



**FAQ für die Beratung
in der Katholischen Schwangerschaftsberatung
im Themenfeld PND/PID/Kinderwunsch**

Inhaltsverzeichnis

Deckblatt

1. Vorwort und Einleitung

- 1.1. Vorwort
- 1.2. Einleitung

2. Grundlagen

- 2.1 Gesetzliche Grundlagen
 - 2.1.1 Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG)
 - 2.1.2 Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PräimpG)
 - 2.1.3. Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG)
 - 2.1.4 Gesetz zum Schutz von Embryonen (ESchG)
 - 2.1.5 Strafgesetzbuch (StGB) §218 und 219
 - 2.1.6 UN-Behindertenrechtskonvention
- 2.2 Kirchliche Grundlagen
 - 2.2.1 Bischöfliche Richtlinien
 - 2.2.2 Bundesrahmenkonzeption
 - 2.2.3 Lebensschutzkonzept
 - 2.2.4 Bundesrahmenhandbuch
- 2.3 Fachliche Grundlagen der Katholischen Schwangerschaftsberatung
 - 2.3.1 Psychosoziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik - Konzeption
 - 2.3.2 Der aktive, frühe, integrierte Beratungsansatz im Kontext der pränatalen Diagnostik – Eine Arbeitshilfe
 - 2.3.3. Lebensschutzkonzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung
 - 2.3.4. Professionell beraten in der Katholischen Schwangerschaftsberatung- Eine Beratungskonzeption
 - 2.3.5. Ja zum Leben - Konzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung
 - 2.3.6. Bundesrahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung
- 2.4 Fachliche Grundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

3. Pränataldiagnostik

- 3.1 Definition Pränataldiagnostik
- 3.2 nichtinvasive Methoden der Pränataldiagnostik
 - 3.2.1 Basisultraschall: Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge
 - 3.2.2 Screening in der Schwangerschaft
 - 3.2.3 Nackentransparenzmessung
 - 3.2.4 Spezielle Ultraschalluntersuchungen: Doppler-, Organ-, 3D/4D-Ultraschall
 - 3.2.5 NIPT: Genetische Bluttests auf Chromosomen-Abweichungen
- 3.3 invasive Methoden der PND
 - 3.3.1. Amniozentese - Fruchtwasseruntersuchung
 - 3.3.2. Plazenta-Punktion - Chorionzotten-Biopsie
 - 3.3.3. Nabelschnurpunktion - Cordozentese oder Chordozentese
 - 3.3.4. Fetoskopie

4. Reproduktionsmedizin - Kinderwunschbehandlung

4.1 Definition Kinderwunschbehandlung

4.2. Methoden der Kinderwunschbehandlung - Künstliche Befruchtung

4.2.1 Insemination

4.2.2 In Vitro Fertilisation (IVF)

4.2.3 ICSI

4.2.4 Mitochondrien Ersatztherapie

4.3 Kryokonservierung

4.4 Eizell-, Embryonen-, Gebärmutterspende

4.4.1 Eizellspende

4.4.2 Embryonenspende

4.4.3 Gebärmutterspende

4.5 Leihmutterschaft

5. Präimplantationsdiagnostik

5.1. Definition Präimplantationsdiagnostik

5.2. Genome Editing-Verfahren

6. Sonstiges

6.1 Schwangerschaftsabbruch

6.2 Chromosomenabweichungen

Impressum



Vorwort

Die Familienplanungs- und Familiengründungsphase ist eine Zeit, die Frauen, Männer und Paare vor vielfältige Herausforderungen stellt. Hierzu zählen auch die neuen und besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik sowie Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin.

Die katholische Schwangerschaftsberatung bietet fachlich qualifizierte Hilfe an, die Sorgen und Nöte von werdenden Eltern ernst nimmt und Information, Begleitung und Unterstützung bereitstellt.

Die rasanten medizinischen Entwicklungen im Bereich der Bio- und Reproduktionsmedizin, die damit zusammenhängenden ethischen Herausforderungen und gesellschaftlichen Diskurse fordern seitens der Berater_innen stets aktuelles Wissen sowie kontinuierliche Reflexion und Anpassungsleistung.

Zur Unterstützung der Berater_innen ist eine Sammlung von FAQ's entstanden, die auf spezifische Grundlagen und Fachpapiere des Fachdienstes Katholische Schwangerschaftsberatung verweisen und weitere fachliche Informationen für die Beratung im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik, Präimplantationsdiagnostik und Kinderwunschberatung umfassen. Die FAQ's sollen den Berater_innen schnelle und umfassende Grundlageninformation bieten, mit deren Hilfe wichtige Aspekte des Themenfeldes schlaglichtartig beleuchtet werden.

Daneben informieren die regelmäßigen Infobriefe der Bundesebene über aktuelle Entwicklungen in diesem Arbeitsfeld.

Wir hoffen, dass die FAQs in der Praxis als unterstützend wahrgenommen werden.

Die FAQ's wurden in einer bundesweiten Arbeitsgruppe erstellt. Sie sollen fortlaufend aktualisiert und thematisch erweitert werden.

Mitgearbeitet haben:

Sabine Fährndrich – Deutscher Caritasverband e.V.

Gabriele Glorius – Sozialdienst katholischer Frauen, Gesamtverein e.V.

Veronika Heck-Klassen – Caritasverband für die Diözese Mainz e.V.

Tatjana Junker, Sozialdienst katholischer Frauen – Diözesanstelle Fulda

Ruth Peter, Sozialdienst katholischer Frauen – Landesverband Bayern e.V.

Anna Thieser, Sozialdienst katholischer Frauen – Diözese Würzburg e.V.

Oktober 2020

2. Grundlagen

2.1 die gesetzlichen Grundlagen

2.2 die kirchlichen Grundlagen

2.3 die fachlichen Grundlagen der Katholischen
Schwangerschaftsberatung (KSB)

2.4 die fachlichen Grundlagen der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

2.1 Gesetzliche Grundlagen

2.1.1 Gesetz zur Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG)

2.1.2 Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PräimpG)

2.1.3 Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG)

2.1.4 Gesetz zum Schutz von Embryonen (ESchG)

2.1.5 Strafgesetzbuch (StGB) §§ 218 und 219

2.1.6 UN-Behindertenrechtskonvention

FAQ 2.1.2	Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PräimpG)
Zuordnung:	Gesetzliche Grundlagen
Schlagworte:	In-Vitro-Fertilisation, Samenspende, Eizellenspende, Embryonenspende, Embryonenschutzgesetz, Leihmutterschaft, PID
Erläuterung:	<p>Das PräimpG ist verankert im Embryonenschutzgesetz (ESchG, §3a Präimplantationsdiagnostik; Verordnungsermächtigung).</p> <p>Das Präimplantationsdiagnostikgesetz PräimpG (21.11.2011) regelt unter welchen Voraussetzungen genetische Untersuchungen der Zellen eines Embryos in Vitro vor dem intrauterinen Transfer strafbar sind.</p> <p>Ausnahmen in der Strafbarkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohes Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit für den Nachkommen aufgrund einer genetischen Disposition von Seite einer der Eltern. Notwendig ist die Einwilligung der Frau von der die Eizelle stammt. • Zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tod- oder Fehlgeburt führen wird. Notwendig ist die Einwilligung der Frau von der die Eizelle stammt. <p>PID darf nur in den oben genannten Ausnahmen und nach Erfüllung folgender Voraussetzungen vorgenommen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und Betreuung über medizinische, psychische und soziale Folgen der PID vor Einholung der Einwilligung • Überprüfung der Einhaltung der Voraussetzungen an den zugelassenen Zentren für PID von Seite einer interdisziplinären Ethikkommission, die ihre zustimmende Bewertung zur Durchführung gibt • durch einen qualifizierten Arzt, in für PID zugelassenen Zentren mit den notwendigen diagnostischen, medizinischen und technischen Möglichkeiten • durchgeführte und abgelehnte Maßnahmen sollen anonym dokumentiert werden und an eine zentrale Stelle gemeldet werden <p>Die Bundesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Anzahl der Zentren, die Zulassungsvoraussetzungen für Zentren, in denen PID durchgeführt werden darf, Dauer der Zulassungen und die Qualifikation der Ärzte • die Einrichtung, Zusammensetzung, Verfahrensweise und Finanzierung der Ethikkommissionen • die Einrichtung und Ausgestaltung der Zentralstelle für die Dokumentation von PID • die Anforderungen an die Meldung und Dokumentation von Maßnahmen im Rahmen der PID

Quellen/Links:	http://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bibliothek/Gesetzesmaterialien/17_wp/PID/bqbl.pdf?__blob=publicationFile https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html
----------------	--

FAQ 2.1.3	Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG)
Zuordnung:	Gliederungspunkt 1: Gesetzliche Grundlagen
Schlagworte:	Abstammung, Genetische Untersuchungen und Analysen , vorgeburtliche Risikoabklärung, Chromosomenbestimmung, Erberkrankungen
Erläuterung:	<p>Ziel des Gendiagnostikgesetzes ist es, die mit der Untersuchung menschlicher genetischer Eigenschaften verbundenen möglichen Gefahren und genetische Diskriminierung zu verhindern und gleichzeitig die Chancen des Einsatzes genetischer Untersuchungen für den Einzelnen zu wahren. Zu den Grundprinzipien des Gesetzes zählt das Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung. Dazu gehören sowohl das Recht, die eigenen genetischen Befunde zu kennen (Recht auf Wissen) als auch das Recht, diese nicht zu kennen (Recht auf Nichtwissen). Mit dem Gendiagnostikgesetz werden die Bereiche der medizinischen Versorgung, der Abstammung, des Arbeitslebens und der Versicherungen sowie die Anforderungen an eine gute genetische Untersuchungspraxis geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetische Untersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn die betroffene Person in die Untersuchung rechtswirksam eingewilligt hat. Genetische Untersuchungen bei nicht einwilligungsfähigen Personen müssen einen gesundheitlichen Nutzen für die untersuchte Person haben. Sie können ausnahmsweise unter strengen Voraussetzungen auch unter dem Gesichtspunkt des Nutzens für einen Familienangehörigen zugelassen werden. • Genetische Untersuchungen zu medizinischen Zwecken dürfen nur von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführt werden. Die genetische Beratung gehört zu den zentralen Elementen des Gesetzes. Bei einer genetischen Untersuchung, die der Abklärung bereits bestehender Erkrankungen dient, soll der untersuchten Person eine Beratung angeboten werden. Einen besonderen Stellenwert hat die Beratung bei denjenigen Untersuchungen, die eine Vorhersage erlauben – entweder für die Gesundheit der betroffenen Person selbst oder in Bezug auf die Gesundheit eines ungeborenen Kindes. Deswegen ist hier in beiden Fällen die genetische Beratung vor und nach der Untersuchung verpflichtend. • Die vorgeburtliche genetische Untersuchung wird auf medizinische Zwecke beschränkt, also auf die Feststellung genetischer Eigenschaften, die die Gesundheit des Fötus oder Embryos vor oder nach der Geburt beeinträchtigen können. Verboten werden allerdings solche vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen auf Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen können (spätmanifestierende Krankheiten). • Genetische Untersuchungen zur Feststellung der Abstammung sind nur dann zulässig, wenn die Personen, von denen eine genetische Probe untersucht werden soll, in die Untersuchung eingewilligt haben. Eine "heimliche" Abstammungsuntersuchung wird als Ordnungswidrigkeit geahndet. • Im Arbeitsrecht sind genetische Untersuchungen auf Verlangen des Arbeitgebers grundsätzlich verboten. • Versicherungsunternehmen dürfen bei Abschluss der Versicherungsvertrages weder die Durchführung einer genetischen Untersuchung noch Auskünfte zu bereits durchgeführten

	Untersuchungen verlangen.
Quellen/Links:	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gendiagnostikgesetz.html

FAQ 2.1.4	Gesetz zum Schutz von Embryonen (ESchG)
Zuordnung:	Gesetzliche Grundlagen
Schlagworte:	Embryonenschutzgesetz In-vitro-Fertilisation Präimplantationsdiagnostik Fortpflanzungstechnik
Erläuterung:	<p>Das Gesetz soll Missbrauch mit und von Embryonen (Erzeugung und Verwendung) verhindern.</p> <p><u>Embryo</u> im Sinne des Gesetzes ist nach <u>§ 8</u> <i>bereits die befruchtete, entwicklungsfähige Eizelle</i>. Als entwicklungsfähig gilt eine Eizelle innerhalb von 24 Stunden nach der Kernverschmelzung, wenn nicht bereits festgestellt wird, dass sich die befruchtete <u>Eizelle</u> nicht über das Einzell-Stadium hinausentwickeln kann. Damit ist diese Definition weiter gefasst als der medizinische Begriff des Embryos.</p> <p>Aufgeführt werden unter anderem missbräuchliche Anwendungen von Fortpflanzungstechniken (§1), z.B. die künstliche Befruchtung einer Eizelle mit einem anderen Zweck, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt (§1, (1) 2.), und die missbräuchliche Verwendung von Embryonen (§2). Berücksichtigt werden dabei auch Themen wie Klonen (§6) und die künstliche Veränderung menschlicher Keimbahnzellen (§5).</p>
Quellen/Links:	https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html

FAQ 2.1.5	Strafgesetzbuch (StGB) §218 und 219
Zuordnung:	Gesetzliche Grundlagen
Schlagworte:	Schwangerschaftsabbruch
Erläuterung:	<p>§ 218 Schwangerschaftsabbruch</p> <p>(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.</p> <p>(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. 2Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder 2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht. <p>(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.</p> <p>(4) Der Versuch ist strafbar. 2Die Schwangere wird nicht wegen Versuchs bestraft.</p> <p>§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs</p> <p>(1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind. <p>(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.</p> <p>(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 178 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.</p> <p>(4) Die Schwangere ist nicht nach § 218 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 219) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von Strafe nach § 218 absehen, wenn die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.</p>

	<p>219 StGB Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage</p> <p>(1) Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuwehren. 5Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.</p> <p>(2) Die Beratung hat nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Die Beratungsstelle hat der Schwangeren nach Abschluss der Beratung hierüber eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung nach Maßgabe des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auszustellen. Der Arzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vornimmt, ist als Berater ausgeschlossen.</p>
Quellen/Links:	https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html

FAQ 2.1.6	UN-Behindertenrechtskonvention
Zuordnung:	Gesetzliche Grundlagen
Schlagworte:	Inklusion Würde des Menschen Diskriminierung
Erläuterung:	<p>Die UN-Behindertenrechtskonvention beinhaltet — neben der Bekräftigung allgemeiner Menschenrechte auch für behinderte Menschen — eine Vielzahl spezieller, auf die Lebenssituation behinderter Menschen abgestimmte Regelungen.</p> <p>Die Auflistung aller Inhalte würde den Rahmen von FAQs sprengen, weshalb an dieser Stelle die allgemeinen Grundsätze (Art. 3) ausreichen müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit im Sinne von Selbstbestimmung, • die Nichtdiskriminierung, • die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft, • die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit, • die Chancengleichheit, • die Zugänglichkeit, • die Gleichberechtigung von Mann und Frau, • die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.
Quellen/Links:	https://www.behindertenrechtskonvention.info/

2.2 Kirchliche Grundlagen

2.2.1 Bischöfliche Richtlinien

2.2.2 Bundesrahmenkonzeption

2.2.3 Lebensschutzkonzept

2.2.4 Bundesrahmenhandbuch

FAQ 2.2.1	Bischöflichen Richtlinien
Schlagworte:	Schwangerschaftsberatung, Schutz des ungeborenen Kindes, psychosoziale Beratung zu PND, Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens
Zuordnung:	Katholische Grundlagentexte für die Beratung bei PND/PID/Kinderwunsch
Erläuterung:	<p>Die Bischöflichen Richtlinien formulieren den Auftrag für die Katholische Schwangerschaftsberatung, <u>hier</u>: §1 Abs. 1,2,4 und 5:</p> <p>(1) <i>Ziel der Beratung ist der Schutz des ungeborenen Kindes durch Unterstützung der Frau (und ihrer Familie) in allen Phasen der Schwangerschaft sowie nach der Geburt des Kindes.</i></p> <p>(2) <i>Die Beratung hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft sowie zur Annahme ihres Kindes zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen, insbesondere, wenn sie sich in einer Not- und Konfliktlage befindet. Sie stärkt das Bewusstsein der Frau, dass das ungeborene Kind in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass das menschliche Leben von Anfang an unverfügbar ist. Zugleich soll deutlich gemacht werden, dass aus der Sicht des christlichen Glaubens niemand über das Leben des ungeborenen Kindes verfügen darf.</i></p> <p>(3) ...</p> <p>(4) <i>Als Begleitung der Pränataldiagnostik wird eine psychosoziale Beratung angeboten, insbesondere bei einer möglichen Behinderung des Kindes.</i></p> <p>(5) <i>Das Angebot der Beratung gilt auch im Fall einer medizinischen oder kriminologischen Indikation.</i></p>
Indikation/wann indiziert	Vorliegen eines diagnostischen Befundes
Zeitpunkt:	Kontaktaufnahme der Ratsuchenden mit oder ohne Befund
Kosten:	Die Beratung ist kostenfrei
Quellen/Links:	www.caritas.de/dokumente

FAQ 2.2.2	Bundesrahmenkonzeption
Schlagworte:	Schwangerschaftsberatung, Schutz des ungeborenen Kindes, psychosoziale Beratung zu PND, Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens
Zuordnung:	Katholische Grundlagentexte für die Beratung bei PND/PID/Kinderwunsch
Erläuterung:	<p>Die Bundesrahmenkonzeption „Ja zum Leben“ (2001) ist die Interpretation des bischöflichen Auftrags zur Umsetzung in die fachliche Arbeit; <u>hier</u>: 3.3 Beratung in besonderen Lebenssituationen; 3.3.1 Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und bei zu erwartender Behinderung:</p> <p>Vor dem Hintergrund einer möglichen Behinderung des Kindes, brauchen Eltern Beratung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Beratungsgespräch vor Inanspruchnahme pränataler Diagnostik - Beratung nach Feststellung einer schweren Behinderung und/oder genetischen Schädigung des ungeborenen Kindes - Beratung der Eltern nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung
Indikation/ wann indiziert	Vorliegen eines diagnostischen Befundes
Zeitpunkt:	Kontaktaufnahme der Ratsuchenden mit oder ohne Befund
Kosten:	Die Beratung ist kostenfrei
Quellen/Links:	www.caritas.de/dokumente

FAQ 2.2.3	Lebensschutzkonzept
Schlagworte:	Schwangerschaftsberatung, Schutz des ungeborenen Kindes, psychosoziale Beratung zu PND, Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens
Zuordnung:	Katholische Grundlagentexte für die Beratung bei PND/PID/Kinderwunsch
Erläuterung	<p>Das Lebensschutzkonzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung konkretisiert den Beratungsauftrag unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen der letzten Jahre und bildet damit die Ergänzung zur Bundesrahmenkonzeption. <u>Hier:</u> Punkt 6. Herausforderungen im Kontext des Lebensschutzes:</p> <p>Die Familienplanungs- und Familiengründungsphase ist eine Zeit, die Frauen, Männer und Paare vor vielfältige Herausforderungen stellt, u. a. auch die neuen und besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin, Präimplantationsdiagnostik und Pränataldiagnostik.</p>
Indikation/ wann indiziert	Vorliegen eines diagnostischen Befundes
Zeitpunkt:	Kontaktaufnahme der Ratsuchenden mit oder ohne Befund
Kosten:	Die Beratung ist kostenfrei
Quellen/Links:	https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/familie/beratungskonzeption-und-lebensschutzkonz

FAQ 2.2.4	Bundesrahmenhandbuch
Schlagworte:	Schwangerschaftsberatung, Schutz des ungeborenen Kindes, psychosoziale Beratung zu PND, Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens
Zuordnung:	Katholische Grundlagentexte für die Beratung bei PND/PID/Kinderwunsch
Erläuterung	Das Bundes-Rahmenhandbuch beschreibt die qualitativen Standards der Katholischen Schwangerschaftsberatung.
Indikation/wann indiziert	Vorliegen eines diagnostischen Befundes
Zeitpunkt:	Kontaktaufnahme der Ratsuchenden mit oder ohne Befund
Kosten:	Die Beratung ist kostenfrei
Quellen/Links:	www.caritas.de/dokumente

2.3 Fachliche Grundlagen der Katholischen Schwangerschaftsberatung

- 2.3.1 Psychosoziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik
- Konzeption -
- 2.3.2 Der aktive, frühe, integrierte Beratungsansatz im Kontext der pränatalen Diagnostik – Eine Arbeitshilfe
- 2.3.3 Lebensschutzkonzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung
- 2.3.4 Professionell beraten in der Katholischen Schwangerschaftsberatung
- Eine Beratungskonzeption -
- 2.3.5 Ja zum Leben - Konzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung
- 2.3.6 Bundesrahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung

Eine Arbeitshilfe für die Praxis der Katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen

AKTIV, FRÜH, INTEGRIERT

Ein Ansatz für die psychosoziale Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik

VORWORT

Es gehört zum Auftrag und Selbstverständnis des Sozialdienstes katholischer Frauen und des Deutschen Caritasverbandes in ihrer gemeinsamen Verantwortung für Ratsuchende, die fachliche Arbeit im Kontext der gesellschaftlichen Veränderungen zu reflektieren und weiter zu entwickeln.

Dies führte 1995 vor dem Hintergrund der sich etablierenden vorgeburtlichen Untersuchungen und der veränderten Rechtslage in die konzeptionelle Aufbereitung der Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik im Fachdienst Katholische Schwangerschaftsberatung. Unter dem Titel „Beratung bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ wurden spezifische Aufgaben und Anforderungen an die psychosoziale Beratung in diesem Kontext formuliert. Diese konzeptionelle Grundlage wurde im Jahr 2002 mit einer deutlichen Fokuserweiterung neu gefasst. Unter dem Titel „Psychosoziale Beratung und Hilfe vor, während und nach Pränataldiagnostik“ spiegelt sich die gesamte Dynamik, die dem Prozess der vorgeburtlichen Untersuchungen zugrunde liegt.

Mit der Neufassung der Konzeption für die Beratung in katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen im Jahr 2012 weist der Titel programmatisch auf die „Psychoso-

ziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik, Auseinandersetzung, Unterstützung und Entscheidungshilfe für schwangere Frauen und Paare“ hin.

Um eine Entscheidungshilfe schon vor Inanspruchnahme von PND leisten zu können, bedarf es eines Zugangs, der die Vielschichtigkeit der Fragestellungen berücksichtigt und aktiv dort ansetzt, wo Frauen und Männer in ihrer eigenen Auseinandersetzung stehen. Diese Zielsetzung greift der aktive, frühe und integrierte Beratungsansatz in der psychosozialen Beratung auf.

Mit dieser Arbeitshilfe möchten wir den Beratungsstellen einen ressourcenschonenden, praxisnahen Ansatz zur Verfügung stellen, der zur Profilierung der psychosozialen Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik beiträgt.

Der Ansatz wurde in unterschiedlichen Fachkontexten, Veröffentlichungen und Beraterinnenkonferenzen vorgestellt, erprobt und hat sich bewährt.

Wir hoffen, dass die Teams der Schwangerschaftsberatungsstellen in der Auseinandersetzung mit dem Ansatz und der Thematik eine weitere Facette der psychosozialen Beratung im Kontext der PND umsetzen können.

Die Arbeitshilfe wurde erstellt von:

- Alexandra Myhsok, SkF Landesverband Bayern e. V.
- Anna Elisabeth Thieser, SkF e. V. Würzburg
- Antje Markfort, DCV e. V. Berlin
- Christine Lühn, SkF e. V. Frankfurt
- Gabriele Glorius, SkF Gesamtverein e. V. Dortmund
- Sabine Dill-Arthen, DiCV e. V. Limburg
- Sabine Fähndrich, DCV e. V. Zentrale Freiburg
- Silvia Florian, DiCV e. V. Köln
- Tatjana Junker, BGV Bistum Fulda
- Veronika Heck-Klassen, DiCV e. V. Mainz

INHALT

EINLEITUNG	6
DER AKTIVE, FRÜHE, INTEGRIERTE BERATUNGSANSATZ	8
Was zeichnet den Ansatz aus?	9
Auf welche Grundlagen und Erkenntnisse kann zurückgegriffen werden	9
■ Verständnis der allgemeinen Schwangerschaftsberatung	9
■ Verständnis von Pränataldiagnostik	10
■ Ergebnisse aus der Evaluation und Erfahrungen in der Umsetzung	11
Wie kann der Beratungsansatz konkret umgesetzt werden	12
■ Zugang zur Beratung – Einflussfaktoren	12
■ Grundlegende Instrumente und ihre Einordnung	12
- Checkliste zur Terminvereinbarung	13
- Anamneseleitfaden	14
- Anknüpfungspunkte	16
■ Teambesprechungen – Supervision – Pastorale Begleitung	18
Qualifizierung	19
■ Fortbildung	19
■ Einordnung in QM-Systeme	19
STATISTIK/ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	20
Dokumentation und statistische Erfassung	21
Öffentlichkeitsarbeit	21
ZU GUTER LETZT	22
INSTRUMENTE/VORLAGEN	24
QUELLENVERZEICHNIS	33
LITERATUR UND LINKS	33

EINLEITUNG

Die Arbeitshilfe verfolgt das Ziel, Beraterinnen und Beratern in Katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen (KSB) in der Umsetzung der psychosozialen Beratung **vor** Inanspruchnahme von PND zu unterstützen.

Das Zeitfenster der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND öffnet sich in der Regel mit der Feststellung der Schwangerschaft. Ausgehend von diesem „frühen Zeitpunkt“ ziehen sich die Fragestellungen der pränatalen Diagnostik durch den gesamten Schwangerschaftsverlauf. Unabhängig davon, ob irritierende bzw. auffällige Befunde auftreten, hat die Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND und die damit verbundene Verunsicherung für alle Schwangeren und werdenden Väter eine Relevanz.

Daher ist naheliegend, dass sich die Fragestellung in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung wiederfindet (wieder finden muss), um sich „mit der ärztlichen Versorgung als selbstverständlichem Bestandteil der Betreuung von Schwangeren im Kontext der pränatalen Diagnostik nicht nur vor dem Hintergrund einer medizinischen Indikation zu etablieren“ (*Quelle Nr. 1, S. 24*).

Nach der aktuellen Konzeption von SkF und Caritas ist es notwendig, das psychosoziale Beratungsangebot ergänzend und unabhängig von ärztlicher Aufklärung und Beratung zu stärken. Beratungsstellen wollen schwangere Frauen frühzeitig vor einer PND erreichen, um informierte Entscheidungen zu fördern, Konflikten vorzubeugen und das psychosoziale Beratungsangebot bekannt zu machen (*Quelle Nr. 2, S. 7*).

Schwangere und Paare vor Inanspruchnahme der pränatalen Diagnostik zu erreichen ist grundsätzlich schwierig. Dies haben die bisherigen Erfahrungen gezeigt. Sowohl die Versuche über die Schnittstellen der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Zentren und Kliniken, eine bessere Verweisung zur psychosozialen Beratung zu erreichen, als auch die gezielte Öffentlichkeitsarbeit waren nur bedingt erfolgreich.

Daher zielt der hier vorgestellte Beratungsansatz auf die Handlungsspielräume, die unmittelbar in den Beratungsstellen selbst liegen. Er ermöglicht – unabhängig von der Verweisung über niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen – eine deutlich verbesserte Erreichbarkeit von Schwangeren bis zur 12. SSW p.c./14. SSW p.m. Für Schwangere eröffnet er durch eine aktive und integrierte Arbeitsweise eine echte Option, die Chancen der psychosozialen Beratung umfassend für sich zu nutzen.

Die Arbeitshilfe und der Beratungsansatz richten sich an die Teams der Schwangerschaftsberatungsstellen und beziehen alle Beraterinnen, die psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG anbieten, sowie die im Fachdienst tätigen Verwaltungskräfte unabhängig von der Größe und Struktur der Beratungsstelle mit ein.

Wie der Ansatz umgesetzt werden kann, wird in den folgenden Schritten gezeigt. Dabei soll ein möglichst ressourcenschonender und konkreter Zugang zur vorgestellten Arbeitsweise ermöglicht werden.

Entwickelt und erprobt wurde der aktive, frühe und integrierte Ansatz von 2008 bis 2011 im Modellprojekt „Psychosoziale Beratung im Vorfeld der Pränataldiagnostik an der Schnittstelle zur medizinischen Beratung“ des Sozialdienstes katholischer Frauen Landesverband Bayern e. V., (*Quelle Nr. 8*). Die Kurzfassung des Abschlussberichtes des Modellprojektes liegt als „Handreichung für die Praxis“ seit Februar 2015 vor (*Quelle Nr. 3*). In ihr finden sich aus der Gesamtfassung des Abschlussberichtes die detaillierte Beschreibung des Modellprojektes, des Beratungsansatzes und ein Auszug von Evaluationsergebnissen. Letztere wurden angesichts der umfassenden Gesamtdatenmenge im Hinblick auf die Schnittstellen zur medizinischen Beratung ausgewählt. Auf diese Quelle wird im Folgenden immer wieder verwiesen werden. Gleichzeitig werden besonders relevante Ergebnisse für die Beratungspraxis aus der Gesamtfassung des Abschlussberichts in die vorliegende Arbeitshilfe aufgenommen.

DER AKTIVE

FRÜHE, INTEGRIERTE

BERATUNGSANSATZ

Die Erfahrungen in der Schwangerschaftsberatung zeigen, dass das Thema „pränatale Diagnostik“ bei der Terminvergabe oder zu Beratungsbeginn nur selten durch die Ratsuchenden selbst als Beratungsthema bzw. -anlass benannt wird. Gleichzeitig sind die damit verbundenen Informationsbedarfe und Fragestellungen jedoch spätestens ab dem Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft und mit Beginn der

Schwangerschaftsvorsorge präsent und werden von den Schwangeren mehr oder weniger bewusst wahrgenommen. Hier stellt der aktive, frühe und integrierte Beratungsansatz Beraterinnen der KSB Instrumentarien/Orientierungen zur Verfügung, wie diese mitschwingenden Fragen und Themen einen selbstverständlichen und angemessenen Platz in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung finden können.

WAS ZEICHNET DEN ANSATZ AUS?

Als Handlungsansatz kann er durch drei Kernaspekte beschrieben werden, die sich gegenseitig bedingen.

Aktiv

Klärung des Beratungsauftrages der Ratsuchenden hinsichtlich der Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik, bzw. hinsichtlich der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND durch die Beraterin in der KSB, **d. h. das Thema wird durch die Beraterin angeboten/angesprochen**

Früh

Terminvergabe in der KSB bei Terminanfragen Ratsuchender unter der Prämisse, dass Fragen und Beratungsanliegen hinsichtlich der Inanspruchnahme von PND rechtzeitig bearbeitet werden können, **d. h. eine psychosoziale Beratung wird vor Inanspruchnahme von PND ermöglicht**

Integriert

Klärung des Beratungsauftrages hinsichtlich der Fragestellungen im Kontext von PND in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung (Sondersituation bei Beratungen nach §219 (1) StGB) oder gezielten PND-Anfragen Ratsuchender), **d. h. Beratung vor PND ist Bestandteil der allgemeinen Schwangerschaftsberatung und wird nicht als „Spezialthema“ isoliert.**

Die Entscheidung für eine Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung generell und hinsichtlich der Themen, die im Kontext bearbeitet werden, liegt bei den werdenden Müttern und Vätern. Daher handelt es sich um ein aktives Unterstützungsangebot, keine „Pflichtberatung“.

AUF WELCHE GRUNDLAGEN UND ERKENNTNISSE KANN ZURÜCKGEGRiffEN WERDEN

Verständnis der allgemeinen Schwangerschaftsberatung

Rechtlich ist die „allgemeine Schwangerschaftsberatung“ primär unter dem § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gefasst. Im vorliegenden Zusammenhang sind insbesondere die Absätze 1 und 2 relevant, da sie den Rechtsanspruch auf Information und Beratung in allen Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen definieren (*Quelle Nr. 4*).

Fachlich bilden sich die Angebote der KSB im Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung ab. Die überwiegenden Themenstellungen in der Schwangerschaftsberatung lassen sich dem Überbegriff der allgemeinen Schwangerschaftsberatung zuordnen. In ihm findet sich die gesamte Bandbreite der Frage- und Problemstellungen, die durch eine Schwangerschaft aufgeworfen und durchaus krisen- und konflikthaft werden können (*Quelle Nr. 3, S. 15 – 16*).

Damit stellt die bewusste Integration der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND in den Kontext

der allgemeinen Schwangerschaftsberatung eine wesentliche Zugangsvoraussetzung für das Angebot an Schwangere und werdende Väter dar.

Verständnis von Pränataldiagnostik

Soll psychosoziale Beratung vor pränataldiagnostischen Untersuchungen angeboten werden, stellt sich die Frage, was unter pränataler Diagnostik verstanden wird. In der Praxis hat sich bei Beraterinnen ein umfassendes Verständnis der PND entwickelt.

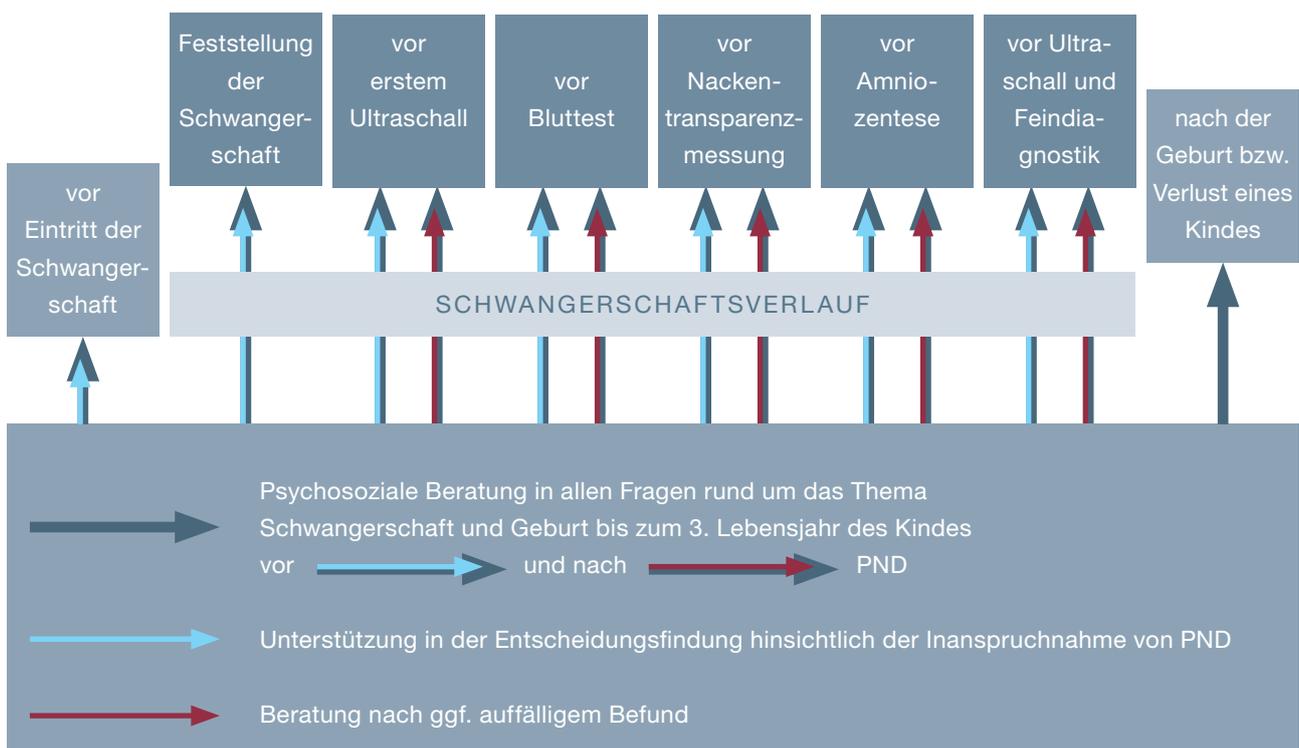
„Unter dem Begriff Pränataldiagnostik (PND) werden verschiedene nicht-invasive und invasive vorgeburtliche Untersuchungsmethoden zusammengefasst. Sie haben das Ziel, bereits im Mutterleib Auffälligkeiten des Feten wie Fehlbildungen, erbliche Erkrankungen und Entwicklungsstörungen zu erkennen. Zu den Untersuchungsmethoden gehören bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall), Blutuntersuchungen sowie die Gewinnung von Zellmaterial durch invasive Eingriffe (z.B. Fruchtwasseruntersuchung). Schwangerenvorsorge und PND lassen sich nicht immer eindeutig voneinander trennen“ (Quelle Nr. 2, S. 5).

Vergleicht man diese Definition mit Evaluationsergebnissen des Modellprojektes (Quelle Nr. 3, S. 12) so zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Beraterinnen „Routine“-Ultraschalluntersuchungen als pränataldiagnostische Maßnahme einordnen. Diese Einschätzung wird von etwas mehr als der Hälfte der befragten Ärzte/Ärztinnen geteilt. Insgesamt besteht eine höhere Übereinstimmung im Verständnis von PND zwischen den beiden Professionen als zeitweise vermutet.

Für Ratsuchende scheint eine Festlegung der Begrifflichkeit zweitrangig, geht es doch vielmehr darum, angesichts der Methodenvielfalt und unterschiedlichen Zielsetzungen, persönlich eine Einschätzung zu gewinnen, die eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der jeweiligen Untersuchung ermöglicht. Betrachtet man den Zeitpunkt der Durchführung der unterschiedlichen Untersuchungsmethoden über den gesamten Schwangerschaftsverlauf (vgl. Schaubild), so wird deutlich, dass nach einer vorgeburtlichen Untersuchung die nächste folgen kann – „nach PND ist vor PND“. Daher können die Beratungsanliegen vor Inanspruchnahme von PND schon vor einer eingetretenen Schwangerschaft bis hin zu den unterschiedlichen Zeitfenstern der exemplarisch genannten Untersuchungsmethoden in der Schwangerschaft berücksichtigt werden.

Allgemeine Schwangerschaftsberatung

unter der Berücksichtigung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes im Kontext der PND – ein Begleitungsangebot von Anfang an



In diesem Verlauf können irritierende oder auffällige Befunde auftreten. Ob anhand der bestehenden Beratungsbeziehung innerhalb der allgemeinen Schwangerschaftsberatung eine weitere psychosoziale Begleitung durch die im Prozess und in Beziehung stehende Beraterin erfolgt, eine kollegiale Beratung in Anspruch genommen wird oder eine hinsichtlich der Arbeit mit auffälligen Befunden „spezialisierte“ Kollegin hinzu gezogen wird, hängt von unterschiedlichen regionalen Bedingungen ab. Eine fachliche Rückbindung an die jeweils betreuenden Ärzte/Ärztinnen, der entsprechenden Vertreter/in im Fachteam oder im medizinischen Netzwerk ist angesichts der vorliegenden Befunde – wie in der grundlegenden Netzwerkarbeit der KSB – darüber hinaus ergänzend möglich.

Ergebnisse aus der Evaluation und Erfahrungen in der Umsetzung

Bezogen auf Schwangere:

Nach ihren Haltungen und Meinungen zur PND befragt formulieren Schwangere:

- eine Ablehnung der Beschränkung der PND auf Frauen ab 35 Jahren
- tendenziell, dass PND routinemäßig von allen Schwangeren in Anspruch genommen werden sollte
- dass PND Ängste weckt aber auch eine entlastende Funktion hat (Ambivalenz)
- dass es nicht immer leicht ist, sich gegen eine PND-Untersuchung zu entscheiden, wenn man unsicher ist, ob die Untersuchung für einen persönlich richtig oder falsch ist
- mit mehr als einem Drittel, dass die Gesellschaft von Schwangeren erwarte, PND durchführen zu lassen, und dass diese zur Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung beiträgt
- wer sich früh mit Fragen der PND-Untersuchungen oder Behinderung auseinandersetzt, leichter mit einem auffälligen Ergebnis umgehen kann

(Quelle Nr. 3, S. 43 – 46 und S. 71)

Hinsichtlich der Themenstellung beschäftigen Schwangere psychosoziale und medizinische Fragen im Kontext der PND schon zum Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft und insgesamt verstärkt innerhalb der ersten 14 Schwangerschaftswochen (Quelle Nr. 3, S. 33 – 35).

Zwar wissen über 80 % der Schwangeren um die Existenz von Schwangerschaftsberatungsstellen, allerdings kennen nur ca. 30 % das Beratungsangebot, d.h. auch das Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND ist weitgehend unbekannt und kann daher nicht von Schwangeren angefragt werden (Quelle Nr. 3, S. 31).

Wird das Angebot der Information bzw. Reflexion zu Fragen der PND durch Beraterinnen aktiv formuliert, so nimmt ein hoher Prozentsatz der Frauen im Kontext der allgemeinen Schwangerschaftsberatung das Angebot für die eigene Klärung und Vergewisserung wahr. Darüber hinaus eröffnet die Information der Ratsuchenden die Möglichkeit ggf. zu einem späteren Zeitpunkt (nach PND ist vor PND) auf das Angebot zurück zu greifen (Quelle Nr. 3, S. 67 – 69).

Immer wieder formulieren Frauen für sich eine krisen- und/oder konflikthafte Situation bzw. fühlen sich belastet. Dies zeigt sich anhand der evaluierten Daten insbesondere in der Frühschwangerschaft (Quelle Nr. 3, S. 59 – 60). Ärzte/Ärztinnen und Beraterinnen sehen in der Beratung vor Inanspruchnahme von PND darüber hinaus Parallelen zur Beratung im Schwangerschaftskonflikt (Quelle Nr. 3, S. 64 – 66). Dabei zeigt sich, dass die wahrgenommene Verunsicherung einen festen Bestandteil des Themas PND darstellt. Sie wird nicht durch das aktive Angebot in der psychosozialen Beratung erzeugt oder hineingetragen (Quelle Nr. 3, S. 14 – 15).

Schwangere stellen für sich eine entlastende Wirkung psychosozialer Beratung durch den zur Verfügung gestellten Rahmen und Inhalt der Beratung fest (Quelle Nr. 3, S. 40 – 42). Dies zeigt sich spezifisch bezüglich der Fragestellung zu PND als gewonnene Sicherheit und erfahrene Hilfe (Quelle Nr. 3, S. 42 – 43). Sie würden anderen Frauen insbesondere zur Beratung vor Inanspruchnahme von PND raten (Quelle Nr. 3, S. 71 – 72).

Bezogen auf die Beraterin und den Beratungsansatz:

In der Auseinandersetzung mit dem aktiven, frühen und integrierten Ansatz bestätigen Beraterinnen, dass das Thema PND unterschwellig präsent ist, es für sie in der Praxis immer selbstverständlicher wird, es anzusprechen.

Bestand mit Beginn der Einführung des Beratungsansatzes die Sorge, Schwangere in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung durch das aktive Angebot zu verunsichern, so wird heute das Vorgehen als wichtiges Angebot der Beratung vor Inanspruchnahme von PND gewertet und als Bestandteil der professionellen „Fürsorge“ erlebt. Gleichzeitig kann ein sich aus der PND möglicherweise heraus entwickelnder Konflikt berücksichtigt werden.

Trotz der Anforderung an eine Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen und den Dimensionen des Themas, kamen alle am Projekt beteiligten Beraterinnen zu der Auffassung, dass sich das Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND in die allgemeine Schwangerschaftsberatung integrieren lässt (Quelle Nr. 3, S. 77 – 78 und Quelle Nr. 8, S. 579).

WIE KANN DER BERATUNGSANSATZ KONKRET UMGESETZT WERDEN?

Zugang zur Beratung – Einflussfaktoren

Grundsätzlich werden im Kontext der PND zwei Zugangswege unterschieden. Einerseits können nach der Feststellung der Schwangerschaft Ärzte/Ärztinnen auf das begleitende psychosoziale Beratungsangebot umfassend – auch hinsichtlich der Unterstützung einer Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND - hinweisen und die Nutzung empfehlen.

Andererseits kennen wir aus den statistischen Erhebungen die unterschiedlichen „Informanten“, die den Ratsuchenden den Weg in die Schwangerschaftsberatungsstellen ebnet. In der Entwicklung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes wurden hinsichtlich des Zugangs drei wesentliche Einflussfaktoren exploriert.

1. Das enge Zeitfenster:

Weniger als die Hälfte der Frauen lassen ihre Schwangerschaft in der 6. – 9. Schwangerschaftswoche (SSW) bei ihrem Arzt/ihrer Ärztin feststellen, d.h. für alle anderen Frauen werden in der 10. – 12. SSW erste vorgeburtliche Untersuchungen angeboten und vorgenommen. Damit ist das Zeitfenster für die Empfehlung einer psychosozialen Beratung und der dortigen Terminvergabe extrem eng.

2. Grundsätzliches Angebot:

Allen Ratsuchenden, die sich zu einem frühen Zeitpunkt an die KSB wenden, wird zeitnah ein Beratungstermin angeboten. So können über diesen Zugangsweg (unterschiedliche Informanten) zur Beratungsstelle mehr als 20 % (bis zur 12. SSW Woche und mehr als 30 % bis zur 14. SSW) der Schwangeren erreicht werden. Dieser Prozentsatz liegt mit ca. 10 % deutlich höher als eine Verweisung über Ärzte/Ärztinnen ermöglichen würde (*Quelle Nr. 3, S. 56 – 58*).

3. Klärung des Beratungsanliegens – ganzheitliches Verständnis:

Als Anlass der Kontaktaufnahme können die bei der Terminvergabe oder zu Beginn des Beratungsgesprächs benannten Anliegen der Schwangeren/werdenden Väter verstanden werden.

Sie sind u.a. durch den Informationsstand der Ratsuchenden über die Aufgaben und das Leistungsspektrum von Schwangerschaftsberatungsstellen, durch die aktuell anstehenden bzw. drängenden Fragen sowie die Art der

Beziehung zum Fachdienst geprägt. Gleichzeitig werden benannte Anliegen im Rahmen der Auftragsklärung und Anamnese in einem dialogischen Prozess konkretisiert. Je nach Struktur und Organisation der Beratungsstelle geschieht dies im Erstkontakt sowie zu Beginn und im Verlauf des Beratungsgesprächs.

Angesichts der medizinischen Entwicklung und Praxis kann davon ausgegangen werden, dass alle Frauen mit Fragen der pränatalen Diagnostik konfrontiert werden, aber das Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von PND nicht kennen. Daher kommt der sorgfältigen aktiven Klärung der bestehenden Fragen und Unsicherheiten vom ersten Kontakt an eine besondere Bedeutung zu, Fristen und Zeitfenster spielen eine entscheidende Rolle.

Grundlegende Instrumente und ihre Einordnung

Erstkontakt zur KSB

Um eine psychosoziale Beratung vor Inanspruchnahme von PND im Erstkontakt anbieten zu können, müssen Ratsuchende, die sich frühzeitig (vor der 12./14. SSW) an die KSB wenden, einen Termin vor der Durchführung einer vorgeburtlichen Untersuchung erhalten können.

In der konkreten Umsetzung müssen dazu Verfahren entwickelt werden, wie im Rahmen der Terminvereinbarung verlässlich das Angebot der psychosozialen Beratung vor Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Untersuchungen verankert werden kann.

Da es sich um einen integrierten Beratungsansatz handelt, kann dazu eine Checkliste (Instrument 1) genutzt werden, die die gesamten Beratungsanliegen an Schwangerschaftsberatungsstellen berücksichtigt und um die Bedarfsklärung zur „Beratung vor Inanspruchnahme von PND“ erweitert wird.

Klientinnen nehmen telefonisch persönlich oder per E-Mail Kontakt zur KSB auf. Aufgrund der unsicheren Datenübermittlung gibt es für die Kontaktaufnahme per E-Mail trägerspezifisch gesonderte Regelungen hinsichtlich einer Datenübermittlung oder den Verweis auf eine telefonische Kontaktaufnahme.

Die folgenden Kriterien/Fragestellungen sind für die telefonische und persönliche Kontaktaufnahme gültig. Sie sind als grundsätzliche Orientierung für die Klärung des Beratungsanliegens und eine angemessene Terminvergabe gedacht. Der „rote Faden“ ergibt sich aus der Beantwortung der einzelnen Fragen. Auf Verlaufsschemata wurde bewusst verzichtet, können aber in den jeweils regionalen QM-Dokumenten Anwendung finden.

INSTRUMENT 1: CHECKLISTE ZUR TERMINVEREINBARUNG

ERSTKONTAKT IN EINER KSB

Welche Informationen benötigt die Beratungsstelle/Beraterin?

- Was ist das Anliegen?
- Möchte die Ratsuchende ihren Namen nennen oder anonym bleiben?
- War die Ratsuchende schon einmal in dieser Beratungsstelle und wenn ja, bei welcher Mitarbeiterin?
- Durch wen wurde an die Beratungsstelle verwiesen?
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Welche Schwangerschaftswoche ist erreicht?
- Ggf. Entbindungstermin?
- Dringlichkeit?
- Krisenintervention?
- Vor Inanspruchnahme PND?
Exemplarische Formulierungen zur Exploration (erstellt von Verwaltungskräften der KSB):
 - In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?
 - Waren Sie schon einmal bei uns?
 - Sind Sie von Ihrem Frauenarzt/-ärztin auf uns aufmerksam gemacht worden?
 - Wurde mit Ihnen schon das Thema „vorgeburtliche Untersuchungen“ angesprochen?
 - Stehen in der nächsten Zeit vorgeburtliche Untersuchungen an?
 - Wenn ja, wann? Dann kann ich Ihnen vorher noch einen Termin anbieten.
 - Sie können sich dann auch zu diesem Thema bei uns ergänzend informieren und beraten.
- Besteht ein Schwangerschaftskonflikt?
- Wird ein Beratungsnachweis gewünscht?
- Wer soll am Beratungsgespräch teilnehmen (Partner, Kindsvater, Eltern, Vertrauensperson)?
- Ist eine ausreichende Sprachkompetenz zur Verständigung vorhanden (Fremdsprachlichkeit, Gehörlosigkeit)?

- Bitte um Angabe einer Kontaktmöglichkeit (in der Regel Telefonnummer zur kurzfristigen Erreichbarkeit bei Terminänderungen)
- Ggf. Nachfrage nach Wohnort oder Arbeitsstelle hinsichtlich des Angebotes der Wahl des Beratungsstandortes.

Welche Informationen benötigt die Ratsuchende?

- Signal: sie ist mit ihrem Anliegen bei uns richtig!
- Welche Unterlagen muss sie ggf. anlassbezogen mitbringen?
- Partner, Kindsvater, Angehörige oder Vertraute sind ebenso in der Beratung willkommen (Konzeption/Rechtsanspruch).
- Beratung kann auch anonym erfolgen – in unterschiedlichen Zusammenhängen relevant

Mit dem aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatz kommen auch logistische Herausforderungen auf die KSB zu. So treten durch die begrenzten personellen und zeitlichen Ressourcen Beratungsanliegen Ratsuchender miteinander in Konkurrenz, muss zwischen der schwangeren Ratsuchenden in der 26. Schwangerschaftswoche, die ihren Arbeitsplatz verloren hat und der Ratsuchenden in der 10. Schwangerschaftswoche, die allgemeine Fragen zur Existenzsicherung mitbringt, aber auch vor einer vorgeburtlichen Untersuchung wie z. B. der Messung der Nackentransparenz steht, die Vorrangigkeit entschieden werden.

Stehen Schwangerschaftskonfliktberatungen im engeren Sinne mit der Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch und ähnlich bedrohlichen existentiellen Fragestellungen in der Praxis der Terminvergabe an erster Stelle, muss bei engen Ressourcen im Weiteren eine Festlegung hinsichtlich der Gewichtung getroffen werden.

Anamnese und Anknüpfungspunkte: Themen der Beratung

Der von der schwangeren Frau benannte „Anlass der Kontaktaufnahme“ gibt erste Hinweise für die Richtung des Beratungsauftrages. Im Laufe des weiteren Beratungsprozesses kann dieser durch die im „Gesprächsverlauf benannten Frage- und Problemstellungen“ differenziert, weiterentwickelt und/oder modifiziert werden.

Aus fachlicher Sicht sind hierbei die jeweiligen Zeitpunkte und Entstehungszusammenhänge der Beratungsthemen zu unterscheiden und zu beachten. Sie spielen für die Wahr-

nehmung von mitschwingenden Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik eine wichtige Rolle. Im Rahmen der Auftragsklärung werden sie gemeinsam mit der Ratsuchenden herausgearbeitet und geschärft. Durch die gewissenhafte Exploration des Beratungsanlasses können Themen der psychosozialen Beratung sichtbar und damit bearbeitbar werden. Die Ratsuchende bestimmt selbst, welche Themen in der weiteren Bearbeitung Gegenstand der psychosozialen Beratung sein sollen und in einem entsprechenden „Beratungskontrakt“ festgehalten werden können.

Hier zeigt sich das Selbstverständnis der psychosozialen Beratung, die sich als ein „ressourcenorientierter dialogischer Prozess versteht, in dem die Beraterin durch den Aufbau einer Beziehung und den Wechsel von Information, Aufklärung und Beratung entsprechend dem persönlichen Bedürfnis der Ratsuchenden eine Entscheidungsfindung begleitet. Dabei werden die biografischen und lebensweltlichen Zusammenhänge mit Hilfe eines systemischen Ansatzes einbezogen“ (Quelle Nr. 2, S. 11).

In diesem Prozess bedarf es auf Seiten der Beraterinnen einer entsprechenden Grundhaltung und Verantwortung in der Beratung. In der fachlichen Einordnung des Beratungsansatzes „Aktiv, Früh, Integriert“ hat sich der Begriff der „Respektvollen Aufrichtigkeit“ geprägt. Aus Respekt vor der Ratsuchenden und den für sie möglichen Konsequenzen der PND wird das Thema aktiv angeboten. Dies trägt dazu bei, das Tabu und die Diskrepanz von Untersuchungshäufigkeit und des In-Sprache-Bringens der Entscheidungssituation zu mildern. Hierbei wird das Zusammenwirken der drei methodischen Formen Information, Aufklärung und Beratung genutzt, um die Be- und Verarbeitung der Fragestellungen auf alle drei Ebenen (kognitive, emotionale und Handlungsebene) zu ermöglichen und zu unterstützen (Quelle Nr. 3, S. 15).

INSTRUMENT 2: ANAMNESELEITFADEN

Der Erstkontakt zur Beratungsstelle setzt den zeitlichen Beginn eines Beratungsprozesses. Die darin erfolgten ersten Klärungen werden im Erstgespräch aufgenommen und fortgeführt. Beide prägen maßgeblich den Beratungsprozess. Die Themenbereiche des inneren Leitfadens spiegeln sich im Anamneseleitfaden. Um den „Raum“ für alle in einer Schwangerschaft relevanten Themen zu öffnen kann es zu Beginn des Beratungsprozesses wichtig sein, aktiv Themen zu benennen. Diese können im Erstgespräch bearbeitet oder evtl. erst später in der Schwangerschaft aufgegriffen werden.

Dies gilt insbesondere für das Themenspektrum der pränatalen Diagnostik. Liegen der Erstkontakt, das Erstgespräch z. B. vor einer Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik, so kann das aktive Angebot zu einer Klärung des Themas – orientiert am jeweiligen individuellen Informations- und Entscheidungsbedarf der Klientin/des Klienten – eine psychosoziale Entscheidungshilfe ermöglichen.

Ist das Thema für die Ratsuchenden nach eigener Einschätzung nicht relevant, kann oder möchte sie/er das Thema nicht näher betrachten, so ist auch diese gemeinsame Feststellung und Wahrnehmung ein Teil der Anamnese und ermöglicht ein Bewusstwerden.

Die Anamnese ist Bestandteil des Erstgesprächs, sie ist aber auch weiterhin Teil des Beratungsprozesses.

Themenspektrum des Anamneseleitfadens:

- Angaben zur Kontaktaufnahme
- Biographische und soziographische Inhalte
- Spezifische Aspekte der Schwangerschaft, des Elternwerdens
- Kontext von PND (Schwangere, Partner/in, Familienangehörige) ▶ siehe Aufgliederung Folgeseite
- Verfasstheit der Person

ANAMNESELEITFADEN

Angaben zur Kontaktaufnahme:

- Erstkontakt/Folgekontakt
- Setting: Ratsuchende(r), Partner/in, Familienangehörige, Sonstige
- Vorinformationen zur/über Beratung
- Verweisung/Empfehlung durch Dritte/Medien
- Anlass der Kontaktaufnahme (in Schwangerschaft, nach Geburt)
- Anliegen
 - Im Erstkontakt/-gespräch (Telefon/erstes Beratungsgespräch) von Klientin aktiv benannt
 - Im weiteren Verlauf exploriert
- Kontaktdaten
- Vereinbarungen über Datenschutz (Umgang mit Kontaktdaten, Erfassung von Daten usw.)

Biographische und soziographische Inhalte:

- Alter/Geburtsdatum
- Familienstand
- Partner-und Familiensituation

- Anzahl/Zeitpunkt (Geburten, Fehl- oder Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Kindstod)
- Ungewollte Kinderlosigkeit
- Wohnsituation (wo, mit wem, welche Bedingungen)
- Migrationshintergrund/Nationalität
- Sprachkenntnisse/Verständigungsmöglichkeit/Sprachfähigkeit
- Religionszugehörigkeit/Weltanschauung/ethische Grundhaltung/Sinnstiftung
- Schulbildung, Ausbildung, Beruf, derzeitige Tätigkeit
- Finanzielle Absicherung/Einkommenssituation

Spezifische Aspekte der Schwangerschaft, des Elternwerdens:

- Schwangerschaftswoche
- Entbindungstermin / Zeitpunkt der Geburt
- Praktizierte Kontrazeption der Schwangeren/ des Paares
- Genereller Kinderwunsch der Ratsuchenden/ Partner/in, Familienangehörige, Freunde usw.
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Entstehung der Schwangerschaft (geplant, ungeplant, ambivalent, willkommen, ablehnend – vgl. Anknüpfungspunkte)
- Einstellung zur Schwangerschaft: Schwangere, Partner/in, Familienangehörige, Freunde
- Vorerfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt der Schwangeren, Familienangehörigen, Freunde
- Erfahrungen mit eigenen Eltern (welche inneren Repräsentanzen entstanden aus der Erfahrung mit der eigenen Mutter und dem eigenen Vater)
- Vorstellungen zur eigenen Rolle als Mutter/Vater
- Erwartungen an Schwangerschaft
- Gesundheitliche Verfassung der werdenden Mutter (physisch, psychisch)
- Gesundheitliche Verfassung des ungeborenen Kindes (physisch, psychisch)
- Schwangerschaftserleben
- Beziehung zum ungeborenen Kind/Bilder/Wünsche
- Spezifische Belastungen, Ängste, Sorgen in Bezug auf die Schwangerschaft und Geburt
- Vorbereitung auf die Entbindung (Geburtsvorbereitung, Klinik)
- Haltung zu Geburt/Kaiserschnitt
- Stand der Vorbereitung auf das Kind

Kontext von PND

(Schwangere/ Partner/in/ Familienangehörige):

- Kenntnisstand, Informationswunsch, Auseinandersetzung, Entscheidungsfindung
- Schwangerschaft als natürlicher Vorgang/ zu überwachender Vorgang
- Möglichkeiten der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung des ungeborenen Kindes (was unterstützt – was hindert)
- Sorge/Ängste vor Krankheit, Behinderung, Verlust des Kindes
- Einstellung zu einem Kind mit Krankheit/ Behinderung (Schwangere, PartnerIn, Familie)
- Besteht Drucksituation
- Potentieller Schwangerschaftskonflikt
- Bisherige Untersuchungen/nächste Untersuchung
- Ärzte/innen/ Hebammenkontakte
- Weitere involvierte Personen oder Dienste/ Einrichtungen

Verfasstheit der Person:

- Generelle gesundheitliche Situation (physisch, psychisch)
- Belastungen durch traumatische Lebenserfahrungen, Verlusterfahrungen
- Aktuelle Stressfaktoren, Stressbewältigung
- Risiken der Lebensführung (z. B.: Süchte, Verschuldung etc.)
- Selbsterleben, Selbstverständnis, Gefühlserleben
- Selbstorganisation
- Sexualität, Kontrazeption
- Beziehungserleben, Zugehörigkeit, Einbindung, Perspektiven
- Defizite, Abhängigkeiten, Konflikte, Ambivalenzen
- Ressourcen, gesundheitsfördernde Faktoren, Unterstützungsfaktoren, Bewältigungsstrategien
- Rollenflexibilität, Kompetenzen, Handlungsspielräume
- Wünsche, Perspektiven, Ziele – Handlungsstrategien
- Sinnerleben – was wird als sinnstiftend erlebt? (z. B.: moralische Grundhaltungen, Bindung an Religion, Zugehörigkeit zu Wertegemeinschaften, vertrauende Haltung, Vorbilder)

Auf der Grundlage eines im Team abgestimmten Anamneseleitfadens können, angepasst an die jeweiligen trägerspezifischen Dokumentationsformen der Beratung, ergänzende Instrumente vor Ort zur Verankerung des aktiven, frühen, integrierten Ansatzes der Pränatalen Diagnostik in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung geschaffen werden (z. B. Berücksichtigung der Themen im Aktendeckblatt, Instrument 4).

INSTRUMENT 3: ANKNÜPFUNKTE

Im Folgenden ist eine Auswahl an Anknüpfungspunkten und Fragestellungen aufgelistet, die im Gespräch mit der Klientin/ dem Klienten einen aktiven Zugang zur Thematik der PND ermöglichen können. Die angebotenen Formulierungen sind nicht streng voneinander abzugrenzen, sondern überlappen sich thematisch. Dabei handelt es sich nicht um eine abgeschlossene oder chronologische Auflistung.

Anknüpfungspunkte und Fragestellungen sind keine Stereotypen. Sie müssen im Hinblick auf die jeweilige Situation und Intervention in der Beratung ausgewählt und modifiziert werden. Gleichzeitig bietet diese Auswahl eine Grundlage für die fachliche Auseinandersetzung im Team der Beratungsstellen und im Zusammenhang mit einer fachlichen Selbstreflexion jeder Beraterin.

Es wurde auf möglichst praxisnahe Formulierungen geachtet, die jede Beraterin für sich und die Ratsuchenden angemessen modifizieren und erweitern kann und muss.

ANKNÜPFUNKTE UNTER VERSCHIEDENEN THEMENKOMPLEXEN

Kontaktaufnahme bezüglich einer Terminvergabe oder in der Eröffnung des Beratungsgesprächs

- Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden?
- Haben Sie ein bestimmtes Anliegen?
- Hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin Sie über die Beratungsstelle informiert?
- Gibt es einen bestimmten Grund/Anlass, warum Ihr Arzt/Ärztin Ihnen die Beratung empfohlen hat?
- Steht eine Untersuchung an?

Soziographische Daten wie Alter der Frau, frühere Schwangerschaften, Familienstand, Lebensform

- Ist es für Sie ein guter Zeitpunkt schwanger zu sein?
- Machen Sie sich Gedanken wegen Ihres Alters? Hat Ihr Alter Auswirkungen auf Ihre Schwangerschaft?

- Wurden Ihnen wegen Ihres Alters besondere vorgeburtliche Untersuchungen empfohlen? Haben Sie bereits Erfahrungen mit PND?
- Welche Haltung haben Sie, was denken Sie zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Welche Meinung hat Ihr Partner zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Was sagt Ihre Familie zu vorgeburtlichen Untersuchungen?

Entstehungsgeschichte Kind: erwünscht (geplant, ungeplant, unerfüllt) oder unerwünscht bzw. angenommene/nicht angenommene Schwangerschaft

- Ist die Schwangerschaft geplant oder ungeplant?
- Machen Sie sich deshalb mehr Gedanken über die Gesundheit Ihres Kindes?
- Wie wichtig ist es deshalb für Sie, etwas über Ihr Kind zu erfahren?
- Wurden Sie gleich schwanger oder wünschen Sie sich schon lange ein Kind?
- Was wäre Ihnen besonders wichtig, wenn Sie daran denken, dass Sie für Ihr Kind gut sorgen wollen?
- Wenn Sie lange auf Ihr Kind warten mussten, möchten Sie jetzt ganz besonders vorsichtig sein? Was hilft Ihnen dabei?
- Planen Sie vorgeburtliche Untersuchungen? Was möchten Sie über Ihr Kind wissen?

Partner/Vater des Kindes

- Wie stehen Sie zum Vater des Kindes?
- Was sagt ihr Partner zu der Schwangerschaft? Was verbindet er mit dem Vaterwerden?
- Wie denkt Ihr Partner über vorgeburtliche Untersuchungen?
- Gibt es gleiche/unterschiedliche Vorstellungen bei Ihnen?
- Wie beeinflusst Sie die Einstellung Ihres Partners?
- Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen wie es für Sie wäre, wenn Ihr Kind krank wäre oder eine Behinderung hätte?

Schwangerschaft/Veränderung/psychische und physische Befindlichkeit

- Ist dies Ihre erste Schwangerschaft? Waren Sie schon einmal schwanger?
- Wie sind Sie in den früheren Schwangerschaften mit PND umgegangen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den vorgeburtlichen Untersuchungen gemacht?

- Haben Sie vor, jetzt etwas anders zu machen? Warum?
- Wie geht es Ihnen mit der Schwangerschaft?
- Was verbinden Sie mit Ihrem Kind?
- Was denken Sie, wie wird sich Ihr Leben verändern?
- Haben Sie Wünsche, Hoffnungen, Ängste?
- Was möchten Sie über Ihr Kind wissen?
- Was wäre wenn...?
- Spüren Sie denn schon etwas von Ihrer Schwangerschaft?
- Was nehmen sie wahr von Ihrem Kind?
- Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind?
- Wie wurde die Schwangerschaft festgestellt?
- Haben Sie einen Test gemacht?
- Waren Sie schon beim Arzt?
- Welche Informationen haben Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin bekommen? Wurden Ihnen vom Arzt vorgeburtliche Untersuchungen angeboten oder empfohlen?
- Haben Sie Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie an die vorgeburtliche Untersuchung denken?
- Wurden bei Ihnen schon vorgeburtliche Untersuchungen durchgeführt?
- Steht eine vorgeburtliche Untersuchung bevor? Gibt es schon einen Termin?
- Fühlen Sie sich gedrängt eine vorgeburtliche Untersuchung durchführen zu lassen? Von wem? Wie gehen Sie damit um?

Schwangerschaftswoche

- In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie jetzt?
- Wurden Sie von Ihrem Arzt auf das Thema vorgeburtliche Untersuchungen angesprochen?
- Überlegen Sie, vorgeburtlichen Untersuchungen durchführen zu lassen?

Ultraschallbild

- Möchten Sie Ultraschalluntersuchungen durchführen lassen? Was wissen Sie über Ultraschalluntersuchungen?
- Wie geht es Ihnen vor/während dem Ultraschall?
- Was versprechen Sie sich von einem Ultraschall?
- Welcher Ultraschall steht als nächstes an?
- Haben Sie Fragen dazu? Wie geht es Ihnen damit?

- Haben Sie einen Ultraschall machen lassen?
- Haben Sie ein Ultraschallbild von Ihrem Kind mitgebracht?
- Was wäre, wenn dem Arzt etwas auffallen würde?

Mutterpass

- Haben Sie schon einen Mutterpass?
- Haben Sie den Mutterpass mitgebracht/dabei? Haben Sie Fragen zum Mutterpass?
- Ich habe in Ihrem Mutterpass gesehen, dass... Mir ist aufgefallen, dass...
- Gibt es irgendwelche körperlichen Beschwerden oder Einschränkungen, die der Arzt im Mutterpass angekreuzt hat?
- Liegt bei Ihnen eine Risikoschwangerschaft vor?

Aspekte: Körperwahrnehmung, Gefühle, Erfahrungen, Lebensgeschichte, Intuition, Träume, spirituelle Dimension...

- Welche Haltungen, Gefühle, Wahrnehmungen helfen Ihnen in Ihrer Schwangerschaft?
- Was tut Ihnen zurzeit gut? Körperlich, seelisch?
- Was unterstützt Sie?
- Was können Sie tun, damit es Ihnen gut geht (besser geht)?
- Spielen vorgeburtliche Untersuchungen dabei eine Rolle?
- Wie können Sie Ihrer Erfahrung nach mit Ängsten gut umgehen?
- Was nehmen Sie körperlich wahr?
- Wie geht es Ihnen mit den Veränderungen in Ihrem Körper?
- Vertrauen Sie Ihrer eigenen Körperwahrnehmung, was gibt Ihnen darin persönlich Sicherheit?
- Wie fühlt sich schwanger sein für Sie an?
- Was hat Ihnen früher geholfen, Sicherheit gegeben in neuen Situationen?
- Worauf verlassen Sie sich in der Schwangerschaft?
- Was gibt Ihnen Sicherheit? Was wirkt sich positiv aus? Worauf vertrauen Sie?

PND kann während der gesamten Schwangerschaft ein Thema für die Schwangere und den werdenden Vater sein, da beide immer wieder mit bestimmten Untersuchungen/Untersuchungsmöglichkeiten konfrontiert werden. War in der Entwicklung der Auflistung der Anknüpfungspunkte insbesondere der frühe Zeitpunkt in der Schwangerschaft im Blick, sind die Fragestellungen nicht auf diesen Zeitraum beschränkt.

Teambesprechungen – Supervision – Pastorale Begleitung

Neben der inhaltlichen und fachlichen Auseinandersetzung mit den Instrumenten der Beratungsarbeit, kommt der strukturellen Verankerung des aktiven, frühen und integrierten Ansatzes eine besondere Bedeutung zu.

Teambesprechung

Der fachliche kollegiale Austausch in Teambesprechungen bietet ergänzend zu Fortbildungen „den“ geeigneten Rahmen für die Vertiefung und Implementierung des Beratungsansatzes. Daher ist eine regelmäßige, bedarfsorientierte Bearbeitung der Erfahrungen in den Teambesprechungen in der Beratungspraxis besonders hilfreich. Die Strukturierung der Besprechungen wird in den KSB je nach Teamgröße und Zusammensetzung unterschiedlich vorgenommen. In der Umsetzung hat es sich bewährt, den Erfahrungsaustausch der Mitarbeiterinnen mit dem aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatz unmittelbar als festen Bestandteil der Tagesordnung (Instrument 5) zu platzieren, d. h. das Thema sichtbar zu machen und ihm wiederkehrend Raum zu geben.

Supervision/Praxisberatung

Supervision wird laut der Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen als ein fachlich kontrollierter berufs- und fortbildungsbezogener Lern- und Arbeitsprozess verstanden. Daher kommt ihr gerade bei der Erprobung und Reflexion eines erweiterten beraterischen Handelns, wie es der aktive, frühe und integrierte Ansatz voraussetzt, eine wesentliche unterstützende und klärende Funktion zu.

Neben dieser Reflexionsmethode spielt die Praxisberatung im beruflichen Alltag eine tragende Rolle. Sie dient der Gewinnung, Erhaltung und Verstärkung der beruflichen Handlungsfähigkeit und kann im Team (s. o.) als kollegiale Beratung, im Zweier-/Dreiergespräch oder unter Anleitung einer/es speziell dafür eingesetzten Praxisberaters/in durchgeführt werden (*Quelle Nr. 5, S. 40 – 41*).

Pastorale Begleitung

„Eine fachliche Auseinandersetzung mit psychosozialen Fragen der pränatalen Diagnostik wirft auch immer Fragen zu ethischen und/oder theologischen Grundlagen und Zu-

sammenhängen auf und fordert eine entsprechende Auseinandersetzung. Weist die fachliche Auseinandersetzung mit ethischen und theologischen Themen einerseits weit über die persönlichen Haltungen und Überzeugungen hinaus, muss deren Reflexion ein zentrales Qualitätsmoment psychosozialer Beratung sein.“

„Aufgrund der Trägerzugehörigkeit besteht für Ratsuchende ein impliziter Anspruch, in der Beratung auch religiöse Themen und Sinnfragen auf der Grundlage unterschiedlichster Weltanschauungen und religiöser Orientierungen bearbeiten zu können.“ Diese Möglichkeit „wird immer wieder von Ratsuchenden in Anspruch genommen“ (*Quelle Nr. 3, S.24*).

Mit dem aktiven, frühen und integrierten Ansatz steht dabei insbesondere die Situation vor der Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik mit ihren spezifischen Fragestellungen – insbesondere den ethischen Implikationen des frühen Zeitpunktes der Entscheidungsfindung und der damit neu definierten „verantworteten Elternschaft“ (*Quelle Nr. 7, S. 10 f.*) im Mittelpunkt.

Die pastorale Begleitung kann dabei einen Rahmen für die vertiefte Auseinandersetzung mit den, auch in der ethisch/theologisch ausgerichteten Literatur noch wenig aufbereiteten Fragestellungen des frühen Zeitpunktes schaffen. Insbesondere mit der Einführung der Bluttests wird der Bedarf auch gesamtgesellschaftlich immer deutlicher gesehen.

Ein Schaubild, das einen Fächer an relevanten Dimensionen der ethisch/theologischen Fragestellungen eröffnet, kann in der Reflexion, in der pastoralen Begleitung, im Team bzw. in der einzelnen Auseinandersetzung unterstützen (siehe Schaubild).



© Dipl.-Theol. Maria-Anna Immerz

QUALIFIZIERUNG

Fortbildung

In der Bedarfsanalyse vor Umsetzung des Beratungsansatzes haben sich in der Beratungspraxis primär die Fortbildungswünsche und -bedarfe zur medizinisch-humanogenetischen, ethischen, rechtlichen und beratungsspezifischen Auseinandersetzung gezeigt. Dabei wird der beratungsspezifischen Auseinandersetzung der höchste Stellenwert zugeschrieben.

In diesem Zusammenhang wurden spezifische Fortbildungen konzipiert. (z. B.: Beratung zur pränatalen Diagnostik in der frühen Schwangerschaft, SkF Landesverband Bayern e.V. und SkF Gesamtverein e.V.) Gleichzeitig wird der Handlungsansatz in der längerfristigen Fortbildung für Beraterinnen der KSB über die Auseinandersetzung mit Schwangerschafts-, Ambivalenz- und Entscheidungskonflikten, dem anamnestischen Vorgehen und der psychosozialen Arbeit mit Widerständen unterstützt. Durch Fachtagungen zu medizinischen, humangenetischen und rechtlichen Fragestellungen kann bedarfsgerecht immer wieder der aktuelle Stand der Entwicklungen in der jeweiligen Disziplin vermittelt werden.

Einordnung in QM-Systeme

Das Bundes-Rahmenhandbuch für Katholische Schwangerschaftsberatung bietet den Rahmen für die Beschreibung der jeweiligen Aufgaben, Kriterien und Anforderungen (Quelle Nr. 6). Ebenso wurden von Bundesländern, Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege sowie Fachdiensten der KSB eigene Qualitätsmanagementsysteme bzw. QM-Bausteine entwickelt.

Der vorliegende Handlungsansatz lässt sich mit seinen bisher entwickelten Instrumenten in die bestehenden Systeme integrieren. Dazu können die jeweiligen vorgestellten Instrumente angepasst oder unmittelbar übernommen werden.

Auch dieser Ansatz bedarf der weiteren Entwicklung und Erprobung. Daher ist es ein Anliegen im Austausch mit den Beratungsstellen zu bleiben, modifizierte Instrumente und Rückmeldungen zur Umsetzung aus der Beratungspraxis zu erhalten und zu kommunizieren.

STATISTIK/

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

DOKUMENTATION UND STATISTISCHE ERFASSUNG

Die KSB dokumentiert die von ihr erbrachten Beratungs-, Hilfe- und Dienstleistungen und hält sie in einer Statistik anhand bundeseinheitlicher Kriterien entsprechend den Anforderungen des Bundes-Rahmenhandbuches der Katholischen Schwangerschaftsberatung fest. Für beides existieren in der Praxis unterschiedliche EDV-Programme (Ebis, SoPart, usw.).

In der statistischen Erfassung werden, orientiert an der bundesweiten Auswertung des Deutschen Caritasverbandes, unterschiedliche Themen der psychosozialen Beratung in den Problemstellungen erfasst. Diese können der Rubrik „Anlass der Kontaktaufnahme“ oder „im weiteren Verlauf benannt“ zugeordnet werden. Dazu dienen zwei spezifische Felder in der Kategorie „Einstellungen zum Kind“ und ein Feld in der Kategorie „Gesundheitliche Situation“.

1. „Im Kontext von Pränataldiagnostik“

Dieses Feld dient der Erfassung aller Fragestellungen rund um PND ohne auffälligen/positiven Befund, also auch der Dokumentation der Umsetzung des aktiven, frühen und integrierten Ansatzes.

2. „Auffälliger Befund/Zu erwartende Behinderung des Kindes“

An dieser Stelle können alle Problemstellungen im Zusammenhang mit irritierenden bzw. auffälligen Befunden erfasst werden.

3. „Fragen zu Vorsorge/Schwangerschaft und Geburt“

Aufgrund des fließenden Übergangs zur PND bildet dieses Feld alle eng begrenzten Probleme, bzw. Fragestellungen der Vorsorge/Schwangerschaft und Geburt ab. Werden über z. B. Ultraschalluntersuchungen auch Fragen der PND berührt, kann ergänzend das Feld „Im Kontext von Pränataldiagnostik“ zur Eingabe genutzt werden.

Neben dieser EDV gestützten statistischen Erfassung und Dokumentation verfügen Beratungsstellen über unterschiedliche Formen und Vorlagen der handschriftlichen Dokumentation wie z. B. Aktendeckblätter, Karteikarten. Liegen solche Instrumente zur Erfassung des Beratungsverlaufs vor, ist es sinnvoll ein entsprechendes Feld für die Dokumentation des Themenkomplexes der PND festzulegen (*Instrument 4*).

Mit der Einführung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes findet erfahrungsgemäß kein Anstieg der Fallzahlen statt, da den anfragenden Ratsuchenden ohnehin ein Beratungstermin in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung angeboten worden wäre. Allerdings ermöglicht die frühe Terminvergabe nicht nur das Angebot der Beratung vor Inanspruchnahme von PND, sondern auch die Bearbeitung der unterschiedlichen, in der Anamnese und im Verlauf benannten, Problemstellungen mit weniger Zeitdruck. Damit kann sich die Anzahl der Beratungstermine in der Schwangerschaft erhöhen.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Ein erster Schritt der Öffentlichkeitsarbeit ist es, in Flyern oder innerhalb des Internetauftrittes die Empfehlung zu geben, psychosoziale Beratung möglichst frühzeitig in Anspruch zu nehmen. Dieser Hinweis wird je nach Länder-

regelungen teilweise im Zusammenhang mit Leistungen der „Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ aufgenommen und könnte z. B. wie folgt ergänzt werden:

- Je früher Sie sich melden, desto schneller können wir Sie umfassend informieren und beraten.
- In finanzieller Notlage ist ein Zugang zu einigen Hilfsfonds (z.B. „Landesstiftung Hilfe für Mutter und Kind“) nur vor der Geburt des Kindes möglich.
- Da vorgeburtliche Untersuchungen immer früher einsetzen, ist auch in diesem Zusammenhang eine frühzeitige Beratung vor der 12. Schwangerschaftswoche sinnvoll.“

Ebenso können Evaluationsergebnisse des Modellprojektes aufgegriffen werden.

ZU GUTER LETZT

Gerne möchten wir die „Originaltöne“ der Beraterinnen zitieren, die auf die Frage „was sie gerne einer Kollegin mitteilen würde, die sich in den aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatz einarbeitet“ wie folgt antworteten:

„Druck für Implementierung nicht zu groß werden lassen – aber fester Bestandteil in Beratung. Keine Scheu vor der Beratung zu haben, wenn das Thema PND schwierig anzusprechen ist – kann das auch an meiner eigenen Unsicherheit liegen. Abbau der Angst im Beratungsgespräch mit Widerständen zu arbeiten, Zutrauen zu eigenen Fähigkeiten. In das persönliche Beratungsraster das Thema fest integrieren. Keine zu hohen Erwartungen, dass es nicht darauf ankommt, sich medizinisches Detailwissen anzueignen. Dass Austausch mit Kolleginnen wichtig ist. Im Grunde geht es „nur“ um die Unterstützung einer Entscheidung – Hilfe zur Entscheidungsfindung, außerdem ist PND eine normale Angelegenheit für alle Schwangeren. Gründliches Befassen mit Thematik, Austausch mit anderen. Reflexion, „die Klientin bestimmt, wieviel sie will und was sie will. Fachliteratur – Rollenspiel – Austausch. Große Sensibilität erforderlich, evtl. Ablehnung der Klientin, sich damit auseinandersetzen, akzeptieren. Gleichzeitig aber Angebot geben, dass jederzeit bei Bedarf und Wunsch PND zum Thema gemacht werden kann. Eigene Positionierung braucht Zeit und Information. Die Angst vor PND ist unbegründet, Mut machen (für die eigene innere Auseinandersetzung mit dem PND) aber auch auf eigene Grenzen achten. Im Beratungsgespräch keine Angst, PND ins Gespräch zu bringen. Vertrauen in die eigene Kompetenz. Das Thema PND gehört zur gynäkologischen Praxis – nicht wir schaffen die Verunsicherung. Erstens ist es einfacher als man denkt, das Thema anzusprechen. Zweitens soll sie (die Kollegin) frühzeitig eine Fortbildung besuchen. Die Beschäftigung, wie PND in die allgemeine Schwangerenberatung integriert werden kann ist sehr wertvoll; so dass sie dem Thema einen eigenen Stellenwert einräumt und versucht es nicht nur anzuhängen, mehr Zeit für das Beratungsgespräch einplanen. Die Fortbildung zu beraterischer Fragestellung möglichst früh absolvieren; PND ist ein Teil der Beratung. Du darfst auch mal unsicher sein oder was ausprobieren; das Thema ist sehr spannend mit seinen verschiedenen Dimensionen, die erst nach und nach verstehbar werden, oder auftauchen – auch in den Tiefen. Fortbildung ist wichtig zu den verschiedenen Aspekten, das Thema feinfühlig oder auch mal nicht anzusprechen.“

(Auszug aus der Zusammenfassung der Evaluation der Fortbildung „Beraterische Fragestellungen im Kontext der Pränataldiagnostik“ im Rahmen des Modellprojektes)

Die bisherigen Erfahrungen in der Umsetzung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes zeigen, dass die Bearbeitung des Themas PND schon zu einem frühen Zeitpunkt möglich ist. Dabei gewinnt der Themenkomplex der PND an Leichtigkeit, da die bestehenden Fragestellungen der Ratsuchenden von Anfang an aufgegriffen werden. Gleichzeitig lässt sich der Beratungsansatz in unterschiedlich organisierten und ausgestatteten Schwangerschaftsberatungsstellen umsetzen.

Da die PND aus medizinischer Sicht den gesamten Schwangerschaftsverlauf als „Vorsorgeangebot“ begleitet, kann im Rahmen einer allgemeinen Beratung das Themenspektrum der PND integriert angeboten werden. Durch eine stärkere Profilbildung der KSB in der psychosozialen Beratung im Kontext von PND nach innen und außen ermöglicht der aktive, frühe und integrierte Beratungsansatz Ratsuchenden darüber hinaus, bei irritierenden oder auffälligen Befunden gezielt die KSB erneut oder erstmalig aufzusuchen.

Wir wünschen Ihnen in der Umsetzung des aktiven, frühen und integrierten Beratungsansatzes fruchtbare Erfahrungen und freuen uns auf Rückmeldung und Anregungen zur Weiterentwicklung.

Deutscher Caritasverband e. V.
Sabine Fährdrich
Tel.: 0761 200-454
E-Mail: sabine.fahndrich@caritas.de

Sozialdienst katholischer Frauen
Gesamtverein e. V.
Gabriele Glorius
Tel.: 0231 557026-15
E-Mail: glorius@skf-zentrale.de

Fragen zum Beratungsansatz, Informationen zu Datengrundlagen usw. können darüber hinaus gerne gerichtet werden an:

Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Würzburg
Anna Elisabeth Thieser
Tel.: 0931/13811
E-Mail: thieser.annaelisabeth@skf-wue.de

Sozialdienst katholischer Frauen Bayern e. V.
Tel.: 089/5388600
E-Mail: Landesverband@skfbayern.de

INSTRUMENTE/VORLAGEN

INSTRUMENT 1

Checkliste zur Terminvereinbarung – Erstkontakt in einer KSB

Welche Informationen benötigt die Beratungsstelle/Beraterin?

- Was ist das Anliegen?
- Möchte die Ratsuchende ihren Namen nennen oder anonym bleiben?
- War die Ratsuchende schon einmal in dieser Beratungsstelle und wenn ja, bei welcher Mitarbeiterin?
- Durch wen wurde an Beratungsstelle verwiesen?
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Welche Schwangerschaftswoche ist erreicht?
- Ggf. Entbindungstermin?
- Dringlichkeit?
- Krisenintervention?
- [Vor Inanspruchnahme PND?](#)
- Besteht ein Schwangerschaftskonflikt?
- Wird ein Beratungsnachweis gewünscht?
- Wer soll am Beratungsgespräch teilnehmen (Partner, Kindsvater, Eltern, Vertrauensperson)?
- Ist eine ausreichende Sprachkompetenz zur Verständigung vorhanden (Fremdsprachlichkeit, Gehörlosigkeit)?
- Bitte um Angabe einer Kontaktmöglichkeit (in der Regel Telefonnummer zur kurzfristigen Erreichbarkeit)
- Ggf. Nachfrage nach Wohnort oder Arbeitsstelle hinsichtlich des Angebotes der Wahl des Beratungsstandortes.

Welche Informationen benötigt die Ratsuchende?

- Signal: sie ist mit ihrem Anliegen bei uns richtig!
- Welche Unterlagen muss sie ggf. anlassbezogen mitbringen?
- Partner, Kindsvater, Angehörige oder Vertraute sind ebenso in der Beratung willkommen (Konzeption/Rechtsanspruch).
- Beratung kann auch anonym erfolgen
- Tag, Uhrzeit, Ort des vereinbarten Termins, Name der Beraterin

Informationen zu rechtlichen Grundlagen in Deutschland im Kontext der PND oder des „frühen“ Zeitpunktes

Bei Konfliktberatungen vor 12. SSW (keine medizinische Indikation):

- Frist bis zur 12. Schwangerschaftswoche nach Empfängnis (Berechnung des Arztes ausschlaggebend)
- Beratungsregelung: psychosoziale Beratung für Schwangere verpflichtend
- Wartezeit zwischen Beratung und evtl. Schwangerschaftsabbruch (3 Tage)
- Beratungstermin zur psychosozialen Beratung wird innerhalb von drei Werktagen vergeben
- KSB kann erfahren beraten und die unterschiedlichen Wege gemeinsam mit den Ratsuchenden durchgehen
- KSB stellt keinen Beratungsnachweis aus – dies geschieht nach erfolgter Beratung auf Wunsch der Ratsuchenden in staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen

Bei Konfliktberatungen nach der 12. SSW (medizinische Indikationsstellung):

- Indikationsstellung durch Arzt erforderlich
- keine Beratungspflicht der Frau – Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung
- aber Angebot der psychosozialen Beratung durch Arzt verpflichtend erforderlich
- bei auffälligem Befund ergänzt durch Kontaktaufnahme des Arztes zur Beratungsstelle auf der Grundlage der Einwilligung der Frau (im Schwangerschaftskonfliktgesetz seit 1.1.2010 rechtsgültig geregelt)
- Psychosoziale Beratung ist Schwangerschaftsberatungsstellen ein wichtiges Anliegen, um Menschen in dieser schwierigen Situation unterstützen und begleiten zu können.

Vor einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses

- ist die Schwangere durch den Arzt/die Ärztin ergänzend auf den Beratungsanspruch nach §2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hinzuweisen. (vgl. auch Gendiagnostikgesetz rechtsgültig seit 1.02.2010)

INSTRUMENT 2

Anamneseleitfaden

Angaben zur Kontaktaufnahme:

- Erstkontakt/Folgekontakt
- Setting: Ratsuchende(r), Partner/in, Familienangehörige, Sonstige
- Vorinformationen zur/über Beratung
- Verweisung/Empfehlung durch Dritte/Medien
- Anlass der Kontaktaufnahme (in Schwangerschaft, nach Geburt)
- Anliegen
 - Im Erstkontakt/-gespräch (Telefon/erstes Beratungsgespräch) von Klientin aktiv benannt
 - Im weiteren Verlauf exploriert
- Kontaktdaten
- Vereinbarungen über Datenschutz (Umgang mit Kontaktdaten, Erfassung von Daten usw.)

Biographische und soziographische Inhalte:

- Alter/Geburtsdatum
- Familienstand
- Partner-und Familiensituation
- Anzahl/Zeitpunkt (Geburten, Fehl- oder Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Kindstod)
- Ungewollte Kinderlosigkeit
- Wohnsituation (wo, mit wem, welche Bedingungen)
- Migrationshintergrund/Nationalität
- Sprachkenntnisse/Verständigungsmöglichkeit/Sprachfähigkeit
- Religionszugehörigkeit/Weltanschauung/ethische Grundhaltung/Sinnstiftung
- Schulbildung, Ausbildung, Beruf, derzeitige Tätigkeit
- Finanzielle Absicherung/Einkommenssituation

Spezifische Aspekte der Schwangerschaft, des Elternwerdens:

- Schwangerschaftswoche
- Entbindungstermin / Zeitpunkt der Geburt
- Praktizierte Kontrazeption der Schwangeren/des Paares
- Genereller Kinderwunsch der Ratsuchenden/Partner/in, Familienangehörige, Freunde usw.
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Entstehung der Schwangerschaft (geplant, ungeplant, ambivalent, willkommen, ablehnend – vgl. Anknüpfungspunkte)
- Einstellung zur Schwangerschaft: Schwangere, Partner/in, Familienangehörige, Freunde
- Vorerfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt der Schwangeren, Familienangehörigen, Freunde
- Erfahrungen mit eigenen Eltern (welche inneren Repräsentanzen entstanden aus der Erfahrung mit der eigenen Mutter und dem eigenen Vater)
- Vorstellungen zur eigenen Rolle als Mutter/Vater
- Erwartungen an Schwangerschaft
- Gesundheitliche Verfassung der werdenden Mutter (physisch, psychisch)
- Gesundheitliche Verfassung des ungeborenen Kindes (physisch, psychisch)
- Schwangerschaftserleben
- Beziehung zum ungeborenen Kind/Bilder/Wünsche
- Spezifische Belastungen, Ängste, Sorgen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt
- Vorbereitung auf die Entbindung (Geburtsvorbereitung, Klinik)
- Haltung zu Geburt/Kaiserschnitt
- Stand der Vorbereitung auf das Kind

Kontext von PND (Schwangere/ Partner/in/ Familienangehörige):

- Kenntnisstand, Informationswunsch, Auseinandersetzung, Entscheidungsfindung
- Schwangerschaft als natürlicher Vorgang/ zu überwachender Vorgang
- Möglichkeiten der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung des ungeborenen Kindes (was unterstützt – was hindert)
- Sorge/Ängste vor Krankheit, Behinderung, Verlust des Kindes
- Einstellung zu einem Kind mit Krankheit/ Behinderung (Schwangere, PartnerIn, Familie)
- Besteht Drucksituation
- Potentieller Schwangerschaftskonflikt
- Bisherige Untersuchungen/nächste Untersuchung
- Ärzte/innen/Hebammenkontakte
- Weitere involvierte Personen oder Dienste/ Einrichtungen

Verfasstheit der Person:

- Generelle gesundheitliche Situation (physisch, psychisch)
- Belastungen durch traumatische Lebenserfahrungen, Verlusterfahrungen
- Aktuelle Stressfaktoren, Stressbewältigung
- Risiken der Lebensführung (z. B.: Süchte, Verschuldung etc.)
- Selbsterleben, Selbstverständnis, Gefühlsleben
- Selbstorganisation
- Sexualität, Kontrazeption
- Beziehungserleben, Zugehörigkeit, Einbindung, Perspektiven
- Defizite, Abhängigkeiten, Konflikte, Ambivalenzen
- Ressourcen, gesundheitsfördernde Faktoren, Unterstützungsfaktoren, Bewältigungsstrategien
- Rollenflexibilität, Kompetenzen, Handlungsspielräume
- Wünsche, Perspektiven, Ziele – Handlungsstrategien
- Sinnerleben – was wird als sinnstiftend erlebt? (z. B.: moralische Grundhaltungen, Bindung an Religion, Zugehörigkeit zu Wertegemeinschaften, vertrauende Haltung, Vorbilder)

INSTRUMENT 3

Anknüpfungspunkte unter verschiedenen Themenkomplexen

Kontaktaufnahme bezüglich einer Terminvergabe oder in der Eröffnung des Beratungsgesprächs

- Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden?
- Haben Sie ein bestimmtes Anliegen?
- Hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin Sie über die Beratungsstelle informiert?
- Gibt es einen bestimmten Grund/Anlass, warum Ihr Arzt/Ärztin Ihnen die Beratung empfohlen hat?
- Steht eine Untersuchung an?

Soziographische Daten wie Alter der Frau, frühere Schwangerschaften, Familienstand, Lebensform

- Ist es für Sie ein guter Zeitpunkt schwanger zu sein?
- Machen Sie sich Gedanken wegen Ihres Alters? Hat Ihr Alter Auswirkungen auf Ihre Schwangerschaft?
- Wurden Ihnen wegen Ihres Alters besondere vorgeburtliche Untersuchungen empfohlen? Haben Sie bereits Erfahrungen mit PND?
- Welche Haltung haben Sie, was denken Sie zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Welche Meinung hat Ihr Partner zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Was sagt Ihre Familie zu vorgeburtlichen Untersuchungen?

Entstehungsgeschichte Kind: erwünscht (geplant, ungeplant, unerfüllt) oder unerwünscht bzw. angenommene/nicht angenommene Schwangerschaft

- Ist die Schwangerschaft geplant oder ungeplant?
- Machen Sie sich deshalb mehr Gedanken über die Gesundheit Ihres Kindes?
- Wie wichtig ist es deshalb für Sie, etwas über Ihr Kind zu erfahren?
- Wurden Sie gleich schwanger oder wünschen Sie sich schon lange ein Kind?

- Was wäre Ihnen besonders wichtig, wenn Sie daran denken, dass Sie für Ihr Kind gut sorgen wollen?
- Wenn Sie lange auf Ihr Kind warten mussten, möchten Sie jetzt ganz besonders vorsichtig sein? Was hilft Ihnen dabei?
- Planen Sie vorgeburtliche Untersuchungen? Was möchten Sie über Ihr Kind wissen?

Partner/ Vater des Kindes

- Wie stehen Sie zum Vater des Kindes?
- Was sagt ihr Partner zu der Schwangerschaft? Was verbindet er mit dem Vaterwerden?
- Wie denkt Ihr Partner über vorgeburtliche Untersuchungen?
- Gibt es gleiche/unterschiedliche Vorstellungen bei Ihnen?
- Wie beeinflusst Sie die Einstellung Ihres Partners?
- Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen wie es für Sie wäre, wenn Ihr Kind krank wäre oder eine Behinderung hätte?

Schwangerschaft/Veränderung/psychische und physische Befindlichkeit

- Ist dies Ihre erste Schwangerschaft? Waren Sie schon einmal schwanger?
- Wie sind Sie in den früheren Schwangerschaften mit PND umgegangen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den vorgeburtlichen Untersuchungen gemacht?
- Haben Sie vor, jetzt etwas anders machen? Warum?
- Wie geht es Ihnen mit der Schwangerschaft?
- Was verbinden Sie mit Ihrem Kind?
- Was denken Sie, wie wird sich Ihr Leben verändern?
- Haben Sie Wünsche, Hoffnungen, Ängste?
- Was möchten Sie über Ihr Kind wissen?
- Was wäre wenn...?
- Spüren Sie denn schon etwas von Ihrer Schwangerschaft?
- Was nehmen sie wahr von Ihrem Kind?
- Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind?
- Wie wurde die Schwangerschaft festgestellt?
- Haben Sie einen Test gemacht?
- Waren Sie schon beim Arzt?

- Welche Informationen haben Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin bekommen? Wurden Ihnen vom Arzt vorgeburtliche Untersuchungen angeboten oder empfohlen?
- Haben Sie Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen?
- Wie geht es Ihnen damit, wenn Sie an die vorgeburtliche Untersuchung denken?
- Wurden bei Ihnen schon vorgeburtliche Untersuchungen durchgeführt?
- Steht eine vorgeburtliche Untersuchung bevor? Gibt es schon einen Termin?
- Fühlen Sie sich gedrängt eine vorgeburtliche Untersuchung durchführen zu lassen? Von wem? Wie gehen Sie damit um?

Schwangerschaftswoche

- In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie jetzt?
- Wurden Sie von Ihrem Arzt auf das Thema vorgeburtliche Untersuchungen angesprochen?
- Überlegen Sie, vorgeburtlichen Untersuchungen durchführen zu lassen?

Ultraschallbild

- Möchten Sie Ultraschalluntersuchungen durchführen lassen? Was wissen Sie über Ultraschalluntersuchungen?
- Wie geht es Ihnen vor/während des Ultraschalls?
- Was versprechen Sie sich von einem Ultraschall?
- Welcher Ultraschall steht als nächstes an?
- Haben Sie Fragen dazu? Wie geht es Ihnen damit?
- Haben Sie einen Ultraschall machen lassen?
- Haben Sie ein Ultraschallbild von Ihrem Kind mitgebracht?
- Was wäre, wenn dem Arzt etwas auffallen würde?

Mutterpass

- Haben Sie schon einen Mutterpass?
- Haben Sie den Mutterpass mitgebracht/dabei? Haben Sie Fragen zum Mutterpass?
- Ich habe in Ihrem Mutterpass gesehen, dass...
Mir ist aufgefallen, dass....
- Gibt es irgendwelche körperlichen Beschwerden oder Einschränkungen, die der Arzt im Mutterpass angekreuzt hat?
- Liegt bei Ihnen eine Risikoschwangerschaft vor?

Aspekte: Körperwahrnehmung, Gefühle, Erfahrungen, Lebensgeschichte, Intuition, Träume, spirituelle Dimension...

- Welche Haltungen, Gefühle, Wahrnehmungen helfen Ihnen in Ihrer Schwangerschaft?
- Was tut Ihnen zurzeit gut? Körperlich, seelisch?
- Was unterstützt Sie?
- Was können Sie tun, damit es Ihnen gut geht (besser geht)?
- Spielen vorgeburtliche Untersuchungen dabei eine Rolle?
- Wie können Sie Ihrer Erfahrung nach mit Ängsten gut umgehen?
- Was nehmen Sie körperlich wahr?
- Wie geht es Ihnen mit den Veränderungen in Ihrem Körper?
- Vertrauen Sie Ihrer eigenen Körperwahrnehmung, was gibt Ihnen darin persönlich Sicherheit?
- Wie fühlt sich schwanger sein für Sie an?
- Was hat Ihnen früher geholfen, Sicherheit gegeben in neuen Situationen?
- Worauf verlassen Sie sich in der Schwangerschaft?
- Was gibt Ihnen Sicherheit? Was wirkt sich positiv aus? Worauf vertrauen Sie?

INSTRUMENT 4

AKTENDECKBLATT (Beispiel – Umsetzung Verankerung PND)

.....
Datum

	Frau	Mann <input type="checkbox"/> anwesend
Name:		
Geburtsname:		
Vorname:		
Geb. Datum:		
Familienstand:		
Staatsang./Konf.:		
Straße:		
Wohnort:		
Telefon:		

Mutterpass v.: Arzt: SSW/ET:

Kinderzahl/Geburtsdatum:

erlernter Beruf:		
zur Zeit ausgeübt:		
arbeitslos seit:		

Aufenthaltsstatus / PA-Nr. vom:

Überwiesen durch:

Anlass zur Beratung:

Familienangehörige:

Sonstige Ansprechpartner/in:

Auskünfte möglich an:

Kurznotizen:

.....

Finanzielle Situation:

.....

Wohnungssituation:

.....

Partnerbeziehung und Familiensituation/Partnerbeziehung besteht seit:

.....

Herkunftsfamilie/mögliche Ressourcen/Beelterung/Rollenerwartung:

.....

Soziale Kontakte/mögliche Ressourcen:

.....

Aktuelle / frühere Schwangerschaften/PND-Erfahrung:

.....

Psychische und physische Belastung/mögl. Traumatisierung:

.....

Sexualität/Familienplanung/Kontrazeption:

.....

Persönlicher Eindruck/Selbsterleben/Selbstorganisation/Rollenflexibilität:

.....

Perspektive/Wünsche/Lebenssinn:

.....

Nach ET/Beziehung zum Kind:

.....

Was wurde bisher unternommen:

.....

Getroffene Arbeitsabsprachen:

.....

INSTRUMENT 5

Tagesordnung Teambesprechung (Beispiel – Umsetzung Verankerung PND)

Datum:

Zeit:

Teilnehmerinnen:

Protokoll vom:

TOP	Besprechungspunkt	Ergebnis/Beschluss
1	Außenstelle	
2	PND	
3	Sozialrechtliches – Erfahrungen	
4	Aktuelle Themen usw.	
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Nächste Schritte, Arbeitsaufträge

TOP	verantwortlich	Aktivität

QUELLENVERZEICHNIS

1. Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

aus der Begründung des Gesetzesentwurfs (BT Drs. 16/12970, S. 24) in der Fassung vom 13.05.2009 (verabschiedet), veröffentlicht am 14.09.2009, (BGBl. I S. 2990) und am 01.01.2010 in Kraft getreten

2. Konzeption für die Beratung in katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen

„Psychosoziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik“, Auseinandersetzung, Unterstützung und Entscheidungshilfe für schwangere Frauen und Paare
„Psychosoziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik Sozialdienst katholischer Frauen (Hrsg.), Dortmund, 9/2012

3. Beratung im Kontext der Pränatalen Diagnostik, Eine Handreichung für die Praxis

Der aktive frühe und integrierte Ansatz in der Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik an der Schnittstelle von Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen zu niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen; Sozialdienst kath. Frauen Landesverband Bayern e.V.; 3/2015

4. Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

(Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) vom 27.07.1992 zuletzt geändert am 28.08.2013 (veröffentlicht am 03.09.2013 BGBl. I S. 3458)

5. Ja zum Leben-Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen

Deutscher Caritasverband; Freiburg 2000

6. Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung, Version 1.5

Deutscher Caritasverband (Hrsg.), Freiburg 20.09.2007

7. Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik

Haker, Hille; Kösel Verlag, München 2011

8. Abschlussbericht Verbundprojekt „Beratung in der frühen Schwangerschaft Laufzeit 2008 – 2011“

des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung im Vorfeld der Pränataldiagnostik an der Schnittstelle zur medizinischen Beratung“ durchgeführt vom Sozialdienst kath. Frauen Landesverband Bayern e.V., Prof. Anke Rohde u. a., gefördert vom Bayerischen Ministerium für Arbeit und Soziales, Familien und Integration, München/Bonn 2012

LITERATUR UND LINKS

■ Hauptsache gesund?

Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik

Hille Haker

Kösel-Verlag, München 2011

ISBN 978-3-466-36871-6

■ Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung Aus der Praxis für die Praxis

Kirsten Wassermann, Anke Rohde

Schattauer GmbH, Stuttgart 2009

ISBN 978-3-7945-2613-0

■ Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht

Steger – Ehm – Tchirikov

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

ISBN 978-3-642-45254-3

Links der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Hinweisen zu Materialien, Studien usw.:

■ www.bzga.de/pnd

■ www.pnd-online.de

Seite der Informations- und Vernetzungsstellen PND in Baden-Württemberg

■ www.pnd-beratung.de/was-ist-pnd

NOTIZEN

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-0
www.caritas.de

Sozialdienst katholischer Frauen – Gesamtverein e. V.
Agnes-Neuhaus-Strasse 5, 44135 Dortmund
Telefon: 0231 557026-0
www.skf-zentrale.de

(10/2015)

The background features a watercolor wash in shades of purple, blue, and green. A large, detailed white dandelion seed head is positioned in the upper left quadrant, with several individual seeds floating away towards the top right. A diagonal white line runs from the bottom left towards the top right, passing behind the text.

DAS LEBENSSCHUTZKONZEPT DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG



INHALT

EINLEITUNG	4
KATHOLISCHE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG: AUFTRAG VON KIRCHE UND STAAT FÜR DEN SCHUTZ DES LEBENS	5
ETHISCH-THEOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG	7
LEBENSCHUTZ DURCH QUALIFIZIERTE BERATUNG	8
AUFGABEN- UND THEMENFELDER DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG AUF DER BASIS DES LEBENSCHUTZKONZEPTES	9
GRAFIK ZUM LEBENSCHUTZKONZEPT DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG	10
HERAUSFORDERUNGEN IM KONTEXT DES LEBENSCHUTZES	12
Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin	12
Präimplantationsdiagnostik	12
Existentieller Schwangerschaftskonflikt	13
Pränataldiagnostik	13
Psychoneuroimmunologie	14
Armutsgefährdung	15
AUSBLICK	15

VORWORT

Die Familiengründung stellt im Lebenslauf von Frauen und Paaren eine Zeit einschneidender Weichenstellungen und vielfältiger Herausforderungen dar. Annahme eines Kindes und Ausgestaltung der Elternschaft sind mit weitreichenden Entscheidungen verbunden, bei denen die Abwägung der verschiedenen relevanten Aspekte unter ethischen Gesichtspunkten nicht immer leicht fällt. Schwangerschaftsberatung bietet Frauen und Paaren Raum und Zeit, sich mit diesen Herausforderungen auseinanderzusetzen.

Die Katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen orientieren sich in ihrer Arbeit umfassend an den Sorgen und Nöten der Frauen und Paare, die zu ihnen kommen, und sind dem Konzept früher Hilfen verpflichtet. Ihr Lebensschutzverständnis, wie es in der Rahmenkonzeption „Ja zum Leben“ – zuletzt aus dem Jahr 2000 – grundgelegt ist, folgt dem Anspruch, menschliches Leben in allen Phasen von der Zeugung bis zum Tod zu schützen.

In der Beratungspraxis stellen sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und medizinischer Entwicklungen immer wieder neue ethische sowie existentielle Fragen, die einer konzeptionellen Verankerung bedürfen.

Das vorliegende Konzeptpapier beschreibt und entfaltet weiterführend das umfassende Lebensschutzverständnis des Fachdienstes. Es macht deutlich: Alle Fragestellungen und Themen der Ratsuchenden – wie die Beziehung zum Kind, die Haltung zur Schwangerschaft, Zukunfts-Ängste, Existenzsicherung, Gesundheit von Mutter und Kind, Leben mit Kind nach Trennung oder Tod des Partners, Fragen zum Kinderwunsch und zum Umgang mit Methoden der Reproduktionsmedizin ebenso wie der präventiven Diagnostik – haben ihren Ort in einem ganzheitlichen Beratungskonzept. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten – vor Eintritt einer Schwangerschaft, während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt des Kindes – können sich schwierige Situationen und Gefahren für das Leben von Mutter und Kind entwickeln. Der Lebensschutzauftrag der Schwangerschaftsberatung geht also weit über die Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen hinaus.

Die Vorstände von DCV und SkF haben das vorliegende Konzept im November 2017 angenommen. Es entstand aus der Beratung einer bundesweiten fachdienstinternen Arbeitsgruppe, die von der Teilkonferenz Schwangerschaftsberatung des DCV initiiert worden war und in der gemeinsam mit den beiden Fachreferentinnen der Zentralen von SkF und DCV Diözesanreferentinnen beider Verbände mitgearbeitet haben. Wir danken allen, die an der Erstellung beteiligt waren, für ihr Mitdenken und ihr Engagement.

Freiburg, Dortmund, Dezember 2017



Eva M. Welskop-Deffaa
Vorstand Sozial- und Fachpolitik DCV



Renate Jachmann-Willmer
Bundesgeschäftsführerin SkF



EINLEITUNG

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist dem Schutz des Lebens in all seinen Phasen verpflichtet. In der Rahmenkonzeption „Ja zum Leben“ aus dem Jahr 2000 ist das Lebensschutzkonzept des Fachdienstes grundgelegt. Die rasanten medizinischen Entwicklungen im Bereich der Bio- und Reproduktionsmedizin, die damit zusammenhängenden ethischen Herausforderungen und gesellschaftlichen Diskurse haben eine Überprüfung und Aktualisierung des Lebensschutzkonzeptes der Katholischen Schwangerschaftsberatung erforderlich gemacht. Der Gesetzgeber hat auf die gesellschaftlichen Entwicklungen mit Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz reagiert. Dazu gehören die Hinzunahme des § 2a SchKG (Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik unter Berücksichtigung der Regelungen im Gendiagnostikgesetz), die Verankerung der Schwangerschaftsberatung im Bundeskinderschutzgesetz und die Verpflichtung der Schwangerschaftsberatungsstellen, sich an den Netzwerken Früher Hilfen zu beteiligen (§ 4 Abs. 2) sowie die vertrauliche Geburt (§ 2 Abs. 4 und 25ff SchKG).

Im Zusammenhang mit der Zeugung eines Kindes und mit der vorgeburtlichen Entwicklung wirft der wissenschaftliche Fortschritt viele ethische Fragen im Hinblick auf die Anwendung und die Folgen für Mensch und Gesellschaft auf. Ethische und rechtliche Einordnungen bedürfen eines gesellschaftlichen Diskurses. Die Familiengründungszeit stellt Frauen, Paare und Familien vor vielfältige Herausforderungen. Diese reichen von der Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen in Entscheidungskonflikten über die zukünftige Ausgestaltung der Elternschaft bis hin zu Existenzsicherungsfragen.

Schwangerschaftsberatung im Kontext des Lebensschutzes geht also weit über die Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt mit der Infragestellung des Austragens einer Schwangerschaft hinaus. Der Schutz des Lebens kann bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft, während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt des Kindes gefährdet sein.

Vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels und des medizinischen Fortschritts stellen sich in der Beratungsarbeit neue existentielle Fragen, die einer fachlichen Befassung bedürfen. Das vorliegende Lebensschutzkonzept beschreibt, präzisiert und entfaltet das umfassende Lebensschutzverständnis der Katholischen Schwangerschaftsberatung im Hinblick auf die neuen Herausforderungen.

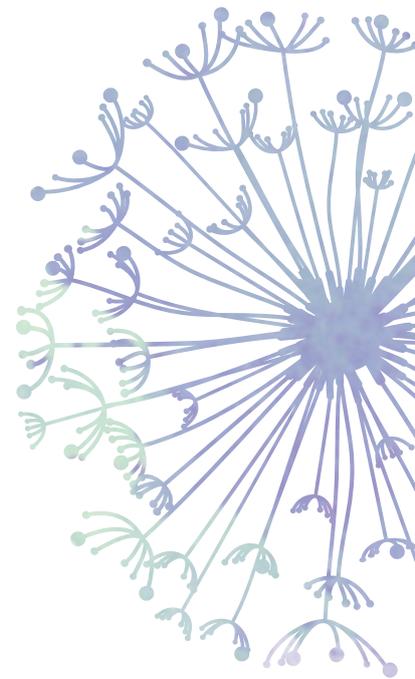
KATHOLISCHE SCHWANGER- SCHAFTSBERATUNG: AUFTRAG VON KIRCHE UND STAAT FÜR DEN SCHUTZ DES LEBENS

Als ein Fachdienst innerhalb der verbandlichen Caritas setzt sich die Katholische Schwangerschaftsberatung umfassend für den Schutz des menschlichen Lebens ein. Sie ist dem doppelten Auftrag von Kirche und Staat verpflichtet. Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, menschliches Leben zu schützen. Diese Schutzpflicht hat ihren Grund in Art. 1 Abs. 1 GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Menschenwürde kommt dabei schon dem ungeborenen menschlichen Leben zu. Dementsprechend ist alles, was dem Schutz des Lebens – von seinem Beginn ab der Zeugung bis zu seinem Ende mit dem Tod – dient, zu fördern und allem, was das Leben gefährdet, (auch präventiv) entgegenzuwirken.¹

Im Zuge der Strafrechtsreform Anfang der 1970er Jahre entwickelte sich ein Lebensschutzkonzept, das auf zwei Säulen ruht: der Gestaltung einer lebensfördernden Umwelt und dem Rechtsanspruch auf individuelle Beratung mit der Zielorientierung auf den Schutz des ungeborenen Lebens hin. Der Schutz des Lebens ist nicht nur eine individuelle, sondern auch eine solidarische und öffentliche Aufgabe und schließt die Rechtsordnung ein. Ziel allen staatlichen Handelns muss es sein, den Schutz und die Förderung des ungeborenen wie des geborenen Lebens zu verbessern und das allgemeine Bewusstsein von der Unverfügbarkeit anderen menschlichen Lebens auch im vorgeburtlichen Stadium zu verstärken.² Dieses staatliche Lebensschutzkonzept ist der Rahmen, in dem die Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen aller Träger Schwangerschaftsberatung anbieten. Es wird ergänzt durch den Schutzauftrag der Katholischen Kirche³, an dessen Schnittstelle katholische Schwangerschaftsberatungsstellen mit beiden Aufträgen arbeiten.

Menschliches Leben kann in allen Phasen durch innere und äußere Faktoren gefährdet sein, z. B. durch Gewalt, Krankheit, Unfall, schuldhaftes Verhalten oder schicksalhafte Begebenheiten, lebensfeindliche Rahmenbedingungen,



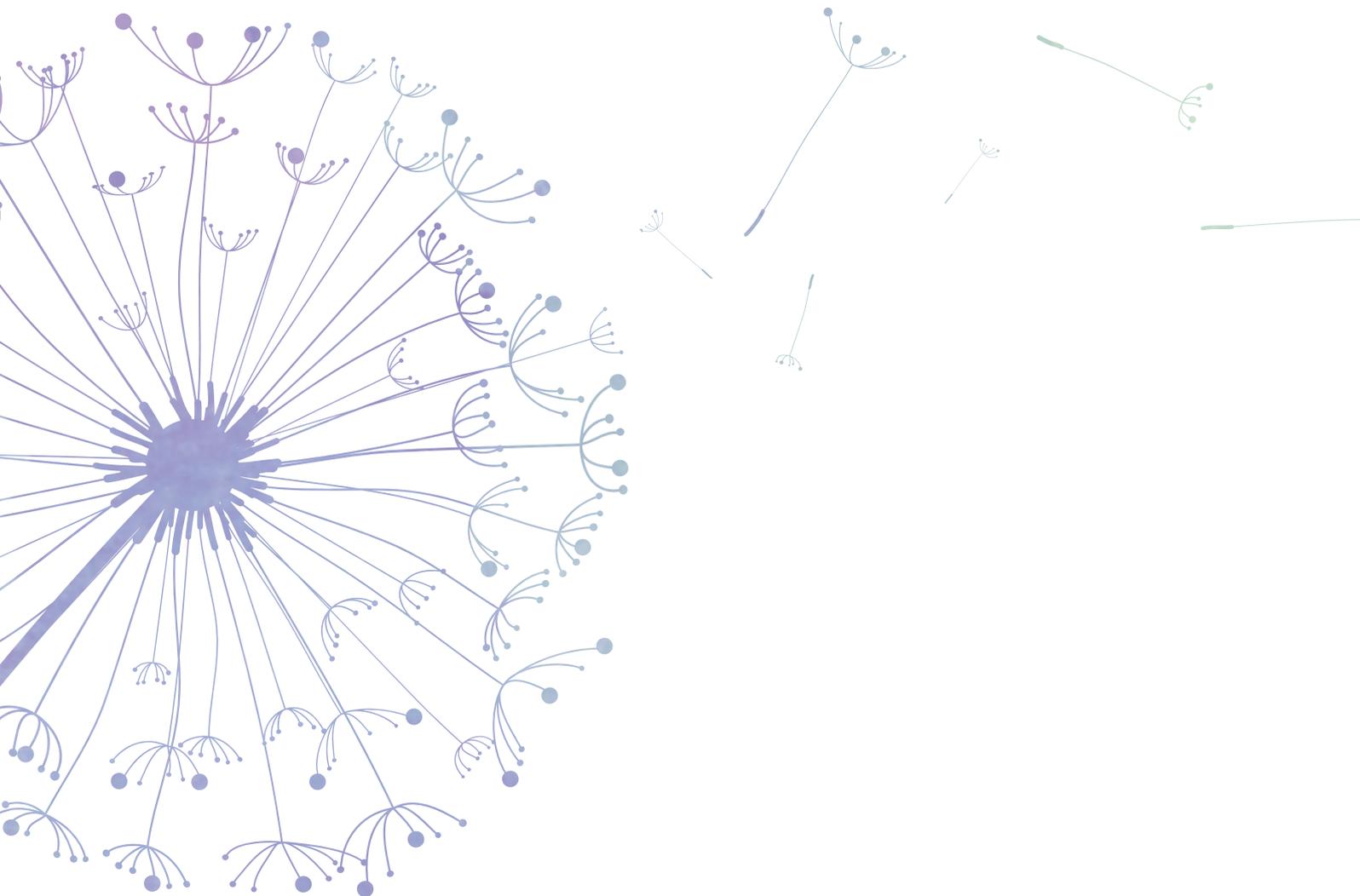
1 Vgl. auch Leitsätze Urteil BVerfG 28.5.1993

2 Vgl. Urteil BVerfG 28.5.1993 (z. B. Kapitel D I-IV) und Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung der EKD und der DBK 1989, S. 46

3 Vgl. Bischöfliche Richtlinien für katholische Schwangerschaftsberatungsstellen. September 2000

psychische und physische Ursachen. Die Zeit der Schwangerschaft ist eine besonders vulnerable Zeit für beide, die Schwangere und das Ungeborene. Sie bilden eine „Zweiheit in der Einheit“, sind untrennbar miteinander verbunden. Das Leben des Ungeborenen ist von der Schwangeren abhängig, es kann „nur mit der Mutter und durch sie“ geschützt werden.⁴ Gleichzeitig wirkt sich die Bedürftigkeit des Kindes grundlegend auf die Schwangere aus. Die existentielle Phase von Schwangerschaft und Geburt und die daraus erwachsenden lebenslang andauernden Konsequenzen erfordern spezifische schützende, fördernde und sorgende Lebensbedingungen für Mutter, Kind und Familie.⁵

Übergeordnetes Ziel aller Bemühungen der Katholischen Schwangerschaftsberatung ist der Schutz des Lebens: vor Eintritt einer Schwangerschaft, in allen Phasen der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes. In diesen verschiedenen Phasen bietet die Schwangerschaftsberatung Beratung, Hilfestellung und Orientierung für Frauen und Paare in Not- und Konfliktsituationen sowie in Entscheidungskrisen an.



4 Vgl. Bischöfliche Richtlinien § 2 (1) und Urteil BVerfG 28.5.1993

5 Vgl. Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung, Version 1.5 / 20.09.2007, S. 11

ETHISCH-THEOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG⁶

Entscheidend für das Selbstverständnis der Katholischen Schwangerschaftsberatung ist das christliche Fundament, aus dem sich deren Werteorientierung und Haltung ableiten lassen: Der Schutz des menschlichen Lebens von seinem Beginn bis zu seinem Ende ist ein Gebot Gottes, der jeden Menschen in seiner Einzigartigkeit, seiner unantastbaren und unverfügbaren Würde sowie seiner Freiheit, sein Leben eigenverantwortlich nach seinem Gewissen zu gestalten, geschaffen hat. Begründet ist dies in dem Glauben, dass der Mensch als Ebenbild Gottes geschaffen ist.⁷

Das menschliche Leben stellt von der Empfängnis bis zum Tod eine Einheit dar und ist grundsätzlich Geschenk Gottes. Deshalb kann es auch keinen abgestuften Lebensschutz geben. Auf dieser Grundlage leistet die Katholische Kirche Beratung und Hilfe für Frauen, Männer und Familien in Schwangerschaftsfragen und Schwangerschaftskonflikten. Die Schwangerschaftsberatung gehört zum Selbstverständnis und zum Eigenauftrag der Katholischen Kirche.

Danach hat die Katholische Kirche die vorrangige Aufgabe, das Evangelium Jesu Christi – seine Botschaft und sein Handeln – in der Welt von heute zu verkündigen und zu leben. Das fordert nach den Grundsätzen der katholischen Soziallehre ihre unbedingte Solidarität mit den „Armen und Schwachen“ und ihren konsequenten Einsatz für den Dienst am Nächsten, der umso notwendiger ist, je weniger dieser für sich sorgen kann.⁸

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist Teil dieses diakonischen Dienstes der Kirche und trägt dazu bei, dass sich die Kirche aus ihrer Sendung heraus umfassend als Anwältin des Lebens sowohl des ungeborenen Kindes als auch des Lebens der Mutter erweist. Durch ihr Eintreten für den Lebensschutz auf der Grundlage der katholischen Ethik legt sie ein öffentliches Bekenntnis in der Gesellschaft ab. In diesem Sinne leistet die Katholische Schwangerschaftsberatung Hilfe für ratsuchende Frauen, Männer und Familien und wirkt zugleich mit am Heilsauftrag der Kirche in der Welt.

⁶ Zu den folgenden Ausführungen vgl. Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung, Version 1.5/20.09.2007, S. 13

⁷ Vgl. Gen 1,26-28

⁸ Vgl. Mt 25,31-46

LEBENSCHUTZ DURCH QUALIFIZIERTE BERATUNG

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist eine fachlich qualifizierte Hilfe, die sich im Spektrum Kinderwunsch, Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, frühe Kindheit mit Blick auf die gesamte Entwicklungsspanne menschlichen Lebens bewegt. Die Zugänge in die Beratung sind vielfältig und reichen von Beratungsgesprächen in der Face to Face Beratung über telefonische Beratung bis hin zu Onlineberatung und Kontakten in den sozialen Netzwerken. Ziel der Beratung ist der Schutz des Lebens.

Das bedeutet:

- die Begleitung in ethischen und existentiellen Entscheidungsfindungsprozessen
- die Entwicklung einer Perspektive, die es den Ratsuchenden ermöglicht, die Schwangerschaft anzunehmen und sich für ein Leben mit ihrem Kind zu entscheiden
- eine durch die Notsituation verengte Betrachtungsweise zu öffnen und die Ratsuchenden (wieder) handlungsfähig zu machen
- Stabilisierung und Ermutigung, so dass Ratsuchende in Bezug auf das (zukünftige) Leben mit ihrem Kind „guter Hoffnung“ sein können.
- die Sicherung der existentiellen Grundbedürfnisse von (werdenden) Eltern und Kind in den Bereichen Ernährung, Wohnen, Kleidung, Gesundheit, Arbeit
- die Schaffung von Rahmenbedingungen, die für die Entwicklung einer stabilen emotionalen Beziehung zwischen (werdenden) Eltern und Kind/Kindern bestmögliche körperliche, kognitive, soziale und persönliche Entwicklungsbedingungen bieten
- zur Entlastung und sozialen Integration von (werdenden) Eltern und Familien beizutragen.

Grundlage der Beratung ist ein ressourcenorientiertes und ganzheitliches Beratungsverständnis, das den Menschen in seiner körperlich-psychischen Einheit, seiner Lebenslage, seinen unmittelbaren sozialen Bezügen sowie seiner ethischen Dimension in den Blick nimmt. Es bezieht sowohl die lebensweltlich als auch die zeit- und lebensgeschichtlich geprägten Erfahrungen und Deutungen der Ratsuchenden in die Beratung mit ein. Aspekte von Migration und kultureller Vielfalt sowie der sich verändernden digitalen Lebens- und Arbeitswelten werden berücksichtigt. Die Beratung erfolgt im Rahmen einer professionellen Beratungsbeziehung, die ihrem Wesen nach dialogisch und prozesshaft ist. Die Beratung in ethischen und existentiellen Entscheidungskonflikten folgt dem Grundprinzip der Ergebnisoffenheit.

Beratung setzt an den individuellen Fähigkeiten der Ratsuchenden an und zielt auf die Stärkung ihrer Identität und ihrer Einbindung in ein soziales Netzwerk. Ratsuchende behalten als Experten ihrer Lebenswelt die Selbstverantwortung für die Lösung der von ihnen benannten Probleme („Hilfe zur Selbsthilfe“) und erfahren die Wirksamkeit ihres eigenen Handelns. Die Lebensentwürfe, Werte-

haltungen und Sichtweisen der Ratsuchenden fließen unmittelbar in die Beratung ein. Beratung eröffnet Raum und Zeit für individuelle Sorgen und Ängste und – neue Perspektiven.

Beratung in existentiellen und ethischen Entscheidungskonflikten will die Frau/den Mann/das Paar bei einer verantworteten Gewissensentscheidung begleiten. Sie kann den Ratsuchenden Entscheidungen nicht abnehmen, kann aber helfen, ihre Ängste und Sorgen, ihre Abhängigkeiten zu bearbeiten, mit ihnen Lebensperspektiven in ihrem Kinderwunsch, für sich und das Kind zu entwickeln. Beratung kann zur Gewissenbildung beitragen, kann und darf das Gewissen aber nicht ersetzen.⁹ Sie achtet und schützt die Würde der Frau und das Leben des Kindes. Als Dienst der Kirche vertraut sie darauf, dass die Heilszusage Gottes auch in gebrochenen Verhältnissen trägt.¹⁰

AUFGABEN- UND THEMENFELDER DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG

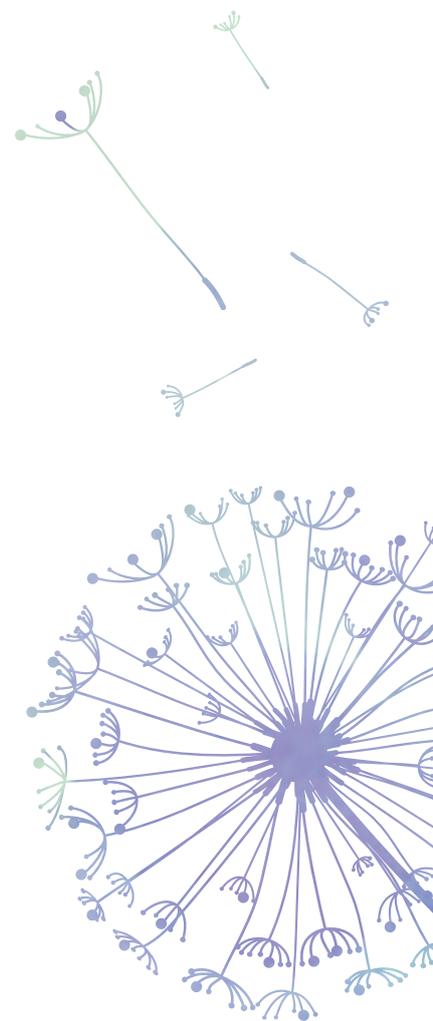
Das Lebensschutzkonzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung bezieht sich auf Sexualpädagogik, Prävention, Familienplanung, Beratung bei Kinderwunsch, Beratung und Begleitung während einer Schwangerschaft und nach der Geburt bis zum 3. Lebensjahr des Kindes.

Es umfasst sowohl die Unterstützung in existentiellen Fragestellungen als auch präventive Maßnahmen und psychosoziale Beratung in allen Fragen eine Schwangerschaft betreffend. Alle Fragestellungen und Themen der Ratsuchenden wie Beziehung, Haltung zur Schwangerschaft, Ängste, Existenzsicherung, Gesundheit von Mutter und Kind, Alleinerziehen, Fragen zu Kinderwunsch, dem Umgang mit Methoden der Reproduktionsmedizin und der pränatalen Diagnostik usw. sind vom ersten Augenblick an aus der Sicht des Lebensschutzes zu betrachten. Wird der Schutz des Lebens von Mutter und Kind gefährdet? Was kann dazu beitragen, dass er gefördert wird?

Einen Überblick, in welchen Aufgaben- und Themenfeldern das Lebensschutzverständnis der Katholischen Schwangerschaftsberatung wirksam wird, bietet das folgende Schaubild. Besondere Herausforderungen im Kontext des Lebensschutzes werden im Anschluss daran weiter ausgeführt.

⁹ Vgl. *Amoris laetitia*. Nachsynodales Schreiben von Papst Franziskus über die Liebe in der Familie. 2016, Nr. 37

¹⁰ Vgl. *Gott ist ein Freund des Lebens*. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung der EKD und der DBK 1989, S. 70

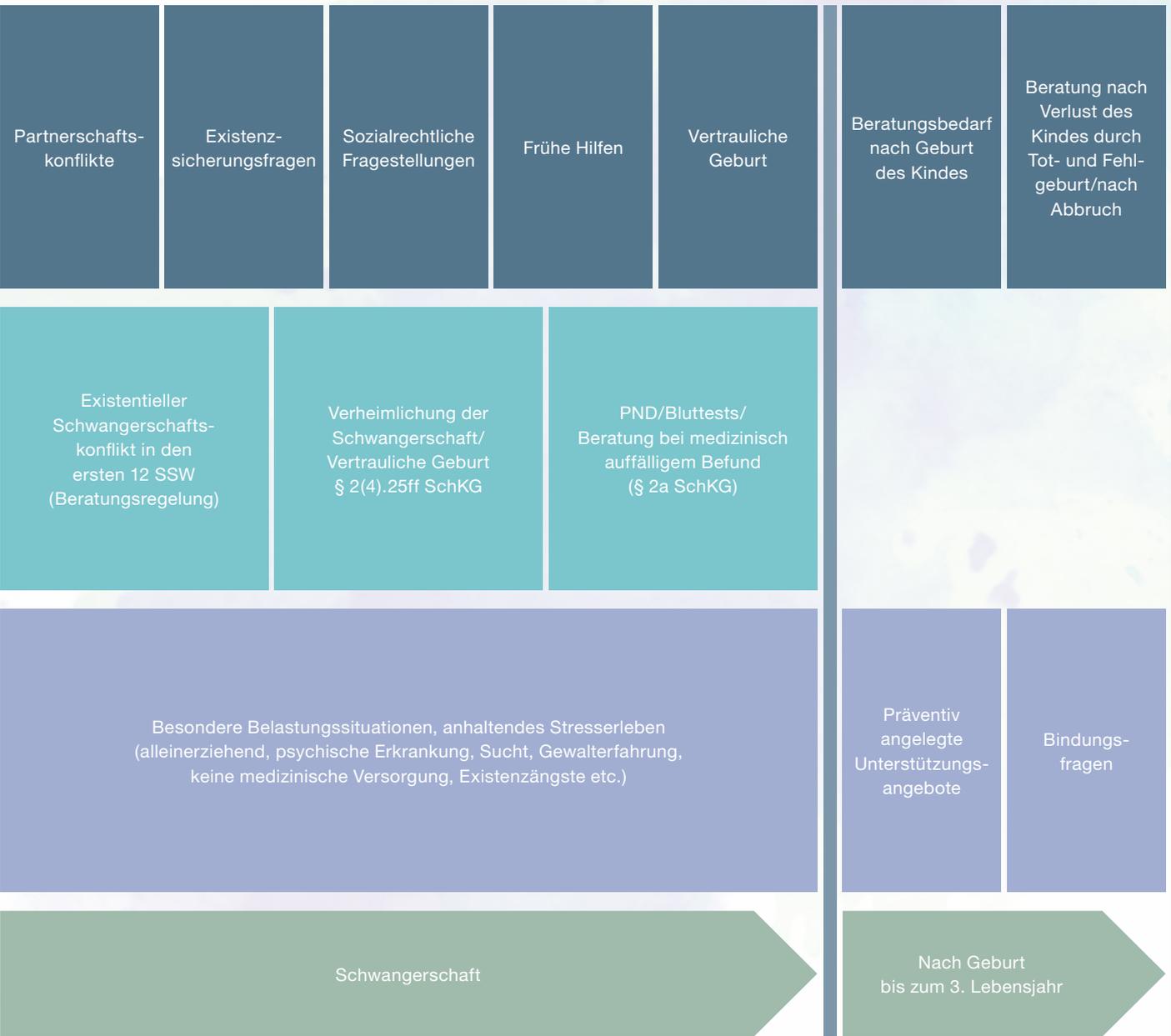


LEBENSCHUTZKONZEPT DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG



PSYCHOSOZIALE BERATUNG
RUND UM SCHWANGERSCHAFT
UND GEBURT BIS ZUM
3. LEBENSJAHR DES KINDES
(SCHKG / BISCHÖFLICHE
RICHTLINIEN)







HERAUSFORDERUNGEN IM KONTEXT DES LEBENSSCHUTZES

Die Familienplanungs- und Familiengründungsphase ist eine Zeit, die Frauen, Männer und Paare vor vielfältige Herausforderungen stellt. Im Folgenden werden einige neue und besondere Herausforderungen im Kontext des Lebensschutzes benannt.

KINDERWUNSCH UND REPRODUKTIONSMEDIZIN

Die rasanten Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin greifen tief in das gesellschaftliche, kirchliche und individuelle Verständnis und Wertegefüge von Fortpflanzung ein. Sie wirken sich nicht nur auf regionaler oder nationaler Ebene, sondern weltweit auf Forschung und die Schaffung eines spezifischen Marktes aus. Entsprechend schwierig gestalten sich korrigierende Maßnahmen der Politik und einzelner Fachdisziplinen sowie ein übergreifender gesellschaftlicher Diskurs. In der Schwangerschaftsberatung spiegeln sich alle Themen der Reproduktion und die damit verbundenen Fragestellungen und Krisen wider. Psychosoziale Beratung ermöglicht es individuelle Fragen und Probleme aufzugreifen und diese unterstützend bewusstseins- und gewissensbildend gemeinsam zu bearbeiten.

Zu den reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten und Methoden zählen die (heterologe oder donogene) Insemination, IVF, ICSI, Tese, Eizellspende, Social egg freezing, die Embryonenspende und die Leihmutterschaft. Einige Verfahren sind in Deutschland verboten (Eizellspende, Leihmutterschaft, Erzeugung von Embryonen auf Vorrat im Rahmen eines selektiven Blastozystentransfers), in anderen Ländern aber erlaubt. Für Frauen und Paare, die ungewollt kinderlos sind, stellen sie durchaus eine Option dar, so dass das sog. „reproduktionsmedizinische Reisen“ bereits zu einer gesellschaftlichen Realität geworden ist.

PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK

Durch die Präimplantationsdiagnostik (PID) können mögliche Chromosomenstörungen oder durch Genveränderungen verursachte (vererbte) Erkrankungen festgestellt werden. Durch das Verfahren werden Embryonen gezielt erzeugt, nach bestimmten Kriterien selektiert und ausgesondert. Die rechtliche Möglichkeit der Präimplantationsdiagnostik trat in Deutschland 2010 in Kraft, um das Risiko von Tot- und Fehlgeburten, bzw. die Geburt von (nicht überlebensfähigen) Kindern mit spezifischen genetischen Merkmalen für einzelne Eltern zu verringern. Zur Umsetzung wurden entsprechende Zentren und Ethikkommissionen gegründet. Mit dieser Regelung wurde ein Rahmen geschaffen, in dem im Einzelfall der Schutz des Embryos vor seinem Transfer in die Gebärmutter

aufgrund seiner Merkmale aufgehoben wurde. Inwieweit sich diese Einzelfallregelung zur generellen Feststellung eines Kataloges von genetischen Merkmalen entwickeln wird, ist offen.

In der Beratung verdeutlichen sich das Spannungsfeld und mögliche Dilemmata bei der Verarbeitung erlebter Fehl- und Totgeburten, bei Erfahrungen mit einer Behinderung, beim Wunsch nach einem (gesunden) Kind oder beim Durchleben eines Verfahrens zu PID. Dies gilt gleichermaßen auch für die Pränataldiagnostik (s. u.)

EXISTENTIELLER SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT

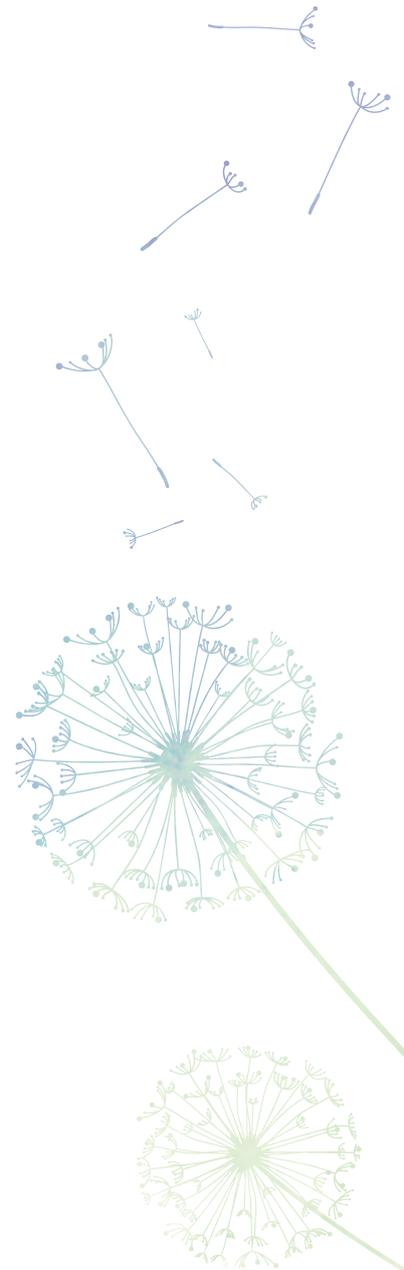
Krisen und Konflikte können während der gesamten Zeit der Schwangerschaft auftreten und das Leben von Mutter und Kind gefährden. Bei „existentiellen“ Schwangerschaftskonflikten ist die Schwangere bzw. das Paar hinsichtlich der Schwangerschaft ambivalent und zieht einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung. Besonders hier wird die untrennbare existentielle Abhängigkeit und Bezogenheit des Kindes von der Mutter deutlich, wenn die Schwangere das Austragen der Schwangerschaft und damit das Leben des Kindes gänzlich in Frage stellt. Lebensschutz kann deshalb nur über die Schwangere selbst und ihren Partner verwirklicht werden.

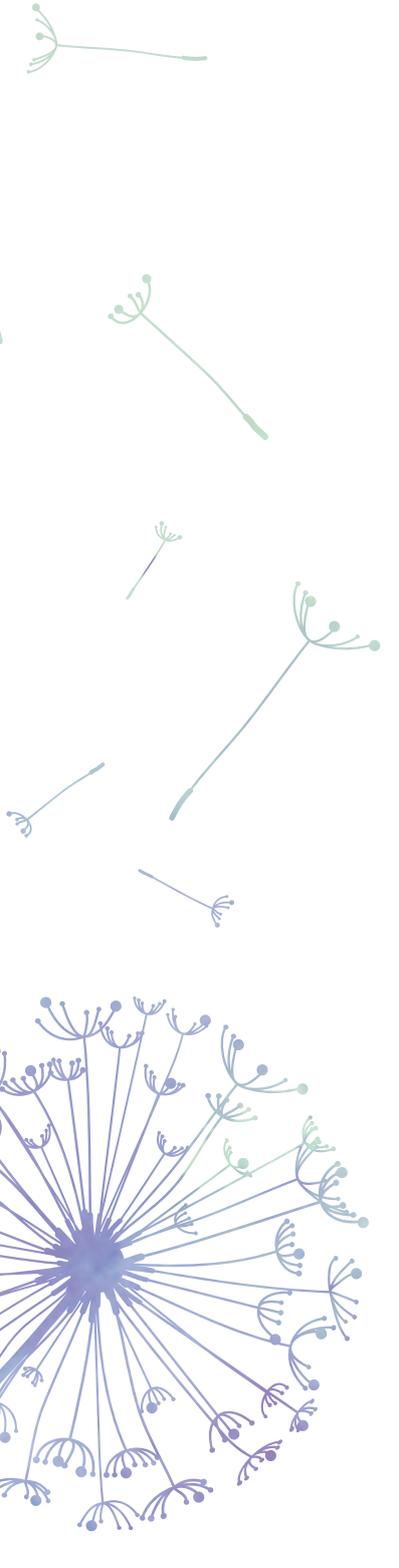
Auch wenn sich die Schwangere bzw. das Paar zunächst für das Kind entschieden hat, können sich Umstände ergeben, die auch jenseits der 12. Schwangerschaftswoche existentielle Schwangerschaftskonflikte auslösen, die dann nicht mehr unter die Beratungsregelung nach § 219 StGB fallen.

PRÄNATALDIAGNOSTIK

Ergänzend zur Schwangerenvorsorge hat sich ein breites Spektrum an pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden (PND) etabliert. Die Grenzen zwischen PND und Vorsorge sind fließend. Gleichzeitig hat sich im Rahmen der IGeL-Leistungen ein lukrativer Markt an Untersuchungsmöglichkeiten entwickelt. Dabei kann der Eindruck entstehen Schwangerschaft, Geburt und angeborene Behinderung seien umfänglich zu kontrollieren. Die Chancen und Grenzen der Pränataldiagnostik, die implizierten ethischen Konflikte und Krisen sind dabei schwer zu überschauen. Zudem besteht die Gefahr, dass die Schwangere, bevor nicht die entsprechenden Untersuchungsergebnisse vorliegen, keine Beziehung zum Kind oder nur eine Beziehung „auf Probe“ aufnimmt.

Jede Schwangere muss sich angesichts der pränataldiagnostischen Möglichkeiten entscheiden, ob und wenn ja, welche Untersuchungen sie persönlich in Anspruch nehmen möchte. Dieser konkrete Abwägungs- und Entscheidungsprozess beginnt mit bzw. kurz nach der Feststellung einer Schwangerschaft. Psychosoziale Beratung kann in diesem Prozess im Rahmen der allgemeinen Schwangerschaftsberatung bereits sehr frühzeitig und gezielt unterstützen. Auch zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft können Erkenntnisse der PND zu Entscheidungskonflikten führen (Mehrlingsschwangerschaften, diagnostizierte Beeinträchtigung der Gesundheit bzw. Behinderung des Kindes etc.).





Die Einführung nicht-invasiver pränataler Tests (NIPT) hat die PND nachhaltig verändert. So kann zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft (ca. 9. SSW) anhand des mütterlichen Blutes u. a. auf eine Trisomie 21 geschlossen werden. Inzwischen kann die komplette Genomsequenz des Ungeborenen aus dem mütterlichen Blut entschlüsselt werden. Hierin zeigt sich die ungebremserte rasante Entwicklung der Pränataldiagnostik, die weitere Entscheidungskonflikte für die Ratsuchenden nach sich ziehen kann. Die immer früher einsetzende Pränataldiagnostik hat zur Folge, dass die damit verbundenen Schwangerschaftskonflikte der Betroffenen in den zeitlichen Rahmen der Beratungsregelung fallen und nicht im Rahmen einer medizinischen Indikation nach § 2a SchKG verortet werden.

PSYCHONEUROIMMUNOLOGIE

Wissenschaftliche Erkenntnisse¹¹ zeigen, dass sich psychosoziale Risikofaktoren im (Er)leben der Schwangeren – wie z. B. lang anhaltender Stress und mütterliche Ängste – auf die Entwicklung und das Leben des (ungeborenen) Kindes auswirken können. Die Ängste können sich auf das Kind beziehen: Angst vor Fehlgeburt, Frühgeburt, Krankheit, Behinderung. Ebenso sind die auf die mit Schwangerschaft und Mutterrolle einhergehenden Veränderungen der Lebensumstände (Existenzsicherung, Autonomie, Partnerschaft, eigene Gesundheit, Geburt, Versagen in der Elternrolle) Belastungsfaktoren. Weiterhin können sich unbewältigte Partnerkonflikte, Depressionen und eine primär unerwünschte Schwangerschaft sowie traumatische Erfahrungen im Kontext von Krieg, Flucht oder Vertreibung auf die Schwangerschaft auswirken. Nach Erkenntnissen der Psychoneuroimmunologie können vorgeburtliche Erfahrungen und Bedingungen des Kindes Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit in der gesamten Lebensspanne haben, ebenso wie belastende Erfahrungen in der frühen Kindheit. Die Stabilisierung der Schwangeren und die Orientierung an den Ressourcen gewinnen in diesem Zusammenhang an besonderer Bedeutung.

¹⁰ Zu pränatal erworbenen konstitutionellen Risikofaktoren des Kindes vgl. z. B. Papousek, M. / Schieche, M. / Wurmser, H. (Hrsg.), Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern 2004

ARMUTSGEFÄHRDUNG

Frauen und Männer geraten dann durch eine Schwangerschaft in kritische Lebenskonstellationen, wenn die bisherigen eigenen Ressourcen zur Problemlösung nicht mehr ausreichen oder versagen und damit die psychosoziale Handlungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Familiengründung kann aufgrund der sich verändernden Einkommens- und Finanzbedarfssituation, je nach Haushalts- und Erwerbsorganisation oder auch Betreuungssituation zu einem lebenszyklisch bedingten Armutsrisiko werden. Niedriges oder fehlendes Einkommen, unsichere oder befristete Arbeitsverträge, unzureichende Bildung, beengte Wohnverhältnisse, mangelnde Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe sowie das Fehlen individueller Ressourcen und Fähigkeiten, die für eine aktive Lebensgestaltung notwendig sind, verschärfen die Notlage und führen oftmals in eine unsichere Lebenssituation. Nicht gesicherte Grundbedürfnisse und Ängste können zu psychischem Druck oder Perspektivlosigkeit führen und die Paar- und Eltern-Kind-Beziehung belasten. Das Zutrauen in die Selbstwirksamkeit in der Gegenwarts- und Zukunftsgestaltung wird häufig als drastisch eingeschränkt erlebt. Diese Belastungen führen oftmals dazu, dass die Selbsthilfefähigkeit von Zukunftsangst und Lähmung überlagert wird.

AUSBLICK

Das Lebensschutzkonzept ist kein statisches Gebilde, sondern dynamisch. Je nach gesellschaftlicher Entwicklung werden in der Schwangerschaftsberatung neue Themen virulent werden, die einer Einordnung in das Lebensschutzkonzept der Katholischen Schwangerschaftsberatung bedürfen.

Mitglieder der bundesweiten Arbeitsgruppe:

- Sabine Fähndrich, DCV, Freiburg
- Mechthild Freese, DiCV Aachen
- Regine Hölscher-Mulzer, SkF Gesamtverein, Dortmund
- Anne Ruhe, DiCV Münster
- Melanie Sachtleben, SkF Diözesanverein Trier
- Anna Elisabeth Thieser, SkF e. V. Würzburg
- Maria Tripolt, SkF e. V. Ingolstadt
- Birgit Wypior, DiCV Rottenburg-Stuttgart

Freiburg, Dortmund, Dezember 2017



Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-0
www.caritas.de

Sozialdienst katholischer Frauen – Gesamtverein e. V.
Agnes-Neuhaus-Strasse 5, 44135 Dortmund
Telefon: 0231 557026-0
www.skf-zentrale.de

Bilder: [stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com) (caanebez, Kanokpol), [freepik.com](https://www.freepik.com)
Gestaltung: Simon Gümpel, Freiburg
(07/2020)

EINE BERATUNGSKONZEPTION

PROFESSIONELL BERATEN
IN DER KATHOLISCHEN
SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG



VORWORT

Die vorliegende Beratungskonzeption „Professionell beraten in der Katholischen Schwangerschaftsberatung“ möchte langjährige und neue Berater_innen zur Auseinandersetzung mit dem Selbstverständnis des Fachdienstes ermutigen und Orientierung geben. Gleichzeitig wird mit der Beratungskonzeption das 2017 veröffentlichte Lebensschutzkonzept für die Beratungspraxis aufbereitet und konkretisiert.

Ratsuchende der Katholischen Schwangerschaftsberatung sind mit vielfältigen Entscheidungssituationen konfrontiert, die immer auch eine ethische Dimension haben. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen liegt der Schwerpunkt der Konzeption auf der psychosozialen Beratung in ethischen Entscheidungskonflikten.

Die Beratungskonzeption setzt die Handlungsempfehlungen „Leben in verschiedenen Welten?! Evaluation der Katholischen Schwangerschaftsberatung im Hinblick auf Zugänge, Kommunikation und Beratungsinstrumente“ (2012 bis 2014) um und berücksichtigt dabei die verbandliche Bewertung der Evaluationsergebnisse.

In einem zweijährigen Arbeitsprozess wurde die Konzeption in einer bundesweiten Arbeitsgruppe erarbeitet. Die Arbeitsgruppe bestand aus neun Referentinnen der Bundes-, Diözesan- und Beratungsstellenebene: Sabine Fähndrich (DCV), Regine Hölscher-Mulzer (SkF Gesamtverein), Tatjana Junker (SkF im Bistum Fulda), Dr. Kristina Kieslinger (DCV), Anne Ruhe (DiCV Münster), Melanie Sachtleben (SkF-Diözesanverein Trier), Anna Elisabeth Thieser (SkF Würzburg), Maria Tripolt (SkF Ingolstadt) und Birgit Wypior (DiCV Rottenburg-Stuttgart). In den jährlich stattfindenden Konferenzen der Katholischen Schwangerschaftsberatung wurden die Zwischenergebnisse den Diözesanreferent_innen vorgestellt und diskutiert.

Wir danken allen, die an der Erstellung dieser Konzeption mitgewirkt haben und hoffen, dass die Broschüre sich in der Praxis der Schwangerschaftsberatung als hilfreiche Begleitung bewährt.

Freiburg, Dortmund, Mai 2020



Eva M. Welskop-Deffaa
Vorstand Sozial- und Fachpolitik DCV



Renate Jachmann-Willmer
Bundesgeschäftsführerin SKF

INHALT

EINLEITUNG	4
EINORDNUNG DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG IN DIE SOZIALE ARBEIT	5
ANTHROPOLOGISCHE GRUNDGEDANKEN ZUR PSYCHOSOZIALEN BERATUNG, SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT	6
STANDARDS DER PSYCHOSOZIALEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG	8
WIRKFAKTOREN PSYCHOSOZIALER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG	9
BERATUNGSKOMPETENZEN UND BERATUNGSVERLAUF	11
BERATUNG IN KRISEN	20
Allgemeine Definition und Erscheinungsformen von Krisen	20
Krisen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt	21
Krisenintervention und Krisenbewältigung	23
BERATUNG IN ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSKONFLIKTEN	25
Vorbemerkungen	25
Ethik und Moral: Begriffsklärungen	26
Zentrale ethische Kategorien in der Beratung in ethischen Entscheidungskonflikten	27
Freiheit	27
Verantwortung	28
Gewissen	29
Schuld	32
Vergebung und Versöhnung	33
Ethische Urteilsbildung	34
Unterschiedliche Ebenen der ethischen Entscheidung	34
Ethische Entscheidung	35
SCHLUSS	38
LITERATURVERZEICHNIS	38
MATERIALIEN/LINKS	38

EINLEITUNG

Die psychosoziale Beratung als zentrales Denk- und Handlungsinstrument gehört zum Kerngeschäft des Fachbereiches Katholische Schwangerschaftsberatung. In der Beratung geht es oftmals um Belastungssituationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, krisenhaftem Erleben und um ethische Entscheidungskonflikte. Die Professionalität der Berater_innen besteht darin, psychosoziale Beratungsprozesse in diesen Konfliktsituationen zu führen und den Ratsuchenden adäquate Beratungsangebote zu machen.

Beratung in Krisen und ethischen Entscheidungskonflikten sind Themenschwerpunkte in der vorliegenden Konzeption. Neben Theorieelementen werden konkrete praktische Anregungen zur Umsetzung in der Praxis gegeben.

Beratung, systemisch verstanden, bezieht immer organisatorische und gesellschaftliche Bedingungen mit ein. Diese sind in der Ausarbeitung mitgedacht, auch wenn sie nicht explizit durchgehend benannt werden.

Beratung umfasst eine Vielzahl teilweise ineinander übergehender Aktivitäten und Formen wie beispielsweise Online-, aufsuchende oder Gruppenangebote. Da die Kompetenz der Berater_innen und die daraus resultierende Beziehungsqualität entscheidend für die Wirksamkeit von Beratung ist, ist es unerlässlich, sich konsequent und kontinuierlich zu qualifizieren.

Die Beschäftigung mit dieser Konzeption kann weder Fortbildung, kollegialen Austausch, Supervision noch pastorale Begleitung ersetzen. Sie möchte Anregung für eine Auseinandersetzung in diesen Settings sein und ist als ein Baustein der Verstetigung des fachlichen Austauschs zu verstehen.

Die Konzeption ist in verschiedene Kapitel unterteilt, die in sich abgeschlossen sind und auch unabhängig voneinander gelesen werden können. Im Text gibt es grafische Elemente, mit deren Hilfe auf Definitionen, wichtige Aussagen und praktische Anregungen aufmerksam gemacht wird.

EINORDNUNG DER KATHOLISCHEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG IN DIE SOZIALE ARBEIT

Der Begriff der Sozialen Arbeit umfasst das Einsatzfeld von Sozialpädagog_innen und Sozialarbeiter_innen in Theorie und Praxis. Eine 2014 von der IFSW (International Federation of Social Workers) festgelegte Definition der Sozialen Arbeit wurde 2016 vom Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. ins Deutsche übersetzt und lautet wie folgt:¹



„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.“

Bewusst empfiehlt die Rahmenkonzeption für die Arbeit der katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen Sozialpädagog_innen und Sozialarbeiter_innen als Beratungsfachkräfte.² Spezifisch für das Selbstverständnis der Katholischen Schwangerschaftsberatung ist seit ihren Anfängen die enge Verknüpfung von psychosozialer Beratung mit konkreter Hilfevermittlung (integriertes Konzept). Es versteht sich als präventiv und bewältigend wirksam und basiert auf einer integrativen und systemischen Sichtweise.



„Schwangerschaftsberatung ist in dem Sinne „psychosoziale“ Beratung, weil sie sowohl die psychische Verfassung der schwangeren Frau als auch ihre soziale Lebenssituation im Blick hat. Als fachlich qualifizierte Hilfe auf der Grundlage der sozialen Arbeit will sie Ratsuchende zur Selbsthilfe und zur Wahrnehmung ihrer Verantwortung für das ungeborene Kind befähigen. Das bedeutet auch, dass am Beginn eines Beratungsprozesses das Ergebnis noch nicht feststehen kann und damit jede Beratung in ihrem Ergebnis offen ist. Psychosoziale Beratung ist nach professionellem Selbstverständnis ein ressourcenorientierter dialogischer Prozess, in dem die Beraterin durch den Aufbau einer Beziehung und den Wechsel von Information, Aufklärung und Beratung entsprechend dem persönlichen Bedürfnis der Ratsuchenden eine Entscheidungsfindung begleitet.“³

1 <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html>

2 Vgl. Deutscher Caritasverband e.V., Ja zum Leben. Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen. Freiburg 2000, S.39.

3 Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e.V. (Hrsg.), Psychosoziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik. Dortmund 2012, S. 11.

Das Nationale Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung e.V. beschreibt folgende Eckpunkte eines Beratungsverständnisses, die auch für die Katholische Schwangerschaftsberatung zutreffen.⁴

- Die Berater_in agiert professionell. Dies beinhaltet, dass ein explizites Beratungssetting mit Rahmung, Auftragsklärung, Kontrakt und Transparenz geschaffen wird.
- Es handelt sich in der Regel um eine freiwillige, zeitlich umrissene, prozesshafte, interessensensible und ergebnisoffene Interaktion zwischen einer Ratsuchenden/einem Ratsuchenden und einer Berater_in.
- Im Zentrum der Beratung steht die Ratsuchende/der Ratsuchende mit ihren/seinen Interessen, Ressourcen und Lebensumständen, wobei Beratung immer in einem geteilten Verantwortungskontext stattfindet, in dem die Berater_in die Ratsuchende/den Ratsuchenden und die Beratungsorganisation gleichermaßen Verantwortung für den Beratungsprozess übernehmen.
- Die Interaktion zwischen Ratsuchender/Ratsuchendem und Berater_in geht über Informationsvermittlung hinaus und umfasst eine subjektiv relevante Reflexion von Sachverhalten, die u. a. eine begründete Entscheidungsfindung seitens der Ratsuchenden/des Ratsuchenden ermöglicht.
- Beratung umfasst eine Vielzahl ineinander übergehender Aktivitäten und Formen. Neben der individuellen Beratung gibt es beispielsweise auch Gruppen-, Online- oder aufsuchende Angebote, um möglichst allen Bevölkerungsgruppen ein einfach zugängliches Beratungsangebot zur Verfügung zu stellen.

ANTHROPOLOGISCHE GRUNDGEDANKEN ZUR PSYCHOSOZIALEN BERATUNG, SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Das Verständnis vom Menschen und das Menschenbild haben Auswirkung darauf, wie Menschen sich selber und andere Menschen verstehen, wie sie sich selbst und anderen begegnen. Dies prägt das professionelle Selbstverständnis im Hinblick auf die psychosoziale Beratung. Deshalb ist es wichtig, einige Grundgedanken zu formulieren.

Jeder Mensch ist Teil dieser Welt in einem spezifischen geschichtlichen, kulturellen, sozialen, spirituellen und ökologischen Kontext. Der Mensch teilt dieses Umfeld mit anderen Menschen, ist also immer Mensch unter Menschen, Subjekt unter Subjekten. Aus diesem wechselseitigen sozialen Angewiesensein

⁴ Vgl. Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung e.V., Professionell beraten: Kompetenzprofil für Beratende in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Berlin/Heidelberg 2014, S. 6.

entwickelt sich Mit-Menschlichkeit, die in der Beziehung und Begegnung unter Subjekten stattfinden kann. Einerseits sind Menschen miteinander verbunden und aufeinander bezogen. Andererseits sind sie auch abgegrenzt voneinander. Sie sind immer auch Mensch der jeweiligen Zeit, in der sie leben. Die eigene Existenz wird leiblich, d. h. körperlich – mit allen Sinnen, seelisch, geistig und spirituell erfahren.

Über den Weg der leiblichen Erfahrung, der Verinnerlichung und Speicherung dieser Erfahrungen im Gedächtnis, durch Beziehungserfahrung im spezifischen Umfeld, prägt sich ergänzend zur genetischen Ausstattung die Identität, die Persönlichkeit. Die Erfahrungen können aber auch das Erleben in der Gegenwart oder das, was in der Zukunft erwartet wird, mitbeeinflussen.

All dies geschieht in einem Prozess lebenslanger Entwicklung und lebenslangen Lernens. Menschen entwickeln sich wahrnehmend, erlebend, ausdrückend, in einem Prozess des Bewusstwerdens, oder auch unbewusst, in Beziehung.

Schwangerschaft und Geburt als klassische Übergangssituationen stellen einzigartige und unwiderrufliche Erfahrungen im menschlichen Leben dar, die die unterschiedlichsten Gefühle und Konflikte auslösen können. Als Ereignis des Übergangs sind in dieser Phase per se Entwicklungsaufgaben gestellt, die sowohl die Erfahrung von Krisen als auch von Wachstum beinhalten.

Die Nähe und Präsenz von neuem Leben und gleichzeitigen Risiken wie Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod können zu tiefgreifenden Ängsten und großen Verunsicherungen führen. Dies ist eine Erfahrung, die sich dem Machbaren und der letzten Kontrolle des Einzelnen entzieht.

An der Nahtstelle von Fruchtbarkeit, von Gesundheit und Krankheit, von Behinderung, von Leben und Tod, kristallisieren sich Sinnfragen und ethische Entscheidungskonflikte.

In der Einheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft verwirklicht sich die unmittelbarste „soziale“ Beziehung. Sie bedingt eine untrennbare existentielle Abhängigkeit und Bezogenheit. In dieser besonderen Koexistenz zweier Subjekte ist das Ungeborene den Bedingungen ausgesetzt, die im Mutterleib auf das Kind einwirken. Es ist deshalb während der gesamten Schwangerschaft besonders verletzlich und kann nur über die Mutter geschützt werden.

Insofern ist es von großer Bedeutung, welche Bedingungen für die schwangere Frau gelten, in welchem sozialen Umfeld sie lebt, ob der Kindsvater präsent ist, über welche Ressourcen sie verfügt, welche Haltung sie sich selbst und dem Kind gegenüber einnimmt, wie sie die Schwangerschaft erlebt.

Nach der Geburt, in der frühen Kindheit, setzt sich die besondere Verletzlichkeit des Kindes in der Weise fort, als es davon abhängig ist, wie seine Eltern ihm begegnen, welche Kindheitserfahrungen der Eltern wirksam sind und welche aktuellen Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren in der Familie gegeben sind.

STANDARDS DER PSYCHOSOZIALEN SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG

Für die Schwangerschaftsberatung ergeben sich abgeleitet aus den anthropologischen Grundgedanken Standards für die psychosoziale Beratungspraxis. Einige davon seien benannt:

- Psychosoziale Beratung ist theorie- und erfahrungsgeleitet.
- Grundvoraussetzung für die professionelle Haltung der Berater_in in der psychosozialen Beratung ist der Respekt vor der Würde, vor den persönlichen Grenzen und dem Gewordensein des anderen.
- Dies ermöglicht im Beratungsprozess, dass Kontakt, Beziehung und Begegnung zwischen zwei Subjekten auf Augenhöhe stattfinden können.
- Dabei können auch Resonanzphänomene im eigenleiblichen Spüren, die bei der Berater_in im Kontakt mit den Ratsuchenden auftreten, in die Beratung als Hintergrundinformation für die Berater_in nutzbar werden.
- Die Inhalte und Ziele in der Beratung werden in einem dialogischen Prozess gemeinsam entwickelt, formuliert und angepasst.
- Die empathische Grundhaltung der Berater_in und der geschützte Raum in der Beratung ermöglichen die Auseinandersetzung mit Gefühlen, Konflikten, Sorgen und Ängsten, mit persönlichen Sichtweisen und Wertvorstellungen. Bewusstseinsarbeit ermöglicht Prozesse von Entwicklung und Wachstum.
- Der Mensch ist in all seinen leiblichen Dimensionen, körperlich, seelisch, geistig, spirituell, in der Beratungssituation präsent.
- Der Beratungsprozess berücksichtigt die vielfältigen Perspektiven im Erleben und in der Lebenswirklichkeit der Ratsuchenden.
- Die psychosoziale Beratung berücksichtigt das System, unterschiedliche Dimensionen und das Zusammenwirken („das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“) und arbeitet vernetzt.
- Die psychosoziale Beratung stärkt die Selbstwirksamkeit der Ratsuchenden und nimmt ihre Ressourcen in den Blick. Ratsuchende sind und bleiben die Expert_innen ihres eigenen Lebens.
- Die Ratsuchenden stehen mit ihren Lebensfragen, ihren Bedürfnissen und ihren Bewertungen im Mittelpunkt.
- Psychosoziale Beratung beinhaltet im prozesshaften Geschehen Information, Aufklärung, Auseinandersetzung und konkrete Hilfen. Dabei können die verschiedenen Anteile je nach Anliegen der Ratsuchenden unterschiedlich stark ausgeprägt sein.
- Begleitung, konkrete Hilfe, Unterstützung und Stärkung ermöglichen Erfahrungen der Fürsorge und Mitmenschlichkeit, des Wahrgenommenwerdens, der Resonanz, des Angenommenseins.
- Beratung ist ihrem Wesen nach ergebnisoffen. In dem Begriffspaar ergebnisoffen und zielorientiert zeigt sich je nach Beratungsanlass eine zusätzliche Dimension, die den Beratungsauftrag transparent hinsichtlich seiner Werteorientierung, wie „dem Schutz des Lebens“ einordnet.
- Psychosoziale Beratung schließt Manipulation oder Machtmissbrauch aus.
- Sie ist durch Selbstreflexion, kollegiale Beratung, Supervision, Fortbildung, Selbstfürsorge und pastorale Begleitung der Berater_innen flankiert.

WIRKFAKTOREN PSYCHOSOZIALER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG

Die Sozialforschung beschäftigt sich auch mit den Wirkfaktoren psychosozialer Beratung. Ebenso wie in der Medizin und in der Psychotherapie lässt sich nur ein Teil der Wirkung psychosozialer Beratung erklären. Die Frage der Wirksamkeit wird von vielfältigen komplexen Bedingungen beeinflusst und ist letztlich nicht berechenbar.⁵ Allerdings wurden von der Psychotherapieforschung unspezifische Wirkfaktoren untersucht die auch allgemein für die Beratungsprozesse psychosozialer Beratung bedeutsam sind.

Im Folgenden werden die Heil- und Wirkfaktoren⁶ beschrieben und mit **Beispielen für die Beratungspraxis** konkretisiert.

1. Einführendes Verstehen, Empathie

2. Emotionale Annahme und Stütze

3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung

- Unterstützung bei der Antragstellung von Sozialleistungen
 - Planung der Elternzeit oder Vermittlung einer Haushaltshilfe, Vermittlung einer Familienhebamme
-

4. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung

Perspektive der Ratsuchenden/des Ratsuchenden:

- Wie sieht die subjektive Sicht der Ratsuchenden/des Ratsuchenden aus?
- Wie ist ihr/sein subjektives Erleben, ihre/seine „Wahrnehmung“?
- Was ist für sie/ihn in Bezug auf Ziele und Entscheidungen stimmig?
- Wie kann die bewusste Wahrnehmung z. B. von Gefühlen, von Handlungs- und Beziehungsmustern gestärkt werden?

Perspektive der Berater_in:

- Welche Wahrnehmungen hat die Berater_in und was lösen diese bei ihr/ihm aus?
 - Was davon spricht sie/er konkret an?
-

⁵ Vgl. Beushausen, Jürgen, Beratung lernen. Opladen, Berlin, Toronto 2016, S.225.

⁶ Vgl. auch Petzold, Hilarion, Die „Vierzehn Wirk- und Heilfaktoren“ in der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie, 3/2012

-
- 5. Förderung emotionalen Ausdrucks und willentlicher Entscheidungskraft**
- Raum für Gefühle geben
 - Die/der Ratsuchende formuliert ihre/seine Anliegen und Ziele
-
- 6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit**
- Nachfragen der Berater_in, um ein gemeinsames Verstehen der Situation zu erreichen, eine gemeinsame Sprache zu finden.
-
- 7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung**
- Wie erlebt die Ratsuchende sich in der Schwangerschaft?
-
- 8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen**
- Umgang mit Konflikten
 - Umgang mit Ämtern und Behörden, Terminen und Umgang mit Antragstellungen
-
- 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte**
- Vorbereitung auf die Geburt
 - Beschäftigung mit dem Baby
 - Spiel mit dem eigenen Kind
-
- 10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte**
- Stärkung von Selbstwirksamkeit
 - Wahrnehmung von Ressourcen der Ratsuchenden, z. B. durch die Formulierung eigener Ziele
-
- 11. Förderung positiver persönlicher Wertbezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension**
- Wahrnehmung von kulturellen Prägungen der Ratsuchenden/des Ratsuchenden
 - Unterstützung bei der Klärung von Fragen des Lebensunterhalts
-
- 12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen**
- Feedback der Berater_in zu wahrgenommenen Fähigkeiten der/des Ratsuchenden
 - Würdigung dessen, was gut läuft, was „geschafft“ wurde
-
- 13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke**
- Wie ist die Ratsuchende/der Ratsuchende sozial vernetzt (z. B. Familie, Nachbarschaft, Freunde, in der Community, im Stadtteil, in der Kirchengemeinde, mit ehrenamtlichen Helfer_innen)?
-
- 14. Ermöglichung von Empowerments- und Solidaritätserfahrungen**
- Raum zu schaffen, persönliche Potentiale der Ratsuchenden zu erkennen, persönliche und äußere Ressourcen wahrzunehmen und zu benennen
 - Ermutigung Hilfe anzunehmen und das als Stärke zu erkennen, sich mit anderen (werdenden) Eltern im Sozialraum zu verbinden

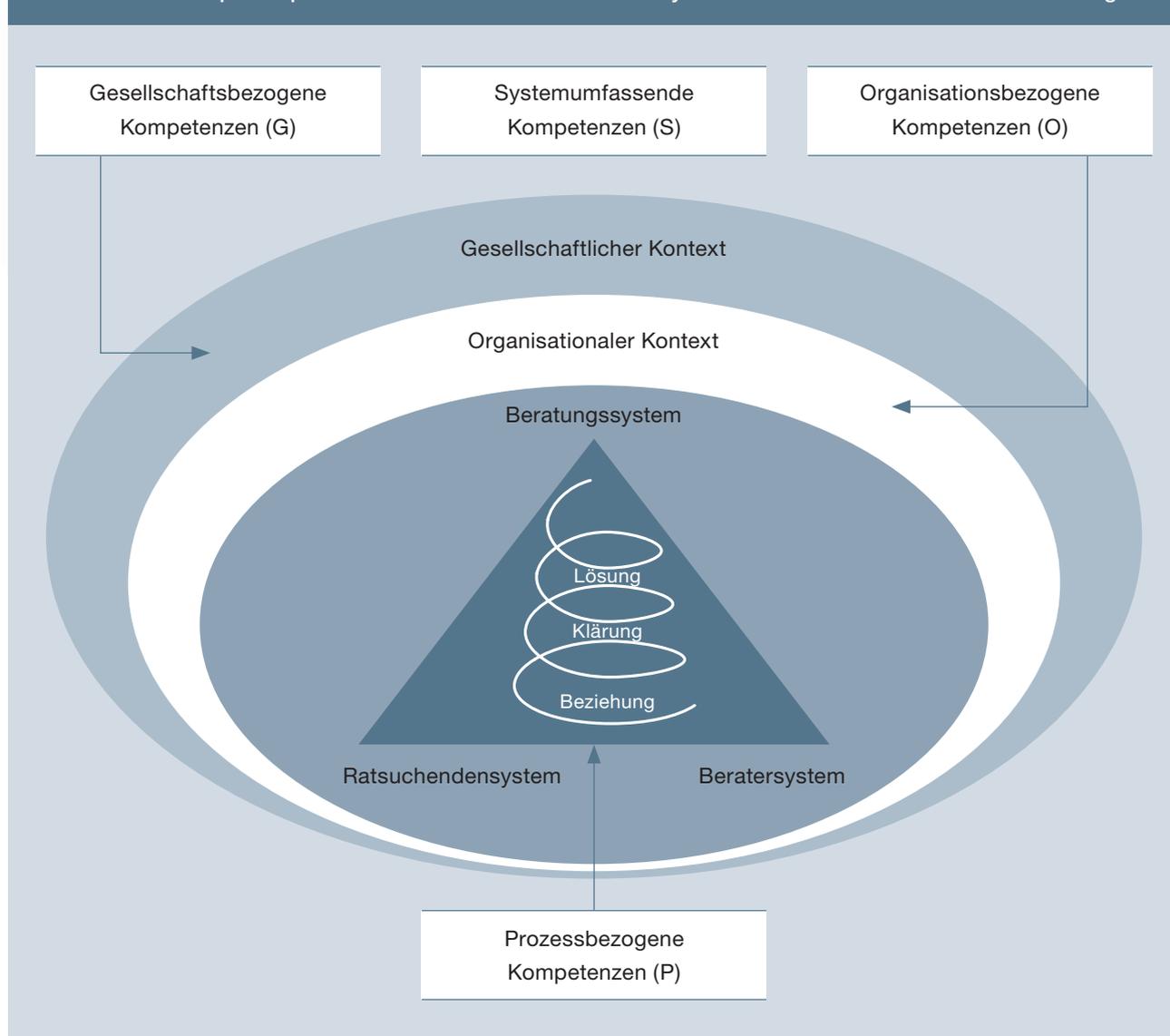
BERATUNGSKOMPETENZEN UND BERATUNGSVERLAUF⁷

Nach einem systemischen Verständnis von Beratung realisiert sich professionelle Beratungskompetenz im Zusammenspiel von vier unterschiedlichen Kompetenzen:

1. Systemumfassende Kompetenzen
2. Prozessbezogene Kompetenzen
3. Organisationsbezogene Kompetenzen
4. Gesellschaftsbezogene Kompetenzen

Abbildung 3:

Struktur des Kompetenzprofils für Beratende auf Basis des systemischen Verständnisses von Beratung



⁷ Für die folgenden Ausführungen vgl. Nationales Forum Beratung, a.a.O., vor allem S. 9-18.

Jeder Kompetenzbereich für sich lässt sich in weitere einzelne Kompetenzen ausdifferenzieren.⁸

Eine Kompetenz ist als ein Konstrukt zu verstehen, „dessen Herausbildung, Anwendung bzw. Weiterentwicklung kognitive und affektivmotivationale Ressourcen bzw. kontextgebundene Fähigkeiten und Qualitäten voraussetzt.“⁹

Tabelle 1: Kompetenzprofil für Beratende in Bildung, Beruf und Beschäftigung

KOMPETENZGRUPPEN DER PROFESSIONELLEN BERATUNG

Systemumfassende Kompetenzen (S)

Kompetenz	S1	Orientieren an den Ratsuchenden
	S2	Schaffen von Transparenz des Beratungsangebotes
	S3	Zeigen einer professionellen Haltung und eines ethischen Verhaltens
	S4	Mitgestalten von Qualitätsentwicklungsprozessen

Prozessbezogene Kompetenzen (P)

Kompetenz	P1	Schaffen stabiler Rahmenbedingungen und struktureller Sicherheit
	P2	Schaffen einer tragfähigen Beziehung und emotionaler Sicherheit
	P3	Klären der Anliegen und Vereinbaren eines Kontraktes
	P4	Klären der Situation und Ziele
	P5	Identifizieren und Stärken innerer und äußerer Ressourcen
	P6	Erarbeiten von Lösungs- bzw. Handlungsperspektiven

Organisationsbezogene Kompetenzen (O)

Kompetenz	O1	Mitgestalten und Umsetzen des organisationalen Leitbildes
	O2	(Weiter-)Entwickeln und Umsetzen formaler Organisationsstrukturen und -prozesse
	O3	Mitgestalten und Leben der Organisationskultur
	O4	Nachhaltiges Sichern und effizientes Nutzen der Ressourcen
	O5	Kooperieren mit fachlichem und überfachlichem Umfeld

Gesellschaftsbezogene Kompetenzen (G)

Kompetenz	G1	Berücksichtigen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen
	G2	Berücksichtigen gesellschaftlicher Ziele

Quelle: Schiersmann/Weber/Petersen (2013b), Seite 287.

Im Folgenden werden vor allem prozessbezogene Kompetenzen beschrieben und mit **Beispielen für die Praxis** der Schwangerschaftsberatung verknüpft.

⁸ Vgl. Tabelle 1, a.a.O., S.10.

⁹ A.a.O., S.10.

1. SCHAFFEN STABILER RAHMENBEDINGUNGEN UND STRUKTURELLER SICHERHEIT

Ratsuchende, die sich auf einen Beratungsprozess einlassen, wissen nicht, was auf sie zukommt. Auch für die Berater_in bedeutet es, sich immer wieder auf neue Menschen, neue komplexe Situationen, auf Unerwartetes und Unsicheres einzulassen. Sowohl für die Ratsuchende/den Ratsuchenden als auch für die Berater_in ist es hilfreich, wenn die Berater_in einen verinnerlichteten Gesprächsleitfaden hat, der ihr/ihm Halt und Orientierung im konkreten Gespräch geben kann.

In Anfangssituationen werden Grundbedürfnisse wie beispielsweise das Bedürfnis nach Sicherheit, Zugehörigkeit, Anerkennung und Einflussnahme aktiv. Anfangssituationen sind Stresssituationen. Bedürfnisse und Befürchtungen stehen oftmals in einem Spannungsverhältnis zueinander. Jeder Mensch erwirbt im Laufe seines Lebens individuelle Verhaltensstrategien, um mit Stressgefühlen in Anfangssituationen umzugehen. Die Berater_in kann durch die Art und Weise, wie sie/er das Gespräch eröffnet und führt, dazu beitragen, dass Stress abgebaut wird und die Beratung in einem wertschätzenden, freundlichen Klima stattfindet.

Beratende sind bereit und fähig, für den Beratungsprozess stabile Rahmenbedingungen zu schaffen, die strukturelle Sicherheit und eine förderliche Gesprächssituation unterstützen.

Kompetenzindikatoren	<p>Beratende</p> <ol style="list-style-type: none">I1. sorgen für angenehme, störungsfreie Atmosphäre und beratungsgerechte Räumlichkeiten;I2. planen den mindestens erforderlichen Zeitrahmen für die Beratung ein;I3. machen ihre für die Beratung relevanten Aufträge, Rollen bzw. Funktionen transparent;I4. informieren über die Rahmenbedingungen, unter denen das konkrete Beratungsangebot stattfindet (z. B. Freiwilligkeit, Ergebnisoffenheit, Leistungen, rechtliche Aspekte);I5. vereinbaren gemeinsam mit den Ratsuchenden eine Vorgehensweise bei der Gestaltung des Beratungsprozesses;I6. achten darauf, dass der Beratungsprozess formal und inhaltlich für die Ratsuchenden strukturiert und transparent ist;I7. treffen gemeinsam mit den Ratsuchenden eine Vereinbarung hinsichtlich der schriftlichen Aufzeichnungen während des Beratungsgesprächs;I8. klären die Ratsuchenden über den Umgang mit persönlichen Daten und Informationen (Datenschutz/Vertraulichkeit) auf.
Kognitive Ressourcen	<p>Beratende kennen</p> <ol style="list-style-type: none">R1. Voraussetzungen für ein vertrauliches Beratungssetting;R2. Methoden zur Strukturierung und Gestaltung von Beratungsgesprächen und -prozessen;R3. Methoden des Zeitmanagements;R4. Datenschutzrichtlinien und Vertraulichkeitsvereinbarungen.

2

2. SCHAFFEN EINER TRAGFÄHIGEN BEZIEHUNG UND EMOTIONALER SICHERHEIT

Im Erstgespräch lernen sich Ratsuchende und Berater_in kennen. In dieser Phase geht es darum, eine positive Atmosphäre zu schaffen, Vertrauen zu entwickeln, die Anliegen und Erwartungen zu klären, Informationen zu sammeln und eine Auftragsklärung herbei zu führen. In der Kennenlernphase ist das Joining ganz zentral. Joining heißt so viel wie sich verbinden, sich ankoppeln. Der/dem Ratsuchenden ist die Möglichkeit zu geben, anzukommen und mit der Berater_in warm zu werden. Ziel ist die Überwindung von Nervosität und das sich Einlassen auf das Beratungssetting.

Beispiele für Einstiegsfragen¹⁰:

Art des Einstiegs	Frage
Smalltalk	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wie war der Weg zu uns? ■ Haben Sie uns gut gefunden? ■ Kennen Sie die Beratungsstelle schon? ■ Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle gekommen?
Fragen nach Interessen und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Was ist Ihr Beruf? ■ Wie machen Sie das mit der Kinderbetreuung?
Vorstellung der Berater_in und der Institution	<p>Ich heiße ...;</p> <p>Wie lange arbeitet sie schon hier? Worin sieht sie ihre Hauptaufgabe?</p>
Allgemeine Rahmung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zeitlicher Rahmen einer Sitzung ■ Abstände zwischen den Gesprächen ■ Schweigepflicht, Datenschutz, Umgang mit Kontaktdaten, Erfassung von Daten

Beratende sind bereit und fähig, einen für den Beratungsgegenstand angemessenen Beziehungsaufbau zu schaffen und für emotionale Sicherheit zu sorgen.

Kompetenzindikatoren	<p>Beratende</p> <ul style="list-style-type: none"> I1. bringen den Ratsuchenden Respekt und Wertschätzung entgegen; I2. begegnen den Ratsuchenden mit einer empathischen Grundhaltung; I3. verhalten sich auf allen Kommunikationsebenen (verbal und nonverbal) kongruent und authentisch in Sinne von Echtheit und Offenheit; I4. gestalten eine professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz gegenüber den Ratsuchenden; I5. fördern und wecken die Motivation und Eigeninitiative der Ratsuchenden an der gemeinsamen Arbeit.
Kognitive Ressourcen	<p>Beratende kennen</p> <ul style="list-style-type: none"> R1. Ansätze zum Beziehungs- und Vertrauensaufbau (z. B. personenzentrierter Ansatz, Drei-Phasen-Modell des Vertrauensaufbaus); R2. kommunikationspsychologische Theorien (z. B. Kommunikationsquadrat, Metakommunikation); R3. Gesprächsführungstechniken (z. B. Nachfragen, aktives Zuhören, Reframing); R4. motivationspsychologische bzw. emotionspsychologische (anreiztheoretische) Ansätze; R5. Moderationstechniken (z. B. Brainstorming, Mindmapping).

¹⁰ Vgl. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. (Hrsg.): Fragen erwünscht. Fragen und Methoden in der Systemischen Beratung. Köln 2018, S.11.

3. KLÄREN DER ANLIEGEN UND VEREINBAREN EINES KONTRAKTES

Anliegen

In dieser Phase geht es um das Erkennen des konkreten Anliegen der Ratsuchenden/des Ratsuchenden und die Erfassung der Problemkonstellation. Hier können auch Nichtanwesende durch entsprechende Fragen einbezogen werden.

- Worüber möchten Sie heute mit mir sprechen?
- Was ist Ihr Anliegen?
- Wie stellt sich ihr Problem dar? Welche Überschrift würden sie ihm geben? Wer aus Ihrer Familie ist am meisten von dem Problem betroffen?
- Was haben Sie bislang versucht? Welche Schritte haben Sie unternommen? Gab es in der Vergangenheit bereits Lösungen, auf die Sie zurückgreifen konnten? Wer kann aus Ihrer Familie oder Ihrem sozialen Umfeld zur Lösung beitragen?
- Wenn wir heute nach etwa einer Stunde (bzw. am Ende des Beratungsprozesses) auseinandergehen, was müsste dann für Sie geschehen sein, dass Sie sagen, es war nützlich, hilfreich für Sie?

Auftrag

Bei der Auftragsklärung geht es um das Aussprechen von Erwartungen und Wünschen, was konkret in der Beratung passieren sollte.

- Was wünschen Sie sich von mir?
- Welche Erwartungen von Nichtanwesenden bestehen?
- Womit wollen wir heute beginnen?
- Was wäre ein gutes Ergebnis der Beratung?

Kontrakt

Am Ende des Erstgesprächs (unter Umständen immer wieder aktualisiert im weiteren Beratungsverlauf) formulieren Berater_in und die/der Ratsuchende im gegenseitigen Einverständnis Ziel und einzelne Inhalte der Beratung bzw. des Beratungsprozesses.

- Zusammenfassung des Verstandenen und Strukturierung der benannten Probleme/Anliegen
- Formulierung des Beratungsangebotes bzw. der Grenzen und ggf. Weiterverweisung
- Zusammenfassung des äußeren Rahmens: Dauer des Beratungsgesprächs, Folgekontakte etc.

Ein **Anamneseleitfaden** ist ein wichtiges Instrument der psychosozialen Beratung zur Unterstützung der Berater_in. Er bildet das mögliche Themenspektrum ab. Verinnerlicht kann er helfen die Lebenssituation, das Problem/das Anliegen der Ratsuchenden zu erfassen, sowie Themenbereiche im Blick zu behalten.

Quelle: Eine Arbeitshilfe für die Praxis der Katholischen Schwangerschaftsberatung. Aktiv, Früh, Integriert. Ein Ansatz für die psychosoziale Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik. Herausgeber DCV und SkF Gesamtverein 10/2015).

Beratende sind bereit und fähig, im Dialog mit den Ratsuchenden eine adäquate Klärung der Anliegen und der Erwartungen vorzunehmen. Sie treffen angemessene Vereinbarungen über den Beratungsauftrag bzw. schließen einen dem Beratungsangebot angemessenen Kontrakt ab.

Beratende

- I1.** leisten eine strukturierte Erfassung des Beratungsbedarfes und schaffen ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Anliegen der Ratsuchenden;
- I2.** nehmen gemeinsam mit den Ratsuchenden eine erste Eingrenzung des Anliegen vor und klären, ob das Beratungsangebot das angemessene Format ist, um das Anliegen zu bearbeiten;
- I3.** klären gemeinsam mit den Ratsuchenden die Erwartungen an die Beratung und erläutern die Grenzen der Beratung (u. a. bei über das Angebot hinausgehenden Anliegen);
- I4.** achten darauf, ob sich im Verlauf des Beratungsprozesses die Anliegen und Ziele der Ratsuchenden verändern, und reagieren adäquat darauf, indem sie z. B. einen neuen Kontrakt bzw. Beratungsauftrag vereinbaren;
- I5.** geben Hinweise auf spezifische Einrichtungen und Angebote, wenn es die besondere Situation der Ratsuchenden erfordert (z. B. Case Management, Suchtberatung);
- I6.** beachten bei Kontrakt-/Auftragsvereinbarungen gesetzliche Vorgaben und ggf. institutionelle Richtlinien.

Beratende kennen

- R1.** theoretische Ansätze und Methoden der Beratung;
- R2.** weiterführende, alternative Beratungsdienste oder -angebote;
- R3.** gesetzliche Vorgaben und ggf. institutionelle Richtlinien bei Kontrakt- bzw. Auftragsvereinbarungen.

4. KLÄREN DER SITUATION UND ZIELE

Beratende sind bereit und fähig, gemeinsam mit den Ratsuchenden eine auf deren Anliegen bezogene Bestandsaufnahme vorzunehmen und Reflexionen und Hypothesen zu unterstützen, die eine Neubewertung der Situation ermöglichen sowie erreichbare Zielvorstellungen fördern.

Was bedeutet Hypothesenbildung?

In der Beratung erhält die Berater_in Informationen zur Lebenssituation der Ratsuchenden/des Ratsuchenden.

Die ersten Eindrücke über Personen (Mimik, Gestik, Blickkontakt, Sitzhaltung etc.), Interaktionen (Begrüßung, Sitzordnung..) und Kontexte (sozialer Kontext der Ratsuchenden) sind wichtig wahrzunehmen. Die Aufgabe der Berater_in ist es, ihre/seine ersten Eindrücke und Informationen zu vorläufigen Hypothesen zu verbinden und diese durch Nachfragen zu überprüfen. Hierzu kann es hilfreich sein, der/dem Ratsuchenden etwas konkret anzubieten:

Habe ich Sie richtig verstanden, ...?

Mir geht gerade durch den Kopf, ...

Ich habe das ... und das ... gehört, können Sie da mitgehen?

4

Beratende

Kompetenzindikatoren

- I1.** identifizieren gemeinsam mit den Ratsuchenden deren Sichtweise zu den Anliegen sowie beeinflussenden Faktoren bzw. Ursachen der Problemsituation;
- I2.** klären, ob es schon vorher andere Anläufe gab, das jeweilige Anliegen zu bearbeiten;
- I3.** erkunden gemeinsam mit den Ratsuchenden die für die Anliegen relevanten Ziele und Motive;
- I4.** unterstützen die Ratsuchenden bei der selbstständigen Klärung ihrer Lage sowie Reflexion und (Neu-)Bewertung der Situation (z. B. in Bezug auf eigene Einstellungen, Werte, Fähigkeiten, Ziele);
- I5.** erarbeiten gemeinsam mit den Ratsuchenden Priorisierungen im Hinblick auf deren Zielsetzungen;
- I6.** weisen die Ratsuchenden hinsichtlich deren Ziele auf Chancen und Risiken im Zusammenhang mit den institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie auf mögliche Unvereinbarkeiten oder Widersprüche hin.

Beratende kennen

Kognitive Ressourcen

- R1.** Methoden zur systematischen Situationsanalyse;
- R2.** Methoden der Zielfindung, -definition und -entwicklung;
- R3.** den Einfluss von Diversität in Bildung, Beruf und Beschäftigung (z. B. Bildungsbeteiligung, -chancen, Diversität als Ressource);
- R4.** institutionelle und gesellschaftsbezogene Systeme, Strukturen, Angebote und Entwicklungen (z. B. Bildungs- und Beschäftigungssystem, Berufsstrukturen, Bildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Fördermöglichkeiten, regionale und überregionale Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt);
- R5.** relevante gesetzliche Regelungen in Bildung, Beruf und Beschäftigung (z. B. Arbeitsrecht, Ausbildungsverordnungen).

5

5. IDENTIFIZIEREN UND STÄRKEN INNERER UND ÄUSSERER RESSOURCEN

Beratende sind bereit und fähig, gemeinsam mit den Ratsuchenden deren Kompetenzen und Ressourcen zu identifizieren und diese bezogen auf deren Anliegen bzw. Ziele in den Beratungsprozess zu integrieren und zu stärken.

Mögliche Fragestellungen:

Was hat sich für Sie verändert?

Haben Sie schon einmal daran gedacht, ...?

Wer könnte Sie unterstützen?

Was ist Ihnen wichtig in Bezug auf ...?

Was fällt Ihnen leicht?
Was fällt Ihnen schwer?

Beratende

- I1.** arbeiten gemeinsam mit den Ratsuchenden deren Einstellungen, Gefühle, Motivationen sowie Verhaltensweisen heraus, soweit diese für die Bearbeitung der Anliegen erforderlich sind;
- I2.** identifizieren gemeinsam mit den Ratsuchenden deren biografische Gegebenheiten sowie deren Kompetenzen und Ressourcen und bringen diese mit dem Anliegen und den Zielen der Ratsuchenden in Verbindung;
- I3.** identifizieren gemeinsam mit den Ratsuchenden eventuelle Ressourcen sowie Umweltfaktoren, die sich aus dem sozialen und gesellschaftlichen Umfeld der Ratsuchenden ergeben, hinsichtlich der Relevanz für die Zielerreichung und Entscheidungsfindung (z. B. Aspekte des familiären, schulischen, beruflichen, betrieblichen Umfelds, sowie sozialrechtlich relevanter Faktoren und konkreter (auch) finanzieller Hilfen durch Stiftungen);
- I4.** setzen bei Bedarf und im Einvernehmen mit den Ratsuchenden wissenschaftlich anerkannte und geeignete diagnostische Verfahren zur Kompetenzermittlung und/oder Selbsteinschätzung ein;
- I5.** interpretieren ggf. auf verständliche Weise die Ergebnisse diagnostischer Verfahren im Dialog mit den Ratsuchenden und integrieren diese in den Beratungsprozess;
- I6.** unterstützen die Ratsuchenden bei der Stärkung der Selbstwahrnehmung hinsichtlich eigener Potenziale, Kompetenzen und Ressourcen;
- I7.** geben Hinweise auf Möglichkeiten zur (Weiter-)Entwicklung der eigenen Potenziale, Kompetenzen und Ressourcen.

Kompetenzindikatoren

Beratende kennen

- R1.** Methoden zur Identifizierung und Mobilisierung individueller Ressourcen;
- R2.** Verhaltenstheorien sowie Ansätze der pädagogischen Psychologie;
- R3.** Ansätze zur (Psycho-)Diagnostik und Kompetenzbilanzierung sowie Instrumente zur Selbsteinschätzung;
- R4.** den Ansatz der berufsbiografischen Gestaltungskompetenz und des lebenslangen Lernens (Career Management Skills);
- R5.** Lebenswelten und Bedürfnislagen unterschiedlicher Zielgruppen.

Kognitive Ressourcen

6. ERARBEITEN VON LÖSUNGS- UND HANDLUNGSPERSPEKTIVEN

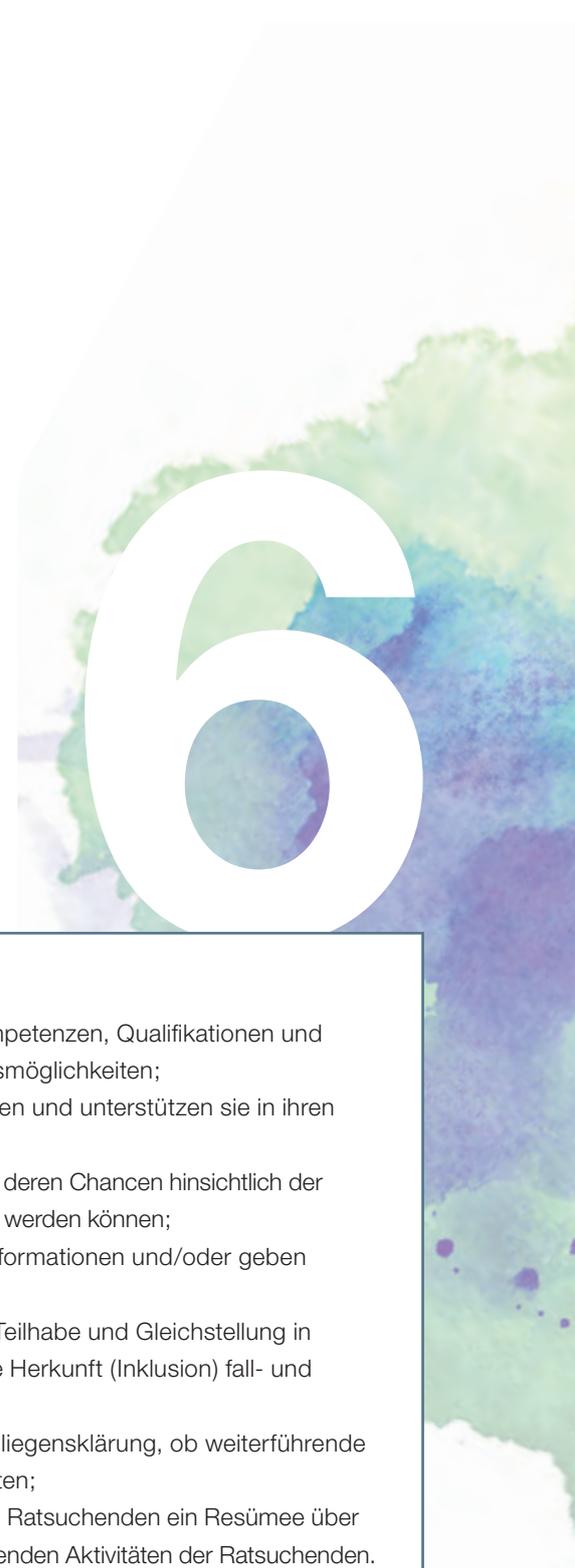
Beratende sind bereit und fähig, gemeinsam mit den Ratsuchenden Lösungs- bzw. Handlungsperspektiven zum Erreichen der Zielsetzung zu erarbeiten. Hilfreich sind die drei Grundregeln des **Prinzips der Lösungsorientierung**:

- Repariere nicht, was nicht kaputt ist!
- Wenn etwas funktioniert, mache mehr davon!
- Wenn etwas nicht funktioniert, wiederhole es nicht. Mach etwas anderes!

Der Abschluss des Beratungsgesprächs/des Beratungsprozesses ist ein wichtiger Teil des Gesamtprozesses. In dieser Phase geht es um Rückschau halten, Zusammenfassung, Beendigung des Gesprächs und Abschiednehmen. Es geht also um Bilanzierung des Erreichten und um den Blick nach vorne: Was ist noch zu tun und wie wird die Zukunft selbstständig und im Beratungsprozess gestaltet?

- Welche Probleme/Anliegen wurden gelöst oder haben sich gemildert?
- Wie lässt sich das Erreichte in den Alltag übertragen?
- Was gibt Ihnen dabei Sicherheit?
- Was werden Sie tun, um das Erreichte zu bewahren?

In der Abschlussphase ist es für die Ratsuchenden oft hilfreich, wenn sie eine zusammenfassende Rückmeldung der Beraterin/des Beraters erhalten. Dies gilt auch für einen ausgesprochenen Dank dafür, dass sich die Ratsuchende auf den Prozess eingelassen hat.



Kompetenzindikatoren	Beratende
	I1. entwickeln gemeinsam mit den Ratsuchenden auf Basis derer Kompetenzen, Qualifikationen und Ressourcen realistische Lösungsperspektiven und/oder Handlungsmöglichkeiten;
	I2. erarbeiten gemeinsam mit den Ratsuchenden Entscheidungskriterien und unterstützen sie in ihren Entscheidungsprozessen;
	I3. informieren die Ratsuchenden über Möglichkeiten und Strategien, wie deren Chancen hinsichtlich der Zielerreichung gesteigert bzw. wie mögliche Hindernisse überwunden werden können;
	I4. vermitteln den Ratsuchenden bedarfs- und zielgruppengerechte Informationen und/oder geben Hinweise auf selbst zu nutzende Informationsquellen;
	I5. bringen Handlungsmöglichkeiten zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe und Gleichstellung in Hinblick auf Alter, Geschlecht, Behinderung, kulturelle und ethnische Herkunft (Inklusion) fall- und situationsangemessen in die Beratung ein;
	I6. prüfen unter Berücksichtigung des Beratungsverlaufs sowie der Anliegensklärung, ob weiterführende und/oder externe Beratungen in Anspruch genommen werden sollten;
I7. ziehen zum Abschluss des Beratungsprozesses gemeinsam mit den Ratsuchenden ein Resümee über Verlauf und Ergebnisse der Beratung und besprechen ggf. die anstehenden Aktivitäten der Ratsuchenden.	
Kognitive Ressourcen	Beratende kennen
	R1. Entscheidungstheorien und -modelle;
	R2. Methoden der Informationsbeschaffung und -analyse;
R3. kontextspezifische Informationsquellen und Datenbanken.	

BERATUNG IN KRISEN

ALLGEMEINE DEFINITION UND ERSCHEINUNGSFORMEN VON KRISEN



„Unter psychosozialen Krisen versteht man den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und dem Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“¹¹

Man kann bei den persönlichen Krisen verschiedene Arten unterscheiden:

- 1. Entwicklungs- und Reifungskrisen** (Pubertät, Familiengründung, Menopause, Alter)
- 2. Anforderungskrisen** (neuer Job, zu hohe Ansprüche an sich selbst, Erwartungen von außen, Arbeitslosigkeit, Umzüge, Leistungsdruck)
- 3. Verlustkrisen** (Krankheit, Trennung, Tod).

Man unterscheidet bei Krisen einerseits solche, die von innen heraus entstehen, andererseits die von außen an die Person herangetragen werden. Außerdem wird zwischen akuten und chronischen Krisen differenziert. Umbruchsituationen können ebenfalls krisenhaft erlebt werden.¹²

Jeder Mensch erlebt Belastungen und Krisen anders. Oft werden sie aber als existentiell und bedrohlich erlebt. Wie jemand mit einer Krise umgeht, hat mit seinen Lebenserfahrungen und erprobten Bewältigungsstrategien zu tun.

Mit Krisen einhergehende Gefühle:

- Gefühle von Angst, von Überforderung, Unruhe, innerer Anspannung oder Lähmung, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Verzweiflung, Traurigkeit, Wut, Schmerz, innerer Leere, Lebensüberdruß
- Das Selbstwertgefühl kann stark beeinträchtigt sein
- Das Gefühl der Selbstwirksamkeit Situationen verändern oder beeinflussen zu können, ist verloren gegangen
- Die Herausforderungen des Alltags können nicht mehr oder nur mit großer Kraftanstrengung bewältigt werden.

Neben den bereits beschriebenen Gefühlen haben es die Betroffenen unter Umständen zunehmend schwer, von dem inneren Thema der Krise Abstand zu nehmen; sie sind völlig eingenommen davon und können „nicht mehr richtig denken“, „abschalten“, oder sich ablenken – alles andere tritt zurück. Teils schlafen und essen die Betroffenen nicht mehr ausreichend, gehen in den inneren Rückzug, andere stürzen sich in Aktivität. Stimmungseintrübungen und Ver-

¹¹ In Anlehnung an die Überlegungen von Caplan (1964) und Cullberg (1978) Sonneck, Gernot, Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2000, S. 15.

¹² Vgl. Diözesan-Caritasverband für die Erzdiözese Köln (Hrsg.), a.a.O., S.16.

stummen sind möglich, der Austausch mit dem Partner/mit dem Lebensumfeld wird aufgegeben. Subjektive Gefühle von „ich schaffe das nicht mehr“ und eine Entfremdung von sich selbst, vom Partner können entstehen. Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden oder andere psychosomatische Beschwerden können auftreten.

Eine psychische Krise kann einerseits im Kontext einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung/Störung auftreten. Sie kann aber auch durch Lebensereignisse und durch anhaltende Belastungen ausgelöst werden. Dann ist sie zunächst kein krankhafter Zustand; sie kann jeden Menschen in jeder Lebensphase betreffen. Hier setzt Beratung an. Erfolgt aber keine rechtzeitige Unterstützung, dann können auch Suizidgedanken, Gewalt- und (Auto)-Aggressionshandlungen, psychosomatische oder psychische Störungen eine Folge sein. Dann sollte auf alle Fälle eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen werden/vermittelt werden. Zunächst aber können Krisen auch eine Chance sein, sich dem Leben neu zuzuwenden; sie können Weiterentwicklung und Reifung in Gang setzen.

KRISEN IM KONTEXT VON SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Krisenhafte Zuspitzungen sind während der gesamten Zeit möglich, also vor, während und nach einer Schwangerschaft. Während einer Schwangerschaft und nach der Geburt besteht eine besondere Vulnerabilität von Mutter und Kind, die sich noch in den ersten Lebensjahren fortsetzen kann.

Die Katholische Schwangerschaftsberatung hat die Aufgabe, stressauslösende Faktoren, anhaltende Belastungen und Krisen frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

Was kann eine Krise rund um Schwangerschaft und Geburt auslösen?

Oft spielen mehrere Faktoren – neben einem aktuellen Anlass für die Krise und ihrer subjektiven Bedeutung für die Ratsuchende – auf den verschiedensten Ebenen eine Rolle:

- Die hormonelle Umstellung der Schwangerschaft, nach einer Geburt
- der biografische Hintergrund mit möglicherweise traumatisierenden Lebensereignissen
- bereits bestehende gesundheitliche Belastungen
- ein schwieriges oder fehlendes soziales Umfeld
- existenzielle Probleme (werdender) Eltern
- Partnerschaftsprobleme
- Trennung/Scheidung
- Alleinerziehend sein

Je nachdem, über welche persönlichen Ressourcen jemand verfügt, können krisenhaft erlebte Lebensereignisse unterschiedlich verarbeitet werden.

Beispiele von Krisen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt

Als krisenhaft kann beispielsweise erlebt werden, wenn bekannt oder bewusst wird, dass sich der **Wunsch nach einer eigenen Familie** nicht so einfach oder auf eine gewünschte Weise realisieren lässt und damit die gesamte Lebensplanung ins Wanken gerät. Die Diagnose Unfruchtbarkeit oder die Diagnose einer Vererbbarkeit genetischer Besonderheiten kann eine Selbstwertkrise, eine Sinnkrise, Partnerschaftskonflikte, Verlustängste und Störungen in der Sexualität auslösen oder bereits bestehende Konflikte verstärken, die bislang vielleicht noch nicht bewusst und nicht bearbeitet wurden.

Mehrere erfolglose Versuche schwanger zu werden oder der Verlust eines Kindes können zu einer Verlustkrise führen. Die Folgen können beispielsweise Gefühle wie Schmerz, Verzweiflung, Trauer, Scham, Wut, Neid, Hoffnungslosigkeit sein.

Eine **ungeplante/ungewollte Schwangerschaft** kann eine Krise auslösen, wenn dadurch Lebensplanungen in Frage gestellt werden, wenn partnerschaftliche oder familiäre Beziehungen sich als nicht tragfähig herausstellen, wenn Existenzängste auftreten, wenn eine bereits bestehende Überforderungsthematik die Situation überlagert. Häufig steht dann auch die Frage eines Schwangerschaftsabbruches im Raum.

Der **Schwangerschaftsabbruch** selbst kann krisenhaft oder traumatisierend erlebt werden oder eine persönliche Krise auslösen, wenn diese Entscheidung/Erfahrung nicht in das eigene Leben integriert werden kann.

Auch nach einer Entscheidung für das Austragen des Kindes können Krisen bei schwangeren Frauen dadurch entstehen, dass die **Ambivalenz zum Kind** weiterhin hoch ist und stressauslösende Faktoren anhaltend weiterbestehen.

Lebensumstände können ebenfalls Krisen auslösen. Verlust von Arbeit oder prekäres Einkommen, Armut und Verschuldung, Verlust von Wohnraum, Partnerschaftskonflikte, Trennung vom Partner, fehlende soziale Unterstützung, gesundheitliche Belastungen, Überlastung durch mehrere Kinder – alle diese Faktoren können dazu beitragen, dass Überforderung, anhaltender Stress und Krisen in der Schwangerschaft und nach der Geburt eines (weiteren) Kindes entstehen können.

Während der gesamten Schwangerschaft sind außerdem Situationen möglich, beispielsweise aufgrund einer vorgeburtlichen Untersuchung, die plötzlich befürchten lassen, dass das Kind eine **Erkrankung oder eine Behinderung** haben könnte. werdende Eltern befinden sich dann meist sehr schnell „im Ausnahmezustand“. Die Wartezeit auf Ergebnisse weiterer Untersuchungen wird von vielen als äußerst belastend erlebt. Wird eine Vermutung zur Gewissheit, dann prägen nicht selten Schockreaktionen, Verzweiflung, Überforderungsgefühle, Schuldgefühle, das Kappen der Bindung zum Kind, Ängste und das Erleben eines enormen Drucks die Situation. Gleichzeitig sehen sich die Betroffenen oft vor eine Entscheidung gestellt, in der das Leben ihres Kindes in Frage gestellt wird. Die Entscheidung erfolgt in einem Prozess, auf dem Boden der persönlichen Lebens- und Beziehungserfahrung, der eigenen Grenzen und auf der Grundlage



der äußeren und der persönlichen Ressourcen, der Werte und gesellschaftlicher Bedingungen. Bei einem späten Schwangerschaftsabbruch kann man davon ausgehen, dass er für die Betroffenen traumatisierend ist.

Die Situation einer Familie nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung ist ebenfalls abhängig von vielen Faktoren. Sie kann – je nach gesundheitlicher Situation von Mutter und Kind und je nach Anforderung und Ressourcenlage der Familie – als äußerst belastend und immer wieder krisenhaft erlebt werden und weitere krisenhafte Zuspitzungen nach sich ziehen. Sie kann aber auch – in einem Prozess der Auseinandersetzung mit einem besonderen Kind, durch eine Stärkung der Lebenszusammenhänge – positiv erlebt werden.

Aber auch „normale“ Schwangerschaft und Erfahrungen rund um die Geburt, können in eine Krise münden. Weitaus mehr Frauen als angenommen sind bereits während der Schwangerschaft **psychisch belastet** und entwickeln rund um die Geburt ihres Kindes eine Krise oder eine psychische Erkrankung, als Folge einer psychischen Überlastungsreaktion, im Zusammenhang mit den Anforderungen der Mutterschaft und in der Auseinandersetzung mit dem Kind. Peripartale Depression, postpartale Depression, Wochenbettdepression und Wochenbettpsychose sind mögliche krisenhafte Erkrankungen. Die beispielhaft benannten krisenauslösenden Faktoren müssen dabei nicht einzeln, sondern können im Rahmen einer Schwangerschaft auch gebündelt auftreten.

KRISENINTERVENTION UND KRISENBEWÄLTIGUNG

Zunächst muss eine Einschätzung der Krise vorgenommen werden:

- Inwieweit ist bei der/dem Ratsuchenden eine Distanzierung vom Problem noch möglich?
- Inwieweit kann der Alltag gelebt werden? Kann das Kind/können die Kinder versorgt werden?
- Bewegt sich die Krise im Rahmen einer psychischen Erkrankung/Störung?

Mögliche Indikatoren:

- Wie steht es um die Existenzsicherung?
- Wie ist der Umgang mit Familie und Kindern, mit den Alltagsstrukturen, mit den täglichen Anforderungen, mit Schlafen, Essen, Kontakten, Arbeit, Bewegung?
- Wie ist die Gefühlslage, die emotionale Schwingungsfähigkeit (starr/reglos oder angemessene emotionale Reaktion in der Kommunikation), wie das Körperempfinden?
- Kann die Ratsuchende noch Strategien nutzen, steuernd eingreifen, um der Krise entgegen zu wirken, oder ist das nicht (mehr) der Fall?

Wenn hier ernsthafte Einschränkungen bereits bestehen, oder wenn Suizidgedanken oder Bilder geäußert werden (oder in der inneren Resonanz der Berater_in als Gedanke auftauchen), dann ist die Grenze der Schwangerschaftsberatung erreicht. Aufgabe der Berater_in ist es in dieser Situation, den Kontakt zu einer/einem Psychiater_in herzustellen und den Kontakt zur Ratsuchenden so lange zu halten, bis die Weitervermittlung gelungen ist. Wesentliches Element der psychosozialen Beratung ist das Beziehungs- und Begleitungsangebot der

Berater_in. Das Ansprechen und Bearbeiten von Fragen, Problemen, Gedanken, Konflikten und Gefühlen können zur Entlastung der Betroffenen führen. Wie weit dies möglich ist, hängt nicht zuletzt von der sprachlichen Fähigkeit und von der Introspektionsfähigkeit der Ratsuchenden ab. Durch diesen gemeinsamen Prozess kann wieder Raum für neue Perspektiven in Bezug auf sich selbst, den Partner, das Kind und in Bezug auf die aktuelle Lebenssituation entstehen.

Generell wichtig in der Beratung ist der präventive und antizipierende Blick der Berater_in, die Stärkung von Selbstwirksamkeit bei der Ratsuchenden und die Lösungs- und Ressourcenorientierung in der gemeinsamen Arbeit. Dabei kommt der konkreten Hilfevermittlung als Abhilfe bzw. Entlastung in prekären oder finanziell überfordernden Situationen eine stabilisierende und für die weitere Themenbearbeitung unterstützende Rolle zu.

Problemlösungsansatz der Krisenintervention (Donna C. Aguilera)¹³:

Phasen des Problemlösungsansatzes:		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lokalisation und Definition des Problems ■ Überdenken der Konsequenzen ■ Strukturierung des Problems ■ Auswählen einer Lösungsmethode ■ Erwägen möglicher Lösungsmöglichkeiten 		
Die Berater_in leitet und strukturiert den Beratungsprozess:		
Lokalisation und Definition des Problems	Strukturierung des Problems	Erwägung möglicher Lösungsmöglichkeiten und Überdenken der Konsequenzen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Was ist das krisenauslösende Ereignis? ■ Welche Faktoren beeinträchtigen die Fähigkeit der Ratsuchenden, ihr Problem selbst zu lösen? ■ Wie definiert die Ratsuchende ihr Problem? ■ Welche Bedeutung hat das Problem aktuell im Leben der Ratsuchenden? Wie wird es die Zukunft beeinflussen? ■ Wie sieht das soziale Umfeld aus? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einschätzung der psychosozialen Kompetenz (Wie weit kann die Ratsuchende für sich/die Kinder sorgen? Wie eigenverantwortlich präsentiert sie sich im Gespräch?) ■ Einschätzung der psychischen und körperlichen Verfassung ■ Einschätzung der Auswirkungen der Krise auf Lebenssituation und Umwelt (Familie, Beruf, Freizeit) ■ Einschätzung der realen und gefühlsmäßigen (subjektiven) Bedeutung des Problems (Wie sahen in anderen Krisensituationen Problemlösungsstrategien aus? Welche Lösungsmöglichkeiten kommen akutell in Frage?) ■ Kausale Zusammenhänge thematisieren (Warum bin ich jetzt in einer Krisensituation?) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Berater_in bündelt die gesammelten Informationen und fasst zusammen, was sie gehört und wahrgenommen hat ■ Abwägen der Lösungsmöglichkeiten: Was ist realistisch? ■ Sich Einigen auf erste Schritte

¹³ Donna C. Aguilera, Krisenintervention. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000

BERATUNG IN ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSKONFLIKTEN

VORBEMERKUNGEN

Jede Beratung hat immer auch eine ethische Dimension.

Sie greift bewusste oder unbewusste Haltungen, Normen und Werte vor dem Hintergrund der je eigenen Lebenswirklichkeiten und Lebenserfahrungen der Ratsuchenden auf und bezieht diese in die Reflexion und Hilfeplanung ein. Die Berater_innen unterstützen die Ratsuchenden darin, selbst zu einem verantworteten Urteil zu gelangen.

Es gibt im Rahmen der Schwangerschaftsberatung Situationen, in denen ethische Themen explizit berührt werden. Besonders deutlich wird dies, wenn Ratsuchende im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt eines Kindes vor existentielle Entscheidungen gestellt sind oder in (Werte-)Konflikte geraten, die nicht nur die eigene Lebensgestaltung, sondern auch die Interessen, Wünsche, Bedürfnisse oder auch Rechte anderer Personen betreffen.

In ethischen Entscheidungskonflikten geht es im Wesentlichen um Menschen in Krisen und Notsituationen,

- die nach einem verantwortbaren Handeln in komplexen, existentiellen Entscheidungssituationen suchen,
- die ihr Handeln, ihre Entscheidung an persönlichen oder grundlegenden Werten im Kontext ihrer individuellen Lebenssituation überprüfen,
- die sich nach Einbezug aller die Entscheidung beeinflussenden Faktoren und Abwägung der Folgen für alle am Konflikt Beteiligten möglichst so entscheiden, wie sie es als richtig einschätzen.

Allgemeine ethische Kategorien spielen für die Schwangerschafts(konflikt)beratung genauso eine zentrale Rolle wie spezifisch theologische. Letztere kommen im Fall der Katholischen Schwangerschaftsberatung aus der christlichen Tradition und bilden gleichsam ihren institutionellen Hintergrund.

ETHIK UND MORAL: BEGRIFFSKLÄRUNGEN¹⁴

Wenn wir von **Moral** sprechen, so sind damit die in der Gesellschaft gültigen und befolgten Sitten und Gewohnheiten, Bräuche, Konventionen, Normen und Werte gemeint. Sie sind sozial vermittelte, durch Erziehung und Tradition weitergegebene Verhaltensmuster, die sich in der Praxis bewährt haben. Sie stabilisieren das Zusammenleben von Menschen und können für den Einzelnen entlastende und identitätsfördernde Funktion haben.

Ethik ist die Reflexion des menschlichen Handelns. Sie setzt sich mit gutem und richtigem bzw. gerechtem Handeln auseinander und sucht nach verbindlichen Grundwerten und Normen, um zu einem gelingenden Leben und Zusammenleben beizutragen bzw. es zu schützen.

Ethik bietet einen theoretischen Bezugsrahmen – ohne den Anspruch zu erheben die Lebenswirklichkeit damit vollumfänglich erfassen zu können. Sie bietet Orientierung, um zu einer eigenständig verantworteten Urteilsfindung zu kommen.



Die zentrale Frage lautet: „Was muss ich tun, damit (mein) Leben gelingt?“.

Sie richtet ihren Blick dabei sowohl auf das Handeln und die Lebensführung des einzelnen Menschen (Individuethik) als auch auf das Zusammenleben bzw. die Kriterien/Strukturen in einer gerechten Gesellschaft (Sozialethik). So liegt beispielsweise die Entscheidung für ein Kind im individualethischen Bereich, hat aber immer auch mit den vorfindbaren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu tun.

Ethik befragt Normen und Werte regelmäßig auf ihre Gültigkeit. Diese können kulturell, gesellschaftlich, religiös bedingt sein und unterliegen einem (zeitlichen) Wandel. Sie müssen immer wieder überprüft, hinterfragt, begründet und ggf. verändert werden – gerade, wenn sich gesellschaftliche Bedingungen verändern oder neue wissenschaftliche Erkenntnisse (etwa in der Pränataldiagnostik oder Reproduktionsmedizin) dies notwendig machen.

Theologische Ethik stellt die ethischen Grundfragen der Menschen in einen religiösen Deutungshorizont.

Innerhalb der **christlichen theologischen Ethik** gibt es unterschiedliche Positionen und Ansätze, die um den Weg der Erkenntnis des Guten und dessen Umsetzung im Handeln ringen. Die konkrete Lebenssituation der Menschen ist Dreh- und Angelpunkt, um sowohl über Gott als auch über den Menschen und sein Handeln nachzudenken. Der Mensch steht mit seinen Beziehungen im Mittelpunkt. Die Theologie will die Menschen darin unterstützen zu einem eigenen Urteil zu gelangen. Vor diesem Hintergrund wollen auch die behandelten Themen von Freiheit, Verantwortung, Gewissen, Schuld und Versöhnung gelesen werden: Kern ist immer der Mensch in seinen Beziehungen und Beziehungserfahrungen.

¹⁴ Vgl. Hilpert, Konrad: Zentrale Fragen christlicher Ethik. Für Schule und Erwachsenenbildung. Regensburg 2009.

Gleichermaßen verbindliche Quellen christlicher Ethik sind:

- das Zeugnis der biblischen Schriften des Alten und Neuen Testaments
- die Tradition bzw. das kirchliche Lehramt
- die Glaubenserfahrung und Glaubenskompetenz der Gemeinschaft der Gläubigen.

ZENTRALE ETHISCHE KATEGORIEN IN DER BERATUNG IN ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSKONFLIKTEN

Die Tätigkeit einer Schwangerschaftsberater_in in der Beratung von Frauen/ Paaren in existentiellen Entscheidungssituationen lässt sich sehr gut in einem Zitat des Schweizer Moraltheologen Franz Böckle (1921-1991) zusammenfassen:

„Das Wichtigste einer theologischen Ethik ... ist die Befreiung des Menschen zur Freiheit einer verantworteten Gewissensentscheidung.“¹⁵



In diesem Satz sind die ethischen Grundbegriffe ‚Freiheit‘ und ‚Verantwortung‘, ‚Gewissen‘ und ‚Schuld‘ impliziert, denen in der Schwangerschafts(konflikt)beratung eine erhebliche Bedeutung zukommt.

FREIHEIT

Die Annahme von menschlicher Freiheit ist die Voraussetzung für verantwortliches Handeln und die Annahme von Schuld.

Wesensmerkmale der Freiheit sind:

- die Unabhängigkeit von Fremdbestimmung (äußerem und innerem Zwang)
- die Fähigkeit zur Selbstbestimmung
- die Voraussetzung von Eigenständigkeit und Autonomie
- die Wahlfreiheit zwischen mehreren Möglichkeiten, die auch als Alternativen wahrgenommen werden können.

Ethik unterscheidet zwischen Handlungs- und Willensfreiheit:

- Willensfreiheit bedeutet, dass jemand seinen Willen „aus sich heraus“ entwickeln kann und nicht allein dem Unterbewussten oder sozialen Notwendigkeiten folgt.
- Handlungsfreiheit heißt, dass jemand verschiedene Möglichkeiten des Verhaltens hat und um die Folgen des eigenen Handelns für sich selbst und für andere weiß.

Freiheit setzt also Eigenständigkeit und Wahlfreiheit voraus, unter Abwägung von Gründen einen bestimmten Wert auszuwählen und auf dessen Grundlage das eigene Lebenskonzept selbstbestimmt zu verfolgen.

¹⁵ Böckle, Franz, *Verantwortlich leben, menschenwürdig sterben*. Zürich 1992, S.16f

Die Handlungs- und Willensfreiheit vollzieht sich nicht losgelöst von den eigenen Werten, an denen die einzelne Person ihr Leben ausrichten will. Freiheit entsteht gerade in der Bindung an diese Werte und Überzeugungen. Die Beratung kann einen Beitrag dazu leisten, sich der eigenen Wertigkeiten bewusst zu werden, damit diese im eigenen Handeln zum Tragen kommen können.

Freiheit auszuüben bedeutet auch, Verantwortung für die eigene Entscheidung zu übernehmen. Diese Fähigkeit kann eingeschränkt werden durch:

- die Beeinträchtigung der Einsicht (z. B. durch Unwissenheit)
- die Beeinträchtigung der freien Zustimmung (z. B. durch Bedrohung, physisches Unvermögen).



Was heißt Freiheit für mich?

Was sind Grenzen der Freiheit bzw. einer freien Entscheidung in der Schwangerschaftsberatung?

- Wodurch wird die Freiheit der Frau/des Paares eingeschränkt?
- Welche inneren und äußeren Einflussfaktoren gibt es? Welche familiären Prägungen, persönlichen Wunschbilder, Sehnsüchte, Verletzungen, Loyalitäten bestimmen ihre Entscheidung?
- Wie können in die Entscheidung die Perspektive der Ratsuchenden, anderer relevanter Familienmitglieder und die Rechte des Kindes einbezogen werden?
- Auf der Basis welcher Werte trifft sie/das Paar eine Entscheidung?
- Verfügt sie/das Paar über ausreichendes Wissen in der Entscheidungssituation, z. B. Bezug auf die Behinderung des Kindes?
- Wie frei ist sie/das Paar in ihrer/seiner Entscheidung? Wie entscheidungsfähig? Welche Handlungsalternativen stehen zur Verfügung, welche können eröffnet werden?
- Wie kann angesichts der Krise, der zusammenstürzenden Lebensplanungen ihr Blick wieder geweitet werden?
- Wie kann die Frau/das Paar zu einer möglichst freien Entscheidung befähigt werden?
- Was fördert das Erlangen von innerer und äußerer Freiheit?

VERANTWORTUNG

Verantwortung wird in der Ethik heute vor allem im Zusammenhang mit Beziehung gesehen. Die zu Beginn aufgeworfene Grundfrage der Ethik, wie mein Leben gelingen kann, könnte auch heißen: „Wie soll ich handeln, damit meine Beziehungen gelingen?“ Unabhängig davon, ob es sich um die eigene Person, eine flüchtige Bekanntschaft oder eine vertraute Bezugsperson handelt: Immer sind wir mit unserem Handeln zu einer Antwort herausgefordert und stehen so in der Ver-Antwort-ung.

Es geht dabei um eine dreifache Beziehungsstruktur:

- Jemand (Verantwortungssubjekt)
- ist für jemanden oder etwas (Verantwortungsgegenstand)
- vor oder gegenüber jemandem (Adressat bzw. Verantwortungsinstanz) verantwortlich.

Persönliche Verantwortung setzt voraus, dass

- eine Handlung von einer individuellen Person vollzogen wird. Sie ist ihr zu-rechenbar.
- eine Wahlfreiheit besteht: Die handelnde Person ist in dem Sinne frei, dass sie auch anders hätte handeln können.



Was heißt Verantwortung für mich?

Was heißt Übernahme von Verantwortung in der Schwangerschaftsberatung?

- Für was und wem gegenüber ist die Frau/das Paar persönlich verantwortlich? Bzw. wem gegenüber fühlt sie/das Paar sich verantwortlich?
- Welche Folgen hat die Entscheidung für wen?
- Ist die Frau/das Paar frei in der Entscheidung? Wie kann sie/das Paar darin unterstützt werden?
- Wer oder was wirkt sich auf die Entscheidung aus?

GEWISSEN

Allgemeines Verständnis



Das Gewissen gilt als die innerste Leitinstanz eines Menschen, also der Bereich, in dem der Mensch in Kontakt mit seinen tiefsten, höchsten, letzten Werten steht. Es ist Ausdruck für sein Konzept vom Leben und seinen Umgang mit anderen Menschen, das ihm auch unter Einbezug denkbarer Folgen (Verantwortung) sagt, wie er urteilen oder handeln soll.

Bildung des Gewissens

Das Gewissen setzt die Fähigkeit des Menschen voraus, ethische Werte und Normen zu erkennen, zu reflektieren und sein Handeln daran auszurichten. Dabei kann es um Gesetze und Normen einer Gesellschaft gehen, um Gebote einer Religion oder auch um individuelle Einstellungen der handelnden Person.

Das Gewissen ist etwas, das sich im Laufe des Lebens ab der frühen Kindheit entwickelt bzw. reift. Gebote und Verbote des Gewissens werden zunächst durch die Eltern, die Erziehenden angelegt. Sie spiegeln aber auch die Einstellungen des jeweiligen Kontextes einer Person wie z. B. einer Kultur, Gesellschaft oder Religion wider. Mit der kognitiven Entwicklung reift auch die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Es bildet sich das Gewissen als Instanz der Bewertung (Be-Wert-ung) heraus. Erst wenn jemand in seinem Gewissen die Richtigkeit von Geboten und Normen erkannt hat und ihnen frei zustimmen oder als falsch erkannte Normen aus freiem Willen ablehnen kann, lässt sich wirklich von verantwortlichem Handeln sprechen.

Die Gewissensfreiheit ist ein hohes Gut, das auch in der Verfassung verankert ist:



- In Art. 1 der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ von 1948 betonen die Vereinten Nationen: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt.“ Entsprechend ist in vielen Ländern die Gewissensfreiheit als Grundrecht festgeschrieben.
- Im Grundgesetz Art. 4 wird dem individuellen Gewissen eine besondere Bedeutung zuerkannt: „Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich.“
- Daran anknüpfend hat das Bundesverfassungsgericht 1960 die „Gewissensentscheidung“ beschrieben als „jede ernstliche, an den Kategorien von ‚Gut‘ und ‚Böse‘ orientierte Entscheidung, die der einzelne in einer bestimmten Lage als für sich bindend und unbedingt verpflichtend innerlich erfährt, so dass er nicht ohne ernste Gewissensnot gegen sie handeln könnte.“

Das Gewissen im christlichen Kontext

Im christlichen Sinn steht das Gewissen unter dem Anspruch an der Botschaft und am Verhalten Jesu ausgerichtet zu werden. Das Gewissen hat in der katholischen Lehre einen hohen Stellenwert:

„Denn der Mensch hat ein Gesetz, das von Gott seinem Herzen eingeschrieben ist, dem zu gehorchen eben seine Würde ist und gemäß dem er gerichtet wird. Das Gewissen ist die verborgenste Mitte und das Heiligtum im Menschen, wo er allein ist mit Gott, dessen Stimme in diesem seinen Innersten zu hören ist. Im Gewissen erkennt man jenes Gesetz, das in der Liebe zu Gott und dem Nächsten seine Erfüllung hat.“

(Gaudium et spes 16 - 2. Vatikanisches Konzil, 1962-1965)

Der Ort des Geschehens ist das Herz. Damit greift das Konzil das alttestamentliche Bild vom Herzen als Beziehungsorgan auf, mit dem der Mensch auf die Stimme Gottes in seinem Inneren hören kann. Dabei ist das Herz im Alten Testament nicht nur der Sitz von Gefühl, sondern vor allem auch von Denken und Verstand.

Weil der Kirche das Gewissen als den von Gott getragenen Personkern des Menschen heilig ist, kann das Gewissen nie außer Kraft gesetzt werden. In keiner Situation ist es dem Menschen sittlich erlaubt, gegen sein Gewissen zu handeln. Die christliche Ethik respektiert das Gewissen als letzte, als entscheidende und bindende Instanz für das verantwortliche Handeln.

Der individuelle Mensch ist in seiner Gewissensentscheidung unvertretbar. Sie kann und darf ihm von niemandem abgenommen werden. Darin zeigt sich auch die Würde des Menschen in seiner Gottesebenbildlichkeit (Gen 1,26).

In der theologischen und philosophischen Tradition der Ethik ist das Gewissen – auch gegen alle äußere Autorität – die Letztinstanz. Das heißt in Konsequenz, dass ein reifes Gewissen sich auch darin äußern kann, Autoritäten gegenüber „ungehorsam“ zu sein, wenngleich für diese Entscheidung dann auch die Verantwortung und mögliche Konsequenzen zu tragen sind.

Eine Gewissensentscheidung ist nicht mit einer Bauch- oder gar Willkürentscheidung zu verwechseln. Sie ist immer auch mit der Reflexion der Gründe und Werthaltungen, die zu dieser Entscheidung führen, verbunden – auch damit die Entscheidung glaubhaft vermittelt und durchgetragen werden kann.¹⁶

Den Berater_innen kann ihr eigenes Gewissen, aber auch das der Ratsuchenden, als Hintergrundfolie für ihre Tätigkeit dienen.

Auch wenn nicht immer gewährleistet ist, dass jemand eine richtige Entscheidung trifft, steht er/sie gerade bei Entscheidungen von existentieller Tragweite in der Verantwortung, nach der richtigen Entscheidung zu suchen und sich um eine Reflexion aller Aspekte und Konsequenzen zu bemühen, die mit dieser Entscheidung zusammenhängen.

Schwangerschafts(konflikt)beratung begleitet Frauen/Paare in Entscheidungssituationen ergebnisoffen, unterstützt sie in der Entscheidungsfindung ohne deren Entscheidung zu beeinflussen – entsprechend dem nachsynodalen Schreiben von Papst Franziskus *„Wir sind berufen, die Gewissen zu bilden, nicht aber dazu, den Anspruch zu erheben, sie zu ersetzen.“* (Amoris laetitia Nr. 37).



Was heißt Gewissen für mich?

- Wie kann es gelingen, dass die Frau/das Paar mit ihrer/seiner inneren Stimme in Kontakt kommt?
- Wie kann die Frau/das Paar in einer autonomen Entscheidung gestärkt und begleitet werden?
- Wurden die Konsequenzen der Entscheidung für alle Beteiligten reflektiert?
- Erlebt die Frau/das Paar die Entscheidung als stimmig?
- Welche Argumente machen über das unmittelbare Empfinden hinaus die Entscheidung nachvollziehbar?

¹⁶ Vgl. Merkl, Alexander/Schlögl-Flierl, Kerstin, *Moraltheologie kompakt. Ein theologisch-ethisches Lehrbuch für Schule, Studium und Praxis*, Münster 2017, S.40: „Neben der grundsätzlichen Rechenschaftspflicht (gemeint ist die argumentative Verdeutlichung der eigenen Position) zählen hierzu die Glaubwürdigkeit und die Ernsthaftigkeit des Urteils, Dialog- und Lernbereitschaft, Korrekturoffenheit, die Inbetrachtung der handlungsrelevanten Folgen sowie die Berücksichtigung objektiver (kirchlicher) Normen.“

SCHULD

In enger Verbindung mit der Gewissenbildung hängt die Fähigkeit Schuld zu empfinden, sich schuldig zu fühlen, zusammen.

Schuld entsteht, wenn wir unsere Möglichkeiten nicht verwirklicht haben bzw. wenn ein Mensch, der sich frei entscheiden kann, sich bewusst gegen das, was er als gut und richtig erkannt hat, entscheidet. Wichtig ist deshalb vor allem die Differenzierung zwischen subjektiven Schuldgefühlen und objektiver Schuld. Die Unterscheidung liegt in den Auswirkungen auf die Beziehungen der Person. Ist bei Schuldgefühlen vor allem das Selbstverhältnis betroffen, wird bei objektiv feststellbarer Schuld auch die Beziehung zum Mitmenschen gestört. Sie ist auch für andere spürbar und „sichtbar“.

In der Schwangerschaftsberatung können die Themen Schuld und Schuldgefühle in verschiedenen Kontexten eine Rolle spielen. Ratsuchende fühlen sich beispielsweise schuldig,

- weil sie schwanger werden
- weil sie nicht schwanger werden
- bei Partnerschaftsproblemen
- bei Fehl- und Totgeburt
- im existentiellen Schwangerschaftskonflikt
- nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Es ist wichtig, beim Thema Schuld Ratsuchende in ihrer Empfindung und Wahrnehmung ernst zu nehmen. Die Beratung eröffnet Chancen, sich mit den eigenen Schuldgefühlen auseinanderzusetzen.

Schuld hat wesentlich mit Verantwortung zu tun. Eigene Schuld anerkennen heißt Verantwortung für die eigenen Anteile im Geschehenen zu übernehmen – so eingeschränkt die eigene Freiheit und Bestimmtheit auch sein mag. Dies ermöglicht ebenso die Abgrenzung zu nicht selbst verantwortbaren Anteilen in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Schuld erleben.

Der Umgang mit Schuld ist letztlich auch Trauerarbeit in dem Sinn, die eigene Fehlbarkeit zu erkennen und anzuerkennen. Wo Schuld thematisiert werden kann, ohne dass Menschen sich entwertet fühlen, wo sie Respekt erfahren in ihrer Begrenztheit, da können sie ihre Schuld auch annehmen und verarbeiten.



Was heißt Schuld für mich?

Wie kann die Frau/das Paar in der Auseinandersetzung mit dem Thema Schuld unterstützt werden?

- Wo fühlt sich die Frau/das Paarschuldig oder hat ein „schlechtes“ Gewissen? Warum?
- Wem gegenüber fühlt sich die Frau/das Paar schuldig?
- Wen nimmt sie/das Paar in die Verantwortung?
- Handelt es sich um ein Schuldgefühl oder eine konkrete Schuld?
- Wie geht sie/das Paar damit um?

VERGEBUNG UND VERSÖHNUNG

Vergebung setzt Übernahme von Verantwortung für das eigene Tun, das schuldhaft Verhalten gegenüber anderen und gegenüber der eigenen Person voraus (Schulderkenntnis/Schuldbekennnis).

Die Hoffnung auf Vergebung ist immer auf ein Gegenüber gerichtet. Sie erfolgt, wenn die von diesem Verhalten betroffene Person bereit ist, zu vergeben und sich von der zugefügten Verletzung oder Schuld nicht weiter bestimmen zu lassen. D.h. Vergebung ist etwas, das gewährt werden muss. Manchmal ist Vergebung bzw. Versöhnung nicht möglich. Unabhängig davon stellt sich die Frage, wie eine Integration ins eigene Leben erreicht werden kann. Vergebung und Versöhnung sind auch zentrale Aspekte christlichen Glaubens und gründen auf dem unbedingten Heilswillen Gottes den Menschen gegenüber. Christlicher Glaube ermutigt zum Neuanfang, zur Wiedergutmachung und zur Hinwendung auf das, was Beziehungen schützt und fördert.

Nach christlichem Verständnis ist auch Vergebung von Gott her möglich unter aktivem Mittun des Menschen. Vergebung beruht dabei auf zwei Bedingungen:

- Die Bereitschaft zur Umkehr und die Entscheidung für das, was als gut und richtig erkannt wurde. Umkehr wird dabei nicht als Vorleistung verstanden, sondern als Reaktion darauf, dass Gott den Menschen mit allen Fehlern angenommen hat und Versöhnung und Gemeinschaft anbietet.¹⁷
- Die Bereitschaft, sich selbst und anderen Vergebung zu gewähren.

Vergebung verlangt eine konsequente Neuausrichtung auf das, was Beziehungen fördert. So kann sie zur „Heilung einer schuldhaft verletzten Beziehung“¹⁸ und damit zur Versöhnung werden. Beratung kann den Raum zur Auseinandersetzung mit der eigenen Schuld, für Vergebung und Neuausrichtung bzw. Neuanfang eröffnen.



Was heißt Vergebung für mich?

- Wie kann eine Auseinandersetzung mit dem Thema Schuld stattfinden?
- Wie kann die Erfahrung der Schuld in das eigene Leben integriert werden?
- Wie kann Vergebung und Versöhnung zwischen wem befördert werden?
- Welche Personen müssen dafür zusammenkommen? Welche Rituale sind hilfreich?
- Wie kann die Neuausrichtung auf das, was Beziehung stiftet, initiiert werden?

¹⁷ Vgl. Hilpert, Konrad, a.a.O., S.109.

¹⁸ Hilpert, a.a.O.

ETHISCHE URTEILSBILDUNG¹⁹

Reflektierte ethische (Gewissens-)Entscheidungen beruhen auf Werteentscheidungen, die eine Handlung als „gut“ – zumindest auf die eigene Vorstellung bezogen – beurteilen. Sie werden notwendig in Situationen, in denen grundlegende Werte und Ansprüche bzw. unterschiedliche moralische Forderungen oder Handlungsweisen (gleichberechtigt) nebeneinander bzw. gegeneinander stehen und es nicht sofort eindeutig ist, welches Handeln richtig und gut oder falsch und schlecht ist. Ein gezieltes Nachdenken und Argumentieren unter Einbezug unterschiedlicher Werthaltungen, Gründe und möglicher Folgen ist nötig, um zu einer Urteilsbildung zu gelangen.

Ethische Entscheidungen setzen damit den Bezug zur Richtigkeit bzw. Falschheit einer Handlung voraus. Sie erfordern zudem ein gewisses Maß an Vorstellungskraft, um Zukunftsvisionen zu entwickeln und die Folgen der jeweiligen Alternative einschätzen zu können. Dazu gehören auch die Integration einer Handlung in das eigene Lebenskonzept sowie in das soziale Umfeld.

UNTERSCHIEDLICHE EBENEN DER ETHISCHEN ENTSCHEIDUNG

Ethische Entscheidungen können sich beziehen

1. auf das Verhältnis zu den eigenen Überzeugungen und Lebensidealen (ethisch-existentielle Ebene)
2. auf das Verhältnis zu Sollensansprüchen, die aus den moralischen Rechten anderer erwachsen (moralisch-normative Ebene).

Ethisch-existentielle Ebene

- Hierbei geht es um Entscheidungen, die für eine Person von zentraler Wichtigkeit sind, mit existentiellen Fragen ihrer Lebensgestaltung zu tun haben und sie so betreffen, dass ihre Identität in gewisser Weise dabei selbst auf dem Spiel steht.
- Es kann zu Konflikten kommen, die sich in der Person selber abspielen, z.B. Konflikte zwischen verschiedenen Wünschen, die unter Umständen nicht in gleicher Weise erfüllt werden können oder Konflikte zwischen eigenen Wünschen und sozialen Erwartungen, von denen die eigene Identität abhängt.

Moralisch-normative Ebene

- Hier geht es um Entscheidungen im Hinblick auf die Interessen, Wünsche, Bedürfnisse oder auch Rechte anderer, die vom Handeln einer Person betroffen sind bzw. sein werden.
- Im Fokus steht die Frage, welche Konsequenzen das eigene Handeln für andere hat, ob anderen etwas geschuldet, ob ihnen gegenüber auf eine bestimmte Weise gehandelt werden soll, auch wenn dieser Anspruch dem eigenen Willen unter Umständen entgegensteht.

¹⁹ Zu den folgenden Ausführungen vgl. Haker, Hille, Entscheidungsfindung im Kontext pränataler Diagnostik. In: Kettner, Matthias (Hrsg.), Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt a.M., 1998, S.223-251 (v.a. S.223-231)

Ethische Konflikte können auf und zwischen beiden Ebenen entstehen. Jeweils besteht ein Dilemma, für das es keine klaren Muster oder eine einfache Lösung gibt.

Während ethisch-existentielle Konflikte prinzipiell durch Selbstreflexion oder auch durch eine „nichtdirektive“ Beratung gelöst werden können, gilt dies für moralisch-normative Konflikte nicht in gleicher Weise. Hier kann ein „direktives“ Eingreifen von Seiten anderer oder sogar von Seiten des Staates in Form von Rechtsvorschriften zur Wahrung der Ansprüche anderer betroffener Personen notwendig sein. Ein Beispiel dafür ist das Schwangerschaftskonfliktgesetz, in dem der Staat mit Blick auf das Lebensrecht des Ungeborenen einer Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägt, vor einem solchen die Pflicht auferlegt, sich beraten zu lassen.

Der Begriff der Direktivität steht dabei nicht für ein Außerkraftsetzen von Entscheidungskompetenz und Selbstbestimmung und ist keine Beratung mit eindeutiger Handlungsoption. Die direktive ethisch-moralische Beratung geht davon aus, dass niemand in einer – vielleicht sogar krisenhaften – Entscheidungssituation alle moralischen Aspekte im Blick hat. Sie versucht, die Perspektive aller von einer Handlung Betroffenen im Beratungsgespräch einzubeziehen.

Beide Ebenen des Ethischen gehören zusammen. Der/die Handelnde muss sich in ethisch-existentialer Hinsicht mit den moralischen Ansprüchen anderer auseinandersetzen. Entweder integriert die handelnde Person dann die Ansprüche positiv, indem sie die eigenen Ziele verändert, oder aber sie lehnt die moralischen Ansprüche ab, muss dann aber dennoch die Ablehnung integrieren. Unter Umständen bedeutet dies, dass eine Person mit den unerfüllten moralischen Ansprüchen an sie bzw. mit den Schuldgefühlen, die damit verbunden sind, leben muss. Die Integration der moralisch-ethischen Ansprüche erfordert eine eigene Reflexion, die die jeweilige Lebenssituation und den soziokulturellen Kontext einbezieht.

ETHISCHE ENTSCHEIDUNG

Ziel der Beratung ist es, eine Handlungsoption zu finden, die sowohl den eigenen Wünschen als auch dem Idealbild von sich selbst als auch den moralischen Sollensansprüchen (anderer) gerecht wird.

Beratung zur ethischen Urteilsfindung

- reflektiert die ethisch-existentielle Ebene und sucht nach dem Motiv, warum jemand im Innersten genau so handeln möchte
- berücksichtigt die individuelle Lebenssituation
- ermöglicht bei Bedarf eine ausreichende Kenntnis des Sachproblems
- respektiert die Ansprüche aller am Konflikt Beteiligten und thematisiert die Folgen, die aus der Entscheidung für sie entstehen
- reflektiert persönliche Werte, Grenzen und bestehende Normen und versucht den Kern des Wertekonfliktes zu erfassen
- entwickelt Handlungsalternativen, wägt/gewichtet den begründeten Lösungsansatz und thematisiert die Integration des getroffenen Urteils in die jeweilige Lebenssituation.

Folgende Fragestellungen und Aspekte können Bestandteil der ethischen Entscheidungsfindung sein:²⁰

Teil 1: Sach-, Situations- und Werteanalyse

0. Analyse des Problems

- Was gestaltet sich in der aktuellen Situation problematisch? Was erleben die Ratsuchenden als problematisch?
- Welche Ängste und Gefühle sind für sie damit verbunden?
- Welche inneren Konflikte kommen zum Tragen?
- Welche eigenen Werte und Lebensvorstellungen sind dadurch gefährdet?

1. (Am Gespräch) Beteiligte

- Wer ist beteiligt?
- Wer ist wie von der Situation betroffen?
- Welche Ziele verfolgen die Gesprächsbeteiligten jeweils? Gibt es Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung der Situation?
- Mit welchen Mitteln soll das Ziel erreicht werden?
- Welche Wege sind möglich?
- Steht ausreichend Sachwissen zur Verfügung (medizinisch, rechtlich etc.)? Muss ergänzend externe Expertise einbezogen werden?
- Welche Erfahrungen haben die Beteiligten bisher gemacht? Welches Erfahrungswissen kommt zum Tragen?
- Wo liegen Stärken, was stellt eine besondere Herausforderung dar?

2. Weitere Betroffene und soziales Umfeld

- Wer oder was spielt eine wichtige Rolle?
- Gibt es (bewusste/unbewusste) Konflikte, Spannungen oder Loyalitäten (gegenüber anderen Personen)? Wenn ja, auf welcher Ebene liegen sie?
- Wie wirkt sich die Lebensgeschichte der Beteiligten aus? Welche Rollenzuweisungen und Muster gibt es?
- Gibt es Rahmenbedingungen, die das Handeln erschweren (finanzielle Situation, Beruf ...)? Wie können diese beeinflusst werden?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?

3. Aus der Anamnese sich ergebende ethische Fragestellungen

- Wo liegt der zentrale (Werte-)Konflikt? In welchen Zusammenhängen muss eine Lösung gefunden werden? Welche Interessen stehen gegeneinander und sind mit welchen Rechten und Werthaltungen verbunden?
- Welche sind die Güter, die ins Spiel gebracht werden?
- Wie werden sie von den Beteiligten gewichtet?

4. Problemlösungen und Handlungsalternativen

- Welche Handlungsalternativen gibt es?
- Was sind die Vor- und Nachteile?
- Scheiden manche Lösungen von vorne herein aus? Sind die Beteiligten über alle relevanten Aspekte der Handlungsentscheidung aufgeklärt?

²⁰ Die folgenden Ausführungen orientieren sich an Haker, Hille, a.a.O., und Hilpert, Konrad, a.a.O, S.33-36.

Teil 2: Überprüfung und Bewertung

Bewertung in ethisch-existentieller Hinsicht

- Löst die gewählte Handlungsalternative bzw. Entscheidung tatsächlich das Problem?
- Ist die gewählte Handlungsoption tragfähig? Welche Folgen hat sie auf die eigene Lebensgeschichte bzw. auf die eigenen Vorstellungen vom Leben? Welche Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung?
- In welcher Relation stehen die Handlungsoptionen zu den eigenen Werten?

In dieser Phase wird auch oder vielleicht sogar vor allem Vorstellungskraft gebraucht, weil es um Visionen des Lebens geht, und um die Erinnerung an vergleichbare vergangene Situationen und Erfahrungen, die die Person und die eigene (ethische) Identität geprägt haben.

Bewertung in moralisch-normativer Hinsicht (sofern moralische Ansprüche anderer berührt werden)

- In welchem Verhältnis stehen der eigene Standpunkt, der eigene Lösungsansatz, die eigenen Wünsche zu den Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen anderer? Welche Konsequenzen hat die jeweilige Entscheidung für die einzelnen Beteiligten?
- Welche Lösung trägt zu einem gelingenden Leben für alle Beteiligten bei?
- Gibt es soziale, kulturelle, religiöse, rechtliche Hintergründe, die die Urteilsfindung beeinflussen?
- Bestehen die moralischen Ansprüche zu Recht oder sind die eigenen Wünsche höher zu veranschlagen?

In dieser Phase ist moralisches Urteilsvermögen nötig, aber auch die Fähigkeit, sich in die Situation anderer zu versetzen, mit ihnen zu fühlen und zu denken, ohne die eigenen Ansprüche zu vergessen. Unter Umständen ist das Gespräch mit anderen nötig, um die Sensibilität für die moralischen Ansprüche fassen zu können.

Teil 3: Entscheidungsfindung

- Abschließende ethisch-existentielle Beurteilung der unterschiedlichen Optionen unter Berücksichtigung der moralischen Ansprüche.
- Klärung, wie mit dem Erfüllen oder der Verweigerung der moralischen Ansprüche gelebt werden kann, wie sie in das Leben integriert werden können, wie unter Umständen mit Schuld gelebt werden kann, oder ob die eigenen Wünsche verändert werden können.
- Wahl der Handlungsoption, die sowohl den eigenen Wünschen als auch dem Idealbild von sich selbst als auch den moralischen Ansprüchen am ehesten gerecht werden.

Teil 4: Umsetzung der Entscheidung

Wirksam wird die ethische Entscheidung mit dem Beschluss, das Erkannte auch zu tun. Voraussetzung für die Umsetzung ist die Erkenntnis dessen, was sittlich geboten bzw. Inhalt der Verantwortlichkeit ist. Für die Tragfähigkeit des Urteils reicht es nicht, dass jemand sich in Übereinstimmung mit seiner eigenen Gewissheit und seiner individuellen Einsicht befindet. Er sollte sein eigenes Urteil reflektiert in Bezug auf seine eigene Zielsetzung, auf der Basis eines ausreichenden Wissens, in Übereinstimmung mit grundlegenden Werten und unter Berücksichtigung der Folgen für alle Beteiligten auch mitteilen und begründen können.

Zur Umsetzung der Entscheidung gehört auch die Integration in die eigene Lebensgeschichte und die Übernahme von Verantwortung für mögliche Folgen und Konsequenzen.

SCHLUSS

Gesellschaftliche Veränderungen bilden sich schon immer sehr zeitnah in den Beratungsschwerpunkten der Schwangerschaftsberatung ab. Beratung ist kein statisches Gebilde, sondern immer in Bewegung. Entsprechend bildet die vorliegende Konzeption den aktuellen Stand einer fachbereichsinternen Befassung ab und muss regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden.

In der Schwangerschaftsberatung steht schon jetzt der nächste Schritt an: die Entwicklung eines Fachkonzeptes „Blended Counseling“, d. h. der Verschränkung der Präsenz- und Onlineberatung im Beratungsprozess.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aguilera, Donna C., Krisenintervention. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000
- Beushausen, Jürgen, Beratung lernen. Opladen, Berlin, Toronto 2016
- Böckle, Franz, Verantwortlich leben, menschenwürdig sterben. Zürich 1992
- Deutscher Caritasverband e. V., Ja zum Leben. Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen. Freiburg 2000
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (Hrsg.), Fragen erwünscht. Fragen und Methoden in der Systemischen Beratung. Köln 2018
- Haker, Hille: Entscheidungsfindung im Kontext pränataler Diagnostik. In: Kettner, Matthias (Hrsg.), Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt a.M., 1998, S.223-251
- <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html>
- Hilpert, Konrad, Zentrale Fragen christlicher Ethik. Für Schule und Erwachsenenbildung. Regensburg 2009
- Merkl, Alexander/Schlögl-Flierl, Kerstin, Moralthologie kompakt. Ein theologisch-ethisches Lehrbuch für Schule, Studium und Praxis, Münster 2017
- Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung e. V., Professionell beraten: Kompetenzprofil für Beratende in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Berlin/Heidelberg 2014
- Petzold, Hilarion, Die „Vierzehn Wirk- und Heilfaktoren“ in der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie, 3/2012.
- Sonneck, Gernot, Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2000
- Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein (Hrsg.), Psychosoziale Beratung und Begleitung bei Pränataldiagnostik. Dortmund 2012

MATERIALIEN/LINKS

- Aktiver, früher, integrierter Beratungsansatz im Kontext der pränatalen Diagnostik
https://www.skfbayern.de/cms/contents/skfbayern.caritas.de/medien/dokumente/aufgaben-projekte/pnd-handreichung/3_h_1_anlage2_handreichung.pdf?d=a
- Fragen erwünscht – Fragen und Methoden in der systemischen Beratung
<https://www.caritasnet.de/themen/familie/schwangerschaft/>
- BeQu-Kompetenzprofil
<https://www.forum-beratung.de/cms/upload/BQ/BeQu-Kompetenzprofil.pdf>





Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-0
www.caritas.de

Sozialdienst katholischer Frauen – Gesamtverein e. V.
Agnes-Neuhaus-Strasse 5, 44135 Dortmund
Telefon: 0231 557026-0
www.skf-zentrale.de

Bilder: [stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com) (caanebez, Kanokpol)
Gestaltung: Simon Gümpel, Freiburg
(06/2020)

Ja zum Leben

**Rahmenkonzeption für die Arbeit
katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen**

Not sehen und handeln.
C a r i t a s



Die nachfolgende Rahmenkonzeption wurde vom ad-hoc-Ausschuss "Beratungsarbeit im Zusammenhang mit § 219 StGB" unter Leitung von Herrn Weihbischof Dr. Voß erarbeitet. Der Zentralrat des Deutschen Caritasverbandes hat die Rahmenkonzeption am 12. Oktober 2000 verabschiedet.

Inhalt

Vorwort

1. Selbstverständnis und Auftrag kirchlicher Beratungsarbeit

- 1.1 Grundlagen
- 1.2 Kontext
- 1.3 Selbstverständnis
- 1.4 Auftrag, Zielsetzung und Zielgruppen
- 1.5 Professionelles Verständnis

2. Schwangerschaft: Hoffnungen - Unsicherheiten - Konflikte

- 2.1 Konflikthafes Erleben bei ungewollter Schwangerschaft
- 2.2 Entscheidung in einer Phase der Zerrissenheit
- 2.3 Neue Verfahren der Fortpflanzungsmedizin – mehr Probleme als Lösungen

3. Schwangerschafts- und Familienberatung

Beratung und Vermittlung von Hilfen - auch gemäß Schwangerschaftskonfliktgesetz

- 3.1 Beratung während der Schwangerschaft
- 3.2 Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt
- 3.3 Beratung in besonderen Lebenssituationen
 - 3.3.1 *Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und bei zu erwartender Behinderung*
 - 3.3.2 *Beratung bei Erkrankungen der Schwangeren*
 - 3.3.3 *Beratung in Fragen einer Adoption*
 - 3.3.4 *Beratung von Migrantinnen/Paaren*
 - 3.3.5 *Beratung von Frauen mit Gewalterfahrung*
- 3.4 Beratung und Begleitung nach der Geburt des Kindes
 - 3.4.1 *Begleitung und Beratung beim Übergang zur Elternschaft eines Paares*
 - 3.4.2 *Begleitung und Beratung beim Übergang zur Elternschaft für künftig Alleinerziehende*
- 3.5 Beratung nach Schwangerschaftsabbruch
- 3.6 Beratung nach Frühgeburt, nach Fehl- oder Totgeburt, nach frühem Kindstod
- 3.7 Beratung in Fragen zur Sexualität, Familienplanung und Empfängnisregelung
- 3.8 Präventive Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

4. Organisation und Struktur der Beratungsstellen

- 4.1 Personelle Ausstattung
- 4.2 Räumliche, organisatorische und technische Voraussetzungen
- 4.3 Organisationsformen
- 4.4 Einzugsgebiet - Organisation - Struktur der Beratungsstelle

5. Anforderungs- und Aufgabenprofil der Beraterin/der Beratungsstelle

- 5.1 Fachliche Kompetenz und persönliche Voraussetzungen
- 5.2 Fortbildung
- 5.3 Supervision/Praxisberatung
- 5.4 Schweigepflicht/Zeugnisverweigerungsrecht/Beschlagnahmeverbot
- 5.5 Vernetzung und Kooperation
- 5.6 Öffentlichkeitsarbeit
- 5.7 Weitere Aufgaben der Beraterin/der Beratungsstelle

6. Aufgaben des Trägers

- 6.1 Sicherstellung der Rahmenbedingungen für die Beratungsarbeit
- 6.2 Personalmanagement
- 6.3 Sicherung der finanziellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung
- 6.4 Unterstützungsfunktionen und Mitwirkung
- 6.5 Öffentlichkeitsarbeit
- 6.6 Zusammenarbeit mit der Diözesanebene/Landesebene

7. Aufgaben der Diözesanebene

- 7.1 Fachliche Beratung, Begleitung und Unterstützung der Träger und der Beratungsstellen
- 7.2 Fort- und Weiterbildung
- 7.3 Dokumentation und Statistik
- 7.4 Öffentlichkeitsarbeit
- 7.5 Vertretung, Kooperation und Vernetzung

8. Pastorale Begleitung

- 8.1 Begründung des Beratungsauftrages
- 8.2 Ziele und Aufgaben
 - 8.2.1 *Die geistliche Begleitung der Beraterinnen*
 - 8.2.2 *Auseinandersetzung mit zentralen kirchlichen Lehraussagen*
 - 8.2.3 *Unterstützung bei ethischen Fragestellungen*
 - 8.2.4 *Vertretung der Inhalte und Zielsetzung katholischer Schwangerschaftsberatung im kirchlichen Umfeld*
- 8.3 Voraussetzungen und Qualifikationen

9. Aufgaben der zentralen Träger

Vorwort

Mit der Schrift „Ja zum Leben - Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen“ gibt der Deutsche Caritasverband den verbindlichen Rahmen für diese Arbeit vor.

Die Neubestimmung der Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen erfolgte aufgrund gesetzlicher Veränderungen und der damit verbundenen neuen Anforderungen an die Beratung.

Hinzu kommt, dass die deutschen Bischöfe, mit Ausnahme des Bistums Limburgs, auf Weisung des Papstes im November 1999 entschieden haben, den im Rahmen der gesetzlichen Schwangerschaftskonfliktberatung erforderlichen Beratungsnachweis nicht mehr auszustellen. Grundlage für die Rahmenkonzeption sind die jeweils gültigen Bischöflichen Richtlinien für katholische Schwangerschaftsberatungsstellen.

Mit der Rahmenkonzeption soll das bisherige und erweiterte Leistungsspektrum und die anerkannt hohe Qualität der Beratung gesichert werden.

Der Zentralrat des Deutschen Caritasverbandes hat im Herbst 2000 die Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen mit großer Mehrheit für die Dauer von drei Jahren verabschiedet. Der Beschluss ist verbunden mit den Maßgaben, spezifische diözesane Situationen angemessen zu berücksichtigen und die Arbeit der Beratungsstellen in dem vorgegebenen Zeitraum zu evaluieren. Die Rahmenkonzeption wird dann überprüft, ggf. überarbeitet und erneut zur Verabschiedung vorgelegt.

Ich danke allen sehr herzlich für ihr Engagement, für jeden weiterführenden Gedanken und für alle Zeit, die Sie für Überlegungen und Beratungen eingesetzt haben, Frauen und Familien zu helfen.

Hellmut Puschmann
Präsident

1. Selbstverständnis und Auftrag kirchlicher Beratungsarbeit

1.1 Grundlagen

Kirchliche Beratungsdienste helfen Menschen in Not. Sie sind Teil des diakonischen Dienstes der Kirche und tragen dazu bei, dass sich die Kirche aus ihrer Sendung heraus umfassend als Anwalt des Lebens erweist. In diesem Sinne nehmen die Beratungsdienste teil am Heilsauftrag der Kirche.

Was für die kirchlichen Beratungsdienste generell gilt, das gilt in besonderer Weise für die katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen.

1.2 Kontext

Der geschichtlicher Hintergrund

Beratung und Hilfe für Frauen in Not- und Konfliktsituationen, wie sie vor allem durch Einrichtungen und Dienste des Deutschen Caritasverbandes und des Sozialdienstes katholischer Frauen angeboten werden, haben Tradition. Seit Beginn der 70er Jahre - schon vor der 1. Novellierung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch - wurden in den alten Bundesländern seitens der Kirche umfangreiche Angebote der Beratung und der konkreten Hilfe für schwangere Frauen, für Mütter mit Kindern, für Frauen und Familien eingerichtet.

Der Ständige Rat der Deutschen Bischofskonferenz hat aufgrund einer Vorlage des Deutschen Caritasverbandes und des Sozialdienst katholischer Frauen die Bedingungen katholischer Beratungsarbeit formuliert. Er hat mit den "Richtlinien von 1974 für die Arbeitsweise katholischer Beratungsstellen für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen" die Bemühungen des Deutschen Caritasverbandes und des Sozialdienst katholischer Frauen unterstützt.

Von Anfang an wurden seitens der Bistümer durch Bischöfliche Hilfsfonds finanzielle Mittel zur Unterstützung von Frauen und Familien bereitgestellt. 1980 hat der Zentralrat des DCV das Selbstverständnis katholischer Beratungsstellen für werdende Mütter in Not und Konfliktsituationen verabschiedet.

In den folgenden Jahren wurde ein eigenständiges Arbeitsgebiet mit entsprechenden Angeboten der Aus- und Fortbildung aufgebaut.

Zur Sicherung des eigenen Profils der kirchlichen Beratungsstellen wurden 1981 seitens der Deutschen Bischofskonferenz eigene Richtlinien für die katholischen Beratungsstellen hinsichtlich der Beratung nach § 218 Abs. 1 StGB erlassen. 1984 verabschiedete der Zentralrat des Deutschen Caritasverbandes "Rahmenbedingungen für die Arbeit katholischer Beratungsstellen für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen".

In der ehemaligen DDR galt seit 1972 das "Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft". Die Fristenregelung berechtigte, die Schwangerschaft innerhalb der ersten zwölf Wochen unter Einhaltung bestimmter Verfahrensregeln abbrechen zu lassen, ohne dass eine Indikation vorlag. Schon zu dieser Zeit gab es im Raum der Kirche die Möglichkeit, freiwillig Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Jeder Bischof hatte in seinem Jurisdiktionsbereich im Rahmen der sozialen und pastoralen Arbeit einen Sozialfonds zur Verfügung, der auch für schwierige Familiensituationen in Anspruch genommen werden konnte. Schon sehr früh, im September 1990, beschloss die Berliner Bischofskonferenz einstimmig, katholische Schwangerschaftsberatungsstellen in der ehemaligen DDR aufzubauen.

Der Einigungsvertrag von 1990 verpflichtete den Gesetzgeber, "spätestens bis zum 31. Dezember 1992 eine Regelung zu treffen, die den Schutz vorgeburtlichen Lebens und die verfassungskonforme Bewältigung von Konfliktsituationen ... besser gewährleistet, als dies in beiden Teilen Deutschlands derzeit der Fall ist" (Einigungsvertrag, Art. 31, Abs. 4).

Mit Unterstützung des Bundes wurde in der Zeit von Oktober 1990 bis Dezember 1992 ein flächendeckendes Netz von Schwangerschaftsberatungsstellen in den neuen Bundesländern eingerichtet. Dieses Angebot hat die Schwangerenfürsorge des Gesundheitswesens (der ehemaligen DDR) ergänzt und z.T. abgelöst. Gemäß dem Konzept der katholischen Beratung - Rat, Hilfe und Unterstützung - wurde im Rahmen der neuen Beratungsangebote auch in 28 katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen ganzheitliche Hilfe für schwangere Frauen und ihre Familien geleistet.

Damit war auch in den neuen Ländern die Voraussetzung für eine qualifizierte wertgebundene Beratung für schwangere Frauen und ihre Familien gegeben.

Die erneut notwendige Novellierung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch führte zum Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 27.07.1992, das aber vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28.05.1993 in entscheidenden Teilen verworfen wurde. Zwar akzeptierte das Bundesverfassungsgericht grundsätzlich die Konzeption, das Leben des ungeborenen Kindes in der Frühphase der Schwangerschaft wirksamer über Beratung und Hilfe zusammen mit der Mutter zu schützen, als über Strafandrohung und Indikationsfeststellung durch Dritte. Aber es forderte in dem Beratungskonzept verbindliche Rahmenbedingungen, "die positive Voraussetzung für ein Handeln der Frau zugunsten des ungeborenen Lebens schaffen" (Bundesverfassungsgerichts-Urteil vom 28.05.1993, Leitsatz 12).

Mit dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 29.06.1995 versuchte der Gesetzgeber diesem Urteil Rechnung zu tragen; in dem er die ausdrückliche Zielorientierung der Beratung auf den Schutz des ungeborenen Lebens hin durch Beratung und Hilfen zur Bewältigung von Not- und Konfliktsituationen normierte und einen Rechtsanspruch auf Beratung festlegte.

Mit Sorge haben die deutschen Bischöfe zur Kenntnis genommen und darauf hingewiesen, dass schon durch die 1976 erfolgte Änderung des § 218 StGB der uneingeschränkte Schutz des ungeborenen Kindes staatlicherseits nicht mehr gewährleistet ist. Trotz einiger Verbesserungen stellt das am 25. August 1995 verkündete Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz nach Urteil der deutschen Bischöfe eine weitere Verschlechterung des Lebensschutzes dar; dies vor allem, weil das Gesetz viele Zeichen eines Kompromisses zeigt. Dennoch haben die deutschen Bischöfe bis zu einer endgültigen Prüfung beschlossen, dass die Kirche auch weiterhin ihre Beratungstätigkeit unter den veränderten Bedingungen des neuen Gesetzes ausübt. Und zwar mit eindeutigem Profil und aus dem eigenen kirchlichen Selbstverständnis in Verantwortung gegenüber dem ungeborenen Kind und der in Not geratenen Frau und ihrer Familie. Dazu haben die deutschen Bischöfe im November 1995 "Vorläufige Bischöfliche Richtlinien für katholische Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen nach § 219 StGB in Verbindung mit den §§ 5-7 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG)" verabschiedet.

Nach mehrjährigem innerkirchlichem Ringen haben die deutschen Bischöfe auf Weisung des Papstes im November 1999 entschieden, den Beratungsnachweis nicht mehr auszustellen. Das hat zur Konsequenz, dass die Pflichtberatung im Sinne des Gesetzes nicht mehr durchgeführt werden kann. Gleichzeitig kündigten die Bischöfe an, die Beratungstätigkeit für schwangere Frauen in Notsituationen zu intensivieren und die öffentliche Verantwortung für den Lebensschutz nach wie vor wahrzunehmen.

Der gesellschaftliche und gesetzliche Kontext

Die letzten Novellierungen des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch und die damit verbundenen Auseinandersetzungen machen deutlich, dass der gesellschaftliche Konsens in der generellen Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs nicht mehr gegeben ist. Das spiegelt sich in der derzeitigen Gesetzgebung wider, die ihrerseits das gesellschaftliche Bewusstsein mitprägt. Dazu haben viele Ursachen beigetragen.

Die demokratisch und plural geprägte, offene Gesellschaft eröffnet den Bürgern Handlungsspielräume, die das Bewusstsein selbstbestimmter Entscheidungen verstärken und zu selbständigem, verantwortlichem Handeln herausfordern. Veränderte Rollenverständnisse, vor allem auch bei Frauen, prägen die Erwartung, in allen Bereichen des Lebens - beruflich, politisch und privat - selbstverantwortlich handeln zu müssen. Die Möglichkeiten der Empfängnisregelung tragen mit dazu bei, dass Kinder ganz bewusst in den eigenen Lebensentwurf eingeplant werden; dabei spielen das gesellschaftliche Umfeld, ausreichende Lebensbedingungen und die gewünschte Zukunftsperspektive eine wichtige Rolle. Die moderne Leistungsgesellschaft fördert eine Lebenseinstellung, in der alles planbar und machbar ist; das verstärkt die Tendenz, eine ungewollte Schwangerschaft nicht mehr als "schicksalhaft" hinzunehmen, sondern sie als eigenes Versagen zu sehen, das rückgängig gemacht werden kann.

Das Grundgesetz geht in der Präambel von der "Verantwortung vor Gott und den Menschen" aus. Mit dem zunehmenden Verlust der religiösen Dimension gerät auch der Sinn für die unantastbare Würde des Menschen in Gefahr.

Vor diesem Hintergrund werden Schwangerschaften heute oft konflikthaft erfahren, und deshalb als existentielle Entscheidungsfragen gesehen. Um so notwendiger ist eine Beratung, die Frauen, ihren Partnern und Familien Wege eröffnet, Schwangerschaft und Geburt als positive Erfahrung anzunehmen.

Der eigenständige kirchliche Auftrag

Die katholische Kirche setzt sich sowohl in der kirchlichen als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit vielfältig für den Schutz des Lebens in allen seinen Phasen ein, insbesondere für den Schutz des ungeborenen Kindes. Sie tut das aus ihrer eigenen Sendung heraus. Aus diesem ihrem Selbstverständnis leitet sich auch der Auftrag der katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen ab. Sie übernehmen gesellschaftliche Verantwortung und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zum Lebensschutz innerhalb des pluralen Angebotes wie es der Gesetzgeber in § 3 SchKG vorsieht. Auch innerkirchlich sind die katholischen Beratungsstellen wichtige Orte kirchlich-pastoraler Arbeit.

1.3 Selbstverständnis

Katholische Beratungsstellen gehen von dem grundlegenden Wissen und von der Überzeugung aus, dass das menschliche Leben von der Empfängnis bis zum Tode eine Einheit darstellt. Deshalb kommt auch dem ungeborenen Kind eine unantastbare Würde zu, wie sie das Grundgesetz als Grundlage des Zusammenlebens für alle Bürger unseres Staates verbürgt. Darüber hinaus bekennt die Kirche in ihrem Glauben, dass diese Würde des Menschen ihren letzten Grund darin hat, dass der Mensch als Ebenbild Gottes geschaffen ist.

"Beratung will zunächst die Mutter bzw. die Eltern des ungeborenen Kindes ermutigen, sich mit ihrer Lebenswirklichkeit aktiv auseinander zu setzen, die durch die überraschende Schwangerschaft verändert ist. Die Ratsuchenden brauchen zur Klärung der Lebenssituation einfühlsame Begleitung. Wenn die Frauen und - soweit diese zu gewinnen sind - ihre Partner sich in der jeweils individuellen Situation, die immer auch von subjektiven Lebenserfahrungen

und Einstellungen auf die Zukunft geprägt ist, ernst genommen fühlen und persönliche Zuwendung erleben, kann die Verantwortung für das ungeborene menschliche Leben in ihr Blickfeld rücken. Während es in vielen anderen Lebenssituationen für anvertraute Menschen ein stellvertretendes Ja durch andere gibt, ist im Schwangerschaftskonflikt das Ja der Mutter zu ihrem Kind nicht zu ersetzen.

Kirchliche Beratung kann der Frau die Entscheidung nicht abnehmen, kann aber helfen, ihre Panik und Lähmung, ihre Abhängigkeiten zu überwinden, mit ihr Lebensperspektiven für sich und das Kind zu entwickeln und, soweit möglich, den nötigen Einsatz für das Leben des Kindes als Auftrag Gottes zu erkennen. So kann eine verantwortliche Entscheidung für das Kind reifen, die aus persönlicher Einsicht erwächst und auch bei künftigen Schwierigkeiten tragfähig bleibt.

Kirchliche Beratung ist demnach eine fachlich qualifizierte Hilfe, die Ratsuchende zur Selbsthilfe und zur Wahrnehmung ihrer Verantwortung für das ungeborene Kind befähigen und damit die Chance für das Leben von Mutter und Kind verbessern will. Sie achtet und schützt die Würde der Frau ebenso wie das Leben ihres Kindes. Als Dienst der Kirche vertraut sie darauf, dass die Heilzusage Gottes auch in gebrochenen Verhältnissen trägt". (Gott ist ein Freund des Lebens, S. 70, Paulinus-Verlag, Trier 1989.)

1.4 Auftrag, Zielsetzung und Zielgruppen

Katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen leisten professionelle Hilfe nach bewährtem Konzept, das Beratung mit anderen Hilfeformen verknüpft. Durch die konkrete Hilfe für die gesamte Schwangerschaft und bis zum vollendeten 3. Lebensjahr des Kindes werden Schwangeren, Müttern und Vätern Perspektiven für ein Leben mit dem Kind eröffnet. Diese Hilfe steht im großen Zusammenhang der Kirche und der Caritas, durch ergänzende, unterstützende und entlastende Hilfen die Familien in den verschiedenen Situationen zu begleiten und fördern.

Die Bedarfslagen, die Not- und Konfliktsituationen sowie die Fragestellungen der Ratsuchenden können sehr unterschiedlich sein. Sie reichen von dem Wunsch, überhaupt oder nur zeitweise kein Kind zu wollen, der Angst vor der Veränderung vertrauter Lebensverhältnisse, z.B. bei zu erwartender Behinderung des Kindes, von Schwierigkeiten im sozialen Umfeld, von mangelnder Vereinbarkeit von Familienarbeit und Erwerbstätigkeit, von Partnerschwierigkeiten, von Schwierigkeiten mit den Eltern bis hin zu Problemen, die in der Person liegen. Durch gleichzeitige materielle Schwierigkeiten, durch Ausbildungssituationen oder Arbeitslosigkeit können sich bestehende Problemsituationen im persönlichen Bereich krisenhaft verstärken.

Unsere Zielgruppen sind:

- Frauen/Paare in Not- und Konfliktsituationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt bis zum dritten Lebensjahr des Kindes
- Frauen/Paare im existentiellen Schwangerschaftskonflikt
- Frauen/Paare mit Informationsbedarf im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft
- Frauen/Paare mit psychosozialen Konflikten nach Schwangerschaftsabbruch
- Jugendliche, Frauen und Männer/Paare unabhängig von einer Schwangerschaft mit Fragen zur Sexualität, Familienplanung und Empfängnisregelung

Das Angebot besteht unabhängig von Nationalität, Konfessions- bzw. Religionszugehörigkeit. Es hat die gesamte Palette der kurz- und langfristigen Lebenshilfen im Blick wie sie sich aus den unterschiedlichen Situationen von Not- und Konfliktlagen ergeben.

Nach kirchlichem und professionellem Selbstverständnis ist Schwangerschaftsberatung ein dialogischer Prozess, der zielorientiert auf das Leben des Kindes ausgerichtet ist. Auch das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Leitsätzen darauf hingewiesen, dass ein ungeborenes Kind gegenüber der Mutter ein eigenes Lebensrecht hat. In der Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt geht es darum, die Letztverantwortung der Frau/des Paares für das Kind zu stärken. Diese Zielorientierung ist und bleibt eine Vorgabe für jede einzelne Beratung, unabhängig davon, ob sie ihr Ziel erreicht oder nicht. Das bedeutet aber auch, dass am Beginn eines Beratungsprozesses das Ergebnis noch nicht feststehen kann und damit jede Beratung in ihrem Ergebnis offen ist.

Katholische Schwangerschaftsberatungsstellen stellen sich ausschließlich schützend und fördernd vor das Leben von Mutter und Kind. Beratung darf darum nur mit Hilfen verbunden werden, die dem Leben dienen und der Frau die Annahme des Kindes erleichtern.

Nach katholischem Verständnis ist mit einem Lebensschutzkonzept für Beratung unvereinbar, die Beratungsstellen in Verfahren zur Vermittlung oder zur Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen einzubeziehen. Auch nach unserem professionellem Beratungsverständnis ist eine Vermischung von Lebensschutzberatung auf der einen und Unterstützung eines Schwangerschaftsabbruchs auf der anderen Seite ausgeschlossen.

1.5 Professionelles Verständnis

Katholische Schwangerschaftsberatung wird als professionelle Hilfe auf der Grundlage der Sozialarbeit geleistet, die von ihrem ganzheitlichen Ansatz her den Menschen in seinem lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Zusammenhang sieht. Die Sozialarbeit ist ressourcenorientiert, sowohl im analytischen als auch im hilfebezogenen Bereich.

Erklärungswissen aus den einzelnen Fachdisziplinen bildet die Grundlage für die Einschätzung der individuellen Lebenssituation einschließlich der jeweiligen Umweltbedingung und für den darauf aufbauenden Hilfeprozess.

Kenntnisse aus den unterschiedlichen Rechtsgebieten sind wichtige Voraussetzungen u.a. für die Bestimmung, Klärung und Sicherung der persönlichen Lebenssituation der Klienten und für entsprechende Hilfen bei der Durchsetzung von Ansprüchen.

Von den Arbeitskonzepten, die aus der Handlungs- und Organisationslehre der Sozialarbeit entwickelt wurden, stellt Beratung (von Einzelnen, Gruppen, Paaren und Familien) den Schwerpunkt dar. Beratung wird ergänzt u.a. durch solche Konzepte, die speziell der Stärkung der Selbsthilfekräfte dienen, Einfluss auf Umweltbedingungen nehmen und Ressourcen erschließen.

2. Schwangerschaft: Hoffnungen - Unsicherheiten - Konflikte

2.1 Konflikthaftes Erleben bei ungewollter Schwangerschaft

Schwangerschaft kann in besonderer Weise zu einer Zeit der Freude und des dankbaren Staunens werden. Schwangerschaft kann aber auch - vor allem dann, wenn sie ungewollt eingetreten ist - zwiespältige Gefühle, sogar Konflikte auslösen.

Konflikthaftes Erleben kann während der gesamten Schwangerschaft auftreten. In diesem Sinne beinhaltet Schwangerschaftsberatung Hilfestellung für Frauen in Notsituationen und Entscheidungskrisen im Verlauf der gesamten Schwangerschaft.

Konflikthafte Situationen sind so vielgestaltig wie das Leben selbst, z.B.:

- Eine unerwartete Schwangerschaft kann Lebenspläne und -situationen grundlegend verändern, eine begonnene Ausbildung unterbrechen bzw. vorzeitig beenden, die eigene Berufs- und Erwerbstätigkeit in der erforderlichen Form zeitweise begrenzen oder ausschließen, sogar die wirtschaftliche Existenz in Frage stellen.
- Schwierigkeiten können aufgrund unerwarteter gravierender Veränderungen eintreten, z.B. in der wirtschaftlichen Situation; Verlust des Arbeitsplatzes oder begründete Angst davor; hinzu kommen Zukunftsängste und Unsicherheit im Zusammenhang mit Kürzungen im Bereich sozialer Hilfen.
- Eine unerwartete Schwangerschaft kann zu Beziehungskonflikten und -krisen im engeren Umfeld, insbesondere mit dem Vater des Kindes oder der eigenen Familie führen oder diese verstärken, zu schwerwiegenden Partnerschaftskrisen bis zur Trennung/Scheidung führen.
- Besonders problematisch stellt sich die Situation dar, wenn die Übernahme von Verantwortung aus dem Umfeld der Frau abgelehnt oder Druck ausgeübt wird und das soziale Umfeld der Frau dieser die nötigen Hilfen verweigert.

2.2 Entscheidung in einer Phase der Zerrissenheit

In einem äußerst schwierigen Stadium befindet sich die Schwangere, wenn sie um ein grundsätzliches Ja zum Kind ringt. Das Bewusstsein der Frau um die Lebenswirklichkeit und das Lebensrecht ihres Kindes macht einen wesentlichen Teil dieses Konfliktes aus. Interessenkollisionen und Loyalitätskonflikte mit dem engeren sozialen Umfeld, besonders mit dem Partner/Vater des zu erwartenden Kindes, führen die Schwangere oft in eine für sie unerträgliche Ambivalenz ihrer Gefühle, aus der heraus vielfach im Schwangerschaftsabbruch ein Ausweg gesehen wird. Frauen befinden sich hier in einem Entscheidungskonflikt, für den sich die Maßstäbe in unserer Gesellschaft zunehmend verschieben. Der Druck auf die Frau kann sich besonders verschärfen, wenn im Rahmen der Schwangerenvorsorge Auffälligkeiten bzw. eine Behinderung des Kindes sichtbar werden.

Frauen wird zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs eine Entscheidung abverlangt, auf die sie in der Regel weder psychisch noch ethisch vorbereitet sind. Eigenes Verstricktsein in Konflikt und Krise sowie der Zeitdruck erschweren zusätzlich ein verantwortliches Überdenken der Situation.

2.3 Neue Verfahren der Fortpflanzungsmedizin - mehr Probleme als Lösungen

Eine andere Gefahr für das ungeborene Leben entsteht z.B. durch neue Verfahren von der Pränataldiagnostik bis hin zur Präimplantationsdiagnostik. Letztere verbindet die genetische Diagnose mit der In-vitro-Fertilisation. Die In-vitro-Fertilisation wurde entwickelt, um kinderlosen Eltern den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. In Verbindung mit der Genforschung wächst die Tendenz, den Wunsch nach einem bestimmten Kind zu erfüllen.

Häufig wird die Präimplantationsdiagnostik als eine vorverlegte Pränataldiagnostik angesehen und ethisch als solche bewertet. Pränatale Diagnostik wird nicht ausschließlich mit dem Ziel durchgeführt, Embryonen mit genetischen Krankheiten abzutreiben, sondern sie hat auch lebenserhaltende Motivationen. Die Präimplantationsdiagnostik ist dagegen allein auf die Selektion von menschlichem Leben ausgerichtet.

3. Schwangerschafts- und Familienberatung Beratung und Vermittlung von Hilfen - auch gemäß Schwangerschafts- konfliktgesetz

Die katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen halten ein umfassendes Angebot mit eigenem Profil für Schwangere und deren Familien vor. Sie sind von ihrem Diözesanbischof für die Aufgabe der Schwangerschaftsberatung beauftragt und anerkannt. Damit sind die fachlichen, organisatorischen und strukturellen Standards für die Beratungsstellen vorgegeben.

3.1 Beratung während der Schwangerschaft

Katholische Beratungsstellen leisten einen unverzichtbaren Beitrag im Rahmen der vom Gesetzgeber geforderten unterschiedlichen weltanschaulichen Ausrichtung gemäß § 3 SchKG zur Durchführung der Beratung nach § 2 SchKG. Danach hat jede Frau und jeder Mann einen Rechtsanspruch auf Beratung in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Fragen.

Im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft können Probleme und Konfliktsituationen auftreten, zu deren Bewältigung die Mutter des Kindes und andere Betroffene dringend Hilfe von außen benötigen. Schwangere/Paare suchen die Beratungsstellen in allen Phasen der Schwangerschaft auf. Beratung und Hilfe beziehen sich z.B. auf die Klärung und Verbesserung von Beziehungen, auf die Stärkung des sozialen Netzes, auf Fragen der Existenzsicherung und der Verbesserung der Lebensbedingungen.

Die Möglichkeiten der katholischen Beratungsstellen liegen in einer umfassenden Weise - entsprechend der Situation und dem Bedarf der Ratsuchenden - in psychologischer, pädagogischer und lebenspraktischer Unterstützung sowie in der Erschließung materieller und finanzieller Hilfen. Die Erfahrungen mit der Bundesstiftung, den Landestiftungen und dem Bischöflichen Hilfsfonds für Mütter in Not haben gezeigt, wie wichtig u. a. die freiwilligen finanziellen Hilfen für diesen Personenkreis sein können.

Beratung und Hilfen sind sowohl zur Bewältigung akuter Konfliktsituationen erforderlich als auch in mittel- und längerfristiger Beratung, Begleitung und Hilfe, oft bis über die Geburt hinaus.

Dazu gehören u. a. auch die Vermittlung und Sicherstellung von finanziellen und wirtschaftlichen Hilfen, Vermittlung von Wohnraum, Hilfen zum Schulabschluss, zur Berufsausbildung, Unterstützung bei der Suche eines Arbeitsplatzes, je nach Situation auch Vermittlung von Kurz- und Erholungsmaßnahmen; Hilfen für die besonderen Situationen der alleinerziehenden Mütter wie auch Mehrkinderfamilien; Hilfen im Falle von Mehrlingsgeburten, Unterstützung bei der Suche einer angemessenen Kinderbetreuung, Hilfe bei der Unterstützung im Haushalt; Aufgreifen und Behandeln von Fragen zur Adoption, Tagespflege, die Begleitung nach der Geburt des Kindes; ferner Inanspruchnahme von Hilfen für Menschen mit Behinderungen und deren Familien; Beratung und ggf. Hilfe im Zusammenhang mit Fragen der Adoption; außerdem Unterstützung der Ratsuchenden bei der Geltendmachung von Ansprüchen bei der Suche/Vermittlung von Hilfen, z. B. auch in besonderer Weise in der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten für Kinder während der Schwangerschaft und danach sowie nach einem Schwangerschaftsabbruch. Die Hilfen sind integrativer Bestandteil der Beratung.

3.2 Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt

Katholische Beratungsstellen machen Frauen/Paaren ein Angebot zur Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt entsprechend den diözesanen Vorgaben. Diese Konfliktberatung ist mit Ziel, Inhalt und Aufgabenstellung auf den Lebensschutz des ungeborenen Kindes gerichtet. Die Beratung lässt sich von dem Bemühen leiten, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft und zur Annahme ihres Kindes zu ermutigen, ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen durch Überwindung der Not- und Konfliktlage, in der sich die Schwangere befindet. Die Beraterin stärkt das Bewusstsein der Frau, dass das ungeborene Kind in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass das menschliche Leben von Anfang an unverfügbar ist. Zugleich macht sie deutlich, dass aus der Sicht des christlichen Glaubens niemand über das Leben des ungeborenen Kindes verfügen darf.

Die zielorientierte Beratung wird nach ihrem Wesen und Selbstverständnis als dialogisches Geschehen immer ergebnisoffen geführt.

Die Beraterin kann dazu beitragen, dass die Ratsuchende aus ihren Sorgen und Ängsten heraus zu einer neuen Gewissheit findet und sich aus eigener sittlicher Verpflichtung für ihr Kind zu entscheiden vermag. Voraussetzung hierbei ist, dass die Ratsuchende zu einer größeren Klarheit über sich, über ihre persönliche und familiäre Lebenssituation und über die Hintergründe ihrer akuten Not- und Konfliktlage findet. Es geht um die Klärung ambivalenter Motivationen bei Schwangeren, um die Stärkung ihrer Identität und ihrer Fähigkeit, unabhängig von Fremdeinflüssen sich für das Leben des Kindes entscheiden zu können. Hierbei geht es auch darum, die Ratsuchende zu einer eigenen Lebensgestaltung zu ermutigen, unabhängig von gesellschaftlichen Trends.

Von besonderer Bedeutung ist, dass die Beraterin der Schwangeren anbietet, den Partner/Vater des Kindes und andere Bezugspersonen einzubeziehen. Auch das Hinzuziehen von weiteren Fachkräften und anderen Fachdiensten gehört zum individuellen Beratungsangebot. Darüber hinaus werden Ehrenamtliche besonders dann einbezogen, um als Bezugspersonen Schwangere im Alltag zu unterstützen, wenn Angehörige und enge Freunde sich zurückziehen.

3.3 Beratung in besonderen Lebenssituationen

3.3.1 *Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und bei zu erwartender Behinderung*

Die Weiterentwicklung in der pränatalen Diagnostik bringt sowohl Ärzte als auch schwangere Frauen häufig in eine Situation, alle technischen Möglichkeiten zu nutzen, um eine Behinderung oder schwere Erkrankung des Kindes frühzeitig zu erkennen. Da andererseits die therapeutischen Möglichkeiten während der Schwangerschaft sehr gering sind, stellt sich immer wieder die Frage nach dem Sinn des erworbenen medizinischen Wissens im Hinblick auf die befürchtete Behinderung.

Die schwangere Frau selbst steht unter dem äußeren und inneren Anspruch, ein gesundes Kind zur Welt bringen zu "müssen". Ihre Sorge bewegt sich in einem vielschichtigen Spannungsfeld; sie kann in einen schwerwiegenden Schwangerschaftskonflikt geraten. In der Gesellschaft bildet sich mehr und mehr eine Mentalität heraus, die die Lebensqualität vom Standpunkt der Gesundheit und Leistungsfähigkeit beurteilt. Das kann den Konflikt auslösen, dem Kind ein Leben mit Behinderung "ersparen" zu wollen. Hinzu kann die Angst kommen, selbst den Aufgaben und Anforderungen mit einem behinderten Kind nicht gewachsen zu sein sowie zu glauben, der Familie das Leben mit einem behinderten Kind nicht zumuten zu dürfen und im weiteren sozialen Umfeld auf Unverständnis zu stoßen.

Vor diesem Hintergrund brauchen die Eltern angesichts einer möglichen Behinderung ihres Kindes in den unterschiedlichen Phasen Beratung.

- *Das Beratungsgespräch vor Inanspruchnahme pränataler Diagnostik*

Frauen/Paare thematisieren in der Beratung ihre Unsicherheit, ob sie zur Feststellung einer möglichen Behinderung des Kindes die vom Arzt empfohlene pränatale Diagnostik durchführen lassen sollen. Es wird in der Beratung vermittelt, in welche Entscheidungszwänge sie kommen können, wenn sie eine pränatale Diagnostik in Anspruch nehmen. Ziel einer solchen Beratung ist die Stärkung der Entscheidungskompetenz der Frau bzw. des Paares; sie sind nicht verpflichtet, alle angebotenen Methoden in Anspruch zu nehmen. Es gibt auch ein **Recht auf Nichtwissen**.

- *Beratung nach Feststellung einer schweren Behinderung und/oder genetischen Schädigung des ungeborenen Kindes*

Durch die Mitteilung einer zu erwartenden Behinderung und/oder genetischen Schädigung geraten Frauen in eine Krisensituation, oft verbunden mit einem Entscheidungskonflikt. Wenn eine Frau in dieser ambivalenten Phase die Beratungsstelle aufsucht, deutet das zunächst einmal darauf hin, dass sie ihr Kind schützen möchte, aber auch Angst vor der Verantwortung und vor den auf sie zukommenden Anforderungen hat. Wichtig ist, dass die Beraterin die Sorge der Frau um ihre Loyalitäten ernst nimmt, darin ihre Ressourcen sieht und gerade so die Chance sucht, gemeinsam Hilfsmöglichkeiten für ein Leben mit dem Kind mit Behinderung zu sehen.

Wenn eine Frau sich bereits für das Kind mit Behinderung entschieden hat und die Beratung aufsucht, so bedeutet die Akzeptanz dieser Entscheidung der Frau durch die Beraterin in sich schon eine Unterstützung, denn im Umfeld wird diese Entscheidung oftmals problematisiert. Es ist hilfreich, die Ratsuchende mit anderen Betroffenen in Kontakt zu bringen. Darüber hinaus sind Fachberatung, Frühförderung und andere Stützsysteme wie z.B. der sozialpädiatrischen Zentren des Caritas einzubeziehen.

- *Beratung der Eltern nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung*

Wenn eine Mutter erst nach der Geburt mit der Behinderung ihres Kindes konfrontiert wurde und dann die Beratungsstelle aufsucht, sollte die Beraterin neben der lebenspraktischen Hilfevermittlung genügend Raum lassen, dass sie aussprechen kann, was sie innerlich bewegt. Es ist wichtig, dass die Beraterin bei der Begleitung sensibel darauf achtet, in welchen Schritten die Frau sich mit ihrer neuen Lebenssituation auseinandersetzen kann und will. Wichtig ist, dass der Partner in diesen Prozess einbezogen wird. Auch hier ist es hilfreich - neben der Vermittlung von Frühförderung - den Kontakt zu anderen betroffenen Eltern herzustellen.

3.3.2 Beratung bei Erkrankungen der Schwangeren

Besondere Aufmerksamkeit erfordern gesundheitlich beeinträchtigte Ratsuchende, die mit unterschiedlichsten Lebenssituationen die Beratungsstellen aufsuchen.

Sie suchen Stütze und Hilfe für ihre Anliegen und Probleme. Bei psychischen, lebensbedrohlichen und chronischen Erkrankungen (wie z.B. Krebs, HIV-Infektionen u.a.) löst eine unverhofft eingetretene Schwangerschaft bei den Betroffenen Sorgen und Ängste aus, der neuen Situation, einem Leben mit dem Kind mit Behinderungen nicht gewachsen zu sein. Manche befürchten, dass ihre Erkrankung auch zu einer Schädigung des Kindes führen könnte. Bei anderen Frauen kann die Schwangerschaft auch Hoffnung und Freude auslösen, dass das Kind - trotz der bekannten Risiken - für die Familie zum Hoffnungsträger für ein neues Leben wird.

Für die Beraterinnen ergeben sich aus dieser komplexen und belasteten Lebenssituation vielfältige Aufgaben. Einerseits geht es um Kooperationen mit entsprechenden medizinischen und

therapeutischen Fachleuten und Institutionen, andererseits um die Sicherstellung von unterstützenden und lebenspraktischen Hilfen. Diese besondere Lebenssituation verursacht spezifische Herausforderungen an die Partnerschaft und an die Beratung.

3.3.3 Beratung in Fragen einer Adoption

Wenn für eine Schwangere ein gemeinsames Leben mit ihrem Kind unvorstellbar oder unmöglich erscheint, soll Adoption als eine mögliche Perspektive in die Beratung eingebracht werden.

Das Angebot einer möglichen Adoption des Kindes kann von der Schwangeren positiv aufgenommen werden, wenn sie bereit ist, die Lebenswirklichkeit des Kindes in den Blick zu nehmen. Den Lebenszusammenhang von Mutter und Kind auch in dieser Auseinandersetzung mit einer Adoption ernst zu nehmen und zu sehen, erfordert eine hohe beraterische Sensibilität. Die Ambivalenzen der Mutter, die einhergehen mit dem Gedanken an eine Adoption und oftmals Sorgen um das Kind ausdrücken, muss die Beraterin respektieren und im Laufe der Schwangerschaft und über die Geburt hinaus bearbeiten.

Ein neuer Konflikt

Das moralische Empfinden einer schwangeren Frau "Eine Mutter gibt ihr Kind nicht weg" hängt mit dem Ernstnehmen von Elternschaft zusammen. Solche und ähnliche Aussagen deuten unter Umständen auf einen neuen moralischen Konflikt, der mit der Frage der Freigabe des Kindes verbunden ist und gesellschaftlich auch entsprechend gewertet wird.

Die Ratsuchende kann durch eine einfühlsame Beratung die Erfahrung machen, dass ihre Entscheidung für eine Adoption von der Beraterin unterstützt und begleitet wird. Dort kann sie erfahren, dass ihre Wünsche bezüglich der Zukunft ihres Kindes berücksichtigt werden.

Eine gute Zusammenarbeit der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle mit der Adoptionsvermittlungsstelle ist von besonderer Bedeutung, weil die Beraterin Brückenfunktion für die Schwangere hat.

Die katholischen Adoptionsvermittlungsstellen - aber auch viele andere - haben seit Jahren ein an den persönlichen Bedürfnissen der adoptionsbereiten Schwangeren orientiertes Begleiten entwickelt.

Wichtig ist das sorgfältige Überprüfen der Adoptionsentscheidung. Die Beraterinnen aus der Schwangerschaftsberatungsstelle und Adoptionsvermittlungsstelle überlassen der Schwangeren die Entscheidung, mit wem sie intensiver zusammenarbeiten möchte.

Die Beraterin der Adoptionsvermittlungsstelle sollte im Krankenhaus den Rahmen der Geburt mit den Ärzten, Krankenschwestern und der Hebamme besprechen, damit diese sensibel auf die psychische Situation der abgebenden Mutter eingehen und ihre Wünsche beachten. Falls keine Bezugsperson aus dem persönlichen Umfeld der Schwangeren bei der Geburt dabei sein kann, sollte die Beraterin persönlich, eine Ehrenamtliche oder eine besonders ausgewählte Hebamme die Schwangere begleiten.

Rechte und Anerkennung

Nach der Geburt des Kindes stellt sich für die abgebende Mutter erneut die Frage, ob sie ihr Kind behält oder bei der Adoptionsentscheidung bleibt.

Die Tage und Wochen nach der Geburt erfordern eine intensive beraterische Begleitung zur Überprüfung der Entscheidung. Dabei sollte der abgebenden Mutter das Bewusstsein vermittelt werden, dass sie für das Kind eine wichtige Person bleibt. Sie hat das Recht, auch bei einer Inkognito-Adoption, von der Entwicklung des Kindes zu erfahren. Wichtig ist, der abgebenden Mutter Anerkennung für die verantwortungsvolle Entscheidung zuteil werden zu lassen, die ihr die Gesellschaft in der Regel versagt.

Grundsätzlich sind Adoptionsvermittlung und Schwangerschaftsberatung nicht personell verknüpft. Dadurch soll der Schwangeren bzw. der Mutter die Gelegenheit gegeben werden, ohne Druck zu einer Adoptionsentscheidung die Beratung und Hilfen beider Fachdienste in Anspruch zu nehmen. Ein fachlicher Austausch ist zum Wohl der abgebenden Mutter zwingend erforderlich.

Dieses Angebot besteht auch nach der Geburt, insbesondere für die Zeit bis zur notariellen Einwilligung, und darüber hinaus solange die Begleitung von Seiten der Frau gewünscht wird.

3.3.4 Beratung von Migrantinnen/Paaren

Das Angebot der Beratung wendet sich an alle - unabhängig von Nationalität und Konfession. Migrantinnen und Migrantenpaare geraten durch eine Schwangerschaft oft in spezifische Notlagen und bedürfen besonderer Unterstützung. Sie stellen in einigen Regionen und Diözesen mehr als die Hälfte aller Ratsuchenden dar. Zu diesem Personenkreis gehören insbesondere folgende Gruppierungen:

- Studentinnen aus dem Ausland und deren Partner/Familien;
- Arbeitsmigrantinnen, die z.T. schon in Deutschland leben und später in ihre Heimat zurückkehren wollen;
- Flüchtlinge, Asylbewerberinnen, De-Facto-Flüchtlinge, Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge, Kontingentflüchtlinge;
- Asylberechtigte;
- "geduldete" Migrantinnen, die eigentlich ausreisen müssten, aber wegen individueller Gründe oder politischer Probleme im Heimatland nicht sofort abgeschoben werden;
- Migrantinnen jeglichen Alters, die ihre Schwangerschaft vor ihrer Familie verheimlichen;
- Deutsche, die als Aussiedlerinnen unter den Bedingungen der Migration leben.

Die üblichen Sozialleistungen für Deutsche stehen in der Regel Migrantinnen wegen des unterschiedlichen Aufenthaltsstatus nicht oder nur in reduziertem Umfang zu. Oft bedeutet die Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen in Deutschland ein Abschieberisiko bzw. eine Verschlechterung der Aufenthaltsrechte.

Eine Arbeitserlaubnis wird grundsätzlich nur erteilt, wenn weder Deutsche noch EG-Staatsangehörige für die Arbeit zur Verfügung stehen. Diese erzwungene Arbeitslosigkeit führt zu erheblichen Sinnkrisen, Konflikten und zu existentiellen Notlagen bei den Betroffenen.

Sprache und Kultur

Die multikulturelle Beratung stellt neue Anforderungen. Eine wichtige Basis für die Beratung ist eine gemeinsame Sprache. Für viele Migrantinnen stellen die englische und französische Sprache eine Verständigung sicher. Gefragt sind oft auch türkisch, russisch, spanisch und - regional verschieden - z.B. niederländisch oder polnisch.

Während eine muttersprachliche Beratung die Ideallösung wäre, ist eine gemeinsame Sprache die Mindestvoraussetzung für die Beratung, insbesondere im existentiellen Schwangerschaftskonflikt, die kaum durch Dolmetscher zu ersetzen ist. Bei einem Dolmetschereinsatz ist unerlässlich, dass der/die Dolmetscher(in) das uneingeschränkte Vertrauen der Beraterin hat.

Detaillierte Kenntnisse über Land und Bräuche sowie über andere Religionen und deren kulturelle Prägungen sind für eine qualifizierte Beratung hilfreich.

Zur besseren Alltagsbewältigung in Deutschland sind den Migrantinnen dringend Deutschkenntnisse zu empfehlen. Neben der reinen Sprachvermittlung geht es vor allem um die Kommunikation im sozialen Umfeld. Schwangerschaft und Geburt in einem fremden Land verursachen meist eine Fülle von Ängsten und Befürchtungen.

Netzwerk für multikulturelle Beratung

Die Vielfalt der Nationen und Religionen stellt besondere Anforderungen an die Beratungsstelle. Sie benötigt Kenntnisse über das Familienrecht in den Herkunftsländern, über Beratungsdienste, Institutionen und Initiativen, die sich mit den jeweiligen Nationalitäten auskennen und Hilfen anbieten, über soziale Leistungen für die jeweiligen Personengruppen, bei nicht krankenversicherten Migrantinnen in Deutschland und bei Rückkehr in Herkunftsländer.

Zu den geringen Hilfsmöglichkeiten kommt oftmals eine geringe Hilfsbereitschaft für Migrantinnen und Migranten in der deutschen Bevölkerung. Von den Beraterinnen werden Ideen und anwaltschaftliche Funktionen erwartet, um kirchliche und freie Mittel zu erschließen und persönliche Kontakte herzustellen.

3.3.5 Beratung von Frauen mit Gewalterfahrung

Frauen erfahren Gewalt in sehr unterschiedlichen Formen. Gewalt in Beziehungen bleibt für die meisten Frauen lange ein Tabuthema, weil es scham- und schuldbesetzt für sie ist. Meistens denken die Frauen, sie seien schuld an den Gewalttaten des Partners oder anderer Personen im Umfeld. Ehe Frauen über ihre Gewalterfahrungen mit jemandem sprechen, hat die Gewalt dramatische Formen angenommen.

Von Gewalterfahrungen berichten:

- Schwangere Frauen, die physische und psychische Gewalt des Partners erfahren haben, weil er die Schwangerschaft ablehnte und die Frau zum Abbruch drängte, sie aber das Kind bejaht. Diese Frauen stehen meistens in einer Trennungssituation und benötigen intensive Begleitung in einem Trauerprozess an dessen Ende die Einstellung auf die neue Situation steht.
- Schwangere Frauen, die bereits im Frauenhaus leben und wegen konkreter finanzieller Hilfen die Beratungsstellen aufsuchen.
Je nach Wunsch der schwangeren Frau kann die Beraterin die weitere Zukunft mit der Frau besprechen und konkret planen.
- Frauen, die nach der Geburt des Kindes mit emotionaler, ökonomischer, sozialer, psychischer und meistens auch physischer Gewalterfahrung erneut die Beratungsstelle aufsuchen.
Diese verschiedenen Formen der Gewalterfahrung, die sich über einen längeren Zeitraum dramatisch gesteigert haben, treten vor allem dann auf, wenn der Übergang zur Elternschaft nicht kommunikativ gelingt. Die Beraterin wird dann als erste Ansprechpartnerin gewählt, wenn sie in der Schwangerschaft bereits das Vertrauen der Frau gewonnen hat.
- Schwangere Frauen, die als Kind sexuellen Missbrauch erlebten und die traumatischen Erlebnisse nicht verarbeiten konnten.
Durch die erste Schwangerschaft brechen die alten Gefühle wieder auf und machen der Frau ihre gestörte Beziehung zu ihrer Sexualität und zu ihrem Körper bewusst. In einem behutsamen Prozess und schützendem Rahmen kann die Beraterin Raum geben, dass die Frau ihre verletzenden Erfahrungen thematisiert.
- Minderjährige Schwangere, die aufgrund sexuellen Missbrauchs - oft auch Inzest - schwanger wurden. Die wichtigste Maßnahme ist, mit der Schwangeren zu klären, ob sie in ihrem Umfeld bleiben kann/will oder ob sie alternativ in einem sie schützenden Umfeld vermittelt wird. Gleichzeitig ist mit der minderjährigen Schwangeren abzuklären, inwieweit sie Anzeige erstatten will.

Die Kriseninterventionen sind sozusagen die "erste Hilfe" auf dem Weg eines längeren Heilungsprozesses. Notwendig folgen muss die Vernetzung mit anderen Fachdiensten und Institutionen.

3.4 Beratung und Begleitung nach der Geburt des Kindes

Der Schritt von der Paarbeziehung zur Familiengründung ist in unserer heutigen Zeit keine Selbstverständlichkeit mehr. Ein Leben mit Kindern steht heute in Konkurrenz zu anderen Lebensentwürfen. Auf dem Hintergrund unserer Beratungsarbeit erfahren wir, dass junge Menschen, Paare oft keine Gelegenheit mehr haben, Familienkompetenzen erwerben zu können. Beratung und Begleitung nach der Geburt, insbesondere des ersten Kindes, bieten dazu eine Chance.

3.4.1 Begleitung und Beratung beim Übergang zur Elternschaft eines Paares

Der Übergang zur ersten Elternschaft stellt das Paar vor große Veränderungen. Der Schritt zur Elternschaft kann in der Kleinstfamilie mit besonderen Risiken für die Paarbeziehung verbunden sein, die gleichzeitig eine Chance bieten, sofern es dem Paar gelingt, offen miteinander über ihre gegenseitigen Erwartungen zu kommunizieren.

Nach der Geburt müssen Zeit, Raum, Geld und Aufgaben neu aufgeteilt werden, weil die Existenz des Kindes in alle Lebensbereiche hineingreift. Dies hat Einschränkungen im persönlichen, sexuellen, beruflichen und materiellen Bereich zur Folge.

In den allermeisten Fällen, sowohl wenn in den ersten Jahren die Frau die Aufgabe der Kindererziehung und des Haushaltes übernimmt als auch bei partnerschaftlicher beidseitiger Aufteilung der Erwerbs- und Familientätigkeit kann es zu Beziehungskrisen oder zu Isolation führen und zum Auseinanderklaffen der Lebenswelten von Mann und Frau kommen.

Gelingt es dem Paar, sich darüber auszutauschen und für einen Ausgleich zu sorgen, bleiben ihnen manche frustrierenden Erlebnisse erspart. Die Bereicherung durch das Kind, verbunden mit Lebensfreude, Zufriedenheit und einem starken Zusammengehörigkeitsgefühl, kann so bewusst erlebt werden.

Aufgabe der Beratung bleibt, das Paar zu unterstützen bei der Auseinandersetzung mit der neuen Rollenaufteilung und den auf sie zukommenden Veränderungen in allen Lebensbereichen.

Das Bewusstsein, dass bei diesen gewaltigen Lebensveränderungen Probleme und Krisen unvermeidlich sind, kann dem Paar helfen, eigene Grenzen und Unzulänglichkeiten zuzulassen und offen darüber zu kommunizieren.

Aufgabe der Beratung ist, das Paar zu ermutigen, sich nicht nur der Elternrolle zu widmen, sondern sich auch Zeit für die Beziehung zueinander zu nehmen. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit Fragen zur Gestaltung ihrer Sexualität, der weiteren Familienplanung und Empfängnisregelung.

3.4.2 Begleitung und Beratung beim Übergang zur Elternschaft für künftig Alleinerziehende

Der Übergang zur Elternschaft für künftig Alleinerziehende bedarf der besonderen Aufmerksamkeit. Oft wird den Müttern die Trennung vom Partner nach der Geburt des Kindes besonders schmerzlich bewusst. Überforderung und überwältigende Ängste und Sorgen vor der alleinigen Verantwortung belasten die allein erziehenden Mütter in besonderem Maße. Sie stehen vor neuen Herausforderungen hinsichtlich der Regelung der Unterhaltssicherung und des Rechts des Vaters; der Kinderbetreuung, des Wiedereinstiegs in die Erwerbstätigkeit u.a.

Für Alleinerziehende ist die Stärkung bzw. die Neuentwicklung ihres Netzwerkes besonders wichtig. Eine Chance kann Gruppenarbeit mit alleinerziehenden Müttern sein, durch die neue Kontakte und gegenseitige Hilfeleitungen vereinbart werden können.

Alle Belastungen können auch Chancen zur eigenen positiven Weiterentwicklung und Stärkung des Selbstbewusstseins bedeuten, wenn die allein erziehende Mutter in der Beratung erfährt, dass ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten geschätzt und gefördert werden.

3.5 Beratung nach Schwangerschaftsabbruch

Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch die Beratung aufsuchen, kommen mit sehr unterschiedlichen Erlebnistiefen und in unterschiedlichen Phasen der Verarbeitung.

Ein Teil der Frauen suchen die Beratungsstelle wegen einer erneuten Schwangerschaft auf. Diese Frauen haben sich bereits für das Kind entschieden und wünschen angesichts von Problemen konkrete Hilfe und Unterstützung bei deren Bewältigung. Der zurückliegende Schwangerschaftsabbruch wird von den Frauen angesprochen, aber selten bewusst zum Thema gemacht. Die erneute Schwangerschaft kann manchmal als eine Form der Wiedergutmachung verstanden werden, wenn Schuldgefühle und Trauer nicht anders bewältigt werden können.

Ein weiterer Teil von Frauen, die einen zurückliegenden Schwangerschaftsabbruch thematisiert, befindet sich erneut in einem existentiellen Schwangerschaftskonflikt. Diese erneute "ungewollte" Schwangerschaft kann auf eine starke psychische Belastung des nicht verarbeiteten Schwangerschaftsabbruchs hindeuten.

Eine dritte, bisher relativ kleine Gruppe von Frauen sucht unabhängig von einer neuen Schwangerschaft Beratung und Hilfe. Diese Frauen stehen unter einem starken Leidensdruck, der durch die Tabuisierung der Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs in unserer Gesellschaft erheblich verstärkt wird und zu psychosomatischen Reaktionen führen kann. Diese Frauen suchen zur Bewältigung ihrer Schuldgefühle und Trauer bewusst eine fachliche Hilfe.

Die Begegnung mit der Beraterin kann der Ort sein, an dem die Frauen erstmals ihren Schmerz, ihre Verzweiflung, ihre Selbstvorwürfe und Schuldgefühle aussprechen können, so dass sich diese wandeln in eine Annahme der eigenen Grenzen, auch der eigenen Schuld - in Aussöhnung mit der eigenen Geschichte, weil Vergebung zugesprochen werden kann. Hierbei könnte die Kontaktaufnahme zu einem Seelsorger eine zusätzliche Hilfe sein.

Ermütigung für das Leben finden

Bei allen drei Beratungsanlässen, bei denen ein Schwangerschaftsabbruch angesprochen wird, kann die Beraterin - je nach Wunsch der Frau - helfen, dass sie aus ihren zurückliegenden Erfahrungen für die jetzige Lebenssituation lernt.

Die Beraterin kann

- mit der Frau überlegen, was helfen kann, das Kind anzunehmen, von ihm Abschied zu nehmen und es vielleicht ganz bewusst Gott zu überlassen;
- auf Wunsch der Frau den Partner einbeziehen und gemeinsam über die Erlebnisweisen sprechen, auch Beziehungsstörungen aufarbeiten;
- mit der Frau/dem Paar den Blick nach vorne richten und Lebenspläne besprechen;
- zu positiver Bewertung und partnerschaftlichem Gespräch über sexuelle Wünsche und Gestaltungsmöglichkeiten ermutigen;
- Kinderwunsch und Familienplanungsfragen erörtern, zu einem partnerschaftlichen Umgang mit der Frage der Empfängnisregelung anregen.

Im Einzelfall kann es von großer Bedeutung sein, das Netzwerk der Beratungsstelle für die Frauen zu nutzen, dazu gehören vor allem Seelsorger und Psychotherapeuten.

Die Begleitung eines Trauerprozesses kann helfen, die erfahrenen Grenzen, die die Gebrochenheit der menschlichen Existenz bewusst machen, in die Persönlichkeit zu integrieren und gerade dadurch Ermutigung für das Leben zu finden.

3.6 Beratung nach Frühgeburt, nach Fehl- oder Totgeburt, nach frühem Kindstod

Frauen/Paare, deren Kinder zu früh geboren werden, stehen aufgrund der Sorge um die Gesundheit und um das Überleben ihres Kindes in besonderen Belastungssituationen. Für Frauen, Paare, Familien, die ihr Kind durch Fehl- oder Totgeburt oder durch frühen Kindstod verlieren, entsteht eine akute Krisensituation, die emotionale und lebenspraktische Belastungen und hohe Anforderungen auslöst.

Frauen, Paare und Familien, die bereits eine begleitende Beratung oder einen Erstkontakt zur Beratungsstelle aufgenommen haben, wenden sich häufig an die Beratungsstelle mit der Bitte um Beratungshilfen und Lösungen der konkreten Probleme. Sie sind oft gelähmt durch den Verlust ihres Kindes, voller Blockaden, Zorn, Unverständnis, Trauer, aber auch unsicher und unwissend, welche Hilfen es gibt, welche konkreten Schritte zur Sicherung der eigenen Wünsche sinnvoll sind und wie die Rechtslage im Hinblick auf Beerdigung und Kostenübernahme aussieht.

Bei Fehl- oder Totgeburten stellt sich in manchen Krankenhäusern und Kommunen noch immer die Frage, ob eine gewünschte Bestattung bewilligt wird oder wer die Kosten übernimmt. Bereits der würdevolle Abschied von dem verstorbenen Kind muss für die nahen Angehörigen oft über die Beratungsstelle vermittelt werden. Die Möglichkeiten einer kirchlichen Beerdigung sind oft unklar und erfordern Überzeugungsarbeit und Durchsetzungsvermögen von den Betroffenen und/oder den Beraterinnen/Ehrenamtlichen. Sofern für diese Situation noch keine Regelung zwischen Krankenhäusern, Eltern und Betroffenen sowie Kostenträgern besteht, kann die Beratungsstelle alle bestehenden und fehlenden Regelungen überprüfen, um geeignete Begleitung, Wege und Finanzierung zu sichern und für eine angemessene Kommunikation dieser Möglichkeit zu sorgen.

Für Frauen/Paare nach Frühgeburt, Fehl- und Totgeburt, nach frühem Kindstod kann eine "Gehstruktur" aufgebaut werden in Kooperation mit Krankenhäusern, Geburtshäusern, Ärzten, Hebammen und Krankenschwestern u.a. Hierdurch bietet sich für die Beratungsstelle die Möglichkeit der unmittelbaren Kontaktaufnahme mit allen Betroffenen, um Beratung und Begleitung anzubieten. Neben dem Angebot der Einzelberatung sollten auch Wege zu Gruppenangeboten für Trauernde eröffnet werden.

Die Beraterin kann bei medizinischen Fachleuten und Institutionen einen bewussteren Umgang mit den vom Tod Betroffenen anregen, um Reflexionen der routinemäßigen Abläufe zu bewirken.

3.7 Beratung in Fragen zur Sexualität, Familienplanung und Empfängnisregelung

Fragen zur Gestaltung der Sexualität begegnen Beraterinnen zum einen bei jungen Menschen und jungen Paaren, die auf der Suche nach einem guten Umgang mit ihrer Sexualität und Fruchtbarkeit sind, und andererseits bei Frauen und Paaren, die angesichts einer (unerwarteten) Schwangerschaft die Beratungsstelle aufsuchen.

In dem Wissen, dass Fruchtbarkeit eine wesentliche Dimension der Sexualität ist, geht es in der Beratung und Begleitung darum, eine positive Wahrnehmung des Körpers und der Fruchtbarkeit zu vermitteln.

Im Hinblick auf verantwortete Elternschaft stellen sich in der Beratung Fragen unter verschiedenen Gesichtspunkten:

- In welcher Lebensphase ist die Frau/das Paar, welche Entwicklungsaufgaben stehen an?
- Wie sieht die psychosoziale und familiäre Situation aus (Belastbarkeit der Frau, vorhandene Kinder, Beruf, familiäre Verpflichtung, z.B. Versorgung von kranken Eltern)?
- In welchem sozialen und gesellschaftlichen Kontext steht die Frau/das Paar (z.B. Asylbewerberinnen, Flüchtlinge aus Kriegsgebieten)?
- Welche materielle Basis ist vorhanden (Einkommen, Wohnsituation etc.)?
- Welche somatischen und evtl. auch genetischen Bedingungen liegen vor (Gesundheit der Mutter, des Vaters, Krankheiten in der Familie, erbliche Faktoren)?

Wenn das Paar Klarheit für sich gewonnen hat über diese Fragen, ob und wann ein (weitere) Kind für sie verantwortbar erscheint, kann die Beraterin zu einer Auseinandersetzung über verschiedene Methoden der Empfängnisregelung anregen, indem sie

- über Methoden, ihre Anwendung, Wirkweise und ethische Bewertung informiert;
- mit der Frau/dem Paar Kriterien für eine verantwortliche Entscheidung entwickelt angesichts ihrer/seiner konkreten Lebenssituation;
- zum partnerschaftlichen Umgang mit allen Entscheidungen und Handlungen in diesem Bereich ermutigt;
- zur Auseinandersetzung mit einer trotz Verhütung möglichen Schwangerschaft verhelfen;
- bei Bedarf auf weitere Fachleute z.B. Gynäkolog(inn)en NFP-Beraterinnen, Sexualtherapeut(inn)en hinweist.

3.8 Präventive Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Für Jugendliche stehen Fragen der Sexualität und Partnerbeziehung im Mittelpunkt ihrer Lebensinteressen. Einerseits wird eine relativ frühe Geschlechtsreife von Kindern und Jugendlichen, die mit einer frühzeitigen und spontanen Aufnahme sexueller Beziehungen einschließlich Koituserfahrungen gekoppelt ist, beobachtet; andererseits setzt die psychische Entwicklung und kognitive Reife nicht parallel zur körperlichen Entwicklung, sondern erheblich später ein, so dass große Unsicherheiten über die geschlechtsspezifischen biologischen Vorgänge herrschen.

Katholische Beratungsstellen sehen ihren Auftrag auch zur Mitwirkung in der Sexualerziehung und Wertevermittlung junger Menschen.

Die ethische Orientierung basiert auf den Grundwerten des christlichen Menschenbildes, auf einem ganzheitlichen Verständnis von Sexualität, das Körper, Geist und Seele des Menschen als Einheit wahrnimmt und das die Eigenverantwortung, Selbstachtung und Wertschätzung des/der anderen fördern will.

Das präventive Angebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, aber auch an Eltern und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in der Seelsorge, der Sozial- und Bildungsarbeit. Bedarf wird von Schulen im Rahmen des Religions- und Biologieunterrichtes, wie auch von Gruppen kirchlicher Jugendarbeit angemeldet sowie von Fach- und Hochschulen im Rahmen der berufsspezifischen Ausbildung gemeldet.

Inhaltlich ist eine Ergänzung und Vertiefung der in Elternhaus und Schule grundgelegten Sexualerziehung vorgesehen. Darüber hinaus soll eine Auseinandersetzung mit dem vorhandenen Wissen in den unterschiedlichen Altersstufen und Lebensphasen sowie Orientierungshilfe und Ermutigung zu einem selbstbestimmten, verantwortungsbewussten und liebenden Umgang mit sich und der/dem anderen angeregt und gefördert werden.

Das angebotene Aufgabenspektrum sollte sich sowohl an den Bedürfnissen der Jugendlichen als auch an den zuvor beschriebenen Zielen orientieren, beispielsweise:

- Auseinandersetzung und Identifikation mit der eigenen (männlichen oder weiblichen) Geschlechterrolle;
- Entwicklung einer positiven Einstellung zu Liebe, Erotik, Sexualität;
- Förderung eines partnerschaftlich orientierten Einfühlungsvermögens und Verhaltens;
- Bewusst machen der Zusammenhänge von Sexualität, Fruchtbarkeit und der Entstehung menschlichen Lebens;
- Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln;
- Vermittlung (Ergänzung) von Kenntnissen über Methoden der Empfängnisverhütung und ihrer Wirkweise sowie Auseinandersetzung mit ethischen Kriterien;
- Bildung des Bewusstseins, dass das vorgeburtliche Leben des Kindes von Anfang an schützenswert ist;
- Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftskonflikt;
- Darstellung des katholischen Beratungsverständnisses, Beratung und Hilfe;
- Informationen über Beratung im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik und bei zu erwartender Behinderung eines Kindes.

In der präventiven Arbeit mit Jugendlichen geht es nicht zuletzt um einen Beitrag zur Reduzierung ungewollter Schwangerschaften und damit auch um eine Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Kompetenz und Glaubwürdigkeit

Beraterinnen, die diesen Arbeitsauftrag wahrnehmen, sind i.d.R. gleichzeitig in der Schwangerschaftsberatung tätig. Einerseits steht ihnen für die sexualpädagogische Arbeit nur ein begrenzter Zeitrahmen zur Verfügung, andererseits werden sie infolge ihrer Erfahrungen aus der Konfliktberatung von den Jugendlichen als besonders kompetent und glaubwürdig erlebt. Über die Beratungskompetenz hinaus sollten Beraterinnen in der präventiven Arbeit mit Gruppen spezifische sexualpädagogische und methodische Kompetenzen erwerben.

Aufgabe der Träger ist es, für die präventive Arbeit ausreichende Rahmenbedingungen wie Zeitkapazitäten, Fortbildung, Arbeitsräume und finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, die ein kontinuierliches Angebot nach professionellen Qualitätsstandards gewährleisten.

4. Organisation und Struktur der Beratungsstellen

4.1 Personelle Ausstattung¹

Beraterinnen

Zur Sicherung der Qualität einer Schwangerschaftsberatungsstelle sollten nach Möglichkeit mehrere Fachkräfte tätig sein.

Wenn nur eine Vollzeitstelle zur Verfügung steht, wäre eine sinnvolle Lösung die Aufteilung auf 2 Teilzeitmitarbeiterinnen; dies ermöglicht einen ständigen Erfahrungsaustausch und gewährleistet gegenseitige Vertretungen im Falle von Urlaub, Krankheit und Fortbildung.

Die Zahl der Mitarbeiterinnen einer Beratungsstelle ist ferner abhängig von der Größe, Einwohnerdichte und Struktur ihres Einzugsgebietes. Alle Beraterinnen sind zur Kooperation, zum Erfahrungsaustausch vor Ort bzw. regional und auf der Diözesanebene verpflichtet.

Frauen und Männer als Beratungsfachkräfte

In der Schwangerschaftsberatung wird die Frau als Beraterin bevorzugt.

Dies liegt u.a. darin begründet, dass Frauen in nur für sie erfahrbaren Erlebnisbereichen und Problemlagen betroffen sind und die Konflikte geschlechtsspezifisch geprägt sind. Das non-verbale Verstehen der Situation durch eine Frau kann die Beratung erleichtern. Ein männlicher Berater sollte nur zusätzlich als zweiter oder weiterer Berater tätig werden. Die Klientin muss entscheiden können, ob sie den Mann als Berater akzeptiert.

Verwaltungsfachkräfte

Für Verwaltungsaufgaben sind Verwaltungsfachkräfte erforderlich. Diese können je nach Größe und Organisation der Beratungsstelle folgende Aufgaben übernehmen: allgemeiner Telefondienst, Entgegennahme telefonischer Anmeldungen zur Beratung, Führen des Terminkalenders der Beratungsstelle, Empfang der Ratsuchenden, Büro- und Verwaltungsaufgaben auch im Bereich von Stiftungen und Hilfsfonds, Buchhaltung, Statistik, Vorbereitung von Konferenzen, Fortbildungen, Arbeitskreisen und Veranstaltungen, Erstellen von Protokollen.

Darüber hinaus ist die Mitarbeit bei der Beschaffung von Sachhilfen, gebrauchten Möbeln, bei Babykorbaktionen sowie bei Kontakten zu ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen gewünscht.

Um einen reibungslosen Beratungsablauf zu gewährleisten, ist eine Verwaltungskraft (50 % Beschäftigungsumfang) für eine Beraterin (100 % Beschäftigungsumfang) erforderlich. Wenn die Schwangerschaftsberatungsstelle nicht mit anderen Diensten räumlich verbunden ist, und deshalb Empfangs- und Telefondienst selbst sicherstellen muss, sollte der Personalschlüssel entsprechend erweitert werden. Hinsichtlich der erforderlichen Personalausstattung sind die Möglichkeiten der Kommunikations- und Bürotechnik zu nutzen, um ausreichend Zeit für den persönlichen Kontakt mit den Ratsuchenden zu haben.

Die Mitarbeiterinnen im Verwaltungsbereich, die durch Telefon oder Empfang zuerst mit den Ratsuchenden in Kontakt kommen, müssen für diesen Dienst vorbereitet und fortgebildet werden. Dies kann geschehen durch spezielle Fortbildungsangebote in den Diözesen oder durch bundesweite Angebote.

¹ Mit wenigen Ausnahmen sind überwiegend Frauen als Beraterinnen in diesem katholischen Beratungsdienst tätig. Im folgenden wird daher immer nur die weibliche Form verwandt. Die Bezeichnung schließt den männlichen Berater mit ein.

Leitungsfunktion in der Beratungsstelle

Für die Leitung einer Beratungsstelle kommen Mitarbeiterinnen mit entsprechender Vorbildung sowie Erfahrung in dieser speziellen Beratung infrage.

Die Leitungsfunktion umfasst u.a.:

- Dienst- und Fachaufsicht für nachgeordnete Mitarbeiterinnen;
- Einführung und Begleitung neuer Mitarbeiterinnen;
- Absprache bzw. Aufgabenwahrnehmung und Aufteilung innerhalb der Dienststelle, Durchführung von Dienstbesprechungen, Teamsitzungen, Fallbesprechungen u.a.m.;
- Wahrnehmen und Aufgreifen von Trends und Entwicklungen im Arbeitsfeld;
- Information und Öffentlichkeitsarbeit;
- Aufgabe der Integration und des Austausches der Beratungsstelle mit Kollegen anderer Fachdienste;
- Erstellen von Sachberichten zu Verwendungsnachweisen;
- Sicherstellung der Statistik;
- Begründung für die Beantragung der Personal- und Sachkosten;
- Ansprechpartner in der inner- und außerkirchlichen Öffentlichkeit sowie gegenüber Vorständen und Geschäftsführungen;
- Verantwortung für den Einsatz Ehrenamtlicher mit Regelung der Vorbereitung und Begleitung;
- Mitarbeit in für die Arbeit einschlägigen Gremien im kirchlichen und außerkirchlichen Bereich;
- Kooperationspartnerschaft zum Träger.

Fachteam

Durch das Fachteam² soll die Kompetenz der Beratungsstelle erweitert werden. Die Teammitglieder sollen die Beraterin in fachspezifischen Fragen informieren und beraten sowie die mehrdimensionale Beratung für Ratsuchende sicherstellen. Das Team soll mitwirken an der Profilierung der katholischen Beratungsarbeit und an der Gewinnung einer breiten Öffentlichkeit für die Anliegen der kirchlichen Beratung. Die Experten müssen auf das Konzept der katholischen Beratungsstelle verpflichtet werden.

Aufgaben/Inhalte

- Fachliche Beratung und Unterstützung im allgemeinen und im konkreten Einzelfall;
- Fallbesprechungen;
- Reflexion über die Aufgaben und Ziele der Beratung, Prophylaxe und Öffentlichkeitsarbeit;
- interdisziplinäre Auseinandersetzung und Bearbeitung von Grundsatzthemen;
- Auseinandersetzung mit Trends und Entwicklungen in der Beratungsarbeit, in Kirche, Politik und Gesellschaft;
- Unterstützung der kirchlichen Beratungsarbeit in der Öffentlichkeit;
- Information über aktuelle Fragen der jeweiligen Fachdisziplin (Fachliteratur, Veranstaltungen, Rundfunk-/Fernsehsendungen);
- Mitwirkung in der Öffentlichkeitsarbeit auf Anfrage;

²Schon die "Richtlinien für die Arbeitsweise katholischer Beratungsstellen für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen", verabschiedet von der Deutschen Bischofskonferenz am 16.12.1974, haben das Fachteam für die katholischen Beratungsstellen vorgesehen mit der Begründung, die Vielzahl der notwendigen Aspekte und Aufgaben im Beratungs- und Hilfeprozess sicherzustellen, ... damit diese sich im Einzelfall in die Beratung einschalten oder die Sozialarbeiter beraten.

- Mitarbeit auf Anfrage bei Veranstaltungen für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen;
- Übernahme von multiplikatorischen Aufgaben in der je eigenen Berufsgruppe.

Struktur und zeitlicher Rahmen

Zum Team der Beratungsstelle, das entsprechend den Erfordernissen erweitert werden kann, gehören mindestens eine Ärztin oder ein Arzt (Gynäkologin/Gynäkologe), Juristin/Jurist, Seelsorgerin/Seelsorger, Psychologin/Psychologe. Bei der Auswahl der Teammitglieder ist die Zustimmung des Trägers erforderlich. Die Teammitglieder erklären zunächst ihre Bereitschaft zur Mitarbeit für einen begrenzten Zeitraum z.B. von 2 - 4 Jahren. Je nach Bedarf oder aus aktuellem Anlass sollten die Teamsitzungen mindestens 1 - 2 mal pro Jahr stattfinden.

Ehrenamtliche Mitarbeit

Ehrenamtliche Mitarbeit ist eine wesentliche Säule der Beratungsarbeit. Sie unterstützt und ergänzt die professionelle Beratungsarbeit. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen leisten persönliche Begleitung, auch mittel- und langfristig, Hilfen in lebenspraktischen Fragen, z.B. bei Haushaltsführung, bei Umzug, Wohnungssuche und Wohnungseinrichtung, bei Behördenkontakten und anderen Problemen des Alltags; Unterstützung bei der Versorgung des Kindes und bei der Kontaktaufnahme mit anderen Familien und Alleinerziehenden in Nachbarschaft und Gemeinde; Übernahme von Patenschaften; Vorbereitung und Mitarbeit bei Aktionen (z.B. Babykorb) im persönlichen Umfeld, in der Nachbarschaft und in den Pfarrgemeinden.

Eine weitere Gruppe nimmt ehrenamtlich Leitungsaufgaben in verschiedenen Funktionen wahr, wie z.B. Mitarbeit und Vorsitz im Vorstand, Übernahme von Gruppenleitungen und Aktionen. Entscheidend für die ehrenamtliche Mitarbeit ist, dass das Problem für die Hilfestellung klar definiert ist und die getroffenen Vereinbarungen eingehalten werden. Außer der Bereitschaft und Freude am Umgang mit anderen Menschen sind Zuverlässigkeit und Belastbarkeit wichtige Eignungskriterien. Ehrenamtliche Hilfe besteht darin, dass sie vielen Ratsuchenden Nähe und Erreichbarkeit im persönlichen Umfeld sichert, die über den hauptamtlichen Dienst hinausgeht. Ehrenamtliche erschließen sich einen eigenen Zugang zu den Nöten der Menschen, schaffen bzw. bedienen sich sehr individueller Netzwerke im persönlichen Umfeld der Betroffenen, die hauptamtlich Tätigen oft verschlossen bleiben. Sie eröffnen den Hilfesuchenden neue Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe.

Darüber hinaus übernehmen Ehrenamtliche, auf der Basis ihres beruflichen Wissens wichtige Aufgaben. Sie nehmen sowohl Anwaltsfunktion für die Ratsuchenden wie für die Beraterinnen wahr, z.B. bei der Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung, Sprachvermittlung, medizinischen Betreuung, bei Erziehungsfragen, bei Entschuldungshilfen, bei Familienrechtsproblemen.

Ehrenamtliche Mitarbeit erfolgt in enger Verbindung mit der Beratungsstelle und in Zusammenarbeit mit der Beraterin, soweit es die Einzelbegleitung betrifft. Die Gewinnung und Begleitung von Ehrenamtlichen ist eine wichtige Aufgabe der Beratungsstellen. Zu beachten ist, dass ehrenamtlich Tätige ebenfalls zum Kreis der Zeugnisverweigerungsberechtigten gehören (vgl. 8.7). Im Hinblick auf ehrenamtliche Arbeit können Gruppen innerhalb der Kirche, wie z.B. Caritas-Konferenzen/Caritashelfer(innen), Gruppen der Gemeinden oder ehrenamtliche Mitarbeiterinnen bzw. Kontaktpersonen des Sozialdienstes katholischer Frauen, Jugendgruppen, Frauengruppen und sonstige katholische Personalverbände mit den Beratungsstellen kooperieren. Anknüpfungen sind auch möglich bei Hebammen, Ärzten, Juristen, Finanzfachleuten u.a. Zu beachten ist, dass die Rahmenbedingungen für die ehrenamtliche Mitarbeit abgeklärt werden.

4.2 Räumliche, organisatorische und technische Voraussetzungen

Lage der Beratungsstelle

Die Beratungsstelle sollte nach Möglichkeit zentral gelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sein. Dabei ist - besonders in Klein- und Mittelstädten - darauf zu achten, dass dem Wunsch nach Anonymität Rechnung getragen wird.

Öffnungszeiten

Es müssen regelmäßige Sprechstunden stattfinden, die öffentlich bekannt gegeben werden. Erstrebenswert ist ein Beratungsangebot an allen Wochentagen, möglichst zu festgesetzten Sprechzeiten oder/und nach Vereinbarung. Die Beratungsstelle muss an mindestens 3 Wochentagen geöffnet sein. Je nach Möglichkeit (personelle Besetzung) und Bedarf sollte mindestens einmal wöchentlich eine Abendsprechstunde angeboten werden.

Telefon

Die erste Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle erfolgt meistens telefonisch. Daher ist der Telefondienst von besonderer Bedeutung für die Vertrauensbildung und die Vermittlung des Beratungstermins. Die telefonische Erreichbarkeit der Beratungsstelle muss an allen Werktagen gesichert sein.

Die Ausschreibung der Beratungsstelle im Telefonbuch wird unter verschiedenen Stichwörtern empfohlen.

Sekretariat/Empfang

Bei größeren Dienststellen ist darauf zu achten, dass die Ratsuchenden möglichst auf direktem Weg zur Beratungsstelle gehen können, ohne unnötige Pforten und Zwischenstationen passieren zu müssen.

Für den Empfang von Ratsuchenden bedarf es Mitarbeiterinnen, die auf diese Aufgabe vorbereitet sind.

Für verwaltungstechnische Aufgaben muss ein entsprechender Raum zur Verfügung stehen.

Technik/EDV

Jeder Arbeitsplatz sollte EDV-mäßig mit entsprechender Hard- und Software, die auf die Beratung abgestimmt ist, ausgestattet sein.

Wartebereich

Der Wartebereich soll ansprechend ausgestattet sein. Zur Überbrückung der Wartezeit können sachlich angemessene Broschüren, Zeitschriften und Literatur hilfreich sein. Kinder sollen Gelegenheit zum Spielen haben, möglichst auch mit Spielzeug oder Bilderbüchern. Grundsätzlich sind lange Wartezeiten durch Terminvereinbarungen zu vermeiden.

Beratungszimmer

Für die Beratung muss ein ruhiger, freundlich gestalteter Raum zur Verfügung stehen. Die Beraterin sollte im Rahmen des Möglichen auf dessen Gestaltung Einfluss nehmen können. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass Beraterin und Ratsuchende während des Beratungsgesprächs allein sind und nicht durch andere Mitarbeiterinnen, Telefon usw. gestört werden. Jede Beraterin soll während ihrer Sprechstunden/Arbeitszeit über ein eigenes Beratungszimmer verfügen können.

Gruppenraum

Zusätzlich wünschenswert ist ein Raum, der für die Arbeit mit den verschiedenen Gruppen zur Verfügung steht.

Lagerraum

Für die Aufbewahrung von Sachen (Babywäsche, Umstandskleidung usw.) soll Lagerraum zur Verfügung stehen.

Aufbewahrung der Unterlagen

Die klientenbezogenen Unterlagen müssen wegen der erforderlichen Schweigepflicht und Vertraulichkeit grundsätzlich in verschließbaren (Stahl)schränken aufbewahrt werden.

4.3 Organisationsformen

Je nach Entstehung und örtlich vorgegebenen Bedingungen gibt es Unterschiede in der Organisation anerkannter katholischer Beratungsstellen. Die Arbeit erfordert einen eigenständigen Beratungsdienst.

Folgende Organisationsformen sind möglich:

- Die Schwangerschaftsberatung hat separate Räumlichkeiten unabhängig von anderen sozialen Diensten des Trägers.
- Die Schwangerschaftsberatung ist räumlich verknüpft, aber ein eigenständiger Beratungsdienst innerhalb der Dienste der Caritas oder des Sozialdienst katholischer Frauen.

4.4 Einzugsgebiet - Organisation - Struktur der Beratungsstelle

Anzahl, Größe und Ausstattung der Beratungsstellen werden in der Regel vom jeweiligen Bedarf sowie von der Struktur des Einzugsgebietes (Größe, Einwohnerdichte, Großstadt, Kleinstadt, ländliches Gebiet, Verkehrsbedingungen, soziale Schichtung, konfessionelle Struktur usw.) abhängig sein.

Größere Beratungsstellen mit einer Konzentration mehrerer Planstellen haben den Vorteil, dass ein ständiger Austausch sowie die Vertretung der Beraterinnen untereinander leichter möglich ist und Anleitung und Praxisbegleitung durch eine Beratungsstellenleitung bzw. erfahrene Beraterin gewährleistet sind.

In größeren Einzugsbereichen, besonders mit ungünstigen Verkehrswegen, empfiehlt sich das Angebot von Außensprechstunden oder ggf. Nebenstellen. Darüber hinaus muss die Verbindung zur kontinuierlich besetzten nächstgrößeren Beratungsstelle jederzeit hergestellt werden können. Außensprechstunden bzw. Nebenstellen sollen daher möglichst eingebunden sein in eine Stelle des Caritasverbandes oder des Sozialdienst katholischer Frauen oder in eine sonstige kirchliche Stelle, die mit der Beratungsstelle zusammenarbeitet und ggf. Anrufe entgegennimmt, Termine vereinbart bzw. die Verbindung zur Beratungsstelle herstellt.

Je nach Struktur und Besonderheit des Einzugsgebietes können auch kleinere Beratungsstellen sinnvoll und erforderlich sein. Die Besetzung dieser Stellen sollte mit besonders erfahrenen Beraterinnen erfolgen (keine Berufsanfängerinnen). Bezüglich Arbeitsaustausch und Verständigung s. Ausführungen zur personellen Ausstattung.

5. Anforderungs- und Aufgabenprofil der Beraterin/der Beratungsstelle

5.1 Fachliche Kompetenz und persönliche Voraussetzungen

Der Beruf als Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin hat sich bewährt und ist in der Regel Voraussetzung zur Übernahme der Beratung in diesem Aufgabengebiet. Dies ergibt sich aus der fachlichen Kompetenz, die sich darin zeigt, dass die Mitglieder dieses Berufsstandes insbesondere Beratung und Vermittlung von Hilfen verknüpfen können.

Die Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen können in der Regel nicht direkt nach der Ausbildung in diesem Aufgabenfeld tätig werden. Berufserfahrung in anderen Feldern der Sozialarbeit ist wünschenswert.

Um den vielfältigen und unterschiedlichen Beratungsanliegen gerecht werden zu können, benötigt die Beraterin ein breites fachliches Wissen aus dem Bereich sozialarbeiterischer Hilfen, rechtliche Kenntnisse insbesondere im Sozial- und Familienrecht, medizinisch-biologische und psychologische Kenntnisse über Sexualität, Fruchtbarkeit, Empfängnisregelung, Schwangerschaft sowie Kenntnisse über physische und psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs. Ferner sind erforderlich Kenntnisse über Chancen und Risiken der Pränataldiagnostik, über Erscheinungsformen genetisch bedingter Behinderungen, methodische Kompetenzen für die Einzel-, Paar- und Mehrpersonenberatung, die insbesondere an den Eigenkräften und Ressourcen der Ratsuchenden ansetzt, und die Befähigung zum Umgang mit Krisensituationen und Trauerprozessen.

Vor allem im Rahmen der nachsorgenden Arbeit, z.B. in Zusammenhang mit Mutter-Kind-Gruppen und der präventiven Arbeit, z.B. für die sexualpädagogische Arbeit mit Schulklassen, Jugendgruppen usw., sind Kompetenzen für den Umgang mit und die Leitung von Gruppen und methodische Kenntnisse, insbesondere aus dem Bereich der sozialen Gruppenarbeit und der Gruppendynamik wünschenswert. Für die Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstelle sind vor allem Kontaktbereitschaft und die Fähigkeit zur Darstellung der Arbeit der Beratungsstelle und zur Bewusstseinsbildung im Hinblick auf Wert und Würde menschlichen Lebens wichtig.

Von der Beraterin wird erwartet, dass sie unter den jeweils unterschiedlichen Bedingungen einen dialogischen, von Empathie getragenen Beziehungsprozess aufbauen kann, in dem der ratsuchenden Frau die Erfahrung des Angenommenseins vermittelt wird.

Wesentlich gehören dazu:

- auf der Grundlage des Glaubens, in authentischer Weise Vertrauen in das Leben vermitteln zu können;
- auf der Grundlage der ethischen Position der katholischen Kirche die eindeutige Orientierung auf den Lebensschutz des Kindes überzeugend vertreten zu können;
- aus der christlichen Hoffnung heraus, die auch in schweren Krisen trägt, Zutrauen zum Leben mit dem Kind geben zu können.

Unverzichtbar dafür ist die innere Zustimmung der Beraterin zum christlichen Menschenbild, das die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens von der Empfängnis an postuliert.

Die persönliche Kompetenz muss sich besonders erweisen durch gutes Einfühlungsvermögen, innere Stabilität und Flexibilität sowie Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit.

Um Frauen in Konfliktsituationen ermutigen zu können, bedarf es einer positiven Grundeinstellung zum Leben, die auch in Grenzerfahrungen trägt.

5.2 Fortbildung

Jede Beraterin ist verpflichtet, eine Zusatzqualifikation durch Teilnahme an der zentralen längerfristigen Fortbildung des Deutschen Caritasverbandes und der Zentrale des Sozialdienstes katholischer Frauen zu erwerben. Die Kurse werden regelmäßig überregional angeboten und bestehen in der Regel jeweils aus 6 Kurswochen sowie 50 Stunden Gruppensupervision. Zur Qualitätssicherung der Beratungsarbeit besteht darüber hinaus die Verpflichtung zur Teilnahme an den Diözesan-Beraterinnenkonferenzen und diözesanen Fortbildungsangeboten bzw. an der Wahrnehmung der Angebote auf der Landesebene und Arbeitskreisen sowie die Teilnahme an den begleitenden Einführungskursen für neue Beraterinnen.

5.3 Supervision/Praxisberatung

Wegen der besonderen persönlichen und fachlichen Anforderungen in der Schwangerschaftsberatung ist über die fortbildungsbegleitende Supervision hinaus regelmäßige Supervision erforderlich. Die Beraterin soll zeitlich begrenzt bzw. in zeitlichen Abständen diese Supervision nehmen. Die Möglichkeit der Praxisberatung soll als ständiges Angebot vorhanden sein.

Supervision wird hier verstanden als ein fachlich kontrollierter berufs- und fortbildungsbezogener Lern- und Arbeitsprozess. Der/die Supervisor(in) nimmt die fachspezifische Lern- und Praxiskontrolle wahr, die Supervisandin ist für die Eigenkontrolle verantwortlich.

Praxisberatung wird mit dem Ziel der Gewinnung, Erhaltung und Verstärkung der beruflichen Handlungsfähigkeit durchgeführt. Sie kann im Team als kollegiale Beratung oder unter Anleitung eines/einer speziell dafür eingesetzten Praxisberaters/Praxisberaterin durchgeführt werden.

5.4 Schweigepflicht/Zeugnisverweigerungsrecht/Beschlagnahmeverbot

Die Beraterinnen sind gem. § 203 Abs. 1, Ziff. 4a StGB verpflichtet, über alle Angelegenheiten, die ihnen im Zusammenhang mit der Beratungstätigkeit von Ratsuchenden anvertraut werden, Verschwiegenheit zu wahren. Sie sind nach § 53 und § 53a StPO berechtigt, auch vor Gericht das Zeugnis über die ihnen in ihrer Eigenschaft als Mitarbeiterin der Beratungsstelle anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen zu verweigern. Darüber hinaus besteht nach § 97 Strafprozessordnung ein Beschlagnahmeverbot, das es den Strafverfolgungsorganen grundsätzlich verbietet, sich Kenntnisse von den Tatsachen durch Beschlagnahme bestimmter in Gewahrsam des Zeugnisverweigerungsberechtigten befindliche Schriftstücke und sonstige Beweismittel zu verschaffen.

5.5 Vernetzung und Kooperation

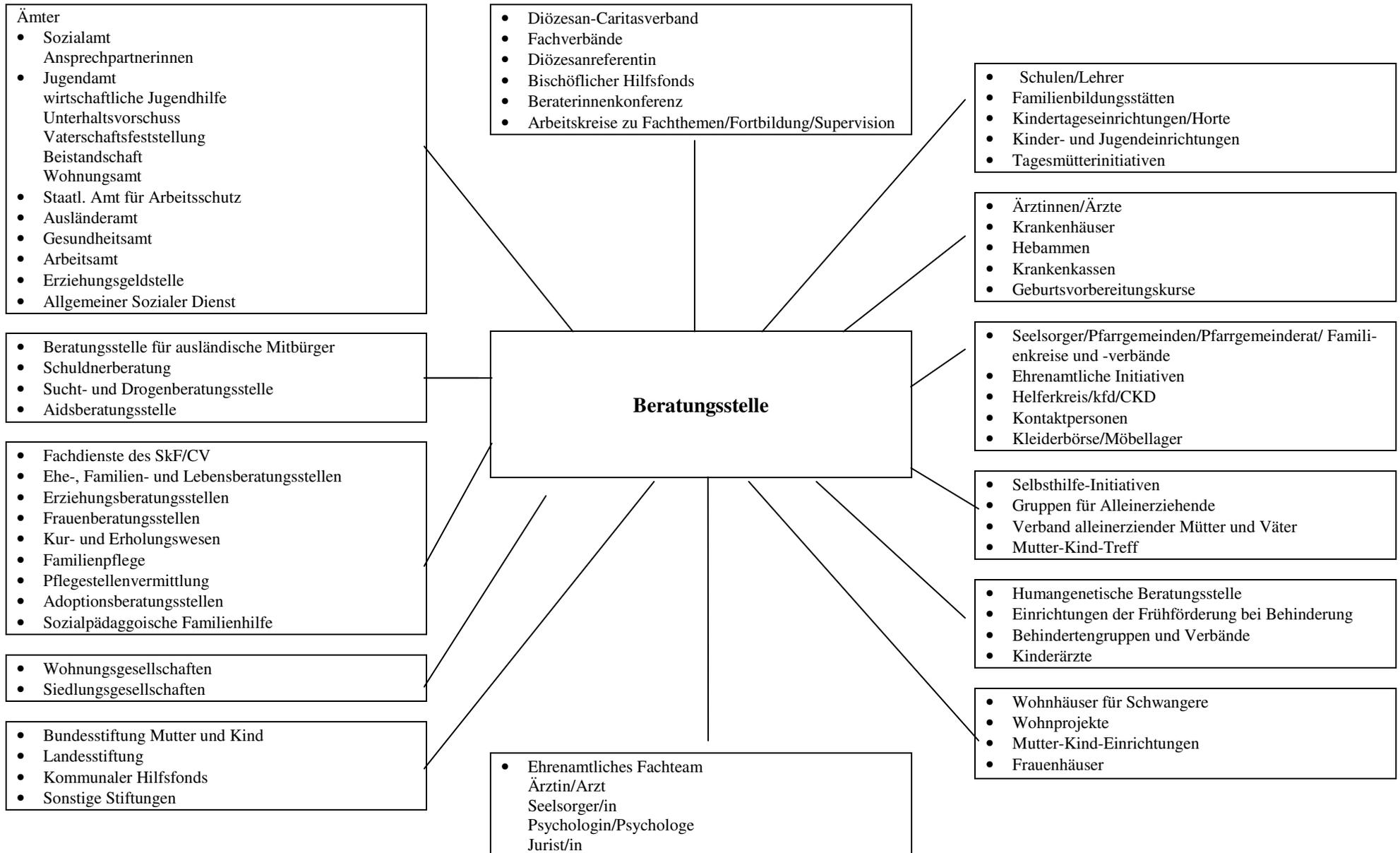
Aufbau und Pflege eines Netzwerkes der Beratungsstelle

Kooperation und Vernetzung der Beratungsstelle mit anderen sozialen Diensten, Behörden und Einrichtungen und ehrenamtlich Engagierten gehören wesentlich zur Verknüpfung von Beratung und Vermittlung von Hilfen im ganzheitlichen Beratungsverständnis. Dies geschieht fachübergreifend, einzelfallbezogen und fallübergreifend. Das Gelingen dieser Kooperation und Vernetzung hängt neben dem persönlichen Einsatz der Beraterin auch von tatsächlich vorhandenen und noch zu erschließenden Ressourcen für wirksame Hilfen ab.

Die Kooperation und Vernetzung steht primär im Interesse der Ratsuchenden, um mit ihr ein tragfähiges Netz in der Beratung entwickeln zu können. Sie dient darüber hinaus auch der

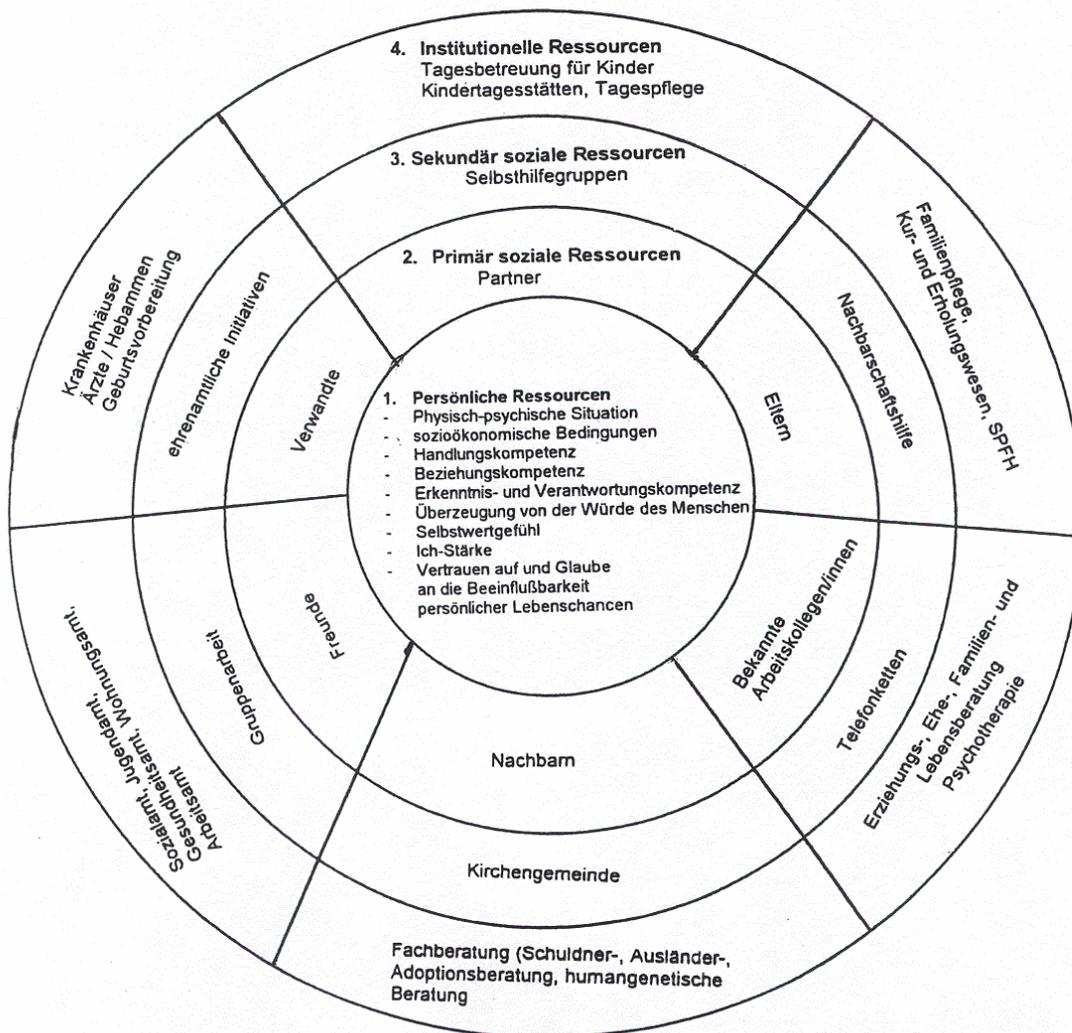
fach- und fallübergreifenden sozialpolitischen Verbesserung von Rahmenbedingungen für Familien und Kinder.

Beispiel für ein Netzwerk der Beratungsstelle



Aufbau eines Netzwerkes für die Ratsuchende

Die Kontaktpflege mit den verschiedenen Einrichtungen, Gruppierungen und Institutionen ermöglicht der Beraterin, im konkreten Einzelfall mit der Ratsuchenden gemeinsam deren Netz zu entdecken, zu knüpfen und die darin liegenden Ressourcen mit ihr zu erschließen. Der Ausgangspunkt für ein Netzwerk sind die besonderen Ressourcen der Frau selber; diese zu stärken und zu fördern ist eine wesentliche Beratungsaufgabe. Das setzt voraus, dass die schwangere Frau in der Beratung Raum findet und aus aller Fremdbestimmung heraus bei sich ankommen kann, um Zugang zu den eigenen Quellen und Ressourcen zu finden, die im Laufe der Perspektivenentwicklung für ein Leben mit dem Kind ergänzt werden durch solche Ressourcen, die eine tragfähige Entscheidung für das Kind stützen. Diese sind zunächst im persönlichen Umfeld der schwangeren Frau (primär soziale Ressourcen) zu entdecken und zu stärken. Darüber hinaus können für den Aufbau eines Netzwerkes sekundär soziale Ressourcen, die im Bereich von ehrenamtlichen Hilfen und Initiativen angesiedelt sind, stützend sein. Zuletzt sollen dann die institutionellen Ressourcen greifen, die oft nachhaltige Bedeutung haben für die Tragfähigkeit des sozialen Netzes für die Frauen und Familien, insbesondere für die Zeit nach der Geburt des Kindes.



5.6 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit sollte in Zusammenarbeit und Absprache zwischen Träger, Beraterin und Fachteammitgliedern sowie ggf. der Öffentlichkeitsreferentin/dem Öffentlichkeitsreferenten des Trägers wahrgenommen werden (vgl. 7.4).

Zur Öffentlichkeitsarbeit gehören z.B. folgende Aufgaben:

- Informieren über die Arbeit einer Beratungsstelle durch Vorträge und Diskussionen in verschiedenen Gruppen (Jugendgruppen, Frauengruppen, Pfarrgemeinden), in Schulen und verschiedenen Gremien;
- Mitarbeit in Projekten und Aktionen bei Straßenständen, Tagungen und Ausstellungen;
- Mitarbeit bei der Gestaltung von Gottesdiensten;
- Anregen und Erstellen von Presseinformationen;
- Erstellen von Informationsmaterial wie z.B. Jahresbericht, Prospekte und Plakate die in Pfarrgemeinden, Wartezimmern der Arztpraxen, Apotheken usw. verbreitet werden;
- Aufbauen und Pflegen eines Netzwerkes der Beratungsstelle.

5.7 Weitere Aufgaben der Beraterin/der Beratungsstelle

- Vernetzung mit Pfarrgemeinden/Seelsorgeeinheiten;
 - Anregungen praktischer Hilfen, z.B. Babysitterdienst, Ersatz-Omas und -Opas, Haushaltshilfen, Krabbelgruppen, Kindertagesstätten, Kleiderladen, Aktion Babykorb, Umzugs- und Renovierungshilfen, Begleitung zu Arztbesuchen, Einkaufshilfen;
 - Anregungen für den liturgischen Bereich: Gottesdienst für Familien mit Gabengang der Kinder (eigenes Spielzeug), Schulgottesdienst im Advent/in der Fastenzeit, kirchliche Feste wie St. Martin, Nikolaus mit Sammlung von Lebensmitteln, Babysachen im Sinne des Teilens mit anderen Kindern und Familien;
- Entwicklung von Projekten und flankierenden Hilfen mit Ehrenamtlichen;
 - spezielle Geburtsvorbereitungskurse für Minderjährige und Alleinerziehende in Kooperation mit einer Beraterin und einer Hebamme;
- Entwicklung von Projekten mit anderen Fachdiensten;
 - gemeinsame Paarberatung mit Eheberatung;
 - Gruppen für werdende Eltern mit Familienbildungsstätten;
 - Gruppen "alleine Leben mit Baby oder Kleinkind" in Kooperation z.B. mit IN VIA und Begegnungsstätte für Alleinerziehende;
 - Kurs für werdende Väter zur Haushaltsführung in Kooperation z.B. mit Familienbildungsstätten;
 - Kurs für Babysitter für Jugendliche und Großeltern, Ersatzomas;
 - Tagesmutterprojekte;
 - Babytreff mit Flüchtlingsfrauen und Gesundheitsamt.

6. Aufgaben des Trägers

6.1 Sicherstellung der Rahmenbedingungen für die Beratungsarbeit

Der Träger übernimmt mit der Anerkennung der Beratungsstelle durch den Bischof und in Wahrnehmung dieses Aufgabenfeldes seine besondere Verantwortung.

Er ist gegenüber der Kirche verantwortlich für die ordnungsgemäße fachlich qualifizierte Arbeit der Beratungsstelle entsprechend den strukturellen Gegebenheiten.

6.2 Personalmanagement

- Die Planung, Auswahl, Anstellung, Verwaltung und Einführung des Personals erfolgt entsprechend diözesaner Vereinbarungen.
- Zur Personalführung gehört die Dienst- und Fachaufsicht. Sie beinhaltet die Weisungsbefugnis gegenüber der Beraterin
 - zum Erwerb der Zusatzqualifikation gemäß § 8 der Bischöflichen Richtlinien;
 - zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung einschließlich Erfahrungs- und Praxisaustausch auf Diözesanebene, gemäß § 8 der Bischöflichen Richtlinien;
 - zur Supervision und zur Wahrnehmung der Angebote pastoraler Begleitung;
 - zur Praxisbegleitung/-beratung auf Orts- und Diözesanebene.

6.3 Sicherung der finanziellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung

- Dazu gehören die Finanzplanung, Finanzbeschaffung und Finanzverwaltung.
- Hinzu kommt die Bereitstellung angemessener Büro- und Beratungsräume, welche mit zeitgemäßen Arbeitsmitteln und Bürotechnik ausgestattet sind.

6.4 Unterstützungsfunktionen und Mitwirkung

Dazu zählen:

- gemeinsame Reflexion des Auftrags und der konkreten Arbeit;
- laufende Konzeptüberprüfung aufgrund kirchlicher und staatlicher Vorgaben, praktischer Erfahrungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse;
- Unterstützung der Arbeit des Fachteams, ggf. Unterstützung bei der Gewinnung von Teammitgliedern;
- Gewinnung von und Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen;
- Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktpflege, Unterstützung in der Zusammenarbeit mit Ämtern, Ärzten, Kirchengemeinden, Verbänden;
- Zusammenarbeit mit der verantwortlichen Diözesanebene und mit der Landesebene.

6.5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit einer Beratungsstelle muss eingebunden sein in die Gesamtkonzeption des Trägers (Caritasverband/Sozialdienst katholischer Frauen). Der Träger muss die Aufgabe in ihrer Komplexität nach innen und außen vertreten. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit den inhaltlichen Problemen der Beratung. Der Träger soll sich regelmäßig mit den Beraterinnen über die auftretenden Fragen und Entwicklungen beraten und die Schwierigkeiten gemeinsam angehen. Die Öffentlichkeitsarbeit sollte in Zusammenarbeit und Absprache der Beraterin und den Teammitgliedern und dem zuständigen Öffentlichkeitsreferenten des Caritasverbandes/Sozialdienste katholischer Frauen wahrgenommen werden.

Ziele der Öffentlichkeitsarbeit sind z.B.:

Bewusst machen von Notsituationen, Wahrnehmen der Anwaltsfunktion für betroffene Frauen und ihre Familien; Bewusstseinsbildung im Hinblick auf die Würde des menschlichen Lebens; positive Veränderung von Einstellungen, z.B. zur Würde des menschlichen Lebens, zur Adoption und damit zur Klimaverbesserung für Frauen in Not und ihre Familien; Bekannt machen der Beratungsangebote für Frauen in Not- und Konfliktsituationen und der möglichen Hilfen; Gewinnen von ehrenamtlichen Helfern; Aufzeigen der erforderlichen prophylaktischen Arbeit. Eintreten für die Verbesserung familienpolitischer und sozialer Maßnahmen.

6.6 Zusammenarbeit mit der Diözesanebene

Im Hinblick auf die Anforderungen der Schwangerschaftsberatung ist die Zusammenarbeit des Trägers mit der Diözesanebene unerlässlich. Die Zusammenarbeit dient der Unterstützung und Hilfe bei der Wahrnehmung ihrer verantwortungsvollen Aufgaben.

In Abständen von drei Jahren erfolgt auf Veranlassung des Diözesanbischofs eine Überprüfung der Beratungsstelle im Hinblick auf die Qualität der Arbeit und die Einhaltung der Richtlinien.

7. Aufgaben der Diözesanebene³

In den Aufgabenbereich der Diözesanebene fallen die Wahrnehmung und Konkretisierung der dem Diözesan-Caritasverband vom Diözesanbischof übertragenen federführenden Verantwortung für die Beratungsstellen. Vor allem gehört dazu die Weiterentwicklung des Beratungskonzeptes in Abstimmung mit den zentralen Trägern, Beobachtung der gesellschaftlichen Veränderungen, Wahrnehmung anwaltschaftlicher Funktion für schwangere Frauen, Kinder und Familien.

7.1 Fachliche Beratung, Begleitung und Unterstützung der Träger und der Beratungsstellen

Dazu zählen:

- Subsidiäre Unterstützung und Förderung der Arbeit der Ortsebene in personeller, fachlicher, konzeptioneller, finanzieller und organisatorischer Hinsicht;
 - Beratung und Hilfestellung bei Einzelfragen;
 - Mitwirkung bei der Einstellung neuer Beraterinnen durch Beteiligung am Bewerbungsverfahren;
- Durchführung von Konferenzen und Fachtagungen für Träger, Beraterinnen und Mitarbeiterinnen;
- Weitergabe aller relevanten Informationen der Landes- und Bundesebene;
- Mitwirkung bei der Überprüfung der Beratungsstellen.

7.2 Fort- und Weiterbildung

Dazu gehören:

- Sicherstellung von Fortbildungs- und Supervisionsangeboten;
- Zusammenarbeit mit relevanten Fortbildungsträgern;
- Durchführung von Arbeitskreisen zu spezifischen Fachfragen;
- Mitwirkung bei Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen im pastoralen und sozialen Dienst.

7.3 Dokumentation und Statistik

- Erstellung des Diözesanberichtes und Auswertung der Statistik.

7.4 Öffentlichkeitsarbeit

³Bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Diözesanebene sind regionale Besonderheiten zu beachten. So gibt es in einigen Regionen neben der Diözesanebene noch eine kirchliche Landesebene, die im Auftrag/in Absprache mit den beteiligten Diözesen bestimmte Koordinations- und Kooperationsfunktionen übernimmt. Umgekehrt verhält sich die Situation, wenn eine Diözese sich über mehrere Bundesländer erstreckt. Hier werden die regionalen Verbände mit bestimmten Aufgaben, die sonst bei der Diözesanebene liegen, betraut. Die vorliegende Beschreibung der Diözesanebene erfasst solche Besonderheiten nicht.

- Diözesane Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützung der örtlichen Öffentlichkeitsarbeit sowie Mitwirkung bei bzw. Durchführung von Aktionen in der Diözese.

7.5 Vertretung, Kooperation und Vernetzung

Das beinhaltet:

- Vertretung der katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen auf Diözesan- und Landesebene;
- Mitarbeit in entsprechenden kirchlichen und staatlichen Gremien;
- konzeptionelle Weiterentwicklung des Beratungsangebotes im Diözesanbereich;
- Weiterentwicklung flankierender Maßnahmen;
- Zusammenarbeit mit der Bistumsleitung;
 - Mitwirkung bei der bischöflichen Anerkennung der Beratungsstellen;
 - Geschäftsführung des/Mitwirkung im Bewilligungsausschuss des "Bischöflichen Hilfsfonds" entsprechend der diözesanen Vorgaben;
- Zusammenarbeit mit dem Deutschen Caritasverband und der Zentrale des Sozialdienst katholischer Frauen.

8. Pastorale Begleitung

8.1 Begründung des Beratungsauftrages

Im Rahmen des Schutzkonzeptes der katholischen Kirche nimmt die Schwangerschaftsberatung eine besondere Stellung ein. Die Beratungssituation fordert die Beraterin daher nicht nur in ihrer psychosozialen Kompetenz und Glaubwürdigkeit, sondern auch in ihrer persönlichen und religiös-kirchlichen Grundhaltung. Darum ist über die Fort- und Weiterbildung hinaus das Angebot einer kontinuierlich pastoralen Begleitung notwendig. Sie wird von der Diözese sichergestellt.

8.2 Ziele und Aufgaben

8.2.1 Die geistliche Begleitung der Beraterinnen

Die Konfrontation der Beraterin mit der Konfliktsituation der Ratsuchenden kann die Beraterin selbst in Gewissensnot und Konflikte führen. Gespräche können in gleichem Maße weiterhelfen wie die vielfältigen Möglichkeiten, die sich durch eine geistliche Begleitung eröffnen.

8.2.2 Auseinandersetzung mit zentralen kirchlichen Lehraussagen

Dazu zählen u.a.:

- Auseinandersetzung mit dem christlichen Menschenbild;
- Reflexion des eigenen Wert- und Glaubenshorizontes;
- Hilfen bei der Wertorientierung und Ermutigung zum ethischen Handeln;
- Hilfen zu einer Spiritualität, die beiträgt, das beraterische Handeln im Kontext des Glaubens und der Kirche zu verstehen.

8.2.3 Unterstützung bei ethischen Fragestellungen

Die Arbeit der Beraterinnen in der Öffentlichkeit wird unterstützt durch :

- Hilfen, um das christliche Verständnis vom Menschenbild und dem daraus resultierenden Beratungsansatz darlegen zu können, z.B. bei Medienkontakten, sonstigen öffentlichen Veranstaltungen sowie in Gesprächen mit Ärzten, Klinikleitungen und Politikern;
- Argumentationshilfen zu Fragen der Bioethik, zu Fragen der Familienplanung, zum Lebensrecht am Anfang und am Ende des Lebens;
- Hilfestellung bei Veranstaltungen.

8.2.4 Vertretung der Inhalte und Zielsetzung katholischer Schwangerschaftsberatung im kirchlichen Umfeld

Dies geschieht in

- pastoralen Gremien;
- Verbänden auf Diözesan- und Pfarrebene gemeinsam mit der Beraterin oder Diözesanreferent(in).

8.3 Voraussetzungen und Qualifikationen

Angesichts der Konfrontation der Beraterinnen mit Grenzfragen des Lebens ist eine Unterstützung in der ethischen Urteilsfindung und Gewissensbildung eine durchgehende Aufgabe der pastoralen Begleitung. Da es sich um einen sehr komplexen Beratungsbereich handelt, werden

auch an die pastorale Begleiterin/den pastoralen Begleiter persönliche und fachliche Anforderungen gestellt.

- Einfühlungsvermögen in die besondere Situation von Frauen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt;
- Sensibilität für die psychische Dynamik in Beratungs- und Entscheidungsprozessen;
- Wahrnehmung gesellschaftlicher und politischer Prozesse in Wertfragen;
- Erfahrung in der geistlichen Begleitung von Menschen sowie in Gruppenführung und Gesprächsleitung;
- Kenntnis der für die Arbeit relevanten kirchlichen Verlautbarungen.

Die Beauftragung für die pastorale Begleitung in der Diözese erfolgt in Absprache mit dem Diözesanbischof.

Neben der Einzelberatung ist die regelmäßige Gruppen-/Teamberatung vorgesehen.

Daneben gibt es die Möglichkeit zu Exerzitien oder Fortbildungen in Absprache mit den Fortbildungsträgern vom Deutschen Caritasverband und Sozialdienst katholischer Frauen.

9. Aufgaben der zentralen Träger

Zentrale Träger (Deutscher Caritasverband und Sozialdienst katholischer Frauen - Zentrale) haben ihre spezifische Verantwortung darin, die Gesamtentwicklung der Beratungsarbeit zu beobachten. Sie tragen dafür Sorge und wirken darauf hin, dass die Schwangerschaftsberatung als qualitätsgesichertes und bedarfsdeckendes Angebot vorgehalten und angemessen weiterentwickelt wird.

Zentrale Träger haben vor allem folgende Aufgaben:

- Sicherung der Qualität des Beratungsdienstes durch die Erarbeitung von entsprechenden Kriterien und Standards;
- Sicherung der Kontinuität der Arbeit;
- Konkretisierung des Auftrages der Beratung und der Beratungsstellenarbeit auf der Grundlage dieser Rahmenkonzeption und der gesetzlichen Vorgaben;
- Sicherstellung entsprechender Fort- und Weiterbildungsangebote;
- Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse, Zusammenarbeit mit Fachleuten relevanter Disziplinen;
- Öffentlichkeitsarbeit leisten und Informations- und Öffentlichkeitsmaterial herausgeben;
- Erheben/Auswerten von statistischem Material; Erstellen von regelmäßigen Berichten, Beobachten/Auswerten von Entwicklungen und Trends in der Arbeit der Beratungsstellen; Rückbindung von Erfahrungen, Ergebnissen und Schlussfolgerungen in die praktische Arbeit der Beratungsstellen sowie in Kirche und Politik;
- laufende Information, Beratung und Begleitung der nachgeordneten Ebenen;
- Sicherstellung eines überdiözesanen Erfahrungs- und Informationsaustausches;
- Behandlung und Klärung von Fragen mit überregionaler Bedeutung und Auswirkung;
- Förderung der Kooperation der Diözesanstellen untereinander wie auch mit den zentralen Trägern.



Herausgegeben von:
Deutscher Caritasverband e.V.
Referat Familien, Frauen und Kinder
Postfach 420, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br. (10/2003)
Lorenz-Werthmann-Haus
Internet: www.caritas.de



Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung

Version 1.5 / 20.09.2007

Deutscher Caritasverband e.V. (Hrsg.)

Not sehen und handeln.
C a r i t a s





A	Grundlagen des Bundes-Rahmenhandbuchs	
1	Ziele und Aufgaben des Bundes-Rahmenhandbuchs	5
2	Fach- und verbandspolitische Grundlagen	5
3	Trägerverantwortung	6
B	Aufbau des Bundes-Rahmenhandbuchs	
1	Aufbau	9
2	Inkrafttreten	9
C	Die Katholische Schwangerschaftsberatung	
1	Anthropologische Grundgedanken	11
2	Theologische und ethische Grundlagen	11
3	Gesetzliche und kirchliche Grundlagen	14
4	Qualitätsverständnis	15
5	Grundprinzipien	15
6	Ziele und Aufgaben der Katholischen Schwangerschaftsberatung	16
D	Qualitätsbereiche	
1	Leitbildorientierung	20
2	Nutzerinnenorientierung	22
3	Mitarbeiterinnenorientierung	24
4	Fachlichkeit	28
5	Datenschutz und Verschwiegenheit	32
6	Erstkontakt	34
7	Beratung	36
8	Gruppenarbeit	40
9	Öffentlichkeitsarbeit	42
10	Kooperation und Vernetzung	44
11	Freiwillige und Ehrenamt	46
12	Dokumentation und Statistik	48
13	Politische Verantwortung	50
14	Qualitätsmanagement	52
15	Wirtschaftliches Handeln	54
E	Perspektiven	57
	ANHANG	
	Glossar	60

Grundlagen des
Bundes-Rahmen-
handbuchs



A

A 1 Ziele und Aufgaben des Bundes-Rahmenhandbuchs

Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement ist für den Deutschen Caritasverband und seine Fachverbände von zentraler Bedeutung. Mit der Entwicklung von Qualitätsleitlinien und Bundes-Rahmenhandbüchern leistet der Deutsche Caritasverband einen Beitrag, die Dienste und Einrichtungen bei der Einführung und Weiterentwicklung in Fragen der Qualität zu unterstützen. Dabei orientieren sich die Qualitätsaktivitäten innerhalb des Gesamtverbandes an den Eckpunkten zur Qualität in der verbandlichen Caritas, die das Leitbild des Deutschen Caritasverbandes und des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF) konkretisieren.

Das Bundes-Rahmenhandbuch für die Katholische Schwangerschaftsberatung hat zum Ziel, die Fachdienste darin zu unterstützen, ihre Beratung, Hilfen und Dienstleistungen:

- fachlich, wertorientiert und professionell anzubieten
- transparent zu gestalten, dauerhaft zu sichern, verlässlich sowie nachhaltig zu entwickeln und kontinuierlich zu verbessern
- sich mit verschiedenen Trägern und Einrichtungen zu vernetzen und Kooperationen anzuregen sowie
- ihre Akzeptanz und Wettbewerbsfähigkeit zu optimieren

Das Bundes-Rahmenhandbuch ist von der Jahrestagung der Diözesanreferentinnen¹ für die Schwangerschaftsberatung und vom Fachbeirat für den innerverbandlichen Konsultationsprozess erarbeitet und vom Deutschen Caritasverband und Sozialdienst katholischer Frauen freigegeben worden. Für das Qualitätsmanagement bildet es den verbindlichen Rahmen, innerhalb dessen die Katholische Schwangerschaftsberatung ihre Beratung, Hilfen und Dienstleistungen anbietet.

Das Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung basiert auf nachfolgenden fachlichen und verbandpolitisch relevanten Dokumenten.

Verbandspolitische Grundlagen

Maßgeblich für die verbandspolitischen Grundlagen sind zum einen die „Eckpunkte für Qualität in der verbandlichen Caritas“ und „Die Qualitätsmanagement-Politik der Freien Wohlfahrtspflege“, verabschiedet vom Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Berlin, 16.11.2004.²

¹ Die weibliche Form wurde gewählt, da dies die Zusammensetzung der Mitarbeitenden und der Kundinnen widerspiegelt. Selbstverständlich sind die männlichen Kollegen und Kunden eingeschlossen, der besseren Lesbarkeit wegen aber nicht extra genannt. Unter dem Begriff der Nutzerin versteht die Katholische Schwangerschaftsberatung alle sozialen Rollen, mit denen Menschen ihre Beratung und Hilfe suchen, z. B. Klientinnen, Kundinnen, Hilfe- und Ratsuchende.

² Beide Dokumente können als PDF-Datei heruntergeladen werden: unter <http://www.caritas.de> – „Unsere Arbeit“ – „Qualitätsmanagement“ – „Dokumente zum Herunterladen“. „Die Qualitätsmanagement-Politik“ ist auch unter <http://www.bagfw-qualitaet.de> zu finden.

A 2 Fach- und verbandspolitische Grundlagen

Rahmenkonzeption der Katholischen Schwangerschaftsberatung³

Die Rahmenkonzeption verfolgt das Ziel, das Leistungsspektrum und die Qualität der Beratung zu sichern. Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist Teil des diakonischen Dienstes der Kirche und versteht sich als Anwältin für das Leben. Sie erbringt Beratung, Hilfen und Dienstleistungen im Kontext von Schwangerschaft. Die Rahmenkonzeption beschreibt die notwendigen personellen, fachlichen, ethischen und finanziellen Ressourcen, die für die Qualität der Beratungsleistungen notwendig sind.

Die Evaluation⁴ der Rahmenkonzeption hat belegt, dass die Rahmenkonzeption sinnvolle Standards für die Praxis setzt und so insbesondere den Ratsuchenden im Ergebnis nutzt. Ausgehend von diesem positiven Ergebnis wurde vom Vorstand des Deutschen Caritasverbandes und vom Zentralvorstand des Sozialdienstes katholischer Frauen der Auftrag erteilt, die Rahmenkonzeption um ein Bundes-Rahmenhandbuch zu ergänzen. In diesem Bundes-Rahmenhandbuch werden Qualitätsstandards in allgemeingültiger Form beschrieben, so dass diese mit möglichst geringem Aufwand – anknüpfend an die Rahmenkonzeption – in einrichtungsindividuelle Qualitätshandbücher umgesetzt werden können.

Auf Grundlage der unter A 2 genannten Dokumente hat der Fachbeirat die 15 Themenfelder aufgegriffen, die für die Katholische Schwangerschaftsberatung von zentraler Bedeutung sind.

A 3 Trägerverantwortung

Der Träger übernimmt mit der Anerkennung der Beratungsstelle durch den Bischof und in Wahrnehmung dieses Aufgabenfeldes seine besondere Verantwortung. Dazu gehört die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der angebotenen Beratungs- und Hilfeleistungen im Fachdienst Katholische Schwangerschaftsberatung. Das Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung formuliert in diesem Zusammenhang übergreifende Qualitätsgrundsätze, deren Verwirklichung in der Kompetenz des Trägers liegt.

Die Träger der Katholischen Schwangerschaftsberatung verpflichten sich:

- Beratung, Hilfen und Dienstleistungen sowie bewusstseinsbildende Maßnahmen entsprechend der formulierten Qualitätsanforderungen der Qualitätsbereiche verlässlich anzubieten,
- die entsprechenden notwendigen strukturellen, sachlichen, finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen,
- die notwendigen Prozesse der Qualitätsentwicklung auf der Grundlage dieses Bundes-Rahmenhandbuches zu initiieren und zu begleiten.

Im Einzelfall ist zu prüfen, in welchem Umfang dies ein Träger leisten kann. Je nach Bedarf kann ein Träger gegebenenfalls mit anderen Trägern oder übergeordneten Trägern kooperieren (Trägerverbund).

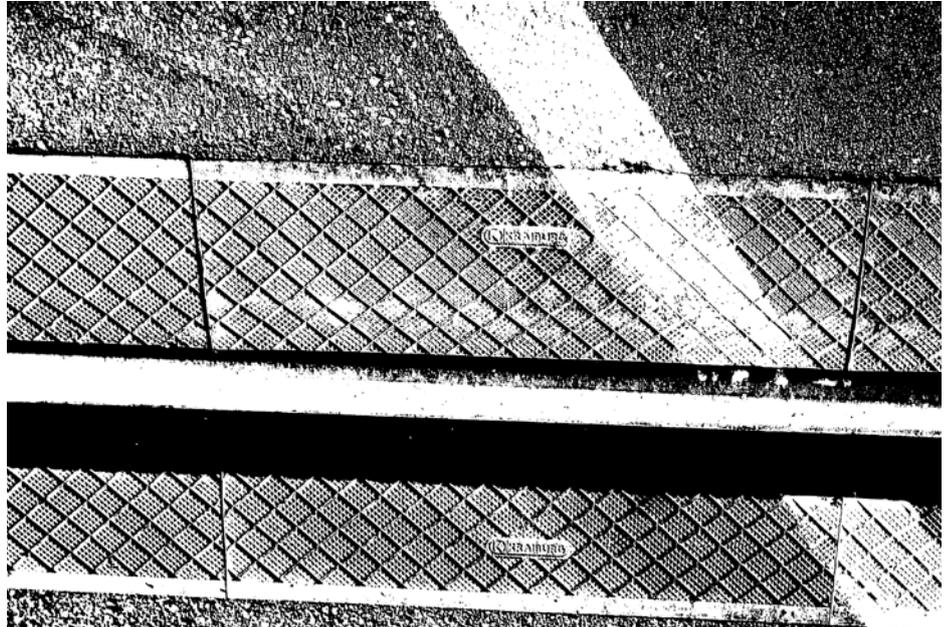
³ Deutscher Caritasverband e.V. (Hg.), Ja zum Leben. Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen, Freiburg 2000.

⁴ Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (Hg.), Evaluation der Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen. Verbandliche Bewertung, Freiburg/Dortmund 2005.

Die Träger der Katholischen Schwangerschaftsberatung vertreten die Interessen von (ungeborenen) Kindern, Frauen, Männern und Familien in Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit. Sie kooperieren und schaffen Netzwerke, um qualifizierte Beratung, Hilfen und Dienstleistungen verlässlich anbieten zu können.

Sie stellen zudem sicher, dass fachlich und wissenschaftlich abgesicherte sowie innovative Methoden angewendet werden. In der Qualifizierung ihrer hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen durch Fortbildung, Supervision und pastorale Begleitung sehen sie eine zukunftsweisende Aufgabe.

Verbindlichkeit vor Ort in den Organisationen, Diensten und Einrichtungen der Katholischen Schwangerschaftsberatung erlangen sie durch die Inkraftsetzung durch den jeweiligen Träger. Die Träger stellen sicher, dass die im Bundes-Rahmenhandbuch formulierten Qualitätsgrundsätze gemäß der kirchlichen und gesetzlichen Grundlagen umgesetzt werden. Dies erfordert u. a., dass eine verantwortliche Leitung benannt ist, beziehungsweise dass der Träger eine Verantwortliche zur Wahrnehmung von Führungsaufgaben innerhalb einer Beratungsstelle benennt. Er gewährleistet entsprechende Führungs- und Leitungsstrukturen und stellt den entsprechenden Organisationsaufbau sicher.



Aufbau des Bundes- Rahmenhandbuches



B

B 1

Aufbau

Ausgehend von den im vorangegangenen Kapitel genannten normativen Grundlagen gliedert sich das Bundes-Rahmenhandbuch nach 15 Qualitätsbereichen, die in drei Schritten ausformuliert werden: Auf eine Qualitätsaussage folgen daraus abgeleitete Qualitätsanforderungen, die wiederum anhand von Praxisindikatoren konkretisiert werden. Die Praxisindikatoren sind mess- und überprüfbare Kenngrößen, deren Anwendung und Umsetzung eine qualitativ hochwertige Beratungs- und Hilfeleistung sicherstellen soll.

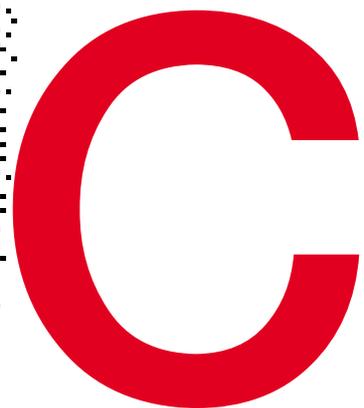
B 2

Inkrafttreten

Die Festlegung der Zuständigkeiten für die Erstellung, Prüfung sowie Herausgabe des Bundes-Rahmenhandbuch für die Katholische Schwangerschaftsberatung liegt in der Zuständigkeit der Diözesanreferentinnen-Konferenz. Verantwortlich für die Erstellung, Überarbeitung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Bundes-Rahmenhandbuchs ist der Arbeitsbereich Schwangerschaftsberatung und die Arbeitsstelle Qualitätsmanagement/Qualitätspolitik im Deutschen Caritasverband. Das aus dem Bundes-Rahmenhandbuch entwickelte einrichtungsspezifische QM-Handbuch wird hinsichtlich seiner Umsetzung und Wirkung durch die Träger regelmäßig überprüft.

Das vorliegende Bundes-Rahmenhandbuch wurde in einem verbandweiten Konsultationsverfahren diskutiert und bewertet. Die Diözesan-Caritasverbände und der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF) sind um Zustimmung gebeten worden. 23 Diözesan-Caritasverbände und der SkF haben ihre Zustimmung erteilt (teilweise mit Kommentaren). Der Vorstand des Deutschen Caritasverbandes hat das Bundes-Rahmenhandbuch beraten und den Generalsekretär mit der Freigabe beauftragt. Diese erfolgte am 21. April 2008. Es erlangt Verbindlichkeit durch die Inkraftsetzung durch den jeweiligen Träger vor Ort.

Die Katholische
Schwangerschafts-
beratung



C 1 Anthropologische Grundgedanken

Schwangerschaft und Geburt stellen einzigartige und unwiderrufliche Erfahrungen im menschlichen Leben dar, die die unterschiedlichsten Gefühle und Konflikte auslösen können. Die Nähe und Präsenz von neuem Leben und gleichzeitigen Risiken wie Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod können zu Ängsten und großen Unsicherheiten führen. Dies ist eine Erfahrung, die sich dem Machbaren und der letzten Kontrolle der Einzelnen entzieht.

Ebenso existentiell ist die Erfahrung der wechselseitigen sozialen Angewiesenheit des menschlichen Daseins. Kein Mensch ist in der Lage, in völliger Unabhängigkeit von anderen zu leben. Unsere soziale Existenz ist abhängig von ökonomischen und politischen Verhältnissen, aber auch von physischen und psychischen Faktoren wie Gesundheit, Behinderungen und Alter.

In der Einheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft verwirklicht sich die unmittelbarste „soziale Beziehung“. Sie bedingt eine untrennbare existentielle Abhängigkeit und Bezogenheit. Die Bedürftigkeit eines Kindes wirkt sich radikal auf die Mutter aus. Die Beziehung von Mutter und Kind beschreibt somit die dichteste Form sozialer Wirklichkeit. Daraus erwächst eine neue Sensibilität und Verantwortlichkeit für Leben und Welt.

Die existentielle Phase von Schwangerschaft und Geburt und die daraus erwachsenden lebenslang andauernden Konsequenzen erfordern daher spezifische schützende, fördernde und sorgende Lebensbedingungen für Mutter, Kind und Familie.

C 2 Theologische und ethische Grundlagen

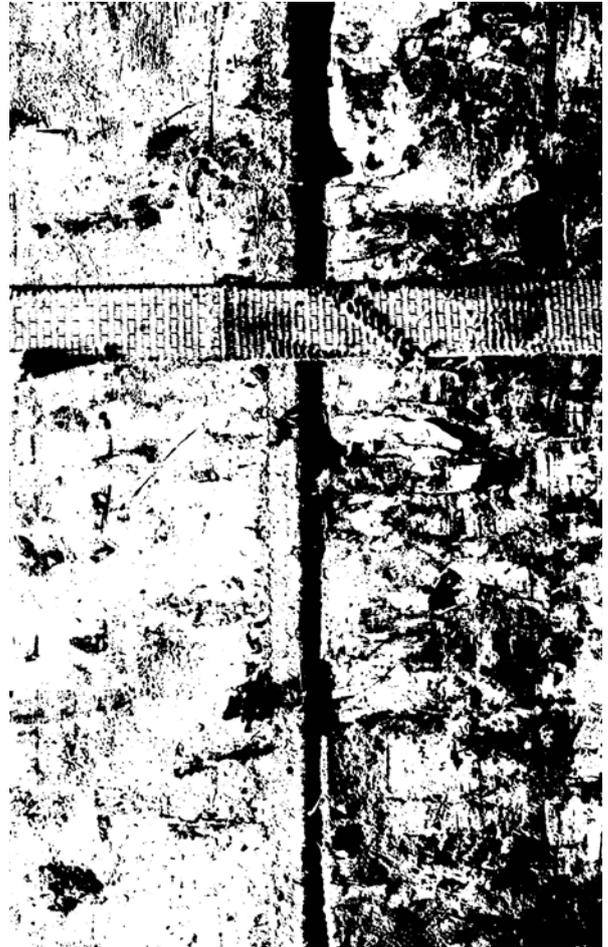
Zusammen mit Liturgie und Verkündigung ist die Diakonie eine Grundfunktion der Kirche. Papst Benedikt XVI. hebt in seiner ersten Enzyklika „Deus Caritas est“⁵ hervor: „Die Kirche kann den Liebedienst so wenig ausfallen lassen wie Sakrament und Wort“ (Nr. 22). Verantwortlich für die Diakonie bzw. Caritas ist die gesamte Kirche. „Die in der Gottesliebe verankerte Nächstenliebe ist zunächst ein Auftrag an jeden einzelnen Gläubigen, aber sie ist ebenfalls ein Auftrag an die gesamte kirchliche Gemeinschaft“ (Nr. 20). Die Caritas der Kirche braucht Organisation, weil die „Liebe auch der Organisation als Voraussetzung für geordnetes gemeinschaftliches Dienen bedarf“ (Nr. 20).

Eine Organisationsform der Caritas der Kirche ist die verbandliche Caritas mit ihren Einrichtungen und Diensten. Die Verbände, Einrichtungen und Dienste der Caritas und damit ihre ehrenamtlich/freiwillig und beruflich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwirklichen die caritative Funktion und Sendung der Kirche. „Insofern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter [...] beim Caritasverband tätig sind, stehen sie im Auftrage der Kirche, im Auftrage des Bischofs; sie nehmen Teil an seiner Verantwortung, dass die Caritas der Kirche wirksam getan werden kann zum Wohl und Heile der Menschen.“⁶

Auftrag und Sendung der verbandlichen Caritas und ihrer Dienste und Einrichtungen

5 Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Enzyklika DEUS CARITAS EST von Papst Benedikt XVI. an die Bischöfe, an die Priester und Diakone, an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die christliche Liebe, Bonn 2006, (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 171), www.dbk.de.

6 Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Caritas als Lebensvollzug der Kirche und als verbandliches Engagement in Kirche und Gesellschaft, Bonn 1999, S. 26.



Die verbandliche Caritas versteht sich als Anwalt und Partner für Benachteiligte, als Dienstleister für Menschen in Not sowie als Solidaritätsstifter in der Gesellschaft.⁷ Diese Funktionen verwirklichen die Verbände mit ihren Einrichtungen und Diensten vor Ort in Kooperation mit den Gemeinden, weiteren kirchlichen Akteuren und anderen Partnern im Sozialraum. In ihrem anwaltschaftlichen Engagement setzt sich die Caritas in ihrer nationalen und internationalen Arbeit für die Rechte von benachteiligten Menschen ein und engagiert sich für soziale Gerechtigkeit. Als zivilgesellschaftlicher Akteur fördert sie das ehrenamtlich/freiwillige Engagement und tritt für die Solidarität in der Gesellschaft und weltweit ein.

Die verbandliche Caritas mit ihren Einrichtungen und Diensten gibt Zeugnis von der Liebe Jesu Christi. Orientierung für die Dienste und Einrichtungen und ihre Leitung, die Träger und die Mitarbeitenden ist die biblische Botschaft. Sie bilden ein Stück „Kirche mitten unter den Menschen“. Basis der verbandlichen Caritas sind die Kriterien der katholischen Soziallehre, die u. a. das Personwohl bzw. die Menschenwürde, Solidarität, Subsidiarität, Gerechtigkeit, Anwaltschaftlichkeit und Nachhaltigkeit umfassen. Diese Kriterien bilden eine zentrale Basis für das Leitbild des Deutschen Caritasverbandes. In der konkreten Begegnung, im Dienst am Menschen und im anwaltschaftlichen Einsatz, realisiert die Caritas ihren kirchlichen Auftrag. Der Dienst am Menschen ist in diesem Sinne missionarisch, indem durch die Art und Weise der Zuwendung, des Respekts und der Beachtung der Autonomie und selbstbestimmten Teilhabe der Hilfesuchenden ein Stück der Zuwendung Gottes durch Menschen sichtbar werden kann. Die Orien-

⁷ Vgl. Deutscher Caritasverband, Leitbild des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg 1997, S. 7–8.

tierung an den Bedürfnissen der Klienten(innen) und ihrer Selbstbestimmung sowie bedarfsgerechte und fachlich hohe qualitative Dienstleistungen sind Auftrag und Maßstab für die verbandliche Caritas. Einrichtungen und Dienste der Caritas zeichnen sich auch dadurch aus, dass Dienstgeber und Dienstnehmer eine Dienstgemeinschaft bilden. Führung, Träger und alle ehrenamtlich/freiwillig und beruflichen tätigen Mitarbeitenden handeln aus einem gemeinsamen kirchlichen und sozialen Auftrag. Diese Dienstgemeinschaft wird dann lebendig, wenn sie von gegenseitigem Respekt, Partizipation, Transparenz und dem gemeinsamen Auftrag getragen ist.

Der Schutz des menschlichen Lebens von seinem Beginn bis zu seinem Ende ist ein Gebot Gottes, der jeden Menschen in seiner Einzigartigkeit, seiner unantastbaren und unverfügbaren Würde sowie seiner Freiheit, sein Leben eigenverantwortlich nach seinem Gewissen zu gestalten, geschaffen hat. Begründet ist dies in dem Glauben, dass der Mensch als Ebenbild Gottes geschaffen ist.⁸

Das menschliche Leben stellt von der Empfängnis bis zum Tod eine Einheit dar und ist Geschenk Gottes.

Schwangerschaftsberatung als Auftrag der Kirche

Auf dieser Grundlage leistet die katholische Kirche Beratung und Hilfe für Frauen, Männer und Familien in Schwangerschaftsfragen und Schwangerschaftskonflikten. Diese Arbeit gehört zum Selbstverständnis und zum Eigenauftrag der katholischen Kirche. Danach hat die katholische Kirche die vorrangige Aufgabe, das Evangelium Jesu Christi – seine Botschaft und sein Handeln - in der Welt von heute zu verkündigen und zu leben. Das fordert nach den Grundsätzen der katholischen Soziallehre ihre unbedingte Solidarität mit den Armen und Schwachen und ihren konsequenten Einsatz für den Dienst am Nächsten, der umso notwendiger ist, je weniger sich dieser selbst zu helfen weiß.⁹

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist Teil dieses diakonischen Dienstes der Kirche und trägt dazu bei, dass sich die Kirche aus ihrer Sendung heraus umfassend als Anwältin des Lebens sowohl des ungeborenen Kindes als auch des Lebens der Mutter erweist. Sie bietet Beratung und Hilfe in Krisen- und Konfliktsituationen, die in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, an und nimmt im staatlichen gesetzlichen Rahmen (SchKG vom 21.08.1995) ihre öffentliche Verantwortung wahr und führt die Beratungstätigkeit durch.¹⁰

Durch ihr Eintreten für den Lebensschutz auf der Grundlage der katholischen Ethik legt sie ein öffentliches Bekenntnis in der Gesellschaft ab. In diesem Sinne leistet die Katholische Schwangerschaftsberatung Hilfe für Rat suchende Frauen, Männer und Familien und wirkt zugleich mit an der Umsetzung des Heilsauftrags der Kirche in der Welt.

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist eine fachlich qualifizierte Hilfe, die Rat suchende zur Selbsthilfe und zur Wahrnehmung ihrer Verantwortung für das ungeborene Kind befähigen und damit die Chance für das Leben von Mutter/Eltern und Kind verbessern will. Sie achtet und schützt die Würde der Frau und das Leben des Kindes. Als Dienst der Kirche vertraut sie darauf, dass die Heilzusage Gottes auch in gebrochenen Verhältnissen trägt. Kirchliche Beratung kann der Frau/den Eltern die Entscheidung nicht abnehmen, kann aber helfen, ihre Ängste und Sorgen, ihre Abhängigkeiten zu überwinden, mit ihr/ihnen Lebensperspektiven für sich und das Kind zu entwickeln und, soweit möglich, den nötigen Einsatz für das Leben des Kindes als

⁸ Vgl. Gen 1,26-28.

⁹ Vgl. Mt 25,31-46.

¹⁰ Vgl. Bischöfliche Richtlinien für Katholische Schwangerschaftsberatung, September 2000.

Auftrag Gottes zu erkennen. So kann eine verantwortliche Entscheidung für das Kind reifen, die aus persönlicher Einsicht erwächst und auch bei künftigen Schwierigkeiten tragfähig bleibt.¹¹

Diese ethisch-theologischen Grundlagen sind maßgeblich für alle Ebenen der Katholischen Schwangerschaftsberatung und sind in der Beschreibung der jeweiligen Qualitätsbereiche zu konkretisieren.

C 3 Gesetzliche und kirchliche Grundlagen

Die Katholische Schwangerschaftsberatung arbeitet auf der Basis folgender gesetzlicher, kirchlicher und verbandlicher Grundlagen:

- Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG), geändert durch Art. 1 des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) vom 21. August 1995
- Bischöfliche Richtlinien für die Katholische Schwangerschaftsberatung (September 2000, in Kraft getreten am 1. Januar 2001)
- Ja zum Leben. Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen (Oktober 2000)
- Eckpunkte zur Neuorientierung der Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen des Sozialdienst katholischer Frauen e.V., verabschiedet vom Zentralrat des SkF am 31. März 2000

Im Zuge der Strafrechtsreform Anfang der 70er Jahre in der alten Bundesrepublik entwickelte sich ein Lebensschutzkonzept, das auf zwei Säulen basiert: der Gestaltung einer lebensfördernden Umwelt und dem Rechtsanspruch auf individuelle Beratung mit der Zielorientierung auf den Schutz des ungeborenen Lebens hin.

Dieses Lebensschutzkonzept findet seinen Niederschlag sowohl in den gesetzlichen als auch in den kirchlichen Grundlagen der Katholischen Schwangerschaftsberatung. Dabei sind die Leitsätze des Bundesverfassungsgerichts¹² zum Urteil vom 28. Mai 1993 maßgeblich. Gesetzliche Grundlage für die allgemeine Schwangerschaftsberatung ist § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Die Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt hat ihre Grundlagen in den §§ 5 und 6 SchKG, den Bischöflichen Richtlinien für Katholische Schwangerschaftsberatung § 1 Abs. 2 und in der Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen 3.2.

In diesen kirchlichen Grundlagen finden die beschriebenen ethisch-theologischen Grundlagen ihre Fortführung. Sie sind neu erarbeitet worden, nachdem nach einem jahrelangen Prozess des Ringens um den kirchlichen Beratungsdienst im Rahmen der staatlichen Gesetze die deutschen Bischöfe entschieden hatten, in Zusammenhang mit Beratungen im existentiellen Schwangerschaftskonflikt keine Beratungsbescheinigungen (gemäß § 7 SchKG), die eine der Voraussetzungen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch sind, auszustellen.

11 Vgl. Gott ist ein Freund des Lebens – Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Trier 1989, S. 70.

12 Leitsätze des Urteils des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichtes vom 28.05.1993 (2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92 und 2 BvF 5/92).

C 4 Qualitätsverständnis

Im Mittelpunkt des Qualitätsverständnisses der Katholischen Schwangerschaftsberatung stehen Nutzerinnen und deren Bedürfnisse, Wünsche und Interessen. Für die Schwangerschaftsberatung ist die Qualität der angebotenen Beratungen, Hilfen und Dienstleistungen ein wesentliches Ergebnis der Zusammenarbeit und der Aushandlung zwischen den professionellen Beraterinnen und den Nutzerinnen sowie der Fachlichkeit und der Rahmenbedingungen.

Qualität im Sinne der verbandlichen Caritas stellt die Güte und die Beziehungsdimension einer Dienstleistung in den Vordergrund. Gelingende Beziehungen und Begegnungen setzen wechselseitige Anerkennung voraus. Qualität in der Caritas ist daher geprägt von Partnerschaftlichkeit, Dialogorientierung, Dienstleistungsorientierung, Nutzerinnenorientierung, Partizipation und der Hilfe zur Selbsthilfe. Sie ist grundsätzlich mehrdimensional und umfasst die theologisch-ethische, fachliche, ökonomische und ökologische Dimension.

Die Qualität der Katholischen Schwangerschaftsberatung muss sich daran messen lassen, inwieweit ihre Beratung, Hilfen und Dienstleistungen zum Lebensschutz beitragen, bewusstseinsbildend wirken, den Nutzerinnen eine Alltags- und Problembewältigung ermöglichen sowie deren Selbsthilfekräfte stärken.

C 5 Grundprinzipien

Die Katholische Schwangerschaftsberatung berücksichtigt in ihren Angeboten und Dienstleistungen nachfolgende Grundprinzipien:

Perspektivenvielfalt

Die Katholische Schwangerschaftsberatung bezieht für die Lösungen von Krisen, Konflikten und Problemen die unterschiedlichen möglichen Sichtweisen der Realitäten mit ein. Erst durch die Wahrnehmung des Zusammenwirkens der vielfältigen Faktoren können die darin liegenden Ressourcen genutzt werden.

Präventive Ausrichtung

Die Katholische Schwangerschaftsberatung analysiert Entstehungsfaktoren für Krisen- und Notlagen. Sie entwickelt angemessene Strategien, um deren Entstehung zu verhindern. Durch das frühzeitige Erkennen von Problemlagen und durch aufeinander abgestimmte umfassende Interventionen wirkt sie in die Zukunft hinein.

Nachhaltigkeit

Die Katholische Schwangerschaftsberatung gestaltet ihre Maßnahmen nachhaltig. Dadurch nimmt sie ihre Verantwortung gegenüber den unterschiedlichen Anspruchsgruppen und den eingesetzten Ressourcen wahr.

Datenschutz

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist bei ihren Dienst-, Beratungs- und Hilfeleistungen dem Prinzip der Verschwiegenheit verpflichtet. Sie geht vertraulich und sorgsam mit den ihr anvertrauten Informationen und Daten um. Der Schutz der Daten ist zudem Ausdruck ihrer Wertschätzung und Achtung gegenüber den Frauen, Männern, Paaren und Familien.

C 6 Ziele und Aufgaben der Katholischen Schwangerschaftsberatung

Genderorientierung/Geschlechtergerechtigkeit

Die Katholische Schwangerschaftsberatung arbeitet thematisch an einem Kristallisationspunkt der Geschlechterdifferenz. Die Personalunion (Einheit in Zweierheit) von Frau und Kind in der Schwangerschaft kennzeichnet einen unaufhebbarer Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dieser wird auch in den Möglichkeiten und Grenzen der Rollen von Mutter und Vater während der Schwangerschaft sichtbar. In diesem Sinne sind Frauen und Männer wechselseitig aufeinander bezogen und voneinander abhängig. Diese natürliche Abhängigkeit und Bezogenheit ist gerecht zu gestalten. Es ist Aufgabe der Schwangerschaftsberatung, darauf hinzuwirken, dass beide Geschlechter im öffentlichen wie privaten Leben ihre Kompetenzen einbringen und das Leben gestalten können. Dies beinhaltet, soziale und kulturelle Rollenfixierungen abzubauen und zur Gleichberechtigung und Chancengleichheit der Geschlechter beizutragen.

Interkultureller Ansatz

Die Katholische Schwangerschaftsberatung wendet sich an alle Menschen – unabhängig von ethnischer, kultureller, religiöser und konfessioneller Herkunft. Die Katholische Schwangerschaftsberatung leistet durch ihr Integrationsengagement einen Beitrag zum gesamtgesellschaftlichen Lernprozess. Integration meint Teilhabe an der Gesellschaft und somit wachsende Partizipation an den gesellschaftlichen Gütern und an der Gestaltung des Gemeinwesens. Sie postuliert ein Recht aller Menschen auf wirtschaftliche, kulturelle, politische und gesellschaftliche Beteiligung.¹³

Alle Aufgaben des Fachdienstes Katholische Schwangerschaftsberatung leiten sich aus der ethisch-theologischen Grundauffassung ab und finden ihre Entsprechung in den kirchlichen, gesetzlichen, verbandlichen und fachlichen Grundlagen.

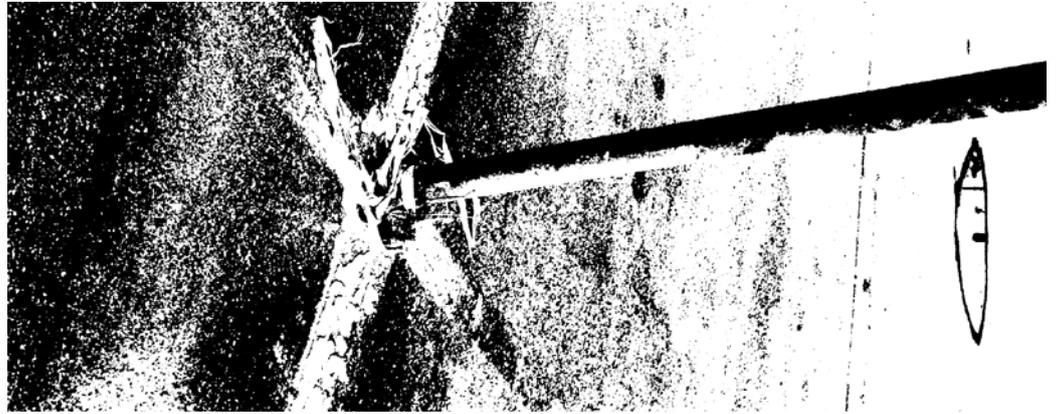
Übergeordnetes Ziel ist der Schutz des Lebens in allen Phasen der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes. Durch die Unterstützung von Frauen, Männern und Familien und Maßnahmen der Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit soll dieses Ziel erreicht werden. Das Thema Leben mit den Aspekten Fruchtbarkeit, Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Verlust des Kindes oder Gestaltung der Lebensbedingungen mit Kindern (bis zum dritten Lebensjahr) zieht sich durch die Arbeitsgebiete.

Alle in diesem Zusammenhang auftretenden Fragestellungen und Problemlagen sind Gegenstand des Auftrages und kennzeichnen das ganzheitliche und umfassende Beratungskonzept. Sie werden präventiv und nachgehend bearbeitet.

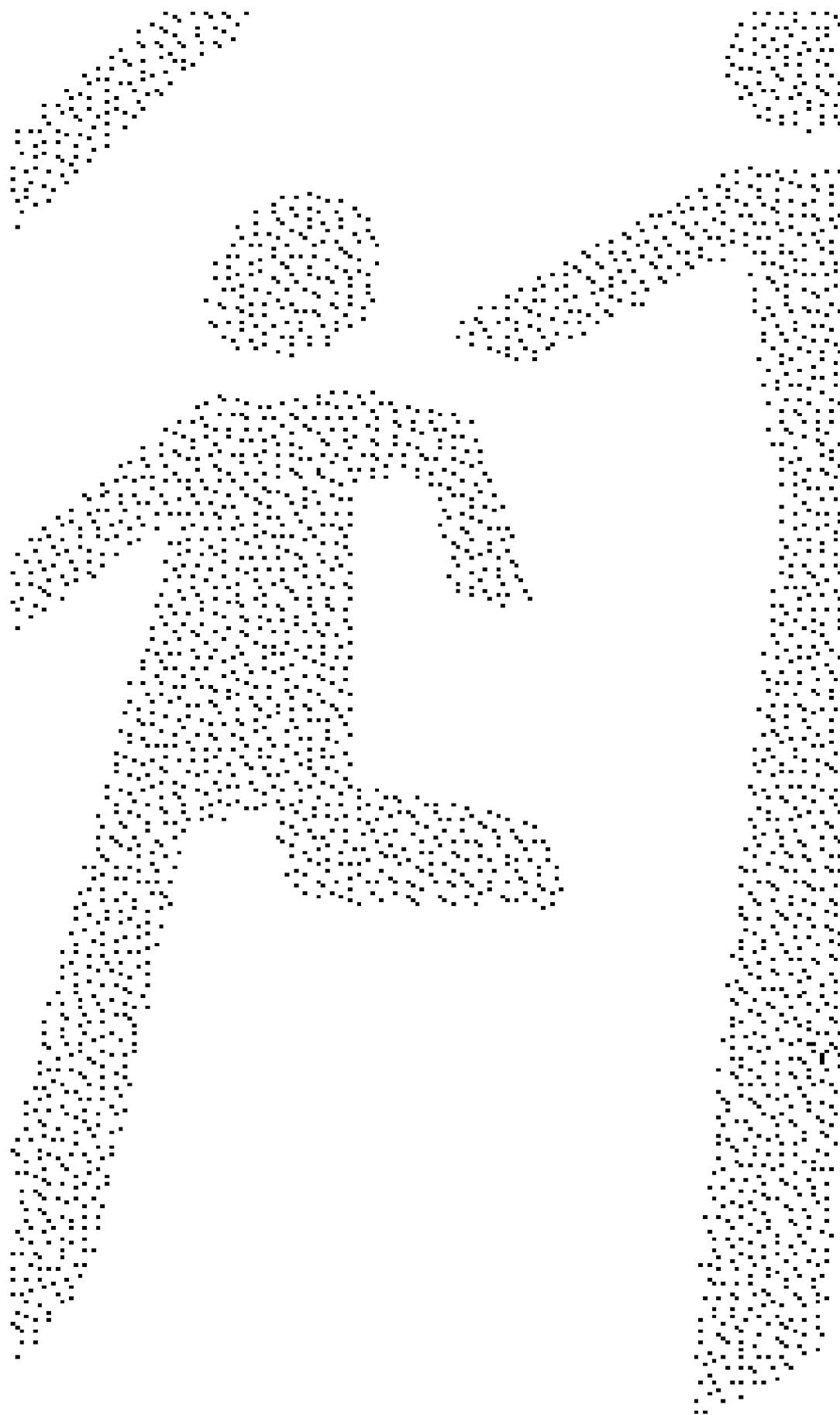
Die Katholische Schwangerschaftsberatung informiert, berät und unterstützt Frauen, Männer, Familien in Einzelfallberatung und Gruppenarbeit:

- in einer Not- und Konfliktlage während der Schwangerschaft, im existentiellen Schwangerschaftskonflikt und nach der Geburt des Kindes
- bei Fragen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft unter Berücksichtigung von besonderen Lebenssituationen (beispielsweise Erkrankung der Schwangeren, Gewalterfahrungen, Frühgeburt, Adoption)
- bei der Vorbereitung auf die neue Lebenssituation mit dem Kind
- vor, während und nach pränataler Diagnostik
- bei einer möglichen oder festgestellten Behinderung des Kindes

¹³ Vgl. Integration fördern – Zusammenleben gestalten. Wort der deutschen Bischöfe zur Integration von Migranten, Die deutschen Bischöfe 77, Bonn 2004.



- bei Verlust durch Fehl- oder Totgeburt, nach frühem Kindstod
- nach Schwangerschaftsabbruch
- zu Fruchtbarkeit, Sexualität, Familienplanung und Empfängnisregelung
- bei ungewollter Kinderlosigkeit
- über gesetzliche Ansprüche (beispielsweise familienfördernde Leistungen einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben)
- Beratung und Begleitung nach der Geburt des Kindes
- durch sexualpädagogische Arbeit
- über Angebote für Alleinerziehende, Familien, Kinder
- bei der Erschließung finanzieller Unterstützung
- bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt
- im Umgang mit Behörden und bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen





D



D 1 Leitbildorientierung

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung richtet ihr Handeln am Träger- oder Einrichtungsleitbild aus, welches sich am Leitbild des Deutschen Caritasverbandes und des Sozialdienstes katholischer Frauen orientiert.

Praxisindikatoren zu 1:

Das Leitbild des Trägers der Katholischen Schwangerschaftsberatung macht Aussagen zu mindestens folgenden Aspekten:

- Zielen
- Handlungsfeldern
- Aufgaben
- ethisch-theologischen Grundlagen
- Organisation
- Mitarbeiterinnen
- ehrenamtliche/freiwillige Mitarbeiterinnen

Praxisindikatoren zu 2:

Der Träger der Katholischen Schwangerschaftsberatung stellt sicher, dass:

- das Leitbild gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen erstellt/bearbeitet wurde
- das Leitbild allen Mitarbeiterinnen bekannt ist
- Interessens- und Kooperationspartnerinnen bekannt ist
- Konzepte und Leitbild aufeinander abgestimmt sind
- die Aussagen des Leitbildes in der täglichen Arbeit berücksichtigt werden
- die Inhalte des Leitbildes im Umgang mit Nutzerinnen, Mitarbeiterinnen und Führungs-/Leitungskräften zum Ausdruck kommen/erlebbar sind.

Qualitätsanforderung 1:

Das Leitbild der Katholischen Schwangerschaftsberatung vermittelt den Mitarbeiterinnen, Nutzerinnen, Interessens- und Kooperationspartnerinnen und der Öffentlichkeit die für das Handeln maßgeblichen Grundlagen und Werte.

Qualitätsanforderung 2:

Das Leitbild wurde unter Beteiligung der Mitarbeiterinnen erstellt und ist allgemein bekannt. Die Konzepte und einrichtungsinternen Dokumente sind an ihm ausgerichtet und im täglichen Handeln der Führungskräfte und Mitarbeiterinnen erfahrbar.



D 2 Nutzerinnenorientierung

Allgemeine Qualitätsaussage

Bei der Katholischen Schwangerschaftsberatung steht die Nutzerin mit ihren Bedürfnissen, Interessen und ihrer Lebenslage im Mittelpunkt des Handelns. Ziel des professionellen Handelns ist es, Dienstleistungen anzubieten, die eigenverantwortliche Entscheidungsfindung unterstützen und auf die Erfordernisse der Nutzerinnen zugeschnitten sind. Das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe ist Arbeitsgrundlage. Mit niederschweligen Angeboten soll sichergestellt werden, möglichst viele potenzielle Nutzerinnen anzusprechen und einen einfachen und unkomplizierten Zugang zu den Dienstleistungen zu ermöglichen.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- ermittelt den Bedarf der Nutzerinnen an Angeboten der Beratung und Hilfe
- entwickelt davon ausgehend – in Abstimmung mit den Zielen und Aufgaben der Katholischen Schwangerschaftsberatung – neue Angebote
- berücksichtigt die Erfordernisse der Genderorientierung und Geschlechtergerechtigkeit
- klärt die Rahmenbedingungen (Gesetze, Verordnungen, Finanzen, Fachlichkeit) und berücksichtigt die gesellschaftlichen Entwicklungen
- greift Trends und Entwicklungen im Arbeitsfeld auf
- macht pastorale Angebote

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- bietet ihre Dienstleistungen unabhängig von Geschlecht/Gender, Alter, Ethnie, Nationalität, Religion und Konfession, Kultur, Weltanschauung, Bildung und finanziellem Status an
- berücksichtigt diese Aspekte bei der Gestaltung ihrer Angebote und Dienstleistungen
- berücksichtigt diese Aspekte bei der Wahl und Gestaltung ihrer Kommunikationsmedien
- hat regelmäßige und nutzerinnenfreundliche Beratungs- und Öffnungszeiten
- bietet Sprechstunden nach Vereinbarung an
- stellt die Einhaltung des Datenschutzes und der Vertraulichkeit sicher
- ist als Fachdienst Katholische Schwangerschaftsberatung ausgewiesen

Praxisindikatoren zu 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung oder ihr Träger achten bei der baulichen Gestaltung der Räumlichkeiten darauf, dass:

- ein Zugang mit Kinderwagen und/oder Rollstuhl möglich ist
- es Abstellmöglichkeiten für Kinderwagen und/oder Rollstühle gibt
- eine behindertengerechte Toilette mit Wickelmöglichkeit für Kleinkinder vorhanden ist
- Türen, elektrische und sanitäre Installationen von Rollstuhlfahrerinnen bedient werden können
- Verletzungsgefahren minimiert sind

Qualitätsanforderung 1:

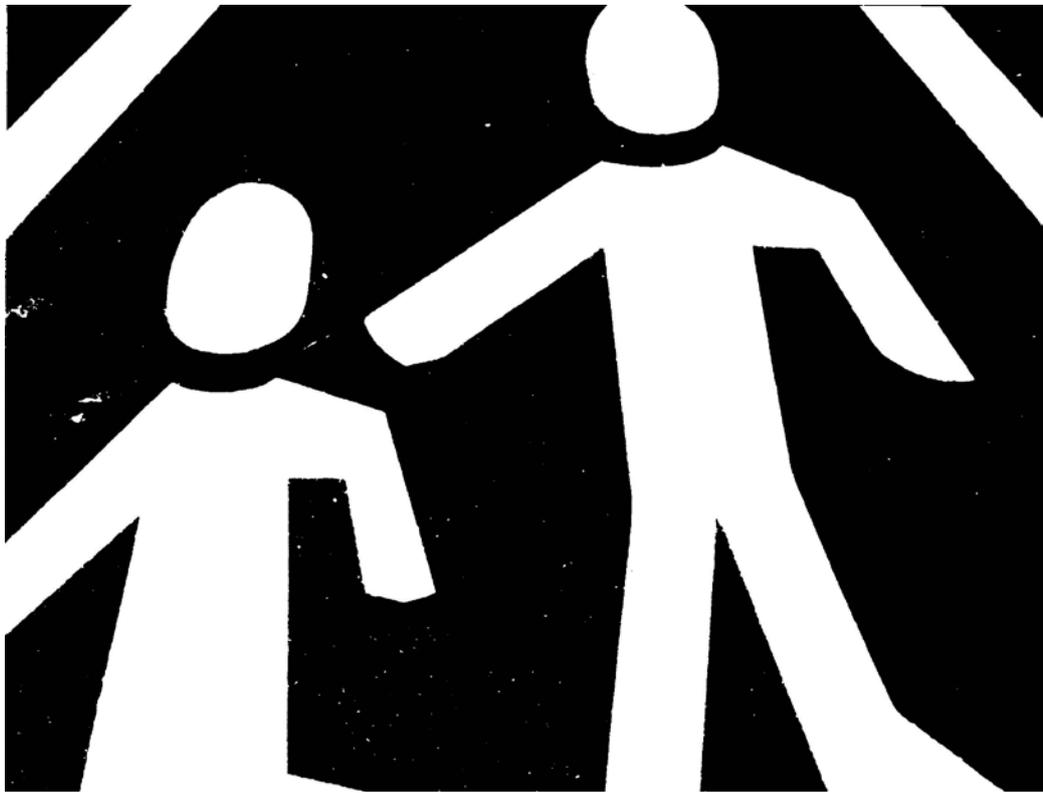
Die Katholische Schwangerschaftsberatung orientiert ihre Beratungs-, Hilfe-, und Dienstleistungen an den unterschiedlichen Bedürfnissen, Interessen und Lebenslagen ihrer Nutzerinnen.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung bietet einen niederschweligen Zugang zu ihrer Beratung, ihren Hilfen und Dienstleistungen.

Qualitätsanforderung 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ist räumlich so untergebracht, dass ein sicherer und barrierefreier Zugang möglich ist.



D 3 Mitarbeiterinnenorientierung

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Qualifikation, Kompetenz und Motivation der Mitarbeiterinnen sind zentrale Einflussgrößen auf die Arbeit und das Arbeitsergebnis der Katholischen Schwangerschaftsberatung. Durch ein Konzept der Personalentwicklung, das die gegenwärtigen und zukunftsweisenden betrieblichen, fachlichen und wertorientierten Anforderungen sowie die persönlichen und spirituellen Interessen berücksichtigt, wird dem Rechnung getragen. Einen besonderen Stellenwert nehmen ein: Fort- und Weiterbildung, Supervision sowie spirituelle, pastorale und wertorientierten Angebote.

Wesentlich für ein Gelingen der Arbeit und die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen sind klare Strukturen, transparente Informationswege und ein Konferenzsystem.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- verfügt über eine schriftliche oder graphische Darstellung der Aufbauorganisation (Organigramm), das die verschiedenen Ebenen, Funktionsbereiche, Stabsstellen und Beauftragungen ausweist
- verfügt über einen Stellenplan
- verfügt über Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen, aus denen die Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Ressourcen klar hervorgehen
- führt regelmäßig strukturierte Mitarbeiterinnengespräche durch (Festlegung Gesprächsinhalte, Rahmenbedingungen, Dokumentation/Protokollierung, Verschwiegenheit, bei Bedarf Hinzuziehung einer neutralen Person)

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- verfügt über eine Übersicht aller geplanten und strukturierten Gespräche zum Informationsaustausch zwischen Leitung und Mitarbeiterinnen und den Mitarbeiterinnen untereinander (z. B. Teams)
- verfügt über eine Übersicht aller geplanten und strukturierten Gespräche zum Informationsaustausch zwischen fachdienst- und trägerübergreifenden Arbeitskreisen und Gremien
- sorgt für die Dokumentation des Informationsaustausches
- legt gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen die Tagesordnung für die Besprechungen fest
- legt fest, wie Informationen an Mitarbeiterinnen weitergeleitet werden, die nicht an der Besprechung teilnehmen konnten
- regelt den Informationstransfer auf und zwischen den Ebenen hinsichtlich des Umgangs mit unabhängig von Besprechungen eingehenden Informationen (Mails, Rundschreiben usw.)

Praxisindikatoren zu 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- arbeitet neue Mitarbeiterinnen umfassend ein
- erfasst während der Einarbeitungsphase und danach regelmäßig den Schulungs-, Weiterbildungs- oder Fortbildungsbedarf der Mitarbeiterin, plant mit ihr die erforderlichen Maßnahmen und veranlasst die Durchführung
- bietet pastorale Begleitung an
- berücksichtigt und fördert Genderkompetenzen in der Personalarbeit
- stellt Supervision sicher

Qualitätsanforderung 1:

In der Katholischen Schwangerschaftsberatung sind die Rahmenbedingungen für eigenverantwortliches, professionelles Handeln und die Beteiligung der Mitarbeiterinnen gegeben.

Qualitätsanforderung 2:

Der Austausch von Informationen zwischen den Mitarbeiterinnen und zwischen Leitung und Mitarbeiterinnen ist unerlässlich für reibungslose Abläufe in der Einrichtung.

Qualitätsanforderung 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung erkennt und fördert gezielt die Kompetenzen ihrer Mitarbeiterinnen.

Qualitätsanforderungen

Qualitätsanforderung 4:

Die Leitung der Katholischen Schwangerschaftsberatung stellt sich ihrer Führungsverantwortung und gestaltet die Leitidee der Dienstgemeinschaft.

Praxisindikatoren zu 4:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- verwirklicht durch ein Miteinander von Leitung und Mitarbeiterinnen die Leitidee der Dienstgemeinschaft¹⁴
- institutionalisiert Verfahren und Vereinbarungen zur Mitgestaltung
- installiert ein Vorschlags- und ein Beschwerdeverfahren
- greift Verbesserungsvorschläge systematisch auf
- etabliert ein Verfahren zum Umgang mit Konflikten
- unterstützt mit geeigneten Maßnahmen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- richtet entsprechend der Regelungen der MAVO eine MAV ein

¹⁴ Vgl. Deutscher Caritasverband, Leitbild des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg 1997.





D 4 Fachlichkeit

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung leistet professionelle fachliche Beratung, Hilfen und Dienstleistungen. Sie erbringt diese auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse sozialer Arbeit und orientiert ihr berufliches Handeln an einem inhaltlichen und methodischen Konzept. Die Katholische Schwangerschaftsberatung arbeitet im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, der den Menschen in seinen lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Zusammenhang stellt. Dabei orientiert sie sich an den Ressourcen der Nutzerinnen und leistet Hilfe zur Selbsthilfe. Kooperation und Vernetzung sowie Interdisziplinarität sind Ausdruck der Professionalität ihrer Beratungsangebote. Die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen ist ebenso Ausdruck der Fachlichkeit wie die Angebote von Supervision und pastoraler Begleitung.

Die Katholische Schwangerschaftsberatung beschäftigt zur Umsetzung ihrer Beratung, Hilfen und Dienstleistungen fachlich qualifizierte Mitarbeiterinnen – in der Beratungsarbeit regulär Beraterinnen. Bei Bedarf wird ein Berater tätig.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung richtet ihre Arbeit an der Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen „Ja zum Leben“ aus:

- diese macht Angebote zu Beratung, Hilfe und Dienstleistung:
 - in einer Not- und Konfliktlage in der Schwangerschaft, im existentiellen Schwangerschaftskonflikt und nach der Geburt des Kindes
 - bei Fragen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft unter Berücksichtigung von besonderen Lebenssituationen (beispielsweise Erkrankung der Schwangeren, Gewalterfahrungen, Frühgeburt, Adoption)
 - bei der Vorbereitung auf die neue Lebenssituation mit dem Kind
 - vor, während und nach pränataler Diagnostik
 - bei einer möglichen oder festgestellten Behinderung des Kindes
 - bei Verlust durch Fehl- oder Totgeburt, nach frühem Kindstod
 - nach Schwangerschaftsabbruch
 - zu Fruchtbarkeit, Sexualität, Familienplanung und Empfängnisregelung
 - bei ungewollter Kinderlosigkeit
 - über gesetzliche Ansprüche (beispielsweise familienfördernde Leistungen einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben)
 - Beratung und Begleitung nach der Geburt des Kindes
 - durch sexualpädagogische Arbeit
 - über Angebote für allein Alleinerziehende, Familien, Kinder
 - bei der Erschließung finanzieller Unterstützung
 - bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt
 - im Umgang mit Behörden und bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen
- trifft Aussagen zu:
 - Angeboten zu flankierenden Maßnahmen
 - Angeboten und Maßnahmen der Bewusstseinsbildung
 - angewandten, methodischen und theoretischen Konzepten der sozialen Arbeit
 - Qualifikation des Teams
 - Organisation und Struktur der Beratungsstellen
 - Kooperationspartnern, interner und externer Vernetzung
 - Anforderungs- und Aufgabenprofil der Beraterin/Beratungsstelle
 - pastoralen Begleitung
 - materiellen und zeitlichen Ressourcen der Schwangerschaftsberatung
 - ergänzenden länder- und diözesanspezifischen Rahmenbedingungen (rechtlich, fachlich)
- überprüft ihr Konzept regelmäßig und entwickelt es weiter
- berät nach aktuellen sozialrechtlichen Standards
- arbeitet nach berufsethischen Standards
- arbeitet im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, der den Menschen in seinen lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Zusammenhang stellt

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung handelt auf der Grundlage ihres Konzeptes und aktueller fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie hält die kirchlichen und gesetzlichen Grundlagen ein.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung beschäftigt qualifizierte Beraterinnen und Mitarbeiterinnen und trägt Sorge für eine stetige Kompetenzerweiterung durch Fort- und Weiterbildung.

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- beschäftigt Beraterinnen¹⁵, die über ein abgeschlossenes Fachhochschulstudium im Bereich Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik (oder vergleichbare Studiengänge – Diplom/Master/Bachelor) und über Berufserfahrung im Bereich der sozialen Arbeit verfügen
- verpflichtet die Beraterin zur Teilnahme an der spezifischen längerfristigen Fortbildung, die vom Deutschen Caritasverband e.V. oder von der SkF-Zentrale angeboten wird
- beschäftigt Beraterinnen mit Beratungskompetenz und Kenntnissen in der Sozialgesetzgebung sowie der Vermittlung konkreter Hilfsmaßnahmen
- beschäftigt Mitarbeiterinnen mit fachlicher, sozialer und persönlicher Kompetenz
- beschäftigt Mitarbeiterinnen mit einer positiven Einstellung zum Leben auf Grundlage des christlichen Glaubens

Qualitätsanforderung 3:

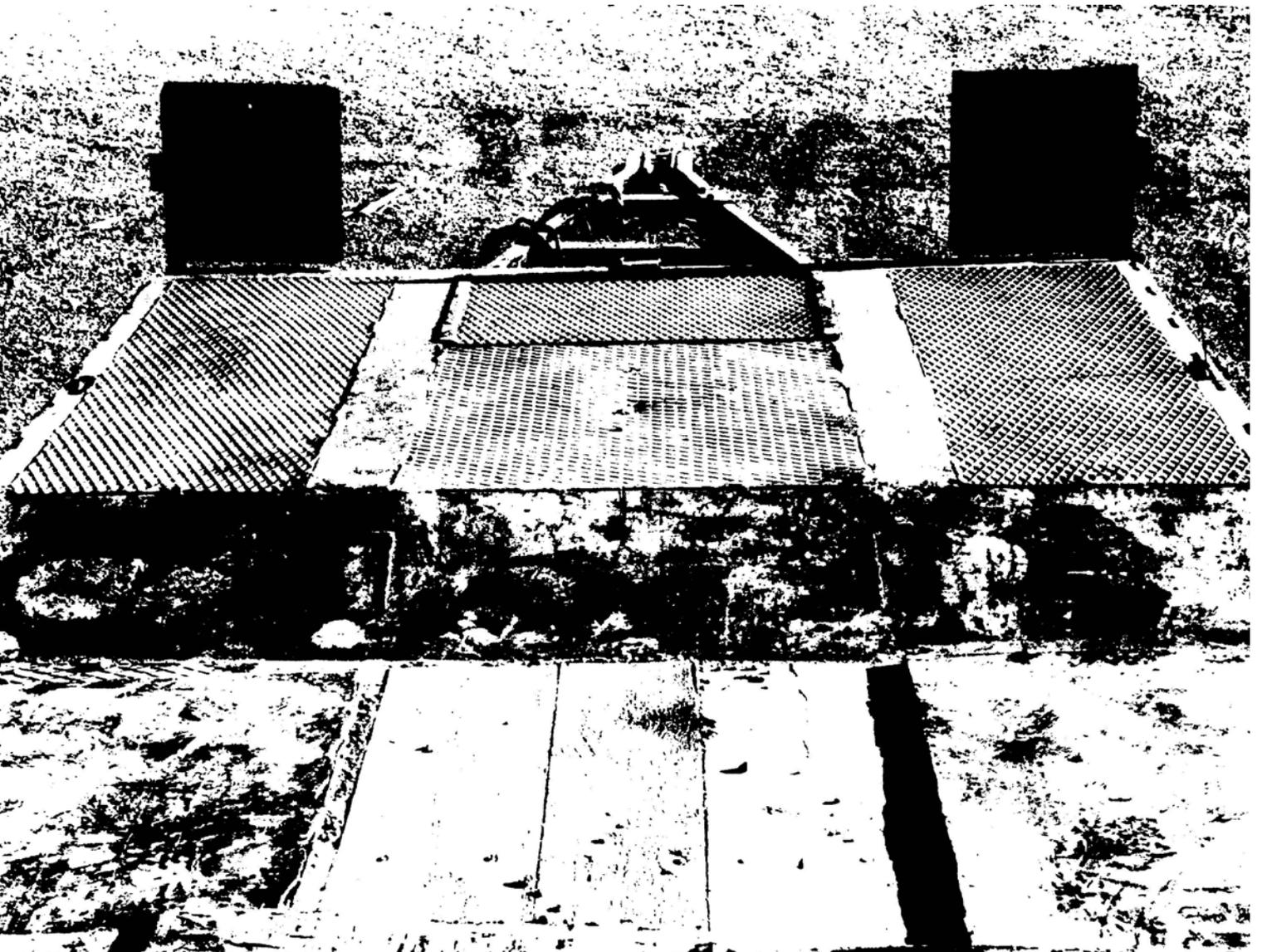
Die Katholische Schwangerschaftsberatung stellt ihre spezifische Fachlichkeit darüber hinaus durch fachlichen Austausch, Supervision sowie durch pastorale, spirituelle und theologische Angebote sicher.

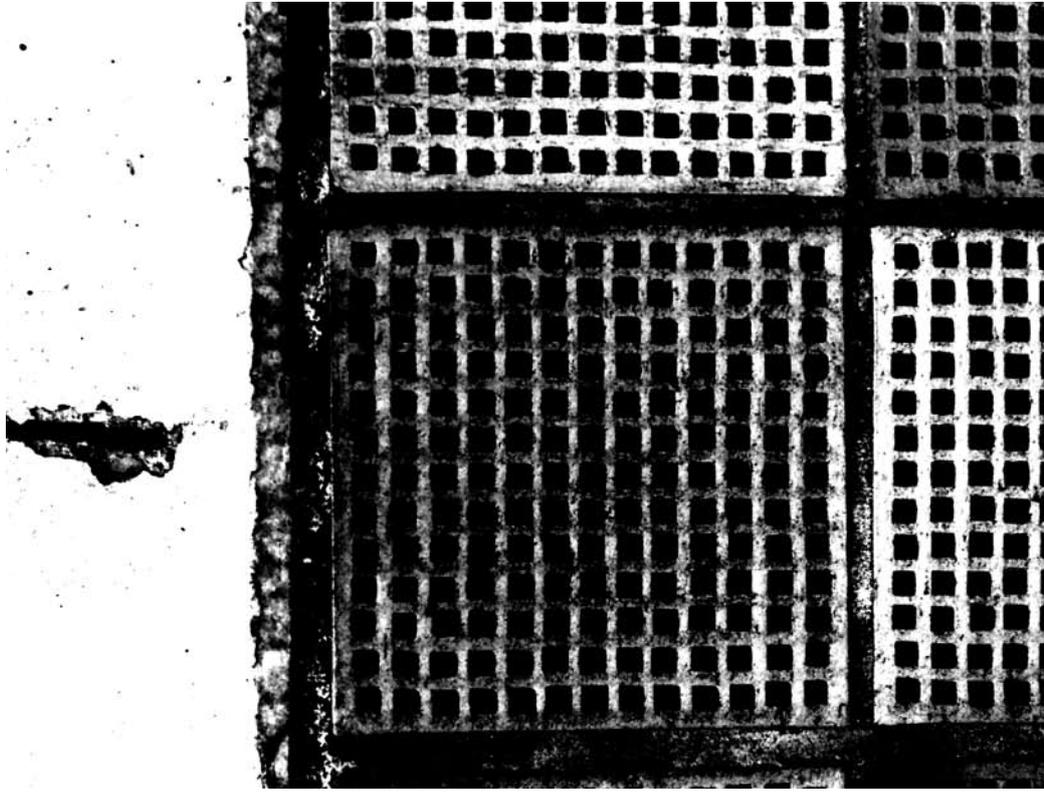
Praxisindikatoren zu 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- stellt die Teilnahme der Mitarbeiterinnen im Fachdienst an Supervisionen sicher
- ermöglicht den Mitarbeiterinnen ihre Arbeit aus Sicht des Glaubens zu reflektieren
- unterstützt die Mitarbeiterinnen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Werte- und Glaubensorientierung, dem christlichen Menschenbild und der katholischen Position sowie kirchlichen Lehraussagen zu arbeitsfeldrelevanten Themen
- stellt die Teilnahme der Beraterinnen an kollegialen Austauschtreffen (Bsp. Diözesan-Beraterinnenkonferenz) und Fortbildungsangeboten sicher

¹⁵ Bei geschlechtsspezifischen Aufgaben wie beispielsweise Väterarbeit und sexualpädagogischer Jungenarbeit können auch Berater eingesetzt werden.





D 5 Datenschutz und Verschwiegenheit

Allgemeine Qualitätsaussage

Datenschutz und Verschwiegenheit haben in der Katholischen Schwangerschaftsberatung – über die grundsätzliche Bedeutung der Wahrung der Persönlichkeitsrechte hinaus – einen besonderen Stellenwert. Sie schaffen im Kontext des Schwangerschaftskonfliktes einen geschützten Rahmen für die Unterstützung in den sensiblen Fragen der Annahme eines Kindes und der Ambivalenz eines Schwangerschaftskonfliktes. Der Rahmen für die Ausgestaltung und die Grenzen des Datenschutzes werden durch fachliche, rechtliche und kirchliche Grundlagen und die gültige Rechtssprechung beschrieben.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Leitung der Katholischen Schwangerschaftsberatung:

- stellt durch eine Regelung sicher, dass fachliche, rechtliche und kirchliche Datenschutzbestimmungen eingehalten werden¹⁶
- macht die Regelung zum Datenschutz den Mitarbeiterinnen bekannt
- holt die schriftliche Bestätigung über Kenntnis und Einhaltung der Datenschutzbestimmung bei ihren Mitarbeiterinnen ein
- hat einen Rechtsberater benannt

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- ermöglicht Nutzerinnen anlassbezogen anonyme Beratungsgespräche/Kontakte
- klärt im Kontakt die Frage, ob bei einem Rückruf oder Schreiben, die Katholische Schwangerschaftsberatung erkennbar werden darf
- klärt Nutzerinnen über den Umgang mit personenbezogenen Daten auf (fachliche Reflexion, Aktenführung, Hilfevermittlung, elektronische Datenverarbeitung und Speicherung der Daten)
- erhebt ausschließlich Daten, die für eine umfassende Beratung, Hilfe und Dienstleistung erforderlich sind
- nimmt ohne die Einwilligung der Nutzerin keinen Kontakt mit Dritten auf
- regelt ein transparentes Verfahren zur Schweigepflichtsentbindung
- löscht bzw. vernichtet personenbezogene Daten innerhalb rechtlich vorgegebener Fristen
- schützt personenbezogene Daten vor dem Zugriff Unbefugter
- regelt den Umgang der Faxnutzung und von Mailkontakten
- stellt in der Telefonanlage die Rufnummerunterdrückung der Nummer der Katholischen Beratungsstelle ein

¹⁶ Die Schweigepflicht der Beraterinnen ist geregelt in § 203 Abs. 1 Nr. 4a StGB. Die Verschwiegenheitsverpflichtung für Mitarbeitende im kirchlichen Dienst ist geregelt in § 8 KAVO. Das Zeugnisverweigerungsrecht ist in den §§ 53 Abs. 3a und 9, 53a StPO geregelt. Für kirchliche Mitarbeitende gilt darüber das kirchliche Datenschutzrecht (KDO) sowie die Durchführungsverordnung und die Anordnung über den Sozialdatenschutz und die Bischöflichen Richtlinien § 7.

Qualitätsanforderung 1:

Die Leitung der Katholischen Schwangerschaftsberatung stellt sicher, dass fachliche, rechtliche, kirchliche Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.

Qualitätsanforderung 2:

In der Umsetzung und Ausführung des Datenschutzes und der Verschwiegenheitspflicht in der Katholischen Schwangerschaftsberatung werden folgende Grundsätze beachtet.



D 6 Erstkontakt

Allgemeine Qualitätsaussage

Der Erstkontakt ist die erste Begegnung zwischen der Einrichtung oder dem Dienst und der Nutzerin. Ihm kommt eine Schlüsselfunktion für den weiteren Verlauf der Zusammenarbeit und Beratung und dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu. Daher wird der Nutzerin zugewandt begegnet und sie erhält im Rahmen des Auftrags der Katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen unmittelbare Unterstützung.

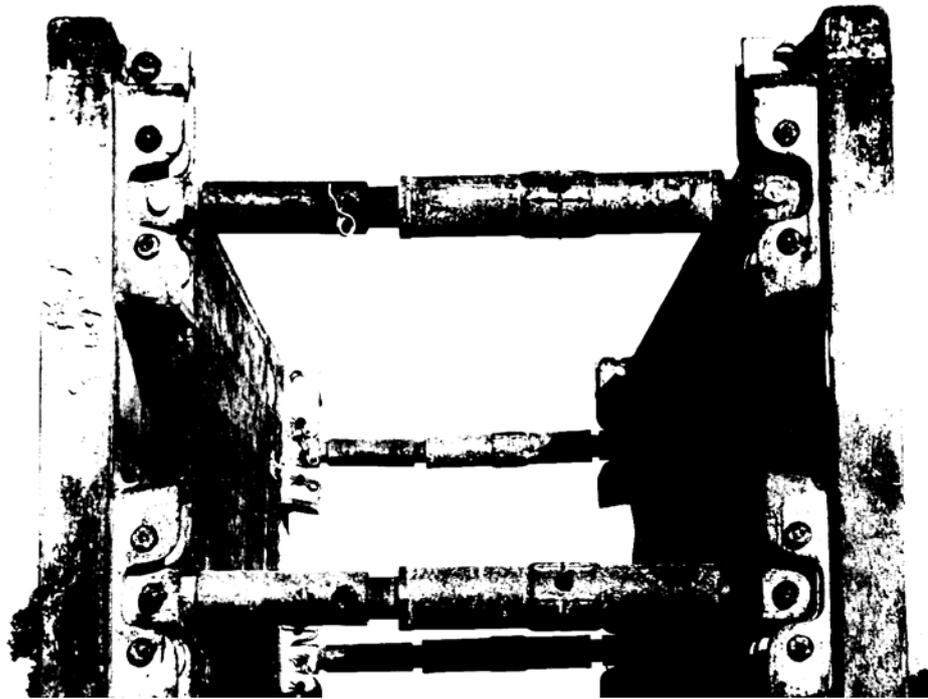
Praxisindikatoren:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung stellt für den Erstkontakt abgestimmt auf den Anlass der Kontaktaufnahme folgende Aspekte organisatorisch und inhaltlich sicher:

- Anliegen/Situation
- Dringlichkeit
- Reaktionszeiten
- Zuständigkeit/Ansprechpartnerin
- Vergabe von Terminen

Qualitätsanforderung:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung begegnet der Nutzerin im Rahmen des Erstkontaktes zugewandt und fachlich kompetent.



D 7 Beratung

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung leistet Beratung auf der Grundlage eines integrierten Konzeptes. Der Kern des Beratungsverständnisses ist die untrennbare Verknüpfung von Information, psychosozialer Beratung, Vermittlung konkreter Hilfen und Netzwerkarbeit unter Berücksichtigung der Grundprinzipien, getragen von Wertschätzung und Respekt gegenüber den Nutzerinnen und konzipiert als Hilfe zur Selbsthilfe. Der Beratungsauftrag und die Beratungsanlässe ergeben sich aus den Problemen und Fragestellungen der Nutzerinnen in dem Zeitraum vor, während und nach einer Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes.

Die Katholische Schwangerschaftsberatung gewährleistet in der Art der Ausgestaltung ihres Angebotes, dass Frauen und Männer ihr Recht auf Beratung uneingeschränkt wahrnehmen können. Das Beratungsangebot der Schwangerschaftsberatung kann einmalig, mittel- oder langfristig in Anspruch genommen werden. Die Katholische Schwangerschaftsberatung beruht auf den beschriebenen ethisch-theologischen, kirchlichen und gesetzlichen Grundlagen. Jede Beratung vollzieht sich im Kontext des Lebensschutzes. Die Beratung im Schwangerschaftskonflikt erfolgt zielorientiert und ergebnisoffen. Jede Beratung in einer katholischen Schwangerschaftsberatungsstelle vollzieht sich in einer dialogisch und prozesshaft geführten professionellen Beratungsbeziehung. Die Ergebnisse der Beratung werden dokumentiert.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- ist als Fachdienst Schwangerschaftsberatung ausgewiesen
- macht die Beratungszeiten öffentlich bekannt
- berücksichtigt bei der Gestaltung der Öffnungszeiten die unterschiedlichen Anlässe zur Beratung und die Zielgruppen
- sichert einen freien und unbürokratischen Zugang zur Beratungsstelle
- berät unabhängig von Nationalität, Religion, Konfession und Weltanschauung
- berät kostenfrei für die Nutzerinnen
- arbeitet genderorientiert
- klärt Anlass und Dringlichkeit der Beratung (Not- und Krisensituationen)
- ermöglicht kurzfristige Beratung im Schwangerschaftskonflikt, längstens innerhalb von drei Werktagen
- klärt die Nutzerin über gesetzliche Grundlagen und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeit auf
- klärt das Beratungssetting
- berät auf Wunsch anonym
- unterliegt der Schweigepflicht und stützt sich auf das Zeugnisverweigerungsrecht

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- informiert die Nutzerin über die eigenen Werthaltung und das Beratungsverständnis
- bietet Raum für Begegnung und Dialog, der eine Auseinandersetzung mit Werthaltungen einschließt
- klärt, ob eine gemeinsame Wertebasis vorhanden ist oder geschaffen werden kann
- tritt für das Lebensrecht des ungeborenen Kindes ein
- achtet den untrennbaren Lebenszusammenhang von Mutter und Kind
- respektiert die Entscheidungsverantwortung der Frau bzw. des Paares
- ermutigt durch die Entwicklung von Perspektiven
- versteht Beratung im Schwangerschaftskonflikt als zielorientierten und ergebnisoffenen Prozess

Praxisindikatoren zu 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- arbeitet auf der Grundlage einer professionellen Beratungsbeziehung
- nimmt die Nutzerinnen in ihren persönlichen, familiären, beruflichen, wirtschaftlichen und lebensräumlichen Umfeld wahr
- formuliert gemeinsam mit der Nutzerin das Beratungsziel und dessen Teilziele
- erstellt in Zusammenarbeit mit der Nutzerin einen individuellen und umfassenden Beratungs- oder Hilfeplan
- erkennt und fördert die Fähigkeit der Nutzerin als Expertin für ihre Situation
- arbeitet ressourcenorientiert
- bezieht in Abstimmung mit den Nutzerinnen andere relevante Personen in den Beratungsprozess mit ein
- informiert und unterstützt bei der Erschließung und Vermittlung von staatlichen und nichtstaatlichen Hilfen
- verfügt über den Zugang zu Mitteln der Bundesstiftung/Landesstiftung/Diözesanen Hilfsfonds
- kooperiert mit dem Fachteam und anderen Fachdisziplinen

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung gewährleistet in der Art der Ausgestaltung ihrer Angebote, dass Frauen und Männer ihr Recht auf Beratung uneingeschränkt wahrnehmen können.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung gründet auf den beschriebenen ethisch-theologischen, kirchlichen und gesetzlichen sowie fachlichen Grundlagen. Jede Beratung vollzieht sich im Kontext des Lebensschutzes. Die Beratung im Schwangerschaftskonflikt erfolgt zielorientiert auf den Lebensschutz und ist ergebnisoffen.

Qualitätsanforderung 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung leistet Beratung auf der Grundlage eines integrierten Konzeptes. Der Kern des Beratungsverständnisses ist die untrennbare Verknüpfung von Information, psychosozialer Beratung und Vermittlung konkreter Hilfen.

Die Wertschätzung und der Respekt gegenüber den Nutzerinnen sowie der Aspekt der Hilfe zur Selbsthilfe stehen dabei im Vordergrund. Die Katholische Schwangerschaftsberatung richtet ihr Angebot am Bedarf, an den Bedürfnissen, Notlagen und Konflikten der Nutzerinnen aus.

Qualitätsanforderungen

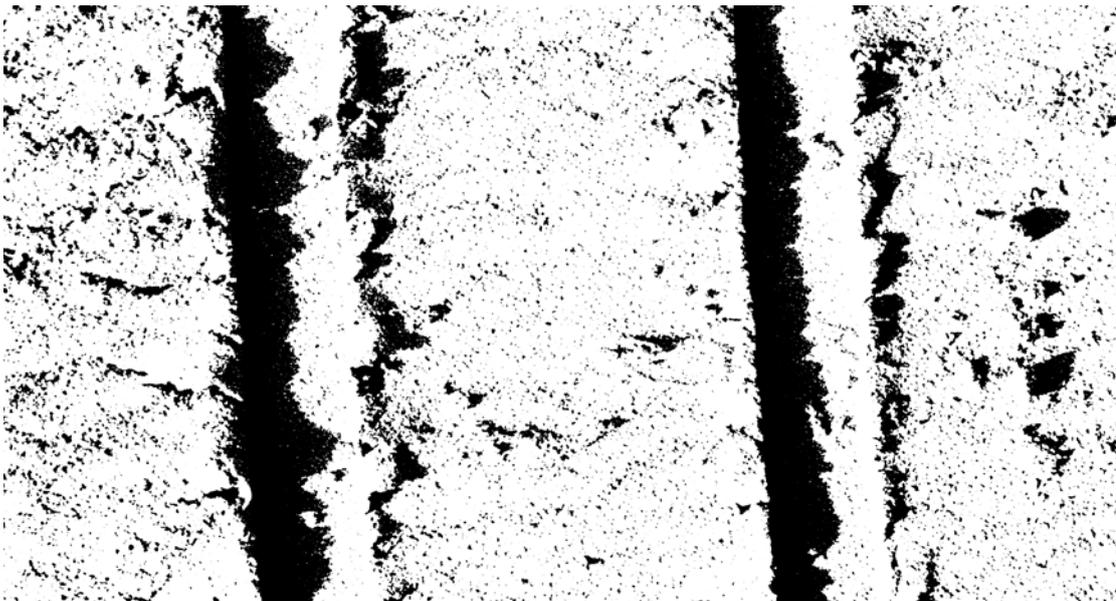
Qualitätsanforderung 4:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung geschieht im Rahmen einer professionellen Beratungsbeziehung, die dialogisch, prozess- und zielorientiert geführt wird. Die Ergebnisse der Beratung werden dokumentiert.

Praxisindikatoren zu 4:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- bespricht mit der Nutzerin den Ablauf der Beratung
- erfasst den Beratungsauftrag und definiert mit der Nutzerin die Zielsetzung der Beratung
- schließt einen Beratungskontrakt mit den Nutzerinnen
- setzt psychosoziale Beratung und konkrete Hilfevermittlung anhand der vereinbarten Ziele und Teilziele um
- dokumentiert jede Beratung und den Beratungsverlauf systematisch
- klärt und gestaltet den Abschluss der Beratung gemeinsam mit den Nutzerinnen im Sinne der Prävention und Nachhaltigkeit
- berücksichtigt in der Dokumentation gesetzliche und kirchliche Anforderungen
- sichert die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen



Praxisindikatoren zu 5:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- bietet Online-Beratung auf der Grundlage des Konzeptes der Schwangerschaftsberatung im Internet an
- sorgt für angemessene personelle, zeitliche, technische und finanzielle Ressourcen für die Schwangerschaftsberatung im Internet
- schult die Mitarbeiterinnen der Schwangerschaftsberatung im Internet vor Aufnahme ihrer Tätigkeit
- stellt die Einbindung der Online-Beraterinnen in das Team sicher
- stellt eine Reaktionszeit von 48 Stunden auf Beratungsanfragen an Werktagen sicher
- stellt eine Abwesenheitsvertretung sicher
- stellt den erforderlichen Datenschutz und die Dokumentation sicher
- arbeitet in der Schwangerschaftsberatung im Internet nach den gleichen fachlichen, ethischen und rechtlichen Standards wie in der Face-to-Face-Beratung
- klärt für den Beratungsprozess per Mail folgende Aspekte:
 - Reaktionszeit von maximal 24–48h auf Anfragen
 - Erfassung des Problems
 - Beantwortung der Fragen
 - ggf. Weitervermittlung an eine örtliche Beratungsstelle
 - Antwortmail enthält Kontaktdaten, Namen der Beraterin und berufliche Qualifikation
 - Erfassung im Statistikprogramm
- klärt für die Durchführung des Chats/Forums folgende Aspekte:
 - Dienstplan der Beraterinnen im Chat ist bundesweit abgestimmt (teilnehmende Dienste)
 - Beraterin ist alleine am Computer/im Raum
 - Beraterin bleibt für die Nutzerinnen anonym
 - rechtzeitige Einwahl in den Chat
 - Bereithalten wichtiger Info-Seiten, weiterführender Informationen oder Links
 - Statistikausdrucke für die Daten aus der Beratung sind vorbereitet.
 - Öffnen des Chats zur angegebenen Zeit
 - Begrüßung der Gäste
 - Erfragen, ob eine geschützte Beratung gewünscht wird
 - Erfragen der Anliegen
 - Gesprächsführung liegt bei der Beraterin
 - Informationsfragen können auch in der Lobby beantwortet werden
 - Schließen des Chats
 - Erfassung im Statistikprogramm
 - Vernichten der Papierfassung

Qualitätsanforderung 5:

Die Schwangerschaftsberatung im Internet (Chat-, Mail-Beratung und Mail-Beratung mit PLZ-Filter) ist ein Angebot im Portal www.beratung-caritas.de. Sie ist ein Angebot, welches die Schwellenangst vor dem Besuch einer Beratungsstelle senken und Erstkontakte erleichtern soll. Sie bietet die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen auch außerhalb der üblichen Sprechzeiten von Beratungsstellen einen Kontakt zur Katholischen Schwangerschaftsberatung aufzunehmen. Bei der Schwangerschaftsberatung im Internet gelten die gleichen Beratungsprinzipien wie bei der Face-to-face-Beratung.

D Qualitätsbereiche



D 8 Gruppenarbeit

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung bietet neben der individuellen Beratung auch Beratung, Hilfe und Begleitung für Gruppen an. Ein besonderer Auftrag und Schwerpunkt liegt in der präventiven Arbeit. Dabei kommt den Themenkreisen Sexualpädagogik, Pränataldiagnostik, Bewusstseinsbildung und Wertevermittlung im Kontext des Lebensschutzes eine besondere Bedeutung zu. Die Gruppenarbeit kann in Form von einmaligen Veranstaltungen sowie in Form längerfristiger Begleitung erfolgen.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- erarbeitet Konzepte für Gruppenangebote auf der Grundlage der Aufgaben der Schwangerschaftsberatung und orientiert diese an dem aus der Beratungsarbeit ersichtlichen Bedarf
- strukturiert Maßnahmen/Aktivitäten/Veranstaltungen der Gruppenarbeit
- bietet Gruppenarbeit für Nutzerinnen der Schwangerschaftsberatung aus der Einzel-fallhilfe und andere Interessentinnen an
- vernetzt sich unter Berücksichtigung der eigenen Ressourcen das Gruppenangebot mit bestehenden Gruppenangeboten vor Ort bzw. kooperiert mit diesen
- veröffentlicht die Angebote der Gruppenarbeit

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

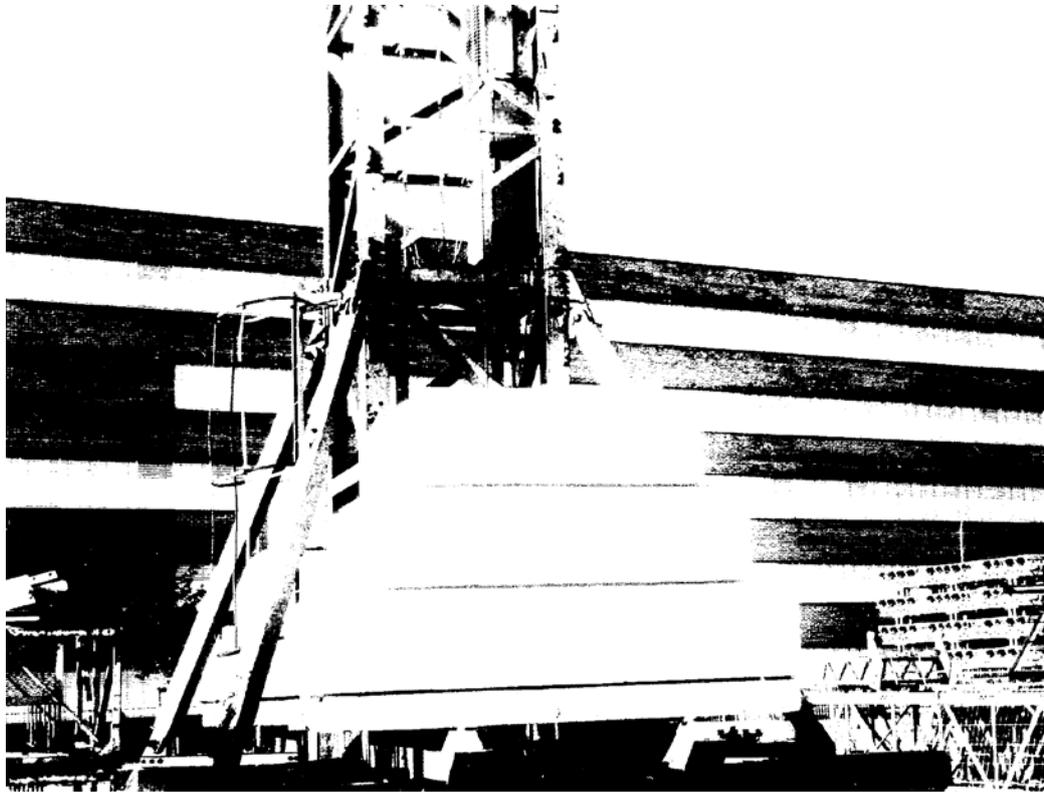
- stellt den präventiven Charakter der sexualpädagogischen Arbeit an vorrangige Stelle
- entwickelt Methoden, die zur Stärkung des Selbstvertrauens, der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit beitragen
- ist auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Entwicklung u. a. im Hinblick auf Methoden der Empfängnisregelung sowie Methoden der Pränataldiagnostik
- passt ihr Angebot den Bedarfen der verschiedenen Gruppen an (adäquat der verschiedenen Alterstufen, Koedukation oder geschlechtsspezifische Teilung der Gruppen)
- gibt der Wertevermittlung und Wertediskussion innerhalb der Gruppenangebote genügend Raum

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung richtet nach Bedarf und unter Berücksichtigung der eigenen Ressourcen Gruppen ein, führt Gruppenveranstaltungen durch und entwickelt entsprechende Projekte.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung legt in ihren Gruppenangeboten einen besonderen Schwerpunkt auf die sexualpädagogischen Gruppenarbeit, die Bewusstseinsbildung und Wertevermittlung im Sinne christlicher Wertvorstellung.



D 9 Öffentlichkeitsarbeit

Allgemeine Qualitätsaussage

Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit wird das Angebot der Katholischen Schwangerschaftsberatung bekannt gemacht und somit transparent in alle gesellschaftlichen Ebenen transportiert. Mit den Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden neben den Nutzerinnen, Nutzern, Schulen, Jugend- und anderen Gruppen auch Verbände, Institutionen, Behörden, Pfarrgemeinden, politische Gremien sowie die breite Öffentlichkeit erreicht. Dies dient insbesondere auch zum Aufbau und zur Pflege eines Netzwerkes der katholischen Schwangerschaftsberatung.

Durch die Öffentlichkeitsarbeit wird die Katholischen Schwangerschaftsberatung als Interessensvertreterin für die Belange Schwangerer und deren Familien wahrgenommen. Sie zeigt durch Öffentlichkeitsarbeit ihre konkrete Beteiligung an der Verbesserung gesellschaftlicher und sozialer Rahmenbedingungen für ein Leben mit Kindern und ihren konsequenten Einsatz für den Schutz ungeborenen Lebens. In diesem Kontext ist die Öffentlichkeitsarbeit der Katholischen Schwangerschaftsberatung gleichzeitig Maßnahme der Bewusstseinsbildung mit dem Ziel, Öffentlichkeit zu sensibilisieren und Anstoß zur Auseinandersetzung und zur Mitverantwortung zu geben.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung verfügt über ein schriftliches Konzept des Kommunikationsmanagements gegenüber der Öffentlichkeit, das:

- sich bei der Gestaltung ihres Erscheinungsbildes am Corporate Design der Caritas bzw. des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF) orientiert
- das Angebot regelmäßig auf seine Zielgruppenorientierung hin analysiert
- sich klare und evaluierbare Ziele setzt
- die Veränderungen und Entwicklungen der Zielgruppe berücksichtigt und ihre Arbeit den Ergebnissen anpasst
- dementsprechend Instrumente bestimmt, um diese Ziele umzusetzen:

Pressearbeit:

- Bereitstellung und Verbreitung von Informationen (über Printmedien, Homepage)
- Festlegung des Umgangs mit den öffentlichkeitswirksamen Medien (Bestimmung einer Verantwortlichen, von Ansprechpersonen, Pflege des persönlichen Kontakts zur örtlichen Presse)
- Pressemitteilungen, Stellungnahmen und Fachartikel in der Presse platziert (Presseverteiler)

Marketing und Werbung (Anzeigen, Printmedien etc.)

- Ergebnisse der Zielgruppenanalyse in entsprechende Formen der Ansprache, der Organisation (von Öffnungszeiten etc.), der Homepagegestaltung umsetzt
- Kriterien für die Erfolgskontrolle (Evaluation) enthält

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- sensibilisiert die Öffentlichkeit für die Belange Schwangerer/werdender Väter und von Familien
- fordert gezielt zur Auseinandersetzung mit den relevanten Themenfeldern auf und fördert diese
- stellt die ethisch-theologischen Grundlagen der Katholischen Schwangerschaftsberatung und das Eintreten für den Schutz des ungeborenen Lebens in der Öffentlichkeitsarbeit dar
- setzt sich gezielt in Gremien für Interessen der Nutzerinnen ein
- schafft ein Netzwerk für die Anliegen der Nutzerinnen
- stellt den Effekt der Arbeit nachvollziehbar dar
- fordert und fördert die Übernahme von Verantwortung in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kreisen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein Leben mit Kindern

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung macht ihr differenziertes Angebot bekannt und transportiert dieses in vielfältiger Weise in unterschiedliche gesellschaftliche Ebenen und Gruppierungen.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung verdeutlicht durch ihre Öffentlichkeitsarbeit ihre Rolle als Interessensvertreterin für das ungeborene Leben und die Familien.



D 10 Kooperation und Vernetzung

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung arbeitet in einem differenzierten internen und externen Netzwerk, indem sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben mit verschiedenen Partnern kooperiert. Dies sichert die positiven Effekte der Zusammenarbeit für ein optimales Gesamthilfesystem. Die Unterstützungssysteme des Netzwerkes ergänzen die eigene professionelle Beratungsarbeit langfristig.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- baut Netzwerke auf
- pflegt einen vertrauensvollen und transparenten Kontakt zu den zum Netzwerk gehörenden Diensten, Behörden, Institutionen und Einrichtungen
- stellt den Informationsaustausch mit den Netzwerkpartnerinnen sicher
- stellt sicher, dass für alle Nutzerinnen das primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerk präsent ist und genutzt werden kann (vgl. Rahmenkonzeption, Schaubild)

Praxisindikator zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- gestaltet Kooperationsbeziehungen
- kennt die Haltung möglicher Kooperationspartner zum Lebensschutz
- klärt mit den Kooperationspartnerinnen mindestens folgende Aspekte:
 - Beschreibung der Leistungen
 - Klärung der Verantwortlichkeiten, Aufgabenverteilung und Schnittstellen
 - Vereinbarung zur Kommunikation
 - Dokumentation der erbrachten Leistungen

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung pflegt ein Netzwerk zur Verbesserung der Umsetzung von Zielsetzungen und Aufgaben der Beratungsstellen und um zu positiven Lebensbedingungen von schwangeren Frauen, Männern, Paaren und Familien sowie einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt beizutragen.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung ergänzt den ganzheitlichen Ansatz ihres Angebotes der Beratung, Hilfen und Dienstleistungen durch Kooperation mit anderen Fachdiensten, Trägern, Pfarrgemeinden und anderen pastoralen Strukturen.



D 11 Freiwillige und Ehrenamt

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung setzt die Integration von ehrenamtlicher Mitarbeit¹⁷ als ein Wesensmerkmal der verbandlichen Caritas um und trägt damit auch zur Erhaltung einer Kultur der Solidarität und des Helfens in der Gesellschaft bei. Die ehrenamtliche und freiwillige Mitarbeit unterstützt und ergänzt die professionelle Beratungsarbeit und ermöglicht ein umfassenderes Angebot. Die Einsatzmöglichkeiten für ehrenamtliche und freiwillige Mitarbeiterinnen ergeben sich aus dem Bedarf der Beratungsstelle, den Fähigkeiten und Ressourcen der Ehrenamtlichen und den Kapazitäten der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen.

¹⁷ Unter dem Begriff „Freiwillige“ werden auch die bürgerschaftlich engagierten Personen verstanden. Bei der Bezeichnung des Ehrenamtes ist das bürgerschaftliche Engagement mitzudenken. Ehrenamt ist ein traditionsreicher Begriff der Kirchen, Verbände und Vereine seit dem 19. Jahrhundert, der sich an der gesellschaftlichen Gemeinnützigkeit orientiert. Freiwillige und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich punktuell, themenbezogen und zeitlich begrenzt in der Katholischen Schwangerschaftsberatung.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- arbeitet wenn möglich mit Gruppen von Kirchengemeinden und/oder anderen Initiativen (z. B. Hospizgruppen) zusammen
- ist im Seelsorgebereich vernetzt mit der Gemeindecaritas, Koordinationsstellen für das Ehrenamt und Freiwilligenzentren
- reflektiert regelmäßig mit ehrenamtlichen und freiwilligen Mitarbeiterinnen deren Einsatz und Arbeit
- pflegt eine Kultur der Partnerschaftlichkeit, Anerkennung und gegenseitigen Wertschätzung

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- hat die Strukturen für die Zusammenarbeit von Haupt- und ehrenamtlichen/freiwilligen Mitarbeiterinnen geregelt und stellt Ressourcen in angemessenem Umfang zur Verfügung (Benennung einer Ansprechpartnerin zur Koordination, für Nachfragen, bei Abstimmungsbedarf etc.)
- verfügt über Aufgaben-/Tätigkeitsskizzen (ähnlich Aufgabenbeschreibungen)
- bereitet Ehrenamtliche/Freiwillige auf ihre Tätigkeit vor bzw. arbeitet sie systematisch ein
- leitet sie bei Bedarf an und stellt die Begleitung durch eine hauptamtliche Mitarbeiterin sicher
- ermöglicht den Austausch unter den ehrenamtlichen/freiwilligen Mitarbeiterinnen
- macht den Ehrenamtlichen/Freiwilligen Angebote für eine qualifizierende Fort- und Weiterbildung
- bietet pastorale Begleitung an
- bindet Ehrenamtliche/Freiwillige in die Kommunikationsstrukturen der Einrichtung ein
- klärt organisatorische, finanzielle, versicherungstechnische und rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. ausreichende Versicherung gegen Unfälle)
- berücksichtigt die Richtlinien des Trägers und/oder des Verbandes für die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Freiwilligen

Qualitätsanforderung 1:

Die beiden Säulen ehrenamtliche und hauptamtliche Arbeit sind Wesensmerkmal der verbandlichen Caritas. Ehrenamtliches bzw. freiwilliges Engagement trägt zur Erhaltung einer Kultur der Solidarität und des Helfens in der Gesellschaft bei.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung verfügt über ein Konzept für die Arbeit mit ehrenamtlichen/freiwilligen Mitarbeiterinnen.



D 12 Dokumentation und Statistik

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung wendet ein Dokumentationssystem für die von ihr erbrachten Beratungs-, Hilfe- und Dienstleistungen an und hält sie in einer Statistik fest. Das Dokumentationssystem dient der zielgerichteten Einzelfallbearbeitung. Der Erhebung und Auswertung dieser Daten kommt darüber hinaus eine wichtige Funktion zu, da sie Basis für eine bedarfsgerechte Angebotssplanungs- und konzeptionellen Weiterentwicklung des Beratungsangebotes ist. Die Katholische Schwangerschaftsberatung führt die Statistik im Auftrag der Deutschen Bischofskonferenz aufgrund der „Bischöflichen Richtlinien für Katholische Schwangerschaftsberatung“ (§11 Statistik) vom 26. September 2000.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- wendet ein für alle Nutzerinnen einheitliches, fachlich aktuelles, standardisiertes Dokumentationssystem an
- stellt eine zeitnahe, lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation des Beratungsprozesses und der Gruppenarbeit sicher (z. B. Nachvollziehbarkeit des Verlaufs, von Entscheidungen und der Auswahl des methodischen Vorgehens)
- regelt Einsichtnahme und Zugriffsrecht auf die Dokumentation
- legt den Aufbewahrungsort fest und stellt sicher, dass nur autorisierte Personen auf die Dokumentation zugreifen können (einschließlich bei EDV-gestützter Dokumentation)
- berücksichtigt gesetzliche und kirchliche Anforderungen der Dokumentation und des Datenschutzes

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

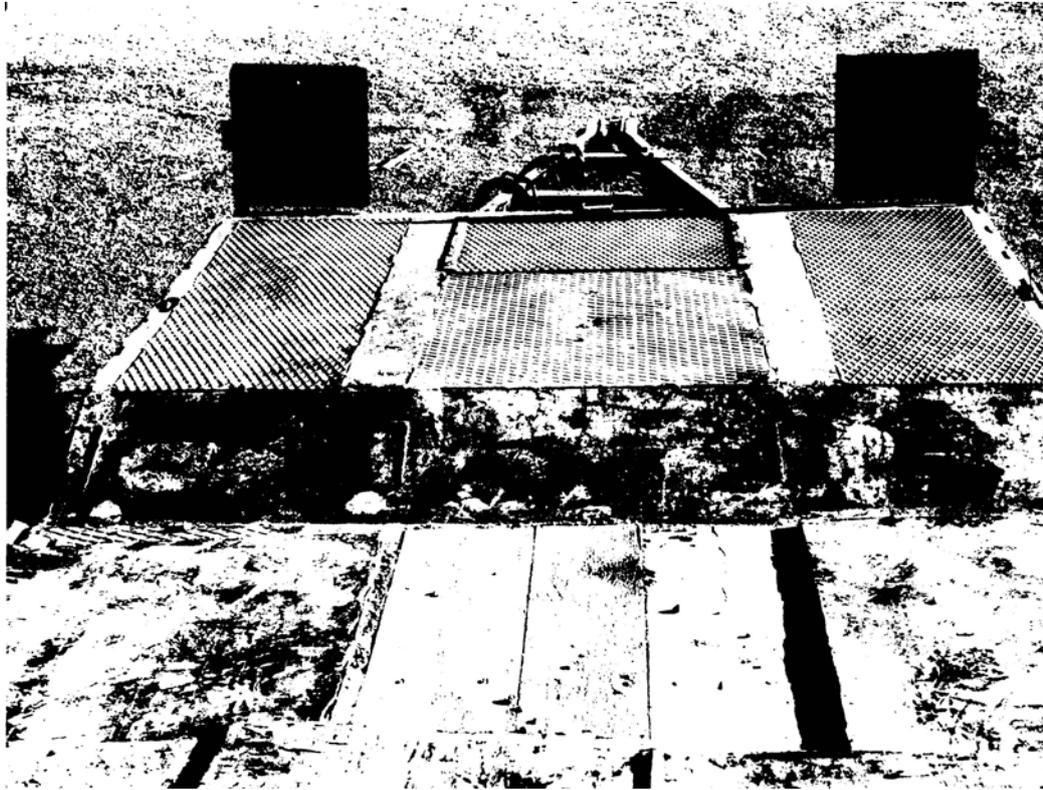
- dokumentiert und erhebt die für die Bundesstatistik und Bischöflichen Richtlinien erforderlichen Daten, ggf. ergänzt um Daten, die auf Länderebene, kommunaler Ebene usw. gefordert werden
- die Erhebung ermöglicht eine diözesan- und bundesweite Auswertung
- überprüft die für eigene Zwecke zusätzlich erhobenen Daten auf ihre Nützlichkeit und Aussagekraft hin und passt sie aktuellen Erfordernissen an

Qualitätsanforderung 1:

Die geleistete Beratung und Gruppenarbeit ist anhand der Dokumentation nachvollziehbar.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung dokumentiert die von ihr erbrachten Beratungs-, Hilfe- und Dienstleistungen und hält sie in einer Statistik anhand bundeseinheitlicher Kriterien fest. Die Daten werden jährlich auf Orts-, Diözesan- und Bundesebene dokumentiert und ausgewertet.



D 13 Politische Verantwortung

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung setzt sich anwaltschaftlich in ihrer Lobbyarbeit im Rahmen ihres gesetzlichen und kirchlichen Auftrags für den Schutz ungeborenen Lebens und die Belange und Probleme von Kinder, Frauen, Männer und Familien ein. Sie beobachtet und bewertet Entwicklungen in Politik, Gesellschaft, Wissenschaft und Kirche und bringt ihre daraus resultierenden Forderungen in Gremien politisch wirksam ein. Durch politische Einflussnahme, Bewusstseinsbildung und die Entwicklung zukunftsweisender Projekte gestaltet sie aktiv gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Strukturen mit.

Sie unterstützt ihre Träger und die verbandlichen Gliederungen bei der fachlichen und politischen Arbeit.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- macht die Notsituationen von Frauen und Familien bewusst
- betreibt Bewusstseinsbildung und trägt zur positiven Veränderung von Einstellungen zu frauen- und familienpolitischen Themen bei
- tritt für Verbesserungen in der Familien- und Sozialpolitik ein

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

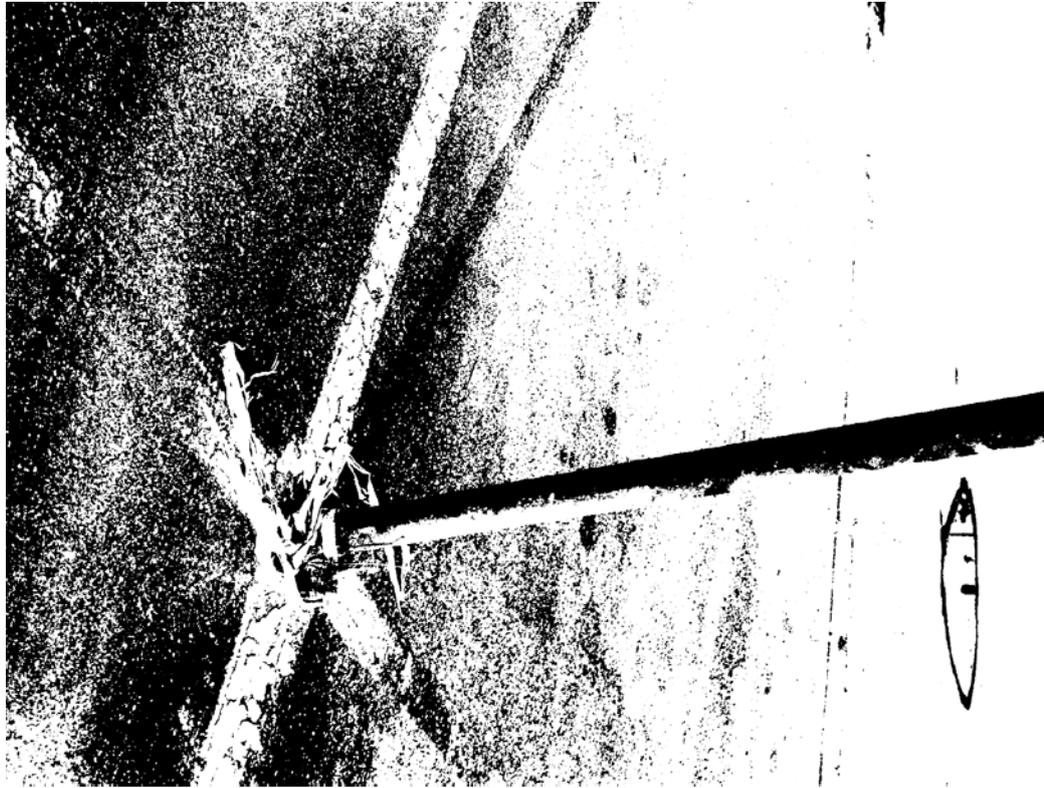
- beobachtet und bewertet aktuelle gesellschaftliche und sozialpolitische Veränderungen und Entwicklungen
- diskutiert die sich daraus ergebenden ethischen Fragestellungen und setzt sich für den Lebensschutz ein
- beschreibt und transportiert diese Beobachtungen, Diskussionsprozesse und Positionierungen in Abstimmung mit den verbandlichen Gliederungen in Gesellschaft, Politik und Kirche
- kommuniziert die fachpolitischen Grundsätze aus Wissenschaft und Politik
- formuliert ihre fachpolitischen Grundsätze

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung setzt sich stellvertretend für die Bedürfnisse und Interessen von Kindern, Frauen, Männern und Familien ein.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung wirkt an der Ausgestaltung der politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse vor Ort mit.



D 14 Qualitätsmanagement

Allgemeine Qualitätsaussage

Gesetzliche und fachliche Anforderungen bezüglich der Qualität der Leistungen werden eingehalten. Die Katholische Schwangerschaftsberatung sichert die Qualität ihrer Leistungen durch den Aufbau eines internen Qualitätsmanagements ab und entwickelt dieses kontinuierlich weiter.

Praxisindikatoren zu 1:

Der Träger der Katholischen Schwangerschaftsberatung:

- legt gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen die Qualitätspolitik schriftlich fest und richtet diese am Leitbild und den Eckpunkten für Qualität der Caritas aus
- richtet die Qualitätspolitik an den Bedürfnissen der Nutzerinnen, Mitarbeiterinnen und Interessenspartnerinnen aus
- leitet regelmäßig Qualitätsziele aus der Qualitätspolitik ab
- stellt die zur Zielerreichung erforderlichen Ressourcen zur Verfügung
- zeichnet sich verantwortlich für die Umsetzung und Erreichung der Qualitätsziele
- macht Qualitätspolitik und -ziele den Mitarbeiterinnen und Interessenspartnern bekannt.

Praxisindikatoren zu 2:

Der Träger der Katholischen Schwangerschaftsberatung:

- beschreibt im einrichtungsindividuellen Qualitätsmanagementhandbuch mindestens folgende Kriterien:
 - Einsetzung einer Qualitätsmanagementbeauftragten¹⁸
 - Identifikation und Darstellung der Prozesse (welche Arbeitsabläufe gibt es und wie sind sie organisiert)
 - interne Maßnahmen zum Qualitätsmanagement (z. B. Qualitätszirkel, Audits) für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
 - sachliche, räumliche, personelle und zeitliche Ressourcen
 - Einbeziehung der Mitarbeiterinnen in die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung/-entwicklung
- legt hinsichtlich der Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen im Qualitätsmanagement mindestens folgende Kriterien fest:
 - Erstellung, Freigabe, Überprüfung und Aktualisierung der Dokumente des QM-Handbuchs
 - Zugang und Zugriff der Mitarbeiterinnen auf die QM-Dokumente (z. B. Bundes-Rahmenhandbuchstandorte)
 - Änderungs- und Austauschdienst, Kennzeichnung alter Dokumente um sicherzustellen, dass nur gültige/aktuelle Dokumente verfügbar sind
 - Kennzeichnung der Dokumente
 - Information der Mitarbeiterinnen über neue oder geänderte Dokumente des QM-Handbuchs
- legt für das Beschwerdemanagement mindestens folgende Kriterien fest:
 - Erfassung, Behebung und Bearbeitung von Beschwerden
 - Analyse der Beschwerdeursachen
 - Einleiten von Korrekturmaßnahmen

¹⁸ Das heißt nicht, dass die Beratungsstelle – egal welcher Größe – eine eigene Qualitätsmanagementbeauftragte haben muss. Der Träger kann übergreifend für alle Fachbereiche eine Person benennen und in angemessenem Umfang freistellen.

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung hat ihre Qualitätspolitik beschrieben und daraus Qualitätsziele abgeleitet.

Qualitätsanforderung 2:

Der Träger der Katholischen Schwangerschaftsberatung legt dar, mit welchen Strukturen, Verfahren und Methoden er die Realisierung der Qualitätspolitik und Qualitätsziele sicherstellt.

Qualitätsanforderungen

Qualitätsanforderung 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung erhebt regelmäßig die Zufriedenheit ihrer Nutzerinnen mit den Beratungs-, Hilfe- und Dienstleistungen.

Praxisindikatoren zu 3:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung hat zur Erhebung der Nutzerinnenzufriedenheit folgende Aspekte beschrieben:

- Turnus in dem die Zufriedenheit der Nutzerinnen erhoben wird
- Information der Nutzerinnen und Mitarbeiterinnen über die Erhebung
- Festlegung einer geeigneten Erhebungsmethode (z. B. Fragebogen, Interview etc.)
- Durchführung der Erhebung
- Auswertung und Analyse der Erhebung
- Kommunikation der Ergebnisse intern (z. B. Mitarbeiterinnen) und extern (z. B. Träger, Kooperationspartner)
- Ableitung von Zielen und konkreten Verbesserungsmaßnahmen bzw. Einspeisung in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess



D 15 Wirtschaftliches Handeln

Allgemeine Qualitätsaussage

Die Katholische Schwangerschaftsberatung arbeitet wirtschaftlich. Alle wirtschaftlichen Entscheidungen orientieren sich an der Aufgabenstellung. Danach werden auch nachhaltige Wirkungen berücksichtigt. Die Arbeitszeit und die Qualifikation der einzelnen Mitarbeiterinnen sind die wichtigsten Ressourcen. Unter Einsatz geeigneter Methoden aus der Organisations- und Personalentwicklung wie der Betriebswirtschaft wird der bestmögliche Ressourceneinsatz zur Lösung der Aufgabenstellung ermittelt und verwirklicht. Dabei kommt den Strategien der Planung, Steuerung, Durchführung und Kontrolle eine zentrale Bedeutung zu. Grundlage ist eine für alle Ebenen nachvollziehbar und transparent dargestellter Ressourceneinsatz. Der Umgang mit den Ressourcen, die Beschaffung, Erhaltung und Pflege sowie die Entwicklung von materiellen und immateriellen Ressourcen basiert auf den in diesem Bundes-Rahmenhandbuch beschriebenen Grundlagen der Katholischen Schwangerschaftsberatung.

Praxisindikatoren zu 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- verfügt über eine ordnungsgemäße Buchführung
- erstellt Auswertungen und Aufstellungen der bewerteten Geschäftsvorgänge zur weiteren Bearbeitung der Daten (z. B. Kostenrechnung)
- verfügen über zeitnahe Informationen über die Liquidität und Vermögensstruktur der Einrichtung
- erstellt den Jahresabschluss fristgerecht zum Ablauf des Geschäftsjahres, der nach Möglichkeit durch einen Wirtschaftsprüfer testiert wird
- ermöglicht eine zeitnahe Kostenkontrolle und -steuerung und kann aussagekräftige Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit vorlegen
- teilt Risiken einer finanziellen Unterdeckung der Führung (und dem Vorstand) der Einrichtung schnellstmöglich mit, damit diese im Bedarfsfall frühzeitig Maßnahmen ergreifen kann

Praxisindikatoren zu 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung:

- schafft Einfluss- und Qualifizierungsmöglichkeiten für alle Mitarbeiterinnen, um Kosten zu reduzieren und Ressourcen nutzbringend einzusetzen
- stellt den Einsatz der Ressourcen für alle Mitarbeitende transparent dar

Qualitätsanforderung 1:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung verpflichtet sich zu wirtschaftlichem Handeln und wendet hierzu angemessene betriebswirtschaftliche Methoden an.

Qualitätsanforderung 2:

Die Katholische Schwangerschaftsberatung fördert ihre Mitarbeiterinnen darin, wirtschaftliche, finanzielle und persönliche Ressourcen optimal einzusetzen.

Perspektiven



E

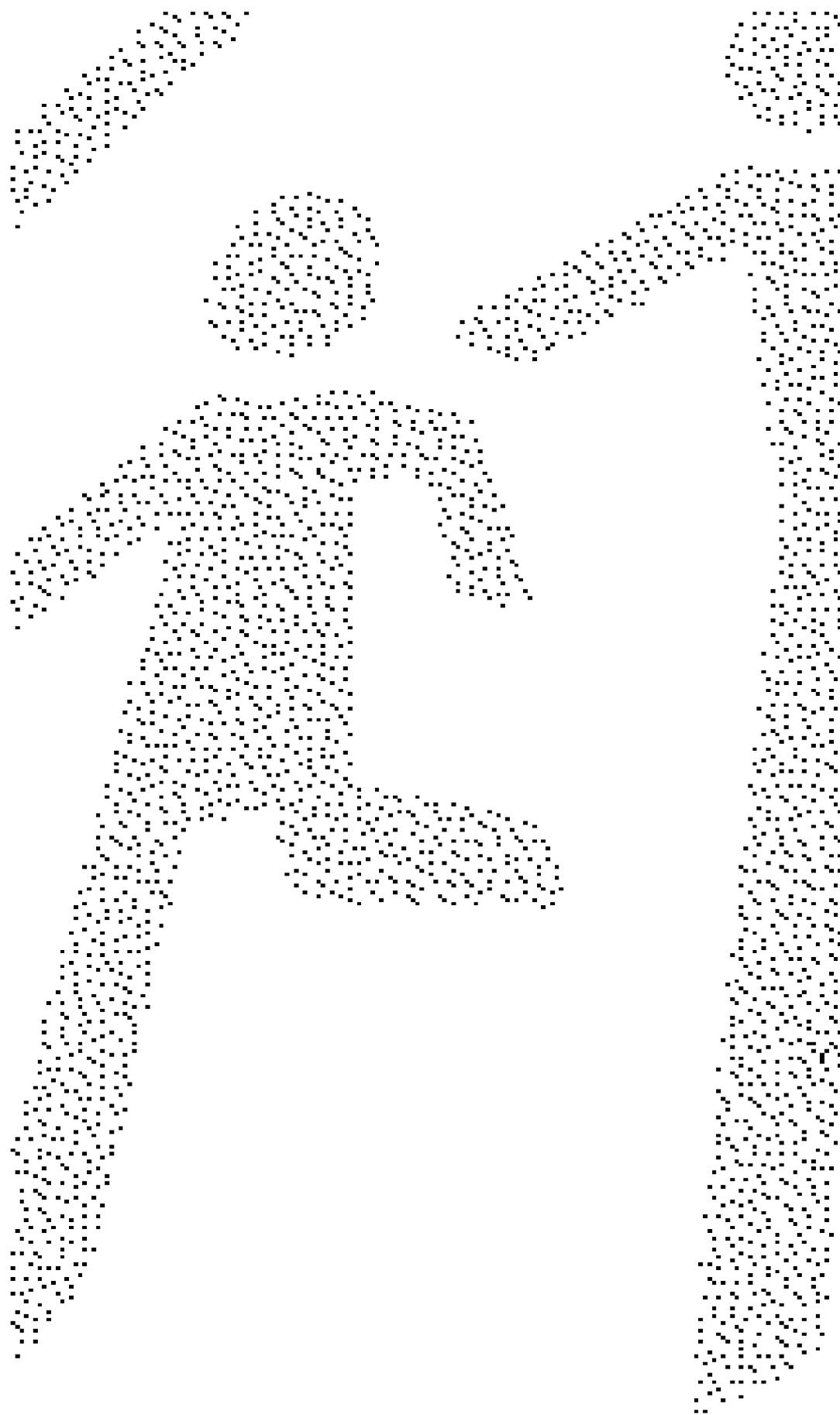
Dieses Bundes-Rahmenhandbuch zur Qualität der Katholischen Schwangerschaftsberatung dient den Trägern und Beratungsstellen der Katholischen Schwangerschaftsberatung als Orientierung bei der Erarbeitung eines einrichtungs- bzw. trägerspezifischen Qualitätsmanagements.

Mit der Vorlage des Bundes-Rahmenhandbuchs ist ein weiterer Schritt im Prozess der Qualitätsentwicklung hin zur Profilierung des Arbeitsbereiches der Katholischen Schwangerschaftsberatung als Fachdienst erreicht. Die Rahmenkonzeption und das Ergebnis deren Evaluation wurde hierfür fortgeführt und integriert.

Im nächsten Schritt geht es darum, die Qualitätsanforderungen des Bundes-Rahmenhandbuches bei den Trägern und in den Beratungsstellen schrittweise umzusetzen. Hierfür sind geeignete Formen der Unterstützung und Schulung zu entwickeln. Im Rahmen einer Selbstbewertung kann in einem ersten Schritt der Umsetzungsgrad der in diesem Bundes-Rahmenhandbuch genannten Qualitätsanforderungen erfolgen. Ausgehend von dessen Ergebnis (Ist-Soll-Vergleich) können in einem zweiten Schritt die Stärken und Verbesserungsbereiche identifiziert und in einem dritten Schritt in konkreten Verbesserungsprojekten weiter entwickelt werden.

Das Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung ist für Veränderungen und Weiterentwicklungen offen. Die Inhalte werden von der Arbeitsstelle Qualitätsmanagement/Qualitätspolitik des Deutschen Caritasverbandes regelmäßig überprüft, weiter entwickelt sowie den gesetzlichen, fachlichen, verbandlichen und kirchlichen Entwicklungen angepasst.

Mit der Umsetzung und Anwendung der oben beschriebenen Qualitätsanforderungen wird ein fachlicher Beitrag zur Etablierung der Marke „Katholische Schwangerschaftsberatung,, unter dem Dach von Caritas und SkF geleistet.



Anhang Glossar



Audit Der Begriff Audit stammt ursprünglich aus dem Lateinischen (audire) und bedeutet „hören“.
Das Audit ist eine systematische und unabhängige Untersuchung, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse den geplanten Anforderungen entsprechen und ob diese Anforderungen tatsächlich verwirklicht werden und geeignet sind, die formulierten Ziele zu erreichen (in Anlehnung an DIN EN ISO 9000:2005).

Beim Audit handelt es sich um eine Beurteilung in Form des Soll-Ist-Abgleichs, ob auf angemessene Art und Weise und wirksam die festgelegten Ziele erreicht werden. Das Audit wird durch Personen durchgeführt, die für die Betrachtungseinheit (z. B. Prozess Bewohneraufnahme) nicht verantwortlich sind, um Objektivität zu gewährleisten. Hierzu ist eine Person erforderlich, die über die erforderliche Qualifikation verfügt Interne Audits durchzuführen.

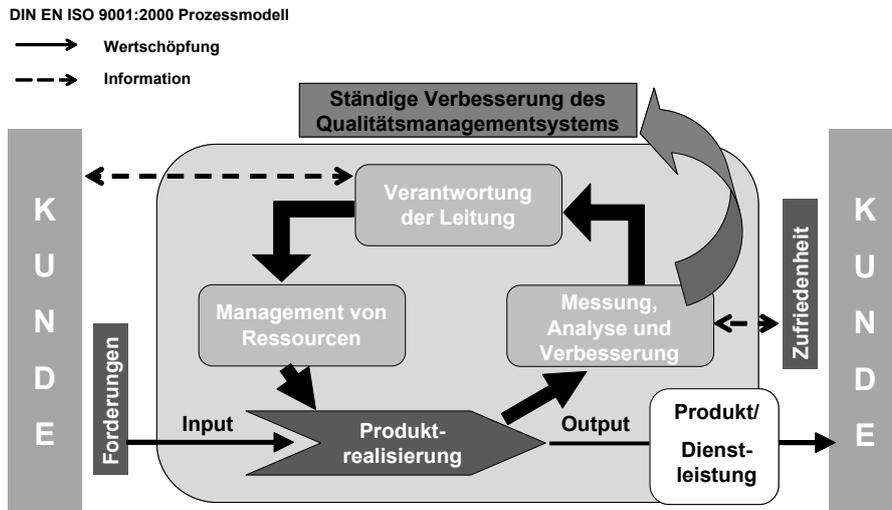
Beschwerde Eine Beschwerde ist eine Äußerung von Unzufriedenheit über Differenzen zwischen Kund(inn)enerwartung und empfangener Leistung gegenüber der verantwortlichen Organisation. Ursache ist ein aus Kund(inn)ensicht objektiv oder subjektiv empfundener Schaden oder ein schädigendes Verhalten durch das Unternehmen. Die Betroffenen erwarten eine Wiedergutmachung oder eine Beseitigung des Mangels.

Corporate Design (CD) Corporate Design bezeichnet einen Teilbereich der Corporate Identity (CI) und beinhaltet das gesamte visuelle Erscheinungsbild eines Unternehmens oder einer Organisation. Dazu gehören sowohl die Gestaltung der Kommunikationsmittel (z. B. Firmenzeichen, Geschäftspapiere, Werbemittel, Verpackungen) als auch das Produktdesign. Auch die Architektur wird bei einem durchdachten CD miteinbezogen. Die Gestaltung aller Elemente des Corporate Design geschieht unter einheitlichen Gesichtspunkten, um bei jedem Kontakt einen Wiedererkennungseffekt zu erreichen.

DIN EN ISO 9000:2005 Die Normen der DIN EN ISO 9000 Familie beschreiben Grundlagen, Begriffe, Anforderungen und einen Leitfaden zur Leistungsverbesserung von Qualitätsmanagementsystemen. Sie dienen dazu, den Aufbau und die Abläufe innerhalb einer Organisation in Führungsprozesse, Unterstützungsprozesse sowie Kern- bzw. Schlüsselprozesse zu strukturieren.

Die Normen der DIN EN ISO 9001:2000 definieren Anforderungen an den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems, die in einem externen Nachweisverfahren (Audit) überprüft werden können. Bewertet wird dabei nicht die Qualität des Produktes bzw. einer Dienstleistung, sondern die Konformität der jeweiligen Ablaufprozesse mit den im einrichtungseigenen Qualitätsmanagementhandbuch beschriebenen Prozessen. Nach DIN EN ISO 9000 wird die Qualität eines Produktes bzw. einer Dienstleistung mittels qualitätvoller Ablaufprozesse, die eine Organisation zuvor festlegt, sichergestellt. Im Rahmen der DIN EN ISO 9001:2000 wird ein Qualitätsmanagementsystem formuliert, dass von der Verantwortung der Leitung über das Ressourcenmanagement, die Produkt- bzw. Dienstleistungsrealisierung sowie die Messung und Analyse zur kontinuierlichen Verbesserung von Abläufen und Leistungen führt.

Abbildung 1: Das Prozessmodell der DIN EN ISO 9000 Familie



Unter den Begriff „Dokumente“ werden zwei Gruppen subsumiert: „Vorgabe“- und „Nachweisdokumente“. Für Nachweisdokumente wird sehr häufig der Begriff „Aufzeichnungen“ verwendet.

Vorgabedokumente beinhalten Forderungen an die Dienstleistung bzw. das Angebot-Produkt oder Anweisungen an auszuführende Tätigkeiten. Hierzu wird z. B. das QM-Handbuch, Verfahrensanweisungen oder auch Prozesslandkarten gezählt.

Zu mitgeltenden Dokumenten werden jene Vorgabedokumente gezählt, die im Rahmen einer Tätigkeit verwendet werden müssen, zur Erhebung von Daten dienen oder auf denen Verläufe dokumentiert werden.

Nachweisdokument (Aufzeichnung) ist ein Dokument, das erreichte Ergebnisse angibt oder einen Nachweis ausgeführter Tätigkeiten bereitstellt. Sie zeigen auf bzw. halten fest, weisen nach, dass die Tätigkeit gemäß den Forderungen bzw. den Vorgabedokumenten folgend erstellt oder erbracht wurden. Ergebnisse des Tuns werden festgehalten (z. B. Beratungsdokumentation, Dienstplanung, etc.).

Dokumente und Aufzeichnungen

Das EFQM-Modell für Excellence¹ der European Foundation for Quality Management dient der ganzheitlichen Betrachtung von Organisationen. Es besteht aus einer offen gehaltenen Grundstruktur, die zur Bewertung des Fortschritts einer Organisation in Richtung Excellence* herangezogen werden kann. Das Modell berücksichtigt die vielen Vorgehensweisen, mit denen nachhaltige Excellence in allen Leistungsaspekten erzielt werden kann.

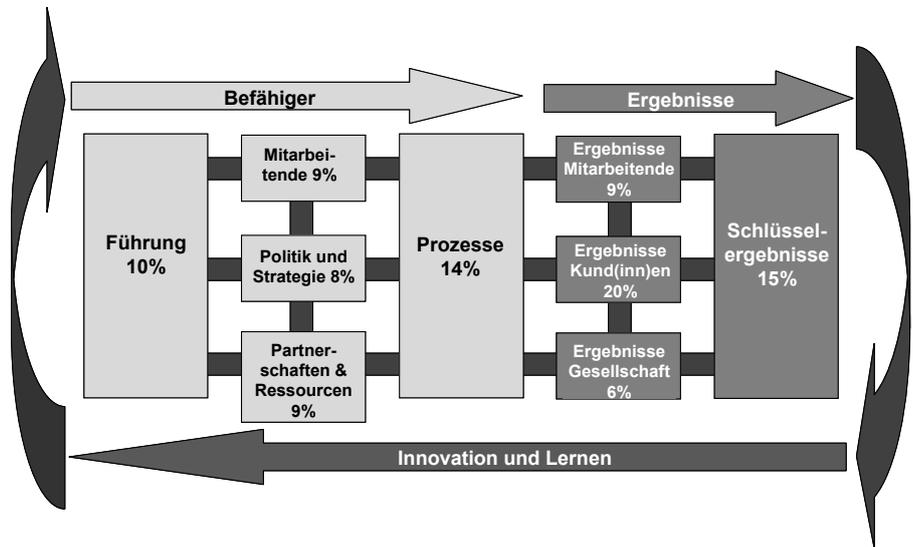
Das EFQM-Modell für Excellence

Es beruht auf folgender Prämisse:

Exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kund(inn)en, Mitarbeitende und Gesellschaft werden durch eine Führung erzielt, die Politik und Strategie mit Hilfe der Mitarbeitenden, Partnerschaften, Ressourcen und Prozesse umsetzt.

¹ Excellence ist definiert als überragende Vorgehensweise in der Führung der Organisation und beim Erzielen von Ergebnissen basierend auf Grundkonzepten der Excellence.

Abbildung 2: EFQM-Modell für Excellence (European Foundation for Quality Management)



(Deutsche EFQM, Homepage; Link: <http://www.deutsche-efqm.de/>, Einführung: Das EFQM-Modell für Excellence.)

Dabei werden die vier Ergebnis-Kriterien der Organisation mit den Befähiger-Kriterien in einen kausalen Zusammenhang gebracht. Die Befähiger-Kriterien behandeln das, was die Organisation tut, wie sie vorgeht. Die Ergebnis-Kriterien behandeln, was die Organisation erzielt. Dabei sind die Ergebnisse auf die Befähiger zurückzuführen, und die Befähiger werden ihrerseits aufgrund der Ergebnisse verbessert. (Vgl. das EFQM-Modell für Excellence 1999-2003.)

Die Befähiger-Kriterien sind jeweils in vier bis fünf, die Ergebniskriterien jeweils in zwei Teilkriterien untergliedert. Zu allen Teilkriterien werden Ansatz- oder Orientierungspunkte aufgeführt, die die Aspekte des jeweiligen Teilkriteriums näher erläutern.

Das EFQM-Modell stellt keine Liste von fest definierten Forderungen dar, sondern betrachtet alle Prozessebenen einer Organisation. Wichtig ist die kontinuierliche Weiterentwicklung hin zur Excellence, die zunehmende Reifung der Organisation. Für die Bewertung des Reifegrades anhand des EFQM-Modells hat die EFQM die RADAR-Bewertungsmethodik entwickelt. Dies bedeutet, dass der Reifegrad der Organisation an Ergebnissen (Results), den dazu führenden Vorgehensweisen (Approach), dem Grad der Umsetzung (Deployment) sowie an Bewertung und Überprüfung (Assessment and Review) gemessen wird. Dabei können die Einzelbewertungen der 32 Teilkriterien zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst werden, die zwischen 0 und 1000 Punkte liegt.

Eine Bewertung – im englischen Sprachgebrauch der EFQM als Assessment bezeichnet – erfolgt zunächst meist als Selbstbewertung (Self-Assessment). Sie liefert zielführende Aussagen einerseits über den Reifegrad, andererseits über Stärken und Verbesserungspotenziale der Organisation. Daraus leiten sich wichtige Verbesserungsprojekte ab.

Bei einem Fehler handelt es sich um die Nichterfüllung einer festgelegten Forderung.

Fehler

Indikatoren sind Merkmale, die stellvertretend und ausschnittsweise einen nicht direkt messbaren Sachverhalt erfassen.

Indikatoren

Unter Interessenspartnern werden all diejenigen verstanden, die ein Interesse an der Einrichtung haben. Das sind z. B. Angehörige der Kund(inn)en, der Pfarrgemeinderat, Pfarrer, Ärztinnen und Ärzte, Psycholog(inn)en, Selbsthilfegruppen vor Ort, Mitgesellschafter. Es können aber ebenso die Kostenträger wie Krankenkassen, Kommunen oder Landkreise, Aufsichtsbehörden, die politischen Gemeinden, andere (soziale) Einrichtungen, staatliche Aufsichtorgane, etc. sein.

Interessenspartner

Die interne Kommunikation umfasst alle geplanten und strukturierten Gespräche zum Informationsaustausch der Mitarbeiter(innen) untereinander und mit der Führung der Einrichtung. Sie beinhaltet kund(inn)en/nutzer(innen)- und einrichtungsrelevante Informationen zwischen Abteilungen und Mitarbeiter(inne)n, die für die allgemeine Organisation des Arbeitsalltags und dessen Abläufen erforderlich sind.

Interne Kommunikation

Kooperation ist die systematische, meist vertraglich geregelte oder auf Basis detaillierter Absprachen und Vereinbarungen und auf längere Zeit ausgerichtete Zusammenarbeit zwischen Partnern. Potenzielle Kooperationspartner für Einrichtungen und Dienste sind z. B.: Dienstleister(innen), Wirtschaftsunternehmen, Servicebetriebe, Lieferant(inn)en, Ausbildungsstätten, Hospizvereine, Kirchengemeinden oder auch Ehrenamtliche.

Kooperation

Als Kooperation wird die auf freiwilliger Basis beruhende, i.d.R. vertraglich geregelte Zusammenarbeit von rechtlich und wirtschaftlich selbstständigen Unternehmen bezeichnet, die diese eingehen, um ihre Leistungsfähigkeit zu steigern. (Vgl. Brockhaus, „Kooperation“, Bd. 16, 21. Auflage, 2006.)

Als Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) wird der aus dem japanischen Management-Prinzip des Kaizen entwickelte Versuch bezeichnet, positive Veränderungen im Unternehmen nicht in großen Sprüngen, sondern durch viele kleine Verbesserungen herbeizuführen. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Produkt- und Prozessqualität. Besonderes Gewicht kommt dabei den Mitarbeitenden zu, die ermutigt werden sollen, Verbesserungsvorschläge einzureichen. Es stehen aber nicht Einzelvorschläge im Vordergrund; der Fokus liegt auf der Erarbeitung von gruppen- oder teambezogenen Vorschlägen. Hierbei erkennt man auch eindeutig den Zusammenhang zwischen KVP und Gruppenarbeit/Teamarbeit. KVP wird hierbei als standardisierte Vorgehensweise implementiert. Betraf die Umsetzung früher nur direkte Bereiche (Fertigungs- oder Montagebereiche) eines Unternehmens, so wird der KVP mittlerweile auch in indirekten Bereichen (Vertrieb/Auftragsabwicklung, Einkauf/Beschaffung, Entwicklung/Konstruktion etc.) implementiert (ganzheitlicher KVP-Ansatz entlang aller Unternehmensprozesse).

KVP – Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Leitbild Das Leitbild überträgt die Vision in allgemein gültige und damit relativ abstrakte Aussagen über die anzustrebenden Ziel, Werte, Normen und Aktivitäten eines Unternehmens. (Vgl. Vahs, Dietmar/Schäfer-Kunz, Jan, Leitbild, in: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Lehrbuch mit Beispielen und Kontrollfragen, Stuttgart 2005, S. 190.)

Es ist ein realistisches Idealbild, ein Leitsystem, an dem sich alle unternehmerischen Tätigkeiten orientieren. (Vgl. Zollondz, Hans-Dieter, Leitbild, in: Ebd. (Hg.), Lexikon Qualitätsmanagement, Stuttgart u. a. 2001, S. 488.)

Personalentwicklung Die Personalentwicklung strebt eine Weiterentwicklung der Mitarbeitenden im Hinblick auf eine bessere Erreichung der Unternehmensziele an. (Vgl. Vahs, Dietmar/Schäfer-Kunz, Jan, Personalentwicklung, in: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Lehrbuch mit Beispielen und Kontrollfragen, Stuttgart 2005, S. 269ff.)

Die Dimensionen der Personalentwicklung umfassen die:

- Fachkompetenz: fachlich-anwendungsbezogenes Wissen
- Methodenkompetenz: analytisch-konzeptionelle Fähigkeiten
- Sozialkompetenz: personen- und gruppenbezogenes Verhalten

Prozess Ein Prozess ist die Serie von Tätigkeiten, die sich gegenseitig bedingen oder beeinflussen und Eingaben oder Ressourcen (Input) in Ergebnisse (Outputs) oder Wirkungen (Outcomes) umwandeln.

Unter einem Prozess wird die zielgerichtete Erstellung einer Leistung durch eine Folge logisch zusammenhängender Aktivitäten verstanden, die innerhalb einer Zeitspanne nach bestimmten Regeln durchgeführt wird. (Vgl. Vahs, Dietmar/Schäfer-Kunz, Jan, Prozess, in: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Lehrbuch mit Beispielen und Kontrollfragen, Stuttgart 2005, S. 250.)

Qualität Mit Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung gemeint, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. (Vgl. ISO 8402.)

Qualität ist Beschaffenheit. (Vgl. Zollondz, Hans-Dieter, Qualität, in: Ebd. (Hg.), Lexikon Qualitätsmanagement, Stuttgart u. a. 2001, S. 141.)

Qualitätsmanagementbeauftragte Bei den Qualitätsmanagementbeauftragten handelt es sich um von der Leitung beauftragte, fachkompetente Mitarbeitende. Ihre Aufgabe ist die Pflege des Qualitätsmanagementsystems. Befugnisse existieren in Bezug auf das Qualitätsmanagementsystem. Qualitätsmanagementbeauftragte haben keine Weisungsbefugnis und sind beratend tätig. Sie sind meist als Stabsstelle der Leitung zugeordnet.

Bei einem Managementsystem handelt es sich um eine grundlegende Struktur der Prozesse und Verfahren, mit denen eine Einrichtung sicherstellt, dass sie alle zum Erreichen ihrer Ziele erforderlichen Aufgaben bewältigt. Dem Qualitätsmanagementsystem kommt diese Aufgabe in allen Belangen der Qualität zu. Grundsätzlich kann bei Maßnahmen im Qualitätsmanagementsystem zwischen internen und externen QM-Maßnahmen unterschieden werden.

Interne QM-Maßnahmen beziehen sich auf sämtliche Aktivitäten der Organisation, die von ihr durchgeführt werden, um die Funktion des QM-Systems sicherzustellen. Solche Maßnahmen könne z. B. sein: Interne Audits, Pflegevisiten, Qualitätszirkel etc.

Unter externen QM-Maßnahmen können alle Aktivitäten subsumiert werden, bei denen eine Begutachtung, Überprüfung und Einschätzung von externer Stelle vorgenommen wird. Hier steht meist die Ergebnisqualität im Vordergrund. Externe Maßnahmen sind z. B. Überprüfungen durch den Träger, die Zertifizierung durch ein Zertifizierungsinstitut, die Heimaufsicht oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen.

Die Qualitätspolitik ist die Gesamtheit der übergeordneten Absichten und die Ausrichtung einer Organisation (Unternehmen) zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell vorgegeben werden. Die Qualitätspolitik der Organisation steht im Einklang mit dem übergeordneten Leitbild der Organisation und bildet den Rahmen für die Festlegung von nachgeordneten Qualitätszielen. (Vgl. DIN EN ISO 9001:2000.)

Qualitätsziele sind die Vorgaben des bezüglich Qualität Angestrebten oder zu Erreichenden. (Vgl. Zollondz, Hans-Dieter, Qualitätsziele, in: Ebd. (Hg.), Lexikon Qualitätsmanagement, Stuttgart u. a. 2001, S. 1019.)

Unter Vernetzung wird ein Geflecht von Beziehungen zu Personen in verschiedenen Organisationen/Institutionen verstanden, die helfen, rasch und frühzeitig an Informationen zu kommen. Die Zusammenarbeit erfolgt in einem losen Verbund ohne detaillierte Absprachen.

Weiterbildung dient der Vertiefung, Erweiterung oder Erneuerung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Menschen, die eine erste Bildungsphase abgeschlossen haben und in der Regel erwerbstätig waren oder in der Familie gearbeitet haben. Der Begriff Weiterbildung wurde 1970 vom Deutschen Bildungsrat geprägt um die verschiedenen Bereiche des Lernens nach der Erstausbildung zu integrieren. Inhaltlich wird differenziert nach:

- beruflicher Weiterbildung (oft auch als Fortbildung bezeichnet)
- politischer Weiterbildung
- und allgemeiner Weiterbildung

Qualitätsmanagementsystem

Qualitätspolitik

Qualitätsziele

Vernetzung

Weiterbildung

Heute ist als weiterer Unterbereich die Bezeichnung wissenschaftliche Weiterbildung üblich, insofern es sich um Weiterbildung auf Hochschulniveau handelt. Da auch in der Weiterbildung alle Lernformen verbreitet sind, wird zudem der Form nach unterschieden zwischen:

Formal organisierter Weiterbildung (z. B. Seminare, Kurse/Lehrveranstaltungen, aber auch E-Learning, CBT, WBT) und informeller Weiterbildung (z. B. informelles Lernen, Selbstlernen).

Zertifizierung Zertifizierung ist die Beurteilung der Konformität eines Qualitätsmanagementsystems anhand vorgegebener Kriterien durch unabhängige Dritte. Eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000ff. erfolgt durch akkreditierte Zertifizierungsunternehmen. Im Rahmen eines Audits wird ermittelt, ob ein Unternehmen die Bedingungen zur Zertifizierungserteilung erfüllt. Zu beachten ist, dass mit der Erteilung des Zertifikats nicht die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen einer Organisation bescheinigt wird, sondern die Übereinstimmung des Qualitätsmanagement-Systems mit dem jeweils geforderten Regelwerk der Norm.



Herausgegeben von:

Deutscher Caritasverband e.V.

Abteilung Soziales und Gesundheit

Arbeitsstelle Qualitätsmanagement/Qualitätspolitik

Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

(04/2008)

Telefon: 0761 200-0

Telefax: 0761 200-192

E-Mail: qualitaetsmanagement@caritas.de

Internet: www.caritas.de

Mitglieder des Fachbeirates

Christina Baum, Caritasverband für das Bistum Magdeburg e.V.

Gudrun Falk-Lutz-Bachmann, Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg (bis 31. Mai 2007)

Sabine Fähndrich, Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg

Prisca Forthofer, Caritasverband für die Diözese Speyer (bis 30. Juni 2005)

Susanne Germann-Behrens, Sozialdienst katholischer Frauen e.V., Hamburg

Regine Hölscher-Mulzer, Sozialdienst katholischer Frauen – Zentrale e.V., Dortmund

Christine Lampert, Caritasverband für die Diözese Speyer

Ursula Omer, Sozialdienst katholischer Frauen e.V., Aschaffenburg

Gabriele Pollaschek, Caritasverband für das Bistum Essen

Sandra Schrader, Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg (bis 30. April 2005)

Anna Elisabeth Thieser, Sozialdienst katholischer Frauen e.V., Würzburg

Arbeitsstelle Qualitätsmanagement des DCV

André Paul Stöbener, Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg (bis 31. Dezember 2006)

Julia Basan, Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg (bis 31. Dezember 2006)

2.4 Fachliche Grundlagen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

2.4.1 PND

<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/>

2.4.2 Kinderwunsch- und –Kinderwunschbehandlung

<https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/>

<https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung/>

2.4.3 PID

<https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung/praeimplantationsdiagnostik/>

2.4.4 Schwangerschaftsabbruch

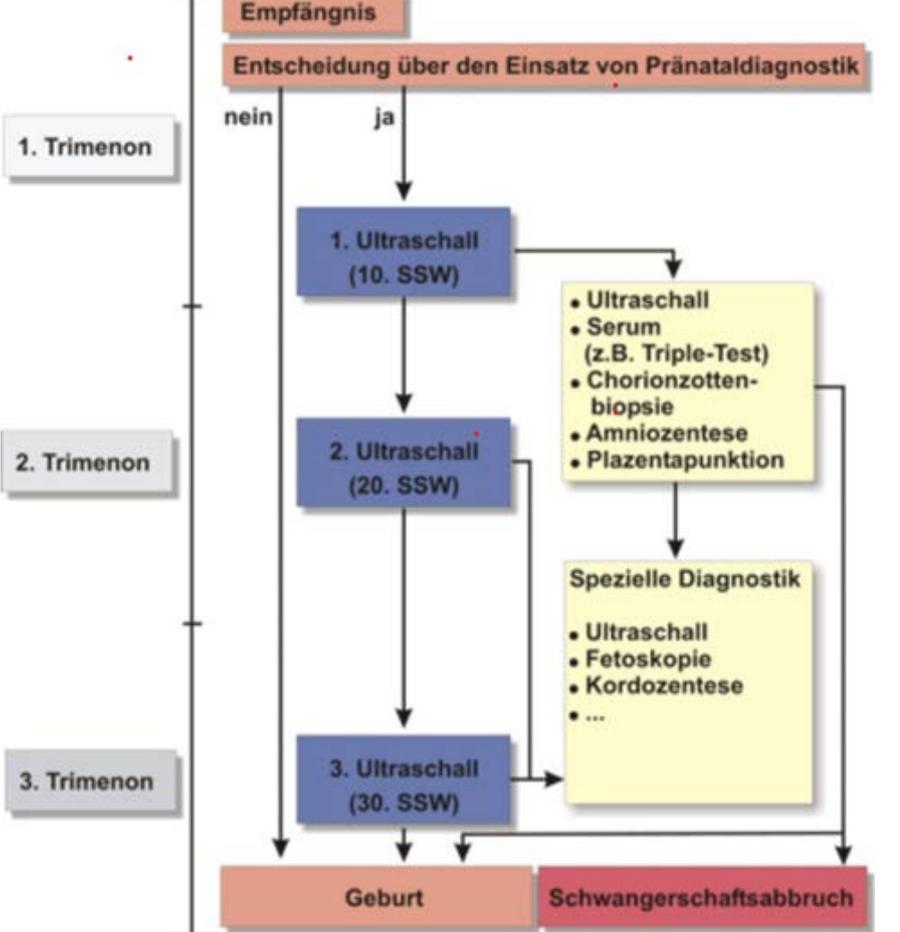
<https://www.familienplanung.de/beratung/schwangerschaftsabbruch/>

3. Pränataldiagnostik(PND)

3.1 Definition PND

3.2 Nichtinvasive Methoden der PND

3.3 Invasive Methoden der PND

FAQ 3.1	Definition Pränataldiagnostik
Schlagworte:	Invasive und nicht-invasive PND;Ultraschalluntersuchungen genetische Bluttests; Ersttrimester-Screening - Risikoabschätzungen Fruchtwasseruntersuchung/Amniozentese; Chorionzottenbiopsie Nabelschnurpunktion
Zuordnung:	PND
Erläuterung:	<p>Unter Pränataldiagnostik (PND) versteht man vorgeburtliche Untersuchungen, die Aussagen über bestimmte Krankheiten und Behinderungen des ungeborenen Kindes machen. Im Verlauf einer Schwangerschaft wird durch pränataldiagnostische Untersuchungen gezielt nach Hinweisen auf mögliche Fehlbildungen, Chromosomen-Abweichungen und erblich bedingte Erkrankungen beim ungeborenen Kind gesucht. Gibt es Hinweise auf eine Auffälligkeit, können weitere vorgeburtliche Untersuchungen folgen. Diese Untersuchungen gehören nicht zur regulären Schwangerschaftsvorsorge.</p> <p>Zu den Methoden der PND gehören nicht-invasive Verfahren (wie z. B. Ultraschalluntersuchungen, genetische Bluttests, Risikoabschätzungen wie das Ersttrimester-Screening) und invasive Verfahren (wie z.B. die Fruchtwasseruntersuchung/Amniozentese, die Chorionzottenbiopsie oder die Nabelschnurpunktion).</p>
Indikation	Gezielte Suche nach Hinweisen auf mögliche Fehlbildungen, Chromosomen-Abweichungen oder erblich bedingte Erkrankungen.
Zeitpunkt:	 <p>The flowchart illustrates the process of prenatal diagnosis across three trimesters. It begins with 'Empfängnis' (conception) and a decision on whether to use prenatal diagnosis. If 'nein' (no), the path leads to 'Geburt' (birth). If 'ja' (yes), the process starts with '1. Ultraschall (10. SSW)' in the first trimester. This leads to '2. Ultraschall (20. SSW)' in the second trimester, and then '3. Ultraschall (30. SSW)' in the third trimester. From the 10th SSW ultrasound, a branch leads to a box listing further tests: 'Ultraschall', 'Serum (z.B. Triple-Test)', 'Chorionzottenbiopsie', 'Amniozentese', and 'Plazentapunktion'. From the 20th SSW ultrasound, a branch leads to 'Spezielle Diagnostik', which includes 'Ultraschall', 'Fetoskopie', 'Kordozentese', and '...'. From the 30th SSW ultrasound, a branch leads to 'Spezielle Diagnostik'. The final outcomes are 'Geburt' (birth) or 'Schwangerschaftsabbruch' (pregnancy termination).</p>
https://de.wikipedia.org/wiki/Pränataldiagnostik	

Risiken:	<p>Bei den invasiven Methoden besteht das Risiko einer vorzeitigen Geburt bzw. Fehlgeburt.</p> <p>Die Testergebnisse sind häufig nicht eindeutig und ziehen weitere Untersuchungen nach sich. Es sind Fehlalarme möglich, ebenso können Erkrankungen oder Behinderungen übersehen werden.</p>
Grafische Darstellung:	<p><u>Darstellungen/ youtube</u></p> <p>Das MEDCAST-Team der FAU (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen https://www.youtube.com/watch?v=XYfuGvU9OJE) Gynäkologie Pränataldiagnostik Teil 1/2: In diesem Podcast erfahrt ihr das Wichtigste zu den drei Ultraschall-Untersuchungen der allgemeinen Pränataldiagnostik im ersten, zweiten und dritten Trimenon der Schwangerschaft. Stand 04.07.2016 https://www.youtube.com/watch?v=xQWiv34400E "Gynäkologie Pränataldiagnostik" Teil 2/2 stellt das Wichtigste über die invasiven und nicht-invasiven Untersuchungen der speziellen Pränataldiagnostik vor. Stand 22.07.2016</p>
Aspekte für die psychosoziale Beratung	<p>Im Rahmen der PND können Fragen zu den jeweiligen Untersuchungen, zum Recht auf Nichtwissen und zur informierten Entscheidungsfindung (für oder gegen die Inanspruchnahme von pränatal diagnostischen Untersuchungen) thematisiert werden. Da in den meisten Fällen keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, kann auch die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch in der Beratung thematisiert werden.</p>
Kosten:	<p>Bei Verdacht auf eine Auffälligkeit in der Entwicklung des Kindes, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für pränataldiagnostische Untersuchungen, ansonsten müssen sie als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) selbst bezahlt werden.</p> <p>Ergeben sich bei weiteren regulären Vorsorgeuntersuchungen Anzeichen, dass die kindliche Entwicklung beeinträchtigt sein könnte, werden die Kosten weiterer Untersuchungen jedoch von den Kassen übernommen.</p>
Quellen/Links:	<p>https://www.pnd-beratung.de/was-ist-praenataldiagnostik/ https://de.wikipedia.org/wiki/Pränataldiagnostik https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/</p>

3.2 Nichtinvasive Methoden der Pränataldiagnostik(PND)

- 3.2.1 Basisultraschall:
Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge
- 3.2.2 Screening in der Schwangerschaft
- 3.2.3 Nackentransparenzmessung
- 3.2.4 Spezielle Ultraschalluntersuchungen:
Doppler-, Organ-, 3D/4D Ultraschall
- 3.2.5 NIPT: Genetische Bluttests auf Chromosomenabweichungen

FAQ 3.2.1	Basisultraschall: Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge
Schlagworte:	Ultraschall, Schwangerenvorsorge
Zuordnung:	Verfahren der (allgemeinen) PND, nicht invasiv
Erläuterung:	<p>Für gesetzlich Krankenversicherte werden drei Basis- Ultraschalluntersuchungen angeboten. Diese Untersuchungen liefern grundlegende Informationen über die Schwangerschaft (Größe des Ungeborenen, Lage des Kindes, Lage des Mutterkuchens/Plazenta und der Fruchtwassermenge). Die Größe des Kindes wird gemessen und im Mutterpass in einer Wachstumskurve dokumentiert. Bei allen drei Ultraschalluntersuchungen wird überprüft, ob sich das Ungeborene altersgerecht entwickelt, ob es sich um Mehrlinge handelt und ob es Hinweise auf Entwicklungsstörungen gibt. Darüber hinaus wird bei den einzelnen Untersuchungen Folgendes untersucht:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basis-Ultraschalluntersuchung/ 9. bis 12. Schwangerschaftswoche: Bestätigung der Schwangerschaft, Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter, Entwicklung zu einem Embryo (bis zur 10. SSW) oder Fötus (nach der 10. SSW), Prüfung ob Herzschlag feststellbar ist und ob es sich um Mehrlinge handelt. Anhand der Körperlänge oder des Durchmesser des Kopfes kann die Schwangerschaftswoche und der voraussichtliche Geburtstermin geschätzt werden. 2. Basis-Ultraschalluntersuchung/ 19. bis 22. Schwangerschaftswoche Die Wahl zwischen zwei Alternativen ist möglich, um eventuelle Auffälligkeiten zu erkennen: <ol style="list-style-type: none"> a) eine „Basis-Ultraschalluntersuchung“: Messen der Größe von Kopf und Bauch des Kindes, Messen der Länge des Oberschenkelknochens, Beurteilung der Position der Plazenta in der Gebärmutter (Sitzt diese besonders tief, können bei der weiteren Betreuung und für die Geburt besondere Vorkehrungen nötig werden). b) eine „erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung“ (i.d.R. auch durch Frauenärztin/-arzt) Zusätzlich werden hier folgende Körperteile genauer untersucht: <u>Kopf</u> (Sind Kopf und Hirnkammern normal geformt? Ist das Kleinhirn sichtbar?), <u>Entwicklung von Hals und Rücken</u>, <u>Brustkorb</u> (Größenverhältnis von Herz und Brustkorb, Herz auf der linken Seite, Schlägt das Herz rhythmisch, vier Kammern des Herzens ausgebildet?), <u>Rumpf</u> (vordere Bauchwand geschlossen? Sind Magen und Harnblase zu sehen?) 3. Basis-Ultraschalluntersuchung/ 29. bis 32. Schwangerschaftswoche: Messen von Kopf, Bauch und Oberschenkelknochen, Kontrolle der Lage des Kindes und des Herzschlags. <p>Bei Auffälligkeiten im Ultraschall oder bei unklaren Ergebnissen können diese durch weiterführende Untersuchungen (z.B. Fein-Ultraschall /Organ-Ultraschall) abgeklärt werden.</p>
Indikation/ wann indiziert	Bestandteil der gesetzlichen Vorsorge
Zeitpunkt:	Ab Feststellung der Schwangerschaft; drei vorgesehene Ultraschalluntersuchungen (9. -12. SSW, 19. – 22. SSW und 29. – 32 SSW)
Risiken:	Aus medizinischer Sicht werden keine Risiken genannt
Aspekte für die psychosoziale	Die bildgebenden Verfahren der Ultraschalluntersuchungen vermitteln den Schwangeren (und ihre Partner) oftmals eine erste bildliche Vorstellung und

Beratung :	Information über das ungeborene Kind in der Frühschwangerschaft und unterstützen den Aufbau einer Beziehung zum Ungeborenen. Es können aber auch Amivalenzen und Verunsicherungen mit Blick auf die eigene Gesundheit, den weiteren Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Elternschaft bestehen, die in der Schwangerschaftsberatung zum Thema werden können. Das Thema individuelle Gesundheitsleistung/IGeL – z.B. weitere Ultraschalluntersuchungen ohne medizinische Begründung - kann thematisiert werden.
Kosten:	3 Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sind kostenlos. Darüberhinausgehende Feindiagnostik - ohne medizinische Begründung - muss selbst gezahlt werden (individuelle Gesundheitsleistung/IGeL). Wenn es besondere medizinische Gründe gibt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen auch weitergehende Ultraschalluntersuchungen.
Quellen/Links:	https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3476/2013-07-01_Merkblatt_Ultraschall_Heft.pdf https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/ultraschall/

FAQ 3.2.2	Screening in der Schwangerschaft (Erst- und Zweittrimester-Screening:
Schlagworte:	Untersuchungen zur Risikoeinschätzung einer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Bluttest, Nackentransparenz-Test,
Zuordnung:	Verfahren der PND, nicht invasiv
Erläuterung:	<p>Der Ersttrimester-Test (Ersttrimester-Screening) besteht aus einem Bluttest bei der Schwangeren und einer Ultraschall-Untersuchung des kindlichen Nackenbereichs (Nackentransparenz-Test).</p> <p><u>Bluttest:</u> Im Blut der Schwangeren werden bestimmte Hormon- und Eiweißwerte bestimmt: a) Wert des Hormons HCG (Humanes Choriongonadotropin) – dieses in der Schwangerschaft gebildete Hormon bewirkt die Ausschüttung des Hormons Progesteron. Ein erhöhter HCG-Wert kann auf eine Chromosomen-Störung beim ungeborenen Kind hinweisen. b) Bestimmung des Eiweißes PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A), das in der Plazenta gebildet wird. Ein niedriger PAPP-A-Wert kann ebenfalls ein Hinweis auf eine Chromosomen-Abweichung sein.</p> <p><u>Nackentransparenz-Test:</u> Mittels Ultraschall-Untersuchung werden die Nackenfalte und eventuell weitere Merkmale des Ungeborenen gemessen. Es wird geprüft, ob sich im Nackenbereich des Kindes unter der Haut Flüssigkeit angesammelt hat (auch „Nackenfaltenmessung“). Außerdem wird auf die Ausprägung des Nasenbeins geachtet, da eine verdickte Nackenfalte und ein verkürztes Nasenbein auf verschiedene Chromosomen-Abweichungen hindeuten können, zum Beispiel Trisomien oder auf einen Herzfehler.</p> <p>Aus den Ergebnissen dieser Tests wird die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Chromosomen-Abweichungen beim Ungeborenen berechnet. Dabei werden auch das Alter der schwangeren Frau und die Schwangerschaftsdauer berücksichtigt.</p> <p>Der Zweittrimester-Bluttest</p> <p>Ist der Zeitraum für den Ersttrimester-Test verstrichen, kann noch bis zur 20. Woche das Blut auf zwei, drei oder vier Eiweißstoffe untersucht werden. Hier wird das Blut der Schwangeren auf die Hormone HCG, Östriol und auf das Alpha-Fetoprotein (AFP) untersucht.</p> <p>Die <u>Östriol-Menge</u> im Blutserum gibt Aufschluss über die Funktionsfähigkeit der Plazenta. Das <u>Alpha-Fetoprotein</u> ist ein Bluteiweiß, das im Verdauungstrakt und in der Leber des Fötus gebildet wird und über den kindlichen Urin im Fruchtwasser in den mütterlichen Blutkreislauf gelangt. Ein erhöhter AFP-Wert kann ein Anzeichen für eine Mehrlingsschwangerschaft, aber auch für einen Neuralrohrdefekt sein. Ein niedriger Wert kann auf ein Down-Syndrom hinweisen.</p> <p>Aus den Ergebnissen wird die Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie 21, 18 oder 13 berechnet. Eine vergrößerte Nackenfalte kann auch auf einen Herzfehler oder eine andere Fehlbildung ohne Chromosomen-Abweichung hinweisen. In der 15. bis 20. Woche kann ein erhöhter AFP-Wert ein Anzeichen für einen offenen Rücken oder eine nicht geschlossene Bauchwand sein.</p> <p>Der Befund liegt jeweils nach wenigen Tagen vor. Ist er auffällig, können ein Fein-Ultraschall, ein genetischer Bluttest auf Chromosomen-Abweichungen und/oder eine Fruchtwasser-Untersuchung mehr Klarheit bringen.</p>

	<p><u>Hinweis:</u> Vor diesen Tests muss die Schwangere über Aussagekraft, Nutzen und Risiken der Untersuchungen ärztlich beraten werden und ihr schriftliches Einverständnis geben.</p> <p>Die Testresultate liefern keine endgültige Diagnose, sondern geben eine rein rechnerische Wahrscheinlichkeit an. Beim Ersttrimester-Test gibt häufig Fehlalarm: Bei ca. 96 von 100 Frauen mit auffälligem Befund bestätigt sich die Chromosomen-Abweichung nicht. Etwa 10 von 100 vorhandene Chromosomen-Abweichungen erkennt der Test nicht. Der Nackenfalten-Ultraschall allein sowie der Zweittrimester-Test sind ungenauer als der Ersttrimester-Test.</p>
Indikation/wann indiziert	Risikoeinschätzung einer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Bluttest
Zeitpunkt:	Ersttrimester-Screening zwischen der 10. und 14. SSW Zweittrimester-Bluttest bis zur 20 SSW
Risiken:	Weil die statistische Risikoeinschätzung lediglich eine Wahrscheinlichkeit angibt, ziehen auffällige Werte fast immer weitere Untersuchungen nach sich, zum Beispiel eine Punktion des Fruchtwassers (Amniozentese) oder auch einen Bluttest auf Trisomien.
Aspekte für die psychosoziale Beratung:	Der Ersttrimester-Test und der Zweittrimester-Bluttest liefert nur eine Risikoeinstufung, keine sichere Diagnose. Bei Verdacht auf Erkrankung/Behinderung des Kindes werden weitere Tests medizinisch empfohlen werden. Diese Untersuchungen und ggf. Folgeuntersuchungen lösen oftmals Verunsicherungen und Irritationen aus, die in der Schwangerschaftsberatung zum Thema werden können. Es geht darum die Frau dabei zu unterstützen eine informierte Entscheidung treffen zu können und sie in ihrer angespannten und ambivalenten Situation zu stabilisieren.
Kosten:	Beide Untersuchungen gehören zu den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL); die Kosten werden nicht von den Krankenkassen übernommen. Der Ersttrimester-Test kostet 200 – 300 Euro.
Quellen/Links:	https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/risikoeinschaetzungen/#c59995

FAQ 3.2.3	Nackentransparenzmessung
Schlagworte:	<ul style="list-style-type: none"> - Pränataldiagnostik - Nicht invasive PND - Ersttrimester Screening - Ultraschallmessung
Zuordnung:	Pränataldiagnostik PND
Erläuterung:	<p>Das Fenster für die Nackentransparenzmessung liegt zwischen der elften und 14. Schwangerschaftswoche. Sie gehört nicht zu den Routinechecks und erfolgt meist im Rahmen des Ersttrimester-Screenings. Der Arzt schaut per Ultraschall das Kind an und vermisst dabei die Flüssigkeitsansammlung unter der Haut des kindlichen Nackens. Ist diese vergrößert besteht das Risiko für eine Chromosomenstörung wie das Down-Syndrom (Trisomie 21), eine andere Fehlbildung oder einen Herzfehler.</p> <p>Etwa 75 % der Kinder mit Down-Syndrom können durch die Messung erkannt werden; Werden gleichzeitig noch zwei Hormone im Blut der Mutter bestimmt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit auf 85 %.</p>
Indikation:	im Rahmen des Ersttrimester-Screenings.
Zeitpunkt:	Zwischen der 11 und 14. Schwangerschaftswoche –
Risiken:	<p>Die Ultraschalluntersuchung ist risikofrei. Die Messung liefert keine sichere Diagnose, sondern ist eine Risikoabschätzung. Der Nackenfalten-Ultraschall allein ist ungenauer als der Ersttrimester-Test. Auffälligkeiten sind jedoch mindestens mit einer weiteren invasiven Methode verbunden (zum Beispiel Amniozentese).</p>
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Die Nacken Transparenzmessung ist nicht Teil der gesetzlich vorgesehenen Schwangerenvorsorge. Sie darf nur nach Aufklärung und mit Einverständnis der Schwangeren erfolgen. In der Beratung kann die Untersuchung zum Thema werden und mit Blick auf eine informierte Entscheidung beraten werden.
Kosten:	Diese Untersuchung gehört zu den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Kosten (120 bis 200 Euro) werden nicht von den Krankenkassen übernommen.
Quellen/Links:	https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/risikoeinschaetzungen/

FAQ 3.2.4	Spezielle Ultraschall-Untersuchungen
Schlagworte:	Dopplerultraschall, Feindiagnostik- oder Organ-Ultraschall, 3D/4D-Ultraschall
Zuordnung:	Pränataldiagnostik/PND, nicht invasiv
Erläuterung:	<p>Neben den drei Basis-Ultraschalluntersuchungen gibt es spezielle Ultraschall-Untersuchungen:</p> <p>Doppler-Ultraschall: Mit diesem Verfahren kann die Blutströmung in mütterlichen und kindlichen Gefäßen kontrolliert werden, wenn der Verdacht besteht, dass das Kind durch die Plazenta nicht ausreichend versorgt wird. Dieser Ultraschall ermöglicht es unter anderem auch, die Blutversorgung von bestimmten Organen und Geweben des Kindes zu kontrollieren. Die Vorhersage, ob bei in der Schwangerschaft eine kindliche Wachstumsverzögerung und/oder eine mütterliche Blutdruckerkrankung zu erwarten ist, ist möglich. Mit Hilfe der Farbdopplersonografie ist es darüber hinaus möglich, Gefäße und Gefäßgebiete auch farblich darzustellen (wichtig bei der Herzdiagnostik).</p> <p>Der Doppler-Ultraschall wird ab der 20. Schwangerschaftswoche empfohlen.</p> <p>Feindiagnostik- oder Organ-Ultraschall: Er wird auch als „Fehlbildungs-Ultraschall“ bezeichnet und wird mit einem hochauflösenden Ultraschallgerät in speziellen Zentren oder Praxen durchgeführt. Damit können ab der 13. Woche viele Organe genauer untersucht werden, auch das Herz (Echo-Kardiografie). Etwa die Hälfte aller schwerwiegenden Fehlbildungen ist zu diesem Zeitpunkt zu erkennen. Fast immer wird zur Ergänzung ein weiterer Organ-Ultraschall in der 20. bis 22. Woche empfohlen.</p> <p>Ein 3D/4D-Ultraschall Dieser Ultraschall produziert ein räumliches Bild des Ungeborenen, liefert aber nur selten medizinisch wichtige Informationen.</p>
Indikation/wann indiziert	Bei Verdacht auf kindliche Wachstumsverzögerung, Organ- und Herzdiagnostik des Kindes
Zeitpunkt:	Zwisch13 und 22. SSW
Risiken:	Aus medizinischer Sicht werden keine Risiken genannt
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Spezielle Ultraschall-Untersuchungen werden häufig auch „vorsorglich“ (z.B. bei Frauen ab dem 35. Lj) angeboten. Diese Untersuchungen lösen (insbesondere bei vorherig auffälligen Befunden) Verunsicherungen und Irritationen aus. Bei diagnostizierten Befunden geht darum die Frau dabei zu unterstützen hier eine informierte Entscheidung zu treffen. Es kann es in der Beratung um das Thema Leben mit einem kranken oder behinderten Kind oder auch Spätabbruch gehen.
Kosten:	Bei einem begründeten Verdacht auf eine Erkrankung des Kindes werden die Kosten dieser speziellen Ultraschall-Untersuchungen von den Krankenkassen übernommen, ansonsten sind sie als individuelle

	Gesundheitsleistung/IGeL privat zu finanzieren.
Quellen/Links:	https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/ultraschall/#c66137 https://www.frauenaerzte-im-netz.de/diagnostik/ultraschall-untersuchungen/doppler-ultraschall/

FAQ 3.2.5	NIPT - Bluttest
Schlagworte:	Untersuchung von Fetus und Plazenta zur Diagnostik
Zuordnung:	PND, nichtinvasive PND
Erläuterung:	<p>Nicht invasive Pränatal-Tests (NIPT) können schon früh einige Chromosomen-Abweichungen beim Ungeborenen feststellen. Hierzu wird der Schwangeren eine Blutprobe entnommen.</p> <p>Die Blutprobe wird im Labor untersucht und die im Plasma befindlichen DNA-Bruchstücke von Mutter und Kind werden isoliert und ausgezählt. Aus den im Blut der Schwangeren enthaltenen Fragmenten kindlicher DNA wird ermittelt, wie hoch beim Kind die Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie 21 (Down Syndrom), Trisomie 18 (Edwards-Syndrom) oder Trisomie 13 (Patau-Syndrom) ist. Zusätzlich kann bestimmt werden, ob beim Kind wie üblich zwei Geschlechtschromosomen vorhanden sind oder mehr bzw. nur eins (Monosomie X = Turner-Syndrom). Das Ergebnis des Tests liegt in der Regel innerhalb von 3-10 Arbeitstagen vor.</p>
Indikation/ wann indiziert	Der NIPT wird vor allem Frauen aus der sogenannten Risikogruppe angeboten, die ein auffälliges Ergebnis im Ersttrimester-Test, eine Chromosomen-Abweichung bei einer früheren Schwangerschaft oder in der Familie haben oder die über 35 Jahre alt sind.
Zeitpunkt:	ab der zehnten Schwangerschaftswoche
Risiken:	Der Bluttest lässt eine Risiko-Einstufung jedoch keine abschließende Diagnose zu, ob bei dem Ungeborenen eine Chromosomen-Abweichung vorliegt. Es sind drei verschiedene Befunde möglich und werden für jede Chromosomen-Abweichung gesondert angegeben: „niedriges Risiko“, „hohes Risiko“ und „unklarer Befund“.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Vor der Blutentnahme und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses muss die Ärztin/der Arzt die Schwangere nach den Vorgaben des Gendiagnostik-Gesetzes beraten und ihr schriftliches Einverständnis einholen. Es geht darum die Frau/das Paar in dieser Situation zu begleiten und bei einer informierten Entscheidung zu unterstützen.
Kosten:	<p>Bluttests auf Chromosomen-Abweichungen müssen in der Regel selbst bezahlt werden. Sie kosten je nach Umfang und Anbieter zwischen ca. 130 bis 540 Euro plus Kosten für die Beratung und Blutentnahme, (ca. 50 bis 60 €). Die genauen Kosten müssen in der Frauenarztpraxis erfragt werden.</p> <p>Krankenkassen übernehmen die Kosten „nur in begründeten Einzelfällen“ für Frauen mit Risikoschwangerschaften nach ärztlicher Beratung.</p>
Quellen/Links:	<p>Infobrief Pränataldiagnostik/Präimplantationsdiagnostik/ Reproduktionsmedizin; Ausgabe 1 / August 2017 und Ausgabe 2 / Dezember 2019: NIPT (Nicht invasive Pränataltests)</p> <p>https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/bluttests-auf-trisomien/</p>

3.3 Invasive Methoden der Pränataldiagnostik(PND)

3.3.1 Amniozentese – Fruchtwasseruntersuchung

3.3.2 Plazenta-Punktion – Chorionzotten-Biopsie

3.3.3 Nabelschnurpunktion – Cordozentese oder Chordozentese

3.3.4 Fetoskopie

FAQ 3.3.1	Amniozentese oder Fruchtwasseruntersuchung
Schlagworte:	Fruchtwasser-Punktion, Fruchtwasseruntersuchung, Ermittlung von Fehlbildungen
Zuordnung:	PND, Invasive PND
Erläuterung:	<p>Bei einer Fruchtwasser-Untersuchung (Amniozentese) wird Fruchtwasser aus der Fruchtblase entnommen. Die darin enthaltenen Zellen des Kindes werden auf Chromosomen-Abweichungen und vererbte Erkrankungen untersucht.</p> <p>Bei der Untersuchung wird eine dünne Hohlnadel durch die Bauchdecke und die Gebärmutterwand der Schwangeren in die Fruchtblase eingeführt und etwa 15 bis 20 Milliliter Fruchtwasser entnommen. Der Eingriff wird per Ultraschall überwacht. Eine örtliche Betäubung ist nicht erforderlich. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt.</p> <p>Die im Fruchtwasser enthaltenen Zellen des ungeborenen Kindes werden im Labor vermehrt und auf die Anzahl und Struktur der Chromosomen untersucht. Darüber hinaus kann die Konzentration der Eiweiße (Alpha-Feto-Protein) und Acetylcholinesterase (ACHE) ermittelt und eine DNA-Analyse durchgeführt werden.</p>
Indikation/wann indiziert	<p>Ermittlung von Fehlbildungen (Chromosomenanomalien, Gehirn- oder Rückenmarksfehlbildungen). Wartezeit bis zum Ergebnis ca. zwei bis drei Wochen.</p> <p>In besonderen Fällen ist ein Schnelltest (FISH-Test) innerhalb von etwa zwei Tagen möglich. Mit diesem Test kann die Anzahl der Chromosomen 13, 18 und 21 und der Geschlechts-Chromosomen des Kindes ermittelt werden. Die Befunde des FISH-Tests sind allerdings nicht hundertprozentig sicher und müssen durch die Ergebnisse der Langzeitkultur bestätigt werden.</p>
Zeitpunkt:	Ab der 15. SSW
Risiken:	<p>Die Punktion kann zu Wehen oder zum Abgang von Fruchtwasser führen und im schlimmsten Fall eine Fehlgeburt auslösen (0,5% der untersuchten Frauen).</p> <p>Bei der Fruchtwasser-Punktion ist eine Verletzung des Ungeborenen möglich, sie kommt aber äußerst selten vor.</p> <p>Mehr als 99 von 100 Frauen erhalten ein zutreffendes Ergebnis. Manchmal haben die untersuchten Zellen nicht alle dasselbe Chromosomen-Muster (Mosaik), dann ist der Befund unklar.</p> <p>Untersuchungen geben nur bedingt Aufschluss über Art, Schweregrad und Ausprägung einer möglichen Beeinträchtigung.</p> <p>Manchmal ist keine Auswertung möglich.</p> <p>Fehlbildungen, die nicht auf Veränderungen des Chromosomensatzes beruhen (zum Beispiel Fehlbildungen der Extremitäten oder auch Spaltbildungen im Gesicht), können mit einer Fruchtwasser-Untersuchung nicht entdeckt werden. Einige dieser Störungen können durch eine Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaftsmitteln erkannt werden.</p>
Aspekte für die psychosoziale Beratung :	<p>Wartezeit bis zum Eintreffen der Befunde wird von Schwangeren und ihren Angehörigen häufig als sehr belastend erlebt.</p> <p>Der Aufbau einer Beziehung zum Kind kann sich verzögern.</p> <p>Bei auffälligen Befunden gibt es in den meisten Fällen keine Therapie. Es kann sich die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch stellen. Es geht darum die Frau dabei zu unterstützen hier eine in-</p>

	formierte Entscheidung treffen zu können
Kosten:	Wenn kein Verdacht auf eine Auffälligkeit in der Entwicklung des Kindes besteht, müssen pränataldiagnostische Untersuchungen als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) selbst bezahlt werden. Der FISH-Test ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und muss in jedem Fall privat bezahlt werden. Frauen über 35 haben einen Anspruch auf eine von der Kasse bezahlte Fruchtwasseruntersuchung.
Quellen/Links:	https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/fruchtwasser-untersuchung/ https://www.degum.de/uploads/media/UIM_2013_34_Empfehlungen_DEGUMACundCVS.pdf

FAQ 3.3.2	Plazenta-Punktion oder Chorionzotten-Biopsie
Schlagworte:	Chromosomenveränderungen, DAN-Analyse
Zuordnung:	Verfahren der PND, invasiv
Erläuterung:	<p>Unter Ultraschallkontrolle wird mit einer 1,5 mm Hohlnadel Gewebe aus den Zotten (Chorion) oder der Plazenta entnommen. Die Biopsie kann über Scheide und Muttermund oder aber über die Bauchdecke vorgenommen werden. Die gewonnenen Gewebeproben können auf Veränderungen des Chromosomensatzes untersucht oder es kann eine gezielte DNA-Analyse durchgeführt werden.</p> <p>Die Untersuchung sucht gezielt nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chromosomenabweichungen • Vererbte Krankheiten (nach DNA-Analyse) • Muskel- und Stoffwechselerkrankungen • Bestimmung des Geschlechts des Kindes <p>Mosaikbefunde können eine Wiederholung der Untersuchung nötig machen. Unter einem Mosaikbefund versteht man, dass ein Teil der Zellen einen normalen Chromosomensatz hat und ein anderer Teil einen auffälligen Chromosomensatz. Mosaikbefunde gibt es nur bei Untersuchung von Plazentazellen, nicht bei Untersuchung von kindlichen Zellen. Die Ergebnisse liegen nach ein bis acht Tagen vor, ist eine Langzeitkultur erforderlich nach etwa zehn Tagen. Eine Langzeitkultur zur Sicherung der Ergebnisse sollte immer angeschlossen werden.</p>
Indikation/ wann indiziert	Nach einem auffälligen Ultraschallergebnis (Nackenödem), bei einer diagnostizierten Erbkrankheit nach genetischer Beratung, bei Verdacht auf eine Stoffwechselerkrankung oder zur Suche nach einer Chromosomenveränderung
Zeitpunkt:	Ab der 11. SSW als Chorionzotten-Biopsie möglich; ab der 14. SSW als Plazenta-Biopsie oder Plazentozentese
Risiken	<p>Erhöhtes Fehlgeburtsrisiko (1,5 – 4 %), Schmerzen und Blutungen nach dem Eingriff, in seltenen Fällen - besonders bei einer frühen Anwendung vor der 11. SSW kann es zu Missbildungen an Fingern, Zehen, Zunge oder Unterkiefer des Kindes führen.</p> <p>Fehldiagnosen kommen vor. Eine Beimischung mütterlicher Zellen bei der Untersuchung kindlicher Zellen macht eine Wiederholung nötig (Mosaikbefund).</p>
Aspekte für die psychosoziale Beratung:	<p>Es geht darum die Frau dabei zu unterstützen, eine informierte Entscheidung treffen zu können</p> <p>Bei diagnostischen Befunden gibt es in den meisten Fällen keine Therapie. Es kann sich für die Frau (im gesamten Verlauf des Verfahrens) die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch stellen.</p>
Kosten:	Wenn kein Verdacht auf eine Auffälligkeit in der Entwicklung des Kindes besteht, müssen pränataldiagnostische Untersuchungen als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) selbst bezahlt werden
Quellen/Links:	<p>SkF Landesverband Bayern e.V.: Wissenswertes zur Pränatalen Diagnostik.pdf (Homepage)</p> <p>https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/plazenta-punktion/</p>

FAQ 3.3.3	Nabelschnurpunktion – auch Cordozentese
Schlagworte:	- Invasive PND
Zuordnung:	Pränataldiagnostik PND
Erläuterung:	<p>Die Nabelschnurpunktion gehört zu den invasiven Verfahren der Pränataldiagnostik und wird in Spezialzentren durchgeführt. Der Eingriff wird mit Ultraschall überwacht und ist für Kind und Mutter in der Regel schmerzlos.</p> <p>Bei der Untersuchung wird eine feine Hohlnadel durch die Bauchdecke der Schwangeren in die Fruchthöhle zur Nabelschnurvene geführt und kindliches Blut entnommen. Das Blut des Kindes wird auf seine Zusammensetzung hin untersucht; außerdem werden aus dem Blut gewonnene kindliche Zellen als Zellkulturen zur weiteren Untersuchung angelegt.</p> <p>Das Blut des Kindes wird auf Blutarmut, Rhesus- und Blutgruppenunverträglichkeit oder Infektionen hin untersucht. Hier ist eine Behandlung des ungeborenen Kindes (z. B. Bluttransfusion) möglich. Daneben sind auch eine Chromosomenuntersuchung und eine Gen-Analyse möglich. Voraussetzung hierfür ist eine Humangenetischen Beratung und schriftliche Einwilligung der Schwangeren.</p>
Indikation:	bei verschiedenen Verdachtsdiagnosen z.B. auf Blutarmut, Röteln oder Nachweis einer anderen Infektion, Rhesusunverträglichkeit, Toxoplasmose, Chromosomenstörungen, Blutgruppenunverträglichkeit oder Stoffwechselstörung
Zeitpunkt:	Die Nabelschnurfunktion kann ab der 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden.
Risiken:	Die Punktion kann Wehen, eine Blutung oder eine Fehlgeburt auslösen (1-3 von 100 Frauen). Neben der Diagnose behandelbarer Erkrankungen können auch Erkrankungen festgestellt werden, die nicht behandelbar sind (Chromosomenabweichungen).
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Diese Untersuchung kann Verunsicherungen und ambivalente Gefühle bei der Schwangeren auslösen, die in der Schwangerschaftsberatung thematisiert werden. Ziel ist die Stabilisierung und Unterstützung der Frau bei einer informierten Entscheidung.
Kosten:	Bei medizinischer Begründung übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Untersuchung.
Quellen/Links:	https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/nabelschnurpunktion/

FAQ 3.3.4	Fetoskopie
Schlagworte:	Untersuchung von Fetus und Plazenta zur Diagnostik
Zuordnung:	PND, invasiver PND
Erläuterung:	<p>Die Fetoskopie ist eine endoskopische Methode in der Pränataldiagnostik und wird eher selten in spezialisierten Kliniken eingesetzt.</p> <p>Bei der Fetoskopie wird ein spezielles Endoskop, das sogenannte Fetoskop durch die Bauchdecke in die Gebärmutter und in die Fruchtblase eingeführt und ermöglicht die Betrachtung des Fetus, der Nabelschnur und der Plazenta. Dieser Eingriff ist besonderen Indikationen vorbehalten. Mit sehr dünnen optischen Instrumenten ist es möglich, in die Fruchthöhle einzugehen und den Fetus direkt zu betrachten. Von besonderem Interesse ist die detaillierte Beurteilung zum Beispiel der Hände und Füße (Anzahl der Finger und Zehen) oder des Gesichtes zur Klärung seltener genetischer Syndrome.</p> <p>Da Ultraschalluntersuchungen sich enorm weiterentwickelt haben und mittlerweile auch 3D-Aufnahmen möglich sind, wird eine Fetoskopie immer seltener durchgeführt.</p>
Indikation/ wann indiziert	<p>Eine Fetoskopie wird nur noch zur Diagnose seltener Hautkrankheiten und für Biopsien durchgeführt.</p> <p>Sie wird zur Behandlung des fetofetalen Transfusionssyndroms eingesetzt und dient als Grundlage für verschiedene Operationen im Bereich der Fetal-Chirurgie, so zum Beispiel zur intrauterinen Behandlung einer Spina bifida.</p>
Zeitpunkt:	Nach vorangegangenen diagnostischen Maßnahmen und vorliegenden Befund.
Risiken:	Dieser Eingriff ist mit einem hohen Risiko für eine Fehlgeburt oder Frühgeburt verbunden (etwa 5%)
Aspekte für die psychoziale Beratung	<p>Das pränatal diagnostische Verfahren, der Befund und die Möglichkeit eines kurativen Eingriffs kann als belastend erlebt und mit ambivalenten Gefühlen gegenüber der Schwangerschaft und dem Kind verbunden sein.</p> <p>Der Aufbau einer Beziehung zum Kind kann sich verzögern.</p> <p>Es geht darum die Frau/das Paar in dieser Situation zu begleiten und bei einer informierten Entscheidung zu unterstützen.</p>
Kosten:	Bei Vorliegen einer medizinischer Indikation übernimmt die Krankenkasse die Kosten.
Quellen/Links:	<p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf</p> <p>https://de.praenatal-mezizin.de/diagnostik/diagnostische-punktionen/fetoskopie/</p> <p>https://flexikon.doccheck.com/de/Fetoskopie</p>

4. Reproduktionsmedizin – Kinderwunschbehandlung

- 4.1 Definition Kinderwunschbehandlung – Künstliche Befruchtung
- 4.2 Methoden der Kinderwunschbehandlung - Künstliche Befruchtung
- 4.3 Kryokonservierung
- 4.3 Eizell-, Embryonen-, Gebärmutterspende
- 4.4 Leihmutterschaft

FAQ 4.1	Kinderwunschbehandlung
Schlagworte:	<ul style="list-style-type: none"> - Fruchtbarkeitsstörungen - Intrauterine /Extrauterine Insemination - Künstliche Befruchtung (ART) - Assistierte Reproduktion - In-vitro-Fertilisation (IVF) - Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
Zuordnung:	Kinderwunschbehandlung PID
Erläuterung:	<p>Die Voraussetzungen für eine Schwangerschaft sind vielfältig und sie stellt sich nicht automatisch mit Beendung von Verhütung ein. Abhängig vom Alter und der medizinischen Vorgeschichte der Frau und ihres Partners gilt aus medizinischer Sicht eine Wartezeit von einem Jahr als normal.</p> <p>Stellt sich die erwünschte Schwangerschaft nicht ein, können Frauen und ihre Partner ärztlich Hilfe suchen, um abzuklären, ob Fruchtbarkeitsstörungen vorliegen.</p> <p>Die häufigsten Fruchtbarkeitsprobleme bei Frauen sind hormonelle Störungen sowie organische Störungen in und an den Eileitern oder den Eierstöcken. Die häufigste männliche Fruchtbarkeitsstörung besteht darin, dass nicht genügend intakte und gut bewegliche Spermien produziert werden oder die Spermien sich nicht mit der Samenzellflüssigkeit vermischen können, weil die Samenwege teilweise oder ganz verschlossen - oder nicht vollständig angelegt - sind.</p> <p>Hier gilt es, mögliche Ursachen für die Fruchtbarkeitsstörung zu erkennen und diese, wenn möglich zu behandeln. Lässt sich die Fruchtbarkeit nicht verbessern oder sind die Ursachen der Fruchtbarkeitsstörung nicht behandelbar, besteht die Möglichkeit, Ei- und Samenzellen den Weg zueinander zu erleichtern. Das geschieht mithilfe von Techniken der künstlichen Befruchtung (assistierte Reproduktion - ART). Welches Verfahren geeignet ist, hängt sowohl von den Befunden des Mannes als auch der Frau ab. Die Entscheidung betrifft immer das Paar.</p> <p>Zu den Verfahren der ART gehören die Intrauterine Insemination (IUI), die In-vitro-Fertilisation (IVF) und vor allem die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).</p>
Indikation/wann indiziert	Wenn sich eine Schwangerschaft nicht von selbst einstellt und/oder Fruchtbarkeitsstörungen bei der Frau oder ihrem Partner bekannt sind.
Zeitpunkt:	Nach Diagnose von Fruchtbarkeitsstörungen
Risiken:	<p>Ungewissheit, ob die künstliche Befruchtung zu einer Schwangerschaft bzw. zu einer Lebendgeburt eines Kindes führt (z.B. Eileiterschwangerschaft, Fehlgeburt)</p> <p>Erfolgschancen hängen von persönlichen Voraussetzungen ab (z.B. Art der Fruchtbarkeitsstörung, Dauer der ungewollten Kinderlosigkeit, Alter der Frau /des Mannes, seelische Aspekte).</p> <p>Behandlung mit Hormonpräparaten zur Stimulierung der Eizellreifung sowie die verschiedenen Eingriffe zur Diagnostik und Therapie sind nicht ohne Risiko.</p> <p>Die Kinderwunsch-Behandlung kann die Frau, den Mann und ihre Beziehung zueinander (u.a. sexuelle Beziehung) ernsthaft belasten.</p> <p>Eine künstliche Befruchtung kann teuer werden. Die Krankenkassen</p>

	übernehmen die Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen und nur anteilig.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Ein unerfüllter Kinderwunsch belastet Paare in vielfältiger Weise. Dies kann sich für Frauen und Männer in unterschiedlicher Weise ausdrücken und stellt oftmals eine emotionale Krise im Leben des Paares dar. Unfruchtbarkeit ist mit Verunsicherung, Verlusterfahrung und einer Vielzahl von unangenehmen Emotionen verbunden (Trauer, Angst, Schmerz ...). Während einer Kinderwunschbehandlung entstehen darüber hinaus starke psychische Belastungen, die während der Wartezeiten nach Embryotransfer und bei ausbleibendem Erfolg zunehmen. Die Verarbeitung des Kinderwunsches, die Bedeutung für das Paar, Vermittlung von Informationen zur assistierten Reproduktion und Unterstützung und Begleitung während der belastenden Behandlungszeit sind wichtige Themen in der Beratung.
Kosten:	<p>https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/unterstuetzung-foerder-check/</p> <p>Gesetzliche Krankenversicherung Künstliche Befruchtung ist eine Paarbehandlung, das bedeutet, dass die jeweilige Krankenkasse und die Krankenkasse des/der Partner_in die Kosten anteilig tragen. Das Paar muss folgende Voraussetzungen nach § 27a SGB V erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Unfruchtbarkeit muss ärztlich festgestellt worden sein • die Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung muss attestiert sein • es dürfen ausschließlich die Ei- und Samenzellen des Ehepartners bzw. der Ehepartnerin verwendet werden • vor Behandlung muss eine medizinische oder psychosoziale Beratung stattgefunden haben • die Frau muss zwischen 25 und 40 Jahren alt sein, der Mann zwischen 25 und 50 Jahren <p>Sind die Voraussetzungen erfüllt, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen 50% der Kosten für bis zu drei Behandlungen.</p> <p>Private Krankenversicherung Für privat Versicherte gilt das „Verursacherprinzip“: Eine Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt nur bei demjenigen Ehepartner vor, der fortpflanzungsunfähig ist. Ist beispielsweise bei dem Mann die Fortpflanzungsunfähigkeit diagnostiziert worden – etwa bei einem eingeschränkten Spermogramm – übernimmt ausschließlich seine Versicherung die anfallenden Kosten. Darüber hinaus sind die Bestimmungen der privaten Krankenkassen sehr unterschiedlich. Paare sollten sich frühzeitig über die Möglichkeiten und Details der Kostenübernahme informieren.</p> <p>SGB II – keine Darlehensgewährung nach § 24 —I(Abweichende Erbringung von Leistungen) https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=LSG%20Berlin-Brandenburg&Datum=01.07.2016&Aktenzeichen=L%2026%20AS%201421/16 LSG Berlin Brandenburg; Urteil vom 26.05.2016 L 31 AS 247/15 In FEVS 68 (2017) S. 225 f ; § 24 SGB II Darlehen: Künstliche Befruchtung; unabweisbarer Bedarf</p> <p>Ergebnis: Ablehnend</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hinweis auf Entscheidungsgründe des SG v. 09.12.2015 mit aufgezeigter Rechtsprechung des BVerfG 2. Die Leistung der künstlichen Befruchtung ist keine notwendige

	<p>medizinische Therapie, sondern betrifft vorrangig die Wünsche eines Versicherten für seine individuelle Lebensgestaltung</p> <p>Bezuschussung durch den Bund - Wie hoch ist die Förderung? www.informationsportal-kinderwunsch.de Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellt seit April 2012 finanzielle Mittel zur Unterstützung ungewollt kinderloser Paare zur Verfügung. Diese sind daran geknüpft, dass sich das Bundesland, in dem das Paar seinen Hauptwohnsitz hat, in mindestens gleicher Höhe wie der Bund an den Behandlungskosten beteiligt.</p> <p>Mithilfe dieser Zuschüsse, die die Kostenbeteiligungen der Krankenversicherungen ergänzen, sinkt der Eigenanteil an den Behandlungskosten (in der Regel für die ersten drei Behandlungszyklen). Der Bund übernimmt dabei maximal 25 Prozent des, den Paaren nach Abrechnung mit der Krankenkasse verbleibenden, Eigenanteils. Zusammen mit der Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen, kann der Eigenanteil für Paare bei den ersten drei Behandlungen auf bis zu einem Viertel, bei der vierten auf bis zur Hälfte der Kosten gesenkt werden.</p> <p>Paaren, die in nichtehelicher Lebensgemeinschaft leben, wird künftig Zuwendungen für die erste bis dritte Behandlung in Höhe von bis zu 12,5 Prozent und für die vierte Behandlung in Höhe von bis zu 25 Prozent des Selbstkostenanteils gewährt.</p> <p>Der unterschiedlich hohe Selbstkostenanteil bei verheirateten und unverheirateten Paaren kommt dadurch zustande, dass nur verheiratete Paare die Leistungen der GKV gemäß § 27a SGB V erhalten können.</p> <p>Bezuschussungsmöglichkeiten durch die Länder Bisher nehmen die Länder Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen an der Bundesinitiative teil. Dabei gelten in jedem Bundesland unterschiedliche Bedingungen für eine finanzielle Unterstützung bei Kinderwunschbehandlungen. Auch Art und Höhe der Zuwendungen variieren.</p>
Quellen/Links:	<p>https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/</p> <p>www.informationsportal-kinderwunsch.de</p> <p>https://www.bkid.de/</p>

FAQ 4.2.1	Insemination / Samenübertragung
Schlagworte:	<ul style="list-style-type: none"> - homogene Insemination - heterogene Insemination - intra-uterine Insemination (IUI)
Zuordnung:	Kinderwunsch-Behandlung
Erläuterung:	<p>Bei der Insemination (Samenübertragung) werden Samenzellen direkt in die Gebärmutter der Frau eingebracht. So sollen die Samen die Eizelle schneller und in größerer Menge erreichen, als nach einem Geschlechtsverkehr (intra-uterin). Durch die vorherige Behandlung der Samenprobe im Labor und die Stimulierung der Eierstöcke, liegt die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit höher als bei normalem Geschlechtsverkehr.</p> <p>Die Insemination kann homogen (Spendersamen des Partners) oder heterogen (Spender, z.B. Samenbank oder soziales Umfeld) erfolgen.</p> <p><u>Wichtig bei einer Insemination sind folgende Punkte:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestimmung des Zeitpunktes Der Eingriff muss kurz vor dem Eisprung oder am Tag des Eisprungs stattfinden. Der Zeitpunkt des Eisprungs wird mit Ultraschalluntersuchungen und Hormonkontrollen ermittelt. 2. Aufbereitung des Spermias Bei der Insemination wird frisches oder kryokonserviertes („tiefgefrorenes“) Sperma benutzt. Bei frischem Sperma (homologe Insemination) gibt der Partner an dem Tag eine Samenprobe ab, die sofort im Labor aufbereitet wird, um möglichst viele vorwärtsbewegliche Samenzellen heraus zu filtern. 3. Einführung der Samenflüssigkeit Die aufbereitete Samenflüssigkeit wird über einen weichen Katheter direkt in die Gebärmutterhöhle der Frau injiziert. Dies ist der dezidierte Vorgang der intra-uterinen Insemination (IUI). Die Behandlung dauert nur wenige Minuten und ist für die Frau schmerzfrei. <p><u>Besonderheit:</u> Hormonelle Stimulation Die Insemination kann im sogenannten Spontanzyklus der Frau, also in ihrem natürlichen Zyklus, durchgeführt werden. Allerdings sind die Erfolgsaussichten etwas besser, wenn die Reifung der Eizellen durch niedrig dosierte Hormonpräparate unterstützt und der Eisprung gezielt ausgelöst wird (hormonelle Stimulation).</p> <p>Die Erfolgsquote liegt pro Behandlungszyklus und zusätzlicher hormoneller Stimulation bei etwa 15%. Ist die Zeugungsfähigkeit des Mannes zu stark eingeschränkt, bleibt diese jedoch wirkungslos und eine extra-uterine künstliche Befruchtung (In-Vitro-Fertilisation oder ICSI) kommt infrage.</p>
Indikation/ wann indiziert	<ul style="list-style-type: none"> - bei Frauen mit einer guten Eizellreserve - bei Frauen mit einem unregelmäßigen Eisprung - bei Männern mit leichter oder mittelschwerer Anomalie in der Spermienqualität

	- bei Männern die Träger einer genetisch übertragbaren Krankheit sind
Zeitpunkt	Eingriff kurz vor dem Eisprung oder am Tag des Eisprungs
Risiken oder Nebenwirkungen:	<p>Die Risiken bei einer künstlichen Besamung ohne hormonelle Stimulation sind gering. Durch die Verwendung von weichen und flexiblen Kathetern kann eine Verletzung der Gebärmutter bei der Insemination praktisch immer vermieden werden.</p> <p>Wird vor dem Eingriff eine hormonelle Stimulation durchgeführt, ist die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft erhöht.</p> <p>Möglich ist auch eine Belastung des Körpers durch Hormonpräparate, die in seltenen Fällen zu einem Überstimulationssyndrom führt. Dabei können unter anderem Übelkeit, starke Bauchschmerzen, Atemnot oder Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum auftreten. In seltenen schweren Fällen ist eine Klinikbehandlung notwendig.</p> <p>Die Hormonbehandlung geht oft mit einer hohen psychischen Belastung einher.</p>
Kosten:	<p>Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland übernehmen in der Regel 50 Prozent der Kosten für den Eingriff. Allerdings nur unter ganz speziellen Voraussetzungen und für eine begrenzte Anzahl von Versuchen. Diese Rahmenbedingungen sind jedoch von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich.</p> <p>Gesetzlich Versicherte haben nach §27a SGB V einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass sich ihre Krankenkasse an „Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ beteiligt. Voraussetzung hierzu ist ein Behandlungsplan mit anfallenden Kosten.</p> <p>Im Allgemeinen werden 50 Prozent der Behandlungs- und Medikamentenkosten für insgesamt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 Zyklen einer Insemination ohne vorherige hormonelle Stimulation plus • 3 Zyklen einer Insemination mit hormoneller Stimulation plus • 3 Zyklen einer IVF oder einer ICSI-Behandlung. <p>übernommen.</p>
Quellen/Links:	<p>https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung/die-samenuebertragung/</p> <p>https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/index.php?id=8</p> <p>https://vivaneo-ivf.com/de/kinderwunschzentrum-wiesbaden/behandlung/insemination</p>

FAQ 4.2.2	In Vitro Fertilisation
Schlagworte:	Künstliche Befruchtung, ICSI
Zuordnung:	Reproduktionsmedizin
Erläuterung:	<p>Bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) findet die Befruchtung nicht im Körper der Frau statt, sondern im Labor. Die Behandlung erstreckt sich häufig über mehrere Wochen.</p> <p>Bei der IVF ist fast immer eine Hormonbehandlung der Frau notwendig. Zu Beginn der Behandlung steht in den meisten Fällen die sogenannte Downregulation. Dabei unterdrücken Hormonpräparate die körpereigene Hormonausschüttung der Frau und verhindern so einen unkontrollierten Eisprung. Je nach Behandlungsschema beginnt bis zu 14 Tage später die gezielte hormonelle Stimulation der Eierstöcke. Sie soll die Eierstöcke dazu anregen, mehrere Eibläschen gleichzeitig reifen zu lassen. Dadurch erhöhen sich die Chancen, mehrere befruchtungsfähige Eizellen zu gewinnen.</p> <p>Für die Hormonstimulation werden Hormonpräparate gespritzt oder als Tablette eingenommen. In den meisten Fällen wird im Vorfeld ein Präparat mit dem Hormon FSH (follikelstimulierendes Hormon) gespritzt. Dies kann die Frau auch selbst übernehmen. Etwa eine Woche nach Beginn der Hormonstimulation werden mehrmals im Ultraschall die Größe und Reife der sich entwickelnden Eizellen kontrolliert und die Hormonwerte im Blut bestimmt. Sind die Eizellen herangereift, beendet die Frau die Hormoneinnahme. Mit einer Injektion des Hormons HCG (humanes Choriongonadotropin) oder eines GnRH-Agonisten wird etwa neun bis elf Tage nach Beginn der Stimulation der Eisprung eingeleitet.</p> <p>In manchen Fällen braucht es keine hormonelle Stimulation der Eierstöcke. Die In-vitro-Fertilisation findet dann im natürlichen Menstruationszyklus der Frau statt.</p> <p>Etwa 36 Stunden nach dem Eisprung werden die befruchtungsfähigen Eizellen mithilfe einer feinen Nadel aus dem Eierstock entnommen und mit Samenzellen des Partners zusammengeführt. Der Eingriff wird gewöhnlich über die Scheide durchgeführt und per Ultraschall am Bildschirm verfolgt. In seltenen Fällen werden die Eizellen per Bauchspiegelung gewonnen. Die Frau erhält bei Bedarf Beruhigungs- oder Schmerzmittel und eine kurze Vollnarkose. Gelingt die Befruchtung und entwickeln sich die befruchteten Eizellen weiter, werden ein bis höchstens drei Embryonen wieder in die Gebärmutter übertragen. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen dürfen in Deutschland bis zu drei Eizellen in die Gebärmutter übertragen werden.</p> <p>Die Befruchtung im Labor Am Tag der Eizell-Entnahme wird frisches oder tiefgefrorenes (kryokonserviertes) Spermia des Partners benötigt.</p>

	<p>Bei einer starken Fruchtbarkeitsstörung des Mannes kann auch durch eine Hodenbiopsie gewonnenes und anschließend tiefgefrorenes (kryokonserviertes) Spermium zeitgerecht aufgetaut werden.</p> <p>Bevor Spermium und Eizelle zusammengebracht werden können, wird die Spermiumflüssigkeit im Labor aufbereitet. Ziel ist es, die Befruchtungsfähigkeit der Spermiumzellen zu verbessern und möglichen allergischen Reaktionen der Frau vorzubeugen. Anschließend bringt man Eizellen und Spermiumzellen in einer Nährlösung zusammen und gibt sie in einen Brutschrank. Hier soll es zur Befruchtung der Eizellen kommen.</p>
Indikation/wann indiziert	Störungen bei der Fruchtbarkeit des Mannes und/oder der Frau
Risiken:	Da in seltenen Fällen der Hormonstimulation eine Überstimulation der Eierstöcke auftreten kann, muss die Behandlung ärztlich gut überwacht werden. Nach der Punktion können leichte Blutungen auftreten.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Bei einem gesunden Paar beträgt die Chance auf eine Schwangerschaft innerhalb eines Zyklus etwa 20 bis 25 Prozent. Die Chancen, durch eine In-vitro-Fertilisation nach Embryonenübertragung schwanger zu werden, liegen bei etwa 28 Prozent. Nach der vierten Behandlung sind etwa 70 Prozent der Frauen schwanger. Zudem sind die Ergebnisse deutlich von individuellen Gegebenheiten wie Alter oder Körpergewicht der Frau abhängig. Bei Frauen über 40 liegt die Erfolgsrate deutlich niedriger.
Kosten:	Die Insemination mit hormoneller Stimulation kostet rund 1.000 Euro (ohne die Kosten für Medikamente, rund 750 Euro). Bei der In-Vitro-Befruchtung liegen die Kosten bei rund 3.000 Euro pro Zyklus. (Siehe auch FAQ 4.1)
Quellen/Links:	https://www.kindeshalb.de/welche-krankenkasse-uebernimmt-kuenstliche-befruchtung

FAQ 4.2.3	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
Schlagworte:	Samenspende, Kinderwunsch, künstliche Befruchtung
Zuordnung:	Künstliche Befruchtung
Erläuterung:	<p>Insemination ist die gängigste Methode zur künstlichen Befruchtung und wird mittlerweile weltweit angewendet. Die Auswahl der Spermien erfolgt in der Regel aufgrund ihrer Morphologie und Beweglichkeit. Auch mit wenigen und sogar unbeweglichen Samenzellen kann eine Befruchtung gelingen, da die Samenzelle in Vitro direkt in das Innere der Eizelle injiziert wird.</p> <p>Die Stimulationsbehandlung von Eizellen ist wie die für die In-vitro-Fertilisation. Auch die Eizellgewinnung ist nicht anders. Die Spermieninjektion (Mikroinsemination) wird unter einem hochauflösenden Spezialmikroskop mit feinsten Glaskapillaren durchgeführt. Nach der Injektion wird die Eizelle in ein Nährmedium gegeben und einen Tag in den Brutschrank gegeben. Dann findet eine Überprüfung statt. Bei erfolgreicher Befruchtung werden die Embryonen anschließend in die Gebärmutter zurückgegeben.</p>
Indikation/wann indiziert	Die ICSI findet Anwendung wenn vorangegangene In-vitro-Fertilisations-Versuche erfolglos blieben, der Mann eine schlechte Spermienqualität aufweist (Teratospermie, Asthenospermie) oder bei zu geringer Spermienmenge (Oligospermie).
Grafische Darstellung:	 <p>Aspiration des ausgewählten Spermiums mit der Stechkanüle</p> <p>Punktion der Eizelle. Diese wird links von einer Saugkanüle festgehalten, rechts wird sie mit der Stechkanüle punktiert (Kreis). Die Zellmembran dellt sich schon weit nach innen ein, ist aber noch nicht durchstoßen.</p> <p>Injektion des Spermiums durch die Stechkanüle in das Ooplasma. Dieser Vorgang ist noch nicht mit der Befruchtung identisch, diese erfolgt später von selbst (oder – in bis 20 % – nicht).</p>
Kosten:	Die Kosten hängen von der Methode, der Anzahl der Zyklen und den eingesetzten Medikamenten ab. Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen übernehmen zwar in vielen Fällen einen Teil der anfallenden Kosten, meist aber nicht die Kosten komplett. In aller Regel müssen Sie daher einen Teil der Gesamtkosten selbst tragen. Unter bestimmten Voraussetzungen und je nach Bundesland bezuschusst der Staat die Behandlung.

Quellen/ Links:	https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/recht-und-finanzen/kosten-fruchtbarkeitsbehandlung/ www.krankenkassen.de › kuenstliche-befruchtung https://de.wikipedia.org/wiki/K%C3%BCnstliche_Befruchtung#Donogene_bzw._heterologe_Insemination
--------------------	--

FAQ 4.2.4	Mitochondrien Ersatztherapie
Schlagworte:	Kinderwunsch, künstliche Befruchtung Erbgut, Erbkrankheiten, mitochondrialer Gendefekt, Mitochondrien Spende
Zuordnung:	Reproduktionsmedizin und Kinderwunschbehandlung
Erläuterung:	<p>Jede unserer Körperzellen trägt in ihrem Kern DNA. Neben dieser Kern-DNA gibt es noch einen zweiten Erbgut-Strang – die Mitochondrien.</p> <p>Mitochondrien sind kleine Zellorganellen und werden auch als Kraftwerk der Zelle bezeichnet, da sie die Funktion haben, den universellen Energieträger für alle Zellen (Adenosintriphosphat (ATP)) zu produzieren. Mitochondrien werden über die Eizelle – also über die Mutter – an die Nachkommen weitergegeben</p> <p>Mitochondrien besitzen eine eigene DNA und vermehren sich unabhängig von ihrer Mutterzelle.</p> <p>Genau wie bei der Kern-DNA, die Träger von 22 000 Genen ist, kann es auch bei den 37 Genen der mütterlichen mitochondrialen DNA Mutationen geben. Fehlfunktionen der Mitochondrien, lösen schwerwiegende Erkrankungen aus und führen zum Versagen des zellulären Energiestoffwechsels. Insbesondere Zellen, die einen hohen Energiebedarf haben, wie z.B. Muskel- und Nervenzellen sind betroffen. Aber auch Schädigungen des Herzens, der Augen und des Innenohrs, des Magen-Darm-Traktes, der Leber oder der Bauchspeicheldrüse können Folgen sein. Etwa eines von 5000 Kindern kommt mit fehlerhaften Mitochondrien zur Welt. Eine ursächliche Therapie gibt es derzeit nicht, behandelt werden die Symptome.</p> <p>Mit der Mitochondrien Ersatztherapie sollen Mütter, die ein hohes Risiko haben, eine schwere mitochondriale Erbkrankheit weiterzugeben, die Chance auf ein gesundes Kind bekommen. Bei der Mitochondrien Ersatztherapie - auch als Mitochondrien-Spende bezeichnet - findet ein Austausch der Erbinformation einer Eizelle statt. Dabei wird das Erbmaterial der biologischen Eltern mit dem einer Spenderin kombiniert</p> <p>Die Voraussetzung für eine solche Ersatztherapie ist immer eine künstliche Befruchtung, da im Kontext der Befruchtung eine Gentherapie erforderlich ist. Derzeit sind zwei Behandlungsvarianten möglich. Der Austausch von Eizellen kann entweder kurz vor oder nach der Befruchtung erfolgen.</p> <p>Verfahren</p> <p>Aus der Eizelle der Mutter mit defekten Mitochondrien wird das genetische Material - mit Ausnahme der 37 Mitochondrien – entnommen und in die Eizelle einer gesunden Spenderin transferiert. Aus der Eizelle der gesunden Spenderin wird das im Zellkern vorhandene Erbgut entfernt sodass nur noch die Mitochondrien vorliegen.. Die so gebildete zusammengeführte neue Eizelle wird dann per In-Vitro-Fertilisation (IVF) mit dem Spermium des Vaters befruchtet. Der so gebildete „Nachwuchs“ trägt dann 22.000 Gene der leiblichen Eltern und 37 Mitochondrien der Spenderin in sich (Drei-Eltern-Baby).</p> <p>Ein Mitochondrien-Transfer ist in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz nicht erlaubt, da es sich um einen Eingriff in die Keimbahn handelt und somit auch eine Weitervererbung an die folgenden Generationen möglich wäre.</p>

Indikation	Vorliegen eines Mitochondrien-Defekts/ einer mitochondrialen Erbkrankheit bei der Mutter
Zeitpunkt	Bei Kinderwunsch und vor einer IVF
Risiken	Es besteht das medizinische Risiko, dass es während der Behandlung technisch nicht immer gelingt, den Zellkern aus der Eizelle der Mutter ohne vollständige Entfernung der mütterlichen Mitochondrien zu übertragen. Neuere Studien deuten an, dass sich die defekten Mitochondrien im Laufe der Zeit anreichern und die Krankheit erneut auslösen können. Die Mitochondropathie wäre dann nicht geheilt, sondern ihr Ausbruch nur nach hinten verschoben.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Dieses Verfahren ist rechtlich fraglich (in Deutschland nicht erlaubt) und ethisch umstritten. Die entstandene Eizelle hat das Erbgut von zwei Frauen: Den Zellkern mit der mütterlichen DNA und die mitochondriale DNA der anonymen Spenderin.
Kosten:	Derzeit bei ca. 10 000 €
Quellen/Links:	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73950/Drei-Eltern-Baby-Mitochondrien-Transfer-nur-teilweise-erfolgreich https://www.wissensschau.de/reproduktionsmedizin/mitochondrien_spende_kuenstliche_befruchtung.php

FAQ 4.3.	Kryokonservierung
Schlagworte	Einfrieren von Ei- und Samenzellen, Künstliche Befruchtung, IVF und ICSI,
Zuordnung:	Reproduktionsmedizin und Kinderwunschbehandlung
Erläuterung:	<p>Es ist möglich Ei- und Samenzellen einfrieren zu lassen um sie zu konservieren. Auch im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung können überzählige befruchtete Eizellen im Vorkernstadium konserviert werden um sie zu einem späteren Zeitpunkt verwenden zu können.</p> <p>Durch die Lagerung in Stickstoff bleiben die Zellen nahezu unbegrenzt haltbar.</p> <p>Während kryokonservierte Samenzellen nach jahrelanger Lagerung nahezu gleich befruchtungsfähig bleiben, ist dies bei Eizellen anders. Die Schwangerschaftsraten sind nach Kryokonservierung von Eizellen deutlich niedriger als bei der Verwendung von frischen Eizellen.</p> <p>Erkenntnisse über ein erhöhtes Missbildungsrisiko konnten bisher nicht nachgewiesen werden..</p>
Indikation/wann indiziert	Erhaltung der Fruchtbarkeit/Zeugungsfähigkeit für eine spätere Schwangerschaft. Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (IVF) oder (ICSI)
Zeitpunkt:	Bei einer Krebserkrankung, bei späterem Kinderwunsch
Risiken:	Geringere Schwangerschaftsrate
Aspekte für die psychosoziale Beratung:	Es geht eher um Informationen zu Verfahren, Möglichkeiten, Chancen und Risiken der Kryokonservierung.
Kosten:	<p>Die Kosten werden in der Regel weder von den gesetzlichen noch von den privaten Krankenkassen übernommen. Für die notwendigen Voruntersuchungen und die Durchführung der Kryokonservierung muss mit einmaligen Kosten von ca. 300-500€ und Lagerungskosten in Höhe von ca. 20€ pro Monat gerechnet werden.</p> <p>Seit Juli 2020 werden die Kosten für die Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen unter bestimmten Voraussetzungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Damit soll Versicherten die Erfüllung eines Kinderwunsches nach keimzellschädigender Therapie durch künstliche Befruchtung ermöglicht werden.</p>
Quellen/Links :	<p>https://www.bundesgesundheitsministerium.de/kryokonservierung.html</p> <p>https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung/kryokonservierung/</p>

4.4 Eizell-, Embryonen-, Gebärmutterspende

4.4.1 Eizellspende

4.4.2 Embryonenspende

4.4.3 Gebärmutterspende

FAQ 4.4.1	Eizellenspende
Schlagworte:	Eizellenspende, Fruchtbarkeit, (unerfüllter) Kinderwunsch, Embryonenspende, Leihmutterschaft, biologische Elternschaft, soziale Elternschaft
Zuordnung:	Reproduktionsmedizin
Erläuterung:	<p>Die Eizellspende ist eine Behandlung der assistierten Reproduktion, die aus einer In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Eizellen einer Spenderin besteht. Mit Hilfe dieser Technik können Frauen schwanger werden, die ihre eigenen Eizellen aus verschiedenen Gründen nicht verwenden können. Die Eizellen der Spenderin werden mit dem Sperma des Partners oder fallweise mit Spendersamen befruchtet. Einer der Embryonen wird ausgewählt und in die Gebärmutter der Patientin übertragen.</p> <p>Im deutschen Embryonenschutzgesetz §1 ist geregelt, dass Eizellenspenden verboten sind: ... „Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer [...]</p> <p>2. es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt</p> <p>(3) Nicht bestraft werden</p> <p>1. in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1, 2 und 6 die Frau, von der die Eizelle oder der Embryo stammt, sowie die Frau, auf die die Eizelle übertragen wird oder der Embryo übertragen werden soll“.</p> <p>Da die Eizellspende in europäischen Nachbarländern allerdings nicht verboten ist (z.B. Österreich, Spanien), ist der sog. Kinderwunsch-Tourismus auch in diesem Kontext ein Thema.</p>
Indikation	(unerfüllter) Kinderwunsch
Zeitpunkt:	Medizinisch jederzeit möglich
Risiken:	Da die Spende in Deutschland illegal ist, gilt es diesen Fakt klar als Risiko zu benennen. Neben den psychosozialen Folgen gibt es (weitere) Risiken zu bedenken, wie z.B. mögliche Kosten(fallen) und juristische Unklarheiten. Die psychosozialen Folgen können sich neben dem moralischen Konflikt in zahlreichen Facetten zeigen. So kann es z.B. Phantasien über die Spenderin und den Prozess selbst geben und auch die Auseinandersetzung mit sozialer und biologischer Elternschaft kann Konflikte beinhalten. Wichtig ist es, neben der elterlichen Psyche auch an das (zukünftige) Kind und dessen Wohl zu denken.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Zum derzeitigen Zeitpunkt illegal. Über eine Überarbeitung des Embryonenschutzgesetzes von 1990 wird stark diskutiert. Argument ist vor allem, dass sich im medizinischen Bereich sehr viel verändert hat und das Gesetz somit nicht mehr der faktischen Lebenswirklichkeit entspricht.
Quellen/ Links	https://ivi-fruchtbarkeit.de/assistierten-reproduktion-behandlungen/eizellenspende/ https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_reproduktives_reisen.pdf

FAQ 4.4.2	Embryonenspende
Schlagworte:	(unerfüllter) Kinderwunsch, PID, PND, Kinderwunschbehandlung, Spende, Embryo,
Zuordnung:	Reproduktionsmedizin
Erläuterung:	<p>Während einer Kinderwunschbehandlung entstehen auf legalem Wege Embryonen bzw. befruchtete Eizellen, die der Kinderwunschpatientin nicht eingesetzt, sondern, für eine etwaige spätere Verwendung, tiefgefroren werden.</p> <p>(Genaugenommen wird die befruchtete Eizelle kurz vor der Verschmelzung der Zellkerne tiefgefroren, was bedeutet, dass es sich definitorisch nicht um einen Embryo handelt. Würde der Vorgang der Verschmelzung nicht durch das Einfrieren unterbrochen werden, so würde ein Embryo entstehen.)</p> <p>So entstehen in Deutschland viele „ungenutzte“ Embryonen, welche bei erfolgreicher Kinderwunschbehandlung weiter tiefgefroren, weggeworfen oder gespendet werden können. Ein Verkauf ist in Deutschland verboten. Das Spenderpaar muss das Auftauen der Embryonen sowie eine Freigabeerklärung zur Spende unterzeichnen.</p> <p>So kann bei erfolgreicher Vermittlung, die mit hohem Aufwand (Beratungen, Fahrten, Organisatorisches, ...) verbunden ist, das aufgetaute, gespendete Embryo einer anderen Frau eingesetzt werden.</p>
Zeitpunkt:	Im Zuge des Kinderwunsches/der Kinderwunschbehandlung
Risiken:	Ggf. psychologisch noch nicht erforschte (Langzeit-) Folgen für die Kinder/Familienkonstellationen. Ggf. Probleme bzgl. Unterhalt und Erbschaft.
Aspekte für die psychisch-soziale Beratung:	Eine gute juristische, wie psycho-soziale Beratung sowohl der Spender- wie auch der Empfängereltern ist dringend notwendig. Ebenso wichtig ist es die Kinder, die so entstehen, im Blick zu haben.
Kosten:	Keine, für die Spende an sich, da nur altruistisch erlaubt. Aber nicht pauschal zu benennende Kosten für Fahrten, ggf. z.B. juristische Beratungen, Hotelkosten, ...
Quellen/Links:	https://www.netzwerk-embryonenspende.de https://www1.wdr.de/wissen/mensch/embryonenspende-100.html

FAQ 4.4.3	Gebärmutterspende
Schlagworte:	Spende, ungewollt kinderlos, unerfüllter Kinderwunsch, biologische Elternschaft, soziale Elternschaft, Fruchtbarkeit,
Zuordnung:	Reproduktionsmedizin
Erläuterung:	<p>Bei einer Gebärmutterspende wird die Gebärmutter einer verstorbenen oder lebenden Spenderin einer Empfängerin eingesetzt. Im Vorfeld der Operation werden der Frau Eizellen (aus ihren eigenen Eierstöcken) entnommen, mit den Spermien des Mannes befruchtet und eingefroren. Eine Befruchtung auf natürlichem Weg ist nicht möglich, da die Frauen keine Eileiter haben. Wegen der Abstoßungsreaktion eignen sich für eine Gebärmutterspende in der Regel nur enge Verwandte. Nach dem Eingriff müssen die Frauen - wie bei jeder Organspende - dauerhaft Medikamente nehmen die das Immunsystem unterdrücken und eine Abstoßungsreaktion verhindern. Ungefähr ein Jahr nach der OP, wenn die Gebärmutter gut angewachsen ist und auch die Menstruation regelmäßig einsetzt, kann die Frau schwanger werden. Insgesamt handelt es sich um eine sehr neue Methode, die aufgrund der hohen Komplexität erst seit einigen Jahren medizinisch möglich ist und bisher kaum Anwendung findet. Von daher gibt es erst sehr wenige Erfahrungswerte.</p>
Indikation:	(unerfüllter) Kinderwunsch
Zeitpunkt:	Prinzipiell nach Prüfung der körperlichen Voraussetzungen immer möglich
Risiken:	<p>Die Voraussetzungen für die Gebärmutter-Transplantation sind sehr streng. Für die Entnahme muss die Spenderin eine achtstündige Operation auf sich nehmen. Damit der Körper das Organ nicht abstößt, müssen die Patientinnen Immunsuppressiva nehmen – Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken. Unklar ist auch, ob die Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken und auch während der Schwangerschaft eingenommen werden müssen, eventuell längerfristig zu Schäden bei den Müttern und ihren Kindern führen können. Denn Immunsuppressiva haben Nebenwirkungen.</p> <p>Körperliches Abstoßens des Organs durch die Empfängerin. Missglücken der Operationen. Von etwa 150 interessierten Spenderin-Empfängerin-Paaren blieben nach den Voruntersuchungen in Tübingen nur sieben übrig, die überhaupt für den Eingriff in Frage kamen. Bei zwei von ihnen ist die Transplantation der Gebärmutter geglückt. Zu den psychosozialen Folgen ist bisher nichts bekannt..</p>
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Die Gebärmutterspende ist ethisch umstritten. Ein Restrisiko für Lebendspenderinnen (bisher höchste Erfolgsquote) ist vorhanden, während auf Seiten der Empfängerin keine medizinische Notwendigkeit im klassischen Sinne herrscht.
Kosten:	Weil das Verfahren noch experimentell ist, ist die Behandlung nicht vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt.

Quellen/Links:

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/erstmals-geburt-nach-postmortaler-gebaermutterspende/>

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2019-05/uterus-spende-tuebingen-uniklinik-gebaermuttertransplantation-kinder-geburt>

FAQ 4.5	Leihmutterschaft
Schlagworte:	(unerfüllter) Kinderwunsch, soziale Elternschaft, biologische Elternschaft, Reproduktions-Tourismus, Eizellenspende, Samenspende, Babywunsch-Tourismus
Zuordnung:	Kinderwunschbehandlung
Erläuterung:	<p>Leihmutterschaft bedeutet, dass eine Frau ihre Gebärmutter für die Schwangerschaft und Geburt eines Kindes an ein anderes Paar verleiht. Das Baby der Eltern wird also von einer anderen Frau ausgetragen. Prinzipiell sind bzgl. der biologischen Elternschaft verschiedene Optionen möglich: Das eingesetzte Embryo kann aus Ei- und Samenzelle der Wunscheltern entstanden sein und ebenso mithilfe von Spenden.</p> <p>Leihmutterschaft ist in Deutschland verboten.</p> <p>Weltweit wird Leihmutterschaft unterschiedlich gehandhabt. In Deutschland sind die im Zusammenhang mit Leihmutterschaft stehenden Tätigkeiten von Ärzten nach dem Embryonenschutzgesetz strafbar. Auch die Leihmutterschaftsvermittlung ist nach dem Adoptionsvermittlungsgesetz unter Strafe gestellt. Nicht strafbar machen sich hingegen die „Wunscheltern“. In anderen Ländern, wie beispielsweise in Großbritannien, ist sie hingegen rechtlich gestattet. Allerdings nur, wenn die Leihmutter für ihre Dienste nicht bezahlt wird. Eine solche Leihmutterschaft wird als altruistische Leihmutterschaft bezeichnet. Die Leihmutter bietet ihren Körper freiwillig und aus selbstlosen Motiven an. In der Ukraine, in einigen US-Staaten sowie in weiteren Ländern ist nicht nur die altruistische, sondern auch die kommerzielle Leihmutterschaft erlaubt. Bei dieser wird die Leihmutter finanziell für ihre Schwangerschaft entlohnt.“ Aus diesem Umstand ergibt sich der sog. Babywunsch-Tourismus.</p>
Indikation/ wann indiziert	Bei (unerfülltem) Kinderwunsch: „Hormonelle Störungen, organische Fehlfunktionen, vernarbte Eileiter, eine fehlende Gebärmutter, Erkrankungen wie Endometriose oder ein zu hohes Alter können der Grund sein, warum Paare sich für eine Leihmutterschaft entscheiden. Für homosexuelle Männer, die ein Kind bekommen möchten, kann eine Leihmutterschaft ebenfalls ein Thema sein.“
Zeitpunkt:	Medizinisch prinzipiell fast jederzeit möglich.
Risiken:	<p>Generell viele Unklarheiten bzgl. Leihmutterschaft und Umgang. Z.B. was ist mit einem Kind, das mit einer Behinderung auf die Welt kommt und von den Wunscheltern nicht mehr aufgenommen werden will? Was ist, wenn sich die Wunscheltern während der Schwangerschaft trennen – ist die Leihmutter dann weiter zur Abgabe des Kindes verpflichtet?</p> <p>Psychosozial: wie geht es der Leihmutter bzgl. Der Abgabe? Was geschieht bei den Wunscheltern? Kaum wissenschaftli-</p>

	che Erkenntnisse.
Bewertung:	Viele Interessensgruppen fordern eine Überarbeitung des Embryonenschutzgesetzes, da dieses als von der Medizin überholt erachtet wird.
Kosten:	Sehr verschieden, da es einen großen Unterschied macht, ob es sich um eine altruistische Leihmutterschaft handelt oder nicht.
Links	https://www.auswaertiges-amt.de/de/service/fragenkatalog-node/06-leihmutterschaft/606160 https://www.eltern.de/baby/fuer-das-familienglueck-ueber-grenzen-gehen

5 Präimplantationsdiagnostik

5.1 Definition Präimplantationsdiagnostik

5.2 Genome Editing

FAQ 5.1	Definition Präimplantationsdiagnostik / PID
Schlagworte:	Kinderwunschbehandlung, Künstliche Befruchtung (IVF oder ICSI) Genetische Untersuchung des Embryos auf Gendefekte
Zuordnung:	Präimplantationsdiagnostik / PID
Erläuterung:	<p>Als Präimplantationsdiagnostik (PID) wird die genetische Untersuchung von Embryonen verstanden, die mittels künstlicher Befruchtung bzw. genauer In-vitro-Fertilisation (IVF) erzeugt wurden. Die PID wird vor der Übertragung des Embryos in die Gebärmutter angewendet, um genetische Variationen zu identifizieren, die möglicherweise zu Krankheiten, Behinderung, einer Tot- oder Fehlgeburt oder zum Tod des Kindes führen können.</p> <p>Verfahren der PID</p> <p>Die PID lässt sich als dreiteiliges Verfahren kennzeichnen, zu dem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die In-vitro-Fertilisation, 2. die genetische Untersuchung des aus dem Embryo gewonnenen Materials 3. die anschließende Implantationsentscheidung, also die Selektion eines oder mehrerer Embryonen aufgrund ihres genetischen Profils gehören. <p>Zu 1. In-vitro-Fertilisation Eine IVF ist im Rahmen der PID auch dann notwendig, wenn keine medizinische Indikation (z. B. Unfruchtbarkeit) vorliegt. Sie umfasst die hormonelle Stimulation der Frau, um möglichst viele Eizellen zu gewinnen (üblich sind zwischen 4 und 23). Die Eizellen werden der Frau entnommen und befruchtet. Dabei kommt in der Regel die Methode der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zum Einsatz. (sh. auch Kryokonservierung (Einfrieren) von befruchteten Eizellen oder Embryonen, um die einzelnen Verfahrensschritte in größerer zeitlicher Unabhängigkeit durchführen zu können).</p> <p>Zu 2: Genetische Untersuchung des aus dem Embryo gewonnenen Materials Hier kommt die Methode der Trophektodermbiopsie zum Einsatz, bei der der Embryo bis etwa zum 5. Tag in Kulturflüssigkeit gehalten wird, bis sich die innere (etwa 12 Zellen) und die äußere Zellmasse (etwa 100 Zellen) ausdifferenziert haben (Blastozystenstadium). Aus der äußeren Zellmasse, dem Trophektoderm, werden 6 bis 10 Zellen für die Untersuchung entnommen. In diesem Stadium treten weniger Mosaikere auf und die Zellentnahme gilt als weniger riskant, allerdings kann sich der längere Aufenthalt im Kulturmedium auch nachteilig auf die Entwicklung des Embryos auswirken. Weitere Verfahren der Gewinnung von Zellmaterial, die derzeit noch erprobt werden, sind die Blastozentese (Untersuchung der im Innern der Blastozyste befindlichen Flüssigkeit) sowie die Untersuchung von zellfreier DNA im Kulturmedium des Embryos.</p> <p>Ablauf einer PID:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Zentren fordern in der Regel detaillierte Informationen von den Paaren an, bevor sich die Beteiligten aus Medizin und

	<p>Humangenetik zunächst intern abstimmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dann wird das Paar zu den reproduktionsmedizinischen, humangenetischen und sozialpsychologischen Aspekten der Behandlung beraten. • Die Zentren entscheiden auf Basis der Indikation und der persönlichen Umstände des Paares, aber auch hinsichtlich der eigenen Kapazitäten über die Möglichkeit der Durchführung einer PID. (Sie unterstützen das Paar auch beim Antrag bei der PID-Ethikkommission) • Antrag bei der PID-Ethikkommission Wenn sowohl das Paar als auch das PID-Zentrum der Durchführung einer PID zustimmen, stellt die Frau einen Antrag bei der zuständigen PID-Ethikkommission. Die Entscheidung der PID-Ethikkommission erfolgt immer als Einzelfallprüfung anhand der medizinischen Indikation und unter Berücksichtigung sozialer Aspekte. Die Entscheidung wird der Antragstellerin nach spätestens 3 Monaten schriftlich mitgeteilt. • Durchführung der PID nach positivem Bescheid der Ethikkommission Je nach Verfahren der genetischen Untersuchung erfolgen in den Testlabors aufwendige Tests, die einige Monate dauern können, bis schließlich die Implantation des Embryos erfolgt.
Indikation/wann indiziert	<p>Die PID wird bei einer IVF oder ICSI aus folgenden Gründen angewendet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um Erbkrankheiten des Embryos zu entdecken. Mithilfe der PID können einerseits Chromosomenfehlverteilungen, wie sie beispielsweise bei der Trisomie 21 auftreten, erkannt werden. Daneben eignet sich das Verfahren auch dazu, einzelne Gendefekte aufzufinden. So lassen sich mit der PID beispielsweise die Stoffwechselstörung Mukoviszidose, das Nervenleiden Chorea Huntington oder die Bluterkrankheit (Hämophilie) in den genetischen Informationen finden. 2. Um das Geschlecht zu bestimmen. Das Geschlecht der Embryonen wird bei der PID bestimmt, um zu verhindern, dass Kinder mit Erbkrankheiten geboren werden, die nur bei einem bestimmten Geschlecht auftreten. So können Mütter aus Familien mit Bluterkrankheit die Erkrankung an ihren männlichen Nachwuchs weitervererben. Während sich die Krankheit bei Söhnen ausprägt, sind Töchter nicht davon betroffen. Der Arzt könnte in diesem Fall die männlichen Embryonen aussortieren und der Mutter nur die weiblichen übertragen.
Zeitpunkt:	Nach einer künstlichen Befruchtung (IVF oder ICSI) und vor einpflanzen des Embryos in die Gebärmutter
Risiken:	<p>Es kommt vor, dass die Zellen des Embryos durch die Untersuchung geschädigt werden und daraufhin vernichtet werden müssen.</p> <p>Daneben kann die Präimplantationsdiagnostik (PID) auch zu falschen Ergebnissen gelangen. Das bedeutet, dass gesunde Zellen eines Embryos fälschlicherweise für krank gehalten werden können und die Embryonen nicht weiter zur künstlichen Befruchtung verwendet werden.</p>

	<p>Sie werden vernichtet.</p> <p>Auf der anderen Seite können Erkrankungen auch übersehen und der Frau Embryonen mit unerwünschten Eigenschaften in die Gebärmutter übertragen werden. Um die Ergebnisse der PID zu überprüfen, schließen sich daher oft Untersuchungen der pränatalen Diagnostik an. Für Frauen sind mit der PID keine weiteren Risiken verbunden, als die der jeweiligen Technik der künstlichen Befruchtung, in dessen Rahmen die PID durchgeführt wird.</p>
Aspekte für die psychosoziale Beratung	<p>Im Gegensatz zu anderen Ländern ist die PID in Deutschland nur in sehr engen Grenzen erlaubt. Sie kommt nur dann infrage, wenn ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Erbkrankheit oder für eine schwere Schädigung des Embryos besteht, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Fehl- oder Totgeburt führen würde. Mit einer PID nehmen Paare ggf. „weite Wege“ und eine belastende Entscheidungsfindung auf sich. Mögliche Aspekte für die Beratung von Paaren, die eine PID erwägen, sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Stärke des Kinderwunsches und die Haltung zum Spätabbruch, - die Kosten der PID, die nicht von Krankenkassen übernommen werden, - die Auseinandersetzung mit dem Verfahren der PID selbst und mit dem Prüfungsverfahren der PID-Ethikkommission (als persönliche Herausforderung/als Hürde empfunden) - die Ungewissheit des Erfolgs in Anbetracht des Aufwands und der Risiken - der Behandlung, insbesondere für die Frau.
Kosten:	Kosten der PID werden nicht von Krankenkassen übernommen.
Quellen/Links:	<p>www.igwig.de https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung/praeimplantationsdiagnostik/</p>

FAQ 5.2	Genome Editing-Verfahren
Schlagworte:	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Eingriff zur Veränderung von defekten Erbinformationen/ Genmutationen • CRISPR/Cas • Prime Editing
Zuordnung:	Präimplantationsdiagnostik
Erläuterung:	<p><u>Genome Editing-Verfahren</u> ist ein Sammelbegriff für molekularbiologische Techniken zur zielgerichteten Veränderung der DNA indem defekte Gene aus dem Erbgut entfernt und durch gesunde ersetzt werden. Derartige Eingriffe in die menschliche DNA sind in Deutschland bisher nicht erlaubt. Derzeit stehen zwei Verfahren zur Verfügung:</p> <p><u>CRISPR/CAS:</u> (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) ist eine Methode um DNA mit einer molekularen Sonde gezielt zu trennen und anschließend zu verändern (auch als Gen-Schere bezeichnet). Auf diese Weise werden einzelne DNA-Bausteine ausgetauscht.. Zunächst muss im Genom– das oft aus Milliarden Basenpaaren (DNA-Bausteine) besteht – genau die Stelle im DNA-Doppelstrang gefunden und angesteuert werden, bei der eine Änderung durchgeführt werden soll. Wenn die Sonde diese „gefunden“ hat, dockt sie dort an, um den Strang genau an dieser Stelle mit einer molekularen „Schere“ zu durchschneiden - bei CRISPR ist es das Cas9-Protein, das an die RNA-Sonde gekoppelt ist. Anschließend werden die zelleigenen Reparatursysteme aktiv: Sie reparieren den durchtrennten DNA-Strang. Im Regelfall gehen bei der Reparatur an der Bruchstelle einzelne DNA-Bausteine verloren (nicht homologe Rekombination). Die Folge: Das betreffende Gen kann nicht mehr richtig abgelesen werden und ist somit blockiert. Möglich ist bei der Reparatur des Bruchs, zusätzliche Gen-Sequenzen einzufügen (homologe Rekombination). Nur die letzte Variante gilt international als Gentechnik und wird entsprechend des Urteils des Der Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 25. Juli 2018 reguliert. Die Methode wird kontinuierlich weiterentwickelt um ihre Zielgenauigkeit zu verbessern.</p> <p><u>Prime Editing</u> Hierbei handelt es sich um eine Variante der Genschere, die auf der Methode Crispr/Cas aufbaut ,jedoch vielseitiger und vor allem deutlich präziser ist. Hierbei wird nicht mehr die DNA (beide Stränge) durchtrennt (wie bei Crispr/Cas), sondern nur die RNA (ein Strang). Die neuen genetischen Informationen werden dann nicht in Form von DNA, sondern in Form von RNA in die Zellen geliefert. Dazu wurde das Cas9-Enzym so modifiziert, dass es mit einer modifizierten Reversen Transkriptase, also einem Enzym, das RNA in DNA umschreibt, wirkt. Das Verfahren könnte neue Wege zur Behandlung von Erbkrankheiten</p>

	eröffnen. Theoretisch ließen sich auf diese Weise fast 90 Prozent der etwa 75.000 Mutationen korrigieren, die sonst zu Krankheiten führen würden. In Zellversuchen zeigten die Forscher dies unter anderem für die Sichelzell-Anämie, eine Erkrankung der roten Blutkörperchen und für das Tay-Sachs-Syndrom, eine unheilbare und tödlich verlaufende Fettstoffwechselstörung.
Indikation	Bei festgestellten Genmutationen oder Genveränderungen
Zeitpunkt	Im Kontext eines PID Verfahrens
Risiken	Bei beiden Verfahren können unerwünschte Mutationen als Nebenprodukte der Erbgut-Editierung entstehen, die im Kontext des Verfahrens selbst nicht erkannt werden – ggf. mit unvorhersehbaren Folgen für die Entwicklung des Embryos.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	Da beide Verfahren sich noch in der Entwicklung befinden und diese zudem in Deutschland/ in Europa derzeit nicht erlaubt sind, können in der Beratung maximal Informationen zu den Verfahren gegeben werden. Derzeit liegen keine Erfahrungswerte vor, wie sich die Verfahren auf das Erleben der betroffenen Frauen und Paare auswirken. Für mögliche ethische Entscheidungskonflikte sollte sensibilisiert werden.
Kosten:	Keine Angaben
Quellen/Links:	https://www.bfr.bund.de/de/fragen_und_antworten_zum_genome_editing_de.wikipedia.org › wiki › Genome_Editing

6. Sonstiges

- 6.1 Schwangerschaftsabbruch
- 6.2 Chromosomenabweichungen
- 6-3 Fehlbildungen an Wirbelsäule, Rückenmark, Gehirn
- 6.4 Organfehlbildungen, Herzfehler

FAQ 6.1	Schwangerschaftsabbruch
Schlagworte:	Schwangerschaftsabbruch, Abbruch, Abtreibung
Zuordnung:	Sonstiges
Erläuterung:	<p>Grundsätzlich wird zwischen medikamentösen und operativen Abbruchverfahren unterschieden. Bei der medikamentösen Methode lösen die verabreichten Hormone eine Fehlgeburt aus. operative Methoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mithilfe einer Kürettage (Ausschabung), werden mit chirurgischen Instrumenten die Gebärmutter Schleimhaut und die Fruchtblase mit dem Embryo abgetragen. - Bei einer Saugkürettage (meist verwendete Methode) werden Gebärmutter Schleimhaut und Embryo über ein Röhrchen abgesaugt. - Ab der 20. SSW kann das ungeborene Kind außerhalb des Mutterleibs lebensfähig sein und wird daher vor der künstlichen Einleitung der Geburt gezielt getötet (Fetozid).
Indikation/wann indiziert	<p>Gesetzliche Indikationen nach § 218a StGB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratungsregelung bis zur 12 SSW (§ 218a Abs.1 StGB und § 5 SchKG) z.B.: Angst vor Überforderung Psychologische Belastung ... - medizinische Indikation (§ 218a Abs.2 StGB und Möglichkeit einer psychosozialen Beratung §2a SchKG) - kriminologische Indikation (§ 218a Abs.3 StGB)
Zeitpunkt:	<ul style="list-style-type: none"> - bis 12. SSW - immer nur nach entsprechender Beratung (Beratungsnachweis, sog. 'Schein') möglich. - danach sog. Spätabbruch
Risiken:	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Schwangerschaftsabbruch kann körperliche und psychische (Spät)Folgen haben und unterschiedlich(e) (schwere) Auswirkungen mit sich bringen: Verletzungen der Uteruswand, Blutungen, Infektionen Schmerzen, Folgen für die Fruchtbarkeit, Verlustängste, Schuldgefühle und/oder Depressionen.
Aspekte für die psychosoziale Beratung	<p>Die Katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen (KSB) stellen keine Beratungsbescheinigungen nach § 5 SchKG aus. Gleichwohl wird gemäß der Vorgaben der Bischöflichen Richtlinien für die KSB die Beratung im existenziellen Schwangerschaftskonflikt, nach Schwangerschaftsabbruch, bei Tod- und Fehlgeburt sowie bei belastenden Befunden im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik vorgehalten und angeboten.</p>
Kosten:	<p>Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation, werden bei krankenversicherten Frauen von der Krankenkasse getragen. Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung werden die Kosten nicht übernommen, allerdings besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme wenn die Frau sozial bedürftig ist .</p>
Quellen/Links:	<p>https://www.familienplanung.de/beratung/schwangerschaftsabbruch/</p>

FAQ 6.2	Chromosomenabweichungen
Schlagworte:	Anomalien, PND, PID, Erbkrankheiten
Zuordnung:	Sonstiges
Erläuterung:	<p>Ein gesunder Mensch verfügt in jeder Körperzelle über 46 Chromosomen (22 Paare und zwei Geschlechtschromosomen) Es können Chromosomenanomalien auftreten. Dann wird zwischen strukturellen und numerischen Abweichungen unterschieden.</p> <p>Bei den <u>strukturellen Anomalien</u> können Teilstücke von Chromosomen fehlen oder falsch angeordnet sein.</p> <p>Bei den <u>numerischen Abweichungen</u> handelt es sich um Anomalien bei denen entweder ein Chromosom zu viel vorhanden ist (Trisomie) oder zu ein Chromosom wenig (Monosomie). Bei den meisten numerischen Chromosomenanomalien sind die Föten nicht lebensfähig und sterben bereits im Mutterleib ab.</p> <p>Den <u>Trisomien</u> sind folgende Krankheitsbilder zuzuordnen: Trisomien 13 – Patau-Syndrom, Trisomie 18 – Edwards-Syndrom und Trisomie 21 – Down-Syndrom.</p> <p>Kinder, die mit einer Trisomie 21 – dem Down-Syndrom – geboren werden, sind meistens in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt und haben ein erhöhtes Risiko für Leukämien und Herzprobleme. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt rund 60 Jahre. Etwa eines von 800 Kindern wird mit Trisomie 21 geboren. Kinder die mit Trisomien des 18. und 13. Chromosoms geboren werden, sind schwer krank und haben eine stark eingeschränkte Lebenserwartung, bei einer Trisomie 13 sind es meist nur wenige Monate.</p> <p>Darüber hinaus können <u>Geschlechtschromosomen</u> ebenfalls von numerischen Anomalien betroffen sein. Es gibt Mädchen und Frauen mit nur einem X-, mit drei X- oder Jungen und Männer mit zwei Y-Chromosomen.</p> <p>So kann es sein, dass ein Spermium ganz ohne Geschlechtschromosom eine Eizelle – die ja ein X-Chromosom besitzt – befruchtet. Diese "X0"-Individuen entwickeln sich – sofern sie die Schwangerschaft überleben – zu Frauen, die jedoch steril bleiben.</p> <p>Die für das <u>Turner-Syndrom - Monosomie X</u> verantwortlichen Chromosomenanomalien entstehen infolge einer Fehlverteilung der Chromosomen während der Keimzellbildung oder bei den ersten Zellteilungen nach der Befruchtung der Eizelle. Die genaue Ursache für diese spontane Veränderung der Chromosomen ist nicht bekannt. Fest steht, dass das Ullrich-Turner-Syndrom nicht erblich ist und ein erhöhtes Alter der Mutter nicht für die fehlerhafte Verteilung der Chromosomen von Bedeutung ist. Bei etwa jeder 3000. weiblichen Geburt tritt diese X-Monosomie auf.</p> <p>Weitaus häufiger, mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400 bis 1:1000 taucht das <u>Klinefelter-Syndrom</u> auf. Bei dieser Chromosomenanomalie haben sich bei der Samenzellreifung des Vaters die Geschlechtschromosomen nicht getrennt. Somit besitzt das Kind zwei X- und ein Y-Chromosom. Biologisch sind XXY-Individuen männlich. Auf Grund niedriger Testosteronwerte besitzen</p>

	<p>sie aber vergleichsweise kleine Hoden und bleiben fast immer zeugungsunfähig. Bei den meisten Klinefelter-Männern sind die Symptome so unauffällig, dass sie nichts von ihrer chromosomalen Besonderheit wissen.</p>
<p>Aspekte für die psychosoziale Beratung</p>	<p>Bei diagnostizierten Befunden ist es in der Beratung wichtig, die Frau /das Paar über die jeweiligen Krankheitsbilder zu informieren und sie auf dem Weg zur Entscheidungsfindung zu begleiten und zu unterstützen.</p> <p>Wenn sich die Frau und ihr Partner für das Austragen eines nicht überlebenschfähigen Kindes entscheiden, ist es wichtig auch auf palliative Angebote hinzuweisen und diese ggf. zu vermitteln.</p>

Impressum:



Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-0
www.caritas.de

Sozialdienst katholischer Frauen – Gesamtverein e. V.
Agnes-Neuhaus-Straße 5, 44135 Dortmund
Telefon: 0231 557026-0
www.skf-zentrale.de
Stand: 10/2020