https://mail.gen-ethisches-netzwerk.de/node/1161

Gen-ethischer Informationsdienst

Beratung muss freiwillig sein

AutorIn
Hanna Geier

Der GID sprach mit Hanna Geier über die Positionen zu psychosozialer Beratung in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).

Wie stehen die Wohlfahrtsverbände zu der regelmäßigen Forderung der Bundesärztekammer und der CDU/CSU-Fraktion, Pflichtberatung vor Spätabbrüchen einzuführen?(1)

Die Träger von Schwangerschafts-Beratungsstellen in der BAGFW sind gegen eine Pflichtberatung und haben dazu auch regelmäßig Stellung bezogen. Beratung muss freiwillig sein. Wir möchten natürlich psychosoziale Beratung anbieten, das steht außer Frage, aber nicht mit dieser Setzung. Wir haben eine kritische Haltung gegenüber den pränataldiagnostischen Untersuchungen, die gezielt nach Auffälligkeiten suchen, insbesondere gegenüber allen Frühtests und mehr als drei Ultraschalls in der Schwangerenvorsorge. Aber wir wollen die Frauen nicht instrumentalisieren und bevormunden. Wenn eine Frau in einer so schwierigen Situation ist, also einen auffälligen Befund mitgeteilt bekommen hat, soll sie die Möglichkeit haben, offen über ihre Gefühle und Gedanken in der Beratung zu sprechen, damit sie individuell entscheiden kann, was sie mit ihrem Gewissen vereinbaren kann. Die Pflichtberatung ist für die Verbände nicht das Mittel der Wahl, und sie haben sich auch immer gegen die Pflichtberatung im Paragraph 218 ausgesprochen. Es ist klar, dass auch die Verbände keine Spätabbrüche, also die Abbrüche nach medizinischer Indikation, möchten. Aber wir setzen nicht auf Pflichtberatung, sondern darauf, dass Ärzte dazu verpflichtet werden sollten, auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung hinzuweisen - und zwar bevor eine Frau pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch nimmt.

Wie verlaufen denn die Entscheidungsprozesse innerhalb der BAGFW?

Es gibt eine langjährige Kooperation zwischen uns Fachreferentinnen aus den verschiedenen Verbänden in der BAGFW: der Arbeiterwohlfahrt, dem Caritasverband, dem Deutschen Roten Kreuz, dem Diakonischen Werk und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband - und darin insbesondere Pro Familia. Wir befassen uns mit dem Thema Pränataldiagnostik seit der Neuregulierung des § 218 und dem Wegfall der embryopathischen Indikation. In den letzten Jahren haben wir verschiedene Medien mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema Beratung und Pränataldiagnostik veröffentlicht. Eine umfangreiche Broschüre ist im letzten Jahr erschienen.(2) In der BAGFW erarbeiten wir im Konsens Positionen und Stellungnahmen. Wenn keine Übereinstimmung erzielt werden kann, kooperieren nur die Verbände, die sich geeinigt haben, und veröffentlichen diese Meinung zusammen.(3)

Gibt es eine bestimmte politische Konjunktur, warum es gerade wieder Vorstöße zum Thema Spätabbrüche gibt?

Nein. Im Grunde geht die Initiative immer von der Ärzteschaft aus und die Politik flankiert das nur: Die Ärzte haben ein Problem mit der Pränataldiagnostik und ihren möglichen Folgen, nämlich dem Abbruch der Schwangerschaft, wenn der Fötus außerhalb des Mutterleibes schon überlebensfähig ist. Zumindest wollen sie sich rechtlich absichern, um sich auf der sicheren Seite zu fühlen. Das scheint ein ganz verständliches psychoemotionales Bedürfnis zu sein. Was die Politik angeht, da bin ich mir nicht sicher, ob der politische Wille in der Koalition überhaupt so groß ist, das Thema wirklich per Gesetz anzugehen. Wir wissen: Es ist zumindest in der SPD nicht erwünscht, etwas am Status quo zu ändern. Sie sorgen sich, dass der Paragraph 218 als Ganzes wieder in die Diskussion käme. Bei der CDU/CSU mag das anders sein. Sie plädieren eher dafür, das Problem der Spätabbrüche über das Strafgesetz zu lösen. Im Übrigen sind die Vorstöße der Union, wie sie etwa in einem Antrag aus dem Jahr 2004 formuliert sind, bei den Verbänden umstritten.(4) Der Antrag enthielt zum Beispiel eine psychosoziale Pflichtberatung nach pränataler Diagnose mit Befund und auch, dass die Krankenkassen die Kosten für pränatale Diagnostik nur nach einer ärztlichen und psychosozialen Beratung übernehmen. Und es gab einen weiteren Vorschlag: Ein interdisziplinäres Gremium soll die medizinische Indikation bei einer Behinderung des Ungeborenen begutachten und bestätigen. Weiterhin ging es darum, die Haftung der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, wenn eine pränatale Diagnose mangelhaft durchgeführt wird. Diese Forderungen zielen darauf ab, die Positionen der Ärztinnen und Ärzte gegenüber der schwangeren Frau zu stärken. Wir von der BAGFW möchten jedoch nicht, dass die Frauen in rechtlicher Hinsicht beschränkt werden.

Steht der Paragraph 218 denn wirklich zur Disposition? Geht es nicht nur um Änderungen im Schwangerenkonfliktgesetz?

Wenn Pflichtberatung bei der medizinischen Indikation wieder eingeführt werden soll, wie es vor 1995 auch bei der embryopathischen Indikation der Fall war, dann betrifft das den Paragraphen 218a, Absatz 2 des Abtreibungsparagraphen. Bisher steht im Gesetz bei der medizinischen Indikation, dass der Abbruch keiner Begrenzung unterliegt – und dort müssten sie die Pflichtberatung als Bedingung für Straffreiheit aufnehmen.

Geht es in der Diskussion nur um eine Pflichtberatung ab einer bestimmten Woche, etwa der 22. Woche?

Die medizinische Indikation hat ja keine zeitliche Begrenzung; sie gilt vom Beginn der Schwangerschaft bis zur 40. Woche. Formal geht es da ja eigentlich auch gar nicht um den Fötus, sondern um das Abwenden einer Gefahr für das Leben oder für den körperlichen oder seelischen Gesundheitszustand der schwangeren Frau. Und genau diese Gesetzeslage bringt vor dem Hintergrund der medizinischen Möglichkeiten pränataler Diagnose erhebliche Probleme mit sich. Es gibt eine Unsauberkeit in der Diskussion, wenn von Pflichtberatung bei Spätabbrüchen die Rede ist. Denn es geht juristisch nicht vorrangig um eine zeitliche Dimension, sondern um die medizinische Indikation, die aufgrund eines pränataldiag-nostisch erhobenen auffälligen Befundes vorliegt. Allerdings ist diese eben in der Regel erst zum Zeitpunkt nach der 20. Schwangerschaftswoche möglich – meist nach der Fruchtwasseruntersuchung.

Halten Sie denn auch die Eckpunkte zum Gendiagnos-tikgesetz, die die Koalition im April verkündet hat, für relevant für die Politik der Beratung zu Pränataldiagnostik?

Ja, ich finde es sehr wichtig, diese Diskussion zu beobachten. In den Eckpunkten steht ja vage, dass es eine genetische Beratung vor der Pränataldiagnostik geben soll. Da frage ich mich, ob nun über dieses Gesetz eine Pflichtberatung eingeführt werden soll. Außerdem stellt sich die Frage, wer denn diese genetische Beratung durchführen soll. Sollen die Frauen dann immer zu humangenetischen Beratungsstellen gehen? Es ist ein prinzipielles Problem für Beratungsstellen, dass das Geschehen der Pränataldiagnostik sich vor allem

zwischen Frauenarzt oder -ärztin und Schwangerer abspielt. Derzeit boomen hier die privat bezahlten IGeL-Leistungen. Wie sprechen Sie dieses Thema in ihren Beratungsmedien an? Das Hauptproblem ist, dass diese Tests keinen nachgewiesenen Nutzen haben und nur sehr vage Risikoberechnungen liefern. Das sprechen wir in unserer Broschüre auch an. Praktisch in allen Arztpraxen werden heutzutage diese Tests angeboten, auch weil es ein Geschäft ist. Die Gynäkologin oder der Gynäkologe wird zum Verkäufer. Manchmal reicht schon eine kleine Bemerkung über mögliche Erkrankungen oder in Richtung Fehlbildungsrisiko, damit Schwangere einen Test einkaufen. Frauen wünschen eine gute medizinische Begleitung, deshalb erscheint es Ihnen vielleicht als selbstverständlich, alle Angebote zu nutzen. Sie sind gerade in der Schwangerschaft leicht zu verunsichern. Es war ziemlich schwierig, dieses Problem in der Broschüre anzusprechen – auch aus Rücksichtnahme auf die Medizinerinnen und Mediziner. Wir haben es bei einem Satz belassen: „Nicht alles was teuer bezahlt werden muss, ist auch hilfreich. Viele Zusatzleistungen, zum Beispiel der Triple-Test, sind auch unter Medizinern umstritten." Schließlich war ein Ziel bei der Entwicklung dieser Broschüre ja, die Kommunikation zwischen psychosozialer Beratung und Medizin zu verbessern. Denn die Broschüre soll den Ärztinnen und Ärzten die Chance bieten, mit ihren Patientinnen das Thema Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge zu erörtern. Und das scheint gelungen zu sein: Zumindest haben wir von der BZgA erfahren, dass viele Arztpraxen die Broschüre abnehmen.

Dann können sie die Broschüre verteilen, statt lange Gespräche führen zu müssen?

Ja, genau so passiert es! Sie legen die Broschüre in ihrer Praxis aus oder geben sie direkt persönlich der Frau und bieten ihr das Gespräch an. Optimal ist es dann, wenn die Frauen dabei auch über ihr Recht erfahren, in einer Beratungsstelle informiert zu werden. Die Beraterinnen fühlen sich oft nicht genug von den Ärzten geachtet. Und die Ärzte wissen zu wenig über Beratung. Es geht also bei den beiden Berufsgruppen darum, ihre Einstellungen und beruflichen Vorurteile zu verändern. Dies belegen auch die Erfahrungen in einem interprofessionellen Qualitätszirkel. Die BZgA hat diese Modellprojekte initiiert, um die Zusammenarbeit zwischen den psychosozialen und medizinischen Versorgungssystemen zu fördern. Ein positives Resultat der Qualitätszirkel war es, dass beide Berufsgruppen die Themen der jeweilig anderen Berufsgruppe seitdem stärker wahrnehmen. So haben die Ärztinnen und Ärzte die emotionale Situation der Patientinnen stärker im Blick als vorher – und die psychosozial Beratenden medizinische Befunde und deren Aussagekraft. Leider herrscht aber meistens eher Konkurrenz vor: Besonders deutlich haben wir das erfahren, als wir Änderungen im Mutterpass forderten. Wir wollten in den Mutterpass einen Hinweis auf den gesetzlichen Rechtsanspruch auf medizinische und psychosoziale Beratung einfügen. Und die Schwangerschafts-Beratungsstellen und Behinderten- sowie Selbsthilfeorganisationen sollten explizit benannt werden. Der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen lehnte diesen Vorschlag ab – mit der Begründung, der Mutterpass sei ein Instrument der Mediziner, um ihre Vorsorgeuntersuchungen einzutragen, und kein Pass für die Frau. Dabei ist der Mutterpass immer das erste Dokument, das eine schwangere Frau in die Hand bekommt. Aber viele Beratungsstellen haben nicht aufgegeben und einen anderen Weg gefunden: Sie haben ein entsprechendes Einlegeblatt für den Mutterpass entwickelt und können es auf lokaler Ebene auch - mit Unterstützung der Ärzteschaft - im Mutterpass verbreiten.

Sie äußern sich dezidiert kritisch zu den selektiven Zwecken der Pränataldiagnostik. Gleichzeitig gibt es in der Beratung das Prinzip der so genannten Nicht-Direktivität. Wie verträgt sich in Ihrer Erfahrung eine kritische Haltung der Beraterin mit diesem Prinzip?

Diese Frage – direktiv oder nicht direktiv – ist eine sehr komplexe und bei dem Thema der Pränataldiagnostik nicht unumstritten. Wir wollen bei der Beratung einen Klärungsprozess unterstützen, der die freiwillige, aktive Mitwirkung der Ratsuchenden, gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Offenheit voraussetzt. Ich persönlich halte es nicht immer für kontraproduktiv, als Beraterin die eigene Haltung in das Beratungsgespräch einfließen zu lassen. Alles andere wäre zu klinisch und wenig authentisch. Eine Hochpotenz technokratischer Beratungsmethodik ist hier fehl am Platz. Aber es bedarf eines Reifungsprozesses, um das für sich zu klären. Ich selbst habe Mitte der 90er Jahre begonnen, mich mit dem Thema zu beschäftigen. Anfangs hatte ich keine moralischen Skrupel in Bezug auf Spätabbrüche. Ich fand,

die Frauen sollen das doch für sich entscheiden und ohne Sanktionen machen können. Je intensiver ich mich mit den sich rasant entwickelnden Untersuchungsmethoden, den möglichen ökonomischen Interessen dahinter und dem Automatismus von Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge beschäftigte, desto mehr dachte ich: Das geht so nicht! Hinzu kam noch meine Auseinandersetzung über das Leben von Menschen mit Behinderung. Ich habe schon öfter beobachtet, dass zum Beispiel auch unsere Mitarbeiterinnen aus den Beratungsstellen des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) einen ähnlichen Prozess durchlaufen. Das DRK ist hauptsächlich Träger von Beratungsstellen in den neuen Bundesländern. Dort hatten viele anfangs eher eine positive Haltung zu Pränataldiagnostik. Das hatte auch etwas mit der Geschichte der früheren DDR zu tun. Da gab es keinen so guten Standard in der diagnostischen Medizintechnik, wie wir ihn heute kennen. Und natürlich wurde diese neue Errungenschaft begrüßt. Aber das weitaus schwierigere Thema war: Menschen mit Behinderung. In den Fortbildungen diskutierten wir darüber, mit welcher Entscheidung man selbst am besten leben könnte, was man selbst für ein Menschenbild hat und hinterfragten die Vorstellung, Behinderung nur mit Leid in Verbindung zu bringen. Ich bin davon überzeugt, dass die Reflexion über und die Erfahrungen mit Behinderung die Haltung der Beraterinnen ebenso beeinflussen wie die Entscheidungen schwangerer Frauen.

Fußnoten

1. Vgl. Ärzteblatt, 28.4.2008, siehe auch Kurz notiert Politik und Wirtschaft.
2. Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (2008): Pränataldiagnostik – Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlicher Diagnostik, online:/ www.bagfw.de/?cid=104001000646
3. Zum Beispiel Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Pro Familia: Eckpunkte zum Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation aufgrund eines auffälligen Befundes nach Pränataldiagnostik, 5.2.2005 und Diakonisches Werk: Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD zu Schwangerschaftsabbrüchen nach Pränataldiagnostik, Februar 2001, Stuttgart
4. Vgl. Antrag der CDU/CSU vom 19.10.2004, Bundesdrucksache Nr. 15/3948

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 188 vom Juni 2008
Seite 14 - 16