Kooperation her-

beiführen konnten, war dies bei über 70 Prozent der ÄrztInnen der Fall.

Ausgehend von diesen Ergebnissen sollten sich MitarbeiterInnen an psychosozialen Beratungsstellen klar machen, wo und wie sie sinnvoll agieren können, um ihre Aktivitäten nicht ins Leere laufen zu lassen. Auch hier bietet die Umfrage Ansatzpunkte. Die DEGUM-GynäkologInnen wünschten sich insgesamt häufiger als psychosoziale BeraterInnen einen fallbezogenen Austausch: Einen mündlichen fallbezogenen Aus-

Abb. 2: Ergebnisse aus der Erhebungsrunde II (2011): Bevorzugte Form der Zusammenarbeit bei psychosozialen BeraterInnen (n=652). „Welche der jeweiligen Formen der Zusammenarbeit sind aus Ihrer Sicht besonders wünschenswert?“





tausch wünschten sich ca. 65 Prozent der BeraterInnen und 77 Prozent der ÄrztInnen und einen schriftlichen fallbezogenen Austausch ca. 13 Prozent der BeraterInnen und ca. 38 Prozent der ÄrztInnen. Ein Austausch in Form eines Runden Tisches scheint hingegen bei den DEGUM-ÄrztInnen weniger beliebt, nur etwa 40 Prozent wünschten sich diese Form der Kooperation, als bei den psychosozialen BeraterInnen, wo um die 70 Prozent einen Runden Tisch begrüßen würden (siehe Abb. 2). Aufgrund dieser Differenzen scheint es sinnvoll, sich schon im Vorfeld über die gewünschte Zusammenarbeit auszutauschen.

Wichtig für die Zusammenarbeit, dies wurde schon in der ersten Erhebungsrunde festgestellt, sind Faktoren wie Motivation, zeitliche Verfügbarkeit, gegenseitige Wertschätzung der Arbeit, aber auch das persönliche Verhältnis – insbesondere Letzteres kann erst im Laufe der Zeit wachsen.

Ausblick

In Hinblick auf die Kooperation von GynäkologInnen, PränatalmedizinerInnen und psychosozialen BeraterInnen besteht auch weiterhin Verbesserungsbedarf. Kurz sollen noch einige untergesetzliche Regelungsmöglichkeiten genannt werden, die bislang keineswegs ausgeschöpft wurden. Denkbar wäre, die Vermittlungspflicht an psychosoziale Beratungsstellen im Falle eines auffälligen Befundes nach PND an prominenterer Stelle als bisher in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu platzieren. Die Vermittlungspflicht könnte ferner in Richtlinien der Bundesärztekammer Eingang finden. Die Berufsverbände der psychosozialen Beratung könnten Empfehlungen aussprechen, die zu Netzworkebildung und Kooperation anregen. Öffentliche Förderung von Kooperationen würden Ressourcen bereitstellen und Anreizsysteme schaffen, ebenso wie die Möglichkeit von Zertifizierungen. Die Einbeziehung des Themenkomplexes der psychosozialen Beratung bei PND in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von ÄrztInnen könnte das Verständnis innerhalb der Ärzteschaft für die Strukturen und Ziele der psychosozialen Beratung verbessern und damit auch den Zugang für KlientInnen in die psychosoziale Beratung erleichtern. Fortbildung ist auch ein sehr wichtiger Aspekt für BeraterInnen im Bereich PND, denn sie benötigen spezifisches und stets zu aktualisierendes Wissen, um die Beratung umfassend und kompetent, insbesondere auch bezüglich medizinischer Fragen, leisten zu können. ■

Interprofessionelle Zusammenarbeit bei PND: Aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen aus Theorie und Praxis

Christa Wewetzer

Die interprofessionelle Kooperation ist im Bereich der Schwangerenberatung zu PND ein zentraler Baustein, da nur durch sie gewährleistet werden kann, dass die Schwangere in diesem komplexen und ständig sich differenzierenden Feld eine ihren Bedürfnissen entsprechende, ganzheitliche und umfassend kompetente Beratung bekommt. Dabei können sich eine Vielzahl von Professionen und Institutionen sinnvoll in diese Beratungssituation einbringen, so niedergelassene GynäkologInnen, Perinatalzentren, Kliniken (DEGUM II), HumangenetikerInnen, KinderärztInnen, Sozialämter und Behörden, Selbsthilfegruppen, sozialpädiatrische Zentren, pränataldiagnostische Praxen, Klinikseelsorge und Pfarrgemeinden sowie psychosoziale Beratungsstellen.

Da die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit im Umfeld von PND, wo sowohl komplexes medizinisches Wissen als auch professionelle Kompetenzen in Krisenintervention und Beratung benötigt werden, auf der Hand liegt, werden Kooperationen gerade hier häufig begrüßt, aber zugleich scheitern diese Initiativen sehr oft. Diese Diskrepanz war der Ausgangspunkt für das am Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) zwischen Herbst 2011 und Sommer 2013 durchgeführte Projekt Vernetzung und Kooperation in der Schwangerenberatung und -betreuung bei Pränataldiagnostik. Als Ergebnis dieses Projektes liegt nun ein Buch vor, das die Erkenntnisse der Projektphase bündelt und Beiträge von Autoren unterschiedlicher Fachrichtungen präsentiert (Wewetzer/Winkler 2013).

Eine Definition für interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hat unter anderem Karl Kälble vorgelegt: „Interprofessionelle oder Berufsgruppen übergreifende Kooperation im Gesundheitswesen heißt, dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen

mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinn einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden.“ (Kälble 2004, S. 40)

Im Folgenden sollen einige Aspekte innerhalb des Feldes interprofessioneller Zusammenarbeit bei PND dargestellt werden, die um zwei zentrale Fragen kreisen: Welche Hindernisse lassen sich für Kooperationen im Bereich PND identifizieren und welche Voraussetzungen fördern die Zusammenarbeit?

Schnittstellen interprofessioneller Zusammenarbeit

Bei einer interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben sich eine ganze Reihe von Schnittstellen, die häufig von der jeweiligen Profession mit anderen Vorgaben belegt sind. In Kooperationsstrukturen sollte man sich der unterschiedlichen Ausgangssituation bewusst sein, um Missverständnisse zu vermeiden und eine gute Kooperation zu ermöglichen.

Die Angehörigen einer Berufsgruppe durchlaufen eine berufliche Sozialisation – die Arbeit und die Arbeitsbedingungen beeinflussen die psychologische Entwicklung einer Person. Diese Sozialisation unterscheidet sich im ärztlichen Bereich von derjenigen im Kontext psychosozialer Beratung oder in der Behindertenarbeit. Daraus ergeben sich unter anderem unterschiedliche Kommunikationsstile. So kommunizieren in der Beratung Tätige eher beziehungsorientiert, während





Angehörige medizinischer Berufe eher entscheidungs- und faktenorientiert argumentieren. Um sich innerhalb von Kooperationsstrukturen austauschen zu können, müssen insbesondere die unterschiedlichen Kommunikationsstile verstanden und akzeptiert werden.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Beziehung zwischen Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen ist die Vorstellung, die sie von der jeweils anderen Berufsgruppe haben. Diese kann von Vorurteilen und Stereotypen geprägt sein. Dies gilt es aufzubrechen.

Ebenfalls zu beachten sind die unterschiedlichen Organisationsstrukturen, innerhalb derer die unterschiedlichen Berufsgruppen agieren. Wenn Hierarchien bestehen, sollte man die Position des Kooperationspartners innerhalb der internen Hierarchie kennen. Entscheidungswege funktionieren hier anders als innerhalb von teamorientierten Strukturen, wie sie beispielsweise in Beratungsstellen vorherrschen. Niedergelassene Gynäkologinnen, die häufig alleine arbeiten, sind wiederum anderen Rahmenbedingungen unterworfen. So müssen sie beispielsweise, mehr als ihre KollegInnen im Krankenhaus oder der Angestellte in einer Beratungsstelle, als Unternehmer die Wirtschaftlichkeit ihrer Tätigkeit im Auge behalten.

Außerdem kann der übergeordnete Auftrag einer Institution das Verhalten von MitarbeiterInnen beeinflussen – er kann in Bezug auf PND und den Umgang mit Schwangerschaftskonflikten sehr unterschiedlich sein. So entwickeln zum Beispiel konfessionell gebundene oder öffentliche Krankenhäuser, Beratungsstellen eines freien Trägers oder einer staatlichen Stelle häufig eigene Leitbilder, in denen sie ihre Werte und Ziele darstellen. Sie dienen der Darstellung nach außen und der Identifikation ihrer MitarbeiterInnen mit der Einrichtung. Die rechtlichen Grundlagen für die Beratung sind unterschiedlich. Während die Anforderungen an die ärztliche Beratung im SchKG und im GenDG relativ genau umschrieben sind und eine ärztliche Hinweispflicht auf psychosoziale Beratung prinzipiell festgelegt wurde, ist die Umsetzung durch Kooperation im Gesetz nicht genau umrissen. Auch arbeitsrechtliche Vorschriften differieren und die Zielvorgaben der psychosozialen Beratung sind gänzlich andere als die der ärztlichen Beratung. Das Beratungsverständnis und die Ausbildung für Beratung unterscheiden sich ebenfalls je nach Institution und Berufsgruppe.

Es ist sinnvoll, sich die zuvor genannten unterschiedlichen Ausgangspunkte, die durch den Beruf und den differierenden institutionellen Rahmen vorgegeben werden, bewusst zu machen, bevor man sich an einer Kooperation beteiligt. Ein besseres Verständnis für die Situation des Kooperationspartners vermeidet Missverständnisse und erleichtert eine Zusammenarbeit oder macht diese sogar erst möglich.

Empfehlungen für eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Empfehlungen, die im Folgenden vorgestellt werden sollen, kommen vorrangig aus der Organisations- und der Kommunikationspsychologie und sind für diesen Vortrag im Wesentlichen den Beiträgen von Kälble und Staar zu der oben genannten Publikation entnommen (Wewetzer/Winkler 2013).

Am Anfang jedes Kooperationsprojekts steht eine Bestandsaufnahme. Es sollte geklärt werden, mit wem bereits eine Zusammenarbeit besteht und in welcher Form sie umgesetzt wird. (Gibt es persönliche oder telefonische Kontakte? Ist die Kooperation bereits formalisiert? Gibt es verbindlich formulierte Ziele?). Außerdem sollte bewertet werden, ob die Kooperation ausreichend ist oder verbesserungsfähig. Dabei ist eine gemeinsame Zielvorstellung aus organisationspsychologischer Sicht ein zentrales Element für eine funktionierende Zusammenarbeit. Schließlich muss gefragt werden, welche neue Kooperation wünschenswert und sinnvoll ist, was man damit bewirken möchte und in welcher Form zusammengearbeitet werden soll.

Eine Kooperation zwischen zwei Institutionen beginnt mit der Suche nach motivierten Personen. Ein gegenseitiges Kennenlernen, zum Beispiel durch Hospitation, vermittelt Einsicht in den jeweiligen Aufgabenbereich und die Arbeitsweise. Auf der organisatorischen Ebene sollte eine formelle Beauftragung der MitarbeiterInnen stattfinden, die persönlich zuständig für den Aufbau und die Pflege der Netzwerkarbeit ist. Für diese wichtige Aufgabe müssen Ressourcen (Arbeitszeit) bereitgestellt werden. Außerdem muss ein struktureller Rahmen geschaffen werden, um Inhalte der Netzwerkarbeit für die eigene Einrichtung zu nutzen.

Auf der berufs-politischen Ebene sollte versucht werden, die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zu verbessern, um die professionelle psychosoziale Beratung noch stärker in die medizinische Schwangere-
renvorsorge einzubinden. Auf politischer Ebene sollte für die Förderung von Projekten zur Kooperationen geworben werden.

Abschließend sei auf vier gelungene Projekte zu interprofessioneller Kooperation im Bereich PND hingewiesen:

- Modellprojekt Interprofessionelle Kooperation bei PND der Evangelische Konferenz für Familien und Lebensberatung e.V. (EKFUL) zusammen mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV)
(www.ekful.de/index09c4.html)
- Birgit Mayer-Lewis: Best Practice-Leitfaden Psychosoziale Beratung bei pränataler Diagnostik. ifb-Materialien 3-2010 (www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2010_3.pdf)
- Fünf Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik (IuV) in Baden-Württemberg (www.pnd-beratung.de)
- Beratung und Begleitung bei pränataler Diagnostik. Empfehlungen an evangelische Dienste und Einrichtungen für eine geregelte Kooperation (www.ekful.de/fileadmin/EKFUL/DATA/DOCUMENTS/BIBLIOTHEK/Handreichung_PND.pdf) ■



Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis. Strukturelle und qualitative Anforderungen an eine klientinnenorientierte Netzwerkbildung

Marit Cremer

Im Folgenden sollen ausgehend von den Erfahrungen aus dem Modellprojekt Interprofessionelle Kooperation bei PND Tipps und Tricks für den Aufbau eines Netzwerkes gegeben werden, um ganz konkret zu zeigen, wie Akteure für die Mitarbeit in einem berufsübergreifenden Netzwerk gewonnen werden können und wie sich die Zusammenarbeit langfristig und nachhaltig gestalten lässt.

Träger des Projekts, das Ausgangspunkt der hier vorgestellten Überlegungen ist, ist federführend die Evangelische Konferenz für Familien und Lebensberatung e.V. (EKFuL) in Kooperation mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV). Das Projekt startete im September 2011 und endet im August 2014. Modellregion ist Ostwestfalen-Lippe und damit ein Raum, der städtisch und ländlich geprägte Gebiete umfasst. Ziel des von Aktion Mensch geförderten Projekts ist es, schwangeren Frauen und ihren Partnern im Kontext von PND schnell und unkompliziert Zugang zu psychosozialen Beratungsstellen, Hilfeangeboten der Selbsthilfe und der Behindertenhilfe zu verschaffen. Zur Umsetzung dieses Ziels wird eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich PND in der Modellregion und des Dialogs der Akteure vor Ort zu PND angestrebt. Konkret bedeutet dies den Aufbau von PND-Netzwerkstrukturen und die Initiierung verbindlicher Kooperationsvereinbarungen zwischen den Berufsgruppen.

Ablauf des Modellprojekts

Die EKFuL, die das Projekt initiierte, suchte sich zu Beginn Kooperationspartner am Modellstandort. Gewonnen werden konnten das Evangelische Beratungszentrum der Lippischen Landeskirche in Detmold, das Perinatalzentrum und die Frauenklinik des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld sowie die Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel mit dem Stiftungsbereich Bethel.regional. Mit den drei Partnern wurden ExpertInneninterviews durchgeführt, um einen Überblick über die im Bereich PND tätigen Akteure vor Ort zu erstellen und zu eruieren, mit wem bereits Kooperationen bestehen. Um das Projekt bekannt zu machen, wurde im Februar 2012 eine Auftaktveranstaltung in Bielefeld organisiert, die zahlreiche Akteure aus dem Bereich PND, die meisten davon aus der Region, zusammenführte. Diese wurden vorab recherchiert und in einem persönlichen Schreiben eingeladen, mit ihrer fachlichen Expertise an dem Projekt teilzunehmen. Aus ihnen konstituierte sich im Anschluss an die Tagung der Arbeitskreis Interprofessionelle Kooperation bei PND.

Der neu entstandene Arbeitskreis umfasst aktuell ca. 25 TeilnehmerInnen folgender Berufsgruppen: BeraterInnen aus Beratungsstellen verschiedener Träger, freie und angestellte Hebammen, Vertreterinnen von Hebammenverbänden, ÄrztInnen aus zwei Kliniken (Perinatalzentrum, Neonatologie, Pädiatrie), aus human-genetischen Praxen sowie aus gynäkologischen und

PND-Schwerpunktpraxen, KrankenhauseelsorgerInnen, VertreterInnen von Selbsthilfegruppen sowie MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe und der Frühförderung.

Niedergelassene ÄrztInnen ohne DEGUM-Zertifikat konnten für den Arbeitskreis nicht gewonnen werden, obwohl eine Teilnahme ausdrücklich gewünscht war. Die Begründung für eine Ablehnung der Mitarbeit war zumeist, dass niedergelassene GynäkologInnen sehr selten (ca. einmal in zwei Jahren) auffällige Befunde diagnostizieren und sich deswegen die Teilnahme an einem Netzwerk, das sich schwerpunktmäßig mit PND beschäftigt, für sie kaum lohnt.

Der Arbeitskreis trifft sich seit 2012 dreimal im Jahr für einen dreistündigen Workshop, jeweils am Mittwochnachmittag, an wechselnden Orten. Die Workshops werden bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe als Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert. In den moderierten Workshops stellten die TeilnehmerInnen in Kurzvorträgen ihren beruflichen Alltag, die besonderen Herausforderungen und Erfahrungen mit PND, ihr ethisches Verständnis von PND sowie bestehende Kooperationen vor. Auch aktuelle Entwicklungen im Bereich PND wurden vorgestellt und besprochen. Dieser Austausch von Informationen und Erfahrungen sowie themenzentrierte Arbeit in Kleingruppen bildeten die Grundlage für den Aufbau einer Kooperation.

Entstanden ist ein Netzwerk, in dem sich die Mitglieder wertschätzend und vertrauensvoll begegnen. Absprachen zur Zusammenarbeit werden auch informell außerhalb der Workshops getroffen. Besonderes Interesse besteht an fallbezogenen Besprechungen. Nach Ende der Projektphase im August 2014 wird sich der Arbeitskreis etwa vierteljährlich zu Fallbesprechungen treffen.

Aus der Evaluation des Projekts, die mittels leitfadengestützter ExpertInneninterviews durchgeführt wurde, wird deutlich, dass alle TeilnehmerInnen von dem Netzwerk beruflich und persönlich profitieren konnten. Bestehende Kontakte konnten intensiviert, neue aufgebaut werden. Die Akteure im Feld PND wissen mehr über die jeweilige Arbeit voneinander. Sie haben erfahren, welche Akteure es mit welcher Spezialisierung in der Region gibt, wer welche Aufgabengebiete betreut und an welche Einrichtung bzw. Person vermittelt werden kann. Damit hat sich die Handlungskette

deutlich verkürzt. Die Akteure wurden außerdem für die Problematik der Eltern behinderter Kinder sensibilisiert und haben konkretere Vorstellungen zum Thema Behinderung gewinnen können. Auf Basis ihres erweiterten Wissens können sie werdende Eltern besser beraten. Der Auftrag der Behindertenhilfe und der psychosozialen Beratung im Kontext von PND konnte zudem für die Beteiligten klarer umrissen werden.

Statt einer Zusammenfassung: Tipps und Tricks zur Netzwerkbildung

Hier nun zusammenfassend einige Tipps und Tricks, die dabei helfen, ein Netzwerk aufzubauen und nachhaltig zu gestalten:

- Verbündete am Ort suchen (erste Kontakte, Insiderinformationen)
- Unabhängige Koordinatorin (ohne Vorbehalte, keine Konkurrenzsituation, andere Berufsgruppe (hier: Soziologin))
- Bestandsaufnahme (Was gibt es vor Ort bereits?)
- Vorhandene Kooperationen einbeziehen
- Maßnahmen zur Identifizierung mit dem Projekt (Öffentlichkeitsarbeit, Gastgeber, Vorträge)
- Workshops mit Moderation
- Dokumentation (Protokoll) der Treffen
- Regelmäßige Teilnahme, aber auch gegenseitige Vertretung möglich
- Zertifizierung bei der Ärztekammer
- Termin: Mittwochnachmittag
- (Über)regionale Öffentlichkeitsarbeit
- Austausch mit anderen Modellprojekten
- Austausch mit anderen Berufsgruppen (zum Beispiel: Fachtag zur Diskussion über ethische Fragen im Umfeld PND)
- Informieren über interessante Literatur / neue Entwicklungen im Themenfeld



Die Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik (IuV) in Baden-Württemberg

Marion Janke

Die fünf Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik (IuV) bestehen in Baden-Württemberg nun seit vier Jahren. Sie sind an Schwangerenberatungsstellen verschiedener Träger in Böblingen, Karlsruhe, Mannheim, Stuttgart und Ulm angegliedert. Das Projekt wird vom Landesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren gefördert. Über die Projektphase hinaus, die am 30. Juni 2014 endet, sollen die Beratungsstellen dauerhaft in die Beratungslandschaft Baden-Württembergs übernommen werden.

Das Projekt hat eine trägerübergreifende Struktur, beteiligt sind pro familia Stuttgart, das Diakonische Werk Karlsruhe, der Sozialdienst katholischer Frauen in Mannheim, der Verein Familienplanung e.V. in Ulm und das Gesundheitsamt Böblingen. Für die Träger bedeutete diese Struktur anfangs eine Herausforderung auf Organisations- und Kommunikationsebene. Die gelungene Kooperation gibt dem Projekt nun aber eine solide Basis innerhalb der Gesellschaft, sodass diese anfängliche Hürde sich letztlich als eine der Stärken des Projekts erwiesen hat. Insbesondere die Beratung nach einem auffälligen Befund, die bei den KlientInnen häufig mit einer emotionalen Destabilisierung einhergeht, aber auch die Aufklärung über PND mit ihren unterschiedlichen ethischen Aspekten kann nur dann breitenwirksam sein, wenn eine hohe Akzeptanz für unterschiedliche Einstellungen nach außen getragen wird.

Die fünf Informations- und Vernetzungsstellen betreuen jeweils ca. 35 bis 40 Schwangerschaftsberatungsstellen. Sie fungieren einerseits als Schwerpunktberatungsstellen mit teilweise relativ hohen Beratungszahlen. So hat zum Beispiel die IUV-Stelle Stuttgart ca. hundert

Beratungen im Jahr. Die Beratungen werden von speziell qualifizierten, im Feld PND-Beratung versierten Kräften durchgeführt – meist ist eine Person pro IuV-Stelle für die Beratung zuständig, die sich aber auch trägerübergreifend vertreten. Andererseits sind die IuV-Stellen auch Anlaufort für konkrete Fragen von BeraterInnen aus den Beratungsstellen oder anderen Fachleuten. Sie nehmen also eine professionelle Mittlerposition ein, die zunehmend in Anspruch genommen wird.

Eine wichtige Aufgabe der IuV-Stellen ist außerdem die Qualitätssicherung. Hierzu werden kontinuierlich themenspezifische Fortbildungen angeboten, um die BeraterInnen für die Anforderungen im Handlungsfeld Pränataldiagnostik zu qualifizieren. Hier sollte man allerdings bedenken, dass die Fallzahlen für Beratungen zu diesem Thema nach wie vor relativ niedrig sind: Eine durchschnittliche Beratungsstelle in Baden-Württemberg macht nur bis zu fünf Beratungen jährlich rund um PND. Für kleine Einrichtungen lohnt sich die aufwendige Qualifizierung ihrer MitarbeiterInnen deswegen kaum, zumal sie aufgrund der schnellen medizinischen Entwicklungen in der Pränataldiagnostik und wachsender Anforderungen permanent fortgebildet werden müssen.

Zur Qualitätssicherung gehört auch die Unterstützung bei der Bildung und Pflege von regionalen Netzwerken. So wurde etwa mit Unterstützung der IuV-Stelle in Stuttgart eine Netzwerkbildung am Universitätsklinikum Tübingen vorangetrieben. Hier bestand Interesse und Bedarf, da am Klinikum Tübingen viel PND betrieben wird. Auch in der Region Stuttgart hat sich ein gut funktionierendes Netzwerk etabliert. Unter anderem trifft sich seit 2009 ein interprofessioneller Qualitätszirkel mit VertreterInnen aller Schwangerenberatungsstellen, der Ärzteschaft und weiterer Berufsgruppen (Hebammen,

Seelsorge). Der Qualitätszirkel ist zertifiziert, die TeilnehmerInnen können Fortbildungspunkte erwerben. Er umfasst aktuell ca. 15 bis 20 TeilnehmerInnen, die sich alle acht Wochen auf eigene Initiative zum fachlichen, fallbezogenen Austausch treffen. Anfangs war es etwas mühsam, TeilnehmerInnen zu motivieren, inzwischen ist der Kreis aber attraktiv. Für die Netzwerkarbeit steht in der IuV-Stelle in Stuttgart eine volle Stelle zur Verfügung, die auch benötigt wird, denn Netzwerkarbeit braucht Zeit.

Öffentlichkeitsarbeit ist ein weiterer wichtiger Teil der Arbeit der IuV-Stellen. Es gibt als Anlaufpunkt und „Gesicht“ der IuV-Stellen eine Internetseite (www.pndberatung.de). Zudem wurde ein Flyer entwickelt, der in verschiedenen Versionen die regional zuständigen Beratungsstellen auflistet. Den Flyer zu produzieren, bedeutete einen relativ hohen Aufwand, der Erfolg dieses Mediums stellte sich im Vergleich dazu als eher gering heraus. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit ist die Präsenz innerhalb der Bildungsangebote an Schulen.

Gerade in Schulen sollte auch das Thema Beratung vor PND angesprochen werden. Bislang wird die Beratung vor pränataldiagnostischen Maßnahmen kaum angefragt, obwohl sich die IuV-Stellen darum explizit bemüht haben. Es geht hier letztlich um eine grundsätzliche ethische Entscheidung und um eine Sensibilisierung der Gesellschaft für diese Fragen. Da reicht es nicht, die Schwangeren anzusprechen, sondern der Diskurs sollte in die Breite getragen werden. Hier scheint der Kontakt mit der Jugend ein vielversprechender Ansatzpunkt. ■



Stand der Dinge und Blick in die Zukunft

In der Diskussion waren alle Beteiligten insbesondere dazu aufgefordert, die Schwachstellen in der momentanen Versorgungssituation zu benennen und aus ihrer Sicht umsetzbare Lösungsmöglichkeiten aus der Praxis aufzuzeigen. Im Folgenden werden einige wichtige Aspekte der Diskussion kurz zusammengefasst.

Die Empfehlungen, die aus dem Projekt Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd) hervorgegangen sind (siehe Anhang), waren Teil des Forschungsvorhabens und wurden im Beirat diskutiert und mit allen beteiligten Akteuren abgestimmt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) plant ein Follow-up in ein bis anderthalb Jahren, um wissenschaftlich abzusichern, inwieweit die Empfehlungen realisiert wurden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat bereits verschiedene Aktivitäten eingeleitet, um auf die festgestellten Bedarfe in Hinsicht auf die Beratung bei PND zu reagieren. So ist geplant, ein Faltblatt sowie eine Broschüre zu PND zunächst ins Englische, dann ins Türkische zu übersetzen. Außerdem läuft aktuell eine Abfrage bei den Schwangerschaftsberatungsstellen, die in der Beratungsstellendatenbank auf www.familienplanung.de erfasst sind. Abgefragt wird, welche spezifischen Qualifikationen in Bezug auf die Beratung bei PND vorgehalten werden, welche Vernetzungen bestehen, ob Beratung auch in Fremdsprachen zugänglich ist etc. Die Ergebnisse werden in die Beratungsstellendatenbank einfließen. Die BZgA plant außerdem, Informationen über das Beratungsangebot der Schwangerschaftsberatungsstellen zum Thema PND auch für GynäkologInnen aufzubereiten, um das Spektrum der psychosozialen Beratung unter MedizinerInnen bekannter zu machen.

Beratung vor PND: Eine Aufgabe für niedergelassene GynäkologInnen und Schwangerenberatungsstellen

In Hinsicht auf psychosoziale Beratung bei Pränataldiagnostik steht zumeist die Situation auffälliger Befunde im Fokus der Netzwerkarbeit, also die Beratung nach PND. Allerdings kommt diese Situation in der Praxis bei niedergelassenen FrauenärztInnen selten vor. Deswegen engagieren sich auch wenige niedergelassene GynäkologInnen in PND-Netzwerkstrukturen.

Dies würde sich wahrscheinlich ändern, wenn ein Schwerpunkt auf Beratung vor PND gelegt würde, denn diese hat für GynäkologInnen einen wesentlich höheren Stellenwert. Etwa wenn der Frauenarzt/die Frauenärztin eine Schwangere bereits in der siebten oder achten Schwangerschaftswoche zu PND aufklärt, bevor in der neunten bis zwölften Woche nach Mutterschaftsrichtlinien der erste Ultraschall durchgeführt wird.

Die Beratung vor PND sollte zu den Standardangeboten innerhalb der Schwangerschaftsberatung gehören. BeraterInnen und ÄrztInnen sollten auf diesen Beratungsinhalt hin breit geschult werden und Kooperationsstrukturen bilden. Für viele KlientInnen bedeutet die psychosoziale Beratung eine Bereicherung, da sie andere Themen als die ärztliche Beratung umfasst. Für psychosoziale Beratung können größere Zeitfenster eingeplant werden – somit kann die psychosoziale Beratung auch eine Entlastung für die ÄrztInnen darstellen.

Vorgeschlagen wurde die Installation einer mobilen psychosozialen Beratung mit Sprechstunden in unterschiedlichen Arztpraxen. So könnte auch eine Versorgung strukturschwacher Gebiete gewährleistet werden.

Dennoch muss berücksichtigt werden, dass in der frühen Schwangerschaftsphase bereits umfassende allgemeine Informationen zur Schwangerschaft vermittelt werden und Information zu PND möglicherweise nicht das zentrale Interesse der Schwangeren darstellen.

Beratung nach PND ≠ Schwangerenberatung

Während alle SchwangerenberaterInnen auf die Beratung vor PND geschult werden können, benötigen BeraterInnen für die Beratung nach PND ein spezifisches medizinisches Wissen und die Bereitschaft, sich ständig fortzubilden. Nicht alle SchwangerenberaterInnen können oder wollen das leisten. Hier ist es wichtig, auf Freiwilligkeit zu achten. Aufgrund der bundesweit geringeren Fallzahlen wäre es auch nicht sinnvoll, alle SchwangerenberaterInnen in diesem umfassenden Gebiet zu schulen.

Daraus ergibt sich, dass die Beratung nach PND nicht innerhalb der normalen Schwangerenberatung zu leisten ist. Es sind folglich zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen nötig, um diese Aufgabe umzusetzen. Ein zentrales Ziel für die Zukunft ist es, diese zusätzlichen Ressourcen dauerhaft zu installieren. Denkbar wäre es, die Beratung nach PND in die medizinische Versorgung zu integrieren und eine Übernahme durch die Krankenkassen, wie sie beispielsweise bei Müttern mit Frühgeburten praktiziert wird, zu erreichen. Netzwerke sparen Ressourcen. Auch deswegen sollte auf eine vermehrte Kooperation gesetzt werden. Andererseits müssen für die Netzwerkpflge auch Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Der Bedarf an hoher Spezialisierung zur Beratung nach PND bei gleichzeitig relativ geringen Fallzahlen legen es nahe, diese spezielle Beratung nicht in jeder Beratungsstelle anzubieten sondern sie in Zentren zusammenzuziehen.

Beratung braucht ein Gesicht

Aus der Praxis wurde berichtet, dass die Weiterleitung in die psychosoziale Beratung immer dann besonders gut funktioniert, wenn die weiterleitenden ÄrztInnen selbst von dem Angebot überzeugt sind. Deswegen sollte weiterhin daran gearbeitet werden, ÄrztInnen die Vorteile und die Möglichkeiten psychosozialer Beratung nahezubringen. Der direkte Kontakt zwischen ÄrztInnen und BeraterInnen hat sich als besonders wichtig erwiesen – Beratung braucht ein Gesicht.

Diese Erkenntnisse aus der Beratungspraxis überschneiden sich mit den Ergebnissen der oben vorgestellten empirischen Studie.

Schwellen beim Zugang zur psychosozialen Beratung

Beobachtet wurde, dass viele Frauen, die beispielsweise nach Feststellung eines auffälligen Befundes an die psychosoziale Beratung verwiesen werden, auch bei funktionierenden Kooperationsstrukturen dort häufig nicht ankommen. Als Gründe dafür sind vorstellbar, dass die Betroffenen sich innerhalb ihres persönlichen Umfelds Hilfe und Beratung suchen oder dass die Schwelle, eine weitere Beratung aufzusuchen, zu hoch ist. Denkbar wäre aber auch, dass die Frauen sich davor scheuen, ihre Geschichte mehrfach neu zu erzählen – insbesondere vor dem Entschluss zur Beendigung der Schwangerschaft aufgrund eines auffälligen Befundes haben Frauen teilweise schon etliche Beratungssituationen hinter sich gebracht. Dieser Aspekt wurde bislang von der Forschung nicht untersucht, weswegen auch nicht adäquat agiert werden kann.

Gute Erfahrungen wurden in der Praxis vorrangig dann gemacht, wenn psychosoziale Angebote niedrigschwellig und schnell verfügbar waren. So scheint die psychosoziale Beratung innerhalb eines Schwerpunktzentrums eher in Anspruch genommen zu werden. Hier sind die MedizinerInnen von dem Angebot überzeugt, kennen die BeraterInnen und verweisen direkt an diese. Die KlientInnen müssen keine weitere Schwelle überwinden. Allerdings hat auch ein neutraler Ort für die Beratung Vorteile, insbesondere wenn sich mit dem Krankenhaus oder der Praxis negative Erfahrungen verbinden.

Wichtig scheint zudem, psychosoziale Beratung außerhalb der üblichen Arbeitszeiten zeitnah anzubieten. Termine am Wochenende oder abends können auch die Partner häufig eher wahrnehmen. Gerade in Konfliktsituationen ist die Vergabe eines zeitnahen Termins wichtig, was von den Beratenden eine hohe Flexibilität fordert. Vorgeschlagen wurde auch, Online-Beratungen zur Verfügung zu stellen, die den Vorteil haben, direkt zugänglich zu sein.

Um die Frauen zu motivieren, in die Beratung zu gehen und den Wert der Beratung zu demonstrieren, könnten auch Beratungsgutscheine ausgehändigt werden. Eine andere Möglichkeit, die Akzeptanz zu steigern, besteht darin, Beratungen während der Wartezeiten in Praxen oder im Krankenhaus anzubieten.





Psychosoziale Beratung: gute Sache – schlechte Bezeichnung?

Bereits die Bezeichnung „psychosozial“ kann eine Barriere zum Beratungsangebot darstellen. Der Begriff psychosoziale Beratung braucht Erläuterung bei den Betroffenen, da viele, wenn sie die Begrifflichkeit erstmals hören, damit psychische oder soziale Probleme bzw. psychische Krankheiten assoziieren. Auch hier ist der Arzt/die Ärztin gefragt, die Bedeutung des Angebots mit wenigen Sätzen den Menschen nahezubringen („Jemand, der Zeit hat, der Ihnen die Sache weniger medizinisch darlegt“, „Ein Profi, der Sie auch emotional betreuen kann“, „Ein Ort, an dem es darum geht, wie Sie mit der Situation emotional umgehen“).

PND als gesamtgesellschaftliches Thema

Es ist wichtig, das Thema PND in die Öffentlichkeit zu tragen, um bereits vor der Schwangerschaft ein Bewusstsein für mögliche Konflikte zu schaffen und eine Auseinandersetzung mit den moralisch-ethischen Dimensionen anzuregen – dies nicht zuletzt auch bei Männern.

Eine geeignete Möglichkeit ist hier die Einbeziehung des Themenfeldes in die Sexualpädagogik. Insbesondere bei SchülerInnen wurde großes Interesse für die PND-Thematik mit seinen gesellschaftlichen und moralisch-ethischen Fragestellungen festgestellt. Auch eine umfassendere Einbeziehung des Themas in die medizinischen und sozialpädagogischen Studien-Curricula würde für eine größere Breitenwirkung sorgen.

Beratungs-marathon?

Diskutiert wurde auch die Frage, ob durch die Einführung der neuen gesetzlichen Vorgaben evtl. den Frauen ein Zuviel an Beratung angeboten wird. Leider gibt es kaum gesicherte Daten darüber, wie das Angebot der psychosozialen Beratung von Schwangeren empfunden wird. Hier besteht Forschungsbedarf.

„Guter Hoffnung“ gibt es nicht mehr ...

Es wurde kritisch angemerkt, dass aufgrund der vielen heutzutage möglichen Untersuchungen eine unbeschwerte Schwangerschaft kaum noch möglich ist. Es gilt, besonders darauf zu achten, welche Untersuchungen für welche Frauen sinnvoll sind und eine Schwangerschaft nicht mit unnötigen Untersuchungen zu überfrachten. Ca. 96 bis 98 Prozent der Schwangerschaften verlaufen unauffällig. Die Strukturen sollten so angelegt sein, dass gesunde Schwangerschaften nicht pathologisiert werden.

... aber eine optimale Schwangerschaftsversorgung sollte das Ziel sein

Untersuchungen sollten nur qualitätsgesichert angeboten werden. Wichtig ist dabei, Risikoschwangerschaften zu identifizieren, um sie unter eine besondere Beobachtung zu stellen. Es muss strukturell abgesichert sein, dass ÄrztInnen nur dann Untersuchungen durchführen, wenn sie dafür qualifiziert sind und diese auf einem hohen professionellen Standard durchführen können (Beispiel: Ersttrimesterscreening). Denn Studien weisen auf den Zusammenhang zwischen Entdeckungsrate von Anomalien beim Fetus und der Qualifikation und Erfahrung des Untersuchers sowie der Qualität der Geräte (vgl. das Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: IQWiG 2008).

Hinsichtlich der Abläufe hat sich die Situation in Deutschland seit der Neuregelung verschlechtert, da die Patientinnen zum Teil erst vier bis fünf Wochen später in Spezialpraxen mit besseren Ultraschallgeräten überwiesen werden.

Vorgeburtliche Untersuchungen können für Frauen belastend sein, sie können aber auch entlastend wirken. Viele Frauen sehen den ersten Ultraschall als Bestätigung, dass die Schwangerschaft in Ordnung ist. Dann erst denken sie über den Namen ihres Kindes nach, informieren den Arbeitgeber etc.

Abzuwarten ist auch, was die neuen nicht-invasiven Methoden zur Feststellung von Chromosomen-Anomalien im ersten Trimenon bewirken werden. Aktuell sollte der Präna-Test erst nach der zwölften Schwangerschaftswoche eingesetzt werden, da die Ergebnisse mit anderen Tests abgesichert werden müssen.

Recht auf Nichtwissen

Beachtet werden muss auch das Recht auf Nichtwissen – dies ist gesetzlich festgelegt. Eine Frau muss in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt festlegen zu können, was sie wissen möchte und was nicht. So hat sie beispielsweise beim Ultraschall im zweiten Trimenon die Möglichkeit zwischen einer Basis-Ultraschalluntersuchung und einer erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung“ zu entscheiden.

Der Arzt/die Ärztin muss die Entscheidung der Patientin respektieren und sich im Zweifel nicht anmerken lassen, wenn er/sie Auffälligkeiten bemerkt. Aus diesem Recht auf Nichtwissen können sich insbesondere dann problematische Situationen ergeben, wenn eine Patientin ihr Recht auf Nichtwissen geltend macht und damit möglicherweise das Kind gefährdet (beispielsweise bei einem Herzfehler).

Zugänglichkeit von Informationen

Die Informationen zu PND sollten für jeden rezipierbar und niedrigschwellig zugänglich sein und in die Lage versetzen, eine informierte selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

Als Beispiel für ein gelungenes Informationsmedium wurde auf die Broschüre zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft des Gemeinsamen Bundesausschusses verwiesen (G-BA 2013). Diese erklärt auf zehn Seiten die drei Basis-Ultraschalluntersuchungen und ihre Untersuchungsziele. Zwar wurde die Broschüre von den anwesenden ÄrztInnen insgesamt als hilfreich beurteilt, allerdings sei sie zu lang, um während eines Aufklärungsgesprächs beim Arzt/bei der Ärztin eingesetzt zu werden. Hier fehlen gut verständliche, kurz gehaltene Materialien, die das Aufklärungsgespräch unterstützen können.

Viele Schwangere und ihre Partner sind inzwischen dank des Internets sehr gut informiert. Allerdings ist nicht jede/r in der Lage, die vielen, qualitativ sehr unterschiedlichen Informationen im Internet zu filtern. Deswegen ist es eine wichtige Aufgabe für die Zukunft, Seiten mit qualitätsgesicherten Informationen im Internet zur Verfügung zu stellen und diese auch über soziale Netzwerke zugänglich zu machen.

Frauen und Paare benötigen aktuelle, qualitätsgesicherte Informationen auch zu den neuen nicht-invasiven Testmöglichkeiten in der Schwangerschaft. ■



Empfehlungen aus dem Projekt Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd)

(Woopen/Horstkötter/Roth/Rummer 2013, Seiten 40 bis 42)

Nr.	Was ist zu tun	Wer kann umsetzen?
1	Psychosoziale Beratung mit einem Schwerpunkt auf PND-Beratung sollte vor allem im Umfeld von PND-Zentren bedarfsorientiert ausgebaut werden. Dafür sollte analysiert werden, wo bereits Kooperationsstrukturen zwischen PND-Zentren und psychosozialen Beratungsstellen bestehen und wo ein Bedarf an weiteren Kapazitäten für PND-Beratung besteht.	Träger psychosozialer Beratungsstellen, DEGUM
2	Es sollte geprüft werden, ob und wo für den bedarfsorientierten Ausbau von psychosozialer PND-Beratung ein gezielter Ressourcenausbau notwendig ist, etwa durch die Förderung von psychosozialen Beratungsstellen mit Schwerpunkt PND. Um darüber hinaus auch die Schnittstelle zwischen PND-Schwerpunktberatung und psychosozialer Beratung in der Fläche zu gestalten, wird die Institutionalisierung von Netzwerkberatungsstellen analog Sachsen und Baden-Württemberg in allen Bundesländern empfohlen. Diese könnten einerseits selber PND-Schwerpunktberatung anbieten, zum anderen die Weiterverweisung von Schwangeren und die Vernetzung mit Beratungsstellen und eventuell mit Selbsthilfegruppen / Behindertenverbänden in der Fläche sicherstellen.	Länder
3	Es sollte analysiert werden, welche Selbsthilfegruppen / Behindertenverbände eine stärkere Einbindung in den Beratungsprozess bei PND wünschen, unter welchen Umständen sie das leisten können und wie ihr Einbezug in regionale Netzwerke unterstützt werden kann.	PND-Schwerpunkt-Beratungsstellen / Netzwerkberatungsstellen PND-Zentren Selbsthilfegruppen / Behindertenverbände
4	Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände sollten bei Bedarf unterstützt werden bei der Befähigung ihrer ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Begleitung und Beratung von Frauen / Paaren bei auffälligem pränataldiagnostischem Befund.	Bund und Länder
5	Pränataldiagnostikerinnen und Pränataldiagnostiker sollten angepasst an den ambulanten oder stationären Versorgungskontext mit den jeweiligen hinzugezogenen Ärztinnen und Ärzten Kooperationsvereinbarungen abschließen. Die Finanzierung der Beratung durch hinzugezogene Ärztinnen und Ärzte sollte sichergestellt werden.	DEGUM, BVNP, KVen und Verbände der Krankenkassen
6	In die Fortbildung für pränataldiagnostisch tätige Ärztinnen und Ärzte sollten Angebote aufgenommen werden, die die ärztliche Gesprächsführung bei Mitteilung eines auffälligen Befundes zum Inhalt haben – hier insbesondere mit dem Ziel, die Entscheidung der Schwangeren für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch erst einmal offenzuhalten.	DGGG, BVF, BVNP, DEGUM

Nr.	Was ist zu tun	Wer kann umsetzen?
7	<p>Medizinstudierende und angehende Gynäkologinnen und Gynäkologen sollten bereits in der Aus-, Fort- und Weiterbildung über Aufgaben und Arbeitsweisen psychosozialer Beratung, die durch Fachkräfte in anerkannten Beratungsstellen geleistet wird, aufgeklärt werden. Deshalb sollte das Thema in die Lernzielkataloge von Medizinstudentinnen und Medizinstudenten, in das Curriculum psychosomatischer Grundversorgung sowie in die Fortbildungen für DEGUM-Qualifizierungen integriert werden und der Nutzen durch Erfahrungsberichte sowohl von betroffenen Frauen/ Paaren sowie von behandelnden Gynäkologinnen und Gynäkologen und psychosozialen Beraterinnen und Beratern anschaulich vermittelt werden.</p>	<p>Med. Fakultätentag (NKLM), DGGG, BVF, BVNP, DEGUM, BÄK</p>
8	<p>In Fortbildungen für Gynäkologinnen und Gynäkologen sollte „Vermittlung an psychosoziale Beratung“ thematisiert werden und zwar hinsichtlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Bedeutung der Vermittlung, • des Zeitpunkts der Vermittlung und somit des situationsbezogenen Bedarfs der Schwangeren an psychosozialer Unterstützung (Bewusstseinsbildung, dass psychosoziale Beratung bereits zu einem frühen Zeitpunkt im Verlauf eines möglicherweise längeren diagnostischen Prozesses eine hilfreiche Unterstützung für die Schwangere und ihren Partner in einer sehr belasteten und angstbesetzten Zeit sein kann), • der Art der Vermittlung (Empfehlung einer persönlich bekannten Beraterin/ Beratungsstelle, Kontaktvermittlung durch die Ärztin oder den Arzt), • der Kompetenzprofile psychosozialer Beraterinnen und Berater • und der Kommunikation gegenüber der Patientin. 	<p>DGGG, BVF, BVNP, DEGUM</p>
9	<p>Es sollte leicht verständliches Informationsmaterial über Aufgabe und Nutzen psychosozialer Beratung im Kontext von PND auch in Fremdsprachen entwickelt werden.</p>	<p>Träger psychosozialer Beratungsstellen, BMFSFJ/ BZgA, Ärzteverbände</p>
10	<p>Die Träger psychosozialer Beratungseinrichtungen sollten ein Kompetenzprofil für die Beratung vor, während und vor allen Dingen nach PND erarbeiten, um eine Transparenz gegenüber Ärztinnen und Ärzten sicherzustellen.</p>	<p>Träger psychosozialer Beratungsstellen</p>
11	<p>In Beratungsstellenführern (zum Beispiel auf familienplanung.de) sollte das psychosoziale Beratungsangebot differenzierter dargestellt werden, um die Beratungsstellen mit einem Schwerpunkt in PND-Beratung besser identifizieren zu können. Es sollte auch deutlich werden, welche Beraterin oder welcher Berater über ein spezielles Kompetenzprofil für die Beratung bei PND verfügt. Ebenso sollte deutlich werden, welche Beratungsstellen fremdsprachliche Beratung im Kontext PND anbieten oder ein spezielles Kompetenzprofil für die Beratung von Frauen nichtchristlicher Religionsgemeinschaften haben.</p>	<p>Träger psychosozialer Beratungsstellen, BMFSFJ/BZgA</p>
12	<p>Es sollte ein Supervisionsangebot für pränataldiagnostisch tätige Ärztinnen und Ärzte und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden aufgebaut werden.</p>	<p>DGGG, BVF, BVNP, DEGUM Träger der SHG/BV</p>
13	<p>Es sollten flächendeckend interdisziplinäre und multiprofessionelle Kompetenznetzwerke für PND / Qualitätszirkel eingerichtet werden, bei denen alle Berufsgruppen und Selbsthilfegruppen / Behindertenverbände beteiligt sind. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten Qualifikationsnachweise bzw. Fortbildungspunkte für die Teilnahme erwerben können.</p>	<p>Ärzteverbände/ Landesärztekammern/ Träger psychosozialer Beratungsstellen/SHG/ BV</p>



Literatur und Links

G-BA (2013): Patienteninformation. Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten? Online unter: www.g-ba.de/downloads/83-691-324/2013-07-01_Merkblatt_Ultraschall_Heft.pdf (9.4.2014).

IQWiG (2008): Ultraschallscreening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien. Abschlussbericht vom 21.4.2008. Online unter: www.iqwig.de/download/S05-03_Abschlussbericht_Ultraschallscreening_in_der_Schwangerschaft.pdf (9.4.2014).

Karl Kälble (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärungen. In: Karl Kälble / Lotte Kaba-Schönstein (Hg.): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der sozialen Arbeit und der Pflege. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 29–41.

Christa Wewetzer / Marlis Winkler (Hg.) (2013): Beratung schwangerer Frauen. Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Pränataldiagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.

Christiane Woopen / Nina Horstkötter / Andrea Roth / Anne Rummer (2013): Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd). Abschlussbericht, hg. v. BMFSFJ, Berlin. Online unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Interdisziplin_C3_A4re-Beratung-Pr_C3_A4nataldiagnostik-Schwangerschaftsabbruch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (9.3.2014).

TeilnehmerInnen

Kristin Caumanns,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Marit Cremer,
Evangelische Konferenz für Familien- und
Lebensberatung e.V. (EKFuL)

Angelika Diggins-Rösner,
Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Dr. med. Angelika Dohr,
pro familia Münster

Barbara Ernst,
pro familia Landesverband Niedersachsen

Dr. med. Marion Janke,
Leiterin der Informations-und Vernetzungsstelle
Pränataldiagnostik, pro familia Stuttgart

Birgit Maiwald,
LEONA – Verein für Eltern
chromosomal geschädigter Kinder e.V.

Dr. Anne Rummer,
Vertreterin des Projekts §imb-pnd, Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Prof. Dr. med. Dietmar Schlembach,
Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Pränatal-
und Geburtsmedizin, Friedrich-Schiller-Universität Jena,
Universitätsklinikum

Dr. med. Claudia Schumann,
Deutsche Gesellschaft für psychosomatische
Geburtshilfe und Frauenheilkunde e.V. (DGPFPG)

Hannelore Sonnleitner-Doll,
pro familia Hessen

Dr. med. Johannes Steinhard,
Zentrum für Pränatalmedizin und Humangenetik,
Münster

Dr. Christa Wewetzer,
Zentrum für Gesundheitsethik, Hannover

Moderation

Dr. Ute Sonntag,
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Organisation

Dr. med. Ines Thonke,
pro familia Bundesverband, Frankfurt

Dokumentation/Redaktion

Dr. Claudia Caesar,
freie Lektorin

