



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Abschlussbericht zum Modellprojekt

**„Entwicklung, Erprobung und Evaluation
eines Curriculums für die Beratung im
Zusammenhang mit vorgeburtlichen
Untersuchungen(Pränataldiagnostik)
und bei zu erwartender Behinderung
des Kindes“**

2002 bis 2005

Abschlussbericht zum Modellprojekt

**„Entwicklung, Erprobung und Evaluation
eines Curriculums für die Beratung im
Zusammenhang mit vorgeburtlichen
Untersuchungen(Pränataldiagnostik)
und bei zu erwartender Behinderung
des Kindes“**

**Evangelisches Zentralinstitut für
Familienberatung gGmbH**

Projektleitung, Konzeptentwicklung
und Projektumsetzung:

Dipl. Päd. Sabine Hufendiek

Dipl. Psych. Annelene Meyer

Renate Brüinig, Ärztin, Berlin

unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. med. Gerhard Wolff, Freiburg

im Fortbildungsteam

und

Dipl. Psych. Dr. Ada Borkenhagen, Leipzig/Berlin

bei der Evaluation

INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUSAMMENFASSUNG.....	5
2	KONZEPTION UND METHODIK	7
2.1	KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN.....	7
2.1.1	PROJEKTAUFTRAG, AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG	7
2.1.2	KURZER EXKURS ZUR AKTUELLEN GESELLSCHAFTSPOLITISCHEN DISKUSSION	10
2.1.3	EXKURS: ANGEBOTE UND INANSPRUCHNAHME PSYCHOSOZIALER BERATUNGEN IM KONTEXT PD.....	12
2.1.4	EXKURS: KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN ZU FORT- UND WEITERBILDUNG WIE QUALIFIZIERUNGSBEDARF IM RAHMEN DES 1. MODELLPROJEKTS DES BMFSFJ	14
2.1.5	DAS EVANGELISCHE ZENTRALINSTITUT FÜR FAMILIENBERATUNG BERLIN (EZI) ALS WEITERBILDUNGSTRÄGER.....	16
2.2	ENTWICKLUNG UND KONZEPTION DES CURRICULUMS „PSYCHOSOZIALE BERATUNG IM KONTEXT PRÄNATALER DIAGNOSTIK“	19
2.2.1	GRUNDLEGENDE VORÜBERLEGUNGEN	19
2.2.2	ZUR ENTWICKLUNG DER KONZEPTION DES CURRICULUMS.....	20
2.2.3	EXKURS: ORIENTIERUNG DES CURRICULUMS AM VERLAUF DER SCHWANGERSCHAFT UND KONFRONTATION MIT PD	25
2.2.4	EXKURS: BERATUNGSANLIEGEN VON FRAUEN UND PAAREN UND AUFGABEN PSYCHOSOZIALER BERATUNG IM KONTEXT PRÄNATALDIAGNOSTIK.....	30
2.2.5	ANFORDERUNGEN UND ANFRAGEN AN BERATERINNEN BEI FREIWILLIGER PSYCHOSOZIALER BERATUNG IM KONTEXT VON PD	34
2.2.6	ÜBERBLICK ÜBER AUFBAU UND STRUKTUR DER FORTBILDUNGSBLÖCKE DES CURRICULUMS TE	37
2.3	METHODIK UND DESIGN DER BEGLEITENDEN EVALUATION DES CURRICULUMS.....	40
2.3.1	DIE INTERESSENTEN UND TEILNEHMENDEN AM CURRICULUM: ERFASSUNG PERSÖNLICHER UND BERUFLICHER MERKMALE.....	41
2.3.2	ENTWICKLUNG DES GROßEN FRAGEBOGENSETS ZU BEGINN (T1) DES CURRICULUMS	43
2.3.3	ENTWICKLUNG DES GROßEN FRAGEBOGENSETS ZU ENDE (T2) DES CURRICULUMS	44
2.3.4	EVALUATION DER KURSBLÖCKE	44
2.3.5	ERFASSUNG DER PRAXISERFAHRUNGEN DER TEILNEHMENDEN.....	45
2.3.6	DOKUMENTATION DER BERATUNGSGESPRÄCHE.....	45
2.3.7	FALLBERICHTE	45
2.3.7	GESAMTÜBERBLICK ÜBER DIE BEGLEITENDE EVALUATION DES CURRICULUMS	46
2.3.7	ZEITLICHER ABLAUF DER DATENERHEBUNG IM CURRICULUM	47
2.3.8	AUSWERTUNGSPHASE DER EVALUATION	48
2.4	WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT	50

3	ENTWICKLUNG UND DURCHFÜHRUNG DER FORTBILDUNG UND DEREN EVALUATION	51
3.1	WERBUNG UND BEWERBERINNEN FÜR DEN INFORMATIONSKURS	51
3.2	EINFÜHRUNGSKURSE MIT AUSWERTUNG.....	53
3.2.1	PSYCHOSOZIALE BERATUNG VOR PRÄNATALER DIAGNOSTIK: EINFÜHRUNGS- UND INFORMATIONSKURS (BLOCK 1)	53
3.2.2	ERGEBNISSE AUS DEN DREI EINFÜHRUNGS- UND INFORMATIONSKURSEN (N = 55).....	61
3.3	INHALTE DER EINZELNEN KURSBLÖCKE DES CURRICULUMS UND DEREN EVALUATION	62
3.3.1	PSYCHOSOZIALE BERATUNG VOR PD – KURS 1 (BLOCK2)	70
3.3.2	EVALUATION VON KURS 1 (BLOCK 2)	85
3.3.3	PSYCHOSOZIALE BERATUNG VOR PD - ENTSCHEIDUNG FÜR ODER GEGEN PD - WORKSHOP I (BLOCK 3)	93
3.3.4	EVALUATION VON WORKSHOP I (BLOCK 3)	108
3.3.5	PSYCHOSOZIALE BERATUNG VOR PD - NACH ERSTDIAGNOSEMITTEILUNG - WORKSHOP II (BLOCK 4)	111
3.3.6	EVALUATION VON WORKSHOP II (BLOCK 4)	124
3.3.7	PSYCHOSOZIALE BERATUNG WÄHREND PD - KURS 2 (BLOCK 5)	127
3.3.8	EVALUATION VON KURS 2 (BLOCK 5)	138
3.3.9	PSYCHOSOZIALE BERATUNG NACH PD - BEI AUSTRAGEN DER SCHWANGERSCHAFT IN ERWARTUNG EINES BEHINDERTEN KINDES: WORKSHOP III (BLOCK 6)	141
3.3.10	EVALUATION VON WORKSHOP III (BLOCK 6)	150
3.3.11	PSYCHOSOZIALE BERATUNG NACH PD BEI WUNSCH NACH ABBRUCH DER SCHWANGERSCHAFT: WORKSHOP IV (BLOCK 7)	153
3.3.12	EVALUATION VON WORKSHOP IV (BLOCK 7)	161
3.3.13	PSYCHOSOZIALE BERATUNG NACH PD - LEBEN MIT BEHINDERUNG BZW. NACH ABBRUCH ODER TOD DES KINDES: KURS 3 (BLOCK 8)	164
3.3.14	EVALUATION VON KURS 3 (BLOCK 8)	179
3.3.15	„FACHGESPRÄCH“	182
4	EVALUATION	191
4.1	DIE TEILNEHMENDEN AM CURRICULUM	191
4.1.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE	191
4.1.2	ZUSATZQUALIFIKATIONEN IM BEREICH GESPRÄCHSFÜHRUNG, PSYCHOSOZIALER BERATUNG, PSYCHOTHERAPIE UND SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTBERATUNG	193
4.1.3	BERUFLICHE MERKMALE.....	194
4.1.4	RELIGIÖSE EINSTELLUNG DER TEILNEHMENDEN.....	196
4.1.5	WERTEORIENTIERUNG DER TEILNEHMENDEN.....	198
4.1.6	PERSÖNLICHE BETROFFENHEIT	201
4.2	WISSEN UND EINSTELLUNG ZU GENTECHNIK, FORTPLANZUNGSMEDIZIN UND PD	203
4.2.1	EINSTELLUNGEN ZUR GENTECHNIK UND FORTPFLANZUNGSMEDIZIN	203
4.2.2	EINSTELLUNGEN UND INFORMATIONSGRAD ZUR PRÄNATALDIAGNOSTIK.....	204
4.2.3	EINSTELLUNGEN ZU AKTEUREN ÜBER DEN EINFLUSS AUF DIE KONTROLLE DER PD	207
4.2.4	INDIKATIONEN ZUR PRÄNATALDIAGNOSTIK	211
4.2.5	EINSTELLUNGEN ZU BEHINDERUNG	212

4.3	BERATUNGSLEISTUNGEN WÄHREND DER AUSBILDUNG	214
4.4	EFFEKTE DER WEITERBILDUNG	216
4.5	PRAXISERFAHRUNGEN DER TEILNEHMENDEN VOR ORT IM VERLAUF DER WEITERBILDUNG	221
4.6	DOKUMENTATION DER BERATUNGEN DURCH DIE KURSTEILNEHMENDEN	229
5	VERÄNDERUNGSVORSCHLÄGE	243
5.1	ABSCHLIEßENDE BEWERTUNG	243
5.2	ETHISCHE INHALTE UND ETHISCHE REFLEXION	244
5.3	VERMITTLUNG VON MEDIZINISCHEM BASISWISSEN.....	245
5.4	ZUR FRAGE NACH DER BALANCE ZWISCHEN MEDIZIN UND GESELLSCHAFTSPOLITIK.....	245
5.5	ZUR FRAGE NACH DER EFFEKTIVITÄT DER SUPERVISION.....	246
5.6	ZUR FRAGE NACH EFFEKTIVITÄT VON HOSPITATION, KOOPERATION UND VERNETZUNG.....	247
5.7	INTERDISZIPLINARITÄT	247
5.8	KRITIK AN DER ZEITSTRUKTUR	249
6	LITERATURVERZEICHNIS	250

1 Zusammenfassung

Projektauftrag war die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums für die Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik) und bei zu erwartender Behinderung des Kindes, das auf die Ergebnisse des 1. Modellprojekts des BMFSFJ reagieren und aufbauen sollte.

Ziel war die Förderung und Verankerung der psychosozialen Beratung im Kontext Pränataldiagnostik (PD) als Regelangebot bei den bundeszentralen Trägern.

Das Ergebnis des 1. Modellprojekts beinhaltet:

Psychosoziale Beratung im Kontext PD ist in den Beratungsstellen nicht ausreichend etabliert. Zu wenig Frauen und Paare, und häufig auch zu wenig Fachkräfte, wissen vom Rechtsanspruch auf Beratung nach § 2 SchKG und den Möglichkeiten einer von den medizinischen Institutionen unabhängigen, psychosozialen Beratung. Zu wenig Betroffene finden den Weg in die Beratungsstelle, obwohl angesichts der weit verbreiteten Anwendung von PD ein hoher Beratungsbedarf besteht.

Es besteht die Notwendigkeit zur interprofessionellen Kooperation bei PD bei einer Vielzahl von Kooperationshemmnissen.

Es bedarf dringend qualifizierter Fort- und Weiterbildungsangebote und der Förderung der Kooperation und Vernetzung vor Ort durch bereits existierende Weiterbildungsträger.

Ergebnisse unseres Projekts:

1. Zur fundierten Qualifizierung für die Psychosoziale Beratung im Kontext PD bedarf es einer umfassenden, mehrteiligen, interprofessionellen Weiterbildung in einer geschlossenen Gruppe mit einem multidisziplinären Dozententeam.
2. Theoretische Fortbildung, Vermittlung von beraterischer Handlungskompetenz und Praxis vor Ort sollten eng aufeinander bezogen und an den Anliegen der Ratsuchenden und Anforderungen an Beratung zu den verschiedenen Zeitpunkten der Inanspruchnahme von PD orientiert sein. Dies geschieht durch fallbezogenes Lernen und Einüben der Beratungsmethodik in Rollenspielen und Fallbesprechungen im Rahmen der Weiterbildung sowie durch die praktische Umsetzung in den Beratungsstellen vor Ort.
3. Im Beratungskontext ist die Auseinandersetzung von Beratenden wie Betroffenen mit den verschiedenen, wechselseitig aufeinander bezogenen Perspektiven im Kontext PD notwendig – ethische Auseinandersetzung, medizinisches Basiswissen, gesellschaftliche Hintergründe, kulturelle Normen und Werte, heil- und sonderpädagogisches Wissen – mit dem Ziel, die Entscheidungsautonomie der Frau bzw. des Paares zu stärken.

4. Nur auf dem Hintergrund eines längeren Zeitrahmens ist die Arbeit an der Person, persönliches und professionelles Wachstum und der Aufbau eines vertrauensvollen Dialogs sowie langfristiger Kooperation zwischen den verschiedenen Professionellen möglich.
5. Für den Aufbau langfristiger Kooperation wie den Abbau von Kooperationshemmnissen ist die fundierte Kenntnis des Praxisfeldes und der jeweiligen Aufgaben und Abgrenzung der Kooperationspartner notwendig. Vernetzung wird unbedingt gefördert durch die Praxiserfahrungen der Beratenden vor Ort (Beratungen vor, während und nach PD, Hospitationen und fallbezogene Kooperation mit den mit PD befassten Professionellen, fortlaufende Supervision).
6. Psychosoziale Beratung im Kontext PD sollte unbedingt freiwillig sein.
7. Die Evaluation des Curriculums zeigte, dass die Anzahl der Beratungen sich um über zwei Drittel gegenüber dem Beginn der Weiterbildung steigerte. Insbesondere stieg der Anteil der Beratungen während und nach PD.
8. Nur wenn Beratungsstellen, Träger und Team die Beratenden unterstützen und insbesondere zeitliche, aber auch finanzielle Mittel hierzu bereitstellen, ist deren umfassende Qualifizierung möglich. Der Gewinn der Beratenden besteht nicht nur im deutlichen Zugewinn an persönlicher und professioneller Kompetenz und Profilierung, sondern u. U. auch in der Sicherung der Stelle. Der Gewinn für die Beratungsstelle und Träger besteht in deren eindeutiger Profilierung.
9. Unser Weiterbildungskonzept wurde in der umfangreichen Evaluation bestätigt; es wurden geringfügige Veränderungen gewünscht.

2 Konzeption und Methodik

2.1 Konzeptionelle Überlegungen

2.1.1 Projektauftrag, Ausgangslage und Problemstellung

Das Bundesfamilienministerium regte die Entwicklung eines Weiterbildungsangebotes zur psychosozialen Beratung im Kontext Pränataldiagnostik an, das an die Strukturen der Träger bzw. an bereits existierende Weiterbildungsangebote im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Beratung angepasst ist. Insbesondere sollten dabei die folgenden Inhalte berücksichtigt sein:

- medizinische Grundlagen
- Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit einem behinderten Kind
- Ethik in der Beratung
- Paardynamik

Die Einführung und Umsetzung eines derartig gestalteten Curriculums durch Bildungsträger sollte in einem Pilotprojekt begleitet, bewertet und ggf. überarbeitet werden, um eine Verankerung als Regelangebot bei den bundeszentralen Trägern zu fördern und zu sichern.

Zur Ausgangslage und Problemstellung:

Die immer differenzierter werdenden Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik und der Humangenetik und die damit verbundenen Kenntnisse können (schwangere) Frauen und ihre Partner in zunehmendem Maße in schwierige Entscheidungssituationen und Konfliktlagen hineinführen.

Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als vorgeburtliche Untersuchungen teilweise „routinemäßig“ als Regelleistungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge angeboten und von den meisten Schwangeren auch in Anspruch genommen werden, in der Hoffnung zu erfahren, „dass alles in Ordnung ist“ (vgl. Rohde 2006).

Glücklicherweise ist dies meist auch der Fall: So kommen etwa 95% aller Neugeborenen in der BRD ohne Behinderung auf die Welt. 3% der Kinder werden mit einer pränatalen und 2% mit einer erst im Laufe der Geburt, d.h. perinatal entstandenen Behinderung bzw. Erkrankung geboren (vgl. Feldhaus-Plumin 2005).

Pränatale Untersuchungen kommen anscheinend dem Bedürfnis der betroffenen Frauen und Paare wie der Ärzteschaft nach Sicherheit und Perfektion entgegen.

Vielfach sind schwangere Frauen und ihre Partner jedoch ungenügend vorbereitet auf die sich möglicherweise ergebenden vielfältigen seelischen Belastungen, Konflikte und Entscheidungszwänge, mit denen sie spätestens dann konfrontiert werden, wenn sie mit der ersten Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft – oft ohne es so recht zu wissen - pränatale Diagnostik in Anspruch genommen haben und erste Hinweiszeichen auf mögliche Risiken für Erkrankungen und Behinderungen des ungeborenen Kindes gefunden werden. Dies stellt hohe Anforderungen an die Konfliktfähigkeit

und Entscheidungsautonomie der betroffenen Frauen und Paare. Viele von ihnen fühlen sich in einer sich plötzlich krisenhaft zuspitzenden Situation überfordert.

Damit kommt der individuellen, einfühlsamen, fachlich qualifizierten, psychosozialen und medizinischen Beratung der Schwangeren und deren Partner, die sich in schwierigsten Entscheidungssituation vor, während und nach Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik befinden, eine besondere Bedeutung zu. Ziel ist, ihnen bei der Findung einer für sie tragbaren Lösung zu helfen.

Vielen ist nicht bekannt, dass Frauen und Paare nach dem Schwangerschaftskonflikt-Gesetz § 2 einen Rechtsanspruch auf Information und Beratung "... in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen..." haben.

Beraterinnen und Berater in der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung, in der Einzel-, Lebens- und Paarberatung und im seelsorgerischen Bereich sind in Konfliktsituationen AnsprechpartnerInnen für die Betroffenen. Zugleich fühlen sich viele der Fachkräfte selbst nicht ausreichend informiert, ja oftmals inhaltlich, zeitlich und persönlich überfordert. Viele haben Berührungängste angesichts der gesellschaftlich tabuisierten Thematik (Behinderung, Tod). Auch sind sie weder vorbereitet auf die Notwendigkeit vielfältiger Kooperation und Vernetzung (z.B. mit ärztlichem und juristischem Fachpersonal sowie Fachkräften der Frühförderung behinderter Kinder, Selbsthilfegruppenverbänden etc.) noch auf die notwendige Öffentlichkeitsarbeit.

Nicht zuletzt wissen die mit der PD betrauten Kooperationspartner (Ärzeschaft, Hebammen und andere medizinische Einrichtungen) häufig weder etwas von diesem Rechtsanspruch auf Beratung noch, dass es ein solches Angebot in psychosozialer Beratung gibt. Sie können sich daher auch nicht vorstellen, wie förderlich und entlastend dies für alle Beteiligten sein kann.

In diesem Kontext sind die Ausführungen zur Pränataldiagnostik in dem neu bearbeiteten Lehrbuch der Frauenheilkunde als erfreuliche Entwicklung hervorzuheben (Feige, Rempen, Jawny, Rohde: Frauenheilkunde – Fortpflanzungsmedizin, Geburtsmedizin, Onkologie, Psychosomatik. 3. neu bearbeitete Auflage. Urban & Fischer 2006).

Ein wichtiges Ergebnis des 1. vom Bundesfamilienministerium geförderten Modellprojekts im Kontext Pränataldiagnostik¹, das von einem multiprofessionell besetzten wissenschaftlichen Beirat begleitet wurde, war die Notwendigkeit, ein eigenständiges Angebot für die berufliche Qualifizierung der Fachkräfte in der institutionellen Beratung und in der Ärzteschaft zu der spezifischen Problematik der Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen sowie bei zu erwartender Behinderung des Kindes zu entwickeln.

Wesentliche konzeptionelle Vorüberlegungen wurden mit dem 1. Modellprojekt bereits geleistet. Die Überlegungen der Arbeitsgruppen aus verschiedenen Modellstandorten Deutschlands zu unterschiedlichen, wesentlichen, thematischen Schwerpunkten im Kontext von Beratungen zur Pränataldiagnostik sind in dem Praxishandbuch „Psycho-

¹BMFSFJ 2002; Ausschreibung vom 15.12.1997, Laufzeit 1999 – 2001, im Folgenden kurz als „1. Modellprojekt“ bezeichnet, zur „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“.

soziale Beratung in der Pränataldiagnostik“ (Lammert et. al. 2002) niedergelegt und somit inzwischen der Öffentlichkeit zugänglich.

Das 1. Modellprojekt hat jedoch verschiedene Schwierigkeiten deutlich herausgearbeitet, von denen einige besonders hervorgehoben werden sollen, die bis heute Gültigkeit haben:

1.

Die psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik in den Beratungsstellen ist noch nicht ausreichend etabliert.

Ratsuchenden ist die Möglichkeit einer eigenständigen, von den medizinischen Institutionen unabhängigen psychosozialen Beratung und Begleitung sowie des Rechtsanspruchs hierauf zu wenig bekannt. Angesichts der weit verbreiteten Anwendung von Pränataldiagnostik besteht hoher Beratungsbedarf.

Schulz und Siebert (2001) ziehen daraus die Schlussfolgerung

- a) der „Notwendigkeit zur Öffentlichkeitsarbeit als Aufgabe der Beratungsstelle“ sowie
- b) der „Spezialisierung innerhalb des BeraterInnenteams“. Sie stellen fest: „Zur Akzeptanzgewinnung und Etablierung des psychosozialen Beratungsangebots im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik ist eine besonders intensive Kontaktpflege der gewünschten KooperationspartnerInnen, die als MultiplikatorInnen wirken, vonnöten. Daher ist Öffentlichkeitsarbeit in diesem Kontext als eine kontinuierlich zu leistende und eigenständige Aufgabe im Rahmen der Gesamttätigkeit einer Beratungsstelle zu verstehen. Sie erfordert eigens hierfür die Bereitstellung personeller Kapazitäten, eine Verteilung der Verantwortlichkeiten und die persönliche Auseinandersetzung mit der Thematik ‚Pränataldiagnostik‘. Eine Bündelung der Ressourcen und Kompetenzen, also die Spezialisierung innerhalb des BeraterInnenteams, erscheint uns für die Außendarstellung dieses speziellen Angebots ratsam“ (S. 54 f).
- c) Dies bedeutet, dass es die institutionelle Unterstützung durch die eigenen Träger braucht, welche die psychosoziale Beratung zu vorgeburtlicher Diagnostik als integrativen Bestandteil in ihr Leistungsprofil aufzunehmen haben und neben der Bereitstellung von finanziellen Ressourcen u. a. den „MitarbeiterInnen einer Beratungsstelle jegliche Unterstützung zur Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit....oder durch das Angebot von Fortbildung zur eigenen Weiterqualifizierung“ zukommen lassen sollten (vgl. dies. in Lammert et. al. 2002, Kap. 2).

2.

Alle waren sich im 1. Modellprojekt einig, dass unbedingt die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation der mit der Pränataldiagnostik befassten Professionen besteht, um eine qualifizierte Beratung vorhalten zu können (vgl. Woopen 2001). Gleichwohl erwies sich diese Kooperation und Vernetzung in der Praxis als äußerst schwierig und offenbarte vielfältige Kooperationshemmnisse. Insbesondere im direkten Austausch zwischen Medizinern und psychosozialen BeraterInnen wurde immer wieder deutlich, dass sehr geringe Kenntnisse davon vorhanden sind, was die jeweils andere Gruppe mit „Beratung“ meint und wie sie umgesetzt wird (vgl. EKful 2001, Pinggen-Rainer 2001, Geier 2001, BMFSFJ 2002, vgl. Lammert et. al. 2002, Kapitel 1 und 4).

Zur Förderung der interdisziplinären Kooperation zwischen den einzelnen Professionen veranstaltete die Abteilung Psychosomatische Kooperationsforschung und Familienthe-

rapie des Universitätsklinikums Heidelberg mit Unterstützung des Bundesfamilienministeriums daher zu Ende der Laufzeit des Modellprojekts im März 2001 eigens einen Kongress „Pränataldiagnostik – neue Wege in der Kooperation“ und trug damit wesentlich zur Erhellung des jeweiligen Beratungsverständnisses bei (vgl. Baldus 2001, Dewald 2001, Rauchfuß 2001, vgl. auch Sammet, Steffens 2001b, Wolff 2000, 1996, 1997).

3.

Es bedarf dringend qualifizierter Fort- und Weiterbildungsangebote sowohl zur Sensibilisierung als auch zur Spezialisierung in diesem Bereich.

2.1.2 Kurzer Exkurs zur aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussion

Pränataldiagnostik (PD) ist in den Mutterschaftsrichtlinien verankert und bildet einen wichtigen Teil der Schwangerenvorsorge. Sie dient dazu, "die Schwangere von der Angst vor einem kranken oder behinderten Kind zu befreien sowie die Entwicklungsstörungen des Ungeborenen so frühzeitig zu erkennen, dass eine intrauterine Therapie oder eine adäquate Geburtsplanung unter Einbeziehung entsprechender Spezialisten für die unmittelbare postnatale Versorgung des Ungeborenen folgen kann" (BÄK, 1998). Daher hat die PD in den letzten Jahrzehnten einen hohen Stellenwert in der Geburtsgeschichte gewonnen und stellt ein in der Bevölkerung und von Schwangeren hoch akzeptiertes Verfahren dar. Die zunehmende Ausdehnung pränataler Diagnostik und die daraus resultierenden Entscheidungszwänge haben in den letzten Jahren die öffentliche Diskussion des Umgangs mit pränataler Diagnostik neu entfacht. Die Praxis der sog. Spätabbrüche nach PD ist dabei zum zentralen Streitpunkt der gesellschaftspolitischen Debatte avanciert, wobei von den Akteuren zum Teil bekannte Argumentationsfiguren (Selbstbestimmungsrecht der Frau vs. Schutz des ungeborenen Lebens), die in der Diskussion um eine gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs eine Rolle spielten, wieder aufgegriffen werden.

Hintergrund der Debatte ist der Wegfall der embryopathischen Indikation im Rahmen der Änderung des § 218 von 1995. Mit dieser Indikation waren Schwangerschaftsabbrüche bei Vorliegen einer medizinischen Indikation ohne zeitliche Befristung - im Extremfall bis zum Geburtstermin (bei lebensfähigem Kind ggf. nach vorherigem Fetozid) - ohne Bedenkzeit und Beratung möglich.

Seit Wegfall der embryopathischen Indikation im Jahr 1995 besteht Unklarheit darüber, wie viele der seither vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung des ungeborenen Kindes in Zusammenhang stehen. Fetozide im Zusammenhang mit Mehrlingsschwangerschaften werden aktuell nicht eindeutig statistisch als Fetozide erfasst. Daraus leitet ein Teil der gesellschaftspolitischen Akteure eine Zunahme der Spätabbrüche im Zusammenhang mit PD ab, während dies vom anderen Teil unter Verweis auf den kontinuierlichen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche seit 1996 bestritten wird.²

² Die Zahl medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbrüche ist seit der Neuregelung 1995 mit Ausnahme von 2003 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes kontinuierlich zurückgegangen (1996: 4818, 1997: 4526, 1998: 4338, 1999: 3661, 2000: 3636, 2001: 3575, 2002: 3271 und 2003: 3421). Im Vergleich zu der Gesamtzahl der jährlich erfassten Schwangerschaftsabbrüche (rd. 130.000 pro Jahr) beträgt die Quote aller medizinisch indizierten Abbrüche gleichbleibend knapp 3%. Die abfallende Tendenz gilt auch für Schwangerschaftsabbrüche, die zwischen der 13. und 23. SW vorgenommen wurden sowie insgesamt auch für Abbrüche nach der 23. SSW (sog. Spätabbrüche). Die Zahl der Abbrüche ab 23. SW betrug 1996: 159, 1997: 190, 1998: 175, 1999: 164, 2000: 154, 2001: 177, 2002: 188 und 2003: 217. Dies sind gleichbleibend 0,1% der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche.

Im Folgenden sind besonders relevante Äußerungen der gesellschaftspolitischen Akteure und Interessensgruppen kurz zusammengefasst:

- 1993 verurteilte das Bundesverfassungsgerichts eine Ärztin auf Schadensersatz gegenüber den Eltern, weil die Ärztin Behinderung des Kindes nicht erkannt bzw. den Eltern des Kindes nicht mitgeteilt hatte (Stichwort: "Kind als Schaden").
- 1998 fordert die Bundesärztekammer in ihrer "Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik" insbesondere die zeitliche Begrenzung des Schwangerschaftsabbruchs bei medizinischer Indikation bis zur 22. SSW p.c. (potentieller Lebensfähigkeit des Kindes) und eine Pflichtberatung als Voraussetzung des Schwangerschaftsabbruchs nach PD.
- 2002 schlägt die Enquete-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin" die Beschränkung der PD auf medizinische Indikationen (erkennbar erhöhtes genetisches Risiko, Altersgrenze für Trisomie 21 \geq 28J.), Einführung der Trias Beratung-PD-Beratung und die Garantie der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme vor.
- 2004 fordert die CDU/CSU in ihrem Antrag "Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder" die Einführung einer Pflichtberatung, eine Bedenkzeit von 3 Tagen vor Durchführung des Abbruchs, eine Befristung der Spätabbrüche bis zur 22. SSW, eine Diagnosesicherung durch ein Fachgremium, eine Registrierungspflicht der Spätabbrüche sowie eine Einschränkung der Arzthaftung, ärztliches Weigerungsrecht an der Mitwirkung der Abruption und Präzisierung der bisherigen Schwangerschaftsabbruchstatistik. Die Antragsteller berufen sich auf einen kontinuierlichen Anstieg der Spätabbrüche in den vergangenen Jahren. Die Forderungen der CDU/CSU entsprechen weitgehend den von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in ihrem Positionspapier 2004 unterbreiteten Vorschlägen.
- 2004 mahnt die FDP-Fraktion in ihrem Antrag „Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik – verantwortungsvolle Regelungen und Maßnahmen treffen“ gesetzliche Regelungen zur Sicherstellung des "informed consent" auf allen Ebenen pränataler Diagnostik an: Vor jeder über die Mutterschaftsrichtlinien hinausgehenden PD wird eine dokumentierte Beratung gefordert. Eine Abruption aufgrund eines pathologischen Befundes des Ungeborenen soll nur nach eingehender medizinischer, ggf. humangenetischer und psychosozialer Beratung unter Einhaltung einer 3-tägigen Frist nach Befundmitteilung möglich sein. Ärzten soll ein Weigerungsrecht an der Mitwirkung der Abruption gewährt werden und eine Präzisierung der Schwangerschaftsabbruchstatistik wird eingefordert.
- 2004 bringt die SPD/Grünen-Fraktion einen Antrag ein, der in der Debatte im Deutschen Bundestag vom 11.11.2004 diskutiert wird. In diesem Antrag werden die Forderungen der CDU/CSU nach einer Veränderung der geltenden bundesgesetzlichen Regelung entsprechend den oben aufgeführten Forderungen abgelehnt. Allerdings wird Handlungsbedarf hinsichtlich der Erarbeitung von Leitlinien zur Verbesserung der Betreuung und Beratung zur Sicherung des "informed consent" bei pränataler Diagnostik konstatiert und auch die Einhaltung einer Bedenkzeit als wünschenswert erachtet. Abgelehnt werden Bestrebungen, die Beratung, die Einhaltung der Bedenkzeit oder die Befristung des Schwangerschaftsabbruchs als Pflichtmaßnahme festzuschreiben und damit die Selbstbestimmungsrechte der Frau zu beschneiden. Vielmehr sollen Regelungen auf Richtlinienebene erarbeitet werden.

- 2005 Anhörung im Ausschuss des Bundestages auf Antrag der CDU/CSU Fraktion mit der Frage, ob Frauen, bei denen im Kontext vorgeburtlicher Untersuchungen ein pathologischer Befund bei ihrem Kind erhoben wurde und die den späten Abbruch der Schwangerschaft verlangen, sich einer Pflichtberatung unterziehen sollten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle Akteure vor dem Hintergrund der gängigen Praxis der PD und bei einer weiteren Ausweitung der PD die Gefahr sehen, dass das gesunde Kind zur Norm und die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik zur Pflicht wird (Habermas, 2001). Von allen Akteuren werden daher Regelungen – auf bundesgesetzlicher Ebene oder in Form von Richt- bzw. Leitlinien zur Sicherung eines “informed consent” – angemahnt sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung der PD gefordert. Konsens besteht hinsichtlich der spezifischen Relevanz, die den Entscheidungsprozessen und -strukturen bei der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik zukommt. Die Einhaltung des “informed consent” und mithin das Recht auf Nichtwissen wird auf allen Ebenen pränataler Diagnostik eingefordert. Implizit wird von einem erheblichen Wissensdefizit bei Betroffenen und der Allgemeinbevölkerung bzgl. PD ausgegangen.

2.1.3 Exkurs: Angebote und Inanspruchnahme psychosozialer Beratungen im Kontext PD

Die Tatsache, dass viele Betroffene wie Fachkräfte nicht wissen, dass nach §2 SchKG³ ein Rechtsanspruch auf Beratung im Kontext pränataler Diagnostik besteht, spiegelt sich auch in den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen zu den Angeboten und zur Inanspruchnahme psychosozialer Beratungen im Kontext PD wieder.

In einer bundesweiten Fragebogenerhebung der EKFuL, in der 468 evangelische und ökumenische Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen sowie 151 Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen 2001 nach der Umsetzung des § 2 SchKG und zur psychosozialen Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen seit 1995 befragt wurden (Sammet, Steffens 2001a), gaben von den 321 Stellen, die geantwortet haben (Rücklaufquote 51,8%), 147 Stellen (45,8%) an, schon Beratungen im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen durchgeführt zu haben.

Diese Beratungen wurden in den meisten Fällen von Fachkräften der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung durchgeführt. Hierbei handelte es sich jeweils eher um Ausnahmefälle, da die Ratsuchenden fast immer die Beratungsstelle wegen anderer Anliegen aufsuchten und das Thema vorgeburtliche Untersuchungen eher bei-läufig angesprochen wurde. Dabei war neben der Mund-Propaganda der Aufbau von Kooperationsnetzen zu anderen Fachkräften (im Kontext PD) und zu Institutionen im Bereich der psychosozialen Arbeit wie auch zu örtlichen Medien entscheidend dafür,

³ (1) Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich zu den in § 1 genannten Zwecken in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen.

(2) ...der Anspruch auf Beratung umfasst Informationen über ...

1. Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft...

2. ...die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien...

(3)zum Anspruch auf Beratung gehört auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch und nach Geburt des Kindes.

dass das Beratungsangebot bekannt war und Ratsuchende die entsprechenden Angebote nutzen konnten.

Insgesamt wurden - bezogen auf alle Beratungsstellen (163 Stellen), in denen psychosoziale Beratungen im Kontext PD durchgeführt wurden – nur wenige PD-Beratungen durchgeführt und wenn in erster Linie *vor* PD:

So wurden 115 Beratungen *vor* vorgeburtlichen Untersuchungen, 85 *während* und 70 Beratungen *nach* einer Diagnose durchgeführt.

67 Beratungen fanden nach einer Entscheidung die Schwangerschaft abzubrechen statt, 30 nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung und 22 nach einer Entscheidung für ein Kind mit Behinderung. 15 Beratungen wurden zu einem anderen Anlass durchgeführt (Sammet, Steffens 2001a, S. 93, vgl. auch Pauli-Magnus, Dewald, Cierpka 2001).

Eine ähnliche Situation zeigt sich allein bezogen auf Berlin, wo Feldhaus-Plumin (2005) eine Versorgungsstrukturanalyse durchführte mit dem Ziel, das psychosoziale Beratungsangebot zu Pränataldiagnostik für schwangere Frauen und ihre Partner (bezogen auf das Jahr 2000) zu erfassen und dazu 35 Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen aufgefördert hatte, Stellung zu beziehen. Von den 26 Stellen (74,3%), die geantwortet hatten, gaben 12 an, dass sie psychosoziale Beratung zu PD anbieten.

Von den 14 Beratungsstellen, die selbst *keine Beratung zu Pränataldiagnostik* anbieten und gefragt wurden, an wen sie Frauen/Paare mit entsprechendem Bedarf verweisen, gaben 35,3% an, dass sie die Frauen *nicht* weiter verweisen (Feldhaus-Plumin, 2005, S. 274). Bei den Antworten auf die Frage, warum sie keine psychosoziale Beratung anbieten (Mehrfachnennungen waren möglich), stand an erster Stelle mit 36,84% als Begründung, dass die Beratung nicht in das Aufgabengebiet der Beratungsstelle falle. So führt z.B. eine dieser Stellen an, sie sei eine soziale Beratungsstelle mit den Schwerpunkten Beratung nach BSHG und AsylInLG, §2 SchKG, Stiftungsanträge. Somit ist sie *nicht ausreichend informiert, dass nach §2 SchKG Beratung zu Pränataldiagnostik mit in ihren Aufgabenbereich gehört!* Andere Beratungsstellen nannten u. a. personelle Gründe, „Qualifikation der MitarbeiterInnen fehlt“, „die Nachfrage ist zu gering, so dass der Aufwand – wie zum Beispiel die Weiterbildung der MitarbeiterInnen, die Lektüre der Fachliteratur oder die Vernetzung – in einem Missverhältnis zum Bedarf bzw. zur Inanspruchnahme stehen würde“ (Feldhaus-Plumin 2005, S. 272).

In den Beratungsstellen, die *psychosoziale Beratungen zu PD durchführten*, schien bei einigen dies eher als Teilaspekt der medizinischen Beratung angesehen zu werden bzw. in einem Setting stattzufinden, bei dem unklar war, ob qualitätsgerechte psychosoziale Beratung stattfinden kann (Feldhaus-Plumin 2005, S. 282). Deutlich wurde, dass den Beratungsstellen zu 75% ein spezielles Beratungskonzept für die psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik fehlte.

22,8% der Klientinnen wurden mehrmals beraten. Eine Beratungsstelle gab an, dass 80% der Frauen im Kontext Pränataldiagnostik mehrmals beraten wurden. Bzgl. des Zeitpunkts lagen 80% der Beratungen *vor* Inanspruchnahme von PD und nur 8% *nach* PD.

Auch Feldhaus-Plumin schließt daraus, dass die Frauen und Paare zum einen das vorhandene Angebot nicht wahrnehmen, zum anderen aber auch, dass ein zu geringes Angebot besteht und die Frauen und Paare mit dem Ergebnis der Pränataldiagnostik und im weiteren Verlauf nach Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik allein dastehen.

Die Ergebnisse belegen eindrucksvoll, dass derzeit die psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik in den Beratungsstellen noch nicht ausreichend etabliert und den Ratsuchenden die Möglichkeit einer eigenständigen, von den medizinischen Institutionen unabhängigen psychosozialen Beratung und Begleitung zu wenig bekannt ist.

Auch zeigt sich, dass die Beratungsfachkräfte überwiegend nicht ausreichend informiert und qualifiziert sind für die psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik.

Dass andererseits angesichts der Fortschritte in der Humangenetik und der immer differenzierteren pränataldiagnostischen Methoden, Möglichkeiten und Grenzen und der sich hieraus für die betroffenen Frauen und Paare ergebenden neuen Konfliktlagen die Notwendigkeit eines solchen Beratungsangebots (sowie entsprechender Fort- und Weiterbildung) besteht, war unstrittiges Ergebnis des 1. Modellprojektes.

Denn auch wenn ca. 95% der Schwangerschaften einen guten Ausgang nehmen und gesunde Kinder zur Welt kommen, so werden sehr viel mehr Frauen und Paare im Laufe der Schwangerschaft in zunehmendem Maße verunsichert, weil durch die Verfeinerung der Methoden und die Zunahme an Kenntnissen vermehrt Hinweiszeichen auf Fehlbildungen, Erkrankungen oder Behinderungen gefunden werden, die letztendlich keine schwerwiegenden Auswirkungen haben, die die Frauen und Paare aber in ihrer Beziehung und Bindung an das Kind enorm versunsichern oder ängstigen können.

2.1.4 Exkurs: Konzeptionelle Überlegungen zu Fort- und Weiterbildung wie Qualifizierungsbedarf im Rahmen des 1. Modellprojekts des BMFSFJ

Im Folgenden wird der volle Wortlaut der Prämissen wiedergegeben, die auf der Basis der Erfahrungen während des 1. Modellprojekts hinsichtlich der Gestaltung von Weiterbildungsangeboten zum Thema „Psychosoziale Beratung und Pränataldiagnostik“ formuliert wurden:

1. „Um eine schnelle Umsetzbarkeit zu gewährleisten, sollte sich das Angebot in bereits bestehende Weiterbildungsmöglichkeiten einfügen lassen.
2. Die von verschiedenen Aus- und Weiterbildungsträgern geschaffenen Strukturen sollten berücksichtigt und genutzt werden.
3. Der durch die Thematik bedingten Involviertheit verschiedener Berufsgruppen sollte Rechnung getragen werden, indem das Weiterbildungsangebot für verschiedene Professionen offen steht bzw. in deren berufsgruppenspezifische Qualifizierungsangebote integriert werden kann.
4. In dem Weiterbildungscurriculum ist von vornherein die Notwendigkeit zur kontinuierlichen Fortbildung vorzusehen, um mit den rasanten medizinischen und technischen Entwicklungen Schritt halten zu können.
5. Aus Letzterem folgt auch die Notwendigkeit zur berufsübergreifenden Kooperation und Vernetzung. In der Zukunft verlangt dies vermutlich sowohl spezifische In-

teraktions- und Qualitätsmanagement-Kompetenzen als auch ein fachübergreifendes Wissen.

6. Die Vermittlung der Weiterbildungsinhalte soll sich an den Grundsätzen des fallorientierten Lernens, der Einbeziehung von Selbsterfahrung und der Beachtung des jeweiligen gesellschaftlichen Kontextes orientieren“ (Lammert et al. 2002).

Erwähnenswert scheinen uns die Reaktionen mancher BeraterInnen auf die Intensität und die Ausweitung ihres Tätigkeitsgebietes in Richtung Pränataldiagnostik und die hierfür notwendige Qualifizierung, die den Reaktionen mancher BeraterInnen in der Berliner Studie ähneln:

Nicht alle sahen die Notwendigkeit, sich in dieser Intensität zu qualifizieren. Häufiger noch bestand Einsicht in die Notwendigkeit, bei gleichzeitig „einer ausgeprägten Scheu, sich auf diesen doch sehr medizinisch geprägten Themenkomplex einzulassen. Dies scheint in erster Linie mit der Befürchtung zusammen zu hängen, die eigene Tätigkeit werde mit einem zusätzlichen Aufgabengebiet belastet. Unter den Beraterinnen, aber auch bei den Trägern von Beratungsstellen ist häufiger die Befürchtung anzutreffen, hier solle bei gleichem Etat und gleichem Personal eine zusätzliche Aufgabe erfüllt werden. Zusätzlich verschärft wird das Problem durch die Finanzierungsfrage. Da Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich bisher nicht zentral bereitgestellt wird, sondern meist auch von den Wohlfahrtsverbänden getragen wird, fällt auch diese Forderung wieder auf die Träger zurück“ (Lammert et al. 2002 S.150 f).

BeraterInnen wiederum, die an einer zweitägigen Fortbildung für MitarbeiterInnen von Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen aller in der LIGA vertretenen Träger zur Sensibilisierung und zum Einstieg in die Thematik der Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik durch die EKFuL im Rahmen des 1. Modellprojekts teilgenommen hatten, äußerten in einer Fragebogenstudie ihr Interesse und ihren Bedarf an weiterführenden Fortbildungen.

Die hieraus und aus weiteren Erfahrungen der ExpertInnen im Rahmen des 1. Modellprojekts der EKFuL ableitbaren **Anforderungen an zukünftige Fort- und Bildungsangebote im Kontext von Pränataldiagnostik für BeraterInnen** integrierter familienorientierter Beratungsstellen sowie von Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen erbrachten folgende zentrale Themenschwerpunkte, die bei der Konzipierung Berücksichtigung finden sollten:

- Erprobung und Reflexion des bewussten Umgangs mit den verschiedenen Beratungssituationen vor, während und nach vorgeburtlicher Diagnostik,
- Raum für ethische Reflexion,
- Vermittlung medizinischer Grundlagenkenntnisse,
- Paarberatung,
- Hilfen für Familien mit einem behinderten Kind,
- Darstellung psychosozialer Beratung (EKFuL 2001, S. 52 ff).

Auch in der oben erwähnten bundesweiten Fragebogenerhebung von 2001 der EKFuL wurden Fragen zum Fortbildungsbedarf gestellt. 294 Stellen äußerten sich hierzu. 51% sahen einen Bedarf an zusätzlicher Fortbildung zur Beratung im Kontext Pränataldiagnostik.

Von diesen wünschten 68,5% eine Fortbildung als Ergänzungsmodul zur Ehe-, Familien-, Lebensberatung und/oder Schwangerenberatung. 45,2% wünschten vertiefende Fortbildung, 35,5% zum Einstieg bzw. Sensibilisierung (vgl. Sammet & Steffens in Lammert et al. 2002, S. 209).

Zusammenfassend halten die Autoren zu den Inhalten fest: Die Fortbildungen sollten „gleichermaßen medizinische Grundlagen, rechtliche Informationen und ethische Fragestellungen zum Thema haben; außerdem sollten Fragen der Paardynamik, der Kooperation und Vernetzung mit anderen Stellen sowie der Öffentlichkeitsarbeit behandelt werden“ (ebd. S. 212, siehe auch Lammert et al. 2002, S. 149).

Hinsichtlich **interprofessioneller Fort- und Weiterbildungsangebote** stellen Lammert et. al. (2002, S. 155) fest:

„Fortbildungsangebote, die sich gezielt an Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Berufsgruppen wenden, gibt es äußerst selten“.

Erwähnt werden eine Fortbildungsreihe die von der Vereinigung „Psychosoziale Aspekte in der Humangenetik e.V.“ angeboten wird sowie ein Weiterbildungsangebot der Arbeiterwohlfahrt in Zusammenarbeit mit der Arbeitsstelle für Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin im Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte

Leider gab es in beiden Fort- und Weiterbildungsangeboten die Tendenz, dass die Angebote von Ärztinnen und Ärzten weniger in Anspruch genommen wurden als von Angehörigen anderer Berufsgruppen. Die gemeinsamen Erfahrungen, d.h. berufsgruppen- und fachübergreifende Fortbildungen im Rahmen der erstgenannten Fortbildungsreihe wurden dabei von allen Teilnehmenden als sehr anregend erlebt. Die Dokumentation der AWO-Veranstaltung lag zum Zeitpunkt der Entwicklung unseres Curriculums noch nicht vor.

Aufgrund der Erfahrungen im 1. Modellprojekt wurde die interprofessionelle Qualifizierung gefordert mit dem Ziel, „die Berufsgruppen in ihren spezifischen Kompetenzen zu stärken und sie zugleich aber auch zur besseren Kooperation anzuleiten“. Die Autoren folgerten weiter daraus: „Ein wichtiger erster Schritt dazu besteht in der gegenseitigen Information über die eigenen Tätigkeiten, um so zu einem Abbau von Vorurteilen zu gelangen, Fortbildungsveranstaltungen, egal ob nach Berufsgruppen getrennt oder interdisziplinär, sind aber nur eine Möglichkeit, um die Kooperation zugunsten der betroffenen Frauen und ihrer Partner zu verbessern. Ein weiterer Weg besteht in der Durchführung von interprofessionellen Qualitätszirkeln...“ (ebenda, S. 156 f).

2.1.5 Das Evangelische Zentralinstitut für Familienberatung Berlin (EZI) als Weiterbildungsträger

Das Evangelische Zentralinstitut für Familienberatung (EZI) als das bundeszentrale Fachzentrum der Evangelischen Kirche und Diakonie für Fort- und Weiterbildung in Psychologischer Beratung bietet trägerübergreifend allen Interessenten Fort- und Weiterbildung an in den Bereichen Psychologische Beratung (Weiterbildung in Integrierter, familienorientierter Beratung, d.h. die neu konzipierte, um die Beratungsbereiche Erziehungs- und Schwangerschaftskonfliktberatung erweiterte frühere Weiterbildung in Ehe-, Familien- und Lebensberatung), Paarberatung, Sexualberatung, Erziehungsberatung, Familienberatung, Familienmediation, Schwangerschaftskonfliktberatung sowie Pasto-

ralpsychologie und Supervision und Organisation für Personen mit abgeschlossener Ausbildung in unterschiedlichen psychosozialen Grundberufen an. Es wird in seiner Arbeit durch das BMFSFJ gefördert.

Das Beratungs- und Supervisionskonzept des EZI basiert auf einer tiefenpsychologischen und systemischen Grundorientierung in Verbindung mit soziologischen und theologischen Perspektiven. Die enge Verknüpfung von Theorievermittlung, Beratungsmethodik, praktischem Üben und Selbsterfahrung ist charakteristisch für die Didaktik aller Fort- und Weiterbildungen des EZI.

Es erfüllt somit als Weiterbildungsträger die wesentlichen Voraussetzungen, Bedingungen, Strukturen und Zielsetzungen, wie sie auch in den „Konzeptionellen Überlegungen zu einem interprofessionellen Weiterbildungscurriculum“ im Rahmen des 1. Modellprojekts des BMFSFJ (2002) zur Gewährleistung einer schnellen Umsetzbarkeit einer Qualifizierung für „Psychosoziale Beratung und Pränataldiagnostik“ gefordert werden.

Innerhalb des Institutes gibt es langjährig gewachsene, interdisziplinäre Kooperationen sowie gemeinsame Erfahrungen in der Fortbildung in einem berufsübergreifenden DozentInnen-Team, an die für die Entwicklung und Durchführung des Curriculums zur „Psychosozialen Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ angeknüpft werden konnte.

Darüber hinaus bestehen vieljährige Vernetzungs- und Kooperationserfahrungen in Forschung und Praxis im Rahmen eines 1983 gegründeten, überregionalen, interdisziplinären Arbeitskreises „Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit“, aus denen drei Buchpublikationen hervorgegangen sind, die sich u. a. speziell mit den Themen Partnerschaft, Kinderwunsch, Fruchtbarkeit, Reproduktionsmedizin und Humangenetik aus medizin-psychologischer Perspektive befassen und die ersten Ansätze zur Beratung mit einschlossen (vgl. Brähler, Meyer 1988, 1991a, 1991b).

Desweiteren existieren gemeinsame Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsreihe zur Schwangerschaftskonfliktberatung (Meyer, Brünic, Hufendiek).

Eine Dozentin (R. Brünic) führt schwerpunktmäßig seit vielen Jahren im Rahmen ihrer Tätigkeit beim Sozialmedizinischen Dienst Charlottenburg-Wilmersdorf psychosoziale Beratungen im Kontext Pränataldiagnostik bei Frauen und Paaren durch und begleitet diese insbesondere während und nach Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik. In diesem Kontext arbeitete sie über viele Jahre an der interdisziplinären Vernetzung. Aus der langjährigen Kooperation erwuchs eine berufsübergreifende Arbeitsgruppe von Fachkräften unterschiedlicher mit Pränataldiagnostik befasster Professionen in Berlin, die zur Gründung des Vereins „Interdisziplinäres Forum Pränataldiagnostik Berlin e.V.“ (info@infopd-berlin.de) führte (vgl. Brünic 1998).

2.1.5.1 Frühere Fortbildungsmodule zur Psychosozialen Beratung im Kontext Pränataldiagnostik am EZI

Im Rahmen des vierteiligen Curriculums in Schwangerschaftskonfliktberatung zur Qualifizierung von BeraterInnen für die Schwangerschaftskonfliktberatung mit Einzelnen, Paaren und Familien entsprechend den gesetzlichen Grundlagen, Aufgaben und Zielen

des Bundes nach StGB § 219 und dem SchKG werden die FortbildungsteilnehmerInnen seit vielen Jahren regelhaft im Kurs 1 zu den Grundlagen der Schwangerschaftskonfliktberatung im Rahmen einer Unterrichtseinheit zur Prävention und Verhütung von Schwangerschaften sowie einer Unterrichtseinheit zum Schwangerschaftsabbruch ein erstes Mal für die Probleme und Konflikte in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und späten Schwangerschaftsabbrüchen sensibilisiert (Leitung: Dipl. Päd. S. Hufendiek, Dipl. Psych. A. Meyer, R. Brünig).

1994 führte das EZI darüber hinaus erstmalig eine spezielle einwöchige Fortbildung zum Thema „Pränatale Diagnostik – Segen oder Fluch?“ für BeraterInnen aus der Schwangerschaftskonfliktberatung, aus der Ehe-, Familien- und Lebensberatung sowie SeelsorgerInnen durch, an dem fast ausschließlich BeraterInnen aus der Schwangerschaftskonfliktberatung teilnahmen.

Wesentliche Ziele der damaligen Fortbildung waren die Informationsvermittlung und Sensibilisierung für die verschiedenen Problem- und Konfliktlagen von Schwangeren und ihren Partnern im Kontext von PD und die Vermittlung der unterschiedlichen Beratungsanforderungen in den verschiedenen Abschnitten vor - während - nach möglicher Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik, die Sensibilisierung für ein Leben mit einem behinderten Kind sowie für ein Leben nach spätem Schwangerschaftsabbruch und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen im Kontext von Pränataldiagnostik.

Darüber hinaus war die Vermittlung der verschiedenen Perspektiven der mit Pränataldiagnostik befassten Professionen und der Anbahnung von Kooperation ein zentrales Anliegen der Fortbildungswoche, dem wir durch Videodemonstrationen von Vertretern von Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen und Gesprächs- und Diskussionsauschnitten mit betroffenen Paaren und Familien und durch ein interdisziplinäres Fortbildungsteam Rechnung trugen (Leitung: Dipl. Psych. A. Meyer, Psychoanalytikerin und Paartherapeutin; Dr. med. M. Rauchfuß, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe; PD (jetzt Prof.) Dr. med. G. Wolff, Humangenetiker und Genetischer Berater in der Humangenetik, Psychotherapeut).

1999 führte das EZI zum zweiten Mal eine spezielle Fortbildungswoche zur „Pränatalen Diagnostik – Beratung vor, während und nach pränataler Diagnostik“ durch. Beinhaltete das Curriculum von 1994 eine erste Hinführung der BeraterInnen auf die Thematik der vorgeburtlichen Diagnostik und Notwendigkeit einer speziellen Fortbildung in Psychosozialer Beratung, so zielte die Fortbildung von 1999 schon sehr viel spezifischer auf die bewusste Wahrnehmung und das Erkennen der unterschiedlichen Beratungsanliegen und –aufgaben von Frauen und Paaren je nach Zeitpunkt der Konfrontation bzw. Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik sowie auf die Vermittlung und Einübung der entsprechenden Beratungskompetenz /-methodik und die damit verbundene Auseinandersetzung mit persönlichen „blinden Flecken“ und mit ethischen Fragestellungen der BeraterInnen.

Ein zentrales Anliegen war auch hier wieder die Vermittlung der verschiedenen Perspektiven der mit Pränataldiagnostik befassten Professionen sowie der interdisziplinären Vernetzung und Kooperation, die wir wieder durch ein interdisziplinäres Fortbildungsteam fördern wollten (Leitung: R. Brünig, A. Meyer; A. Gasiorek-Wiens, Facharzt für Gynäkologie, Pränataldiagnostiker; Prof. Dr. med. G. Wolff).

2.2 Entwicklung und Konzeption des Curriculums „Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“⁴

2.2.1 Grundlegende Vorüberlegungen

Im Sinne des Auftrags wie den Erkenntnissen und Empfehlungen des 1. Modellprojekts des BMFSFJ sowie unserer eigenen Vorerfahrungen mit Fort- und Weiterbildung allgemein wie speziell im Bereich Beratung im Schwangerschaftskonflikt und im Kontext Pränataldiagnostik haben wir uns für die Entwicklung einer **mehrteiligen, interdisziplinären Fortbildung mit einem langen Zeitrahmen und Weiterbildungscharakter für eine geschlossene Kursgruppe mit gleich bleibendem Leitungsteam, zu dem themenspezifisch Fachspezialisten als Gastdozenten hinzukommen sollten**, entschieden.

Denn nur auf Basis gewachsenen gegenseitigen Vertrauens zwischen den DialogpartnerInnen ist eine offene, intensive, fachliche, persönliche, ethische, berufs- und fachübergreifende Auseinandersetzung, professioneller Lernzuwachs und der Aufbau von Kooperation und Vernetzung im Kontext Pränataldiagnostik möglich.

So zeigten die beiden nur einwöchigen, oben skizzierten Fortbildungen zur Beratung im Kontext Pränataldiagnostik am EZI, dass es für viele der BeraterInnen eine große Herausforderung darstellte, angesichts der hoch belastenden, angst- und spannungsbehafteten Thematik und kontroverser ethischer Positionen, den schwerwiegenden Konfliktlagen und Beratungsanliegen der betroffenen Frauen und Paare gemäß den ethischen Anforderungen an (evangelische) Schwangerschaftskonfliktberatung möglichst vorurteilsfrei zu begegnen und die Beratungsanliegen der Betroffenen offen wahr-, auf- und anzunehmen und entsprechend ergebnisoffen zu beraten (vgl. Meyer 1999, Brünig 1996, 1997).

Es kam z.B. häufiger vor, dass Schilderungen und Anliegen der im Rollenspiel nachgestellten Ratsuchenden schlichtweg „überhört“ wurden: z.B. die genauere Schilderung der vorgeburtlichen Untersuchung wie des pathologischen Befundes beim Kind. Oder es wurde der explizite Wunsch der Frau nach konkreten Informationen zum Ablauf eines späten Schwangerschaftsabbruchs „überhört“. Damit verbunden konnte auch der Wunsch der Frau, das Pro und Contra des späten Abbruchs konkret zu erwägen sowie die möglichen Konsequenzen im täglichen Leben mit einem schwerst behinderten Kind zu überdenken, von der Beratungsfachkraft nicht aufgenommen werden. Einige Kursteilnehmende waren schlicht zu sehr schockiert oder die beraterische Aufgabe und die Anliegen der Frau waren mit dem persönlichen ethischen Standpunkt nicht vereinbar.

⁴ Das Konzept des Curriculums wurde gemeinsam entwickelt von R. Brünig (Psychosoziale Beraterin mit Schwerpunkt Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik und im Schwangerschaftskonflikt, Leitende Ärztin beim Sozialmedizinischen Dienst Charlottenburg-Wilmersdorf); Dr. theol. F.W. Lindemann (Theologe und damaliger Leiter des EZI), Dipl. Psych. Annelene Meyer (Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Paartherapeutin, Dozentin am EZI) unter Hinzuziehung von Prof. Dr. Gerhard Wolff (Humangenetiker und Psychotherapeut, Leiter der humangenetischen Beratungsstelle an der Universität Freiburg).

Die einwöchigen Fortbildungen ermöglichten insofern (nur) eine Sensibilisierung, durch die allen Teilnehmenden die Tiefe der angesprochenen Themen sowie die fachlichen, ethischen und persönlichen Herausforderungen an die Beratung anhand des fallorientierten Lernens und durch thematische Selbsterfahrung erst annähernd bewusst wurde.

Eine Reihe von BeraterInnen hat sich nach einer Sensibilisierung für die Thematik dann auch entschieden, psychosoziale Beratungen im Kontext Pränataldiagnostik (noch) nicht anzubieten, weil die Beratungen bzw. die angesprochenen Themata ihnen „zu schwer“ waren, sie sich die Verantwortung nicht zutrauten und sich vertiefende, auch dezidiert selbsterfahrungsbezogene Fortbildungen wünschten.

2.2.2 Zur Entwicklung der Konzeption des Curriculums

Wir wollen nicht verhehlen, dass es bei unseren konzeptionellen Überlegungen zur Entwicklung des Curriculums eine längere, auch kontroverse Diskussion in der Konzeptentwicklungsgruppe über den Aufbau und die Struktur der Fortbildungsreihe gab:

1a)

Sollten die aufeinander aufbauenden Kursblöcke orientiert sein am *Verlauf der Schwangerschaft* und dem Prozess, den Frauen und Paare vom Beginn der Schwangerschaft wie der ersten Konfrontation mit Pränataldiagnostik durchlaufen? Sollte somit die Fortbildung sich an den Anliegen der Frauen und Paare und, damit zusammenhängend, an den entsprechenden Aufgaben und Anforderungen an die Beratung zu den verschiedenen *Zeitpunkten der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik* - nämlich vor, während und nach Konfrontation mit PD – orientieren und der Aufbau der einzelnen Fortbildungsböcke den „typischen“ Anliegen der Frauen/Paare je nach „Phase“ im Kontext PD zugeordnet werden?

1b)

Oder sollte der Aufbau der Fortbildungsreihe beginnen mit der Konfrontation einer Frau bzw. eines Paares mit einer „*schlechten Nachricht*“, d.h. mit der Information, dass bei ihrem Kind pränatal diagnostizierbare Hinweiszeichen auf eine schwere Erkrankung, Fehlbildung oder Behinderung gefunden wurden und sich an den sich daraus ergebenden Anforderungen an die Beratung orientieren.

Wenn zum Beispiel bei dem Kind Hinweiszeichen auf ein Down-Syndrom gefunden werden, sollten BeraterInnen wie Eltern Informationen und Kenntnisse haben über

- medizinisches, pränataldiagnostisches und humangenetisches Wissen zum Down-Syndrom
- die Bandbreite eines Menschen mit Trisomie 21
- die körperliche und geistige Behinderung
- Entwicklung und Leben als Kind wie Erwachsener mit Down-Syndrom in Familie und Gesellschaft
- die Herausforderungen für Eltern und andere Familienmitglieder durch ein (Geschwister-)Kind mit Down-Syndrom
- die gesellschaftlichen Hintergründe und den Umgang mit (dieser) Behinderung
- Förderungsmöglichkeiten (und entsprechende gesetzliche Grundlagen etc.)

- Erfahrungen mit Familien und Einrichtungen, die mit Menschen mit Down-Syndrom zu tun haben
- Konsequenzen und Entscheidungswege, die sich für die betroffenen Frauen bzw. Eltern aus diesem Wissen ergeben, und deren mögliche Anliegen bzw. Herausforderungen an die Beratung:
 - o Rechtliche Hintergründe zu § 218 und weitere, detaillierte rechtliche Grundlagen
 - o Begleitung bei der Entscheidungsfindung: Informationen über Erleben bei Fortsetzung der Schwangerschaft und Begleitung der Frau bzw. des Paares (Einzel- oder Paarberatung)
 - o Informationen über einen späten Schwangerschaftsabbruch (Infos zum Ablauf eines späten Abbruchs, über Fetoizid, über die körperliche und seelische Bedeutung, Belastung und Verarbeitung eines späten Abbruchs, Trauer, Schuld(-gefühle)
 - o Betreuung nach Abbruch.

Wir überlegten weiter an diesem Beispiel, wie eine Weiterbildungswoche zur psychosozialen Beratung bei diesem Vorgehen strukturiert sein müsste, welche Informationen, welche theoretischen, psychologischen Grundlagen, welche Beratungsschritte, welcher Selbsterfahrungselemente es bedürfte und wie darauf in weiteren Kursblöcken aufgebaut werden müsste.

1c)

Mit diesen konzeptionellen Überlegungen hing die Frage nach der *Zielgruppe* bzw. den möglichen Interessenten/Teilnehmenden unmittelbar zusammen.

Auch hier gab es unterschiedliche Vorstellungen in unserer Gruppe darüber, wie viel wir an Vorkenntnissen und Erfahrungen in psychologischer wie sozialer Beratung von den Teilnehmenden erwarten (können) oder müssen.

Wir überlegten, welche unterschiedlichen, fach- und feldspezifischen Kenntnisse und Praxiserfahrungen Fachkräfte mitbringen, je nachdem, ob sie aus der Ehe-, Familien und Lebensberatung, aus der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung, aus der Seelsorge, aus dem medizinischen oder therapeutischen Bereich kommen. Zusätzlich werden sie in verschiedenen, theoretischen Beratungsansätzen beheimatet sein (tiefenpsychologisch, systemisch, gestalttherapeutisch, gesprächstherapeutisch, pragmatisch, sozialpolitisch etc.).

So bringen z.B. viele von den BeraterInnen, die aus dem Bereich der **Schwangerenberatung** kommen, viel Erfahrung mit in Bezug auf soziale und rechtliche Fragen im Kontext Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, soziale Notlagen etc. Dafür verfügen sie weniger über beraterisch-psychotherapeutisches Wissen, d.h. Kenntnisse in psychologischer Diagnostik bzw. über die Psychodynamik innerer psychischer Konflikte, Kenntnisse über Abwehrmechanismen und Umgang mit Abwehr und Widerstand in der Beratung oder den Einfluss von Übertragung und Gegenübertragung in der Beratung. Sicherlich erfahren SchwangerenberaterInnen viel von und über Ambivalenzen schwangerer Frauen. Der Umgang mit diesen Ambivalenzen, das Aushalten gegensätzlicher Strebungen und Lebensvorstellungen, das tiefere Verstehen des inneren Konflikts, der sich womöglich hinter einer ambivalenten Schwangerschaft verbirgt, ist jedoch oft für viele schwierig. Bevorzugt bieten BeraterInnen in diesem Bereich konkrete Unterstützung und praktische Hilfen an und scheuen davor zurück, schwierige Konfliktlagen und

schmerzhaft, verletzte Gefühle oder Erleben bzw. Abwehr von Trauer, Angst oder Schuld offen anzusprechen, in der Sorge, sie würden damit die Frauen nur noch mehr verletzen und können sich schwer vorstellen, dass das An- und Aussprechen dieser Gefühle hilfreich und sogar entlastend sein kann.

BeraterInnen aus der **Ehe-, Familien- und Lebensberatung** haben wiederum viel Beraterisch-therapeutische Erfahrungen und theoretische wie praktische Kenntnisse in psychologischer Beratung, dafür wenig praktische Erfahrungen im sozial-beraterischen Bereich, d.h. in sozialen, rechtlichen, finanziellen Hilfen, im Umgang mit anderen Professionen und Hilfsangeboten außerhalb des Beraterisch-therapeutischen Bereichs, somit auch wenig Erfahrungen im Bereich von „Komm“-Strukturen, mit schneller Terminvergabe etc.

Schwangeren- wie Ehe- und LebensberaterInnen haben wenig medizinisches Wissen und eine Scheu damit umzugehen. Auch fühlen sie sich oft nicht von ÄrztInnen als Fachkraft anerkannt.

Fachkräfte aus dem **medizinischen Bereich** wiederum haben umfangreiches medizinisches Wissen, Erfahrung im Umgang mit medizinischer Diagnostik und informieren über Krankheitsbilder, Risiken etc.

Ihnen fehlen häufig psychologische Grundkenntnisse und eine Perspektive und Methodik der Gesprächsführung, bei der nicht nur Befund, Erkrankung und Therapiemöglichkeiten, sondern mehr der Mensch mit seinen Bedürfnissen, Ängsten, Nöten und Konfliktslagen in den Blick kommt – insbesondere auch dann, wenn medizinisch-therapeutische Möglichkeiten versagen. Patienten fühlen sich dann häufig seelisch wenig aufgehoben und verstanden - nicht nur deshalb, weil die Abläufe in medizinischen Praxen oder Institutionen wenig Zeit und Raum zulassen, wie dies für das Aufnehmen und Verstehen seelischer Gefühlslagen notwendig ist, sondern auch, weil es für viele Ärzte schwierig ist, sich die eigenen Grenzen des Heilens einzugestehen und sie anzuerkennen. Gefühle wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Nicht-Machbarkeit angesichts unheilbarer Erkrankung, Sterben, Nicht-Lebensfähigkeit auszuhalten, fällt ihnen schwer.

Die Diskussion all dieser Punkte in unserer Planungsgruppe wie auch in übergeordneten Gremien unseres Dachverbandes, der EKFuL, hat uns veranlasst, das Curriculum inhaltlich und zeitlich so zu konzipieren, dass die Teilnehmenden schrittweise an die Komplexität der Beratungsanforderungen bei Pränataldiagnostik herangeführt werden.

Ein wesentliches Ziel war dabei die Förderung der **Empathiefähigkeit** der Beratenden für die Situation, Gefühlslagen und Anliegen der betroffenen Frauen und Paare. Durch einen eher langsameren inneren Öffnungsprozess sollten die Kursteilnehmenden an Flexibilität gewinnen und zunehmend in die Lage versetzt werden, die Anliegen der Ratsuchenden wahr- und aufnehmen zu können. Wir wollten so auch einer Tendenz zu rigider Abwehr oder auch Ideologisierung entgegenwirken, die einsetzt, wenn Menschen von schockierenden, traumatisierenden Gefühlen, Situationen und Erlebnissen überrollt werden oder wenn sie mit ethisch-moralischen, nicht mit dem Selbstverständnis zu vereinbarenden Einstellungen Anderer konfrontiert werden.

Eine solch offene, vorurteilsfreie, professionelle Haltung und Einstellung von Fachkräften, die Frauen und Paare im Kontext Pränataldiagnostik psychologisch beraten und

sozial begleiten wollen, ist Voraussetzung, damit die Ratsuchenden in ihrer **Entscheidungsautonomie** gestärkt werden und zu einer Entscheidung finden, die sie selbst leben und vertreten können.

Darum entschieden wir uns auch für das erste, oben kurz skizzierte Modell, das stärker an der Lebenslage und dem Erleben von Frauen bzw. Paaren im Verlauf der verschiedenen Phasen der Schwangerschaft orientiert ist und die Strukturierung der Beziehungsaufnahme und Bindung an das Kind durch pränatale mütterliche und elterliche Phantasien im Blick hat, die durch die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik massiv behindert oder gestört werden kann.

Das zweite, oben skizzierte Modell läuft Gefahr zu sehr der medizinischen Perspektive zu folgen wie auch, die Beratenden zu überfordern.

Leitgedanken, die in die Konzipierung des Curriculums eingingen, waren darum:

- Orientierung von **inhaltlichem Aufbau und zeitlicher Struktur** des Curriculums wie der Abfolge einzelner Kursteile am Verlauf der Schwangerschaft und den damit zusammenhängenden, verschiedenen Zeitpunkten möglicher Konfrontation Betroffener mit Pränataldiagnostik.
- Orientierung am **theoretischen Konzept des EZI**, das auf Basis einer eigenständigen Beratungstheorie, tiefenpsychologische und systemische Ansätze zu einem einheitlichen Konzept verbindet. Dabei wird das Beziehungsgeschehen zwischen Beratenden und Ratsuchenden als zentrales Mittel diagnostischen und methodischen Handelns betrachtet. Im Mittelpunkt der theoretischen und methodischen Reflexion steht das Erfassen, Verstehen und Bearbeiten der Anliegen, innerpsychischen Konflikte Einzelner, interpersoneller Konflikte in Partnerschaft und Familie. Dies ist unlösbar verbunden mit dem Verständnis der Wechselwirkung von sozialen Beziehungen, Lebenswelt und Individuum.
- Zusammenführen der verschiedenen, im Kontext PD angesprochenen Ebenen, Themen und Perspektiven, mit denen sich die Betroffenen wie Beratenden mehr oder weniger bewusst auseinandersetzen (müssen), um auf Basis eines ganzheitlichen Verstehens die Entscheidungs- und Handlungskompetenz der Betroffenen zu fördern.
- Das heißt: Neben der Vermittlung psychologischer Theorie und psychologischer Beratungsmethodik, Wissensvermittlung und Anregung zur Auseinandersetzung insbesondere mit ethischen Fragen und Grundsätzen, mit gesellschaftlichen, kulturellen und religiösen Normen und Werten, mit tabuisierten Themen wie Behinderung, Krankheit, Tod, mit medizinischen Informationen im Kontext Pränataldiagnostik.
- Förderung der Qualität beraterischen Verstehens und Handelns, die untrennbar mit der Person der BeraterIn verbunden ist. Insofern werden theoretische, auf die Praxis bezogene Erkenntnisse, methodisches, fallbezogenes Lernen und die Arbeit an der eigenen Person stets aufeinander bezogen.
- Förderung der **Kooperation** und des gegenseitigen interprofessionellen Dialogs durch Kennenlernen der Aufgaben, Perspektiven und des Beratungsverständnisses der jeweiligen anderen Profession durch eine multidisziplinäre Ausbildungsgruppe wie DozentInnenteam (Lernen am Modell).

- Förderung der **Vernetzung** und Kooperation der Kursteilnehmenden mit den verschiedenen mit PD befassten Fachkräften und Institutionen wie der **Öffentlichkeitsarbeit** in den Regionen vor Ort, um auf dieser Basis das Beratungsangebot für Betroffene bekannt zu machen.
- Vermittlung einer **Beratungsmethodik** im Kontext Pränataldiagnostik, bei der psychologische Beratung und psychosoziale Begleitung zusammengeführt werden. Interventionsstrategien werden im Blick auf die Besonderheiten der Arbeit im Einzel- oder Paarsetting erarbeitet.
- **Arbeitsweise und Didaktik:** theoretische Wissensvermittlung überwiegend in Lehreinheiten der Gesamtgruppe; praktisch-methodisches Training beraterischer Fertigkeiten in fallbezogenen Übungs- und Kleingruppen; Förderung der Selbstreflexion durch thematische Selbsterfahrungseinheiten; intensive Kenntnis des Praxisfeldes durch Hospitation in den Praxisfeldern im Kontext PD und Beratungspraxis vor Ort.
- **Abschluss:** Überprüfung des Erlernten in einem abschließenden Kolloquium.

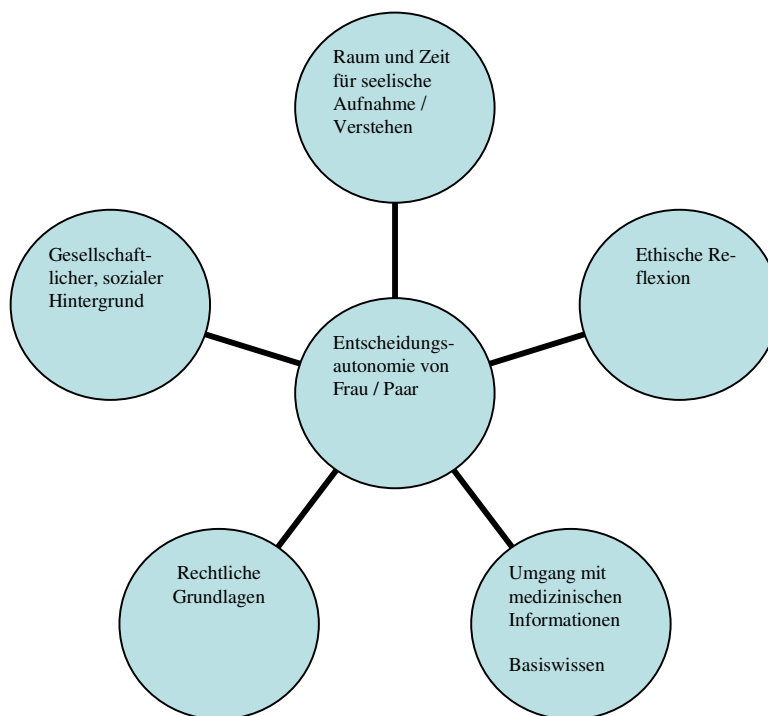


Abb. 2.1 Verstehensebenen und Perspektiven in der psychosozialen Beratung im Kontext Pränataldiagnostik

2.2.3 Exkurs: Orientierung des Curriculums am Verlauf der Schwangerschaft und Konfrontation mit PD

Im Folgenden werden die **Herausforderungen an und Reaktionen von Frauen und Paaren**, die in den verschiedenen Phasen der Schwangerschaft mit vorgeburtlichen Untersuchungen konfrontiert werden, zusammenfassend und beispielhaft beschrieben:

2.2.3.1 Die Ausgangssituation: "Guter Hoffnung"

Paare, die Pränatadiagnostik in Anspruch nehmen, befinden sich auf dem aufregenden Weg, Eltern zu werden und sich auf das werdende Leben einzulassen - mit allen dazugehörigen "normalen" Ambivalenzen⁵.

Die Schwangerschaft wird fast immer freudig akzeptiert, sehr gewünscht, ja herbeigesehnt; in einigen Fällen wurden sogar Methoden der modernen Reproduktionsmedizin eingesetzt, um „endlich“ die Schwangerschaft herbeizuführen.

Die werdenden Eltern sind "guter Hoffnung", auf dem Weg einer emotionalen Öffnung und Identifikation mit dem Ungeborenen und in Auseinandersetzung mit ihrer zukünftigen Rolle als Mutter und Vater.

Dies äußert sich z.B. in der intensiven Beschäftigung mit den Veränderungen, die das erwartete Kind provoziert: einem Wohnungs- bzw. Arbeitsplatzwechsel, dem Umräumen der Wohnung, dem Einrichten eines Kinderzimmers, Anschaffen von Babywäsche, den Überlegungen zur Namensgebung, dem Mitteilen und Erzählen von der Schwangerschaft gegenüber engen Freunden und Verwandten etc.

Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum Erleben von Frauen bzw. Paaren, die zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach StGB § 218/9 kommen (müssen): bei ihnen ist die Schwangerschaft meist ungeplant, häufig ungewollt, was häufig zum Abbruch der Schwangerschaft führt.

2.2.3.2 Die "gute Hoffnung" wird gestört/zerstört - Beunruhigung und Verunsicherung oder auch Schock über eine mögliche Fehlbildung/Behinderung

Die "Zeit der guten Hoffnung", der positive, emotionale Öffnungs-, Ein- und Umstellungsprozess der werdenden Eltern, kann bei der ersten Vorsorgeuntersuchung mit Ultraschall in der 10.-12. Schwangerschaftswoche (SSW) massiv gestört werden, wenn sich dabei Hinweise auf Auffälligkeiten ergeben.

Mit der **ersten Ultraschalluntersuchung** sollen vor allem Bauchhöhlen- und Mehrlingschwangerschaften entdeckt werden. Außerdem wird durch Vermessung der Scheitel-Steiß-Länge und des Kopfdurchmessers des Embryos das Schwangerschaftsalter festgestellt, um den Entbindungstermin genauer festzulegen.⁶

⁵ vgl.: „Die Schwangerschaft als wichtige Entwicklungsphase für Schwangere und Paare“, in: Manfred Beutel: Der frühe Verlust eines Kindes, Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt, Fehlbildung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1996.

⁶ Nicht zu den Regelleistungen der Schwangerschaftsvorsorge gehört die seit 1997 mögliche Nackentransparenzmessung in der 12./13. SSW. Bei der Nackentransparenzmessung wird eine flüssigkeitsgefüllte Zone im Nacken gemessen, die jedes Kind in dieser Phase der Frühschwangerschaft hat. Bei Chromosomenstörungen oder bestimmten Erkrankungen ist sie verdickt. Mit dieser Methode wird keine Diagnose gestellt, sondern eine statistische Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie errechnet (Erkennungsrate bis zu 80%). Mit der Laboruntersuchung des Schwangerschaftseiweißes Papp-A und des Schwangerschaftshormons freies β -HCG kann die Sensitivität der Erkennungsrate für Trisomie 21 auf etwa 90% erhöht werden. Auch ein Herzfehler kann Ursache für diese vermehrte Flüssigkeitsansammlung sein. Wichtig zu wissen ist: Die meisten Kinder sind trotz „auffälliger“ Nackentransparenz gesund. Auf dieser Grundlage kann dann eine Entscheidung für oder gegen eine weiterführende Diagnostik, eine Chromosomenana-

Dies bedeutet, dass die herkömmliche Schwangerschaftsvorsorge zunehmend in die Nähe pränataldiagnostischer Methoden rückt bzw. zu einer Methode pränataler Diagnostik wird, die werdende Eltern mehr oder weniger bewusst mit Pränataldiagnostik konfrontiert. Ja, Eltern können sich der PD durch die drei als Regelleistung empfohlenen Ultraschalluntersuchungen im Schwangerschaftsverlauf kaum mehr entziehen. Viele Paare sind sich der Tragweite und Konsequenzen der PD nicht bewusst; sie freuen sich auf das „Babyfernsehen“ per Ultraschall.

Fallbeispiel:

Frau XY, 31 Jahre, wird von ihrer Frauenärztin zum Ultraschall-Spezialisten geschickt. Sie ist in der 12. SSW. Es ist ihre zweite Schwangerschaft; die erste endete mit einem Abbruch in der 25. SSW wegen einer sehr schweren, nicht mit dem Leben zu vereinbarenden Fehlbildung. Sie und ihr Mann freuen sich sehr auf ein Kind. Der Ultraschall weist wieder eine schwere Fehlbildung auf - eine fehlende Bauchdecke (Leber, Darm, Magen liegen frei). Der Schock über die Diagnose ist besonders stark, weil die Erinnerung an den ersten Schwangerschaftsabbruch wieder hochkommt - die Frau hatte das schlimme Erlebnis verdrängt.

Gynäkologen sind verpflichtet über Sinn, Zweck, Risiken und Konsequenzen dieser Untersuchung aufzuklären und zu beraten. Zeigen sich erste Auffälligkeiten, sind sie juristisch gezwungen, auf die weiteren Möglichkeiten der PD hinzuweisen. Weisen sie nicht darauf hin, machen sie sich aufgrund von Schadensersatzforderungen von Eltern an den behandelnden Gynäkologen wegen des erhöhten Unterhalts bei Geburt eines erkrankten/behinderten Kindes schadensersatzpflichtig.

Die "gute Hoffnung" der werdenden Eltern kann immer früher ge-, bei auffälligem Befund regelrecht zerstört werden.

Sie geraten immer häufiger und früher unter den Druck eines Entscheidungskonflikts: Wollen sie die Untersuchungen durchführen lassen und mehr über ihr Kind wissen oder wollen sie von ihrem Recht auf Nicht-Wissen Gebrauch machen? Letzteres hieße aber auch, die Untersuchungen "entschieden" ablehnen zu wollen und zu müssen, wodurch sie sich möglicherweise dem Unverständnis von Menschen in ihrer Umgebung, evtl. sogar des Partners oder Arztes aussetzen und Vorwürfen entgegenreten müssten, nämlich bewusst das "Risiko" eines behinderten Kindes in Kauf zu nehmen. Die eigenen Ängste, Sorgen und Zweifel haben dann nur noch wenig Platz.

2.2.3.3 Zur Situation vor der Inanspruchnahme von (spezieller) PD: Zeit der Verunsicherung über die Schwangerschaft und Angst vor einem behinderten, kranken Kind

Alle Eltern wünschen sich zunächst ein gesundes, nicht behindertes Kind - das ist natürlich. Viele wollen ein "perfektes Kind". Doch das gibt es nicht. Darum wünschen sehr viele werdende Eltern angesichts der massiv verunsichernden und beängstigenden Hinweise im 1. Ultraschall-Befund Beruhigung oder Klarheit durch weitere diagnostische Abklärung mit speziellen pränataldiagnostischen Methoden.

lyse getroffen werden. Eine hohe Erkennungsrate für Chromosomenstörungen kann derzeit in Deutschland nur von zertifizierten Praxen und Zentren mit einer Qualifikation vergleichbar der Degum Stufe II und III erwartet werden.

Zum Beispiel:

- durch eine zweite Ultraschalluntersuchung - Feindiagnostik, die nur von einem speziell ausgebildeten Pränataldiagnostiker durchgeführt werden kann:
 - Untersuchung in der 20.-22. SSW, Zweck: Suche nach möglichen Fehlbildungen; ein Verdacht auf Fehlbildungen führt meist zu Inanspruchnahme weiterer Untersuchungen wie z.B. der Amniozentese,
- oder durch eine Chorionzottenbiopsie (CVS):
 - Untersuchung in der 9.-12. SSW, Entnahme von Gewebe aus dem Chorion, dem Plazentavorläufer oder ab der 14. Woche aus der Plazenta, 1. Ergebnis nach 1-2 Tagen bzw. 1 Woche. Fehlgeburtsrisiko durch Untersuchung: ~ 0,5 -1,5%. Die CVS ist dann sinnvoll, wenn die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlbildung des Kindes z.B. aufgrund des 1. Ultraschall-Befundes als sehr hoch eingeschätzt wird und wenn sich die Frau bzw. das Paar im Falle einer Behinderung/Erkrankung des Kindes für einen Abbruch entscheiden würde,
- oder durch eine Fruchtwasseruntersuchung, der sog. Amniozentese:
 - Untersuchung ab der 14.-17. SSW, Ergebnis nach 2-3 Wochen; in besonderen Fällen Vorergebnis nach 1-2 Tagen (Schnelltest), Fehlgeburtsrisiko durch Untersuchung: ~0,5%, Zweck: kindliche Zellen werden auf Veränderungen der Chromosomen oder Erbkrankheiten untersucht,
- oder andere Untersuchungen.

So wünschten sich in der Praxis eines Pränataldiagnostikers nach dem Aufklärungsgespräch ca. 80% weitere diagnostische Abklärung, 20% lehnten Untersuchungen wie die Amniozentese ab. Humangenetiker berichten Ähnliches, auch dass das genetische Risiko von den meisten überschätzt wird.

Selten ist Frauen und Paaren allerdings klar, dass trotz Pränataldiagnostik eine Fehlbildung übersehen werden kann und dass es keine Garantie für ein „gesundes“ Kind gibt.

In der Praxis wenden sich derzeit nur relativ wenige Frauen oder Paare an eine (unabhängige) Beratungsstelle, in der sie über die Möglichkeiten, Risiken und Grenzen vor Inanspruchnahme von PD beraten werden wollen.

Im Allgemeinen wenden sie sich nach ersten Hinweisen auf eine mögliche Fehlbildung bei der 1. Ultraschalluntersuchung durch ihren Frauenarzt an einen einschlägigen Pränataldiagnostiker, um Klarheit zu bekommen.

Dieser hat in einem vorherigen Aufklärungsgespräch über Sinn, Zweck, Risiken und Grenzen der Methode (z.B. Amniozentese) zu informieren, auch darüber, dass die Frauen bzw. Paare die Untersuchung ablehnen bzw. jederzeit abbrechen können, d.h. dass sie ein Recht auf Nicht-Wissen haben.

Wenn Frauen bzw. Paare vor Inanspruchnahme der PD überhaupt gezielt mit Fragen zur PD eine psychologische Beratungsstelle aufsuchen, dann vielleicht, weil sie sich z.B. von dem betreuenden Arzt zu wenig verstanden fühlen, er wenig oder kein Verständnis für eine Ablehnung oder das Zögern gegenüber der Inanspruchnahme von PD zeigt, und die Frauen/Paare unter Druck setzt bzw. ihnen die Verantwortung aufbürdet, ein behindertes Kind in die Welt zu setzen.

Oder sie kommen vielleicht, weil sie als "Risikoschwangere" behandelt werden, z.B. aufgrund einer früheren Risikogeburt, Geburt eines behinderten Kindes oder einer Totgeburt.

Von einer unabhängigen Beratung noch in der Familienplanungsphase, also vor der 1. Ultraschalluntersuchung, oder nach Feststellung der Schwangerschaft oder nach ersten Untersuchungen und Bluttests beim Gynäkologen machen nur sehr wenige Frauen und Paare Gebrauch.

Sie kommen vielleicht dann, wenn sie durch Erlebnisse im näheren Bekannten- oder Verwandtenkreis beunruhigt sind, - z.B. wenn sie die Feststellung einer Fehlbildung während der Schwangerschaft, die Geburt eines behinderten, kranken Kindes oder einen späten Schwangerschaftsabbruch etc. erlebt haben - und sie von einer Beratungsstelle mit kompetenten BeraterInnen gehört haben, wo es mehr Zeit und Raum gibt als z.B. in einer Arztpraxis, um über eigene Ängste, Sorgen und Risiken ins Gespräch zu kommen oder sich ausführlich über PD zu informieren.

Die Erfahrungen zeigen jedoch, wenn Beratende für PD sensibilisiert sind, dass sich häufig Möglichkeiten ergeben über Inhalte und Methoden von PD vor Inanspruchnahme zu sprechen im Rahmen der allgemeinen Schwangeren- oder Schwangerschaftskonfliktberatung (nach SchKG bzw. SFHÄndG), wenn Frauen soziale Hilfen und Unterstützung für Mutter und Kind oder den Beratungsschein nach STGB §219 wünschen.

Im Kontext von PD ist sehr viel mehr als in anderen psychologischen Beratungsbereichen ein aktives, auf Klientinnen zugehendes frühzeitiges Beratungsangebot seitens der Beratenden bzw. Beratungsstelle vonnöten. Dabei erweist sich der Aufbau und die Pflege von Kontakten insbesondere zu niedergelassenen Frauenärzten, auch pränataldiagnostischen und humangenetischen Zentren und anderen als äußerst hilfreich. Im Maße eines gewachsenen persönlichen Kooperationsnetzes erleben es z.B. Frauenärzte als äußerst hilfreich Patientinnen mit diesen Problemen auf zusätzliche Beratungsangebote von Beratungsstellen hinzuweisen.

2.2.3.4 Zur Situation während der Inanspruchnahme von PD - eine Zeit des Wartens und Bangens und der möglichen Distanzierung von dem Ungebo- renen

Hat sich eine Frau/ein Paar entschlossen, von den PD-Methoden Gebrauch zu machen, so ist/sind sie einer Zeit der Angst und Verunsicherung, des spannungsgeladenen Wartens, der Erschütterung, der Verzweiflung und Trauer, des sich weiter erhöhenden Entscheidungsdrucks, aber auch des Hoffens auf einen guten Ausgang ausgesetzt - ein Prozess, der sich u. U. über einen langen Zeitraum (Tage, Wochen bis Monate) hinziehen kann.

Fallbeispiel:

Bei der ersten Ultraschall-Untersuchung in der 11. SSW wurde eine Verdickung der Nackenfalte bzw. ein Nackenödem festgestellt, Anzeichen für ein Down-Syndrom oder auch einen Herzfehler.

Zur weiteren diagnostischen Abklärung wird die Frau noch am selben Tag an einen speziell ausgebildeten Pränataldiagnostiker überwiesen, der ihr die Chorionzottenbi-

opsie (CVS) anbietet, die sie akzeptiert. Nach 2-3 Tagen erfährt sie das Ergebnis. Die CVS erbringe keinen Hinweis auf eine Chromosomenschädigung. Sie ist jedoch nicht vollständig beruhigt, weil die CVS keine Aussage über einen möglichen Herzfehler machen kann und der Hinweis auf einen Herzfehler bestehen bleibt. Dieser lässt sich erst in der 20.-22. SSW bei der zweiten feindiagnostischen Ultraschalluntersuchung durch den Spezialisten, bei der der Körper des Kindes innerlich und äußerlich auf Anomalien untersucht wird, feststellen. Eine Zeit von 8 bis 9 Wochen spannungsgeladenen Wartens bis zum 2. Ultraschall und dessen Ergebnis setzt ein. Die 2. Ultraschall-Untersuchung gibt gleichzeitig auch genauere Hinweise auf z.B. die Art des Herzfehlers (oder andere Schäden) und damit auch auf die richtige ärztliche Versorgung des Kindes im Falle einer Geburt durch die entsprechenden Spezialisten (wie Pädiater etc.).

In dieser Zeit des Wartens, häufig auch des Alleinseins mit den quälenden Zweifeln, Ängsten, beunruhigenden Gefühlen und Vorstellungen nehmen schon wesentlich mehr Frauen Beratung und Begleitung in Anspruch als vor der Inanspruchnahme (spezieller) Pränataldiagnostik, wenn die Möglichkeit dazu besteht. Gerne weisen dann auch die am Prozess beteiligten Ärzte/innen (Pränataldiagnostiker, Gynäkologen) auf solche psychosozialen Beratungsangebote hin, sofern vor Ort eine gute Kooperation und Vernetzung besteht. Dies ist häufig dann der Fall, wenn BeraterInnen oder Beratungsstellen persönlich bekannt sind.

2.2.3.5 Zur Situation nach der Inanspruchnahme von PD - die "schlechte Nachricht" und das Leben mit beunruhigendem Wissen und relativer Klarheit

Bei gutem Ergebnis der PD sind Erleichterung und Freude groß. Viele Frauen bzw. Paare erleben jedoch im Falle einer "schlechten Nachricht" bei Bestätigung des Verdachts neben dem Schock auch Erleichterung darüber, jetzt endlich mehr Klarheit zu bekommen und zu wissen, um welche Erkrankung es sich handelt: Ob es eine mit dem Leben zu vereinbarende, körperliche oder mentale Erkrankung oder eine tödliche bzw. nicht mit dem Leben zu vereinbarende Erkrankung ist. Auch wenn dieses genauere Wissen äußerst schmerzhaft ist, führt es häufig zu einer Entlastung bei den Betroffenen, weil sie sich jetzt besser einstellen und vorbereiten können, auf das, was sie erwartet.

Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, eine Entscheidung zu treffen über Fortsetzung oder Beendigung der Schwangerschaft. Eine Zeit des "Schwangerschaftskonflikts" setzt ein, falls nicht vorher bereits eine Entscheidung getroffen wurde.

a)

Haben die werdenden Eltern entschieden, sich bei einer mit dem Leben zu vereinbarenden Schädigung auf ein **Leben mit Behinderung bzw. Erkrankung** einzustellen, so können sie jetzt Informationen einholen, was dieses "Leben mit Behinderung" genau bedeutet, welche Einschränkungen und Belastungen für das Kind gegeben sind, welche einmaligen oder fortgesetzten Therapiemöglichkeiten es gibt, welche sonstigen Maßnahmen und Umstellungen im täglichen Leben erforderlich sind, wie andere Eltern und Familien ganz konkret mit der Erkrankung leben, welche Auswirkungen dies auch auf ältere oder nachfolgende Geschwister hat. Sie können z.B. das Gespräch mit

anderen Eltern und Familienmitgliedern, die mit der Krankheit leben, mit Ärzten, Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen etc. suchen (über Sorgen, Phantasien; auch positive Gedanken; möglicherweise Wiederannäherung an die "gute Hoffnung").

b)

Frauen bzw. Paare, die sich entschieden haben, die **Schwangerschaft nicht fortzusetzen**, können sich jetzt vorbereiten und einstellen auf das, was bei einer vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft auf sie zukommt, welche extremen Belastungen ein später Abbruch, eine "eingeleitete" Geburt genau mit sich bringt.

Sie müssen sich einstellen auf stunden- bzw. tagelange schmerzhaftes Wehen.

Einige müssen sich sogar damit auseinandersetzen, dass ein sog. Fetozid durchgeführt und die Frau erleben wird, wie ihr Kind vor Einleitung der Geburt durch eine Spritze durch die Bauchdecke der Mutter stirbt bzw. getötet wird. Diese Thematik, die - zusammen mit dem Indikationsstellenden und den Eingriff durchführenden Ärzten unter Einhaltung der juristischen Regelungen - aktive Mit-Entscheidung der werdenden Eltern, das Leben ihres ungeborenen Kindes aktiv zu beenden, stellt für alle Beteiligten, auch für die BeraterInnen, eine extrem belastende, Tabu verletzende Situation dar.

Hier können Beratungsgespräche mit einer/m BeraterIn, die/der sich nicht scheut mit den Paaren über das, was auf sie zukommt, einfühlsam ins Gespräch zu kommen, äußerst hilfreich sein. So äußerten z.B. viele Paare im Nachhinein gegenüber der BeraterIn ihre Dankbarkeit über die klaren Informationen, trotz des äußerst schmerzhaften Inhalts.

Dies bedeutet, BeraterInnen müssen sich im Vorfeld, - bevor sie Frauen oder Paare im Kontext von PD beraten - , über ihre ethische Position, ihre persönlichen Möglichkeiten und Grenzen ein genaues Bild verschaffen und sich klar werden, inwieweit sie der Frau/dem Paar in dieser extremen Grenzsituation beistehen wollen und können, inwieweit sie diesen Belastungen von PD gewachsen sind. Erfahrungsgemäß ergeben sich in diesen Fällen immer längere Beratungs- und Begleitungsprozesse, die schwierigste Themen wie Schuld, Vergebung, die Schwierigkeit zu trauern, wenn aktiv die Entscheidung zum Tod des Kindes getroffen wurde („Darf ich überhaupt trauern?“), umfassen.

c)

Frauen bzw. Paare, die wissen, dass ihr Kind eine nicht mit dem Leben zu vereinbarende, tödliche Erkrankung hat, und sich entschieden haben, nicht ins Schicksal einzugreifen, das Kind zu gebären, können sich jetzt einstellen und vorbereiten auf die **schwere Geburt und das baldige Sterben des Kindes**, darauf dass sie ihr Kind nur kurz in der Welt werden begrüßen können und dann Abschied nehmen müssen.

2.2.4 Exkurs: Beratungsanliegen von Frauen und Paaren und Aufgaben Psychosozialer Beratung im Kontext Pränataldiagnostik

Im Folgenden werden typische Anliegen von Frauen und Paaren an die Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik und die sich daraus ergebenden Aufgaben der Beratenden beschrieben, je nach Zeitpunkt der Inanspruchnahme von PD im Verlauf der Schwangerschaft.

2.2.4.1 Beratungsaufgaben v o r der Inanspruchnahme von PD

Kommen Frauen bzw. Paare v o r Inanspruchnahme von PD bzw. vor Inanspruchnahme weiterer spezieller PD-Methoden nach dem 1. Ultraschall zur Beratung, so können die Beratungsaufgaben folgende sein:

Anliegen der Frau/des Paares klären:

- Wünscht die Frau/ das Paar "Bestätigung" einer bereits innerlich getroffenen Entscheidung z.B. bzgl. weiterer PD bzw. keiner Inanspruchnahme von PD?
- Würde jedes, auch ein behindertes Kind akzeptiert werden oder besteht der Wunsch nach einem "perfekten" Kind?
- Ist die Frau/das Paar sich klar darüber, welche weitreichenden Konsequenzen und Entscheidungen möglicherweise getroffen werden müssen?
- Gibt es eine Tendenz zur Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch im Falle eines auffälligen Befundes oder gibt es Tendenzen zum Austragen eines fehl gebildeten oder behinderten Kindes?
- Besteht Informationsbedürfnis z.B. über pränataldiagnostische Methoden, Möglichkeiten, Grenzen, Konsequenzen oder auffällige Befunde?
- Gibt es Entscheidungskonflikte? Welche?
- Besteht Wunsch nach Gespräch über (weitere) Pränataldiagnostik - ja oder nein oder wie viel und was davon?

Angebot von Zeit und Raum z.B. für folgende mögliche Gesprächsinhalte:

(unbedingte Voraussetzung: innere, vorurteilsfreie Offenheit der Beraterin/des Beraters und Respekt für die Anliegen, Gefühle und Gedanken der Frau/des Paares; Reflexion eigener ethischer Standpunkte)

- ggf. Informationen und Gespräch über die Methoden, Durchführung, Aussagekraft, Grenzen, Risiken und mögliche Konsequenzen der PD - am bisherigen Wissen und den Fragen der Frau/des Paares anknüpfend,
- Bedeutung und Erleben der Schwangerschaft klären: Was hat sich verändert? Wie weit hat sich die Frau/das Paar innerlich bzw. im täglichen Leben bereits um- und auf die Schwangerschaft eingestellt? Welche Ängste, Unsicherheiten, Fragen, Ambivalenzen bestehen?
- Ernstnehmen, Aushalten, Respektieren, Sortieren und Ordnen auch widersprüchlicher Gefühle, Fragen und Gedanken der Frau bzw. des Paares.
- Bedenken der Folgen der Schwangerschaft mit und ohne PD für das Leben und die körperliche und seelische Gesundheit von Mutter und Kind sowie für Partner(schaft) und Familie (auch Geschwisterkinder, z.B. wurden die Kinder bereits über die Schwangerschaft informiert, was wissen sie bzw. was sollten sie nicht wissen?)
- Welche Paardynamik entwickelt sich angesichts der möglicherweise belasteten Schwangerschaft? Fühlt sich das Paar durch möglicherweise unterschiedliches Erleben und unterschiedliche Einstellungen als Paar gestärkt oder durch widersprüchliches, polarisiertes Erleben und widersprüchliche, polarisierte Einstellungen stark in der Beziehung bedroht? Gibt es eine gemeinsame Entscheidungsfindung beim Paar? Oder fühlt sich die Frau mit ihren Fragen, Ängsten und Zweifeln allein gelassen?

- Angebot von Gespräch über mögliche Unsicherheiten und Zweifel bisheriger ethischer Einstellungen der Frau/des Paares, Hilfe zur Orientierung durch BeraterIn.
- Information über § 218/9 StGB, Abs. 2 und das Recht auf Nichtwissen in Eigenverantwortlichkeit.

2.2.4.2 Beratungsaufgaben während der Inanspruchnahme von PD

Anliegen der Frau/des Paares klären:

- Besteht der Wunsch nach Aussprache, Entlastung in dieser "erschütterten" Lage?
- Wollen die Frau/das Paar über Verunsicherung, Schock, Ängste, Trauer, quälende Gedanken und Vorstellungen sprechen?
- Wollen sie Fragen nach Ursache und Schuld stellen dürfen?
- Wollen sie klären, ob nach ersten Tests noch weitere Untersuchungen folgen sollen?
- Besteht ggf. Wunsch nach Hilfe zur Entscheidungsfindung bezogen auf den Fortgang der Schwangerschaft?

Angebot von Zeit und Raum für folgende mögliche Gesprächsinhalte:

- Bericht der Frauen/Paare, was bislang geschehen ist: Erleben und Kenntnisse über die Diagnostik, bisherige Informationen
- Klärung von Fragen, Unsicherheiten (ggf. andere Berufsgruppen heranziehen, Vernetzung)
- Stärkung des Bedürfnisses der Frauen, der Paare nach "Pause", „Ruhe“, "Erleben" der Schwangerschaft trotz aller Beunruhigungen
- Wahrnehmen, Aushalten und Sortieren von sehr unterschiedlichen, widerstreitenden Gefühlen, ohne zu bagatellisieren
- Einstellung, Gefühle und ggf. Veränderungen in der Beziehung zum Kind klären (z.B. veränderte bzw. nicht mehr wahrgenommene Kindsbewegung)
- Bedeutung von Partnerschaft, Familie, Freunden - unterschiedliches Erleben, ggf. auch Veränderungen in den Beziehungen aufgrund der durch die PD ausgelösten Gefühle erkunden
- weitere Befürchtungen, Hoffnungen, Fragen klären
- Angebot weiterer Begleitung

2.2.4.3 Beratungsaufgaben nach erfolgter PD bei "schlechter Nachricht"

Anliegen der Frau/des Paares klären:

- Besteht Wunsch nach Hilfe und Begleitung bei Schritten zur Entscheidungsfindung über Fortgang oder Beendigung der Schwangerschaft
- Im Falle der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft: Besteht Wunsch nach Begleitung der weiteren Schwangerschaft mit allen weiteren Ängsten und ggf. Komplikationen? Wird Hilfe bei der Vorbereitung auf das Leben mit diesem Kind gewünscht?
- Im Falle der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft bei einem nicht lebensfähigen Kind: Besteht Wunsch nach weiterer Begleitung der Schwangerschaft, nach Unterstützung des Wunsches, nicht in den natürlichen Verlauf einzugreifen, nach Vorbereitung und Hilfen bei der Gewissheit baldiges Sterben und Tod ihres Kindes ertragen zu müssen?

- Im Falle der Entscheidung für die Beendigung der Schwangerschaft: Besteht Wunsch nach Hilfe in Form von Beistand, Konfliktverarbeitung, Trauerbegleitung, Wunsch nach Informationen z.B. über den späten Abbruch, Gespräch über Gewissenskonflikte etc. (s. Kap. 1.2.5, Punkt 5 b)?

Angebot von Zeit und Raum für folgende mögliche Gesprächsinhalte:

- Klärung, ob alle Fragen zur Diagnose beantwortet sind (z.B. Tragweite, Therapiemöglichkeiten, Lebensfähigkeit und -dauer des Kindes etc.). Evtl. Unklarheiten sammeln mit dem Ziel, optimale Aufklärung zu bekommen
- Mögliche Vermittlung an andere Berufsgruppen (Vernetzung) (Gespräch z.B. mit Kinderkardiologen, Kontaktvermittlung zu betroffenen Familien etc.)
- Stärkung des Bedürfnisses nach Pause, Ruhe, Erleben der Schwangerschaft
- Gespräch über soziale und persönliche Ressourcen oder mangelnde Unterstützung durch Partner, Familie; Stärkung der Ressourcen
- Wahrnehmen, Sortieren, Zeit lassen für widerstreitende Gefühle, Schuld, Trauer, Aushalten der Ambivalenz
- Hilfe bei Schritten zur Entscheidungsfindung: verschiedene Seiten des Schwangerschaftskonflikts der Frau/des Paares genau schildern lassen und konkret durchsprechen:
 - Gespräch über Gefühle, Gedanken, Vorstellungen, die für das Austragen der Schwangerschaft und die für einen Schwangerschaftsabbruch sprechen; diesbezüglich unterschiedliches Erleben und unterschiedliche Einstellung der Partner, Bedeutung für die Paarbeziehung
 - Informationen über einen möglichen Schwangerschaftsabbruch (medizinisch, juristisch etc.). Der Wegfall der "embryopathischen Indikation" alter Fassung, jetzt "medizinische Indikation" mit dem seit 1995 geänderten Gesetz bedeutet, dass juristisch
 - die Zäsur von 22 SSW p.c. für Abbrüche weggefallen ist, d.h. auch zu einem noch späteren Zeitpunkt Abbrüche durchgeführt werden können,
 - die Beratungspflicht weggefallen ist, die Frauen und Paare ggf. sehr allein und wenig informiert sind über das, was auf sie zukommt,
 - die Chance besteht, sich für die Entscheidung über die Schwangerschaft mehr Zeit zu lassen.
- Informationen und Gespräche über das mögliche Leben mit behindertem bzw. erkranktem Kind (ggf. Kontakt mit Eltern eines entsprechend behinderten Kindes vermitteln)
- Trotz des erlebten Zeitdrucks: Zeit einräumen, mit dem Ziel möglichst keine übereilte, sondern eine tragfähige Entscheidung zu treffen!
- Schwangerschaftsabbruch erklären mit allen möglichen zu erwartenden Konsequenzen (später Abbruch als "eingeleitete" Geburt etc., Abschied, Möglichkeiten der Bestattung)
- Sterben des Kindes kurz nach der Geburt (Begrüßen und Verabschieden des Kindes, Bestattung, Finanzierungsfragen)
 - seelsorgerliche Betreuung und Zuspruch von Vergebung.

2.2.5 Anforderungen und Anfragen an BeraterInnen bei freiwilliger psychosozialer Beratung im Kontext von PD

Wie beschrieben war ein wesentlicher Leitgedanke bei der Konzeption des Curriculums die Anregung zur thematisch bezogenen Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Nachfolgend werden wesentliche Anforderungen und Anfragen an Fachkräfte, die im Kontext Pränataldiagnostik beraten, beschrieben, die in die Entwicklung des Curriculums mit eingegangen sind.

(1)

Ertragen von Behinderung, Krankheit, Trennung, Verlust und Trauer

Aufgabe: persönliche Auseinandersetzung mit folgenden Themen:

- Schwangerschaft, Geburt und Abbruch
- Behinderung, Erkrankung, Perfektionsdruck
- Verlust, Trauer, Tod

Fragen an BeraterIn:

- Wo stehe ich, was habe ich bearbeitet, was nicht?
- Wo habe ich aufgrund der eigenen Geschichte persönliche blinde Flecken und bin (bewusst oder unbewusst) nicht offen und bereit den höchst schwierigen, leidvollen, zerreißen Prozess der Frauen/Paare zu begleiten, d.h. die Probleme, Gefühle wahrzunehmen und z.B. auch von mir aus anzusprechen?
- Bin ich zum Beispiel bereit, genau nach der Art der Behinderung zu fragen, ohne zu bagatellisieren?
- Bin ich bereit über Sterben, Tod, Bestattung des Kindes zu sprechen und die Trauer der Paare zu begleiten?
- Bin ich bereit und fähig über die "eingeleitete" Geburt (späte Beendigung der Schwangerschaft) zu informieren, d.h. über alles zu sprechen, was in dem Zusammenhang auf die Paare zukommt bzw. zukommen kann - bis hin zur Lebensfähigkeit nach einem Abbruch und zum Fetozid, damit die Paare sich innerlich darauf einstellen können? (s. Punkt 5)

(2)

Zutrauen und Respekt für die verantwortliche Gewissensentscheidung der Frau/des Paares

Aufgabe: Auseinandersetzung mit folgenden Themen:

- persönliche ethische Einstellung
- allgemeine und christliche Wertvorstellungen und Normen
- Erkennen und Wissen um die eigene Position

Fragen an BeraterIn:

- Bin ich wirklich offen und bereit, die Frauen und Paare vorurteilsfrei, voraussetzungslos anzunehmen, sie mit Respekt für ihre eigene Werteinstellung und Position zu begleiten, d.h. auch, mich in ihre Situation einfühlen zu können, sie verstehen zu wollen und gleichzeitig Abstand zu wahren?
- D.h. mit der Frau zu gehen, nicht gegen sie?!

- D.h. auch, jede Form der Überredung, der moralischen Belehrung oder gar Schuldzuweisung zu unterlassen bzw. ethische Auseinandersetzungen der Frau oder des Paares respektierend mit zu tragen?
- D.h. ihr bzw. ihnen weder direkt noch indirekt die Schuld anzulasten oder gemeinsame, auch gesellschaftlich verantwortete Schuld auf sie abzuwälzen?
- Glaube ich an die Möglichkeit der Vergebung und kann die Frauen/Paare auch seelsorgerlich begleiten und in ihren schweren Gewissensentscheidungen entlasten?

(3)

Bereitschaft die Frau/das Paar individuell in ihren Anliegen zu begleiten, egal in welche Richtung sie sich entscheiden bzw. entschieden haben

Aufgabe

- Auseinandersetzung mit Ambivalenzkonflikten
- Lernen widersprüchliche, bis zur Zerreißprobe oder darüber hinausgehende Gefühle, Spannungen und Ambivalenzen auszuhalten und zu ertragen, d.h. auch mittragen
- Akzeptieren das, was das Austragen oder die Beendigung der Schwangerschaft für eine Frau (das Paar und die Familie) wirklich bedeutet, ein/e BeraterIn als Außenstehende/r kaum ermessen kann

Fragen an BeraterIn:

- Bin ich offen, bereit und fähig, Frauen und Paare in ihren psychischen, physischen und sozialen Notlagen und Konflikten zu begleiten?
- Das heißt, sie zu begleiten,
 - bei ihrer Entscheidung zur Beendigung der Schwangerschaft und darüber hinaus und d.h. bei späten Schwangerschaftsabbrüchen das Leben nach Abbruch und evtl. Fetozyd, die komplizierten Trauerprozesse zu begleiten?
 - bei ihrer Entscheidung, dem natürlichen Ablauf nicht vorzugreifen, Geburt und baldiges Sterben des Kindes im Kreißsaal oder kurze Zeit später zu begleiten? Und das heißt, wenn nicht direkt, dann indirekt dem Tod ins Auge zu sehen inklusive Bestattung, Finanzierung der Bestattung etc.
 - bei ihrer Entscheidung die Schwangerschaft auszutragen und mit Behinderung zu leben?
- Bin ich bereit, das Problem nicht zu bagatellisieren?
- Habe ich keine Hemmungen mir die Probleme, Schwierigkeiten, Krankheiten, Behinderungen, Operationen, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten und -grenzen, die Überlebenschancen des Kindes genau schildern zu lassen?
- Kann ich die Dimension der Gefühle von Eltern in Erwartung eines behinderten Kindes erahnen und aushalten?

(4)

Aufbau eines Kooperationsnetzes im Kontext von PD

Aufgabe

- vertrauensvolle, von gegenseitigem Respekt getragene Zusammenarbeit und Dialog mit anderen mit PD befassten und speziell ausgebildeten Berufsguppen, Unterlassen von Feindbildern, Anschuldigungen, moralischen Bevormundungen

Fragen an BeraterIn:

Bin ich bereit, meine Grenzen, mein Nicht-Wissen zu akzeptieren:

- mich allgemein und speziell zu informieren und weiterzubilden, mit spezialisierten Professionen zusammen zu arbeiten, d.h. aktiv das Gespräch zu suchen?
- im individuellen Fall die Frauen und Paare selbst zu befragen oder nach vorheriger Absprache mit den Frauen/Paaren mich ggf. selbst mit den Spezialisten in Verbindung zu setzen, mit ihnen zu sprechen und den Prozess, den die Frauen und Paare durchlaufen, evtl. sogar gemeinsam zu tragen und sich gegenseitig zu informieren, aber auch zu entlasten?
- eine Adressenkartei aufzubauen, Kenntnisse und Zusammenarbeit mit Eltern- und Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen etc. zu erwerben und ggf. Kontakte zu vermitteln?

(5)

Psychohygiene: Anforderungen an Beratende, Beratungsstelle und Träger

Schon die Pflichtberatung bei ungewollten Schwangerschaften ist schwer genug und arbeitet im Spannungsfeld und ethischen Konflikt zwischen Leben und Tod, Schutz des Ungeborenen und Schutz der Frau. Noch viel schwerer ist die freiwillige Beratung im Kontext von PD. Sie bringt alle Beteiligten in extreme Grenzbereiche von Leben und Tod, in unerträgliche, oft nur schwer aushaltbare Zerreißproben, denen viele nicht gewachsen sind.

Darum sind Möglichkeiten zur Psychohygiene der Beratenden unerlässlich sowie notwendige Voraussetzung und fortlaufende Bedingung als Grundlage für die Arbeit im Kontext von PD. Neben den persönlichen Anfragen an BeraterInnen sind hier auch Institution, Beratungsstelle, Team, Träger und Kirchen angefragt, inwieweit sie bereit und fähig sind, die Möglichkeiten - z.B. zeitlich, finanziell, räumlich - für die Beratenden bereit zu stellen.

Aufgabe

- Teilnahme an speziellen Fortbildungen zur PD
- fortlaufende fachliche Supervision zur persönlichen Entlastung und Reflexion konkreter Beratungsprozesse
- Klärung von blinden Flecken
- ethische Standortbestimmung
- Bereitstellung zeitlicher, räumlicher und finanzieller Mittel für ein neues Beratungsfeld auf institutioneller Ebene (Beratungsstelle, Träger, Kirche)

Fragen an die BeraterIn (Psychohygiene)

a) auf fachlicher, professioneller Ebene:

- Besteht Bereitschaft und Möglichkeit zur Teilnahme an speziellen Fortbildungen zur Aktualisierung von Wissen, Information und Austausch mit anderen BeraterInnen und spezialisierten Professionen im Kontext von PD?
- Besteht Bereitschaft und Möglichkeit zu regelmäßiger fachlicher Supervision als persönliche Entlastung und zur Reflexion konkreter Beratungsprozesse und Arbeit an der Beraterpersönlichkeit einzeln oder in einer Gruppe?
- Werden hierzu die finanziellen und zeitlichen Mittel vom Träger bereitgestellt?

b) auf institutioneller Ebene:

- Gibt es eine vom Team und Träger getragene Entscheidung für die Spezialisierung im Feld von Beratungen im Kontext von PD?
- Besteht Wahlfreiheit des/der BeraterIn für dieses Beratungsfeld?
- Gibt es Möglichkeiten im Team zu Fallbesprechungen, Unterstützung und Respekt im Team für diese Arbeit?
- Stehen die notwendigen zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten für die belastenden und aufwendigen Beratungen bereit, z.B. ausreichende Zeit für Vor- und Nachbereitung, ruhige, ungestörte räumliche Möglichkeiten?
- Ist der Aufbau eines Kooperationsnetzes mit anderen Professionen und Institutionen möglich und wird vom Team/Träger entsprechend unterstützt?
- Besteht Bereitschaft zur Öffentlichkeitsarbeit?

c) auf persönlicher Ebene:

- Gibt es ausreichende persönliche und soziale Ressourcen wie z.B. Möglichkeiten zum persönlichen Austausch, Anerkennung, Befriedigung in sozialen Beziehungen (Freundeskreis, PartnerIn, Familie)?
- Besteht Bereitschaft zur Arbeit an persönlichen blinden Flecken vor dem Hintergrund der eigenen Biografie in einer Beratung, Therapie oder Selbsterfahrung des/der BeraterIn?

2.2.6 Überblick über Aufbau und Struktur der Fortbildungsblöcke des Curriculums

2.2.6.1 Konzept

Die Fortbildung ist praxisorientiert. Sie vermittelt beraterische Kompetenz und Kooperationsfähigkeit vor dem Hintergrund von tiefenpsychologischen, systemischen und ethischen Verstehenszusammenhängen sowie im Umgang mit medizinischen, rechtlichen, ethischen, heil- und sonderpädagogischen Grundkenntnissen und Perspektiven.

Die Fortbildung erfordert die Bereitschaft zur kontinuierlichen persönlichen und ethischen Auseinandersetzung mit Schwangerschaft, Geburt, Abbruch, Behinderung, Erkrankung, Verlust, Trauer, Tod und Töten, Schuld und Vergebung und mit der Erkenntnis, dass es immer um "unmögliche Entscheidungen" geht. Sie erfordert die Bereitschaft zur respektvollen Zusammenarbeit und Dialogfähigkeit mit den Kooperationspartnern und zum Aufbau eines Kooperationsnetzwerks vor Ort.

2.2.6.2 Arbeitsweise

Theorie- und Wissensvermittlung sowie Austausch mit den verschiedenen mit pränataler Diagnostik befassten Berufsgruppen im Plenum.

Kleingruppenarbeit: Praktisches Üben im Rollenspiel, Fallbesprechung anhand eigener und fremder Fälle sowie Videodemonstrationen. Kontinuierliche Selbsterfahrung (einzeln und in der Gruppe) und ethische Reflexion. Selbststudium zur Kursvorbereitung zu vorgegebenen Themenschwerpunkten.

2.2.6.3 Thematische Schwerpunkte

1	Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik Einführungsseminar (3 Tage) <ul style="list-style-type: none">• Aufbau und Inhalte der Fortbildung• Motivation und Entscheidungsfindung
2	Beratung vor pränataler Diagnostik Kurs 1 (5 Tage) <ul style="list-style-type: none">• Vom Kinderwunsch bis zur Schwangerschaft• Institutionelle Rahmenbedingungen von PD• Aufgaben psychologischer Beratung und psychosozialer Begleitung• Gynäkologische, pränataldiagnostische, humangenetische, neonatologische, rechtliche Grundlagen• Typische Beratungsanliegen und Beratungsmethodik vor PD• Schritte ethischer Urteilsfindung
3	Beratung vor pränataler Diagnostik – Entscheidung für oder gegen PD Workshop I (2 1/2 Tage) <ul style="list-style-type: none">• Pränatal diagnostizierbare Entwicklungsstörungen und Erkrankungen• Umgang von Frauen/ Paaren mit auffälligen Voruntersuchungen• Beratungsmethodik: Umgang mit Informationsbedürfnis, Entscheidungskonflikten• ethische Grundfragen der Beratenden im Entscheidungskonflikt
4	Beratung zu Beginn pränataler Diagnostik nach Erstdiagnosemitteilung Workshop II (2 1/2 Tage) <ul style="list-style-type: none">• Pränatal diagnostizierbare Entwicklungsstörungen und Erkrankungen• Unterschiedliche Erlebens- und Reaktionsmuster nach Erstdiagnosemitteilung• Beratungsmethodik: Umgang mit Schocksituationen nach Erstdiagnose• Berührungspunkte der Beratenden im Umgang mit unbekanntem Praxisfeldern

5	<p>Beratung während pränataler Diagnostik Kurs 2 (5 Tage)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychodynamik, Interaktionsmuster und Abwehrverhalten von Einzelnen/Paaren in spannungsgeladener Wartezeit während Inanspruchnahme von PD • Beratungsbeziehung: Übertragung und Gegenübertragung • Beratungsmethodik: Schritte der Entscheidungsfindung, Umgang mit hochgradiger Angst, Spannung, Ambivalenz • Antworttendenzen und Widerstände der Beratenden; Psychohygiene • Ethik zwischen Freiheit und Verantwortung
6	<p>Beratung und Begleitung nach PD bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes Workshop III (2 1/2 Tage)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Grundlagen von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen unter Berücksichtigung der Lebensfähigkeit des Kindes nach der Geburt • Erlebens- und Reaktionsmuster von Frauen/Paaren nach "positivem" Befund; Einstellungen zu Behinderung • Beratungsmethodik: Tragweite und Konsequenzen der Diagnose; Umgang mit Ambivalenz, Verzweiflung, Trauer; ressourcenorientiertes Vorgehen • Vermittlung von Hilfen bei Perspektive auf ein Leben mit einem behinderten Kind • Persönliche und ethische Auseinandersetzung mit der Geburt eines behinderten oder nicht lebensfähigen Kindes Beratung und Begleitung nach PD bei Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft
7	<p>Workshop IV (2 1/2 Tage)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische und rechtliche Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs vor/nach 24. Woche • Erlebens- und Reaktionsmuster von Frauen/Paaren nach "positivem" Befund; Einstellungen zu Schwangerschaftsabbruch • Beratungsmethodik: Krisenintervention; Konfliktberatung; Trauerbegleitung; Begleitung eines späten Schwangerschaftsabbruches • Persönliche und ethische Auseinandersetzung mit späten Abbrüchen
8	<p>Beratung nach pränataler Diagnostik - Leben mit Behinderung bzw. nach Abbruch oder Tod des Kindes Kurs 3 (5 Tage)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leben von Paaren/Familien mit einem behinderten Kind: soziale, rechtliche, medizinische, psychologische, heilpädagogische Aspekte • Beratungsmethodik: Trauerberatung, -rituale; Verarbeitung des Erlebten nach Abbruch bzw. Tod des Kindes; ressourcenorientiertes Vorgehen • Beratung bei erneutem Kinderwunsch nach Geburt eines behinderten Kindes bzw. nach Abbruch • Ethik zwischen Tod und Leben, Schuld und Vergebung • Persönliche Auseinandersetzung mit Trennung/Tod/Trauer • Aufbau eines Kooperationsnetzes und Öffentlichkeitsarbeit • Persönliche Lernerfahrung, Stärken/Grenzen als Beraterin bzw. Berater

2.2.6.4 Zielgruppe

BeraterInnen aus der Schwangeren-/Schwangerschaftskonfliktberatung, Hebammen, Paar-, Ehe-, Familien-, Lebensberatung, SeelsorgerInnen, PsychotherapeutInnen sowie ÄrztInnen und Ärzte, die sich für die psychologisch/psychosoziale Beratung im Kontext von pränataler Diagnostik qualifizieren wollen.

2.2.6.5 Aufbau

Die Fortbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von 2 Jahren. Vorgeschaltet ist ein Einführungsseminar, das der Entscheidungsfindung bzgl. der Teilnahme an der zusammenhängenden Fortbildungsreihe dient. Diese Fortbildungsreihe besteht aus:

- Einführungsseminar mit anschließender Anmeldung
- 3 einwöchigen Intensivkursen
- 4 zweieinhalbtägigen Workshops, die auch dem Austausch der Praxiserfahrungen dienen.
- mindestens 10 Tagen Praxiserfahrung bzw. Hospitation in den verschiedenen mit der PD befassten Praxisfeldern vor Ort (z.B. pränataldiagnostische bzw. gynäkologische Schwerpunktpraxen/Kliniken, humangenetische Beratungsstellen/Institute, Behinderteneinrichtungen), die gleichzeitig dem Aufbau regionaler Kooperations- und Vernetzungsstrukturen dient
- fortbildungsbegleitender Beratungspraxis vor Ort
- fortbildungsbegleitender Supervision vor Ort.

2.3 Methodik und Design der begleitenden Evaluation des Curriculums

Eine zentrale Aufgabe des Projekts war neben der Durchführung bzw. Erprobung des Curriculums die begleitende Evaluation. Auf Basis der Evaluation sollten gegebenenfalls Veränderungsvorschläge für das Curriculum entwickelt werden.

Die Evaluation des Curriculums umfasst verschiedene Ebenen und Zielsetzungen:

1. Erfassung persönlicher und beruflicher Merkmale der Interessenten und Teilnehmenden am Curriculum
2. Evaluation und Bewertung der einzelnen Kursblöcke und der Effekte der Fortbildung
3. Erhebung der Praxiserfahrungen der Teilnehmenden zwischen den einzelnen Kursblöcken
4. Dokumentation der Beratungen und Beratungskompetenzen der BeraterInnen

Auf Wunsch können wir Ihnen die einzelnen Untersuchungsinventare zusenden.

2.3.1 Die Interessenten und Teilnehmenden am Curriculum: Erfassung persönlicher und beruflicher Merkmale

Fragestellungen:

- a) Welche Fachkräfte interessieren sich für die Teilnahme an dem Curriculum?
- b) Welche Motivation haben die Interessenten, die am Einführungs- und Informationsseminar teilnahmen? Welchen Lernbedarf sehen sie, welche Schwierigkeiten vermuten sie und welche offenen Fragen haben sie bezüglich der Teilnahme am Curriculum vor Anmeldung/Zulassung?
- c) Welche beruflichen und persönlichen Merkmale, Einstellungen und Haltungen im Kontext PD charakterisieren die Teilnehmenden am Curriculum? Welche Veränderungen/Unterschiede werden nach Abschluss des Curriculums gegenüber dem Beginn sichtbar?

a) Die Interessenten am Curriculum

Über den Anmeldebogen am Curriculum wurden wenige persönliche und berufliche Daten erfasst wie Alter, Beruf, Geschlecht, Stelle, Träger und Bundesland der Einrichtung.

b) Die Teilnehmenden am Einführungs- und Informationskurs (Block 1)

Wie noch weiter ausgeführt wird, wurden möglichst viele der Interessenten für das Curriculum „Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataler Diagnostik“ zu einem Einführungs- und Informationsseminar eingeladen, das in die Thematik und die Inhalte der zusammenhängenden Fortbildungsreihe einführte, über die Voraussetzungen und Bedingungen der Teilnahme am Curriculum informierte und die Motivation zur Teilnahme am Curriculum klären sollte.

Neben der quantitativen Erfassung einiger persönlicher und beruflicher Merkmale erfassten wir per Karten-Abfrage zu 4 standardisierten Fragen während des Einführungsseminars in offenen Antworten der Seminarteilnehmenden deren Motivation, Lernbedarf, vermutete Schwierigkeiten und offene Fragen in Bezug auf die Teilnahme an der gesamten Fortbildungsreihe (siehe Inhalte und Ergebnisse zum Einführungs- und Informationskurs).

c) Die Teilnehmenden am gesamten Curriculum

Wir gingen von der These aus, dass neben den allgemeinen und speziellen Beratungskompetenzen wie der gewonnenen Berufserfahrung, insbesondere Einstellungen und Wissen der Beratenden über die vielfältigen, den Kontext Pränataldiagnostik berührenden, komplexen Themata sowie persönliche Nähe bzw. Distanz zur Thematik Einfluss auf die Qualität der Beratung haben. So fand Ackermann (2005) in ihrer qualitativen Untersuchung psychosozialer Beratung/BeraterInnen heraus, dass ExpertInnen dazu tendierten aufgrund persönlicher kontextspezifischer Erfahrungen ihre Einfühlung in die Klientinnen zu überschätzen.

Um hierüber mehr zu erfahren, wurde ein umfangreiches Fragebogenset entwickelt, das den Teilnehmenden zu Beginn (t1) und Ende (t2) des Curriculums vorgelegt wurde.

Bei der Zusammenstellung des umfangreichen Fragebogensets konnten wir auf verschiedene Kooperationen und in anderen Projektvorhaben entwickelte, teilweise auch erprobte Fragebogeninstrumente zurückgreifen.

Zum einen kooperierten wir mit Frau Dipl. Psych. Rita Kuhn, die als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen des von der BZgA finanzierten Modellprojekts "Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik", das an der "Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg (Leiter: Prof. Dr. med. Manfred Cierpka)" implantiert ist, einen umfangreichen Fragebogen entwickelt hat. Dieser erfasste entsprechend der Zielsetzung des Projekts berufliche Qualifizierung, interprofessionelle Kooperation und gegenseitige Selbst- und Fremdwahrnehmung der verschiedenen mit Pränataldiagnostik betrauten Professionen der Qualitätszirkelteilnehmer. Wir übernahmen dieses umfangreiche Fragebogenset zu weiten Teilen, um zu einem späteren Zeitpunkt ggf. die Ergebnisse der Teilnehmenden an den jeweiligen Projekten hinsichtlich bestimmter Merkmale aufeinander beziehen und vergleichen zu können.

Zum anderen kooperierten wir mit Herrn Prof. Dr. E. Brähler, dem Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR und seiner Gruppe. Diese Gruppe hatte im Rahmen von durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekten in Kooperation einen „Fragebogen zu Wissen und Einstellungen zur modernen Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik“ entwickelt, kurz „Marburg/Leipziger Fragebogen“ genannt, aus dem wir mit freundlicher Genehmigung einige Fragen entnommen haben - zum einen dem Projekt: „Einstellungen und Wissen zu kontroversen medizinischen und ethischen Fragen in der Reproduktionsmedizin und der Präimplantationsdiagnostik“, BMBF, FKZ: 01 GP 0205: Brähler, E., Borkenhagen, A., Finck, C. Kentenich, H., Meister, U., Stöbel-Richter, Y., Strauß, B. & Wisch, S. sowie dem Projekt: „Einstellungen und Erfahrungen von genetischen Hochrisikopaaren hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik (PID)“ Universität Marburg, Zentrum für Konfliktforschung: Krones, T., Richter, G., BMBF, FKZ: 01 GP 0205.

Wir wollten wissen, was die Teilnehmenden am Curriculum beruflich und persönlich charakterisiert und ggf. welche Unterschiede sich bei ihnen zwischen Beginn und Abschluss der Fortbildung bzgl. folgender Merkmale feststellen lassen:

1. Soziodemographische Merkmale der Teilnehmenden und persönliche Werte: Alter, Geschlecht, Lebensform, Kinder, Herkunft, Konfession, persönliche Werte, Religion, Religiosität (Marburg/Leipzig, Allbus, 2002)
2. Berufliche Merkmale: akademische Grundausbildung, berufliche Zusatzqualifikationen, allgemeine und spezifische Beratungserfahrungen, Beratungsleistungen (Kuhn)
3. Art und Umfang der interprofessionellen Kooperation (Kuhn)
4. Berufliches Selbst- und Fremdbild, Beratungsstil und kontextspezifische Einstellungen der Teilnehmenden (Kuhn)
5. Wissen über genetisch bedingte Erkrankungen (Marburg/Leipzig)
6. Wissen über pränatale Diagnostik (Marburg/Leipzig)
7. Einstellungen zu Pränataldiagnostik und zum Schwangerschaftsabbruch (Marburg/Leipzig)
8. Persönliche potentielle bzw. retrospektive Inanspruchnahme oder Ablehnung von Pränataldiagnostik (Marburg/Leipzig, Allbus, 2002)
9. Einstellungen zu behinderten Menschen und Behinderung (Krones/Richter)

2.3.2 Entwicklung des Großen Fragebogensets zu Beginn (t1) des Curriculums

2.3.2.1 Soziodemographische Merkmale

In Anlehnung an den unveröffentlichten Fragebogen von Brähler, Felder, Florin und Tuschchen (1993) entwickelte Borkenhagen Items, die soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Dauer der Partnerschaft, Anzahl der Kinder, Ausbildung bzw. berufsbildenden Abschluss, Beruf, Religionszugehörigkeit erfassen.

2.3.2.2 Religiöse Einstellung und individuelle Werteorientierung

Davon ausgehend, dass weniger die formale Religionszugehörigkeit als vielmehr die persönliche religiöse Bindung und Religionsausübung entscheidenden Einfluss auf die ethische und moralische Einstellung und Bewertung von Pränataldiagnostik hat und ein zentraler Schwerpunkt des Curriculums die ethische Dimension war, wurden entsprechende Fragen aus dem Marburg/Leipziger „Fragebogen zu Wissen und Einstellungen zur modernen Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik“ sowie von Huber (1996, 2003) aufgenommen.

Zur Erfassung der individuellen Werteorientierung der Teilnehmenden wurden Fragen aus dem Wertefragebogen von Klages aufgenommen (vgl. Allbus 2002; Klages, Hippler, Herbert 1992).

2.3.2.3 Persönliche Betroffenheit

Um die persönliche Nähe oder Ferne der Teilnehmenden zu der angesprochenen Thematik beurteilen zu können, wurde auf Fragen nach der persönlichen Betroffenheit aus dem Marburg/Leipziger „Fragebogen zu Wissen und Einstellungen zur modernen Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik“ rekurriert und die persönliche Betroffenheit der Teilnehmenden bzw. ihnen Nahestehender z.B. durch angeborene körperliche oder geistige Behinderung bzw. Erbkrankheiten sowie die persönliche retrospektive und prospektive Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik erfasst.

2.3.2.4 Berufliche Situation, Erfahrung und Zusatzqualifikation

Zur Erfassung der beruflichen Ausbildung und zusätzlichen, allgemeinen wie speziellen Qualifikationen in Gesprächsführung, Schwangerenberatung, Pränataldiagnostik, der allgemeinen wie speziellen Berufserfahrung, der beruflichen Belastung und Zufriedenheit sowie zur genaueren Charakterisierung der Beratungstätigkeit griffen wir auf Items des von Kuhn im Rahmen des Modellprojekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ konstruierten Fragebogens zurück.

2.3.2.5 Beratungsleistungen, interprofessionelle Kooperation, berufliche Selbst- und Fremdwahrnehmung im Kontext Pränataldiagnostik

Zur Erfassung der Beratungserfahrungen im Kontext Pränataldiagnostik, der interprofessionellen Kooperation sowie des Wissens und der Kenntnisse der Aufgaben und Tätigkeitsmerkmale der jeweils anderen Profession im Kontext PD griffen wir auf den von Kuhn entwickelten Fragebogen zurück.

2.3.2.6 Einstellungen und Wissen zur Pränataldiagnostik und Fortpflanzungsmedizin

Wir wollten mehr über die persönliche und professionelle Einstellung der Teilnehmenden zur Pränataldiagnostik, Reproduktionsmedizin und zum Schwangerschaftsabbruch erfahren.

In Anlehnung an den Marburg/Leipziger Fragebogen nahmen wir Fragen zur Einschätzung des eigenen Wissens bei Pränataldiagnostik, zur Einstellung hinsichtlich Nutzen, Bedenklichkeit sowie zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik wie z.B. Empfehlung, Zulassung und Indikation bei Pränataldiagnostik auf.

In Anlehnung an Kuhn wurden Fragen zur Indikation vorgeburtlicher Diagnostik erhoben.

Nach Nippert entwickelte Borkenhagen Fragen zur persönlichen Einstellung zu den Gründen für die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik.

2.3.2.7 Einstellung zu Behinderten und Behinderung

In Anlehnung an Nippert entwickelte Borkenhagen Fragen zu den Konsequenzen der Pränataldiagnostik in Bezug auf die Geburt von Menschen mit Behinderung. In Anlehnung an den Marburg/Leipziger Fragebogen (Krones/Richter) wurde nach der Belastung unterschiedlicher erblicher Erkrankungen/Behinderungen für die Familie gefragt.

2.3.3 Entwicklung des Großen Fragebogensets zu Ende (t2) des Curriculums

Hierzu wurden die Fragen aus dem ersten Fragebogenset zu t1 bis auf die soziographischen Daten wieder aufgenommen.

Zusätzlich haben Borkenhagen und Meyer Fragen zu den Effekten der Weiterbildung entwickelt. Hierbei wurde auf die persönlichen und beruflichen Ziele der Teilnehmenden, die diese in dem selbst entwickelten Fragebogen zu den Erfahrungen im Kontext PD und den Erwartungen an die Fortbildung angegeben hatten, zurückgegriffen.

Wir fragten nach der Anzahl der Beratungen zum Abschluss der Weiterbildung, nach der Zunahme an Kompetenzen, dem persönlichen und beruflichen Zugewinn und Wachstum und der Differenziertheit in der ethischen Einstellung.

2.3.4 Evaluation der Kursblöcke

Zur Evaluation der Kursblöcke entwickelten wir einen kurzen Evaluationsfragebogen, den die Kursteilnehmenden zum Abschluss jeden Kursblockes anonymisiert ausfüllen sollten:

Im ersten Teil wurden in Anlehnung an den Evaluationsbogen der Seminare des BIP 8 Fragen zur Bewertung der Kursblöcke entwickelt, die auf einer 5-stufigen Skala beantwortet werden sollten.

Zusätzlich wurden 8 offene Fragen für die Bewertung des Curriculums neu entwickelt, damit die Kursteilnehmenden die Möglichkeit hatten, in freier Form Rückmeldungen zur Fortbildung zu geben.

Hierzu formulierten wir in halb-offener Form 8 Fragen, zu denen sich die Kursteilnehmenden am Ende jedes Kursblockes äußern sollten, geleitet von den folgenden Fragestellungen:

- a. Wie haben die Kursteilnehmenden individuell den zurückliegenden Kursteil - positiv wie negativ - erlebt?
 - Was hat Ihnen am Kurs gefallen?
 - Was hat Sie gestört?
 - Mit welchen Seminarinhalten hatten Sie Schwierigkeiten und warum?
 - Was haben Sie vermisst?
 - b. Nach diesen Überlegungen fragten wir die Teilnehmenden nach ihren Veränderungsvorschlägen in Bezug auf zukünftige Kurse:
 - Was sollte Ihrer Meinung nach bei einer Wiederholung dieses Kurses verändert werden?
 - c. Wir wollten sodann mehr über die Praxisrelevanz der angebotenen Themen erfahren durch die Frage:
 - Den größten Nutzen für meine praktische Arbeit werde ich haben von...
 - d. Um mehr über den persönlichen Lernzuwachs und den Gewinn in Bezug auf ihre Persönlichkeit zu erfahren, fragten wir:
 - Was war Ihre wichtigste Lernerfahrung in diesem Kurs?
 - e. Des Weiteren wollten wir etwas über die Wünsche nach Ergänzung und Vertiefung für das laufende Curriculum erfahren durch die Frage:
 - Folgende Aspekte der Seminarthemen sollten in folgenden Veranstaltungen unbedingt ergänzend/vertieft behandelt werden:
- Die Teilnehmenden hatten somit die Möglichkeit, zu einer Frage mehrere Antworten zu geben oder auch, sich zu bestimmten Punkten gar nicht zu äußern.

2.3.5 Erfassung der Praxiserfahrungen der Teilnehmenden

Hierzu wurde ein Fragebogen von uns entwickelt, in dem die Teilnehmenden in überwiegend offenen Fragen ihre positiven Erfahrungen und Schwierigkeiten in der Praxis mit Beratungen zur Psychosozialen Beratung, Hospitation, Kooperation und Supervision beschreiben sollten.

2.3.6 Dokumentation der Beratungsgespräche

Die Beratungsgespräche in den Abschnitten zwischen den Kursblöcken wurden mit einem Fragebogen „Dokumentation der Beratung“, einem „Verlaufsbogen“ sowie einen Fragebogen zur „Beratungsrückmeldung“ evaluiert. Diese Instrumente stammen aus dem 1. Modellprojekt (vgl. Lammert et al. 2002, S. 178ff).

2.3.7 Fallberichte

Weiterhin reichten die Weiterbildungsteilnehmer drei bis vier schriftliche Fallberichte von einer psychosozialen Beratung aus den 5 unterschiedlichen Phasen der Beratung bei PD ein. Anhand dieser ließ sich auch der Zuwachs an beraterischer Kompetenz in der Weiterbildung ablesen. Die Fallberichte sind in der Evaluation aus Datenschutzgründen nicht dargestellt. Bei Interesse sind über das Evangelische Zentralinstitut anonymisierte und veränderte Fallvignetten erhältlich.

2.3.7 Gesamtüberblick über die begleitende Evaluation des Curriculums

1. *Befragung der Teilnehmenden (anonymisiert): großes Fragebogenset mit Fragen zu:*

- Sozialdaten
- Berufliche Situation und Qualifikation
- Religion und Werten
- Einstellung und Wissen zu Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin
- Persönlicher Bewertung von Pränataldiagnostik
- Einstellung zu Behinderung und Behinderten
- Schwangerschaftsabbruch
- Kooperation

2 Messzeitpunkte: Zu Beginn (t1) des Curriculums (Juli 2003), zum Abschluss (t2) des Curriculums (Februar 2005)

2. *Evaluation der Praxiserfahrungen der Teilnehmenden zwischen den einzelnen Kursblöcken (2 bis 8): Kurzer Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen zu:*

- Anzahl und Erfahrungen in Psychosozialer Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik
- Anzahl und Erfahrungen in der Hospitation
- Anzahl und Erfahrungen in der Supervision
- Erfahrungen in der Kooperation
- Erwartungen an den jeweiligen Kurs

7 Messzeitpunkte: Jeweils zu Beginn jedes Kursblockes

3. *Evaluation der einzelnen Kursblöcke (2 bis 8): Kurzer Fragebogen (anonymisiert) mit Fragen zur:*

- Quantitativen und Qualitativen Evaluation des jeweiligen Kursblockes

7 Messzeitpunkte: Jeweils am Ende jedes Kursblockes

4. *Dokumentation aller Beratungen im Kontext von Pränataldiagnostik (anonymisiert)*

- Fragebogen „Dokumentation der Beratung“: von BeraterIn auszufüllen nach jedem ersten Beratungsgespräch
- Fragebogen „Verlaufsbogen“: von BeraterIn auszufüllen nach Beendigung des gesamten Beratungsprozesses
- Fragebogen „Beratungsrückmeldung“: von der Klientin auszufüllen nach Abschluss der Beratung
Version A: Standardversion
Version B: wenn die Frage der möglichen Behinderung im Zentrum der Beratung stand bzw. wenn ein auffälliger Befund diagnostiziert wurde

5. *Drei bis vier schriftliche Fallberichte je einer psychosozialen Beratung*

- aus der Phase vor Pränataldiagnostik
- aus der Phase während Pränataldiagnostik
- aus der Phase nach Pränataldiagnostik:

- bei Austragen der Schwangerschaft und Geburt eines behinderten Kindes
 - aus der Phase nach Pränataldiagnostik:
bei Abbruch der Schwangerschaft
- Diese Fallvignetten sind aus Datenschutzgründen nicht in der Evaluation enthalten.

2.3.7 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung im Curriculum

Kurs 1 (Block 2):

Psychosoziale Beratung vor Pränataler Diagnostik

30. Juni bis 04. Juli 2003

- Große Fragebogenerhebung zu Beginn des Curriculums (t1)
- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Kurs 1
- Evaluationsbogen zum Abschluss von Kurs 1

Workshop I (Block 3):

Psychosoziale Beratung vor Pränataler Diagnostik – Entscheidung für oder gegen PD

18. bis 20. September 2003

- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Workshop I
- Evaluationsbogen zum Abschluss von Workshop I

Workshop II (Block 4):

Psychosoziale Beratung zu Beginn Pränataler Diagnostik nach Erstdiagnosemitteilung

05. bis 07. Dezember 2003

- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Workshop II
- Evaluationsbogen zum Abschluss von Workshop II

Kurs 2 (Block 5):

Psychosoziale Beratung während Pränataler Diagnostik

15. bis 19. März 2004

- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Kurs 2
- Evaluationsbogen zum Abschluss von Kurs 2

Workshop III (Block 6):

Psychosoziale Beratung und Begleitung nach Pränataler Diagnostik bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes

04. bis 06. Juni 2004

- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Workshop III
- Evaluationsbogen zum Abschluss von Workshop III

Workshop IV (Block 7):

Psychosoziale Beratung und Begleitung nach Pränataler Diagnostik bei Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft

08. bis 10. Oktober 2004

- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Workshop IV
- Evaluationsbogen zum Abschluss von Workshop IV

Kurs 3 (Block 8):

Psychosoziale Beratung nach Pränataler Diagnostik – Leben mit Behinderung bzw. nach Abbruch oder Tod des Kindes

31. Januar bis 04. Februar 2005

- Fragebogen zu Praxiserfahrungen zu Beginn Kurs 3
- Große Fragebogenerhebung zum Abschluss des Curriculums
- Evaluationsbogen zum Abschluss der Kurswoche

Dokumentation der Beratungen:

zwischen den Kursblöcken und nach Abschluss des Curriculums - Juni 2003 bis Oktober 2005

Schriftliche Fallberichte:

der Kursteilnehmenden zu Beratungen vor, während und nach Pränataldiagnostik zwischen den Kursblöcken

Projekttablauf



Abb. 2.2 Erhebungsphasen im Projekt

2.3.8 Auswertungsphase der Evaluation

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 12.

Zur Auswertung der qualitativen Äußerungen der Kursteilnehmenden wählten wir ein inhaltsanalytisches Verfahren, um zu einer Bewertung und Gewichtung der Aussagen zu kommen.

Unter Inhaltsanalyse versteht man ein Verfahren, das ursprünglich zur Analyse des Inhalts von großen Textmengen wie Zeitungen und Radiosendungen entwickelt wurde. Bei der Inhaltsanalyse werden sprachliche Äußerungen oder Gesprächssequenzen Kategorien zugeordnet und diese dann ausgezählt. Die Inhaltsanalyse war zunächst eine

Forschungstechnik zur systematischen und quantitativen Beschreibung des manifesten Inhalts von Kommunikation. Während bei diesem ursprünglich vorrangig quantitativ ausgerichteten inhaltsanalytischen Ansatz lediglich die „Häufigkeit bestimmter Motive, das Auszählen, Bewerten und in Beziehung setzen von Textelementen“ im Vordergrund stand, verfolgen stärker qualitativ ausgerichtete inhaltsanalytische Ansätze das Ziel, zudem den „Kontext der Daten“, „latente Sinnstrukturen“, „markante Einzelfälle“ zu berücksichtigen, ohne in eine „vorschnelle Quantifizierung abzurutschen“ (Mayring, 1996, S. 91).

Bortz und Döhring (1995, S. 304) sehen das Ziel einer solchen qualitativen Inhaltsanalyse dementsprechend darin, „die manifesten und latenten Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext und Bedeutungsfeld zu interpretieren, wobei vor allem die Perspektive der Akteure herausgearbeitet wird.“

Die Stärke inhaltsanalytischer Verfahren liegt nach Mayring (1996, S. 91) darin, „daß sie streng methodisch kontrolliert“ das Material in „Einheiten“ zergliedern, die dann schrittweise bearbeitet werden. Dabei ist die Entwicklung eines „theoriegeleiteten, am Material entwickelten Kategoriensystems“ (Mayring, 1996, S. 91) das Kernstück jedes inhaltsanalytischen Vorgehens, da die Kategorien das Selektionskriterium für die Untersuchung des Materials darstellen. Entsprechend formuliert Berelson (1952, S.147): „Da die Kategorien die Substanz der Untersuchung enthalten, kann eine Inhaltsanalyse nicht besser sein als ihre Kategorien“. Die Suche und Formulierung von Analyse Kriterien ist der explorativ-qualitative Aspekt jeder Inhaltsanalyse, zu dem auch die eindeutige, und voneinander unabhängige Zuordnung sämtlicher zu untersuchender Texteinheiten zu den Kategorien zählt. Demgegenüber ist die regelgeleitete und intersubjektiv nachvollziehbare Anwendung des Kategoriensystems und die Auswertung der Kategoriebelegungen der quantitative Aspekt jeder Inhaltsanalyse.

Dabei erschienen uns folgende Grundgedanken der Entwicklung einer qualitativen Inhaltsanalyse wichtig:

- *Einordnung in ein Kommunikationsmodell*: Hier soll festgelegt werden, was das Ziel der Analyse ist.
- *Regelgeleitetheit*: Das Material wird, einem inhaltsanalytischen Ablaufmodell folgend, in Analyseeinheiten zerlegt und schrittweise bearbeitet.
- *Kategorien im Zentrum*: Die Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst, die genau begründet werden und im Laufe der Auswertung überarbeitet werden (Rückkoppelungsschleife).

Mayring unterscheidet verschiedene Vorgehensweisen (induktiv und deduktiv), wie man zur Kategorienbildung kommt. Wir haben ein induktives, hypothesengenerierendes Vorgehen gewählt. In einem mehrstufigen Verfahren sind wir, eine Gruppe mehrerer Beurteiler, die Antworten der Teilnehmenden in den Rückmeldungen durchgegangen, um zu übergeordneten Kategorien zu gelangen. Sie wurden mit Blick auf den Projektauftrag gezielt aufgefordert, Vorschläge zur Veränderung in Bezug auf das Curriculum zu machen sowie Wünsche zur Vertiefung zukünftiger Seminarteile rückzumelden.

Teile der Dokumentationsbögen wurden mit Hilfe von Excel ausgewertet.

2.4 Wissenschaftlicher Beirat

Das Curriculum wurde von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet. Er bestand aus folgenden Personen und sollte der im Kontext PD beteiligten Träger repräsentieren.

Dr. Friedrich Wilhelm Lindemann

Direktor des Evangelischen Zentralinstituts für Familienberatung gGmbH

Ruth Althoff-Epting

Geschäftsführerin der Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V.
Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision (EKFuL), Berlin

Dr. Gernot Czell

Vorsitzender der EKFuL

Claudia Heinkel

Referentin für Familienberatung und Familienhilfe im Diakonischen Werk der EKD
Bereich Diakonische Dienste, Stuttgart

Prof. Dr. Elmar Brähler

Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie der Universität Leipzig

Prof. Dr. Martina Rauchfuß

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin; AG Psychosoziale Frauenheilkunde, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité Berlin

Anna Gertaude Lodel-Schmidt

Leiterin des Referats WP 2
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Gisela Pingen- Rainer

Sozialdienst katholischer Frauen (SkF)

Gisela Schnäbele

Pro Familia

Karin Schüller

AWO Bundesverband

Prof. Dr. Gerhard Wolff

Leiter der humangenetischen Beratungsstelle, Universität Freiburg
Institut für Humangenetik und Anthropologie

Es fanden insgesamt fünf Sitzungen statt.

3 Entwicklung und Durchführung der Fortbildung und deren Evaluation

3.1 Werbung und BewerberInnen für den Informationskurs

2002 wurden die Flyer für den Einführungs- und Informationskurs für das Curriculum erstellt (s. Anhang). Sie wurden bundesweit an 2077 Schwangeren-, Schwangerschaftskonflikt- und Sexualberatungsstellen unterschiedlicher Trägerschaft versandt (30 Beauftragte für Schwangerschaftskonfliktberatung des DW, 167 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen aus der Datenbank des EZI sowie 1880 aus der Datenbank der DAJEB).

Darüber hinaus wurden mit dem Versand des EZI-Jahresprogramms 2003 ab Sommer 2002 weitere 5873 Personen bzw. Beratungsstellen erreicht und auf das Curriculum „Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataler Beratung“ aufmerksam gemacht.

Insgesamt haben sich 73 Fachkräfte angemeldet (s. Anlage). Eine Auswertung der Anmeldungen nach Bundesländern, Berufen und Erfahrungen in Pränataldiagnostik ergibt folgende Aufteilung:

Nach Bundesländern aufgeschlüsselt verteilen sich die Anmeldungen wie folgt:

• NRW	26,0 %	(n = 19)
• Berlin-Brandenburg	20,5 %	(n = 15)
• Sachsen/Sachsen-Anhalt	10,9 %	(n = 8)
• Baden-Württemberg	9,6 %	(n = 7)
• Thüringen	9,6 %	(n = 7)
• Rheinland-Pfalz	6,8 %	(n = 5)
• Schleswig-Holstein	5,5 %	(n = 4)
• Bayern	4,1 %	(n = 3)
• Niedersachsen	4,1 %	(n = 3)
• Saarland	2,7 %	(n = 2)

Nach Berufen aufgeschlüsselt ergibt sich zusammenfassend folgende Verteilung:

Sozialpädagogen	30,1 %	(n = 22)	+4
Sozialarbeiter	12,3 %	(n = 9)	+3
Diplompädagogen	9,6 %	(n = 7)	+2
Diplompsychologen	9,6 %	(n = 7)	
Ärzte	10,9 %	(n = 8)	
Kombiniert:			
Dipl./Soz.Päd./ Soz.Arb.und Geburtsvorbereiterin,Hebamme, Krankenschwester, Heilpädagogin, Supervisorin	12,3 %	(n = 9)	
Sonstiges	8,2 %	(n = 6)	

Nach früheren Fortbildungen (Erfahrungen) in Pränataldiagnostik befragt, machten die Fachkräfte bei der Anmeldung folgende Angaben:

Keine Erfahrungen mit PD	52,0 % (n = 38)
Erfahrungen mit PD:	
durch verschiedene Fachtagungen	35,6 % (n = 26)
durch Tagung der EKFuL	8,2 % (n = 6)
durch Kurse am EZI	4,1 % (n = 3)

3.2 Einführungskurse mit Auswertung

3.2.1 Psychosoziale Beratung vor pränataler Diagnostik: Einführungs- und Informationskurs (Block 1)

Kommentar

Es ist ein Lernziel des Curriculums, unterscheiden zu können zwischen eigener ethischer Haltung und der professionellen, ergebnisoffenen Begleitung von Frauen und Paaren, die womöglich eine andere Einstellung haben. Diese Schwierigkeit kennen viele BeraterInnen bereits aus der Schwangerschaftskonfliktberatung. In der PD-Beratung tritt sie nochmals sehr verschärft ins Bewusstsein, weil die Schwangerschaft weiter fortgeschritten ist, weil es sich um ein zunächst meist sehr erwünschtes Kind handelt und weil viele werdende Eltern die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber Beeinträchtigung und Erkrankung unreflektiert übernehmen und agieren.

Die TeilnehmerInnen sollten sich im Rahmen des Einführungskurses darüber klar werden, ob sie sich einen solchen Arbeitsbereich für sich vorstellen können. Ob der Träger, das örtliche Team, die KollegInnen sie in dieser Arbeit unterstützen und ob sie sich persönlich der Zerreißprobe gewachsen fühlen, die die Beratung im Kontext PD mit sich bringen kann. Darüber hinaus sollten sie das Institut und uns als Dozentinnen mit unserer Arbeitsweise kennenlernen, um zu entscheiden, ob sie sich für die Teilnahme am gesamten Curriculum entschließen können; ein Konzept, das die psychosoziale Beratung und Begleitung von Frauen und Paaren in allen Phasen im Kontext Pränataldiagnostik zum Programm hat.

Angesichts des hohen Interesses an und der großen Nachfrage nach Teilnahme an dem Curriculum haben wir anstatt zwei Einführungs- und Informationskursen drei Kurse angeboten. Trotzdem konnten wir von den insgesamt 73 InteressentInnen nur 55 Personen einladen.

1. TAG

15.00 – 16.30 h

Vorstellung (Plenum)

Vorstellung und Bekanntmachen der Kursteilnehmenden

An welcher Stelle arbeite ich, bei welchem Träger, mit welchem Schwerpunkt?

Welche Erfahrungen und Fortbildungen in PD habe ich?

Vorstellung der drei Dozentinnen (Plenum)

16.30 – 18.30 h

Erfahrungen in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik / Motivation (Plenum)

Vorbereitete Bögen für jede/n Teilnehmende/n mit folgenden Fragen:

- Welche Erfahrungen habe ich im Kontext von PD bzgl. Beratung und Begleitung?
- Was reizt mich?
- Was ängstigt mich?

- Welche Erfahrungen mit Vernetzung und Kooperation habe ich bzgl. PD?

Einzelarbeit: 15 Minuten

Austausch in Kleingruppen: 45 Minuten

Austausch im Plenum: Jede Gruppe hatte einen Flipchartbogen ausgefüllt, der danach im Plenum besprochen wurde: 60 Minuten

19.15 - 21.00 h

Übung zur Sensibilisierung (Plenum)

Die Übung begann mit einer kurzen Entspannung; die Kursteilnehmenden wurden aufgefordert sich auf den eigenen Atem zu konzentrieren, tief ein- und auszuatmen.

Eine Dozentin erzählt die Geschichte „Mietshaus“:

In einem Mietshaus leben unterschiedliche Familien, Paare und Einzelpersonen zusammen. Die Hausgemeinschaft zeichnet sich dadurch aus, dass viel Wert auf Kontakte untereinander gelegt wird.

Eine der jungen Familien, die dort wohnt, erwartet das zweite Kind. Eines Tages ist es soweit, die junge Frau ist im Krankenhaus und hat entbunden: Das Kind hat Down-Syndrom.

Auswertung:

Nach dem Erzählen der Geschichte gibt es drei Runden mit unterschiedlichen Schwerpunkten:

1. Runde (drei Schritte: Gefühl, Stimmung, Körperempfinden)

Welche Gefühle habe ich, wenn ich das höre?

Woran bleibe ich hängen? An welchem Wort? Welches Bild kommt bei mir?

Welche Körperempfindung stellt sich ein?

(Erst vergegenwärtigen, dann mitteilen)

2. Runde (Verhalten)

Ich stelle mir vor: ich wohne in diesem Haus, bin also Nachbarin und kenne die Familie gut. Wie verhalte ich mich? (Mache ich z.B. einen Besuch in der Klinik, oder zu Hause, bringe ich ein Geschenk mit?)

Es soll eine Klärung für die Teilnehmenden erfolgen: Je nachdem, wie das eigene Gefühl war, welches Verhalten folgt auf das Gefühl?

3. Runde

In dieser Runde wollen wir etwas erfahren über:

Die Möglichkeit der Kursteilnehmenden, sich einzufühlen, in die Haut eines Anderen zu schlüpfen. Es geht um Authentizität, um mögliche Ideologisierung und um Abwehrmechanismen.

“Was meinen Sie? Was wünschen sich Eltern in einer solchen Situation von den Personen ihrer Umgebung?

Wie verhalten sich Eltern in einer solchen Situation Ihrer Meinung nach? Verschicken sie beispielsweise Geburtsanzeigen?”

2. TAG

9.00 – 10.30 h

Fallbesprechung (Plenum)

Es geht um ein Paar, dessen erwartetes Kind eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte haben wird (Fall X).

Morgens bekommt die BeraterIn einen Anruf aus einer gynäkologischen Ultraschall-Praxis. Der Arzt bittet um einen möglichst umgehenden Gesprächstermin für ein Paar, das er am späten Abend zuvor erstmals gesehen hat. Er hat bei dem Kind – die Schwangerschaft ist in der 19. Woche – eine wahrscheinlich mittelschwere Lippen – Kiefer – Gaumenspalte feststellen müssen. Ein weiterer Kollege, der auch in dieser Praxis tätig ist, hat denselben Befund erhoben (es ist üblich, eine zweite Meinung einzuholen).

Für das Paar ist es das erste Kind. Die Frau (30 Jahre) und der Mann (38 Jahre) sind beide berufstätig (er: Ingenieur, sie: Chefsekretärin im Baugewerbe).

Mit dem Paar hat er sehr lange gesprochen. Sie sind besonders geschockt. Mehr als er das von vergleichbaren Fällen kennt.

Er hat bereits angekündigt, dem Paar umgehend ein erstes Informationsgespräch mit einem Kieferchirurgen, der das Kind gleich nach der Geburt behandeln würde, zu vermitteln. Einer der Gynäkologen hat aber das Gefühl, dass bei Beiden eigentlich nichts richtig angekommen ist.

Er hat mit dem Paar vereinbart, heute anzurufen, um ihnen einen Gesprächstermin anzubieten. Er hält ein solches Gespräch für sehr wichtig – sie benötigen Hilfe.

Dieser erste Abschnitt wird gelesen. Danach wird unterbrochen und es werden Fragen dazu gestellt:

- Wie wirkt der Fall auf Sie?
- Wie würden Sie reagieren?
- Wie würden Sie die Terminvergabe regeln?

Lernziele:

In dieser ersten Runde wollen wir feststellen, ob die Teilnehmenden erkennen, dass es sich hier um Krisenintervention handelt, und ein Termin schnell gegeben werden muss. In wieweit es möglich ist zu erfassen, welche Art von Kooperation wünschenswert ist, und ob diese Kooperation genutzt werden kann, weil die erforderliche Offenheit gegenüber dem medizinischen System vorhanden ist.

Da uns im ersten Kurs aufgefallen war, dass vieles überhört wurde, vor allem der Schritt von der eigenen Befindlichkeit hin zum professionellen Handeln als BeraterIn, wurde der Text im zweiten und dritten Kurs zweimal vorgelesen.

Das ermöglicht TeilnehmerInnen genauer wahrzunehmen und besser zu trennen zwischen Person und professionellem Handeln.

Abschließend wird der zweite Abschnitt gelesen.

„Das Paar kommt am späten Nachmittag zum Gespräch. Speziell Frau A. scheint nicht ganz anwesend, im Sinne von: sie steht neben sich.“

Das Gespräch kommt nur stockend in Gang; auch Herr A. steht in gewisser Weise unter Schock.“

Dazu wird die Frage gestellt: Wie könnte eine Gesprächseröffnung aussehen?

Lernziel:

Es ging uns darum, ob die TeilnehmerInnen erfassen, dass das Paar, speziell die Frau im Schockzustand ist und ob sie darauf angemessen reagieren können, oder u.U. ebenfalls mit Erstarrung reagieren und handlungsunfähig werden.

Danach erfolgt das Vorlesen des letzten Abschnitts.

„Sie fragen, woher die Lippen- Kiefer-Gaumenspalte kommen könne. Die Schwangerschaft sei geplant gewesen und Frau A. habe sich ganz bewusst und gesund ernährt. Es gab keinen Tropfen Alkohol. Sie wüssten zwar, dass das eigentlich keine Rolle spiele, hätten aber die ganze Nacht kaum geschlafen.

Noch heute Abend hätten sie einen Termin beim Kieferchirurgen.

Der Gynäkologe habe nochmal angerufen, um diesen Termin mitzuteilen. Davor hätten sie auch Angst. Gleichzeitig aber großen Informationsbedarf, wie es mit der Behandlung gehe.

An dieser Stelle können sie viel Gefühl zeigen: viel Weinen, weil ihr Kind so viel erliden müsse, und wie es wohl von der Umwelt angenommen werde.... Ob sie das alles ihrem Kind überhaupt antun könnten?“

Fragen dazu sind:

Welche indirekten Fragen sind im Fall enthalten?

Die Frage nach der Schuld an der Beeinträchtigung?

Was haben wir falsch gemacht, z. B. uns unkontrolliert verhalten?

Wie ist es möglich, als BeraterIn diese Fragen anzusprechen?

Die letzte Frage zielt auf die Vernetzung: “Was erfahren Sie in diesem Fall über Vernetzung und Kooperation?“

Kommentar

Diese Einheit verlief in allen drei Einführungskursen am ähnlichsten. Die TeilnehmerInnen waren interessiert und konzentriert dabei. Sofern sie keine Erfahrung mit PD-Beratung hatten, lernten sie zu unterscheiden, zwischen Schwangerschaftskonfliktberatung und PD- Beratung und entwickelten Verständnis für die Dringlichkeit dieser Beratungsfälle, für die Notwendigkeit, schnell zu reagieren und möglichst sofort einen Termin zu geben, um den Schock aufzufangen.

11.00 – 12.30 h

Einführung in die PD-Beratung (Kleingruppe)

Eine Dozentin arbeitete mit einer Kleingruppe im Rollenspiel. Thema ist Beratung vor PD: eine 34 jährige Frau kommt allein. Sie erwartet das zweite Kind. Der Gynäkologe hat ihr zur Amniozentese geraten, aus Altersgründen. Sie ist unsicher, wie sie sich entscheiden soll.

Gleichzeitig führten die beiden anderen Dozentinnen Gespräche in Kleingruppen.

Die Anzahl der TeilnehmerInnen in den Kleingruppen war je nach Kursgröße verschieden und betrug maximal fünf TeilnehmerInnen.

Leitfaden für die Kleingruppengespräche:

In der ersten Hälfte ging es um die äußeren Gegebenheiten der Arbeit:

Habe ich selbst Interesse an PD-Beratung, oder werde ich vom Arbeitgeber beauftragt.

Wie sieht es aus mit Möglichkeiten zur Vernetzung in meiner Region?

In einer zweiten Runde ging es um den persönlichen Anteil:

Gibt es in meiner Biographie etwas, was an das Thema anschließt z.B. Behinderung in der Familie oder im Bekanntenkreis?

Gibt es eigene schwierige oder gute Erfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt, mit Gynäkologinnen, Hebammen, Kliniken?

Gibt es Erfahrungen mit PD; persönlich oder im Bekanntenkreis?

Was ist mein persönliches Interesse bei PD - Beratung bzw. an weiteren Berufsgruppen, die mit PD befasst sind?

14.00 – 15.30 h

Wechsel der TeilnehmerInnen aus der Rollenspielgruppe und der TeilnehmerInnen aus den Kleingruppen

Kommentar

In allen 3 Einführungskursen wurden in 12 Kleingruppen Gespräche geführt. Es war eine gute Möglichkeit, die TeilnehmerInnen genauer kennenzulernen und auch für die GruppenteilnehmerInnen, untereinander vertrauter zu werden. Viele hatten noch nicht reflektiert, was sie an PD-Beratung interessiert und waren überrascht, wie viel eigene biographische Verknüpfung es gibt, z.B. Behinderung eines Elternteils oder Geschwister oder von Verwandten.

Die besprochenen Themen in den Kleingruppen waren sehr unterschiedlich. In einigen Gruppen nahm der Punkt Vernetzung viel Raum ein, in anderen spielte er eine untergeordnete Rolle und der Bereich der eigenen Biographie hatte ein viel größeres Gewicht. Nach der Arbeit in den Kleingruppen war die Stimmung im Kurs verändert: entspannter, wertschätzender und aufgeschlossener.

16.00 – 18.00 h

Ethische Dimension in der Beratung (Einzelarbeit / Plenum)

Zur Einführung in die ethische Dimension in der Beratung wird den Teilnehmenden eine Fallvignette zu Zwillingsschwangerschaft (Fall Y) vorgelesen:

Eine Frau (Ende Dreißig) meldet sich in der Beratungsstelle. Sie ist in zweiter Ehe verheiratet; im Haushalt leben ihre beiden Töchter aus erster Ehe, die 12 und 8 Jahre alt sind. Zum Vater der Kinder bestehen gute Kontakte. Die Frau arbeitet als Verwaltungsangestellte, ihr Mann hat sich gerade selbständig gemacht und hat viel zu tun. Das Paar hat einen Kinderwunsch und sie freuen sich sehr, als die Frau schwanger wird. Der Gy-

näkologe stellt eine Zwillingsschwangerschaft fest. Das löst zunächst Unruhe aus, aber dann arrangiert sich das Paar mit der Situation und sie freuen sich jetzt über zwei Kinder. Aus Altersgründen läßt die Frau eine Amniozentese machen und auch, weil beide auf keinen Fall ein behindertes Kind haben wollen.

Das Ergebnis der Amniozentese ergibt, dass der eine Zwilling, ein Junge, Down Syndrom hat, der andere Zwilling, ein Mädchen, ist gesund. In der Beratung hat die Frau das Anliegen zu erfahren, wie ein Reduktionsfetoizid durchgeführt wird. Sie bedauert, dass ausgerechnet der Junge Down-Syndrom hat, denn sie hat ja schon zwei Töchter. Es ist ihr ganz klar, dass sie das behinderte Kind nicht bekommen wird. Sie hat keinerlei moralische Skrupel und der Termin für die Reduktion ist in zwei Tagen. Mit den Kindern hat sie schon über alles geredet, die sind voll informiert.

Den KursteilnehmerInnen werden 3 Fragen zum Fall gestellt.

- Was löst diese Fallschilderung bei mir aus?
- Was teile ich in meiner Rolle als BeraterIn von meinen Gefühlen mit?
- Wie verhalte ich mich gegenüber der Klientin und ihrer Meinung, die 8- und 12-jährigen Kinder in die Entscheidung einzubeziehen?

Wir bitten die KursteilnehmerInnen die erste Reaktion aufzuschreiben und die Aufzeichnungen später der Reihe nach vorzulesen.

Kommentar

Diese Einheit hatte in allen drei Einführungskursen die größte Brisanz. Uns ging es darum, deutlich zu machen, dass wir von TeilnehmerInnen dieses Curriculums erwarten, in allen Phasen pränataler Diagnostik zu beraten, auch in Fällen zu beraten und zu begleiten, in denen die BeraterInnen selbst deutlich spüren, dass sie eine andere ethische Haltung haben als die Klienten.

Dadurch, dass die Gruppen relativ groß waren (18, 16, 21 TeilnehmerInnen), waren die Unterrichtseinheiten im Plenum anstrengend. Gleichwohl war es uns wichtig, einen möglichst umfassenden Eindruck von den TeilnehmerInnen zu bekommen und die Vielfalt und die Unterschiedlichkeit der Positionen in der Gruppe zur Sprache kommen zu lassen.

19.00 – 20.00 h

Wie geht es Ihnen nach den ersten anderthalb Tagen? (Plenum)

Zur Bearbeitung dieser Frage werden Karten in vier verschiedenen Farben hingelegt und nach Fragen sortiert:

- Rosa: Welche offenen Fragen habe ich?
- Blau: Welche Motivation habe ich?
- Gelb: Wo sehe ich Probleme bezüglich der Fortbildung?
- Grün: Was will ich lernen? Wo habe ich Lernbedarf?

Wir sammeln die Karten ein und werten sie aus.

3.TAG

9.00 – 10.30 h

Auswertung des Vortags / Vorstellung des Curriculums (Plenum)

Anknüpfung an den Vorabend: Bezugnehmen auf die Karten

Vorstellung des gesamten Curriculums und der Praxisteile vor Ort wie z.B. Hospitation, Supervision; Auswahlkriterien durchsichtig machen.

Kommentar

Für ihre Entscheidung haben die TeilnehmerInnen drei Wochen Zeit. Bis dahin müssen sie zurückgemeldet haben, ob sie teilnehmen wollen. Die Rückmeldung vom Institut erfolgt etwa 1 Monat nach dem letzten Informationskurs.

Mit der Teilnahmebestätigung erhalten die TeilnehmerInnen auch „Arbeitsaufträge“ zum ersten Kurs.

11.00 – 12.30 h

Institutionelle Rahmenbedingungen (Plenum / Kleingruppe / Einzelarbeit)

Wie müssten die institutionellen Rahmenbedingungen sein, damit ich so eine Arbeit gut durchführen kann?

Zuerst überlegt jeder Teilnehmende für sich allein.

Danach erfolgt eine Aufteilung in Kleingruppen, nach Regionen und eine Gruppenarbeit. Anschließend findet im Plenum eine Auswertung und Besprechung statt.

12.30 – 13.00 h

Abschlussrunde

Wie gehe ich nach Hause?

Was nehme ich von der Fortbildung mit?

Was möchte ich hier lassen? Feedback

Wie ist meine Tendenz bezüglich der Teilnahme am gesamten Curriculum?

Kommentar

Der Wunsch der TeilnehmerInnen am gesamten Curriculum teilzunehmen und unsere Einschätzung der persönlichen Eignung der TeilnehmerInnen für dieses Curriculum waren häufig deckungsgleich. Nach einer persönlichen und institutionellen Abklärung meldeten sich 35 interessierte TeilnehmerInnen verbindlich an.

Ausgewählt wurde eine Gruppe von 24 TeilnehmerInnen.

Unsere Kriterien für die Zulassung waren folgende:

- der zeitliche Aufwand und die Mehrbelastung durch erhöhten Arbeitsaufwand müssen mit getragen werden durch:
- den Träger
- das Team der Beratungsstelle
- möglichst viele unterschiedliche Trägerverbände sollten vertreten sein
- es sollte ein flächendeckendes Netz über das gesamte Bundesgebiet entstehen

- die Teilnehmenden mussten bereit zur Kooperation und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen sein
- die durch das Fortbildungsteam eingeschätzte Eignung und Belastbarkeit der Teilnehmenden

Die Erwartung vom DozentInnen-Team an die Einführungs- und Informationskurse hat sich bestätigt. Es gab TeilnehmerInnen, denen nach dem Einführungskurs klar war, dass sie diese Arbeit nicht machen wollen/können. Es gab darüber hinaus eine TeilnehmerIn, die nach dem zweiten Tag abreiste, weil ihr klar geworden war, dass sie diese Beratungen nicht durchführen kann und will. Sie hielt es für unmöglich, ergebnisoffen in bestimmten Fällen zu beraten und Frauen oder Paare anzunehmen, die eine andere Einstellung zu Menschen mit Beeinträchtigungen haben, als sie es für ethisch vertretbar hielt. Darüber hinaus vermisste sie bei uns eine eindeutige Haltung in ethischen Fragen. Offenbar war es in diesem Fall nicht geglückt, deutlich zu machen, dass es einer verantwortlichen ethischen Position bedarf sich dafür zu entscheiden, Frauen und Paare in einer solchen Zerreißprobe zu begleiten, auch wenn sie anders handeln, als ich als Beraterin es für wünschenswert erachte. Die Unsicherheit, die Ängste, die Zweifel und Schuld nicht auszublenden, sondern sie ins Bewusstsein der Klienten zu rücken, die Spannung mit auszuhalten und den Kontakt nicht zu verweigern, auch nicht nach einer Entscheidung, die wir selbst eventuell so nicht getroffen hätten und die wir vielleicht sogar für uns ablehnen würden. Eine Entscheidung für nicht vertretbar zu halten, das Beratungsgespräch gleichwohl nicht abubrechen, bedarf einer gründlichen Reflexion und einer sicheren eigenen ethischen Grundposition.

Deshalb war es uns wichtig, einen Theologen/Ethiker im Curriculum eingebunden zu haben. Die ethische Frage muss in allen Kursabschnitten begleitend diskutiert werden. Das Bemühen und der Wunsch nach Austausch, um eine eigene moralische Position immer wieder zu reflektieren, ist unseres Erachtens eine Grundvoraussetzung verantwortlicher Arbeit.

3.2.2 Ergebnisse aus den drei Einführungs- und Informationskursen (n = 55)

Bezüglich:

- der Motivation zur Fortbildung
- des Lernbedarfs der TeilnehmerInnen
- der vermuteten Schwierigkeiten
- der offenen Fragen

1. Motivation zur Fortbildung:

- 35,0% der Teilnehmenden wünschten sich einen Zuwachs an beruflicher Kompetenz/beruflicher Qualifikation.
- 35,0% hatten den Wunsch nach Vernetzung mit anderen mit PD betrauten Professionen
- 31,0% strebten eine Stellenerweiterung für sich an
- 22,0% erhofften sich persönliches Wachstum
- 18,9% sahen einen wachsenden Bedarf im Bereich PD-Beratung; PD als Thema der Zukunft
- 10,0% erhofften sich eine Sicherung ihres Arbeitsplatzes durch die Aufnahme des Angebots „Psychosoziale Beratung im Kontext PD“
- 10,0% hatten gute Erfahrungen mit Fortbildungen am EZI

2. Lernbedarf der TeilnehmerInnen:

- 46,0% wünschten sich medizinisches Basiswissen im Bereich PD
- 29,0% hatten großen Informationsbedarf im Bereich PD
- 26,0% wollten ihre Kompetenz im Bereich Gesprächsführung erweitern
- 25,0% hatten Fragen zu gelingender Vernetzung
- 17,0% wollten lernen „ergebnisoffen“ zu beraten bzw. die „beraterische Neutralität“ zu wahren
- 16,0% wollten einen eigenen ethischen Standpunkt finden
- 16,0% wollten lernen, die eigene Person besser abzugrenzen
- 13,0% hatten Informationsbedarf bezüglich Beeinträchtigung und Erkrankung

3. Schwierigkeiten vermuteten die TeilnehmerInnen zu

- 28,0% in der zeitlichen Anforderung, die die Fortbildung stellte; „hoher zeitlicher Aufwand“
- 20,0% in der Sorge, mit den belastenden Themen nicht umgehen zu können; fehlende Abgrenzung, keine Möglichkeit der Abgrenzung, Psychohygiene
- 13,0% in der fehlenden Unterstützung durch den Träger
- 10,0% darin, zu wenig Klientinnen zur Beratung zu finden
- 9,0% in der unklaren Finanzierung der Fortbildungskosten

4. Die offenen Fragen der TeilnehmerInnen beziehen sich zu

- 20,0% auf die Möglichkeiten zur Vernetzung und Kooperation
- 11,0% auf den erforderlichen Zeitaufwand im Curriculum
- 10,0% auf ethische Fragestellungen; „PD Segen oder Fluch?“
- 8,0% auf die Kriterien der DozentInnen zur Auswahl der Teilnehmenden

3.3 Inhalte der einzelnen Kursblöcke des Curriculums und deren Evaluation

Die Weiterbildung basiert auf zwei Säulen: der theoretischen Fortbildung am EZI und der praktischen Umsetzung vor Ort (Hospitation, Beratung, Kooperation, Supervision).

Das Modell der beiden Säulen einer Weiterbildung hat am EZI Tradition. Ausgehend von der früheren Eheberaterweiterbildung wurde es für alle mehrteiligen Weiterbildungen des Instituts übernommen. Es hat sich bewährt, zwischen zwei theoretischen Kursblöcken am Institut vor Ort praktische Erfahrung zu machen.

Mit den gewonnenen Eindrücken und Lernerfahrungen kommen Kursteilnehmende dann mehrere Monate später zurück ans Institut. Dort können sie die Praxis auf der Basis von Theorie neu überprüfen und gleichzeitig die Theorie vertiefen und erweitern. Um die Theorie anwenden zu können, wird sie auch am Institut in Form von Arbeitsgruppenarbeit in Rollenspielen und in Arbeit an Fallbeispielen eingeübt.

Die praktische Umsetzung vor Ort beinhaltet im Curriculum „Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ nicht nur Beratungspraxis unter begleitender Supervision, sondern auch die Hospitation und Kooperation. Vernetzung und Kooperation spielen in Bereichen von Schwangerschaftskonfliktberatung oder Erziehungsberatung ebenfalls eine Rolle. Öffentlichkeitsarbeit gehört grundsätzlich zur Arbeit in einer Beratungsstelle dazu.

Neu ist die Form der Hospitation. Das erste Modellprojekt hatte zum Ergebnis, dass die betroffenen Frauen und Paare nicht in die Beratungsstellen kommen, wenn nicht die MedizinerInnen dorthin verwiesen. Es galt, an dieser Grundvoraussetzung etwas zu verändern.

In Berlin gibt es dazu ein gutes Modell. Renate Brünig, Leiterin des Gesundheitsdienstes in Charlottenburg/Wilmersdorf, arbeitet bereits seit zwei Jahrzehnten an der Vernetzung des medizinischen Systems mit der psychosozialen Beratung im Bereich PD. Durch persönliche Kontakte, Gespräche über KlientInnen, die Einrichtung eines Arbeitskreises PD usw. ist es gelungen, ÄrztInnen davon zu überzeugen, dass psychosoziale Beratung für die betroffenen Frauen/Paare hilfreich ist und nicht in Konkurrenz zur Medizinseite steht. Frau Brünigs Erfahrung auf diesem Gebiet floss in die praktische Umsetzung vor Ort für die Kursteilnehmenden ein.

Zunächst erregte der Vorschlag, in allen Professionen, die mit PD befasst sind, zu hospitieren, einiges Befremden aus. Das veränderte sich mit der Erfahrung der Hospitation. Erst durch das persönliche Kennenlernen der BeraterInnen sind z.B. ÄrztInnen bereit, Frauen/Paare an psychosoziale Beratungsstellen zu überweisen.⁷

Daraus ergibt sich die Hypothese, dass Kursteilnehmende durch das Curriculum differenziertere Vorstellungen von den Aufgaben der jeweils anderen Profession entwickeln können.

⁷ Siehe auch „Fachgespräch“ in der 3. Kurswoche, in dem der Pränataldiagnostiker den Wunsch nach einer Woche Hospitation der Kursteilnehmenden in der Arztpraxis äußert und Beitrag von der Gynäkologin und Pränataldiagnostikerin, die den Wunsch nach Rückmeldung der BeraterInnen nach erfolgter psychosozialer Beratung äußerte, wenn sie eine Frau/Paar zur Beratung geschickt hat.

Zur Theorie

Wir gingen davon aus, dass die verschiedenen Phasen der pränatalen Diagnostik, nämlich vor, während und nach PD, auch verschiedene Beratungsmethoden benötigen.

Entsprechend den unterschiedlichen Phasen wurde das Curriculum aufgebaut.

Das bedeutete für die Kursteilnehmenden, dass sie langsam an die Inhalte zum Thema herangeführt wurden. Erst im vierten und letzten Workshop wurde das Thema Fetozid und später Schwangerschaftsabbruch behandelt.

Die verschiedenen Phasen wurden stets aus drei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, die sich in jedem Kurs und jedem Workshop wieder fanden⁸.

- Blick auf den Weg der Frau/Paares
- Der BeraterInnenperspektive
- Der Kooperationsperspektive

Um die Idee der Kooperation im Kurs zu verankern, haben wir die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Professionen ausgewählt⁹. Gleichfalls wurde das bei den DozentInnen und GastdozentInnen angestrebt.

Es wurde erreicht, dass fünf unterschiedliche Professionen im Kurs vertreten waren, nämlich:

- psychosoziale Beraterinnen, überwiegend aus der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung
- HumangenetikerInnen
- ÄrztInnen
- Hebammen
- Geburtsvorbereiterin

Die Unterschiedlichkeit der Professionen führte in der Kursarbeit auch zu manchen Schwierigkeiten. So wünschten sich beispielsweise die ÄrztInnen mehr Beratungsmethodik und Üben von Beratungssituationen gegenüber weniger Informationen zu medizinischem Basiswissen.

Die Zeitperspektive spielte bei der Entwicklung des Curriculums eine große Rolle. Auch andere Weiterbildungen am EZI setzen auf Curricula mit längerem Zeitrahmen, obwohl das gegenläufig ist zu Bestrebungen auf dem Fortbildungsmarkt, mit kurzen Einzelmodulen zu arbeiten. Eine geschlossene Gruppe, ein gleichbleibendes Leitungsteam und GastdozentInnen schaffen eine Lernatmosphäre, in der zunehmend Vertrauen und Offenheit entwickelt werden können. Aus diesem Lernklima entwickelt sich persönliches Wachstum und professionelle Kompetenz. Beides ist nicht voneinander zu trennen, zumal im Bereich psychosozialer Beratung im Kontext pränataler Diagnostik schwierige Themen berührt werden. Es geht um Entscheidungen über Tod und Leben, Leben mit Behinderung und Beeinträchtigung.

Das bedeutet einerseits Verzicht auf eigene Lebensmöglichkeiten, andererseits aber Zugewinn an eigenen Lebensmöglichkeiten¹⁰.

⁸ Dies ist nach zu verfolgen in der ausführlichen Programmbeschreibung jedes Kursteils.

⁹ Nachzulesen ist die Zusammensetzung der Kursteilnehmenden auch im Kapitel Evaluation.

¹⁰ Vgl. auch Baldus, M. 2006, S.109

Zum Konzept

Unser Konzept für eine Weiterbildung in psychosozialer Beratung bei pränataler Diagnostik basiert auf sechs unterschiedlichen Themenblöcken. Die Kenntnis dieser Themenblöcke sollte sich bei den BeraterInnen zu einem ganzheitlichen Bild von psychosozialer Beratung im Kontext PD fügen. Damit sollten sie das notwendige „Handwerkszeug“ für die psychosozialen Beratungen erlangen.

Diese sechs Themenblöcke sind:

- Ethik
- Medizinisches Basiswissen
- Beratungsmethodik
- Selbsterfahrung
- Kooperation und Vernetzung
- Interdisziplinarität

Ethik

Die wichtigen ethischen Fragen im Rahmen des vorgegebenen Themas wurden von einem Theologen/Ethiker in jeder Kurswoche ausführlich behandelt. Es war unsere Absicht, die Kursteilnehmenden für die ethisch–moralische Dimension in allen Lerneinheiten zu sensibilisieren. Ethik war integraler Bestandteil des gesamten Lernprozesses und wurde nicht nur isoliert in theoretischen Einheiten vermittelt.

Durch die Einführung der pränatalen Diagnostik in die normale Schwangerenvorsorge können Frauen in Entscheidungsnöte kommen, die sie sich selten vorher klar gemacht haben. Es ist deutlich, dass unsere Gesellschaft nicht vorbereitet ist auf die ethischen Herausforderungen, die sich aus dem medizinischen Fortschritt ergeben. So sagt z.B. Hille Haker, eine katholische Ethikerin: „Ethische Beratungen gibt es aber bisher nicht. Weder HumangenetikerInnen noch sozialtherapeutische BeraterInnen können sie bisher übernehmen, weil sie meistens nicht in ethischen Reflexionen geschult sind. Es wird sich zeigen, ob unsere Gesellschaften bereit sind, ethische Konflikte ernstzunehmen und entsprechende Mittel für die Beratung bereitzustellen“ (H. Haker et al. S. 246)¹¹. In unserer Arbeit mit den Kursteilnehmenden war uns bewusst:

Wenn im Prozess der pränatalen Diagnostik ein pathologischer Befund erhoben wird, werden Frauen/Paare vor die Entscheidung gestellt, ob sie sich zutrauen, ein behindertes Kind aufzuziehen oder ob sie einen Abbruch der Schwangerschaft vornehmen. Im ersten Schock der Diagnosemitteilung reagieren die meisten Frauen/Paare mit dem Impuls: „Weg mit dem Kind.“ Das Kind im Bauch wird zur „Bedrohung“. Der Kontakt, den die Frau vorher zum Kind gespürt hat, geht häufig verloren. Frauen/Paare glauben, wenn das Kind „beseitigt“ ist, könnten sie an ihr Leben vor Schwangerschaft und negativer Diagnose anknüpfen. Sie reagieren so, als könnten sie den Zeitabschnitt Schwangerschaft, Diagnose, Entscheidung zum Abbruch aus ihrem Leben löschen und ungeschehen machen. Um mit der Schockreaktion umgehen zu können, brauchen Frauen/Paare Zeit und einfühlsame Begleitung.

¹¹ Vgl. auch Vortrag von H. Haker „Gen-ethische Beratung bei pränataler Diagnostik“ (EKFuL: Materialien zur Beratungsarbeit Nr. 19/2000). Sie fordert dort eine ethische Beratung, die „moralische Aspekte dort anführen würde, wo sie von den Klienten oder Klientinnen nicht gesehen werden“ (S. 37). Des Weiteren fordert sie, dass jede BeraterIn in ethischem Wissen genauso fortgebildet ist wie in Beratungsmethodik. Sie soll in der Lage sein, „den Klientinnen/Klienten die grundlegenden Argumentationslinien und moralischen Probleme verständlich zu machen“ (S.38).

Oberster Leitgedanke für die Ethik aus der christlichen Tradition war in der Weiterbildung das Liebesgebot. Dieses zentrale Gebot verpflichtet dazu, dem Nächsten in seinen Lebensvollzügen, besonders aber in Konflikten beizustehen. Es bietet Möglichkeiten der Analogiebildung im Rahmen des Solidaritätsgedankens für kirchenfremde TeilnehmerInnen. Das Gebot zielt darauf, Andere zu verstehen, sich ihnen liebevoll zuzuwenden, sich in ihre Lage hineinzusetzen und mit Hilfe der Beratungskompetenz zu einer der Frau/dem Paar angemessenen und vertretbaren Entscheidung zu kommen. Die Absicht bei der Vermittlung christlicher Ethik muss sein, die BeraterInnen zu sensibilisieren, in jeder Schwangerenberatung nach §2 Frauen auf ihre Haltung gegenüber pränataler Diagnostik bewusst anzusprechen, damit sie Entscheidungen für oder gegen pränatale Diagnostik treffen können, bevor es möglicherweise später einen Befund gibt. Durch die moderne Medizin wächst der individuelle Raum der Freiheit ins Unermessliche. Deshalb ist ein Mehr an gemeinsamer Reflexion nötig, bevor Frauen/Paare sich in die Schwangerenvorsorge begeben und bevor Entscheidungsnotwendigkeiten und Zwänge eintreten.

Medizinisches Basiswissen

Im Rahmen des Curriculums stellten sich im ersten Kursteil (Block 2) mehrere ÄrztInnen vor, die mit pränataler Diagnostik zu tun haben und AnsprechpartnerInnen für Schwangere sind. Die Kursteilnehmenden sollten die Möglichkeit haben, die Unterschiede der Inhalte der speziellen ärztlichen Beratungen kennen und die Abgrenzung zu psychosozialer Beratung im Kontext PD einschätzen zu lernen. Dazu wurden eine Gynäkologin, ein Pränataldiagnostiker und ein Humangenetiker eingeladen. Die Gynäkologin, die in einer Gemeinschaftspraxis arbeitet, berichtete, inwiefern sich ihre Aufgaben durch die Einführung von pränataler Diagnostik in der allgemeinen Schwangerenvorsorge verändert haben und welche Beratungspflicht sich für sie als Gynäkologin daraus ergibt. Außerdem formulierte sie Wünsche an die psychosozialen BeraterInnen. Der Pränataldiagnostiker hielt einen einführenden Vortrag über die unterschiedlichen Methoden im Bereich PD, ihre Möglichkeiten und Grenzen und die Bedeutung und Konsequenzen für die schwangeren Frauen/Paare. Er berichtete über die Kooperation mit anderen Fachgruppen und äußerte seinerseits Wünsche an die psychosoziale Beratung. Als Dritter berichtete ein Humangenetiker über Pränataldiagnostik aus seiner Sicht. Er informierte über humangenetische Methoden und darüber, was im Kontext von PD diagnostiziert werden kann, über typische Entwicklungsstörungen und Erkrankungen und über die Bedeutung und Konsequenzen der PD für die Schwangere/das Paar.

Darüber hinaus hatten die KursteilnehmerInnen zu jedem Kursblock die Aufgabe, sich über zwei häufigere Diagnosen, die pränatal feststellbar sind, zu informieren:

- Zur ersten Kurswoche informierten sich die Teilnehmenden über Trisomie 21, zum ersten Workshop über Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und Spina bifida,
- zum zweiten Workshop zu häufigen möglichen Ultraschallbefunden beim Organ-screening wie Herzfehler und über Achondroplasie (Kleinwuchs),
- zum zweiten Kurs über Trisomie 13 und Trisomie 18 und Anencephalus,
- zum dritten Workshop über Geschlechtschromosomenstörungen: Klinefelter-Syndrom und Turner-Syndrom,
- zum vierten Workshop über zystische Fibrose (Mukoviszidose) und zu Muskeldystrophie Duchenne.

- zur dritten Kurswoche recherchierten die TeilnehmerInnen die Situation in ihren örtlichen Krankenhäusern, bezogen auf späte Schwangerschaftsabbrüche. Sie knüpften Kontakte zu Hebammen und KrankenhausseelsorgerInnen und machten sich vertraut mit Bestattungsmöglichkeiten.

Ziel der Recherchen war, dass die KursteilnehmerInnen sich in der gleichen Art und Weise wie dies schwangere Frauen und Paare im Falle eines Befundes tun, Wissen aneignen über die diagnostizierten Erkrankungen mit Hilfe unterschiedlichster Medien, z.B. über das Internet, durch Bücher oder Zeitschriften, durch Informationsbroschüren von Selbsthilfeverbänden oder Elterninitiativen, durch medizinische Fachbücher usw. Im Kurs wurden die Recherchen abgerufen, geordnet und gesammelt nach Diagnose, verschiedenen Ausprägungsarten, verschiedenen Prognosen, Behandlungsmöglichkeiten, Entwicklungsverläufen, Bedeutung für Eltern und Kind im Alltag, möglicher Frühförderung und sonstigen Aspekten.

Außerdem wurden jeweils GastdozentInnen eingeladen, eine Kieferchirurgin zum Thema Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, die etwas von der zu erwartenden Behandlung erzählte; sie informierte die Kursteilnehmenden in der gleichen Weise, wie sie auch betroffene Eltern informiert; ein Kinderkardiologe, der unterschiedliche Herzfehler und deren Behandlungsmöglichkeiten darstellte; ein Neuropädiater, der über Spina bifida, Operations- und Behandlungsmethoden berichtete.

Ziel dieser Einheiten war einerseits das Kennenlernen von möglichen Diagnosen, die pränatal gestellt werden können und ihren Behandlungsmöglichkeiten. Andererseits sollten die Erkrankungen aus dem Bereich der Tabuisierung herausgeholt werden. Sie sollten zur Sprache und zur Ansicht gebracht werden. Häufig neigen Beratende und Eltern zum Idealisieren einer Behinderung oder aber zur Abwehr der Realität.

Durch die Art der Vermittlung sollten die Diagnosen an Schrecken für die BeraterInnen verlieren. Sie sollten ihnen ein genaues Ansprechen und Nachfragen dieser Themen in der psychosozialen Beratung ermöglichen.

Beratungsmethodik

Das Konzept des EZI basiert auf einer eigenständigen, tiefenpsychologischen und systemischen Beratungstheorie. Darin wird das Beziehungsgeschehen zwischen Ratsuchenden und Beratenden als zentrales Mittel diagnostischen und methodischen Handelns betrachtet. Verstehensperspektiven zur Erfassung innerpsychischer Konflikte erschließen sich über die verschiedenen psychoanalytischen und systemischen Konzepte und deren Beitrag zum Verständnis der Entwicklung des Menschen.

Neben theoretischen Inputs im Plenum über z.B. Übertragung - Gegenübertragung, Angst/Abwehr und Widerstand, Erkennen von und Umgang mit Schocksituationen, Einführung in die Paarberatung, Umgang mit Trauer und Trauerbewältigung, waren die zentralen Mittel im Übungsteil Rollenspiele und Fallbesprechungen, die in Arbeitsgruppen mit vier bis sechs Personen stattfanden.

Zu den Fallbesprechungen schrieben die Kursteilnehmenden Berichte anhand ihrer Fälle aus der Beratungspraxis vor Ort. Jeder Teilnehmende sollte mindestens drei Fallberichte im Laufe der zwei Jahre einschicken und zwar:

- Fallbericht zur Beratung vor pränataler Diagnostik
- Fallbericht zur Beratung während pränataler Diagnostik
- Fallbericht zur Beratung nach pränataler Diagnostik; wenn möglich unterteilt in:
 1. bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes

2. bei Abbruch der Schwangerschaft.

Die eingereichten Fallberichte wurden in Kleingruppen unter Anleitung einer DozentIn unter der Perspektive von Diagnostik, Beratungsbeziehung, Übertragung – Gegenübertragung und methodischer Vorgehensweise besprochen.

Da in den Fallberichten sogenannte Verbatims (d.h. Gedächtnisprotokolle in wörtlicher Rede) verfasst wurden, konnte methodisch sehr gezielt an einzelnen Interventionen geübt und diese auf ihre Wirkung hin überprüft werden.

Außerdem konnte die spezielle Kooperation zwischen den mit PD befassten Professionen in diesem Fall beleuchtet und besprochen werden (Wer hat überwiesen? Mit welchem Anliegen? Welches Anliegen wird von der BeraterIn wahrgenommen und wie nimmt sie es auf?).

Ausschnitte aus einigen dieser Fallberichte werden an anderer Stelle des Berichts vorgestellt. An ihnen wird exemplarisch verdeutlicht, welche Lernfortschritte die Kursteilnehmenden machten und wie es ihnen gelang, unser Konzept mehr und mehr umzusetzen.

In zumeist inhaltlich vorgegebenen Rollenspielen bekamen die Kursteilnehmenden eine Rolleneinweisung, in der ihnen die jeweilige Situation der Frau und evtl. des Partners beschrieben wurde. Kursteilnehmende konnten sich in die Rolle der schwangeren Frau oder ihres Partners hineinversetzen und modellhaft kennenlernen, nachspüren und empfinden, wie sich die Betroffenenperspektive „anfühlt“. Sie/er konnte nachempfinden, wie unterschiedliches BeraterInnenverhalten auf sie/ihn wirkte, welche Beratungsinterventionen von der BeraterIn sie/er als hilfreich, weiterführend und lösend erlebte. Außerdem konnten sie/er in dieser Rolle bestimmte Reaktions- und Verarbeitungsweisen von KlientInnen nachempfinden, die typisch sind nach einer pränatalen Diagnose, bei der es einen schwerwiegenden Befund gegeben hat.

Diejenigen, die die Rolle der BeraterIn oder BeobachterIn einnahmen, bekamen ebenfalls Informationen für ihre Rolle. So wurde z.B. der Anruf einer pränataldiagnostischen Praxis vorgegeben und die Informationen, die ein Arzt über die Diagnose und den Gemütszustand von PatientInnen weitergibt, die er zur psychosozialen Beratung weiterverweist. Oder es wurden Informationen von KlientInnen vorgegeben, die selber in der Beratungsstelle anrufen und sich anmelden, z.B. ein paar Sätze zur Verfassung, in der die Frau/ das Paar sich befindet.

Die Teilnehmenden konnten dadurch sehr konkret erfahren, welche Wirkung unterschiedliche Interventionen haben, wie nonverbales Verhalten von KlientInnen wahrgenommen und interpretiert wird, wie die Tabus der BeraterIn die KlientInnen blockieren. Die BeobachterInnen hatten auf diese Weise Gelegenheit, mit einer anderen Intervention „auszuhelfen“ oder die Wirkung ihres eigenen, unterschiedlichen Beratungsansatzes zu überprüfen.

Durch die Beschäftigung mit den verschiedenen Erkrankungen und Behinderungen (Recherchen) und auch durch das Erleben in den Rollenspielen konnte die Bedeutung der medizinischen Diagnose für die betroffenen Eltern nachvollzogen werden. Ebenso bekamen die Kursteilnehmenden eine Ahnung von der Verarbeitung und dem Umgang mit schlechten Nachrichten nach pränataler Diagnose.

Auch schilderten sie eindrücklich ihr Erleben der psychosozialen Beratung und Begleitung in dem schwierigen Entscheidungsprozess. Nicht zuletzt hörten die TeilnehmerInnen des Curriculums von diesen Eltern auch die Schilderung ihres Lebens mit dem be-

hinderten/kranken Kind, sofern Sie sich für ein Austragen der Schwangerschaft entschieden hatten.

Betroffene Eltern wurden in den Kurs eingeladen und erzählten den Kursteilnehmenden von ihrem Erleben und ihrer Reaktionsweise bei Bekanntwerden einer pränatalen Diagnose. Sie berichteten auch über ihre Erfahrungen im Zusammenleben mit einem Kind mit Beeinträchtigung.

Selbsterfahrung

Die Selbsterfahrung spielte in allen Kursblöcken eine wichtige Rolle. Sie verlief themenbezogen anhand von Fragestellungen, die den thematischen Schwerpunkt des Kursblockes berührten; z.B. wurde im 2. Workshop ein Film über das Leben von kleinwüchsigen Menschen gezeigt. Im Anschluss daran diskutierten die KursteilnehmerInnen in kleinen Gruppen anhand bestimmter Leitfragen wie: „Welche Eindrücke, Fragen, Gefühle, Phantasien, Probleme lösen die im Film gezeigten Einzelpersonen, Paare, Familien in Ihnen aus?“

Didaktisch wurden unterschiedliche Umgangsmöglichkeiten gewählt: Film, gezielte Fragestellungen zur Selbstreflexion, Phantasiereisen/Imaginationen, Lebenslinie usw.

Zur Psychohygiene der BeraterInnen lernten die Teilnehmenden anhand von Übungen von Luise Reddemann (2002) ressourcenorientiertes Vorgehen kennen. Die Übungen wurden zur jeweiligen Kursthematik ausgesucht und durchgeführt¹².

Persönliche Entwicklung und Wachstum geschieht nicht nur in den dafür vorgesehenen Einheiten zur Selbsterfahrung, sondern auf unterschiedliche Weise. Weil die Thematik, die sich durch die Beschäftigung mit dem Themengebiet der psychosozialen Beratung bei pränataler Diagnostik ergibt, schwierig ist, Bereiche umfasst wie Tod, Leben, Schuld, Trauer, Verantwortung, Umgang mit Krankheit und Behinderung, erfordert die Praxis dieser Beratung Beratende, die bereit sind, sich mit diesen Grenzbereichen des Lebens zu beschäftigen. Deshalb war uns der ausführliche Einführungs- und Informationskurs wichtig, damit die Teilnehmenden prüfen konnten, ob sie sich diese Beratung zutrauen, und wir die Möglichkeit hatten eine Auswahl zu treffen.

Es ist uns bewusst, dass persönliche Entwicklung und Reifung Zeit braucht und einen „sicheren“ Ort. Daher sind wir der Meinung, dass ein Curriculum zur Beratung bei pränataler Diagnostik einen längeren Zeitraum braucht und sowohl eine stabile Gruppe der Teilnehmenden als auch Stabilität von Seiten der DozentInnen erfordert.

Erfahrungen mit sich selbst machten die Teilnehmenden in den Arbeitsgruppen bei der Fallbesprechung, in den Rollenspielen und auch in den theoretischen Inputs.

Die Übungen zur Selbsterfahrung sollten die Möglichkeit bieten, eigenes Wachstum und eigene Grenzen genauer zu verstehen und mit ihnen umgehen zu lernen. Nur so ist es möglich, fachkundig zu beraten.

Kooperation und Vernetzung

Bereits im Einführungs- und Informationsseminar wurde den InteressentInnen der Stellenwert der Kooperation deutlich gemacht. Wie an anderer Stelle ausgeführt, war dies einer der zentralen Punkte zur Entscheidung über die Teilnahme an dem Curriculum.

Vor Beginn des Curriculums sollten die Teilnehmenden erste Hospitationserfahrungen gemacht haben. Durch persönliches Bekanntwerden im Rahmen einer Hospitation, z.B.

¹²Die Übungen sind dem Buch von Luise Reddemann (2002) „Imagination als heilsame Kraft“ entnommen

in einer gynäkologischen, in einer pränataldiagnostischen, in einer humangenetischen Praxis, in einem integrativen Kindergarten, bei einer Elternselbsthilfegruppe usw., wurden Kontakte geknüpft. Betroffene Frauen/Paare werden von ÄrztInnen zur psychosozialen Beratung geschickt, wenn die BeraterInnen bekannt sind. Andererseits können die BeraterInnen Frauen/Paaren im Entscheidungsprozeß Kontakte zu Betroffenen vermitteln. Diese können berichten, wie sie den Alltag mit einem Kind mit der jeweiligen Erkrankung/Behinderung bewältigen. Die BeraterInnen können außerdem an MedizinerInnen verweisen, die spezielle weiterführende Informationen geben können_z.B. Neuropädiater, Kinderkardiologe usw.

Durch mehrmalige Hospitation in den gleichen Praxen, durch Telefonate hin und her und durch Gespräche wird persönliches Kennenlernen ermöglicht und dadurch eine Vertrauensbasis zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen hergestellt. Außerdem werden genaue Kenntnisse über das Arbeitsfeld der jeweiligen Berufsgruppe in Abgrenzung zur eigenen Berufsgruppe und ihrer Arbeitsaufträge gewonnen. Dieser Prozess der gegenseitigen Annäherung braucht Zeit. Die Kursteilnehmenden brauchen den Austausch untereinander und Ermutigung von Seiten der Dozentinnen. Qualitätszirkel, die inzwischen in manchen Städten eingerichtet wurden, unterstützen diesen Prozess.

Interdisziplinarität

In einem Curriculum, in dem Kooperation die Voraussetzung einer gelingenden Arbeit ist, ist es sinnvoll, die Kursteilnehmenden aus unterschiedlichen Professionen auszuwählen. Das ermöglicht persönliches Kennenlernen und Austausch untereinander. Die DozentInnen und GastdozentInnen sind wie die Kursteilnehmenden in unterschiedlichen Professionen beheimatet. Dadurch wurden die verschiedenen Methoden der jeweiligen Profession deutlich und unmittelbar demonstrierbar.

Das **Leitungsteam** setzte sich zusammen aus

Renate Brünic (Ärztin und Psychosozialen Beraterin), Sabine Hufendiek (Diplompädagogin, Paarberaterin und Supervisorin) und Annelene Meyer (Diplompsychologin, Psychoanalytikerin und Paartherapeutin).

GastdozentInnen waren

Adam Gasiorek-Wiens (Pränataldiagnostiker, Berlin), Prof. Dr. Werner Greve (Psychiater, Berlin), Dr. Regine Lutterbeck und Dr. Ulrike Schöneck (Gynäkologinnen, Berlin), Dr. Heidemarie Neitzel (Humangenetikerin, Berlin), Dr. Carola Lauster (Kieferchirurgin, Berlin), Dr. Theodor Michael (Neuropädiater, Berlin), Dr. Jeanne Nicklas-Faust (Internistin, Bundesvorstandsmitglied der Lebenshilfe), Dr. Lothar Schmitz (Kinderkardiologe, Berlin), Cornelia Federn-Ronacher (Eltern beraten Eltern von behinderten und nichtbehinderten Kindern, Berlin), PD Dr. Dierk Starnitzke (Theologe und Ethiker, Bielefeld), Ingrid Hamel (PfarrerIn und Krankenhauseelsorgerin, Berlin) sowie Prof. Dr. Gerhard Wolff (Humangenetiker und Psychotherapeut, Freiburg).

Die Teilnehmenden empfangen in den Theorieeinheiten wichtige Informationen über die verschiedenen Phasen in Bezug auf PD. Durch die Hospitationen lernten sie, wie die unterschiedlichen Professionen (Humangenetiker, Pränataldiagnostiker, Gynäkologen, Hebammen usw.) mit pränataler Diagnostik umgehen, und wo jeweils die Möglichkeiten und Grenzen liegen. In der KlientInnenperspektive lernten sie typische Reaktions- und Verarbeitungsweisen kennen. Sie erlebten Konflikte und wurden eingeführt in Situationen, in denen sich für Klienten ein existentieller Zwang zur Entscheidung ergibt.

3.3.1 Psychosoziale Beratung vor PD – Kurs 1 (Block2)

Kommentar

In der ersten Kurswoche ging es um das Erlernen der Grundelemente der psychosozialen Beratung im Kontext PD. Es war uns wichtig, die Kursteilnehmenden in der Reihenfolge mit Schwangerschaft und pränataler Diagnostik zu konfrontieren, wie es Frauen und Paare erleben. Auftakt war das Referat „Der Weg der Frau/des Paares vom Kinderwunsch bis zum Erleben der Schwangerschaft“. Dabei war es einerseits wichtig, das intrapsychische Geschehen der Frau/ des Paares im Erleben von Schwangerschaft zu verdeutlichen und auf der anderen Seite einen Abriss der gesellschaftlich-historischen Situation zu geben: von der Schwangerschaft als genuiner „Frauensache“ in der Hand von Hebammen hin zu der Schwangerschaft als Bereich, den Medizin und Technik und damit überwiegend Männer übernommen haben.

Der erste Kontakt der schwangeren Frau ist normalerweise die FrauenärztIn, danach kommt u.U. sehr schnell die Vermittlung an pränataldiagnostische Fachdisziplinen: Ultraschall-Schwerpunktpraxen und Humangenetik. Die Kursteilnehmenden sollten Grundkenntnisse in diesen Bereichen erwerben. Und sie sollten das eigene Profil der psychosozialen Beratung im Kontext PD kennen- und umsetzen lernen. In der Ethikeinheit ging es um den eigenen ethischen Standpunkt und das Angebot, im „Liebesgebot“ eine Brücke zu finden zu den Standpunkten der Klienten, die sich eventuell vom eigenen Standpunkt unterscheiden und dadurch Spannung erzeugen. Das Liebesgebot Jesu ist christlichen Ursprungs. Es bietet zugleich nicht christlich geprägten Kursteilnehmenden Analogiefähigkeit an.

Zur ersten Kurswoche hatten die Kursteilnehmenden die Aufgabe, sich mit dem Down-Syndrom zu beschäftigen und zu recherchieren (pränatal diagnostizierbare Hinweiszeichen, verschiedene Ausprägungsformen und Symptomatiken, Entwicklungsverläufe, Förderungsmöglichkeiten, staatliche Hilfen und Selbsthilfeeinrichtungen, familiäre Lebensformen mit dieser Behinderung), mit dem Ziel, diese Informationen auszutauschen und sich im Sprechen darüber zu üben, um - im Kontakt zu Betroffenen - mit deren Fragen und Anliegen umgehen und diese aufnehmen zu können und ggf. Kooperationspartner zu vermitteln.

In den unterschiedlichen Teilen ging es immer wieder darum, in die verschiedenen Rollen zu schlüpfen (schwangere Frau, Partner, BeraterIn und BeobachterIn) und dadurch einerseits das Erleben der Betroffenen nachzuvollziehen, andererseits die Rolle der BeraterIn auszufüllen.

Speziell wurde die Methodik der Paarberatung dargestellt und eingeübt, weil im Kontext PD meist Paare in die psychosoziale Beratung kommen.

Des Weiteren wurden immer wieder Hilfen zu Kooperation und Vernetzung besprochen und in einem Demonstrationsrollenspiel praktisch eingeübt. Die Regionalgruppen wurden gebildet; sie sollten die Kursteilnehmenden zu Kooperation untereinander anregen und ermutigen.

1. TAG

15.00 – 16.00 h

Einführung in den Kurs (Plenum)

- Begrüßung und Kontaktaufnahme
- 1. Vorstellungsrunde:
 - Name, Beruf, Stelle/Träger, Bundesland,
 - viel/ wenig Erfahrungen im Kontext PD als Beraterin, ÄrztIn, Hebamme?
 - Wie bin ich hier angekommen, in welcher Verfassung/Stimmung in Bezug auf den Kurs sitze ich momentan hier?
- Einführung in PD-Curriculum
- Einführung in diese Kurswoche
- zur Zusammensetzung der festen Gruppe aus 3 Einführungsseminaren
- Überblick über den Nachmittag

16.00 – 17.15 h

Evaluation des Kurses (Fragebogen) (Einzelarbeit im Plenum)

- Vorlesen der Instruktion des Fragebogens
- Austeilen der Fragebögen
- Klären von Fragen dazu
- Ausfüllen in Einzelarbeit

17.15 – 18.30 h

Einführung in die Arbeit in 2 regionalen Arbeitsgruppen (Plenum / Arbeitsgruppen)

Ziel

- Kennenlernen der Teilnehmenden in der eigenen Region
- Anbahnung des Kontakts mit uns und untereinander für spätere Kooperation
- Austausch in kleinerer Gruppe
- Hintergrund und Transparenz der bisherigen Erfahrungen mit PD
- Klärung der Fragen und Erwartungen an diesen Kurs

Austeilen des Fragebogens zu den Erfahrungen und Kompetenzen im Kontext von PD und Erwartungen an die Fortbildung zu Beginn des Kurses I (Block 2)

Bildung der Arbeitsgruppen im Plenum

4 - 5 Gruppen werden nach Regionen gebildet (Nord, Berlin und Brandenburg, Ost, West, Süd) und anschließend in 2 Halbgruppen (Nord/Süd) aufgeteilt:

Fragestellung für die Arbeitsgruppen

- a) Welche Erfahrungen haben Sie im Kontext PD- sei es im Rahmen der täglichen Arbeit, sei es im Bereich Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung, sei es im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit oder als Hebamme? Was fällt Ihnen leicht in Bezug auf die Beratung im Kontext von PD?

- b) Welche positiven oder auch schwierigen Erfahrungen haben Sie in der Hospitation und ggf. auch Supervision hinsichtlich Organisation, Zusammenarbeit/Kooperation, Inhalten? Wir bitten sehr darum, sowohl positive als auch schwierige Punkte offen zu benennen.
- c) Welche Fragen bringen Sie mit? Wo wünschen Sie sich Austausch, Information in Bezug auf welche Inhalte? Welche Anliegen und Erwartungen haben Sie an diese erste Fortbildungswoche?

Ergebnisse auf Wandzeitungen festhalten

Vorstellung der Wandzeitungen mit den Ergebnissen der Gruppen

Programmvorstellung, Informationen zum EZI

19.30 – 20.30 h

Referat: Der Weg der Frau/des Paares vom Kinderwunsch bis zum Erleben der Schwangerschaft - Psychologische und soziologische Aspekte (Plenum)

- Gesellschaftliche, historische Entwicklung
- Entwicklung des Paares; speziell die weibliche Sicht; der Wunsch nach einem Dritten; von der Dyade zur Triade
- Innere Entwicklung; Phantasien und Wünsche der Eltern bezüglich des Kindes („perfektes Kind“)

20.30 – 21.00 h

Reflexion des Referates (Zweiergruppen)

- Welche Bedeutung hat das Gehörte für mich als Frau bzw. Mann persönlich?
- Wo bin ich persönlich berührt bzw. habe ich persönlich Erfahrungen gemacht?

2. TAG

9.00 – 10.30 h

Pränataldiagnostik als Thema in der gynäkologischen Praxis (Plenum)

Referat einer Gynäkologin

- Wie erleben Frauen/ Paare Schwangerschaftsfeststellung bis zur 1. Konfrontation mit PD
- Erleben und Umgang der FrauenärztInnen mit dieser Thematik
- Kooperation mit anderen Fachgruppen
- Kooperation: Wünsche an psychosoziale Beratung

Murmelngruppen zum Thema:

Übersetzen Sie das Gehörte auf Ihre Situation vor Ort:

- Welche Gynäkologinnen und Gynäkologen kennen Sie?
- Wie stehen diese zu der Thematik?

Möglichkeit zu Rückfragen an die Referentin

11.00 – 12.30 h

Zur Situation der schwangeren der Frau/ des Paares nach Gynäkologenbesuch (Plenum und Rollenspiel)

- Rollenspiel in Zweiergruppen mit Auswertung im Plenum
- Aufteilung der Gruppe in 12 Paare - Klären wer Schwangere, wer Mann spielt.

Rollenspielinstruktion

Zunächst Information für alle, danach noch getrennte Information für das Paar (so ausführlich informieren, damit die Teilnehmenden sich mit dem „heißen“ Kinderwunsch bei der Partner und ihrer vorausgegangenen Geschichte identifizieren können).

Das Paar

*Frau A., 34 Jahre alt, Herr A. 40 J. alt, seit 6 Jahren verheiratet, ungewollt kinderlos beide berufstätig als Akademiker, gute soziale Verhältnisse
Nach der 3. Fehlgeburt und langem Warten haben beide sehnlichen Kinderwunsch.
Frau A. ist wieder schwanger - sie ist jetzt in der 12. Schwangerschaftswoche (Ssw) - so weit war sie noch nie gekommen. Sie fängt ganz vorsichtig an, sich auf das Kind zu freuen.*

Heute am späten Nachmittag war sie bei der Gynäkologin zur Untersuchung. Ihr Mann konnte wegen einer dringenden beruflichen Verpflichtung ausnahmsweise leider nicht mitkommen. Sonst ist er immer dabei, weil auch er sich sehnlichst ein Kind wünscht.

Situation die später gespielt werden soll

Die beiden treffen sich abends zuhause und kommen ins Gespräch über den Besuch bei der Frauenärztin.

Information an die Schwangere:

Frau A. war guter Hoffnung mit leichter Freude zu ihrer Frauenärztin gegangen - wie gesagt, so weit war sie bisher noch nie in ihren drei früheren Schwangerschaften gekommen.

Heute wurde der 1. Ultraschall gemacht. Die Ärztin findet Hinweise für Auffälligkeiten, eine fragliche Verdickung am Nacken.

Sie hat der Frau geraten, dies genauer bei einem speziellen Pränataldiagnostiker abklären zu lassen.

Meistens sei zwar alles in Ordnung, aber diese Verdickung kann auch mal ein Hinweis sein, dass chromosomal-genetisch etwas nicht stimmt oder ein Herzfehler besteht. Der Spezialarzt kann klarer sehen, ob da was dran ist. Einen evtl. Herzfehler kann er allerdings genauer erst in 10 Wochen feststellen.

Die Frauenärztin hat auf Wunsch der Frau sofort einen Termin mit dem Pränataldiagnostiker für den nächsten Morgen telefonisch reservieren lassen – vorbehaltlich des Gesprächs mit dem Ehemann.

Die Frau geht total verunsichert nach Hause; sie muss noch 2 Stunden auf ihren Mann warten, bis sie ihm von der gynäkologischen Untersuchung erzählen kann.

Information für den Mann

Einstimmung des Mannes, um mit der Hoffnung, gebremsten Freude und Anteilnahme an der Schwangerschaft der Frau in Kontakt zu kommen. Er war auf einer wichtigen Konferenz, dachte aber immer wieder an seine Frau und wie es wohl bei der gynäkologischen Untersuchung war. Er wünscht sich sehr das Kind und fängt an, sich zu freuen, aber ist auch etwas unsicher, weil die Freude in der Vergangenheit schon so oft enttäuscht wurde. Darum ist er auch sehr neugierig darauf, was seine Frau von der Untersuchung erzählt. Nur zu gerne wäre er dabei gewesen, um sich selbst zu vergewissern. Er kommt ganz gespannt nach Hause, umsorgt seine Frau liebevoll und stellt ihr viele Fragen. Insgesamt ist er sehr auf seine Frau bezogen.

Rollenspiel zu zweit: ca. 15 Minuten (bis ca. 11.30 h)

Auswertung des Rollenspiels (11.30 bis 12.30 Uhr)

I) Reflexion aus Sicht der Betroffenen aus der Rolle heraus

a) alle „Schwangeren“ in den Innenkreis bitten

Frage an die Schwangeren: Welche Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Fragen beschäftigen Sie?

b) alle Väter in den Innenkreis bitten

Frage an die „werdenden Väter“: Welche Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Fragen beschäftigen Sie?

II) Gemeinsame Reflexion in der Gesamtgruppe:

a) Gibt es einen Konflikt - für sie, für ihn oder zwischen beiden?

b) Gibt es einen Entscheidungs-Konflikt pro und contra PD ?

Kommentar

Hintergrund der Reflexion ist Bewusstmachen der Situation der Frau/ des Paares mit dem Ziel der Vorsicht vor vorschnellen moralischen Urteilen oder Verurteilungen: Frauen sind schon in der PD beim Gynäkologen und kommen in ihrer Not, mit ihrer Verunsicherung, Verstörung ihrer Hoffnung und Freude auf ihr Kind im Allgemeinen nicht in die Situation um zu überlegen, was passiert, wenn sie die PD (nicht) in Anspruch nehmen würden. Sie wollen nur wissen, was los ist und was dran ist an den Hinweisen.

14.30 – 17.30 h (mit Pause von 16.00 – 16.30 h)

Referat eines Gynäkologen und Pränataldiagnostikers (Plenum)

Pränataldiagnostische Spezialpraxis

- Pränataldiagnostische Beratung allgemein und speziell vor PD
- Voraussetzungen bei der Frau / Paar vor Durchführung

Pränataldiagnostische Methoden

- Welche unterschiedliche nicht-invasiven / invasiven Methoden gibt es?
- Wann und bei wem werden sie durchgeführt?
- Vor- und Nachteile, Möglichkeiten und Grenzen der Methoden?
- Mit welchen Risiken sind sie behaftet?

Pränatale Diagnostik

- Was kann diagnostiziert werden?

- Typische Hinweiszeichen und Krankheitsbilder
- Bedeutung und Konsequenzen der PD für die Schwangere / das Paar?

Beratung während und nach PD

- Kooperation mit anderen Fachgruppen
- Kooperation: Wünsche an psychosoziale Beratung

Möglichkeit zu Rückfragen an den Referenten

17.30 – 18.00 h

Austausch zum eigenen Erleben (Kleingruppen)

- Wie geht es mir jetzt nach diesen Ausführungen des Pränataldiagnostikers?
- Welche Gefühle, welche Fragen beschäftigen mich ganz persönlich?

18.00 -18.30 h

Austausch zu Anforderungen an BeraterInnen zu Beratung im Kontext PD (Halbgruppen mit DozentInnen)

Was brauchen Frauen/Paare von mir als psychosozialer BeraterIn?

Instruktion zur Reflexion

Versetzen Sie sich dazu noch einmal in die Situation des Paares A. von heute Mittag und stellen Sie sich vor, das Paar hat den für sie reservierten Termin in der Pränataldiagnostischen Spezialpraxis in Anspruch genommen, sich jedoch bisher nur informieren lassen. Die beiden lehnen zum jetzigen Zeitpunkt jede weitere Diagnostik wie Chorionzottenbiopsie o.ä. ab. Sie sind sehr verunsichert und brauchen unbedingt ein sortierendes Beratungsgespräch.

Was meinen Sie, braucht dieses Paar von Ihnen als psychosozialem Berater bzw. Beraterin?

3.TAG

9.00 – 10.30 h

Einführung in die Ethik und Schritte ethischer Urteilsbildung (TheologIn, Plenum, Einzelarbeit)

Reflexionsphase (9.00 – 9.45 h)

Einzelarbeit ca.15 Minuten

Frage an die Teilnehmenden:

- a) Was ist Ihr oberster ethischer Leitsatz?
- b) Was ist der oberste Leitsatz Ihrer Institution?

Nach der Einzelarbeit hat jede/r seinen eigenen ethischen Leitsatz auf einer farbigen Karte festgehalten. Jede/r kommt nach vorne, liest seinen Satz vor und heftet die Karte an eine Pinnwand. Austausch in kleiner Gruppe: Gibt es Unverträglichkeiten zwischen eigenen ethischen Prinzipien und denen der Institution?

Informationsphase (9.45 – 10.30 h)

Das Liebesgebot als ethisches Prinzip (Vortrag und gemeinsame Arbeit an Römer 13, 8 – 10)

Thesen:

- Es gibt in der christlichen Ethik keine Festlegung auf bestimmte materielle Inhalte.
- Das Liebesgebot bietet eine formale Struktur, nach der man sich ethisch orientieren kann.
- Die konkreten ethischen Leitsätze (z.B. „Gebote“ wie „Du sollst nicht töten“ lassen sich von dieser Struktur her verstehen und (re)interpretieren.
- Das Liebesgebot setzt das Selbst und den Nächsten als selbständige Subjekte voraus.

11.00 – 12.30 h

Rollenspiel (Kleingruppen, Plenum)

Bildung von 5 Kleingruppen à 4, 1 Gruppe à 5 Personen: Paar (Frau und Herr A.), Beraterin, Beobachter bzw. 2. Beraterin

Rollenspiel (30 Minuten)

Frau und Herr A. kommen, nach dem Besuch beim Pränataldiagnostiker in die Beratungsstelle. Sie haben sich die Informationen seitens des Arztes angehört, haben sich Bedenken erbeten. Sie haben sich zur psychosozialen Beratung angemeldet, weil sie noch einmal über alles sprechen und ihre Gefühle sortieren wollen und sie auch eine Entscheidung treffen müssen, ob sie die Pränatale Diagnostik in Anspruch nehmen wollen oder nicht.

Plenum: Auswertung des Rollenspiels - Perspektive des Paares / der BeraterIn

- Gesprächsführung
 - Ethische Perspektive
- a) Fragen an die Paare:
- Was haben Sie sich gewünscht?
 - Gab es einen Konflikt bzw. Konflikte? Welche?
 - Was war hilfreich / schwierig für das Paar in der Beratung?
- b) Fragen an die Berater- / BeobachterInnen:
- Was war leicht / schwierig für Sie?
 - Was war Ihr Konflikt bzw. Konflikte?
 - Was hat Sie unter ethischen Gesichtspunkten beschäftigt?
- c) Zusammenfassung unter ethischen Aspekten
- Evtl. Zusammenfassung unter beraterischen Aspekten

14.30 – 16.00 h

Pränataldiagnostik aus Sicht eines/r HumangenetikerIn und PsychotherapeutIn (Referat, Plenum)

- Humangenetische Beratung im Kontext von, auch vor Pränataldiagnostik Informationen seitens des Arztes

Voraussetzungen bei der Frau/Paar vor Durchführung

Wer kommt zur Beratung? Von wem, warum und zu welchem Zeitpunkt geschickt?

Humangenetisches Beratungskonzept Freiburg

- Humangenetische Methoden, Tests
Welche unterschiedlichen Methoden/Tests gibt es?
Vor- und Nachteile, Möglichkeiten und Grenzen?
- Humangenetische Diagnostik im Kontext von Pränataler Diagnostik
Was kann diagnostiziert werden?
Typische Entwicklungsstörungen und Erkrankungen
Bedeutung und Konsequenzen der PD für die Schwangere / das Paar?
- Kooperation mit anderen Fachgruppen
- Kooperation: Wünsche an psychosoziale Beratung

16.30 – 17.00 h

Fallbeispiel als Demonstrationsrollenspiel zur humangenetischen Beratung (Plenum)

Mit Hilfe eines Demonstrationsrollenspiels soll die Kursgruppe über Inhalte und Abläufe einer typischen humangenetischen Beratung anschaulich in Kenntnis gesetzt werden, um das Erleben der Klienten beispielhaft nachvollziehen zu können. Zwei Kursteilnehmende spielen ein Paar, das zur humangenetischen Beratung kommt. Sie haben wenig Informationen über ihre Familien, aber eine „verrückte“ Tante.

Rückfragemöglichkeiten an den/die HumangenetikerIn

17.30 – 18.30 h

Selbsterfahrungsaspekt / eigene ethische Position (Kleingruppen)

Austausch zu den Fragen:

- a) Wie geht es mir jetzt nach den Ausführungen der HumangenetikerIn?
Welche Gefühle und Fragen beschäftigen mich ganz persönlich?
- b) Was brauchen Frauen/Paare von mir als psychosozialer BeraterIn?
Versetzen Sie sich dazu in die Situation der Frau/des Paares aus dem Demonstrationsrollenspiel/Fallbeispiel aus der Humangenetik

4.TAG

9.00 – 10.30 h

Referat eines/r HumangenetikerIn (auch PsychotherapeutIn) (Plenum)

Strukturelle-institutionelle Informationen: Regeln, Richtlinien etc.

- Unterscheidung von gynäkologischer, genetischer, psychosozialer Beratung
- Stellenwert der ärztlich-gynäkologischen und der genetischen Beratung
- Stellenwert der psychosozialen Beratung aus ärztlicher Sicht
- Richtlinien der Bundesärztekammer / Richtlinien der genetischen Diagnostik
- Bewertung und Interpretation der medizinischen Indikation im Kontext PD

- § 218 Absatz 2, Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung
- aktuelle Praxis der Indikationsstellung

11.00 – 12.30 h

Das Down-Syndrom (Plenum)

Ziele:

- Informationen zu medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie
- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens

Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information:

- Wo recherchiert?
- Sammeln und ordnen nach:
 - Diagnose
 - Ausprägungsart
 - Prognose
 - Behandlungsmöglichkeiten
 - Entwicklungsverlauf
 - möglicher Frühförderung
 - Bedeutung im Alltag

Klärung von Fragen und Informationen seitens des/r HumangenetikerIn

14.00 – 15.00 h

Film: „In guter Hoffnung“

Dauer 55 Minuten; Frauen, die sich für/gegen PD und für/gegen Abbruch entschieden haben und mit einem behinderten Kind leben, kommen zu Wort.

Kurze Aussprache über den Film (Interventionsmethoden, Ziele der psychosozialen Beratung in dieser Phase)

15.00 – 16.00 h

Brainstorming zu Stellenwert und Aufgaben psychosozialer Beratung im Kontext von PD (Plenum, Kleingruppen)

Nach kurzer Einführung mit Vorstellung des Programms am Nachmittag Bildung von vier Kleingruppen à 6 bzw. 7 Personen. Dabei sollten sich die TN aus den medizinischen Bereichen auf die Kleingruppen verteilen.

45 Minuten Brainstorming zu folgenden Fragen, die den Kursteilnehmenden als Arbeitsblatt ausgehändigt werden:

- 1a Worin sehen Sie den Stellenwert psychosozialer Beratung allgemein im Kontext von PD?
- 1b Was sind die Aufgaben und Inhalte psychosozialer Beratung allgemein im Kontext von PD
- 2 Wie ist die Abgrenzung gegenüber anderen Beratungsbereichen:
 - a) medizinischer Beratung im Kontext von PD?

- b) anderer psychologischer Beratung (z.B. Ehe-, Familien- und Lebensberatung)
- 3 Worin besteht der Unterschied zur Beratung nach § 219?

Ergebnisse auf Wandzeitungen festhalten und im Plenum vorstellen.

16.30 – 17.15 h

Kompetenz als Psychosoziale Beraterin und Fragen der Kooperation (Plenum)

Ziel

Den eigenen Standpunkt, Stellenwert und das Aufgabengebiet (er-)klären und die eigenen Stärken und Kompetenzen anderen Kooperationspartnern vermitteln.

Leitfragen:

Wie mache ich mich gegenüber anderen Kooperationspartnern als psychosoziale Beraterin attraktiv?

Was leistet psychosoziale Beratung?

Wo brauchen sich die Kooperationspartner gegenseitig?

Einzelarbeit (10 Minuten)

Jede/r in der Gruppe notiert für sich auf Kärtchen:

- Worin besteht meine Kompetenz als psychosoziale BeraterIn?
- Was ist meine Stärke?

Demonstrationsrollenspiel

Eine TN stellt sich einem niedergelassenen Gynäkologen als psychosoziale Beraterin vor. Sie stellt die Arbeit der Beratungsstelle und ihre spezielle Kompetenz als psychosoziale Beraterin im Kontext PD vor, mit dem Ziel einer zukünftigen Kooperation.

17.15 – 18.30 h

Üben im Rollenspiel: Einzelberatung anhand eines Falles (Klein- oder 2 bzw. 3 Arbeitsgruppen)

Ziel

- Üben der Kontaktphase und Klärung des Anliegens der Frau
- Gesprächsführung mit Einzelnen

Rollenspiel

Frau B. kommt allein ohne ihren Ehemann zum Gespräch. Bei der Anmeldung zur Beratung wurde gefragt, ob der Partner mitkommen wolle, aber Frau B. hatte gesagt, sie wolle auf jeden Fall erst einmal alleine zum Gespräch kommen.

Frau B. ist 29 Jahre alt und in der 11. Woche schwanger. Es ist ihre 2. Schwangerschaft.

Sie hatte vor 2 Jahren einen Sohn geboren, der nach 4 Wochen starb. In der 1. Schwangerschaft wurde keine spezielle Pränataldiagnostik durchgeführt. Der Sohn hatte Down-Syndrom und einen sehr ausgeprägten Herzfehler. Er kam gleich nach der Geburt in die Kinderklinik und wurde nach wenigen Tagen operiert. Es sollte noch min-

destens eine weitere Operation folgen. Er erholte sich aber nicht nach der ersten Operation und starb in der Klinik.

Frau B. hatte den Sohn täglich besucht, teilweise auch in der Klinik übernachtet.

Sie hat sich nur schwer vom Tod des ersten Kindes erholt und ist jetzt auch ganz zwiespältig wieder schwanger zu sein.

Ihr Mann, Eltern, Schwiegereltern und ihr Gynäkologe möchten sie jetzt überzeugen, alle PD der Welt in Anspruch zu nehmen.

Frau B. ist sich aber noch nicht sicher, ob sie das möchte und ob das gut ist.

Auswertung (Plenum)

Frage an die Beraterin:

Was hat sie wahrgenommen:

- a) In welcher Verfassung kam die Frau? Hat sich die Verfassung im Verlauf des Gesprächs geändert?
- b) Welche Gefühle, Körperempfindungen, Vorstellungen hat der/die BeraterIn bei sich selbst wahrgenommen?
- c) Welches Anliegen der Frau hat die Beraterin herausgehört?

Frage an die Frau:

- a) In welcher Verfassung kam sie? Hat sich die Verfassung im Verlauf des Gesprächs geändert?
- b) Welche Anliegen hatte sie an die Beratung?
- c) Fühlte sie sich in ihrem Anliegen verstanden und aufgenommen?
- d) Welche Interventionen waren hilfreich?
- e) Welche Interventionen waren schwierig?

Frage an die Gesamtgruppe:

- a) Was war Ihr Eindruck?
- b) Wie haben Sie sich gefühlt?
- c) Was glauben Sie, waren die Anliegen von Frau B.? Was hat sie gebraucht?
- d) Was sind mögliche alternative Interventionen?

5. TAG

9.00 – 9.45 h

Kurze Einführung zur Paarberatung (Plenum)

- Ambivalenzkonflikt; wie lösen Paare häufig Ambivalenzen auf, wie kann ich in der Beratung damit umgehen?
- Gesprächsführung mit Paaren im Unterschied zur Gesprächsführung mit Einzelnen

Besonderheiten von Paarberatung im Kontext PD werden zusammengetragen und an der Tafel festgehalten.

9.45 – 10.30 h

Rollenspiel: Üben anhand eines Falles zur Paarberatung vor pränataler Diagnostik (3 Arbeitsgruppen mit Dozenten)

Rollenspiel

Das Ehepaar C. kommt gemeinsam zum Gespräch.

Frau C. ist 36 Jahre alt, von Beruf Orchestermusikerin, Herr C. ist 42 Jahre alt, Computerfachmann.

Das Paar hat einen gemeinsamen 6-jährigen gesunden Sohn. Beide Partner sind voll berufstätig.

Jetzt ist Frau C. wieder schwanger - in der 10. Woche.

Die Schwangerschaft war zwar nicht geplant, aber Herr C. freut sich riesig.

Frau C. hat sich zwar mittlerweile entschieden, das Kind zu bekommen. Sie möchte allerdings ganz sicher sein, dass das Kind gesund ist und darum alle pränataldiagnostischen Untersuchungen machen lassen.

Herr C. findet das nicht o.k.. Er meint, er könne das nicht verantworten – sozusagen die „Qualität“ des Kindes zu überprüfen. Er habe sich im Internet und sonst wo belesen und wisse, dass man, wenn etwas beim Kind gefunden würde, eigentlich in den meisten Fällen nur die Wahl habe einen Abbruch machen zu lassen oder nicht. Für ihn sei es jetzt bereits ein gemeinsames Kind.

Frau C. sieht das anders: Sie wünsche sich natürlich auch nicht, dass etwas gefunden würde. Sie könne sich aber nicht vorstellen, ein krankes oder behindertes Kind zu haben. Sie würde einen Abbruch machen lassen.

Auswertung:

Frage an die BeraterIn:

- a) Welche Gefühle, Körperempfindungen, Vorstellungen hat die BeraterIn bei sich selbst wahrgenommen?
- b) Wie hat sie die Frau wahrgenommen? Wie den Mann? In welcher Verfassung waren beide?
- c) Welche Anliegen hat die BeraterIn bei der Frau wahrgenommen?
- d) Welche Anliegen hat die BeraterIn beim Mann wahrgenommen?
- e) Haben Sie Unterschiede zwischen den Anliegen der beiden Partner wahrgenommen?
- f) Wie sind Sie mit den Anliegen der beiden umgegangen?

Frage an die Frau:

- a) In welcher Verfassung kamen Sie? Hat sich die Verfassung im Verlauf des Gesprächs geändert?
- b) Welche Anliegen hatten Sie an die Beratung?
- c) Fühlten Sie sich in Ihrem Anliegen verstanden?
- d) Hat sich Ihr Anliegen von dem Ihres Mannes unterschieden?
- e) Fühlten Sie sich in Ihrem Anliegen gleichwertig zum Anliegen Ihres Mannes verstanden und von der BeraterIn aufgenommen?
- f) Welche Interventionen waren für Sie hilfreich?
- g) Welche Interventionen waren schwierig?

Frage an den Mann:

- a) In welcher Verfassung kamen Sie? Hat sich die Verfassung im Verlauf des Gesprächs geändert?
- b) Welche Anliegen hatten Sie an die Beratung?
- c) Fühlten Sie sich in Ihrem Anliegen verstanden?
- d) Hat sich Ihr Anliegen von dem Ihrer Frau unterschieden?

- e) Fühlten Sie sich in Ihrem Anliegen gleichwertig zum Anliegen Ihrer Frau verstanden und von der BeraterIn aufgenommen?
- f) Welche Interventionen waren für Sie hilfreich?
- g) Welche Interventionen waren schwierig?

Frage an die Gesamtgruppe:

- a) Was war Ihr Eindruck? Wie haben Sie sich gefühlt? Haben Sie sich mehr auf der Seite einer der beiden Partner gefühlt?
- b) Was glauben Sie, brauchte sie, was er? Gab es einen gleichberechtigten Umgang mit dem Anliegen/Konflikt der beiden?
- c) Was sind mögliche alternative Interventionen, um beide in Ihrem Konflikt aufzunehmen und ein Verstehen des Konflikts als gemeinsamen Beziehungskonflikt zu ermöglichen?
- d) Wie sehen Sie den Umgang mit dem ethischen Konflikt für das Paar als Beratender?

11.00 – 12.30h

Fallbesprechung anhand eines schriftlichen Fallberichts einer Paarberatung (2-3 Arbeitsgruppen)

Ziel

Kennenlernen einer schriftlichen Falldarstellung als Beispielfall für eine zukünftige schriftliche Falldarstellung.

15 Minuten Einzelarbeit: Lesen des Fallberichts

Danach Besprechung des Falles unter den folgenden Aspekten:

- Anliegen der beiden Partner an die Beratung
- Dynamik und Interaktion des Paares
- Kooperation mit der GynäkologIn
- Methodisches Vorgehen der BeraterIn
- Gegebenenfalls alternative Herangehensweise der TN
- Alternative Interventionen finden

14.30 – 15.00 h

Absprachen in den Regionalgruppen (Kleingruppen)

Schwerpunkt:

- Kooperation und persönlicher Kontakt
- Evtl. Bildung von Interventionsgruppen
- Sammeln offener Fragen an uns bzgl. Hospitation, Supervision, Anbahnung von Kooperation

15.00 – 16.00 h

Abschluss (Plenum)

1. Absprachen für die Zukunft:

- a) Ausblick auf den Workshop I
- b) Recherchen zu folgenden Erkrankungen für Workshop I:

- Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte
 - Spina bifida (offener Rücken)
Recherchen sowohl im Blick auf die unterschiedlichen Ausprägungen der Erkrankungen als auch im Blick auf therapeutische Möglichkeiten, Entwicklungs- und Fördermöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, Informationen für und von Betroffenen.
- c) Falldokumentation:
Erstellen eines schriftlichen Fallberichts in der Phase vor Pränataldiagnostik
Austeilen eines Leitfadens für einen schriftlichen Fallbericht in der Phase vor Pränataler Diagnostik
Erstellen eines Fallberichts zum ersten oder zweiten Workshop
Dokumentation aller Beratungsfälle anhand der Dokumentationsbögen aus dem Buch von Lammert et. al. (2002, S. 176-191)
- Fragebogen für die BeraterIn
 - Fragebogen für KlientIn
 - Erläutern der Aufgaben anhand der Zusammenstellung auf einem Extrablatt.
- Ziel dabei ist die Dokumentation zum Zwecke der Evaluation für das Curriculum, aber vor allem auch zur Evaluation der eigenen Beratungen, sowie einer Dokumentation der Beratungen für Beratungsstelle und Träger vor Ort
- d) Hospitation (Wo? Wie lange? Klärung offener Fragen)
e) Supervision (Wo? Wie lange? Klärung offener Fragen)

2. Informationen:

Literaturhinweise

Geschenk (vom BMFSFJ) des Buches von Lammert et. al. (2002) „Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik“ an alle Kursteilnehmenden

Internetadressen

www.praenatalsono.de Infopapier zur Pränataldiagnostischen Beratung

www.bvmedgen.de Informationen zur Humangenetischen Beratung

3. Rückblick und Auswertung der Kurswoche:

- Ausfüllen des Fragebogens zur Evaluation der Kurswoche.
- Feedback an die Dozenten
 - a) Was nehme ich persönlich mit?
 - b) Zum Programmaufbau:
 - Was hat das Lernen leicht gemacht, war gut?
 - Was war schwierig?
 - Wo sind Änderungswünsche?

4. Verabschiedung

Kommentar

In der ersten Kurswoche wurde von dem vorgesehenen Programm wenig verändert. Es gab die eine oder andere zeitliche Verschiebung. So wurde z.B. der Film anstatt am 3. Tag abends, am 4. Tag in der Mittagspause gezeigt.

Insgesamt war das Programm sehr voll und die Teilnehmenden daher nach fünf Tagen erschöpft.

Anstatt des Demonstrationsrollenspiels zur humangenetischen Beratung gab es ein Rollenspiel zur Kooperation.

Die HumangenetikerIn spielte einen Gynäkologen, eine Kursteilnehmerin eine psychosoziale Beraterin, die dem Gynäkologen die Beratungsstelle und das Angebot von psychosozialer Beratung im Kontext PD vorstellen möchte. Durch dieses Rollenspiel konnten die Kursteilnehmenden viele Anregungen zur Präsentation ihrer Profession mitnehmen.

3.3.2 Evaluation von Kurs 1 (Block 2)

Beratung vor pränataler Diagnostik: 30. Juni bis 4. Juli 2003
(ausgefüllte Fragebögen: N=21)

3.3.2.1 Zur quantitativen Evaluation von Kurs 1 (Block 2)

Zwei Drittel (66,7%) der Teilnehmenden bewerteten den Kurs mit „Sehr gut“, ein Drittel (33,3%) mit „Gut“.

In Abbildung 3.1 sind die Ergebnisse der quantitativen Evaluation dargestellt. Mehr als 90% hatten großes Interesse am Thema, eben so viele haben von der Veranstaltung profitiert, fanden den Aufbau des Seminars didaktisch überzeugend und hielten die DozentInnen für fachlich kompetent. Das Theorie-Praxis-Verhältnis wurde zu über 90% als ausgewogen betrachtet. Genau so viele hielten die Seminarinhalte für praxisrelevant und würden das Seminar weiterempfehlen. Bezogen auf die Vorkenntnisse und Erfahrungen zu diesem Thema gaben über 80% an, keine oder eher geringe Vorkenntnisse zu haben.

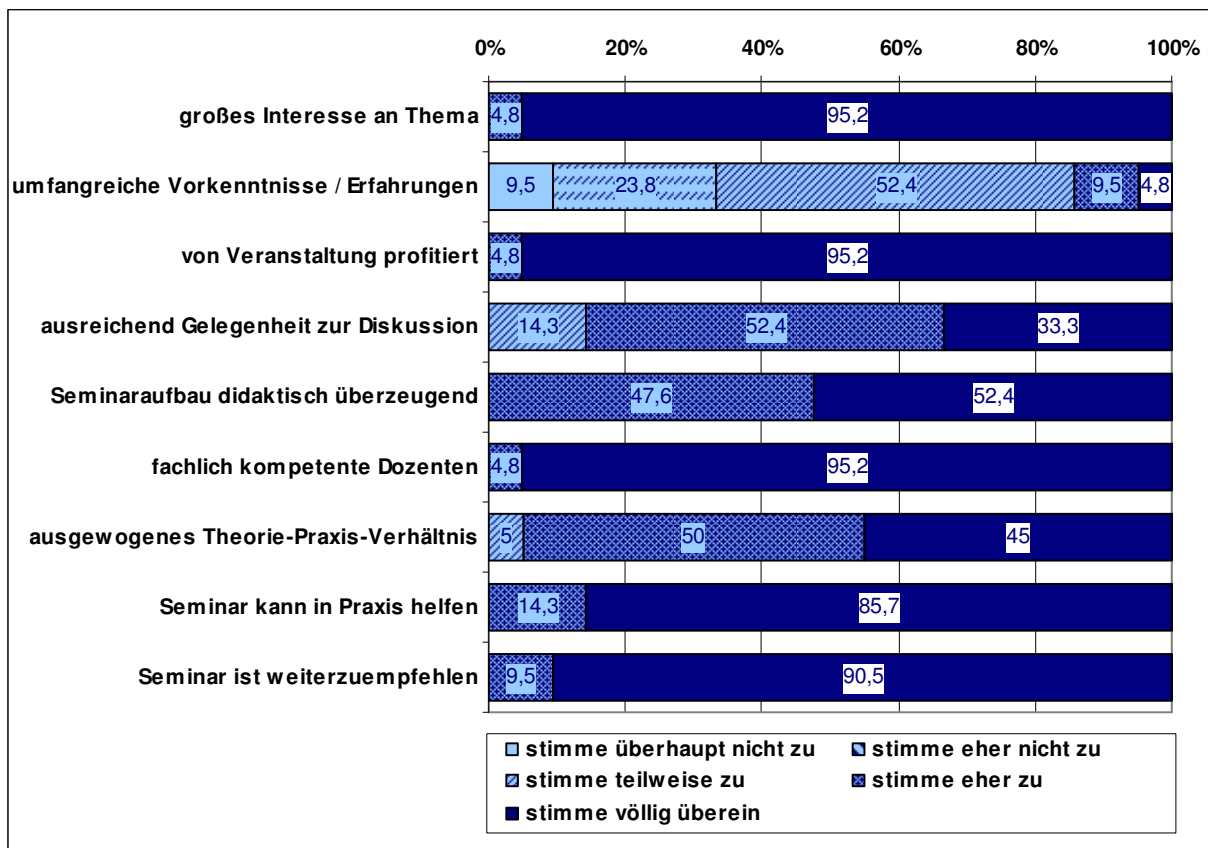


Abb. 3.1 Quantitative Evaluation des 1. Kurses

3.3.2.2 Exkurs: Qualitative Auswertung der einzelnen Kurse

Bevor die qualitative Auswertung des ersten Kurses vorgestellt wird, soll an dieser Stelle noch kurz das weitere inhaltsanalytische Vorgehen beschrieben werden:

Zur Vor- bzw. Aufbereitung des Materials haben wir zunächst alle Äußerungen der Kursteilnehmenden jeweils nach Kursblock und Frage sortiert.

Das Finden von Kategorien ist in Abbildung 3.2 schematisch dargestellt. In einem 1. Schritt nach Sichtung aller Äußerungen der Kursteilnehmenden zu den jeweiligen offenen Fragen haben wir zunächst für einen Kurs die Aussagen nach Ähnlichkeit sortiert, gruppiert und verschiedene Dimensionen zur Strukturierung der Aussagen festgelegt (z.B. didaktische Methodenvielfalt, Aufbau und Struktur, inhaltliche Themen, Kooperation etc.).

In einem 2. Schritt haben wir für jede Kategorie eine kurze Definition entwickelt. Sie diene als Operationalisierungsanweisung für die Subsumtion der einzelnen Aussagen unter die jeweilige Kategorie und brachte uns dazu, Subkategorien zu bilden.

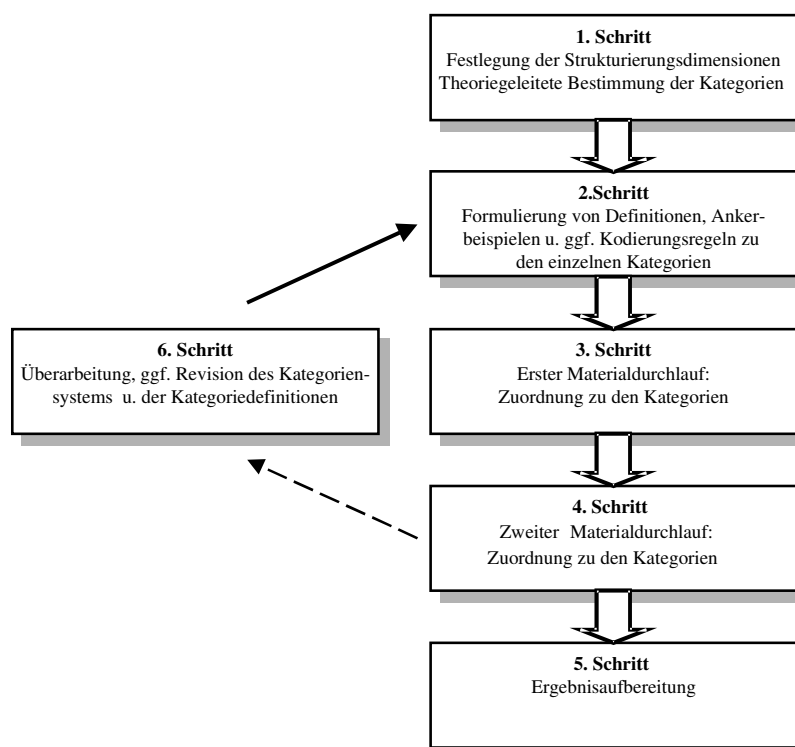


Abb. 3.2 Schematische Darstellung der vorgenommenen typisierenden inhaltlichen Strukturierung in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

In weiteren Schritten wurden die gebildeten Kategorien dann in mehreren Durchgängen von mehreren BeurteilerInnen im Gruppenverfahren systematisch auf alle Äußerungen der Kursteilnehmenden zu allen Kursen angewendet und solange moderiert, bis für sämtliche Äußerungen eine eindeutige Zuordnung zu einer Kategorie erreicht war (z.B. alle Äußerungen zu Didaktik, Arbeitsformen, Methodenvielfalt wurden der Kategorie Didaktik und zusätzlich jeweiligen Subkategorien (z.B. Rollenspiel, Fallbesprechung, thematische Selbsterfahrung, Fachreferate, Informationsvermittlung etc.) zugeordnet. Exemplarisch wurden einige Aussagen bestimmt, die die jeweilige Kategorie bzw. Subkategorie prototypisch repräsentieren und als Ankerbeispiele aufgeführt, sofern sie nicht als Subkategorie schon aussagekräftig genug waren (siehe Tabelle 3.1). Hierbei wurden kursspezifisch teilweise später weitere Ankerbeispiele formuliert.

In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse wiederum quantitativ aufbereitet. Hierzu wurden die Aussagen zu den jeweiligen Kategorien und Subkategorien ausgezählt und die Häufigkeiten summiert (siehe Tabellen im Anhang zur Qualitativen Analyse der jeweiligen Kursblöcke, in denen die jeweiligen Häufigkeiten der Kategorien und die Subkategorien enthalten sind. Im Text werden die reduzierten Tabellen aufgeführt).

Die Gruppierung der Kategorien (siehe Abbildung 3.3) nach ihrer inhaltlichen Ähnlichkeit ergab die folgenden zehn Kategorien:

1. Aufbau und Konzept
2. Kompetenz der Dozenten
3. Lernatmosphäre
4. Didaktik und Didaktische Methodenvielfalt
5. Organisation und Zeitstruktur
6. Psychosoziale Beratung
7. Ethik
8. Medizinisches Basiswissen
9. Behinderte Menschen und Behinderung
10. Kooperation und Öffentlichkeit.

Dabei lassen sich die Kategorien 1 bis 5 wiederum der Oberkategorie „Kurskonzeption“ zuordnen. Die Kategorien 6 bis 10 wiederum beziehen sich auf die vermittelten „Thematischen Inhalte“.

Hinzu kamen eine Restkategorie und eine Kategorie mit fehlenden Angaben (wenn Kursteilnehmende sich nicht zu einer bestimmten Frage geäußert hatten; wenn sie z.B. auf die Frage, „Was haben Sie im Kurs vermisst?“ sich nicht äußerten, obwohl sie zu allen anderen Fragen Aussagen gemacht hatten).

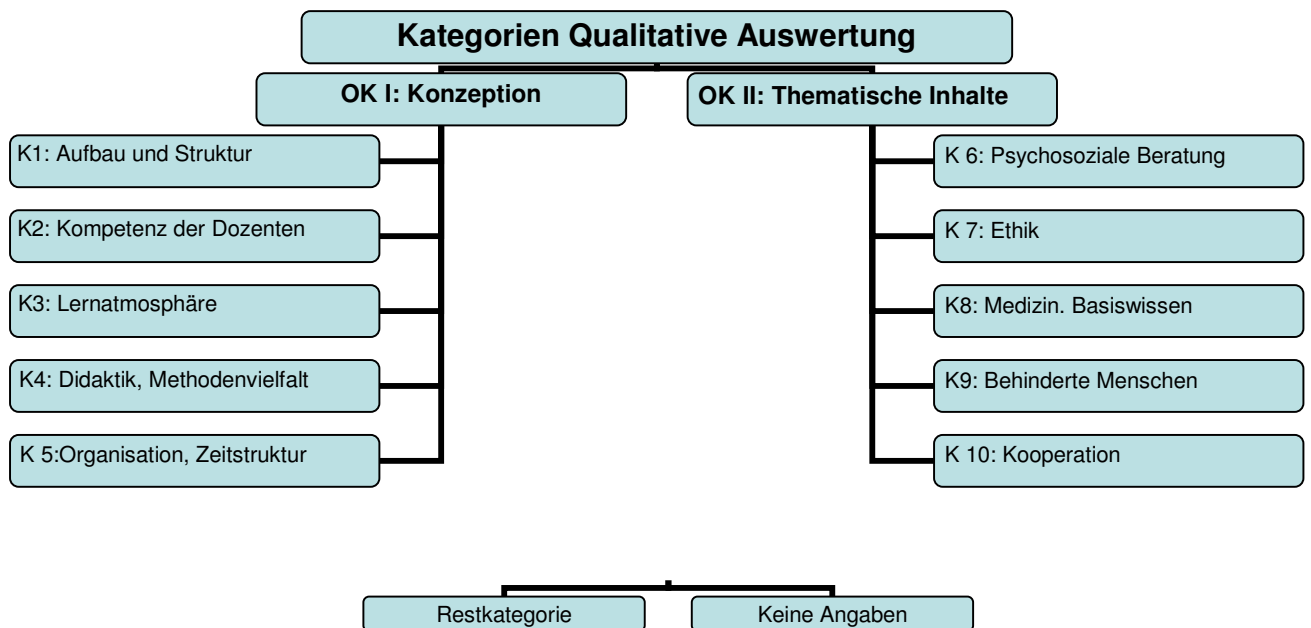


Abbildung 3.3 Typisierende themengeleitete Kategorien zur qualitativen Evaluation der Kurse. Dabei bedeutet: K= Kategorie, SK= Subkategorie und OK = Oberkategorie

Tabelle 3.1 Kategorien und Ankerbeispiele für die qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	OPERATIONALISIERENDE DEFINITION	Ankerbeispiele
K 1: Aufbau und Struktur	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf Aufbau und Struktur (Programm) der Seminare, Zusammensetzung der Teilnehmenden (Interdisziplinarität) sowie den Theorie-Praxis-Bezug beziehen: <i>SK 1: Berufsgruppen (Multidisziplinarität der Kurs- und DozentInnengruppe)</i> <i>SK 2: Didaktisch-inhaltlicher Aufbau</i> <i>SK 3: Theorie-Praxis-Bezug</i>	Interdisziplinarität bereichernd Inhaltliche Vielfalt Ausgewogenheit von Theorie und praktischem Üben
K 2: Kompetenz der Dozenten	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf die Kompetenz der DozentInnen beziehen, deren professionelle Haltung, Leitung, Adäquatheit der (Themen-) Vermittlung: <i>SK 1: Referentenkompetenz (mit Namensnennung)</i> <i>SK 2: Kurs-/Gesprächsführung</i> <i>SK 3: Leitungsteam</i> <i>SK 4: Fachreferenten allgemein</i>	Namensnennung von DozentInnen Strukturiert, ernsthaft, engagiert

K 3: Lern- atmosphäre	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf die Lernatmosphäre beziehen, wie Klima in der Gruppe, die Zusammenarbeit in der Gruppe sowie mit den DozentInnen: <i>SK 1: Kollegiale Zusammenarbeit/Offenheit in Gruppe</i> <i>SK 2: Offenheit gegenüber verschiedenen Meinungen</i> <i>SK 3: Zusammenarbeit und Austausch zwischen Gruppe und DozentIn</i> <i>SK 4: Lernatmosphäre</i>	Offenheit in der Gruppe Persönliche Ermutigung	OK I: Konzeption	
K 4: Didaktik und Methoden- vielfalt	Dazu gehören die unterschiedlichen Arbeitsformen, ihre Vielfalt und der Umgang mit den Methoden sowie gewünschte Arbeitsformen. <i>SK 1: Rollenspiele</i> <i>SK 2: Rollenspiel durch Supervision mit DozentIn</i> <i>SK 3: Fallanalyse/-besprechung</i> <i>SK 4: thematische Selbsterfahrung</i> <i>SK 5: Fachreferate/Theorie (allgemein)</i> <i>SK 6: Regionalgruppe</i> <i>SK 7: Gruppenarbeit/Kleingruppen</i> <i>SK 8: Abwechslung von Theorievermittlung und Praxisanleitung</i> <i>SK 9: Auflockerungs-/Bewegungsübungen</i> <i>SK 10: Praxisanleitung/Hilfe bei Fallsuche</i> <i>SK 11: Medieneinsatz (Film)</i> <i>SK 12: Phantasiereise</i> <i>SK 13: Austausch über Recherchen</i> <i>SK 14: Praxisaustausch in Kleingruppe</i> <i>SK 15: Informationen (allgemein)</i> <i>SK 16: Anfangsübung u.a.</i>			OK I: Konzeption
K 5: Organi- sation und Zeit- struktur	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf die Kursorganisation (Kursmaterialien, Raumverhältnisse/ Gruppengröße) und die Zeitstruktur (Einhaltung des zeitlichen Rahmens, Pauseneinhaltung, Länge des Arbeitstages und Länge der Arbeitseinheiten) beziehen. <i>SK 1: Kursorganisation</i> <i>SK 2: Zeitliche Struktur</i>	Zu viel in zu wenig Zeit Fülle des Tages Keine 12-Stunden-Tage mehr		
K 6: Psychos- oziale Bera- tung	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf die Vermittlung psychosozialer Inhalte im Kontext Pränataldiagnostik beziehen, deren Aufgaben und Stellenwert, die theoretischen Grundlagen psychologischer Beratung, Beratungsmethodik wie auch Erleben von und Einstellung zu PD aus der Perspektive der KlientInnen wie BeraterInnen: <i>SK 1: Aufgaben und Stellenwert der psychosozialen Beratung (Aufgaben, Rolle und Kompetenz, Abgrenzung zu anderen Beratungsbereichen im Kontext PD)</i> <i>SK 2: KlientInnenperspektive (Psychologische Diagnostik, Erleben Betroffener)</i> <i>SK 3: BeraterInnenperspektive (Einstellung bzgl. PD, Erleben in der Beratung, Persönliche Reaktion auf PD)</i> <i>SK 4: theoretische Grundlagen der psychologischen Beratung</i> <i>SK 5: Beratungsmethodik (Praktische Umsetzung der Theorie der Beratung im Rollenspiel, Einüben von Paarberatung, Krisenintervention, Trauerbegleitung)</i>	Anregungen, Impulse, Verbesserungen meiner Beratungsarbeit Beschäftigung mit Thema Aufgaben und Grenzen psychosozialer Beratung bei PD Bericht betroffener Eltern Selbstreflexion Ängste als BeraterIn vor speziellen PD-Themen Gesprächsführung, Umgang mit Ambivalenz, Übertragung/ Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand, Göttinger Stufenmodell Interventionsmöglichkeiten für Beratungsgespräch Mehr Theorie zu Psychologischen Grundlagen	OK II: Thematische Inhalte	

K 7: Ethik	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf die explizite Vermittlung ethischer Modelle und Reflexion ethischer Fragestellungen beziehen: <i>SK 1: Ethik (allgemein)</i> <i>SK 2: Schritte ethischer Urteilsfindung</i> <i>SK 3: Nachdenken über und Finden einer eigenen ethischen Einstellung</i> <i>SK 4: ethische Anfrage der KlientIn</i> <i>SK 5: spezielle ethische Thematik</i>	Interessant, aber schwieriges Thema Ethik zu kurz Andere ethische Modelle als christliche Schritte ethischer Urteilsbildung Finden einer ethischen Position
K 8: Medizin	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf die Vermittlung medizinischen Basiswissens beziehen (Untersuchungsmethoden, Informationen zu Erkrankungen/ Behinderungen, deren Therapiemöglichkeiten, sowie die Aufklärung durch Fachärzte über pathologische Befunde) sowie Aufgaben und Stellenwert fachärztlicher Beratung im Kontext PD (gynäkologisch, humangenetisch, pränataldiagnostisch, kinderärztlich etc.) in Abgrenzung zu Psychosozialer Beratung: <i>SK 1: Informationen zu Fehlbildungen/Behinderungen</i> <i>SK 2: Informationen zu Untersuchungsmethoden</i> <i>SK 3: Informationen zu Therapiemöglichkeiten</i> <i>SK 4: Medizinische Grundlagenkenntnisse (allgemein)</i> <i>SK 5: Info über fachärztliche Beratungsaufgaben</i> <i>SK 6: Medizinische Einrichtungen</i>	Informationen zu Down-Syndrom, Herzfehler, Trisomie 13, 18 Dass unterschiedliche Infoquellen unterschiedliche Angaben und Aussagen zu einer Behinderung machen Möglichkeiten und Grenzen der Methoden bei PD Relativierung ärztlichen Wissens Besseres Verständnis für Aufgaben von PD und Humangenetik
K 9: Behinderung	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf behinderte Menschen und Behinderungen beziehen: <i>SK 1: Info über Behindertenverbände</i> <i>SK 2: Info von Selbsthilfegruppen</i> <i>SK 3: Info über soziale und finanzielle Hilfsangebote</i> <i>SK 4: Info über Leben mit Behinderung</i> <i>SK 5: Auseinandersetzung mit Thema „Tabu und Behinderung“</i>	Besuch der Mütter von „Eltern beraten Eltern“ Infos über Verein für geistig behinderte Menschen
K 10: Kooperation	Dazu gehören alle Äußerungen, die sich auf Kooperation, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und Praxiserfahrungen der Teilnehmenden beziehen: <i>SK 1: Kooperation und Vernetzung</i> <i>SK 2: Öffentlichkeitsarbeit</i> <i>SK 3: Hospitation</i> <i>SK 4: Supervision</i> <i>SK 5: eigene Beratungen und Praxiserfahrungen</i>	Hilfe bei Vernetzung Miteinander und voneinander lernen Rollenspiel zur Kooperation Differenziertere, persönliche Sicht auf andere Berufsgruppen
Restkategorie	Dieser Kategorie wurden alle Aussagen zugeordnet, die sich nicht den anderen Kategorien zuordnen ließen.	Der Geist von Berlin
Keine Angaben	Dazu gehören Auslassungen von Angaben oder Äußerungen wie „weiß ich noch nicht“.	Kann ich noch nicht sagen.

3.3.2.3 Ergebnisse der qualitativen Evaluation zu Kurs 1 (Block 2)

Auf die offenen Fragen zur qualitativen Evaluation von Kurs 1 gab es insgesamt 334 Äußerungen (Mehrfachnennungen). Diese bezogen sich auf zwei Oberkategorien:

- Zur Konzeption der Kurse (OK I 162 Äußerungen)
- Zu thematischen Inhalten (OK II 140 Äußerungen)

Auffällig ist die hohe Zahl von positiven Antworten zur **Konzeption** (80).

Die meisten Äußerungen dazu bezogen sich auf Didaktik und Methodenvielfalt (30) z.B. Fachreferate, Rollenspiele und Fallbesprechungen.

Positiv konnotiert wurden zu gleichen Teilen die Kompetenz der DozentInnen und die gute Lernatmosphäre.

Gleichzeitig fällt bei den thematischen Inhalten die hohe Anzahl von Äußerungen zu der **wichtigsten Lernerfahrung** in diesem Kurs auf (38): diese bezogen sich auf die psychosoziale Beratung (17), z.B. „Klarheit über die Rolle als psychosoziale BeraterIn in Abgrenzung zu anderen Beratungsbereichen im Kontext PD“.

Die Vermittlung medizinischer Grundlagen und medizinischen Basiswissens war für viele Teilnehmende die wichtigste Lernerfahrung (10).

Ähnlich hoch ist die Zahl der Nennungen bei der **Frage nach dem größten praktischen Nutzen** des Kurses. 21 Äußerungen bezogen sich auf die Konzeption: die Didaktik und Methodenvielfalt wurde hervorgehoben – speziell Lernerfahrungen durch die Rollenspiele. Auch zu den thematischen Inhalten gab es eine hohe Anzahl von Nennungen (30), bei der Kategorie psychosoziale Beratung – 8 positive Äußerungen zur Einübung von Beratungsmethodik im Rollenspiel.

Die meisten **Störungen** gab es im Bereich Organisatorisches und Zeitstruktur (20).

„Weniger Zeitdruck“, oder „kleinere Gruppe, größerer Raum“ wurden z.B. genannt.

Als schwierig empfunden wurde im Bereich thematischer Inhalte die Vermittlung der Ethik (11). Zwar hatten die Teilnehmenden ein hohes Interesse an ethischen Inhalten wünschten sich aber mehr Zeit und vielfältigere Herangehensweisen.

Zur Vertiefung, Ergänzung und Veränderung zukünftiger Kurse gab es unter OK I „Zur Konzeption des Kurses“ 17 Äußerungen zu Veränderung und 3 zu Vertiefung. Eine der Äußerungen zum didaktischen Aufbau, zur Lernatmosphäre („weniger Arbeitsdruck“) und 14 zu Organisation und Zeitstruktur.

Unter OK II „Thematische Inhalte“ gab es 29 Äußerungen; 14 bezogen sich auf Ethik: überwiegend wird Vertiefung gewünscht. Zu der Frage, was zukünftig verändert werden soll, gab es 7 Nennungen; davon bezogen sich 4 auf Ethik (2 auf Ethik allgemein, 1 auf „Nachdenken über und Finden einer eigenen ethischen Entscheidung“ und 1 auf Schritte ethischer Urteilsfindung).

4 der Äußerungen beziehen sich auf psychosoziale Beratung: gewünscht wird noch mehr Paarberatung.

Auch medizinisches Basiswissen soll noch vertieft werden.

Tabelle 3.2									
Qualitative Evaluation von Kurs 1 (Block 2) ausgefüllt von N = 21 (Mehrfachnennungen)									
Kurs 1	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8	
(Block2)	Gefallen	gestört	schwierig	Vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen	
OK I Konzeption	80	24	5	7	17	5	21	3	162
K1 Aufbau und Struktur	19	1	0	0	1	0	3	0	24
K2 Kompetenz der Dozenten	13	1	0	1	0	0	0	0	15
K3 Atmosphäre	12	2	0	0	2	0	4	0	20
K4 Didaktik und Methodenvielfalt	30	0	0	2	0	5	13	1	51
K5 Organisation/Zeitstruktur	6	20	5	4	14	0	1	2	52
OKII Thematische Inhalte	10	4	16	6	7	38	30	29	140
K6 Psychosoziale Beratung	0	0	0	1	1	17	10	4	33
K 7 Ethik	3	2	11	1	4	3	3	14	41
K 8 Medizin	5	0	3	0	0	10	14	7	39
K 9 Behinderung	2	2	2	2	2	2	2	2	16
K10 Kooperation	0	0	0	2	0	6	1	2	11
Restkategorie	0	4	0	1	0	0	0	0	5
Keine Angaben	0	0	8	11	4	0	0	4	27
Summe	90	32	29	25	28	43	51	36	334

3.3.3 Psychosoziale Beratung vor PD - Entscheidung für oder gegen PD - Workshop I (Block 3)

Kommentar

Der erste Workshop sollte die Teilnehmenden mit zwei pränataldiagnostizierbaren Auffälligkeiten bekannt machen: Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und Spina bifida.

Durch die Berichte der Spezialisten, die diese Kinder behandeln, wie sie Elterngespräche führen, sollten die Teilnehmenden Behandlungsmethoden und Möglichkeiten der Therapie kennenlernen.

Die besprochenen Erkrankungen wurden in den Rollenspielen wieder aufgenommen und die KursteilnehmerInnen konnten sowohl die Perspektive der Frau/Eltern nachempfinden, als auch konkret als BeraterInnen Gesprächsführung üben und diese auswerten.

Erstmals wurden eingereichte Fallberichte besprochen und alternative Interventionsmöglichkeiten anhand der Fallberichte geübt.

In der Selbsterfahrung, die in Form einer Imagination stattfand, sollte den KursteilnehmerInnen ermöglicht werden, eigenen Gefühlen und Empfindungen nachzuspüren, sich der eigenen Haltung (auch der ethischen Einstellung) bewusst zu werden, um dadurch eine bessere Trennung von eigener Haltung und der Haltung der Klientel zu erreichen. Gleichzeitig sollte es Platz geben, sich über die Praxis vor Ort auszutauschen und sie zu reflektieren. Gegebenenfalls konnten Anregungen für die Kooperation von anderen Kursteilnehmenden aufgenommen werden.

1. TAG

14.30 – 15.00 h

Begrüßung und Kontaktaufnahme (Plenum)

Begrüßung und Einführung

- Begrüßung
- Einführung in diesen Workshop
- Bezug zum letztem Kurs, Arbeitsaufgaben, Hospitation, Supervision
- Überblick über Nachmittag

Kontaktaufnahme jedes einzelnen TN mit der Gesamtgruppe:

- Wie bin ich hier angekommen, wie sitze ich jetzt hier, in welcher Stimmung?
- Wie habe ich die 1. Kurswoche „verdaut“?

15.00 – 15.15 h

Einzelarbeit zur Evaluation und Vorbereitung auf den anschließenden Austausch in Arbeitsgruppen (Plenum)

Fragebogen zu den Erfahrungen und Kompetenzen im Kontext von PD und Erwartungen an die Fortbildung zu Beginn des Workshops I (Block 3)

15.15 – 16.15 h

**Kontaktaufnahme und Austausch in 3 regionalen Arbeitsgruppen
(West, Nord und Süd, Berlin-Brandenburg und Ost) mit DozentInnen**

Ziele:

- Kontaktaufnahme in kleinerer Gruppe, aus der Region mit Bezug zur Kooperation
- Erfahrungsaustausch bzgl. psychosozialer Beratung, Hospitation und Supervision
- Begleitung von Hospitation und Supervision
- Rückmeldung in Bezug auf die letzte Kurswoche
- Abklären der Erwartungen und Anliegen der TN in Bezug auf diesen Workshop

Inhalte des Austauschs (auf Wandzeitung für die Gesamtgruppe notieren)

(45 Minuten für den Austausch bis 16.00 h)

1. Haben Sie seit dem letzten Kurs psychosoziale Beratungen im Kontext PD durchgeführt?
 - Was gelang Ihnen gut?
 - Was war für Sie schwierig?
 - Emotional für Sie persönlich?
 - In der Gesprächsführung?
2. Welche positiven und schwierigen Erfahrungen hatten Sie seit dem letzten Kurs hinsichtlich
 - Hospitation,
 - Supervision und
 - Kooperation?
3. Welche Fragen und Erwartungen haben Sie bezogen auf diesen Workshop?

16.15 -16.30 h

Programm des Kurses (Plenum)

- Vorstellen der Ergebnisse aus den Regionalgruppen anhand der Wandzeitungen
- Programmvorstellung von unserer Seite

17.00 – 18.30 h

Austausch über Recherchen zu Spina bifida (med. Basiswissen: Diagnostik und Therapie) (Plenum)

Ziele:

- Informationen zu medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie
- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens

Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information:

- c) Wo recherchiert?
- d) Sammeln und ordnen nach:
 - Diagnose
 - Ausprägungsart
 - Prognose
 - Behandlungsmöglichkeiten

- Entwicklungsverlauf
- möglicher Frühförderung
- Bedeutung im Alltag
- sonstigen Aspekte

19.30 – 20.30 h

Referat eines/r NeuropädiaterIn: Informationen zu Spina bifida im Kontext von Pränataldiagnostik (Plenum)

Schwerpunkt: Wie führe ich ein Elterngespräch mit betroffenen Eltern?

20.30 – 21.00 h

Austausch über Referat (Plenum)

Austausch in „Murmelgruppen“

Was beschäftigt mich jetzt am meisten?

Welche Empfindungen, Vorstellungen, Fragen habe ich?

Bericht im Plenum

aus jeder „Murmelgruppe“ berichtet ein Teilnehmender über 1 - 2 zentrale Themen, die ihn beschäftigt haben.

2. TAG

9.00 - 10.00 h

Paarberatung (Plenum und Kleingruppen)

1. Rollenspiel in Vierergruppen (6 Gruppen à 4 Personen)

Ziele:

- Paarberatung, Psychologische und Psychosoziale Beratung im Kontext von Spina bifida
- Aktiver Umgang und Anwendung der erworbenen Kenntnisse zu Spina bifida auf konkreten Fall (als Betroffene oder als BeraterIn)
- Demonstration unterschiedlicher Ausprägungsarten der Erkrankung anhand der verschiedenen Paarkonstellationen
- Diagnostik: Wahrnehmen, Erkennen und Ernst-/Aufnehmen der unterschiedlichen Gefühle - Ängste und Sehnsüchte - bei Frau und Mann auf Hintergrund der Erfahrungen mit Spina-bifida-Kind und Angst vor Wiederholung
- Diagnostik: Wahrnehmen und Erkennen unterschiedlicher Verarbeitungen und Umgangsweisen mit Spina-bifida-Kind
- Beziehungsdynamik: Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragung in Paarkonstellation
- Beratungsmethodik: Paarberatung
 - Kontaktaufnahme

- Erkennen und differenzieren zwischen bewusstem und unbewusstem Anliegen bei Frau und Mann
- Aktives Aufnehmen der Informationen von Frau und Mann
- Gezieltes Nachfragen, Konkretisieren zu Ausprägung, Krankheitsbild, Auswirkung auf Paar- und Familienleben des Spina-bifida-Kindes
- Anerkennen und Würdigen der Anstrengungen, „Leistungen“ und Verantwortung der beiden Partner bzgl. des kranken Kindes
- Erkennen der und Umgang mit Ambivalenz in Paar bzw. Paarberatung
- Erkennen des Konflikts in Bezug auf ein zweites Kind
- Raum geben bzw. Verstehen und Aufnehmen der Ängste der Partner auf dem Hintergrund der Vorerfahrungen
- Differenzieren zwischen damals und heute
- Raum geben für Neues, Hoffnung, Wunsch nach einem zweiten (gesunden) Kind und verstärken
- Entlasten von Schuldgefühlen
- Hilfe zur Entscheidungsfindung im Blick auf Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik – ja oder nein
- Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragungsreaktion der BeraterIn auf die Mitteilungen der KlientIn
- Bewusstmachen und Differenzieren zwischen Anliegen der Klienten und Anliegen als BeraterIn

Rollenspiel in Vierergruppe

2 TN bilden ein Paar: Frau und Herr D., 1 TN ist BeraterIn, 1 TN ist BeobachterIn, die medizinisch vorgebildeten TN teilen sich auf die Gruppen auf.

Information für alle

Frau D. hatte in der Beratungsstelle angerufen.

Sie klang ziemlich ängstlich und aufgeregt am Telefon und hat um einen möglichst baldigen Termin für sich und ihren Mann gebeten.

Den Hinweis auf die Beratungsstelle habe sie von ihrer Gynäkologin bekommen, weil es in der Beratungsstelle mehr Zeit für ein Gespräch gäbe und auch spezielle Fachkräfte, die sich mit vorgeburtlicher Diagnostik auskennen.

Information für das Paar

Frau D., 35 J. alt, und Herr D., 37 J., sind seit 10 Jahren verheiratet.

Sie haben ein 8-jähriges Kind mit Spina bifida. Damals wurde keine Pränataldiagnostik durchgeführt.

Sie haben beide gemeinsam die Verantwortung und Sorge um das achtjährige Kind getragen, zu dem beide eine gute Beziehung haben.

Jetzt – nach 8 Jahren – haben Frau und Herr D. sich getraut, sich ihren gemeinsamen Wunsch nach einem 2. Kind zu erfüllen.

Frau D. ist geplant schwanger, in der 12. Woche.

Trotz des starken Kinderwunsches und der gemeinsamen Freude über die Schwangerschaft, die sich überraschend schnell eingestellt hat, leidet insbesondere Frau D. jetzt plötzlich unter starken Ängsten, ja Panik, ob sie sich nicht übernommen haben. Sie fürchtet, dass auch das zweite Kind nicht gesund sein könnte und vielleicht sogar auch

Spina bifida haben könnte. Plötzlich erinnert sie sich wieder an die Schwangerschaft und Geburt ihres 1. Kindes und die ganzen Belastungen und Probleme, die dann völlig unvorbereitet auf sie zukamen. Damals haben sie nie an PD gedacht.

Bisher war sie nur bei ihrer Gynäkologin, die die Schwangerschaft festgestellt und einen Ultraschall gemacht hat, bei dem alles in Ordnung war.

Sie überlegt gemeinsam mit ihrem Mann, ob sie irgendwelche spezielleren Untersuchungen durchführen lassen oder sich genetisch beraten sollten.

Gleichzeitig sind sie sehr im Zweifel, ob sie das nicht noch mehr ängstigen würde und insbesondere, was das denn für ihr 1. Kind bedeuten würde. Niemals wollten sie dieses Kind missen.

Nach den allgemeinen Informationen verständigen sich die jeweiligen Paare zu zweit über (maximal 10 Minuten):

- Schweregrad der Beeinträchtigung ihres 8-jährigen Kindes
- Zeitpunkt und Art der Diagnosemitteilung
- Geburt
- Operationen des Kindes
- bisherige Behandlungen
- Kontakte mit Ärzten
- evtl. Kontakte zu anderen Eltern mit Spina-bifida-Kind
- Auswirkungen der Beeinträchtigung des Kindes auf:
 - Berufstätigkeit
 - Paarbeziehung
 - Familienleben
 - Freizeit, Beziehungen und Kontakte zu Freunden
- derzeit unterschiedliche Empfindungen, Gedanken, Einstellungen zu PD bzw. humangenetischer Beratung von Frau und Herrn D.

Rollenspiel in Vierergruppen (40 Minuten) (bis 10.00 h)

10.00 – 11.00 h

Auswertung des Rollenspiels anhand aktivierender Fragen (Plenum)

Vierergruppen werden jeweils nacheinander in die Mitte gebeten:

Fragen an das Paar, an Frau und Mann:

- Was war ihr/sein Anliegen, ihr/sein Konflikt?
- Wie wurde das Anliegen, der Konflikt von der BeraterIn aufgenommen?
- Was waren hilfreiche Interventionen?
- Was war schwierig?
- Mit welchen Gefühlen, Gedanken, ggf. Entscheidung in Bezug auf PD oder sonstiges weiteres Vorgehen sind Sie aus der Beratung gegangen?

Fragen an die BeraterIn:

- Welche Gefühle, Körperempfindungen, Vorstellungen haben Sie bei sich selbst wahrgenommen?
- Wie haben Sie die Frau, wie den Mann wahrgenommen?

- Welches Anliegen haben Sie als BeraterIn bei der Frau, welches beim Mann wahrgenommen?
- Gab es Konflikte zwischen den beiden? Welche?
- Wie haben Sie die Unterschiede in den Anliegen und Konflikte aufgegriffen?
- Was war Ihr Anliegen als BeraterIn?
- Was fiel Ihnen leicht?
- Was war schwierig?

Fragen an die BeobachterIn:

- Was fiel Ihnen zusätzlich auf?
- Wo hätten Sie möglicherweise anders interveniert?

11.30 – 13.00 h

Austausch über Recherchen zu Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (med. Basiswissen: Diagnostik und Therapie) (Plenum)

Gleicher Ablauf wie bei Austausch über Recherchen zu Spina bifida

14.30 – 16.00 h

Referat einer Kieferchirurgin: Informationen zu Lippen-Kiefer-Gaumenspalte im Kontext von Pränataldiagnostik (Plenum)

Die Referentin berichtet über ihre Erfahrungen mit Eltern in Elterngesprächen, wenn die Diagnose Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bei pränataler Diagnostik gestellt wurde. Sie zeigt reichhaltiges Bildmaterial; auf den Bildern sind die verschiedenen Phasen der operativen Behandlungsschritte dokumentiert. Sie stellt verschiedene Behandlungsansätze vor und gibt Teilnehmenden aus verschiedenen Regionen Adressen von Kieferchirurgen in deren Nähe.

16.30 – 17.15 h

Einzelberatung (Plenum und Kleingruppen)

Rollenspiel in Dreiergruppen (8 Gruppen à 3 Personen)

Ziele:

- Psychosoziale Beratung bei bereits pränatal festgestellter Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vor genauerer Abklärung durch weitere Fachleute.
- Demonstration unterschiedlicher Ausprägungsarten der Erkrankung
- Psychologische Diagnostik: Wahrnehmen und Erkennen unterschiedlicher Verarbeitungen und Umgangsweisen mit auffälligen Voruntersuchungen
- Beziehungsdynamik: Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragung
- Unterscheiden zwischen psychologischer und sozialer Beratung nach § 219 (Hilfen)
- Kooperation anbahnen, umsetzen mit behandelndem Gynäkologen
- Beratungsmethodik: Einzelberatung
- Kontaktaufnahme

- Erkennen und differenzieren zwischen bewusstem und unbewusstem Anliegen der Klientin
- Aktives Aufnehmen der Informationen, die die Klientin vom Arzt bekommen hat
- Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragungsreaktion der Beraterin auf die Mitteilungen der Klientin
- Bewusstmachen und Differenzieren zwischen Anliegen der Klientin und Anliegen als BeraterIn
- Interventionen
- Anliegen der Klientin zusammenfassen und wiedergeben
- Lernen, bei medizinischen Informationen zur Diagnose konkret nachzufragen
- Erarbeiten der emotionalen Bedeutung der Mitteilungen (Hinweis auf Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) gemeinsam mit der Klientin
- Nutzen der Gegenübertragungsreaktion für Intervention
- Aktiv intervenieren: Konkretisieren, ggf. Konfrontieren
- Hinweise auf Bedeutung und Ausprägungsgrade der Erkrankung
- Meinung eines anderen Arztes eventuell einholen
- Kontakt mit Betroffenen
- Vorbereitung auf die Zukunft
- Klientin ermutigen, ihre Fragen an Arzt zu formulieren, die vielleicht aufgekommen sind (Ich-Stärkung)
- Akzeptieren der Entscheidung der Frau
- Umgang mit Wunsch der Klientin nach finanziellen und sozialen Hilfen

Rollenspiel in Dreiergruppe (15 Minuten Vorbereitung, 30 Minuten Durchführung)
 1 TN ist die „Schwangere“ Frau E., 1 TN ist BeraterIn,
 1 TN ist BeobachterIn

TN, die davor BeraterIn oder BeobachterIn waren, versetzen sich jetzt in die Rolle der „Schwangeren“. TN, die zuvor BeobachterIn, „Schwangere“ oder „werdender Vater“ waren, begeben sich in die Rolle der BeraterIn oder BeobachterIn. Die Zusammensetzung der jeweiligen Kleingruppe wechselt nach Möglichkeit.

Situation des Rollenspiels:

Frau E. hat sich zur Beratung angemeldet: Sie ist in der 25. Woche schwanger und wünscht Informationen zu finanziellen und sozialen Hilfen.

Informationen nur für die „Schwangere“

Frau E. ist 29 Jahre alt und erwartet ihr erstes Kind. Sie ist kaufmännische Angestellte und arbeitet ganztags in einem großen Büro. Sie lebt mit ihrem Partner – er ist 33 Jahre alt – seit 4 Jahren zusammen. Der Partner ist in einem großen Werk als Betriebswirt tätig. Sie haben sich ein Kind gewünscht und planen, dass sie, die zukünftige Mutter, für 1 bis 3 Jahre nicht arbeiten wird, wenn das Kind da ist. Frau E. hatte bisher eine völlig ungestörte Schwangerschaft.

Ihr Frauenarzt hatte Frau E. in der 23. Woche zum so genannten „großen Ultraschall“ zu einem Spezialisten geschickt. Sie war dort allein. Ihr Mann ist zur Zeit beruflich sehr engagiert - er soll einen neuen Posten bekommen, bei dem er besser verdienen wird.

Diese Untersuchung war für Frau E. sehr „spannend“, weil man alles so genau sehen konnte. Sie sagt: „So exakt habe ich noch nie mein Kind im Ultraschall bei meinem Frauenarzt gesehen – das hat mich fasziniert. Und ich liebte mein Kind plötzlich sehr viel intensiver“. Allerdings habe der Spezialist eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte festgestellt in „mittlerer Ausprägung“. Man könne das gut behandeln. Sie solle jetzt in 5 bis 7 Wochen zu einem weiteren Ultraschall gehen. Dann wolle ihr Mann auch mitkommen. Sie fühlt sich jetzt etwas „merkwürdig“: einerseits spürt sie die gewachsene Bindung an ihr Kind, andererseits ist sie auch unsicher, wie es werden soll und macht sich Sorgen um das Kind. Aber der Arzt habe ja gesagt, man könne es gut behandeln. Ihr Mann spreche nicht darüber – das könne er sowieso nicht so gut, und er habe so viel zu tun. Aber beim nächsten Termin kommt er ja mit. Den Termin in der Beratungsstelle habe sie ausgemacht, weil ihr Frauenarzt ihr geraten habe, sie möge sich doch dort über finanzielle und rechtliche Fragen informieren.

17.15 – 18.15 h

Auswertung des Rollenspiels anhand aktivierender Fragen (Plenum)

Fragen an die BeraterInnen:

- Welche Informationen haben Sie von der „Schwangeren“ aufgenommen?
- Was war das Anliegen der „Schwangeren“?
- Was war Ihr Anliegen als BeraterIn?
- Wie war Ihre 1. Reaktion als Sie die Diagnose hörten und wie sind Sie damit im Beratungsverlauf umgegangen?

Fragen an die „Schwangere“:

- Mit welchem Anliegen kamen Sie?
- Wie haben Sie das Beratungsgespräch erlebt?
- Was war hilfreich?
- Was war schwierig?

Fragen an die BeobachterIn:

- Wie war Ihre emotionale Reaktion als BeobachterIn?
- Mit wem haben Sie sich mehr identifiziert – „Schwangere“ oder BeraterIn?
- Haben Sie Übereinstimmungen oder Diskrepanzen erlebt zwischen den Anliegen von Klientin und BeraterIn?
- Evtl. Hinweise für alternative Interventionen

Reflexion des Fallbeispiels und Rollenspiels in Bezug auf Kooperation in Gesamtgruppe:

- Wie ist der Arzt mit der Frau umgegangen?
- Was war das für ein Arzt?
- Was greifen Sie auf – in der Beziehung zur Frau, zum Arzt?
- Welche Konsequenzen ziehen Sie aus dem Fallbeispiel in Bezug auf Kooperation?

18.15 – 18.30 h

Zusammenfassende Hinweise auf „idealen“ Umgang und Kooperation

Kontakt mit Arzt (Plenum)

Rückmeldung und Reflexion des Gesprächs mit Frau E.

Hinweis: Gibt es die Möglichkeit eine zweite Meinung einzuholen bei Kollegen

Kooperation anbieten, anbahnen

Informationen für die Betroffenen:

Hinweis: Zweite Meinung einholen bei 2. Arzt

Hinweis: Vermittlung an Selbsthilfegruppen

Hinweis: Unterschiedliche Ausprägungsarten der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte mit unterschiedlichen Konsequenzen

Vorbereiten: Zukunft auf Leben der Frau/des Paares mit Kind mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte

19.30 – 21.00 h

Übung zur Selbsterfahrung (Plenum, Einzelarbeit und Arbeitsgruppen)

Ziele

- In Kontakt Kommen mit den eigenen Gefühlen und Berührungsängsten, die die Beschäftigung mit Spina-bifida und Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte ausgelöst hat
- Bewusstmachen der persönlichen Ängste, Vorstellungen, Bilder, Vorurteile, Körperreaktionen in Bezug auf diese Erkrankung
- Einfühlung in die innere Situation von Schwangeren/Paaren, die ein solches Kind erwarten/fürchten oder haben
- Trennen und Unterscheiden von eigenen Erlebens- und Reaktionsweisen und denen der KlientInnen

Ablauf

Einladung zu einer persönlichen Übung:

“Zu Beginn lade ich Sie hier im Plenum ein, nach einer kurzen einleitenden Entspannungsübung anhand einer gelenkten Vorstellungsübung mit den persönlichen Gefühlen und Vorstellungen in Kontakt zu kommen, die mit der Erwartung eines Kindes mit auffälligem Befund verbunden sind.

Danach werden Sie Gelegenheit haben, zunächst allein Ihre Eindrücke festzuhalten.

Nach einem kurzen Austausch zu zweit über Ihre Erfahrungen und Vorstellungen finden wir uns dann zum Abschluss zu einem Austausch in drei Untergruppen zusammen.

Falls Ihnen die Übung zu viel wird, sorgen Sie für sich und nehmen Sie sich die Freiheit, lassen Sie soviel zu, wie es für Sie in diesem Moment möglich ist bzw. steigen Sie aus der Übung aus.

Ich möchte Sie jedoch bitten, trotzdem ruhig sitzen zu bleiben, um die anderen nicht zu stören.”

Körperentspannung

“Nehmen Sie eine für Sie bequeme Körperhaltung ein, schließen Sie die Augen.

Atmen Sie ein und tief wieder aus (Mehrere Wiederholungen!)

Spüren Sie den Atem durch Ihren Körper fließen (1 Min.).

Lassen Sie die Gedanken durch Ihren Kopf ziehen und halten Sie sie nicht fest. Wenn Sie Geräusche hören, nehmen Sie sie wahr und kehren Sie zu sich zurück. (30 Sek.)

Gehen Sie jetzt in Gedanken von oben nach unten durch Ihren Körper. Wo Sie Anspannungen spüren, nehmen Sie sie zur Kenntnis, vielleicht verstärken Sie sie und lassen Sie dann die Anspannung los. Atmen Sie weiter tief und gleichmäßig. Atmen Sie tief und gleichmäßig" (2 Min.).

Vorstellungsübung

"Stellen Sie sich jetzt vor, Sie selbst bzw. Ihre Partnerin sind schwanger. Stellen Sie sich vor, Sie haben sich dieses Kind sehr gewünscht, Sie haben die Schwangerschaft geplant und freuen sich, dass Sie schwanger sind und ein Kind erwarten. Vielleicht haben Sie schon anderen, Ihren Kindern, Verwandten und engsten Freunden von Ihrer Schwangerschaft erzählt. Bisher war alles komplikationslos. Sie haben die Schwangerschaft genossen.

Stellen Sie sich jetzt vor, die Hälfte der Schwangerschaft ist vorbei und Sie waren bei der Feindiagnostik. Sie erfahren jetzt, in der zwanzigsten Woche, dass das Kind Anzeichen von Spina bifida hat.

Machen Sie sich offen für Ihre Gefühle. Welche Gefühle löst die Nachricht aus?

Welche Bilder tauchen in Ihnen auf?

Vielleicht machen Sie sich konkrete Vorstellungen von dem Kind im Bauch? Wie sieht es aus?

Vielleicht kommen Erinnerungen an Kinder oder Menschen in Ihrer Bekanntschaft oder Verwandtschaft mit Spina bifida?

Welche Gefühle löst die Vorstellung in Ihnen aus, ein solches Kind zu erwarten?

Welche Körperempfindungen und Reaktionen spüren Sie bei sich?

Machen Sie sich offen für Ihre Gefühle, Vorstellungen, Bilder, Phantasien, Reaktionen gegenüber einem solchen Kind. Lassen Sie sich Zeit und nehmen Sie Ihre Gefühle genau wahr (2 Min.).

Stellen Sie sich vor, wie andere darauf reagieren? (Ihr Partner/in, Eltern, Freunde, Kollegen/innen, andere in Ihrem Umfeld)? Lassen Sie sie auftreten und sprechen (2 Min.).

Gehen Sie jetzt in Ihren Gedanken weiter. Stellen Sie sich dieses Kind als Baby vor. Welche Vorstellungen kommen hoch? Wie geht es Ihnen? Welche Gefühle und Stimmungen tauchen auf? Welche Phantasien? Wie werden andere, Ihre Freunde, Ihre Familie, Verwandte reagieren? (1 Min.)

Und jetzt stellen Sie sich vor, das Kind ginge in den Kindergarten? Welche Bilder tauchen auf? Welche Vorstellungen? Wie werden Sie als Eltern sein? Wie wird das Leben mit dem Kind sein? Was vermuten Sie, wie Ihr Kind mit seiner Besonderheit diese Phase erlebt? Wie reagieren andere Kinder, Erwachsene im nahen Umfeld auf Ihr Kind? (1 Min.)

Gehen Sie weiter: Stellen Sie sich vor, Ihr Kind ginge in die Schule. Wie wird es Ihnen gehen? Wie Ihrem Kind? Wie sieht das Leben mit dem Kind aus? Womit werden Sie

Schwierigkeiten haben? Was vermuten Sie, wie Ihr Kind mit seiner Besonderheit diese Zeit erlebt?

Wie reagieren Andere, andere Kinder, Ihre Freunde, Fremde auf Ihr Kind? (1 Min.)

Gehen Sie jetzt noch weiter: Stellen Sie sich vor, Ihr Kind ist in der Pubertät. Wie wird es sein? Wie geht es Ihnen als Eltern? Welche Gedanken und Vorstellungen machen Sie sich von Ihrem Leben in dieser Zeit? Wie sieht das Leben jetzt aus? Gehen Sie arbeiten? Wie wird Ihr Freundeskreis sein? Was wird Ihnen Schwierigkeiten bereiten? Versuchen Sie sich in Ihr Kind hinein zu versetzen, das in der Pubertät ist. Was denken Sie, wie wird es dem Kind gehen? Wie erlebt es seine besondere Situation im Vergleich zu anderen Adoleszenten? (1 Min.)

Bleiben Sie noch einen Moment bei Ihren Gefühlen, Reaktionen und Vorstellungen und geben Sie ihnen Worte. Versuchen Sie sie nicht zu werten. Lassen Sie alles zu. Nehmen Sie die unterschiedlichen Reaktionen und Gedanken wahr. Achten Sie auf die Bilder, die vor Ihrem inneren Auge entstehen. (1 Min.)

Verabschieden Sie sich jetzt langsam von diesen Vorstellungen und kommen Sie zurück in diesen Raum, in diese Gruppe.

Die Teilnehmenden hatten 10 -15 Minuten Zeit, bei sich zu bleiben und ohne miteinander zu sprechen über ihre Gefühle und Wahrnehmungen nachzudenken, vielleicht Ihre Gedanken aufzuschreiben oder in einem Bild festzuhalten.

Austausch zu zweit über die Erfahrungen während der Übung (15 Minuten)

20.15 - 21.00 h

Austausch (Arbeitsgruppe)

Austausch zu folgenden Fragen:

- Wenn Sie von Ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Vorstellungen ausgehen, was glauben Sie brauchen die Klientinnen von Ihnen in der Beratung?
- Worauf sollten Sie achten?

3. TAG

9.00 – 10.45 h

Fallbesprechung (Arbeitsgruppen mit Dozenten)

Fallbesprechung anhand eingereicherter Fallberichte zur Beratung vor PD in drei AGs

11.15 – 12.00 h

Einzelberatung (Plenum und Kleingruppen)

3. Rollenspiel in Dreiergruppen (8 Gruppen à 3 Personen)

Ziele:

- Psychosoziale Beratung bei festgestellter Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- Demonstration unterschiedlicher Ausprägungsarten der Erkrankung
- Diagnostik: Wahrnehmen und Erkennen unterschiedlicher Verarbeitungen und Umgangsweisen mit auffälligen Voruntersuchungen
- Beziehungsdynamik: Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragung
- Unterscheiden zwischen psychologischer und sozialer Beratung nach § 219 (Hilfen)
- Kooperation anbahnen, umsetzen mit behandelnder Gynäkologin
- Beratungsmethodik: Einzelberatung
- Kontaktaufnahme
- Erkennen und differenzieren zwischen bewusstem und unbewusstem Anliegen der Klientin
- Aktives Aufnehmen der Informationen vom Arzt, sozialem Umfeld
- Bewusstmachen und Differenzieren zwischen Anliegen der KI. und Anliegen als BeraterIn
- Akzeptanz der Autonomie der Klientin
- Beraten ohne zu bagatellisieren, zu moralisieren oder zu manipulieren
- § 219 Beratung: Umgang mit Wunsch der KlientIn nach Beratungsbescheinigung für Schwangerschaftsabbruch, Umgang mit Zeitdruck
- Psychologische Beratung: Erfassen des Konflikts der Klientin und der Externalisierung der inneren Konfliktdynamik auf das soziale Umfeld (z.B. Partner, Freund, behandelnde Gynäkologin, Pränataldiagnostiker, Abbruchklinik)
- Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragungsreaktion des/ der Beraters/in auf die Mitteilungen der Klientin und Umgang damit
- Umgang mit ethischem Konflikt des/r BeraterIn

Interventionen (Ebenen und Ziele):

- Bewusstes und unbewusstes Anliegen der KlientIn erfassen und wiedergeben
- Lernen, bei medizinischen Informationen nachzufragen
- Erfassen der aggressiven Übertragungs-/ Gegenübertragungsdynamik als Ausdruck des Schocks und der Abwehrdynamik infolge des Hinweises auf Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- Nutzen der Gegenübertragungsreaktion für Intervention
- ggf. Wahrnehmen, Erkennen und Ertragen des ethischen Konflikts als BeraterIn
- Erarbeiten der emotionalen Bedeutung der Mitteilungen (Bedeutung eines Kindes mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) gemeinsam mit der Klientin ggf. auf Hintergrund der Paardynamik oder Biografie der Klientin
- Interventionstechniken:
 - Verbalisieren der emotionalen Bedeutung der Mitteilungen
 - Zusammenfassen
 - Konkretisieren, ggf. Konfrontieren

- Emotionale Zuwendung, Verständnis äußern und
- Akzeptanz für Entscheidung der Frau
- Vorbereitung auf Zukunft: Informationen zum Abbruch und zur Verarbeitung

Rollenspiel

In Dreiergruppe (Vorbereitung 15 Minuten, Durchführung 30 Minuten)

1 TN ist die „Schwangere“ Frau F., 1 TN ist BeraterIn, 1 TN ist BeobachterIn

TN, die davor BeobachterInnen waren, übernehmen die Rolle der „Schwangeren“ oder BeraterIn.

TN, die zuvor die „Schwangere“ waren, sind BeraterIn oder BeobachterIn.

Die Zusammensetzung der Personen der jeweiligen Kleingruppe wechselt nach Möglichkeit.

Situation des Rollenspiels

Frau F. hat sich in der Beratungsstelle angemeldet: Sie ist in der 12./13. Woche schwanger. Sie hat einen „dringenden“ Termin zur § 219-Beratung ausgemacht, weil sie in 3 Tagen einen Termin für den Abbruch habe.

Informationen für die Schwangere

Sie ist 32 Jahre alt, ist von Beruf Einzelhandelskauffrau und betreibt eine Boutique. Sie ist mit ihrem Mann seit 6 Jahren zusammen, er betreibt ein großes Fitnessstudio. Sie wohnen in einer schönen Wohnung, die auch gut für eine Familie geeignet ist. Sie haben diese Schwangerschaft geplant. Frau hat sich gedacht, dass sie mit Kind bald für einige Stunden in der Boutique „nach dem Rechten sehen“ könne. Sie hat zwei Teilzeitbeschäftigte, sehr zuverlässige Angestellte.

Als sie schwanger wurde, habe sie ihrer Frauenärztin gesagt, sie wolle ganz sicher gehen und alle Untersuchungen machen lassen.

Daraufhin habe die sie in eine Spezialpraxis geschickt. Sie war dort mit ihrem Mann.

Dort habe sie eine (selbst bezahlte) Hormonbestimmung im Blut gemacht und es sei die Nackenfalte gemessen worden. Das war alles gut. Aber im Ultraschall habe der Spezialist erkannt, dass ihr Kind eine „ausgeprägte Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“ habe. Der Arzt habe vorgeschlagen, am nächsten Tag bereits einen 2. Termin mit einem weiteren Arzt zu machen und auch vorgeschlagen, zu überlegen, ob sie eine Chorionzottenbiopsie machen wolle, um „chromosomale Auffälligkeiten“

Sie habe ihrem Mann den ganzen Tag gesprochen und beide seien sich einig, keine weiteren Untersuchungen machen zu lassen. Sie hätten großes Vertrauen zu dem Arzt. Er habe alles sehr genau sehen können. Sie wollen kein behindertes Kind.

Ihre Frauenärztin, die sie noch am selben Tag abends (vorgestern) aufgesucht habe, hat ihnen den Termin zum Abbruch in einer Klinik vermittelt. Sie brauchen nur noch die Beratungsbescheinigung.

12.00 – 13.00 h

Auswertung des Rollenspiels anhand aktivierender Fragen (Plenum)

Fragen an die „Schwangere“:

- Was war Ihr Anliegen?

- Wie wurde das Anliegen aufgenommen?
- Was war störend bzw. schwierig im Beratungsverlauf?
- Was bleibt zurück nach dem Beratungsgespräch?
- Welche Gefühle, (Körper-) Empfindungen, Vorstellungen, Fragen haben Sie als Klient?

Fragen an die BeraterIn:

- Beschreiben Sie Ihr inneres Erleben mit der Klientin?
- Wie sind Sie damit umgegangen?
- Gab es einen ethischen Konflikt für Sie und wie sah der aus?
- Was bleibt zurück nach dem Beratungsgespräch?
- Welche Gefühle, (Körper-) Empfindungen, Vorstellungen, Fragen haben Sie als BeraterIn?

Fragen an die BeobachterIn:

- Beschreiben Sie Ihr inneres Erleben.
- Wie haben Sie den Kontakt, Kommunikation und Interaktion zwischen Klientin und BeraterIn erlebt?

Fragen an alle: Wenn Sie jetzt an den Abschluss des Gesprächs denken:

- Was wünschen Sie sich als BeraterIn als Abschluss?
- Was bräuchten Sie, um die Beratung als Erfolg erleben zu können?

14.30 – 16.00 h

Abschluss (Plenum)

1. Absprachen für die Zukunft

- Recherchen zu Herzfehlern, Achondroplasie
- Dokumentation der Beratungen
 - bitte weiter durchführen
 - Schriftlicher Fallbericht einer Beratung vor PD
 - Dokumentation sämtlicher Beratungen im Kontext von PD
- Erfahrungen mit den Dokumentationsbögen
 - Klärung offener Fragen
 - Änderungswünsche diesbezüglich
 - Erinnern an weiteres Ausfüllen
- Hospitation und Supervision
 - Hinweise
 - Klärung offener Fragen
- Literaturhinweise für den nächsten Workshop
 - Lammert et al. (2002). Psychosoziale Beratung in der PD. Göttingen: Hogrefe.

2. Rückblick und Auswertung des Workshops:

Ausfüllen des Fragebogens zur Evaluation des Workshops

Feedback an uns:

- Was nehme ich persönlich mit?
- Was nehme ich mir vor?

Zum Programmaufbau:

- Was hat das Lernen leicht gemacht, war gut?

- Was war schwierig?
- Wo sind Änderungswünsche in Bezug auf den nächsten Workshop?

3. Verabschiedung

Kommentar

Auch bei dem ersten Workshop gab es nur wenig Veränderungen des geplanten Curriculumablaufs. Nach der Imagination und dem Austausch darüber in Zweiergruppen blieb keine Zeit mehr, die Einheit im Plenum abzuschließen. Das wurde von den KursteilnehmerInnen als nicht günstig erlebt.

Außerdem wurden die Arbeitszeiten angemahnt: zwei Abende bis 21 h und 12 Stunden Arbeitszeit im Kurs sind zu lang. Das wurde im zweiten Workshop verändert. Nach dem 2.Workshop endete der zweite Tag um 19.00 h. Auf diese langen Arbeitstage beziehen sich viele Aussagen in dem Evaluationsbogen zum Abschluß des Workshops.

3.3.4 Evaluation von Workshop I (Block 3)

Beratung vor pränataler Diagnostik - Entscheidung für oder gegen

Pränataldiagnostik 18. – 20. September 2003

(ausgefüllte Fragebögen N = 21)

3.3.4.1 Zur quantitativen Evaluation von Workshop I (Block 3)

Dreiviertel der Kursteilnehmenden (76,2%) bewerteten den Workshop als „Sehr gut“, knapp 15% mit „Gut“ (14,3%) und knapp 10% mit „Befriedigend“ (9,5%).

Wiederum hatten mehr als 90% großes Interesse am Thema, 85% fanden den Aufbau des Seminars didaktisch überzeugend und die Kompetenz der DozentInnen erhielt mit über 95 den höchsten Prozentrang (siehe Abbildung 3.4).

In diesem Workshop waren mit dem Theorie-Praxis-Verhältnis fast 90% zufrieden, ebenso hielten fast 90% die Seminarinhalte für praxisrelevant und fast 100% würden das Seminar weiterempfehlen. Vorkenntnisse und Erfahrungen zu den angebotenen Themen hatten einviertel der Teilnehmenden gegenüber dreiviertel, die angaben eher keine Vorkenntnisse zu haben.

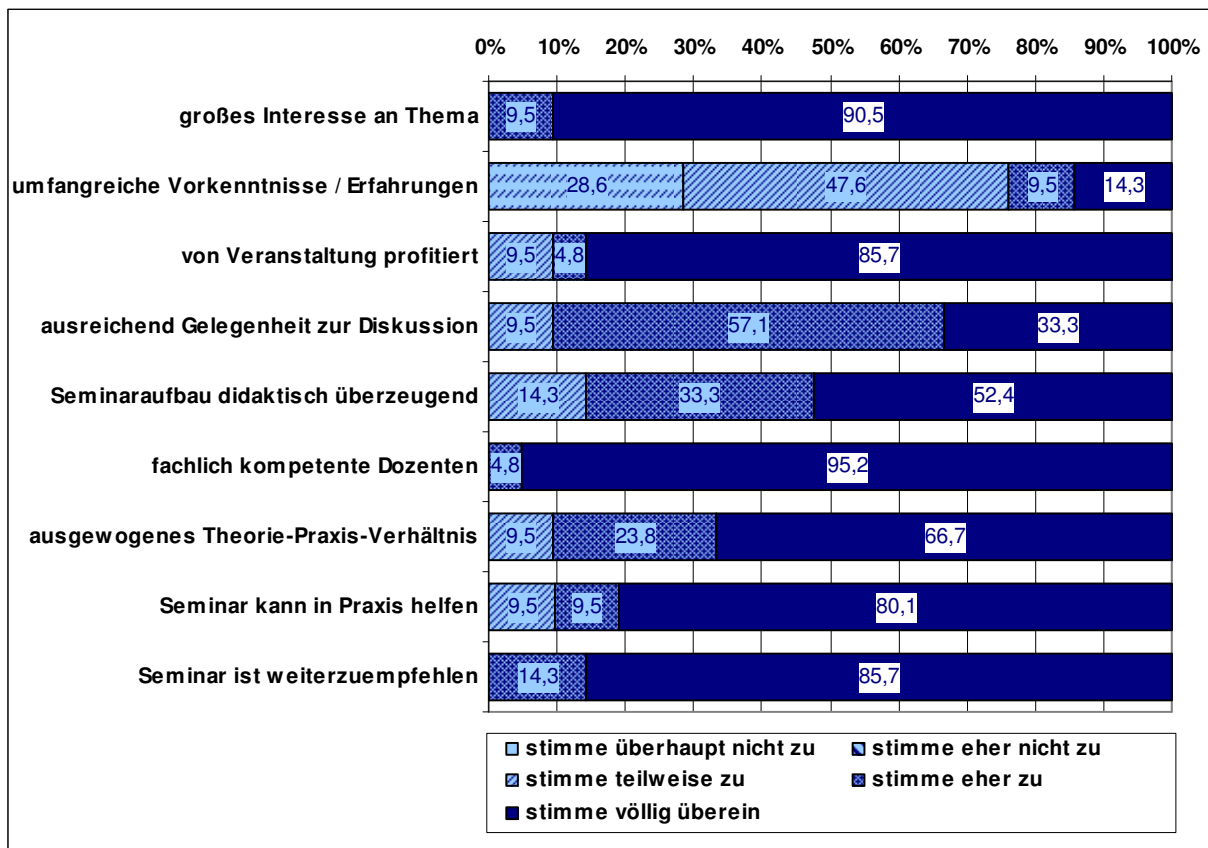


Abb. 3.4 Quantitative Evaluation des 1. Workshops

3.3.4.2 Ergebnisse der qualitativen Evaluation von Workshop I (Block 3)

Zum Abschluss von Workshop I gab es insgesamt 279 Äußerungen von 21 TN auf die 8 offenen Fragen (Mehrfachnennungen). Dabei bezogen sich auf die Oberkategorien

- Zur Konzeption der Kurse (OK I) 153 Äußerungen und
- Zu thematischen Inhalten (OK II) 78 Äußerungen.

Die überwiegende Mehrheit beurteilt die Didaktik und Methodenvielfalt wieder positiv (32). Wie schon in der Evaluation von Kurs 1 werden auch hier Rollenspiele und Fallbesprechung als besonders **hilfreich für die Praxis** hervorgehoben (23).

Die Frage, **was störend war**, bezog sich wiederum zum großen Teil auf die Zeitstruktur und Organisatorisches (10).

Der didaktische Aufbau wurde 8mal kritisiert z.B. „zu viel Zeit für Recherchen“ oder „Rollenspielbesprechung im Plenum zu zeitraubend“.

Zu der Frage „**Was war schwierig?**“ gab es 10 Äußerungen: 4 bezogen sich auf den Aufbau und die Struktur, 3 auf Didaktik und Methodenvielfalt.

7 Aussagen betreffen die Frage „**Was haben Sie vermisst?**“ Genannt wurde z.B. die fehlende Zeit zum Austausch nach der thematischen Selbsterfahrung.

Eine hohe Anzahl von Nennungen gab es bei der **wichtigsten Lernerfahrung** (26), 16 davon benannten wieder die Stärkung in der Rolle als psychosoziale BeraterIn.

9 Äußerungen bezogen sich auf Medizin und zwar auf die Informationen zu Fehlbildung und Behinderung.

Es gab Wünsche zur Vertiefung für zukünftige Kurse bezogen auf mehr Selbsterfahrung, mehr Beratungsmethodik und mehr Diskussion von ethischen Fragen.

Zu der Frage, was **zukünftig verändert** werden soll, gab es zu OK I 15 Äußerungen; 8 davon bezogen sich auf die Organisation und Zeitstruktur wie z.B. „Einhaltung des zeitlichen Rahmens“; 7 bezogen sich auf Didaktik und Methodenvielfalt, so wurde mehr Arbeit in Kleingruppen gewünscht. Unter OK II gab es 4 Nennungen zu zukünftiger Veränderung; 3 bezogen sich auf psychosoziale Beratung „mehr Umsetzen von Theorievermittlung in die Praxis“ und 1 zur Kooperation „mehr Sicherheit in der Rolle als psychosoziale BeraterIn“.

Tabelle 3.3: Qualitative Evaluation Workshop I (Block 3) ausgefüllt von N = 21 (Mehrfachnennungen)

Workshop I (Block3)	Frage 1 gefallen	2 Gestört	3 schwierig	4 Vermisst	5 Zuk änder	6 Wi Lernerf	7 Prakt Nutz	8 Vertiefen		Summe
OK I Konzeption	53	27	10	7	15	11	23	7		153
K1 Aufbau und Struktur	4	8	4	0	0	0	3	0		19
K2 Kompetenz der DozentIn	8	0	1	0	0	0	1	2		12
K3 Atmosphäre	9	1	0	1	0	0	2	0		13
K4 Didaktik und Methodenviel- falt	32	8	3	5	7	11	17	5		88
K5 Organisation/Zeit	0	10	2	1	8	0	0	0		21
OKII Thematische Inhalte	9	0	4	6	4	26	11	12		72
K6 Psychosoziale Beratung	0	0	0	4	3	16	4	5		32
K 7 Ethik	0	0	0	0	0	0	0	2		2
K 8 Medizin	9	0	4	2	0	9	6	3		33
K 9 Behinderung	0	0	0	0	0	0	0	0		2
K10 Kooperation	0	0	0	0	1	1	1	2		5
Restkategorie	1	1	0	0	1	0	0	0		3
keine Angabe	0	5	11	10	8	8	8	10		60
Summe OK I + OK II	63	33	25	23	28	45	42	29		288

3.3.5 Psychosoziale Beratung vor PD - nach Erstdiagnosemitteilung - Workshop II (Block 4)

Kommentar

Im zweiten Workshop ging es, wie auch im ersten Workshop, um das Bekannt- und Vertrautwerden mit zwei pränatal zu diagnostizierenden Erkrankungen: um Herzfehler in ihren unterschiedlichen Ausprägungsarten und um Achondroplasie (Kleinwuchs). Über die Behandlungsmöglichkeiten bei Herzfehlern informierte ein Kinderkardiologe. Er legte einen besonderen Schwerpunkt darauf, wie er Informationsgespräche mit Eltern führt, die durch Pränataldiagnostik von einem Herzfehler bei ihrem erwarteten Kind erfahren. Durch seine Schilderung wurde den Kursteilnehmenden deutlich, wie belastend die Vorstellung für Eltern ist, ihr Kind u.U. gleich nach der Geburt zur Vorbereitung einer Operation in die Hightechmedizin zu übergeben. Durch anschließende Rollenspiele wurde das Gehörte vertieft und durch eigenes Erleben in den unterschiedlichen Rollen gewannen die TeilnehmerInnen die nötige Einfühlung und Sensibilität. In der Beratungsrolle lernten sie Risiken und Chancen deutlich zu benennen, den Schock und mögliche Folgeaktionen zu erkennen und damit umzugehen. Zur Einführung in den Umgang mit Schockreaktionen gab es ein Referat. Wie bei Herzfehlern so wurde auch bei Achondroplasie über die Erkrankung informiert und mögliche Reaktionen im Rollenspiel erprobt. Die Selbsterfahrungseinheit bezog sich auf Achondroplasie. Es wurde ein niederländischer Film gezeigt, in dem das Leben Kleinwüchsiger begleitet wird und Interviews mit ihnen durchgeführt werden. Danach gab es eine Übung zur Selbstreflexion. In den Fallbesprechungen der eingereichten Fälle konnten die KursteilnehmerInnen ihre Lernfortschritte beurteilen, zugleich auch die eigenen Reaktionsweisen besprechen und evtl. neue Interventionen formulieren. Der Vernetzungsaufbau und die Praxis vor Ort sollte Raum haben, weil Kursteilnehmende sehr unterschiedlich häufig mit Fällen in Berührung kamen. Bei einigen klappte die Kooperation gut. Sie bekamen Klienten zugewiesen. Bei anderen stellte sich dies noch schwierig dar und es gab manche Frustration.

1. TAG

14.30 – 15.30 h

Begrüßung und Kontaktaufnahme (Plenum)

Begrüßung und Einführung

- Begrüßung
- Einführung in diesen Workshop, Thematik und Schwerpunkt
- Bezug zum letzten Workshop, Arbeitsaufgaben, Hospitation, Supervision
- Überblick über den Nachmittag

Kontaktaufnahme jedes einzelnen TN mit der Gesamtgruppe

- Wie bin ich hier angekommen, wie sitze ich jetzt hier, in welcher Stimmung, in dieser Gruppe?
- Gegenseitige Kontaktaufnahme (Kommunikation und Kontakt spielerisch, mit dem Kommunikationsspiel „Der Gordische Knoten“).

- Auswertung des Spiels in Bezug auf Vernetzung im Kontext PD. Welche Ähnlichkeiten lassen sich zu dem Spiel finden?

15.30 – 16.00 h

Evaluation (Einzelarbeit im Plenum)

Ausfüllen des Fragebogens zu den Erfahrungen und Kompetenzen im Kontext von PD und Erwartungen an die Fortbildung zu Beginn des Workshops II (Block 4)

16.15 – 17.00h

Kontaktaufnahme und Austausch (4 Kleingruppen ohne DozentInnen)

Ziele

- Kontaktaufnahme in kleinerer Gruppe
- Erfahrungsaustausch bzgl. psychosozialer Beratung
- Abklären der Erwartungen und Anliegen der TN in Bezug auf diesen Workshop

Leitfragen für den Austausch in Kleingruppen

bitte auf Wandzeitung für die Gesamtgruppe notieren

(45 Minuten Austausch bis 17.00 h)

- Welche Erfahrungen haben Sie seit dem letzten Workshop in Bezug auf psychosoziale Beratungen im Kontext PD gemacht?
- Was gelang Ihnen gut?
- Was war für Sie schwierig?
- Emotional für Sie persönlich?
- In der Gesprächsführung?
- Hinsichtlich Kooperation mit anderen Berufsgruppen?
- Welche Fragen und Erwartungen haben Sie bezogen auf diesen Workshop?

17.00 - 17.30 h

**Vorstellen der Ergebnisse aus den Kleingruppen anhand der Wandzeitungen
Programmvorstellung (Plenum)**

17.30 – 18.30 h

Austausch über Recherchen zu Herzfehlern (med. Basiswissen: Diagnostik und Therapie) (Plenum)

Ziele

- Informationen zu medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie
- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens
- Lernen wesentliche Fakten auszusprechen und sich ihrer möglichen Bedeutung für das tägliche Leben bewusst zu werden.

Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information:

- a) Wo recherchiert?

b) Sammeln und ordnen nach:

- Diagnose
- Ausprägungsart
- Prognose
- Behandlungsmöglichkeiten
- Entwicklungsverlauf
- möglicher Frühförderung
- Bedeutung im Alltag
- sonstigen Aspekte

Fragen an den Kinderkardiologen sammeln

19.30 – 21.00 h

Referat eines Kinderkardiologen: Informationen zu Herzfehlern im Kontext von Pränataldiagnostik (Plenum)

Möglichkeit zu Rückfragen an die ReferentIn

2. TAG

9.00 – 10.00 h

Impulsreferat: Erleben und Verarbeitung des Schocks der Erstdiagnosemitteilung (Plenum)

Diagnostik:

- Kennzeichen des Schocks
- Abwehr- und Copingstrategien: intra- und interpersonell

Beziehungsdynamik:

- Dynamik und Interaktion bei Einzelnen und Paaren
- Beziehung zwischen Frau und BeraterIn; Paar und BeraterIn

Methodik

- Beraterischer Umgang
- Interventionen

10.00 – 11.00 h

Einzelberatung (3 Arbeitsgruppen mit Dozenten): 1. Rollenspiel

(medizinisch vorgebildete TN teilen sich auf die Gruppen auf)

Ziele

- Psychologische und Psychosoziale Beratung im Kontext von Herzfehlern
- Psychologische Diagnostik: Wahrnehmen, Erkennen und Ernst-/Aufnehmen der Gefühle - Schock, Angst, Verwirrung, Erleben der Schwangerschaft
- Beziehungsdynamik: Wahrnehmen und Erkennen der Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik
- Methodik: Einzelberatung
- Kontaktaufnahme

- Erkennen und differenzieren zwischen bewusstem und unbewusstem Anliegen
- Aktives Aufnehmen der Informationen von Frau G.
- Gezieltes Nachfragen, Konkretisieren zu:
 - Wie hat sie die Ultraschalluntersuchung erlebt?
 - Wie hat sie die zweite Ultraschalluntersuchung erlebt? (Vermessen, ernste Gesichter...)
 - Wie hat sie die Mitteilungen der Diagnose Herzfehler erlebt?
 - Wie den Hinweis auf Trisomie und weitere Untersuchung?
 - Erleben der Schwangerschaft unter der medizinischen Technik
 - Raum geben bzw. verstehen und aufnehmen der Ängste, Schock
 - Raum geben für Erleben der Schwangerschaft, für Gefühle von Verlassensein und Überforderung, Warten auf Partner
 - Hilfe zur Entscheidungsfindung im Blick auf Inanspruchnahme weiterer Pränataldiagnostik - ja oder nein
- Schutz vor Überforderung:
 - Informieren, keine Entscheidungen zu treffen vor Gespräch mit Kinderkardiologen (ist heute noch zu früh!)
 - Zeit nehmen für Verarbeitung der Informationen: 3 Tage, Wartezeit sind erfahrungsgemäß wichtig
 - Übereilte Entscheidungen im Schock vermeiden
 - Zeit lassen für das Erleben der Schwangerschaft (Unterschied zwischen Schwangerschaftserleben beim 1. Kind und jetziger Schwangerschaft)
 - Raum geben für Gefühle zu diesem 2., erwünschten Kind, um aus der Starre zu kommen
 - Wahrnehmen und Erkennen der Gegenübertragungsreaktion der BeraterIn auf die Mitteilungen der Klientin; Nutzen der Reaktionen für Interventionen

Rollenspiel

Je nach Wunsch der TN evtl. zunächst alle spielen lassen (Dreiergruppe), mit anschließender Auswertung in Arbeitsgruppe oder gleich ein Rollenspiel in der Arbeitsgruppe.

1 TN ist Frau G., 1 TN ist BeraterIn, 1 TN ist BeobachterIn

Allgemeine Information für alle

Frau G., 32 Jahre alt, wurde von einer gynäkologischen Ultraschall-Spezialpraxis zur Beratung angemeldet. Mitteilung des Arztes an die BeraterIn: Bei Frau G. wurde in der 23. Schwangerschaftswoche ein schwerer Herzfehler diagnostiziert: ein hypoplastisches Linksherz.

Frau G. wurde nach eingehender Ultraschalluntersuchung - auch durch einen 2. Arzt derselben größeren Praxis - darüber aufgeklärt, dass dieser Herzfehler, wenn auch selten, auch bei Trisomie 21 vorkomme. Ihr wurde angeraten, die Fruchtwasserpunktion durchführen zu lassen, mit dem Schnelltest läge in zwei Tagen das Ergebnis vor, ob eine Trisomie vorliegt.

Frau G. sei total aufgelöst.

Information für die Schwangere

Frau G. erscheint völlig aufgelöst und durcheinander in der Beratung. Sie ist dankbar, dass sie noch am selben Tag, an dem ihr das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt wurde, einen Termin in der Beratungsstelle bekommen hat.

Da ihr Ehemann, 40 J. aus beruflichen Gründen für eine Woche in New York auf Geschäftsreise ist, fühle sie sich total verlassen.

Sie will über die Mitteilung und ihr Erleben bei der Untersuchung sprechen und ihre Gefühle sortieren.

Frau G. hat um einen Termin für die Fruchtwasserpunktion in 3 Tagen gebeten, sie will jedoch Bedenkzeit und bei der Untersuchung diesmal nicht allein sein.

Ihr Mann kann seinen Rückflug umbuchen und kann zu diesem Zeitpunkt zurück sein. In drei Tagen können sie und ihr Mann auch ein Beratungsgespräch bei einem Kinderkardiologen haben zu den weiteren Fragen und Konsequenzen wie Operation etc.

Das Ehepaar G. hat bereits einen gesunden 4-jährigen Sohn. Die jetzige Schwangerschaft ist erwünscht - es ist ein Mädchen.

Frau G. arbeitet seit 1 Jahr wieder halbtags als Verwaltungskraft in einem Krankenhaus.

Auswertung des Rollenspiels in Anlehnung an die Rollenspielauswertung auf Seite 82

11.30 – 13.00 h

Fallbesprechung (Plenum und 3 Arbeitsgruppen mit Dozenten)

Im Plenum werden 3 Arbeitsgruppen gebildet, wobei sich im medizinischen Bereich Tätige aufteilen

12 Fälle wurden insgesamt eingereicht; nicht alle Fälle können in AGs besprochen werden; einige bekommen Rückmeldung im Einzelgespräch von uns in der Mittagspause bzw. nach Absprache.

Schwerpunkte bei der Fallbesprechung

- Welche Anliegen hat die Klientin?
- Wie hat die Beraterin die Anliegen aufgenommen und bearbeitet? Evtl. hierzu alternative Interventionen finden.
- Aufgaben/Abgrenzung/Rolle der Beraterin/Beratung:
- Schwangerschafts(konflikt)beratung, Beratung im Kontext von PD, Kooperation mit anderen Berufsgruppen.
- Ggf. Aufnehmen und Umgang mit Schock.
- Ggf. Aufnehmen und Umgang mit Ambivalenzen.
- Ggf. kurze Informationen zu Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs in höheren Wochen

14.30 – 16.00 h

Austausch über Recherchen zu Achondroplasie (Plenum)

(med. Basiswissen: Diagnostik und Therapie)

Gleiches Vorgehen wie bei den Recherchen zu Herzfehlern

Informationen zu Achondroplasie im Kontext von Pränataldiagnostik mit Falldarstellung eines Falles von einem Paar aus der humangenetischen Sprechstunde evtl. mit Demonstration

Fallschilderung

Frau H., 31 Jahre alt, mit einer molekulargenetisch gesicherten Achondroplasie und ihr nicht kleinwüchsiger Partner kommen zur genetischen Beratung, um sich über Möglichkeiten der PD zu informieren. Bei der Frau besteht zusätzlich eine starke Sehbehinderung, infolge einer Sehnerventzündung. Sie ist als Verwaltungsangestellte berufstätig, Zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs ist sie möglicherweise schwanger. Sie war schon einmal in einer anderen genetischen Beratungsstelle. Aus dem früheren Beratungsbrief geht hervor, dass die Frau bei einem ebenfalls von Achondroplasie betroffenen Kind einen Abbruch wünschen würde, da ihre ersten 10 Lebensjahre sehr schwer gewesen seien.

Im ersten Gespräch sagt sie, dass sie selbst mittlerweile mit ihrer Besonderheit gut umgehen kann. Sie macht dabei einen fröhlichen und ausgeglichenen Eindruck. Sie möchte allerdings möglichst viel vorgeburtlich untersuchen lassen, „da ein Kind von ihr schneller selbständig werden müsste als andere Kinder“, und „sie wüsste nicht, wie sie ein Kind mit erhöhtem Pflegeaufwand versorgen könne“. Es schließt sich ein langes Gespräch über die Möglichkeiten und Grenzen der PD an. Für das Paar ist alles neu. Frau G. kann sich im Gespräch nicht entscheiden, was sie machen möchte. Sie will jedoch auf jeden Fall wissen, ob das Kind von Achondroplasie betroffen ist, würde aber nur bei einem betroffenen Jungen einen Abbruch wünschen, „da es für Jungen und Männer ungleich schwerer ist, so klein zu sein“. Der Partner sagt, er könne ein Kind mit Achondroplasie grundsätzlich akzeptieren, so wie er auch seine Frau akzeptiere.

Im Telefonat wenige Tage später bestätigt Frau H. die Schwangerschaft und sagt, dass sie sich für eine Chorionzottenbiopsie (CVS) entschieden hätten, aber auch zusätzlich eine Amniozentese (AZ) durchführen lassen würden, falls dies nötig sei. Der Termin für die CVS und ein weiteres Beratungsgespräch direkt vor dem Eingriff werden vereinbart.

In diesem Gespräch werden die Untersuchungsmethoden nochmals genau durchgesprochen und die diagnostischen Prioritäten abgeklärt. Frau H. wünscht in erster Linie eine Abklärung der Achondroplasie, erst in zweiter Linie eine Abklärung von Chromosomenstörungen. An der Einstellung, einen betroffenen Jungen abzutreiben, hat sich nichts geändert. Der Partner akzeptiert die Haltung seiner Frau.

Bei der CVS wird ausreichend Material für beide Untersuchungen gewonnen. Das Ergebnis der Direktpräparation ist ein unauffälliger männlicher Chromosomensatz (Karyotyp 46, XY).

Probleme

Was wird nun passieren, wenn auch noch die Genmutation für Achondroplasie nachgewiesen wird? Paarproblematik? Bedeutung für weitere Schwangerschaft? Zu erwartende Probleme bei Abbruch? Welches Ausmaß an Beratung und Betreuung wird notwendig sein?

16.30 – 18.30 h

Einzelberatung: 2. Rollenspiel (3 Arbeitsgruppen mit Dozenten)

(Medizinisch Vorgebildete TN teilen sich wieder auf)

Ziele

- Psychologische und Psychosoziale Beratung im Kontext von Achondroplasie
- Psychologische Diagnostik: Wahrnehmen, Erkennen und Ernst-/Aufnehmen der Gefühle - Schock, Angst, Verwirrung, Erleben der Schwangerschaft
- Beziehungsdynamik: Wahrnehmen und Erkennen der Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik; Persönliche Reaktionsbereitschaft des/der BeraterIn - Aushalten der Spannung und nicht Agieren angesichts des Drucks!
- Methodik: Einzelberatung
- Kontaktaufnahme
- Erkennen und Differenzieren zwischen bewusstem und unbewusstem Anliegen
- Aktives Aufnehmen der Informationen der Frau
- Gezieltes Nachfragen, Konkretisieren zu:
 - Wie hat sie die erste Ultraschalluntersuchung erlebt?
 - Wie hat sie die zweite Ultraschalluntersuchung erlebt?
 - Welche Gefühle hat die Mitteilung der Diagnose Kleinwuchs ausgelöst?
 - Welche Empfindungen haben die Informationen des 2. Arztes bei ihr ausgelöst?
 - Welche Vorstellungen, Phantasien Erfahrungen hat sie in Bezug auf Kleinwuchs?
 - Wie stellt sie sich das Leben einer Kleinwüchsigen vor, welche Schwierigkeiten erwartet sie? (Ziel: Bei den TN Empathie für Kleinwüchsige zu schaffen)
 - Welche Erfahrungen und Informationen hat sie von der kleinwüchsigen Freundin bekommen? (Gespräch darüber kann der Klientin Schock nehmen)
- Anregen zwischen sich selbst und der Freundin zu differenzieren
- Aufnehmen und Umgang mit Ambivalenz der Frau gegenüber ihrer Schwangerschaft
- Raum geben bzw. verstehen und aufnehmen der Ängste, Schock, Verwirrung der Frau
- Ich-Stützung
- Verstehen und Ansprechen der Spannung in der Wartezeit (als BeraterIn selbst Spannung aushalten und nicht agieren)
- Raum geben für positives Erleben der Schwangerschaft trotz medizinischer Unklarheit
- Hilfe zur Entscheidungsfindung mit Blick auf vorgeschlagene Inanspruchnahme weiterer Pränataldiagnostik seitens des 2. Arztes - ja oder nein
- Angebot mit dem Arzt zu sprechen, wenn Klientin einverstanden ist
- Evtl. Angebot, bei der nächsten Untersuchung dabei zu sein
- Schutz vor Überforderung:
 - Übereilte Entscheidungen im Schock vermeiden
 - Zeit lassen für das Erleben der Schwangerschaft in der spannungsgeladenen Wartezeit

- Raum geben für Gefühle zu dem 2. erwünschten Kind, um aus der Starre zu kommen
- Wahrnehmen, Erkennen und Aushalten der Gegenübertragungsreaktionen der BeraterIn auf die Mitteilungen der Klientin; Nutzen der Reaktionen für Interventionen (Spannung zwischen Mitteilungen, Gefühlen der Klientin, medizinisch ungeklärter Diagnose)

Rollenspiel:

1 TN spielt die Schwangere, 1 oder mehrere TN in Folge spielen BeraterIn

Information für die Schwangere

Frau I. ist in der 24. Woche schwanger mit ihrem 2. Kind. Der erste Sohn ist 5 Jahre alt und gesund. Er war aber ein heftiges Sorgenbaby: er wurde mit nur 1900 g geboren und war für 3 Wochen im Kinderkrankenhaus. Er wurde „auf Herz und Nieren“ untersucht, weil er an einer Hand einen überzähligen Finger hatte, der aber bald abfiel. Es wurde sonst nichts Krankhaftes bei ihm gefunden. Als er dann zuhause war, musste er 2-3-stündlich gefüttert werden. Das allein war aber nicht das Schwierige: er schlief schlecht und schrie fast immerzu - fast 2 Jahre lang. Das war extrem belastend und anstrengend für das Paar. Seit 2 Jahren nun entwickle sich der Sohn völlig normal und erfreulich und sie hätten den Mut für ein zweites Kind bekommen...

Jetzt stellt sich heraus, dass mit dem Kind (wieder ein Junge) „etwas nicht stimmt“: Sie wurde zur Feindiagnostik zum „Spezialisten“ geschickt, der nach eingehender Untersuchung eine Verdachtsdiagnose stellte: Kleinwuchs!

Zur weiteren Absicherung und zur 2. Meinung sei sie nun gestern bei einer weiteren „Spezialpraxis“ gewesen. Dieser Arzt habe bestätigt, dass das Kind zwar klein sei, aber die Körperrelationen, die er gemessen habe, deuteten viel mehr auf eine Plazenta-Insuffizienz hin (und damit eine Versorgungsstörung des Kindes hin). Auch die Druckverhältnisse der versorgenden Gefäße deuteten darauf hin. Er schlug vor, eine molekulargenetische Untersuchung machen zu lassen (auf Kleinwuchs), aber er denke nicht, dass dabei etwas heraus komme. Er schlug weiter vor, in 2 - 4 Wochen das Kind und die Durchblutung zu checken, um ggf. das Kind früher kommen zu lassen, wenn die Versorgung nicht mehr ausreiche. Ab sofort solle sie viel ruhen und eine leichte Dosierung Aspirin nehmen.

Frau I. ist stark verunsichert und verzweifelt. Was solle sie nun glauben? Ein kleinwüchsiges Kind wolle sie keinesfalls haben! Sie sei befreundet mit einer kleinwüchsigen Frau, die so viele Probleme habe - diese und andere Betroffene hätten die klare Überzeugung, dass sie keine solchen Kinder in die Welt setzen wollten!

Auswertung des Rollenspiels in Anlehnung an die Rollenspielauswertung auf Seite 82

19.30 – 21.00 h

Austausch zur Selbstreflexion (Plenum)

Ziel

Auseinandersetzung mit persönlichen Berührungstabus im Umgang mit Behinderten und Behinderung ausgehend vom Beispiel Kleinwüchsiger

Ansehen: Filmausschnitte aus Film über Kleinwüchsige (ca. 30 Minuten)

1. Bitte notieren Sie, jede/r für sich, möglichst unzensiert: (15 Minuten)
 - Welche Eindrücke, Fragen, Gefühle, Phantasien, Probleme lösen die Personen, Paare, Familiensysteme spontan in Ihnen aus?
2. Austausch in Murmelgruppen (zu dritt/viert) über die Fragen im Plenumsraum (20 Minuten)
3. Nennen Sie im Plenum aus jeder Kleingruppe exemplarisch 1-2 Eindrücke, die Sie beschäftigt haben (15 Minuten)
4. Überlegen Sie, jede/r für sich:
 - Welche Ihrer ersten Eindrücke, Fragen, Gefühle haben Sie eben nicht in der Murmelgruppe ausgesprochen?
5. Überlegen Sie, ob und was Sie davon in Ihrer Murmelgruppe noch aussprechen wollen? (15 Minuten) Gehen Sie weiter und überlegen Sie:
 - Was könnte Sie gehindert haben, dies auszusprechen?
 - Welche Erinnerungen an Gebote, Verbote, Situationen und Erfahrungen mit anderen behinderten Personen z.B. in Ihrer Kindheit fallen Ihnen im weiteren Gespräch ein?Tauschen Sie sich darüber in der kleinen Gruppe aus!
6. Abschluss im Plenum (5 Minuten)
 - Was (davon) wollen Sie in der großen Gruppe noch äußern?
 - Was brauchen Sie noch, um den Abend abschließen zu können?

3. TAG

9.00 - 10.30 h

Fallbesprechung (Arbeitsgruppen)

Ziel bei der Fallbesprechung in Anknüpfung an den Vorabend:

- Wo hätte die Beraterin konkreter nachfragen und vertiefen können und fühlte sich aufgrund von inneren Hemmungen, Angst, Scham persönlich blockiert?
- Wie könnte sie intervenieren?
- Sammeln alternativer Interventionen.

11.00 – 12.00 h

Paarberatung: 3. Rollenspiel (Arbeitsgruppen mit Dozenten)

(2 Paare alternativ zur Auswahl)

Paar 1: Paar J. (junges, studentisches Paar)

Rollenspielsituation und Vorinformationen vor Beratung

Der/die BeraterIn hat die junge Schwangere durch die Ultraschall-Spezialpraxis telefonisch einen Tag zuvor direkt - mit der Bitte um ein oder evtl. mehrere Gespräche - vermittelt bekommen:

Frau J, 21 Jahre alt, hatte einen Termin zu Feindiagnostik in der 21. Woche. Es sei ihre erste Schwangerschaft, bislang sei diese „unauffällig“ gewesen, aber jetzt sei ein - wohl isolierter - Herzfehler festgestellt worden. D.h. es wurde zwar angeboten, noch die Karyotypisierung zu machen, aber man erwarte eigentlich nichts Auffälliges. Der Herzfehler ist eine Aortenisthmusstenose - d.h., dass mit wohl einer Herzoperation gerechnet werden müsse. Diese könne - je nach Ausprägung nach der Geburt - recht bald oder spätestens in den ersten Lebensjahren erfolgen. Ein Termin mit dem Kinderkardiologen sei in einer Woche geplant.

Der Gynäkologe hat dem/der BeraterIn noch berichtet, dass er Gespräche in der Beratungsstelle fast eher aus anderen Gründen als dem Herzfehler anrate, weil er den Eindruck gewonnen habe, es sei vieles (finanziell und in der Beziehung) bei dem Paar problematisch.

Die junge Frau erscheint mit einem jungen Mann einen Tag später zum vereinbarten Termin. Die Beraterin holt das Paar aus dem Wartezimmer und begrüßt es. Dabei fällt ihr auf, dass die beiden sich weit voneinander entfernt platziert haben.

Informationen für das Paar

Die Schwangere - Yvonne - 21 Jahre alt - ist Studentin, eingeschrieben in Betriebswirtschaft im 3. Semester.

Sie will das Studium nicht weiter machen, sondern wartet auf einen Platz für eine Ausbildung in Industrie-Design. Genauere Vorstellungen, was sie damit anfangen kann, hat sie nicht. Sie bekommt Bafög, wird aber Probleme bekommen, wenn sie wechselt, ohne irgendwelche Zwischenprüfungen im eingeschriebenen Studienfach absolviert zu haben.

Von ihren Eltern kann sie keine Unterstützung erwarten. Über die Schwangerschaft wissen diese auch noch nichts. Sie phantasiert aber, dass die Eltern sich - wenn auch nicht übermäßig - freuen würden, obwohl sie drängeln, dass sie endlich in ihrem Studium etwas „vorweise“. Die Diagnose „Herzfehler“ hat ihr einen Riesenschrecken eingejagt - sie merkt es heute noch heftiger als am Tag zuvor. Sie versucht ihre große Verunsicherung unter einer nach außen eher „coolen“ Haltung zu verbergen.

Der junge Mann - Hartmut - ist 26 Jahre alt und macht in einem halben Jahr den Abschluss seines Informatik-Studiums. Er bekommt von seinen Eltern einen monatlichen Unterhalt von 800 Euro und lebt in einer sehr preiswerten 1-Zimmer-Wohnung. Er hat am Abend zuvor von Yvonne telefonisch über das Ergebnis des Ultraschalls gehört, nachdem er 2,5 Monate nichts von ihr gehört hat. Die beiden hätten eine ganz kurze - nur wenige Wochen dauernde Beziehung gehabt und diese sei nicht einfach gewesen.

Ungeplant sei sie schwanger geworden und als er mit ihr darüber habe sprechen wollen, sei sie wütend explodiert und habe sich getrennt mit den Worten: „das schaffe ich schon allein!“ Er habe noch mehrere Versuche gemacht ins Gespräch zu kommen, sei aber abgeblitzt. Daraufhin habe er seine totale Hilflosigkeit in intensives Arbeiten für sein Studium umgewandelt. Heute nun sei er völlig ratlos, was von ihm erwartet werde. Und er spüre Traurigkeit, wenn er an das Kind denke, das ihn zum Vater habe. Yvonne widerspricht nicht, als er diesen Hintergrund der „Beziehung“ erzählt. Sie scheint in einer Haltung zu sein, die gemischt ist von Trotz, Hilflosigkeit und Wunsch nach „richtigem“ Verhalten.

Bei keinem der beiden werdenden Elternteile besteht auch nur die entfernte Idee an Abbruch der Schwangerschaft.

2. Paar: Paar K. (älteres Paar)

Rollenspielsituation

Frau und Herr K. erscheinen zum vereinbarten Termin. Bei der telefonischen Terminvereinbarung hatte Frau K. bereits kurz den Grund für das Beratungsgesuch gesagt: sie und ihr Mann seien nicht mehr ganz jung und erwarteten ihr erstes Kind. Jetzt sei die 23. Schwangerschaftswoche und es sei ein komplexer Herzfehler festgestellt worden (Fallot-Tetralogie).

Informationen für das Paar

Frau K. berichtet, sie seien schon seit 9 Jahren verheiratet. Sie sei 38 Jahre alt. Er 44 Jahre. Beide seien sie berufstätig: Der Mann sei Bauleiter, sie sei Kunsthistorikerin und habe seit Jahren eine Stelle im Museum.

Sie wünschen sich seit mindestens 5 Jahren ein Kind. Vor 2 Jahren habe sich nun herausgestellt, dass sie auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen können. Es liege übrigens zu gleichen Teilen an Beiden! Dabei lächeln sie. Sie hätten sich nach gründlicher Überlegung zur IVF entschieden. Diese Schwangerschaft sei beim 2. Versuch entstanden. Sie sind beide einig, dass das der letzte Versuch sein wird - bereits bevor sie wussten, dass sie schwanger ist. Diese künstliche Befruchtung sei für sie beide eine furchtbare Strapaze! Die Schwangerschaft sei bislang völlig komplikationslos verlaufen und sie seien überglücklich und haben bereits ihre Zukunft als Familie ständig ausphantasiert!

Nun aber fühle sie - die Schwangere - eine schreckliche Schwere: das Kind müsse gleich nach der Geburt in intensivmedizinische Betreuung, dann die OP... Sie habe bereits jetzt eine solche Angst um das Kind und wolle alles tun, um es zu schützen, sei aber so hilflos!!

Der Ehemann hat auch große Sorge, aber er könne es eher aushalten und sich trösten mit der Hoffnung, es sei einfach vielleicht nicht so schlimm. Und die Medizin sei ja glücklicherweise heutzutage schon so weit fortgeschritten.

Auswertung der Rollenspiele in der Arbeitsgruppe

12.00 – 13.00 Uhr

Hospitation, Kooperation, Vernetzung (Arbeitsgruppen)

Neue Aufteilung in Arbeitsgruppen mit Dozenten zum Thema (evtl. regional)

Ziel

Klärung der Hemmungen und Berührungsängste im Kontakt mit anderen Berufsgruppen

Austausch anhand folgender Fragestellungen:

1. Wo haben Sie den Kontakt zu anderen Professionen gesucht - mit welchen Fragen, Bedürfnissen, Anliegen?
Mit welcher Fragestellung, Bedürfnissen?
Bei welchen Klienten?
Was war Ihr Anliegen dabei?
2. Wurde Ihnen Kontakt / Kooperation angeboten?
Mit welcher Fragestellung? Bei welchen Klienten?
3. Wie hat sich die Kontaktaufnahme gestaltet? Was ist gelungen? Was ist weniger gelungen?
Wie haben Sie sich in Ihrer eigenen Profession mit Ihrer Kompetenz gefühlt und wahrgenommen?
Wie haben Sie Ihr Gegenüber wahrgenommen und erlebt?
4. Welche Fragen und Probleme sehen Sie in Bezug auf Kooperation und Vernetzung aufgrund Ihrer Erfahrungen in Hospitation und Kooperation, wo wünschen Sie sich Hilfe?

Die Dozenten überlegen, wie sie die aufgeworfenen Fragen und Probleme in den Arbeitsgruppen aufnehmen könnten, in anderer didaktischer Form - z.B. ein weiteres Demonstrationsrollenspiel wie im 1. Intensivkurs (Block 2) - Gespräch mit Arzt o. ä. - Zweck eines solchen Gespräches wäre eine Übung zur Kooperation.

14.30 – 16.00 h

Abschluss (Plenum)

Aufnehmen des Austauschs z.B. in Form eines Demonstrationsrollenspiels zu den aufgeworfenen Fragen (ca. 30 Minuten)

Ausfüllen des Evaluationsfragebogens (ca. 15 Minuten).

Absprachen für die Zukunft mit Informationen zum nächsten Kurs:

- Recherchen zu
 - Trisomie 13 und 18,
 - Anencephalus,
 - Zystische Fibrose (Mukoviszidose)
- Schriftlicher Fallbericht einer Beratung während PD
 - Klärung offener Fragen
 - Abgabe zum nächsten Kurs
- Hospitation in und Supervision zu folgenden Einrichtungen
 - Hinweise

- Klärung offener Fragen
- Literaturhinweise für den 2. Kurs
 - Sandler, J. (1993). Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, Kap. 4-7
 - Freud, A. (1967). Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler

Rückblick und Auswertung des Workshops:

Persönliches Feedback:

- Was nehme ich persönlich mit?
- Was nehme ich vor?

Feedback an uns:

- Was hat das Lernen leicht gemacht, war gut?
- Was war schwierig?

Verabschiedung

Kommentar

Obwohl wir versuchten, den zweiten Abend in diesem Workshop lockerer zu gestalten, mit Film und Fragen zur Selbstreflexion, meldeten die KursteilnehmerInnen deutlich ihren Unmut zurück: keine 12 Stunden Tage mehr.

Dies wurde nach diesem zweiten Workshop verändert.

Alle weiteren Workshops fanden Freitag, Samstag, Sonntag statt, weil die Teilnehmenden aus medizinischen Berufen ihre Dienstausschaltzeiten an Wochenenden leichter vertreten konnten.

3.3.6 Evaluation von Workshop II (Block 4)

Beratung zu Beginn pränataler Diagnostik nach Erstdiagnosemitteilung

05. – 07. Dezember 2003

(ausgefüllte Fragebögen N = 20)

3.3.6.1 Quantitative Evaluation von Workshop II (Block 4)

Die Teilnehmenden hatten zu 85% großes Interesse an den thematischen Inhalten und bewerteten den Workshop zu 40% mit „Sehr gut“, 50% mit „Gut“ und 10% mit „Befriedigend“. 80% gaben an, von der Veranstaltung profitiert zu haben und 85% fanden den Aufbau didaktisch überzeugend.

Die DozentInnen wurden von allen Teilnehmenden für fachlich kompetent gehalten, auch würden alle das Seminar weiterempfehlen.

Für 80% der Teilnehmenden waren die Inhalte hilfreich für die Praxis und 85% hielten das Theorie/Praxis-Verhältnis für ausgewogen.

Vorkenntnisse und Erfahrungen zu diesem Thema zu haben, gaben 30% an, 70% hatten wenig oder gar keine Erfahrungen.

Zur persönlichen Mitarbeit war für 100% ausreichend Gelegenheit.

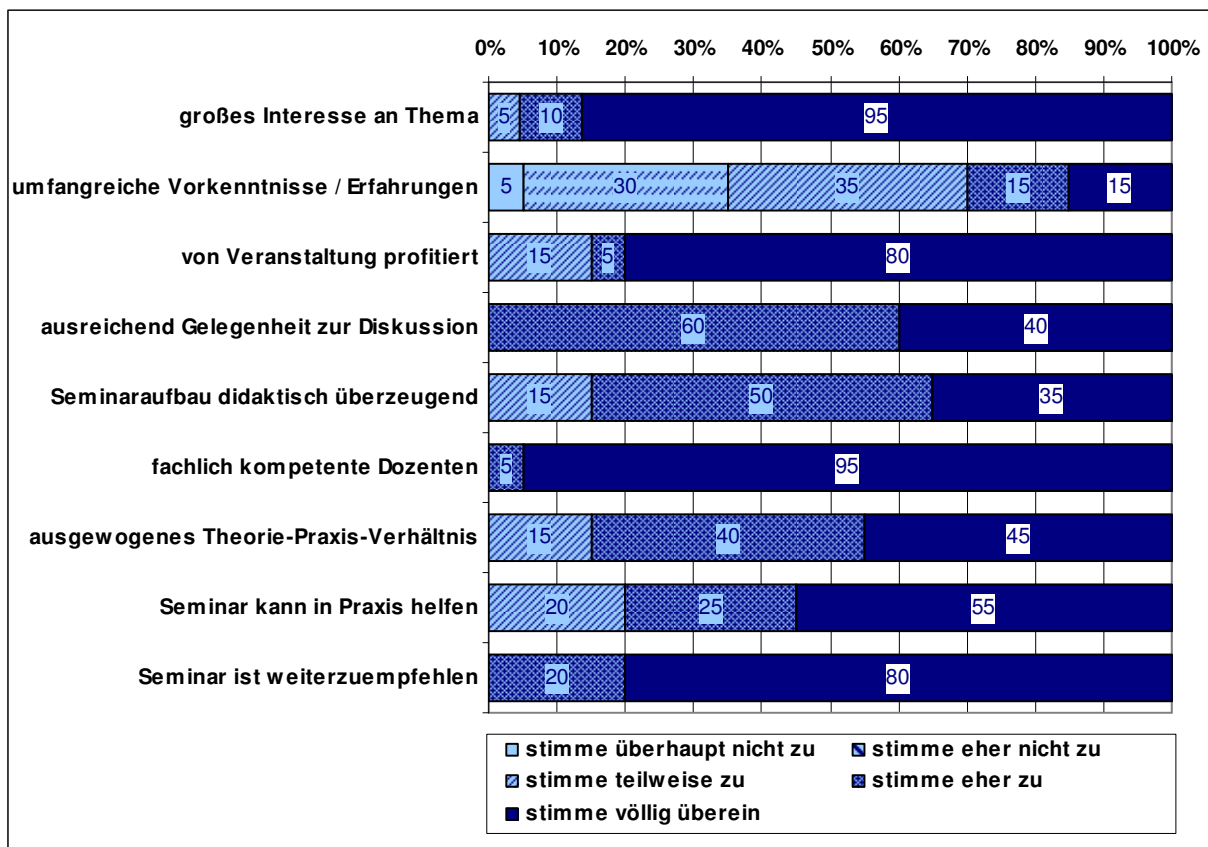


Abbildung 3.5 Quantitative Evaluation des zweiten Workshops

3.3.6.2 Qualitative Evaluation zu Workshop II (Block 4)

Zu Ende des II. Workshops füllten 20 TN den Evaluationsbogen aus; es gab insgesamt 266 Äußerungen. Der Oberkategorie

- Zur Konzeption der Kurse (OK I) waren 127 Äußerungen und
- Zu thematischen Inhalten (OK II) waren 111 Äußerungen zuzuordnen.

Bezogen auf die Konzeption des Workshops gab es 80 Aussagen zu der Frage, was **gefallen** hat; 38mal wurde Didaktik und Methodenvielfalt benannt - 25 davon bezogen sich auf Rollenspiele und Fallbesprechungen.

Auch die positive **Lernatmosphäre** wurde erwähnt: „Gruppe ist zusammen gewachsen“.

Zu der Frage „**Was hat Sie gestört?**“ gab es 20 Äußerungen; 12 davon bezogen sich wieder ausschließlich auf Zeitstruktur und Organisatorisches: „Keine 12 Stunden Tage mehr“.

Auf die Frage „**Was soll bei zukünftigen Seminaren verändert werden?**“ gab es unter OK I 18 Aussagen, davon bezogen sich 7 auf die zeitliche Struktur, 7 auf Aufbau und Struktur („Diskussion über politische und finanzielle Rahmenbedingungen der Träger erschwerte die thematische Arbeit“) und 4 auf Didaktik und Methodenvielfalt; die Teilnehmenden wünschten sich Hilfe bei der Fallsuche vor Ort; 2 Nennungen bezogen sich auf den Austausch zu den Recherchen und 1 zu Praxisaustausch in Kleingruppen. Unter OK II gab es lediglich 3 Äußerungen zu Veränderungswünschen, und zwar 1mal „mehr Interventionsmöglichkeiten im Gespräch“, 1mal „mehr Ethik“ und 1mal „Hilfe bei Kooperation und Vernetzung“.

Als wichtigste Lernerfahrung wurden fast ausschließlich Nennungen gemacht, die sich auf Rollenspiel und Fallbesprechungen bezogen (27).

Als größten Nutzen für die praktische Arbeit wurden wieder Rollenspiele und Fallbesprechungen benannt (15 von 18).

Zur Frage nach **zukünftiger Vertiefung** kamen 19 Nennungen; 10 Äußerungen bezogen sich auf Wünsche nach Vertiefung der persönlichen Auseinandersetzungen mit eigenen Reaktionen auf PD; 7mal wird eine Vertiefung ethischer Fragestellungen gewünscht.

Tabelle 3.4: Qualitative Analyse Workshop II (Block 4)										N = 20 (Mehrfachnennungen)
WS II	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
(Block 4)	gefallen	gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		Summe
OK I Konzeption	53	20	3	3	18	7	18	5		127
K1 Aufbau	6	0	0	0	7	0	0	1		14
K2 Kompetenzen der DozentIn	4	4	0	0	0	0	0	0		8
K3 Atmosphäre	5	4	1	0	0	0	2	0		12
K4 Didaktik und Methodenvielfalt	38	0	0	0	4	4	16	1		66
K5 Organisation/Zeitstruktur	0	12	2	3	7	0	0	3		27
OKII Thematische Inhalte	24	5	10	6	3	20	24	19		111
K6 Psychosoziale Beratung	5	0	0	2	1	16	14	7		45
K 7 Ethik	0	0	0	2	1	0	0	7		10
K 8 Medizin	8	1	5	0	0	3	10	0		27
K 9 Behinderung	7	0	0	0	0	0	0	3		10
K10 Kooperation	4	4	5	2	1	1	0	2		19
Restkategorie	0	0	0	3	0	0	0	0		3
Keine Angabe	0	0	8	8	5	0	0	4		25
Summe	77	25	21	20	26	27	42	28		266

3.3.7 Psychosoziale Beratung während PD - Kurs 2 (Block 5)

Kommentar

Kurs 2 war geplant als der zentrale Kursteil, in dem mehr Grundlagen tiefenpsychologischer Theorie (Bedeutung von und Umgang mit Übertragung/Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand) vermittelt, Beratungsmethodik eingeübt und auf Beratung während Inanspruchnahme pränataler Diagnostik angewandt werden sollte.

Das Göttinger Stufenmodell der Supervision wurde eingeführt. Die unterschiedlichen Schritte, die in diesem Modell gelehrt werden, um Eindrücke zu differenzieren, erschienen uns als ein geeignetes Medium, um den Teilnehmenden Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung zu verdeutlichen. In einem ersten Schritt geht es um die Sinneseindrücke, die der Fall bei den Teilnehmenden auslöst. Im zweiten Schritt um die Gefühle, die ausgelöst werden. In einem dritten Schritt um ausgelöste Phantasien, Bilder und Einfälle, um dann in einem vierten Schritt zu Schlussbildung und Hypothesenformulierung zu gelangen. Das Göttinger Stufenmodell wurde auch auf die Besprechungen der eingereichten Fallberichte der KursteilnehmerInnen angewendet, um es vertiefend zu üben und das Übertragungsgeschehen herauszuarbeiten.

In einer Theorieeinheit wurden Abwehr und Widerstand bei KlientInnen und BeraterInnen behandelt. In einer anschließenden Übung zur Selbstreflexion wurde die Theorie anschaulich und erlebbar gemacht (Auseinandersetzung und Bewusstmachen der persönlichen Abwehrtendenzen und Widerstände in der Beratung).

Neben dem medizinisch-informativen Teil, in dem die Recherchen der Kursteilnehmenden zu Trisomie 13 und 18 abgerufen und vertiefend behandelt wurden, übten die Kursteilnehmenden in den Rollenspielen die Begleitung eines Paares in der schwierigen Zeit während pränataler Diagnostik anhand eines vorgegebenen Falls. Dieses Fallbeispiel spielte über die ganze Fortbildungswoche in unterschiedlichen Stadien der Diagnostik eine Rolle. Es war uns wieder wichtig, dass sich die TeilnehmerInnen im Rollenspiel in die unterschiedlichen Rollen (Frau, Mann, BeraterIn, BeobachterIn) versetzten, um die nötige Sensibilität für die angespannte Situation, in der sich Paare im Kontext pränataler Diagnostik befinden, zu entwickeln.

In dieser Kurswoche wurde ein betroffenes Paar, das ca. zwei Jahre zuvor in schon weit fortgeschrittener Schwangerschaft mit der Diagnose Down-Syndrom konfrontiert wurde, eingeladen. Sie waren zur psychosozialen Beratung bei einer der DozentInnen. Sie hatten sich letztlich zum Austragen der Schwangerschaft entschieden und das Kind bekommen. Sie berichteten anschaulich, was die Diagnose bei ihnen ausgelöst hatte: Sie waren zuerst - nach Diagnosemitteilung - entschlossen für einen Schwangerschaftsabbruch gewesen. Erst nach langwierigem beraterischen Prozess - sie führten mind. 10 Gespräche mit der Beraterin und sogar zwei Gespräche mit einem sehr erfahrenen Psychiater - entschieden sie sich, die Schwangerschaft auszutragen. Von diesem Bericht konnten die Teilnehmenden sehr profitieren und viel über Reaktionsweisen und Verarbeitungsmöglichkeiten von Paaren in einer solchen Situation lernen.

Die Einheit über Kooperation mit Psychiatern schloss sich nahtlos an, da der behandelnde Psychiater im Kurs anwesend war und seinerseits über die Aufgaben eines Psychiaters im Kontext PD referierte.

Erstmalig erprobten wir, als Möglichkeit zur Psychohygiene, verschiedene Übungen von Luise Reddemann aus ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“. Sie eignen sich zur Entlastung, die auf Grund der schweren Themen nötig schien. Die Übungen wurden von den Kursteilnehmenden gut angenommen.

Fragen der Kooperation, Vernetzung und Supervision wurden von Teilnehmenden und DozentInnen diskutiert.

1. TAG

14.30 – 15.30 h

Begrüßung und Kontaktaufnahme (Plenum)

Begrüßung

- Begrüßung der Anwesenden
- Einführung in die Kurswoche
- Überblick über den Ablauf des Tages

Kontaktaufnahme jedes Einzelnen mit den Gruppenmitgliedern

Meine momentane Befindlichkeit, bezogen auf den Kurs und die Gruppe

Eine der Dozentinnen beginnt mit der Begrüßung, sagt etwas zu ihrer Befindlichkeit und gibt ein Wollknäuel weiter an die nächste TeilnehmerIn. Jede, die spricht, bekommt das Wollknäuel in die Hand und gibt es weiter an ein Gruppenmitglied gegenüber. Dadurch entsteht ein Netz, dessen Festigkeit wir prüfen können.

Zum Schluss bekommt die Dozentin, die begonnen hat, das Wollknäuel wieder und fasst zusammen unter dem Aspekt der Festigkeit des Netzes und zieht eine Analogie zu Vernetzung und Kooperation, die bisher zwischen den Gruppenmitgliedern schon entstanden ist.

15.30 – 16.00 h

Evaluation (Einzelarbeit im Plenum)

Ausfüllen des Eingangsfragebogens zu den Erfahrungen und Kompetenzen im Kontext von PD und zu den Erwartungen an die Fortbildung zu Beginn des 2. Kurses (Block 5).

16.15 – 17.00 h

Kontaktaufnahme und Austausch (4 Kleingruppen (á 6) ohne Dozenten)

Ziele beim Gruppenaustausch

- Erfahrungsaustausch bzgl. Psychosozialer Beratung bei PD zum gegenwärtigen Zeitpunkt
 - Vergegenwärtigen der eigenen Stärken
 - Soweit gegeben – Vergegenwärtigen der Erfahrungen und Besonderheiten der Beratungen in der Phase während Pränataldiagnostik
- Abklären der Erwartungen und Anliegen der TN in Bezug auf diesen Kurs

Vor der Einteilung in Kleingruppen fragen (Handzeichen), wer Erfahrungen mit Beratungen in der Phase während Pränataldiagnostik hat.

Leitfragen für den Austausch in Kleingruppen (45 Minuten)

Bitte die Ergebnisse auf Wandzeitungen festhalten.

- Wo fühlen Sie sich - gemessen im Vergleich mit dem Beginn der Fortbildung zum gegenwärtigen Zeitpunkt - schon sicher bzgl. Beratungen im Kontext von PD?
- Falls Erfahrungen vorhanden, auch speziell bezogen auf Beratungen in der Phase während Pränataldiagnostik?
- Wo sehen Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt Ihre Schwierigkeiten?
- Welche Wünsche, Fragen und Erwartungen haben Sie bezogen auf diesen Kursteil?

17.00 – 18.00 h

Vorstellung der Wandzeitungen der Kleingruppen (Plenum)

Programmvorstellung durch die DozentInnen (Plenum)

19.00 – 20.00 h

Austausch über Recherchen zu Trisomie 13 und Trisomie 18 und ergänzende Informationen durch eine HumangenetikerIn (Plenum)

Ziele

- Informationen zu medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie
- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens
- Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information: Wo recherchiert?

Informationen sammeln und ordnen nach:

- Diagnose
- Ausprägungsart
- Prognose
- Behandlungsmöglichkeit
- Entwicklungsverlauf
- Sonstige Aspekte

20.00 – 21.00 h

Paarberatung: 1. Rollenspiel (Kleingruppen)

Vierergruppen und Fünfergruppen (Paar, BeraterIn, BeobachterIn)

Alternativ: in zwei Gruppen mit Dozenten

Ziele

- Hineinversetzen in und Erfahrungen machen mit emotionalen Zuständen der Klienten in dieser Phase während Pränataldiagnostik
- Wissen vertiefen und im Beratungsgespräch anwenden bzgl. der Ergebnisse im Ultraschall; Verdachtsmomente erkennen

- Anliegen an die Beratung von Frau und Mann erfassen und aufnehmen
- Paarberatung

Rollenspiel (Paar, BeraterIn, BeobachterIn)

Informationen für alle

Anmeldung: Frau K. ruft die BeraterIn am frühen Vormittag an und bittet um einen „Notfall“ – Termin. Frau K. berichtet am Telefon: Sie kenne die BeraterIn schon von der ersten Schwangerschaft. Damals sei sie gekommen, um soziale Beratung und finanzielle Unterstützung für die Familie zu bekommen.

Jetzt sei sie in der 21. Woche schwanger. Sie sei gestern Abend – alleine – bei ihrem Gynäkologen gewesen. Er habe Ultraschall gemacht und sehr große Sorgen geäußert, dass ihr Kind einen Herzfehler haben könnte. Darüber hinaus habe das Kind auch an einer Hand einen 6. Finger.

Der Arzt habe dringend zu einer Untersuchung beim Spezialisten in der Kreisstadt geraten und bereits für den nächsten Tag einen Termin ausgemacht, weil er selbst für diese spezielle Diagnostik nicht ausgebildet sei.

Die BeraterIn vereinbart mit Frau K. einen Termin für den späten Nachmittag.

Zum Gespräch erscheint das Ehepaar K. gemeinsam.

Das erste Kind, den zweijährigen Gabriel, haben sie bei der Oma untergebracht.

Die BeraterIn erinnert sich an die Frau: Es war sehr eindrucksvoll, mit welcher Entschiedenheit sie seinerzeit eine Hausgeburt erkämpft hatte. Ihr Frauenarzt war dagegen gewesen und es war sehr schwer gewesen, eine Hebamme zu finden. Schließlich aber war alles gut gegangen.

Informationen für das Paar

Frau K. kommt noch einmal auf die Beratung vor 2 Jahren zurück und berichtet: Sie erinnere sich, dass sie sich von der BeraterIn sehr gut unterstützt gefühlt habe damals. Dem Sohn gehe es gut – er werde jetzt unter Schwierigkeiten abgestellt. Eigentlich hätten sie sich ein zweites Kind erst etwas später gewünscht, aber sie freuten sich sehr über die Schwangerschaft.

Ihre Hebamme sei gerade im Urlaub, deshalb komme sie zu der BeraterIn in die Beratungsstelle. Sie seien jetzt total unsicher: einerseits beunruhigt, dass das Kind evtl. einen Herzfehler habe – der überzählige Finger beunruhige sie nicht – andererseits seien sie gänzlich gegen die Spezialuntersuchungen. Sie empfänden eine Schwangerschaft als absolut natürliche Sache und nähmen jedes Kind so wie es sei.

In der ersten Schwangerschaft habe sie gar keinen Ultraschall machen wollen, aber die Hebamme habe darauf bestanden, dass wenigstens ein Ultraschall gemacht wurde als Voraussetzung, dass sie die Hausgeburt betreue.

Deshalb – es sei natürlich wieder eine Hausgeburt geplant – hätten sie gedacht, bereits jetzt (und nicht erst kurz vor der Geburt) den obligaten Ultraschall machen zu lassen.

Herr K. berichtet, er sei sehr erschrocken über den Befund. Aber es gebe zwischen ihm und seiner Frau Diskrepanzen: Er sei in diesem Fall selbstverständlich dafür, zum Spezialisten zu gehen. Seine Frau wolle dagegen von der „Technologie“ eigentlich nichts

wissen und fühle sich – und in gewisser Weise auch das neue Kind – fast so, als werde sie im Stich gelassen. Dabei wolle er mit seiner Haltung nur mehr Klarheit in der Hoffnung, dann auch besser für das Kind Sorge tragen zu können.

Frau K. beginnt zu weinen und sagt, sie erkenne ihren Mann nicht wieder. Sie seien sich absolut einig gewesen, dass sie keine Technik-Schwangerschaft haben wollen, so wie sie ihr ganzes Leben versuchen so natürlich wie möglich zu führen.

Beratungsgespräch: 20 – 30 Minuten

Aufgabe für die BeraterInnen:

- Momentane Befindlichkeit zu diesem Zeitpunkt bei Frau und Mann herausarbeiten
- Wo sehen Sie Gemeinsamkeiten, wo Unterschiede?
- Wissen anwenden in der Beratung bzgl. der mitgeteilten Ergebnisse (nachfragen, ggf. informieren).
- Anliegen von Mann und Frau an die Beratung herausarbeiten.

Aufgabe für Frau und Mann:

- Hineinversetzen in Gefühle, Ängste, Wünsche von Frau und Mann zu diesem Zeitpunkt.

Aufgabe für die BeobachterIn: Beobachten Sie bitte und halten Sie schriftlich fest:

Bezogen auf das Paar:

- In welchem Zustand befindet sich die Frau, in welchem der Mann?
- Wo sehen Sie Gemeinsamkeiten, wo Unterschiede bei Frau und Mann?
- Was ist das Anliegen von beiden an die Beratung?

Bezogen auf die BeraterIn:

- Was greift die BeraterIn auf?
- Wo fragt sie/er nach?
- Welches Ziel verfolgt die BeraterIn?
- Welche Vereinbarung trifft die BeraterIn?

Auswertung im Plenum

Die Beobachter berichten, Paar und BeraterIn ergänzen gegebenenfalls.

- Was war das Ziel?
- Was davon wurde verfolgt?
- Was nicht und warum nicht?

2. TAG

9.00 – 9.30 h

Übertragung und Gegenübertragung: Referat einer DozentIn (Plenum)

Einführung mit anschließender Demonstration

Vorstellung des Göttinger Stufenmodells der Supervision (vgl. Heigl-Evers 1975) Bausteine des Verstehens

Ziel

- Unterscheiden lernen zwischen dem, was ich wahrnehme, was ich fühle und welche Bilder und Phantasien ich entwickle. Es in Beziehung setzen zu dem Fall.

- Unterscheiden lernen zwischen meinen eigenen Befindlichkeiten und denen der Klienten.

9.30 – 10.00 h

Paarberatung: 2. Rollenspiel und Demonstration (Kleingruppen)

Fortsetzung des Rollenspiels vom Vorabend; das gleiche Paar, nach dem Besuch beim Spezialisten und nach weiterer Diagnostik.

Rollenspielsituation

Das Ehepaar K. kommt zum 2. Beratungstermin wieder. Am Abend zuvor hatten sie die Ultraschalluntersuchung beim Pränataldiagnostiker in der Kreisstadt.

Das Paar sieht sehr erschöpft aus. Frau K. ist anzusehen, dass sie geweint hat. Beide setzen sich nah nebeneinander und halten sich an der Hand.

Informationen für das Paar

Herr K. beginnt zu berichten: sie waren gemeinsam bei Dr. Müller. Dieser habe sehr lange Ultraschall gemacht. Ihm (Herrn K.) sei aufgefallen, wie viel Technik in dem Untersuchungsraum gewesen sei: allein mindestens 7 Monitore!! Und anfangs habe er auch noch bewundernd gestaunt über die gute Bildqualität, so dass er selbst sein Kind ganz genau erkennen konnte. Dann wurde die Untersuchung aber „spezieller“, d.h. der Arzt habe viele Detailansichten, Vergrößerungen, Messungen und auch die sogenannte Doppler – Untersuchung gemacht. Der Arzt habe sich sehr konzentriert und nicht mehr zu ihnen gesprochen.

Die ganze Untersuchung habe sehr lange gedauert. Er und seine Frau hätten nach und nach ein immer unsichereres Gefühl bekommen, Anspannung und etwas wie eine bedrohliche Ahnung.

Hier unterbricht Frau K. „Ja, der Arzt hat z.B. sehr lange das Gesicht unseres Kindes betrachtet und gemessen und immer neue Teilansichten und Vergrößerungen gemacht. Das hat mich gewundert und beunruhigt, weil es doch um das Herz ging. Dann hat er auch sehr lange für die Hände und Füße gebraucht. Dass es sechs Finger an einer Hand sind, wussten wir ja schon.“

Nach der Untersuchung habe der Arzt sehr lange mit ihnen gesprochen. Er sagte, dass er keine guten Nachrichten habe. Außer dem Herzfehler habe er noch eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und abnorme kleine Augen gesehen (Mikrophtalmie).

Auch die Gehirnstrukturen seien auffällig. Alle diese Auffälligkeiten könnten mit einer Trisomie 13 - einer anderen - sehr viel selteneren - als Trisomie 21, zusammenhängen. Er empfehle, das genauer zu checken. Dazu sei eine Fruchtwasserentnahme notwendig, die er sofort machen könne.

Nach einigem Hin - und Her sei dann tatsächlich gleich die Fruchtwasserentnahme gemacht worden. Es sollte ein so genannter Fish-Test gemacht werden, d.h. ein „Schnelltest“. Sie würden das Ergebnis in wenigen Stunden bekommen.

Sie haben wieder einen Termin in der Praxis - außer der Ergebnismitteilung wollte noch ein anderer Spezialist zum Ultraschall kommen. Das wäre so üblich dort: zum „Sichergehen“; ein zweiter Diagnostiker kontrolliert sozusagen.

Das finden beide Ehepartner sinnvoll. Aber dann erzählen sie ein bisschen stockend, dass sie gar nicht mehr so richtig verstehen, warum sie sich mit der Fruchtwasserentnahme einverstanden erklärt haben. Nachträglich hat Frau K. mehr Unsicherheit, wie sie das einordnen soll, als Herr K. Außerdem sind beide sehr verängstigt und niedergeschmettert; in größter Sorge um ihr Kind.

10.30 – 12.15 h

Auswertung des Rollenspiels nach den Regeln der Göttinger Stufentechnik (Heigl-Evers 1975) (Plenum)

Vier vorbereitete Flipchartbögen:

- Auf dem ersten Bogen werden zuerst alle Sinneseindrücke gesammelt.
- Auf dem zweiten Bogen alle Gefühle, die durch den Fall ausgelöst wurden.
- Auf dem dritten Bogen alle Phantasien, Bilder und Einfälle der Teilnehmer.
- Auf dem vierten Bogen wird die Schlussbildung (Hypothesenbildung) formuliert.

Abschlussfrage:

Warum haben Sie diese Wahrnehmungen, diese Gefühle, diese Bilder, in welchem Zusammenhang stehen sie zum Fall?

12.15 – 12.45 h

Zusammenfassung (Plenum)

Erleben von KlientInnen und BeraterInnen in der Phase während Pränataldiagnostik (Bezug zum Vorabend und Weiterführung):

- Was lernen wir aus dem Rollenspiel?
- Was ist das Spezifische dieser Phase?
- Was brauchen Frauen und Paare?
- Was ist schwierig für die BeraterInnen?
- Bezug zu Übertragung und Gegenübertragung

14.30 – 15.00 h

Ressourcenorientiertes Vorgehen (Plenum)

- Übung zu Selbsterfahrung und Psychohygiene
- Übung von Reddemann zur Einstimmung in ressourcenorientiertes Vorgehen
- Übung zur Achtsamkeit

15.00 – 16.30 h

Fallbesprechung (3 Arbeitsgruppen mit DozentInnen)

Jeweils ein Fall wird besprochen und ausgewertet nach Göttinger Stufentechnik zur Vertiefung der am Vormittag geübten Methode.

Es werden Fälle ausgesucht, die mit dieser Technik gut auszuwerten sind und Übertragungs- Gegenübertragungsprozesse anbieten.

17.00 – 18.30 h

Austausch zu den Recherchen zu Mukoviszidose und Erläuterungen zum Krankheitsbild von der HumangenetikerIn (Plenum)

Ziele

- Informationen zu medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie;
- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens.

Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information

- Wo recherchiert
- Sammeln und Ordnen nach:
 - Diagnose
 - Ausprägungsart
 - Prognose
 - Behandlungsmöglichkeit
 - Entwicklungsverlauf
 - Bedeutung im Alltag
 - Sonstige Aspekte

Fragen an die ReferentIn

3. TAG

9.00 – 10.30 h

Aufgaben und Grenzen psychosozialer Beratung in der Phase während Pränataldiagnostik (Plenum)

Wer hat welche Entscheidungsbefugnisse?

Erster Teil: Psychosoziale Beratung: Erstellung eines Leitfadens

Zweiter Teil: Medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (HumangenetikerIn).

11.00 – 12.30 h

Paarberatung: 3. Rollenspiel (drei Arbeitsgruppen mit DozentInnen)

Fortsetzung des Rollenspiels Paarberatung Ehepaar K.

Information für alle

Das Paar K. kommt zum dritten Mal in die Beratung nach erneutem Besuch bei einem Spezialarzt und dem Einholen einer zweiten Meinung vor Mitteilung des endgültigen Ergebnisses (Trisomie 13).

Auswertung des Rollenspieles mit den Dozenten

14.30 – 15.30 h

Ambivalenz, Diagnostik und Methodik – Referat einer DozentIn (Plenum)

Umgang mit Ambivalenz in der Beratung und speziell in dieser Phase von PD

Umgang mit Ambivalenz in der Paarberatung

16.00 – 18.00 h

Fallbesprechung (3 Arbeitsgruppen)

Besprechung der eingereichten Fälle unter besonderer Berücksichtigung folgender Aspekte

- Umgang mit Ambivalenz
- Gegebenenfalls alternative Interventionen finden;
- Wahrnehmen, Erkennen und Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung.

4.TAG

9.00 – 10.30 h

Ethik zwischen Freiheit und Verantwortung (I): Referat einer TheologIn (Plenum)

Kurze theoretische Einführung in das Thema

Diskussion im Plenum anhand eines kurzen Textes zur Ethik (Blaise Pascal „Was ist das Ich?“ aus „Pensées“ (Gedanken), nach der Zählung von Brunschvicg Fragment Nr. 323, 17. Jhd.)

Zusammenfassung und Weiterführung des Themas durch Referent

11.00 – 12.45 h

Ethik zwischen Freiheit und Verantwortung (II) (4 Arbeitsgruppen / Plenum)

Bilden von 4 Arbeitsgruppen, die jeweils einen Artikel zur Ethik erarbeiten

- Peter Singer „Der Wert des fötalen Lebens“ in „Praktische Ethik“
- Andreas Lindemann „Schwangerschaftsabbruch als ethisches Problem im antiken Judentum und frühen Christentum“ in „Wort und Dienst 26, Jahrbuch der kirchlichen Hochschule Bethel“
- Heinz Eduard Tödt „Der Spielraum des Menschen, Gütersloh, 1979“
- Immanuel Kant „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Frankfurt und Leipzig, 1791“

Diskussion in den Arbeitsgruppen

Rückführung und Diskussion im Plenum

ReferentIn stellt Bezug zum Thema her

14.30 – 15.00 h

Ressourcenorientiertes Vorgehen, Psychohygiene (Plenum)

- Übung von Luise Reddemann zur Selbsterfahrung und Psychohygiene: „Der sichere Ort“
- Vorbereitung auf den Besuch eines Ehepaares, das vor anderthalb Jahren bei einer Dozentin zur Beratung war. Sie haben sich bereit erklärt, über ihr Erleben in

dieser spannungsgeladenen Phase vor der Entscheidung über Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft zu berichten.

15.00 – 16.30 h

Bericht eines Paares über ihr Erleben in der Schwangerschaft nach Diagnosemitteilung: Kind mit Down-Syndrom (Plenum)

- Was hat sie stabilisiert?
- Wie haben sie diese Phase erlebt? Den Weg der Entscheidungsfindung?
- Was haben sie in der Beratung gebraucht?

Möglichkeit zur Rückfrage der TeilnehmerInnen

17.00 – 18.30 h

Informationen einer PsychiaterIn (Plenum)

- Wann ist es nötig, eine PsychiaterIn hinzuzuziehen?
- An welchen Phänomenen ist das für BeraterInnen erkennbar?
- Was muss beachtet werden?

Ziele

- Einschätzen der eigenen Grenzen
- Vernetzung mit anderen Professionen

5. TAG

9.00 – 11.00 h

Abwehr und Widerstand bei KlientInnen und BeraterInnen (Plenum, Einzel- und Kleingruppen)

Selbstreflexion zum Wahrnehmen und Erkennen typischer Abwehrstrategien und Widerstandsformen

11.30 – 12.45 h

Austausch zur Vernetzung und Kooperation, Supervision (Plenum bzw. Arbeitsgruppen)

Info, dass auch weiterhin regelmäßig Supervision gemacht wird, weiterhin auch Hospitation in unterschiedlichsten Einrichtungen.

- Wo hakt es?
- Was ist schwierig?
- Wo brauchen die KursteilnehmerInnen Hilfe? Frage nach Brief an Träger nochmals aufgreifen und genauer beschreiben lassen, welche Vorstellungen es gibt und welche Ziele erreicht werden sollen.

14.00 – 16.00 h

Abschluss (Plenum)

Ausfüllen der Fragebögen zur Evaluation

Ressourcenorientiertes Vorgehen und Psychohygiene: Dritte Übung von Reddemann „Gepäck ablegen“

Absprachen für die Zukunft:

Workshop 3: Psychosoziale Beratung nach pränataler Diagnostik bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes

Recherche zu folgenden Krankheitsbildern:

- Geschlechtschromosomenstörungen
- Klinefelter- Syndrom
- Turner-Syndrom

Literaturhinweise

- Stoller, C (1996). Eine unvollkommene Schwangerschaft. Zürich: Theologischer Verlag

Rückblick: Feedback

- Was nehme ich persönlich mit, was nehme ich mir vor?
- Was will ich hier lassen?
- Rückmeldung an Dozenten
- Rückmeldung an die Gruppe

Verabschiedung

Kommentar

In der zweiten Kurswoche gab es keine wesentlichen Veränderungen im Programm. Die Eingangsrunde brauchte inzwischen mehr Zeit als geplant, weil die Teilnehmenden sich besser kennen und daher das Bedürfnis hatten, sich persönlich und beruflich intensiver auszutauschen. Die Woche verlief insgesamt mit viel mehr Ruhe und Konzentration als die erste Woche. Aus den Teilnehmenden hatte sich eine stabile Gruppe gebildet, die gerne zusammen arbeitet.

3.3.8 Evaluation von Kurs 2 (Block 5)

Beratung während pränataler Diagnostik

15. – 19. März 2004

(ausgefüllte Fragebögen N = 24)

3.3.8.1 Quantitative Evaluation von Kurs 2 (Block 5)

Der zweite Kurs wurde von mehr als zwei Drittel (79,2%) der Teilnehmenden mit „Sehr gut“ bewertet und von einem Fünftel (20,8%) mit „Gut“. Mehr als 95% hatten großes Interesse an den thematischen Inhalten des Kurses und fast alle gaben an, von der Veranstaltung profitiert zu haben.

Die Kompetenz der DozentInnen wurde hoch eingeschätzt, ebenso wurde der didaktische Aufbau des Seminars von 90% mit „Gut“ bewertet, 100% würden das Seminar weiterempfehlen.

Vorkenntnisse und Erfahrungen zum Thema hatten 16%, gegenüber 84% von unerfahrenen Teilnehmenden. Über 95% glaubten von dem Seminar in ihrer Praxis vor Ort profitieren zu können.

Das Theorie/Praxis-Verhältnis wurde von allen als ausgewogen empfunden und die Teilnehmenden hatten zu über 90% den Eindruck zu Diskussion und Mitarbeit ausreichend Gelegenheit gehabt zu haben.

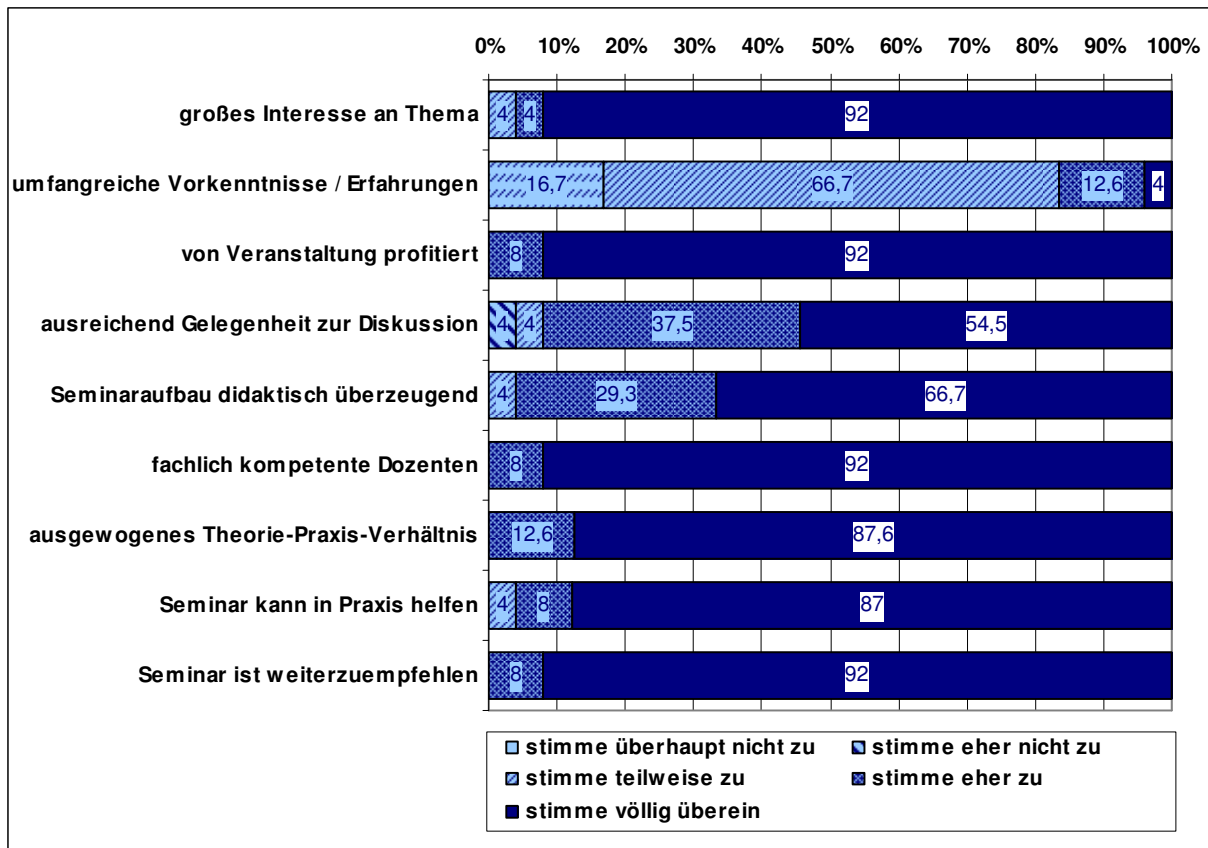


Abbildung 3.6 Quantitative Evaluation des zweiten Kurses

3.3.8.2 Qualitative Evaluation zum Kurs 2 (Block 5)

Zum Abschluss von Kurs 2 gab es insgesamt 320 Äußerungen (Mehrfachnennungen) von 24 TN auf die 8 offenen Fragen. Dabei ließen sich der Oberkategorie

- Zur Konzeption der Kurse (OK I) 106 Äußerungen zuordnen und
- Zu thematischen Inhalten (OK II) 165 Äußerungen.

Nahezu 100 Äußerungen beziehen sich auf die Frage „**Was hat Ihnen gefallen?**“ Auffallend sind 51 Äußerungen zu Didaktik und Methodenvielfalt (davon viele zu Rollenspielen und Fallbesprechungen) und zur psychosozialen Beratung. Sowohl die Vermittlung theoretischer Grundlagen (14) wie der Methodik (4) der psychologischen Beratung wurde positiv hervorgehoben als auch die Sicht auf die KlientInnenperspektive (12 Aussagen).

In diesem 2. Kurs ging es schwerpunktmäßig um die Vermittlung theoretischer Grundlagen der Beratung (Übertragung/Gegenübertragung; Göttinger Stufenmodell; Abwehr und Widerstand), die Einübung von psychologischer Gesprächsführung und die Wahrnehmung des Erlebens von Betroffenen: eindrücklich war der Besuch eines Elternpaares, das sich zum Austragen der Schwangerschaft nach pränataler Diagnose Down-Syndrom entschieden hatte.

Insgesamt gibt es 15 Äußerungen zu **Störendem**; 11 Angaben bezogen sich auf Ethik. Einerseits gab es wieder großes Interesse an ethischer Auseinandersetzung, andererseits wurde der Wunsch nach Praxistransfer von ethischen Inhalten zur Beratung genannt.

Insgesamt 27mal äußerten sich die Teilnehmenden zur **Ergänzung und Vertiefung** in zukünftigen Kursen. Wie schon in der Evaluation der vorigen Blöcke wurde der Wunsch nach mehr Rollenspielen und der Wunsch nach mehr Hilfen bezogen auf Vernetzung und Kooperation genannt.

Zu Veränderungswünschen gab es unter OK I 10 Äußerungen; 6 davon bezogen sich auf Aufbau und Struktur z.B. „weniger inhaltliche Vielfalt“ und 4 den zeitlichen Rahmen. Unter OK II gab es keine Wünsche nach Veränderung.

Tabelle 3.5	Qualitative Evaluation von Kurs 2				Ausgefüllt von N = 24 (Mehrfachnennungen)					
Kurs 2	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
(Block5)	gefallen	Gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		
OK I Konzeption	48	8	7	6	10	6	18	3		106
K1 Aufbau	9	0	3	2	6	0	0	0		20
K2 Kompetenzen der Dozenten	10	0	2	0	0	2	0	0		14
K3 Atmosphäre	6	0	0	0	0	1	1	0		8
K4 Didaktik und Methodenvielfalt	20	4	0	3	0	3	17	3		50
K5 Organisation/Zeitstruktur	3	4	2	1	4	0	0	0		14
Kurs 2	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
(Block5)	gefallen	gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		
OKII Thematische Inhalte	48	7	10	8	0	32	36	24		165
K6 Psychosoziale Beratung	31	2	2	3	0	26	30	8		102
K 7 Ethik	10	5	6	1	0	6	0	8		36
K 8 Medizin	3	0	0	2	0	0	2	2		9
K 9 Behinderung	2	0	0	0	0	0	2	2		6
K10 Kooperation	2	0	2	2	0	0	2	4		12
Restkategorie	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Keine Angabe	0	0	10	14	12	1	1	11		49
Summe	96	15	27	28	22	39	55	38		320

3.3.9 Psychosoziale Beratung nach PD - bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes: Workshop III (Block 6)

Kommentar

In diesem Workshop lag der Schwerpunkt auf der Beratung nach pränataler Diagnostik bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes. Zu Beginn war eine Humangenetikerin eingeladen, die sich intensiv damit beschäftigt hat, wie sich die Erstdiagnosemitteilung auswirkt auf die Fortsetzung bzw. den Abbruch der Schwangerschaft. Die Referentin versucht Eltern so zu beraten, dass sie im Gespräch den Schock der Diagnosemitteilung aufnimmt. Sie versucht die Eltern zu ermutigen, sich zuerst ausreichend Informationen einzuholen, bevor sie eine Entscheidung über Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft treffen.

Mütter des Vereins „Eltern beraten Eltern“ wurden eingeladen, um über den Verein zu informieren, um Hilfen für Behinderte vorzustellen und um durch ihre Anwesenheit auf diesen Verein aufmerksam zu machen. Erfahrungsgemäß prägt persönliches Bekanntwerden sich besonders gut ein und lädt die Kursteilnehmenden zu Vernetzung vor Ort mit eben derartigen Vereinen ein. So wie im Kurs 2 wurde wieder ein betroffenes Paar eingeladen, das von seiner Geschichte berichten sollte. Sie hatten sich entschieden, ein behindertes Kind auszutragen, das voraussichtlich - wenn überhaupt - nicht lange lebensfähig sein würde. Es ist uns bewußt, dass diese Präsentation der eigenen Geschichte schwierig ist und voyeuristisch wirken könnte. Das eingeladene Paar war einer Dozentin über lange Zeit bekannt; sie hatte diese als Beraterin begleitet und war sicher, dass sie so stabil sind, dass die Anfrage, im Curriculum zu berichten, vorstellbar war. Alle Gäste kamen freiwillig und sogar gerne, weil die Beziehungen, die durch eine Beratung im Kontext PD entstehen, andere sind als z.B. in der Lebensberatung. Wenn eine solche Beratung hilfreich für die Klienten war, bleibt eine große Dankbarkeit, in einer so schwierigen Lebensphase nicht alleine gelassen worden zu sein. Die Beraterin bekommt einen tiefen Einblick in Lebensschicksale zwischen Leben und Tod. Die eingeladenen Menschen waren dankbar, berichten zu können und wollten gerne weitergeben, was sie als hilfreich erlebt hatten. Für die Kursteilnehmenden waren diese Begegnungen besonders bereichernd und lehrreich. Sie waren eindrücklich und prägten die KursteilnehmerInnen in Bezug auf achtsamen und respektvollen Umgang mit den Entscheidungen werdender Eltern.

Diese Einheiten wurden deshalb besonders häufig im Fragebogen zur Evaluation am Schluss der Kursblöcke positiv erwähnt.

Die Rollenspiele nahmen die Themen der Erkrankungen auf. Wie zuvor mit dem Ziel für die BeraterInnen selbstverständlicher nachzufragen, sich genau schildern zu lassen und Behinderungen nicht tabuisieren zu müssen. Besonders sollte der Bereich Paarberatung geübt werden.

Die Übung zur Selbsterfahrung zielte auf die persönliche Einstellung gegenüber Behinderung und Erkrankung, die die KursteilnehmerInnen in unterschiedlichen Lebensaltern gehabt hatten. Allein die Feststellung, dass Einstellungen sich im Laufe eines Lebens ändern können, weitet den Blick für „fremde“ Meinungen.

Zur Unterstützung vor Ort sollte ein Brief an die Stellenleiter der Beratungsstellen geschrieben werden. Dies war der ausdrückliche Wunsch der Teilnehmenden. Sie selber erlebten, dass der Bereich Vernetzung und Kooperation - neben einem langen Atem - viel Zeit in Anspruch nimmt. Deshalb wünschten sie sich mehr Unterstützung von ihren Stellenleitern.

1. TAG

14.30 – 16.00 h

Begrüßung, Kontaktaufnahme und Evaluation (Plenum)

Begrüßung

- Einführung in diesen Workshop, Thematik und Schwerpunkt
- Bezug zum letzten Kurs
- Überblick über den Nachmittag

Kontaktaufnahme jedes einzelnen TN mit der Gesamtgruppe

- Wie bin ich hier angekommen?
- Wie sitze ich hier?
- In welcher Stimmung?
- In dieser Gruppe?

Einzelarbeit zur Evaluation:

- Ausfüllen des Fragebogens zu den Erfahrungen und Kompetenzen im Kontext von PD und Erwartungen an die Fortbildung zu Beginn des Workshops III

16.00 –17.00 h

Erwartungen an den Workshop (Murmelgruppen ohne Dozenten, Plenum)

5 Vierer-Gruppen, 1 Dreier-Gruppe zu folgenden Fragen:

- Was war schwierig?
- Was ist meine dringendste Frage?
- Was sind meine Erwartungen an diesen Workshop?

Die Ergebnisse soll jede und jeder für sich auf Kärtchen festhalten

Vorstellung der Gruppenarbeit (Plenum)

Vorstellen der ausgefüllten Kärtchen; eine aus jeder Murmelgruppe stellt vor und heftet die Kärtchen an eine Tafel

Programmvorstellung

17.00 – 18.30 h

Austausch über Recherche zu Klinefelter Syndrom und zu Ullrich Turner Syndrom (Plenum)

med. Basiswissen: Diagnostik und Therapie, Leitung durch eine Humangenetikerin

Ziele

- Informationen zu Medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie

- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens

Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information:

- Wo recherchiert?
- Sammeln und Ordnen nach:
 - Diagnose
 - Ausprägungsart
 - Prognose
 - Behandlungsmöglichkeiten
 - Entwicklungsverlauf
 - Mögliche Frühförderung
 - Bedeutung im Alltag
 - Sonstige Aspekte

19.30 – 21.00 h

Referat einer HumangenetikerIn (Plenum)

- Wie erlebt die HumangenetikerIn Eltern nach einer „schlechten Nachricht“?
- Was brauchen Eltern?
- Welche Hilfsmöglichkeiten bietet sie an?
- Gibt es Untersuchungen darüber, ob die Form der Diagnosemitteilung Auswirkungen auf den Entschluss der Eltern hat, die Schwangerschaft auszutragen oder abzuberechnen?

Möglichkeit zu Rückfragen der Kursteilnehmenden an die Referentin

Zur Veranschaulichung lässt die Referentin ein Rollenspiel zwischen einer Humangenetikerin und betroffenen Eltern spielen.

2. TAG

9.00 – 9.45 h

Psychosoziale Beratung in dieser Phase (Plenum)

Was ist die Aufgabe der psychosozialen Beratung in dieser Phase? Die Diagnose ist klar: das erwartete Kind hat ein Handycap.

Leitfaden für die Beratung

- Emotionale Befindlichkeit der Klienten aufnehmen
- Wie wurde die Schwangerschaft vor der Diagnose erlebt?
- Wie wird die Schwangerschaft jetzt erlebt?
- Hat sich das Gefühl zum Kind verändert; wenn ja, in welcher Weise?
- Was hat die Frau / das Paar für Bilder im Kopf und welche Haltung zu Behinderung allgemein und speziell von dieser Behinderung?
- Welches Wissen haben die Klienten?
- Welche Fragen haben sie?
- Was haben der Arzt, die Ärzte gesagt?

- Was haben die Klienten davon verstanden?
- Wie ist der Arzt mit der Diagnose umgegangen?
- Wie sind Freunde oder die Familie damit umgegangen?

1. Welche Tendenz gibt es?

- Abbruch?
- Austragen?
- Was würde jeweils das Eine oder das Andere bedeuten? Die Frau/das Paar ausphantasieren lassen
- Gibt es unterschiedliche Tendenzen innerhalb des Paarsystems?

2. Konkrete Hilfen anbieten

- Termine und Kontakte vermitteln zu Selbsthilfegruppen, Kinderärzten usw.

3. Auf eigene Wahrnehmung achten

- Wenn BeraterIn Unterschiede auffallen zwischen dem, was Klienten sagen und dem, was sie zwischen den Zeilen mitteilen, dann in geeigneter Form Diskrepanz ansprechen, z.B. mir fällt auf, dass...; nehme ich richtig wahr, dass...?

9.45 – 11.00 h

Rollenspiel (Kleingruppen)

Vier Gruppen zum Rollenspiel, die Dozenten gehen in jede Gruppe zur Supervision

Ziel

- Umsetzen des Gehörten in verschiedenen Rollen (Frau, Mann, BeraterIn, BeobachterIn)
- Möglichkeiten zu Rückmeldung aus der Rolle des Paares: was lösen bestimmte Interventionen aus?
- Ausprobieren von verschiedenen Interventionen
- Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild
- Wahrnehmen von Übertragung und Gegenübertragung

Rollenspielinstruktion

Paar L. erscheint in der Beratungsstelle, nachdem die pränataldiagnostische Praxis einen Termin für das Paar vereinbart hat.

Man sieht Beiden an, dass sie in einem heftigen Auseinandersetzungsprozess stecken. Sie wirken erschöpft.

Beide sind Akademiker, er 36 Jahre alt und Informatiker in sicherer Stellung; sie 34 Jahre alt und Gymnasiallehrerin für Philosophie und Geschichte. Das Paar ist seit acht Jahren zusammen. Beide sind beruflich sehr engagiert und sind gut situiert. Sie sind viel gereist und haben die Freiheit genossen. Der Wunsch zum Kind kam von Beiden klar entschieden und es hat auf Anhieb geklappt. Die Freude war groß.

Das Paar hat sich intensiv über PD informiert über das Internet, Gespräche mit Freunden und über einen Anruf in einer Beratungsstelle.

Sie haben sich entschieden, die Nackendicke messen zu lassen, die war unauffällig.

Trotzdem haben sie in der 18. Woche eine Amniozentese machen lassen und gestern das Ergebnis bekommen. Der Arzt hat sie informiert, dass es eine Geschlechtschromosomenanomalie gibt XXY. Er hat mit ihnen gesprochen und gesagt, der Befund weiche

ein bißchen von der Regel ab, z.B. Osteoporose, aber das hätten andere auch, z.B. Unfruchtbarkeit, aber das seien andere auch. Er hat es nicht dramatisch dargestellt. Das Paar war etwas beunruhigt, aber nur mäßig.

Abends beim Gynäkologen klang es ganz anders. Er sprach von Klinefelter, von IQ-Verminderung, disproportioniertem Körperbau, Brustentwicklung usw.

Danach waren sie ganz durcheinander und sind es noch. Die ganze Nacht haben sie diskutiert und konnten kaum schlafen.

Beide sind sich einig, dass sie Zeit brauchen. Verwirrt sind sie vor allem, weil der Gynäkologe durchblicken ließ, dass er eine Indikation stellen würde zum Schwangerschaftsabbruch.

Auswertung des Rollenspiels

11.30 – 12.45 h

Zwei Elternvertreter des Vereins „Eltern beraten Eltern“ berichten von ihrer Arbeit (Plenum)

Ziele

- Kennenlernen des Vereins „Eltern beraten Eltern“ und seiner Arbeit
- Möglichkeit zur Vernetzung der eigenen Arbeit vor Ort zu solchen Gruppen nutzen lernen
- In der eigenen Beratungstätigkeit auf solche Gruppen verweisen, mit ihnen kooperieren

14.30 – 16.00 h

Überleitung zum zweiten Thema des Workshops (Plenum)

Austragen der Schwangerschaft, mit dem Bewusstsein, dass das Kind nach der Geburt sterben wird.

Ziele

- Kennenlernen der Möglichkeit mit einer Diagnose (hier: Trisomie 18) individuell umzugehen und damit aus passivem Erdulden in aktives Gestalten zu gelangen
- Hören, verstehen und umsetzen lernen, welche Haltung Paare, die sich in einer solchen Situation befinden, in der Beratung brauchen
- Respekt vor unterschiedlichen Entscheidungen von Elternpaaren entwickeln.

Besuch eines Paares, das bei einer der Dozentinnen vor Jahren in Beratung war und dessen Kind etwa drei Wochen nach der Geburt starb (Trisomie 18). Das Paar hatte sich entschieden, keinen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, sondern die Schwangerschaft auszutragen. Um die Situation zu bewältigen, waren sie kontinuierlich in psychosozialer Beratung und Begleitung. Nach der Geburt des Kindes haben sie das Kind mit nach Hause genommen, wo es noch drei Wochen lebte. Beide wollten soviel „Normalität“ wie möglich mit ihrem Kind leben. Nach Tod und Beerdigung hat sich das Paar eine „Auszeit“ von drei Monaten genommen. Sie haben sich in das Ferienhaus von Freunden zurückgezogen, um das Erlebte zu verarbeiten. Sie haben ein Fotoalbum von Schwangerschaft, Geburt und der kurzen Lebenszeit ihres Kindes mitge-

bracht. Das Paar beeindruckt die Kursteilnehmenden durch seine angenehme, freie Art, von der schwierigen Situation zu erzählen. Beide wirken sehr authentisch und stellen überzeugend dar, dass eine sehr schwere Situation auf sehr persönliche Art und Weise gestaltet und damit auch verarbeitet werden kann.

16.30 – 17.30 h

Fallbesprechung (Halbgruppen mit Dozentin)

Jeweils eine Dozentin bespricht mit einer Halbgruppe einen eingereichten Fallbericht.

17.30 – 19.00 h

Übung zur Selbsterfahrung (Plenum, Kleingruppen, Halbgruppe)

Lernziele

- Ambivalenzen spüren
- Wahrnehmen, dass ich mich in verschiedenen Lebensaltern unter Umständen unterschiedlich entscheide.
- Durch die eigenen Erfahrungen Offenheit und Respekt für die Entscheidung der Klienten entwickeln.

Imagination (30 Minuten)

Übung zu ressourcenorientiertem Vorgehen nach Luise Reddemann

Zu Beginn die „Achtsamkeitsübung“, danach folgt die Übung „Inneres Team“; (aus „Imagination als heilsame Kraft“) die Frage zum Schluß wird nicht offen gelassen, sondern folgendermaßen umformuliert:

„...eine Frage, die Sie vielleicht schon länger beschäftigt, wo es viel Unklarheit gibt; eine Frage zu Behinderung“

Nach der Imagination bleibt jede/r TeilnehmerIn zunächst in der Stille bei sich und rekapituliert das Erlebte.

Kleingruppen: Gruppen zu zweit oder zu dritt (30 Minuten)

Folgende Fragen werden in der Kleingruppe besprochen:

- Konnte ich mich auf die Übung einlassen?
- Ist es mir gelungen, die unterschiedlichen Wesen an den Tisch zu bekommen?
- Welche Stimmung und Gefühle wurden ausgelöst?
- Welche Phantasien und Einstellungen gab es?
- Gab es Unterschiede in den verschiedenen Lebensaltern bzw. hat sich in den verschiedenen Altersstufen etwas an der jeweiligen Einstellung verändert?

Halbplenum (30 Minuten)

- Sehe ich Verbindungen zwischen dem eben Erlebten in der Übung zur Selbsterfahrung und meinen PD – Beratungen?
- Wenn ja, was bzw. wie ist meine persönliche Art des Umgangs damit?

3. TAG

9.00 – 10.30 h

Zusammenfassung des Vortags – Fallbesprechung (Plenum, Halbgruppe)

Da der 2. Tag sehr intensiv war, beginnt der Vormittag mit einem kurzen Austausch über den vorhergegangenen Tag. Gibt es „Reste“?

Fallbesprechungen in zwei Halbgruppen:

Es werden jeweils zwei eingereichte Fallberichte besprochen. Besonderes Augenmerk wird auf einzelne Interventionen gerichtet und diese werden zum Teil durch andere ersetzt.

11.00 – 12.00 h

Rollenspiel (Kleingruppen á 4 Personen)

Ziele

- Unterschiede des Paares in der Paarberatung erkennen
- Unterschiede benennen
- Umgangsmöglichkeiten mit Unterschieden aufzeigen

Rollenspiel

Die Beraterin soll besonders die Unterschiedlichkeit der Verarbeitung bei Frau und Mann wahrnehmen, benennen und mit dem Paar einen Umgang verabreden, der für beide auszuhalten ist.

Die Beobachterin kann jederzeit zu Rate gezogen werden oder auch selbst auf den Stuhl der Beraterin wechseln und Interventionen ausprobieren.

Paar M. Kind mit pränataler Diagnose Herzfehler

1 TN ist Frau M., 1 TN ist Herr M., 1 TN ist BeraterIn, 1 TN ist BeobachterIn.

Information für alle

Eine pränataldiagnostische Schwerpunktpraxis ruft in der Beratungsstelle an. Es wurde gerade bei einem Kind in der 22. Schwangerschaftswoche ein schwerer Herzfehler diagnostiziert, ein hypoplastisches Linksherz. Ob es bald einen Beratungstermin für das Paar gäbe? Frau M. will keinen Termin mehr am gleichen Tag, sie will das ganze einmal überschlafen und den Termin mit dem Kinderkardiologen am nächsten Tag abwarten, damit sie seine Informationen mit in das Beratungsgespräch einbringen kann. Also wird für den übernächsten Tag ein Termin in der Beratungsstelle vereinbart.

Information für das Paar

Das Paar kommt pünktlich und wirkt sofort sympathisch; er sieht etwas südländisch aus. Sie sind nicht mehr ganz jung; Frau M. ist 41 Jahre, Herr M. 40 Jahre. Beide haben anspruchsvolle Berufe, in die sie viel Arbeit investieren und in denen sie sich wohl fühlen. Vor zwei Jahren haben sie sich kennen gelernt und sich gleich ineinander verliebt. Beide sind über die Begegnung und die sich daraus entwickelnde Liebe sehr glücklich und dankbar. Frau M. hatte nicht mehr damit gerechnet, noch einmal schwanger zu werden und eine Familie zu gründen. Um so glücklicher war sie, als sie von der Schwanger-

schaft erfuhr. Auch Herr M. hat sich sehr gefreut. Beide stammen aus großen und kinderlieben Familien, die jetzt schon intensiv an der Vorfreude auf das Kind teilnehmen. Von dem Befund hat das Paar in den Familien noch nichts erzählt.

Die Diagnose vor zwei Tagen hat sie wie ein Blitz aus heiterem Himmel getroffen. Frau M. muss sehr viel weinen, Herr M. sagt, er könne sich das alles noch nicht richtig vorstellen. Gerade sei er dabei zu begreifen, dass da wirklich ihr gemeinsames Kind im Bauch seiner Frau heranwachse, es sei ein Junge und jetzt die Nachricht von dem Herzfehler. Was der Kinderkardiologe ihnen alles erzählt habe, sei furchtbar. Was da auf sie beide und das Kind zukomme, sei für ihn noch unvorstellbar. Vor allem sei es so schrecklich, dass seine Frau so leide und alle Freude schlagartig aus ihrem Leben verschwunden sei.

Frau M. will sich alles genau vorstellen und alles genau wissen. Sie hat schon ganz konkrete Überlegungen, wie auch diese Situation zu meistern ist, z.B. dass sie jetzt nicht eine sanfte Geburt in einem Geburtshaus machen kann, sondern dass jetzt alle Hightech-Medizin nötig ist, damit das Kind überhaupt eine Überlebenschance hat. Sie muss wieder sehr weinen, als sie sich vorstellt, von wie vielen kleinen, liebevoll geplanten Einzelheiten sie sich verabschieden muss.

Herr M. kann das kaum aushalten, und er schaut die Beraterin Hilfe suchend an. Für beide ist es ganz klar, dass sie die Schwangerschaft austragen werden und das Kind bekommen wollen. Beide sind religiös: sie russisch orthodox und er muslimisch. Leben ist für sie ein Geschenk. Menschen können nicht die Entscheidung über Tod oder Leben haben - so ist ihre Einstellung. Das Kind soll eine Chance bekommen und dann wird man sehen. Dass die Überlebenschance bei etwa 50% liegt, wissen sie und auch, dass mindestens drei schwerste Operationen auf das Kind warten. Operationen mit unkalkulierbaren Risiken oder sogar dem Tod.

Information für Frau M. allein

Frau M. kann nur weinen, wenn sie sich vorstellt, wie viel Schmerz auf das Kind und sie beide zukommt. Sie möchte in der Beratung genau alle Möglichkeiten durchspielen und besprechen, was sie zu erwarten hat. Dadurch wird sie ruhiger. So kann sie schon etwas von dem Schrecken durcharbeiten und loslassen.

Information für Herrn M. allein

Herr M. findet die Art seiner Frau mit der Diagnose umzugehen furchtbar, kaum erträglich. So lange das Kind im Bauch ist, geht es ihm ja gut und da will er sich überhaupt noch nicht vorstellen, wie alles werden kann. Wenn er das tut, steigt seine Angst. Er wünscht sich so sehr, dass sie wieder Freude haben können über die Schwangerschaft; sie waren doch so glücklich. Er hofft, wenn er möglichst nicht darüber nachdenkt, kann es werden wie vorher.

Auswertung des Rollenspiels

12.00 – 12.45 h

Vernetzung und Kooperation (Plenum)

Im Kurs 2 hatten die Teilnehmenden darum gebeten, ihre Stellenleiter noch einmal über Inhalte und Auswirkungen der Vernetzung und Kooperation zu informieren.

Die Stellenleiter können mehrheitlich nicht einschätzen, wie viel Zeit dafür aufgewendet werden muss.

Zugleich wünschten sich die Kursteilnehmenden bessere Absprachen im Team hinsichtlich der Verteilung von Arbeitsaufträgen.

Der Entwurf eines Briefes war geschrieben worden und sollte im Plenum diskutiert werden.

Gleichzeitig damit sollte Raum für Fragen der Kooperation und Vernetzung geschaffen werden.

14.00 – 15.30 h

Abschluss (Plenum)

Ausfüllen des Fragebogens zur Evaluation

Übung zu ressourcenorientiertem Vorgehen nach Reddemann (Inneres hilfreiches Wesen)

Besprechen der Aufgaben für den nächsten Workshop

- Recherchen zu zwei Krankheitsbildern: Muskeldystrophie Duchenne, Hydrozephalus
- Fälle der Kursteilnehmenden sollen eingereicht werden
- Literaturhinweise
Beutel, M. (1996). Der frühe Verlust eines Kindes. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Rückmeldungen an uns und an die Gruppe

Verabschiedung

Kommentar

Dieser Workshop wurde – bis auf eine Veränderung – wie geplant durchgeführt.

Der Besuch der beiden Mütter von dem Verein „Eltern beraten Eltern“ verlief etwas anders als geplant. Beide Mütter berichteten von ihrer persönlichen Geschichte mit ihren Kindern, was sehr eindrücklich war. Dadurch blieb wenig Zeit zur Vermittlung von Fakten über soziale Hilfen bei Behinderung und Ähnliches. Dieser Bereich wurde verschoben auf Kurs 3.

3.3.10 Evaluation von Workshop III (Block 6)

Beratung und Begleitung nach pränataler Diagnostik bei Austragen der Schwangerschaft in Erwartung eines behinderten Kindes

04. – 06. Juni 2004

(ausgefüllte Fragebögen N = 21)

3.3.10.1 Quantitative Evaluation des Workshops III (Block 6)

Auch dieser Workshop wurde von mehr als drei Viertel (76,2%) der Teilnehmenden mit „Sehr gut“ bewertet und von knapp einem Viertel (23,8%) mit „Gut“.

100% gaben an, von der Veranstaltung profitiert zu haben.

Die DozentInnen wurden für fachlich kompetent gehalten, den didaktischen Aufbau bewerteten 90% mit überzeugend und 100% würden das Seminar weiter empfehlen.

Interesse am angebotenen Thema hatten alle TeilnehmerInnen.

95% fanden das Theorie/praxis-Verhältnis ausgewogen und über 90% waren der Meinung, genügend Gelegenheit zur persönlichen Mitarbeit gehabt zu haben.

95% sind der Überzeugung, dass die Inhalte in der Praxis anwendbar sind.

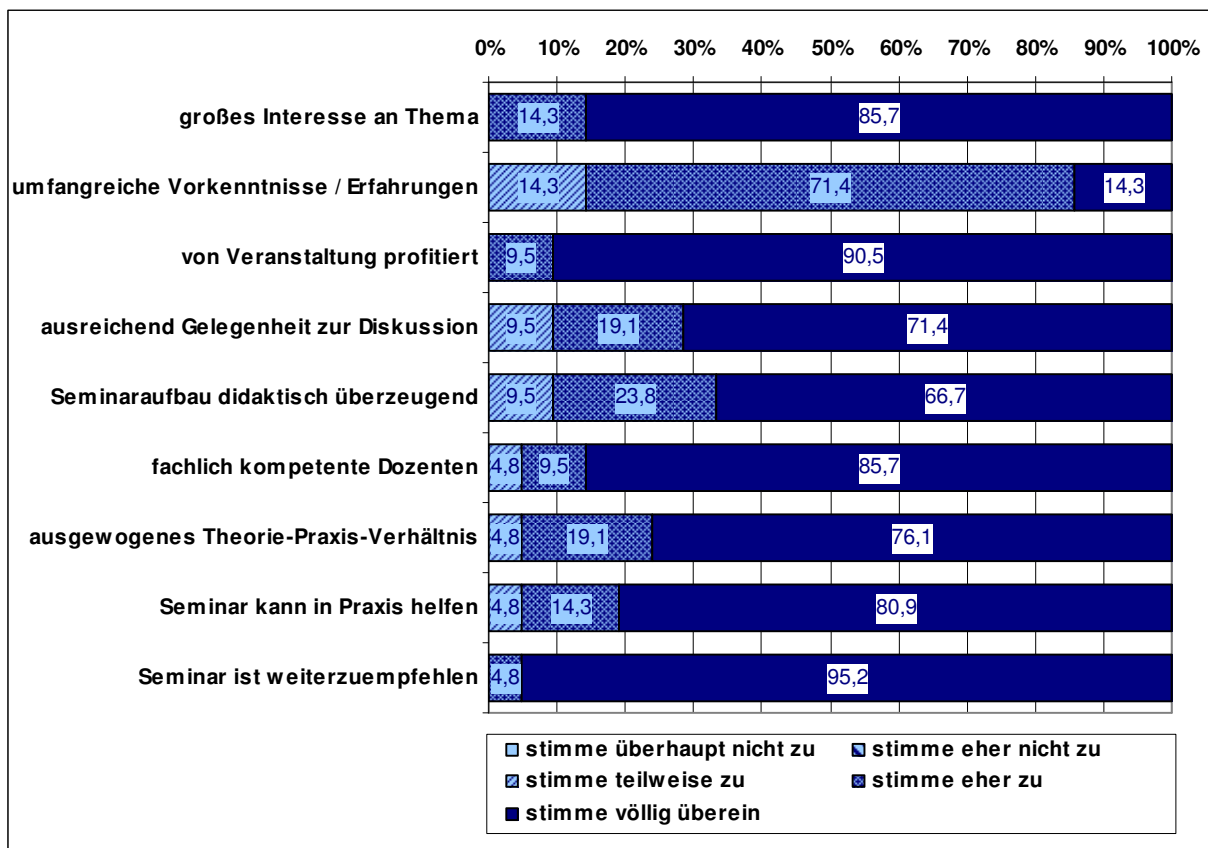


Abb. 3.7 Quantitative Evaluation des dritten Workshops

3.3.10.2 Qualitative Evaluation des Workshop III (Block 6)

Insgesamt gab es von 21 TN, die den Evaluationsbogen ausfüllten, 280 Aussagen. 129 konnten unter die Oberkategorie OK I: Konzeption des Kurses gefasst werden und 106 unter OK II: Thematische Inhalte.

74 Äußerungen gab es zu „**Was hat gefallen?**“, davon 32 zu Didaktik und Methodenvielfalt und 19 zu psychosozialer Beratung. Rollenspiel und Fallbesprechungen wurden gelobt, ebenso die thematische Selbsterfahrung. Die wachsende Vertrautheit in der Gruppe wurde als angenehm erlebt.

Die KlientInnenperspektive war einfühlsam nachzuvollziehen, weil auch in diesem Workshop ein betroffenes Elternpaar zu Besuch war. „Bericht des Elternpaares, das die Schwangerschaft ausgetragen, ihr Kind bekommen hat und es bis zu Ende leben lieben“. Eine Reihe von Äußerungen bei der Frage nach dem **größten Nutzen für die Praxis** bezieht sich auf diesen Besuch.

Zur **wichtigsten Lernerfahrung** gab es 40 Äußerungen, die sich mit 22 Nennungen auf die psychosoziale Beratung bezogen, auch hier wird auf die KlientInnenperspektive verwiesen und auf den Besuch der Mütter eines Selbsthilfevereins.

Zur Frage nach **Vertiefung** wurde die Auseinandersetzung mit dem Thema „Fetozid“ in der Beratung mehrfach genannt.

Zu **Wünschen nach Veränderung** gab es unter OK I 7 Äußerungen, 2 beziehen sich auf Aufbau und Struktur z.B. „Die Idee, die in diesem Workshop entstand, in Untergruppen unterschiedliche Fragestellungen zu bearbeiten, hat mir gut gefallen“ oder „vielleicht etwas nachdrücklicher die Beschäftigung mit theoretischen Grundlagen fordern - als Hausaufgabe“. Zu Dozentenkompetenz gab es 4 Äußerungen, die sich alle auf Vermittlung von humangenetischen Inhalten bezogen und 1 Nennung unter Didaktik und Methodenvielfalt „mehr Hilfestellung, um aus der Rolle nach Rollenspiel herauszukommen“. Unter OK II gibt es lediglich 2 Äußerungen zu psychosozialer Beratung „mehr Reflexion über gelungene und weniger gelungene Interventionen im Rollenspiel“, „Raum für Auseinandersetzen mit eigener Belastbarkeit“.

Tabelle 3.6 Qualitative Evaluation von Workshop III (Block 6) ausgefüllt von N= 21 (Mehrfachnennungen)										
WS III	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
(Block 6)	gefallen	gestört	schwierig	Vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		Summe
OK I Konzeption	45	9	7	9	7	8	37	7		129
K1 Aufbau und Struktur	1	1	1	1	2	1	0	5		12
K2 Kompetenzen der Dozenten	8	3	2	5	4	0	2	1		25
K3 Atmosphäre	4	1	1	0	0	0	2	0		8
K4 Didaktik und Methodenvielfalt	32	0	3	0	1	7	33	1		77
K5 Organisation/Zeit	0	4	0	3	0	0	0	0		7
WS III	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
Block 6	gefallen	gestört	schwierig	Vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		
OK II Thematische Inhalte	30	3	3	5	2	32	17	14		106
K 6 Psychosoziale Beratung	19	0	3	4	2	22	6	6		62
K 7 Ethik	0	0	0	0	0	1	0	2		3
K 8 Medizin	0	0	0	0	0	6	3	1		10
K 9 Behinderung	10	2	0	0	0	2	2	1		17
K10 Kooperation	1	1	0	1	0	1	6	4		14
Restkategorie	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Keine Angabe	0	11	11	9	12	0	0	5		48
Summe	75	23	21	23	21	40	54	26		283

3.3.11 Psychosoziale Beratung nach PD bei Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft: Workshop IV (Block 7)

Kommentar

Der IV. Workshop hatte als Schwerpunkt das Thema späte Schwangerschaftsabbrüche und Fetozyd. Dafür wurde von uns viel Zeit eingeplant. Eine theoretische Einführung sollte über die Rechtslage, über medizinisches Basiswissen und über mögliche Vorgehensweisen in der Beratung informieren. In den praktischen Übungen im Rollenspiel und in den Fallberichten, die das Thema des Workshops aufgriffen, sollte Gelegenheit für die Kursteilnehmenden sein, mit der schwierigen Thematik umgehen zu lernen. Sie sollten ermutigt werden, die Frauen und Paare in ihrem Schock aufzunehmen und die Verstörung, die das Thema auslöst, auszuhalten. Sie sollten lernen, die notwendigen Informationen, die Frauen und Paare in dieser Situation brauchen, in angemessener Form zu geben. Dazu gehört auch, Informationen weiterzugeben über das Aufnehmen des toten Kindes nach der Geburt, über Formen des Abschieds und der Bestattung. Die Arbeit an einem Rollogramm erschien uns sinnvoll, um die Kursteilnehmenden anzuregen, über Veränderungen in ihrer Arbeitsstelle vor Ort nachzudenken, um Veränderungen in der Teamstruktur einschätzen zu lernen und um sich selbst zu verdeutlichen, was das Thema pränatale Diagnostik auslöst.

Wie in jedem Kursblock wurden die Recherchen zu den Erkrankungen abgerufen und vertieft: diesmal zu Muskelatrophie Duchenne und Hydrozephalus.

Die Einheit zur Selbsterfahrung sollte ausführlich gestaltet werden aufgrund der Schwere des Themas.

Der Einheit „Offene Gruppen“ lag eine Anregung der KursteilnehmerInnen zugrunde, die darum gebeten hatten, den unterschiedlichen Professionen unterschiedliche Angebote zu machen.

So wollten die medizinisch Arbeitenden gerne mehr Rollenspiel unter Supervision einer Dozentin, psychosozial Arbeitende wünschten sich den Austausch über Kooperation und Vernetzung.

1. TAG

14.30 – 15.15 h

Begrüßung, Ankommen und Kontaktaufnahme (Plenum)

Begrüßung

Kontaktaufnahme jedes Einzelnen mit der Gruppe

- In welcher Stimmung sitze ich hier?
- Was möchte ich der Gruppe von mir mitteilen?

15.15 – 15.45 h

Evaluation (Einzelarbeit im Plenum)

Ausfüllen des Fragebogens zu den Erfahrungen und Kompetenzen der Kursteilnehmenden seit dem letzten Workshop und den Erwartungen an den Workshop IV

15.45 – 16.00 h

Vorstellen des gesamten Programms (Plenum)

Bei der Vorstellung des Gesamtprogramms sammelten wir stichwortartig Wünsche und Themenvorschläge für die offenen Gruppen am 3. Kurstag.

16.00 –17.00 h

Rollogramm (Einzelarbeit)

Ziele

- Reflexion über die eigene Stellung im Team
- Bewusst machen der Frage: Was hat sich durch den neuen Schwerpunkt PD im Team und auch bei mir persönlich verändert?
- Gibt es Konflikte/Spannungen daraus?
- Wenn ja, wie gehe ich mit den Konflikten um?

Arbeitsblatt: Rollogramm (besondere Form des Organigramms)

- Zeichnen Sie ein Strukturbild Ihrer Institution (= Organigramm), und kennzeichnen Sie Ihre Position.
- Beschreiben Sie die Zusammensetzung Ihres Teams: Größe, Alters- und Geschlechterverteilung, Bezahlung, Grund- und Zusatzqualifikation usw.
- Skizzieren Sie die Arbeitsschwerpunkte der Teammitglieder.
- Beschreiben Sie Ihr Tätigkeitsfeld.
- Beschreiben Sie das Klientel Ihrer Einrichtung: Typische Merkmale, Anliegen der Klienten.
- Welche - ausgesprochenen und unausgesprochenen - Erwartungen werden (von wem?) an Sie als RollenträgerIn gestellt.
- Welche Erwartungen haben Sie an Ihre eigene Rolle und Position?
- Welches Interesse und welchen Umgang haben die einzelnen Teammitglieder am Thema Pränatale Diagnostik und an PD-Beratungen?
- Was wird ausgesprochen?
- Spüren Sie Unausgesprochenes, davon Abweichendes? Bitte stichwortartig benennen.
- Welche Konflikte erwachsen für Sie aus dem Schwerpunkt „Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ (z.B. Kosten, Zeitaufwand für Vernetzung, Supervision, Hospitation)?
 - institutionell
 - mit den KollegInnen
 - für Sie persönlich
- Wie gehen Sie mit den Konflikten um? Wo suchen Sie Unterstützung?

Zeitrahmen: 45 Minuten Einzelarbeit

17.00 – 18.30 h

Auswertung des Rollogramms (3 Arbeitsgruppen mit DozentInnen)

Die TeilnehmerInnen werden in die AGs eingeteilt nach:

- Profession
- Zusatzqualifikation
- Bundesland
- Träger
- In Beratung erfahren/unerfahren

Besprechung des Rollogramms unter Berücksichtigung des ethischen Aspekts, z. B.:
was bewirkt eine ausgesprochen normativ ethische Trägerposition für die Beratenden?

19.30 – 21.00 h

Austausch über Recherchen zu Muskelatrophie Duchenne und Hydrozephalus (Plenum)

Leitung: HumangenetikerIn

Ziele

- Informationen zu medizinischem Basiswissen, Diagnostik und Therapie
- Gegenseitige Vermittlung und Anwendung des erworbenen Wissens

Leitfragen für den Austausch und die gegenseitige Information

- Wo recherchiert?
- Sammeln und Ordnen nach:
 - Diagnose
 - Ausprägungsart
 - Prognose
 - Behandlungsmöglichkeiten
 - Entwicklungsverlauf
 - Mögliche Frühförderung
 - Bedeutung im Alltag
 - Sonstige Aspekte

Hinweis: Ausgabe der drei Fallberichte, die am nächsten Tag besprochen werden sollen

2. TAG

9.00 – 10.30 h

Rechtliche und medizinische Fragen sowie Beratung und Begleitung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen: Referat einer DozentIn (Plenum)

Ziele

- Kennenlernen der Rechtslage
- Beraterisches Vorgehen
- Medizinisches Basiswissen

11.00 – 12.00 h

1. Rollenspiel (Kleingruppen / Plenum)

Üben des Gehörten im Rollenspiel in kleinen Gruppen zu viert (Paar, Beraterin, Beobachterin)

Ziel

- verschiedene Sichtweisen der unterschiedlichen, mit PD befassten Professionen kennen lernen

Anweisungen für das Paar

Das Paar N hat ein gesundes Vorschulkind von 5 Jahren. Die Schwangere ist 29 Jahre, der Mann wenig älter.

Frau N. ist in der 20. Woche schwanger. Beim Ultraschall wird der Verdacht auf Herzfehler diagnostiziert; daraufhin wird eine Amniozentese gemacht und die Frau zur Feindiagnostik „geschickt“. Der Verdacht bestätigt sich; es ist ein schwerer Herzfehler und es gibt Wasseransammlungen (Ödeme) unter der Haut. Außerdem hat das Kind Down-Syndrom. Die Prognose ist sehr schwierig. Möglich ist auch, dass das Kind noch im Mutterleib verstirbt.

Anweisungen für die BeraterInnen

Die BeraterInnen haben keine Informationen. Sie wissen nur, dass das Paar vom Feindiagnostiker geschickt wurde.

Auswertung des Rollenspiels im Plenum

12.00 – 13.00 h

Bericht von zwei Hebammen über ihre Erfahrung mit Spätabbrüchen (Plenum)

Einbezogen werden sollen auch Aspekte der Veränderung im Laufe der Jahrzehnte: Wie war der Umgang z.B. in der Zeit der Ausbildung, wie ist er jetzt.

14.30 – 16.00 h

2. Rollenspiel (Kleingruppen)

Das Programm des Vormittags wird fortgesetzt und ergänzt durch Informationen über Fetozid

Rollenspiel in Gruppen à 4 Personen: 1 TN Frau, 1 TN Mann, 1 TN BeraterIn, 1 TN BeobachterIn

Informationen für das Paar

Die Schwangere ist in der 17. Woche schwanger. Sie ist 35 Jahre alt, ihr Mann 43 Jahre. Das Paar O. hat zwei Kinder von 8 und 5 Jahren. Sie haben sich beide noch ein drittes Kind gewünscht. Auf Grund des Alters der Frau wurde „routinemäßig“ eine Amniozentese gemacht.

Die Familie ist gut situiert, beide sind berufstätig; es war klar, dass sie sich gegen ein behindertes Kind entscheiden würden.

Sie haben jetzt die Information erhalten, dass ihr Kind keine Lebensperspektive hat und wollen die Schwangerschaft nicht austragen.

Informationen an die BeraterInnen

Der Gynäkologe hat sie angerufen und informiert, dass eine Trisomie 18 vorliegt. Er hat eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gestellt und einen Termin im Krankenhaus gemacht.

In der Praxis war es sehr voll und er konnte sich nicht genug Ruhe nehmen, alle Fragen zum Spätabbruch zu beantworten. Er bittet, den Schock des Paares aufzunehmen und in Ruhe zu informieren, was auf sie zukommt.

Nach dem Rollenspiel wird das Ergebnis der Kleingruppen im Plenum ausgewertet:

Wie ist es dem Paar in der Beratung ergangen?

- Wurde ihr Anliegen aufgenommen?
- Wurden sie in ihrem Schock aufgefangen?
- Fühlen sie sich ausreichend informiert über späten Schwangerschaftsabbruch?

Wie ist es der BeraterIn ergangen

- Was ist ihr gut gelungen?
- Wo fühlte sie sich unsicher?
- Wo braucht sie noch Hilfe?

Was hat die BeobachterIn wahrgenommen?

- Was waren hilfreiche Interventionen?
- Was war schwierig?

16.30 – 18.00 h

Selbsterfahrung (Plenum / Einzelarbeit / Kleingruppe)

Austeilen der Arbeitsbögen für die Selbsterfahrung, die jeder Kursteilnehmende in Einzelarbeit ausfüllt.

Einzelarbeit (30 Minuten)

- Wie geht es mir nach diesem Tag?
- Was ist meine persönliche Art der Reaktion auf das Thema „Später Schwangerschaftsabbruch und Fetozyd“?
- Welche Stimmungen und Gefühle habe ich?
- Welche Phantasien und Bilder?
- Welche Körperempfindungen? Wo genau spüre ich sie (Kopf, Bauch, Muskelspannung/verspannung?)
- Welche Handlungsimpulse werden bei mir ausgelöst?

Stellen Sie sich vor, Sie sind psychosoziale/r BeraterIn in dieser Phase der fortgeschrittenen Schwangerschaft, bei dem Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft:

- Wo verspüren Sie am meisten Widerstand?
- Was fürchten Sie am meisten?
- Wovor müssen Sie sich schützen?
- Was möchten Sie am liebsten vermeiden?

- Wo sehen Sie Ihre Möglichkeiten und Grenzen? Was können Sie sich vorstellen? Was können Sie sich nicht vorstellen?

Arbeitsgruppen

Drei Arbeitsgruppen mit Dozenten zum Austausch über die Einzelarbeit und zur Auswertung. Aussprechen und Auffangen der unterschiedlichen Stimmungen.

Die Gruppen enden mit einer Körperübung, um die Schwere des Themas auch körperlich los zu werden; z. B.:

Partnerweise zu zweit aufstellen; die eine nimmt Kontakt auf zum Rücken der anderen. Der Rücken wird leicht abgestrichen, mit Pause in der Nierengegend, über das Becken, die Oberschenkel, die Unterschenkel, die Ferse in den Boden leiten. Das zweimal. Danach über die Schulterpartie und Arme, Hände in den Boden leiten. Auch zweimal wiederholen.

18.15 – 19.15 h

Fallbesprechung (3 Arbeitsgruppen)

Es werden drei eingereichte Fallberichte mit jeweils einer Dozentin besprochen. Es werden Fallberichte ausgesucht, in denen das Thema „Später Schwangerschaftsabbruch mit Fetoizid“ vorkommt, um das Thema des Tages weiter zu bearbeiten und zu vertiefen.

In der Diskussion über die eingereichten Fallberichte können gelungene und weniger gelungene Interventionen reflektiert und geübt werden.

3. TAG

9.00 – 10.30h

Zusammenfassung des Vortags / Fallbesprechung (Plenum / 3 Arbeitsgruppen)

Kurzer Austausch über Reste vom Vortag

- Wie sitzen die TeilnehmerInnen hier?
- Konnten sie das schwere Thema loslassen?
- Sind sie bereit zur Weiterarbeit?

Fallbesprechung in 3 Arbeitsgruppen anhand eingereicherter Fälle der Teilnehmenden: Wie am Abend vorher werden Fälle zum Thema später Schwangerschaftsabbruch ausgesucht, um ausreichend Sicherheit in der Beratung zu erreichen und immer wieder über ethische Standorte versus beraterische, professionelle Haltung zu reflektieren.

11.00 – 12.30 h

Offene Gruppen

Offene Gruppen zu Themen, die noch zu behandelnde Anliegen der Teilnehmenden aufgreifen einerseits in Bezug auf Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Supervision.

Andererseits soll es für eine andere Gruppe die Möglichkeit geben, Rollenspiel durchzuführen oder an Fällen zu arbeiten.

Möglichkeit zur Bildung spontaner Gruppen zu einzelnen Themenbereichen.

12.30 – 13.00 h

Bericht aus den offenen Gruppen (Plenum)

Bericht der einzelnen Gruppen im Plenum zur Information der anderen Kursteilnehmenden und Austausch darüber.

14.00 – 15.30 h

Kursauswertung und -abschluss (Plenum)

Ausfüllen des Fragebogens zur Evaluation

Übung zu ressourcenorientiertem Vorgehen nach Reddemann: Inneres hilfreiches Wesen

Besprechen der Aufgaben für den letzten Kursblock

- Kontakt herstellen zu den Kliniken in der eigenen Region, die Spätabbrüche durchführen
- Kontakt herstellen zu KlinikseelsorgerInnen und Hebammen
- Hospitation in Behinderteneinrichtungen
- Besprechen des Prüfungsteils und der Prüfungsmodalitäten
- Einreichen der Fallberichte der Kursteilnehmenden
- Literaturhinweise für den nächsten Kurs
 - Lothrop, H. (2001). Gute Hoffnung – jähes Ende. München: Kösel.
 - Beutel, M. (2002). Der frühe Verlust eines Kindes. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Rückmeldungen der Kursteilnehmenden

Kursabschluss und Verabschiedung

Kommentar

Bei Workshop IV gab es die größten Veränderungen im Programm. Die Eingangsrunde dauerte wesentlich länger (etwa 30 Minuten). Das hängt damit zusammen, dass die TeilnehmerInnen sich immer besser kennen und ein großes Bedürfnis verspüren, sich sowohl auf persönlicher wie auch auf beruflicher Ebene auszutauschen.

Auch bei Fragen der Kooperation haben sie inzwischen regen Austausch untereinander zwischen den Kursblöcken (siehe Evaluation).

Der Austausch über die Recherchen zu Muskelatrophie Duchenne und zu Hydrozephalus wurde diesmal in etwas anderer Form durchgeführt. Die Recherchen wurden nicht nacheinander abgehandelt, sondern vergleichend gegenüber gestellt.

Am 2. Tag, bei der Auswertung der Rollenspielgruppen im Plenum, wurde deutlich, dass es Irritationen bei den BeraterInnen gab. Sie meinten, sie hätten mehr Informationen z.B. zu den medizinischen Daten gebraucht. Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass es keinesfalls um mehr medizinische Informationen ging, sondern dass es den BeraterInnen schwer fiel, den Schock und das Entsetzen des Paares aufzunehmen und auszuhalten. Die Teilnehmenden wünschten sich ein weiteres Rollenspiel. Es wurde nach der Mittagspause eingeschoben (siehe Programm) und der Bericht der beiden

Hebammen, der eigentlich geplant war, wurde in die Besprechung der Rollenspiele eingefügt.

Durch diese Veränderung verlängerte sich die Einheit im Plenum von 14.30 – 16.00 h. Bei der ausführlichen Auswertung der Rollenspiele im Plenum gab es viele Fragen, Bedenken, Ängste der Kursteilnehmenden und immer wieder Fragen zur Ethik. Da wir es für wichtig hielten, diesen Fragen im Austausch Raum zu geben, wurde die Übung zur Selbsterfahrung verändert und gekürzt. Es gab nur noch die Einzelarbeit und danach die Körperübung „Rücken ausstreichen“.

Die Eingangsrunde am 3. Tag wurde erweitert. „Über Nacht“ waren viele weitere Fragen bei den KursteilnehmerInnen aufgetaucht. Es entwickelte sich ein engagiertes und lebhaftes Gruppengespräch in vertrauensvoller Atmosphäre. Viele Teilnehmende stellten persönliche und ethische Anfragen.

Auf Wunsch wurde ein weiteres Rollenspiel ins Programm eingebaut (siehe Programm). Das Rollenspiel wurde so gestaltet, dass jede/r TeilnehmerIn jede Rolle einmal spielte (Schwangere, PartnerIn, BeraterIn).

Einige der TeilnehmerInnen konnten in der Rolle der Schwangeren die Vorstellung, ein Fetozyd würde gemacht, nicht aushalten. Es brauchte wieder eine lange Auswertungsrunde: Welche Bedeutung hat dieses für die BeraterInnen? Wie ist eine Abgrenzung möglich zwischen Fremdem und Eigenem? Für manche BeraterInnen stellte sich die Frage, ob für sie Begleitung und Beratung von Paaren, die einen Fetozyd vor sich haben, möglich sein würde.

Die „Ungeheuerlichkeit“ des Themas beschäftigte TeilnehmerInnen und DozentInnen. Es brauchte Zeit und die Möglichkeit des Austauschs.

Die Fallbesprechung wurde verkürzt. Das war nicht sehr befriedigend, ließ sich aber auf Grund der Zeit nicht anders handhaben. Die offenen Gruppen fanden – aus Zeitmangel – gar nicht mehr statt (auf diese Programmveränderung beziehen sich die Äußerungen der Teilnehmenden in der Evaluation, wenn sie die Flexibilität der Dozentinnen loben). Insgesamt war es ein sehr anstrengender Workshop. Die Rückmeldung der KursteilnehmerInnen gab zu bedenken, dass es gut war, dass das Thema Fetozyd und später Schwangerschaftsabbruch erst gegen Ende des Curriculums behandelt wurde, obwohl es in der Praxis der Teilnehmenden schon früher vorkam.

Erst durch die gewachsene Gruppenstruktur und das vertrauensvolle Klima sei es möglich gewesen, persönliche Sorgen, Ängste und ethische Bedenken so offen zu äußern.

3.3.12 Evaluation von Workshop IV (Block 7)

Beratung und Begleitung nach pränataler Diagnostik bei Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft 08. – 10. Oktober 2004

(ausgefüllte Fragebögen N=22)

3.3.12.1 Quantitative Evaluation zum Workshop IV (Block 7)

Fast 82% der Teilnehmenden bewerten den Workshop mit „Sehr gut“, 18% mit „Gut“. Die DozentInnenkompetenz liegt bei über 95%, Alle Teilnehmenden geben an, von der Veranstaltung profitiert zu haben, ebenso haben alle Teilnehmenden ein hohes Interesse am angebotenen Thema und beurteilen zu 100%, dass Ihnen die Inhalte in der Praxis helfen werden.

Ein großer Teil fand das Theorie/Praxis-Verhältnis ausgewogen (über 95%) und empfand, genügend Zeit zu persönlicher Mitarbeit zu haben.

Vorkenntnisse und Erfahrungen zum Thema hatten lediglich 18%.

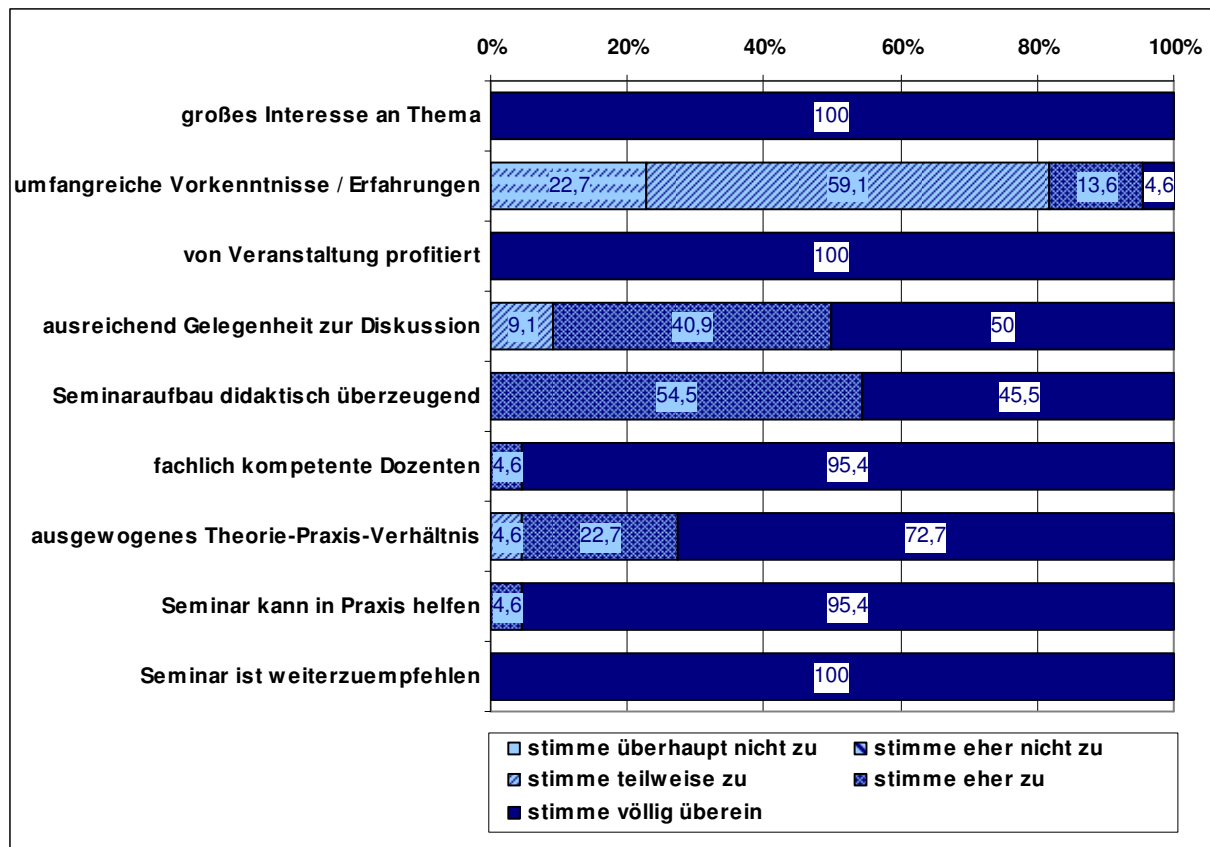


Abb. 3.8 Quantitative Evaluation des Workshops IV

3.3.12.2 Qualitative Evaluation des Workshops IV (Block 7)

Zum Abschluss des Workshops IV hatten 22 TeilnehmerInnen des Curriculums den Fragebogen ausgefüllt und 254 Rückmeldungen gegeben. 132 Aussagen waren der Oberkategorie I „Konzeption“ zu zuordnen, 89 Nennungen der Oberkategorie II „Thematische Inhalte“. 32mal wurden keine Angaben gemacht.

Neben den positiven Äußerungen zur Didaktik und Methodenvielfalt (31) wurden diesmal die Flexibilität der DozentInnen und die gute Lernatmosphäre gelobt. **Gefallen** hatten wieder Rollenspiele („ Rollenspiel als effektive Methode, bei der Lernerfahrungen auf der Gefühls- und Vernunftebene gemacht werden können“) und Fallbesprechungen. Daraus leiteten sich auch Äußerungen zu den **wichtigsten Lernerfahrungen** und zu dem **größten Nutzen für die Praxis** ab.

Diesmal gab es eine relativ hohe Nennung zu „**Was war schwierig?**“ bei der Kategorie psychosoziale Beratung, dies ergab sich aus der Thematik des Workshops (späte Schwangerschaftsabbrüche). So fragten sich manche BeraterInnen: „Kann ich diese Beratung schaffen?“ oder (die) „Verarbeitung des Themas späte Abbrüche hat lange nachgewirkt“.

Darauf bezieht sich auch der Wunsch nach **zukünftig vertiefender Behandlung** des Aspektes späte Schwangerschaftsabbrüche und Fetoizid, wenn möglich auch aus der Perspektive betroffener Eltern. Ebenso wurde die Vertiefung von ethischen Aspekten zu diesem Thema gewünscht.

Unter OK I gab es 14 Nennungen zu Wünschen nach **Veränderung**. Davon entfielen 10 auf die Zeitstruktur und 4 auf Aufbau und Struktur z.B. „es war gut, den geplanten Programmablauf zugunsten der Rollenspiele zu späten Schwangerschaftsabbrüchen zu ändern“, „Psychohygieneinheit bei jedem Workshop und jedem Kurs“. Unter OK II gab es lediglich 3 Äußerungen zu Veränderungswünschen, alle zu den theoretischen Grundlagen psychologischer Beratung (SK4); „Möglichkeiten zur Kompensation/Verarbeitung der Schwere des Themas“.

Tabelle 3.7: Qualitative Evaluation von Workshop IV (Block 7) ausgefüllt von N= 22 (Mehrfachnennungen)										
WS IV	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
Block 7	gefallen	gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		
OK I Konzeption	49	19	5	9	14	7	27	2		132
K1 Aufbau und Struktur	5	4	0	2	4	0	0	1		16
K2 Kompetenz der Dozenten	3	0	0	0	0	0	3	0		6
K3 Atmosphäre	10	0	0	0	0	2	1	0		13
K4 Didaktik und Methodenvielfalt	31	3	5	4	0	5	23	1		72
K5 Organisation/Zeitstruktur	0	12	0	3	10	0	0	0		25
	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8		
	gefallen	gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen		
OK II Thematische Inhalte	14	0	10	6	3	32	10	14		89
K 6 Psychosoziale Beratung	10	0	10	3	3	23	4	7		60
K 7 Ethik	0	0	0	2	0	1	0	4		7
K 8 Medizin	2	0	0	1	0	5	6	1		15
K 9 Behinderung	0	0	0	0	0	0	0	0		0
K10 Kooperation	2	0	0	0	0	3	0	2		7
Restkategorie	0	1	0	0	0	0	0	0		1
Keine Angabe	0	6	0	11	7	0	0	8		32
Summe	63	25	15	26	24	39	37	24		254

3.3.13 Psychosoziale Beratung nach PD - Leben mit Behinderung bzw. nach Abbruch oder Tod des Kindes: Kurs 3 (Block 8)

Kommentar

In der letzten Kurswoche lautete das Schwerpunktthema „Leben mit Behinderung bzw. nach Abbruch oder Tod des Kindes“.

Bereits im Kolloquium zum Abschluss des Curriculums wurde das Thema in Form einer Falldarstellung aufgegriffen. Über diesen Fall fand in drei Arbeitsgruppen unter diagnostischen und methodischen Gesichtspunkten ein Austausch statt. Überlegungen zur Übertragung/Gegenübertragung und zu Spezifika der Beratung zur pränatalen Diagnostik wie Kooperation und Vernetzung schlossen sich an.

Nach dem Prüfungskolloquium informierte der Humangenetiker über Familien mit Chorea Huntington.

Es folgte eine Theorieeinheit zu Leben mit Behinderung. In kleinen Gruppen wurde dazu im Rollenspiel vertiefend geübt. Danach stellte ein Bundesvorstandsmitglied der Lebenshilfe die Arbeit der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung vor. Sie berichtete außerdem darüber, was es für das Zusammenleben einer Familie bedeutet, wenn ein Kind schwer mehrfach behindert ist.

Am 3. Tag war das Tagesthema: Trauer und Trauerbewältigung. Dazu gab es zwei theoretische Einführungen im Plenum: einmal zu Trauer und zum anderen zu Ritualen bei Trauer, Abschied und Tod.

Nach Reflexion und Austausch über die Recherchen der Kursteilnehmenden, die zu diesem Kursteil die Kontaktaufnahme zu KlinikseelsorgerInnen, Hebammen und Behinderteneinrichtungen vor Ort umfasste, stellte nachmittags eine Krankenhausseelsorgerin ihr Konzept, das sie im Umgang mit Frauen und Paaren, die zu einem späten Schwangerschaftsabbruch kommen, entwickelt hat, vor.

Abends fand ein Fachgespräch unter Einbeziehung der KursteilnehmerInnen statt. TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion waren ein Psychiater, ein Pränataldiagnostiker, eine Gynäkologin, eine Krankenhausseelsorgerin und eine Vertreterin des Bundesvorstands der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Moderation hatte ein Humangenetiker, der an vielen Teilen der Entwicklung und Durchführung des Curriculums beteiligt war.

Die Diskussion fokussierte um drei Fragen:

Wie schätzen Sie den Stand der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bei psychosozialer Beratung im Kontext PD ein? Was ist erreicht? Wo gibt es Schwierigkeiten bzw. Lücken in der Kooperation? Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?

Welche Wünsche und Ideen haben Sie für die zukünftige Arbeit?

Was soll aus Ihrer Sicht eine Fortbildung leisten? Wie wird diese eingeschätzt?

Alle Teilnehmenden auf dem Podium waren als Referenten im Kurs. Sie konnten gute Fortschritte der Kursteilnehmenden feststellen und äußerten sich sehr positiv über das, was in den zweieinhalb Jahren geleistet wurde.

1. TAG

14.30 - 16.00 h

Begrüßung und Kontaktaufnahme (Plenum)

- Begrüßung
- Ankommen
- Kontaktaufnahme

16.00 - 16.20 h

Evaluation (Einzelarbeit im Plenum)

Fragebogen zu den Erfahrungen und Kompetenzen im Kontext PD und Erwartungen an den Kurs (Block 8)

16.20 – 17.30 h

Mein gelungenster / schwierigster Fall in PD (Arbeitsgruppen, Einzelarbeit)

Ziele

- Bewusstwerden der eigenen Stärken und Schwächen im Kontext von PD-Beratungen
- Kennenlernen der persönlichen Grenzen
- Bewusstwerden der Kriterien von Beratungserfolg/-misserfolg
- Klärung der Erwartungen an den Kurs

Einzelarbeit (15 Minuten): mein gelungenster / schwierigster Fall in PD

Dazu Arbeitsblatt austeilten mit folgenden Fragen:

1. Rufen Sie sich bitte eine Beratung im Kontext PD ins Gedächtnis, die Sie spontan als „gelungen“ erinnern (Fall 1).
2. Entsinnen Sie sich an eine Beratung im Kontext PD, die Sie spontan als „schwierig“ bzw. „mislungen“ in Erinnerung haben (Fall 2).
3. Vergleichen Sie beide Beratungen: Was ist Ihnen im einen Fall gelungen, was war im anderen Fall schwierig bzw. nicht möglich? Was fällt Ihnen spontan ein? Machen Sie sich zu jedem Fall einige Notizen!

Danach Austausch in drei Gruppen ohne Dozenten

Ergebnisse über die Erwartungen in jeder der drei AGs auf Wandzeitungen festhalten

17.30 – 18.30 h

Zusammenfassung und Programm (Plenum)

Vorstellung der Wandzeitungen mit den Ergebnissen aus der Gruppenarbeit

Vorstellung des Programms der Woche

19.30 – 21.00 h

Fallbesprechung (4 Arbeitsgruppen mit DozentInnen)

In jeder Gruppe wird ein eingereicherter Fall der Kursteilnehmenden gelesen und besprochen (vier Fälle)

Ziele

- Diagnostische und methodische Aspekte bezüglich PD Beratung reflektieren
- Interventionen üben
- Einstimmung auf das Kolloquium am nächsten Tag

2. TAG

9.00 - 9.30 h

Fallausgabe und Lesen des Falls für Kolloquium (Plenum)

9.30 - 11.00 h

Kolloquium (3 Prüfungsgruppen)

Drei Gruppen mit jeweils einer DozentIn zur Prüfung und einer DozentIn zur Protokollierung

Kolloquium zum Abschluss des Curriculums „Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ (siehe Extrablatt mit Fallskizze)

Nachgespräch der DozentInnen und Auswertung des Kolloquiums

11.00 - 13.00 h

Leben mit Behinderung in der Familie - Erfahrungen aus Sicht der Humangenetik (Plenum)

Referat einer HumangenetikerIn:

Spätmanifestierende Erkrankungen (z.B. Huntington'sche Krankheit, erbliche Krebserkrankungen wie Brustkrebs, Darmkrebs)

Translokationsfamilien (Anlageträgerschaft für erbliche Chromosomenstörungen und rezessiv erbliche Erkrankungen/Störungen)

14.30 - 15.00 h

Theoretische Einführung zum methodischen Umgang mit dem Thema „Leben mit Behinderung“ in der Beratung (Plenum)

Erinnerung an Workshop III; nötige Schritte in der Beratung; Darstellung der Schritte auf Tageslichtfolien zur Erinnerung.

Weiterführung:

- Was heißt das für die Beratung?
- Welche Schritte sind nötig?
- Welche möglichen Interventionen sind denkbar?

15.00 - 15.45 h

Rollenspiel zum Umgang mit einem Kind mit Behinderung (Vier Arbeitsgruppen mit Dozenten)

Weiterführung des Prüfungsfalls

Ziele:

- Methodischer Umgang in der Beratung mit dem Thema Leben mit einem Kind mit Behinderung: z.B. Konkretisieren, Nachfragen, Gefühle, Anliegen und Wünsche des Paares aufnehmen und vertiefen
- Vorbereitung und Einfühlung in das Thema des Nachmittags

Hinweis für die Paare

Einfühlung in den Alltag mit einem solchen Kind. Wie sieht der Alltag aus?

Das 3-jährige Kind ist so klein wie ein ca. 9 Monate altes Baby. Es liegt daher noch im Kinderwagen. Viele Termine sind wahrzunehmen: bei Ärzten, Krankengymnastik, Ergotherapie. Die Menschen in der Umgebung reagieren mit neugierigen Blicken. Der Vater von Herrn P. hat gesagt: „So ein Kind braucht heute doch keiner mehr zu kriegen!“ Es gab in drei Jahren noch keine Stunde, in der das Paar etwas alleine machen konnte. Der Kleine hat einen besonderen Stuhl, auf dem sein Köpfchen fixiert werden kann, damit er es halten kann. Fast alles ist anders als bei anderen Familien.

16.15 - 18.30 h

Leben mit einem Kind mit Behinderung (Plenum)

Referat einer Internistin und Vorstandsmitglied der Bundesvereinigung der „Lebenshilfe“

Was bedeutet das Zusammenleben mit einem behinderten Kind für die Mutter, den Vater, das Paar, die Geschwister?

Soziale, rechtliche, medizinische, psychologische, heilpädagogische Aspekte

Gelegenheit zu Fragen an die ReferentIn.

3. TAG

9.00 - 10.30 h

Trauer und Trauerbewältigung (Plenum)

Theoretische Einführung zu Trauer durch eine DozentIn

- Verschiedene Phasen der Trauer
- Unterschied zwischen angemessener Trauer und Depression
- Trauerbegleitung
- Hilfreiche Interventionen

Ziele

- Grundkenntnisse zum Thema Trauer erlangen; Verstehen von Trauerprozessen
- Umgang mit betroffenen Klienten erlernen

- Rituale in der Beratung bei Trauer, Abschied, Tod
- Wofür brauchen wir Rituale
- Welche Bedeutung haben Rituale
- Welche Rituale können wir einsetzen
- Theoretische Hintergründe kennenlernen und Verständnis für ihre Bedeutung gewinnen
- Rituale in der Beratungsarbeit - wenn nötig - einsetzen können

11.00 - 13.00 h

Fallbesprechung (4 Arbeitsgruppen mit DozentInnen)

Fallbesprechung der eingereichten Fälle der Kursteilnehmenden in 4 Arbeitsgruppen mit DozentInnen (es können jeweils zwei Fälle besprochen werden).

Falls es Fälle zum Tagesthema gibt, werden diese bevorzugt besprochen, um das theoretische Wissen mit Erfahrungen zu untermauern. (Insgesamt können acht Fälle besprochen werden.)

14.30 - 15.30 h

Kooperation und Vernetzung (Plenum)

Reflexion und Mitteilung über die Recherchen der Kursteilnehmenden zu Kontakten zu KlinikseelsorgerInnen, Hebammen, zum Kennenlernen der Krankenhaus-situation vor Ort, Kontakte zu Behinderteneinrichtungen

Ziele

- Unterschiede wahrnehmen
- Von den anderen KursteilnehmerInnen evtl. wichtige Hinweise zu möglichen Veränderungen vor Ort bekommen.

16.30 - 18.30 h

Erleben, Umgang und Hilfen bei Spätabbrüchen, Totgeburt und Geburt eines behinderten Kindes (Plenum)

Referat einer Krankenhauseelsorgerin

Bericht über ihre Arbeit

Wie erlebt sie Frauen und Paare,

die Spätabbrüche haben?

die die Geburt eines toten Kindes erleben?

die die Geburt eines behinderten Kindes erleben?

Welche Rituale bietet sie an; wie ist der Umgang mit Ritualen, wie die Reaktion der betroffenen Eltern?

20.00 - 22.00 h

Fachgespräch und Reflexion über Curriculum unter Einbeziehung der Kursteilnehmenden (Plenum)

Nachzulesen unter 3.3.15

Podium mit einer PsychiaterIn, einer PränataldiagnostikerIn, einer GynäkologIn, einer InternistIn und Bundesvorstandsmitglied der Lebenshilfe, einer KrankenhauseelsorgeIn

- Wie ist der Stand der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bei psychosozialer Beratung im Kontext von pränataler Diagnostik?
 - Was ist an positiver Kooperation schon erreicht?
 - Wo sehen Sie Schwierigkeiten bzw. Lücken in der Kooperation?
 - Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?
- Welche Wünsche und Ideen haben Sie für die zukünftige Arbeit?
- Was soll aus Ihrer Sicht eine Fortbildung leisten? Wie wird diese eingeschätzt?

4. TAG

9.00 - 10.30 h

Ethik zwischen Tod und Leben, Schuld und Vergebung (Plenum)

Referat einer TheologIn

Definitionen von Tod und Leben

Murmelgruppen zum Thema und Rückführung ins Plenum

Was bedeutet „du sollst nicht töten“ in diesem Kontext?

Wie sehen andere Religionen das Tötungsverbot in diesem Kontext z.B. der Islam, das Judentum, Menschen ohne Religionszugehörigkeit?

11.00 - 13.00 h

Schuld und Vergebung im Kontext pränataler Diagnostik (Plenum)

Referat einer TheologIn

Differenzierung zwischen Schuld der Klienten und Schuld der Beratenden

Welche Möglichkeiten zur Schuldentlastung gibt es bei Klienten bzw. bei Beratenden?

14.30 - 16.00 h

Rollenspiele zu ethischen Konflikten (4 Arbeitsgruppen)

Fallvignetten als Beispiele von typischen, in der Beratung vorkommenden Konflikten, die ethische Konflikte bei Beratenden auslösen

1. Fall

Paar Q: er 34 Jahre alt, sie 30 Jahre alt; vierjähriges Kind, gesund, bis auf Neurodermitis.

Sie ist in der 22. SSW und war beim Feinultraschall; das erwartete Kind, ein Mädchen, hat einen schwersten Herzfehler, ein hypoplastisches Linksherz. Das Paar hatte bereits ein Gespräch beim Kinderkardiologen und ist also sehr gut informiert, was auf sie zukommen würde: die ersten Monate wäre das Kind nur in Kliniken, mindestens drei

schwerste Operationen stehen an, jede mit hohem Risiko und der Gefahr von Folgeschäden.

Beide Partner sind sehr differenziert; sie sind verzweifelt, weil sie nach intensivsten Gesprächen zu dem Entschluss gekommen sind, sich von dem Kind zu verabschieden. Ihre berufliche Situation und das vierjährige Kind müssten über Jahre zurückstehen. Das können beide nicht schaffen.

Beide haben eine kirchliche Biographie und quälen sich mit Gedanken wie: Wer erlaubt uns, eine solche Entscheidung treffen zu müssen/dürfen?

2. Fall

Frau R. kommt zur Beratung; sie ist 36 Jahre alt und hat zwei Töchter aus erster Ehe (12 und 14 Jahre alt), die guten Kontakt zu ihrem leiblichen Vater haben.

Seit drei Jahren hat sie eine neue Partnerschaft und einen Kinderwunsch. Ihr Partner hat sich gerade in der Werbebranche selbständig gemacht. Sie arbeitet halbtags als Chefsekretärin.

Sie hat Beruf, Haushalt, Kinder alles gut „im Griff“. Jetzt ist sie wieder schwanger und freut sich sehr. Sie plant nach 6 Monaten wieder zu arbeiten.

Sie erfährt, dass sie Zwillinge erwartet und nach dem ersten Schreck, können sich beide, sie und ihr Mann, auch das vorstellen. Sie wollen alle Untersuchungen der PD, wie auch die Amniozentese, weil sie sich ein behindertes Kind nicht vorstellen können.

Sie erfährt, dass sie zweieiige Zwillinge erwartet, ein Mädchen und einen Jungen. Das Mädchen ist gesund, der Junge hat Down-Syndrom.

Sie ist scheinbar ungerührt. Die Gynäkologin hat sie zur Beratungsstelle „geschickt“, weil am nächsten Tag ein Eingriff erfolgen soll: ambulant soll ein selektiver Fetozyd gemacht werden. Für sie ist die Entscheidung ganz klar. Sie kommt mit der Frage: wie genau geht das beim Fetozyd, was passiert mir?

3. Fall

Frau S., 31 Jahre alt, kommt alleine. Sie ist in der 24.SSW mit Zwillingen. Sie erscheint ambivalent: zutiefst bedrückt, andererseits vorsichtig hoffnungsfroh. Sie berichtet von ihrem jahrelangen Kinderwunsch. Ihr Mann ist 35 Jahre, Lehrer, sie ist MTA. Das Paar ist seit 11 Jahren zusammen und seit 5 Jahren verheiratet. Die Schwangerschaft kam nach hormoneller Stimulation zustande. Sie haben vor wenigen Tagen erfahren, dass der eine Zwilling gesund sei, der andere habe eine tödliche Skelettfehlbildung. Das kranke Kind ist eine Bedrohung für das gesunde; das gesunde wird minder versorgt. Eine vorzeitige Entbindung ist wahrscheinlich.

Für die Frau ist es schwer aushaltbar, dass sie sowohl den Tod wie auch das Leben in sich trägt.

Wie nebenbei erfährt die Beraterin, dass es Drillinge waren, aber der behandelnde Arzt habe aus Drillingen Zwillinge gemacht. Also selektiver Fetozyd ohne jede vorherige Beratung: illegal, unethisch, usw. ...

4. Fall

Frau T., 27 Jahre alt, kommt in der 12. -13.SSW zur Nackentransparenzmessung. Sie arbeitet in der Modebranche und hat drei Boutiquen, ihr Partner arbeitet in der Computerbranche.

Sie erwartet ein Wunschkind, alles ist geplant.

Beide sind sich einig: auf keinen Fall ein behindertes Kind. Das Paar hat vor 6 Monaten auf einer Südseeinsel geheiratet.

Im Feinultraschall wurde eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte festgestellt.

Beide sind entschlossen, das Kind nicht zu kriegen. Sie will keine Beratung. Sie lehnt es ab, mit einer Kieferchirurgin zu sprechen. Sie hat sich informiert: sie muß §219 - Beratung machen; das macht sie widerwillig. Sie hat es eilig, weil sie einen ambulanten Termin zum Schwangerschaftsabbruch abgemacht hat. Die gesetzlich vorgeschriebene Drei-Tages-Frist zwischen Beratung und möglichem Schwangerschaftsabbruch findet sie eine Zumutung.

Die Fallvignetten werden in vier Rollenspielgruppen in kleinen Gruppen à 6 Personen gespielt; danach im Plenum jeweils im Innenkreis ausgewertet unter besonderer Berücksichtigung der ethischen Aspekte.

- Wie können ethische Aspekte (konkrete Interventionen finden) von den Beratern angesprochen werden?
- Wie gehen die BeraterInnen mit Schuldgefühlen usw. der Klienten um?
- Wie mit ihren eigenen?

Die ReferentIn ist bei dieser Einheit noch dabei, um den Bezug zur Ethik herstellen zu können.

16.30 - 18.30 h

Selbsterfahrung zum Thema Erleben und Bedeutung von Trennung, Tod, Abschied im Laufe des Lebens (Plenum)

Ziel

- Sich die Bedeutung und das Erleben von Tod, Trennung, Abschied von nahe stehenden Personen bzw. im näheren Umfeld bewusst machen
- Sich klar werden über die Bedeutung von Tod und die Bedeutung von Abschieden im Verlauf der eigenen Lebensgeschichte.

Durchführung

1. Einführung

Im Laufe unseres Lebens gibt es eine Reihe von Verlusterfahrungen durch endgültige Trennungen oder Tod von uns nahe stehenden Personen (z.B. durch Trennung, Tod einer nahen Bezugsperson wie Großeltern, Eltern, Geschwister, PartnerIn, FreundInnen, Kinder).

In der folgenden Übung soll es darum gehen, sich die unterschiedlichen Gefühle, Bilder, Vorstellungen, die Sie mit Tod, Trennung, Abschied in den unterschiedlichen Lebensphasen verbinden und Ihre Beziehung zu diesen Personen zu klären.

Vergegenwärtigen Sie sich in der folgenden Übung nach Möglichkeit von Ihnen durchlebte Erfahrungen im Laufe Ihres Lebens, bei denen Sie in Ihrem näheren Umkreis mit Tod oder endgültigen Abschieden in Berührung kamen.

Machen Sie im ersten Teil zunächst den Zeitpunkt der Verlusterfahrung und die Person bewusst.

Nach einer kurzen Entspannungsübung wird es dann darum gehen, sich noch eingehender die durchlebten Erfahrungen vor Augen zu führen, sich in diese Situationen hinein im Laufe Ihres Lebens hinein zu versetzen.

Später werden Sie dann Gelegenheit haben sich über Ihre Erfahrungen auszutauschen.

2. Bewusstmachen von Erfahrungen von Tod, Trennung im Laufe des Lebens (Aufmalen auf der ‚Lebenslinie‘)

Machen Sie sich dazu zunächst bewusst, wann Sie mit der Erfahrung von Tod, Sterben oder endgültiger Trennung und Abschied im Laufe Ihres Lebens in Ihrem näheren Umkreis in Berührung kamen?

Zeichnen Sie dazu auf einem quer liegenden weißen Blatt eine waagerechte Linie ein, die Ihren Lebenslauf symbolisiert und markieren Sie die Lebensjahre (z.B. Geburt, 3, 5, 10 Jahre, wann Sie mit Tod bzw. endgültiger Trennung in Berührung kamen und schreiben Sie den Namen bzw. z.B. Opa, Tante, Freund X etc. (10 Minuten)

Legen Sie dann das Blatt weg, z.B. vor sich.

3. Körperentspannung und Visualisierung (ab 16.45 h)

Nehmen Sie eine für Sie bequeme Körperhaltung ein, schließen Sie die Augen.

Atmen Sie ein und tief wieder aus (Mehrere Male wiederholen!)

Spüren Sie den Atem durch Ihren Körper fließen. (1 min)

Lassen Sie die Gedanken durch Ihren Kopf ziehen und halten Sie sie nicht fest.

Wenn Sie Geräusche hören, nehmen Sie sie wahr und kehren Sie zu sich zurück. (30 Sek.)

Gehen Sie jetzt in Gedanken von oben nach unten durch Ihren Körper. Wo Sie Anspannungen spüren, verstärken Sie sie und lassen Sie sie dann los. Atmen Sie weiter tief und gleichmäßig (2 Min).

Nehmen Sie sich Zeit und gehen Sie in Ihre Lebensgeschichte zurück in eine Zeit in den letzten 10, 20, 30 Jahren, eine Zeit als Sie schon erwachsen waren....

Erinnern Sie sich an eine Trennung / das Sterben, Tod und Abschied von einer Person in Ihrem näheren Umfeld, die Ihnen in den letzten Jahren, in Ihrem Erwachsenenalter wichtig war.... Gehen Sie noch einmal in die Situation hinein. (20 Sek.)

Gehen Sie nun in die Zeit vor der Trennung zurück.... Was geschah... Wie fühlen Sie sich? Welche Erinnerungen, Bilder, Stimmungen, Körperempfindungen, Vorstellungen tauchen auf? (2 Min)

Nun lassen Sie das Bild dieser Person noch deutlicher vor sich entstehen. Sehen Sie sich die Person genau an.... Öffnen Sie sich für Ihre Gefühle zu der Person, nehmen Sie sie wahr... Sagen Sie der Person, was Sie an ihr mögen, was gut war an Ihrer Beziehung, was sie Ihnen gegeben hat.... Spüren Sie die Anteile in sich, die wollen, dass die Person dableibt. Was sagen sie? Lassen sie diese Anteile sprechen. (1 Min.)

Nehmen Sie auch die anderen Gefühle wahr - wie zum Beispiel Verletzung, Kränkung, Wut, Enttäuschung, Ärger. Geben Sie ihnen Worte.

Was war schlecht an Ihrer Beziehung, was hat sie Ihnen nicht gegeben? (1 Min.)

Lassen Sie sich jetzt auf den Gedanken ein, dass Sie sich trennen werden. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie daran denken, dass die Person nicht mehr (für Sie) da sein wird? (30 Sek.)

Verabschieden Sie sich von diesem Menschen - so lange, bis sie entschlossen sind, ihn innerlich loszulassen. Sprechen Sie noch einmal ganz bewusst den Satz aus: 'Ich lasse dich jetzt los.' (1 Min.)

Gehen Sie jetzt weiter in Ihrer Lebensgeschichte zurück... in die Zeit Ihrer Jugend. Erinnern Sie Sich an eine Trennung bzw. Sterben, Tod und Abschied von einer Person in Ihrem näheren Umfeld, die Ihnen in Ihrer Jugend wichtig war..... Gehen Sie noch einmal in diese Situation hinein. (20 Sek.)

Gehen Sie nun in die Zeit vor der Trennung zurück.... Was geschah? Wie fühlen Sie sich? Welche Erinnerungen, Bilder, Stimmungen, Körperempfindungen, Vorstellungen tauchen auf? (2 Min)

Nun lassen Sie das Bild dieser Person noch deutlicher vor sich entstehen. Sehen Sie sich die Person genau an.... Öffnen Sie sich für Ihre Gefühle zu dieser Person, nehmen Sie sie wahr... Sagen Sie der Person, was Sie an ihr mögen, was gut war an Ihrer Beziehung, was sie Ihnen gegeben hat..... Spüren Sie die Anteile in sich, die wollen, dass die Person dableibt. Was sagen sie? Lassen sie diese Anteile sprechen. (1 Min.)

Nehmen Sie auch die anderen Gefühle wahr - wie zum Beispiel Verletzung, Kränkung, Wut, Enttäuschung, Ärger. Geben Sie ihnen Worte.
Was war schlecht an Ihrer Beziehung, was hat sie Ihnen nicht gegeben? (1 Min.)

Lassen Sie sich jetzt auf den Gedanken ein, dass Sie sich trennen werden. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie daran denken, dass die Person nicht mehr (für Sie) da sein wird? (30 Sek.)

Verabschieden Sie sich von diesem Menschen - so lange, bis sie entschlossen sind, ihn innerlich loszulassen. Sprechen Sie noch einmal ganz bewusst den Satz aus: 'Ich lasse dich jetzt los.' (1 Min.)

Gehen Sie jetzt noch weiter in Ihrer Lebensgeschichte zurück... in die Zeit Ihrer Kindheit. Erinnern Sie Sich an eine endgültige Trennung bzw. Sterben, Tod und Abschied von einer Person in Ihrem näheren Umfeld, die Ihnen in Ihrer Kindheit wichtig war..... Gehen Sie noch einmal in diese Situation hinein. (20 Sek.)

Gehen Sie nun in die Zeit vor der Trennung zurück.... Was geschah? Wie fühlen Sie sich? Welche Erinnerungen, Bilder, Stimmungen, Körperempfindungen, Vorstellungen tauchen auf? (2 Min)

Nun lassen Sie das Bild dieser Person noch deutlicher vor sich entstehen. Sehen Sie sich die Person genau an.... Öffnen Sie sich für Ihre Gefühle zu dieser Person, nehmen Sie sie wahr... Sagen Sie der Person, was Sie an ihr mögen, was gut war an Ihrer Beziehung, was sie Ihnen gegeben hat..... Spüren Sie die Anteile in sich, die wollen, dass die Person dableibt. Was sagen sie? Lassen sie diese Anteile sprechen. (1 Min.)

Nehmen Sie auch die anderen Gefühle wahr - wie zum Beispiel Verletzung, Kränkung, Wut, Enttäuschung, Ärger. Geben Sie ihnen Worte.

Was war schlecht an Ihrer Beziehung, was hat sie Ihnen nicht gegeben? (1 Min.)

Lassen Sie sich jetzt auf den Gedanken ein, dass Sie sich trennen werden. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie daran denken, dass die Person nicht mehr (für Sie) da sein wird? (30 Sek.)

Verabschieden Sie sich von diesem Menschen - so lange, bis sie entschlossen sind, ihn innerlich loszulassen. Sprechen Sie noch einmal ganz bewusst den Satz aus: 'Ich lasse dich jetzt los.' (1 Min.)

Kommen Sie nun allmählich zurück in den Raum, nehmen Sie die Geräusche des Raumes wahr, blinzeln Sie, öffnen Sie die Augen, räkeln und strecken Sie sich und seien Sie wieder hier...

Bleiben Sie noch einen Augenblick bei dem, was Sie erlebt haben. Wenn Sie mögen, machen Sie sich Notizen auf Ihrem Blatt mit der Lebenslinie.

Auswertung und Austausch in Kleingruppen (à 2- 3 Personen) (ab ca. 17.00 h)

1. Runde:

Eine/r erzählt, was er/ sie erlebt hat. Die anderen hören zu, nehmen ihre Gefühle und Gedanken wahr und fragen sich:

- Was fällt mir an dir auf, während du deine Geschichte erzählst?
- Was fällt mir an deiner Geschichte auf?
- Welche Gefühle löst sie in mir aus?

Tauschen Sie sich im Anschluss an die Erzählung jeder/s Einzelnen kurz über diese Fragen aus.

Evtl. Anschlussfrage an die/denjenigen, die/ der erzählt hat:

- Gibt es etwas, das noch unerledigt geblieben ist, wenn du an diese Erfahrung denkst?
- Gibt es etwas, das dir die Trennung / den Abschied erleichtert hätte?

2. Runde:

Die TeilnehmerInnen denken über die folgenden Leitfragen, die auf einem Arbeitsblatt stehen, zunächst eine Weile für sich nach und tauschen sich anschließend in der Kleingruppe darüber aus:

- Welche Bedeutung hat Trennung bzw. Tod in meiner Geschichte?
- Wenn ich alle erlebten endgültigen Trennungen bzw. Erfahrungen mit Tod in meinem Leben noch einmal betrachte, gibt es Dinge, die immer wieder passiert sind?
- Gab es wiederkehrende Verletzungen und Enttäuschungen bei mir, die von der anderen Person ausgelöst wurden?
- Welche Verletzungen und Enttäuschungen habe ich bei der anderen Person ausgelöst?
- Was habe ich getan, um meine Gefühle erträglicher zu machen?
- Was ist noch unerledigt geblieben, wenn ich an diese (Beziehungs-)Erfahrungen denke?

- Kamen Tod, Trennung plötzlich und unerwartet oder konnte ich mich langsam darauf einstellen und vorbereiten? Welche Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen, Gedanken stellen sich ein? Welche Impulse gab es? Was hätte ich gebraucht?
- Habe ich mich verabschieden können? Wie ging es mir damit?
- Habe ich die / den Verstorbenen gesehen bzw. sehen wollen? Welche Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen, Gedanken stellen sich ein?
- War ich bei der Beerdigung dabei? Was war hilfreich und tröstlich? Was war schwierig? Welche Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen, Gedanken stellen sich ein? Welche Impulse gab es? Was hätte ich gebraucht?
- Wie ging es mir etwa 6 Wochen nach dem Tod bzw. dem endgültigen Abschied? Welche Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen, Gedanken stellen sich ein? Welche Impulse gab es? Was hätte ich gebraucht?
- Wie ging es mir ein Jahr später? Welche Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen, Gedanken stellen sich ein? Welche Impulse gab es? Was hätte ich gebraucht?
- Wie ging es mir vier Jahre später? Welche Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen, Gedanken stellen sich ein? Welche Impulse gab es? Was hätte ich gebraucht?
- Habe ich Angst vor Trennungen, davor, verlassen zu werden?
- Wie geht es mir mit zeitweiligen Trennungen, z.B. vom/von Partner/in, von Kindern?
- Kann ich mich von anderen trennen?
- Habe ich mir schon einmal über mein eigenes Sterben, den eigenen Tod, meine Beerdigung Gedanken gemacht? Welche Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen, Bilder, Vorstellungen stellen sich ein? Welche Impulse gibt es? Was bräuchte / brauche ich?

18.00 -19.30 h

Auswertung der Selbsterfahrung (3 Arbeitsgruppen mit Dozenten)

- Gibt es etwas aus den vorhergehenden Kleingruppen-Gesprächen, das Sie mit den anderen in der Gruppe besprechen möchten?
- Gibt es etwas, was offen bzw. unerledigt geblieben ist und wo Sie die Hilfe der anderen wünschen?
- Wollen Sie evtl. ein Gefühl hier in der Gruppe zurücklassen, um sich darin von der Gruppe aufgenommen zu fühlen und dann davon verabschieden zu können?

Wenn nicht:

Die Vergangenheit ist nicht mehr zu verändern. Die Gegenwart jedoch kann ich beeinflussen und steuern.

Darum: Einladung, dass jede/r jetzt noch einmal das vorangegangene Gespräch und die persönlichen Erfahrungen mit Tod, Trennung und endgültigem Abschied für sich in ein oder zwei Sätzen bewusst zusammenfasst und bündelt:

Welche Schlüsse, welche Schlussfolgerungen habe Sie für sich persönlich aus Ihren Erfahrungen mit Trennung, Tod und endgültigen Abschied gezogen?

Was ist Ihnen wichtig im Hinblick auf Beratung von Frauen und Paaren im Kontext Pränataldiagnostik auf dem Hintergrund Ihrer persönlichen Berührung mit Tod und endgültigem Abschied?

Ab 19.30 h Kursabschlussfest

5. TAG

9.00 - 10.30 h

Beratung zum erneuten Kinderwunsch nach Geburt eines behinderten Kindes oder nach Abbruch der Schwangerschaft (Plenum)

A)

Besuch von einer betroffenen Frau, die über ihre beiden ausgetragenen Schwangerschaften nach einem späten Abbruch der ersten Schwangerschaft berichtet. Bei der ersten Schwangerschaft wurde ein sehr schwerer Befund in der 24. Woche erhoben. Das Kind wäre nicht lebensfähig gewesen und ein Abbruch wurde eingeleitet.

Ziele

- Teilnahme der Gruppe an der „Innenansicht“ einer „Betroffenen“
- Kennenlernen der Reaktionen und besonderen Empfindlichkeiten bei einer erneuten Schwangerschaft nach solchem Erleben.
- Sich bewusst machen, welche Möglichkeiten es zur Verarbeitung der Erlebnisse gibt

B)

Was bedeutet das Gehörte für die Beratungstätigkeit und wie setzen wir es um?

Ziele

- Hören und verarbeiten, was „Betroffene“ erleben; dadurch Sensibilisierung
- Das Gehörte umsetzen können in die eigene Beratungstätigkeit unter ständiger Auseinandersetzung und Bewusstwerdens der eigenen Haltung und der der Klientin.

11.00 - 13.00 h

Evaluation (Einzelarbeit im Plenum)

Großer Fragebogen zum Abschluss des Curriculums

Der leicht modifizierte große Evaluationsbogen vom Kurs 1 soll noch einmal ausgefüllt werden, damit evtl. Veränderungen, die sich durch das Curriculum bei den Kursteilnehmenden ergeben haben, deutlich werden können.

Falls die Zeit reicht, soll sich ein Gespräch im Plenum über den Fragebogen anschließen.

14.00 - 15.30 h

Kursabschluss und Auswertung (Plenum)

Evaluation des 3. Kursteils (8. Block) (Kurzer Evaluationsbogen)

Auswertung der gesamten Fortbildungsreihe im Gespräch mit der Gruppe

Es werden verschiedenfarbige Kärtchen von den Teilnehmenden beschrieben mit den Fragen:

- Wovon habe ich persönlich in der Fortbildung am meisten profitiert?
- Wovon beruflich?
- Was soll verändert werden, wenn das Curriculum nochmals durchgeführt wird?

Abreden für die Zukunft:

Ausblick auf weitere Treffen

Angedacht ist auf dezidierten Wunsch der Kursteilnehmenden ein zusätzliches Treffen in einigen Monaten zum Erfahrungsaustausch, zur Supervision/Intervision und um evtl. Interviews mit den Kursteilnehmenden über eigene Entwicklung zu machen: „Was wurde angestoßen durch das Curriculum an persönlicher und beruflicher Entwicklung sowie Vernetzung?“ Auch bestand der Wunsch das Thema „Späte Schwangerschaftsabbrüche“ zu vertiefen.

Verabschiedung nach zwei Jahren Kurs

Kommentar

In der letzten Kurswoche war einer der Höhepunkte das Fachgespräch am Abend des dritten Kurstages. Die KursteilnehmerInnen hatten die Mitglieder des Podiums im Verlauf der zwei Jahre kennen gelernt und bekamen von dort jetzt die Rückmeldung: Es ist viel erreicht worden an Kooperation und Vernetzung. Damit erhielten die Anstrengungen, die Zeit und Mühe, die Vernetzungsarbeit kostet, hohe Wertschätzung; das stärkte die Teilnehmenden ungemein. Viele waren unzufrieden mit dem, was sie erreicht hatten und sie verloren aus dem Blick, dass ein langer Atem nötig ist, um eingefahrene Strukturen zu verändern.

Am 4. Tag war das Programm mit den vier Rollenspielen zur Ethik zeitlich zu gedrängt. Es war nicht möglich, alle vier Rollenspiele im Plenum aufzunehmen und zu besprechen. Die Zeitstruktur zu dieser Einheit müsste verändert werden, damit genügend Raum bleibt, die Inhalte der Rollenspiele nochmals auf die ethischen Fragen zu beziehen.

Weil diese Einheit mehr Zeit als geplant brauchte, wurde die Einheit zur Selbsterfahrung gekürzt. Sie war inhaltlich sehr dicht und die TeilnehmerInnen hatten nicht genügend Zeit zu Gesprächen in Kleingruppen und Untergruppen.

Auch das Programm am 5. Tag sprengte zeitlich den Rahmen. Nach einer intensiven morgendlichen Plenumseinheit zu Schwierigkeiten nach spätem Schwangerschaftsab-

bruch bei erneutem Kinderwunsch, dem Bericht einer betroffenen Frau und der anschließenden Theorieeinheit im Plenum, gab es zeitliche Probleme bei der Abschluss-evaluation.

Die Kursteilnehmenden waren unwillig, den großen Abschlussfragebogen auszufüllen und sie brauchten dazu mehr Zeit als eingeplant.

Der Rückblick auf das Curriculum und die Schlussauswertung im Kurs kam dadurch zu kurz.

Der Abschied konnte nicht so ruhig gestaltet werden, wie es nach diesem langen Curriculum nötig gewesen wäre.

Die TeilnehmerInnen schlugen vor, weitere Treffen am EZI durchzuführen. Sie wünschten sich einen weiteren Workshop zum Thema Feto- und späte Schwangerschaftsabbrüche, ausserdem wünschten sie auch, an Fragen der Kooperation kontinuierlich weiterzuarbeiten.

Das alles und das große Interesse an der gesamten Thematik aller TeilnehmerInnen führten dazu, zumindest einen weiteren Workshop zu vereinbaren.

So wurde ein fünfter Workshop festgelegt mit dem Thema:

“Zur Implementierung psychosozialer Beratung bei pränataler Diagnostik”

Der erste Tag diente der Kontaktaufnahme und dem Austausch über Veränderungen in der eigenen Arbeitssituation durch PD, Kooperations- und Vernetzungsfragen.

Am 2. Tag kam eine Pränataldiagnostikerin aus einer Uniklinik zu einem Vortrag mit anschließendem Gespräch und Austausch zu dem Thema: späte Schwangerschaftsabbrüche und Feto- und späte Schwangerschaftsabbrüche.

Nach Vertiefung und Übung des Themas im Rollenspiel kam am Nachmittag eine weitere Pränataldiagnostikerin (niedergelassen in eigener Schwerpunktpraxis), und sprach zu dem gleichen Thema.

Für die Kursteilnehmenden war besonders interessant, die unterschiedliche Art der beiden Experten mit dem gleichen Thema umzugehen, kennenzulernen und die Möglichkeit zu ausführlichen Nachfragen und zur Diskussion zu haben.

Am 3. Tag war Zeit zum persönlichen Austausch über das Thema Feto- und späte Schwangerschaftsabbrüche. Der Workshop endete nach intensiver Fallbesprechung eines mitgebrachten Falls zum Thema mit einer abschließenden Runde über Vernetzung und Kooperation.

Die Teilnehmenden wünschten sich jährliche Treffen zur Intervision eigener Fälle und zu Kooperation.

Sie überlegten, diese in Zukunft selbst am EZI zu organisieren und mit unserer Unterstützung durchzuführen.

3.3.14 Evaluation von Kurs 3 (Block 8)

Beratung nach pränataler Diagnostik - Leben mit Behinderung bzw. nach Abbruch bzw. Tod des Kindes: 31. Januar – 04. Februar 2005

(ausgefüllte Fragebögen N=24)

3.3.14.1 Zur quantitativen Evaluation zu Kurs 3 (Block 8)

Mit „Sehr gut“ wurde Kurs 3 von 83% der Teilnehmenden beurteilt, mit „Gut“ von 17%. Das Interesse am angebotenen Thema war mit über 95% sehr hoch. Die fachliche Kompetenz der DozentInnen wurde hoch eingeschätzt (über 90%). Der didaktische Aufbau wurde als überzeugend eingeschätzt und alle Teilnehmenden gaben an, von der Veranstaltung profitiert zu haben und sie weiter empfehlen zu wollen.

Vorkenntnisse und Erfahrungen zum Thema hatten gut 15%, dem gegenüber waren alle der Überzeugung, dass die Seminarinhalte ihnen in der Praxis weiterhelfen würden. Das Theorie/Praxis-Verhältnis empfanden 95% als ausgewogen und die überwiegende Mehrheit (87%) glaubte, ausreichend Gelegenheit gehabt zu haben zur Mitarbeit und Diskussion.

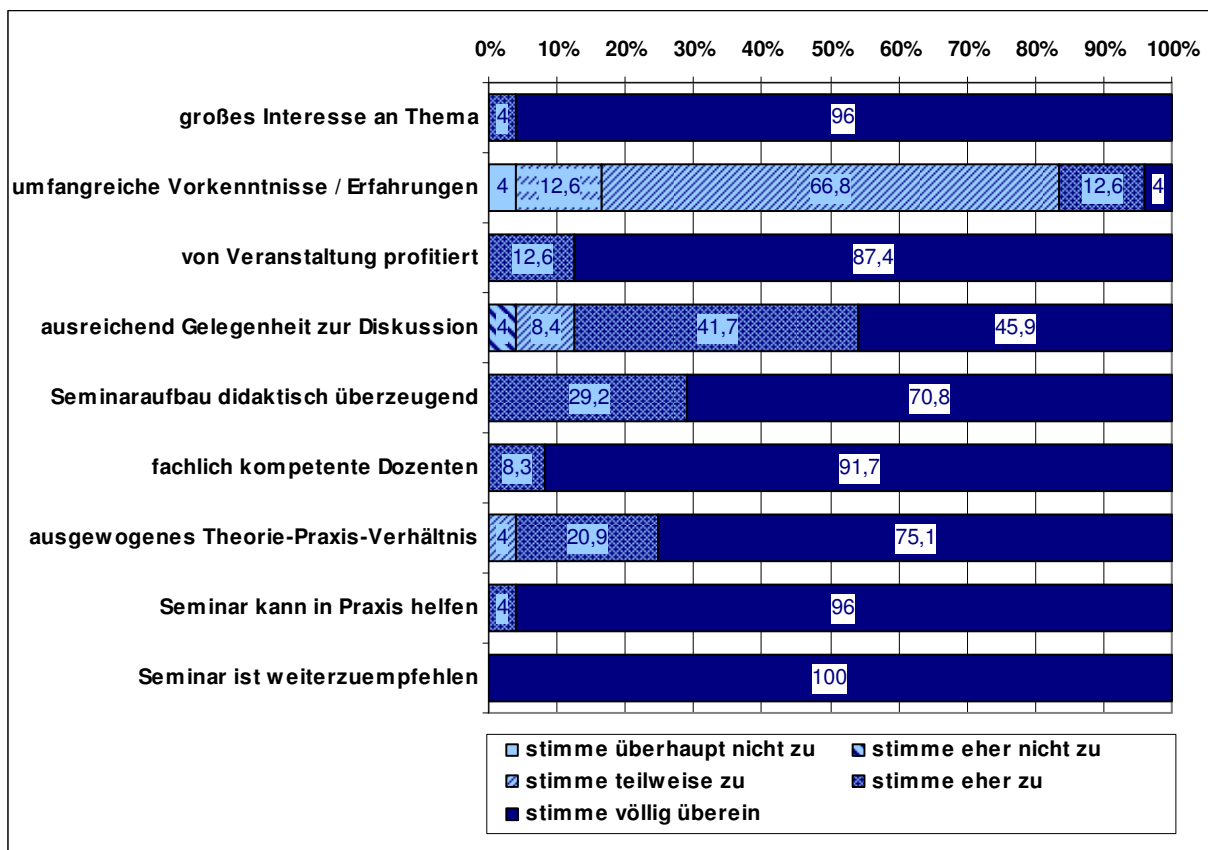


Abb. 3.9 Quantitative Evaluation des dritten Kurses

3.3.14.2 Qualitative Evaluation zu Kurs 3 (Block 8)

Zum Abschluss des 3. Kurses hatten alle TN des Curriculums (N=24) den Fragebogen ausgefüllt und 332 Rückmeldungen gegeben. 138 Aussagen waren der Oberkategorie OK I Konzeption zuzuteilen und 142 der OK II: Thematische Inhalte.

50mal wurden keine Angaben gemacht: 12mal auf die Frage, „Was war schwierig, 14mal bei der Frage „Was haben Sie vermisst?“ und 9 +1 auf die Frage nach Veränderung bzw. Vertiefung.

Zur Frage „**Was hat gefallen?**“ gibt es insgesamt 95 Äußerungen; das sind nahezu ein Drittel sämtlicher Nennungen. Fast 50 Äußerungen davon betreffen das positive Erleben von Didaktik und Methodenvielfalt. Rollenspiele, Fallbesprechungen und die thematische Selbsterfahrung wurden ebenso oft genannt wie Anregungen und Impulse zur Verbesserung der Beratungsarbeit.

Fast ebenso häufig gab es Nennungen zur **wichtigsten Lernerfahrung** und zum **größten praktischen Nutzen** aus diesem Kurs (94): wieder wurden überwiegend Rollenspiele, Fallbesprechungen und zur psychosozialen Beratung das Erleben der KlientInnenperspektive genannt. Durch das Erleben der Schilderung von Betroffenen erlebten die Kursteilnehmenden das Wachsen der persönlichen und fachlichen Kompetenz.

Zur Vermittlung ethischer Inhalte gab es eben so viele positive wie schwierige Äußerungen; z.B. „fehlende Möglichkeit der Auseinandersetzung mit Ethik an Praxisbeispielen“ oder „Nachdenken über und Finden einer eigenen ethischen Einstellung“.

Zu OK I gab es 18 Äußerungen bezogen auf **zukünftige Veränderungswünsche**, davon 13 zu Aufbau und Struktur, 11 zum didaktisch-inhaltlichen Aufbau z.B. „mehr Zeit für diese schwierigen Themen“, „mehr Zeit für Selbsterfahrung“, „Austausch über Recherchen verkürzen“ und 2 zum Theorie-Praxis-Bezug: „Mehr Austausch über konkrete Basisarbeit und die konkrete Umsetzung in den Stellen“. 4 Äußerungen sich auf die zeitliche Strukturierung des Curriculums (K5/ SK2), z.B. „Zeitrahmen, aber ich weiß es auch nicht besser“.

In Bezug auf Thematische Inhalte (OK II) gab es keine Veränderungswünsche für zukünftige Kurse. Allerdings wurde 9mal der Wunsch nach Vertiefung in psychosozialer Beratung in nachfolgenden Seminaren genannt, insbesondere die Auseinandersetzung mit der Perspektive als BeraterIn auf PD, d.h. der Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung, dem Erleben und der persönlichen Reaktion auf PD. So wünschten viele Teilnehmende auch zum Abschluss ein Vertiefungsseminar - speziell zum Thema Umgang mit der Thematik Fetozid im Beratungsgespräch und Verankerung der psychosozialen Beratung in den Beratungsstellen vor Ort.

Tabelle 3.8 Qualitative Evaluation von Kurs 3 (Block 8) ausgefüllt von N= 24 (Mehrfachnennungen)									
Kurs 3	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8	
(Block 8)	gefallen	Gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen	
OK I Konzeption	44	21	8	10	18	4	25	8	138
K1 Aufbau	13	9	4	6	13	0	1	5	51
K2 Kompetenz der Dozenten	1	0	1	0	0	1	3	0	6
K3 Atmosphäre	3	4	0	0	1	1	2	0	11
K4 Didaktik und Methodenvielfalt	27	0	3	0	0	2	18	3	53
K5 Organisation/Zeit	0	8	0	4	4	0	1	0	17
	Frage 1	2	3	4	5	6	7	8	
	gefallen	gestört	schwierig	vermisst	Zuk änder	Wi Lernerf	Prakt Nutz	Vertiefen	
OK II	51	5	5	3	0	39	26	13	142
K 6 Psychosoziale Beratung	22	0	0	0	0	22	13	9	66
K 7 Ethik	11	5	5	3	0	7	4	3	38
K 8 Medizin	3	0	0	0	0	2	1	0	6
K 9 Behinderung	1	0	0	0	0	2	0	0	3
K10 Kooperation	14	0	0	0	0	6	8	1	29
Restkategorien	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Keine Angebote	0	6	12	14	9	0	0	9	50
Summe	95	33	25	27	27	43	51	31	332

3.3.15 „Fachgespräch“

Im Rahmen der dritten Kurswoche des Curriculums fand ein Fachgespräch statt:
„Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“

Mitglieder des Podiums sind

- Psychiater (Psych.)
- Gynäkologin (Gyn.), auch Pränataldiagnostikerin
- Pfarrerin/ Krankenhausseelsorgerin (Pfar.)
- Internistin/ Mitglied des Bundesvorstands „Lebenshilfe“ (LHi)
- Pränataldiagnostiker (Pränat.)
- Humangenetiker, Moderation (Mod.)

Anwesend sind die Kursteilnehmenden (TN 1,2,3,4 ff.) des Curriculums und die DozentInnen (Doz.)

Moderator (Humangenetiker) eröffnet das Podium und bittet die Mitglieder des Podiums, im Laufe des Abends zu drei Fragen Stellung zu nehmen:

- Was ist im Bereich Pränataldiagnostik erreicht an Kooperation?
- Wie schätzen Sie zukünftige Entwicklungen ein?
- Wie sollte eine Fortbildung in diesem Bereich sein; was sollte sie leisten?

Psych:

„Seit 35 Jahren setze ich mich auseinander mit den psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen. Ich habe immer wieder Gutachten erstellt für eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

Ich bin Großvater eines behinderten Kindes. Das ist noch einmal eine starke persönliche Motivation.

Ich arbeite zusammen mit dem Arbeitskreis Pränataldiagnostik, in dem Beratungsstellen und Diagnostiker vertreten sind. Bei den zu behandelnden Fällen ist es notwendig, dass GynäkologInnen und BeraterInnen miteinander sprechen. Hier in Berlin erlebe ich eine gute Kooperation und Zusammenarbeit, gerade auch mit Frau Brünig. Wenn man Indikationen stellt, braucht man Zusammenarbeit!“

Nachfrage vom Moderator:

„Speziell mit den Psychosozialen Beratungsstellen, wie schätzen Sie da die Situation ein?“

Psych:

„Da muss die Zusammenarbeit dringend intensiviert werden. Notwendig! Die Gynäkologen haben zu wenig Zeit. Das, was nötig ist, kann nur in den Beratungsstellen geleistet werden. Außerdem sind die Gynäkologen nicht darin ausgebildet solche Gespräche zu führen.

Nach meiner Erfahrung sollte eine Beraterin erkennen können, wo ihre Kompetenz zu Ende ist und sie einen Psychiater einschalten muss. Ganz unabhängig von der Frage nach dem Abbruch oder nicht Abbruch. Die Schwelle sich an eine Beratungsstelle zu wenden ist deutlich niedriger als zu einem Psychiater zu gehen.“

Gyn:

„Zur Kooperation: In Berlin erlebe ich seit 16 Jahren gute Anfänge, z.B. im Arbeitskreis Pränataldiagnostik. Ich wünsche mir, dass die Arbeit der Beratungsstellen in diesem Bereich bekannter wird. Für mich als Ärztin ist es außerordentlich beruhigend und schön, wenn ich weiß, ich kann in der Beratungsstelle anrufen. Umgekehrt freue ich mich über jeden Anruf einer BeraterIn! Ich wünsche mir, dass ich angerufen werde!
Zu Frage 3 fällt mir im Moment noch nichts ein.“

Pfar:

„Für mich ist es schön, dass es diese Beratungsstellen gibt. Bisher habe ich mich im Krankenhaus mit der Thematik sehr alleine gefühlt.

Ich schaue oft ins Internet, ob da etwas Neues auftaucht, was ich den Frauen mitgeben kann. Ich würde gerne Adressen mitgeben, an die Frauen sich wenden können, wenn sie das Krankenhaus verlassen. Daher mein Wunsch: stellen Sie Ihre Arbeit im Internet dar.

Ich finde es einen wohltuenden Luxus, zu wissen, dass Frauen/Paare dann auch sofort einen Termin bekommen.

In der Charité gibt es seit einiger Zeit auch eine Beraterin, die mitarbeitet, die von ihrem Träger dafür freigegeben worden ist. Ich erlebe das als großes Glück in den gemeinsamen Gesprächen mit den Ärzten und nehme wahr, dass allein die Anwesenheit einer psychosozialen Beraterin ungeheuer viel verändert hat. Beide Seiten lernen voneinander.

Ich finde es wichtig Vernetzung zu lernen. In dem Bereich ist das unerlässlich. Ich sehe meine Grenzen und es ist erleichternd, wenn ich abgeben kann.“

LHi:

„Zur Kooperation: ich habe das Gefühl, es geht schlecht. Wie lange gibt es den Arbeitskreis PD? Wie unendlich dauert alles? Ich bin ungeduldig.

Sie haben deutlich gemacht, wie wichtig es ist, dass Frauen in dieser Krisensituation betreut werden und wie oft passiert das nicht.

Ich erlebe Ärzte, die besonders unzugänglich sind. Im Arbeitskreis ist das anders, da sind genau die Ärztinnen und Ärzte, die diese Grenze überspringen wollen, aber mir sind das viel zu wenige. Auch ÄrztInnen, die sehr gut begleiten, ersetzen nicht eine psychosoziale Beratung. Ich sehe zu viele Frauen, die alleine gelassen werden.

Zur Entwicklung: PD als Herausforderung, aber wie das gut zu bewältigen ist, ist mir unklar. Ich wünsche mir, dass die Maschine auch von den Frauen gestoppt werden kann.

Aber wie sollen ängstliche Mütter gestoppt werden? Wo sind die Grenzen von PD?

Zur Fortbildung: Bei diesem Thema muß man sich mit sich selbst befassen. Wie stehe ich dazu? Wo ist meine Ambivalenz? Weder ist es hilfreich zu sagen: Ach, wie süß sind doch Behinderte, noch: ach, wie schrecklich ist Behinderung. Nur wenn man eine eigene Haltung dazu gefunden hat, kann man beraten.“

Pränat:

„Ich kenne Sie (die Kursteilnehmenden) ja noch aus dem ersten Kurs. Mir als Arzt hat das Gespräch mit BeraterInnen sehr geholfen. In Berlin ist die Kooperation gut. Aber mir ist klar, dass das anderen Orts ganz anders aussieht.

Das soll sich mit Ihnen ändern. Ich schicke Frauen nur dahin, wo ich die BeraterInnen kenne. Jahrelang in guter Kooperation mit Doz. 1, jetzt in deren Krankheitszeit hatte das Doz. 2 übernommen; das ist für mich beruhigend und gut.

Solche radikalen Methoden, wie vom Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, machen bei uns Ärzten viel kaputt. Wir werden als Pränataldiagnostiker so hingestellt, dass wir unsere Ehre verteidigen müssen. Wir haben diesen Bereich entwickelt nicht, weil wir Selektion wollten, sondern weil wir helfen und heilen wollten.

Ich wünsche mir, dass viel mehr meiner KollegInnen die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit BeraterInnen nutzen. Ich sehe aber auch, das ist ein langer Weg. Die Entwicklung muss so sein, dass Sie (die Psychosozialen) einfach parat sind und wir selbstverständlich schicken.

Ich empfehle Ihnen: hospitieren Sie gleich eine ganze Woche, nicht einen Tag, dann hat sich Ihre Person ins Gedächtnis eingeprägt.“

Mod:

„Ich sehe verschiedene Hauptstränge; einmal Erwartungen und Wünsche an die Kompetenz; d.h., kompetente AnsprechpartnerInnen, Erreichbarkeit, sichtbar werden. An dieser Stelle möchte ich gerne die Runde öffnen für alle Anwesenden.“

Pfar. berichtet noch einmal eindrucksvoll, wie sich das Klima verändert hat, seitdem Frau X, die psychosoziale Beraterin, in die Klinik kommt. Dadurch ist ein Wandlungsprozess von beiden Seiten erfolgt.

Es wird diskutiert, in wieweit Frauen vor der Inanspruchnahme von PD aufgeklärt werden müssen über eventuelle Risiken. Die Frage ist: müssen 100% der Frauen verunsichert werden, wenn es letztlich nur 3% betrifft.

Pfar. berichtet, dass Frau X (Psychosoziale Beraterin) mit Vorurteilen gegenüber Pränataldiagnostik kam. Die Ärzte dachten ihrerseits: da guckt uns jetzt jemand kritisch auf die Finger. Beide Seiten haben viel voneinander gelernt. Der Umgang der Ärzte mit den Frauen ist jetzt ganz anders. Und Frau X hat Vorurteile zurückgenommen.

Die ZuhörerInnen haben Interesse zu erfahren, wie das Modell entstanden ist. Der Verein Y wollte ein Modell probieren. Der Träger hat sich entschlossen, Frau X für zwei Tage frei zu stellen für diese Arbeit und bezahlt sie dafür.

Pränat. meint, er sehe, dass mehr über die „private Schiene“ laufen muss. Es gibt zwar inzwischen an großen Kliniken Zentren, aber vor Ort sieht es anders aus. Das Engagement des/der Einzelnen ist gefragt.

Der große Wunsch der ÄrztInnen ist dabei der Wunsch nach Flexibilität der Psychosozialen z.B. wenn es am Freitagabend noch eine Frau mit einem schweren Befund gibt, muss bei den Psychosozialen noch jemand erreichbar sein.

Mod. unterstreicht den Punkt „Erreichbarkeit“.

TN 1:

„Das, was Sie auf dem Podium an Wünschen geäußert haben, hat in der Fortbildung stattgefunden.“

Wir haben hospitiert, wenn auch nicht gleich eine ganze Woche. Ich habe jetzt nochmal gehört, wie wichtig Ihnen der ständige Kontakt ist. Das will ich mir zu Herzen nehmen. Für die Öffentlichkeitsarbeit war die Referenz, die alle Kursteilnehmenden vom Institut bekommen hatten und die von Mod. und Doz.-Team unterzeichnet war, sehr wichtig als Entree. Denn wir Psychosozialen treten als „Störenfriede“ auf und deshalb sollten wir nicht alleine zuständig sein für unser Bekannt werden. Trotz „rundem Tisch“, den es in A. gibt, vergessen die Ärzte mich wieder, weil psychosoziale Beratung in den Köpfen noch nicht verankert ist. Mein Wunsch wäre, dass in den Arztfortbildungen auch „Psychosoziales“ vorkommt. Kooperation funktioniert nur, wenn es hin und her geht und zwar gleichberechtigt.

Ich finde es wichtig, dass Beratung bei PD auch an Beratungsstellen angesiedelt ist, nicht nur an Kliniken.“

TN 2:

„Ich erlebe, dass es Konkurrenz gibt von ärztlicher Seite gegenüber den Beratenden.“

TN 3:

„Ich als Humangenetikerin bin sehr interessiert an Kooperation mit Psychiatern und Psychologen.“

Doz. 3:

„Ich möchte die Kursteilnehmenden noch einmal fragen, wie dicht oder wie feinmaschig das geknüpfte Netz in den Regionen schon ist?“

TN 4 :

„In J. hat die Vernetzung gut geklappt. Ich werde jetzt auch eingeladen zum Stammtisch der GynäkologInnen und mir werden Fälle geschickt.“

TN 5:

„Ich kann nur sagen, ich habe offene Türen eingerannt.“

TN 6:

„Ich habe erlebt, wie wichtig Rückmeldungen sind, wenn geschickt wurde. Ich bin ganz zufrieden, bei uns klappt es ganz gut.“

TN 7:

„Ich bin angesprochen worden von einer großen PD-Praxis und führe dort Beratungen durch. Jetzt hat sich der Kontakt zur Kinderklinik stabilisiert und ich erlebe offene Türen.“

TN 8:

Ich plane gerade eine große Infoveranstaltung in P., die auf großes Interesse trifft.“

Mod.:

„Das hört sich so an, als müsste man nur aktiv darauf zugehen.

Das Podium ist beeindruckt, was bereits alles in zwei Jahren angestoßen wurde.“

Pränat.:

„Ich habe jetzt viel Positives gehört und auch, dass die Zusammenarbeit mit den Gynäkologen am schwierigsten ist.

Ich rate Ihnen: fragen Sie notfalls den eigenen Gynäkologen, die eigene Gynäkologin, ob es an ihrem Ort einen Treffpunkt der GynäkologInnen gibt und versuchen Sie dort eingeladen zu werden. Eventuell können Sie nochmals die Referenz benutzen, um eingeladen zu werden und sich Eintritt zu verschaffen.

Was hier in zweieinhalb Jahren geleistet worden ist, ist enorm und ich bin sehr beeindruckt.

Ich finde, das muss festgehalten werden und gedruckt und veröffentlicht werden.“

Psych.:

„Ich nehme wahr, dass Psychiater in dieser Frage zwischen den Stühlen sitzen. Die Gynäkologen schicken ungern und die Psychiater wollen sich dem Thema nicht gerne stellen.

Die normale Reaktion einer Frau auf einen schweren Befund ist ein Schock.

Psychiater scheuen die Verantwortung, weil sie im Voraus beurteilen müssen, wie die Entwicklung der Frau voraussichtlich gehen wird, wenn die Schwangerschaft ausgetragen wird und wie sie gehen wird, wenn die Schwangerschaft nicht ausgetragen wird.

Dazu gehört viel Erfahrung und die haben die meisten nicht.“

Pfar.:

„Im Krankenhaus können mich alle ansprechen, wenn sie glauben, jemand habe Gesprächsbedarf und das tun sie auch. Am meisten wenden sich die Anmeldeschwestern der PD an mich.“

TN 9:

„Ich habe eine Frage. Wenn ein Ultraschalldiagnostiker einen Befund weitergibt an einen Gynäkologen und der soll aufklären. Dann hat der Ultraschaller den Befund erhärtet. Ist es in dem Fall zu vereinbaren, dass er an Beratung weiter verweist?“

Pränat.:

„Das ist möglich.“

LHi.:

„Ist es das tatsächlich? Wenn ein Gynäkologe eine Frau in der dritten Schwangerschaft betreut und es gibt einen Verdacht auf Down-Syndrom und der Gynäkologe will sie selbst beraten...“

Mod.:

„Wenn eine Frau beim Pränataldiagnostiker ist und der erhebt einen Befund, gehört der Befund nur der Frau und dem Pränataldiagnostiker. Der Arzt hat die Pflicht zu beraten.

Will er jemand anderen einschalten, geht das nur mit dem Einverständnis der Frau.

Der Befund geht auch nur mit dem Einverständnis der Frau zurück an den Gynäkologen; das Einverständnis ist immer nötig.“

Gyn.:

„Ein Auftragsschein ist nur berechtigt technische Daten abzurechnen und ich kann keine Beratungsziffer abrechnen. Aber bei einem Konzilschein kann ich eine Beratungsziffer abrechnen.“

TN 10:

„Ich habe meinerseits viel Konkurrenz zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen bemerkt; ich habe viel Vorsicht bemerkt.

Wenn ich jetzt von Ihnen höre, was wir alles tun sollen, damit unsere Beratung angenommen wird, dann frage ich mich, wie das alles gehen soll.

Wenn nur die Psychosozialen die ganze Last der Vernetzung tragen sollen, wird es schief und ich werde wütend.

Alle Ärzte sagen, wie nötig Beratung ist, aber im Ernstfall vergessen sie sie. So kann es nicht laufen.“

TN 11:

„Meine Klientinnen fragen mich, ob sie eine schlechte Mutter sein werden, wenn sie nicht alle Tests bezahlen können. Die Messung der Nackentransparenz kostet 68 Euro. Das bringt mich als Beraterin immer in die Klemme. Was ist mit IGeL Leistungen? Was soll ich 15- oder 16-Jährigen raten?“

Gyn.:

„Wenn der Gynäkologe die normalen Ultraschalluntersuchungen macht und sagt, es ist alles in Ordnung, dann ist das okay, damit mit der Unerfahrenheit keine Geschäfte gemacht werden können.“

LHi.:

Als Vertreterin der Lebenshilfe kann ich nur sagen, es ist mühsam, die Hürde zu überwinden und Ärzte wegzubekommen von den med. Fragen und hin zur psychosozialen Beratung.

Holen Sie sich Hilfe bei den Betroffenen-Gruppen.

Ich finde es problematisch, wenn die Ärzteschaft suggeriert, bestimmte IGeL Leistungen müssten sein. So als ob die Nackentransparenzmessung bei jeder Frau sein muss. Ich finde nicht, dass es zu einer verantwortlichen Mutterschaft gehört, die Nackentransparenz messen zu lassen. PD wird oft durchgeführt ohne eine gute Indikationsstellung und ohne eine gute Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen. Ich weiß nicht, wie das in den Griff zu bekommen ist. Ich sehe da große Probleme.

Ich freue mich darüber, wie viele positive Beispiele sie erzählt haben. Ich sehe die ärztliche Seite als wenig flexibel.“

Mod.:

„Das tangiert die Frage, welche Rolle haben Sie als Psychosoziale bei medizinischen Fragen? Welche Verantwortung übernehmen Sie? Übernehmen Sie überhaupt Verantwortung? Soll das, was der Arzt macht, kontrolliert werden?“

Vielleicht sollten wir das Thema nochmals aufgreifen, dass Sie etwas anderes machen als der Arzt.“

Pränat.:

„Ich will dazu zwei Sätze sagen; eigentlich haben Sie mir aus der Seele gesprochen. Ich bin dagegen, die Nackentransparenz flächendeckend zu kontrollieren. Ich weise hin auf die Ergebnisse einer englischen Arbeitsgruppe. In England ist es ganz legitim, ein Down-Syndrom abzutreiben. Das ist in Deutschland anders mit dem flächendeckenden Screening. Es vermischt sich etwas. Wenn man ein Screening macht, bedeutet das, jede schwangere Frau wird erfasst. Der Trend geht in Deutschland dahin, dass immer mehr Praxen Derartiges anbieten, auch wenn sie nicht genügend qualifiziert sind. Sinnvoll wäre es, die Frauen genau darauf vorzubereiten, worauf sie sich einlassen. Die Sache als IGeL Leistungen anzubieten, halte ich für falsch. Man redet den Frauen ein, sie müssten das machen, sie wollten doch schließlich wissen, ob ihr Kind gesund ist. So etwas darf man nicht machen.“

Mod.:

„Vielen Dank für die klaren Worte! Gibt es weitere Fragen oder Anregungen?“

TN 2:

„Ich wollte noch einmal auf den Punkt zurückkommen, wie viel Zeit wir eigentlich für Öffentlichkeitsarbeit haben und wie viel wir haben müssten. Wir sind in den Beratungsstellen teilweise überlaufen; wir müssen Frauen abweisen. Wir sind an der Grenze unserer Möglichkeiten und können das, was Sie sich wünschen, gar nicht mehr leisten. Jedenfalls ist das so in NRW. Wir sind ständig in der Existenz bedroht. Das ist unser Hintergrund.“

Mod.:

„Es ist ja nicht so, dass überall in Deutschland die psychosozialen BeraterInnen sitzen und darauf warten, dass sie endlich etwas zu tun kriegen, und dass sie deshalb froh sind, sich endlich mit PD zu betätigen. Es wird Ihnen schließlich einfach zugetragen und Sie machen PD dann eben auch noch, auch wenn wir uns alle einig sind, dass es natürlich sinnvoll ist.“

TN 12:

„Ich war erschreckt darüber und werdende Eltern sind es auch, wie die IGeL Leistungen beworben werden. Das steht neben kosmetischen Operationen und Ähnlichem. Es geht um das gesunde, perfekte Kind. Ich habe mit der Praxis Rücksprache genommen und meine Sicht erläutert und der nächste Text war anders, viel moderater. Ich will damit sagen: man kann etwas bewirken.“

TN 3:

„Ich sehe es als meine Aufgabe als Humangenetikerin an, vor PD zu beraten. Das wird allerdings bisher nicht oft genutzt. Aber wenn es passiert, erlebe ich es als sehr günstig, auch für mich.“

TN 6:

„Das ist doch eine Frage der Lobby; genetische Beratung ist immer mehr ein Außenfeld gewesen.“

TN 1:

„Ich möchte etwas sagen als Ergänzung und Verstärkung der Wortmeldungen zu den Rahmenbedingungen der psychosozialen Beratung im Zusammenhang mit PD. Ich denke, das Ergebnis dieser Fortbildung sollte sein, dass die Rahmenbedingungen interdisziplinär sein müssen. Es hat sich bei uns durch die Fortbildung eine Veränderung ergeben – vielleicht auch für die Dozentinnen, die die Fortbildung mit uns durchgeführt haben.“

Es sieht ja nicht so aus, dass wir jeden Tag vier Beratungen nach PD haben. Es kann aber sein, dass ich dann plötzlich am Freitag nach 18.00 h kommen muss.

Das sind nicht unsere normalen Rahmenbedingungen. Wir haben Öffnungszeiten und diese Beratungen sprengen manchmal unsere Rahmenbedingungen. Das ist für unsere Träger nicht immer einzusehen und wir müssen uns auch darauf einrichten. Da wünsche ich mir interdisziplinäre Unterstützung.“

TN 9:

„Ich habe speziell eine Frage an Gyn.: Gibt es etwas, wie wir Gynäkologen überzeugen können, dass sie Frauen zu uns in die Beratungsstellen schicken?“

Gyn.:

„Das ist eine gute Frage. Ich glaube nicht, dass Sie dazu irgendwelche medizinischen Themen parat haben müssen, sondern, dass Sie in gutem Kontakt bleiben müssen. Ich war sehr beeindruckt, was Sie schon alles gemacht haben und ich denke, es muß fortgeführt werden.“

TN 10:

„Es braucht auch Druck von politischer Seite auf die Träger. Wir brauchen nämlich mehr Stunden. Ich würde gerne meine Stelle aufstocken, aber das scheitert an der Kostenfrage.“

Mod.:

„Heißt das eine Pflichtberatung bei medizinischer Indikation? Das würde die Beratung allerdings nochmals grundlegend verändern.“

Was haben Sie für eine Einschätzung, kommt das?“

Allgemeines Kopfschütteln.

Mod.:

„Vielleicht kann das Podium noch mal einen zusammenfassenden Eindruck geben: Was ist bei Ihnen angekommen von dem, was die Kursteilnehmenden und Sie gesagt haben?“

Psych.:

„Die Menschheit ist bis vor 30 Jahren ohne den Ultraschall ausgekommen und hat sich trotzdem vermehrt.“

In dieser technischen Möglichkeit liegt eine Spannung, auf die die Menschheit nicht vorbereitet ist. Wir sind es nicht und am wenigsten die Eltern, vor allem nicht die Mütter.

Wenn wir uns klar machen, wie schwer diese Aufgabe zu bewältigen ist, dann ist doch

eigentlich klar, dass wir das nur durch Kooperation leisten können. Sonst kann es keine Profession schaffen.“

Gyn.:

„Ich kann das gar nicht besser ausdrücken.“

Pfar.:

„Ich könnte auch sagen, das hätte von mir sein können.“

LHi.:

„Ich will noch einmal bestärken und bestätigen. Es haben sich Techniken in die Schwangerschaft hineinbegeben, die als Techniken von uns letztlich nicht beherrscht werden, weil wir sie auch noch nicht umfassend und ganzheitlich einsetzen. Manchmal schon, aber noch nicht flächendeckend.

Meine Hoffnung ist, je länger es diese Techniken gibt, dass der Informationsgrad steigen wird, dass die Umgangsweise besser und professioneller und ganzheitlicher wird. Frau Z. (Humangenetikerin in einem Krankenhaus) hat Zahlen über Eltern von Kindern mit Down-Syndrom. Bei umfassender Beratung, dazu gehört in jedem Fall die psychosoziale, ändert sich etwas in der Entscheidung der Eltern das Kind zu behalten.

Ich z.B. habe ein Maximum an PD in Anspruch genommen; reingestolpert bin ich in die Untersuchungen wie so viele. Trotzdem habe ich ein schwer behindertes Kind.

Aus meiner Sicht ist es wichtig zu sehen, welche gesellschaftlichen Folgen es hat, wenn wir Machbarkeit suggerieren, die zur Folge hat, „das hätte doch nicht sein müssen“. Was bedeuten solche Sätze für das Lebensgefühl eines Menschen mit Behinderung und was bedeuten sie für ihre Familien?

Die allerbeste PD flächendeckend angewendet, wird nicht erreichen, dass Menschen mit Behinderungen nicht zur Welt kommen.

Was bedeutet es für unser Menschenbild, wenn wir das überhaupt anstreben?

Ich denke nicht, dass die Beratungspflicht kommen wird, ich denke auch nicht, dass sie hilfreich wäre. Ich kenne den Antrag der SPD und der Grünen, die Beratung auszubauen und zu stärken.

Ich finde es bedauerlich, dass der Hinweis auf Beratung nicht in die Mutterschaftsregeln aufgenommen werden kann, es scheitert an den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

Es wäre gut, wenn psychosoziale Beratung nicht mehr systemwidrig sondern notwendig wäre.“

Pränat.:

„Absolut notwendig! Das kann ich auch nur bekräftigen.

Herzlichen Dank an Sie alle. Ich kann aus diesem Gespräch noch einmal eine ganze Menge mitnehmen.

Ich kann für meine Kollegen nichts versprechen, aber ich finde es absolut entlastend, dass es Sie gibt!“

Ende der Podiumsdiskussion

4 Evaluation

4.1 Die Teilnehmenden am Curriculum

4.1.1 Soziodemographische Merkmale

Insgesamt 25 Personen, ein Mann und 24 Frauen, wurden nach dem Einführungs- und Informationskurs (Block 1) als Teilnehmende in das Curriculum aufgenommen (t1, n=25).

In der Mitte der Fortbildung ab Kurs 2 ist eine Teilnehmerin ausgeschieden, so dass insgesamt 24 Personen das Curriculum abgeschlossen haben (t2, n=24). Die Frauen waren bei Beginn der Fortbildungsmaßnahme durchschnittlich 49 Jahre alt (zwischen 39 bis 58 Jahren), der Mann 36 Jahre.

Insgesamt 88% (20 Personen) lebten in einer ehelichen bzw. nicht ehelichen Verbindung. 1 Person (4%) war ledig, 1 verwitwet, und 2 geschieden. 18,2 Prozent lebten seit 5 – 10 Jahren in der jetzigen Partnerschaft. Bei 81,2% bestand die derzeitige Partnerschaft 10 Jahre und länger.

72% der Teilnehmenden waren überwiegend in den alten Bundesländern aufgewachsen, 28% in den neuen.

Tab. 4.1 Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden

Familienstand	4% Ledig 80% Verheiratet 4% Verwitwet	4% Ledig mit Partner 8% Geschieden
Religion	52% Evangelisch 28% Katholisch 20% Keine	
Geschlecht	1 Männlich SD: 36 J., ± 0 , $r = 0$ 24 Weiblich SD: 49 J., $\pm 4,8$, $r = 39 - 58$	
Alte / Neue Bundesländer	72% Alte Bundesländer 28% Neue Bundesländer	

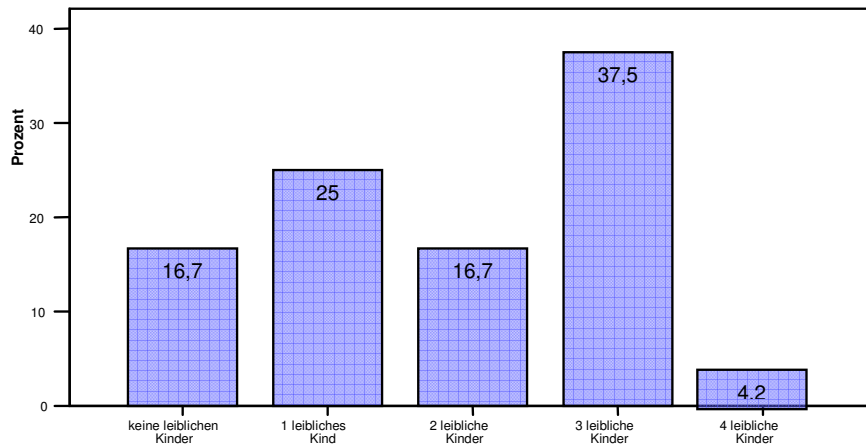


Abb. 4.1 Leibliche Kinder

21 bzw. 83,3% der 25 Teilnehmenden sind zu Beginn der Teilnahme am Curriculum Mutter bzw. Vater.

4 Personen (16,7%) haben keine leiblichen Kinder (eine Person machte keine Angaben). 6 Teilnehmende (25%) haben 1 leibliches Kind, 4 Teilnehmende (16,7%) haben 2 leibliche Kinder, 9 (37,5%) haben 3 leibliche Kinder und eine Person (4,2%) hat 4 leibliche Kinder.

Die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder liegt noch höher:

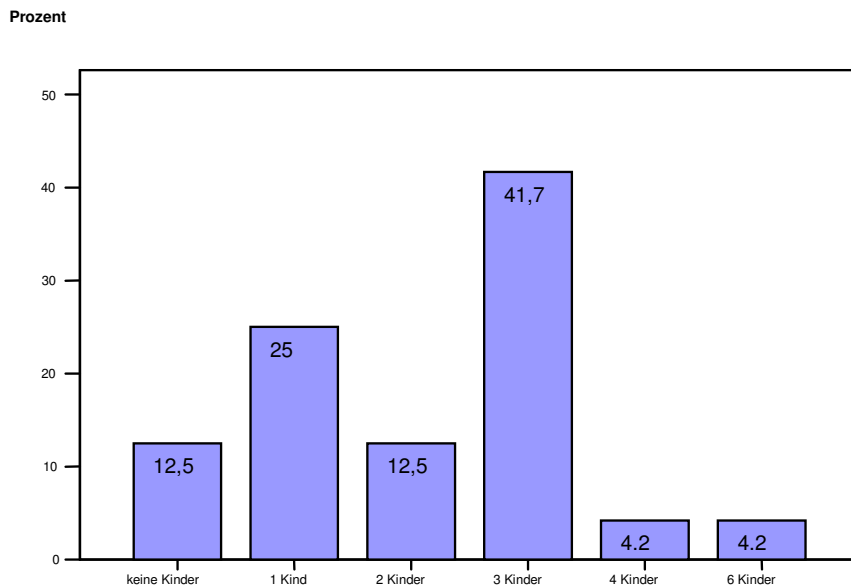


Abb. 4.2 Kinder im Haushalt

Vier Fünftel der Teilnehmenden hatten einen (psycho-)sozialen bzw. pädagogischen Beruf erlernt: fast ein Drittel waren Sozialpädagoginnen, fast ein Viertel Sozialarbeiterinnen, 16% Diplompädagoginnen, 4% Lehrerinnen und 4% Psychologinnen.

Demgegenüber hatte ein Fünftel der Teilnehmenden einen medizinischen Beruf erlernt: 16% waren Ärzte und 4% Hebammen.

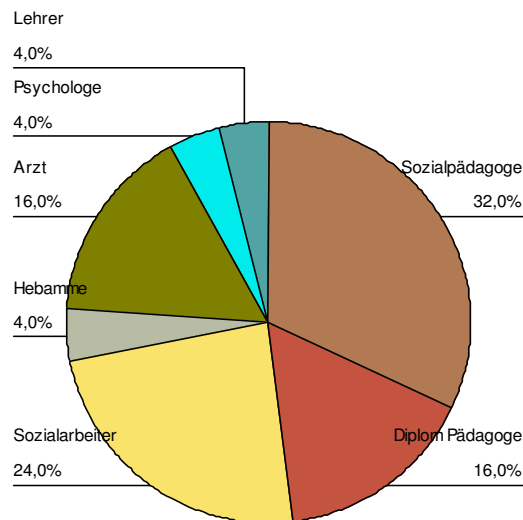


Abb. 4.3 Berufliche Merkmale der Teilnehmenden

4.1.2 Zusatzqualifikationen im Bereich Gesprächsführung, psychosozialer Beratung, Psychotherapie und Schwangerschaftskonfliktberatung

80% der Fortbildungsteilnehmenden hatten vor der Teilnahme an unserem Curriculum „Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik“ bereits ein oder mehrere Zusatzqualifikationen im Bereich Gesprächsführung, psychosoziale Beratung oder Psychotherapie erworben. Die Mehrzahl gab für die erste der angegebenen Zusatzqualifikationen eine Fortbildungsdauer von 2 bis 4 Jahren an.

20% der Teilnehmenden gaben keine Zusatzausbildung in Beratung oder Gesprächsführung an.

Qualifikationen in Gesprächsführung

Über zwei Drittel gaben Zusatzqualifikationen in psychologischer **Gesprächsführung** bzw. **psychotherapeutische Zusatzausbildungen** unterschiedlicher Ausrichtungen und Settings (bei unterschiedlicher Fortbildungsdauer) an:

- Eine Person (4%) war Psychologische Psychotherapeutin.
- 28% der Teilnehmenden nannten Qualifikationen im Bereich (klientenzentrierter) Gesprächsführung,
- 20% nannten Gestalttherapie bzw. Psychodrama und
- 4% Transaktionsanalyse.

- Eine Person (4%) hatte eine Gruppentherapieausbildung.

Gut ein Viertel führte grundlegende Zusatzqualifikationen in **psychologischer Beratung** auf:

- 16% der Teilnehmenden nannten Ausbildungen in Ehe-, Familien- und Lebensberatung,
- 8% Qualifikationen in Paar-, Sexual- und Familientherapie,
- 4% gaben eine Ausbildung in Telefonseelsorge an.

Je 4% hatten sich in Psychosomatischer Grundversorgung bzw. über die Teilnahme an einer Balintgruppe qualifiziert. Darüber hinaus war eine Person (4%) Still- und Laktationsberaterin. 8% hatten eine **Supervisionsausbildung**.

Qualifikationen im Bereich Schwangerschaftsberatung

Über die Hälfte (52%) der Teilnehmenden gab eine spezielle Qualifikation für die Schwangerschaftskonfliktberatung im engeren Sinne an.

Darüber hinaus wurden weitere für die Schwangerschaftsberatung relevante Qualifikationen genannt, und zwar von 8% Sexualberatung und 4% Sexualprävention.

Des Weiteren wurden genannt von je 4% Rechtsberatung, Trauerbegleitung, Geburtsvorbereitung, Psychodramatische Methoden, Peking-Leitung.

Spezielle Zusatzqualifikation in Pränataldiagnostik

24% der Teilnehmenden gaben spezielle Zusatzqualifikationen im Bereich Pränataldiagnostik an: 16% im medizinischen Bereich (Humangenetik, Degum 1), 8% im Bereich psychosozialer Beratung im Kontext Pränataldiagnostik.

4.1.3 Berufliche Merkmale

Berufserfahrung

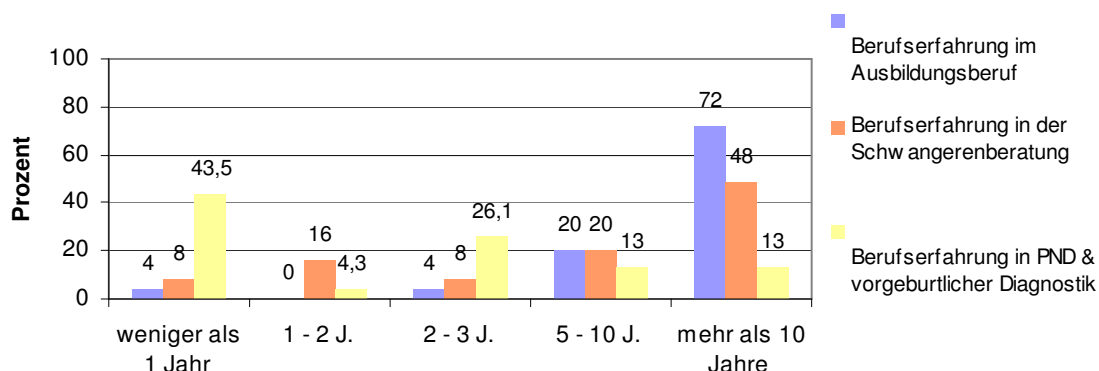


Abb. 4.4 Berufserfahrung der Teilnehmenden

Über zwei Drittel der Teilnehmenden verfügt über mehr als 10 Jahre Berufserfahrung im erlernten Beruf, ein Fünftel hat 5 bis 10 Jahre Erfahrung im erlernten Beruf.

Fast zwei Drittel verfügt über langjährige **Erfahrungen in der Schwangerenberatung**: fast die Hälfte der Teilnehmenden ist seit mehr als 10 Jahren in diesem Bereich tätig, ein Fünftel 5 bis 10 Jahre.

Die **beruflichen Erfahrungen im Bereich Pränataldiagnostik** waren demgegenüber erwartungsgemäß gering.

Knapp die Hälfte der Kursteilnehmenden hatte weniger als 1 Jahr Erfahrungen im Bereich Pränataldiagnostik bzw. in der Beratung zur vorgeburtlichen Diagnostik, ungefähr ein Viertel hatte 2-3 Jahre Erfahrungen.

Lediglich gut ein Viertel gab 5 und mehr Jahre spezielle Erfahrungen im Kontext pränataler Diagnostik an.

Berufliches Umfeld

Die Mehrzahl (84%) der Kursteilnehmenden war in einer Beratungsstelle tätig.

Je 8% waren in einer Klinik bzw. Praxis tätig und 4% in einem Institut/ Forschungseinrichtung (eine Person war in 2 Einrichtungen tätig).

Dabei war gut ein Drittel der Institutionen in konfessioneller und ca. ein Viertel in gemeinnütziger Trägerhand. 16% der Einrichtungen waren privat. 12% in öffentlicher Hand und bei 8% sonstiges bzw. einmal wurde keine Angabe gemacht.

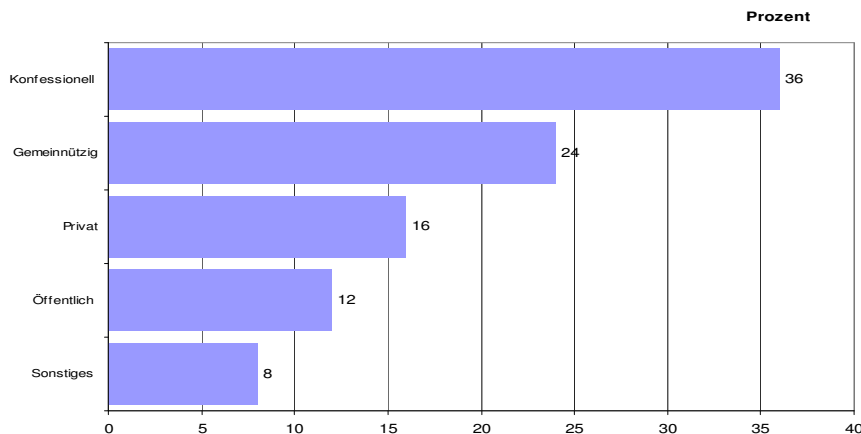


Abb. 4.5 Trägerschaft der beruflichen Institutionen

88% der Einrichtungen lagen in einem städtischen Bereich und 4% am Stadtrand; 8% waren ländlich gelegen.

Beschäftigungsverhältnis

88% der Teilnehmenden am Curriculum waren Angestellte, 8% waren selbständig und 4% als freie Mitarbeiter tätig.

Gut die Hälfte der Teilnehmenden (52%) arbeitete zu Beginn der Fortbildungsmaßnahme als Vollzeitkraft, 44% arbeiteten Teilzeit und 4% gingen stundenweise einer Tätigkeit nach.

Dabei fällt die hohe wöchentliche Arbeitsbelastung bei Vielen auf, die bei einigen weit über eine Vollzeittätigkeit hinausgeht:

Nach dem Umfang der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsbelastung befragt, gab ein Drittel der Teilnehmenden zu Beginn der Fortbildung an, mehr als 40 Stunden pro

Woche zu arbeiten; mehr als die Hälfte gab eine Arbeitsbelastung von 30 bis 40 Stunden an.

Zu Abschluss des Curriculums hatte der Anteil der Teilnehmenden mit einer über eine Vollzeitstätigkeit hinausgehenden wöchentlichen Arbeitsbelastung noch zugenommen. Fast die Hälfte der Kursgruppe (45,8%) arbeitete mehr als 40 Stunden.

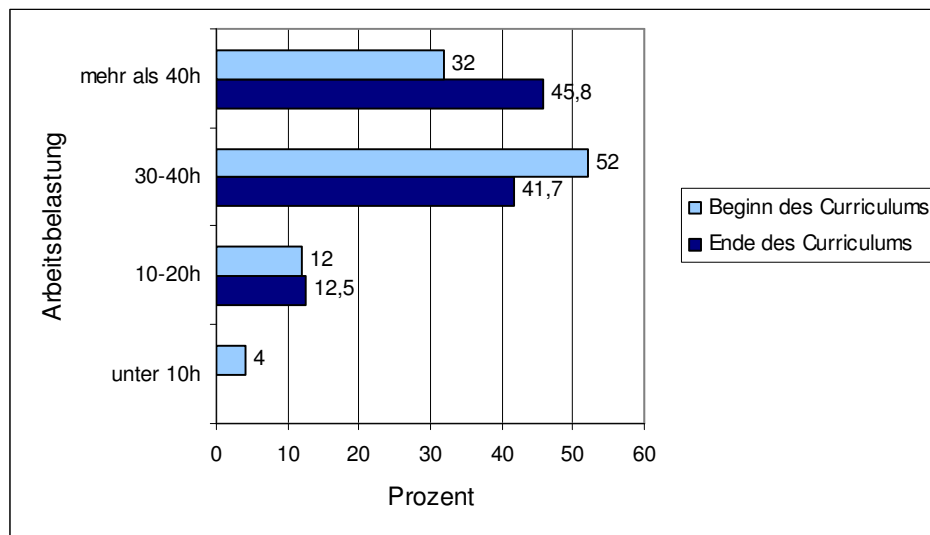


Abb. 4.6 Wöchentliche Arbeitsbelastung zu Beginn und Ende des Curriculums

4.1.4 Religiöse Einstellung der Teilnehmenden

Davon ausgehend, dass die religiöse Einstellung und Haltung zur Religion einen entscheidenden Einfluss auf die Einstellung und Bewertung von Pränataldiagnostik hat und das Curriculum vom EZI, somit einer Institution der Evangelischen Kirche angeboten wurde, wollten wir wissen wie sich die Teilnehmenden zu Beginn des Curriculums bezüglich dieser Dimension selbst einschätzen.

Es zeigt sich, dass formal die Kursteilnehmenden zu 80% den christlichen Kirchen angehören (gut die Hälfte der Teilnehmenden - 52% - gehören der Evangelischen, 28% der katholischen Kirche an; ein Fünftel gehört keiner Glaubensgemeinschaft an).

Jenseits der formalen Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche halten sich 36% selbst für einen religiösen Menschen.

Die Zahl derjenigen, die sich als (eher) nicht religiös bezeichnet, überwiegt jedoch mit 48% deutlich (32% schätzen sich selbst eher nicht religiös und 16% als nicht religiös ein). 16% sind unentschieden (weder religiös noch areligiös).

Im Vergleich zu einer 2002 durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung ist allerdings in unserer Stichprobe der Anteil derjenigen, die sich als nicht religiös beurteilt geringer (Allbus 2002).

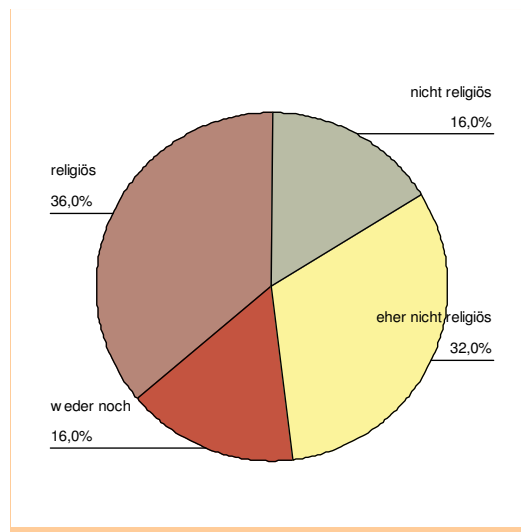


Abb. 4.7 Würden Sie sich als religiösen Menschen bezeichnen?

Entsprechend dieser Tendenz sind die Kursteilnehmenden kaum an der traditionellen, von den Kirchen angebotenen Religionsausübung interessiert: Für 68% ist die Teilnahme an Gottesdiensten gar nicht bzw. wenig wichtig.

Nach der praktischen Teilnahme an Gottesdiensten (auch über Radio oder Fernsehen) befragt, gehen die meisten entsprechend auch nicht bzw. selten in die Kirche:

- Gut ein Drittel (36%) nimmt nie (8%) bzw. höchstens einmal (28%) im Jahr daran teil.
- Gut ein Drittel (36%) nimmt ein paar Mal im Jahr an Gottesdiensten teil.
- Nur gut ein Viertel (28%) nimmt reger an Gottesdiensten Anteil: von etwas einmal in der Woche (12%) bzw. alle 14 Tage (8%) bis mehrmals im Monat (8%) an.

Demgegenüber hat der persönliche Glaube bei den Kursteilnehmenden ein höheres Gewicht:

- Für 72% ist das persönliche Gebet wichtig (für 16% sehr, für 28% ziemlich und für 28% mittel).
- 62,5% glauben an die Existenz Gottes (29,2 sehr, 25% ziemlich).
- 64% glauben an ein Leben nach dem Tod (je 24% ziemlich bzw. sehr). 36% glauben wenig bis gar nicht an ein Leben nach dem Tod. Zum Vergleich: In der Repräsentativbefragung von 2002 (Allbus 2002) glauben 40,9% an ein Leben nach dem Tod und 59,1% nicht.

Religiösen Fragen aufgeschlossen zeigen sich insgesamt immerhin 88% der Weiterbildungsteilnehmenden (16% sehr, 28% ziemlich, 44% mittel). Nur 12% denken wenig über religiöse Fragen nach. Zum Vergleich: 44,3% denken in der Repräsentativbefragung selten (27,7%) bzw. nie (16,6%) über Glaubensfragen nach.

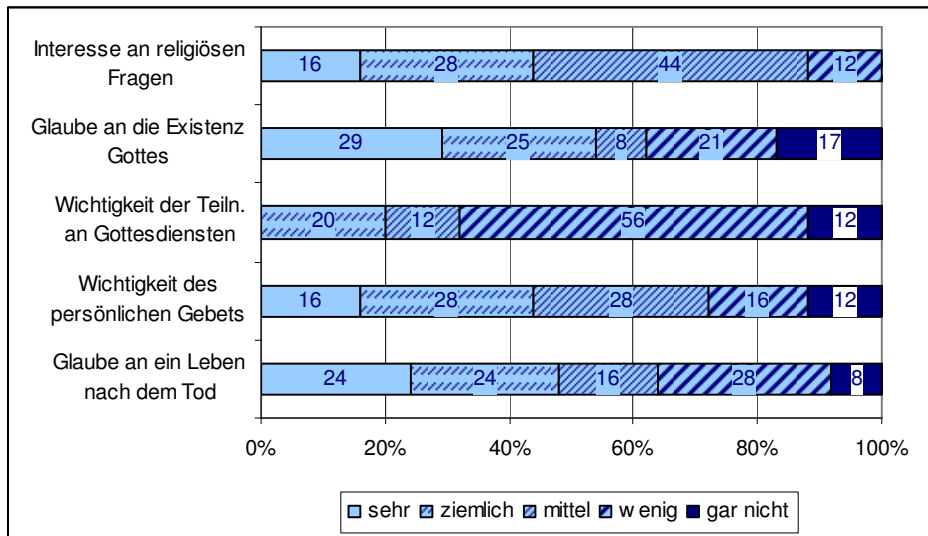


Abb. 4.8 Wichtigkeit religiöser Inhalte bzw. Fragestellungen zu t1

Auf die Frage, wie oft die Kursteilnehmenden beten bzw. meditieren, geben

- 48% täglich bis einmal pro Woche an (16% beten täglich, 24% mehrmals 24% in der Woche und 8% einmal in der Woche).
- 20% beten mehrmals bzw. einmal im Monat.
- 16% beten ein paar Mal im Jahr.
- 16% beten seltener (4%) bzw. nie (12%).

Zum Vergleich:

Nach der Häufigkeit von Meditation bzw. innerer Einkehr befragt, antworteten in der Repräsentativbefragung:

- 41% täglich bis mehrmals die Woche (und zwar 12,6% täglich, 14,4% mehrmals pro Woche und 14% einmal pro Woche).
- 7,3% gaben 1-3mal im Monat an.
- 10,5% meditieren mehrmals im Jahr.
- 41,2% meditieren selten oder nie (23,8% seltener als mehrmals im Jahr und 17,4% nie).

Auch bei diesem Vergleich zeigt sich, dass prozentual mehr Kursteilnehmende ihren persönlichen Glauben praktizieren als die Befragten der Repräsentativerhebung. Bei Letzteren liegt der Anteil derjenigen, die selten oder nie meditieren mit 41% deutlich höher als bei den Kursteilnehmenden (16%), (Allbus 2002, Daten von CD, Brosius 2004).

4.1.5 Werteorientierung der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden des Curriculums wurden zu Beginn des Curriculums danach befragt, was sie in ihrem Leben anstreben (vgl. Allbus 2002). Dabei wurden ihnen 14 Wertevorstellungen vorgegeben: 1. Gesetz und Ordnung respektieren, 2. Einen hohen Lebensstandard haben, 3. Macht und Einfluss haben, 4. Seine eigene Phantasie und Kreativität entwickeln, 5. Nach Sicherheit streben, 6. Sozial Benachteiligten und gesell-

schaftlichen Randgruppen helfen, 7. Sich und andere Bedürfnisse durchsetzen, 8. Fleißig und ehrgeizig sein, 9. Auch solche Meinungen tolerieren, denen man eigentlich nicht zustimmen kann, 10. Sich politisch engagieren, 11. Die guten Dinge des Lebens in vollen Zügen genießen, 12. An Gott glauben, 13. Etwas im Beruf leisten, 14. Sich selbst verwirklichen. Auf einer 7-stufigen Skala von sehr wichtig bis sehr unwichtig sollten sie beurteilen, inwieweit diese Vorstellungen für ihr Leben und Verhalten persönlich bestimmend sind. Im Folgenden zunächst zur Illustration die graphische Darstellung der Ergebnisse.

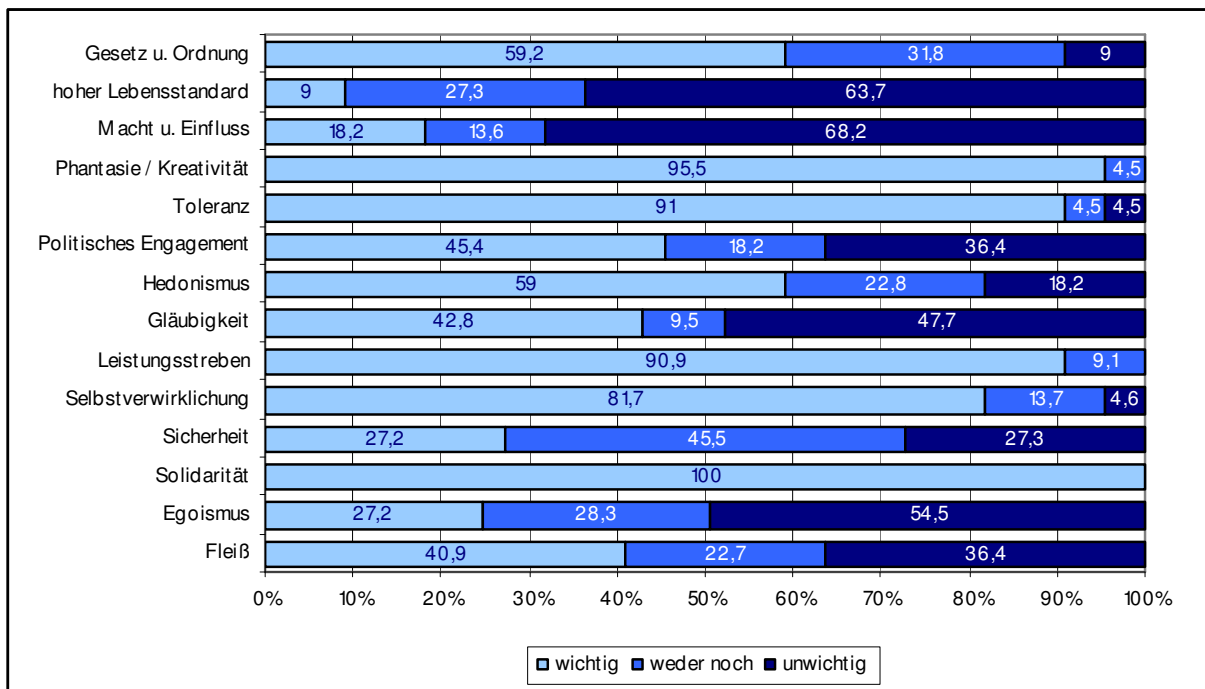


Abb. 4.9 Werteorientierung t1

Im Folgenden werden die Vorstellungen und Werte, an denen sich die Teilnehmenden unseres Curriculums in ihrem Leben und Verhalten orientieren (siehe Abb. 4.9) mit denen der Repräsentativerhebung des Allbus verglichen. Dabei sind die zusammenfassenden Prozentangaben - z.B. Addition der Prozente von sehr wichtig, wichtig, eher wichtig – in runden Klammern angegeben. In eckigen Klammern [] sind die entsprechenden Angaben der Befragten der Repräsentativbefragung angegeben (Daten von CD, Brosius 2004).

Für alle bzw. die Mehrzahl der Teilnehmenden am Curriculum sind

- Solidarität (Sozial Benachteiligten und gesellschaftlichen Randgruppen helfen) (100%) [59,1%]
- Phantasie und Kreativität (Seine eigene Phantasie und Kreativität entwickeln) (95,5%) [88,5%]
- Toleranz (Auch solche Meinungen tolerieren, denen man eigentlich nicht zustimmen kann) (91,0%) [65,9%]
- Leistungsstreben (Leistung im Beruf) (90,9%) [93,2%]
- Selbstverwirklichung (81,8%) [85,1%]

(sehr bzw. eher) wichtige Werte und Vorstellungen, die ihr Leben und Verhalten bestimmen.

Knapp zwei Drittel trachten in ihrem Leben und Verhalten danach

- Gesetz und Ordnung zu respektieren (64,0%) [92,4%].

Für knapp die Hälfte der Teilnehmenden sind wichtige Werteorientierungen

- politisches Engagement (45,4%) [32,9% - im Gegensatz zu den Curriculumsteilnehmenden war politisches Engagement für 45,7% der Befragten in der Repräsentativerhebung eher unwichtig]
- Hedonismus (Die guten Dinge des Lebens in vollen Zügen genießen) (42,8%) [70,0%]
- Gläubigkeit (an Gott glauben) 42,8%) [37,5%]
- Fleiß und Ehrgeiz (40,9%) [86,2%].

Eher unwichtig sind für viele

- Macht und Einfluss (68,2%) [44,3]
- Hoher Lebensstandard (63,6%) [16,3 – in der Repräsentativbefragung war dies für 55,8% eher wichtig]
- Egoismus / Durchsetzungsvermögen (sich und seine Bedürfnisse gegen andere durchsetzen) (54,5%) [18,9% - hingegen war dies für 57,5% in der Repräsentativbefragung eher wichtig]

Für knapp die Hälfte der Teilnehmenden war

- Sicherheitsstreben (45,5%) [8,3%]

weder wichtig noch unwichtig.

Zum Vergleich: Dies war für 87,4% der Befragten der Repräsentativerhebung eine wichtige Werteorientierung.

Es zeigen sich deutliche Unterschiede - neben Ähnlichkeiten - zwischen den Teilnehmenden an unserem Curriculum und den Befragten der Repräsentativerhebung:

Stehen für fast alle Kursteilnehmenden

- Solidarität
- Phantasie und Kreativität
- Toleranz
- Leistung im Beruf

an oberster Stelle der Wertehierarchie, so orientiert sich die Mehrzahl der Personen der Repräsentativerhebung an

- Sicherheitsstreben,
- Leistung im Beruf,
- Gesetz und Ordnung sowie
- Phantasie und Kreativität.

4.1.6 Persönliche Betroffenheit

Wir wollten wissen, inwieweit die Teilnehmenden am Curriculum eine persönliche Nähe zu der angesprochenen Thematik haben und fragten darum, inwieweit sie selbst bzw. ihnen Nahestehende in irgendeiner Weise von Unfruchtbarkeit, Erbkrankheiten, angeborenen körperlichen oder geistigen Behinderungen betroffen sind.

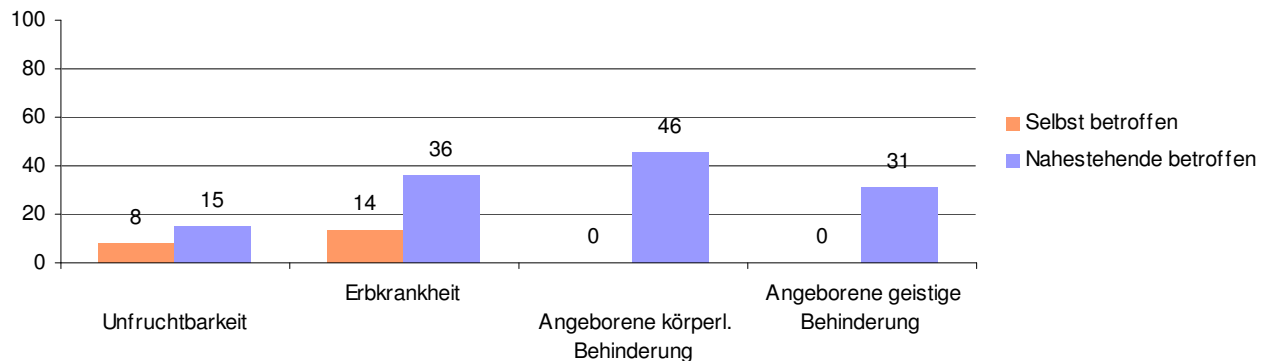


Abb. 4.10 Persönliche Betroffenheit (Angaben in %)

8% der Teilnehmenden leiden unter Unfruchtbarkeit. 14% der Teilnehmenden leiden unter einer Erbkrankheit und über ein Drittel Nahestehender sind von Erbkrankheiten betroffen.

Bei knapp der Hälfte der Teilnehmenden sind Nahestehende von angeborenen körperlichen Behinderungen betroffen, bei einem knappen Drittel sind Nahestehende von angeborenen geistigen Behinderungen betroffen.

Hat sich Ihrer Meinung nach die Wahrnehmung angeborener oder erworbener geistiger oder körperlicher Behinderung in Ihrem persönlichen Umfeld durch die Teilnahme an dieser Fortbildung erweitert? Nehmen Sie jetzt mehr Menschen Ihres persönlichen Umfeldes als behindert wahr? Diese Fragen werden wie folgt beantwortet:

98% der Teilnehmenden erleben zu Abschluss des Curriculums, dass sich ihre Wahrnehmung angeborener oder erworbener geistiger oder körperlicher Behinderung in ihrem persönlichen Umfeld durch die Teilnahme an dieser Fortbildung erweitert hat und nehmen mehr Menschen in ihrem Umfeld als behindert wahr.

Persönliche Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik

Knapp ein Drittel der Befragten gibt zu Beginn der Teilnahme am Curriculum an, schon einmal selbst Pränataldiagnostik in Anspruch genommen zu haben.

Dabei war die Tendenz zur Inanspruchnahme mit wachsender Kinderzahl steigend: 7% haben beim 2. Kind und 20% beim 3. Kind Pränataldiagnostik in Anspruch genommen (siehe Tabelle 4.2).

Tab. 4.2 Retrospektive Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik

Wir haben unser Kind/ unsere Kinder...	Erstes Kind	Zweites Kind	Drittes Kind	Viertes Kind
Ohne eine vorherige vorgeburtliche Diagnostik (außer Routineultraschall) bekommen	95%	92,9%	80%	100%
Nach vorgeburtlicher Diagnostik (Fruchtwasseruntersuchung/ Untersuchung der Chorionzotten/ Fehlbildungsultraschall) bekommen	0%	7,1%	20%	0%
Adoptiert	5%	0%	0%	0%

Prospektive Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik

Zu Beginn der Teilnahme am Curriculum wurden die Teilnehmenden gefragt: „Wie wahrscheinlich wäre es, wenn Sie aktuell schwanger wären, dass Sie die Pränataldiagnostik zur Diagnose einer erblichen Erkrankung oder Behinderung des ungeborenen Kindes anwenden würden?“. Mehr als die Hälfte (56%) würde wahrscheinlich vorgeburtliche Untersuchungen in Anspruch nehmen (20% sehr wahrscheinlich, 24% wahrscheinlich und 12% eher wahrscheinlich), während ca. ein Drittel dies als (eher bzw. sehr) unwahrscheinlich ansieht.

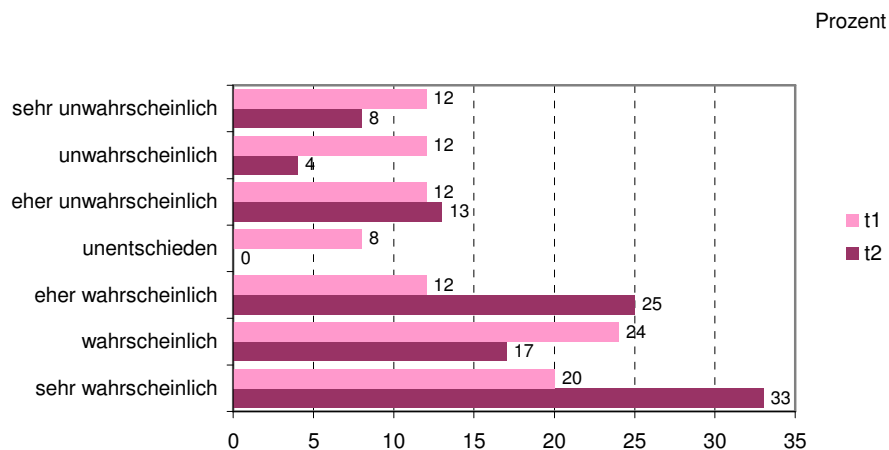


Abb. 4.11 Prospektive Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik zu t1 und t2

Zu Abschluss der Fortbildung nehmen tendenziell mehr Kursteilnehmende (75%) mit höherer Wahrscheinlichkeit an, dass sie vorgeburtliche Untersuchungen in Anspruch nähmen, wären sie jetzt schwanger, während nur noch ein Viertel glaubt keine Pränataldiagnostik in Anspruch zu nehmen.

4.2 Wissen und Einstellung zu Gentechnik, Fortpflanzungsmedizin und PD

4.2.1 Einstellungen zur Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin

Nach einer allgemeinen Bewertung der Gentechnik befragt, zeigt sich keine signifikante Einstellungsänderung zwischen Anfang und Ende des Curriculums. Die eher negative Einstellung zur Gentechnik bei zwei Dritteln der Teilnehmenden zu Beginn der Fortbildung zeigt sich tendenziell noch deutlicher zum Abschluss.

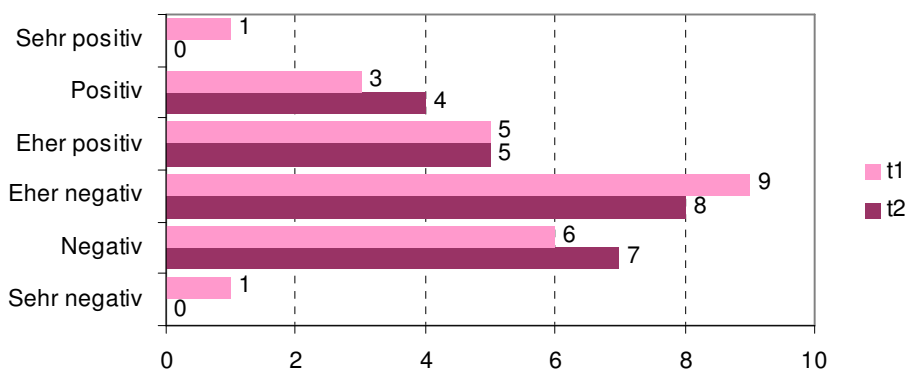


Abb. 4.12 Einstellung zur Gentechnik zu t1 und t2: Wie stehen Sie zur Gentechnik?

Ähnliche Tendenzen werden auch bezüglich der Beurteilung der Vor- und/oder Nachteile der Fortpflanzungsmedizin deutlich: Auch hier zeigen sich keine signifikanten Änderungen in der Einstellung, wenngleich zu Abschluss der Fortbildungsreihe tendenziell noch mehr Teilnehmende finden, dass die Nachteile der Fortpflanzungsmedizin überwiegen (42% gegenüber 28% zu Beginn der Fortbildung).

Auch im Vergleich zur deutschen Bevölkerung, der im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenumfrage von 2003 die gleiche Frage vorgelegt wurde, fällt die Bewertung der Ausbildungsgruppe des Curriculums kritischer aus (in der Repräsentativerhebung fanden 16,8%, dass eher und 9,4% dass eindeutig die Nachteile überwiegen, 36,1% fanden, dass Vor- und Nachteile sich die Waage halten, und insgesamt 26 sahen überwiegend die Vorteile der Fortpflanzungsmedizin) (Stöbel-Richter, Borkenhagen, Wisch, Brähler 2006, S.169f).

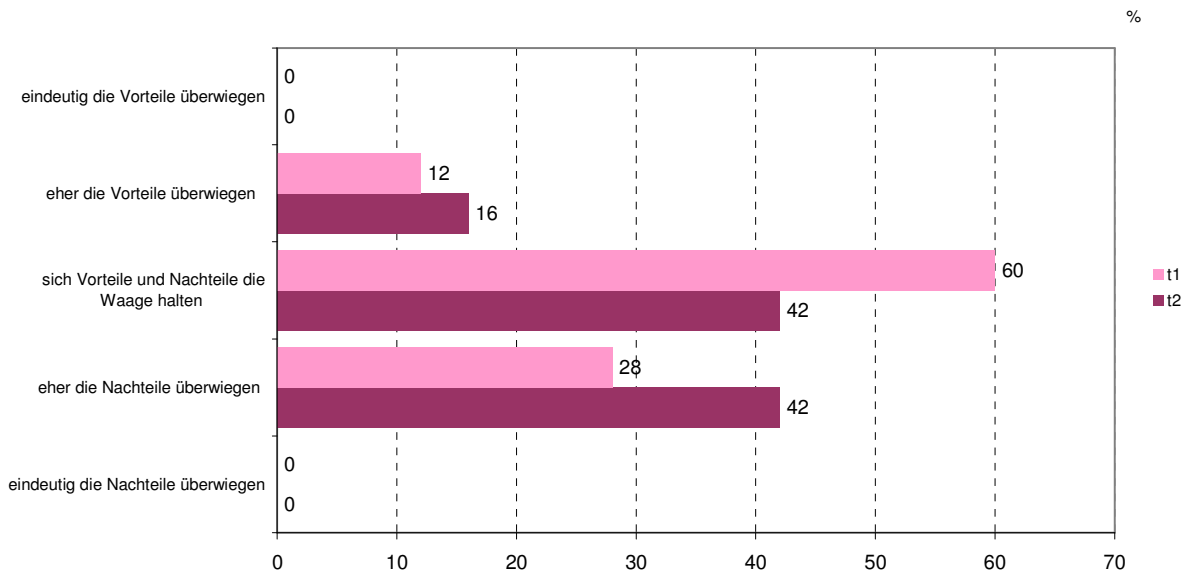


Abb. 4.13 Vor- und Nachteile der Fortpflanzungsmedizin zu t1 und t2

4.2.2 Einstellungen und Informationsgrad zur Pränataldiagnostik

Die Teilnehmerinnen wurden zu Beginn und Ende der Teilnahme an dem Curriculum gebeten, auf einer fünfstufigen Skala ihre Kenntnisse in Pränataldiagnostik selbst einzuschätzen.

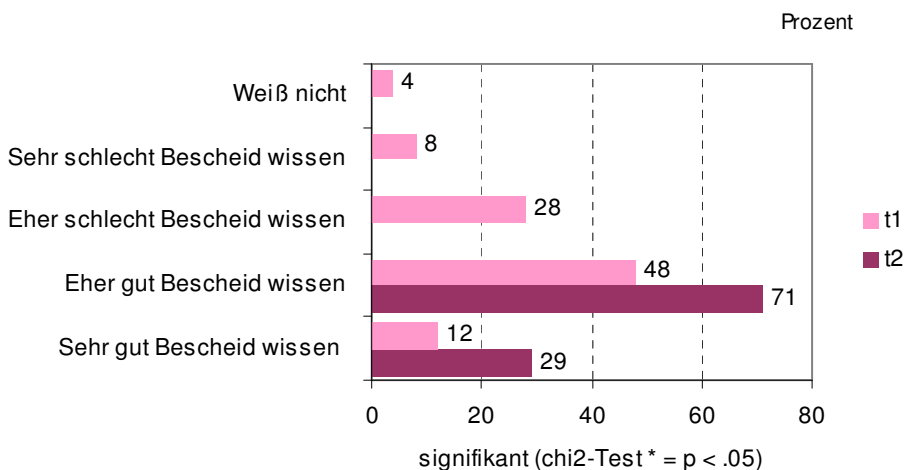


Abb. 4.14 Informationsgrad zur Pränataldiagnostik zu t1 und t2

Meinten zu Beginn des Curriculums mehr als zwei Drittel der Ausbildungsgruppe eher (sehr) schlecht über die Pränataldiagnostik Bescheid zu wissen bzw. ihren Informations-

grad nicht wirklich einschätzen zu können, so finden zum Abschluss des Curriculums alle Teilnehmenden eher bzw. sehr gut Bescheid zu wissen über Pränataldiagnostik. Da dieser Unterschied signifikant ist (χ^2 -Test, $p < .05$), zeigt sich in dieser allgemeinen positiven Selbsteinschätzung der Kenntnisse über Pränataldiagnostik der Niederschlag des durch die Teilnahme am Curriculum angeregten Lern- und Wissensfortschritts.

Zu Beginn und Ende wurden die Teilnehmenden gefragt, inwieweit sie die Anwendung der Pränataldiagnostik zur Diagnose einer vererblichen Erkrankung des ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft für schlecht bzw. gut, für nutzlos bzw. nützlich sowie für unwichtig bzw. wichtig halten.

Die Anwendung der Pränataldiagnostik zur Diagnose einer vererblichen Erkrankung des ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft wurde von der Mehrzahl eher als gut bzw. sehr gut beurteilt. Zum Abschluss des Curriculums findet ein noch größerer Teil der Ausbildungsgruppe (84% gegenüber 64% zu Anfang) PD zu diesem Zweck (sehr) gut.

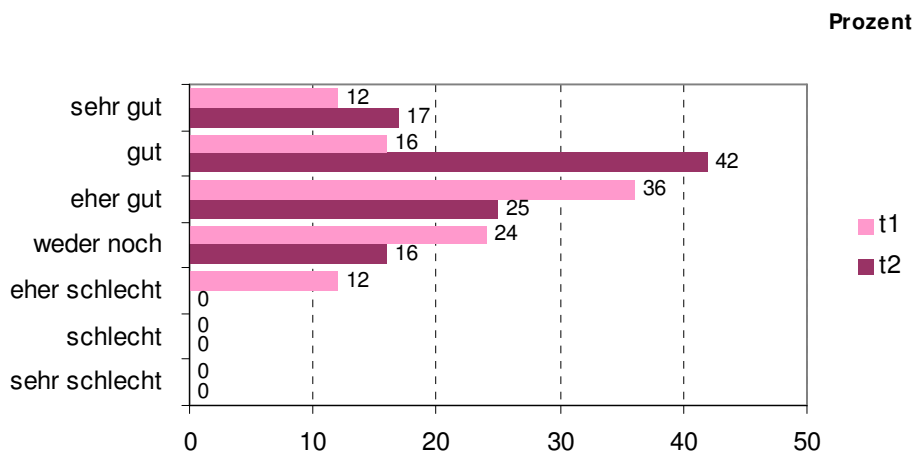


Abb. 4.15 Bewertung der Pränataldiagnostik

Auch erkennen zum Abschluss des Curriculums tendenziell noch mehr Teilnehmende den Nutzen der Pränataldiagnostik: Fanden anfänglich 56% der Teilnehmenden die Anwendung der Pränataldiagnostik zur Diagnose einer vererblichen Erkrankung des ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft (eher (sehr)) nützlich, so finden dies zu Abschluss 79% der Teilnehmenden.

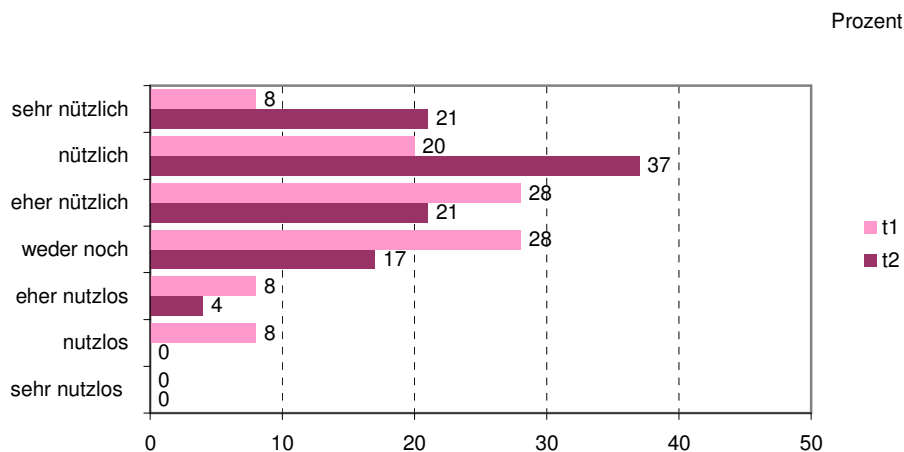


Abb. 4.16 Nutzen der Pränataldiagnostik zu t1 und t2

Die Pränataldiagnostik wird von drei Vierteln der Teilnehmenden für (sehr bzw. eher) wichtig gehalten; eine Tendenz zur Änderung bzw. stärkeren Eindeutigkeit der Bewertung im Zeitraum der Fortbildung zeigt sich jedoch kaum: zum Abschluss halten 79% der Teilnehmenden die Anwendung der Pränataldiagnostik für wichtig gegenüber 76% zu Anfang.

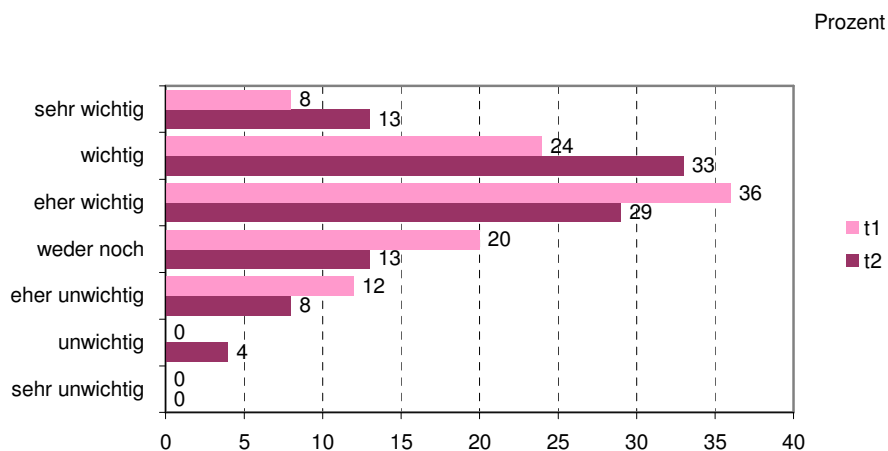


Abb. 4.17 Wichtigkeit der Pränataldiagnostik zu t1 und t2

Ganz allgemein um eine persönliche moralische Bewertung der Pränataldiagnostik gebeten, zeigt sich, dass viele Teilnehmende PD nicht nach allgemeinen moralischen Gesichtspunkten bewerten: zu Beginn des Curriculums findet knapp die Hälfte der Teilnehmenden, zum Abschluss sogar knapp zwei Drittel die Pränataldiagnostik moralisch weder bedenklich, noch unbedenklich. Ca. ein Viertel hat nach wie vor moralische Bedenken.

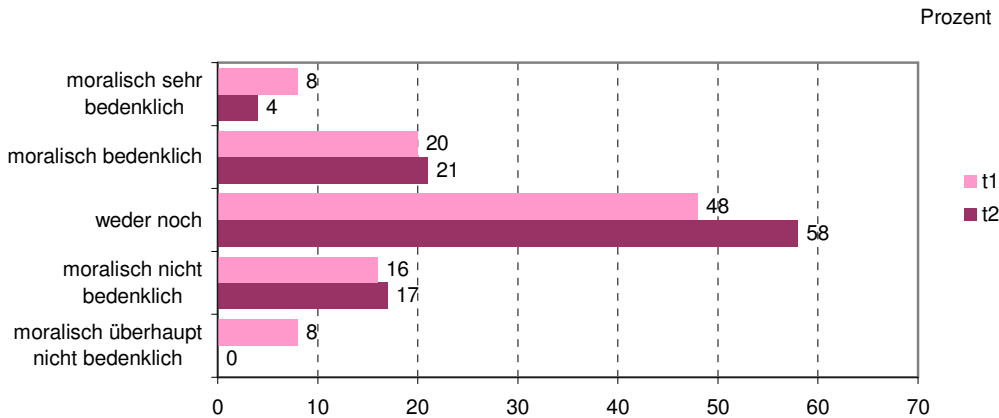


Abb. 4.18 Moralische Bewertung der Pränataldiagnostik zu t1 und t2: „Ich halte die Pränataldiagnostik für ...“

Die Entscheidungsautonomie hinsichtlich der Anwendung der Pränataldiagnostik zur Diagnose einer vererblichen Erkrankung des ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft wird indes tendenziell kritischer gesehen: Zum Abschluss der Fortbildung halten 41% der Teilnehmenden die Entscheidungsfreiheit der Paare für eher bzw. (sehr) gering im Vergleich zu 28% zu Beginn. Hingegen finden abschließend 46% die Autonomie der Paare (eher, sehr) groß gegenüber 48% zu Beginn. Der Anteil der Unentschiedenen ist zurückgegangen.

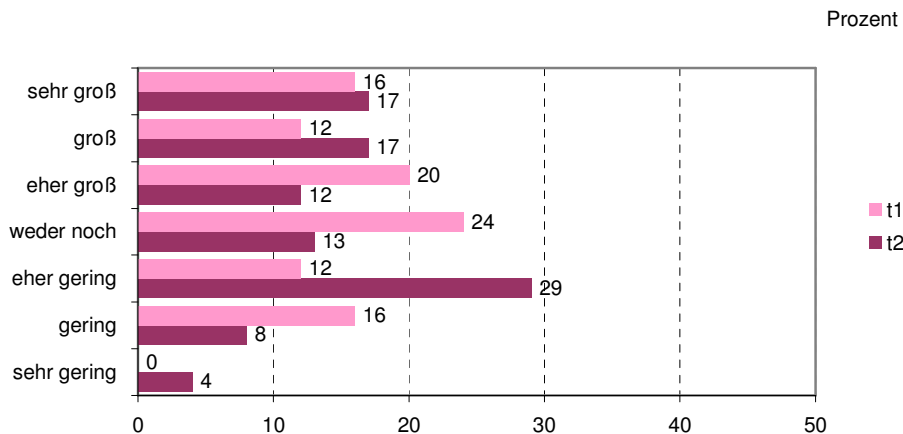


Abb.4.19 Entscheidungsautonomie der Betroffenen

4.2.3 Einstellungen zu Akteuren über den Einfluss auf die Kontrolle der PD

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie stark sie den Einfluss bestimmter Organisationen und Gruppen auf die Kontrolle der Pränataldiagnostik auf einer 5-stufigen Skala von sehr wenig bis sehr starken Einfluss einschätzen.

- Über zwei Drittel (72%) der Teilnehmenden schätzen zu Beginn der Fortbildung, dass **Ethikkommissionen** einen (sehr) starken Einfluss auf die Kontrolle von Pränataldiagnostik haben. Signifikant abweichend hiervon (Chi²-Test, $p < .05$) schätzt zu Abschluss der Fortbildung über die Hälfte der Teilnehmenden (58%) den Einfluss von Ethikkommissionen weder stark noch schwach ein.
- Den **Naturwissenschaftlern (Medizinern, Biologen etc.)** wird zu Beginn des Curriculums von zwei Dritteln der Teilnehmenden (68%) ein starker (52%) bis sehr starker (16%) Einfluss zugeschrieben. Zum Abschluss des Curriculums wird der Einfluss der Naturwissenschaftler noch größer eingeschätzt: knapp die Hälfte der Teilnehmenden (46%) sieht einen sehr starken Einfluss der Naturwissenschaftler, ein Viertel (25%) schätzt den Einfluss als stark ein.
- Über den Einfluss der **Politik** sind die Teilnehmenden zu Beginn geteilter Meinung: gut ein Drittel (36%) sieht einen starken bis sehr starken Einfluss, ca. ein Drittel (32%) sieht diesbezüglich weder einen starken noch schwachen Einfluss, gut ein Drittel (36%) schätzt den Einfluss der Politik gering ein. Diese Einschätzung hat sich zum Abschluss des Curriculums nur geringfügig verschoben.
- War die Einschätzung der Teilnehmenden über den Einfluss der **Kirche** zu Beginn weitgehend gleichmäßig verteilt, so verschob sich diese Einschätzung zum Abschluss der Fortbildung tendenziell in Richtung eines geringen Einflusses der Kirchen auf die Kontrolle der PD.
- Der Einfluss von **Wirtschaftsunternehmen** wurde zu Beginn des Curriculums von über der Hälfte (52%) als (sehr) gering eingeschätzt. Gut ein Drittel schätzte damals den Einfluss eher als stark ein. Zum Abschluss der Fortbildung hat sich diese Einschätzung tendenziell verändert: Am Ende halten 58% der Teilnehmenden den Einfluss von Wirtschaftsunternehmen für (sehr) stark.
- Auch den **Medien (Presse, Funk und Fernsehen)** schreiben zu Beginn des Curriculums knapp der Hälfte der Teilnehmenden einen (sehr) geringen Einfluss zu. Ein Drittel ist diesbezüglich unentschlossen bzw. sieht weder einen starken noch schwachen Einfluss, während ein Fünftel anfangs den Einfluss der Medien als stark einschätzt. Zum Abschluss des Curriculums zeigen sich tendenziell Verschiebungen: Je ein knappes Drittel (29%) hält den Einfluss der Medien für stark bzw. für gering. Der Anteil der Teilnehmenden, die den Einfluss auf die Kontrolle der Pränataldiagnostik weder für stark noch für gering hält, hat noch zugenommen (42%).
- **Betroffenen Paaren** wird anfangs von der Hälfte der Teilnehmenden (52%) ein (sehr) geringer Einfluss auf die Kontrolle der Pränataldiagnostik zugeschrieben, während knapp ein Drittel den Einfluss der Paare stark einschätzte. Zum Abschluss der Fortbildung schätzen über zwei Drittel der Teilnehmenden (75%), dass betroffene Paare wenig Einfluss auf die Kontrolle der Pränataldiagnostik haben, während nur wenige (12%) annehmen, dass Paare Einfluss haben.
- Auch der Einfluss der **Allgemeinbevölkerung** wird zu Beginn wie Ende der Fortbildung als gering eingeschätzt von ca. zwei Dritteln der Teilnehmenden.

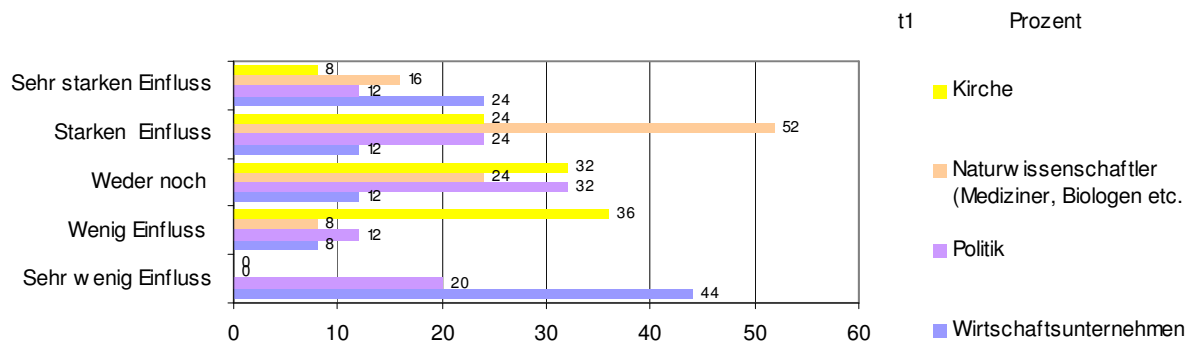


Abb. 4.20 Einschätzung des Einflusses von Kirche, Naturwissenschaftler, Politik und Wirtschaft auf die Kontrolle der PD zu t1

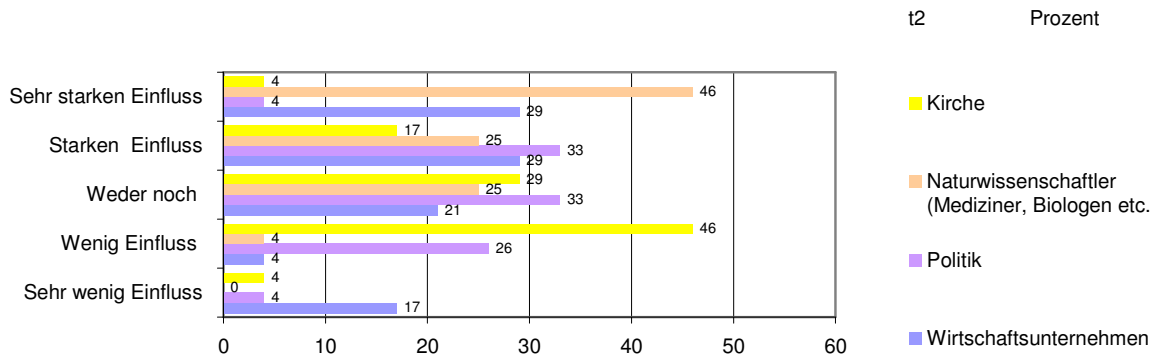


Abb. 4.21 Einschätzung der Einflüsse von Kirche, Naturwissenschaftler, Wirtschaft und Politik auf die Kontrolle der PD zu t2

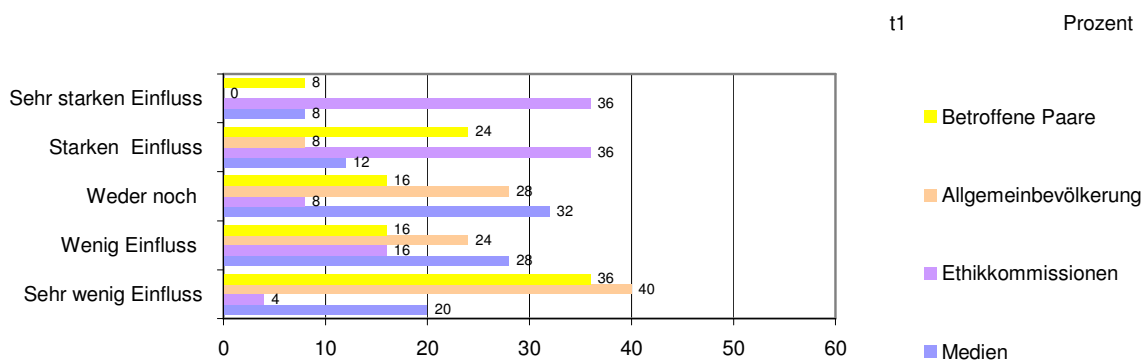


Abb. 4.22 Einschätzung des Einflusses von Betroffenen Paaren, Allgemeinbevölkerung, Ethikkommission und Medien auf die Kontrolle der PD zu t1

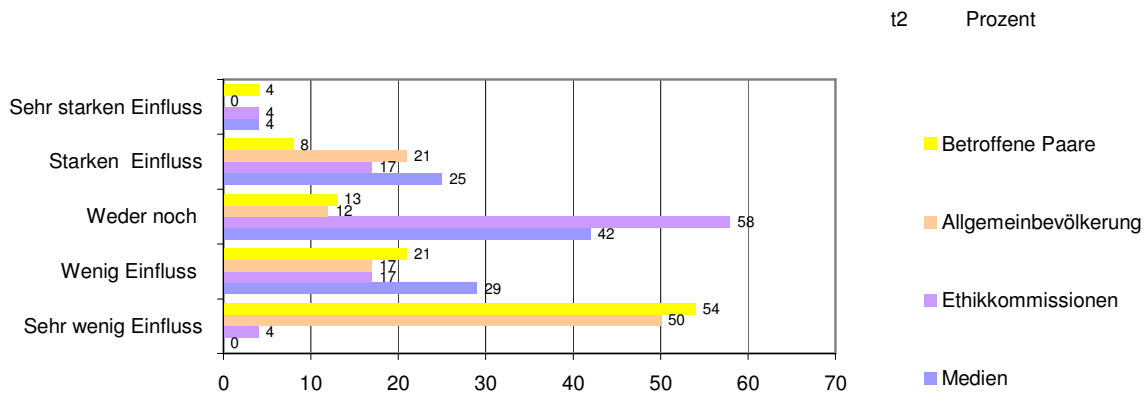


Abb. 4.22 Einschätzung des Einflusses von Betroffenen Paaren, Allgemeinbevölkerung, Ethikkommission und Medien auf die Kontrolle der PD zu t1

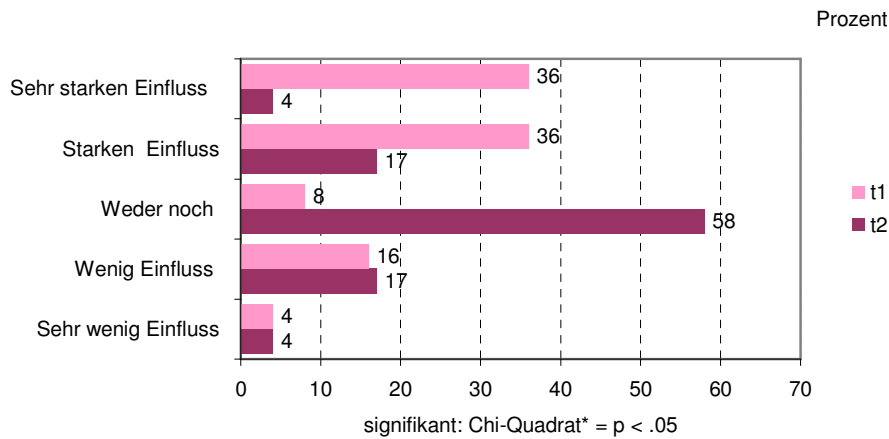


Abb. 4.23 Einfluss der Ethikkommission auf die Kontrolle der PD

4.2.4 Indikationen zur Pränataldiagnostik

Die Kursteilnehmenden wurden anhand von 8 Aussagen zur Indikation vorgeburtlicher Diagnostik gebeten einzuschätzen, wann schwangere Frauen die Möglichkeit haben sollten, vorgeburtliche Untersuchungen durchführen zu lassen. Insgesamt fällt bei der Beantwortung der Fragen auf, dass die Kursteilnehmenden am Ende der Weiterbildung eine eher kritische Einstellung gegenüber vorgeburtlichen Untersuchungen haben.

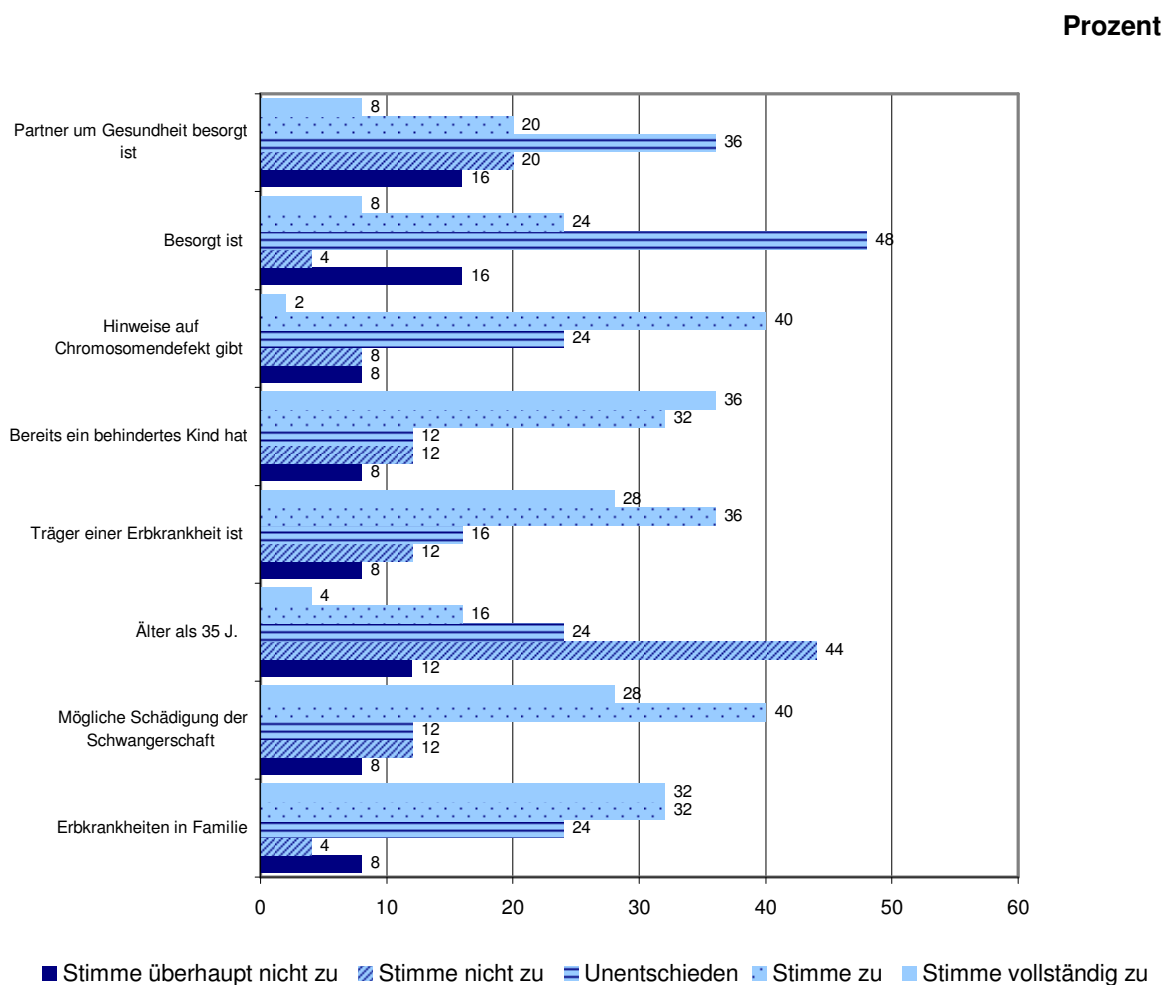


Abb. 4.24 Indikationen zur PD – Zustimmung in %

4.2.5 Einstellungen zu Behinderung

Wir wollten wissen, wie belastend Kursteilnehmende unterschiedliche Formen von Behinderungen einschätzen und inwieweit sich diese Einschätzung durch die Teilnahme an der Weiterbildung verändert hat. Es gibt zwar keine Signifikanzen, aber doch eine veränderte, eher differenziertere Sichtweise.

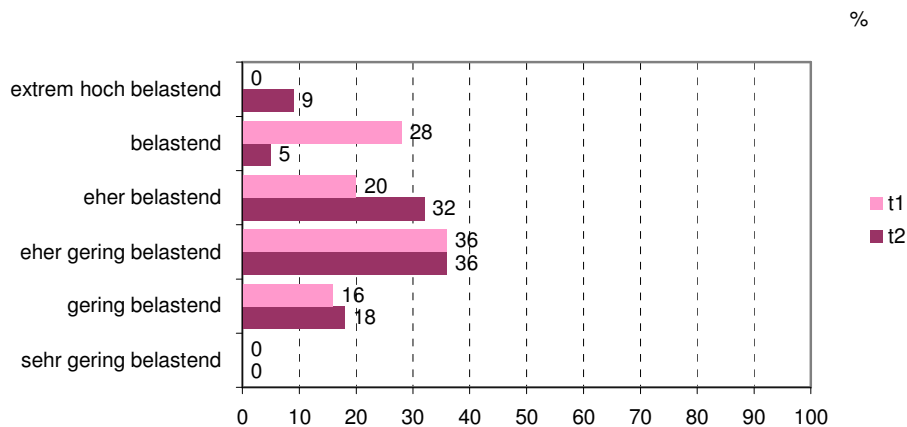


Abb. 4.25 Beantwortung der Frage: „Die Geburt eines Kindes, welches geistig nicht behindert ist, aber Probleme mit seinen Beinen hat und einen Rollstuhl/Gehstützen braucht, ist...“

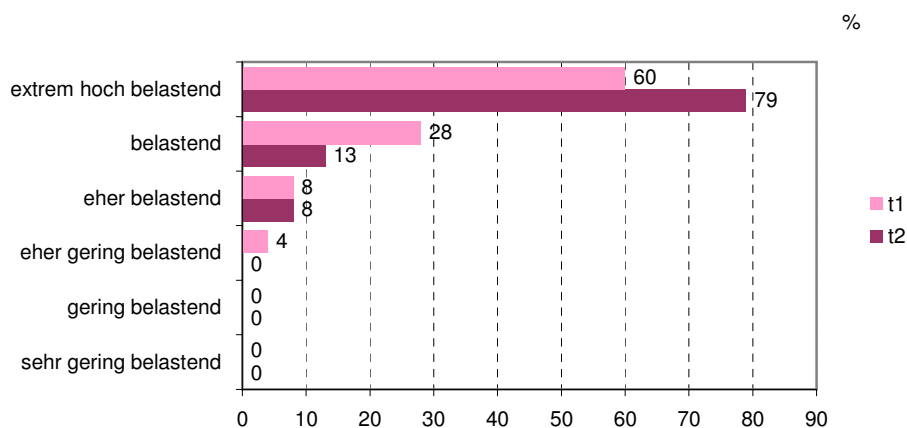


Abb. 4.26 Beantwortung der Frage: „Die Geburt eines Kindes, das einen Defekt hat, der den Tod im ersten halben Lebensjahr bewirkt, ist ...“

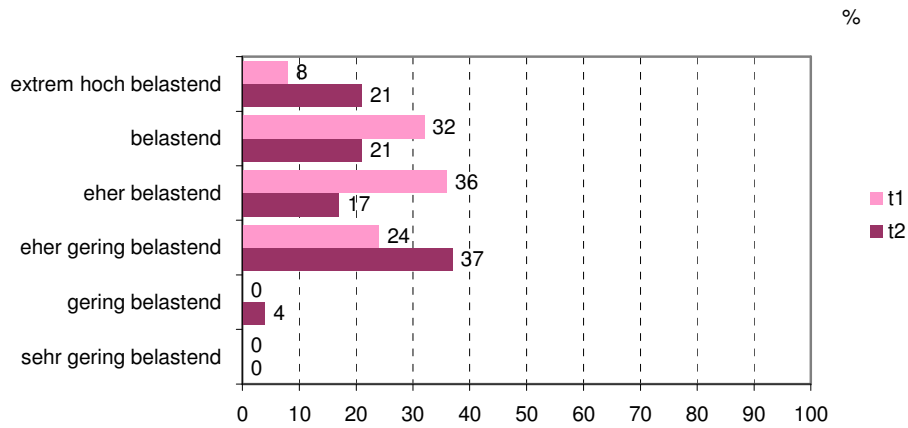


Abb. 4.27 Beantwortung der Frage: „Die Geburt eines Kindes, welches geistig nicht behindert ist, jedoch starke Gesichtsveränderungen hat, so dass es manche Leute anstarren, ist ...“

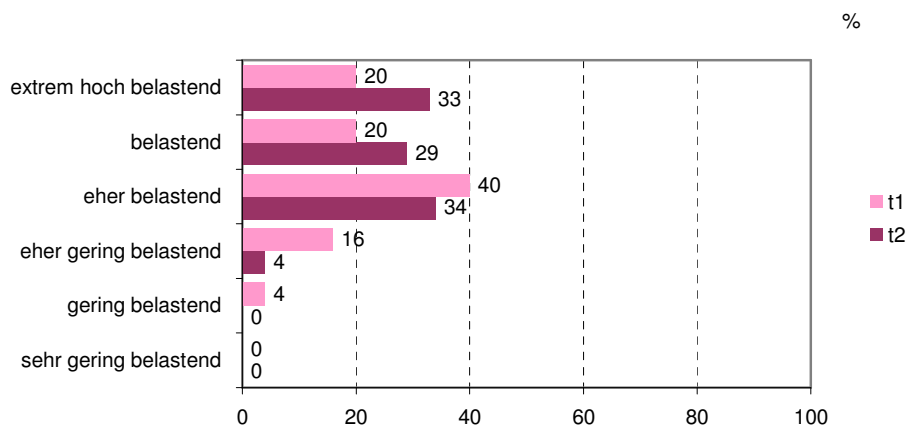


Abb. 4.28 Beantwortung der Frage „Die Geburt eines Kindes, das einen genetischen Defekt hat, der eine chronische beeinträchtigende Erkrankung bedeutet, ist ...“

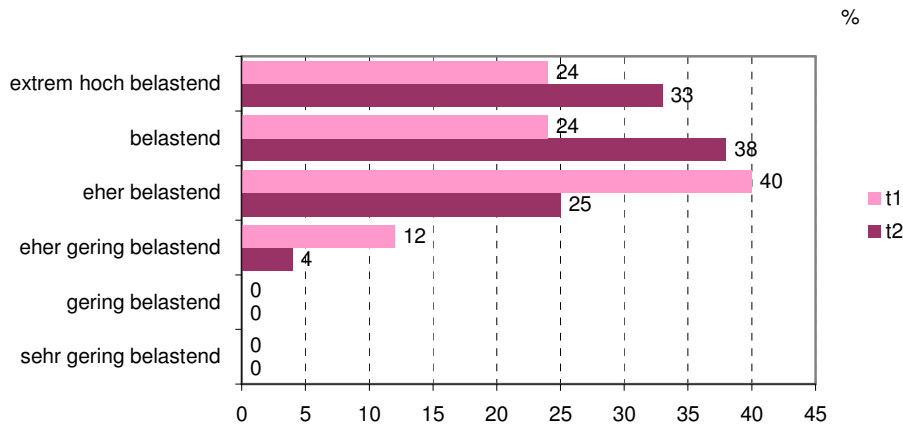


Abb. 4.29 Beantwortung der Frage „Die Geburt eines Kindes, welches geistig behindert ist und bis ins Erwachsenenalter lebt, ist ...“

4.3 Beratungsleistungen während der Ausbildung

Wir wollten wissen, wie viele einzelne psychosoziale **Beratungsgespräche** im Kontext PD die Teilnehmenden während der Weiterbildung geführt haben. Es zeigt sich folgendes Ergebnis (siehe Abbildung 4.30).

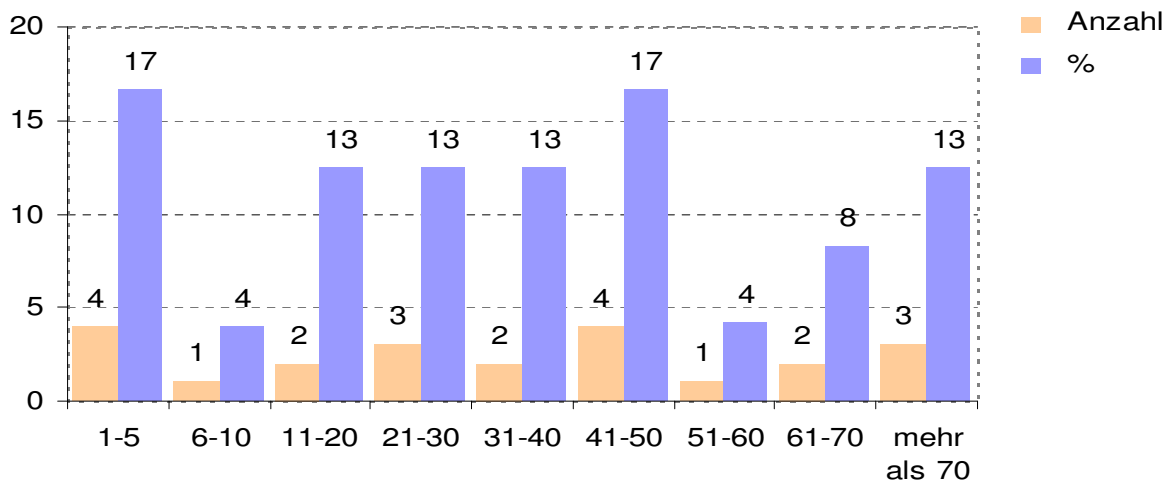


Abb. 4.30 Zahl der Beratungsgespräche während der Weiterbildung

17% geben an, bis zu 5 Gespräche geführt zu haben; sie haben damit das Minimum der Anforderungen der Weiterbildung erfüllt. 4% haben 6 bis 10 Gespräche geführt. Jeweils 13% geben an, 11 bis 20, 21 bis 30 und 31 bis 40 Gespräche geführt zu haben. 17% geben an, 41 bis 50 Gespräche geführt zu haben und 4% 51 bis 60 Gespräche. 8% haben 61 bis 70 Gespräche geführt und 13% haben sogar mehr als 70 Gespräche.

Die Unterschiede zeigen, wie engagiert die Kursteilnehmenden Hospitationen und Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt haben.

Die Steigerung der Beratungsgespräche (bei 92% der Teilnehmenden mehr als vor der Weiterbildung) bringen 96% in Zusammenhang mit der Weiterbildung.

Ähnlich verhält es sich mit der Anzahl der **Beratungsfälle** (siehe Abb. 4.31). Beratungsfälle bedeutet in diesem Zusammenhang mehrere Beratungsgespräche bezogen auf einen Beratungsfall mit einer Klientin oder einem Paar.

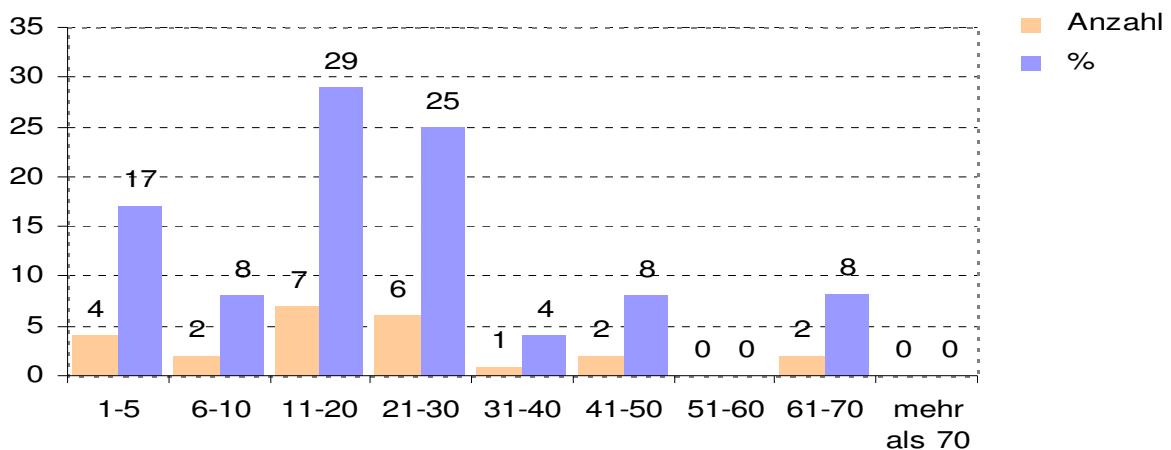


Abb. 4.31 Zahl der Beratungsfälle während der Weiterbildung

17% geben an, bis zu 5 Personen oder Paare in Beratung gehabt zu haben. 8% hatten 6 bis 10 Fälle, 29% berieten 11 bis 20 Personen oder Paare, 25% 21 bis 30 und 4% 31 bis 40 KlientInnen. Jeweils 8% hatten 41-40 oder 61-70 Klienten.

88% der Teilnehmenden bestätigt eine Zunahme von Beratungsfällen. Dies wird zu 100% mit der Weiterbildung in Zusammenhang gebracht.

71% der Teilnehmende erlebt mehr Zuweisungen von FachkollegInnen im Kontext PD von KlientInnen als vor der Weiterbildung; 94% bringt dies in Zusammenhang mit der Weiterbildung.

Die Teilnehmenden erhoffen sich zu 67%, dass sie mehr Ratsuchende über psychosoziale FachkollegInnen zugewiesen bekommen; 30% stimmt dieser Annahme teilweise oder eher nicht zu und 4% stimmt dem überhaupt nicht zu.

Über ÄrztInnen erhoffen sich 65% der Teilnehmenden eine Überweisung von KlientInnen, 34% stimmt dem nur teilweise zu.

Über Mundpropaganda erhoffen sich 63% mehr KlientInnen zu bekommen; 17% stimmt dem teilweise zu und 21% eher nicht.

Den größten Zugewinn an Beratungen erhoffen sich damit die Teilnehmenden von psychosozialen FachkollegInnen (67%), danach von ÄrztInnen (65%) und zuletzt über Mundpropaganda (63%).

Diese Angaben lassen eine Schlussfolgerung zu über Kooperation und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen.

4.4 Effekte der Weiterbildung

Die Auswirkungen, die die Teilnahme am Curriculum auf den Arbeitsplatz der TeilnehmerInnen hatte, sind beachtlich:

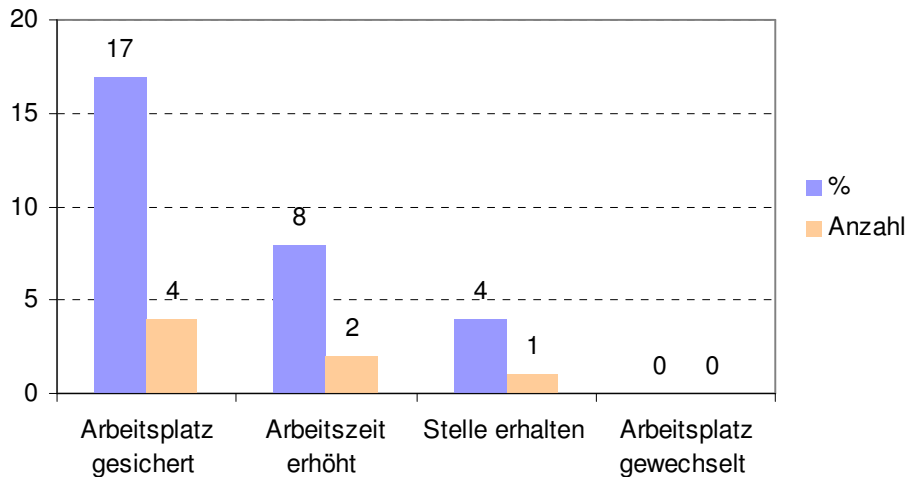


Abb. 4.32 Auswirkungen der Weiterbildung auf den Arbeitsplatz

17% haben durch die Teilnahme am Curriculum den Arbeitsplatz gesichert.

8% konnten die Arbeitszeit erhöhen.

4% konnten die eigene Stelle erhalten.

Wie sah der Gewinn an persönlichen Eigenschaften (Qualitäten) und an sozialen Fertigkeiten der Teilnehmenden sowohl auf beruflicher als auch auf persönlicher Ebene aus?

100% der Teilnehmenden erleben einen Zugewinn an beruflicher Kompetenz und 96% zugleich an persönlicher.

Jeweils 91% nehmen Zugewinn an Sicherheit und Identität/Profil auf der beruflichen Ebene wahr, gegenüber 83 und 86% auf der persönlichen Ebene.

Jeweils 88% nehmen beruflich mehr Toleranz (gegenüber 77% persönlich), mehr Selbstbewusstsein (gegenüber 77% persönlich) und mehr Kooperationsfähigkeit (gegenüber 65% persönlich) wahr.

79% erleben sich beruflich mit mehr Offenheit (persönlich 78%).

75% beruflich mit mehr Zufriedenheit gegenüber 91% Zufriedenheit auf der persönlichen Ebene; dies ist die einzige Nennung, bei der der persönliche Wert über dem beruflichen liegt.

70% erleben mehr Anerkennung beruflich (gegenüber 55% persönlich).

Dies sind insgesamt hohe Werte.

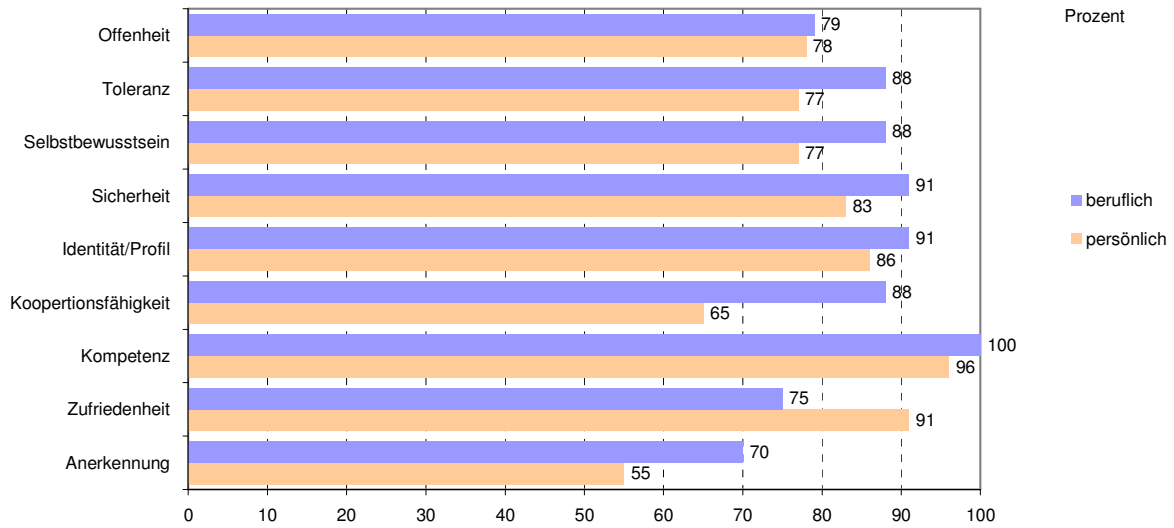


Abb. 4.33 Zugewinn an beruflichem und persönlichem Profil (I)

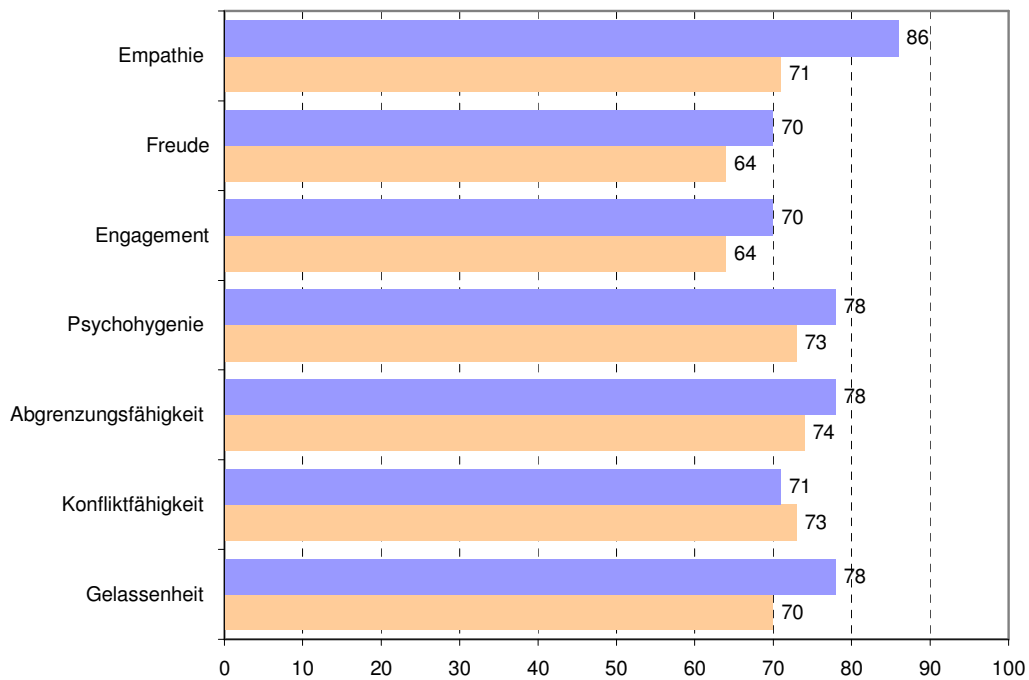


Abb. 4.34 Zugewinn an beruflichem und persönlichem Profil (II)

Ebenfalls hoch sind die Werte bezüglich beruflicher Empathie 86% (gegenüber 71% persönlicher), jeweils 78% bei Psychohygiene (persönlich 73%), Abgrenzungsfähigkeit (persönlich 74%) und Gelassenheit (persönlich 70%).

71% erleben sich konfliktfähiger im Beruf (gegenüber persönlich 73%). Dies ist der einzige Wert, bei dem der persönliche Wert höher liegt als der berufliche. Jeweils 70% empfinden beruflich mehr Freude und Engagement (persönlich jeweils 64%).

Zuwachs an beraterischen Handlungskompetenzen und Kenntnissen im Kontext PD

Jeweils 100% der Teilnehmenden fühlen sich allgemein kompetenter und speziell sicherer im Umgang mit PD-Fragestellungen.

Jeweils 96% fühlen sich fähiger zur Kooperation mit anderen Fachkollegen und sind zufriedener in ihrer Beratungstätigkeit.

Jeweils 92% haben berufliches Profil und berufliche Identität gewonnen.

75% fühlen sich kompetenter im Hinblick auf Öffentlichkeitsarbeit und 57% bekommen mehr Anerkennung durch KollegInnen im Team.

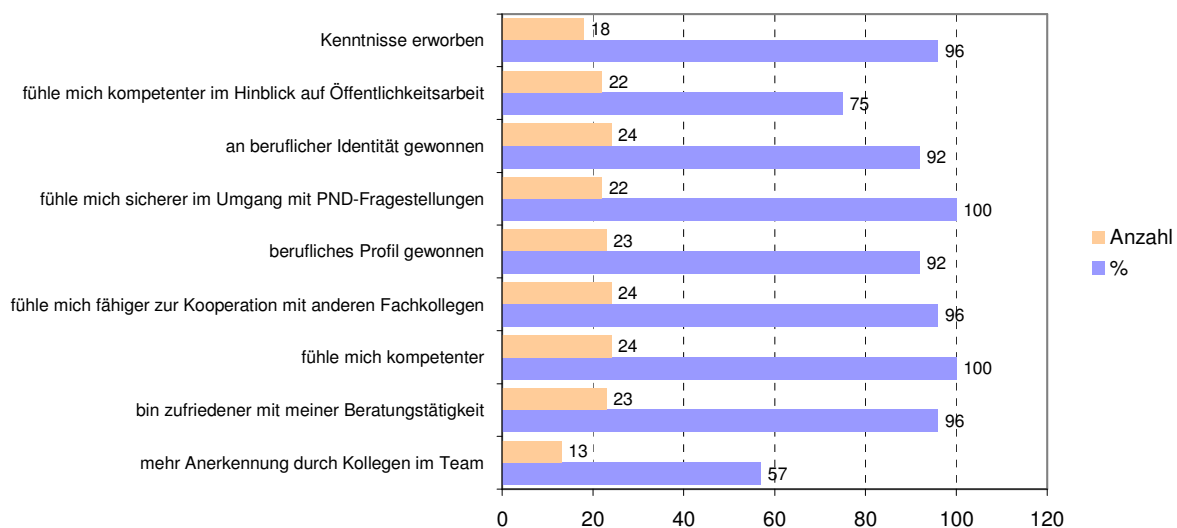


Abb. 4.35 Zunahme an beraterischer Kompetenz in Bezug auf PD (I)

100% geben eine verbesserte Empathie gegenüber Klienten in Grenzsituationen an.

Jeweils 96% fühlen sich kompetenter bei Trauerbegleitung, bei Techniken der Krisenintervention und sie geben an, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten allgemein erweitert zu haben. 92% haben ihre Gesprächsführung verbessert.

91% können Ablehnung von Klienten besser ertragen.

Jeweils 88% haben sich neue Arbeitstechniken angeeignet und verfügen über mehr Fertigkeiten sich berufsrelevante Informationen einzuholen.

64% können die Geringschätzung anderer Berufsgruppen besser verarbeiten.

50% können die eigenen Ressourcen ökonomischer einsetzen.

Insgesamt bedeutet das Ergebnis, dass es - im Rahmen des Curriculums - einen hohen Zuwachs an beruflichen Kompetenzen gibt. Zugleich gibt es einen Zuwachs an spezifischen Kompetenzen, die bei der psychosozialen Beratung im Kontext PD gefordert sind.

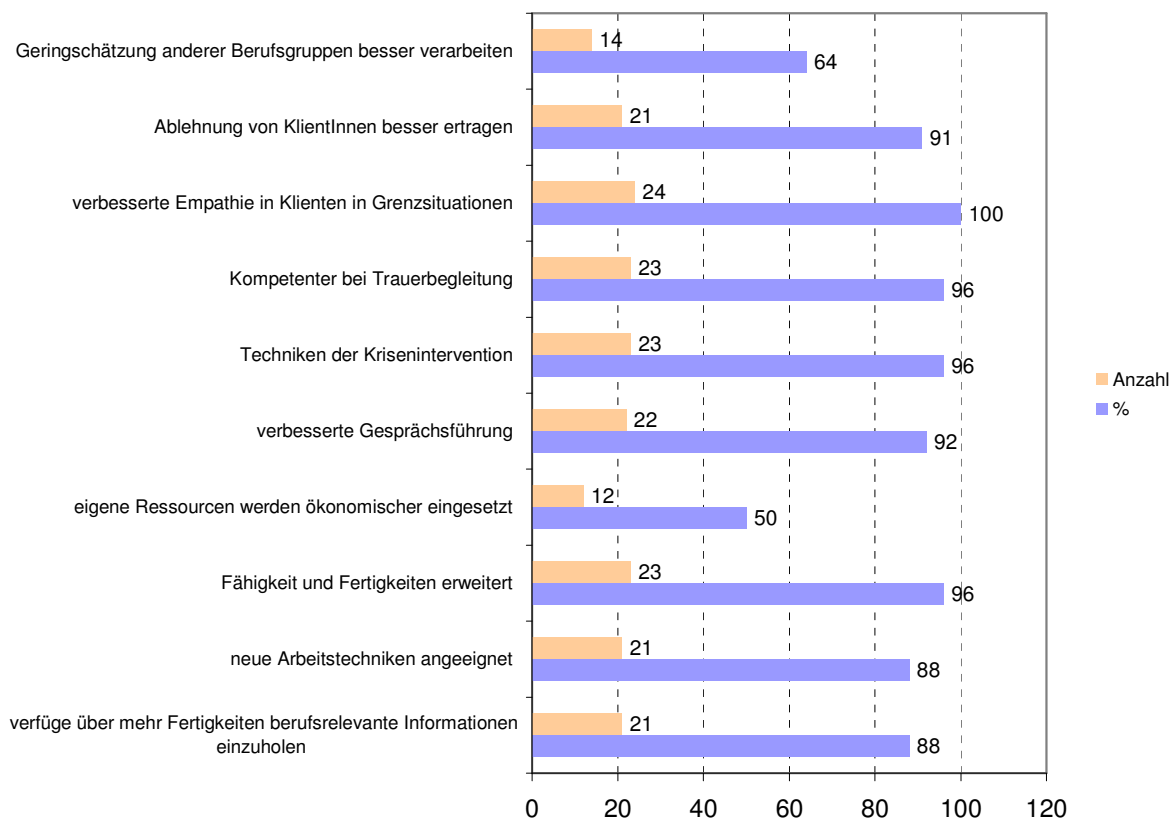


Abb. 4.36 Zunahme an beraterischer Kompetenz in Bezug auf PD (II)

Umgang mit ethischen Fragestellungen

Zum Abschluss des Curriculums wollten wir von den Teilnehmenden wissen, wie sich die Vermittlung ethischer Inhalte auf die ethische Dimension in der Beratung ausgewirkt hat und wie sie ihren Umgang mit ethischen Fragestellungen in der Beratung beurteilen. 78% der Teilnehmenden haben einen besseren Umgang mit religiösen Fragen gefunden gegenüber 21%, die weder noch oder trifft eher nicht zu angekreuzt haben. Einen besseren Umgang mit ethischen Konflikten in der Beratung haben 96% der Teilnehmenden.

87% fühlen sich eher in der Lage, sich mit KlientInnen über Fragen der ethischen Güterabwägung wie z.B. das Recht des Kindes versus das Recht der Eltern auseinanderzusetzen. Dieserart Fragestellungen kommen besonders häufig in Beratungen vor, in denen es um späte Schwangerschaftsabbrüche geht.

78% haben eine dezidiertere ethische Orientierung erworben. Dies ist wichtig, um im Rahmen von Beratungen im Kontext PD ergebnisoffen zu beraten.

100% fühlen sich in der Lage mit Schuld bei KlientInnen umzugehen, dies bedeutet, dass die Schuldfrage in der Beratung thematisiert werden kann und nicht umgangen wird.

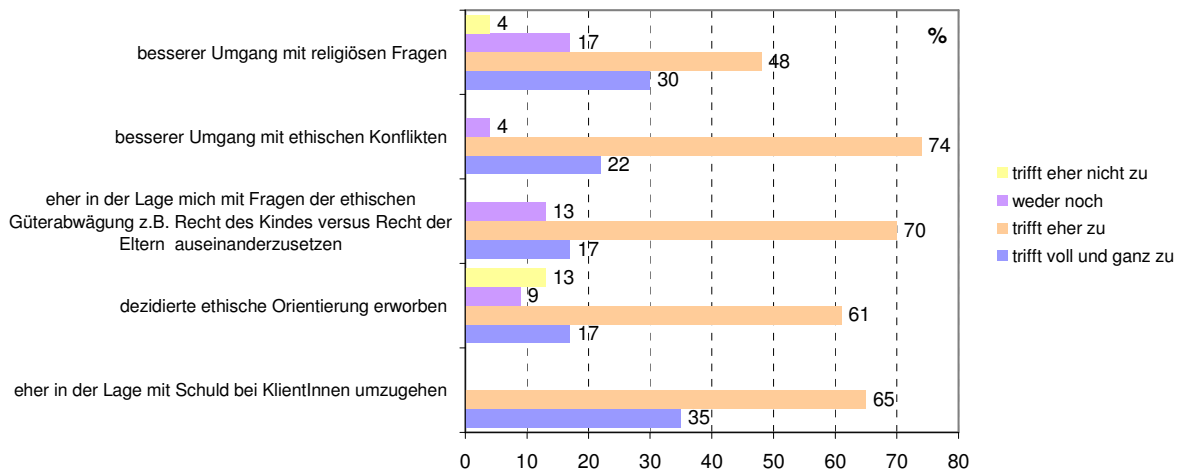


Abb. 4.37 Umgang mit ethischen Fragestellungen (I)

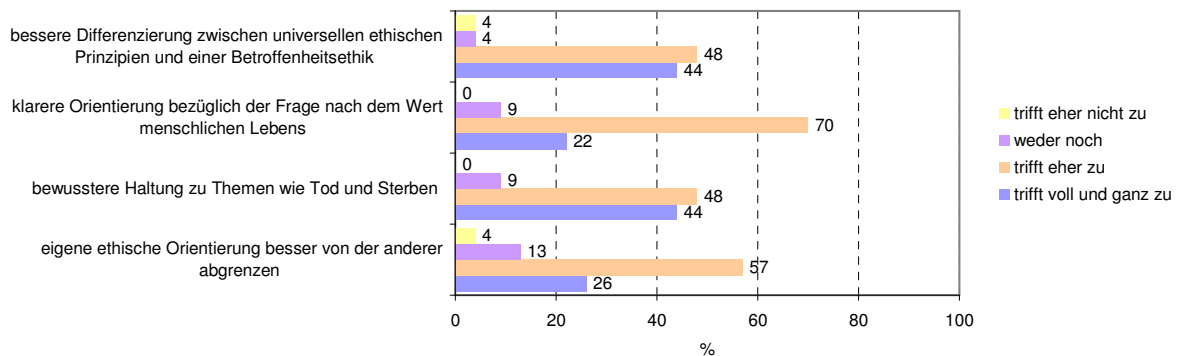


Abb. 4.38 Umgang mit ethischen Fragestellungen (II)

Jeweils 92% der Teilnehmenden können besser differenzieren zwischen universellen ethischen Prinzipien und einer Betroffenheitsethik. Sie haben zudem eine klarere Orientierung bezüglich der Frage nach dem Wert menschlichen Lebens, sowie eine bewusstere Haltung zu Themen wie Tod und Sterben.

83% haben gelernt, die eigene ethische Orientierung von der Orientierung anderer abzugrenzen.

Obwohl manche Kursteilnehmende sich zu den Ethikeinheiten kritisch verhielten, auch im Sinne von „mehr Zeit für Ethik“, scheint ein wichtiges Ziel erreicht: es gibt eine klare Orientierung bezüglich ethischer Fragestellungen und die Möglichkeit ethische Fragen in der Beratung zu thematisieren.

4.5 Praxiserfahrungen der Teilnehmenden vor Ort im Verlauf der Weiterbildung

Wie schon beschrieben, war es eine Voraussetzung der Weiterbildung, dass Teilnehmende in den unterschiedlichen mit PD befassten Berufsbereichen hospitieren sollten, mit dem Ziel, die verschiedenen Bereiche kennenzulernen und Kontakte zu knüpfen. Wir wollten wissen, ob und wie viele Beratungen im Kontext PD Teilnehmende im Rahmen der Weiterbildung durchführten und ob sich die Anzahl der Beratungen durch die Hospitation und Kooperation erhöhte.

Selbstverständlich war, dass eine supervisorische Begleitung stattfinden sollte. Es wurde allerdings ersichtlich, dass manche Teilnehmende eine Supervision erst nach mehreren Kursblöcken in Anspruch nahmen.

Zu Beginn jedes Kursblocks wurde mit Hilfe eines Fragebogens erhoben, wie viele Beratungen durchgeführt wurden, in welchem Bereich hospitiert wurde und mit wem – jeweils zwischen den einzelnen Kursblöcken – Kooperation aufgebaut wurde.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse ist in folgender Tabelle dargestellt. Danach werden die Ergebnisse nochmals für jeden Fortbildungsabschnitt einzeln beschrieben.

Tabelle 4.3 Übersicht über die Praxiserfahrungen der Teilnehmenden (Angaben in %)

	Praxiserfahrungen zwischen					
	Kurs 1 und Workshop I	Workshop I und Workshop II	Workshop II und Kurs 2	Kurs 2 und Workshop III	Workshop III und Workshop IV	Workshop IV und Kurs 3
Beratungen gesamt	69,6	91,3	79,2	90,5	79,2	83,3
vor PD	43,5	73,9	79,8	66,7	65,2	62,5
während PD	39,1	39,1	44,2	57,1	54,2	58,3
nach PD	43,5	39,1	58,3	71,4	62,5	75,0
Hospitation						
Gynäkologie	13,0	16,7	25,0	19,0	12,5	23,8
Pränataldiagnostik	56,5	41,7	33,3	23,8	20,8	33,3
Humangenetik	52,2	25,0	25,0	23,8	25,0	28,6
Psychosoz. Beratung	4,3	12,5	4,2	4,8	4,2	4,8
and. Einrichtungen	22,7	29,2	41,7	28,6	45,8	71,4
Kooperation gesamt	87,0	95,8	87,5	95,2	95,8	91,7
Gynäkologie	59,1	66,7	54,2	61,9	50,0	54,5
Pränataldiagnostiker	36,4	41,7	29,2	19,0	33,3	40,9
Humangenetik	40,9	45,8	29,2	19,0	29,2	40,9
Psychosoz. Beratung	59,1	50,0	45,8	66,7	62,5	77,3
and. Kursteilnehmer	52,4	58,3	48,3	38,1	65,2	69,6
Supervision gesamt	65,2	87,0	91,7	100	100	100

Zu Beginn von Workshop I (Block 3) zeigte sich folgendes Ergebnis N = 23:

Beratung:

Von 23 Teilnehmenden (TN) gaben 16 (69,6%) an, zwischen Kurs 1 und Workshop I Beratungen im Kontext PD durchgeführt zu haben.

- Vor PD haben 10 TN 1-7,
- während PD haben 9 TN 1-7,
- nach PD haben 10 TN 1-7 Beratungen durchgeführt.

Hospitation:

- In gynäkologischer Praxis haben 13% hospitiert (davon 1 TN 9 Tage, 2 TN 1 Tag)
- In pränataldiagnostischer Praxis haben 56,5% hospitiert (9 TN 1 Tag, je 1 TN 2, 6, 11, 16 Tage)
- In humangenetischer Praxis haben 52,2% hospitiert (10 TN 1 Tag, 2 TN 2 Tage)
- In psychosozialer Beratungsstelle haben 4,3% hospitiert (1 TN 1 Tag)
- In anderen Einrichtungen (z.B. Lebenshilfe, integrativer Kindergarten usw.) haben 22,7% hospitiert (2 TN 1 Tag, 1 TN 3 Tage, 1 TN 16 Tage)

Kooperation:

87% gaben an, kooperiert zu haben.

- 59,1% mit Gynäkologen
- 36,4% mit PD-Praxen
- 40,9% mit Humangenetik
- 59,1% mit anderen Einrichtungen
- 52,4% mit anderen Kursteilnehmenden

Supervision:

Insgesamt haben 8 TN noch keine Supervision, aber 7 TN haben bereits Kontakt mit SupervisorIn aufgenommen.

- 11,8% Einzelsupervision
- 76,5% Gruppensupervision
- 11,8% Einzel- und Gruppensupervision

Supervision in Stunden zwischen Kurs 1 und Workshop I

- 10 TN haben 1-3 h
- 6 TN haben 4-7 h
- 1 TN 12- 15 h
- 1 TN 16- 19 h

Die Qualifikation der SupervisorInnen stellte sich wie folgt dar (Mehrfachnennungen waren möglich):

- 6 SupervisorInnen mit Tätigkeitsschwerpunkt in der Schwangerschaftskonfliktberatung
- 10 mit Schwerpunkt in Ehe- und Lebensberatung
- 13 mit Schwerpunkt in Psychotherapie
- 10 haben weitere Qualifikationen

Zu Beginn von Workshop II (Block 3) zeigte sich folgendes Ergebnis N = 23:

Beratung:

Von 23 Teilnehmenden (TN) gaben 21 (91,3%) an, zwischen Workshop I und Workshop II *Beratungen* im Kontext PD durchgeführt zu haben.

Vor PD haben 73,9% Beratungen durchgeführt. Davon führten

- 8 TN 1-3,
- 6 TN 4-7,
- 1 TN 8-11,
- 1 TN 16- 19 Beratungen durch.

Während PD haben 39% Beratungen durchgeführt. Davon führten

- 5 TN 1-3,
- 3 TN 4-7,
- 1 TN 8-11 Beratungen durch.

Nach PD haben 39,1% Beratungen durchgeführt. Davon führten

- 6 TN 1-3,
- 3 TN 4-7 Beratungen durch.

Hospitation:

- In gynäkologischer Praxis haben 16,7% hospitiert (davon 3 TN 1-3 Tage)
- In pränataldiagnostischer Praxis haben 41,7% hospitiert (8 TN 1-3 Tage, 1 TN 4-7 Tage)
- In humangenetischer Praxis haben 25% hospitiert (6 TN 1-3 Tage)
- In psychosozialer Beratungsstelle haben 12,5% hospitiert
- In anderen Einrichtungen haben 29,2% hospitiert (2 TN 1-3 Tage, 1 TN 4-7 Tage)

Kooperation:

95,8% gaben an, kooperiert zu haben.

- 66,7% mit Gynäkologen
- 41,7% mit PD- Praxen
- 45,8% mit Humangenetik
- 50% mit anderen Einrichtungen
- 58,3% mit anderen Kursteilnehmenden

Supervision

Insgesamt 3 TN haben noch keine Supervision, aber alle TN haben bereits Kontakt mit einer SupervisorIn aufgenommen.

Kommentar

Festzustellen ist, dass die Zahl der Beratungen deutlich zugenommen hat. Die Bereiche, in denen hospitiert wurde, haben sich anders verteilt.

Die Kooperation zu anderen KursteilnehmerInnen und mit PD betrauten Professionen ist insgesamt gestiegen.

Zu Beginn von Kurs 2 (Block 5) zeigte sich folgendes Ergebnis N = 24:

Beratung:

Von 24 Teilnehmenden (TN) gaben 19 (79,2%) an, zwischen Workshop II und Kurs Beratungen im Kontext PD durchgeführt zu haben.

Vor PD haben 79,8% Beratungen durchgeführt. Darunter haben

- 11 TN 1-3,
- 5 TN 4-7 Beratungen durchgeführt.

Während PD haben 44,2% Beratungen durchgeführt. Davon haben

- 9 TN 1-3,
- 1 TN 4-7,
- 1 TN 8-11,
- 1 TN 12-15 Beratungen durchgeführt.

Nach PD haben 58,3% Beratungen durchgeführt. Davon haben

- 9 TN 1-3,
- 3 TN 4-7,
- 2 TN 8-11 Beratungen durch.

Hospitation:

- In gynäkologischer Praxis haben 25% hospitiert (davon 5 TN 1-3 Tage).
- In pränataldiagnostischer Praxis haben 33,3% hospitiert (6 TN 1-3 Tage, ein TN 9 Tage).
- In humangenetischer Praxis haben 25% hospitiert (6 TN 1-3 Tage).
- In psychosozialer Beratungsstelle haben 4,2% hospitiert (1 TN 1-3 Tage).
- In anderen Einrichtungen haben 41,7% hospitiert (3 TN 1-3 Tage).

Kooperation:

87,5% gaben an, kooperiert zu haben.

- 54,2% mit Gynäkologen
- 29,2% mit PD- Praxen
- 29,2% mit Humangenetik
- 45,8% mit anderen Einrichtungen
- 48,3% mit anderen Kursteilnehmenden

Supervision:

Insgesamt 2 TN haben noch keine Supervision.

Kommentar

Die Gesamtanzahl der Beratungen nahm zu und die Verteilung der Beratungen vor, während, nach PD veränderte sich. Die Kooperationstätigkeit der Teilnehmenden war insgesamt etwas geringer.

Zu Beginn von Workshop III (Block 6) zeigte sich folgendes Ergebnis (N = 21):

Beratungen:

Von 21 Teilnehmenden (TN) gaben 19 (90,5%) an, zwischen Kurs 2 und Workshop III Beratungen im Kontext PD durchgeführt zu haben.

Vor PD haben 66,7% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 8 TN 1-3,
- 5 TN 4-7,
- 1 TN 9 Beratungen durchgeführt.

Während PD haben 57,1% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 9 TN 1-3,
- 3 TN 4-7 Beratungen durchgeführt.

Nach PD haben 71,4% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 12 TN 1-3,
- 2 TN 4-7,
- 1 TN 8-11 Beratungen durchgeführt.

Hospitation:

- In gynäkologischer Praxis haben 19,0% hospitiert (davon 3 TN 1-3 Tage, 1 TN 20-23 Tage).
- In pränataldiagnostischer Praxis haben 23,8% hospitiert (2 TN 1-3 Tage, 1 TN 4-7, 1 TN 9 Tage).
- In humangenetischer Praxis haben 23,8% hospitiert (3 TN 1-3 Tage).
- In psychosozialer Beratungsstelle haben 4,8% hospitiert (1 TN 1-3 Tage).
- In anderen Einrichtungen haben 28,6% hospitiert (4 TN 1-3 Tage, 1 TN 8-11 Tage).

Kooperation:

95,2% gaben an, kooperiert zu haben.

- 61,9% mit Gynäkologen
- 19% mit PD-Praxen
- 19% mit Humangenetik
- 66,7% mit anderen Einrichtungen
- 38,1% mit anderen Kursteilnehmenden

Supervision:

100% der Teilnehmenden haben regelmäßig Supervision.

Kommentar

Es gab insgesamt mehr durchgeführte Beratungen durch die Kursteilnehmenden. Insbesondere Beratungen während und nach PD nahmen über den Zeitraum des Curriculums zu.

Es gab mehr Kooperationen mit anderen Professionen, die Kooperation unter den Kursteilnehmenden hat sich im Vergleich zu Kurs 2 geringfügig verändert

Zu Beginn von Workshop IV (Block 7) zeigte sich folgendes Ergebnis (N = 24):

Beratungen

Von 24 Teilnehmenden (TN) gaben 21 (79,2%) an, zwischen Workshop III und Workshop IV psychosoziale Beratungen im Kontext PD durchgeführt zu haben.

Vor PD haben 65,2% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 11 TN 1-3,
- 3 TN 8-11,
- 1 TN 12-15 Beratungen durchgeführt.

Während PD haben 54,2% Beratungen durchgeführt, darunter haben

- 7 TN 1-3
- 4 TN 4-7
- 1 TN 8-11
- 1 TN 12-15 Beratungen durchgeführt.

Nach PD haben 62,5% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 10 TN 1-3,
- 4 TN 4-7,
- 1 TN 8-11 Beratungen durchgeführt.

Hospitation:

- In gynäkologischer Praxis haben 12,5% hospitiert (davon 1 TN 1-3 Tage, 1 TN 4-7, 1 TN fortlaufend).
- In pränataldiagnostischer Praxis haben 20,8% hospitiert (2 TN 1-3 Tage, 2 TN 4-7 Tage, 1 TN fortlaufend).
- In humangenetischer Praxis haben 25% hospitiert.
- In psychosozialer Beratungsstelle haben 4,2% hospitiert.
- In anderen Einrichtungen haben 45,8% hospitiert (4 TN 1-3 Tage, sonstige nicht eindeutig).

Kooperation:

95,8% gaben an, kooperiert zu haben.

- 50% mit Gynäkologen
- 33,3% mit PD-Praxen
- 29,2% mit Humangenetik
- 62,5% mit anderen Einrichtungen
- 65,2% mit anderen Kursteilnehmenden

Supervision:

100% der Teilnehmenden haben regelmäßig Supervision.

Kommentar

Die Anzahl der durchgeführten Beratungen steigt. Immer mehr BeraterInnen haben eine größere Gesprächsanzahl im Bereich während und nach PD. Deutlich mehr Teilnehmende hospitieren in anderen Einrichtungen (z.B. Behindertenwerkstatt, Lebenshilfe, Selbsthilfegruppen usw.) und kooperieren mit diesen. Inzwischen nehmen alle Teilnehmende Supervision in Anspruch.

Zu Beginn von Kurs 3 (Block 8) zeigte sich folgendes Ergebnis (N = 24):

Beratungen:

Von 24 Teilnehmenden (TN) gaben 20 (83,3%) an, zwischen Workshop IV und Kurs 3 Beratungen im Kontext PD durchgeführt zu haben.

Vor PD haben 62,5% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 8 TN 1-3,
- 2 TN 4-7,
- 2 TN 8-11,
- 1 TN 12- 15,
- 2 TN 16-19 Beratungen durchgeführt

Während PD haben 58,3% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 9 TN 1-3,
- 2 TN 4-7,
- 1 TN 12-15,
- 1 TN 16-19 Beratungen durchgeführt.

Nach PD haben 75% Beratungen durchgeführt, davon haben

- 11 TN 1-3,
- 5 TN 4-7,
- 2 TN 16-19 Beratungen durchgeführt.

Hospitation:

- In gynäkologischer Praxis haben 23,8% hospitiert (davon 2 TN 1 Tag, 3 TN 2 Tage).
- In pränataldiagnostischer Praxis haben 33,3% hospitiert (1 TN 1Tag, 2 TN 2 Tage, 1 TN 3 Tage, 1 TN 4 Tage).
- In humangenetischer Praxis haben 28,6% hospitiert (4 TN 1 Tag, 2 TN 2 Tage).
- In psychosozialer Beratungsstelle haben 4,8% hospitiert.
- In anderen Einrichtungen haben 71,4% hospitiert.

Kooperation:

91,7% gaben an, kooperiert zu haben.

- 54,5% mit Gynäkologen
- 40,9% mit PD-Praxen
- 40,9% mit Humangenetik
- 77,3% mit anderen Einrichtungen
- 69,6% mit anderen Kursteilnehmenden

Supervision:

100% der Teilnehmenden haben regelmäßig Supervision.

Kommentar

Noch einmal ist die Anzahl der Beratungen während und nach PD deutlich gestiegen. Die Hospitationsanzahl in anderen, nicht-medizinischen Einrichtungen ist ebenfalls gestiegen. Dies ergibt sich aus den thematischen Schwerpunkten im Kurs (Leben mit Behinderung).

In Bezug auf Kooperation wurde besonders häufig mit folgenden Einrichtungen zusammengearbeitet (Hebammen, KlinikseelsorgerInnen, Bestattungsunternehmen).

Abschließend stellen wir fest, dass unsere Curriculumskonzeption in Bezug auf Hospitation und Kooperation sehr erfolgreich war. Es gelang, die Kursteilnehmenden mit anderen mit PD betrauten Professionen so zu vernetzen, dass Frauen und Paare zur psychosozialen Beratung überwiesen und vermittelt wurden.

4.6 Dokumentation der Beratungen durch die Kursteilnehmenden

Am Ende der ersten Kurswoche stellten wir den damals noch 25 Teilnehmenden des Curriculums die Dokumentationsbögen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien zur Beratung Schwangerer“ vor, die im Praxishandbuch „Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik“ Lammert et. al. im Anhang 1 abgedruckt sind (S.176ff). Unser Ziel war, dass möglichst alle BeraterInnen die durchgeführten psychosozialen Beratungen zur pränatalen Diagnostik mit Hilfe des Dokumentationsbogens (von den Beratenden auszufüllen), der Beratungsrückmeldung (von den Klienten auszufüllen) und des Verlaufsbogens (von den Beratenden auszufüllen, wenn sie mehr als ein Gespräch pro Fall durchgeführt haben) dokumentieren. Auf diese Weise sollte eine Dokumentation entstehen, die es in diesem Umfang für psychosoziale Beratung im Kontext von pränataler Diagnostik bisher in Deutschland noch nicht gibt.

Leider war ein Teil der Kursteilnehmenden von Anfang an nicht zu motivieren, sich an der Dokumentation zu beteiligen.

Ein Teil der BeraterInnen war der Auffassung, es könnte den Klienten nicht zugemutet werden, bei der schweren Thematik, um die es in den Gesprächen geht, im Anschluss noch schriftlich befragt zu werden. Diese KursteilnehmerInnen haben dann zum Teil die Dokumentationsbögen und die Verlaufsbögen ausgefüllt und die Rückmeldebögen nicht an die Klienten verteilt.

Ein anderer Teil der BeraterInnen lehnte die Dokumentation aus zeitlichen Gründen ab, z.B. wegen Arbeitsüberlastung.

Es war uns bewusst, dass die BeraterInnen sich auf Mehrarbeit einlassen. Gleichzeitig dachten wir, es sei auch für sie spannend, die Ergebnisse dieser Dokumentation zur Kenntnis zu nehmen, zumal sie im Rahmen eines Modellprojektes mitarbeiteten.

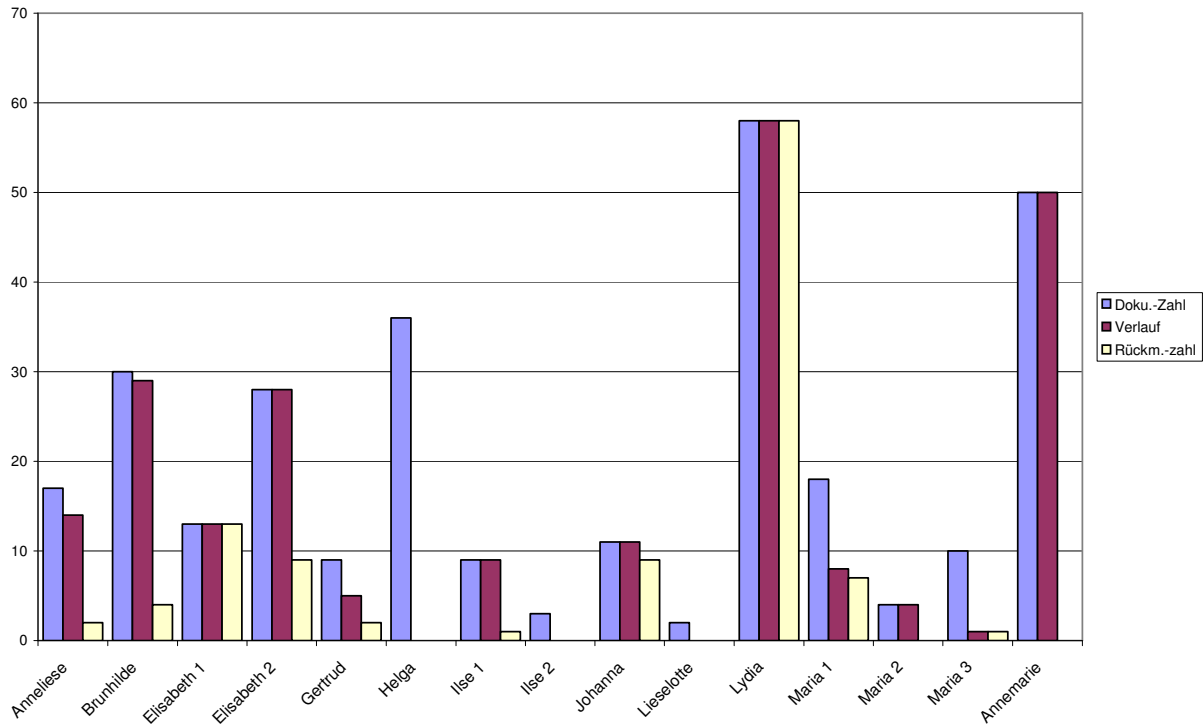
Da auf Wunsch der KursteilnehmerInnen im Oktober 2005 ein zu Beginn des Curriculums nicht geplanter Folgeworkshop stattfand, hatten sie bis zu diesem Zeitpunkt Gelegenheit zur Abgabe der Dokumentationen.

15 BeraterInnen waren bereit zur Dokumentation ihrer Beratungen im Kontext PD.

Davon waren 13 als psychosoziale BeraterInnen an integrierten Beratungsstellen oder an Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen beschäftigt. Eine der Dokumentierenden ist Ärztin und eine ist Hebamme und Stillberaterin mit Zusatzqualifikation als Sozialarbeiterin. Beide arbeiten ebenfalls in einer Beratungsstelle zur Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Auf diese Weise wurden 297 Beratungsgespräche dokumentiert. Da die Verlaufsbögen und die Rückmeldebögen nur von einem kleinen Teil der BeraterInnen ausgefüllt wurden, haben wir auf eine Auswertung verzichtet und uns auf die Auswertung der Dokumentationsbögen und der eingegangenen Verlaufsbögen beschränkt.

Abb.1 Dokumentation BeraterInnen

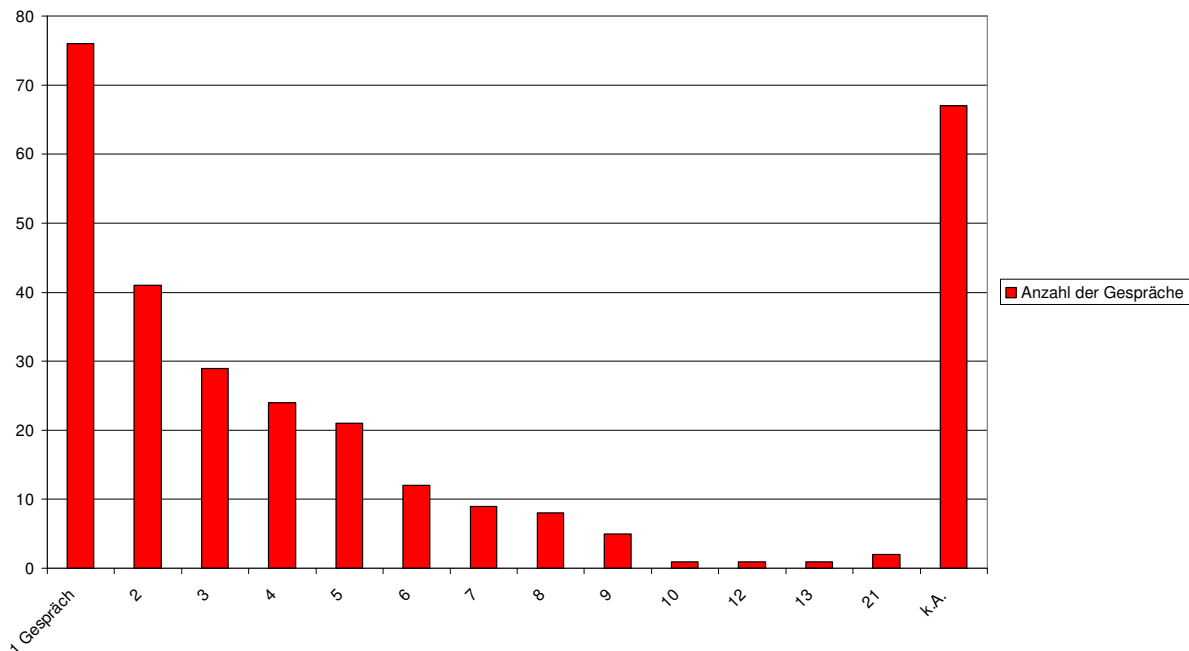


Es wird auf der Abbildung sichtbar, welche Unterschiede es in der Häufigkeit der Fälle gibt, die die BeraterInnen im Laufe von gut zwei Jahren im Kontext PD beraten und dokumentiert haben. Die Spannweite umfasst drei dokumentierte Fälle als kleinste Größe und 58 als größte Größe.

Es wird außerdem auf der Graphik sichtbar, inwieweit alle drei Bögen (Dokumentationsbogen, Verlaufsbogen und Rückmeldebogen) ausgefüllt wurden. Die Person mit den meisten dokumentierten Beratungen, nämlich 58, hat auch alle drei Bögen konsequent eingesetzt. Eine weitere mit 50 dokumentierten Beratungen hat die Rückmeldebögen, die von den Klienten auszufüllen waren, weggelassen.

Die Namen, die unter den Säulen aufgeführt werden, sind Codenamen, die auch im Rahmen der Fragebogenerhebung benutzt wurden.

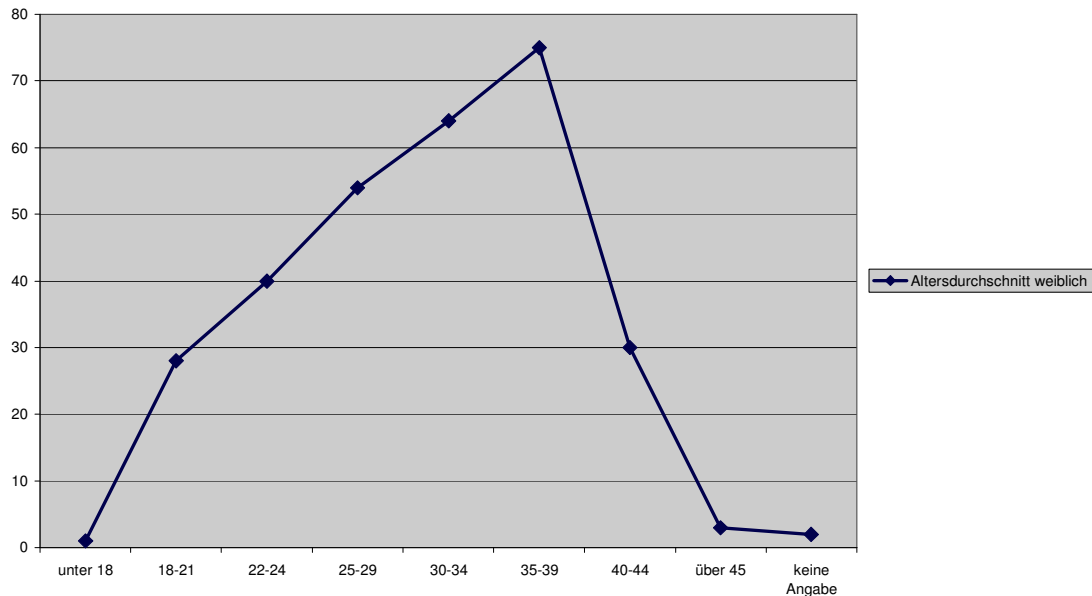
Abb. 2: Anzahl der Gespräche



Besonders interessant ist die Anzahl der Gespräche, die im Rahmen der dokumentierten Beratungsverläufe stattfanden. Im Unterschied zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219, in der zumeist ein Gespräch, selten ein zweites stattfindet, ist das bei den Gesprächen im Kontext von Pränataldiagnostik anders: bei 76 von 298 Beratungsfälle gab es ein einmaliges Gespräch, bei 41 gab es zwei Gespräche; drei, vier und fünf Gespräche waren häufig (siehe Tabelle).

In der Statistik der evangelischen Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen von 2004 wurden in 88,8% der Beratungsfälle Einmalgespräche benannt; in 11,2% der Fälle gab es Folgegespräche. In zwei Fällen gab es sogar 21 Gespräche im Verlauf eines Falles. Es ergibt sich eine durchschnittliche Gesprächsanzahl von 3,46 Beratungsgesprächen pro Fall. Das sind Zahlen, die im Durchschnitt ähnlich sind wie in der Lebens- und Paarberatung und in der Erziehungsberatung (vgl. auch Kapitel 2). Das bedeutet, dass KlientInnen, die im Kontext PD psychosoziale Beratung aufsuchen, in der Regel mehrere Gespräche und einen längeren zeitlichen Rahmen benötigen.

Abb. 3: Altersdurchschnitt weiblich



Die dritte Abbildung stellt den Altersdurchschnitt der ratsuchenden Frauen dar. Der Schwerpunkt liegt deutlich bei den 35 bis 39- Jährigen. Insgesamt ist die Altersklasse der 25 bis 39- Jährigen am stärksten vertreten. Das hängt vermutlich zusammen mit dem sogenannten „Altersrisiko“ und dem Angebot der Amniozentese ab dem 35. Lebensjahr. Auch hier die Vergleichszahlen aus der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung: die am häufigsten vertretene Altersklasse liegt bei den 18 bis 26jährigen mit 38,9%.

Bei der Abbildung der Berufe springt die hohe Zahl der Frauen ins Auge, die keine Ausbildung haben, nämlich 35%. Es ist anzunehmen, dass die aufgeführten übrigen Items den allgemeinen Durchschnittswerten entsprechen.

Abb. 4: Berufe

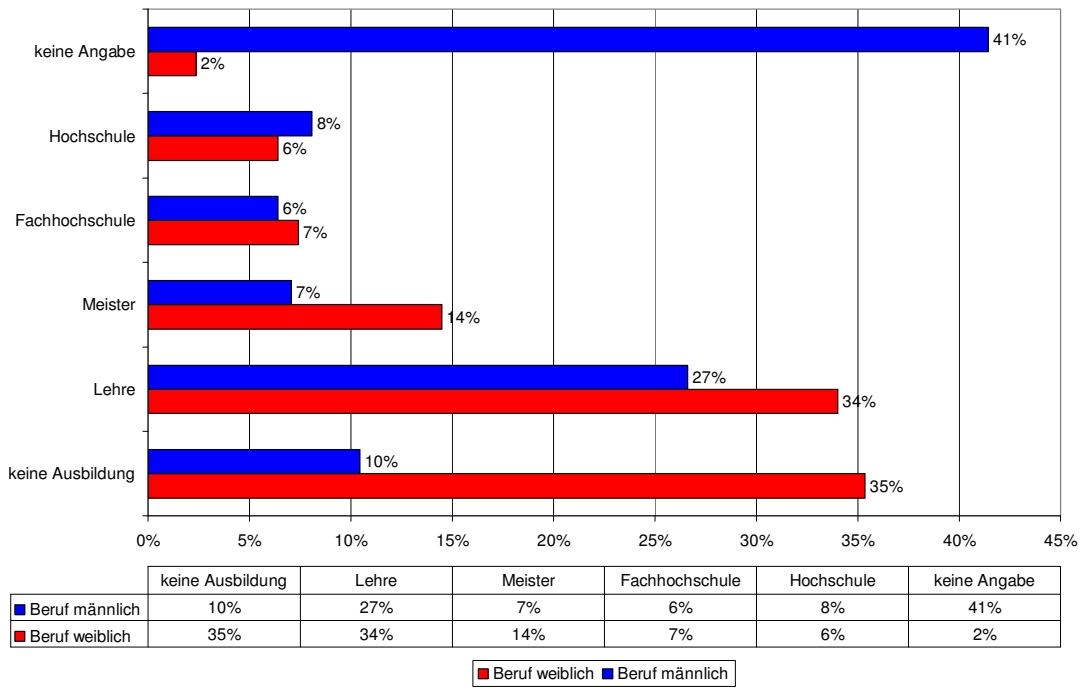
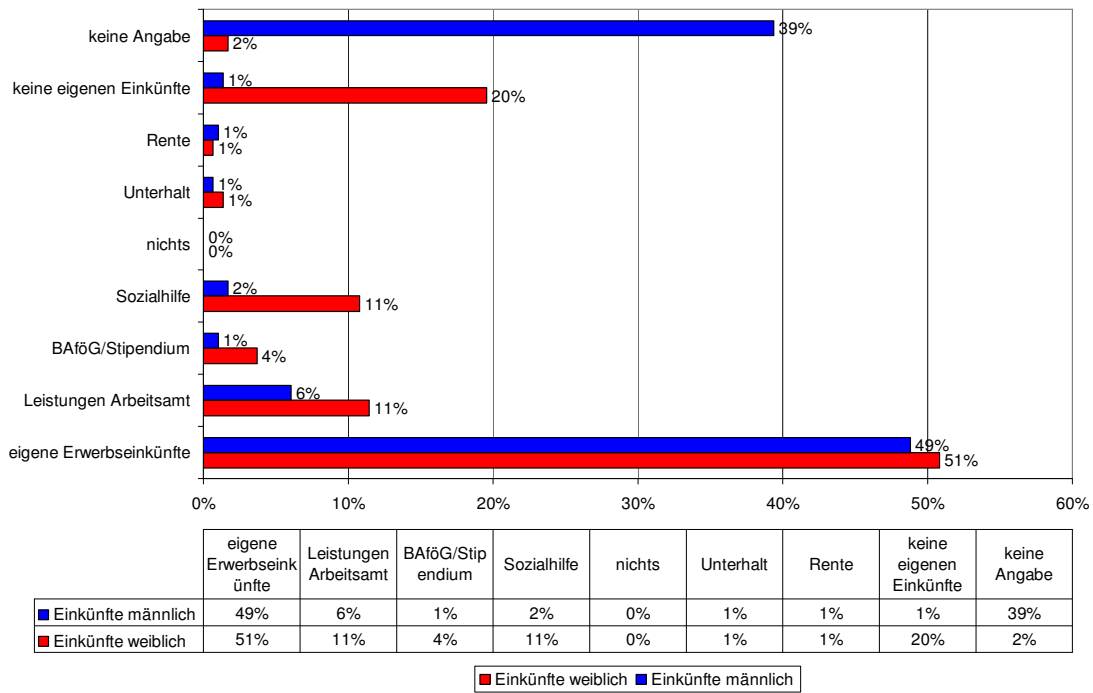
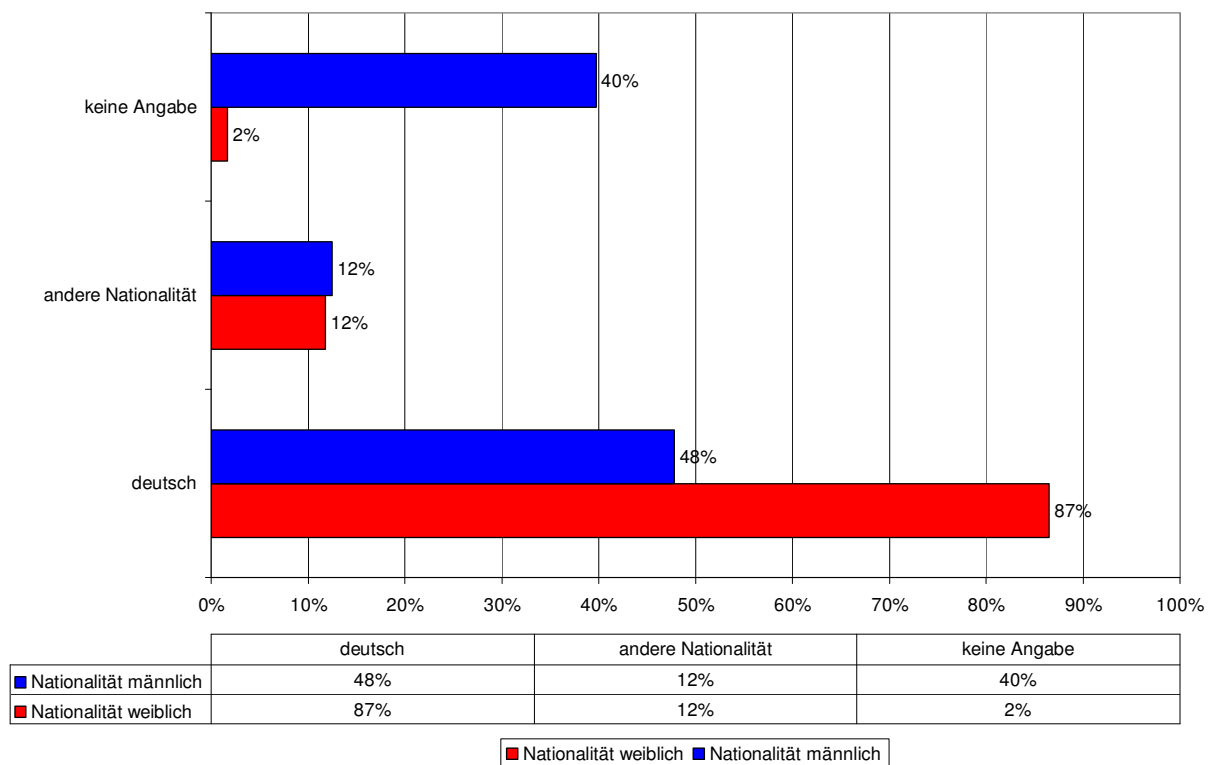


Abb. 5: Einkünfte



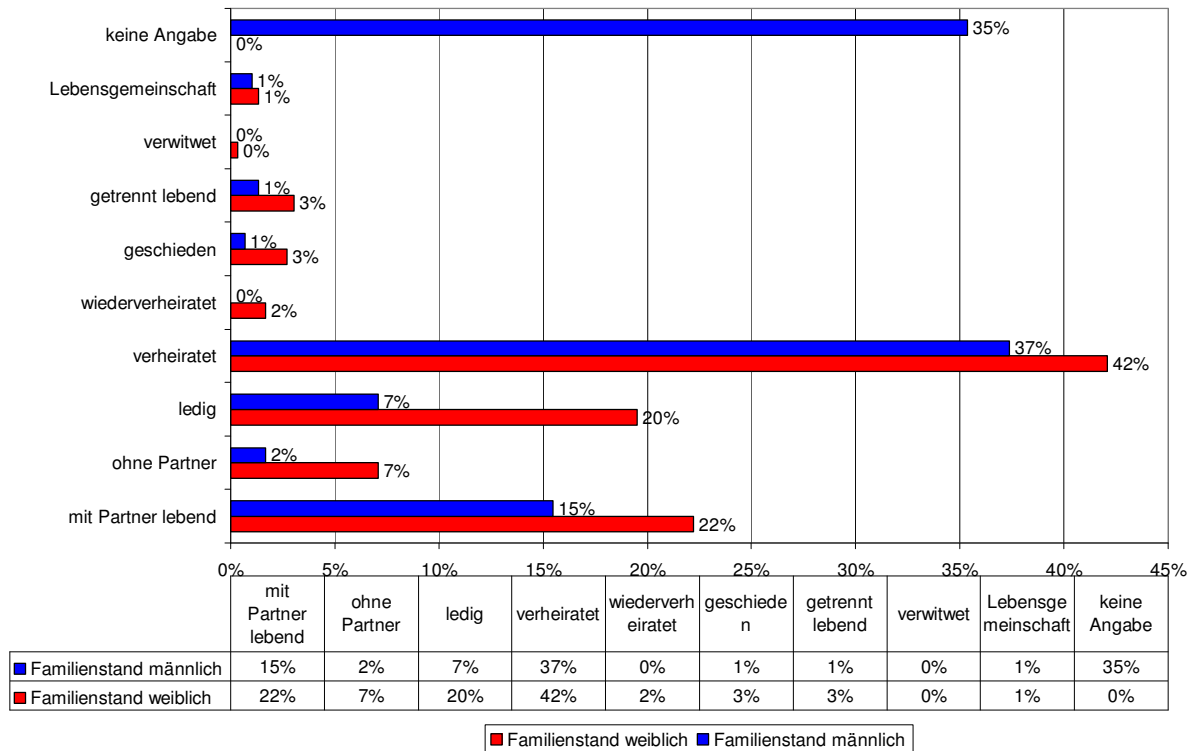
Bei der tabellarischen Auflistung der Einkommensverhältnisse stehen 51% eigene Erwerbseinkünfte der Frauen gegenüber 20%, die über keine eigenen Einkünfte verfügen. Leistungen aus öffentlichen Geldern (Sozialhilfe, Arbeitsamt) beziehen 22%. Aus diesen Zahlen wird deutlich, dass sich die Klientel in der psychosozialen Beratung nach PD von dem in der sozialen Beratung nach §2 SchKG unterscheidet. Die Vergleichszahlen zu oben genannter Statistik sind in der Schwangerschaftskonfliktberatung 23,8% der Klientinnen, die Sozialhilfe beziehen und in der Beratung nach §2 SchKG 76,2%.

Abb. 6: Nationalität



Ebenso verhält es sich bei der Nationalität. Es sind in der sozialen Beratung nach §2 SchKG ungleich mehr Ausländerinnen als bei dieser Erhebung. Der überwiegende Teil der Ratsuchenden, nämlich 87% der Frauen, ist deutscher Herkunft, gegenüber einem Ausländeranteil von 12%. Der Vergleich aus der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung: 73,4% der Frauen haben deutsche Staatsangehörigkeit und 24,8% die Staatsangehörigkeit eines anderen Landes; bei 1,7% ist die Staatsangehörigkeit nicht bekannt.

Abb. 7: Familienstand



Der größte Anteil der weiblichen Klientel lebt in Partnerschaft: 42% verheiratet, 22% mit Partner lebend, 2% wiederverheiratet und 1% in Lebensgemeinschaft lebend. Ohne Partner leben nur 7% der Frauen.

Es wäre sehr interessant gewesen, Daten zu haben über Beratungen im Kontext PD mit Anwesenheit des Partners und ohne Partner. Leider wurde dies in dem Fragebogen nicht erfragt. Es sind eventuell Schlüsse zu ziehen aus den oben dargestellten Abbildungen 4 – 6 zu Nationalität, Beruf und Einkünften.

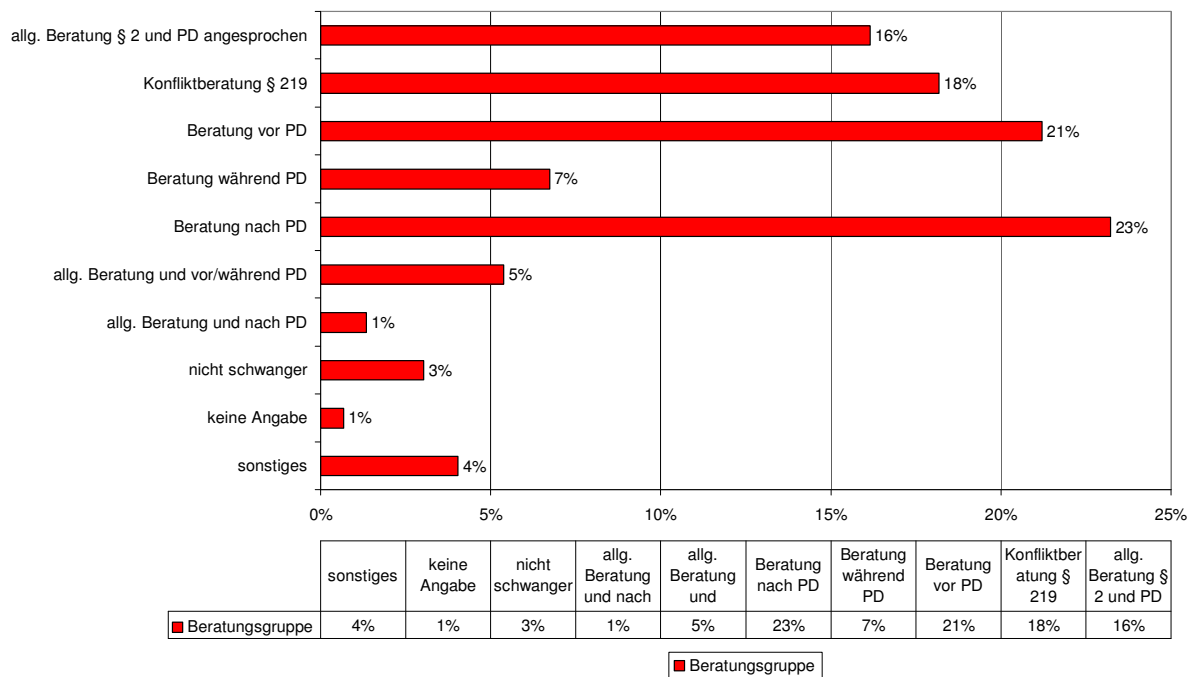
Bei allen drei Fragen gibt es bei 39% bis 40% der Männer keine Angaben (im Vergleich dazu sind bei den Frauen 2% ohne Angabe).

Daraus ließe sich der Schluss ableiten, dass bei etwa 60% der Beratungsgespräche die Männer anwesend waren.

Im Vergleich dazu: In der Statistik der Ev. Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen von 2004 sind 77,6% der Frauen in der Schwangerschaftskonfliktberatung ohne Partner und nur 22,4% in Begleitung des Partners.

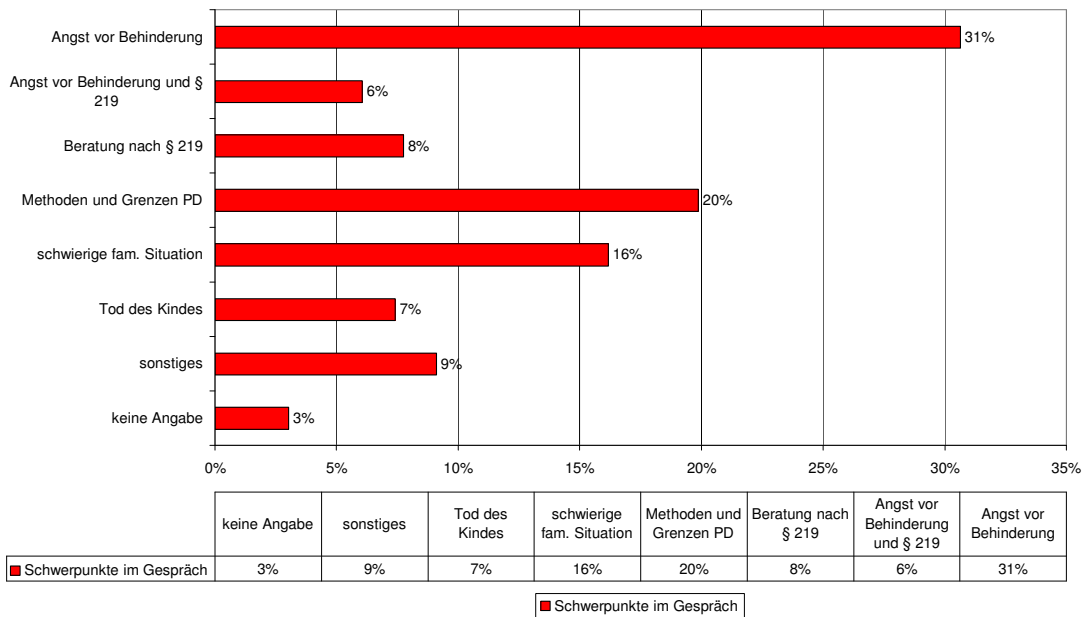
Erfahrungen im Bereich psychosozialer Beratungen im Kontext PD zeigen, dass zu meist beide Partner anwesend sind, d.h. vermutlich mehr als 60%.

Abb. 8: Beratungsanlässe



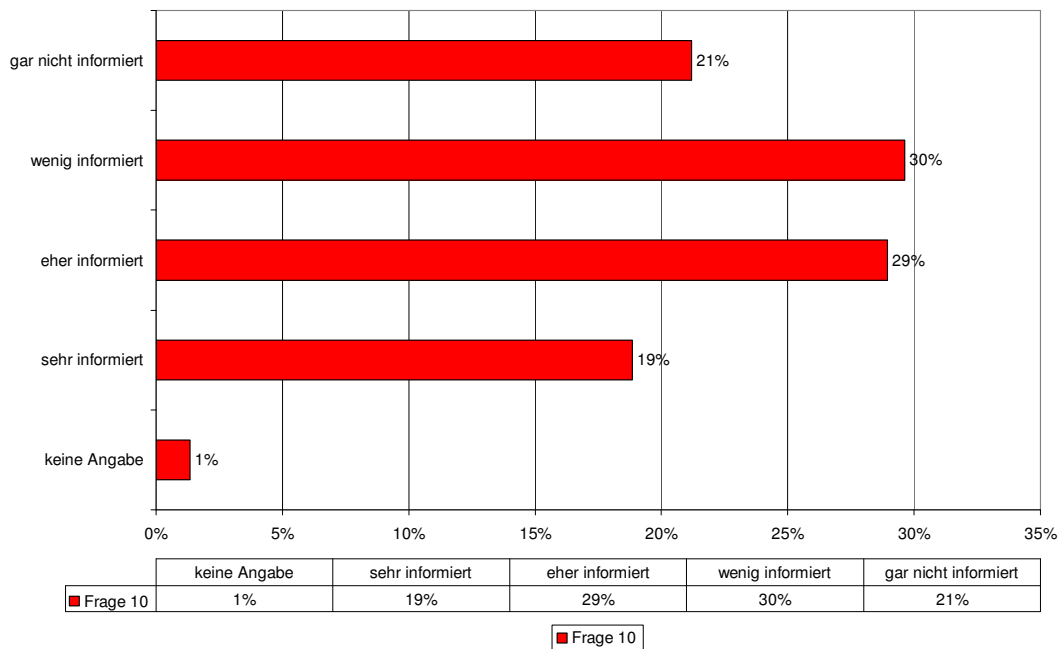
Das dargestellte Ergebnis zu den Beratungsgruppen und Beratungsanlässen ist überraschend. Der größte Teil der Beratungen betrifft nicht allgemeine Beratung nach §2 (16%), in dem PD am Rande thematisiert wurde, sondern betrifft Beratung nach PD (23%), das bedeutet: Beratungen, die in Anspruch genommen werden, nachdem es einen schwerwiegenden medizinischen Befund gab. Wenn Frauen und Paare nach einem Befund den Weg in die psychosoziale Beratung finden, heißt das in der Regel, dass die Kooperation und Vernetzung der KursteilnehmerInnen mit anderen Professionen z.B. mit den ÄrztInnen, die den Befund erhoben haben, als gut gelungen bezeichnet werden kann. Das ist überraschend, weil das Netz der Kooperation zwischen psychosozialen BeraterInnen (KursteilnehmerInnen) und MedizinerInnen noch relativ neu ist. Es existiert ungefähr seit etwa zwei Jahren. Es lässt hoffen, dass die Vernetzung weiter ausgebaut wird und die MedizinerInnen die psychosoziale Beratung im Kontext PD als zunehmend hilfreich und entlastend erleben und Frauen/Paare an sie weiter verweisen. Ebenfalls überraschend ist der Prozentsatz der Beratungen vor PD mit 21%. Insbesondere diese Zielgruppe von Frauen/Paaren soll mit psychosozialer Beratung erreicht werden. Ausschließlich vor jeder Pränataldiagnostik besteht die Chance, Frauen/Paare zu sensibilisieren und ihnen zu einer individuellen Entscheidung darüber zu verhelfen, für welche vorgeburtlichen Untersuchungen sie sich entscheiden wollen und welche Untersuchungen sie eventuell ablehnen wollen. Überraschend ist die geringe Zahl von 7% Frauen/Paare, die sich, während sie auf eine Diagnose warten, Hilfe holen. Der geringe Prozentsatz weist unter Umständen darauf hin, dass MedizinerInnen ein Weiterverweisen an psychosoziale Beratung erst dann für sinnvoll halten, wenn es definitiv einen schwerwiegenden Befund gibt.

Abb. 9: Schwerpunkte im Gespräch



Der Schwerpunkt im Gespräch liegt mit 31% bei Angst vor möglicher Behinderung des erwarteten Kindes. 20% informieren sich über Möglichkeiten und Grenzen von pränataler Diagnostik und 16% thematisieren an erster Stelle ihre schwierige familiäre Situation.

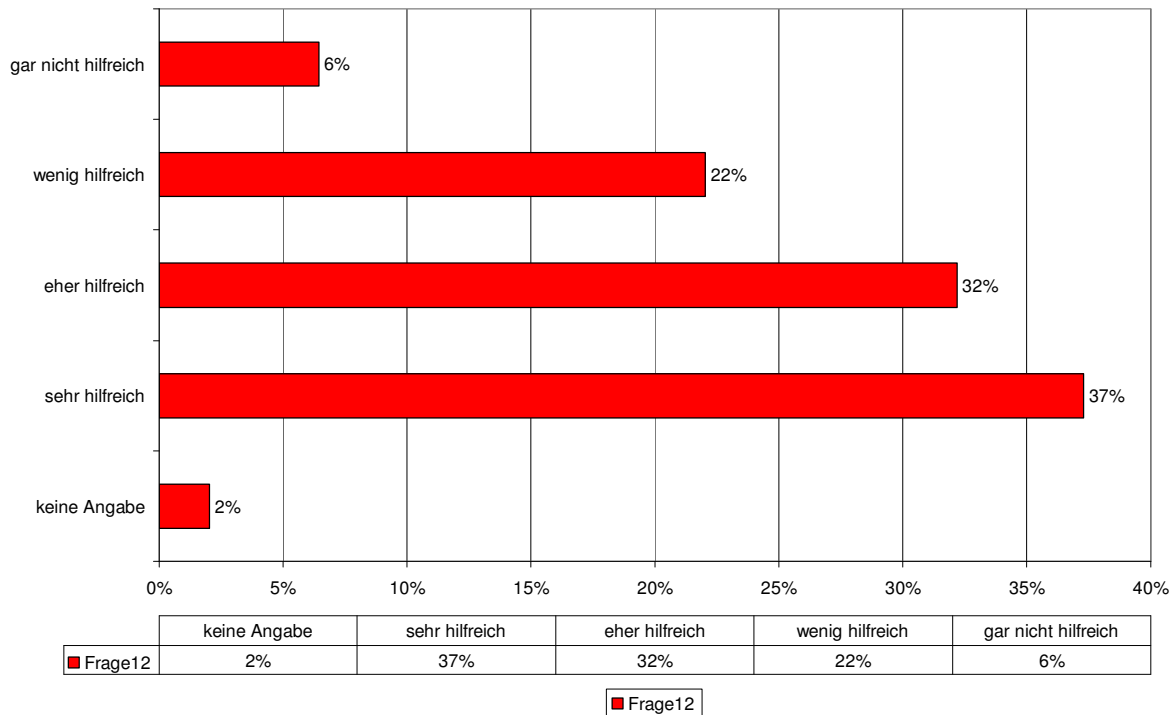
Abb. 10: Wie gut ist die Klientin/das Paar ihrer Meinung nach über Pränataldiagnostik informiert?



Das Ergebnis dieser Frage beinhaltet, dass 51% der Frauen/Paare wenig oder gar nicht über vorgeburtliche Diagnostik informiert sind, also auch keine Entscheidung darüber

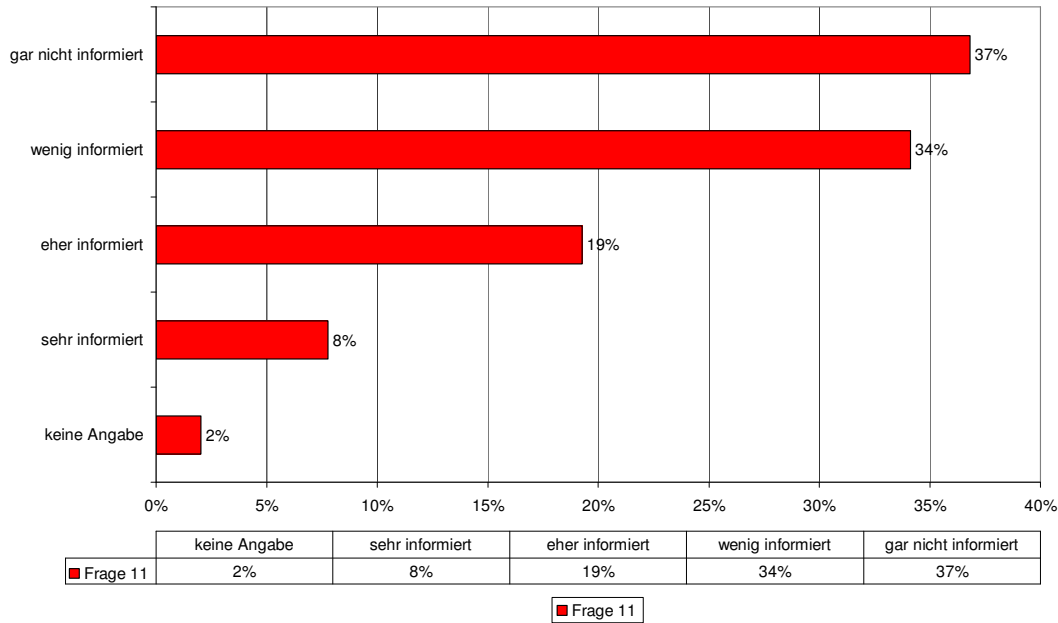
treffen können, worauf sie verzichten oder was sie auf keinen Fall an vorgeburtlicher Diagnostik durchführen lassen wollen. In dieser Situation treffen sie auf ein hoch effektives Medizinsystem, dem sie wenig entgegensetzen können. Nur 19% der Frauen/ Paare sind nach Einschätzung der Beratenden sehr gut informiert.

Abb. 11: Welche Einstellung hat die Klientin/das Paar ihrer Meinung nach zu pränataldiagnostischen Verfahren?



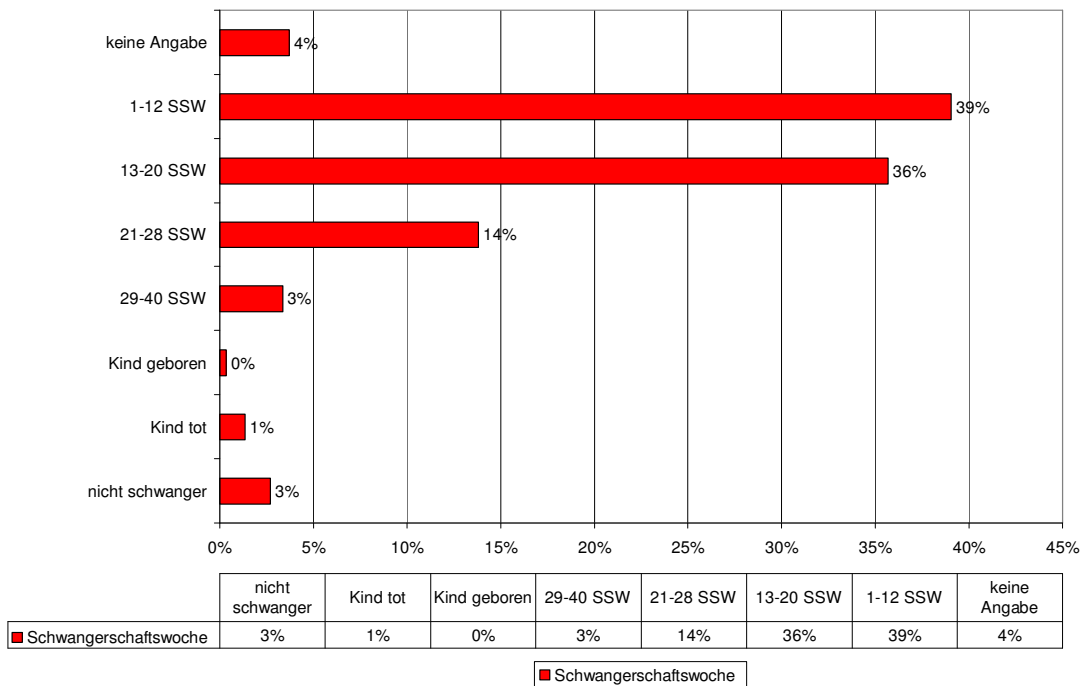
Der überwiegende Teil der Klientinnen / Paare findet laut Angaben der BeraterInnen pränataldiagnostische Verfahren hilfreich. Ob es einen Einstellungswechsel bezüglich dieser Verfahren durch die Beratungen gegeben hat oder ob der Informationsgrad Auswirkungen auf diese Einstellung hat, ist allerdings nicht nachzuweisen.

Abb. 12: Wie gut ist die Klientin/das Paar ihrer Meinung nach über die Auswirkungen, Unterstützungs- und Therapiemöglichkeiten bei eventueller Behinderung des Kindes informiert?



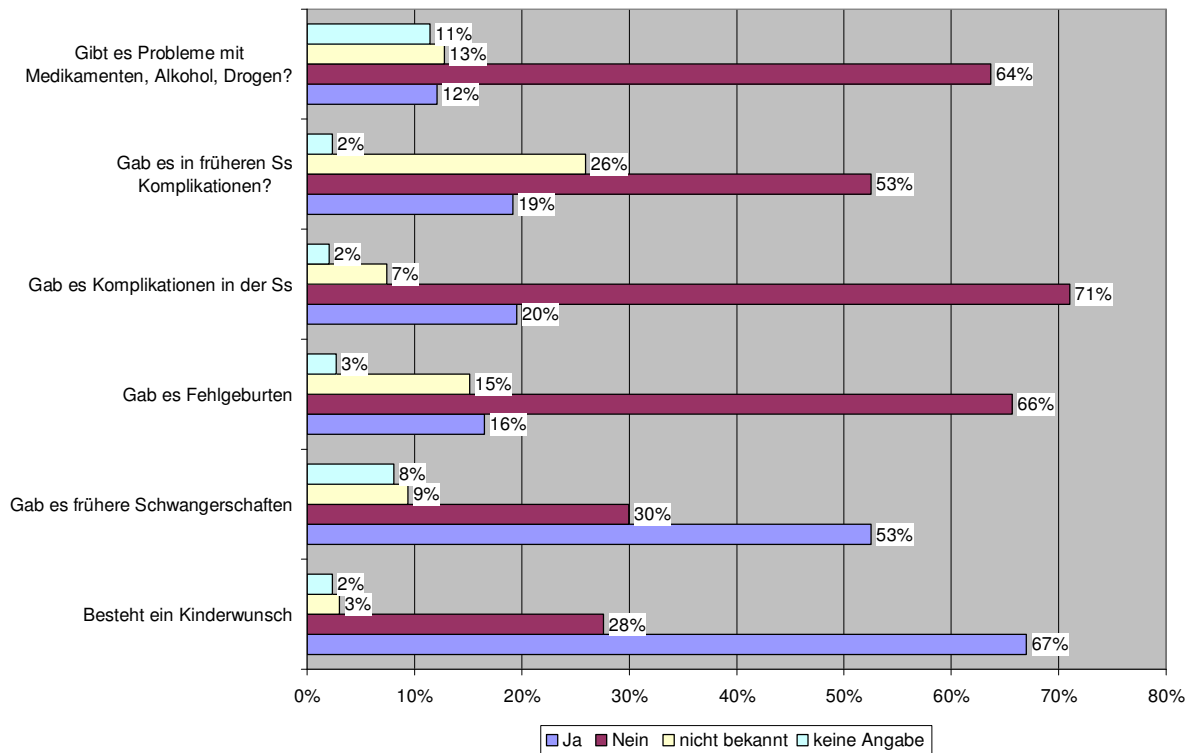
In dieser Abbildung zeigt sich, dass zwei Drittel der Frauen/Paare wenig bis gar nicht informiert sind über mögliche Hilfen bei Behinderungen.

Abb. 13: Schwangerschaftswoche bei Beratungsbeginn



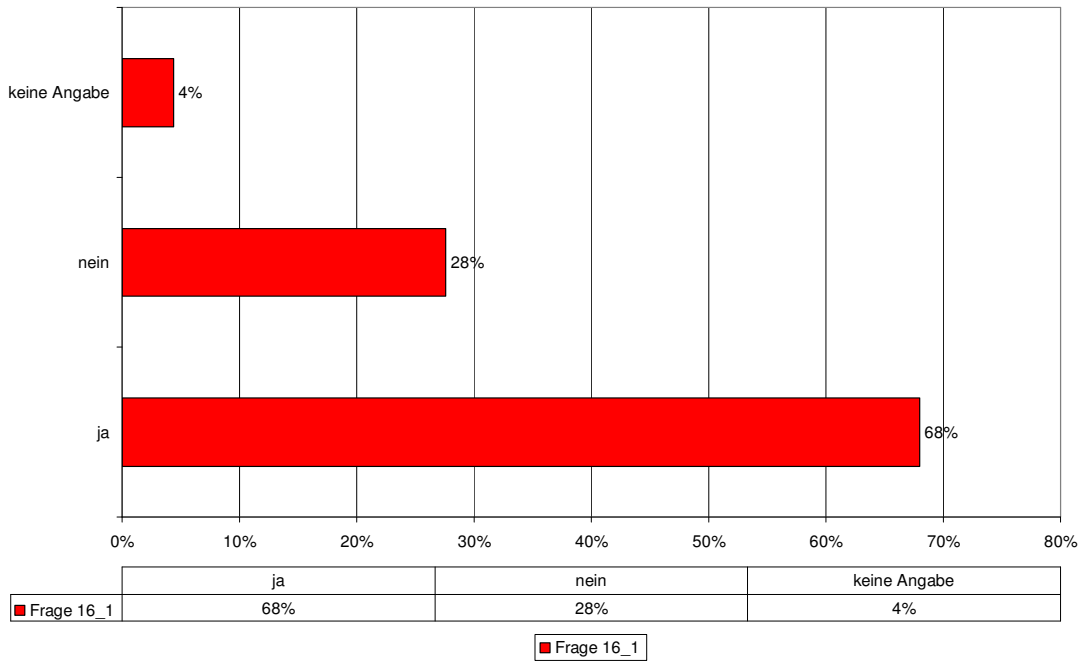
Der größte Teil der Schwangeren ist über die 12. Schwangerschaftswoche hinaus, nämlich 53%. Das bedeutet, dass die Frauen nicht zu einer möglichen Beratung nach §219 kommen, sondern zu einer Beratung entweder über soziale Hilfen oder zu einer Beratung zur pränatalen Diagnostik.

Abb. 14



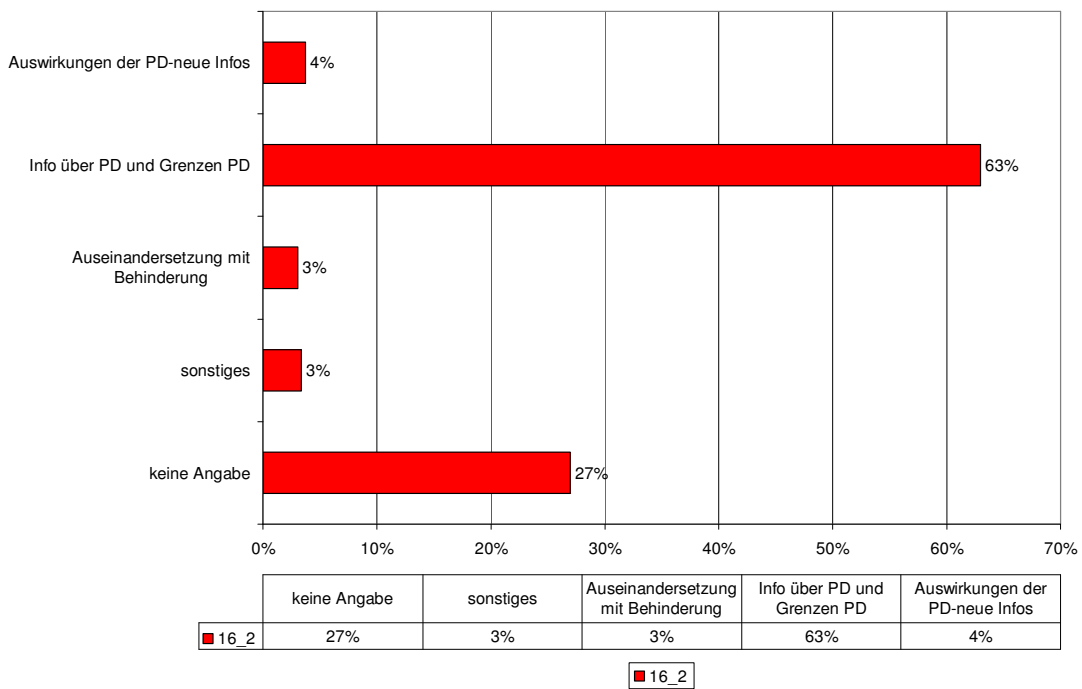
Diese Abb. stellt eine Auflistung nach Kinderwunsch, früheren Schwangerschaften, Fehlgeburten und Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabusus dar. Für 53% der Frauen ist es nicht die erste Schwangerschaft. Umso erstaunlicher ist der Mangel an Information in Bezug auf PD.

Abb. 15: Haben sich ihrer Meinung nach durch die Beratung neue Aspekte zum Thema Pränataldiagnostik für die Klientin/das Paar ergeben?



68% der BeraterInnen haben den Eindruck, dass die Beratung den Frauen/Paaren neue Aspekte zum Thema PD eröffnet hat.

Abb. 16: Welche neuen Aspekte ?



Diese Abb. ergänzt Darstellung 15, indem sie differenziert nach den neuen Aspekten fragt. 63% der Frauen/Paare erhalten Informationen über Möglichkeiten und Grenzen von PD. Nur bei 3% der Frauen/Paare findet eine Auseinandersetzung mit Behinderung statt. Das könnte bedeuten, dass auch angesichts der vorgeburtlichen Untersuchungen von den Frauen/Paaren ausgeblendet wird, dass eine Behinderung oder Erkrankung bei ihrem Kind gefunden werden kann und dass sie dann eine Entscheidung treffen müssen über Fortbestand der Schwangerschaft oder Abbruch.

5 Veränderungsvorschläge

5.1 Abschließende Bewertung

Die gestellte Aufgabe zielte darauf ein Curriculum zu entwickeln, das sowohl Mitarbeitende aus Beratungsstellen als auch medizinische Fachkräfte befähigt, psychosoziale Beratung im Kontext PD durchzuführen.

Aus den Rückmeldungen der Teilnehmenden (siehe qualitative Evaluation) geht hervor, dass sie mit der Didaktik und Methodenvielfalt in den Kursen sehr zufrieden waren. Die Vermittlung der theoretischen Inhalte und die Umsetzung des Gehörten in Rollenspielen und Fallbesprechungen führten zu einer intensiven Lernerfahrung. Am Ende der letzten Kurswoche gaben 76% der Teilnehmenden an, ihre Beratungskompetenz erweitert zu haben; 60% gaben an, durch die Auswahl der Inhalte und Themen eine eigene Haltung entwickelt zu haben und dadurch Sicherheit in der Beratung, 58% lobten die methodische Umsetzung.

Die thematische Selbsterfahrung, die sich stets auf die Inhalte der Kurse bezog, ermöglichte den Teilnehmenden auf der persönlichen Ebene das Gelernte zu integrieren. Sowohl die Teilnehmenden als auch das DozentInnenteam sahen am Ende des Curriculums – gerade auch in dem abschließenden Kolloquium -, dass viel gelernt worden war. Dadurch, dass die Ausgangslage der Teilnehmenden bezogen auf Wissen über psychologische Zusammenhänge und die Umsetzung dieses Wissens in Beratungsmethodik sehr unterschiedlich war - z.B. bei den Fachkräften aus dem medizinischen Bereich gar nicht vorhanden war - fiel es schwer, eine einigermaßen ähnliche Ausgangssituation zu schaffen, von der aus alle gemeinsam lernen konnten. Bei einem zukünftigen Durchgang würden wir mehr Augenmerk darauf legen, zu Beginn nicht nur in die Grundlagen der Methodik der Paarberatung einzuführen, sondern auch in allgemeines Grundlagenwissen von psychologischer Beratung. Unter Punkt 5.7 Interdisziplinarität wird der Umgang mit den unterschiedlichen Voraussetzungen nochmals aufgenommen.

Insbesondere in der abschließenden Sitzung des wissenschaftlichen Beirats nach Durchführung des Curriculums, aber auch schon während des laufenden Durchgangs, wurden Anregungen zur Veränderung zukünftiger Curricula vom DozentInnenteam, von Kursteilnehmenden und von einigen Mitgliedern des Beirats gegeben. Sie bezogen sich vor allem auf folgende Punkte:

1. Ethische Inhalte und ethische Reflexion
2. Vermittlung von medizinischem Basiswissen
3. Gesellschaftspolitische Hintergründe und gesellschaftskritische Auseinandersetzung
4. Effektivität der Supervision
5. Effektivität von Hospitation, Kooperation und Vernetzung
6. Interdisziplinarität
7. Zeitstruktur

Nachfolgend führen wir die Kritikpunkte etwas genauer aus und diskutieren sie.

5.2 Ethische Inhalte und ethische Reflexion

An der Vermittlung ethischer Inhalte kritisierten einige Mitglieder des Beirats

- a) dass die ethischen Inhalte und ihre Reflexion insgesamt zu wenig Raum hatten,
- b) dass sie zu sehr fokussiert war auf einen christlichen Begründungszusammenhang,
- c) dass nicht zurückgegriffen wurde auf schon vorhandene, feministische, gen-ethische Modelle und verwiesen auf H. Haker.

Ein evangelisches Institut muss darauf Wert legen, dass christliche Begründungszusammenhänge deutlich gemacht werden, die ihrerseits sehr unterschiedlich sein können. Es gibt z.B. einen normativen Ansatz in großer und breiter Tradition gegenüber einem situationsbezogen-personalen Ansatz.

Der christlich-jüdische Begründungszusammenhang hat eine lange und bedeutende Tradition. In dieser ging es immer um die Rezeption nicht originär christlicher ethischer Gehalte. So ist z.B. im Bereich des Alten Testaments eine Fülle von Material aus umliegenden Kulturkreisen in den Glaubenszusammenhang aufgenommen und integriert worden. Im Neuen Testament begegnet man häufig den stoischen Traditionen. So ist z.B. zwei Drittel der paulinischen Ethik stoischen Ursprungs.

Es geht entscheidend darum, inwieweit der christliche Begründungszusammenhang analogiefähig ist für andere ethische Begründungen.

Die Kursteilnehmenden haben deutlich gemacht, dass sie ein hohes Interesse an ethischen Fragestellungen haben und dringend ethische Orientierung benötigen. Sie wünschten diese für ihre persönliche Auseinandersetzung mit ihrer eigenen ethischen Grundhaltung und ethischen Standortbestimmung, die fast immer bei den hochkonflikthaften Beratungen im Kontext Pränataldiagnostik neu in Frage gestellt werden. Kursteilnehmende, wie einige Beiratsmitglieder, wünschten sich bezogen auf die theoretische Darstellung der Ethik eine noch explizitere Erörterung anderer ethischer Modelle wie auch des Dialogs zwischen christlich und nicht-christlich begründeter Ethik. (Vgl. Marion Baldus (2006, S. 251), die dort ausführt, dass bei dem „heterogenen Erscheinungsbild von religiös, spirituell bis nicht-religiös verbindet die Mehrheit der Interviewten allerdings eine große Gemeinsamkeit: zentral ist in ihren Schilderungen der Stellenwert des Tötungsverbots, auf das sie sich im Kontext mit ihrer Entscheidungsfindung beziehen.“)

Zusätzlich wünschten sich Kursteilnehmende im Verlauf der Kurse - je mehr Beratungen sie in der Praxis vor Ort durchführten - eine stärkere Anwendung ethischer Modelle auf Konfliktlagen in konkreten Beratungssituationen.

Der Ethiker, der im Curriculum lehrte, hat sich auf das „Liebesgebot“ bezogen, weil dieses besonders gut auf andere Religionen und Weltanschauungen übertragbar ist. (vgl. Starnitzke 2004, zugleich Habilitationsschrift). Er hat allerdings diese Analogiefähigkeit unseres Erachtens nicht ausreichend verdeutlicht.

Unser Konzept von ethischer Auseinandersetzung und Vermittlung von ethischen Inhalten ist übergreifender: Nicht nur in den Ethikeinheiten, in denen theoretische Grundlagen vermittelt und diskutiert wurden, erfolgte ethische Auseinandersetzung, sondern auch in Fallanalysen und Rollenspielen zu konkreten Beratungssituationen, in Selbsterfahrungseinheiten etc. Das bedeutet, die ethische Dimension wurde und wird im gesam-

ten Curriculum, auch ohne stets benannt zu werden, fortlaufend reflektiert. Das zeigte sich auch in der Evaluation, wo am Ende der letzten Kurswoche 75% der Kursteilnehmenden angaben, einen eigenen ethischen Standpunkt gefunden zu haben. Gute Modelle, die die ethische Dimension in der konkreten Beratungssituation bei psychosozialer Beratung im Kontext PD umsetzen, gibt es unseres Erachtens noch nicht.

5.3 Vermittlung von medizinischem Basiswissen

Zwischen einigen Mitgliedern des Beirats und dem Fortbildungsteam blieb ein Missverständnis bis zur letzten Beiratssitzung bestehen. Dieses bezog sich auf das Verständnis der Inhalte und Ziele der Vermittlung medizinischer Grundlagen. Einige Beiratsmitglieder nahmen an, dass im Curriculum zu viel medizinisches Faktenwissen vermittelt würde. Dadurch bedingt werde unreflektiert der medizinische Blickwinkel übernommen und ethischen und gesellschaftskritischen Hintergründen und deren Reflexion nicht genügend Raum gegeben.

Unser Konzept jedoch beinhaltet, dass die Kursteilnehmenden nicht durch Vermittlung „reinen Medizinerwissens“, sondern stets mit Blick auf den Weg der betroffenen Frauen/Paare, den diese im Zusammenhang mit Inanspruchnahme von PD gehen, etwas über Erkrankungen, Behinderungen und mögliche Therapien erfahren.

So hielt z.B. der Kinderkardiologe gerade nicht einen medizinisch-wissenschaftlichen Vortrag über Herzerkrankungen oder Herzoperationen, sondern berichtete exemplarisch, wie er Eltern, die pränatal einen Herzfehler ihres Kindes diagnostiziert bekommen haben, berät. Dabei konnten die Kursteilnehmenden aus der KlientInnenperspektive erfahren, wie diese Informationen auf Eltern wirken können. Sie konnten – wie betroffene Eltern auch – nachfragen. Erst mit verständlichen Informationen können Eltern, die bei Diagnosemitteilung ausschließlich erschreckt waren, wieder ruhiger werden und Raum finden, in der psychosozialen Beratung viele andere Aspekte in Ruhe zu überdenken, ihre Ressourcen wiederzuentdecken und Hilfsangebote aufzunehmen und zu prüfen. Gefühle von Schuld und Versagen, das Hinterfragen der eigenen Lebenskonzeption und auch das Reflektieren der eigenen, in der persönlichen Biographie gewachsenen und von gesellschaftlichen Vorstellungen und Normen geprägten Einstellung zu Behinderung, Krankheit und Normabweichungen können dort zur Sprache kommen. Alles das hat zum Ziel, dass die werdenden Eltern letztlich zu einer für sie lesbaren und ethisch vertretbaren Entscheidung finden.

Leider war es nicht möglich - bei vermutlich ähnlichem Verständnis von psychosozialer Beratung – zu einem Konsens zu kommen.

5.4 Zur Frage nach der Balance zwischen Medizin und Gesellschaftspolitik

Wie oben ausgeführt, waren die medizinischen Inputs auf die Arbeit mit zukünftigen Eltern hin sehr klientenbezogen. Von diesem Ansatz soll auch in Zukunft nicht abgewichen werden. Es hat sich erwiesen, dass Kursteilnehmende Informationen über pränatal auffällige Befunde und über deren Behandlungsmöglichkeiten (Prognosen, Ausprägungsarten, Förderungsmöglichkeiten, Auswirkungen im Alltag), benötigen, damit sie in

der Lage sind, offen und direkt über Erkrankungen und Behinderungen sprechen zu können und nicht dem gleichen Tabu unterliegen wie große Teile der Bevölkerung und betroffene Eltern.

Wir sahen im Verlauf des Curriculums, wie fruchtbar sich diese Art des medizinischen Inputs auf die praktische Beratungstätigkeit auswirkte (siehe auch Fallberichte und die positive Einschätzung der Kursteilnehmenden in den Fragebögen und in den Ergebnissen der qualitativen Evaluation).

Alle pädiatrischen und kieferchirurgischen FachreferentInnen, die im Kurs unterrichteten, sind seit Jahren erfahren in der Beratung von Eltern, die pränatal entsprechende Diagnosen über ihr Kind erfahren haben und sie kooperieren seit langem mit entsprechenden pränatalen oder humangenetischen Schwerpunktpraxen.

Das große Bedürfnis der Teilnehmenden nach immer mehr Austausch in Kleingruppen, nicht nur zu Fallarbeit und zu ethischer und persönlicher Auseinandersetzung, sondern auch mehr Zeit zur Diskussion von gesellschaftspolitischen Hintergründen zum Thema Pränataldiagnostik zu haben (am Ende der letzten Kurswoche vermerkten 25% der Kursteilnehmenden, sie hätten sich mehr gesellschaftspolitische Diskussion gewünscht), war uns nachvollziehbar. Für einen weiteren Durchgang des Curriculums haben wir uns im DozentInnenteam darüber verständigt, diesem Thema deutlich mehr Raum zu geben.

Kursteilnehmende sollen in Zukunft mehr Möglichkeiten bekommen, politische und wirtschaftliche Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in Bezug auf pränatale Diagnostik und ihre Anwendung kritisch zu reflektieren.

5.5 Zur Frage nach der Effektivität der Supervision

Das unter Punkt 5.3 beschriebene Bedürfnis der Teilnehmenden nach Fallbesprechung und Rollenspiel mit Supervision durch DozentInnen zeigte uns, dass die Supervision vor Ort teilweise zu wünschen übrig ließ.

Das Konzept sah vor, dass alle KursteilnehmerInnen regelmäßig vor Ort an Einzel- oder Gruppensupervision teilnehmen.

Aus den Fragebögen zur Evaluation vor jedem Kursteil geht hervor, dass die Teilnehmenden unterschiedliche Voraussetzungen für die Supervision hatten. Die größte Anzahl der Teilnehmenden (76,5%) hat Gruppensupervision, d.h. es ist davon auszugehen, dass eigene Fälle nicht genügend Raum zum Besprechen haben, zumal die Häufigkeit der Supervision nicht ausreichend ist (10 TN haben in einem Vierteljahr 1-3 Stunden Supervision).

Die Kursteilnehmenden äußerten selbst großes Interesse an Fallbesprechungen im Rahmen der Fortbildung, weil sie spürten, dass ihre SupervisorInnen zum Teil wenig Erfahrung mit diesem Bereich hatten.

Dieser Punkt wurde auch in Beiratssitzungen angesprochen. Das Supervisionskonzept der AWO Fortbildung zu PD fanden wir überzeugend.

Dort wurden in regionalen Zusammenschlüssen Supervisionstage für die Teilnehmenden der Fortbildung verbindlich durchgeführt. Diese wurden geleitet von mit PD erfahrenen SupervisorInnen, die zudem vertraut waren mit den Inhalten des Curriculums.

Dieses oder ein ähnliches Modell soll bei zukünftigen Weiterbildungen in PD am EZI auch eingeführt werden.

5.6 Zur Frage nach Effektivität von Hospitation, Kooperation und Vernetzung

Wie die Ergebnisse des großen Abschlussfragebogens ergaben, haben die Teilnehmenden in sehr unterschiedlicher Anzahl psychosoziale Beratungen im Kontext PD durchgeführt (zwischen 1 bis 5 Beratungsgesprächen als Minimum und über 70 Beratungsgesprächen als Maximum). Dies ergibt sich ebenfalls aus den Dokumentationen der Beratungsgespräche.

Dieses große Gefälle in der Anzahl der Beratungen hat vermutlich damit zu tun, dass Kooperation und Vernetzung bei den verschiedenen Teilnehmenden unterschiedlich gut gelungen ist. Die Hospitation in den verschiedenen, mit PD befassten Arztpraxen, und damit die persönliche Bekanntheit der BeraterInnen für die ÄrztInnen scheint ein wichtiges Kriterium zur Überweisung in die psychosoziale Beratung zu sein.

Um einen fortlaufenden Kontakt unter den mit PD befassten Berufsgruppen herzustellen, werden von ÄrztInnen Rückmeldungen und Austausch über zugewiesene Fälle gewünscht.

In den Fragebögen zur Evaluation, die die Kursteilnehmenden vor Beginn jedes Kursblocks bezogen auf den Praxisabschnitt zu Hause ausfüllten, zeigt sich, dass die Anzahl der Beratungen kontinuierlich zunimmt (siehe Kapitel 4.6)

Auch bezogen auf Hospitation und Kooperation sind die meisten KursteilnehmerInnen gut vernetzt. Zu Beginn des Curriculums haben sie mehrheitlich in den gynäkologischen, pränataldiagnostischen und humangenetischen Praxen hospitiert, gegen Mitte und Ende der Weiterbildung wurde mehr in Einrichtungen hospitiert (71,4% zur 3. Kurswoche), die mit behinderten Menschen, Integration Behinderter, Selbsthilfegruppen usw. zu tun haben. Das hing zusammen mit den thematischen Schwerpunkten in den einzelnen Kursblöcken. Die Konzeption des Curriculums ging davon aus, dass in den Kursblöcken am EZI einerseits die theoretische Vermittlung andererseits eine Anleitung zu methodischer Umsetzung erfolgt. Außerdem sollte die Teilnehmenden durch ethische Reflexion und thematische Selbsterfahrung zum Nachdenken und Finden eines eigenen Standpunktes angeregt werden. In der Zeit zwischen den Kursblöcken, die jeweils etwa drei Monate betrug, konnten die Teilnehmenden durch Hospitationen Kontakte knüpfen, Kooperation und Vernetzung aufbauen und dadurch Frauen/Paare zur psychosozialen Beratung zugewiesen bekommen. Die Erfahrungen, die sie in der Beratung im Kontext PD machten, sollten in der Supervision wiederum reflektiert und integriert werden.

Vernetzung und Kooperation gelang dann gut, wenn ein kontinuierlicher Kontaktaufbau zustande kam, der von einer beidseitigen Wertschätzung getragen war und regelmäßig gepflegt wurde.

5.7 Interdisziplinarität

Der Auftrag zu Erstellung eines Curriculums lautete: ein eigenständiges Angebot für die berufliche Qualifizierung der Fachkräfte in der institutionellen Beratung und in der Ärzteschaft zu der spezifischen Problematik der Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen sowie bei zu erwartender Behinderung des Kindes zu entwickeln.

Gemäß diesem Auftrag sollten sowohl die Teilnehmenden als auch das DozentInnen-team interdisziplinär sein. Am Ende der letzten Kurswoche gaben 61% der Teilnehmenden an, von der Multiprofessionalität profitiert zu haben.

Im Leitungsteam gab es eine Dipl.Psychologin/Psychoanalytikerin, eine Ärztin/psychosoziale Beraterin, eine Dipl.Pädagogin/Paarberaterin/ Supervisorin.

Die zusätzlich eingeladenen FachreferentInnen kamen aus unterschiedlichen Professionen: Theologie/Ethik; Humangenetik, Pränataldiagnostik, Gynäkologie, Psychiatrie, Krankenhausseelsorge sowie unterschiedlichen Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände.

Auf der Ebene der Teilnehmenden konnte ebenfalls Interdisziplinarität erreicht werden, die sich wie folgt darstellt: 7 Dipl.SozialarbeiterInnen; 4 Dipl.SozialpädagogInnen, 4 ÄrztInnen, 4 Dipl.PädagogInnen, 1 Dipl.PsychologIn, 1 Dipl.Sozialpädagogin und Hebamme in Doppelqualifikation, 1 Biologielehrerin (tätig in der Schwangerschaftskonfliktberatung) und 2 Hebammen.

Ziel sollte sein, eine gute beraterische Kompetenz in psychosozialer Beratung im Kontext Pränataldiagnostik zu erlangen. Das bedeutete für die unterschiedlichen Disziplinen, in Abgrenzung zur jeweils anderen Berufsgruppe, eine eigene Rolle zu finden.

So sahen wir, dass eine Humangenetikerin, die sich in psychosozialer Beratung fortbildet nach anfänglicher Schwierigkeit, die Inhalte „geübter“ humangenetischer Beratung abzugrenzen lernt von Inhalten neu gelernter psychosozialer Beratung. Eine Hebamme lernte, dass sie anders, nicht zuletzt in einem anderen Setting und mit einem anderen Auftrag arbeitet als z.B. eine psychosoziale BeraterIn.

Für das Gros der Teilnehmenden, die aus psychosozialen Beratungsfeldern stammten, war es wichtig, das eigene Beratungsprofil deutlicher werden zu lassen im Zusammenhang und in Abgrenzung zu medizinischen Professionen.

Psychosoziale BeraterInnen sollten keine MedizinexpertInnen werden; HumangenetikerInnen und Hebammen keine psychosozialen BeraterInnen. Anfangs entstand bei allen Teilnehmenden Verwirrung darüber, die unterschiedlichen Aspekte und Ziele der mit PD befassten Professionen zu erkennen, zu sortieren und dann in das eigene spezifische Berufsprofil mit seinen Aufgaben zu integrieren. Erst im Laufe der Weiterbildung lernten die Teilnehmenden die psychosoziale Sichtweise in ihr Berufsfeld einzufügen und in ihren unterschiedlichen Beratungen umzusetzen.

Für alle Teilnehmenden bedeutete dies eine Erweiterung ihres eigenen Rahmens. Von Anfang an gab es einen guten, offenen und respektvollen Umgang miteinander.

Die ÄrztInnen waren anfänglich der Meinung, das medizinische Basiswissen wäre ihnen bekannt. Sie erlebten allerdings im Laufe des Curriculums, dass die Vermittlung medizinischer Inhalte anders als gewohnt war (siehe Punkt 2).

Sie machten zu Recht darauf aufmerksam, dass sie keine Kenntnisse von psychologischen und beraterischen Grundlagen hatten, einen anderen Lernstand als die psychosozialen BeraterInnen und gerne mehr über psychologische Methoden und Sichtweisen gehört hätten.

Dies war für das DozentInnenteam gut nachvollziehbar. Angedacht wurde, bei einem erneuten Durchlauf der Weiterbildung die Gruppe manchmal getrennt zu unterrichten, um die Unterschiede im Wissensstand mehr berücksichtigen zu können. Eine Ärztin regte an, dass es für die MedizinerInnen spezielle Hausaufgaben geben sollte, damit sie sich dem Stoff vertiefend widmen könnten.

5.8 Kritik an der Zeitstruktur

Aus der qualitativen Evaluation ergab sich ein Kritikpunkt, der am häufigsten genannt wurde; er bezog sich auf die Zeitstruktur.

Das DozentInnenteam stimmt mit den Kursteilnehmenden darin überein, dass daran bei zukünftigen Weiterbildungen Manches geändert werden müsste.

Es gibt bezogen auf das Thema eine Fülle von Material; das allein verursacht schon ein Gefühl von Druck. Außerdem geht es um ein Thema mit schweren Inhalten.

Die Ambivalenz, die das Thema auslöst, der Schock und der Schreck, den Frauen /Paare bei Diagnosestellung erfahren, kann unter Umständen auf der Seite der Lernenden/Beratenden auslösen, ganz viel Information z.B. medizinischer Art zur Verfügung haben zu müssen. Dabei geht es in Wahrheit überwiegend nicht um Wissen sondern um Annehmen und Aufnehmen des Schocks der KlientInnen, um Ruhe und um (Mit-)Aushalten der Trauer.

Die Ambivalenz, die das Thema auslöst, spiegelte sich wider in der Haltung der Teilnehmenden im Kurs. Einerseits wollten sie noch mehr Rollenspiel und Fallbesprechungen, noch mehr theoretische Inputs, noch mehr Zeit in Kleingruppen zur Diskussion, noch mehr Ethik und andererseits wollten sie weniger lange Tage und mehr Zeit zur Psychohygiene.

Es wäre die Aufgabe des DozentInnenteams gewesen, genau aus diesen Gründen die Fülle der Inhalte zu begrenzen und besonders auf die Einhaltung des zeitliche Rahmens zu achten. Ein fester zeitlicher Rahmen schafft Sicherheit bei der Schwere des Themas. Dies sollte bei der Durchführung eines weiteren Durchgangs des Curriculums beachtet werden.

Je kompetenter die Kursteilnehmenden im Verlauf der zwei Jahre wurden, je mehr sie lernten, mit dem Schock der Frauen/Paare umzugehen, desto geringer wurde die eigene Angst vor der Thematik und sie konnten unbelasteter lernen.

Am Ende des letzten Kurses äußerten die TeilnehmerInnen den Wunsch, einen weiteren Workshop etwa ein halbes Jahr später zu veranstalten. Sie hatten das Bedürfnis, noch einmal das Thema Fetozyd und späte Schwangerschaftsabbrüche zu behandeln und an der Implementierung von Beratung im Kontext PD kontinuierlich weiter zu arbeiten; dazu wünschten sie sich Austausch.

Im Oktober 2005 fand ein weiterer Workshop statt, der die Implementierung von PD-Beratungen und späte Schwangerschaftsabbrüche zum Thema hatte.

Zwischen der letzten Kurswoche und dem nachträglich geplanten Workshop lag ein Zeitraum von acht Monaten. Das DozentInnenteam erlebte die einzelnen Kursteilnehmenden und die Gruppe insgesamt als deutlich gereift. Viele berichteten, inzwischen kontinuierlich Beratungen im Kontext PD durchzuführen; viele äußerten auch, dass die Überweisung von Frauen/Paaren durch ÄrztInnen häufig schon gut gelänge.

Diese Aussage hörten wir auch später immer wieder bei telefonischen Kontakten, wenn Kursteilnehmende Fragen zu Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung stellten. An vielen Orten haben inzwischen Podiumsgespräche, Filmabende, Informationsveranstaltungen mit KlinikseelsorgerInnen, Hebammen usw. stattgefunden.

In diesem abschließenden Workshop hatten wir als DozentInnenteam den Eindruck, dass mit dem Curriculum ein großer Schritt zur Implementierung des Aufgabenbereiches psychosoziale Beratung im Kontext PD erreicht wurde.

6 Literaturverzeichnis

- Ackermann, E (2005): Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik : Möglichkeiten und Grenzen der professionellen Bearbeitung dilemmatischer Problemlagen. Aachen: Shaker Verlag.
- Allbus (2002): Codebuch. Hrsg. vom Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung an der Universität zu Köln, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen nach Brosius, F (2004): SPSS 12. Bonn: mtip-Verlag.
- Baldus, M (2001): Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50: 723 – 735.
- Baldus, M (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung : eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2006. Zugl.: Heidelberg, Univ., Diss.
- Beutel, M-E (1992): Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Todgeburt und plötzlichem Kindstod. Göttingen: Hogrefe
- Berelson, B (1952) Content analysis in communication research. Glencoe: Free Press.
- Borkenhagen, A (2003): Sozialdatenbogen in Anlehnung an: Brähler E, Felder H, Florin I, Tuschen B (1993). Soziodemographischer Fragebogen SozioDat (West- und Ostversion). Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Leipzig.
- Bortz, J & Döring, N (1995): Forschungsmethoden und Evaluation (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Modellprojekt "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes" Zusammenfassung der Ergebnisse erstellt von Prof. Dr. Manfred Cierpka. Materialien zur Familienpolitik Nr. 16/2002
- Brähler, E; Meyer, A (1988): Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit: Beiträge aus Forschung und Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Brähler, E; Meyer, A (1991 a): Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 5. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Brähler, E; Meyer, A (1991 b): Psychologische Probleme in der Humangenetik. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 6. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Brünig, R J (1996): Pränataldiagnostik : festgestellte Erkrankung / Behinderung in der Schwangerschaft – zur Beratungssituation. In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg) Beratung und Begleitung für Eltern mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind. Materialien zur Beratungsarbeit 10/1996. Berlin: EKFuL.
- Brünig, R J (1997): Beratungsangebote vor – während - und nach Inanspruchnahme von Pränataler Diagnostik (Arbeitsgruppe 1). In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg) LebensEntscheidungen. Beratung und Begleitung für Frauen und Paare im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik. Materialien zur Beratungsarbeit 11/1997. Berlin: EKFuL
- Brünig, R J (1998): Beratungsangebote vor – während - und nach Inanspruchnahme von Pränataler Diagnostik (Arbeitsgruppe 1). In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg) Beratung und Begleitung für Frauen und Paare vor, während und nach vorgeburtlicher Diagnostik. Kriterien – Konzepte – regionale Vernetzung. Materialien zur Beratungsarbeit 13/1998. Berlin: EKFuL.
- Diakonie- Korrespondenz (11/05): Leistungsbeschreibung Evangelischer Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Rahmenempfehlungen.
- Dewald, A (2001): Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50: 753 – 764.
- Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg.) (1998): Beratung und Begleitung für Frauen und Paare vor, während und nach vorgeburtlicher Diagnostik : Kriterien, Konzepte, regionale Vernetzung ; Dokumentation. Berlin: EKFuL. Materialien zur Beratungsarbeit 13 / 1998.
- Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg.) (2000): Beratung und Begleitung für Frauen und Paare im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik - im interdisziplinären Dialog : Dokumentation. Berlin: EKFuL. Materialien zur Beratungsarbeit 15 / 2000.
- Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg.) (2001): Ergebnisse aus dem Modellprojekt "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes". Materialien zur Beratungsarbeit 20/2001. Berlin: EKFuL.
- Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg.) (2004): Normierung durch Selektion oder Verschiedenheit als Normalität? : Umgang mit vorgeburtlicher Diagnostik ; Entwicklung der Fortpflanzungsmedizin; Perspektiven von Menschen mit Behinderungen; Dokumentation der Fachtagung. Berlin: EKFuL. Materialien zur Beratungsarbeit 27 / 2004.
- Feige A., Rempen A., Würfel, W., Jawny, J. , Rohde, A.: Frauenheilkunde-

Fortpflanzungsmedizin, Geburtsmedizin, Onkologie, Psychosomatik. 3. neu bearbeitete Auflage. Urban & Fischer 2006).

Feldhaus-Plumin, E (2005): Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik: Konsequenzen für die psychosoziale und interdisziplinäre Beratungsarbeit. Göttingen: V & R Unipress.

Finck, C; Meister, U; Borkenhagen, A; Wisch, S; Brähler, E; Stöbel-Richter, Y (2006): Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland? Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. In: Stöbel-Richter, Y; Ludwig, A; Franke, P; Neises, M; Lehmann, A (Hrsg. 2006): Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPF. DGPF.

Geier, H (2001): Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung : psychosoziale Sicht. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50: 723 – 735.

Gloger-Tippelt, G (1988): Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart etc.: Kohlhammer.

Habermas, J. (1989): Urgeschichte der Subjektivität und verwilderte Selbstbehauptung. In ders. (Hrsg.), Politik, Kultur, Religion

Heigl-Evers, A. (1975): Die Stufentechnik der Supervision – eine Methode zum Erlernen der psychoanalytischen Beobachtungs- und schlussbildungsmethode im Rahmen der angewandten Psychoanalyse. Gr. Ther. Gr. Dy. 9: 43-54.

Huber, S (1996): Dimensionen der Religiosität: Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie. Bern: Huber.

Huber, S (2003): Zentralität und Inhalt : ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität. Opladen: Leske + Budrich.

Kettner, M (Hrsg. 1998): Beratung als Zwang : Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Klages, H; Hippler, H-J; Herbert, W (Hrsg. 1992): Werte und Wandel. Ergebnisse und Methoden einer Forschungstradition. Frankfurt am Main: Campus.

Lammert, Ch; Cramer, E; Pinggen-Rainer, G; Schulz, J; Neumann, A; Beckers, U; Siebert, S; Dewald, A; Cierpka, M (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik: ein Praxishandbuch. Göttingen etc.: Hogrefe.

Mayring, P (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (3. Auflage) Weinheim: PsychologieVerlags Union

Meyer, A (1999): Vorschläge für Eckpunkte eines Evangelischen Konzeptes zur Be-

ratung im Kontext Pränataler Diagnostik (PD) : Vortrag auf der Jahrestagung der Evangelischen Konferenz der Beauftragten für Schwangerschaftskonfliktberatung vom 19. – 21. April 1999.

- Pauli-Magnus, C; Dewald, A; Cierpka, M (2001): Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik : eine explorative Studie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 771 - 785.
- Pingen-Rainer, G (2001): Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 765 - 770.
- Rauchfuß, M (2001): Beratung zur Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 704 – 722.
- Reddemann, L (2002): Imagination als heilsame Kraft : zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren; [Erweitert um das Kap.: Zur psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen]. 6. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT, das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reif, M (1980): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung: psychosoziale und ethische Gesichtspunkte. Stuttgart: Enke.
- Sammet, K; Steffens, T (2001a): Bestandsaufnahme : Psychosoziale Beratung in Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik. In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg): Ergebnisse aus dem Modellprojekt "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes". Materialien zur Beratungsarbeit 20/2001. Berlin: EKFuL.
- Sammet, K; Steffens, T (2001b): Professioneller Habitus von Gynäkologinnen und Pränatale Diagnostik. In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg): Ergebnisse aus dem Modellprojekt "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes". Materialien zur Beratungsarbeit 20/2001. Berlin: EKFuL.
- Sarimski, K (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3. Aufl. Göttingen etc.: Hogrefe.
- Schulz, J; Siebert, S (2001): "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes" Teil I. In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg): Ergebnisse aus dem Modellprojekt "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes". Materialien zur Be-

ratungsarbeit 20/2001. Berlin: EKFuL.

Starnitzke, D. (2004): Die Struktur paulinischen Denkens im Römerbrief. Eine logistische Untersuchung, Beiträge zur Wissenschaft vom Alten und Neuen Testament. Stuttgart: Kohlhammer

Springer-Kremser, M; Ringler, M, Eder, A (Hrsg. 1991): Patient Frau : Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. Wien: Springer.

Stöbel-Richter, Y; Borkenhagen, A; Wisch, S; Brähler, E (2006): Wissen und Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Aspekten der modernen Reproduktionsmedizin : Ergebnisse einer aktuellen Bevölkerungsbefragung. In: Stöbel-Richter, Y; Ludwig, A; Franke, P; Neises, M; Lehmann, A (Hrsg. 2006): Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPF. G.

Wolff, G (2000): Genetische Pränataldiagnostik – Aspekte der Beratung und des § 218. In: Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Hrsg): Beratung und Begleitung für Frauen und Paare im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik – im interdisziplinären Dialog. Materialien zur Beratungsarbeit 15/2000. Berlin: EKFuL.

Wolff, G (2000): Humangenetische Beratung: gegenwärtige Praxis und zu erwartende Entwicklungen. In: Bender, W et al. (Hrsg): Eingriffe in die menschliche Keimbahn: naturwissenschaftliche und medizinische Aspekte, rechtliche und ethische Implikationen. Münster: Agenda Verlag. 182 – 193.

Wolff, G (1999): Genetische Beratung in der Schwangerschaft. In: Künzel, W (Hrsg): Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 4: Schwangerschaft I. Jena: Urban & Fischer. 187 - 204.

Wolff, G (1998): Psychologische Aspekte genetischer Beratung. In: Journal für Psychologie 6: 3 – 17.

Wolff, G (1997): Ethische Aspekte genetischer Beratung und Diagnostik. In: Elstner et al. (Hrsg): Gentechnik und Ethik. Heidelberg etc.: Springer. 57 – 80.

Wolff, G (1997): Die Bedeutung von Beratung im Rahmen von pränataler Diagnostik. In: Schweiz Med Wochenschr 127: 60 – 68.

Wolff, G (1996): Genetische Beratung und pränatale Diagnostik: Entwicklung und aktuelle Probleme. In: Zwierlein, E (Hrsg): Integration und Ausgrenzung – Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft. Neuwied etc.: Luchterhand. 94 – 113

Wolff, G; Jung, C (1996): Vorschlag für ein Konzept der Weiterbildung in ethischen und psychologischen Grundlagen genetischer Beratung. In: Med Genetik 8: 139 – 142.

Wopen, C (2001): Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50: 693 – 694.