

Anne Rummer

Selbstbestimmt entscheiden

Beratung bei Pränataldiagnostik
und Schwangerschaftsabbruch



1. Einleitung und Problemstellung

Seit vielen Jahren wird die Beratungssituation schwangerer Frauen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch als unbefriedigend beschrieben. Insbesondere wird bemängelt, dass die Möglichkeit psychosozialer Beratung vielen schwangeren Frauen nicht bekannt sei und nur selten in Anspruch genommen werde. Andererseits ergeben Studien regelmäßig, dass psychosoziale Beratung in diesem Kontext von schwangeren Frauen als Ergänzung zur ärztlichen Beratung als sehr hilfreich erlebt wird.

Die Einführung des § 2a im Schwangerschaftskonfliktgesetz¹ [SchKG] und der Erlass des Gendiagnostikgesetzes² [GenDG], beide in Kraft getreten zu Jahresbeginn 2010, sollen die Beratungssituation schwangerer Frauen verbessern. Im Kontext von Pränataldiagnostik und Feststellung der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch [StGB] wurde eine ärztliche Beratungspflicht gesetzlich festgeschrieben. Außerdem wurde die Bedeutung psychosozialer Beratung hervorgehoben, indem eine Hinweispflicht und - vor allem - eine Vermittlungspflicht implementiert wurden. Ärzte sind nunmehr also in bestimmten Situationen verpflichtet, schwangere Frauen, auch unter Hinzuziehung von Ärzten anderer Disziplinen, zu beraten, sie auf ihren Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung gemäß § 2 SchKG hinzuweisen und sie darüber hinaus an Psychosoziale Beratungsstellen zu vermitteln. Ziel ist ein niedrighwelliges multiprofessionelles Beratungsangebot, das möglichst alle schwangeren Frauen erreichen soll, ohne schwangere Frauen selbst einer Pflichtberatung zu unterwerfen.

Allein die Gesetzesänderung des SchKG und die Einführung des GenDG von 2010 werden die Beratungssituation nicht im Sinne des Gesetzgebers ändern können. Nur wenn Ärzte schwangere Frauen zur Wahrnehmung des Angebots psychosozialer Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik *motivieren*, werden diese das Angebot auch tatsächlich wahrnehmen. Das allerdings setzt sowohl *Kenntnis* der unterschiedlichen Beratungsansätze voraus als auch *Anerkennung* der jeweiligen Professionalität, mit der Beratung erfolgt.

1 Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2975).

2 Gendiagnostikgesetz vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672).

Beratung erfolgt vor dem Hintergrund notwendiger Entscheidungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Von Bedeutung ist daher, welche Entscheidungen zu treffen sind, bei denen die gesetzlichen Beratungsangebote die schwangere Frau unterstützen sollen. Daneben ist begründungsbedürftig, warum die weitläufig vertretene, aber meistens doch nicht eigens belegte Auffassung zutrifft, dass Beratung dazu beiträgt, schwangeren Frauen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch selbstbestimmte Entscheidungen und damit „bessere“ Entscheidungen zu ermöglichen. Verschiedene ethische Aspekte sind hier zu berücksichtigen, nämlich, ob es im entscheidungstheoretischen Sinne überhaupt um Entscheidungen geht und wenn ja, inwiefern Beratung hier nutzt und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind.

Die gesetzlichen Vorgaben aus 2010 heben zwei Gruppen von Akteuren hervor, Gynäkologen und Beraterinnen an Psychosozialen Beratungsstellen. Beratungsanlass, -situationen, -methoden, -ziele und -inhalte sowie Beratungskompetenzen dieser beiden Professionen werden beschrieben. Es zeigt sich, dass die unterschiedlichen Sichtweisen der Professionen auf dasselbe Phänomen – die Situation schwangerer Frauen vor, während und nach Pränataldiagnostik – in der Praxis zu unterschiedlichen Beratungen führt.

Die Beobachtungen aus der Praxis lassen sich auf die gesetzlichen und untergesetzlichen Grundlagen der ärztlichen und der psychosozialen Beratung zurückführen. Den Vorgaben des § 2a SchKG und der §§ 10, 15 GenDG nebst Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission [GEKO] zur neu eingeführten „fachgebundenen genetischen Beratung“ kommt dabei besondere Bedeutung zu. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, die gynäkologische von der humangenetischen Beratung klar abzugrenzen. Insgesamt fällt auf, wie sehr die Vorgaben zu Beratung ins Detail gehen - für die ärztliche Beratung gilt das insbesondere auf Bundesebene für die Beratungsanlässe und -inhalte, für die psychosoziale Beratung dagegen auf Landesebene für die Qualifikationsvorgaben.

Doch nicht nur auf gesetzlicher und Verordnungs- Ebene finden sich Regelungen für die ärztliche und psychosoziale Beratung; weitere Vorgaben enthalten berufsrechtliche und professionelle Regelwerke. Für die Ärzteschaft sind neben nur wenigen professionsinternen Vorgaben die – allerdings allgemein gehaltenen – Qualifikationsvorgaben sowie die sehr speziellen, aber im Wesentlichen unverbindlichen Vorgaben der Bundesärztekammer [BÄK] zu nennen. Für die psychosoziale Beratung zeigt sich dagegen, dass auf dieser Ebene der Regelungsschwerpunkt liegt. Hierin spiegelt sich die Struktur der verschiedenen Professionen wider: Während die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung einer

bundesweit einheitlichen Regelung auf übergeordneter Ebene zugänglich ist, trifft das für die Beratung nicht zu. Hier sind es die Träger Psychosozialer Beratungsstellen, die – zum Teil unter Rückgriff auf Regelungen von für die beratenden Professionen eingerichteten Berufsverbänden – die für ihre Beratungsstellen geltenden Regeln aufstellen. Bei aller Selbständigkeit in der Ausgestaltung der Beratungsleistungen zeigt sich aber dennoch, dass die Träger die wesentlichen Grundlagen der Beratung zu einem großen Teil übereinstimmend ausgestaltet haben.

Aus der Zusammenschau von Beratungspraxis und rechtlichen Vorgaben erschließt sich das jeweilige Beratungsverständnis von Ärzten und psychosozialen Beraterinnen. Gerade in der Unterschiedlichkeit liegen die Chancen multiprofessioneller Beratung, zu deren Realisierung weitere untergesetzliche Regelungen *de lege ferenda* beitragen könnten.

Wenn von „Beraterinnen“ und „Ärzten“ die Rede ist, so ist dies ganz bewusst und zum Zwecke der Vermeidung der inzwischen gebräuchlichen, der Lesbarkeit aber als abträglich empfundenen Nennung beider Geschlechter geschehen. Der Leser mag das ausgelassene Genus bitte mitlesen.

Dass die schwangere Frau im Fokus steht und ihr Partner als Adressat der Beratungsangebote nur nachrangig genannt wird, ist den Vorgaben des § 2a SchKG und des GenDG geschuldet, die für die Inhaberin eines Anspruch auf Beratung allein auf die schwangere Frau abstellen. Dabei wird nicht verkannt, dass es oft wünschenswert und hilfreich sein kann, wenn Beratungsangebote vom Paar gemeinsam wahrgenommen werden.