

Pränataldiagnostik



Psychosoziale Beratung und Vernetzung
zur Unterstützung von Paaren

Inhalt

Editorial

Empfehlungen zur Beratung bei Pränataldiagnostik

Zentrale Ergebnisse der „Simb-pnd“-Studie

Anne Rummer

Erfahrungen der Informations- und Vernetzungs-(IuV)-Stelle zu PND bei pro familia Stuttgart

Marion Janke

Erfahrungen der pro familia Fachberatungsstelle Chemnitz

Emilia Didier, Uta Herrmann und Katrin Küchenmeister

pro familia Fortbildung zu Pränataldiagnostik

Mit mehr Fachkompetenz und Sicherheit psychosozial beraten und begleiten

Interview mit Ulla Noll-Reiter

Psychosoziale Beratung zu PND bei pro familia – der Normalfall?

Eva Zattler und Gerdi Walleitner

Anmerkungen aus der gynäkologischen Praxis

Pränataldiagnostik: Wie lässt sich die Kooperation zwischen ärztlicher Praxis und psychosozialer Beratung noch verbessern?

Claudia Schumann

Ingar Brüggemann – An der Sonne geradeaus

Perspektiven auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Ulrike Busch

IPPF European Network: Visionen und Aktionen für SRGR

Verena Mörath

Verabschiedung von Robert Bolz

pro familia Fachtagung und Bundesdelegiertenversammlung 2014

Tagungsbericht von Regine Wlassitschau

Aus den Landesverbänden

Schleswig-Holstein – „EigenSinnig“ – Neues Projekt für Menschen mit Behinderung

Hessen – Jubiläum in Hanau

Rheinland-Pfalz – Nachruf auf Gisela Thews

Kurzbericht und Termine

Impressum

ISSN 0175-2960 / 42. Jahrgang · 5,10 Euro

Herausgeber und Redaktion:

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.

Bundesverband, Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

Telefon: 069 26 95 779-0

Fax: 069 26 95 779-30

Internet: www.profamilia.de

E-Mail: info@profamilia.de

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Daphne Hahn

Redaktion: Prof. Dr. Daphne Hahn,

Regine Wlassitschau

Bezug: Für ein Einzelheft 5,10 Euro zuzüglich Versandkosten und einschließlich Mehrwertsteuer. Für ein Jahresabonnement 19,50 Euro (Ausland 21,50 Euro) einschließlich Mehrwertsteuer.

Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn nicht bis zum 30. September eines Jahres gekündigt wird. Das Jahresabonnement wird am Jahresanfang in Rechnung gestellt. Bestellungen richten Sie bitte direkt an den pro familia Bundesverband, Frankfurt.

Erscheinungsweise:

Vierteljährlich

Anzeigen:

Zur Zeit gelten die Mediadaten 1/2014

Layout:

Katharina Gandner

Druck: Strube OHG, 34584 Felsberg

Copyright:

©pro familia Bundesverband, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Frankfurt am Main.

Die Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Textinhalte geben die AutorInnenmeinung wieder und stimmen nicht zwangsläufig mit der Meinung der pro familia Redaktion überein. Dies gilt ebenfalls für Anzeigen und Beilagen.

Titel-Foto: copyright (c) plainpicture/Jump

3

4

8

11

14

17

20

24

26

28

29

30

31

31

31

Editorial

Pränataldiagnostik

Ein Thema mit Ambivalenzen, Widersprüchen, gesellschaftlicher und individueller Verantwortung

■ Die Versprechen auf Gesundheit bei entsprechend frühzeitiger Vorsorge haben sich mehr und mehr in unsere Überlegungen geschlichen und bestimmen unser Handeln, wenn wir zum Zahnarzt oder zu irgendeiner Art der Vorsorge gehen. Vollständig haben sie uns ergriffen, wenn wir die Zukunft unserer Kinder planen. Eltern nehmen heute bei jeder ihrer Handlungen die Zukunft ihrer Kinder in den Blick, zerbrechen sich den Kopf darüber, ob und welche Impfung dem Kind nützt, wie viel Sport der Entwicklung zuträglich ist und ob nicht das frühe Lernen eines Musikinstrumentes die späteren mathematischen Fähigkeiten fördern könnte? Das Vorsorgedenken hat sich seit Beginn des letzten Viertels im ausgehenden 20. Jahrhunderts mehr und mehr auch auf die Zeit vor der Geburt eines Kindes verlagert. Dies geschah, als mit vorgeburtlichen Diagnosemöglichkeiten lange vor der Geburt festgestellt werden konnte, ob das werdende menschliche Geschöpf genetische Abweichungen aufweist. Auf Eltern lastet heutzutage ein enormer Druck, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen und ein Kind in die Welt zu entlassen, das diesen Gesundheitsnormen nicht entspricht, bedeutet vor allem für die Eltern eine große Herausforderung, die sie überwiegend individuell bewältigen müssen.

Eine Entscheidung für oder gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft, wenn die Eltern nach einer Pränataldiagnostik den Befund auf eine Abweichung erhalten, fällt den meisten Eltern nicht leicht. Sie wissen um gesellschaftliche Normen von Gesundheit und können zumeist die Anstrengungen antizipieren, die die Bewältigung des Alltags mit sich bringen wird. Keinesfalls darf diese individuelle Entscheidung bzw. die Entscheidung eines Paares als Diskriminierung von Behinderung verstanden werden. Es wäre vermessen, werdenden Eltern die Verantwortung für den gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung zu-



zuweisen. Diese Entscheidung ist immer schwer und kann jedes Paar nur für sich fällen. Eltern befinden sich oft in einer kaum auszuhaltenden Zwickmühle: Sie sollen gesunde Kinder zu Welt bringen und auch schon vorgeburtlich alles dafür tun, gleichzeitig wird ihnen unterstellt, dass sie durch „Selektion“ zur Diskrimi-

nierung von Behinderungen beitragen. In einer Gesellschaft, in der weder Kindern mit Behinderung noch deren Eltern ausgegrenzt werden, könnte manche Entscheidung anders ausfallen.

Die Aufgabe der psychosozialen Beratung besteht darin, werdende Eltern zu unterstützen, sich selbst als handelnde und entscheidende Personen wahrzunehmen, so dass sie eine Entscheidung finden, die ihrer Lebenssituation entspricht und mit der sie langfristig leben können. pro familia hat einen sehr guten Ruf, was die psychosoziale Beratung betrifft. Wir arbeiten seit langem mit Standards, müssen diese aber auch weiterentwickeln. Die Herausforderungen auf eine hochprofessionelle, qualifizierte und empathische psychosoziale Beratung werden in den kommenden Jahren wachsen. Einige Fragen dazu haben wir für dieses pro familia magazin aufgegriffen, wie zum Beispiel, wann mit Information und Aufklärung begonnen werden sollte, was eine gute Kooperation ausmacht, wer daran beteiligt ist und wie sich aus Modellprojekten gut funktionierende regionale Vernetzungsstellen entwickeln können.

Ich wünsche viel Vergnügen beim Lesen des neuen magazins und freue mich wie immer auf Kommentare zum Heft.



Ihre
Prof. Dr. Daphne Hahn
pro familia Bundesvorsitzende

Wissenschaftliche Studie „§imb-pnd“

Empfehlungen zur Beratung bei Pränataldiagnostik

Anne Rummer

■ Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ) hat zwischen dem 1. Dezember 2009 und dem 30. November 2012 das Projekt „Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd)“ gefördert. Dieser Beitrag stellt ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen des an der Forschungsstelle Ethik an der Uniklinik Köln unter der Leitung von Prof. Christiane Woopen Durchgeführten Projekts vor. Der vollständige Abschlussbericht ist online verfügbar (www.bmfsfj.de/blaetterkatalog/200320/blaetterkatalog/index.html).

Gesetzgeber will multiprofessionelle Beratung fördern

Mit der Einführung des § 2a Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) und des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) hat der Gesetzgeber eine neue Gesetzeslage für die ärztliche und psychosoziale Beratung bei pränataldiagnostischen Maßnahmen und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen geschaffen. Zentrale Forderung der seit 2010 geltenden Regelungen ist die Förderung multiprofessioneller Beratung für schwangere Frauen im Zusammenhang mit PND. Direkte Adressaten der gesetzlichen Regelungen sind GynäkologInnen, Präna-

talmedizinerInnen und psychosoziale BeraterInnen.

Das Projekt §imb-pnd hat die Umsetzung der Gesetzesregelungen wissenschaftlich begleitet. Ziel war es, Hintergründe zum Beratungsverständnis aufzudecken, geeignete Praxismodelle und Barrieren zu identifizieren sowie Empfehlungen für die Zukunft auszusprechen. In einer zweistufigen Fragebogenerhebung wurden alle beteiligten Berufsgruppen befragt, ergänzend wurden leitfadengestützte Interviews an repräsentativen Einzelstandorten durchgeführt. Veränderungen und erste Ergebnisse wurden in die Organisationen der angesprochenen Akteure vermittelt sowie im interdisziplinär zusammengesetzten Projektbeirat diskutiert. Aus den Ergebnissen der Studie wurden gemeinsam mit dem Projektbeirat insgesamt 13 Empfehlungen abgeleitet. Im Folgenden werden einige Empfehlungen, die die Zusammenarbeit von BeraterInnen und ÄrztInnen betreffen, näher betrachtet und dabei insbesondere einige wichtige Erkenntnisse dargelegt, die zu diesen Empfehlungen führten.

Die Rücklaufquote der Fragebogenerhebung der zweiten Erhebungsrunde der Studie von 2011, um deren Ergeb-

nisse es im Folgenden gehen soll, lag bei den niedergelassenen GynäkologInnen bei 12,7 Prozent (1.025 Antworten auf 8.089 versandte Fragebögen). Trotz niedriger Rücklaufquote innerhalb dieser Gruppe konnte doch eine recht hohe absolute Zahl an Fragebögen ausgewertet werden. Bei den 674 angeschriebenen GynäkologInnen mit Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM II) lag die Rücklaufquote mit fast 30 Prozent (201 Fragebögen) deutlich höher als bei den nicht DEGUM II zertifizierten niedergelassenen GynäkologInnen. Die höchste Teilnahmebereitschaft zeigten die psychosozialen BeraterInnen: Hier kamen 785 von 1.350 (58,2 Prozent) versandten Fragebögen zurück.

Studie empfiehlt, Fälle in spezialisierten Beratungsstellen zu bündeln

Empfehlung Nr. 1 und 2 des Abschlussberichts betreffen den bedarfsorientierten Ausbau der psychosozialen Beratung im Umfeld von PND-Zentren. Dabei sollen auf die bereits vorhandenen Strukturen zurückgegriffen und für diesen Ausbau gezielt Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Außerdem wurde zur Sicherstellung der Beratung in der Fläche die Institutionalisierung von Netzwerkberatungs-

stellen, 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. 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 nur in Einzelfällen nach auffälligem Befund. 13 Prozent führen keine Beratung im Zusammenhang mit PND durch – zum Beispiel, weil sie die Ratsuchenden weiterverweisen. Nur an 3,6 Prozent der Beratungsstellen findet schwerpunktmäßig Beratung zu PND statt. Im Sinne der Nutzung vorhandener Kompetenzen scheint eine Bündelung der Fälle in spezialisierten Beratungsstellen sinnvoll.

Für diese Einschätzung sprechen auch die Angaben zur Zusammenarbeit. BeraterInnen an psychosozialen Beratungsstellen wurden 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. 20,7 Prozent der Beratungsstellen 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.

ÄrztInnen brauchen Informationen über psychosoziale Beratung

Die Empfehlungen Nr. 6 bis 8 betreffen die Einbindung des Themas „Beratung“ in das Aus- und Fortbildungsangebot von ÄrztInnen. Pränataldiagnostisch tätige ÄrztInnen sollten in der Gesprächsführung geschult werden. Ferner ist es erforderlich, dass Kenntnisse über Ziele, Arbeitsweisen und Nutzen psycho-

sozialer Beratung umfassender vermittelt werden. Zudem sollte über die Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen im Sinne des SchKG (Bedeutung der Vermittlung, Zeitpunkt, Art der Vermittlung) gezielt informiert werden.

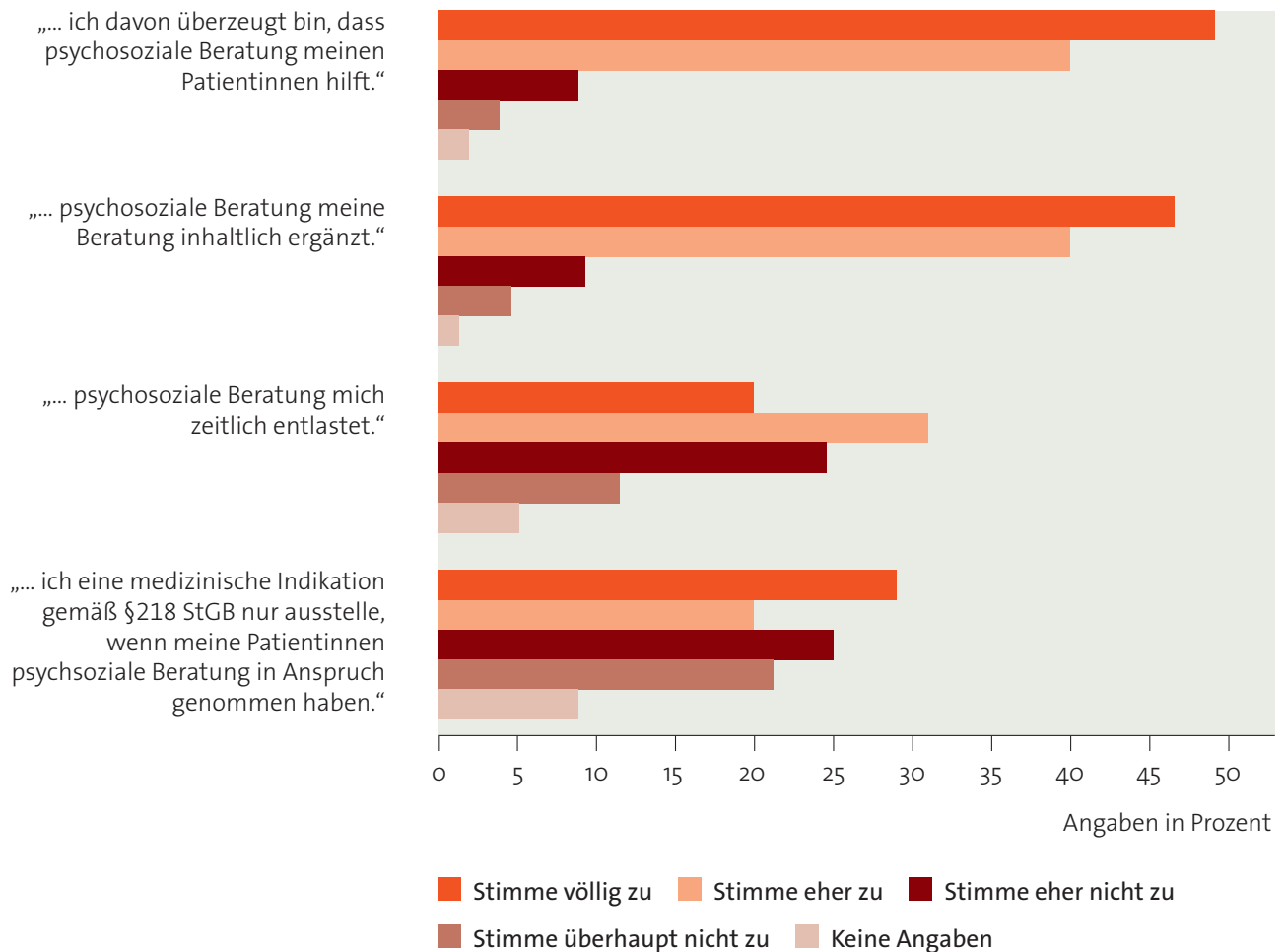
Ärztliche Beratung ist nicht immer ergebnisoffen

Hintergrund dieser Empfehlungen sind in der Studie gewonnene Erkenntnisse über die ärztliche Gesprächsführung bei auffälligem Befund. Einige Befragte wiesen darauf hin, dass die Gesprächsführung nicht immer ergebnisoffen stattfindet. Auch über die Arbeitsweise und die Ziele psychosozialer Beratung besteht innerhalb der Ärzteschaft Informationsbedarf. Die Pflicht zum Hinweis auf den Anspruch der schwangeren Frau (und ihres Partners) auf psychosoziale Beratung nach Mitteilung eines auffälligen Befundes ist gesetzlich festgelegt. In der Studie offenbarte sich, dass fast jede/r fünfte Gynäkologe/in und fast jede/r dritte PränataldiagnostikerIn eine Patientin im Falle eines auffälligen Befundes nur 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.

Auf die Frage, warum ÄrztInnen ihre Patientinnen mit auffälligem Befund nicht an eine Beratungsstelle verweisen, antworteten ca. 15 Prozent der ÄrztInnen mit DEGUM II-Zertifikat, dass sie selbst psychosozial beraten. Ausgehend von einem Unterschied zwischen ärztlichem und psychosozial-

Abb.: 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 ...“



alem Beratungsverständnis ist davon auszugehen, dass sich diese ärztliche Beratung von der an psychosozialen Beratungsstellen unterscheidet. Etwa 20 Prozent der DEGUM II-ÄrztInnen stimmten 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. Hier werden Probleme in den Kommunikationsstrukturen deutlich: Die Entscheidung der schwangeren Frau wird antizipiert, statt sie ihr selbst zu überlassen.

Umgekehrt wurde in der Befragung deutlich, dass Kenntnisse über die genauen Strukturen und die Inhalte und Ziele von psychosozialer Beratung dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte 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 Grafik „Einstellungen der Ärzteschaft zur psychosozialen Beratung“.

Empfehlungen Nr. 10 und 11 behandeln die Außendarstellung 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.

Die Kompetenz der BeraterInnen muss transparenter sein

Eine große Mehrheit der GynäkologInnen mit und ohne DEGUM-Zertifikat wünscht sich eine differenzierte Information über das Angebotspek-

trum 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.

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

Ausgehend von diesen Ergebnissen sollten MitarbeiterInnen an psychosozialen Beratungsstellen Ressourcen zur Netzwerkbildung gezielt einsetzen. Kommt es zu einer Zusammenarbeit, sollten zu Beginn die Erwartungen an die konkrete Ausgestaltung der Kooperation klar definiert werden. So hat sich gezeigt, dass sich DEGUM II-GynäkologInnen häufiger als psychosoziale BeraterInnen einen fallbezogenen Austausch wünschten: Einen mündlichen fallbezogenen Austausch wünschten sich ca. 65 Prozent der BeraterInnen und 77 Prozent der ÄrztInnen; 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 II-ÄrztInnen weniger beliebt, nur etwa 40 Prozent wünschten sich diese Form der Kooperation. Dagegen würden um die 70 Prozent der psychosozialen BeraterInnen einen Runden Tisch begrüßen.

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.

Fazit

Ein Jahr nach Inkrafttreten der neuen Regelungen zur interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit des § 2a SchKG und des GenDG hat sich gezeigt, dass in Hinblick auf die Kooperation von GynäkologInnen, PränatalmedizinerInnen und psychosozialen BeraterInnen weiterhin Verbesserungsbedarf besteht. Dabei sollte jedoch auch gesehen werden, dass immerhin ein leichter Anstieg in der Zusammenarbeit zu verzeichnen war:

Nach Einführung der Vermittlungspflicht Anfang 2010, also der Verpflichtung des Arztes, die schwangere Frau – ihr Einverständnis vorausgesetzt – im Falle der Mitteilung eines „auffälligen“ Befundes an eine psychosoziale Beratungsstelle zu vermitteln – ist die Anzahl der Patientinnen, die mit auffälligem pränataldiagnostischem Befund an psychosoziale Beratungsstellen vermittelt wurden, nach Angaben von 26 Prozent der DEGUM-ÄrztInnen (56 von 218) und 10 Prozent der GynäkologInnen (65 von 642) gestiegen. An knapp 20 Prozent der psychosozialen

Beratungsstellen (128 von 652) war zum Erhebungszeitpunkt eine Zunahme von Klientinnen festzustellen, die von ihrem Arzt an die Beratungsstelle vermittelt worden war. Insgesamt haben die Beratungsfälle im Sinne des § 2a SchKG bei etwa einem Viertel dieser Beratungsstellen zugenommen (162 von 652).

Im Sinne schwangerer Frauen in einer krisenbehafteten Lebenssituation ist weiter daran zu arbeiten, dass sich dieser Trend fortsetzt. <<



Dr. Anne Rummer M.A.
ist Juristin und
Medizinethikerin.
Von 2007 bis

2013 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Forschungsstelle Ethik des Instituts für Geschichte und Ethik in der Uniklinik Köln tätig und dort unter anderem in das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Projekt „Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd)“ eingebunden. Ihr wissenschaftlicher Interessenschwerpunkt liegt bei den rechtlichen und ethischen Fragen im Kontext von Pränataldiagnostik. 2013 wechselte sie an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
Kontakt: anne.rummer@iqwig.de

Erfahrungen der Informations- und Vernetzungs-(IuV)-Stelle zu PND bei pro familia Stuttgart

„Die IuV-Stellen sind wichtige **Schnittstellen** zwischen Beratung und Medizin“

Marion Janke

■ Pränataldiagnostik (PND) ist heute ein nahezu selbstverständlicher Teil der Schwangerschaftsvorsorge. Immer früher einsetzende Untersuchungsmethoden führen dazu, dass sich schwangere Frauen und ihre Partner bereits kurz nach Feststellen der Schwangerschaft mit der Frage auseinandersetzen müssen, welche Untersuchungen sie in Anspruch nehmen möchten. Obwohl nach wie vor ca. 97 Prozent aller Kinder gesund zur Welt kommen, scheint das Prinzip „guter Hoffnung“ durch „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“ ersetzt worden zu sein.

Pränataldiagnostik ist auch ein selbstverständlicher Teil der Schwangerenberatung in Beratungsstellen und jeder SchwangerenberaterIn muss über eine Basisqualifikation in der PND-Beratung verfügen. Die Beratung im Kontext von PND und vor allem nach der Diagnosestellung unterscheidet sich jedoch ganz wesentlich von anderen Schwangerschaftskonfliktberatungen und erfordert eine besondere Qualifizierung und die grundsätzliche Bereitschaft sich auf das Thema Pränataldiagnostik einzulassen. Es ist unerlässlich, dass der/die BeraterIn über ein me-

dizinisches Grundverständnis über Untersuchungsmethoden, deren Prinzip und Aussagekraft sowie über die häufigsten vorgeburtlich feststellenden Krankheiten und Behinderungen verfügt. Bei PND-Beratungen handelt es sich in der Regel um gewünschte, häufig lang ersehnte oder auch reproduktionsmedizinisch erzeugte Schwangerschaften. Entscheidungen im Kontext von PND sind mit schweren ethischen Konflikten und einer besonderen Tragik verbunden. Themen wie Trauer, Tod und Abschied nach einem späten Schwangerschaftsabbruch oder der Begleitung von Paaren, die ein krankes oder behindertes Kind erwarten, kommt besondere Bedeutung zu und sie stellen hohe Anforderungen an die Berater/In.

Große Herausforderung für Beratungsstellen

Die PND-Beratung stellt hohe Anforderungen an Beratungsstellen. PND-Erstberatungen sind in der Regel Kriseninterventionen und erfordern zeitnahe, flexible Termine und verlässliche Strukturen, Netzwerke und Kooperationen. Diese strukturellen und personellen Voraussetzungen sowie der hohe Fortbildungsbedarf

durch die rasante Entwicklung in der Medizin bei gleichzeitig kleinen Fallzahlen in der konkreten PND-Beratung, bringen vor allem kleine Beratungsstellen an Grenzen.

Die Pränataldiagnostik stellt also nicht nur für betroffene Frauen und Paare, sondern auch für BeraterInnen und Beratungsstellen eine besondere Herausforderung und oft auch Überforderung dar, die in Zukunft aufgrund medizinischer aber auch gesellschaftlicher Entwicklungen noch zunehmen wird.

Wie kann unter diesen Voraussetzungen ein flächendeckendes, qualifiziertes Beratungsangebot im Kontext von PND etabliert und so gestaltet werden, dass es von Ratsuchenden genutzt wird?

Dieser Frage wurde in Baden-Württemberg bereits 2008 mit einem zweijährigen Projekt zur Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik nachgegangen. Die Ergebnisse bildeten die Grundlage für die 2010 und damit zeitgleich mit den Gesetzesänderungen des Schwangerschaftskonflikt- sowie des Genodiagnostikgesetzes zunächst für vier

Jahre eingerichteten sogenannten Informations- und Vernetzungs- (luV)-Stellen Pränataldiagnostik.

Seit 1. Juli 2014 werden diese luV-Stellen dauerhaft gefördert und sind damit ein fester Bestandteil des Schwangerenberatungsangebotes in Baden-Württemberg. Die inzwischen vier luV-Stellen sind angegliedert an Beratungsstellen verschiedener Träger: pro familia in Stuttgart, Diakonisches Werk in Karlsruhe, Sozialdienst katholischer Frauen in Mannheim und Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen und Familienplanung in Ulm. Das Ziel der luV-Stellen ist es gemäß den Vorgaben des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren des Landes Baden-Württemberg Information und Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik qualitativ weiterentwickeln und das Beratungsangebot in der Fläche zu verankern.

Aufgaben und Erfahrungen der luV-Stellen

Besondere Bedeutung kommt dabei der trägerübergreifenden und überregionalen Arbeit der luV-Stellen zu. Jede Stelle betreut ca. 40 Schwangerenberatungsstellen verschiedener Träger. Der trägerübergreifende Ansatz, den die luV-Stellen selbst sozusagen als Modell für die Zusammenarbeit in den Regionen vertreten, wird von den Beraterinnen als besonders hilfreich, sinnvoll und entlastend bewertet. Das gilt für den Austausch von Informationen und Erfahrungen bei der Beratung genauso wie für die Netzwerkarbeit.

Beratung

Die luV-Stellen bieten selbst PND-Beratung im Sinne von Schwerpunktbe-

ratungsstellen je nach Standort an. Darüber hinaus sind sie An-

laufstellen für Schwangerenberaterinnen und anderen AkteurInnen im Kontext von PND und psychosozialer Beratung. Dies können ÄrztInnen aus den Bereichen Gynäkologie, Humanogenetik, Neonatologie oder Pränataldiagnostik, aber auch Hebammen, SeelsorgerInnen oder VertreterInnen aus der Selbsthilfe. Die luV-Stellen stehen für fachliche Fragen, Informationen aber auch Weitervermittlung und Koordination zur Verfügung. Sie unterstützen Beraterinnen zeitnah im Einzelfall und bieten teilweise regelmäßige überregionale PND-Fallbesprechungen an, was bei den kleinen Fallzahlen in den meisten Stellen sehr geschätzt wird. Sie leisten somit fachliche Unterstützung und emotionale Entlastung.

Die Evaluation des Modellprojekts ergab, dass das Thema PND in den Beratungsstellen inzwischen präsenter ist und Beraterinnen auch in der „normalen“ Schwangerenberatung dafür sensibilisiert sind.

Kooperationen/Netzwerke

Der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Beratung kommt die größte Bedeutung bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung und der Begleitung und Unterstützung von Schwangeren zu. Die Gesetzesänderungen von 2010 haben zwar die Bedeutung der Beratung gestärkt und der Hinweis auf Beratung ist seitdem für ÄrztInnen verpflichtend, die praktische Umsetzung gestaltet sich jedoch auch nach vier Jahren immer noch schwierig. Darin decken sich die Erfahrungen der luV-Stellen mit der



Untersuchung von Prof. Christiane Woopen im Auftrag des BMFSFJ, die sie 2009 bis 2012 zu Auswirkungen der Gesetzesänderungen durchgeführt hat.

Eine verbindliche und kontinuierliche Zusammenarbeit von ÄrztInnen und BeraterInnen kann nur mit gegenseitiger Wertschätzung und Vertrauen gelingen. Dies setzt vor allem ein Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Beratungsansätze voraus. Die luV-Stellen unterstützen die Stellen vor Ort durch Informationsveranstaltungen für ÄrztInnen über Aufgaben und Sinn der psychosozialen Beratung und bei der Initiierung von Qualitätszirkeln, Runden Tischen und Arbeitskreisen. Die Netzwerkarbeit muss dann von den AkteurInnen vor Ort geleistet werden, denn in allen Bereichen hat sich bestätigt, dass die Zusammenarbeit personenbezogen und nicht institutionsbezogen ist. Die Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung hängt vom Engagement Einzelner ab, die sich kennen, vertrauen und empfehlen. Interdisziplinäre und interprofessionelle Qualitätszirkel, Arbeitskreise, Fallbesprechungen oder auch Hospitationen haben sich dabei als hilfreich erwiesen.

Qualitätssicherung

Die luV-Stellen bieten spezielle Qualifizierungsmaßnahmen rund um PND an. Sie organisieren selbst oder wirken mit an Fachtagen, Fortbildungen Fallbesprechungen und Regionaltreffen. Das Thema Pränataldiagnostik stellt auch für erfahrene BeraterIn-

nen eine Herausforderungen dar. Dabei kommt der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und Auseinandersetzung eine große Bedeutung zu. Gemeinsame Veranstaltungen bieten regelmäßig einen Rahmen, sich zu informieren, aber auch, sich über weltanschauliche und ideologische Unterschiedlichkeiten auszutauschen, zu diskutieren und zu verständigen. Die IuV-Stellen bündeln dabei Kräfte, indem sie trägerübergreifende Informationen sammeln, auswählen und weitergeben. Sie tragen dazu bei, finanzielle und personelle Ressourcen zu schonen, wenn die Fallzahlen klein und der Qualifizierungs- und Fortbildungsbedarf hoch ist.

Öffentlichkeitsarbeit

In den ersten Jahren konzentrierten sich die IuV-Stellen auf die Erstellung und Pflege einer Homepage (www.pnd-beratung.de), die mit einem breiten Informationsangebot von verschiedenen Zielgruppen genutzt wird. Sie informiert grundsätzlich über PND, über Aktuelles und Veranstaltungen und über Adressen und AnsprechpartnerInnen vor Ort. Darüber hinaus wurde ein landesweit einheitlicher Flyer zur psychosozialen Beratung im Kontext von PND entwickelt, der allen Beratungsstellen kostenlos zur Verfügung steht. Ziel ist vor allem die Sensibilisierung für das Thema Pränataldiagnostik nicht nur in der Beratung, sondern in allen Bereichen der Gesellschaft.

PND kann nicht nur zu individuellen Konfliktsituationen bei schwangeren Frauen und ihren Partnern führen, sondern birgt auch per se gesellschaftliches Konfliktpotential im Spannungsfeld zwischen Inklusion und Selektion. Neue medizinische,

reproduktionsmedizinische und vor allem genetische Möglichkeiten werden dieses Konfliktpotential weiterhin vergrößern. IuV-Stellen bieten die Möglichkeit, für diese Themen zu sensibilisieren und sich in die Debatte einzumischen.

Über PND und mögliche ethische Konflikte viel früher aufklären

Eine weitere Aufgabe und Herausforderung sehen die IuV-Stellen beim Thema Prävention. Seit Jahren wird über den richtigen Zeitpunkt für Information und Beratung über Pränataldiagnostik diskutiert und geforscht, um damit der geringen Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung auf den Grund zu kommen. Schwangere kommen in den allermeisten Fällen erst in die Beratung, wenn bereits eine Auffälligkeit oder Diagnose vorliegt und dies liegt offensichtlich nicht nur an der mangelnden Überweisung von ÄrztInnen. Zahlreiche Versuche, schwangere Frauen vor Inanspruchnahme von Diagnostik für die Beratung zu gewinnen, sind überwiegend gescheitert. Aus unserer Sicht sollten grundlegende Informationen schon sehr viel früher zum Beispiel in der Schule oder Berufsschule vermittelt werden. Künftige Generationen werden sich mit neuen ethischen Fragestellungen im Zusammenhang mit Familienplanung auseinandersetzen müssen. Die Pränataldiagnostik ist nur ein Teil, die Reproduktionsmedizin ein anderer, ganz abgesehen von den Möglichkeiten, die die Humangenetik in Zukunft bieten wird. Ziel sollte es sein, Informationsmaterialien und Methoden für diese Zielgruppe zu entwickeln und junge Menschen dabei zu unterstützen, entsprechende Kompetenzen zu entwickeln, um

schwierige ethische Entscheidungen treffen zu können.

Mit der dauerhaften Einrichtung der IuV-Stellen werden die Ergebnisse der Modellphase nachhaltig umgesetzt und wertgeschätzt. Die damit zur Verfügung stehenden zeitlichen und fachlichen Ressourcen ermöglichen kontinuierliche und nachhaltige Präsenz des Themas in den Beratungsstellen und in der Öffentlichkeit sowie kontinuierliche Qualitätssicherung. Die BeraterInnen werden durch IuV-Stellen fachlich unterstützt und emotional entlastet. Die IuV-Stellen bilden eine wichtige Schnittstelle zwischen Schwerpunktberatung in Zentrumsnähe und PND-Beratung in der Fläche, aber auch ganz grundsätzlich zwischen Beratung und Medizin.

Es wäre wünschenswert, wenn auch andere Bundesländer dem Vorbild Baden-Württembergs folgen und damit ein flächendeckendes IuV-Netz in Deutschland etabliert würde. <<

Quellen

Woop, Christiane: *Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (šimb-pnd), Abschlussbericht; Hg. BMFSJ, 2013*

Zwischenbericht der Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik Baden – Württemberg 2010 – 2014. Fragebogenevaluation von 160 Schwangerenberatungsstellen



Dr. Marion Janke
ist Ärztin und
Psychotherapeutin bei
pro familia
Stuttgart und
Leiterin der

IuV-Stelle Stuttgart.

E-Mail: marion.janke@profamilia.de

Erfahrungen der pro familia Fachberatungsstelle für pränatale Diagnostik Chemnitz

„Wir wollen dafür **sensibilisieren**, dass die Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen einer Reflektion bedarf“

Emilia Didier, Uta Herrmann und Katrin Küchenmeister

■ In Sachsen gibt es insgesamt fünf Schwangerenberatungsstellen unterschiedlicher Träger, die durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales als Fachberatungsstellen für Pränataldiagnostik gefördert werden. Diese Fachberatungsstellen gibt es trägerübergreifend jeweils in Leipzig (DRK), Dresden (AWO), Löbau-Zittau (Diakonie), Reichenbach im Vogtland (AWO) und in der pro familia Beratungsstelle Chemnitz.

Jede Fachberatungsstelle ist innerhalb der eigenen Region für die Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Das bedeutet zum einen die aktive Verknüpfung der Schwangerschaftsberatungsstellen Sachsens und zum anderen die Zusammenarbeit mit weiteren Netzwerkpartnern.

Seit 2009 ist die Chemnitzer pro familia als Fachberatungsstelle für Pränataldiagnostik insbesondere in der Region Mittelsachsen aktiv. Derzeit arbeiten drei Kolleginnen der Chemnitzer pro familia Beratungsstelle für wöchentlich 20 Stunden in diesem Bereich. Beratung vor, während und nach pränataldiagnostischer Maß-

nahmen ist jederzeit möglich. Die Beraterinnen absolvierten hierfür spezielle Weiterbildungen.

Vernetzung innerhalb Sachsens

Die fünf sächsischen PND-Fachberatungsstellen treffen sich einmal im Quartal zu einem Facharbeitskreis PND, bei denen ein Austausch zu aktuellen Themen in der Pränataldiagnostik, der Präimplantationsdiagnostik und Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern stattfinden kann. Ferner werden externe Weiterbildungen für die SchwangerenberaterInnen in Sachsen und interne Weiterbildungen für die PND-FachberaterInnen organisiert. In diesem Arbeitskreis finden regelmäßig Fallbesprechungen statt. Die Gestaltung der Netzwerkarbeit macht ebenso einen weiteren Schwerpunkt aus. In Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales entwickelte dieser Facharbeitskreis einen Mutterpasseinleger, der über die Kassenärztlichen Vereinigungen an alle gynäkologischen Praxen Sachsens verschickt wird. Dieser informiert über die PND-Fachberatungsstellen mit einem Verweis auf

alle Schwangerenberatungsstellen und deren Angebot der psychosozialen Beratung und Begleitung vor, während und nach pränataldiagnostischen Maßnahmen. Ein weiteres Arbeitsergebnis dieses Arbeitskreises ist die Erstellung eines sachsenweiten Beratungsführers, der über alle Institutionen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik informiert.

Vernetzung der Beratungsstellen in Mittelsachsen

In der Region Mittelsachsen organisiert die Chemnitzer pro familia Fachberatungsstelle zweimal jährlich Regionaltreffen. Zu diesen Veranstaltungen kommen alle KollegInnen der Schwangerenberatungsstellen der unterschiedlichen Träger aus der Region Mittelsachsen zusammen. Bei diesen Treffen werden medizinische, soziale und andere Schwerpunkte behandelt, jeweils auf den Bedarf der teilnehmenden BeraterInnen abgestimmt. Dazu werden ReferentInnen aus verschiedenen Fachbereichen eingeladen oder Themen durch die MitarbeiterInnen der pro familia Beratungsstelle gestaltet. Beispiele sind: der Vortrag „Humangenetische

Beratung im Kontext vorgeburtlicher Diagnostik“ des Chemnitzer Humangenetikers Dr. Albrecht Kobelt und eine Veranstaltung zum Thema „Bestattung und Rituale“ mit Besichtigung eines Bestattungsinstituts und der Grabstätte frühverstorbenen Kinder auf dem Städtischen Friedhof Chemnitz. Innerhalb dieser Regionaltreffen besteht das Angebot der Fallbesprechung.

Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation

Durch die Öffentlichkeitsarbeit der Fachberatungsstelle Chemnitz wird versucht, stets neue Netzwerkpartner zu akquirieren. In einem der Regionaltreffen wurden die Ressourcen der einzelnen Regionen bezüglich PND-Arbeit zusammengetragen. Auf Grundlage dieser Arbeit entwickelte die Chemnitzer pro familia Fachberatungsstelle die Idee eines Online-Netzwerks: eine Karte bei „google maps engine“, die alle Netzwerke der Schwangerenberatungsstellen in Mittelsachsen darstellt. Die Idee könnte theoretisch für ganz Sachsen erarbeitet werden. Das Netzwerk der pro familia PND Fachberatungsstelle wurde dabei in medizinische, soziale Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und sonstige Kooperationspartner untergliedert.

Medizinische Einrichtungen umfassen PränataldiagnostikerInnen, HumangenetikerInnen, Hebammen und Kliniken mit Geburtsstationen. Da es gerade diese Netzwerkpartner sind, die in erster Instanz mit den betroffenen Frauen und Paaren zu tun haben, gibt es hier Bestrebungen, möglichst persönliche Kontakte zu knüpfen und diese Kooperation in der Form erneuter Treffen oder Rundschreiben

Fallbeispiele aus der Beratung

► „Als meine Tage nicht kamen, hab ich gleich gewusst, dass es geklappt hat und wir haben uns total gefreut. Alles war perfekt: Hochzeit, Pille abgesetzt und gleich schwanger. Ich war richtig gespannt als ich endlich den Termin bei der Frauenärztin hatte, aber danach war ich total fertig. Ich hatte einen Stapel Broschüren bekommen, was ich jetzt alles machen sollte und auf was ich achten musste. Ich hatte gleich das Gefühl, dass ich schon alles falsch gemacht hatte. Ich hatte bisher nicht mal Folsäure geschluckt! Und viele von diesen Untersuchungen musste man selber bezahlen, das konnten wir uns alles gar nicht leisten. Eine Freundin gab mir den Tipp mit der Beratungsstelle. Dort konnten wir in Ruhe alles sortieren und entscheiden, was wir eigentlich wollten, was uns wichtig war und was uns Angst machte.“

Frau S., 29

► „Vor zwei Jahren habe ich einen Schwangerschaftsabbruch gemacht.“

Frau B., 39

Unser Kind hatte ein Down-Syndrom. Die Entscheidung stand für mich und meinen Mann schnell fest und wir haben sie auch später nicht in Frage gestellt. Aber fast drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch wollte ich doch nochmal mit jemandem darüber sprechen. Meine Familie stand total hinter mir und auch meine Freundinnen konnten mich gut verstehen, aber irgendwie wollte ich das alles mit jemand Außenstehendem besprechen. Da konnte ich auch über meine Trauer und Phantasien reden ohne mir blöd vorzukommen. Alle sagten, das sei doch besser so und ich könne ja noch viele gesunde Kinder bekommen. Ich versuchte mich abzulenken, arbeitete viel, aber ich war einfach immer traurig. Es war doch meine Tochter und ich wollte sie nicht einfach vergessen. Mit der Beraterin konnte ich über alles reden, über Tod und Trauer, aber auch über meine Angst vor einer neuen Schwangerschaft

aufrechtzuerhalten. Die Ziele sind, die Vernetzung zu fördern und die unterschiedlichen Professionen weiter kennen zu lernen, um ein noch besseres gegenseitiges Verständnis zu entwickeln. Es ist wichtig, dass alle beteiligten Disziplinen sich ihrer Möglichkeiten und der Grenzen in der Begleitung der betroffenen Frauen und Paare bewusst sind und gezielt weitervermitteln können. Somit soll Frauen und Paaren der Weg in die psychosoziale Beratung vor, während und nach pränataldiagnostischen Maßnahmen weiter geebnet werden.

In der Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen gibt es unter anderem Kooperationen mit Frühförderstellen, sozialpädiatrischen Zentren, Palliativ- und Hospizdiensten und Bestattungshäusern. Im Falle der Bestattung eines frühverstorbenen Kindes, können Eltern nunmehr auf die Vernetzung mit den speziellen AnsprechpartnerInnen im Bestattungshaus zurückgreifen. In verschiedenen Ämtern wurden konkrete AnsprechpartnerInnen gewonnen. Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit mit dem Standesamt Chemnitz zur Ausstellung einer Be-

scheinigung gemäß §31 der Personenstandsverordnung (seit 15. Mai 2013) bei Fehlgeburten unter 500 Gramm. Um die Übernahme von Kosten der Beerdigung frühverstorbener Kinder von sozial benachteiligten Familien zu klären, bestehen weitere Kooperationen mit dem Sozialamt und der Stiftung „Familien in Not“.

Intensive Kontakte zu Selbsthilfegruppen gibt es in dem Bereich der Trauerbegleitung nach Fehl- und Totgeburt. In Chemnitz haben sich Bestattungs- bzw. Trauerfeiern etabliert, die zweimal jährlich auf dem Städtischen Friedhof stattfinden. Die betroffenen Frauen und Paare werden auf Wunsch durch die Beraterinnen zu den Trauerfeiern begleitet. Wenn Frauen und Paare nach einem Spätabbruch persönlichen Kontakt zu anderen Betroffenen wünschen, gestaltet sich die Vermittlung schwierig. Ebenso ist es eine große Herausforderung, bei seltenen genetischen Erkrankungen die passenden Selbsthilfegruppen für betroffene Eltern zu finden. Auf weitere Selbsthilfegruppen kann ferner, je nach Bedarfslage der Familien, durch die zentrale Koordinierungsstelle für Selbsthilfe KISS in der Region und bundesweit durch das Kindernetzwerk zugegriffen und vermittelt werden. Sonstige NetzwerkpartnerInnen sind familienunterstützende Dienste, die unter anderem Pflegekräfte und Haushaltshilfen über die Krankenkasse vermitteln.

Entwicklung der Zahlen und Entwicklungspotential

Betrachtet man die Zahlen der Beratung in der Fachberatungsstelle Chemnitz in den letzten Jahren, so kann festgestellt werden, dass die Mehrheit der Fälle in der psychosozialen

Beratung zur Pränataldiagnostik schwangere Frauen und Paare sind, die bereits mit einem auffälligen Verdacht oder Befund in die Beratungsstelle kommen.

Die Fallzahl ist in den letzten Jahren leicht gestiegen und die Anzahl der Beratungen hat stark zugenommen. Gründe hierfür sind die längerfristigen Beratungen und die Begleitung für Frauen und Paare nach einem Befund bzw. nach Spätabbruch und Totgeburt. Zusätzlich wird bei diesen Fällen ein hoher Zeitaufwand der Recherche und Kooperation mit den beschriebenen NetzwerkpartnerInnen benötigt. Weitere Beratungsgespräche zum Thema Pränataldiagnostik fanden innerhalb der allgemeinen Schwangerenberatungen und insbesondere auch in den Schwangerschaftskonfliktberatungen statt, die somit in die allgemeine Statistik einfließen. Die Erfahrungen der Fachberatungsstelle Chemnitz bestätigen die Ausführungen des Abschlussberichts von Woopen (2013:19): Hier wird aufgezeigt, dass die PND-Fälle sich hauptsächlich auf die Fachbe-

ratungsstellen konzentrieren, was vermutlich mit der örtlichen Nähe zu den PränataldiagnostikerInnen und Kliniken zu tun hat.

Somit sieht die pro familia Beratungsstelle Chemnitz Möglichkeiten des Wachstums in der vertiefenden Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, Kliniken und KrankenpflegerInnen. Weiteres Entwicklungspotential liegt in der Förderung des Bewusstseins für Pränataldiagnostik bei Frauen und Männern im Allgemeinen. Dies beinhaltet zum einen die Absicht, das Recht auf Beratung bekannter zu machen. Zum anderen ist es ein Ziel, dafür zu sensibilisieren, dass die Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen einer Reflektion bedarf, um die persönlichen Erwartungen, Wünsche, Grenzen und Chancen dieser Maßnahmen zu ergründen. Ideen, dies umzusetzen, sind das Thema der Pränataldiagnostik als festen Bestandteil in die soziale Schwangerenberatung zu verankern und es in die sexuelle Bildung und sexualpädagogische Arbeit aufzunehmen. <<



Emilia Didier, Uta Herrmann und Katrin Küchenmeister arbeiten als Beraterinnen/PND Fachberaterinnen in der pro familia Beratungsstelle Chemnitz. Emilia Didier (im Bild rechts) ist Psychologin und befindet sich derzeit in Weiterbildung zur

Gesprächspsychotherapeutin. Uta Herrmann (Mitte) ist MA Pädagogin und Systemische Therapeutin/Familientherapeutin. Katrin Küchenmeister (links) ist Diplomsozialpädagogin und Systemische Therapeutin/Familientherapeutin (SG).

pro familia Fortbildung zu Pränataldiagnostik

Mit mehr **Fachkompetenz** und Sicherheit psychosozial beraten und begleiten

pro familia magazin:

Sie bieten zusammen mit Marion Janke Fortbildungen zur psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik an. Warum eine eigene Fortbildung zu diesem Thema?

Ulla Noll-Reiter: Die psychosoziale Beratung bei Pränataldiagnostik (PND) gehört zu den gesetzlichen Kernaufgaben der staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstellen. Der Gesetzgeber hat das Schwangerschaftskonfliktgesetz zum 1. Januar 2010 und das Gendiagnostikgesetz zum 1. Februar 2010 verändert, indem Eckpunkte für eine umfassende fächerübergreifende ärztliche Beratung sichergestellt werden. Eine Schwangere muss, wenn sie PND in Anspruch nehmen will, von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt über die Möglichkeit der psychosozialen Beratung explizit informiert werden und gegebenenfalls muss der Arzt/ die Ärztin auch Kontakt zu der Schwangerenberatungsstelle vermitteln. Es wurde ein erhöhter Beratungsbedarf erwartet und das hat sich jetzt nach vier Jahren auch bestätigt.

Ulla Noll-Reiter ist Dipl. Päd., Psychotherapie (HPG), Gestalttherapeutin, Ausbildung Psychotraumatologie und arbeitet als Beraterin im pro familia Zentrum in Mainz. Für den pro familia Bundesverband leitet sie zusammen mit Dr. Marion Janke die Fortbildungen zum Thema Pränataldiagnostik



pro familia magazin: Welche speziellen Kompetenzen brauchen BeraterInnen in diesem Kontext?

Ulla Noll-Reiter: Neben der vorhandenen Beratungskompetenz müssen spezielle Kenntnisse der gesetzlichen Rahmenbedingungen, Kenntnisse zu pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden, den häufigsten pränatalen Diagnosen, medizinische Aspekte später Schwangerschaftsabbrüche (nach der 22. Schwangerschaftswoche) nach medizinischer Indikation, sozialrechtliche Informationen für Familien mit beeinträchtigten Kindern und beraterische Handlungskompetenz und Auseinandersetzung mit den ethischen Aspekten dieses Themas abrufbar sein.

pro familia magazin: Welchen Stellenwert hat medizinisches Fachwissen in der Beratung? Müssen BeraterInnen über alle Diagnosemöglichkeiten umfassend Bescheid wissen?

Ulla Noll-Reiter: Die BeraterInnen sollten über ein Basiswissen der pränataldiagnostischen Methoden und über die häufigsten Diagnosen informiert sein. Auf keinen Fall kann das allumfassend sein, sie sind keine MedizinerInnen, sondern BeraterInnen, mit einem etwas anderen Auftrag. Dieses spezielle Wissen dient dazu, dass die BeraterInnen die Situation im Beratungskontext mit der schwangeren Frau/Paar einschätzen und die geeignete Unterstützung anbieten kann.

Fallbeispiel aus der Beratungspraxis

► Bei unserem Kind wurde bei der Frauenärztin in der 12. Schwangerschaftswoche eine verdickte Nackenfalte festgestellt, aber sonst war alles in Ordnung. Wir sollten gleich eine Chorionzottenbiopsie machen lassen, die Ärztin hatte schon einen Termin bei einem Spezialisten für uns vereinbart. Aber mein Mann und ich waren uns nicht sicher, ob wir das überhaupt wollten, weil wir im Internet gelesen hatten, dass diese Untersuchung für das Kind gefährlich sein kann. Ich bin schon 38 und wir haben 6 Jahre lang auf eine Schwangerschaft gewartet. Eine Freundin hatte uns auf die Idee gebracht in eine Beratungsstelle zu gehen. Dort hatten wir endlich Zeit, es war uns einfach alles zu schnell gegangen.“
Frau R., 38, Herr R., 42

► „Als ich mit unseren Zwillingen schwanger war, wurde beim Ultraschall festgestellt, dass eines der Kinder eine Omphalozele (Nabelschnurbruch) hat. Wir waren damals total schockiert und dachten anfangs nur an einen Schwangerschaftsabbruch. Wir waren wie gelähmt und sind von einem Arzttermin zum anderen gehetzt, aber ich glaube ich konnte oft gar nicht zuhören und hab vieles nicht verstanden. Erst in der Beratung kamen all die Gefühle

Wie erleben Paare die psychosoziale Beratung?

hoch...ich war traurig, verzweifelt, aber auch wütend ...warum passiert gerade uns sowas?“
Frau S., 33

► „Bei unserem 2. Kind wurde in der Schwangerschaft ein schwerer Herzfehler festgestellt. Wir sind in ganz Deutschland rumgereist und jeder Spezialist hat was anderes gesagt. Ich weiß nicht wie viele Ultraschalle gemacht wurden, ich war total am Ende! In der Beratung ging es zum ersten Mal um mich und nicht nur um die Krankheit.“
Frau K., 30

► „Ich dachte, das Schlimmste wäre die Geburt von Leon, aber das war dann, ich weiß nicht, wie ich es sagen soll, irgendwie ganz friedlich. Wir wussten, dass unser Kind schwer krank war und nicht leben konnte oder eben nur ganz kurz, aber einen Schwangerschaftsabbruch konnten mein Mann und ich uns nicht vorstellen. Diese Entscheidung wollten wir nicht treffen. Die Beraterin hat uns in der ganzen Zeit begleitet. Sie hat das mit uns ausgehalten, der Frauenarzt meinte nämlich, wir sollten uns

das nicht antun und so schnell wie möglich eine Abtreibung machen. Für mich war es wichtig, dass die Beraterin mir keinen Druck machte. Es hat uns sehr geholfen in der Beratung die Geburt und den Abschied von Leon vorzubereiten, das hat uns sehr beruhigt, mehr konnten wir ja nicht für ihn tun.“
Frau B., 31

► „Nach der Diagnose gerieten mein Mann und ich in eine schwere Krise. Beim sechsten Versuch künstlicher Befruchtung war ich endlich schwanger geworden und dann hatte unser Kind einen Herzfehler. Für mich war klar, dass ich das Kind nicht verlieren wollte, aber mein Mann wollte kein krankes Kind haben. Ich war sehr enttäuscht und gekränkt und fühlte mich überhaupt nicht verstanden. Meinem Mann ging es wohl ähnlich, aber damals konnte ich das nicht sehen und dachte sogar daran, mich zu trennen und mein Kind allein zu bekommen. Ich bin froh, dass wir den Weg in die Beratungsstelle gefunden haben und am Ende eine gemeinsame Entscheidung treffen konnten. Unser Sohn ist heute 3 Jahre alt und hat seine Herzoperation gut überstanden.“
Frau K., 41, Herr K., 44

Die Fallbeispiele (s. a. Seite 12) hat Dr. Marion Janke zusammengestellt.

pro familia magazin: Mit welchen Fragen /Haltungen kommen BeraterInnen in die Fortbildung?

Ulla Noll-Reiter: Wir bieten eine zweiteilige Fortbildungsreihe an.

Die Basisfortbildung und ein Vertiefungsseminar. In der Basisfortbildung besteht der hauptsächliche Wunsch der TeilnehmerInnen darin, möglichst viel Information über medizinische und sozialrechtliche Sach-

verhalte zu erlangen. Die KollegInnen sind manchmal der Meinung, dass diese Informationen ihnen mehr Sicherheit im Beratungsprozess geben könnten. Das stimmt natürlich zu einem gewissen Prozentsatz auch,

diese Beratungen stellen eine besondere Herausforderung dar, was die psychische Situation der schwangeren Frau/Paar angeht. Wir haben es in diesem Beratungsfeld ausschließlich mit Frauen/Paaren zu tun, die gewollt und manchmal lang erwartet endlich schwanger sind und durch eine Information der ÄrztIn unerwartet in eine heftige Krisensituation geraten.

pro familia magazin: Welche weiteren Themen behandeln Sie in der Fortbildung?

Ulla Noll-Reiter: Neben den obengenannten Informationen liegt für uns Teamerinnen ein besonderer Schwerpunkt in den Fortbildungen auf der Erweiterung der Beratungskompetenz und der Auseinandersetzung mit den ethischen Aspekten dieser Beratung. Anhand von konkreten Fallbeispielen aus der Praxis arbeiten wir in der Gruppe an Themen wie zum Beispiel Umgang mit Drucksituationen, die durch die KlientInnen von außen hergestellt werden – ein Beratungsziel ist hier häufig Entschleunigung. Andere Themen sind, wie das betroffene Paar sich gegenseitig unterstützen kann, welche Ressourcen vorhanden sind oder neu etabliert werden sollten; wie die emotionale Ausnahmesituationen der KlientInnen hilfreich begleitet werden können; wir sprechen aber auch über Zeitmanagement und darüber, welche Entlastungsangebote den KlientInnen in einer extrem belasteten Situation gemacht werden können.

pro familia magazin: Das erscheint schon ziemlich umfassend. Warum gibt es dennoch eine Vertiefungsfortbildung?

Ulla Noll-Reiter: An den Vertiefungsseminaren nehmen KollegInnen teil, die regelmäßig PND-Beratung machen und somit über Praxiserfahrung verfügen. Schwerpunkte sind vor allem Reflexion der Beratungsprozesse während und nach PND; Krisenintervention und Stabilisierung, Abschied vom Wunschkind, Umgang mit Ambivalenzen, Umgang mit Trauer und Schuldgefühlen, Neuorientierung. Einen wesentlichen Anteil hat das Thema „Interprofessionelle Zusammenarbeit“, Vernetzung und Kooperation mit Medizin und anderen sozialen Institutionen im Kontext von PND.

pro familia magazin: Bei welchen Themen ist der Diskussionsbedarf besonders hoch?

Ulla Noll-Reiter: In den Basisfortbildungen ist die Frage der KollegInnen „wieviel (vor allem) medizinisches Wissen muss ich haben, um „gut“ beraten zu können häufig Thema. Weitere Themen sind unter anderem die Kooperation mit den behandelnden ÄrztInnen: wie kann diese gelingen oder wann ist für mich als Beraterin eine Grenze erreicht, wann kann ich eine Beratung ablehnen, wann muss an andere Fachleute überwiesen werden.

pro familia magazin: Haben Sie Kenntnis darüber, wie der Transfer in die Praxis gelingt? Welche Rückmeldungen kommen von den TeilnehmerInnen?

Ulla Noll-Reiter: Direkte Rückmeldung gibt es am Ende der Fortbildung in den Auswertungsrunden. Diese sind durchgehend im Tenor: mehr Sicherheit für die Arbeit im Berufsalltag, Wissen erweitert, durch die

ausführlichen Materialien, die alle TeilnehmerInnen bekommen, immer die Möglichkeit „schnell“ etwas nachlesen zu können, Schlüsselsätze wie: 96 Prozent der Schwangerschaften verlaufen positiv oder „Entschleunigung im Beratungsprozess“ werden von den TeilnehmerInnen als hilfreich empfunden. Im Vertiefungsseminar bekommen wir die Rückmeldung, dass die KollegInnen mit mehr Fachkompetenz und Sicherheit diese Prozesse begleiten und dass es Fortschritte in der Vernetzungsarbeit gibt.

pro familia magazin: Stehen Ihrer Einschätzung nach den BeraterInnen genügend Ressourcen für die Beratung zur Verfügung? Was müsste sich noch ändern, wo mehr unterstützt werden?

Ulla Noll-Reiter: Diese Frage ist nicht ganz leicht zu beantworten, da die Voraussetzungen in den Beratungsstellen sehr unterschiedlich sind. Wir haben Beratungsstellen, die über ein interdisziplinäres Team verfügen, sodass Schwerpunktsetzungen möglich sind, und andererseits Beratungsstellen, in denen zwei KollegInnen mit Teilzeitstellen alle Angebote abdecken müssen. Wichtig für BeraterInnen, die zu diesem Thema arbeiten, ist die Möglichkeit zum fachlichen Austausch und regelmäßiger Supervision. Die Beratungsstellen müssen BeraterInnen ein Zeitkontingent für die Vernetzungsarbeit zur Verfügung stellen und die Möglichkeit, regelmäßig an Fortbildungen teilzunehmen.

«

*Das Interview führte
Regine Wlassitschau.*

Psychosoziale Beratung zu PND bei pro familia – der Normalfall?

„Da schauen wir zur Sicherheit mal nach.“ Wenn ein **Befund** Hoffnungen erschüttert

Eva Zattler und Gerdi Walleitner

■ Pränataldiagnostik soll, so wünschen ÄrztInnen und Patientinnen, die beruhigende Gewissheit herstellen, dass mit dem Kind alles in Ordnung ist. Schwangere erhoffen sich die Ruhe, die aus der Sicherheit entsteht, dass das Kind körperlich und geistig intakt ist. Doch für einige Schwangere ist der Termin zum Ultraschall der Augenblick, in dem ein erster Verdacht aufkommt: Die Entwicklung des Kindes, der Organe, des Kopfes oder Gesichtsschädels entsprechen nicht der Norm, weichen davon ab, geben Anlass zur Sorge, zu weiteren Untersuchungen. Die Beratungsstelle München-Schwabing begleitet werdende Mütter und ihre Partner in dieser Zeit.

Keine Modellberatungsstelle, aber langjährige Erfahrung mit der Beratung zu PND

Unsere Beratungsstelle in München-Schwabing ist zentral gelegen, und gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. München ist Sitz zahlreicher pränataldiagnostischer Praxen, deren größte von Schwangeren aus ganz Bayern aufgesucht werden.

Die Beratung für Paare, und Schwangere, die bei pränataldiagnostischen

Maßnahmen erfahren mussten, dass bei dem Kind, das sie erwarten, ein „positiver“ Befund erhoben wurde, wird von Beraterinnen mit einer speziellen Fortbildung angeboten. Wir legen Wert darauf, schnell und flexibel auf diese Klientinnen und ihre Partner einzugehen. Die Vermittlung läuft in der Regel über die Pränataldiagnostikpraxen, die den Betroffenen raten, sich Unterstützung in der Beratungsstelle zu holen.

Die beiden Mitarbeiterinnen, die Hauptsprechpartnerinnen für den Bereich PND-Beratung sind, besuchen in gewissen Zeitabständen die Praxen, stellen die Tätigkeit der Beratungsstelle vor, besprechen Entwicklungen mit den Humangenetikerinnen und -genetikern, die zum Beispiel durch geänderte Diagnostikverfahren zu beobachten sind, und ebenso Beobachtungen aus der Beratungspraxis. Eine Beraterin vertritt pro familia im Arbeitskreis Pränataldiagnostik, in dem Ärztinnen und Ärzte und Beraterinnen mitarbeiten. Das trägt zur Vernetzung der Beratungsstelle bei. Die Beratungsstelle ist keine Modellberatungsstelle, berät aber seit vielen Jahren im Kontext von Pränataldiagnostik.

Wir bieten Beratung vor pränataldiagnostischen Untersuchungen durch unsere Ärztin an. Sie kann auch während der Wartezeit auf weitere Befunde hinzugezogen werden. Sozialpädagoginnen beraten Paare mit konkretem Befund in der Zeit, in der eine Entscheidung gefunden werden muss, nach einem Abbruch mit medizinischer Indikation sowie während der Schwangerschaft, wenn das Paar sich für das Kind entscheidet.

Unsere Psychologin und eine Sozialpädagogin, die auch Kunsttherapeutin ist, bieten eine Gruppe für Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch an. Sie wird regelmäßig auch von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation hatten, besucht.

Uns ist wichtig, dass immer deutlich wird, dass unser Beratungsangebot nicht nur für die Schwangere, sondern für beide werdenden Eltern gilt. Wir bieten an, dass die Schwangere und ihr Partner einzeln oder zu zweit im weiteren Verlauf zu uns kommen können, und dass wir selbstverständlich auch Paarberatung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder während der weiteren Schwangerschaft

anbieten. Wir vergeben für Schwangere und Partner in Akutsituationen schnell und unkompliziert Termine. Häufig ruft die Schwangere noch von der Ärztin oder dem Arzt aus an, manchmal übernimmt die Terminabsprache die Praxis.

Grundsätzlich sehen wir es als vorteilhaft an, dass unsere Klientinnen zu uns kommen und nicht wir in die Klinik gehen: Es ist wichtig, dass Frauen auch schon rein physisch Abstand vom Medizinbetrieb bekommen und spüren, dass sie immer noch handelnde Wesen sind, die eigene Entscheidungen treffen können.

Wer kommt in die Beratung und wie haben sie von der Möglichkeit erfahren?

Auffälligkeiten werden meist im Kontext der drei Ultraschalle in der zehnten, zwanzigsten oder dreißigsten Woche im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge durch die behandelnden GynäkologInnen entdeckt. Die Weiterverweisung an spezielle pränataldiagnostische Praxen wirft dann die Frage nach invasiver Diagnostik auf. Nicht selten bezahlen Frauen den (invasiven) Bluttest selbst, um das Abgangsrisiko zu vermeiden, das bei der Amniozentese besteht (wenn es auch, je nach Erfahrung der Ausführenden, sehr gering gehalten werden kann). Veränderungen, die nicht-genetischer Natur sind, werden über den 3D-Ultraschall sichtbar, ebenso wie genetisch bedingte Syndrome.

Die diagnostizierenden Praxen informieren ihre Patientinnen über den Anspruch auf psychosoziale Beratung nach § 2a Schwangerschaftskonfliktgesetz. In der Regel handelt es sich um erwünschte und ersehnte

Schwangerschaften. Häufig wissen die Betroffenen erst seit kurzem davon, dass das erwartete Kind Fehlbildungen haben wird. Und in mehr als der Hälfte der Fälle kommt das Paar gemeinsam.

Im Jahr 2013 hat unsere Beratungsstelle 43 Schwangere und ihre Partner im Zusammenhang mit pränataldiagnostischen Untersuchungen/Befunden beraten.

Wenn Hoffnungen einstürzen wie ein Kartenhaus

Vor pränatalen Untersuchungen geht es immer um die Spannung zwischen Angst und Sicherheit, darum ob aus den Untersuchungen Sicherheit oder Unsicherheit entstehen kann, und implizit um die Frage, wie die Schwangere sich selbst beruhigen und mit ihren Ängsten konstruktiv umgehen kann.

Kommt eine Frau, weil bei pränataldiagnostischen Maßnahmen ein auffälliger Befund erhoben wurde, so ist für sie von großer Bedeutung, wie die Ärztin oder der Arzt diesen mitgeteilt hat. Diese Situation, die den Anfangsverdacht zur Gewissheit werden lässt, wird oft, wie eine Unfallsituation, mit übergroßer Genauigkeit wahrgenommen. Dieser Moment ist für die Frau und den werdenden Vater, wenn er dabei ist, der Augenblick, in dem die Hoffnungen auf ein gesundes Kind einstürzen wie ein Kartenhaus.

Nur wenn es dem Arzt in dieser Situation gelingt, sich auf die Frau und nicht auf den Befund zu konzentrieren, zu übersetzen, was der Befund für das Kind selbst bedeutet, kann er die Frau erreichen. Aber auch für ihn ist dieser Moment nicht leicht, heißt er doch, dass das ideale Kind aus der

Wunschvorstellung geht, und so nie wieder zurückkommen wird, und das durch die Information, die er ihr gibt.

Die Themen der Beratung

Wenn die Schwangere mit ihrem Partner kommt, geht es häufiger darum, eine Entscheidung zu fällen – deren Umsetzung ist später ein weiteres Thema. In die Entscheidung beziehen Paare die Auswirkungen für die Familie, bereits vorhandene Kinder, alte Eltern, die betreut werden müssen, die Vereinbarkeit von Beruf und einem Kind mit einer Erkrankung oder Fehlbildung, oder die finanzielle Verantwortung, die auf die Familie zu kommt, mit ein. Je nach der Art der Beeinträchtigung für das Kind fragen sie, ob denn das Kind dieses Leben nicht nur als Leid empfinden wird. Ob ihm so ein Leben zugemutet werden kann.

Diese Fragen werden oft aus einer inneren Distanz zum Kind heraus gestellt, die Folge dessen ist, dass das Bild vom schönen, gesunden Baby plötzlich nicht mehr stimmt, und noch kein neues entstanden ist. Wie ein Riss in dem Band, das Mutter und Kind verbindet.

Den Partner miteinbeziehen

Häufig ist der Partner dabei, und ihn einzubeziehen ist wichtig. Auch seine emotionale Situation ist wichtig, er ist zwar nicht körperlich betroffen, aber auch in seinem Empfinden hat das Kind bereits Gestalt angenommen, ist mit Eigenschaften versehen worden, gibt es Pläne, was man miteinander tun wird, gibt es Zuneigung zu ihm. Gleichzeitig ist der Wunsch, die Partnerin zu stützen groß und so bleiben die eigenen Empfindungen oft zuerst im Hintergrund.

Hier ist es wichtig, Raum für die ganz unterschiedlichen Empfindungen zu schaffen, denn alle, die des Mannes und die der Frau, sind Teil der Gesamtsituation und damit Teil der Lösung, wie auch immer sie aussehen wird. Häufig empfinden die Paare den Zeitdruck zur Entscheidung. Wir wollen ein Setting gestalten, das davon entlastet. Wir planen eineinhalb Stunden für die erste Beratung ein, die Betroffenen können mehrmals kommen, wir wollen auch in unserer inneren Haltung zum Ausdruck zu bringen, dass wir den Entscheidungsdruck nicht übernehmen und die Zeit der Unentschiedenheit begleiten.

Hilfen

Selbstverständlich besprechen wir mit den Paaren die Hilfen, die es für ein behindertes Kind gibt. Da es sich aber um gewollte Schwangerschaften geht, haben sich die Paare bereits ein Konzept gemacht, wie das Leben mit Kind, auch wirtschaftlich zu bewältigen ist. In der Regel haben andere Faktoren einen viel größeren Einfluss. Dazu gehört auch die Abklärung von Behandlungsmöglichkeiten und -chancen, den gesundheitlichen Zustand des Kindes zu verbessern und das Gespräch mit Fachärzten.

Perspektiven

Die Diagnose muss nicht zum Abschied vom Kind führen – manche Paare entscheiden sich nach vielen Gedanken über einen Schwangerschaftsabbruch für das Kind, weil sie nach und nach Hoffnung gefasst haben, dass es eine Perspektive für das Leben mit ihm gibt. Wir begleiten sie vor allem durch die Schwangerschaft. Nach der Geburt steht oft die medizinische Betreuung des Kindes

im Vordergrund und fordert viel Zeit, so dass sie nicht weiter Beratung in Anspruch nehmen können. Bei anderen ist die Diagnose so gravierend und die Belastungsgrenze für die Schwangere überschritten, so dass sie letzten Endes doch entscheiden, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen.

Auch hier geht es darum, wie das Paar mit der Situation umgeht. Die Art, wie der Abschied erfolgt, ob das Paar das Kind sehen möchte, ob es Fotos vom Kind wünscht, ob und wie das Kind bestattet werden soll, ob es am Standesamt registriert wird, wie mit der Familie gesprochen wird, hat Einfluss auf die Verarbeitung des Geschehenen. Zugleich steht die Frage im Raum, wann eine erneute Schwangerschaft möglich ist, und mit welchen Risiken sie behaftet ist. Nach dem Schwangerschaftsabbruch beobachten wir immer wieder, dass Männer deutlich auf die vergangene Belastung reagieren, einige davon kommen dann auch alleine zur Beratung.

Fazit

Die Pränataldiagnostik im Rahmen einer ganz normalen Schwangerenberatungsstelle hat eine eigene Dynamik: Wir können nicht verhindern, dass sich Frauen mit Kinderwunsch, Frauen die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und solche, die ihre Babies dabei haben, auf Frauen treffen, die gerade die Nachricht erhalten haben, dass mit ihrem Kind „etwas nicht in Ordnung“ ist. Aber das Zusammentreffen dieser unterschiedlichen Lebensgeschichten geschieht auch draußen im Alltag. Die Schwangerenberatungsstellen sind ein Ort, der ausdrücklich

durch Schweigepflicht und die Möglichkeit der anonymen Beratung geschützt ist. Das kreiert auch eine bestimmte Atmosphäre der Sicherheit, dass das was hier gesagt wird, nicht weitergeht. Auch wir würden manchmal gerne detaillierter mit den ÄrztInnen sprechen, aber unsere Klientinnen wünschen oft nicht, dass es zwischen beiden Orten/Personen einen Austausch gibt. Und das ist dann wohl auch die Chance der nicht spezialisierten Beratungsstellen, die nicht mit einem Krankenhaus assoziiert sind. <<



Eva Zattler ist Sozialpädagogin und Familientherapeutin bei pro familia München-Schwabing.

E-Mail:

eva.sattler@profamilia.de



Gerdi Walleitner ist Sozialpädagogin und Kunsttherapeutin bei pro familia München-Schwabing.

E-Mail:

gerdi.walleitner@profamilia.de

Anmerkungen aus der gynäkologischen Praxis

Pränataldiagnostik: Wie lässt sich die **Kooperation** zwischen ärztlicher Praxis und psychosozialer Beratung noch verbessern?

Claudia Schumann

■ Die Zeiten haben sich geändert. Schon lange sind Schwangere nicht mehr einfach nur „guter Hoffnung“, dass die Schwangerschaft glücklich verlaufe, sondern sie stehen im Zentrum von Angeboten der Heilberufe und Beratungs-Institutionen. Alles ist geregelt: Es gibt die Mutterschafts-Richtlinien mit exakten Vorgaben für die ärztliche Betreuung und es gibt Gesetze, die das Recht auf psychosoziale Beratung und die Kooperation zwischen ärztlichen Institutionen und Beratungsstellen festlegen. Das gilt besonders für die Pränataldiagnostik. Laut Schwangerschaftskonfliktgesetz hat jede Schwangere einen „Anspruch auf psychosoziale Beratung ...in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen“ (§2 Abs.1 SchKG). Im Gendiagnostikgesetz stehen Vorgaben „für die vorgeburtliche Risikoabklärung“ (§3 (1b), (3) GenDG) inklusive der Pflicht, auf die Möglichkeit der psychosozialen Beratung hinzuweisen bzw. diese zu vermitteln.

So scheint alles perfekt: Ein breites Angebot, das jede Frau sicher durch die Schwangerschaft begleitet und

ihr hilft, mit der neuen Situation zu recht zu kommen. Denn die rasante Entwicklung der diagnostischen Möglichkeiten gerade auch im Rahmen der Pränataldiagnostik (PND) macht es erforderlich, dass Schwangere immer wieder Entscheidungen fällen: Will sie überhaupt Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen? Wie soll sie mit eventuellen Konsequenzen umgehen? Um zu einer „informierten Entscheidung“ zu kommen, braucht sie sachliche Informationen, aber auch die „Kraft“ zur eigenen selbstbestimmten Entscheidung. Und gerade zu letzterem soll ihr die – von der Medizin unabhängige – psychosoziale Beratung helfen.

Die Weichenstellung: Beratung vor PND

Klappt das wie gedacht und geplant? Was brauchen die werdenden Eltern? Nach einer Bestandsaufnahme und Bewertung aus dem Blickwinkel der frauenärztlichen Praxis geht es um Ideen zur Verbesserung der Kooperation zwischen den Fachleuten, damit Schwangere mit den Angeboten der Pränataldiagnostik besser umgehen können.

Jede Schwangere muss vom Frauenarzt/von der Frauenärztin darüber informiert werden, dass es die Möglichkeit der Pränataldiagnostik gibt. Die Aufklärung muss zumindest so breit sein, dass sie entweder ihr Recht auf Nichtwissen äußern kann – „Das kommt für mich nicht in Frage“ – oder sich informieren kann, was es an Möglichkeiten gibt. Dieses Gespräch über die verschiedenen Methoden inklusive Aussagekraft und Konsequenzen findet in jeder „normalen“ gynäkologischen Praxis statt, und zwar schon in der in der 8./9. Woche der Schwangerschaft, da die Untersuchungen schon früh möglich sind (die neuen Bluttests ab der 10. Woche, das weitverbreitete Erst-Trimester-Screening ETS ab der 12. Woche).

In dieser Zeit werden die Weichen pro oder kontra PND gestellt, es ist also eine Schlüssel-Situation. In einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung gab mehr als die Hälfte der Frauen an, der Arzt/die Ärztin habe einen „sehr starken oder starken Einfluss“ gehabt, „damit sind Gynäkologen ähnlich einflussreich wie der Partner der

schwangeren Frau bezüglich einer Entscheidung für oder gegen PND“ (Renner, 2006). Ein Viertel der Frauen gab sogar an, sie habe sich für PND entschieden, „weil meine Ärztin/mein Arzt es so wollte“. Während in manchen Praxen nur 10 Prozent der Schwangeren ein ETS wünschen, lassen es bundesweit insgesamt ca. 50 Prozent der Schwangeren durchführen (Schumann 2012). Gerade in dieser Situation wäre also eine „unabhängige“ psychosoziale Beratung wünschenswert als Korrektiv. Aber sie findet nicht statt: Beraterinnen berichten übereinstimmend, dass sie nur im Ausnahmefall Schwangere in der Frühschwangerschaft zu PND beraten, einfach weil sie nicht kommen.

Auf der anderen Seite stellt die Beratung und Entscheidungsfindung für die frauenärztlichen Praxis durchaus ein Problem dar, weil die Schwangeren kaum über Vorwissen verfügen und es außerdem so viele andere wichtige Fragen zu klären gibt, gerade in der frühen Schwangerschaft. Zeitmangel und Zeitdruck sind die Folge. Dazu kommt, dass viele Frauen zu Beginn der Schwangerschaft nicht selten noch ambivalent sind zwischen Freude über die Schwangerschaft und Sorgen, was auf sie zukommt. Das Thema PND anzuschneiden, bedeutet dann eine zusätzlich Belastung. Viele FrauenärztInnen schätzen einerseits die PND-Beratung als sehr aufwändig und schwierig ein, andererseits „das Ergebnis der Beratung überwiegend eher negativ“ (Schumann 2012). Der Hinweis auf eine mögliche zusätzliche Beratung zum Beispiel bei pro familia wird kaum verstanden: „Was soll ich da? Sie haben mir doch alles erklärt.“ Fazit: werdende Eltern brauchen

vor allem vor der Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik einen Zeitraum zum Überlegen, zusätzlich zur medizinischen Information und Beratung. Das ist formal geregelt durch das Recht auf psychosoziale Beratung – real besteht ein großes Defizit.

Beratung bei auffälligem Befund: mehr Kooperation erreicht

Die Situation ändert sich, wenn aus der weit entfernten Möglichkeit Realität wird. Sei es ein verdächtiges Ultraschallbild, ein erhöhtes Risiko beim ETS, eine Chromosomen-Auffälligkeit: Plötzlich wird die Sorge konkret, dass mit dem Kind etwas nicht in Ordnung sein könnte, und damit wächst der Beratungsbedarf.

Auch in dieser Situation sind Ärzte und Ärztinnen die ersten AnsprechpartnerInnen. Zumeist geschieht die genauere Abklärung bis zur endgültigen Diagnose in besonderen Einrichtungen, die sich auf Pränataldiagnostik spezialisiert haben und sich – mehr als die Standard-Praxen für Gynäkologie – mit der Problematik „Umgang mit einem krankem/behinderten Kind“ auskennen. Dort steht mehr Zeit für Gespräche zur Verfügung, die Situation für die werdenden Eltern ist konkreter und die Kooperations-Verpflichtung ebenfalls: Wenn „dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist“, muss „die Ärztin oder der Arzt ... über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 ... informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen ... vermitteln.“ (SchKG §2a)

Während vor der Gesetzesänderung 40 Prozent der befragten Frauen angaben, die Beratung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen sei „sehr schlecht“ gewesen (Renner 2006), wird diese Verpflichtung jetzt besser umgesetzt: Laut einer Befragung von 2010 weisen ca. 40 Prozent der PND-Praxen zumindest auf die Beratungsmöglichkeit hin bzw. geben Adressen mit, und 60 Prozent bahnen zusätzlich aktiv den Weg zur Beratungsstelle, indem entweder die Arzthelferin oder auch der Arzt/die Ärztin persönlich den Kontakt zur Beraterin herstellen (Woopen 2011).

Allerdings nehmen nicht alle Schwangeren die psychosoziale Beratung in Anspruch. Wie kompliziert die Situation sein kann, mag ein Fall aus meiner Praxis verdeutlichen:

Bei Frau S., 32 J, alt, wurde beim Routine-Ultraschall in der 20. Woche der Verdacht auf einen Aneenzephalus gestellt (=Fehlen der Schädeldecke und von wichtigen Teilen des Gehirns). Kinder mit dieser Fehlbildung sind nicht lebensfähig. Die Diagnose wurde leider beim folgenden Spezial-Ultraschall bestätigt. Nach ausführlicher ärztlicher Beratung entschied sich Frau S. schnell für einen Abbruch der Schwangerschaft und wollte keine weitere psychosoziale Beratung mehr, wollte nicht „noch woanders hingehen, noch mehr reden“. Das machte mich zunächst ratlos. Eine mir persönlich bekannte Beraterin, die ich – mit Erlaubnis der Schwangeren – von der Situation informierte, schlug vor, das Ehepaar zu Hause zu besuchen. Dieses Angebot wurde angenommen. Es zeigte sich: In der Beratung in häuslicher Umgebung konnte die Verzweiflung mehr Platz

finden, es wurde viel geweint, das Paar stellt viele Fragen nach dem „warum“ und dem „wie weiter“: Die Beraterin begleitete das Paar auch während des stationären Aufenthaltes und besuchte sie danach. Diese Lösung hat alle Beteiligten sehr erleichtert.

Fazit: In der Belastungs-Situation besteht ein erhöhter Bedarf an Beratung. Die Gesetzesänderung hat zu besserer Kooperation zwischen ärztlichen Praxen und Beratungsstellen geführt. Ob das Angebot angenommen wird, hängt sehr von der Art der Vermittlung ab.

Kooperation verbessern – mit vereinten Kräften

Pränataldiagnostik ist janusköpfig, sie birgt Chancen und Risiken. Sie kann Ängste bei werdenden Müttern reduzieren und Leben von Ungeborenen retten, aber eben auch zur „Selektion“ führen, weil die Mutter sich ein Leben mit diesem speziellen Kind nicht zutraut.

Auch wenn man konstatiert, dass die immense ethische Dimension der Thematik weder in der gynäkologischen Praxis noch in der psychosozialen Beratungsstelle ausreichend erörtert werden kann und eigentlich eine breitere gesellschaftliche Diskussion notwendig ist, müssen sich dennoch die Fachleute der Herausforderung stellen.

Aus meiner Sicht ist für die Begleitung bei „auffälligem Befund“ schon viel erreicht. Die Gesetzesänderung in Kombination mit breiter Fortbildung und multiprofessionellen Qualitätszirkeln haben für die Zusammenarbeit viel bewirkt, wenn auch

an der gegenseitigen Akzeptanz der Berufsgruppen sicher noch weiter gearbeitet werden muss (Rummer 2011).

Die Frauen profitieren von der persönlichen Kenntnis und Wertschätzung der Beratenden; es muss immer wieder erneut investiert werden in lokale Arbeitsgruppen und Bündnisse.

Mein Haupt-Anliegen aus Sicht der gynäkologischen Praxis ist die Verbesserung der Beratung vor Inanspruchnahme von PND. Da besteht ein großes Manko! Die meisten Frauen, die wir Ärztinnen in der frühen Schwangerschaft sehen, haben wenig Ahnung von PND. Eher selten kommt es vor, dass eine Frau schon von vornherein entschieden gegen PND ist, weil ein Schwangerschaftsabbruch für sie nicht in Frage käme. Aber die meisten sind uninformiert und unsicher, Standard ist der Satz „Hauptsache es ist gesund!“.

In dieser Zeit der Weichenstellung hätte die psychosoziale Beratung eine große Chance, Frauen zu unterstützen und evtl. Einfluss zu nehmen; und sie existiert auch durchaus als Angebot in der Fachliteratur (zum Beispiel Perspektiven der psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik, 2011). Aber wie schon gesagt: Die Frauen kommen nicht in die Beratungsstellen!

Hier müsste die Kooperation sich entscheidend verändern, aus beiden Richtungen und mit vereinten Kräften. Denn ein großes Problem ist: Die Schwangeren scheuen das Thema PND. In einer Befragung gaben nur 18 Prozent an, sie hätten zu Beginn

der Schwangerschaft gerne mehr über PND erfahren (Renner 2006). Kein Wunder, dass sie sich vorab nicht mehr informieren.

Auf ärztlicher Seite wird sicher oft der Hinweis auf den Beratungsanspruch, der zudem nur als „Soll“-Vorschrift in den Mutterschutzrichtlinien verankert ist, mit zu wenig Überzeugungskraft vorgetragen, einfach weil manche Frauenärzte/-ärztinnen nicht genug über die Kompetenz der Beraterinnen und die Qualität der Beratung wissen (Rummer 2010) und die Beratung auch zu wenig als mögliche „Entlastung für niedergelassene GynäkologInnen“ (Thonke 2014) verstehen.

Aber auch auf Seiten der Beratungsstellen wäre zu wünschen, dass sie sich offensiver mit der Thematik beschäftigen und so die Beratung vor PND nicht nur auf dem Papier steht, sondern auch gelebt wird. Mehr Informationen seitens der Beratungsstellen an die Ärzte/Ärztinnen in ihrer Nähe, verbunden mit persönlichen Kontakten, könnten deren Wissensdefizit reduzieren und die Kooperationsbereitschaft erhöhen. Außerdem sollte die Information über Pränataldiagnostik mehr als bislang zum Standard-Spektrum von Beratungsstellen gehören, mit dem sie zum Beispiel junge Leute in Schulen erreichen, damit die Auseinandersetzung damit schon vor einer Schwangerschaft möglich ist. Und wenn die Schwangeren nicht in die Beratungsstellen kommen – könnten dann nicht Beraterinnen zu den Schwangeren kommen, in die ärztlichen Praxen? Das ist nicht das ideale Setting, ich kenne die Vorbehalte. Andererseits würde das sicher die Chan-

ce erhöhen, dass überhaupt Gespräche zustande kommen in der frühen Schwangerschaft, und die Last und Chance der „informierten Entscheidung“ gemeinsam getragen wird.

Ob allerdings mehr Beratung die „Zu-
mutung“ für Schwangere verändern
wird, selbst zu entscheiden, was sie
über ihr Kind wissen wollen, mit allen
Konsequenzen – kann man mit gu-
tem Recht bezweifeln. <<

Literatur:

Perspektiven der psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik – Eine Handreichung aus evangelischer Sicht; Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe V. 2011

Renner, I: Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik, BZgA 2006

Schumann, C: »Die PND wird auch weiterhin für mich eines der schwierigsten Kapitel unseres Fachgebietes sein.« Pränataldiagnostik in der frauenärztlichen Praxis, in: BZgA-Forum 2-2012

Thonke, I: Einführung zum Fachgespräch, in: Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis; pro familia Dokumentation 2014

Rummer, A: Zusammenarbeit über Fachgrenzen hinweg, in: Dtsch Ärztebl 2011; 108 (38)

Woopen, C: Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd), Abschlussbericht; Hgb. BMFSJ, 2013



Dr. med. Claudia Schumann
ist Ärztin für
Frauenheilkunde
und Psycho-
therapeutin.

Sie ist Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ (DGPF). E-Mail: ClaudiaSchumann@t-online.de

Interdisziplinäre Kooperation

Fachlicher Austausch zu Pränataldiagnostik bei pro familia

Seit der gesetzlichen Neuerung führt der pro familia Bundesverband eine fachliche Debatte zur interdisziplinären Kooperation mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren.

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 Fehlversorgungungen 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.

Im Fachgespräch „Pränataldiagnostik- Vernetzungsstrukturen in der Praxis“, das am 16. Januar 2014 in Frankfurt stattfand, ging es um die Frage, wie der tatsächliche Bedarf an Beratung zu PND von Frauen abgeschätzt werden kann. Die TeilnehmerInnen diskutierten auch darüber, ob die

Kompetenzprofile der psychosozialen Beratung hinsichtlich der PND-Beratung transparent genug sind. Außerdem wurde eine Bilanz der Arbeit der Modell-Vernetzungsstellen gezogen und sich darüber ausgetauscht, welche qualitativen und strukturellen Voraussetzungen Vernetzungsstellen erfüllen sollten.

Die Dokumentation „Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis“ zum Fachgespräch ist abrufbar unter www.profamilia.de/interaktiv/publikationen/publikationen.html



Ingar Brüggemann – An der Sonne geradeaus

Perspektiven auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Ulrike Busch

■ Diese Frau ist faszinierend. Wenn man ihr begegnet wird spürbar, wie durch kluges, weibliches Engagement sexuelle und reproduktive Rechte vom abstrakten Begriff zum lebendigen Tun werden. Sieben Jahre International Planned Parenthood Federation (IPPF), zuvor drei Jahrzehnte Weltgesundheitsorganisation (WHO), auch heute noch unterwegs zwischen Genf, New York und London, zwischen Berlin, Coffs Harbour und Nordhorn ... All dies erfahren wir in dem kürzlich erschienenen wunderbaren Buch, herausgegeben und vorgestellt vom Berliner Verlag Rohnstock Biografien.

© Verlag Rohnstock Biografien



Auf der Veranstaltung anlässlich des Erscheinens des Buches am 5. Mai 2014 in Berlin würdigten die TeilnehmerInnen das Lebenswerk von Ingar Brüggemann. Auf dem Bild v.l.n.r.: Prof. Dr. Rolf Korte (langjähriger Abteilungsleiter „Gesundheit und Bevölkerung“ bei der GTZ), Prof. Dr. Ulrike Busch, Dr. Ellis Huber (Gesundheitspolitiker), Ingar Brüggemann und Inga Rahmsdorf, die Nichte von Ingar Brüggemann.

Insbesondere langjährige MitarbeiterInnen und Mitglieder werden ihren Namen kennen oder von ihr gehört haben: Ingar Brüggemann war von 1995 bis 2002 Generaldirektorin der IPPF und hat die Geschichte der sexuellen und reproduktiven Rechte mitgeschrieben. Für jüngere ist das Buch ein Erfahrungsschatz, lebendig geschrieben und reichhaltig gestaltet. Und es lädt dazu ein, unser Tun in globalerem Kontext zu denken und wach zu halten, was es heißt, sich für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte einzusetzen.

Der Schritt Ingar Brüggemanns zur WHO war im Jahr 1966 in mindestens zweifacher Hinsicht bemerkenswert: Sie war eine Frau in einer männlich

dominierten Welt politischer Weichenstellungen und eine Nichtmedizinerin, gar Sozialwissenschaftlerin, in einer primär aus medizinischer Perspektive gedachten Sicht auf Gesundheit und Krankheit. Beides erwies sich als Glücksfall, nicht nur für Ingar Brüggemann, die vieles gelernt, erlebt und bewirkt hat – was für die LeserInnen des Buches unglaublich gut nachvollziehbar wird –, sondern auch für die WHO und die Ressorts, die genau durch ihre spezifischen Sichtweisen geprägt wurden. Sie war für die Koordinierung sozialer und wirtschaftlicher Themen mit dem Gesundheitswesen zuständig und beschreibt interessant die Reaktionen und sich entwickelnden Strategien im Umgang mit dem Thema AIDS.



© Verlag Rohnstock Biografien

Und dann natürlich ihre Tätigkeit bei der IPPF. Eindrucksvoll, wie sie die Anfrage an sich beschreibt (der Anruf aus Hollywood) und ihre Motive und Beweggründe, die Aufgabe zu übernehmen: die Weltbevölkerungskonferenz in Kairo und die Weltfrauenkonferenz in Peking.

Was dann folgt, ist enorm: vielfältige Stationen und Aktivitäten, Personen und Institutionen. Die erste Dienstreise nach Manila und dann non Stopp durch die Welt. Zentrale Themen und Aktivitäten sind die Gesundheitsversorgung von Frauen, der Zugang zu Verhütung und sicherem Schwangerschaftsabbruch, sichere Mutterschaft, Teenagerschwangerschaften, Sexuaufklärung und AIDS. Für Ingar Brüggemann waren und sind das existentielle Themen angesichts der nach wie vor hohen Raten der Mütter- und Kindersterblichkeit, der Dominanz illegaler und unsicherer Schwangerschaftsabbrüche in Entwicklungsländern weltweit, des völlig ungedeckten Bedarfs an Verhütungsmitteln, der fehlenden Kenntnisse und Zugänge. Umso nötiger ist die Unterstützung der regionalen Initiativen und Projekte, aber auch die Einbindung der ihr schon bestens bekannten Großen: Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und WHO. Interessante Personen und Begegnungen prägen auch diese Zeit, schöne Geschichten. Man muss es selbst lesen!

Mir persönlich imponiert hat zudem ihr genauer Arbeitsstil, wie sie sich kundig macht vor Ort, im guten Sinne neugierig ist und vor allem nicht „zu Besuch“, sondern eben deshalb als „Familienmitglied“ willkommen ist. Mich hat beeindruckt, wie sie agiert,

im Bewusstsein der notwendigen Balance zwischen Unduldsamkeit in den Forderungen und Notwendigkeit der Diplomatie und Kommunikation auf Regierungsebenen, mit politischer Klugheit und Wertschätzung. Und sie gehört zu den ersten, die Jugendpartizipation zum Thema bei der IPPF macht. Sie trägt maßgeblich dazu bei, dass die IPPF Einfluss hat und anerkannt ist, aber auch nach innen eine effizient arbeitende Organisation ist, die ihren Aufgaben insbesondere über ihre engagierten Mitarbeiterinnen gerecht werden kann.

Die Briefe und Geschenke, die sie zu Abschluss erhielt, sind Zeichen des auch ganz persönlich erworbenen Respektes – für ihre klare und ambitionierte Arbeit und für ihre menschliche Haltung. <<

Prof. Dr. Ulrike Busch, Hochschule Merseburg, ist Mitglied im Landesvorstand von pro familia Berlin und Mitglied im Ausschuss Schwangeren- und Familienhilfe-Änderungsgesetz des pro familia Bundesverbands.

Interview

„Be brave and angry“

Frau Brüggemann, was beeindruckt Sie an der IPPF?

Mir hat die Entstehungsgeschichte der IPPF, der Mut und das enorme Engagement der wenigen Frauen, die sie 1952 gründeten sowie die Entwicklung eines weltweiten Netzes mit jeweils unabhängig arbeitenden Mitgliedern sehr imponiert. Der Aufruf „Be brave and angry“ bleibt auch heute noch aktuell. Frauen und vor allem junge Mädchen vor dem sicheren Tod im Verlauf einer Schwangerschaft zu bewahren, bleibt nach wie vor eine wichtige Aufgabe.

Welches ist die drängendste Herausforderung heute an die IPPF als Dachverband?

Das ist meines Erachtens, die mehr als 150 nationalen Familienplanungsorganisationen darin zu unterstützen, alle Männer, Frauen und

ganz besonders die Jugendlichen umfassend über ihre Rechte und auch Pflichten zu informieren, die ihnen ein gesundes sexuelles und reproduktives Leben erlauben. Für Schutz vor ungewollten Schwangerschaften, besonders bei den ganz jungen Mädchen und Vermeidung von HIV-Infektionen zu sorgen, sind weitere dringende Voraussetzungen.

Was sollte die IPPF dafür konkret tun?

Ich halte vor allem den ständigen Dialog mit den Regierungen für dringend notwendig, um die rechtlichen Voraussetzungen und notwendigen Dienstleistungen im Gesundheitssystem für die erwähnten Bedingungen einzufordern.

Die Fragen stellte Prof. Dr. Ulrike Busch.

IPPF European Network

Visionen und Aktionen für sexuelle und reproduktive Rechte

Verena Mörath

■ Das jährliche Regional Council Meeting der europäischen Dachorganisation von pro familia, „International Planned Parenthood Federation European Network“ (IPPF EN), fand in diesem Jahr vom 26. bis 28. Juni 2014 in Sarajewo/Bosnien-Herzegowina statt. Hannah Wicke und Verena Mörath vertraten pro familia als Mitglieder des Bundesvorstands.

Schwerpunkt des Treffens mit ca. 80 Gästen aus über 30 Ländern war unter anderem die Diskussion über den Entwurf ihrer neuen Strategie „Moving Forward Together“ für den Zeitraum 2016 bis 2022 und die „Vision 2020“ der internationalen IPPF, die knapp und kurz formuliert eine Welt mit gestalten will, „in der alle Menschen befähigt sind, über ihre Sexualität und Wohlergehen zu entscheiden und die frei ist von Diskriminierung“. Beide Initiativen sollen vorhergehende und bis 2015 gültige Strategien und Ziele fortschreiben. Die einzelnen Teilziele und Aktionspläne für IPPF EN werden im November 2014 endgültig abgestimmt.

„YSAFE“ (Youth Sexual Awareness For Europe), das Projekt zur Stärkung der Jugendpartizipation der IPPF, berichtete über sein Engagement im letzten Jahr. Die Jugendgruppe stellte sich selbstbewusst und voller

Begeisterung dem großen Plenum vor. Sie unterstützen unter anderem die seit Mai 2014 laufende IPPF-Kampagne „I decide my future“ tatkräftig. Sie zielt darauf, dass führende Weltpolitiker sexuelle und reproduktive Rechte nach Auslaufen der Millenniumsziele 2015 auf die Agenda neuer globaler Entwicklungsziele setzen. Eine Million Unterschriften sollen gesammelt werden, um sie dem UN-Generalsekretär Ban Ki Moon im Sommer nächsten Jahres zu überreichen. Die Petition kann auf www.ippf.org/vision2020 unterzeichnet werden.

Last but not least standen die Neuwahlen des Vorstands für das IPPF European Network an, die zum ersten Mal durch eine Wahlkommission und nicht durch den IPPF EN-Vorstand organisiert und durchgeführt wurde. Neue Präsidentin von IPPF European Network ist Lena Stavngaard, Dänemark, Vize-Präsidentin ist Kelly Mackey, Irland.

©: IPPF



Naomi Saboni, IPPF-Präsidentin, Gast des diesjährigen Treffens

Schwerpunktthema: Sexualisierte Gewalt

Der integrierte Fachtag des Regional Council Meetings widmete sich dem Thema „Sexueller Missbrauch und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen sowie gefährdeter Erwachsenen“. Maria Papadakaki, Professorin am Technological Educational Institute of Crete, informierte über die Ergebnisse des europaweiten und länderübergreifenden Projekts „YSAV“ (Youth Sexual Aggression and Victimization). Dieses wurde von Rutgers WPF, einem Kompetenzzentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte mit Sitz in

den Niederlanden, ins Leben gerufen. Es widmet sich insbesondere dem Problem sexueller Übergriffe. Hintergrund: In EU-Ländern berichtet ein Drittel bis die Hälfte junger Frauen von sexuellen Belästigungen. YSAV bildet ein multidisziplinäres Netzwerk europäischer Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Mitgliedstaaten, bündelt das Wissen in einer Datenbank, zielt auf die Entwicklung einheitlicher Forschungsmethoden und gibt Empfehlungen für strategisches Handeln, um das Problem der sexuellen Gewalt in den verschiedenen EU-Mitgliedsstaaten effektiv zu bekämpfen. Auf der YSAV-Website sind u.a. Links zu wichtigen Forschungsergebnissen und Dokumenten diverser EU-Initiativen, „Country Reports“ aus 27 Mitgliedsstaaten (darunter Deutschland), erprobte Untersuchungsinstrumente u.v.m. zusammengefasst.

Susie Morgan, Botschafterin für Kinderrechte im Europarat, stellte als wichtigen Meilenstein die „Lanzarote Convention“ (Council of Europe Strategy for the Rights of the Child) vor, die seit dem 1. Juli 2010 in Kraft ist. Die Konvention fordert alle EU-Mitgliedsstaaten auf, gezielt Maßnahmen zu ergreifen und Gesetze zu erlassen, um sexuelle Gewalt zu verhindern, Kinder zu schützen und Straftäter zu verfolgen.

In Workshops konnten sich die Delegierten eingehender mit verwandten Themen und/oder Projekten einzelner Mitgliedsorganisationen zum Thema Kindesmissbrauch und -misshandlung beschäftigen. Wichtig war u.a. die Auseinandersetzung mit dem schon im Mai 2012 von der IPPF erstellten Leitfaden zum „Schutz von

Kindern, Heranwachsenden und gefährdeten Erwachsenen“ (IPPF Policy 4.17 Protecting Children, Young People and vulnerable Adults). Erfragt wurde, ob Mitgliedsorganisationen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen schon eigene Handlungsanweisungen für Mitarbeitende haben oder wie sie solche implementieren können.

Sexuelle Belästigung im Netz

Ein zweites Thema war „Cyberbullying“, die Nutzung von Internet und anderen verwandten technischen Hilfsmitteln, um anderen Menschen zu schaden. Die Arbeitsgruppe wurde über das (jugendliche) Glossar für Cyberbullying aufgeklärt und diskutierte darüber, wie Erwachsene und IPPF-Mitglieder hier präventiv agieren können. Ein Fazit des Workshops: Mitarbeitende und Erwachsene müssen sich in diesem Feld fortbilden, um Opfer zu unterstützen bzw. diese neue Formen der (sexuellen) Belästigung via Internet, sozialen Plattformen und Smartphone auch in die Sexualaufklärung aufnehmen. Gute Infos gibt es hierzu auf www.deletecyberbullying.eu.

IPPF-Präsidentin Naomi Seboni, die als Ehrengast an dem diesjährigen Treffen teilgenommen hat, betonte in ihrer Ansprache, dass das Thema Gewalt gegen Frauen, vor allem in Konfliktregionen, weiterhin auf der IPPF-Agenda und der internationalen Politik stehen muss, um den Opfern eine Stimme zu geben. Sie wies außerdem darauf hin, wie wichtig es ist, der erstarkten Anti-Choice-Bewegung weltweit die Stirn zu bieten.

Ein Beispiel ist Spanien, dort droht seit Dezember 2013 eine Verschär-

fung des Schwangerschaftsabbruchgesetzes: Schwangerschaftsabbrüche sollen künftig nur noch in Fällen von Vergewaltigung oder bei schweren gesundheitlichen Risiken für die Mutter zulässig sein. Es wäre das restriktivste Schwangerschaftsabbruch-Recht seit der Rückkehr des Landes zur Demokratie im Jahr 1975. Seboni rief dazu auf, eine Petition zu unterzeichnen, die den Justizminister Alberto Ruiz-Gallardón auffordert, den Reformentwurf wieder zurückzunehmen.

Das Plenum war sich am Ende des Treffens einig, dass man hart erkämpftes Terrain für SRGR verteidigen muss und sich hierfür noch stärker vernetzen und gegenseitig unterstützen sollte. Insgesamt erlebten die Delegierten einen perfekt organisiertes und sehr lebhaftes Treffen, bei dem zu spüren war, mit welcher Energie um sexuelle und reproduktive Rechte gekämpft wird, aber auch, wie hoch die Barrieren für viele Mitgliedsorganisationen sind, sich ihrem Ziel zu nähern. Und das tun sie kreativ und unermüdlich. <<

Links:

www.regionalcouncil.ippfen.org/
www.ippfen.org/
www.ysafe.net/
www.ysav.rutgerswpf.org/
www.coe.int/lanzarote



Verena Mörath
 ist freie
 Journalistin in
 Berlin seit 2013
 und stellvertre-
 tendende
 Vorsitzende des

pro familia Bundesverbands

Verabschiedung von Robert Bolz

Viele **engagierte** Jahre für den pro familia Bundesverband

■ Anlässlich der Verabschiedung von Robert Bolz aus dem Ausschuss Fort- und Weiterbildung im März 2014 hat der ehemalige stellvertretende Vorsitzende Dr. Michael Schmidt eine Rede gehalten, die wir leicht gekürzt wiedergeben.

„Viele kennen Robert Bolz über Jahre hinweg. Lassen Sie mich dennoch einige Stationen seines Wirkens für pro familia kurz skizzieren.“

Sowohl während seines ersten Studiums der Sozialarbeit als auch im Rahmen seines 1976 abgeschlossenen Pädagogikstudiums hat er sich mit Familienplanung und Sexualberatung beschäftigt. Nach seinem Pädagogikstudium wurde er Mitglied des Präsidiums des Bundesverbandes und gehörte von 1976 bis 1979 dem Bundesvorstand als Schriftführer und von 1979 bis 1984 als Schatzmeister an. Nach seiner aktiven Zeit im Bundesvorstand war er dann seit 1996 Mitglied des Wahlausschusses der Bundesmitgliederversammlung und sowie als langjähriger Schatzmeister des Vorstandes der Stiftung pro familia e.V. in die Arbeit des Verbandes eingebunden. Bereits 1978 wurde Robert Bolz Mitglied des Ausschusses für Sozialarbeit und Mitglied des Ausschusses für internationale Angelegenheiten im IPPF Projekt ‚Migrants and Planned Parenthood‘. An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass Robert Bolz eine wesentliche Rolle

bei der pro familia Kooperation Ost-West vor und nach 1989 eingenommen hat. In unserem Ausschuss Fort- und Weiterbildung ist Robert Bolz seit dem 11. Dezember 1987 aktiv tätig. Er hat hier langjährig die Federführung übernommen und den Ausschuss auf den Bundesmitgliederversammlungen vertreten. Weiterhin wurde pro familia seit 2003 im Deutschen Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) sowie in der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) durch ihn repräsentiert.

Über seine außerordentlichen Kompetenzen im Bereich der Sexualpädagogik hinaus hat Robert Bolz weitere Facetten die ich gerne erwähnen möchte. Er ist zum Beispiel auch Organisationsberater und hat sich maßgeblich bei der Einführung von Methoden des Qualitätsmanagements engagiert. Er

hat sich weiterhin mit großem Engagement Grenzgebieten zugewandt, zum Beispiel dem Thema Alter, Partnerschaft und Sexualität sowie Sexualität und Behinderung. Neben seiner therapeutischen Arbeit hat Robert Bolz sich auch durch Vorträge und Lehrveranstaltungen sowie Fortbildungsseminare Anerkennung über pro familia hinaus erworben. Besonders erwähnenswert ist, dass Robert Bolz als Trainer über die Lehren des heiligen Benedikt und ihren Nutzen für den Alltag heutiger Menschen tätig war. Er hat damit eine bedeutende Brücke zu den Kollegen der kirchlichen Beratungsstellen hergestellt und sich für die Weiterführung der staatlichen Förderung von Ehe, Familien- und Lebensberatung eingesetzt.

Kolleginnen und Kollegen von pro familia München haben es im Jahre



Annemarie Rufer überreicht Robert Bolz im Ausschuss Fort- und Weiterbildung ein Abschiedsgeschenk.

2007 anlässlich der Verabschiedung von Robert Bolz in den Ruhestand sehr treffend formuliert: „Getreu seiner gestalttherapeutischen Herkunft (Fritz Bauer Institut) betrachtete er sich als Ermöglicher“.

Als Robert Bolz im Jahre 2007 in den Ruhestand ging, war das daher für ihn noch lange kein Grund aufzuhören. Er hat sich weiterhin auf Bundesebene für pro familia engagiert und dem Verband ermöglicht, sich zu entwickeln. Nun ist das so eine Sache mit dem verflixten siebten Jahr. Wir schreiben das Jahr 2014 und in diesem verflixten siebten Jahr nach dem Eintritt in seinen beruflichen Ruhestand hat Robert Bolz sich nun bedauerlicherweise endgültig entschieden, seine ehrenamtliche Mitarbeit für den Bundesverband von pro familia zu beenden.

Lieber Robert Bolz, es bleibt mir daher nur, Ihnen im Auftrag des Vorstandes sowie der Kolleginnen und Kollegen für Ihr langjähriges und ausgesprochen engagiertes und fachliches Engagement sowohl im und für den Bundesvorstand als auch im Ausschuss Fort- und Weiterbildung zu danken und ihnen alles Gute zu wünschen.

Der amerikanischen Manager Lee Iacocca hat einmal gesagt: „Wenn man mit 75 noch seinen Beruf ausüben und Gutes dabei leisten kann, warum sollte man dann ausscheiden müssen?“ Also lieber Robert Bolz, wenn sie es sich noch einmal anders überlegen sollten – dann steht Ihnen immer eine Tür offen. Herzlichen Dank und alles Gute für Sie.“

Tagungsbericht

„Reproduktive Rechte gelten für alle“ pro familia Fachtagung und Bundesdelegiertenversammlung 2014

■ Mit der Forderung, alle Menschen bei der Verwirklichung ihres Kinderwunsches besser zu unterstützen, endete die Fachtagung des pro familia Bundesverbands im Rahmen der Bundesdelegiertenversammlung am 10. Mai 2014 in Hannover. Die 110 Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten fest, dass es viele Menschen gibt, die gerne ein Kind hätten, aber damit an gesellschaftliche und rechtliche Grenzen stoßen. Es gebe immer noch viele Vorurteile und Vorbehalte gegenüber neuen Familienmodellen und Lebensformen, die das Recht auf Elternschaft einschränken. Deshalb sei es eine wichtige Aufgabe, Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch zu stärken und sich für ihre reproduktiven Rechte einzusetzen. Einen wichtigen Beitrag dazu könne die psychosoziale Kinderwunschberatung leisten. Eine Dokumentation zur Fachtagung ist in Arbeit und wird online verfügbar sein.

Auf der pro familia Bundesdelegiertenversammlung (BDV) am darauffolgenden Tag wurde Prof. Dr. Davina Höblich zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Sie ist Professorin für Soziale Arbeit mit den Schwerpunkten Bildung, Ethik und Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an der Hochschule RheinMain. Dort hat sie 2012/2013 das Forschungsprojekt „Es ist normal verschieden zu sein – Umsetzung einer Pädagogik der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt“ durchgeführt. Prof. Höblich löste Prof.

Dr. Michael Schmidt ab, der nach drei Jahren aus dem Vorstand ausschied. Die Delegierten begrüßten den Vorschlag des Bundesvorstands, künftig auch bei der Besetzung der Gremien das Thema Jugendpartizipation im Verband im Blick zu behalten. Sie sprachen sich einstimmig dafür aus, dass die Forderung „Mindestens ein Mitglied des Bundesvorstandes soll zum Zeitpunkt der Wahl unter 25 Jahre alt sein“ in die Satzung aufgenommen wird. Schon am Vorabend der BDV hatten die Delegierten die Gelegenheit, über die Partizipation von Jugendlichen „in und für pro familia“ zu diskutieren und sich bei den eingeladenen VertreterInnen des Jugendprojekts pro youth von pro familia Berlin und des Jugendverbandes „let’s talk“ aus München über deren Erfahrungen zu informieren.

Großen Zuspruch der Delegierten fand auch der Vorschlag, zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln eine öffentliche Bundestagspetition auf den Weg zu bringen. Darin soll gefordert werden, dass Menschen, die Leistungen nach SGB II, SGB XII, § 6a BKGG, BAföG, WohngeldG, AsylbLG, oder Berufsausbildungshilfen erhalten sowie Personen mit vergleichbar geringem Einkommen von den Kosten für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung vollständig entlastet werden.

Dr. Michael Schmidt, war bis Mai 2014 stellvertretender Vorsitzender des pro familia Bundesverbands

**Regine Wlassitschau,
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit**

Schleswig-Holstein

„EigenSinnig“ – Neues Projekt für Menschen mit Behinderung

■ Eigenständig leben, ist für Menschen mit Behinderung ein wichtiges Ziel und für etliche auch schon Wirklichkeit. Doch gelungene Inklusion umfasst mehr. Nicht nur die selbstständige Bewältigung des Alltags

Barrieren und durch Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit“, berichtet die Projektleiterin Angelika Kuhlmann. Neben ihrer Kollegin Tanja Thiel ist der in diesem Bereich sehr erfahrene Mit-



©: Gunmar Dommasch

Das Team von „EigenSinnig“ bilden Projektleiterin Angelika Kuhlmann (rechts) und ihre Kollegin Tanja Thiel zusammen mit zwei Mitarbeiterinnen mit Behinderung und dem Kollegen Hans Haland. Die drei konnten leider beim Fototermin nicht dabei sein.

und ein starkes Selbstbewusstsein gilt es zu fördern, auch ein Umdenken des sozialen Umfelds ist nötig, damit Menschen mit Behinderung in jeder Hinsicht ein selbstbestimmtes Leben führen können. „EigenSinnig“ lautet daher der Name des neuen Projekts, das pro familia Schleswig-Holstein mit Förderung der Aktion Mensch Anfang des Jahres startete. Dafür wurde eine niedrighschwellige und barrierefreie Anlaufstelle in den Räumen von pro familia Flensburg eingerichtet.

„Ziel des neuen Angebots ist die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung durch den weiteren Abbau sozialer

arbeiter Hans Haland als Ansprechpartner für die Männer da. Doch nicht genug: Auch bei der Teamzusammensetzung wird Inklusion realisiert: Zwei Mitarbeiterinnen mit Behinderung ergänzen und vor allem bereichern das Team. Ganz im Sinne von „EigenSinnig“.

„Die Resonanz auf unser neues Angebot war bisher sehr positiv“, sagt Kuhlmann. „Auf allen Ebenen gibt es aber noch viele Berührungspunkte.“ Auch breiter angelegte Kampagnen zum Thema „Zugang für alle“ (zum Beispiel Daphne-Studie von Dr. Monika Schröttle, Universität Erlangen) wirken dem entgegen. Das Projekt „EigenSinnig“ soll den Menschen mit

Behinderung vor Ort den Zugang zu Beratung erleichtern, sie über ihre Persönlichkeitsrechte informieren und sexuelle Bildung voranbringen. Dazu arbeitet das Team auch an einer intensiveren Vernetzung zur Schaffung und Nutzung von Synergien und an einem Handbuch in leichter Sprache. Dieses wird zum Abschluss des Projekts verteilt und soll Menschen mit Behinderung zu mehr Eigenständigkeit und Unabhängigkeit verhelfen und ihnen neue Zugangsmöglichkeiten sowohl zum psychosozialen Hilfesystem als auch zu Freizeitangeboten erschließen. <<

Informationen und Flyer:

<http://www.profamilia-sh.de/pages/verband/aktuell/eigensinnig-neues-projekt-fuer-menschen-mit-behindierungen/>

Kontakt zum Projekt:

Angelika Kuhlmann, Tanja Thiel
pro familia Flensburg
Telefon 0461 90 92 646
E-Mail flensburg@profamilia.de

Renate Eisen-Rätsch,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
pro familia Schleswig-Holstein

Berufsbegleitender Masterstudiengang „Sexologie“

Im Herbst 2014 startet an der Hochschule Merseburg die erste Weiterbildung in Sexologie, die mit dem international anerkannten akademischen Grad „Master of Art“ abschließt. Der sechssemestrige, gebührenpflichtige

Studiengang ist ein Kooperationsprojekt mit dem Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie in Uster (ISP).

Angesprochen sind Fachkräfte aus den Bereichen Soziales, Psychologie, Bildung, Gesundheit/Medizin. Die Studierenden werden für ein sexuelles Selbstverständnis von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sensibilisiert und erlangen die Fähigkeit, sie in ihrer sexuellen Gesundheit zu unterstützen.

Informationen zum Weiterbildungsmaster „Sexologie M.A.“, zu den Inhalten, der Studiendauer und Voraussetzungen für die Teilnahme, gibt es online unter www.hs-merseburg.de/weiterbildung/berufsbegleitendestudiengaenge/sexologie-m-a/. <<

Hessen



pro familia Hanau e. V. veranstaltete anlässlich des 40-jährigen Bestehens einen Tag der offenen Tür am 4. Juli 2014. Im Bild von links nach rechts: Wolfgang Gabler, Ute Geiter, Simone Jatzko, Brigitte Schlich-Heinze, Katja Weiß, Manuel Drews, Karin Nöding, Geschäftsführerin Constanze Sartori und der Vorsitzende des Fördervereins Hans-Uwe Rauschenbusch. Es fehlen im Bild: Perihan Öksüz-Akbas, Michaela Hanekamp und Lars Kindermann und Michael Heinel (juristische Beratung).

©: pro familia Hanau

Rheinland-Pfalz – Langjähriges Landes-Vorstandsmitglied verstorben



©: Fotoabdruck mit freundlicher Genehmigung von Jörg Henkel und AZ Mainz

Gisela Thews, die viele Jahre im Vorstand des Landesverbands Rheinland-Pfalz aktiv war, ist am 26. April 2014 gestorben.

„Dr. Gisela Thews hat sich über viele Jahre mit großer Überzeugungskraft für Arbeitsinhalte und Entwicklung

der pro familia Mainz und für den pro familia Landesvorstand Rheinland-Pfalz / Saarland politisch und in der Öffentlichkeit eingesetzt. Das war zu einer Zeit, in der die präventive gesundheitspolitische pro familia-Arbeit noch auf viel Widerstand stieß und keineswegs die Anerkennung fand, die sie doch heute – auch dank ihres Engagements – weitgehend findet. ... Auch wenn ihr Abschied von pro familia Mainz schon einige Jahre zurückliegt und sie anderen wichtigen Themen ihre Aufmerksamkeit zuwendete, werden wir ihr Andenken in Ehren und sie als eine Frau mit Herz und Verstand in bester Erinnerung behalten“. (aus dem Kondolenzbrief des Ortsverbands und der Beratungsstelle Mainz)

Termine

12. September 2014 in Merseburg
**Nachwuchstagung der SINa
 (Sexualwissenschaftlicher
 interdisziplinärer Nachwuchs)
 der Gesellschaft für Sexualwissenschaft e. V.**

www.sexualwissenschaft.org/

18. November 2014 in Hannover
**Haben Sie noch Sex oder spielen
 Sie schon Golf? Männliche
 Sexualität im Alter**

Fachtagung von pro familia
 Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und
 Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

www.profamilia.de/angebote-vorort/niedersachsen/landesverband-niedersachsen/aktuelles.html

Publikationen zu Thema Pränataldiagnostik



pro familia medizin – der familienplanungsrundbrief 2/2014:
Nicht-invasive Pränataltests – NIPT, pro familia Bundesverband 2014

Pränataldiagnostik – Vernetzungsstrukturen in der Praxis. Strukturelle und qualitative Anforderungen einer klientinnenorientierten Netzwerkbildung. Dokumentation des pro familia Fachgesprächs vom 16. Januar 2014 in Frankfurt am Main. pro familia Bundesverband 2014

Nicht-invasive molekulargenetische Pränataldiagnostik (NIPT). Fachgespräch zur Bewertung der Wissenschaftlichen Datenlage und Konsequenzen für die KlientInnenaufklärung am 4. Juli 2012 in Berlin, Dokumentation, pro familia Bundesverband 2012

Fachaustausch Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Pränatalen Diagnostik. Entwicklung von Empfehlungen für die Beratungsarbeit und interdisziplinären Kooperationsmodellen. Dokumentation des pro familia Fachgesprächs vom 7. Dezember 2011 in Frankfurt am Main. pro familia Bundesverband 2012

Für KlientInnen:
Vorgeburtliche Untersuchungen. pro familia Bundesverband, 6. überarbeitete Auflage 2012

Herausgeber:
 pro familia Bundesverband
 Stresemannallee 3 · 60596 Frankfurt

ISSN 0175-2960
 Nr. 3 | 2014 · 42. Jahrgang · 5,10 Euro