

**Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik.
Erleben der Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen
und schwangerschaftsbezogenen Faktoren**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

verlegt von Malgorzata Ilona Keßler geb. Kajewska
aus Złotów / Polen

2008

Anfertigung mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Anke Rohde
2. Gutachter: Priv. - Doz. Dr. med. Franziska Geisel

Tag der Mündlichen Prüfung: 08.04.2008

Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. Walther Kuhn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn

Diese Dissertation ist auf dem Hochschulschriftenserver der ULB Bonn
http://hss.ulb.uni-bonn.de/diss_online elektronisch publiziert.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG.....	7
1.1	Einführung	7
1.2	Pränataldiagnostik: Ziele und Methoden	8
1.3	Grenzen der Pränataldiagnostik	10
1.4	Medizinische Beratung in der Pränataldiagnostik	11
1.5	Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik	13
1.6	Mutterschafts-Richtlinien in Deutschland	16
1.7	Die aktuelle Rechtslage in Deutschland	17
1.8	Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch	19
1.8.1	Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon	19
	bei unerwünschten Schwangerschaften (Beratungsregelung).....	
1.8.2	Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer	22
	Indikation	
1.8.2.1	Akute psychische Reaktionen / Trauerreaktionen.....	23
1.8.2.2	Traumatische Reaktion und Posttraumatische Belastungsstörung.....	27
1.8.2.3	Psychologische / psychosoziale Betreuung in der Pränataldiagnostik:	30
	aktueller Stand der Forschung.....	
1.9	Zielsetzung der Arbeit	33
2	MATERIAL UND METHODEN	34
2.1	Studienpopulation	35
2.2	Studienablauf und Untersuchungsinstrumente	36
2.2.1	Ablauf der Datenerhebung	36
2.2.1.1	Kontaktaufnahme	36
2.2.1.2	Vergabe der Fragebögen	37
2.2.1.3	Datenerfassung und Datenverwaltung	38
2.2.1.4	Weiterführende Verlaufsuntersuchung	38
2.2.2	Weitere Instrumentarien der Studie	39
2.2.3	Bearbeitung zurückgesandter Fragebögen	40
2.2.4	Weitere Kontaktaufnahmen (Katamnese II und III)	40
2.3	Datenerfassung und Kontrolle	41
2.4	Die Mitarbeiter	41

3	ERGEBNISSE.....	42
3.1	Soziodemographische Parameter	42
3.1.1	Alter.....	42
3.1.2	Familienstand / Partnerschaftliche Situation.....	42
3.1.3	Beruf und Ausbildungsniveau.....	43
3.1.4	Erwerbstätigkeit.....	43
3.1.5	Nationalität.....	43
3.1.6	Religion.....	44
3.1.7	Geschwister / Einzelkind.....	44
3.2	Gynäkologische und pränataldiagnostische Hintergründe.....	45
3.2.1	Schwangerschaftswoche bei Beratung.....	45
3.2.2	Erst-/ Mehrfachgebärende.....	46
3.2.3	Planung der Schwangerschaft und Kinderwunsch.....	46
3.2.4	Frühere Fehl-/ Totgeburten und Schwangerschaftsabbrüche.....	46
3.2.5	Indikationen zur Pränataldiagnostik.....	46
3.2.6	Pränataldiagnostischer Befund.....	47
3.2.7	Entscheidung nach Pränataldiagnostik.....	49
3.3	Ergebnisse der psychosozialen Beratung.....	50
3.3.1	Datenermittlung durch Beraterin.....	50
3.3.1.1	Information über die psychosoziale Beratung.....	51
3.3.1.2	Zeitpunkt der psychosozialen Beratung.....	51
3.3.1.3	Aktuelle Problematik bei Beratung.....	51
3.3.1.4	Informationsstand über Ziele, Durchführung und Risiken der Pränataldiagnostik.....	52
3.3.1.5	Äußerer Eindruck der Patientin.....	52
3.3.1.6	Psychische Belastung.....	53
3.3.1.7	Zustand der Patientin bezüglich einer Entscheidungsfindung.....	53
3.3.1.8	Beratungsinhalte.....	55
3.3.1.9	Ergebnis des Beratungsgesprächs aus Sicht der Beraterinnen.....	56
3.3.2	Angaben der Patientinnen (Beratungsrückmeldung).....	57
3.3.2.1	Psychisches und körperliches Befinden.....	57
3.3.2.2	Veränderung des Befindens durch die Beratung.....	59
3.3.2.3	Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung.....	59
3.3.2.4	Zufriedenheit mit Beratung.....	60
3.3.2.5	Empfehlung der psychosozialen Beratung durch die Beratenen an andere Betroffene.....	61
3.3.2.6	Hilfreiche Aspekte der Beratung.....	61
3.3.2.7	Schwangerschaft und Pränataldiagnostik.....	63
3.3.2.8	Aufklärung über Risiken und Konsequenzen vor Pränataldiagnostik.....	63
3.3.2.9	Zufriedenheit mit Aufklärung durch den Arzt für Pränatalmedizin.....	64
3.4	Differenzierte Analyse der erhobenen Parameter	64
3.4.1	Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren.....	64

3.4.2	Beeinflussung der Entscheidung bezüglich des Schwangerschaftsverlaufs durch die psychosoziale Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parametern	70
3.4.3	Hilfreiche Aspekte der Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren	76
3.4.3.1	Alter.....	76
3.4.3.2	Familienstand / Partnerschaftliche Situation.....	78
3.4.3.3	Nationalität.....	80
3.4.3.4	Religionszugehörigkeit	82
3.4.3.5	Ausbildungsniveau.....	84
3.4.3.6	Erwerbstätigkeit	86
3.4.3.7	Geschwister / Einzelkind.....	88
3.4.3.8	Schwangerschaftswoche	90
3.4.3.9	Planung der Schwangerschaft	92
3.4.3.10	Fehl-/ Totgeburt in der Anamnese	94
3.4.3.11	Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese.....	96
3.4.3.12	Kinder.....	98
4	DISKUSSION.....	100
4.1	Soziodemographische Charakterisierung.....	103
4.2	Aspekte der psychosozialen Beratung.....	105
4.2.1	Psychisches Befinden der Patientinnen zum Zeitpunkt der Beratung	105
4.2.2	Subjektive Zufriedenheit mit der Beratung.....	108
4.2.3	Hilfreiche Beratungsthemen und –schwerpunkte aus Sicht der Patientinnen.....	111
4.3	Einfluss soziodemographischer und schwangerschaftsbezogenen Faktoren auf die subjektive Zufriedenheit mit der Beratung	113
4.4	Einfluss soziodemographischer und schwangerschaftsbezogener Parameter auf die Beratungsinhalte.....	117
4.5	Einfluss der Beratung auf die Entscheidung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parametern	122
	Zusammenfassung.....	126
	Schlusswort.....	128
	Literaturverzeichnis.....	129
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	134

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DNA	Desoxyribonukleinsäure
Dres.	„doctores“ = Ärztekollektiv
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Edition
ICD-10	International Classification of Diseases
PND	Pränataldiagnostik
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSA	Schwangerschaftsabbruch
SSW	Schwangerschaftswoche
StBA	Statistisches Bundesamt
ZNS	Zentrales Nervensystem

1. EINLEITUNG

1.1 Einführung

Pränataldiagnostik ist ein bedeutender Teil der Pränatalmedizin, dem Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der die Betreuung von Mutter und Kind in allen Phasen der Schwangerschaft bis zur Geburt und im engeren Sinne die vorgeburtliche Diagnostik und Therapie bei fetalen Risiken und Erkrankungen umfasst.

Die medizinischen und technisch-medizinischen Fortschritte in den letzten Jahren haben auch in der Pränatalmedizin zur Entwicklung immer differenzierterer diagnostischer Möglichkeiten in der Schwangerschaft geführt. Inzwischen hat sich die Pränataldiagnostik in der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge etabliert (beschrieben in den sog. „Mutterschafts-Richtlinien“).

Durch das Erkennen einer ungestörten Entwicklung des ungeborenen Kindes durch pränataldiagnostische Maßnahmen kann der Mehrzahl der Schwangeren und ihren Partnern die Angst vor Erkrankung oder Behinderung des Kindes genommen werden. Doch wenn die vorgeburtlichen Untersuchungen schwere fetale Fehlbildungen ergeben, die nicht therapierbar sind, gerät die schwangere Frau bzw. das Paar in eine besonders komplizierte Lebenssituation, in der sich schwierige menschliche, ethische und juristische Probleme aufwerfen. Die Mitteilung eines pathologischen fetalen Befundes im Rahmen der Pränataldiagnostik führt oft zu erheblichen seelischen Belastungen der Betroffenen. Sie bringt die schwangere Frau und ihren Partner darüber hinaus meist auch in einen erheblichen Entscheidungskonflikt, insbesondere wenn ein Schwangerschaftsabbruch diskutiert und eine Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft fallen muss.

Mit der Neufassung des § 218 StGB im Jahre 1995 wurde die embryopathische Indikation als solche gestrichen. Gemäß der heute geltenden medizinischen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) ist ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Erkenntnis aufgrund der Unzumutbarkeit für die Schwangere zu jedem Zeitpunkt möglich, wenn durch vorgeburtliche Diagnostik eine zu erwartende nicht therapierbare Erkrankung oder Behinderung des Kindes prognostiziert wird und ein Austragen der Schwangerschaft eine nicht zumutbare körperliche oder seelische Belastung für die Frau bedeuten würde und diese nicht auf andere Weise abwendbar ist.

In einer solchen Situation besteht keine gesetzliche Pflicht zur psychosozialen Beratung der Schwangeren, und keine festgelegte Bedenkzeit zwischen ärztlicher Diagnose- und Indikationsstellung und der Vornahme des Abbruchs, wie im Falle eines Abbruchs einer ungewollten Schwangerschaft nach der sog. Beratungsregelung (nach § 219 Abs. 2, Satz 2 StGB). Allerdings hat der Gesetzgeber einen Anspruch auf Information und Beratung in allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen normiert (§ 2 SchKG). Diese nichtmedizinische psychosoziale Beratung soll der Frau bzw. dem Paar durch das offene Ansprechen aller relevanten Aspekte eine Hilfe zur Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten geben. In der Praxis wird diese Möglichkeit der psychosozialen Beratung aber kaum in Anspruch genommen – es sei denn sie ist niederschwellig erreichbar (z.B. durch direkte räumliche und zeitliche Anbindung wie in den hier evaluierten Beratungssettings).

1.2 Pränataldiagnostik: Ziele und Methoden

Pränataldiagnostik beinhaltet, in Anlehnung an die Definition der "European Study Group on Prenatal Diagnosis", alle diagnostischen Maßnahmen, durch die morphologische, strukturelle, funktionelle, chromosomale und molekulare Störungen vor der Geburt erkannt oder ausgeschlossen werden können.

Ziele der pränatalen Diagnostik sind (BÄK, 2003):

- „Störungen der embryonalen und fetalen Entwicklung zu erkennen,
- durch Früherkennung von Fehlentwicklungen eine optimale Behandlung der Schwangeren und des (ungeborenen) Kindes zu ermöglichen,
- Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren zu objektivieren, abzubauen und
- Schwangeren Hilfe bei der Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft zu geben.

(...) Aus der pränatalen Diagnostik gewonnenen Erkenntnisse und deren Bewertung rechtfertigen allein nicht, zu einem Schwangerschaftsabbruch zu raten, ihn zu fordern oder durchzusetzen. Hingegen ist die Entscheidung einer Schwangeren für einen Abbruch der Schwangerschaft vom Arzt zu respektieren“.

Man unterscheidet in der vorgeburtlichen Diagnostik zwischen nicht-invasiven und invasiven Verfahren. Nicht-invasive Verfahren sind Ultraschalluntersuchungen und die Verfahren zur Risikoeinschätzung. Als invasive Verfahren werden diejenigen Untersuchungen bezeichnet, die mit einem Eingriff in den Körper der Mutter verbunden sind.

Im Übrigen werden die Verfahren der Pränataldiagnostik in drei Gruppen unterteilt (zusammengefasst nach BZGA, 2005):

1) Ultraschalluntersuchungen: Im Rahmen der allgemeinen Schwangerenvorsorge werden drei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt (in ca. 10., 20. und 30. SSW). Sie dienen der Feststellung der Schwangerschaft und Überwachung der zeitgerechten Entwicklung des Kindes. Davon sind Ultraschalluntersuchungen zu pränataldiagnostischen Zwecken zu unterscheiden. Dies sind im Einzelnen:

- **Nackentransparenz-Test**, sog. Nackenfaltenmessung (zwischen 11. und 14. SSW); eine Verbreiterung weist auf erhöhtes Risiko v.a. von Chromosomenabweichungen (z.B. Down-Syndrom), aber auch bestimmte Herzfehler und Skelettanomalien hin.
- **Dopplersonografie:** Blutflussmessung z.B. in Nabelschnur, Hauptschlagader, Hirngefäßen und Herzen des Kindes und der Mutter (Gebärmuttergefäße). Fetale Mangel- bzw. Notsituationen führen zu typischen Fließveränderungen.
- **gezielte Ultraschalldiagnostik** („Organ-Schall“) ermöglicht die detaillierte Betrachtung der inneren Organe des ungeborenen Kindes und seiner Körpermitrisse. So können Fehlbildungen der Organe wie auch der Gliedmaßen erkannt werden.

2) Verfahren zur Risikoeinschätzung:

- **Nackentransparenztest:** s.o.
- **Ersttrimester-Screening** (zwischen 11. und 13. SSW); Bestimmung des **hCG** (humanes Choriongonadotropin) und **PAPP-A** (pregnancy associated plasma protein A) im Blut der Schwangeren. Ein erhöhter hCG-Wert und ein niedriger PAPP-A-Wert kann ein Hinweis auf eine Chromosomenanomalie sein. Für die Risikoeinschätzung wird zusätzlich zu diesen Werten das Ergebnis des Nackentransparenz-Tests und das Alter der Schwangeren berücksichtigt.
- **Triple-Test;** in der 14.-18. SSW wird das mütterliche Blut auf charakteristische Abweichungen von **hCG**, freiem **Östriol** und **AFP** (alpha-Fetoprotein) untersucht. Anhand dieser Blutwerte und unter Einbeziehung des Alters der Frau ermöglicht der Test

eine Aussage über das individuelle Risiko, ein Kind mit Down-Syndrom, oder auch anderen Chromosomenanomalien sowie Neuralrohrdefekten zu bekommen.

3) Invasive Verfahren:

- **Chorionzottenbiopsie** (ab SSW 10+0); Zellen aus den Zotten der Eihaut (Chorion) werden unter sonographischer Sicht entnommen, kultiviert und einer genetischen Analyse unterzogen. Die Chorionzottenbiopsie wird von vielen Schwangeren gegenüber anderen invasiven Verfahren präferiert, da sie zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt und die Ergebnisse schneller vorliegen (1-8 Tage). Die Fehlgeburtsrate liegt bei etwa 1 %.
- **Amnionzentese** (Fruchtwasseruntersuchung; ab SSW 15+0); Punktion der Fruchtblase (unter Ultraschallkontrolle) mit Gewinnung von Fruchtwasser. Die im Fruchtwasser befindlichen Fetalzellen werden in-vitro kultiviert, zur Teilung gebracht und einer DNA-Analyse unterzogen. Diese ermöglicht eine Diagnose von Chromosomenabweichungen, Neuralrohrdefekten, ferner vererbaren Stoffwechsel- und Muskelerkrankungen. (Abortrisiko bei etwa 0,5-1 %; Ergebnisse nach zwei Wochen).
- **Cordozentese** (Nabelschnurpunktion; ab SSW 17+0) ist besonderen diagnostischen und therapeutischen Indikationen vorbehalten. Unter Ultraschallkontrolle wird kindliches Blut aus der Nabelschnur zur Infektionsdiagnostik (Röteln, Toxoplasmose etc.), Chromosomenanalyse sowie zur Untersuchung einer Blutgruppenunverträglichkeit entnommen. Die Ergebnisse liegen nach etwa 2-4 Tagen vor. Das Fehlgeburtsrisiko ist indikationsabhängig.

Bei der genetischen Untersuchung können zwar Hinweise auf Chromosomenabweichungen oder vererbare Krankheiten und Behinderungen beim ungeborenen Kind gefunden werden; Aussagen über deren Schweregrad und Ausprägung sind aber nur bedingt möglich. Darüber hinaus sind Fehldiagnosen und unklare Befunde möglich.

1.3 Grenzen der Pränataldiagnostik

Manche werdende Eltern verbinden mit der Pränataldiagnostik die Hoffnung, ihr ungeborenes Kind vor einer Behinderung oder Krankheit schützen zu können. Dies ist aber häufig nicht der Fall. Durch die Pränataldiagnostik können zwar viele Erkrankungen und Entwicklungsstörungen

erkannt werden. Eine Behandlung mit Aussicht auf Heilung ist jedoch oft weder in der Schwangerschaft noch postnatal möglich. Aufgrund dessen ist insbesondere bei chromosomalen Fehlbildungen die häufigste Konsequenz, die aus dem Wissen um die Behinderung oder Erkrankung des ungeborenen Kindes gezogen wird, der Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft. Ob dafür eine medizinische Indikation vorliegt, ist dann eine ärztliche Entscheidung. Geprüft werden muss dabei insbesondere, ob die Geburt und Betreuung des Kindes eine für die Mutter unzumutbare Belastung ihrer eigenen Gesundheit darstellen würde. Aus der Tatsache, dass aus ärztlicher Sicht über eine zukünftig zu erwartende Beeinträchtigung der Mutter zu entscheiden ist, lässt sich bereits die besondere Verantwortung bei solchen Entscheidungen ableiten.

1.4 Medizinische Beratung in der Pränataldiagnostik

Die Grundlage für die medizinische Begleitung der Schwangerschaft mit möglicher Diagnostik und Therapie bildet das ärztliche Gespräch. Es ist die Basis aller Maßnahmen der Pränatalmedizin und beinhaltet Information, Aufklärung und Beratung sowie Zustimmung nach Aufklärung (informed consent). Jede Schwangere hat ein Recht auf die in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Untersuchungen und - bei Vorliegen entsprechender Befunde - auf weiterführende pränataldiagnostische Verfahren. Hierbei steht dem Recht der Schwangeren auf Untersuchung – „Recht auf Wissen“ – gleichwertig ein „Recht auf Nichtwissen“ gegenüber (so z.B. die Ablehnung einer Ultraschalluntersuchung) (DGGG, 2004).

Die Komplexität der pränatalen Diagnostik erfordert eine differenzierte ärztliche Beratung, vor allem für die invasive Diagnostik. Die Schwangere soll vor einer gezielten vorgeburtlichen Diagnostik ausführlich über Anlass, Ziel sowie Risiko und Grenzen der pränataldiagnostischen Möglichkeiten und über die Sicherheit des Untersuchungsergebnisses beraten werden. Auch die Ultraschall-Screening-Untersuchungen bedürfen gleichwohl einer aufklärenden Beratung, obwohl sie als Teil der Routineuntersuchungen angesehen werden.

Ebenso eine ärztliche Aufklärung über mögliche Konsequenzen eines pathologischen Befundes ist erforderlich (BÄK, 1998).

KOWALCEK et al. (2003) untersuchten 324 Schwangere zwischen der 11. und 21. SSW, die sich erstmals zur Fehlbildungsdiagnostik vorstellten. Grund der Vorstellung war bei 191 Frauen

(59 %) der Fehlbildungsausschluss, bei 32,7 % der Schwangeren das erhöhte mütterliche Alter und bei 8,3 % der Frauen bestand ein anamnestisches Risiko. Die Befragung erfolgte mittels Fragebögen mit standardisierten psychologischen Fragen u.a. zur Beratung vor der pränatalen Untersuchung und Erwartungen an die Pränatalmedizin. Eine Beratung vor der Vorstellung zur pränatalen Diagnostik hatte bei 75 % der Schwangeren (in 69,1 % durch einen Frauenarzt) stattgefunden und wurde von 42,6 % als ausreichend und 28,1 % als nicht ausreichend beurteilt. 35,3 % der untersuchten Frauen haben sich durch die diagnostischen Maßnahmen Klarheit über den Zustand des Neugeborenen erhofft. 18,7 % der Befragten hatten Sicherheit aufgrund der pränatalen Untersuchung erwartet und 15,7 % eine Beruhigung.

Im Jahr 2004 erhob die BZGA (2006) in einer Studie u.a. Daten zur Bewertung ärztlicher Beratung und Behandlung in der Pränataldiagnostik. Insgesamt wurden Angaben von 791 Schwangeren ausgewertet, davon befanden sich 599 Frauen in der 20. bis 40. SSW, bei 16 Frauen endete die Schwangerschaft nach der 13. Woche. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines Fragebogens. Hinsichtlich mehrerer Kriterien - wie z.B. des Alters, des Anteils der Erst- und Mehrgebärenden oder des Anteils berufstätiger Frauen - war diese Stichprobe repräsentativ für die Gesamtheit der Schwangeren in Deutschland. Die Ergebnisse zeigten, dass über die Hälfte der befragten Frauen sich stark oder sehr stark in ihrer Entscheidung zur Durchführung von PND durch die Ärztin oder Arzt beeinflusst fühlten. Bezüglich der ärztlichen Aufklärung vor der Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen insbesondere der invasiven Untersuchungen gaben bis zu 66 % der Befragten an, ausführliche oder sehr ausführliche Informationen über den Anlass und die statistische Risikoeinschätzung erhalten zu haben. Weniger gründlich war - aus Sicht der Schwangeren - die medizinische Beratung zur Sicherheit des Untersuchungsergebnisses oder den Grenzen der Untersuchungsmöglichkeiten bzw. nicht erfassbaren Störungen. Ein hoher Anteil der Schwangeren gab an, keine (37 % der Frauen) oder sehr wenige Informationen über das psychische und ethische Konfliktpotenzial bei Vorliegen einer Behinderung des Kindes. Die Hälfte der befragten Schwangeren wurde „überhaupt nicht“ über die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer weiterführenden psychosozialen Beratung aufgeklärt. Unter den Frauen, die im Rahmen der PND einen auffälligen oder pathologischen Befund erhielten (27 Frauen), fühlte sich über die Hälfte schlecht bis eher schlecht über die möglichen Folgen für sie selbst und ihre Familie beraten. Noch schlechter wurde die ärztliche Beratung über die Möglichkeit der Vorbereitung auf ein Leben mit einem behinderten oder kranken Kind bewertet. Die Beratung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten in der

Lebenssituation bewerteten sogar 44 % der Befragten als sehr schlecht. Zufrieden waren die Frauen mit der ärztlichen Beratung, welche die medizinischen Themen betrafen. Defizite in der Aufklärung wurden bei den Themenbereichen gesehen, die über das Medizinische hinausreichten.

1.5 Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik

Jede Frau und jeder Mann hat nach § 2 Abs. 1 SchKG einen Anspruch auf eine kostenlose unabhängige psychosoziale Beratung in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen. Die dazu vorgesehenen staatlich anerkannten Beratungsstellen unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung gibt es flächendeckend in ganz Deutschland, z.B. Pro Familia, Diakonie, Frauen beraten / donum vitae, Caritas, Arbeiterwohlfahrt etc. Im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft wird überwiegend die Beratung bei ungewollter Schwangerschaft wahrgenommen, nämlich wenn es um die Lösung eines Schwangerschaftskonflikts geht und meist auch im Rahmen der Vorbereitung eines Schwangerschaftsabbruchs nach Beratungsregelung. Beratung im Vorfeld von Pränataldiagnostik oder auch bei pathologischem fetalem Befund wird zwar zunehmend häufiger von Beratungsstellen angeboten und von Frauen in Anspruch genommen. Da aber - anders als für den frühen Schwangerschaftsabbruch - keine gesetzliche Verpflichtung zur psychosozialen Beratung besteht - ist dabei aber die ärztliche Empfehlung einer solchen Beratung besonders wichtig für die Akzeptanz durch Schwangere.

Im Allgemeinen versteht sich psychosoziale Beratung als ein Angebot an Menschen, die sich mit Konflikten und Problemen auseinandersetzen, die sie momentan allein bzw. in der Familie nicht in befriedigender Weise bewältigen können. Mit Hilfe einer spezifischen Methodik, die sich aus psychologischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Aspekten zusammensetzt, sollen Menschen darin unterstützt werden, eine konflikthafte, bisweilen auch als Dilemma anmutende Situation für sich zu klären, mögliche Bedeutungen und Konsequenzen zu erfassen und zu bewerten, um zu einer tragfähigen Entscheidung zu gelangen. Dies geschieht einerseits durch die Vermittlung spezifischer Informationen und Hilfsmöglichkeiten, andererseits durch den Aufbau einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Beziehung zwischen Beraterinnen und den Ratsuchenden.

Die psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik ist eine wichtige Unterstützung bei der Lösung von aus der Pränatalmedizin entstehenden Konflikten, die weit in den psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Bereich hineinreichen. Im Hinblick darauf werden die Beraterinnen speziell geschult und mit der Komplexität der Situation vertraut gemacht. Durch die Beratung soll die Frau bzw. das Paar darin unterstützt werden, eigenverantwortliche und gewissenhafte Entscheidungen zu treffen.

Je nach Zeitpunkt der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik ergeben sich unterschiedliche Beratungsanforderungen und Beratungsinhalte (zusammengestellt in Anlehnung an: PAULI-MAGNUS et al. 2001, LAMMERT et al. 2002):

- **Vor Beginn der Pränataldiagnostik** sind die werdenden Eltern oft um die Gesundheit des Kindes besorgt, ängstlich und verunsichert. Das Informationsbedürfnis über die diagnostischen Möglichkeiten sowie die Entscheidungshilfe für oder gegen Pränataldiagnostik insgesamt bzw. einzelner Untersuchungen stehen im Vordergrund. Zu den Beratungsthemen gehören v.a. die Einstellung der Eltern zur Pränataldiagnostik, zur Schwangerschaft, der Umgang mit möglicher Behinderung und die Einstellung zu einem möglichen Schwangerschaftsabbruch.
- **Während der Diagnostik**, d.h. zwischen den pränataldiagnostischen Untersuchungen und während der Wartezeit auf die Untersuchungsergebnisse, sind die Anlässe und Inhalte der Beratung die gleichen wie vor der Pränataldiagnostik. Hier spielt die emotionale Begleitung und Suche nach Entlastung eine wichtige Rolle.
- **Nach einem pathologischen Befund der Pränataldiagnostik** erleben die Betroffenen oft eine Krise, sind verstört, erschöpft, affektiv erstarrt und meist nicht in der Lage, Fragen zu stellen. Zu diesem Zeitpunkt wird von der schwangeren Frau bzw. dem Paar ein Schwangerschaftsabbruch gefordert, was für die Betroffenen eine innere Entscheidung für oder gegen ein gewünschtes Kind fordert. Im Vordergrund der Beratung steht die Trauer über das Untersuchungsergebnis und die Frage, wie man als werdende Mutter damit umgeht und welche weiteren Konsequenzen sich daraus ergeben. Die Beratungsanliegen sind v.a. Entscheidungshilfe und Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten, weiterführende Informationen

über die Diagnose und Unterstützungsangebote sowie seelische Unterstützung. Die Beratungsthemen befassen sich mit den Reaktionen auf den Befund, der Einstellung gegenüber der Schwangerschaft nach dem Befund, der Einstellung zu einem eindeutigen Befund der Behinderung des Kindes und zu einem möglichen Schwangerschaftsabbruch.

- **Nach der Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch bzw. beim Vorliegen einer medizinischen Indikation** ist die psychosoziale Beratung eine Hilfe zur Vorbereitung auf den Schwangerschaftsabbruch bzw. die eingeleitete Geburt, Abschied vom Kind und Trauer. Auch der Umgang mit Schuldgefühlen und die Folgen der Entscheidung für die Partnerschaft werden angesprochen. Zu diesem Zeitpunkt ist es wichtig, der betroffenen Frau die Möglichkeit zu geben, ihre Emotionen zu verbalisieren: Wut, Angst, Trauer, Schuld dürfen benannt werden. Es werden die nächsten Schritte besprochen. Die Betroffene wird dabei unterstützt, sich auf die medikamentös einzuleitende Geburt einzustellen. Im Falle einer fortgeschrittenen Schwangerschaft (nach der 22. Woche), wenn man mit der Überlebensfähigkeit des Kindes rechnet, wird der sogenannte Fetozid zur Sprache kommen (über eine intrauterine Kaliumchlorid- oder Rivanolgabe wird das Kind vor der Geburt getötet). Die Frau wird ergänzend zur ärztlichen Aufklärung darauf vorbereitet, dass der Geburtsprozess über mehrere Stunden, manchmal auch Tage, dauern kann, und dass die Möglichkeit des oft gewünschten Kaiserschnittes aus medizinischen Gründen nicht besteht. Die Empfehlung der Abschiednahme vom Kind wird gegeben (durch Ansehen, Berühren, Halten des Kindes, Namen geben, Mitnahme von Fotos oder Fußabdruck), da diese Handlungen sich langfristig positiv auf die Trauerbewältigung auswirken (GEERINCK-VERCAMMEN und KAHAI, 2003; HUNFELD 1997a, KENYON, 1988). Die Paare werden ermutigt, dem Kind einen Platz in der Familie zu geben (z.B. durch Namensgebung, Segnung). Die Möglichkeiten der Obduktion und der Beerdigung des Kindes werden besprochen. Weitere wichtige Beratungsinhalte, die zu dem Zeitpunkt thematisiert werden, beschäftigen sich mit den Auswirkungen auf das nahe Umfeld: Partner, Familie, vorhandene Kinder, berufliche Situation. Auch Informationen über weitere Unterstützungsmöglichkeiten, wie Angebote von Selbsthilfegruppen, finanzielle Hilfen, psychotherapeutische Möglichkeiten werden angesprochen.

- **Nach der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft:** Nur wenige Frauen entscheiden sich nach der Diagnosestellung einer schweren fetalen Fehlbildung bei ihrem Kind für die Fortführung der Schwangerschaft, insbesondere wenn die Diagnosestellung früh in der Schwangerschaft erfolgt (MANSFIELD et al., 1999; SALVESEN et al., 1997; ZLOTOGORA et al., 2002). In diesem Fall nimmt die Beratung eine andere Gestalt an. Im Vordergrund des Beratungsgesprächs steht hier die Beruhigung der Frau bzw. des Paares, da der Prozess der Verarbeitung sehr viel Kraft und Zeit beanspruchen kann. Die Betroffenen nehmen Abschied vom vorgestellten Wunschkind und von ihrer bisherigen Lebensplanung. Die psychosoziale Beratung bietet Zeit und Raum, um die traurigen und ängstlichen Gefühle anzusprechen und wahrnehmen zu können. Die zukünftigen Eltern sollen in ihrer Entscheidung bestärkt werden. Verständliche Informationen hinsichtlich der fetalen Diagnose spielen eine besondere Rolle, da sie bei den Eltern eine konkrete Vorstellung über die späteren Behinderungen des Kindes ermöglichen. Das Besprechen und Entwickeln von Zukunftsperspektiven für das Leben mit einem kranken bzw. behinderten Kind nehmen einen wichtigen Platz in dem Gespräch ein. Auch die Information oder Vermittlung von weiterführenden Hilfsangeboten, wie Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Frühförderungsstellen und Familienberatungsstellen gehört zur Beratung.

Die psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik ist ergebnisoffen. Dabei sollen „Informationen über die diagnostizierbaren Konditionen so vermittelt werden, dass sie allen Optionen gerecht werden: der Option des Nichtwissens, der Option, sich für das Kind zu entscheiden und der Option die Schwangerschaft vor dem Hintergrund individueller Kriterien abubrechen“ (BALDUS 2001). Basis für die Beratung sind insbesondere die ärztlichen Beurteilungen – auch in Hinsicht auf die Frage, ob eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt.

1.6 Mutterschafts-Richtlinien in Deutschland

Sowohl durch die Entwicklung und Routinisierung der pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden als auch durch Senkung eingriffsbedingter Risiken hat sich Pränataldiagnostik zunehmend durchgesetzt. Seit 1999 ist Pränataldiagnostik in den sogenannten

"Mutterschafts-Richtlinien" (BUNDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN) fest verankert und bildet einen wichtigen Teil der Schwangerschaftsvorsorge, wobei jede Schwangerenvorsorgeuntersuchung beinhaltet Pränataldiagnostik im weiteren Sinn. Die Mutterschaftsrichtlinien beschreiben die im Laufe der Schwangerschaft anzuwendenden Untersuchungen. Durch diese sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Dazu zählen außer Anamnesegespräch und einer allgemeinmedizinischen Untersuchung verschiedene serologische Tests auf Infektionskrankheiten wie Röteln, HIV, Hepatitis B und Toxoplasmose (bei begründetem Verdacht), ein Test auf immunologische Abwehrreaktionen zwischen Mutter und Kind, sowie drei Ultraschalluntersuchungen (sog. Ultraschall-Screening in ca. 10., 20., und 30. SSW), wovon eine explizit zur Aufspürung von körperlichen Fehlbildungen dient (Feinultraschall).

Die invasiven Methoden sind zwar an bestimmte Indikationen gebunden, werden aber bei Schwangeren fortgeschrittenen Alters (ab 35 Jahre) als Screening durchgeführt. Dies zeigt, dass die Grenze zwischen den gesetzlich festgelegten Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und der über die Mutterschaftsrichtlinien hinausgehenden weiterführenden diagnostischen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik fließend ist. Die Feststellung einer Veränderung am Fetus zieht meist weitere, oft auch invasive Untersuchungen nach sich, die zur Diagnosesicherung führen sollen. Bei Feststellung eines schweren pathologischen Befundes wünschen die meisten Frauen und Paare aufgrund fehlender therapeutischer Möglichkeiten einen Schwangerschaftsabbruch (DALLAIRE et al., 1995; MANSFIELD et al., 1999; SALVESEN et al., 1997).

1.7 Die aktuelle Rechtslage in Deutschland

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland im § 218 des Strafgesetzbuches geregelt.

Da durch Abtreibung menschliches Leben getötet wird, ist Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich ein Straftatbestand, d.h. verboten und unter Strafe gestellt. Einen anderen Grund für das Verbot als den Schutz des ungeborenen Lebens gibt es nicht.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist gemäß § 218 StGB grundsätzlich rechtswidrig. Der Straftatbestand des § 218 StGB ist jedoch gemäß § 218a StGB nicht erfüllt, wenn nach der sogenannten **Beratungsregelung** vorgegangen wird: Hierfür ist von der Schwangeren, die den

Eingriff verlangt, dem Arzt durch eine Bescheinigung nachzuweisen, dass mindestens drei Tage vor dem Eingriff in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstelle gemäß § 219 Abs. 2, Satz 2, StGB ein Beratungsgespräch stattgefunden hat, der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind. Darüber hinaus besteht es die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer und kriminologischer Indikation.

Eine **medizinische Indikation** ist gemäß § 218a Abs. 2 StGB gegeben, wenn der Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommen wird und 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. Liegen diese Voraussetzungen vor, ist der Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig.

Die medizinische Indikation umfasst heute auch Fälle der früheren embryopathischen Indikation (Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Ungeborenen), welche durch das am 1.10.1995 in Kraft getretene Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz abgeschafft wurde. Hierbei ist aber zu beachten, dass im Unterschied zur früheren embryopathischen Indikation ein pathologischer Befund des Kindes allein für eine Indikation nicht mehr ausreicht, sondern darüber hinaus Lebensgefahr oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren drohen muss.

Seit der gesetzlichen Neufassung des Abtreibungsrechts 1995 besteht keine gesetzliche Frist mehr, bis wann ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden muss. Das bedeutet, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation zu jedem Zeitpunkt möglich ist, also auch die Tötung extrauterin lebensfähiger Kinder zulässt. Zudem besteht bei der medizinischen Indikation keine psychosoziale Beratungspflicht vor Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs. Außerdem entfiel 1995 die gesetzliche Pflicht zur spezifischen statistischen Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund medizinischer Indikation.

Bei Vorliegen einer **kriminologischen Indikation** ist ein Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 3 StGB ebenfalls nicht rechtswidrig. Voraussetzung für eine kriminologische Indikation ist, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt nach den §§ 176 bis 179 StGB beruht und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

1.8 Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch

Ein Schwangerschaftsabbruch ist für viele Frauen eine schwierige Entscheidung und in jedem Fall eine schmerzliche Erfahrung, die oftmals mit Traurigkeit, Reue, Schuld- oder Verlustgefühlen verbunden ist.

Nach einem Schwangerschaftsabbruch muss mit langzeitigen seelischen Veränderungen gerechnet werden (PETERSEN 1981), wobei neuere Studien ergaben, dass gravierende und anhaltende psychische Beeinträchtigungen bei frühem Schwangerschaftsabbruch (vor der 12. SSW) weitaus seltener sind als nach einem Abbruch wegen kindlicher Fehlbildung (ZOLESE und BLECKER, 1992). Aus diesem Grund werden hier die psychischen Reaktionen und Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch bei unerwünschten Schwangerschaften im 1. Trimenon und nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation getrennt betrachtet.

1.8.1 Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon bei unerwünschten Schwangerschaften (Beratungsregelung)

Die psychische Belastung von Frauen bei ungewollter Schwangerschaft ist in der Regel vor dem Schwangerschaftsabbruch am größten. Die unerwünschte Schwangerschaft bedeutet eine Lebenskrise, die sich mit dem Abbruch der Schwangerschaft meist löst (ZOLESE und BLACKER, 1992). Bei einer Minderheit der Frauen (je nach Studie 14 - 30 %) treten leichte - meist vorübergehende - Traurigkeit, Reue oder Schuldgefühle auf. Doch die positiven Gefühle sind auch bei ihnen meist stärker als die negativen. Trotz der Trauer stehen sie zu ihrer Entscheidung. PETERSEN (1981, 1990) präsentierte die Ergebnisse einer Sammelstatistik der internationalen Literatur von über 28 psychiatrisch-psychologischen Nachuntersuchungen nach legalem Abort (1948-1974). Die verwertbaren Studien umfassten etwa 3000 Frauen. Durch die methodische Unvergleichbarkeit, die sich u. a. aufgrund unterschiedlicher oder nicht standardisierter Untersuchungsinstrumente ergab, wurden die Auswertungen der Studien erschwert. Die überwiegende Anzahl der Frauen (60-90 %) reagierte nach einem Schwangerschaftsabbruch mit Entlastung. Ein geringer Teil der Frauen (10-27 %) wies leichte bis mäßige, innerhalb weniger Wochen vorübergehende psychopathologische Reaktionen auf und 4-10 % der Frauen reagierten mit schweren, länger dauernden bis chronischen seelischen Störungen. Bei den manifesten Störungen handelte es sich vor allem um Schuldgefühle über die als falsch empfundene

Entscheidung, weiterhin um Ängste vor Strafe und Verlust, vor Sterilität, sexuelle Ängste sowie um Angstträume. Dazu gehörten auch depressive Reaktionen wie beim Verlust eines nahestehenden Menschen und indirekte Trauergedanken („Wenn ich Kinder sehe, werde ich traurig“) und verschiedenartige Verstimmungen (Reizbarkeit, Verärgerung, Depression), jedoch kaum ein eigentlicher intensiver Trauerprozess. Nicht selten erlebten Frauen durch die Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs sogar eine besondere seelische und zwischenmenschliche Stärkung ihrer Persönlichkeit.

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre bestätigen, dass bei Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der sogenannten Beratungsregelung der psychische Stress als gering einzuschätzen ist. MAJOR et al. (2001) untersuchten die psychische Gesundheit und die Emotionen bei 442 Frauen nach Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft im 1. Trimenon. Die Datenerhebung erfolgte im Verlauf von 2 Jahren zu 4 unterschiedlichen Zeitpunkten: unmittelbar davor, unmittelbar nach, einen Monat nach und 2 Jahre nach Interruptio.

Zur Untersuchung depressiver Symptomatik zu allen 4 Untersuchungszeitpunkten wurde der Brief Symptom Inventory (BSI) verwendet, ein Fragebogen, der die aktuelle psychische Befindlichkeit ermittelt. Darüber hinaus wurde die Selbstwertgefühlsskala nach Rosenberg und eine Testversion zur Erfassung einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt. Unmittelbar nach dem Ereignis und 2 Jahre später dominierte bei den Befragten Erleichterung, gefolgt von positiven und anschließend negativen Emotionen. Im Längsschnitt nahmen Erleichterungen und positive Emotionen ab und negative Emotionen zu. 72 % der Frauen gaben an, mehr von dem Schwangerschaftsabbruch profitiert als negative Folgen erfahren zu haben, und würden die Entscheidung dazu unter den gegebenen Umständen wieder treffen (69 %). Die Wissenschaftler stellten fest, dass die Depression-Scores zu allen untersuchten Zeitpunkten nach dem Schwangerschaftsabbruch geringer waren als zuvor. Auch das Selbstwertgefühl war nach einem Schwangerschaftsabbruch höher. Bei 1 % der Frauen wurde allerdings eine posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV) festgestellt. Die Anzahl der Frauen, die nach dem Eingriff eine depressive Störung entwickelten, entsprach dem prozentualen Anteil in der entsprechenden Altersgruppe. Nach 2 Jahren schilderten rund 16 % der untersuchten Frauen Bedauern über den Eingriff, 19 % der Befragten würden nicht wieder dieselbe Entscheidung treffen.

Schwerwiegende psychische Folgen manifestieren sich in der Regel selten. Je nach Studie und Definition liegen sie bei 1 % bis 20 % der Frauen. Oft sind es jene, die schon vor dem Schwangerschaftsabbruch in psychiatrischer Behandlung waren. Einige Autorinnen und Autoren nennen mögliche Risikofaktoren, die zu einer psychischen Belastung nach Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft beitragen (GAMEAU, 1993; LODL, 1985; MONIQ und MORON, 1982; STOTLAND, 1997; TURELL et al., 1990; ZOLESE und BLECKER, 1992). Zu den wichtigsten der Faktoren gehören:

- religiöse Bedenken gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen
- moralischer, psychischer oder politischer Druck
- soziale Isolation und fehlende Unterstützung
- Zwang zur Verheimlichung der Abtreibung
- fehlende Übereinstimmung in der Partnerschaft oder drohende Trennung
- Trauerreaktionen dürfen vor sich selbst oder der Umwelt nicht zugelassen werden
- psychische Probleme bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch
- starke Ambivalenz und Entscheidungsschwierigkeiten.

Anhand seiner Untersuchungen stellte PETERSEN (1981) fest, dass die „Verarbeitung besser war, je weniger äußere Reglementierungen zur Geltung kamen“. Außerdem konnten bei Frauen, bei denen der Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch abgelehnt wurde und die ihre Schwangerschaft austrugen, ähnlich ausgeprägte psychische Störungen beobachtet werden wie bei Frauen, die aus dem gleichen Grund ihre Schwangerschaft abgebrochen hatten. Dies bestätigte auch GILCHRIST (1995) in einer umfassenden Studie. Er verglich über 13.000 Frauen mit ungewollten Schwangerschaften, von denen ca. die Hälfte sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschlossen hatte und die andere Hälfte ihre Schwangerschaft ausgetragen hatte. Die Rate der psychischen Störungen (u.a. Psychosen, Depressionen, Angstzustände) in den beiden Gruppen ergaben keine signifikanten Unterschiede.

1.8.2 Psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation

Die Diagnose einer kindlichen Fehlbildung bzw. zu erwartenden Behinderung wird häufig von den betroffenen Frauen und ihren Partnern als eine Art Schock erlebt. Plötzlich widerfährt ihnen etwas, das bisher außerhalb ihrer Vorstellungen gelegen hat. Frauen können in ihrem Welt- und Lebensverständnis erschüttert sein. Dies kann zu einer erheblichen seelischen Belastung der Betroffenen, insbesondere der Frau führen, die sich nicht in der Lage sieht, das Kind auszutragen. Die Beendigung der Schwangerschaft erscheint oftmals als einziger Ausweg, „um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden (...)“ (§ 218a Abs. 2 StGB).

Die psychischen Reaktionen nach belastenden Lebensereignissen z. B. der Mitteilung eines pathologischen Befundes in der Pränataldiagnostik können von verschiedenem Ausmaß und unterschiedlicher Dauer sein. Symptome wie Traurigkeit, Weinen, Grübeln etc. gehören zu der normalen Trauerreaktion, die zur Bewältigung des Verlustes bzw. des traumatischen Erlebnisses von Wichtigkeit sind. Reaktionen, die über die Trauer hinausgehen (pathologische Reaktionen) werden als psychische Störungen verstanden und nach ICD-10 als Anpassungsstörungen definiert. Dazu gehören u.a.:

- **akute Belastungsreaktion** (ICD-10 F43.0): Unmittelbare Reaktion nach Mitteilung der Diagnose; nach anfänglicher Benommenheit („Betäubung“/„Schock“) folgt oft Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Unruhe, Überreaktivität, Flucht tendenz, sozialer Rückzug, vegetative Symptome wie Herzjagen und Schwitzen; Dauer zwei bis drei Tage;
- **posttraumatische Belastungsstörung** (ICD-10 F43.1): Auftreten innerhalb sechs Monate nach dem belastenden Ereignis; Wiedererleben der Situation mit Flashbacks, Wiederinszenierung, Träumen, andauerndes Gefühl des Betäubtseins, emotionale Stumpfheit; Vermeidung von Stimuli, die an das Trauma erinnern; Angst, Depression, Teilnahmslosigkeit, Reizbarkeit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit, evtl. Alkohol- oder Tablettenmissbrauch;
- **Anpassungsstörungen** (ICD-10 F43.2): Auftreten psychischer Symptome und Verhaltensstörungen nach einer identifizierbaren psychosozialen Belastung, wie Verlust eines nahen Menschen (Trauerreaktion); die Störungen bestehen hauptsächlich in

Depressivität und Angst, Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, Unsicherheit und Unfähigkeit, eingeschränkter Lebenstätigkeit im Alltag;

- **kurze depressive Reaktion** (ICD-10 F43.20): vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als ein Monat dauert;
- **längere depressive Reaktion** (ICD-10 F43.21): leichter depressiver Zustand auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert;
- **Angst und depressive Reaktion gemischt** (ICD-10 F43.22): sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden.

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zum psychischen Erleben nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation vorgestellt.

Die Studien wurden meist retrospektiv erhoben, wiesen oft nur kleine Fallzahlen auf und bestanden zum Teil aus Fallbeschreibungen.

1.8.2.1 Akute psychische Reaktionen / Trauerreaktionen

Psychische Reaktionen, die unmittelbar nach der Mitteilung des pathologischen fetalen Befundes auftreten, werden häufig durch Symptome beschrieben, die eine akute Belastungsreaktion charakterisieren.

In einer Untersuchung von HAHLOWEG-WIDMOSER (1999) wurden 37 Frauen befragt, die sich einem Verfahren der Pränataldiagnostik unterzogen hatten, einen pathologischen Befund erhielten und sich zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen. Die ersten Reaktionen nach Mitteilung der Erkrankung des Ungeborenen waren von Weinen, Entsetzen, Verzweiflung, Ohnmachtgefühlen, Schock und Rückzug dominiert. Die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wurde dann von überwiegender Mehrzahl der Frauen (90 %) innerhalb weniger Stunden getroffen.

Im Anschluss an den beschriebenen Verlust traten weitere Symptome auf, wie Verzweiflung, Traurigkeit, Schamgefühl, Rückzug, häufiges Weinen, intensive Sehnsucht nach dem Verstorbenen und Interessenverlust (SCHÜTT et al., 2001; KENYON, 1988). Verglichen mit einer Gruppe von Frauen nach einer Totgeburt scheinen Frauen nach dem Verlust eines schwer missgebildeten Kindes mindestens ebenso stark zu trauern (LILFORD et al., 1994; ZEANA et al., 1993; KENYON et al., 1988a).

MUTH et al. (1989) untersuchten die psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus genetischer Indikation (frühere Gesetzeslage) im 2. Trimenon. Es wurden 41 Frauen vor, während und nach dem Schwangerschaftsabbruch mit einem selbstkonzipiertem Fragebogen befragt. Zum Befragungszeitpunkt lag das Ereignis bei der Hälfte der Frauen ein Jahr zurück, ansonsten maximal drei Jahre. Unter Empfindungen wie Einsamkeit, Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Wut, Schuld, Gelassenheit waren zum Zeitpunkt des Entscheidungsprozesses für den Schwangerschaftsabbruch Hilflosigkeit, Angst und Trauer die dominierenden Empfindungen in jeweils höchster Ausprägung. Vor allem Angst war der Grund für die Belastung in dem Zeitraum seit der Diagnosenstellung bis zum Vollziehen des Abbruchs. Hilflosigkeit, Schuld und Einsamkeit waren für die Frauen besonders während des Schwangerschaftsabbruchs belastend. Zwischen dem Klinikaufenthalt und dem Erhebungszeitraum sowie zum Zeitpunkt der Erhebung selbst herrschte überwiegend Trauer vor. Sechs Frauen bereuten ihre Entscheidung zum Zeitpunkt der Befragung, da sie die Verantwortung für die Tötung des eigenen Kindes belastete.

Systematische Studien über die Langzeitfolgen und über die pathologischen Verlaufsformen der Trauer gibt es nur wenige.

WHITE-van MOURIK et al. (1992) untersuchten in einer retrospektiven Studie psychosoziale Auswirkungen bei 84 Frauen (und 68 Partnern), die im 2. Trimenon ihre Schwangerschaft wegen fetaler Fehlbildung beendeten. Die Befragung erfolgte zwei Jahre nach dem Ereignis mit Hilfe eines umfassenden Fragebogens. 20 % der Frauen litten zu dem Zeitpunkt immer noch unter häufiger Traurigkeit und Reizbarkeit. In der ersten 12 Monaten nach dem Schwangerschaftsabbruch klagten die Betroffenen über partnerschaftliche Konflikte bis hin zu gravierenden Eheproblemen; 12 % der Paare trennten sich zeitweise und ein Paar dauerhaft voneinander. Als Risikofaktoren für Bewältigungsschwierigkeiten wurden Unreife der Eltern, mangelnde Bedürfnisregulation, geringes Selbstwertgefühl vor der Schwangerschaft, fehlende soziale Unterstützung und sekundäre Infertilität beobachtet.

Beschrieben wurden weiterhin psychische Reaktionen wie Somatisierungstendenzen (Entwicklung von Schmerzen ohne organisches Korrelat), Panikattacken und innere Wut gepaart mit Reizbarkeit. Es wurde allerdings nicht untersucht, ob das Ausmaß der Symptome einen Krankheitswert erreichte. Die Wissenschaftler kamen außerdem zu dem Ergebnis, dass der Verlust eines Kindes aufgrund einer schweren fetalen Fehlbildung eine Frau in ihrem Vertrauen in die eigene Reproduktionsfähigkeit verunsichert und damit verbunden schwere

Insuffizienzgefühle auslöst. Diese wurde oftmals von Schuld- und Schamgefühlen sowie einer quälenden Ambivalenz - einerseits Erleichterung, weiteres Leid verhindert zu haben, andererseits Trauer und Wut über den Verlust - begleitet. Dadurch wurde die Bewältigung des Verlustes zusätzlich erschwert.

LLOYD und LAURENCE (1985) untersuchten in einer retrospektiven Studie 48 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation ein bis fünf Jahre nach dem Ereignis. Sie verwendeten ein halbstrukturiertes Interview. Fast 80 % der Frauen berichteten von einer akuten Trauerreaktion innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Abbruch. Der Schweregrad der Reaktionen reichte von Weinen und Traurigkeit, Lethargie und Insomnie bis hin zu ausgeprägten Trauerreaktionen mit somatischen Symptomen und schließlich vollständigem sozialen Rückzug. Nach sechs Monate waren bei nahezu der Hälfte der Frauen weiterhin Symptome vorhanden. 10 von den 48 Frauen benötigten psychiatrische Behandlung. Vor allem depressive Symptomatik, häufig mit stark verdrängter Wut, führte zu der Behandlung.

In einer vergleichbaren Studie von ELDER und LAURENCE (1991) wurden Reaktionen von 69 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch im 2. Trimenon aus medizinischer Indikation untersucht, die unmittelbar nach dem Verlust eine psychologische Unterstützung erhielten. Die Befragung erfolgte retrospektiv drei bis fünf Jahre nach dem Ereignis, in Form eines Interviews mit Hilfe eines semistrukturierten Fragebogens. 80 % der Frauen erlebten nach dem Ereignis eine akute Trauerreaktion, ein Viertel der Frauen trauerte nach sechs Monaten noch gleichermaßen wie kurz nach dem Ereignis. Über 80 % der Frauen empfanden die psychologische Betreuung hilfreich bis sehr hilfreich, einige beschrieben die Unterstützung als unbedingt erforderlich.

ZEANAH et al. (1993) verglichen in einer Fall-Kontroll-Studie jeweils 23 Frauen nach einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon mit einer äquivalenten Gruppe von Frauen nach einem Spontanabort (in 20.-44. SSW) zwei Monate nach dem Verlust. Die Trauerreaktionen wurden mit Hilfe des Perinatal Grief Scale und des Beck Depression Inventory gemessen. Fast ein Fünftel der Frauen erfüllten nach dem Schwangerschaftsabbruch die Kriterien einer Major Depression nach DSM-III-R und über die Hälfte dieser Frauen zeigten eine weniger ausgeprägte depressive Symptomatik. Fünf von den 23 Frauen begaben sich in psychiatrische Behandlung (erstmalige Konsultation nach dem Ereignis). Im Rahmen eines Interviews berichteten alle Studienteilnehmerinnen retrospektiv über besonders ausgeprägte Trauer in den ersten Tagen nach Mitteilung der Diagnose bzw. einige Tage bis Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch. Zum Zeitpunkt der Untersuchung (zwei Monate nach dem Verlust)

berichteten 17 von 23 Frauen (74 %) über weiterhin anhaltende Trauerreaktionen. Abgesehen vom Alter (Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation waren signifikant älter als Frauen, die einen Spontanabort erlebten) unterschieden sich beide Gruppen kaum bezüglich der soziodemographischen Parameter. Das Alter korrelierte mit der Trauerintensität: Jüngere Frauen trauerten stärker und zeigten größere Bewältigungsschwierigkeiten. Außerdem stellten die Autoren fest, dass die Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation zu einer erstmaligen psychiatrischen Konsultation führen können, u.a. aufgrund schwerer Depressionen.

Die Forschungsgruppe um HUNFELD et al. (1993, 1995, 1997a, 1997b) entwickelte eine prospektive Studie mit Verlaufsmessungen über vier Jahre. Sie untersuchte 46 Frauen nach einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch hinsichtlich Trauer (Perinatal Grief Scale, PGS), Traumatisierungssymptomen (Impact of Event Scale, IES) und genereller Symptomatik (General Health Questionnaire, GHQ). Zu dem ersten Erhebungszeitpunkt (zwei bis sechs Wochen nach der Diagnose) beobachtete man bei 45 % der Frauen schwere psychische Instabilität, die nach drei Monaten signifikant abnahm (22 %). Hinsichtlich aktiver Trauer, Verzweiflung, Intrusion und Vermeidung wurden innerhalb den ersten drei Monaten (zweiter Messzeitpunkt) keine signifikanten Veränderungen beobachtet, jedoch eine Zunahme der Coping-Schwierigkeiten. Nach vier Jahren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Bewältigungsschwierigkeiten und Verzweiflung, ansonsten kam es zu einer Reduktion der Werte. Die Autoren werteten dieses Befundmuster als Hinweis auf pathologische Trauerreaktionen. Zu dem Zeitpunkt wurde bei 38 % der in der Studie verbliebenen Frauen (n=29) ein klinisch bedeutsamer Wert erhöhter psychovegetativer Beschwerden festgestellt. Nach dieser Untersuchung sind Persönlichkeiten, die unter einem niedrigen Selbstwertgefühl leiden, bezüglich ausgeprägter Trauerreaktionen besonders gefährdet. Ebenso intensivierten frühere schwere Lebensereignisse die Trauerreaktion.

Zusammenfassung: Anhand der hier vorgestellten wissenschaftlichen Untersuchungen lässt sich feststellen, dass bei bis zu 80 % der betroffenen Frauen unmittelbar nach der Diagnosemitteilung einer fetalen Anomalie eine akute Belastungsreaktion beobachtet wurde. Die Trauerreaktionen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation werden nicht selten als pathologisch bewertet. Diese bleiben nicht selten – bei bis zu fast der Hälfte der betroffenen

Frauen - über sechs Monate gleichbleibend bestehen und werden v.a. als Anpassungsstörung in Form von depressiven Reaktionen manifest.

1.8.2.2 Traumatische Reaktion und Posttraumatische Belastungsstörung

In der wissenschaftlichen Literatur wird zwar häufig festgestellt, dass es sich nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation um ein traumatisches Ereignis handelt (KOLKER et al., 1993; WHITE-van MOURIK et al., 1992), jedoch gibt es kaum systematische Studien, die diese Reaktion und deren Folgen beschreiben.

Symptome, die das traumatische Erleben beschreiben, werden von SCHÜTT et al. (2001) als dissoziative Phänomene also Bewusstseinsabspaltungen charakterisiert, die sich in Form von Depersonalisationen, Derealisationen und Amnesien äußern können. Weitere Folgen können belastende Erinnerungen sein, die mit allen Sinnesqualitäten erlebt werden können, plötzlich in die Realität einbrechen und als Intrusionen bezeichnet werden. Auch Vermeidungsverhalten kann sich entwickeln. So werden Auslöser von belastenden Erinnerungen vermieden, um die damit verbundenen Affekte von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut nicht wiedererleben zu müssen. Außerdem können Schlafstörungen, Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit folgen. Die Kombination aus Dissoziation, Intrusion, Vermeidungsverhalten, Amnesie und Übererregbarkeit, die innerhalb von sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis auftritt, wird als posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bezeichnet (DSM IV).

SALVESEN et al. (1997) untersuchten in einer Längsschnittstudie 53 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation, nach einem Spontanabort oder perinatalem Verlust u.a. im Hinblick auf Traumatisierungssymptome. Die Datenerhebung erfolgte zu vier unterschiedlichen Zeitpunkten mittels Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Goldberg General Health (GHQ-30), Impact of Event Scale (IES), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) und Schedule for Recent Life Events (SRE). In der akuten Phase, also einige Tage nach dem Verlust, zeigte fast die Hälfte der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch und fast 80 % der Frauen nach perinatalem Verlust ausgeprägte Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Diese Werte gingen nach einem Jahr in der Gruppe der Frauen nach perinatalem Verlust deutlicher zurück als in der Gruppe der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch. In der Studie erfüllte nur eine Frau (nach perinatalem Verlust) die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

KERSTING und BÄZ (2002a) zeigten anhand von Kasuistiken von Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation entschieden hatten, dass ein normaler Trauerverlauf nach dem Verlust einen längeren Zeitraum umfasst und auch in einen pathologischen Trauerprozess bzw. eine psychiatrische Symptomatik münden kann.

In einer retrospektiven Studie untersuchten FISCH et al. (2003) die Situation der Trauer nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation aufgrund fetaler Fehlbildungen. Sie untersuchten Depressivität (Beck Depressions-Inventar, BDI), Traumatisierung (Impact of Event Scale, IES-R) und Trauer mit Hilfe der Münchner Trauerskala (MTS). Untersucht wurden 41 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation sowie 30 Frauen nach spontaner Geburt eines gesunden Kindes. Die Datenerhebung erfolgte zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten. Sowohl zwei Wochen als auch sechs Monate nach dem Ereignis zeigten Frauen nach dem Schwangerschaftsabbruch höhere Depressivitätswerte und ein höheres Ausmaß der Traumatisierung als Frauen nach der Geburt eines gesunden Kindes. Hinsichtlich der Depressivität, Traumatisierung und Trauer beobachtete man für die beiden Gruppen eine Abnahme der Symptomatik über die Zeit. Die Reduktion der entsprechenden Testwerte erwies sich innerhalb der ersten fünf Monate als statistisch signifikant. Bei über einem Viertel der untersuchten Frauen wurde sechs Monate nach dem Ereignis eine psychische Störung gefunden. Major Depression trat mit ca. 13 % am häufigsten auf. Jeweils einmal wurde eine Agoraphobie ohne Panikstörung, eine Posttraumatische Belastungsstörung, eine Dysthymie und eine Depressive Störung diagnostiziert (DSM-IV).

In einer weiteren Studie beschäftigten sich KERSTING et al. (2005) insbesondere mit posttraumatischen Langzeitreaktionen und Trauer nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund fetaler Fehlbildungen. Sie untersuchten 83 Frauen zwei bis sieben Jahre nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation und verglichen diese mit 60 Frauen, welche sich zu einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund fetaler Anomalie entschieden hatten, der gerade zwei Wochen zurücklag. Ebenfalls wurde eine Gruppe von 65 Frauen nach spontaner Entbindung eines gesunden Kindes in die Studie einbezogen. Zur Ermittlung der Traumatisierung wurde der Impact of Event Scale (IES-R) mit 3 Subskalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ verwendet. Trauer wurde mit Hilfe der Münchner Trauerskala (MTS) untersucht. Die fünf Subskalen „Traurigkeit“, „Verlustangst“, „schuldhafte Verarbeitung“, „Ärger“ und „Sinnsuche“ erfassen verschiedene Aspekte von Trauerreaktionen auf den Verlust einer Schwangerschaft. Frauen nach Geburt eines gesunden Kindes erhielten nur den IES-R. Die

Ergebnisse zeigten, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation – sowohl nach vier Jahren als auch nach zwei Wochen - mit statistisch signifikant höherem Grad an Traumatisierung reagierten als Frauen nach der Geburt eines gesunden Kindes. Beide Gruppen von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund fetaler Fehlbildungen unterschieden sich hinsichtlich der eingetretenen Traumatisierung nicht signifikant. Auch die Untersuchung der Trauer bei Frauen zwei bis sieben Jahre oder zwei Wochen nach dem Verlust ergab keine signifikanten Unterschiede, mit Ausnahme der Subskala „Verlustangst“. Diese Ergebnisse legen nahe, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation ein extrem belastendes Lebensereignis ist, das zu Traumatisierung und intensiven Trauerreaktionen führt, die sogar mehrere Jahre nach dem Verlust andauern können und auch ermittelbar sind.

KORENROMP et al. (2005) befragten in einer Querschnittsuntersuchung 254 Frauen zwei und sieben Jahre nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation (vor 24. SSW) bezüglich psychischer Langzeitfolgen. Das wichtigste Ziel der Untersuchung war das Erfassen von Risikofaktoren für psychische Störungen nach dem Ereignis. Die Datenerhebung erfolgte zum einen mit Hilfe eines allgemeinen Fragebogens, welcher u.a. soziodemographische Parameter, die medizinische und geburtsbezogene Vorgeschichte erfasste. Außerdem wurden standardisierte Fragebögen zur Erfassung von Trauer (Inventory of Traumatic Grief, ITG), posttraumatischer Symptome (Impact of event Scale, IES-r) und des psychischen Wohlbefindens (Symptom-Checklist-90, SCL-90; umfasst Depression, Angst und körperliche Beschwerden) verwendet. Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund fetaler Fehlbildung im Allgemeinen ihre Trauer gut verarbeiten können, jedoch bei einer beträchtlichen Anzahl der Frauen (17,3 %) pathologische Testwerte bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung beobachtet wurden. Darüber hinaus stellte man signifikante Risikofaktoren fest, die mit der mangelhaften psychischen Verarbeitung zusammenhängen. Dazu gehören ein niedriger Bildungsstand und wenig Unterstützung vom Partner. Ein fortgeschrittenes Gestationsalter der Frau korrelierte häufig mit höheren Trauerwerten und einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Auch andere Autoren untersuchten mögliche Einflussfaktoren auf das Ausmaß von Trauer und Depressivität sowie für Bewältigungsschwierigkeiten nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund kindlicher Fehlbildungen. Dazu zählen insbesondere:

- Dauer der Schwangerschaft: Größeres Ausmaß der Symptome bei einem Verlust zu einem späterem Zeitpunkt (ELDER und LAURENCE, 1991; KORENROMP et al., 2005; SALVESEN et al., 1996; MUTH et al., 1989)
- Geburt weiterer lebender Kinder (CUISINIER et al., 1996)
- Unterstützung der Frau durch das soziale Umfeld, insbesondere durch den Partner bzw. die Qualität der Partnerschaft (ELDER und LAURENCE, 1991; KORENROMP et al., 2005; WHITE-van MOURIK et al., 1992)
- Vorbelastung durch psychische Störungen (LASKER und TOEDLER, 1991)
- geringes Selbstwertgefühl vor der Schwangerschaft (WHITE-van MOURIK et al., 1992; HUNFELD et al. 1997)
- niedriger Bildungsstand (KORENROMP et al., 2005).

Zusammenfassung: Anhand der hier vorgestellten Studienergebnisse lässt sich feststellen, dass bei etwa einem Viertel der untersuchten Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation sich innerhalb des ersten halben Jahres die Symptomatik im klinisch relevanten Bereich befand und einen Krankheitswert annahm. Diese Ergebnisse legen nahe, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation ein extrem belastendes Lebensereignis ist, das zu Traumatisierung und intensiven Trauerreaktionen führt, die sogar mehrere Jahre nach dem Verlust andauern können.

1.8.2.3 Psychologische / psychosoziale Betreuung in der Pränataldiagnostik: aktueller Stand der Forschung

Aufgrund der möglichen schwerwiegenden psychischen Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation wurde die Bedeutung einer psychologischen bzw. psychosozialen Unterstützung der Frauen und Paare zur besseren Bewältigung der Situation von vielen Autoren betont (ELDER und LAURENCE, 1991; HAHLWEG-WIDMOSER, 1999; LLOYD und LAURENCE, 1985; HUNFELD et al., 1997; KERSTING et al., 2002a, 2005; MUTH et al., 1989; SALVESEN et al., 1997; STATHAM et al., 2000; ZEANAH et al., 1993). Allerdings gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Studien, die diese Art der Betreuung

genauer beschreiben oder den Einfluss einer solchen Intervention auf das psychische Befinden der betroffenen Frauen erforschen.

LEITHNER et al. (2002) untersuchten in einer follow-up Studie 77 Frauen unmittelbar nach der Mitteilung einer pathologischen pränatalen Diagnose und sechs Monate danach. Alle Frauen nahmen eine psychologische Beratung in Anspruch. Die angewandten psychologischen Interventionen in der Beratung waren die Krisenintervention in der akuten Situation nach der Diagnosemitteilung, die nicht-direktive Beratung, die u.a. Informationen bezüglich des weiteren Vorgehens und der Begleitung im Trauerprozess umfasste, sowie die psychoanalytisch orientierte Kurztherapie, die besonders auf die Konsequenzen des schwierigen Lebensereignisses fokussierte. Als Untersuchungsinstrumente dienten die State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Befindlichkeitsskala (Bf-S) und zu dem zweiten Untersuchungszeitpunkt zusätzlich der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Die Ergebnisse der Befindlichkeitsskala ergaben zu beiden Untersuchungszeitpunkten hochsignifikante Werte im Vergleich zur Normalpopulation, was eine schwere Beeinträchtigung des Befindens widerspiegelt. Auch das STAI zeigte statistisch signifikante Ergebnisse, verglichen mit der Normalbevölkerung. Besonders hohe State-Angst-Werte wurden zum ersten Untersuchungszeitpunkt festgestellt, was ein Indiz für die emotionale Stresssituation ist. Insgesamt beobachtete man bei 95 % der Frauen psychische Probleme und bei 56 % somatische Beschwerden. Sowohl die Ergebnisse der Befindlichkeitsskala als auch die Ergebnisse des STAI zeigten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt eine Reduktion der Werte, allerdings wurde dabei die Wirksamkeit der psychologischen Betreuung nicht bewiesen. Die Auswertung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung ergab im Vergleich zur Normalpopulation signifikante Unterschiede in folgenden Bewältigungsstrategien: erhöhte Werte für „depressive Verarbeitung“, „Misstrauen und Pessimismus“ sowie „regressive Tendenz“. Signifikant niedriger waren „Relativierung durch Vergleich“ und „Ablenkung und Selbstaufwertung“. Die Ergebnisse waren unabhängig von soziodemographischen Parametern, wie Alter, Kinder oder Erwerbstätigkeit.

97 % der Frauen waren mit der psychologischen Betreuung zufrieden und empfanden sie besonders wichtig in der Bewältigung des schwierigen Lebensereignisses.

GEERINCK-VERCAMMEN und KANHAI (2003) untersuchten die Gefühle von 89 Paaren während und nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation aufgrund fetaler Fehlbildungen im 2. und 3. Trimenon der Schwangerschaft, die durch die psychosoziale Beratung während und nach dem Ereignis unterstützt wurden. Die Paare wurden mit Hilfe eines

halbstrukturierten Interviews zu drei verschiedenen Untersuchungszeitpunkten - vor dem Schwangerschaftsabbruch sowie sechs Wochen und sechs Monate danach - befragt. Die Fragen fokussierten auf den Prozess der Entscheidungsfindung, die emotionalen Erfahrungen in den verschiedenen Phasen der Entbindung und des Abschieds vom Kind, auf die Art und Weise der Bewältigung des Verlustes und paarspezifische, soziale und professionelle Unterstützung.

In der Phase der Entscheidungsfindung wurden bei 10-20 % der Eltern v.a. Gefühle wie Schuld, Versagen und Zweifel beschrieben, die bei den Frauen stärker ausgeprägt waren als bei den Männern. Diese Gefühle (außer Versagen) nahmen sechs Wochen nach der Entbindung kontinuierlich ab und reduzierten sich sechs Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch fast vollständig. Scham, Wut und Angst wurden zum zweiten und dritten Untersuchungszeitpunkt gemessen: Scham wurde bei Männern und auch bei Frauen nur selten beschrieben. Insbesondere war Angst bei Frauen (bei ca. 38 %) sechs Wochen nach dem Verlust am stärksten ausgeprägt, diese ging sechs Monate nach dem Ereignis zurück, konnte aber noch bei ca. 20 % der Frauen und 10 % der Männer beobachtet werden.

Trauer herrschte sechs Wochen nach dem Ereignis bei 36 % der Frauen und 8 % der Männer vor und nach sechs Monaten bei 13 % der Frauen und 2 % der Männer.

97 % der Frauen und 91 % der Männer sahen und berührten ihr totes Kind. 79 % der Eltern gaben ihrem Kind einen Namen, 97 % machten ein Photo. Alle Frauen und 98 % der Männer, die von ihrem Kind Abschied nahmen, beurteilten ihre Entscheidung sechs Wochen nach dem Verlust als gut bis sehr gut. Die Eltern, die ihr Kind nicht gesehen hatten, bereuten das im Nachhinein.

Die professionelle Betreuung im Krankenhaus wurde von 87 % der Frauen und 80 % der Männer als gut bis sehr gut bewertet.

Zusammenfassung: Die psychosoziale Unterstützung der Frauen und Paare nach dem Feststellen eines pathologischen fetalen Befundes im Rahmen der Pränataldiagnostik und einem daraus oft folgenden Schwangerschaftsabbruch wurde von fast allen Betroffenen als wichtig und hilfreich empfunden. Sowohl die hier beschriebene schwere Beeinträchtigung des Wohlbefindens, die emotionale Stresssituation kurz nach der Diagnosemitteilung und die Phase der Entscheidungsfindung als auch die Trauer nach dem Verlust nahmen schon nach einigen Wochen kontinuierlich ab und ließen nach sechs Monaten fast vollständig nach. Allerdings konnte die Verbesserung des Befindens durch die psychologische Unterstützung nicht direkt bewiesen werden.

1.9 Zielsetzung der Arbeit

Die psychosoziale Beratung gehört in Deutschland nicht zum Routine-Angebot im Rahmen der Pränataldiagnostik. In der vorliegenden Arbeit werden Patientinnen, bei denen im Rahmen der Pränataldiagnostik ein pathologischer fetaler Befund erhoben wurde und die in diesem Kontext psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, hinsichtlich verschiedener soziodemographischer Aspekte, als auch Parameter, die sich auf die aktuelle Schwangerschaft beziehen, charakterisiert.

Des Weiteren sollen verschiedene Aspekte der psychosozialen Beratung wie etwa die subjektive Zufriedenheit mit der Beratung oder hilfreiche Beratungsthemen und das aktuelle Befinden der Frauen zum Zeitpunkt der Beratung näher beschrieben werden. Außerdem erfolgt eine Darstellung der sichtbar werdenden psychischen Symptome und Beratungsschwerpunkte, die sich in dem jeweiligen Gespräch individuell ergaben aus Sicht der Beraterin.

Da es sich um ein Beratungskonzept handelt, das im Rahmen des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“ entwickelt wurde, soll anschließend in einer weiteren Analyse festgestellt werden, welche soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parameter möglicherweise einen Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit der beratenen Frauen haben. Es soll festgestellt werden, inwieweit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen die Beratung einen Einfluss auf die Entscheidung hatte. Schließlich wird analysiert, inwieweit sich soziodemografische und schwangerschaftsbezogene Aspekte darauf auswirken, ob ein Beratungsthema von einer betroffenen Frau als hilfreich empfunden wird.

2 MATERIAL UND METHODEN

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer prospektiven Gesamtstudie, die im Rahmen des Projekts „Wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte ‚Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik‘ an den Standorten Bonn, Düsseldorf und Essen“ am 01.01.2003 begann und durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wurde.

Vor der Durchführung des Projekts wurde eine Genehmigung bei der zuständigen Ethik-Kommission eingeholt. An der Studie nahmen Patientinnen teil, die eine psychosoziale Beratung vor, während oder nach Pränataldiagnostik in Anspruch nahmen. In dem überwiegendem Teil der Fälle hat die psychosoziale Beratung stattgefunden, nachdem durch die pränataldiagnostischen Untersuchungen ein pathologischer fetaler Befund festgestellt wurde.

Die Datenerhebung erfolgte zu fünf verschiedenen Zeitpunkten (siehe auch Abbildung 1): Im Rahmen des Beratungsgesprächs (t1), sechs bis acht Wochen nach der psychosozialen Beratung (t2), sechs Monate (t3), ein Jahr (t4) und zwei Jahre (t5) nach dem Erstgespräch.

Bis zum 31.10.2005 wurden 512 Paare in die Studie aufgenommen. Die letzten Zwei-Jahres-Katamnesen wurden im Herbst 2007 abgeschlossen.

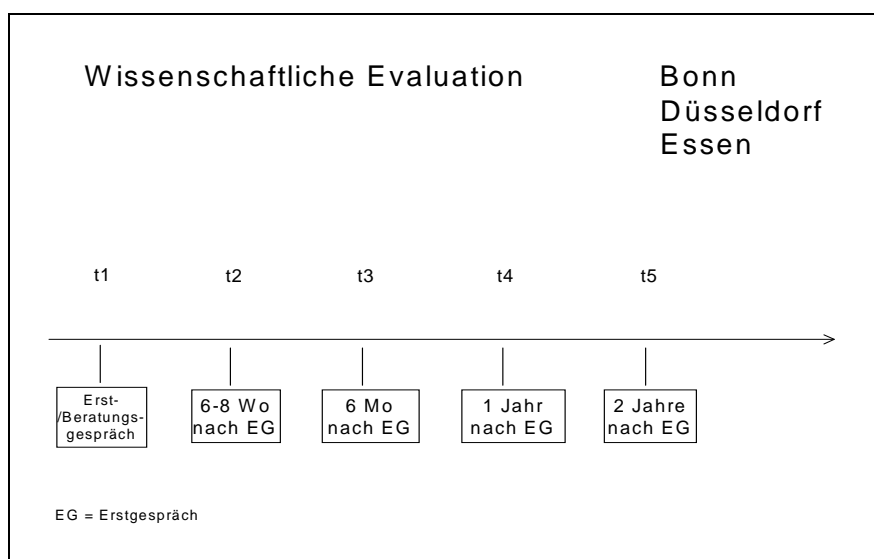


Abbildung 1: Überblick über den zeitlichen Ablauf der wissenschaftlichen Erhebung

2.1 Studienpopulation

Die Rekrutierung der Patientinnen im Rahmen der Verlaufsstudie fand an drei Beratungsorten statt. Dies waren im Einzelnen:

- 1) Beratungsstandort Bonn: Evangelische Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle des Diakonischen Werkes in Kooperation mit der Abteilung Pränatalmedizin und des Funktionsbereichs Gynäkologische Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn
- 2) Beratungsstandort Düsseldorf: Schwangerschaftsberatungsstelle „Frauen beraten / Donum vitae“ in Kooperation mit dem evangelischen Krankenhaus Düsseldorf, der Praxis für Pränatalmedizin und Genetik Düsseldorf, Dres. Kozlowski, Stressig, Körtge-Jung und der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
- 3) Beratungsstandort Essen: Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle der Arbeiterwohlfahrt am Universitätsklinikum Essen in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Essen.

Es wurden alle beratenen Patientinnen (und ihre jeweiligen Partner zum Beratungszeitpunkt) in die Verlaufsuntersuchung eingeschlossen, von denen eine schriftliche Einverständniserklärung vorlag und die über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügten, um eine aussagekräftige Beantwortung der vorgesehenen Fragebögen gewährleisten zu können.

Innerhalb der drei beteiligten Beratungszentren waren zwischen dem 1. Januar und 31. Dezember 2004 insgesamt 393 beratene Frauen bereit an der Studie teilzunehmen und erfüllten die Einschlusskriterien der Studie. 148 dieser Frauen (37,8%) schränkten ihr Einverständnis zur Studienteilnahme dahingehend ein, dass nur die Daten aus dem Beratungsgespräch / Erstkontakt verwendet werden durften und dass sie keinen weiteren Kontakt im Verlauf wünschten. Für die in der Studie vorgesehene Verlaufsuntersuchung verblieben somit bis Ende 2004 insgesamt 245 Teilnehmerinnen in der Studie.

Die in der Arbeit durchgeführten Untersuchungen basieren auf Angaben der Studienteilnehmerinnen, die vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2004 an dem **Beratungsort Bonn** die psychosoziale Beratung in Anspruch nahmen und einen Fragebogen zur Beratungsrückmeldung abgaben. Aus dem Grund reduziert sich die Zahl des Untersuchungskollektivs auf 155.

2.2 Studienablauf und Untersuchungsinstrumente

Im folgenden Kapitel wird der Untersuchungsablauf der prospektiven Studie im Rahmen des wissenschaftlichen Projektes beschrieben. Dieser begann mit der ersten Kontaktaufnahme mit den Patientinnen zum Zeitpunkt der Beratung und endete zum dritten Katamnesezeitpunkt (zwei Jahre nach Beratungsgespräch). Allerdings konzentrieren sich die in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Beratungen auf die zum Zeitpunkt des Beratungsgesprächs von der psychosozialen Beraterin erhobenen Daten sowie auf Angaben der Studienteilnehmerinnen zur Beratungsrückmeldung.

2.2.1 Ablauf der Datenerhebung

2.2.1.1 Kontaktaufnahme

Der erste Kontakt mit den Frauen, bei denen durch die pränataldiagnostische Untersuchung ein pathologischer Befund festgestellt wurde, erfolgte durch die im jeweiligen pränataldiagnostischen Zentrum tätigen Ärzte, indem diese auf das vorhandene Angebot der psychosozialen Beratung hinwiesen und die betroffene Frau bzw. das Paar bei Einverständnis zum Beratungsgespräch anmeldeten. Darüber hinaus wurde versucht, über Informationsmaterial, Aushänge und Kontakte zu gynäkologischen Praxen schwangere Patientinnen schon vor der Pränataldiagnostik über das Beratungsangebot zu informieren.

Aus ethischen Gründen erhielten alle Frauen und Paare das Beratungsangebot unabhängig davon, ob sie sich zur Studienteilnahme entschlossen oder nicht. Aus diesem Grund war es nicht möglich, eine entsprechende Kontrollgruppe zu bilden.

Aufgrund der besonderen psychischen Situation der Betroffenen wurde zunächst das Beratungsgespräch durchgeführt, das oft zunächst eine Krisenintervention war. Erst danach wurden die Frauen und ihre Partner über die begleitende wissenschaftliche Studie und deren Zielsetzung von den Beraterinnen informiert und um ihre Studienteilnahme gebeten. Bei einer Zusage zur Studie wurde von den Frauen und den anwesenden Partnern eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Wie in der Vorgabe der Ethikkommission gefordert, erhielten die Paare ein weiteres

Exemplar der Einverständniserklärung, in dem der Studienablauf dokumentiert und die Ziele der Untersuchung dargelegt waren.

2.2.1.2 Vergabe der Fragebögen

Nach einer Aufklärung über die Studie und dem Unterschreiben der Einverständniserklärung wurde der von den teilnehmenden Patientinnen vor der Beratung ausgefüllte **Anamnesebogen**, in dem soziodemographische Daten strukturiert erfasst wurden, zu den Studienunterlagen hinzugefügt. Zudem wurde den Frauen ein Fragebogen (**Beratungsrückmeldung**) ausgehändigt, durch den die Zufriedenheit mit der Beratung in verschiedenen Aspekten und das aktuelle psychische Befinden erfasst werden sollte. In der Regel wurden diese Fragebögen von den Studienteilnehmerinnen in zeitlicher Nähe zum Beratungsgespräch, d.h. innerhalb der folgenden ein bis drei Tage zu Hause ausgefüllt und an die Abteilung Gynäkologische Psychosomatik zurückgesandt. Durch dieses Vorgehen und die Zusicherung, dass die Beraterinnen keine personenbezogenen Informationen aus diesen Rückmeldungen erhalten, sollte einer Tendenz zu Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit entgegen gewirkt werden. Leider wurde von einem Teil der Frauen die Beratungsrückmeldung nicht in zeitlicher Nähe zum Beratungsgespräch oder überhaupt nicht abgegeben, was sich durch die enorme Belastung der Frauen zu diesem Zeitpunkt erklären lässt - daraus ergibt sich auch die Reduktion der hier untersuchten Stichprobe.

Nach Beendigung des ersten Beratungsgesprächs und Vorliegen der Einverständniserklärung beider Partner wurden von der Beraterin die in der Beratung angesprochenen Themenbereiche, die akute psychische Verfassung der Frau und ihres Partners, die Interaktion beim Paar, wahrgenommene Divergenzen und das Ergebnis der Beratung anhand eines halbstrukturierten Erhebungsbogen (**Beratungsdokumentation**) erfasst. Zudem wurde in diesem Zusammenhang die gynäkologische Anamnese (z.B. die Anzahl vorangegangener Geburten / Fehl-/ Totgeburten), die Geplantheit der aktuellen Schwangerschaft, eine eventuell erfolgte Kinderwunschbehandlung und die Indikation für die Pränataldiagnostik erhoben.

Anhand eines gesonderten Dokumentationsbogens wurde der aktuelle Stand der Pränataldiagnostik und deren Ergebnis erfasst, sowie die ärztliche Einschätzung der Überlebensfähigkeit des ungeborenen Kindes und dessen zu erwartende körperliche bzw. geistige Leistungsfähigkeit (**PND-Dokumentationsbogen**). Da diese Angaben medizinisches Hintergrundwissen verlangen,

wurde dieser Dokumentationsbogen von ärztlichem Personal ausgefüllt. Aufgrund des Umstandes, dass in der Universitätsfrauenklinik Bonn bei auffälligem pränataldiagnostischen Befund und bei vorliegender medizinischer Indikation Schwangerschaftsabbrüche bzw. Mehrlingsreduktionen vor Ort durchgeführt werden, konnten im Beratungszentrum Bonn zusätzlich Informationen darüber eingeholt werden, ob die Eltern nach der Entbindung bzw. dem Abbruch die Gelegenheit wahrgenommen haben, von ihrem Kind Abschied zu nehmen. In diesem Zusammenhang wurde gefragt, ob ein Kontakt zur Seelsorge aufgenommen wurde und für welche Beerdigungsmodalität sie sich entschieden haben.

2.2.1.3 Datenerfassung und Datenverwaltung

Die beschriebenen Frage- und Dokumentationsbögen des Erstkontakts im Rahmen der psychosozialen Beratung (1. Einverständniserklärung, 2. Anamnesebogen, 3. Beratungsdokumentation, 4. PND-Dokumentationsbogen) wurden von den Beraterinnen an die Projektkoordinationsstelle Gynäkologische Psychosomatik weitergegeben, wo für jede Studienteilnehmerin eine Studienakte mit Patientinnennummer angelegt und die gesamten Studienunterlagen archiviert wurden. Darüber hinaus wurde eine fortlaufende Studienliste geführt, in die alle teilnehmenden Patientinnen – getrennt nach Beratungsort – aufgenommen wurden und in der zusätzlich die vorgesehenen Katamnesezeitpunkte vermerkt wurden.

2.2.1.4 Weiterführende Verlaufsuntersuchung

Zu Patientinnen, die beim ersten Beratungsgespräch ihr diesbezügliches Einverständnis gegeben hatten, wurde zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (Katamnese I: 6 bis 8 Wochen nach dem erstem Beratungsgespräch, t2) durch eine psychologische oder ärztliche Mitarbeiterin des wissenschaftlichen Projektes telefonisch Kontakt aufgenommen. Im Gespräch wurde nach dem aktuellen Befinden und dem weiteren Verlauf nach dem Beratungsgespräch gefragt. Die bei diesem Gespräch erhobenen Informationen wurden schriftlich und in einer eigens dafür erstellten Access-Datenbank erfasst. Im Anschluss daran wurde die Patientin darüber informiert, dass ihr – wie in der Studienaufklärung anlässlich des Beratungsgesprächs angekündigt - zu ihrem aktuellen Befinden und ihrer Einschätzung der Auswirkungen der psychosozialen Beratung Fragebögen zugeschickt werden. Es wurde gebeten, diese möglichst in den nächsten Tagen zurück zu senden. Wurde im Rahmen des Telefonkontakts mit der Patientin deutlich, dass sie aufgrund aktueller psychischer Belastung Bedarf nach fachpsychologischer bzw. –therapeutischer Unterstützung hat, wurde der Patientin angeboten, sich persönlich entweder in der Abteilung Gynäkologische

Psychosomatik vorzustellen oder erneut einen weiteren Gesprächstermin bei der ihr bekannten psychosozialen Beraterin zu vereinbaren.

2.2.2 Weitere Instrumentarien der Studie

Die folgenden Fragebögen wurden zwar im Rahmen der durchgeführten Studie angewandt, deren Ergebnisse wurden jedoch nicht für die nachfolgenden Auswertungen miteinbezogen.

- **Brief Symptom Inventory:** Die aktuelle psychische Befindlichkeit wurde bei allen Studienteilnehmerinnen mit dem standardisierten Selbstbeurteilungsfragebogen Brief Symptom Inventory (BSI¹) erfasst. Bei dem BSI handelt es sich um eine Kurzform des Fragebogens Symptom Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis, mit dem die aktuelle subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst wird. Das BSI besteht aus insgesamt 53 Items, die in der Auswertung zu neun Skalen zusammen gefügt werden. Anhand der Werte für die einzelnen Skalen (z.B. Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität) und dreier Globalwerte lassen sich Aussagen zur grundsätzlichen psychischen Belastung treffen.
- **Perinatal Grief Scale:** Wurde ein Schwangerschaftsabbruch oder eine Mehrlingsreduktion durchgeführt oder ist ein bei infauster Prognose ausgetragenes Kind zwischenzeitlich verstorben, wurde die Teilnehmerin außerdem gebeten, die Perinatal Grief Scale (PGS) von Toedter et al.² auszufüllen. Bei der PGS handelt es sich um ein international eingesetztes Fragebogenverfahren zur Erfassung der Stärke von Trauersymptomen bei perinatalem Verlust eines Kindes.
- **NEO-Fünf-Faktoren Inventar:** Darüber hinaus erhielt jede Studienteilnehmerin den Persönlichkeitsfragebogen NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI³). Dieser Fragebogen von Costa und McCrae ist ein faktorenanalytisch konstruierter Persönlichkeitsfragebogen, der individuelle Merkmalsausprägungen in den Bereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit im Vergleich zu einer Normstichprobe erfasst.
- **Fragebogen zur psychosozialen Beratung:** Über diese standardisierten Fragebögen hinaus erhielten alle Teilnehmerinnen mehrfach einen im Rahmen der Projektvorbereitung entwickelten und erprobten Fragebogen zum weiteren Verlauf, mit dem die aktuelle psychische und körperliche Befindlichkeit, die partnerschaftliche Situation, Unterstützung im sozialen Umfeld und die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung bzw. Pränataldiagnostik mit dem jeweiligen zeitlichen Abstand erhoben wurden. In Abhängigkeit davon, ob sich eine Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch, zu einer Mehrlingsreduktion oder zum Austragen des behinderten / kranken Kindes / der Kinder entschlossen hat, wurde zusätzlich das

¹ Derogatis (1993) Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring, and procedures manual, third edition. Deutsche Fassung: Franke GH (2000) Beltz Verlag

² Toedter LJ, Lasker NJ, Alhadeff JM (1988) The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. Am J Orthopsychiatry 58:435-449

³ Costa PT & McCrae RR (1985) The NEO Personality Inventory. Deutsche Fassung: Borkenau P & Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) (1993) Hogrefe Verlag

Erleben des Eingriffs bzw. der Geburt erfasst, die Gestaltung des Abschieds vom Kind, die Unterstützung durch Angehörige und Freunde in dieser Situation und die Auswirkungen auf die Familie / Partnerschaft.

2.2.3 Bearbeitung zurückgesandter Fragebögen

Falls die Unterlagen nicht relativ zeitnah (innerhalb ca. drei Wochen) zu dem Telefongespräch in der Studienzentrale (Gynäkologische Psychosomatik Bonn) eingingen, wurden die Teilnehmerinnen ein weiteres Mal angerufen, um einer möglichen Dropout-Rate durch versehentliches Vergessen der Studienunterlagen seitens der Teilnehmerinnen entgegen zu wirken. Gleichzeitig wurde dadurch auch der persönliche Kontakt zu den einzelnen Teilnehmerinnen weiter gefördert. Die eingegangenen Fragebögen wurden zeitnah in eine statistische Datenbank und teilweise zusätzlich in eine Access-Datenbank (freie Antworten und Kommentare) eingegeben und anschließend zu den Studienakten geheftet.

2.2.4 Weitere Kontaktaufnahmen (Katamnese II und III)

Zum zweiten Katamnesezeitpunkt (t3) – also ein halbes Jahr nach dem ersten Beratungsgespräch – wurde ebenfalls durch eine ärztliche oder psychologische Mitarbeiterin telefonischer Kontakt mit den Studienteilnehmerinnen aufgenommen und die aktuelle psychische Befindlichkeit erhoben. Mögliche Veränderungen oder sonstige Mitteilungen wurden schriftlich dokumentiert und in der Datenbank erfasst. Mit den Frauen wurde auch zu diesem Zeitpunkt besprochen, dass ihnen im Anschluss an das Telefonat Fragebögen zugeschickt werden, mit der Bitte, diese wiederum zeitnah zum Gespräch auszufüllen und in einem vorfrankierten Briefumschlag zurück zu schicken.

Auch zu diesem Untersuchungszeitpunkt wurde die aktuelle psychische Befindlichkeit mittels des BSI erhoben. Frauen, die eine Mehrlingsreduktion (selektiver Fetozid) oder einen Schwangerschaftsabbruch haben durchführen lassen, erhielten auch zu diesem Zeitpunkt die PGS zur Erhebung der Stärke von Trauersymptomen. Mit einem Fragebogen zum weiteren Verlauf, den wiederum alle Patientinnen erhielten, wurde nach der aktuellen psychischen Situation, möglichen Veränderungen in der Partnerschaft, der aktuellen Bedeutung des Erlebten und der Einstellung zu der damaligen Entscheidung aus der jetzigen Perspektive (mit dem Abstand von etwa sechs Monaten) gefragt. Auch aus dieser größeren zeitlichen Perspektive wurde die Einstellung zur psychosozialen Beratung erfragt und im Falle des Austragens des Kindes die Beziehung zum behinderten bzw. kranken Kind.

Weitere Untersuchungszeitpunkte (Katamnese III, t4 sowie Katamnese IV, t5) fanden ein bzw. zwei Jahre nach der ersten Kontaktaufnahme im Rahmen des Beratungsgesprächs statt. Es wurde wie in den beiden vorherigen Katamnesen (Katamnese I und II) verfahren und die gleichen Untersuchungsinstrumente verwendet.

Weil es innerhalb von zwei Jahren nach dem ersten Beratungsgespräch sein konnte, dass es zu einer erneuten Schwangerschaft gekommen war, wurden die Frauen gebeten anzugeben, ob die Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik und deren Folgen - wie z.B. Abbruch der Schwangerschaft - Einfluss auf das Erleben einer weiteren Schwangerschaft hatten. Mit diesen Fragen sollten mögliche Folgen (z.B. erhöhte Ängstlichkeit) der gemachten Erfahrungen auf nachfolgende Schwangerschaften erhoben werden.

2.3 Datenerfassung und Kontrolle

Die Daten, die über den gesamten Studienverlauf durch Fragebögen und telefonische Gesprächskontakte eingingen, wurden kontinuierlich in entsprechende statistische (SPSS Version 11) und andere Datenbanken (Access-Datenbank) eingegeben. Die Eingabe erfolgte in erster Linie durch die Doktorandin und eine studentische Hilfskraft und wurde regelmäßig durch eine statistisch versierte psychologische Mitarbeiterin überprüft und korrigiert.

2.4 Die Mitarbeiter

In Bonn wurde die psychosoziale Beratung durch zwei psychologische Mitarbeiterinnen der Evangelischen Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle des Diakonischen Werkes Bonn und Bad Godesberg / Voreifel durchgeführt, die eine feste Außenstelle an Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde hat und eng mit der Gynäkologischen Psychosomatik assoziiert ist.

Im Rahmen der Studie fand in der Regel einmal wöchentlich in der Abteilung Gynäkologische Psychosomatik eine Projektbesprechung statt, an der alle an der wissenschaftlichen Evaluation beteiligten Mitarbeiter teilnahmen. Diese Besprechungen erwiesen sich als sehr wichtig und wirksam, aufkommende Probleme oder Unklarheiten direkt zu lösen und ergänzende Vorschläge und Anregungen diskutieren zu können. Die Koordination der wissenschaftlichen Studie erfolgte schwerpunktmäßig durch eine psychologische Mitarbeiterin des Projekts (Dipl.-Psych. A. Wendt), ihr zur Hilfe stand die medizinische Doktorandin.

Leiterinnen des gesamten Modellprojektes waren Prof. Dr. med. Anke Rohde, Leiterin des Funktionsbereichs Gynäkologische Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn und Frau PD Dr. med. Christiane Woopen, tätig am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität zu Köln sowie Mitglied des Nationalen Ethikrates.

3 ERGEBNISSE

3.1 Soziodemographische Parameter

3.1.1 Alter

Das durchschnittliche Alter der 155 in die vorliegende Untersuchung eingehenden Studienteilnehmerinnen betrug 32,5 Jahre. (Standardabweichung 5,8 Jahre). Die jüngste Frau war 19 Jahre, die Älteste 48 Jahre. Frauen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren waren erwartungsgemäß am häufigsten vertreten. Die genaue Altersverteilung der befragten Frauen ist in Abbildung 2 graphisch dargestellt.

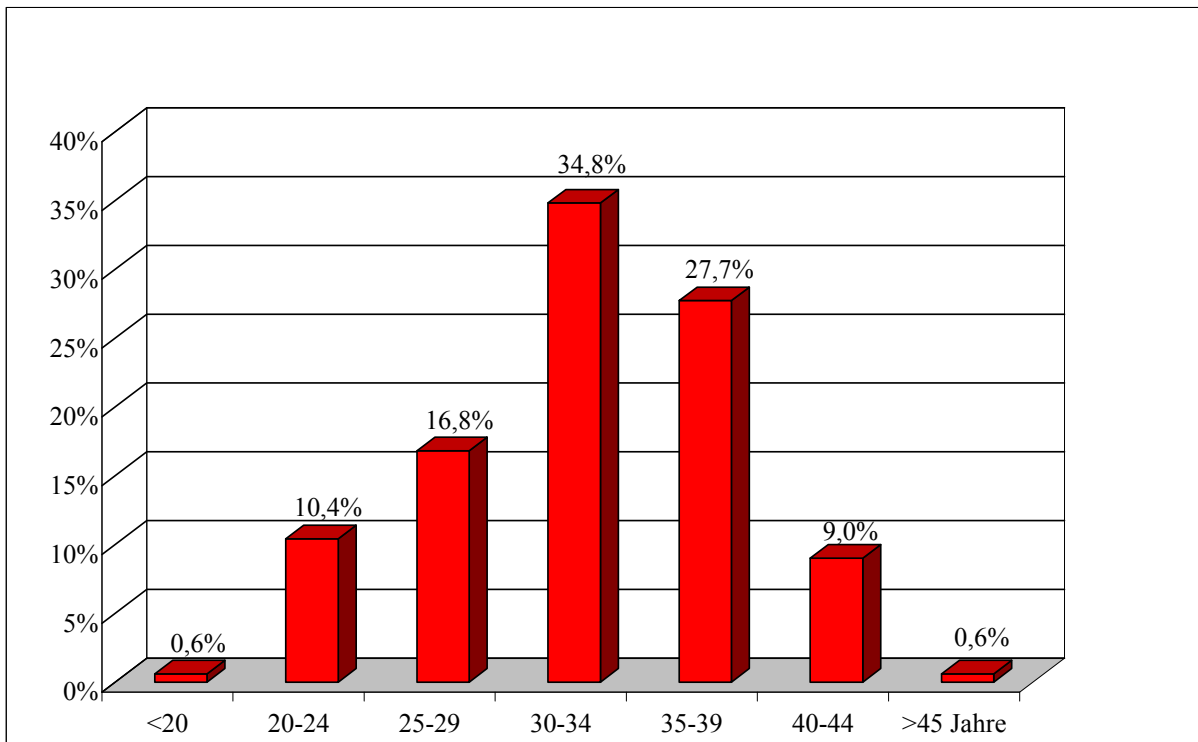


Abbildung 2: Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen (n=155)

3.1.2 Familienstand / Partnerschaftliche Situation

Die überwiegende Mehrheit der befragten Frauen lebte in einer festen Beziehung: insgesamt 116 Frauen (74,8 %) waren verheiratet (eheliche Gemeinschaft) und 32 Frauen lebten mit einem

Partner in eheähnlicher Beziehung (20,6 %). Fünf Frauen (3,2 %) waren zum Zeitpunkt der Beratung alleinstehend und zwei alleinerziehend (1,3 %).

3.1.3 Beruf und Ausbildungsniveau

Bezüglich des beruflichen Hintergrundes und des Ausbildungsniveaus der Stichprobe ergab sich folgendes Bild:

- Hoch-/ Fachhochschulabschluss: n=51 (32,9 %)
- Fachschule / Lehre: n=77 (49,7 %)
- keine Ausbildung: n=19 (12,3 %).

Es zeigt sich, dass ein Drittel der Frauen ein hohes Bildungsniveau aufweist, während 12,3 % der Studienteilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Befragung keine Ausbildung hatten.

Keine Angaben machten acht Frauen.

3.1.4 Erwerbstätigkeit

Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 40 % der Frauen in Vollzeit (n=62) und 25 % (n=39) in Teilzeit erwerbstätig. Acht Frauen (5,2 %) befanden sich zum Zeitpunkt des ersten Beratungsgesprächs in Ausbildung und sieben Frauen (4,5 %) gaben an, arbeitslos zu sein. Insgesamt 34 Frauen gingen zum Zeitpunkt der Befragung keiner Erwerbstätigkeit nach, sondern waren Hausfrau (n=19; 12,3 %) oder befanden sich in Elternzeit (n=15; 9,7 %).

Fünf Frauen machten keine Angaben zu ihrer Beschäftigung.

3.1.5 Nationalität

Die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmerinnen (n=140; 90,3 %) war deutscher Staatsangehörigkeit. Drei Frauen hatten die italienische (1,9 %), jeweils zwei Frauen (1,3 %) die türkische und die jugoslawische Nationalität. Sechs weitere Teilnehmerinnen (3,6 %) hatten die französische, griechische, kroatische, portugiesische, russische und tunesische Staatsangehörigkeit. Bei all diesen Frauen war als Einschlusskriterium ausschlaggebend, dass sie über ausreichend gute deutsche Sprachkenntnisse verfügten.

3.1.6 Religion

Bei den Angaben zur Religion ergab sich folgende Verteilung (Abbildung 3):

- römisch-katholisch n=70 (45,2 %)
- evangelisch n=44 (28,4 %)
- sonstige Christen n= 2 (1,2 %)
- muslimisch n=7 (4,5 %)
- konfessionslos n=18 (11,6 %)

Unter „sonstige Christen“ wurden zwei Konfessionen zusammengefasst: Eine Frau war griechisch-orthodox und eine Patientin, gehörte den Siebenten Tag Adventisten.

14 Studienteilnehmerinnen (9,0 %) machten keine Angaben zu ihrer Religion.

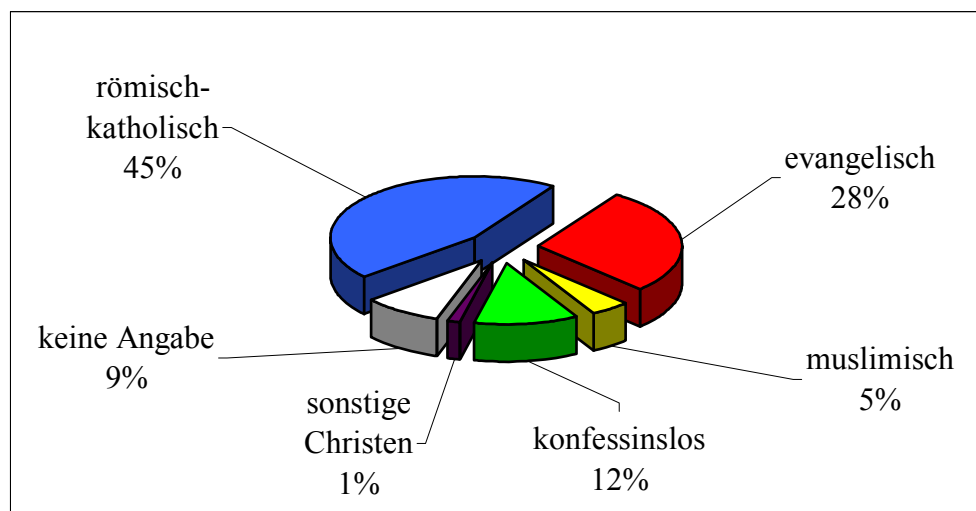


Abbildung 3: Religion der Studienteilnehmerinnen (n=141)

3.1.7 Geschwister / Einzelkind

Von 155 untersuchten Frauen hatten 126 (81,3 %) mindestens eine Schwester oder einen Bruder. 19 Studienteilnehmerinnen (12,3 %) waren Einzelkinder.

Zehn Frauen (6,5 %) machten keine Angaben zu der Frage.

3.2 Gynäkologische und pränataldiagnostische Hintergründe

Die nachfolgend aufgeführten Daten stammen aus dem ausgefüllten Anamnesebogen der 155 Studienteilnehmerinnen, aus dem PND-Dokumentationsbogen und aus dem strukturierten Dokumentationsbogen für das Erstgespräch, welcher von den Beraterinnen im Anschluss an das erste Beratungsgespräch ausgefüllt wurde.

3.2.1 Schwangerschaftswoche bei Beratung

Die Studienteilnehmerinnen wurden im Durchschnitt in der 20. SSW beraten. Die früheste Beratung fand in der 7. SSW statt, der späteste Erstkontakt in der 34. SSW. Die Häufigkeitsverteilung der kategorisierten Schwangerschaftswochen lässt erkennen, dass die meisten Studienteilnehmerinnen (60,6 %) zwischen der 15. und 24. SSW psychosozial beraten wurden (Abbildung 4). Von einer befragten Frau fehlte die Angabe über die Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Beratung.

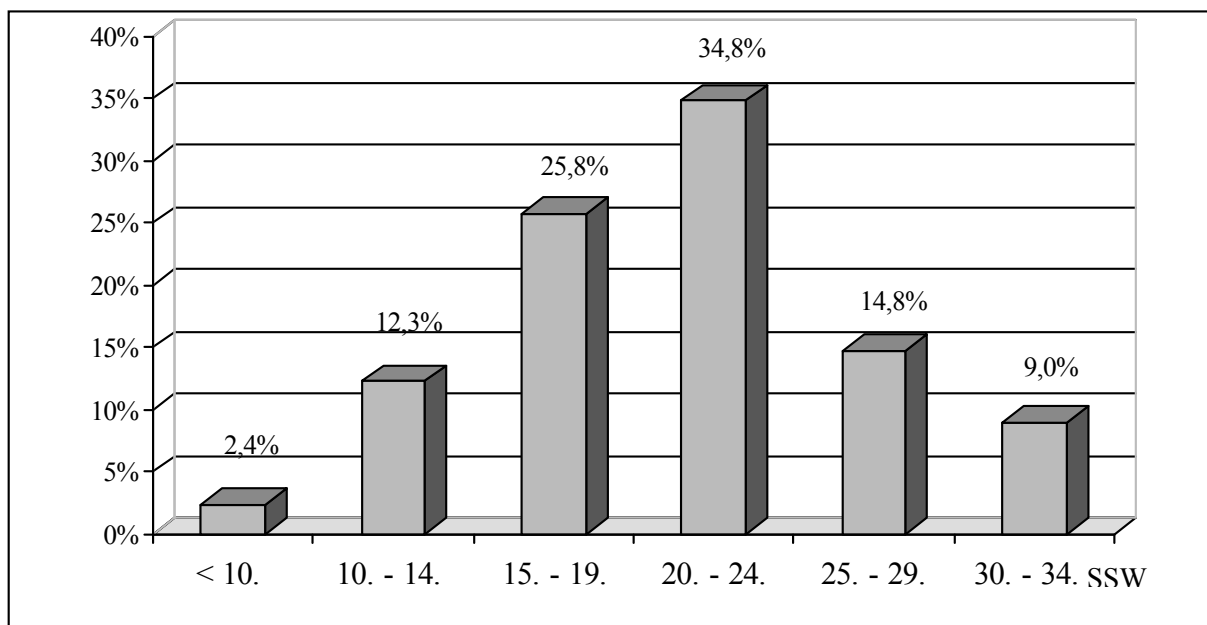


Abbildung 4: Verteilung der Schwangerschaftswochen der Studienteilnehmerinnen beim Beratungsgespräch (n=154)

3.2.2 Erst-/ Mehrfachgebärende

Etwa die Hälfte der befragten Frauen (n=83; 53,5 %) hatten bisher kein Kind. 72 Frauen (46,5 %) hatten bereits ein Kind, 25 Frauen (16,1 %) hatten zwei Kinder und vier Frauen (2,6 %) hatten bereits drei Kinder.

3.2.3 Planung der Schwangerschaft und Kinderwunsch

Bei der Mehrheit der untersuchten Frauen (n=95; 61,3 %) handelte es sich um eine geplante Schwangerschaft, lediglich 25 Frauen (16,1 %) gaben im Rahmen des Erstgesprächs an, dass die Schwangerschaft ungeplant war. Bei 29 Frauen (18,7 %) war die Schwangerschaft durch Kinderwunschbehandlung zustande gekommen (n=23, 14,8 % künstliche Befruchtung und n=6, 3,9 % Hormonbehandlung), womit diese zu den geplanten Schwangerschaften gehören. Von sechs Frauen konnten diesbezüglich keine Angaben eingeholt werden.

Den Angaben von 42 Studienteilnehmerinnen (27,1 %) kann entnommen werden, dass die Zeit des Wartens auf das Eintreten einer Schwangerschaft und des Kinderwunsches bei den meisten Frauen zwischen ein und drei Jahren betrug. Einige wenige der untersuchten Frauen gaben an, dass der Kinderwunsch seit zehn Jahren und länger bestand (maximal 14 Jahre).

3.2.4 Frühere Fehl-/ Totgeburten und Schwangerschaftsabbrüche

52 Frauen (33,5 %), die bereits vorher einmal schwanger gewesen waren, hatten eine Fehlgeburt, Totgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch. 40 Frauen (25,8 %) berichteten, in der Vorgeschichte mindestens eine Fehl- oder Totgeburt erlebt zu haben. Bei 12 (7,7 %) der untersuchten Frauen war in der Vorgeschichte bereits ein Schwangerschaftsabbruch aus sozialer (=Beratungsregelung) oder medizinischer Indikation durchgeführt worden.

3.2.5 Indikationen zur Pränataldiagnostik

Es konnten unterschiedliche Gründe ausgemacht werden, warum die Studienteilnehmerinnen pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch genommen haben, die über die

Routineuntersuchungen der niedergelassenen Gynäkologen hinausgingen und daher durch die Abteilung Pränatalmedizin am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde des Universitätsklinikums Bonn durchgeführt wurden. Die Hauptindikation für eine erweiterte Pränataldiagnostik bestand in dem Vorliegen einer Verdachtsdiagnose, die in den meisten Fällen zuvor durch Ultraschalluntersuchung bei den niedergelassenen Gynäkologen gestellt wurde. Eine weitere wichtige Indikation war ein fortgeschrittenes Alter der Frauen, in dem aus medizinischer Sicht ein höheres Risiko für fetale Anomalien oder Erkrankungen besteht. Die anderen Indikationen für die durchgeführten pränataldiagnostischen Maßnahmen können anhand Tabelle 1 abgelesen werden.

Tabelle 1: Indikationen zu aktuellen pränataldiagnostischen Maßnahmen (n=155*)

Indikation zur Pränataldiagnostik	Häufigkeit	Prozent (%)
Verdachtsdiagnose durch Screeninguntersuchung	101	65,2
Höheres Alter der Mutter	26	16,8
Mehrlingsgravidität	21	13,5
Sonstiges (z.B. Blasensprung, eigener Wunsch, Blutungen, Infektionen in der Schwangerschaft, Sturz der Mutter, Strahlenbelastung etc.)	14	9,0
Auffälligkeiten in früheren Schwangerschaften	4	2,6
Genetische Belastung der Eltern	1	0,6
Medikamenteneinnahme in Schwangerschaft	1	0,6

Anmerkung: *Mehrfachangaben möglich, darum addieren sich Zahlen nicht auf n=155

3.2.6 Pränataldiagnostischer Befund

Da die psychosoziale Beratung insbesondere Frauen mit einem pathologischen fetalen Befund angeboten wurde, macht diese Gruppe den größten Teil aus. Ausnahme sind einige der Mehrlingsgraviditäten, bei denen sich die Frage einer Mehrlingsreduktion (nicht-selektiver Fetozyd) stellte.

Etwa die Hälfte der pränataldiagnostischen Befunde machten Chromosomenstörungen und Fehlbildungen des Zentralen Nervensystems aus. Die Art und Häufigkeit der gestellten fetalen Diagnosen bei den hier untersuchten Patientinnen kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Pränataldiagnostische Befunde (n=155)

Pränataldiagnostischer Befund	Häufigkeit	Prozent (%)
Chromosomenstörung	43	27,1
ZNS-Anomalie	36	23,2
Organfehlbildungen	18	11,6
Komplexes Fehlbildungssyndrom	11	7,1
Skelettfehlbildungen	6	3,9
Vorzeitiger Blasensprung	6	3,9
Infektion	4	2,6
Intrauteriner Fruchttod	2	1,3
Mehrlingsgravidität	29	18,7
GESAMT	155	100

Chromosomenstörungen waren die am häufigsten gestellten Diagnosen. Dazu gehören vor allem Trisomie 21 (Down-Syndrom; n=22; 14,2 %), Trisomie 18 (Edwards-Syndrom; n=8; 5,2 %), Turner-Syndrom (n=3; 1,9 %) und eine Translokationstrisomie (n=3; 1,9 %).

Fehlbildungen des Zentralen Nervensystems des Kindes bildeten die zweithäufigste Gruppe unter den gestellten Pränataldiagnosen. Darunter wurde bei 21 Studienteilnehmerinnen (13,5 %) Spina bifida diagnostiziert, gefolgt von Hydrocephalus (n=9; 5,8 %). Weitere Fehlbildungen wie Anencephalie, Dandy-Walker-Syndrom oder kaudale Regression waren selten.

Zu den **Organfehlbildungen** gehörten v.a. Herzfehler, die bei neun Feten (5,8 %) der befragten Frauen diagnostiziert wurden, gefolgt von Nierenfehlbildungen (n=5; 3,2 %) und einer Zwerchfellhernie (n=2; 1,3 %). Bei jeweils einer Frau wurde eine Lungenfehlbildung bzw. eine Omphalozele des Kindes festgestellt.

Skelettfehlbildungen beim Feten wurden durch die vorgeburtlichen Untersuchungen bei insgesamt sechs Frauen (3,9 %) erkannt. Dazu gehörten Skelettdysplasie (n=3; 1,9 %) und jeweils einmal Achondroplasie, Knochenaplasie und multiple Skelettfehlbildungen.

Ein sehr früher **vorzeitiger Blasensprung** wurde bei insgesamt sechs Patientinnen (3,9 %) festgestellt. Dabei handelte sich bei vier Frauen (2,6 %) um ein spontanes Ereignis und bei zwei Frauen (1,3 %) war der vorzeitige Blasensprung infolge pränatalmedizinischer Interventionen entstanden. In diesen Fällen erfolgte die Beratung, weil diese Komplikationen noch vor der Lebensfähigkeit des Feten auftreten oder weil mit einer sehr frühen Frühgeburt gerechnet werden musste.

Bei den diagnostizierten **Infektionen** handelte sich in allen Fällen um mütterliche Infektionen mit folgenden Erregern: bei zwei Frauen (1,3 %) Zytomegalievirus (CMV), und jeweils bei einer Patientin Parvovirus B19 und Varizellenvirus.

Unter den **Mehrlingsgraviditäten** waren:

- **14 Geminigraviditäten** (9,0 %), drunter 12, wo einer der beiden Feten entweder eine Chromosomenstörung (n=7; 4,5%), eine Organfehlbildung (n=3; 1,9 %) oder eine Skelettfehlbildung (n=2; 1,3 %) aufwies. Bei zwei Zwillingsschwangerschaften (1,3 %) bestand ein feto-fetales Transfusionssyndrom (FFTS)
- **12 Drillingsgraviditäten** (7,7 %); bei zehn der Schwangerschaften (6,5 %) waren alle Feten gesund und bei zwei Frauen wurden jeweils eine Chromosomenstörung oder ein komplexer Fehlbildungssyndrom eines Feten diagnostiziert.
- **3 Vierlingsgraviditäten** (1,9 %) mit gesunden Kindern.

3.2.7 Entscheidung nach Pränataldiagnostik

Die aufgrund der durchgeführten pränataldiagnostischen Maßnahmen erkannten fetalen Anomalien und Erkrankungen der Feten führten bei der untersuchten Stichprobe in 71,6 % der Fälle zu einem Schwangerschaftsabbruch. 13,5 % der betroffenen Frauen bzw. Paare entschlossen sich, das kranke oder behinderte Kind auszutragen. Bei 13,5 % der Frauen mit einer Mehrlingsschwangerschaft (Zwillings-, Drillings- oder Vierlingschwangerschaft) wurde eine Reduktion (Fetozid) durchgeführt. Bei einer festgestellten Erkrankung oder zu erwartenden

Behinderung eines oder mehrerer Feten wird ein sog. selektiver Fetozyd vorgenommen. Dies betraf die Mehrzahl der Zwillingsgraviditäten. Fühlte sich die betroffene Frau dem Austragen und der Erziehung von Mehrlingen nicht gewachsen oder wurden Geburtskomplikationen bzw. eine extreme Frühgeburt befürchtet wurde ein sog. nicht-selektiver Fetozyd durchgeführt.

Bei zwei der untersuchten Frauen (1,3 %) erfolgte die psychosoziale Beratung nach Feststellung eines intrauterinen Fruchttodes; in diesen Fällen erfolgte zunächst eine Krisenintervention dann die Begleitung um die Zeit der Geburt.

Die Verteilung der Entscheidung nach pränataldiagnostischen Maßnahmen ist in Abbildung 5 dargestellt.

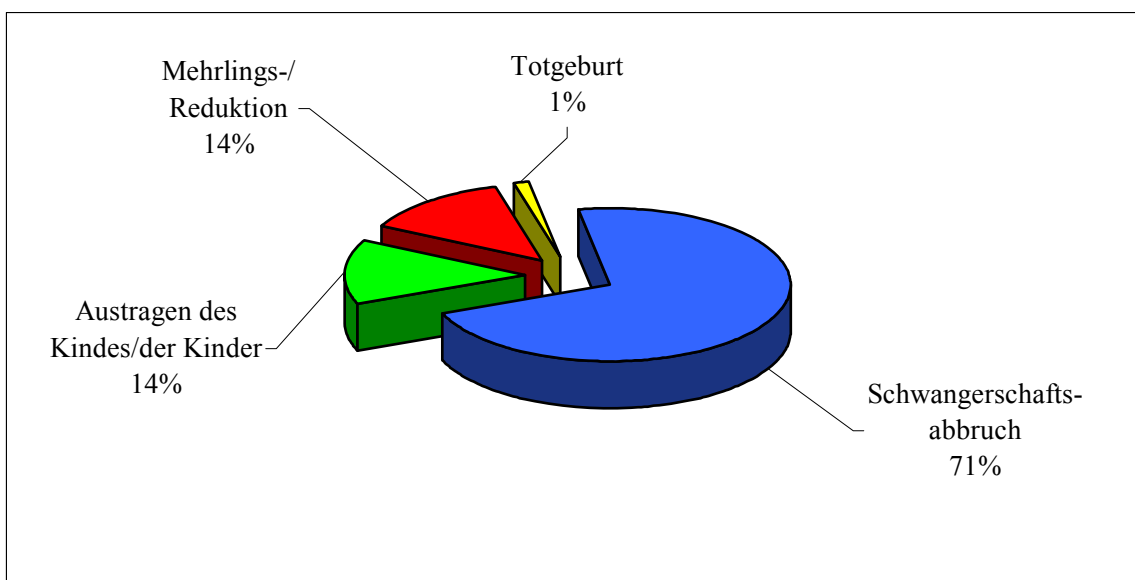


Abbildung 5: Weiterer Verlauf nach Pränataldiagnostik (n=155)

3.3 Ergebnisse der psychosozialen Beratung

3.3.1 Datenermittlung durch Beraterin

Die nachfolgenden Angaben stammen aus dem strukturierten Dokumentationsfragebogen, die im Anschluss an ein stattgefundenes Beratungsgespräch von der Beraterin ausgefüllt wurden. Sie beruhen somit auf den subjektiven Einschätzungen der speziell für die Beratung in der

Pränataldiagnostik geschulten psychosozialen Beraterinnen (beide Diplom-Psychologinnen) und nicht auf Angaben der Studienteilnehmerinnen.

3.3.1.1 Information über die psychosoziale Beratung

Die absolute Mehrheit der Studienteilnehmerinnen (n=147; 94,8 %) hatten die Information über die psychosoziale Beratung von der PND-Ambulanz (n=120; 77,4 %) oder von Stationen (n=27; 17,4 %) der Universitätsfrauenklinik Bonn erhalten und wurden von den behandelnden Ärzten überwiesen. Andere Frauen wurden von niedergelassenen Ärzten informiert und überwiesen oder meldeten sich selbst zum Beratungsgespräch an. Als Informationsquelle diente dabei meist das Internet oder Empfehlungen durch Bekannte.

3.3.1.2 Zeitpunkt der psychosozialen Beratung

Bei allen hier untersuchten Studienteilnehmerinnen fand die psychosoziale Beratung nach Abschluss der pränataldiagnostischen Untersuchungen statt, somit nach Mitteilung der fetalen Diagnose.

3.3.1.3 Aktuelle Problematik bei Beratung

Die meisten Beratungsgespräche wurden bei Frauen durchgeführt, die ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch bereits gefällt hatten (n=60; 38,7 %). 31 Frauen (20,0 %) hatten zum Zeitpunkt der Beratung den Entschluss für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch noch nicht endgültig gefasst, obwohl aus pränataldiagnostischer Sicht die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bestand. Im Vordergrund anderer Beratungsgespräche stand die Begleitung während des Schwangerschaftsabbruchs (n=20; 12,9 %), Krisenintervention nach Diagnosestellung (n=15; 9,7 %) oder die Begleitung in der weiteren Schwangerschaft (n=11; 7,1 %). Andere aktuelle Probleme, die zum Zeitpunkt der Beratung bestanden, waren z.B. Beratung bei Mehrlingsreduktion, Entscheidung für oder gegen einen selektiven Fetozyd, Trauerbegleitung oder Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch bei nicht festgestellter medizinischer Indikation.

3.3.1.4 Informationsstand über Ziele, Durchführung und Risiken der Pränataldiagnostik

Der Informationsstand der Studienteilnehmerinnen über Ziele, Durchführung und Risiken der Pränataldiagnostik wurde in den meisten Fällen als gut (n=104; 67,1 %) bis sehr gut (n=15; 9,7 %) von den Beraterinnen eingeschätzt, während bei 19 Frauen (19,4 %) die Kenntnisse nur als gering bis gar nicht vorhanden eingestuft wurden. Bei neun Frauen konnte der Informationsstand nicht beurteilt werden.

Der Informationsstand zu Unterstützungs- und Therapiemöglichkeiten bei vorliegenden Behinderungen oder Krankheiten der Feten wurde folgendermaßen eingestuft: 99 Frauen (63,8 %) hatten aus Sicht der Beraterin einen guten bis sehr guten Wissensstand, 46 Frauen hatten (29,6 %) hingegen nur geringe (eine Frau gar keine) Kenntnisse darüber (bei zehn Frauen nicht abschätzbar).

3.3.1.5 Äußerer Eindruck der Patientin

Die Dokumentation zum äußeren Eindruck der Patientin umfasste den emotionalen Zustand der betroffenen Frauen, der während des Beratungsgesprächs gewonnen und anhand verschiedener Kategorien von den Beraterinnen beurteilt wurde. Die Auswertung des emotionalen Zustands gibt Tabelle 3 wieder. Es zeigt sich die große Variationsbreite hinsichtlich des emotionalen Zugangs – bei einem Drittel der Frauen stand eindeutig der rationale Zugang zu dem Problem im Vordergrund.

Tabelle 3: Beurteilung der emotionalen Situation, Angaben durch Beraterin (n=155*)

Äußerer Eindruck der Patientinnen	N	%
Emotionen der Situation angemessen	67	43,2
Emotionen werden im Gespräch sichtbar	79	51,0
Emotionen werden zurückgehalten	23	14,8
Rationaler Zugang steht im Vordergrund des Problems	50	32,3
Patientin wirkt „sprachlos“, einsilbig	14	9,0

Anmerkung: *Mehrfachangaben möglich, darum addieren sich Zahlen nicht auf n=155

3.3.1.6 Psychische Belastung

In der Beratung wurde nicht nur die psychische Belastung der beratenen Frauen, sondern auch ihrer anwesenden Partner bzw. der gesamten Familie eingeschätzt.

Es zeigte sich, dass sowohl die betroffenen Frauen, als auch ihre Partner und Familien durch diese Lebenssituation stark bis sehr stark psychisch belastet waren (Tabelle 4).

Tabelle 4: Psychische Belastung der beratenen Frauen, der Partner und der Familie, Einschätzung durch Beraterin

Psychische Belastung	keine / wenig		stark / sehr stark	
	N	%	N	%
...der Patientin ¹	3	1,9	151	97,4
...des Partners ²	4	2,6	121	78,1
...der Familie ³	10	6,5	114	73,5

¹ n=154

² n=125

³ n=124

3.3.1.7 Zustand der Patientin bezüglich einer Entscheidungsfindung

Nach dem Beratungsgespräch wurde aus Sicht der Beraterinnen der emotionale Zustand der betroffenen Frauen beurteilt, die den pränataldiagnostischen (meist pathologischen) Befund erfahren haben und bezüglich der Diagnose medizinisch beraten worden waren (Tabelle 5).

Mit „Emotional-intellektuelle Divergenzen“ wurde der Zustand beschrieben, in welchem die betroffene Frau rational und emotional zu unterschiedlichen Entscheidungen tendierte (Unterschied Vernunft / Gefühl). Gerade die Thematisierung solcher Divergenzen ist für die betroffenen Frauen und Paare ein wichtiger Schritt in der Auseinandersetzung mit dem Problem und auch bereits ein Schritt in die Richtung Bewältigung. Deutlich wurde auch, dass trotz der bereits – teils sehr umfangreicher ärztlicher Beratung – in fast der Hälfte der Fälle ein starkes Informationsbedürfnis bestand.

Tabelle 5: Zustand der Patientinnen bezüglich einer Entscheidungsfindung, beurteilt durch die Beraterin (n=155*)

Zustand der Patientin	keine / wenig		stark / sehr stark	
	N	%	N	%
Emotional-intellektuelle Divergenzen	53	34,2	98	63,2
Informationsbedürfnis	77	49,7	74	47,7
Ambivalenzen bzgl. Schwangerschaftsabbruch	75	48,4	49	31,6
Ambivalenzen bzgl. Mehrlingsreduktion	13	8,4	6	3,9
Abwehr / aktiver Widerstand	131	84,5	20	12,9
Ambivalenzen bzgl. Pränataldiagnostik	80	51,6	25	16,1
Ablehnung der Beratung	151	97,4	0	0

Anmerkung: *Mehrfachangaben möglich, darum addieren sich Zahlen nicht auf n=155

Der aktuelle Zustand der Patientinnen wurde von den Beraterinnen durch psychische Symptome, die im Beratungsgespräch deutlich wurden, genauer beschrieben. Diese sind, nach Häufigkeiten geordnet, in Tabelle 6 zusammengestellt. Die Tabelle zeigt, dass in der Mehrzahl der Fälle unterschiedlichste Symptome einer akuten Belastungsreaktion (wie etwa Unwirklichkeitsgefühle, Ratlosigkeit etc.) vorhanden waren.

Tabelle 6: Deutlich werdende psychische Symptome bei den Patientinnen, Einschätzung durch Beraterin (n=155*)

Psychische Symptome	gar nicht / wenig		stark / sehr stark	
	N	%	N	%
Grübeln	5	3,2	147	94,8
Niedergeschlagenheit	10	6,5	141	91,0
Unwirklichkeitsgefühle	17	11,0	129	83,2
Ratlosigkeit	29	18,7	122	78,7
Angst / Panik	30	19,4	119	76,8
Erschöpfung / Energiemangel	39	25,2	110	71,0
Verzweiflung	50	32,3	100	64,5
Gefühllosigkeit	51	32,9	98	63,2
Schuldgefühle	56	36,1	78	50,3

Psychische Symptome	gar nicht / wenig		stark / sehr stark	
	N	%	N	%
Unruhe	90	58,1	61	39,4
Stimmungsschwankungen	93	60,0	54	34,8
Interesselosigkeit	101	65,2	46	29,7
Konzentrationsprobleme	110	71,0	40	25,8

Anmerkung: *Mehrfachangaben möglich, darum addieren sich Zahlen nicht auf n=155

3.3.1.8 Beratungsinhalte

Nach jedem Beratungsgespräch hatten die Beraterinnen in dem Dokumentationsbogen vermerkt, welche Aspekte in dem Gespräch thematisiert wurden. Da sich jedes Beratungsgespräch an der individuellen Problemsituation der betroffenen Frau orientiert hat, ergaben sich sehr unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte des Gesprächs.

Die Inhalte der Beratung, geordnet nach Themenbereichen und deren Häufigkeiten in den Beratungsgesprächen sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7: Inhalte der Beratungsgespräche, geordnet nach Themenbereichen, Angaben durch Beraterin (n=155*)

Beratungsinhalte		
	N	%
Pränataldiagnostik		
Ergebnis der Pränataldiagnostik	129	83,2
Bedürfnis nach weiteren medizinischen Informationen	99	63,9
Konflikt		
„Zeitfenster“ zwischen Indikationsstellung und Schwangerschaftsabbruch	11	71,6
Religiöse Aspekte	82	52,9
Eigene Erfahrungen mit Behinderungen	59	38,1
Kulturelle Aspekte	13	8,4
Schwangerschaftsabbruch		
Lebensperspektive nach Schwangerschaftsabbruch	132	85,2
Trauer	129	83,2
Abschied vom Kind	125	80,6
Beerdigung des Kindes	114	73,5
Schwangerschaftsabbruch ist eine Geburt	109	70,3

Beratungsinhalte		
Schwangerschaftsabbruch	N	%
Kind einen Platz in der Familie geben	109	70,3
Umgang mit Schuld	84	54,2
Segnung des Kindes / Kontakt mit Seelsorge	82	52,9
Fetozid	73	47,1
Wunsch nach Kaiserschnitt	27	17,4
Mehrlingsreduktion	15	9,7
Austragen des Kindes	N	%
Zukunftsperspektive mit behindertem Kind	87	56,1
Austragen des Kindes trotz Behinderung / Krankheit	70	45,2
Austragen des Kindes bei infauster Prognose	45	29,0
Mögliche operative und intrauterine Behandlungsmöglichkeiten	27	17,4
Adoption als Alternative	10	6,5
Mögliche Auswirkungen	N	%
Auswirkungen auf familiäres Umfeld	103	66,5
Auswirkungen auf vorhandene Kinder	67	43,2
Auswirkungen auf soziales Umfeld	49	31,6
Auswirkungen auf Partnerschaft	32	20,6
Auswirkungen auf berufliche Situation / Ausbildung	31	20,0
Unterstützungsangebote	N	%
Weitere psychotherapeutische Möglichkeiten	75	48,4
Angebote von Selbsthilfegruppen	33	21,3
Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten	16	10,3

Anmerkung: *Mehrfachangaben möglich, darum addieren sich Zahlen nicht auf n=155

3.3.1.9 Ergebnis des Beratungsgesprächs aus Sicht der Beraterinnen

Im Anschluss an jedes Beratungsgespräch wurde von der Beraterin beurteilt, inwieweit aus ihrer Sicht das Gespräch hilfreich für die Patientin bzw. das Paar war und wie zufrieden die Beraterin selbst mit dem Ablauf des Gesprächs war.

139 Beratungsgespräche (89,7 %) wurden aus Sicht der Beraterin als hilfreich bis sehr hilfreich für die Patientin eingeschätzt und 11 Beratungen (7,1 %) als wenig oder gar nicht hilfreich.

3.3.2 Angaben der Patientinnen (Beratungsrückmeldung)

Nach dem Beratungsgespräch erhielten die Patientinnen einen Fragebogen zur Beurteilung der stattgefundenen Beratung (Beratungsrückmeldung), die nicht an die Beraterin sondern an die Gynäkologische Psychosomatik zurückgegeben wurde. Damit wurde den Studienteilnehmerinnen ermöglicht, sich ohne Offenlegung der Beraterin gegenüber zur Zufriedenheit mit der Beratung zu äußern. Weiterhin sollte eingeschätzt werden, inwieweit die Beratung hilfreich war und welche Beratungsaspekte von besonderer Wichtigkeit waren. Auch sollten sich die Frauen über das aktuelle psychische Befinden nach der Beratung äußern. In der Regel wurden diese Fragebögen von den Studienteilnehmerinnen zeitnah (ein bis drei Tage) zu der Beratung zu Hause ausgefüllt und an die Abteilung Gynäkologische Psychosomatik zurückgesandt.

3.3.2.1 Psychisches und körperliches Befinden

Fast zwei Drittel der befragten Frauen (n=95; 61,3 %) berichteten in der Beratungsrückmeldung über eine schlechte bis sehr schlechte Stimmung in den letzten zwei bis drei Tagen und nur wenige Frauen (n=12; 7,7 %) gaben eine gute bis sehr gute Stimmung an.

Auch die Frage nach dem körperlichen Befinden in den letzten Tagen konnten nur 20 % der Frauen (n=30) mit gut bis sehr gut beantworten, während es 30,3 % der Studienteilnehmerinnen (n=47) körperlich schlecht bis sehr schlecht ging. Tabelle 8 gibt das psychische und körperliche Befinden der Studienteilnehmerinnen in den letzten zwei bis drei Tagen detailliert wieder.

Tabelle 8: Stimmung (n=152) und körperliches Befinden (n=153) der Patientinnen in den letzten 2 bis 3 Tagen, Angaben durch Patientinnen

	Stimmung		körperliches Befinden	
	N	%	N	%
sehr gut	2	1,3	2	1,3
gut	10	6,5	29	18,7
mittelmäßig	45	29,0	75	48,4
schlecht	43	27,7	29	18,7
sehr schlecht	52	33,5	18	11,6

Innerhalb der Beratungsrückmeldung hatten die Studienteilnehmerinnen die Möglichkeit, ihr psychisches Befinden genauer zu beschreiben. In dem Fragebogen wurden verschiedene psychische Symptome vorgegeben und die Patientinnen konnten angeben, wie stark sie unter den einzelnen Symptomen seit der pränatalmedizinischen Diagnosestellung gelitten hatten. Die entsprechenden Symptome sind in Tabelle 9 aufgeführt und nach Häufigkeit des Auftretens geordnet. Auch hier wird deutlich, dass diese Zeit für die Patientinnen in den meisten Fällen mit einer hohen psychischen Belastung einhergeht und dass es sich um eine Phase großer Ambivalenz und innerer Zerrissenheit handelt.

Tabelle 9: Psychische Symptome der Patientinnen, Angaben durch Patientinnen (n=155*)

Psychische Symptome	gar nicht / wenig		stark / sehr stark	
	N	%	N	%
Grübeln	22	14,2	130	83,9
Niedergeschlagenheit	32	20,6	121	78,1
Verzweiflung	45	29,0	108	69,7
Gefühl, hin- und hergerissen zu sein	45	29,0	104	67,1
Innere Unruhe	50	32,2	103	66,5
Angst / Panik	56	36,1	99	63,9
Ratlosigkeit	56	36,1	96	61,9
Erschöpfung / Energiemangel	58	37,4	94	60,6
Stimmungsschwankungen	60	38,7	93	60,0
Unwirklichkeitsgefühle	64	41,3	89	57,4
Antriebsmangel	62	40,0	87	56,1
Schlafstörungen	68	43,9	86	55,5
Innere Gefühllosigkeit	79	51,0	72	46,5
Konzentrationsprobleme	80	51,6	72	46,5
Interesselosigkeit	82	52,9	71	45,8
Schuldgefühle	94	60,6	59	38,1
Appetitlosigkeit	101	65,2	54	34,8

Anmerkung: *vereinzelt fehlende Angaben

3.3.2.2 Veränderung des Befindens durch die Beratung

96 Frauen (61,9 %) gaben in der Beratungsrückmeldung an, dass sich ihr Befinden durch die psychosoziale Beratung verbessert bis sehr verbessert hatte, während bei vier Frauen die Beratung nach eigener Einschätzung zu einer Verschlechterung des Befindens führte. Dies konnte z.B. durch das offene Ansprechen bestimmter Themen (wie etwa Schuldgefühle, Bedeutung eines Fetozids) entstanden sein. Bei 32,9 % der Frauen (n=51) hatte die Beratung keinen Einfluss auf die Veränderung des Befindens. Vier Patientinnen machten keine Angaben zu der Frage.

3.3.2.3 Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung

Mit der Beratungsrückmeldung wurde weiterhin erhoben, inwieweit die Patientinnen zum Austragen des Kindes bzw. zum Schwangerschaftsabbruch bereits vor der Beratung entschlossen waren und ob der Entschluss der Frauen bzw. der Paare durch das Beratungsgespräch beeinflusst wurde. Hinsichtlich beider Fragen zeigte sich, dass sich die Mehrzahl der Frauen bereits vor der Beratung zu einem Schwangerschaftsabbruch entschieden hatte und dass die Beratung nur bei einer geringen Anzahl der Frauen Einfluss auf deren Entscheidung hatte (**Abbildung 6**).

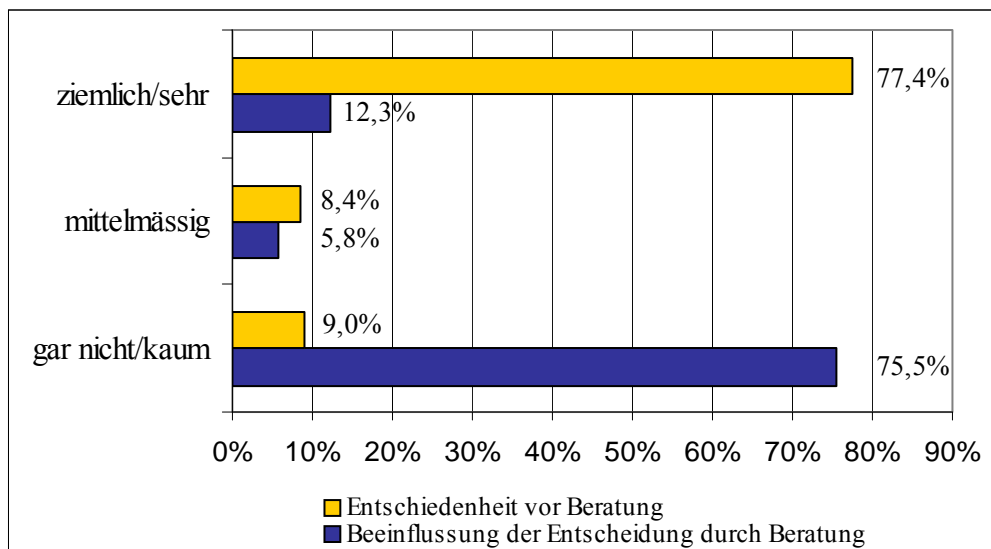


Abbildung 6: Entschiedenheit vor Beratung (n=147) und Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung (n=145), Angaben der Patientinnen

Allerdings berichtete doch fast jede fünfte Frau über einen Einfluss der Beratung auf ihre Entscheidung. Dennoch soll hier nochmals betont werden, dass das primäre Ziel der vom Konzept her ergebnisoffenen Beratung die Begleitung im Entscheidungsprozess ist und zu einer besseren Verarbeitung des Erlebten beitragen soll. Die hohe Verantwortung der Beraterinnen wird darin deutlich. An anderer Stelle (ROHDE und WOOPEN, 2007) wurde darüber hinaus deutlich gemacht, dass auch Frauen, die bereits mit einer vorgefassten Entscheidung in die psychosoziale Beratung kommen, diese als hilfreich erleben, weil alle relevanten Aspekte einer solchen Entscheidung noch einmal in einem neutralen Setting besprochen werden.

3.3.2.4 Zufriedenheit mit Beratung

Die Zufriedenheit der betroffenen Frauen mit der psychosozialen Beratung war insgesamt sehr hoch. Die Patientinnen erlebten seitens der Beraterin viel Verständnis und konnten nach eigener Einschätzung alle für sie wichtigen Aspekte bezüglich ihrer Entscheidung mit Hilfe der Beraterin besprechen. Daher empfand die Mehrzahl der befragten Frauen die Beratung sehr hilfreich (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Rückmeldung der Patientinnen zu der psychosozialen Beratung (n=155)

	gar nicht/ wenig		mittelmäßig		stark/ sehr stark	
	N	%	N	%	N	%
Zufriedenheit mit Beratung	2	1,3	15	9,7	138	89,0
Von der Beraterin verstanden gefühlt	3	1,9	12	7,7	140	90,3
Einschätzung der Beratung als hilfreich	10	6,5	19	12,3	126	81,3
Alle wichtigen Themen wurden angesprochen*	5	3,2	10	6,5	138	89,0

* n=153

Die hohe Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der psychosozialen Beratung wurde auch dadurch ausgedrückt, dass 80 % der beratenen Frauen (n=124) sich keine anderen oder

ergänzenden Maßnahmen gewünscht hätten. Diese Frage wurde von 16 Frauen (10,3 %) nicht beantwortet.

3.3.2.5 Empfehlung der psychosozialen Beratung durch die Beratenen an andere Betroffene

In der Beratungsrückmeldung wurden die Studienteilnehmerinnen gefragt, ob sie auch anderen betroffenen Frauen zu einer psychosozialen Beratung raten würden. Das Ergebnis zeigt Tabelle 11.

Tabelle 11: Empfehlung zur psychosozialen Beratung, Angaben der Patientinnen

Ich würde anderen Frauen zur Beratung raten...	JA		NEIN	
	N	%	N	%
...vor der Entscheidung zur Pränataldiagnostik ¹	73	47,1	44	28,4
...während der Wartezeit auf die Ergebnisse ²	82	52,9	36	23,2
...wenn eine Krankheit oder Behinderung beim Kind festgestellt wurde ³	144	92,9	3	1,9

¹ n=117

² n=118

³ n=147

Bemerkenswert ist, dass fast jede zweite Frau eine Beratung bereits vor Pränataldiagnostik empfehlen würde, obwohl keine der hier befragten Studienteilnehmerinnen selbst eine solche psychosoziale Beratung vor Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen in Anspruch genommen hatte.

3.3.2.6 Hilfreiche Aspekte der Beratung

Im Rahmen der Beratungsrückmeldung wurden die Studienteilnehmerinnen gebeten anzugeben, welche Themen, Gesprächsinhalte oder andere Aspekte in der Beratung ihnen am meisten geholfen haben. Einige Aspekte wurden von besonders vielen Betroffenen in der Beratung als

hilfreich angesehen. Dazu gehörten insbesondere die Aufklärung darüber, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann, das persönliche Verständnis von Seiten der Beraterinnen und das Gefühl, im Rahmen der psychosozialen Beratung einen „neutralen“ Platz für die eigenen Probleme zu finden (Tabelle 12).

Tabelle 12: Von den Studienteilnehmerinnen als hilfreich angesehene Aspekte in der Beratung, geordnet nach inhaltlichen Themen (n=155*)

Hilfreiche Aspekte in der Beratung		
Atmosphäre in der Beratung	N	%
Persönliches Verständnis der Beraterin	77	49,7
„Neutraler Platz“	74	47,7
„Raum“ für Gefühle	61	39,4
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zu meinem Kind	17	11,0
Pränataldiagnostik	N	%
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	68	43,9
Ergänzende Informationen über den Befund	32	20,6
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	31	20,0
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	N	%
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	105	67,7
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	66	42,6
Besprechen und Beleuchten der Zukunftsperspektiven	68	43,9
Besprechen der familiären Situation	37	23,9
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	13	8,4

Anmerkung: *Mehrfachangaben möglich, darum addieren sich Zahlen nicht auf n=155

Neben den vorgegebenen Aspekten im Fragebogen äußerten sich einige Studienteilnehmerinnen frei über die für sie persönlich wichtigen Beratungsinhalte wie z.B. folgende Zitate zeigen:

„*Betreuung, nicht allein gelassen zu werden mit der Situation*“,

„*Offen reden zu können ohne Schuldgefühle zu haben*“,

„*Zu hören, dass auch andere in der Situation sind*“,

„*Nicht mehr ausweichen, verdrängen können. Mit Hilfe der Beraterin die Konfrontation mit der Problematik zuzulassen*“.

3.3.2.7 Schwangerschaft und Pränataldiagnostik

Einige Fragen, die den Studienteilnehmerinnen im Fragebogen zur Beratungsrückmeldung gestellt wurden, bezogen sich auf Schwangerschaft und Pränataldiagnostik.

Die **Einstellung der Frauen zur Schwangerschaft bis zur Diagnosestellung** wurde von 85,8 % der Frauen (n=133) als akzeptierend bis sehr akzeptierend bezeichnet. Acht Frauen (5,2 %) hatten bis zur Diagnosestellung eine neutrale und sechs Frauen (3,8 %) eine etwas ablehnende (davon eine Frau eine ablehnende) Haltung zu ihrer Schwangerschaft gehabt. Acht Frauen äußerten sich nicht zu der Frage.

Der innere **Kontakt zu dem ungeborenen Kind bis zur Diagnosestellung** war bei 121 Frauen (78,1 %) gut bis sehr gut gewesen, bei 20 Frauen (12,9 %) eher neutral und bei acht Frauen (5,2 %) kaum vorhanden. Sechs Studienteilnehmerinnen machten keine Aussage zu der Frage.

Es hat sich gezeigt, dass 42 % der Frauen (n=65) sich **vor** der Durchführung von Pränataldiagnostik kaum oder keine Gedanken über eine mögliche Behinderung ihres Kindes gemacht hatten. Dagegen gaben 38,1 % der befragten Frauen (n=59) an, sich ziemlich bis sehr mit den Gedanken der Behinderung des Kindes vor der Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik beschäftigt zu haben. Mittelmäßig viele Gedanken darüber hatten sich 28 Frauen (18,1 %) gemacht. Drei Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.

131 Frauen (84,5 %) würden die **Pränataldiagnostik noch einmal auf diese Weise durchführen lassen**, nur 11 Frauen (7,1 %) würden sich dagegen entscheiden. 13 Frauen (8,4 %) nahmen keine Stellung zu der Frage.

3.3.2.8 Aufklärung über Risiken und Konsequenzen vor Pränataldiagnostik

Die Studienteilnehmerinnen bekamen in der Beratungsrückmeldung die Möglichkeit, die medizinische Aufklärung bei Überweisung zur Pränataldiagnostik über Risiken und mögliche Konsequenzen der vorgeburtlichen Untersuchungen (z.B. Schwangerschaftsabbruch bei Behinderung des Kindes) zu bewerten. Diesbezüglich ergab sich folgendes Bild (Tabelle 13):

Tabelle 13: Bewertung der ärztlichen Aufklärung über Risiken und mögliche Konsequenzen der Pränataldiagnostik, Angaben der Patientinnen

Medizinische Aufklärung über...	ja, umfassend		ja, aber nicht ausreichend		nein, überhaupt nicht	
	N	%	N	%	N	%
...Risiken der PND ¹	113	72,9	18	11,6	16	10,3
...Konsequenzen der PND ²	82	52,9	33	21,3	30	19,4

¹ n=147

² n=145

Vor allem die ärztliche Aufklärung über die Konsequenzen der Pränataldiagnostik scheint unzureichend: insgesamt etwa 40 % der betroffenen Frauen gaben an, vor der ersten Untersuchung, die dann zumindest zu einer Verdachtsdiagnose geführt hatte, entweder nicht ausreichend oder überhaupt nicht aufgeklärt worden zu sein.

3.3.2.9 Zufriedenheit mit Aufklärung durch den Arzt für Pränatalmedizin

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung durch den Arzt für Pränatalmedizin d.h. während der Pränataldiagnostik, wurde von den Patientinnen folgendermaßen bewertet: 68,4 % der Frauen (n=106) waren mit der Aufklärung ziemlich bis sehr zufrieden, 18,7 % (n=29) mittelmäßig und 7,1 % der Frauen (n=11) kaum bis gar nicht zufrieden.

3.4 Differenzierte Analyse der erhobenen Parameter

3.4.1 Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren

Wie im Abschnitt 3.3.2.4 bereits vorgestellt, war die Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der psychosozialen Beratung im Allgemeinen sehr hoch. Fast 90 % der Beratenen waren ziemlich bis sehr und beinahe 10 % mittelmäßig mit der Beratung zufrieden.

Im Folgenden soll eine differenziertere Untersuchung bezüglich der Zufriedenheit mit der Beratung gemacht werden, indem innerhalb der unterschiedlichen soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parametern Gruppen gebildet und diese untereinander verglichen werden. Mit Hilfe von statistischen Tests (Chi-Quadrat-Tests) wurde untersucht, ob signifikante Zusammenhänge in den gebildeten Gruppen bestehen (Tabelle 14 und Tabelle 15).

Betrachtet man beispielsweise das **Alter** der Studienteilnehmerinnen, stellt man fest, dass bezüglich der Zufriedenheit mit der Beratung die Gruppe der Frauen bis 30 Jahre verglichen mit der Gruppe der Frauen über 30 Jahre keine statistisch signifikanten Unterschiede aufwiesen ($p=0.715$).

Die Untersuchung der Zufriedenheit mit der Beratung in Abhängigkeit vom **Familienstand** bzw. der **partnerschaftlichen Situation** der Studienteilnehmerinnen hingegen ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0.031$). So waren Frauen, die in einer eheähnlichen Beziehung lebten, am meisten mit der Beratung zufrieden: 93,8 % der Frauen waren ziemlich bis sehr und 6,3 % mittelmäßig zufrieden. Frauen, die in einer ehelichen Gemeinschaft lebten, erreichten im Vergleich dazu in der Abstufung „ziemlich bis sehr“ einen Wert von 88,8 %, dafür waren aber 10,3 % dieser Frauen mittelmäßig mit der Beratung zufrieden. Alleinstehende und alleinerziehende Frauen zeigten hingegen im Vergleich dazu eine deutlich geringere Zufriedenheit mit der Beratung: 71,4 % der Frauen waren ziemlich bis sehr zufrieden und jeweils 14,3 % der Frauen waren mittelmäßig oder kaum bis gar nicht zufrieden. Hier muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass unter der Gruppe der alleinerziehenden Frauen die Größe der Stichprobe vergleichsweise klein war ($N= 7$).

Die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung war von der **Nationalität** der beratenen Frauen unabhängig: sowohl die überwiegende Mehrheit der deutschen Studienteilnehmerinnen (89,3 %), als auch Frauen anderer Nationen (86,7 %), waren ziemlich bis sehr mit der Beratung zufrieden. Der Vergleich dieser beiden Gruppen untereinander ergab keine signifikanten Unterschiede.

In Abhängigkeit von der **Religionszugehörigkeit** der untersuchten Frauen ergaben sich zwar keine signifikanten Unterschiede ($p=0.195$), aber man beobachtet eine besondere Verteilung

innerhalb des Parameters: Studienteilnehmerinnen der katholischen und evangelischen Religion waren etwa gleichwertig mit der Beratung zufrieden. Jeweils etwa 88 % der Frauen waren ziemlich bis sehr, etwa 11 % mittelmäßig und jeweils 0,6 % gar nicht mit der Beratung zufrieden. Muslimische Frauen zeigten hingegen eine verhältnismäßig deutlich geringere Zufriedenheit mit der Beratung: nur 71,4 % der Frauen waren ziemlich bis sehr und fast 30 % mittelmäßig mit der Beratung zufrieden. Die höchste Zufriedenheit mit der Beratung innerhalb des Parameters zeigten Frauen, die gar keiner Religion angehörten, hier gaben alle Frauen die höchste Bewertung ab.

Die Untersuchungsergebnisse bezüglich des **Ausbildungsniveaus** der Studienteilnehmerinnen zeigten, dass Frauen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss die verhältnismäßig höchste Zufriedenheit mit der Beratung aufwiesen: 94,1 % der Frauen waren ziemlich bis sehr und 5,9 % mittelmäßig zufrieden. Die Bewertung der Studienteilnehmerinnen, die entweder eine Fachschule bzw. Lehre abgeschlossen hatten sowie Frauen, die bisher keine Berufsausbildung abgeschlossen hatten, fiel quantitativ ähnlich aus. Verglichen mit der Einschätzung der Gruppe von Frauen mit einem hohen Ausbildungsniveau, waren die Werte gering. Diese Unterschiede zeigten jedoch keine statistische Signifikanz.

Auch der Zusammenhang zwischen der **Erwerbstätigkeit** und der Zufriedenheit mit der Beratung wurde untersucht. Es ergab sich, dass die erwerbstätigen Studienteilnehmerinnen im Vergleich zu den nicht erwerbstätigen zufriedener mit der Beratung waren. Doch war der Unterschied nicht wesentlich und damit auch statistisch nicht signifikant.

Alle Frauen, die selbst **Einzelkinder** waren, gaben die höchste Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung an. Vergleichsweise waren Studienteilnehmerinnen, die **Geschwister** hatten, weniger mit der Beratung zufrieden. Auch hier wurde keine statistische Signifikanz festgestellt.

Tabelle 14: Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren

ZUFRIEDENHEIT MIT BERATUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON:		Zufriedenheit mit Beratung						x ² -Test p-Wert
		gar nicht / kaum		mittelmäßig		ziemlich / sehr		
	N	%	N	%	N	%	N	
ALTER (n=155)								
bis 30 Jahre	51	2,0	1	11,8	6	86,3	44	p=0.715
über 30 Jahre	104	1,0	1	8,7	9	90,4	94	
FAMILIENSTAND (n=155)								
eheliche Gemeinschaft	116	0,9	1	10,3	12	88,8	103	p=0.031
eheähnliche Beziehung	32	0,0	0	6,3	2	93,8	30	
alleinstehend / alleinerziehend	7	14,3	1	14,3	1	71,4	5	
NATIONALITÄT (n=155)								
Deutsch	140	1,4	2	9,3	13	89,3	125	p=0.797
andere	15	0,0	0	13,3	2	86,7	13	
RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT (n=141)								
katholisch und orthodox	71	0,6	1	11,3	8	87,3	62	p=0.195
evangelisch und Freikirchen	45	0,6	1	11,1	5	88,9	40	
muslimisch	7	0,0	0	28,6	2	71,4	5	
konfessionslos	18	0,0	0	0,0	0	100,0	18	
AUSBILDUNGSNIVEAU (n=147)								
keine Ausbildung	19	0,0	0	15,8	3	84,2	16	p=0.435
Fachschule/Lehre	77	2,6	2	11,7	9	85,7	66	
Hoch-/Fachhochschulabschluss	51	0,0	0	5,9	3	94,1	48	
ERWERBSTÄTIGKEIT (n=150)								
erwerbstätig	109	0,9	1	7,3	8	91,7	100	p=0.481
nicht erwerbstätig	41	2,4	1	12,0	5	85,4	35	
GESCHWISTER (n=145)								
ja	126	1,6	2	11,9	15	86,5	109	p=0.234
nein	19	0,0	0	0,0	0	100,0	19	

Im Folgendem wird die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von Faktoren, die sich auf aktuelle und frühere Schwangerschaften beziehen, untersucht (Tabelle 15). Betrachtet man die **Schwangerschaftswoche**, in der sich die Frauen zum Zeitpunkt der Beratung befanden, stellt man fest, dass die Schwangeren im dritten Trimenon (ab 29. SSW) mit Abstand die höchste Zufriedenheit mit der Beratung zeigten: 95 % der Frauen waren ziemlich bis sehr zufrieden. Frauen im ersten Trimenon (bis 14. SSW) und zweiten Trimenon (15.-28. SSW) der Schwangerschaft, zeigten vergleichsweise mit der psychosozialen Beratung weniger zufrieden, obwohl der Unterschied statistisch nicht signifikant war. Zu vermerken ist hierbei, dass Frauen im 2. Trimenon am stärksten repräsentiert waren (N= 108), der Anteil der Frauen im 1. sowie 3. Trimenon jeweils ca. 20 Frauen betrug.

In Abhängigkeit von der **Planung der Schwangerschaft** ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied. Es zeigte sich, dass Frauen, bei denen die aktuelle Schwangerschaft ungeplant war, vergleichbar zufrieden mit der Beratung waren wie Frauen mit geplanter Schwangerschaft: 92 % der Frauen (N= 23) mit einer ungeplanten Schwangerschaft und 88,7 % der Frauen mit einer geplanten Schwangerschaft (N= 110) waren ziemlich bis sehr zufrieden. Hier soll allerdings auf die unterschiedliche Gruppengröße hingewiesen werden.

Bei der Untersuchung der Zufriedenheit mit der Beratung in Abhängigkeit von einer **Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese** zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.025$): Frauen, die eine oder mehrere Fehl- bzw. Totgeburten erlebt hatten, waren deutlich weniger zufrieden als Frauen, die noch keine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vorgeschichte erfahren hatten. Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild: 93 % der Frauen, die keine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten, waren mit der Beratung ziemlich bis sehr zufrieden. Unter den Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese waren hingegen nur 77,7 % mit der Beratung ziemlich bis sehr zufrieden, allerdings waren immerhin 20 % der Frauen mittelmäßig zufrieden.

Eine ähnliche Tendenz, auch wenn statistisch nicht signifikant, ergab sich bei der Untersuchung von Patientinnen mit einem **Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese**. Die Patientinnen, die bisher keinen Schwangerschaftsabbruch erlebt hatten, bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Beratung besser als Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese.

Der Aspekt, ob Studienteilnehmerinnen bereits **Kinder** hatten oder nicht, ergab keine Hinweise auf eine Abhängigkeit bezüglich der Zufriedenheit mit der Beratung. Bemerkenswert ist, dass die Messung für beide Gruppen nahezu identische Werte erreichte.

Tabelle 15: Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von schwangerschaftsbezogenen Faktoren

ZUFRIEDENHEIT MIT BERATUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON:		Zufriedenheit mit Beratung						x ² -Test p-Wert
		gar nicht / kaum		mittelmäßig		ziemlich / sehr		
	N	%	N	%	N	%	N	
SCHWANGERSCHAFTSWOCHE (n=149)								
1. Trimenon (bis 14.SSW)	21	0,0	0	9,5	2	90,5	19	p=0.855
2. Trimenon (15.-28.SSW)	108	1,9	2	10,2	11	88,0	95	
3. Trimenon (ab 29.SSW)	20	0,0	0	5,0	1	95,0	19	
PLANUNG DER SCHWANGERSCHAFT (n=149)								
geplant	124	1,6	2	9,7	12	88,7	110	p=0.782
ungeplant	25	0,0	0	8,0	2	92,0	23	
FEHL- bzw. TOTGEBURT IN DER ANAMNESE (n=155)								
ja	40	2,5	1	20,0	8	77,7	31	p=0.025
nein	115	0,9	1	6,1	7	93,0	107	
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH IN DER ANAMNESE (n=155)								
ja	12	0,0	0	16,7	2	83,3	10	p=0.678
nein	143	1,4	2	9,1	13	89,5	128	
KINDER (n=155)								
ja	72	1,4	1	9,7	7	88,9	64	p=0.995
nein	83	1,2	1	9,6	8	89,2	74	

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die im Allgemeinen sehr hohe Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung unter den Studienteilnehmerinnen weitgehend unabhängig von den meisten der hier untersuchten soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren war. Lediglich zwei von zwölf der Parameter ergaben statistisch signifikante Unterschiede. Diese betrafen im Einzelnen den **Familienstand** bzw. die **partnerschaftliche Situation** der

Studienteilnehmerinnen: alleinstehende und alleinerziehende Frauen waren im Vergleich zu Patientinnen, die mit ihrem Partner in einer festen Beziehung lebten (entweder eheähnlich oder verheiratet), deutlich weniger mit der psychosozialen Beratung zufrieden. Der andere statistisch signifikante Unterschied ergab sich im Zusammenhang mit einer **Fehl- bzw. Totgeburt** in der Anamnese der untersuchten Frauen: Patientinnen, die bereits in der Vorgeschichte eine Fehl- bzw. Totgeburt erfahren hatten, zeigten eindeutig eine geringere Zufriedenheit mit der Beratung als Frauen ohne einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese.

3.4.2 Beeinflussung der Entscheidung bezüglich des Schwangerschaftsverlaufs durch die psychosoziale Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parametern

Die psychosoziale Beratung ist vom Konzept her ergebnisoffen und hat zum Ziel die Begleitung im Entscheidungsprozess in Hinsicht auf eine spätere bessere Verarbeitung des Erlebten. Dabei bewegt sich der Entscheidungsspielraum für die Frauen in dem Rahmen der Stellung einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Allerdings sieht auch die Äußerung des Wunsches zum Schwangerschaftsabbruch bereits eine tiefgründige Auseinandersetzung mit diesem Thema voraus. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Abschnitt 3.3.2.3 bereits zeigten, hatte die Beratung in der Mehrzahl der Fälle keinen Einfluss auf die Entscheidung bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs. Allerdings berichtete doch fast jede fünfte Studienteilnehmerin in der Beratungsrückmeldung über einen Einfluss der Beratung auf die Entscheidung.

Im Folgenden wird untersucht, inwieweit die Entscheidung bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs bei den hier untersuchten Patientinnen durch die psychosoziale Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren beeinflusst wurde (Tabelle 16).

In Abhängigkeit vom **Alter** ergaben sich kaum Differenzen bezüglich des Einflusses der psychosozialen Beratung: Sowohl Frauen bis 30 Jahre als auch Frauen, die älter als 30 Jahre alt waren, erlebten in jeweils mehr als 80 % der Fälle ihre Entscheidung kaum oder gar nicht beeinflusst.

Ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.036$) ergab sich hinsichtlich der Abhängigkeit vom **Familienstand** bzw. der **partnerschaftlichen Situation**: Verheiratete Frauen (eheliche Gemeinschaft) und Frauen, die in einer eheähnlichen Beziehung lebten, trafen ihre Entscheidung je zu etwa 80 % unbeeinflusst durch die psychosoziale Beratung. Im Gegensatz dazu beeinflusste die Beratung ziemlich bis sehr die Entscheidung der Mehrheit (60 %) der alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen, und nur 40 % dieser Frauen gaben gar keinen oder kaum einen Einfluss der Beratung auf deren Entscheidung an. Diese starke Beeinflussung der Entscheidung durch die Beratung wird ausschließlich bei dieser Gruppe deutlich und zeigt ein umgekehrtes Bild im Vergleich zu den anderen hier untersuchten Gruppen. Grund könnte z.B. die Aufklärung über Unterstützungs- und Hilfsangebote sein. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der hier untersuchten alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen relativ klein war ($n=5$).

Die Ergebnisse in Bezug auf die **Nationalität** der Studienteilnehmerinnen zeigen eine vergleichbare Tendenz: Bei jeweils etwa 80 % der deutschen Frauen und Frauen anderer Nationen hatte die psychosoziale Beratung gar nicht oder kaum Einfluss auf ihre Entscheidung. Jedoch gaben 13,8 % der deutschen Frauen und vergleichsweise nur 6,7 % der Frauen anderer Staatszugehörigkeiten an, dass die Beratung deren Entscheidung ziemlich bis sehr beeinflusste. Der Unterschied erwies sich als statistisch nicht signifikant.

In Abhängigkeit von der **Religionszugehörigkeit** ergaben sich keine statistisch signifikanten Differenzen. Allerdings zeigte sich innerhalb des Parameters, dass die Beratung vergleichsweise am stärksten die Entscheidung der Frauen der evangelischen Religion beeinflusste: Zwar gaben 73,2 % dieser Frauen an, dass sie ihre Entscheidung gar nicht oder kaum durch die Beratung beeinflusst trafen, doch eine im Vergleich zu den übrigen Gruppen hohe Anzahl der Frauen (22 %) berichtete über einen starken bis sehr starken Einfluss. Unter den konfessionslosen Studienteilnehmerinnen waren hingegen nur 6,3 % Frauen, die ihre Entscheidung ziemlich bis sehr durch die Beratung beeinflusst trafen, und bei 87,5 % dieser Frauen beeinflusste die Beratung gar nicht oder kaum ihre Entscheidung. Auch die muslimischen Frauen gaben zu 85,7 % an, dass die Beratung gar nicht oder kaum einen Einfluss auf ihre Entscheidung hatte. Allerdings war die Anzahl der muslimischen Studienteilnehmerinnen ($N= 7$) gering. Frauen der römisch-katholischen und griechisch-orthodoxen Glaubenszugehörigkeit gaben zu 80,6 % an,

dass die Beratung ihre Entscheidung gar nicht oder kaum beeinflusste und 10,4 % der Frauen äußerten sich, dass die Beratung ziemlich oder sehr zu ihrer Entscheidung beitrug.

Bei der Untersuchung des **Ausbildungsniveaus** der Studienteilnehmerinnen kamen zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede heraus, doch beobachtet man innerhalb des Parameters, dass bei Frauen ohne eine abgeschlossene Ausbildung die psychosoziale Beratung vergleichsweise den größten Einfluss auf die Entscheidung hatte: Sie gaben zu 21,1 % an, dass die Beratung ziemlich bis sehr ihre Entscheidung bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs beeinflusste. Im Vergleich dazu beeinflusste die Beratung die Entscheidung der beiden anderen Gruppen anteilmäßig hier nur zu je ca. 10 %. Auch hier könnte die Information über die Hilfs- und Unterstützungsangebote ein Grund sein.

Bei der Untersuchung der **Erwerbstätigkeit** wurden keine bedeutsamen Differenzen deutlich, doch man beobachtet, dass bei den nicht erwerbstätigen Frauen die Beratung weniger Einfluss auf ihre Entscheidung hatte als bei den Erwerbstätigen: 86,8 % der nicht erwerbstätigen Frauen und 78,4 % der erwerbstätigen Frauen trafen ihre Entscheidung kaum oder gar nicht durch die Beratung beeinflusst.

Studienteilnehmerinnen ohne **Geschwister** trafen ihre Entscheidung etwas unabhängiger von der Beratung als Frauen, die Geschwister hatten. Es waren 88,9 % Frauen, die Einzelkinder waren und Ihre Entscheidung kaum oder gar nicht beeinflusst von der Beratung trafen, und im Vergleich nur 78,8 % Frauen, die eine Schwester oder einen Bruder hatten. Einen ziemlich bis sehr großen Einfluss auf die Entscheidung hatte die Beratung bei 14,4 % Frauen, die Geschwister hatten, und bei nur 5,6 % der Frauen ohne Geschwister. Diese Unterschiede erwiesen sich als statistisch nicht signifikant.

Tabelle 16: Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen Parametern

BEEINFLUSSUNG DER ENTSCHEIDUNG DURCH BERATUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON		Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung						x ² -Test p-Wert
		gar nicht / kaum		mittelmäßig		ziemlich / sehr		
	N	%	N	%	N	%	N	
ALTER (n=145)								
bis 30 Jahre	48	81,3	39	4,2	7	14,6	7	p=0.739
über 30 Jahre	97	80,4	78	7,2	2	12,4	12	
FAMILIENSTAND (n=145)								
eheliche Gemeinschaft	111	82,9	92	6,3	7	10,8	12	p=0.036
eheähnliche Beziehung	29	79,3	23	6,9	2	13,8	4	
alleinstehend / alleinerziehend	5	40,0	2	0,0	0	60,0	3	
NATIONALITÄT (n=145)								
Deutsch	130	80,8	105	5,4	7	13,8	18	p=0.387
andere	15	80,0	12	13,3	2	6,7	1	
RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT (n=131)								
katholisch und orthodox	67	80,6	54	9,0	6	10,4	7	p=0.573
evangelisch und Freikirchen	41	73,2	30	4,9	2	22,0	9	
muslimisch	7	85,7	6	0,0	0	14,3	1	
konfessionslos	16	87,5	14	6,3	1	6,3	1	
AUSBILDUNGSNIVEAU (n=137)								
keine Ausbildung	19	73,7	14	5,3	1	21,1	4	p=0.191
Fachschule/Lehre	71	85,9	61	2,8	2	11,3	8	
Hoch-/ Fachhochschulabschluss	47	76,6	36	12,8	6	10,6	5	
ERWERBSTÄTIGKEIT (n=140)								
erwerbstätig	102	78,4	80	7,8	8	13,7	14	p=0.442
nicht erwerbstätig	38	86,8	33	2,6	1	10,5	4	
GESCHWISTER (n=136)								
Ja	118	78,8	93	6,8	8	14,4	17	p=0.561
Nein	18	88,9	16	5,6	1	5,6	1	

Im Folgenden wird die Beeinflussung der Entscheidung durch die Beratung in Abhängigkeit von Faktoren, die sich auf aktuelle oder frühere Schwangerschaften beziehen, besprochen. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 17 zusammengefasst.

Die Untersuchung in Abhängigkeit von der aktuellen **Schwangerschaftswoche** der Studienteilnehmerinnen ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede. Allerdings zeigte sich eine Tendenz, dass Frauen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft (3. Trimenon) ihre Entscheidung mehr nach der Beratung richteten als Frauen in früheren Schwangerschaftswochen. Frauen im 3. Trimenon gaben zu 15 % an, dass ihre Entscheidung durch die Beratung stark bis sehr stark beeinflusst wurde, bei Frauen im 2. Trimenon (13,7 %) und 1. Trimenon (5,0 %) beobachtet man hingegen eine rückläufige Tendenz.

Bei der Untersuchung der **Planung der Schwangerschaft** beobachtet man, dass bei Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht geplant hatten, die Beratung einen stärkeren Einfluss auf ihre Entscheidung hatte, auch wenn sich dies nicht als statistisch signifikant erwies. 19 % der Frauen mit einer ungeplanten Schwangerschaft trafen ihre Entscheidung ziemlich oder sehr von der Beratung beeinflusst. Bei Frauen mit einer geplanten Schwangerschaft waren es im Vergleich nur 12,7 %.

Die Analyse in Bezug auf eine **Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese** der Studienteilnehmerinnen zeigte vergleichbare Ergebnisse: Sowohl Frauen mit als auch ohne eine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vorgeschichte trafen zu jeweils etwa 13 % ihre Entscheidung ziemlich bis sehr von der Beratung beeinflusst und bei jeweils etwa 80 % hatte die Beratung gar keinen oder kaum Einfluss auf die Entscheidung. Die Ergebnisse waren statistisch nicht signifikant.

Auch in Bezug auf einen **Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese** ergaben sich kaum nennenswerte Unterschiede bezüglich der Beeinflussung der Entscheidung durch die Beratung: Etwa 80 % der Frauen, die bereits einen Schwangerschaftsabbruch erlebten, und anteilmäßig ebenso viele Frauen ohne einen Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese gaben an, dass sie ihre Entscheidung kaum oder gar nicht beeinflusst durch die Beratung trafen.

In Abhängigkeit davon, ob die Studienteilnehmerinnen bereits **Kinder** hatten, zeigten sich ein vergleichbares Bild: in den verschiedenen Abstufungen ob die Beratung einen Einfluss auf die Entscheidung hatte, kam es zu ähnlichen Ergebnissen.

Tabelle 17: Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung in Abhängigkeit von schwangerschaftsbezogenen Faktoren

BEEINFLUSSUNG DER ENTSCHEIDUNG DURCH BERATUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON:		Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung						x ² -Test p-Wert
		gar nicht / kaum		mittelmäßig		ziemlich / sehr		
	N	%	N	%	N	%	N	
SCHWANGERSCHAFTSWOCHE (n=142)								
1. Trimenon (bis 14.SSW)	20	80,0	16	15,0	3	5,0	1	p=0.089
2. Trimenon (15.-28.SSW)	102	83,3	85	2,9	3	13,7	14	
3. Trimenon (ab 29.SSW)	20	70,0	14	15,0	3	15,0	3	
PLANUNG DER SCHWANGERSCHAFT (n=139)								
geplant	118	80,5	95	6,8	8	12,7	15	p=0.713
ungeplant	21	76,2	116	4,8	1	19,0	4	
FEHL-/ TOTGEBURT IN DER ANAMNESE (n=145)								
ja	38	78,9	30	7,9	3	13,2	5	p=0.880
nein	107	81,3	87	5,6	6	13,1	14	
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH IN DER ANAMNESE (n=145)								
ja	10	80,0	8	10,0	1	10,0	1	p=0.849
nein	135	80,7	109	5,9	8	13,3	18	
KINDER (n=145)								
Ja	66	83,3	55	3,0	2	13,6	9	p=0.350
nein	79	78,5	62	8,9	7	12,7	10	

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Beeinflussung der Entscheidung durch die Beratung von den hier untersuchten soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Aspekten weitgehend unabhängig ist. Die einzige Ausnahme war der **Familienstand** bzw. die **partnerschaftliche Situation** der Frau (p=0.036): Die Mehrzahl (60 %; n=5) der alleinstehenden bzw. alleinerziehenden Frauen fanden, dass die psychosoziale Beratung deren Entscheidung ziemlich bis sehr beeinflusste.

3.4.3 Hilfreiche Aspekte der Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren

Im Abschnitt 3.3.2.6 wurden alle Beratungsthemen aufgeführt, die von den betroffenen Frauen in der Beratungsrückmeldung als besonders hilfreich bewertet wurden.

Im Folgenden soll untersucht werden, ob es im Zusammenhang mit soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parametern der befragten Frauen eine Priorität bezüglich bestimmter Beratungsaspekte vorlag.

3.4.3.1 Alter

In der Untersuchung der hilfreichen Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit vom Alter der Studienteilnehmerinnen (Tabelle 18) ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied, der die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* betraf; 62,6 % der jüngeren Frauen (bis 30 Jahre) und vergleichsweise nur 34,6 % Frauen über 30 Jahre empfanden das Thema als besonders hilfreich in der Beratung. Der statistisch hochsignifikante Unterschied beträgt im χ^2 -Test einen p-Wert von 0.001. Auch andere hilfreiche Themen der Beratung, die allerdings keine statistische Signifikanz aufwiesen, ergaben unterschiedliche Verteilung in Bezug auf die zwei untersuchten Altersgruppen der beratenen Frauen, wobei auffällig viele Beratungsthemen von den jüngeren Studienteilnehmerinnen bis 30 Jahre häufiger als hilfreich angesehen wurden, als von Frauen über 30 Jahre. Zu den Aspekten gehörten hauptsächlich Themen zur gezielten Unterstützung durch die Beraterin. Dazu gehörten beispielsweise *Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten*, die für fast die Hälfte der Frauen bis 30 Jahre und fast 40 % der Frauen über 30 Jahre von Bedeutung waren. Das *Besprechen der familiären Situation* und das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* wurde ebenfalls von den jüngeren Frauen öfter als wichtig angesehen als von Frauen über 30 Jahre. Auch das *Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann*, spielte für die Studienteilnehmerinnen bis 30 Jahre (72,5 %) häufiger eine wichtige Rolle in der Beratung, als für die älteren Betroffenen (65,4 %).

Patientinnen über 30 Jahre gaben beispielsweise etwas häufiger als die jüngeren Betroffenen an, dass sie in der Beratung besonders das *persönliche Verständnis der Beraterin* schätzten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der als hilfreich angesehenen Beratungsthemen für die jüngeren Studienteilnehmerinnen bis 30 Jahre häufiger von Bedeutung waren, als für Patientinnen über 30 Jahre.

Tabelle 18: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit vom Alter der Frau (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	ALTER DER FRAU				x ² -Test p-Wert
	bis 30 Jahre (n=51)		über 30 Jahre (n=104)		
	%	N	%	N	
Atmosphäre in der Beratung					
Persönliches Verständnis der Beraterin	47,1	24	51,0	53	p=0.648
„Neutraler“ Platz, um über die schwierige Situation zu sprechen	49,0	25	47,1	49	p=0.824
„Raum“ für Gefühle	41,2	21	38,5	40	p=0.745
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	9,8	5	11,5	12	p=0.745
Pränataldiagnostik					
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	62,7	32	34,6	36	p=0.001
Informationen über den Befund	23,5	12	19,2	20	p=0.534
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	23,5	12	18,3	19	p=0.442
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin					
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	72,5	37	65,4	68	p=0.370
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	49,0	25	39,4	41	p=0.256
Besprechen der Zukunftsperspektiven	49,0	25	41,3	43	p=0.366
Besprechen der familiären Situation	29,4	15	21,2	22	p=0.257
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	5,9	3	9,6	10	p=0.431

3.4.3.2 Familienstand bzw. partnerschaftliche Situation

Die Untersuchungsergebnisse bezüglich der hilfreichen Aspekte in der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit vom Familienstand der Studienteilnehmerinnen sind in Tabelle 19 dargestellt.

In dem Zusammenhang ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.022$), was die weiterführenden *Informationen über den pränataldiagnostischen Befund* betraf: 42,9 % der alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen, 34,4 % in einer eheähnlichen Beziehung lebenden Frauen und vergleichsweise nur 15,5 % Frauen, die in ehelicher Gemeinschaft lebten, empfanden dies als sehr hilfreiches Thema in der psychosozialen Beratung.

Deutliche, jedoch nicht statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich in Bewertung anderer in der Beratung angesprochener Themen. Viele Betroffene empfanden die Beratung als *„neutralen“ Platz*, um über die schwierige Situation zu sprechen. Besonders hilfreich fand das die Hälfte der Frauen, die in einer eheähnlichen Beziehung lebten aber auch fast die Hälfte der verheirateten Frauen und im Vergleich nur 14,3 % alleinstehender bzw. alleinerziehender Studienteilnehmerinnen. Ähnliche Tendenz zeigte sich beim *Besprechen und Beleuchten der Zukunftsperspektiven* in der Beratung, das ebenfalls am häufigsten von Bedeutung für Frauen war, die mit ihrem Partner in einer eheähnlichen Beziehung lebten (46,9 %) aber auch für verheiratete Frauen (44,8 %); im Unterschied dazu empfanden das nur 14,3 % der alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen.

Die Beratung als *„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind* empfanden v.a. alleinstehende und alleinerziehende Frauen (28,6 %) als besonders wichtig und vergleichsweise deutlich seltener Frauen in ehelicher Gemeinschaft (10,3 %) oder in einer eheähnlichen Beziehung (8,4 %). Auch das *persönliche Verständnis der Beraterin* spielte für die alleinstehende und alleinerziehende Studienteilnehmerinnen (71,4 %) im Vergleich mit den anderen Betroffenen (53,1 % der Frauen in eheähnlicher Beziehung und 47,3 % der verheirateten Frauen) häufiger eine wichtige Rolle in der Beratung.

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Hälfte der aufgeführten Beratungsthemen, auch wenn sich im Vergleich zum Teil keine großen Unterschiede ergaben, am häufigsten von den alleinstehenden bzw. alleinerziehenden Studienteilnehmerinnen als hilfreich angesehen wurden. Dies spiegelt wohl am ehesten die vergleichsweise geringeren Möglichkeiten zum Austausch dieser Themen wider, wenn ein Partner bzw. der Vater des Kindes nicht zur Verfügung steht.

Tabelle 19: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit vom Familienstand bzw. der partnerschaftlichen Situation der Studienteilnehmerinnen (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	FAMILIENSTAND						x ² -Test p-Wert
	eheliche Gemeinschaft (n=116)		eheähnliche Beziehung (n=32)		allein- stehend / allein- erziehend (n=7)		
	%	N	%	N	%	N	
Atmosphäre in der Beratung							
Persönliches Verständnis der Beraterin	47,4	55	53,1	17	71,4	5	p=0.424
„Neutraler“ Platz	49,1	57	50,0	16	14,3	1	p=0.192
„Raum“ für Gefühle	37,1	43	43,8	14	57,1	4	p=0.487
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	10,3	12	9,4	3	28,6	2	p=0.309
Pränataldiagnostik							
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	41,4	48	50,0	16	57,1	4	p=0.527
Informationen über den Befund	15,5	18	34,4	11	42,9	3	p=0.022
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	21,6	25	15,6	5	14,3	1	p=0.705
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin							
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	65,5	76	75,0	24	71,4	5	p=0.583
Angebote weiterer Unterstützungs- möglichkeiten	43,1	50	40,6	13	42,9	3	p=0.969
Besprechen der Zukunftsperspektiven	44,8	52	46,9	15	14,3	1	p=0.266
Besprechen der familiären Situation	25,0	29	18,8	6	28,6	2	p=0.730
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	8,6	10	9,4	3	0,0	0	p=0.708

3.4.3.3 Nationalität

Betrachtet man die hilfreichen Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von der Nationalität der befragten Frauen (Tabelle 20), so wird es deutlich, dass es einige Häufigkeitsunterschiede in der Bewertung der angesprochenen Themen gibt.

Der einzige statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.030$) ergab sich in Bezug auf den Aspekt *“Raum“ für Gefühle* in der Beratung, den 42,1 % der deutschen Frauen und vergleichsweise nur 13,3 % Frauen anderer Nationen als besonders hilfreich bewerteten. Inwieweit hier kulturelle Einflüsse wirksam werden, lässt sich aufgrund der vorhandenen Daten nicht verifizieren.

Auch einige weitere, allerdings nicht statistisch signifikante Unterschiede mit ähnlicher Tendenz wurden in dem Zusammenhang beobachtet. *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* beurteilten 45,7 % der deutschen Studienteilnehmerinnen und im Vergleich nur 26,7 % der Frauen aus anderen Ländern als einen hilfreichen Beratungsaspekt. Der *“neutrale Platz“* in der Beratung spielte für 49,3 % der deutschen Frauen und 33,3 % Frauen anderer Staatsangehörigkeiten eine bedeutende Rolle. Auch das *persönliche Verständnis der Beraterin* wurde von deutschen Frauen (50,7 %) häufiger als von Frauen anderer Nationen (40 %) als hilfreich empfunden.

Besprechen der Zukunftsperspektiven war eines der wenigen Themen in der Beratung, das von Frauen aus anderen Ländern (53,3 %) häufiger als wichtig empfunden wurde, als von den deutschen Frauen (42,9 %). Zu den anderen Themen mit ähnlicher Tendenz, jedoch mit deutlich kleinerem Unterschied, gehörten *Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten* und das *Besprechen der familiären Situation*.

Insgesamt beobachtet man, dass die hilfreichen Aspekte in der Beratung häufiger von deutschen Frauen als von Frauen anderer Staatsangehörigkeiten angegeben wurden.

Tabelle 20: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Nationalität (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	NATIONALITÄT				x ² -Test p-Wert
	deutsch (n=140)		andere (n=15)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	50,7	71	40,0	6	p=0.430
„Neutraler“ Platz	49,3	69	33,3	5	p=0.240
„Raum“ für Gefühle	42,1	59	13,3	2	p=0.030
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	11,4	16	6,7	1	p=0.575
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	45,7	64	26,7	4	p=0.158
Informationen über den Befund	21,4	30	13,3	2	p=0.462
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	20,7	29	13,3	2	p=0.497
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	67,9	95	66,7	10	p=0.925
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	42,1	59	46,7	7	p=0.736
Besprechen der Zukunftsperspektiven	42,9	60	53,3	8	p=0.437
Besprechen der familiären Situation	23,6	33	26,7	4	p=0.789
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	8,6	12	6,7	1	p=0.800

3.4.3.4 Religionszugehörigkeit

Die Untersuchung der hilfreichen Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Religionszugehörigkeit der befragten Frauen (Tabelle 21) ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede. Jedoch beobachtet man einige deutliche Differenzen in der Bewertung der hilfreichen Beratungsaspekte von Frauen unterschiedlicher Glaubenszugehörigkeiten.

„*Raum*“ für Gefühle in der Beratung wurde häufiger von Frauen der muslimischen (42,9 %) und evangelischen Religionszugehörigkeit (42,2 %) als auch von Frauen ohne einer Konfession (38,9 %) als bedeutend empfunden und weniger häufig von römisch-katholischen und orthodoxen Frauen (32,4 %).

Das *Besprechen der familiären Situation* in der Beratung wurde mit Abstand am häufigsten von Frauen muslimischer Religion (57,1 %) als wichtiges Thema in der Beratung angegeben und etwa gleich häufig jeweils von Frauen evangelischer (24,4 %) und römisch-katholischer sowie griechisch-orthodoxer (22,5 %) Religionszugehörigkeit, gefolgt von konfessionslosen Frauen mit 16,7 %.

Hilfe bei der Entscheidungsfindung in der Beratung fanden 25,4 % römisch-katholischer und orthodoxer Frauen, 20 % Frauen evangelischer Glaubenszugehörigkeit und 16,7 % religionsloser Frauen. Der Aspekt wurde von keinen der muslimischen Frauen genannt.

28,6 % muslimischer Frauen und 25,4 % Frauen römisch-katholischer und griechisch-orthodoxer Religion gaben an, dass weitere *Informationen über den pränataldiagnostischen Befund* in der Beratung für sie sehr wichtig war; weniger häufig gaben das Frauen ohne eine Konfession (16,7%) und Frauen evangelischer Religion (11,1 %) an.

Den „*Neutralen*“ Platz, um über die schwierige Situation zu sprechen, empfanden 55,6 % Frauen ohne Religionszugehörigkeit, 53,3 % Frauen der evangelischen Religion, 46,5 % Frauen katholischer Glaubenszugehörigkeit und vergleichsweise nur 14,3 % muslimischer Frauen als bedeutungsvoll in der Beratung.

Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch in der psychosozialen Beratung wurde von besonders vielen katholischen (50,7 %) aber auch von den evangelischen Frauen (42,2 %) als hilfreich angesehen. Für muslimische (28,6 %) und konfessionslose Frauen (27,8 %) stand das Thema weniger im Vordergrund.

Tabelle 21: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Religionszugehörigkeit (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT								x ² -Test p-Wert
	katholisch + orthodox (n=71)		evangelisch +Freikirchen (n=45)		muslimisch (n=7)		konfessionslos (n= 18)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	47,9	34	42,2	19	57,1	4	66,7	12	p=0.457
„Neutraler“ Platz	46,5	33	53,3	24	14,3	1	55,6	10	p=0.364
„Raum“ für Gefühle	32,4	23	42,2	19	42,9	3	38,9	7	p=0.260
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	12,7	9	4,4	2	14,3	1	16,7	3	p=0.556
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	50,7	36	42,2	19	28,6	2	27,8	5	p=0.411
Informationen über den Befund	25,4	18	11,1	5	28,6	2	16,7	3	p=0.350
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	25,4	18	20,0	9	0,0	0	16,7	3	p=0.332
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	63,4	45	73,3	33	42,9	3	77,8	14	p=0.384
Angebote weiterer Unterstützungs- möglichkeiten	40,8	29	48,9	22	28,6	2	44,4	8	p=0.759
Besprechen der Zukunftsperspektiven	46,5	33	44,4	20	42,9	3	38,9	7	p=0.943
Besprechen der familiären Situation	22,5	16	24,4	11	57,1	4	16,7	3	p=0.297
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	11,3	8	6,7	3	14,3	1	5,6	1	p=0.605

3.4.3.5 Ausbildungsniveau

Auch bei der Untersuchung der hilfreichen Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit vom Ausbildungsniveau der Studienteilnehmerinnen (Tabelle 22) ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Ein annähernd statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.056$) wurde bei dem Thema *Informationen über den pränataldiagnostischen Befund* beobachtet: 27,3 % mit abgeschlossener Lehre oder Fachschule, 21,1 % Frauen ohne Ausbildung und im Vergleich nur 9,8 % Frauen, die Hoch- oder Fachhochschule abgeschlossen hatten, empfanden den Aspekt als besonders wichtig in der Beratung.

Die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* in der psychosozialen Beratung wurde besonders oft als hilfreich von Frauen angegeben, die keine Ausbildung abgeschlossen hatten (52,6 %), aber auch von Frauen mit Fachschulabschluss oder Lehre (48,1 %). Dagegen für Studienteilnehmerinnen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss (33,3 %) spielte das Thema in der Beratung weniger häufig eine wichtige Rolle.

Auch *Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten* war ein weiterer hilfreicher Aspekt in der Beratung, der von Frauen mit hohem Ausbildungsniveau (35,3 %) nicht so oft angegeben wurde, wie von Frauen mit mittlerem Ausbildungsniveau (Fachschule/Lehre; 48,1 %) oder von Frauen ohne abgeschlossene Ausbildung (42,1 %).

Besprechen möglicher Konfliktsituationen in der Beratung wurde von Frauen ohne Ausbildung (15,8 %) am häufigsten als bedeutend empfunden, gefolgt von Frauen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss (9,8 %) und Frauen mit Lehre oder abgeschlossener Fachschule (6,5 %). Studienteilnehmerinnen mit einem hohen (49 %) oder mittlerem (44,2 %) Ausbildungsniveau fanden den Aspekt *Besprechen der Zukunftsperspektiven* in der Beratung häufiger hilfreich als Frauen ohne Ausbildung (31,6 %).

Themen, die sich auf die Atmosphäre in der Beratung bezogen, wie: *Persönliches Verständnis der Beraterin*, *„Neutraler“ Platz*, aber auch der Aspekt *Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann* wurden fast unabhängig vom Ausbildungsniveau gleich häufig von den Studienteilnehmerinnen als sehr hilfreich angegeben.

Tabelle 22: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Ausbildungsniveau (n=147)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	AUSBILDUNGSNIVEAU						x ² -Test p-Wert
	keine Ausbildung (n=19)		Fachschule/ Lehre (n=77)		Hoch/ Fach- hochschul- abschluss (n=51)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	47,4	9	51,9	40	47,1	24	p=0.844
„Neutraler“ Platz	42,1	8	45,5	35	49,0	25	p=0.857
„Raum“ für Gefühle	47,4	9	40,3	31	37,3	19	p=0.744
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	10,5	2	10,4	8	11,8	6	p=0.969
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	52,6	10	48,1	37	33,3	17	p=0.179
Informationen über den Befund	21,1	4	27,3	21	9,8	5	p=0.056
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	15,8	3	23,4	18	15,7	8	p=0.507
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	68,4	13	66,2	51	68,6	35	p=0.955
Angebote weiterer Unterstützungs- möglichkeiten	42,1	8	48,1	37	35,3	18	p=0.360
Besprechen der Zukunftsperspektiven	31,6	6	44,2	34	49,0	25	p=0.426
Besprechen der familiären Situation	26,3	5	24,7	19	17,6	9	p=0.589
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	15,8	3	6,5	5	9,8	5	p=0.423

3.4.3.6 Erwerbstätigkeit

Die Untersuchung hilfreicher Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von der Erwerbstätigkeit der Studienteilnehmerinnen (Tabelle 23) ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0.027$), der das Thema *Besprechen möglicher Konfliktsituationen* betraf. Ausschließlich die erwerbstätigen Frauen (11 %) fanden das Thema hilfreich in der Beratung.

Auch *Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten* wurden häufiger von erwerbstätigen (45,9 %) als von nicht erwerbstätigen Frauen (34,1 %) als wichtig in der Beratung empfunden.

Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der Untersuchung anderer Aspekte in der Beratung, bei den man die größten Unterschiede in der Häufigkeit angegebener hilfreicher Themen findet. Die Mehrzahl der Themen war für die erwerbstätigen Frauen häufiger von Interesse als für Frauen, die keiner beruflichen Tätigkeit nachgingen. Dies waren beispielsweise Aspekte wie: *Informationen über den Befund* (23,9 % erwerbstätiger und 14,6 % nicht erwerbstätiger Frauen), *„Raum“ für Gefühle* (42,2 % erwerbstätiger und 34,1 % nicht erwerbstätiger Studienteilnehmerinnen), oder *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* (von 45% erwerbstätigen und 39 % nicht erwerbstätigen Frauen angegeben).

Beratungsthemen, die häufiger von den nicht erwerbstätigen Frauen als bedeutend gefunden wurden waren: *Besprechen der familiären Situation*, *Hilfe bei der Entscheidungsfindung* und *Persönliches Verständnis der Beraterin*, wobei der Unterschied, im Vergleich zu Angaben der erwerbstätigen Frauen, nicht so stark ausgeprägt war.

Tabelle 23: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Erwerbstätigkeit (n=150)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	ERWERBSTÄTIGKEIT				x ² -Test p-Wert
	ja (n=109)		nein (n=41)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	49,5	54	51,2	21	p=0.855
„Neutraler“ Platz	49,5	54	46,3	19	p=0.727
„Raum“ für meine Gefühle	42,2	46	34,1	14	p=0.369
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	11,0	12	9,8	4	p=0.825
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	45,0	49	39,0	16	p=0.514
Informationen über den Befund	23,9	26	14,6	6	p=0.219
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	19,3	21	22,0	9	p=0.714
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	68,8	75	65,9	27	p=0.730
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	45,9	50	34,1	14	p=0.196
Besprechen der Zukunftsperspektiven	45,9	50	41,5	17	p=0.628
Besprechen der familiären Situation	22,9	25	26,8	11	p=0.619
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	11,0	12	0,0	0	p=0.027

3.4.3.7 Geschwister / Einzelkind

Die Untersuchungsergebnisse der hilfreichen Aspekte der Beratung in Abhängigkeit davon, ob die befragten Frauen Geschwister hatten, sind in Tabelle 24 zusammengefasst.

In dem Zusammenhang ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Es zeigte sich jedoch, dass Frauen, die selbst Einzelkinder waren, 12 von insgesamt 13 der hilfreichen Beratungsthemen häufiger wichtig fanden, gegenüber Frauen, die Geschwister hatten.

Ein Aspekt, der einen relativ großen Unterschied ergab, betraf den Themenbereich „Atmosphäre in der Beratung“; 63,2 % Frauen ohne Geschwister und 43,7 % Frauen, die mindestens eine Schwester oder Bruder hatten, empfanden besonders wichtig in der Beratung, dass sie dort „neutralen“ Platz fanden, um über die schwierige Situation zu sprechen.

Auch Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten spielte für Frauen, die keine Geschwister hatten (57,9 %), öfter eine wichtige Rolle als für Frauen mit Geschwistern (40,5 %).

Informationen über den Befund“, „Besprechen der Zukunftsperspektiven, Hilfe bei der Entscheidungsfindung oder Persönliches Verständnis der Beraterin sind weitere Themen, die von Frauen ohne Geschwister deutlich häufiger bedeutend in der Beratung angesehen wurden als von Frauen, die Geschwister hatten.

Das einzige Thema, das von Frauen, die Geschwister hatten, etwas häufiger als hilfreich angegeben wurde, war *Besprechen der familiären Situation*, das aber keinen wesentlichen Unterschied zu Angaben von Studienteilnehmerinnen ohne Geschwister aufweist.

Tabelle 24: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Geschwistern der Frau (n=145)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	GESCHWISTER				x ² -Test p-Wert
	ja (n=126)		nein (n=19)		
	%	N	%	N	
Atmosphäre in der Beratung					
Persönliches Verständnis der Beraterin	49,2	62	57,9	11	p=0.480
„Neutraler“ Platz	43,7	55	63,2	12	p=0.112
„Raum“ für Gefühle	38,9	49	42,1	8	p=0.789
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	10,5	14	11,1	2	p=0.940
Pränataldiagnostik					
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	42,9	54	47,4	9	p=0.712
Informationen über den Befund	18,3	23	31,6	6	p=0.176
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	18,3	23	26,3	5	p=0.407
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin					
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	66,7	84	73,7	16	p=0.542
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	40,5	51	57,9	11	p=0.153
Besprechen der Zukunftsperspektiven	41,3	52	52,6	10	p=0.351
Besprechen der familiären Situation	23,8	30	21,1	4	p=0.791
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	8,7	11	10,5	2	p=0.798

3.4.3.8 Schwangerschaftswoche

Die Untersuchung der hilfreichen Aspekte in der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche der Studienteilnehmerinnen (Tabelle 25) ergab zwei statistisch signifikante Unterschiede.

Das *Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann* war für Frauen im 3. Trimenon (75,0 %) und 2. Trimenon (73,9 %) der Schwangerschaft deutlich häufiger von Bedeutung, als für Frauen im 1. Trimenon (38,1 %). Der Unterschied erwies sich als statistisch signifikant ($p=0.005$).

Auch das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* in der Beratung wurde von den untersuchten Patientinnen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche deutlich unterschiedlich bewertet und zeigte eine statistische Signifikanz ($p=0.034$): So fanden 66,7 % Frauen im ersten, 50 % Frauen im 2. Trimenon und 37 % Frauen im 3. Trimenon der Schwangerschaft das Thema sehr wichtig.

In dem Zusammenhang zeigten sich auch weitere, zum Teil deutliche, jedoch nicht statistisch signifikante Unterschiede. Einige der Themen werden im Folgenden aufgeführt.

48,6 % Frauen im 2. Trimenon und 45 % Frauen, die sich im letzten Trimenon der Schwangerschaft befanden, gaben an, dass die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* zu den Aspekten in der Beratung gehörte, die für sie von Bedeutung war. Im Vergleich dazu waren es nur 23,8 % Frauen im 1. Trimenon, die das Thema wichtig fanden.

Den Aspekt *„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zu meinem Kind* empfanden am häufigsten hilfreich Patientinnen im 1. Trimenon der Schwangerschaft (23,8 %), gefolgt von Frauen im 3. Trimenon (15 %) und im 2. Trimenon (8,3 %).

Die weiterführenden *Informationen über den Befund der Pränataldiagnostik* spielten ebenfalls für Studienteilnehmerinnen im 1. Trimenon (33,3 %) als auch für Frauen im letzten Trimenon der Schwangerschaft (30 %) häufiger eine wichtige Rolle in der Beratung, als für Frauen, die sich zwischen 14. und 28. SSW befanden (17,6 %).

Hilfe bei der Entscheidungsfindung war mit Abstand für Frauen im 3. Trimenon der Schwangerschaft (35 %) am häufigsten von Bedeutung. Dagegen fanden 19 % Frauen im 1. Trimenon und 17,6 % Frauen im 2. Trimenon den Aspekt als hilfreich.

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Mehrzahl der hilfreichen Aspekte in der Beratung am häufigsten von Frauen im 1. Trimenon der Schwangerschaft angegeben wurden.

Tabelle 25: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Schwangerschaftswoche (n=149)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	SCHWANGERSCHAFTSWOCHE						x ² -Test p-Wert
	1. Trimenon (bis 14.SSW) (n=21)		2. Trimenon (15.-28.SSW) (n=108)		3. Trimenon (ab 29.SSW) (n=20)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	42,9	9	51,9	56	50	10	p=0.752
„Neutraler“ Platz	57,1	12	47,2	51	35,0	7	p=0.363
„Raum“ für Gefühle	47,6	10	37,0	40	40,0	8	p=0.657
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	23,8	5	8,3	9	15,0	3	p=0.107
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	23,8	5	48,6	53	45,0	9	p=0.104
Informationen über den Befund	33,3	7	17,6	18	30,0	6	p=0.126
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	19,0	4	17,6	19	35,0	7	p=0.202
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	38,1	8	73,9	79	75,0	15	p=0.005
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	33,3	7	42,6	46	50,0	10	p=0.554
Besprechen der Zukunftsperspektiven	66,7	14	37,0	40	50,0	10	p=0.034
Besprechen der familiären Situation	28,6	6	22,2	24	25,0	10	p=0.809
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	14,3	3	8,3	9	0,0	0	p=0.239

3.4.3.9 Planung der Schwangerschaft

Die Untersuchungsergebnisse der hilfreichen Aspekte in der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von der Planung der Schwangerschaft der befragten Frauen sind in der Tabelle 26 zusammengefasst. In dem Zusammenhang ergaben sich keine statistisch signifikanten, allerdings einige dennoch erwähnenswerte Unterschiede.

Die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* in der Beratung fanden Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft häufiger bedeutend (60 %) als Frauen, die ihre Schwangerschaft geplant hatten (41,1 %).

Themen in der Beratung, die sich auf die gezielte Unterstützung durch die Beraterin bezogen, wurden in der Mehrzahl häufiger von den Studienteilnehmerinnen mit einer ungeplant eingetretenen Schwangerschaft hilfreich empfunden, als von Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft. Zu diesen gehörte u.a. das *Besprechen der familiären Situation*, das von 36 % Frauen mit ungeplanter und von 22,6 % Frauen mit geplanter Schwangerschaft als wichtig in der Beratung empfunden wurde.

Auch *Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten* spielten für Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft (52 %) öfter eine wichtige Rolle als für Frauen mit geplanter Schwangerschaft (40,3 %).

Die einzige Ausnahme in dem Themenbereich, wenn auch anteilmäßig mit geringer Beteiligung, war das *Besprechen möglicher Konfliktsituationen*. Der Aspekt spielte für Frauen mit geplanter Schwangerschaft (9,7 %) öfter eine wichtige Rolle in der Beratung als für Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft (4 %).

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass für Studienteilnehmerinnen mit einer ungeplanten Schwangerschaft die deutliche Mehrzahl der hilfreichen Beratungsthemen häufiger wichtig war als für Frauen mit geplanter Schwangerschaft.

Tabelle 26: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Planung der Schwangerschaft (n=149)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	PLANUNG DER SCHWANGERSCHAFT				x ² -Test p-Wert
	geplant (n=124)		ungeplant (n=25)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	49,2	61	56,0	14	p=0.535
„Neutraler“ Platz	48,4	60	48,0	12	p=0.972
„Raum“ für Gefühle	38,7	48	44,0	11	p=0.622
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	9,7	12	12,0	3	p=0.725
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	41,1	51	60,0	15	p=0.083
Informationen über den Befund	19,4	24	28,0	7	p=0.331
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	20,2	25	20,0	5	p=0.985
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	66,9	83	68,0	17	p=0.918
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	40,3	50	52,0	13	p=0.281
Besprechen der Zukunftsperspektiven	46,0	50	52,0	13	p=0.857
Besprechen der familiären Situation	22,6	28	36,0	9	p=0.157
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	9,7	12	4,0	1	p=0.359

3.4.3.10 Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese

Die Ergebnisse der Untersuchung der hilfreichen Beratungsaspekte in Abhängigkeit von einer Fehl- bzw. Totgeburten in der Anamnese der Studienteilnehmerinnen gibt Tabelle 27 wieder.

Das *Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann*, wurde von Frauen, die keine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vergangenheit hatten, deutlich häufiger hilfreich empfunden (73 %) als von Frauen, die eine Fehl- bzw. Totgeburt bereits erlebten (52,5%). Der Unterschied erwies sich als statistisch signifikant ($p=0.017$).

Auch das *Besprechen der familiären Situation* in der Beratung spielte für Frauen, die keine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten (27,8 %), häufiger eine wichtige Rolle in der Beratung als für Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Vorgeschichte (12,5 %). Der Unterschied zeigte ebenfalls eine statistische Signifikanz ($p=0.05$).

Betrachtet man andere Aspekte der Beratung, die von den Studienteilnehmerinnen als besonders wichtig angesehen wurden, stellt man fest, dass in der Mehrzahl der Themen bei Frauen ohne Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese häufiger vertreten waren als bei Frauen, die in der Vergangenheit eine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten. Einige weitere Beispiele verdeutlichen die Häufigkeitsunterschiede der jeweiligen Aspekte:

Die Beratung als „*Neutraler*“ Platz, um über die schwierige Situation zu sprechen, empfanden 52,2 % Frauen ohne eine Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese und 35 % Frauen, die bereits eine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten, als bedeutungsvoll.

Auch die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* fanden Frauen, die keine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vorgeschichte hatten, häufiger hilfreich (47,8 %) als Frauen, die eine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vorgeschichte erlebten (32,5 %).

Hilfe bei der Entscheidungsfindung war einer der wenigen Aspekte in der Beratung, der für Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese öfter von Bedeutung war (27,5 %), als für Frauen, die bisher keine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten (17,4 %). Ansonsten war nur noch das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* für Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Vorgeschichte häufiger wichtig als für Frauen, die bisher keine Fehl- bzw. Totgeburt erlebten.

Tabelle 27: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	FEHL- / TOTGEBURT IN DER ANAMNESE				x ² -Test p-Wert
	ja (n=40)		nein (n=115)		
Atmosphäre in der Beratung	%	N	%	N	
Persönliches Verständnis der Beraterin	42,5	17	52,2	60	p=0.292
„Neutraler“ Platz	35,0	14	52,2	60	p=0.061
„Raum“ für Gefühle	35,0	14	40,9	47	p=0.513
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	7,5	3	12,2	14	p=0.415
Pränataldiagnostik	%	N	%	N	
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	32,5	13	47,8	55	p=0.092
Informationen über den Befund	15,0	6	22,6	26	p=0.306
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	27,5	11	17,4	20	p=0.169
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin	%	N	%	N	
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	52,5	21	73,0	84	p=0.017
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	37,5	15	44,3	51	p=0.451
Besprechen der Zukunftsperspektiven	50,0	20	41,7	48	p=0.364
Besprechen der familiären Situation	12,5	5	27,8	32	p=0.050
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	7,5	3	8,7	10	p=0.814

3.4.3.11 Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese

Die Untersuchungsergebnisse der hilfreichen Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese der Studienteilnehmerinnen sind in Tabelle 28 zusammengefasst. In dem Zusammenhang ergaben sich zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede, allerdings einige Differenzen in der Beurteilung der Beratungsthemen.

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass Frauen, die keinen Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte hatten, die Mehrheit der untersuchten Aspekte öfter wichtig fanden, als Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte.

Beispielsweise wurde das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* deutlich häufiger von Frauen ohne einen Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese (45,5 %) als hilfreich empfunden als von Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Vergangenheit (25 %).

Das *Besprechen möglicher Konfliktsituationen* wurde ausschließlich von Frauen, die bislang keinen Schwangerschaftsabbruch erlebt hatten (9,1 %), als bedeutend in der Beratung empfunden.

Hilfe bei der Entscheidungsfindung war ebenfalls ein Beratungsaspekt, der für Frauen ohne einen Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese (21 %) öfter eine wichtige Rolle spielte als für Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte (8,3 %).

Der *“neutrale“ Platz* in der psychosozialen Beratung war für 49 % Frauen ohne einen früheren Schwangerschaftsabbruch und für 33,3 % Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Vergangenheit von Bedeutung.

Zu den wenigen hilfreichen Aspekten in der Beratung, die öfter für Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese von Bedeutung waren, gehörten: *“Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind, Informationen über den Befund und persönliches Verständnis der Beraterin.*

Tabelle 28: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	SCHWANGERSCHAFTS- ABBRUCH IN DER ANAMNESE				x ² -Test p-Wert
	ja (n=12)		nein (n=143)		
	%	N	%	N	
Atmosphäre in der Beratung					
Persönliches Verständnis der Beraterin	50,0	6	49,7	71	p=0.981
„Neutraler“ Platz	33,3	4	49,0	70	p=0.298
„Raum“ für Gefühle	33,3	4	39,9	57	p=0.657
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	16,7	2	10,5	15	p=0.511
Pränataldiagnostik					
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	41,7	5	44,1	63	p=0.873
Informationen über den Befund	25,0	3	20,3	29	p=0.698
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	8,3	1	21,0	30	p=0.293
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin					
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	66,7	8	67,8	97	p=0.934
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	33,3	4	43,4	62	p=0.500
Besprechen der Zukunftsperspektiven	25,0	3	45,5	65	p=0.170
Besprechen der familiären Situation	16,7	2	24,5	35	p=0.542
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	0,0	0	9,1	13	p=0.275

3.4.3.12 Kinder

Die Ergebnisse der Untersuchung hilfreicher Aspekte in der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit davon, ob die Studienteilnehmerinnen bereits Kinder hatten, sind in Tabelle 29 zusammengefasst.

Ein fast statistisch signifikanter Unterschied (0.053) ergab sich bei dem Aspekt *Informationen über den pränataldiagnostischen Befund*: Frauen, die keine Kinder hatten, empfanden den Aspekt häufiger hilfreich (26,5 %) als Frauen, die bereits Kinder hatten (13,9 %).

Auch das *Besprechen möglicher Konfliktsituationen* wurde von kinderlosen Studienteilnehmerinnen öfter als wichtig angesehen (10,9 %) als von Frauen, die bereits Kinder hatten (5,6 %).

Andere Themen in der Beratung, die von Frauen ohne Kinder öfter als bedeutend empfunden wurden waren: *„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind* und *Hilfe bei der Entscheidungsfindung*.

Dagegen spielte die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* für die betroffenen Frauen, die bereits Kinder hatten (48,6 %), häufiger eine wichtige Rolle in der Beratung als für Frauen, die keine Kinder hatten (39,8 %).

Auch das *Besprechen der familiären Situation* und *Besprechen und Beleuchten der Zukunftsperspektiven* in der Beratung wurde von Frauen, die bereits Kinder hatten, öfter unter den Themen in der Beratungsrückmeldung aufgeführt, die bedeutungsvoll für sie waren.

Insgesamt beobachtet man, dass die Mehrheit der hilfreichen Beratungsthemen häufiger von Frauen, die bereits Kinder hatten, als wichtig empfunden wurden.

Tabelle 29: Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von geborenen Kindern (n=155)

HILFREICHE ASPEKTE IN DER BERATUNG	KINDER				x ² -Test p-Wert
	ja (n=72)		nein (n=83)		
	%	N	%	N	
Atmosphäre in der Beratung					
Persönliches Verständnis der Beraterin	51,4	37	48,2	40	p=0.691
„Neutraler“ Platz	48,6	35	47,0	39	p=0.840
„Raum“ für Gefühle	41,7	30	37,3	31	p=0.583
„Raum“ zum Nachdenken über die Beziehung zum Kind	8,3	6	13,3	11	p=0.328
Pränataldiagnostik					
Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch	48,6	35	39,8	33	p=0.268
Informationen über den Befund	13,9	10	26,5	22	p=0.053
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	18,1	13	21,7	18	p=0.573
Gezielte Unterstützung durch die Beraterin					
Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann	69,4	50	66,3	55	p=0.673
Angebote weiterer Unterstützungsmöglichkeiten	43,1	31	42,2	35	p=0.911
Besprechen und Beleuchten der Zukunftsperspektiven	47,2	34	41,0	34	p=0.434
Besprechen der familiären Situation	27,8	20	20,5	17	p=0.288
Besprechen möglicher Konfliktsituationen	5,6	4	10,8	9	p=0.236

4 DISKUSSION

Alle werdenden Eltern wünschen sich ein gesundes Kind, deshalb sind viele dazu bereit, alle angebotenen medizinischen Untersuchungen während der Schwangerschaft in Anspruch zu nehmen in der Hoffnung auf ein gutes Ergebnis.

Die pränataldiagnostischen Maßnahmen sind heutzutage ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge (z.B. sog. Ultraschall-Screening in ca. 10., 20. und 30. SSW). Sie sind gesetzlich in den sogenannten Mutterschaftsrichtlinien beschrieben und gewährleisten jeder schwangeren Frau in Deutschland den Anspruch auf eine ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.

Außer den Vorsorgeuntersuchungen bietet die Pränatalmedizin ein breites Spektrum weiterer diagnostischer Maßnahmen an, die insbesondere dann von der schwangeren Frau in Anspruch genommen werden, wenn im Rahmen der allgemeinen Vorsorge auffällige fetale Merkmale festgestellt worden sind.

Die wenigen dazu vorhandenen wissenschaftlichen Untersuchungen machen ebenso die klinischen Erfahrungen deutlich, dass Frauen in der ersten Linie pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch nehmen, um sich bestätigen zu lassen, dass „mit dem Kind alles in Ordnung ist“ (KOWALCEK et al., 2003; ROHDE und WOOPEN, 2007). Eine aktuelle Studie der BZGA (2007) zeigte, dass selbst Frauen, die bereits pränataldiagnostische Untersuchungen hatten durchführen lassen, zum Teil kaum fundierte Kenntnisse darüber hatten.

Dank der vorgeburtlichen Untersuchungen können die meisten werdenden Eltern durch die Feststellung einer regelrechten Entwicklung des Kindes beruhigt werden. Doch in wenigen Fällen, wenn die Pränataldiagnostik einen pathologischen fetalen Befund ergibt, woraus eine Behinderung oder Erkrankung bzw. sogar der Tod des Kindes resultieren würde, erscheint für die Frau bzw. das Paar ein Schwangerschaftsabbruch nicht selten der einzige Ausweg. Die Diagnosemitteilung und die daraus folgenden Konsequenzen versetzen die betroffene Frau häufig in einen akuten psychischen Ausnahmezustand (Schock, Verzweiflung, Wut, Trauer). In der Folge entsteht nicht selten eine schwerwiegende Konfliktsituation für die werdenden Eltern.

Durch die heutzutage geltende gesetzliche Regelung von 1995, die einen Schwangerschaftsabbruch ohne zeitliche Einschränkung bei Gefahr für das Leben oder die körperliche bzw. seelische Gesundheit der Schwangeren erlaubt, wird die betroffene Frau und das Paar vor die schwierige Wahl gestellt, sich für ein Leben mit einem kranken oder behinderten Kind zu

entscheiden oder - soweit aus ärztlicher Sicht die Voraussetzungen für eine medizinische Indikation gegeben sind - die Schwangerschaft beenden zu lassen. Dieses ethische Dilemma fordert von der schwangeren Frau und ihrem Partner eine differenzierte Auseinandersetzung, da es eine Entscheidung für oder gegen menschliches Leben ist. Dabei kann jede Entscheidung, in welche Richtung auch immer, Angst und Schuldgefühle mit sich bringen, die falsche Entscheidung getroffen zu haben und dadurch die psychische Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen.

Nach dem Text des § 218a Absatz 2 StGB kann ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation nur dann durchgeführt werden, wenn durch die Schwangerschaft eine für die Frau unzumutbare Belastung ihrer psychischen oder körperlichen Gesundheit zu erwarten ist. Im Gesetz ist allerdings nicht geregelt, wer diese zu erwartende Belastung feststellt – üblicherweise sind das die pränatalmedizinisch tätigen Ärzte, die auch die kindliche Fehlbildung bzw. Erkrankung diagnostizieren. Im Gesetz ist - anders als für den frühen Schwangerschaftsabbruch - keine psychosoziale Beratung verpflichtend vorgesehen. Natürlich könnten Frauen bzw. betroffene Paare die ihnen nach § 2 Abs. 1 SchKG jederzeit zustehende psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite zeigt die tägliche Praxis (ROHDE und WOOPEN, 2007), dass in der akuten Krisensituation kurz nach der Diagnosemitteilung Frauen und auch ihre Partner kaum dazu in der Lage sind, sich selbst Hilfe von außen zu holen. Lediglich unter den Voraussetzungen eines sehr niedrighwelligen Zugangs, wie sie im Rahmen von einigen wenigen Modellprojekten (u.a. stammt auch die aktuelle Untersuchung aus einem solchen Modellprojekt) verfügbar machen. Damit ist gemeint, dass Frauen sowohl zeitlich als auch räumlich nah eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen können – z.B. durch Ansiedlung einer Beratungsstelle in der Einrichtung, wo auch Pränataldiagnostik angeboten wird.

Die vorliegende Untersuchung ist ein Teil einer prospektiven Studie, die im Rahmen eines Projektes „Wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte, Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik an den Standorten Bonn, Düsseldorf und Essen“ stattfand und durch das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde (ROHDE und WOOPEN 2007, ROHDE et al., 2007).

Ziel der wissenschaftlichen Evaluation der Modellprojekte war es u.a. zu untersuchen, ob psychosoziale Beratung von betroffenen Frauen und Paaren in Anspruch genommen wird, ob diese die psychosoziale Beratung als hilfreich erleben, wie eine solche Beratung gestaltet sein

sollte und wie die unterschiedlich untersuchten Beratungssettings (z.B. Ansiedlung an einer Klinik oder in einer pränataldiagnostischen Schwerpunktpraxis) in Anspruch genommen werden. Die in der Arbeit untersuchten 155 Patientinnen nahmen zwischen Januar 2003 und Dezember 2004 eine psychosoziale Beratung in Anspruch, nachdem im Rahmen pränataldiagnostischer Untersuchungen in der Abteilung für Pränatalmedizin am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde des Universitätsklinikum Bonn ein in den meisten Fällen pathologischer fetaler Befund festgestellt wurde.

Die Ergebnisse basieren zum einen auf Daten, die durch die psychosoziale Beraterin im Rahmen des Beratungsgesprächs erhoben wurden (Anamnesebogen und Dokumentationsfragebogen), zum anderen auf Angaben der Patientinnen (Beratungsrückmeldung) einige Tage nach dem Beratungsgespräch sowie auf Daten aus dem PND-Dokumentationsbogen, die vom medizinischen Personal erfasst wurden.

In dem Anamnesebogen wurden v.a. soziodemographische Daten der Patientinnen erhoben. In der Beratungsdokumentation erfasste die Beraterin die angesprochenen Themenbereiche, die individuell gestaltet waren. Daneben wurden u.a. die aktuelle psychische Verfassung der Frau und die ihres Partners, die Interaktionen beim Paar, wahrgenommene Ambivalenzen und Divergenzen und das Ergebnis der Entscheidungsfindung dokumentiert. In der Beratungsrückmeldung hatten die Patientinnen die Möglichkeit, über das aktuelle psychische Befinden nach der Beratung und die Zufriedenheit mit der Beratung in verschiedenen Aspekten zu berichten. Der PND-Dokumentationsbogen erfasste sowohl den aktuellen Stand und das Ergebnis der Pränataldiagnostik als auch das weitere Vorgehen, z.B. ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wurde.

In diesem Kapitel werden die im Rahmen der vorliegenden Studie gewonnenen Ergebnisse mit anderen Studien verglichen. Da derzeit nur wenige wissenschaftliche Arbeiten vorliegen, die sich mit dem Thema „Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik“ differenziert befassen, werden hauptsächlich diese Ergebnisse besprochen und interpretiert.

4.1 Soziodemographische Charakterisierung

Eines der Ziele dieser Arbeit war es, Patientinnen, die eine psychosoziale Beratung nach der Pränataldiagnostik in Anspruch nahmen und in den meisten Fällen mit einer fetalen Entwicklungsstörung konfrontiert wurden, hinsichtlich verschiedener soziodemographischer Parameter zu charakterisieren. Diese Untersuchung ergab folgende Ergebnisse: Das durchschnittliche Alter der 155 Patientinnen betrug 32,5 Jahre; die jüngste Frau war 19 Jahre, die älteste 48 Jahre. Am häufigsten vertreten waren Frauen im Alter zwischen 30 und 39 Jahre. In dieser Altersgruppe (nach dem 35. Lebensjahr) werden generell verstärkt pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch genommen, weil mit zunehmendem Alter der Frau auch das Risiko für fetale Fehlbildungen, insbesondere chromosomale Störungen, steigt was nicht selten zu einem Schwangerschaftsabbruch führen kann.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurde 2000 bis 2005 unter allen in Deutschland registrierten Schwangerschaftsabbrüchen die Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren am häufigsten vertreten und am zweithäufigsten Frauen zwischen 30 und 40 Jahren. Dies zeigt, dass sich das hier untersuchte Patientenkollektiv bezüglich des Alters unterscheidet, da es sich bei den Studienteilnehmerinnen um einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation aufgrund fetaler Fehlbildungen handelt und nicht um einen Schwangerschaftsabbruch bei einer ungewollten Schwangerschaft.

Die Mehrzahl der hier untersuchten Frauen (über 95 %) lebte in einer festen Beziehung, davon waren ca. 20 % nicht verheiratet, sieben Frauen waren alleinstehend bzw. alleinerziehend. Fast die Hälfte der Frauen hatte eine abgeschlossene Fachschule oder Lehre, ca. ein Drittel hatte einen Hoch-/ Fachhochschulabschluss, 19 Frauen hatten keine abgeschlossene Ausbildung. Über 70 % der Frauen waren berufstätig oder befanden sich noch in der Ausbildung (sieben Frauen). Knapp über 90 % der Studienteilnehmerinnen waren deutsche Staatsangehörige. Fast 80 % der Patientinnen gehörten einer Religion an (u.a. ca. 45 % katholisch und fast 30 % evangelisch).

Die schwangerschaftsbezogenen Daten ergaben, dass die meisten der untersuchten Frauen (über 60 %) zwischen der 15. und 24. SSW beraten worden sind (im Durchschnitt in etwa der 20. SSW). Bei etwa der Hälfte der Patientinnen handelte es sich um die erste Schwangerschaft. Über ein Drittel der Studienteilnehmerinnen berichteten, in der Vorgeschichte mindestens eine Fehl-, Totgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch erlebt zu haben.

Die in der vorliegenden Studie erhobenen soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parameter der untersuchten Patientinnen sind im Wesentlichen mit den von anderen Autoren beschriebenen Daten vergleichbar.

Das Durchschnittsalter der von KORENROMP et al. (2005; Niederlande) untersuchten Frauen, die sich zum späten Schwangerschaftsabbruch entschieden hatten, betrug 34,1 Jahre. Auch hier lebte die überwiegende Mehrheit der Frauen (94,4 %) mit einem Partner zusammen; 73 % waren erwerbstätig. Deutliche Unterschiede zeigten v.a. die Glaubenszugehörigkeit (nur knapp 60 % der Patientinnen gehörten einer Religion an) und das Vorhandensein der lebenden Kindern (fast 60 % der Frauen hatten bereits Kinder).

Die von FISCH et al. (2003; Deutschland) untersuchte Studienpopulation zeigte in dem soziobiographischen Profil der evaluierten Gruppe ebenfalls eine starke Ähnlichkeit. Das durchschnittliche Alter betrug 34,5 Jahre, die überwiegende Mehrheit der Frauen lebten in einer festen Beziehung (fast 80 %) und über 85 % hatten bereits eine abgeschlossene Ausbildung. Allerdings hatten 57 % der Frauen bereits Kinder (über 10 Prozentpunkte mehr als in der vorliegenden Studie).

Die Studienpopulation von LEITHNER et al. (2002; Österreich) unterschied sich in mehreren soziodemographischen, aber v.a. schwangerschaftsbezogenen Parametern. Die untersuchten Frauen waren mit einem Durchschnittsalter von 28,6 Jahren etwas jünger, fast alle waren berufstätig (94 %), fast 40 % der Patientinnen hatten einen Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte und über 60 % hatten bereits Kinder.

Ähnliche Ergebnisse bezüglich der soziodemographischen Parametern finden sich auch exemplarisch in weiteren Arbeiten, wie z.B. von HUNFELD et al. (1997; Niederlande; das Durchschnittsalter der Frauen betrug 30 Jahre und ein Schwangerschaftsabbruch erfolgte im Durchschnitt in der 31. SSW) oder von KERSTING et al. (2005 ; Deutschland; Durchschnittsalter 31,9 Jahre und Schwangerschaftsabbruch in der 21. SSW).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die hier untersuchte Studienpopulation bezüglich der soziodemographischen Parameter im Vergleich mit Patientenkollektiven anderer Studien im Allgemeinen vergleichbar sind. Charakteristisch für die Patientengruppe ist v.a. das Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bzw. des Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation: die Betroffenen sind oftmals älter als Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung bei ungewollter Schwangerschaft vornehmen lassen.

4.2 Aspekte der psychosozialen Beratung

4.2.1 Psychisches Befinden der Patientinnen zum Zeitpunkt der Beratung

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Studienteilnehmerinnen nahmen die psychosoziale Beratung nach den bereits durchgeführten pränataldiagnostischen Untersuchungen und nach Diagnosemitteilung einer - in den meisten Fällen - fetalen Erkrankung bzw. Behinderung in Anspruch.

Anhand der durch die Beraterin im Rahmen der psychosozialen Beratung erhobenen Daten (Beratungsdokumentation) sowie durch Angaben der Patientinnen selbst (Beratungsrückmeldung), lässt sich der psychische Zustand der Frauen in der aktuellen Situation beschreiben.

Die **psychische Belastung** der Patientinnen zum Zeitpunkt der Beratung, wurde von den Beraterinnen bei fast allen betroffenen Frauen (97,4 %) als stark bis sehr stark eingestuft. Auch die am nächsten stehenden Personen wie Partner oder Familie waren im hohen Maße in der aktuellen Lebenssituation beeinträchtigt. In dem Fragebogen zur Beratungsrückmeldung, die einige wenige Tage nach der Beratung von den Patientinnen ausgefüllt wurde, berichteten insgesamt fast zwei Drittel der Frauen über schlechte bis sehr schlechte Stimmung. Auch das körperliche Befinden wurde von einem Drittel der beratenen Frauen als schlecht bis sehr schlecht eingeschätzt und fast von der Hälfte als mittelmäßig.

Eine Vielzahl von unterschiedlichen Symptomen und Gefühlen, die den aktuellen Zustand der Betroffenen zum Zeitpunkt der psychosozialen Beratung, d.h. kurz nach Ermittlung des pathologischen Befundes genauer charakterisieren und eine akute Belastungsreaktion beschreiben, wurden bei den meisten Patientinnen in einer starken bis sehr starken Ausprägung während des Beratungsgesprächs von der Beraterin beobachtet. Zu den am häufigsten deutlich werdenden Symptomen gehörten: Unruhe, Grübeln, Niedergeschlagenheit, Unwirklichkeitsgefühle, Ratlosigkeit, Angst bzw. Panik, Energiemangel, Verzweiflung und viele andere. Die meisten dieser Symptome gehören zum Symptomspektrum der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0), wie sie nach extrem belastenden Lebensereignissen auftreten kann. Landläufig werden solche Reaktionen als „Schockreaktionen“ bezeichnet. In einer solchen akuten psychischen Ausnahmesituation ist oftmals erst eine Krisenintervention erforderlich. Für die Betroffenen kann es besonders entlastend sein, wenn sie zunächst einmal ihren Gefühlen Raum geben können. Dass dies hilfreich und wichtig ist, zeigen u.a. die hier dargestellten Befunde.

Ebenfalls konnten die Patientinnen selbst in der Beratungsrückmeldung durch die Vielzahl der vorgegebenen Symptome über ihr psychisches Befinden in den letzten Tagen berichten. Auf diese Weise konnten sie ihre psychische Belastung und deren Ausprägung seit dem Erfahren des pathologischen Befundes ihres Kindes und bereits nach dem Gespräch mit der Beraterin genauer beschreiben. Über 80 % der Betroffenen berichteten über starkes bis sehr starkes Grübeln, fast 80 % klagten über Niedergeschlagenheit. Zu den anderen Symptomen, die von weit über der Hälfte der Patientinnen angegeben wurden und in jeweils starker oder sehr starker Ausprägung zu dem Zeitpunkt präsent waren, gehörten: Verzweiflung, das Gefühl, hin- und hergerissen zu sein, innere Unruhe, Angst bzw. Panik, Ratlosigkeit, Erschöpfung bzw. Energiemangel, Stimmungsschwankungen, Unwirklichkeitsgefühle, Antriebsmangel oder Schlafstörungen. Auch unter anderen, etwas weniger häufig vorkommenden Symptomen litten viele (ein Drittel bis die Hälfte) der betroffenen Frauen: innere Gefühllosigkeit, Konzentrationsprobleme, Interesselosigkeit, Schuldgefühle und Appetitlosigkeit.

Ähnliche Beobachtungen im Zusammenhang mit der Diagnosestellung einer fetalen Fehlbildung im Hinblick auf weitere Konsequenzen wurden von einigen anderen Autoren veröffentlicht:

HAHLWEG-WIDMOSER (1999) beschrieb die ersten Reaktionen der betroffenen Frauen nach Mitteilung einer Entwicklungsstörung des Ungeborenen, d.h. etwa zum Zeitpunkt der psychosozialen Beratung der hier untersuchten Patientinnen. Dies waren im Einzelnen: Weinen, Verzweiflung, Schock und Rückzug, also vergleichbar mit Reaktionen und Symptomen, die bei den hier untersuchten Studienteilnehmerinnen beobachtet wurden.

HUNFELD et al. (1997a) beschrieben bei 45 % der untersuchten Frauen erhebliche psychische Instabilität kurz nach der Diagnosemitteilung eines pathologischen fetalen Befundes.

MUTH et al. (1989) befassten sich mit der psychischen Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus genetischer Indikation im 2. Trimenon. Empfindungen, die bei Frauen in der Entscheidung für einen Abbruch vorherrschten, waren Einsamkeit, Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Wut, Schuld. In jeweils höchster Ausprägung traten Hilflosigkeit, Angst und Trauer auf.

WERNSTEDT et al. (2005) beschrieben im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen schwere bis mittelschwere depressive Reaktionen nach Diagnosestellung der fetalen Fehlbildung. In einigen Fällen wurde die Mutter als körperlich gesund, seelisch jedoch als sehr belastet und bei antizipierter Austragung der Schwangerschaft als potentiell gefährdet eingestuft.

Bei Feststellung eines pathologischen Ergebnisses der Pränataldiagnostik entscheidet sich in diesem psychischen Ausnahmezustand die überwiegende Mehrzahl der Frauen bzw. Paare aufgrund fehlender therapeutischer Möglichkeiten für einen Schwangerschaftsabbruch (DALLAIRE et al. 1995, HAHLWEG-WIDMOSER, 1999, MANSFIELD et al., 1999; SALVESEN et al., 1997). Hier ist zu berücksichtigen, dass in einem solchen psychischen Zustand keine weitreichende Entscheidung getroffen werden kann und soll. Aus dem Grund sollte in jedem Fall ausreichend Zeit für die Entscheidungsfindung verfügbar sein („Zeitfenster“). ROHDE und WOOPEN (2007) stellen auf dem Hintergrund der Projektergebnisse sogar die Forderung auf, dass es ein Zeitfenster zwischen ärztlicher und psychosozialer Beratung und der Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch geben müsse. Sie argumentieren damit, dass oftmals aus der akuten Schocksituation heraus und der damit verbundenen „Monsterphantasien“ eine Entscheidung präjudiziert werden könnte, die bei differenzierter Betrachtung aller relevanten Aspekte ganz anders ausfallen könnte. Dass diese Hypothese zumindest in Einzelfällen so richtig sein könnte, zeigen die später diskutierten Befunde zur Beeinflussung der Entscheidungsfindung durch die Beratung.

Die psychischen Folgen, die bei den Betroffenen nach einem späten Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation auftreten, wurden in einigen wissenschaftlichen Publikationen beschrieben, u.a. ELDER und LAURENCE, 1991; FISCH et al., 2003; HUNFELD et al., 1993, 1995, 1997a, 1997b; KERSTING et al., 2002a, 2005; KORENRUMP et al., 2005; LLOYD und LAURENCE, 1985; SALVESEN et al., 1997; WHITE-van MOURIK et al., 1992; ZEANAH et al., 1993. Außer den akuten Belastungs- und Trauerreaktionen wenige Tage nach dem Verlust wurden von einigen Autoren gravierende psychische Langzeitfolgen in Form von depressiven Reaktionen bzw. pathologischen Trauerreaktionen, Angstzuständen, posttraumatischen Belastungsstörungen geschildert, die längerfristige psychotherapeutische Behandlung erforderlich machen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Die Evaluierung der Ergebnisse bestätigt die Beobachtungen anderer Studien und macht deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Patientinnen, die im Rahmen pränataldiagnostischer Untersuchungen mit einem pathologischen Befund ihres ungeborenen Kindes konfrontiert werden und sich in der Phase der Entscheidungsfindung für das Austragen oder einen Abbruch der Schwangerschaft befinden, v.a. durch psychopathologische Symptome stark belastet waren. Die Vielzahl der stark bis sehr stark ausgeprägten Symptome die bei den Betroffenen in der Situation präsent waren, beschreiben eine

psychische Ausnahmesituation, die in vielen Fällen die Vergabe von ICD-10 Diagnosen z.B. eine akute Belastungsreaktion zulassen würde. Da es sich jedoch bei der psychosozialen Beratung hauptsächlich um ein Beratungssetting und weniger um ein therapeutisches Setting handelt, wurde auf eine differenzierte Diagnosestellung verzichtet.

ROHDE und WOOPEN (2007) betonen, dass gerade in dem „Schockzustand“ die Krisenintervention durch die psychosoziale Beraterin für die betroffenen Frauen extrem wichtig und hilfreich ist. Aufgrund der enormen psychischen Belastung sollte die „medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch immer erst nach Abklingen“ dieses Zustandes bzw. Stabilisierung der psychischen Situation gestellt werden. Die Autorinnen erheben ein Votum für eine „Bedenkzeit“ zwischen Diagnosemitteilung und Indikationsstellung, denn gerade der Zeitraum für eine intensive Auseinandersetzung mit allen möglichen Lebensperspektiven und umfassende Reflexion der Situation sollte gegeben sein.

4.2.2 Subjektive Zufriedenheit mit der Beratung

Die Einschätzung der subjektiven Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung war bei den Patientinnen sehr hoch. Fast 90 % der beratenen Frauen gaben einige wenige Tage nach dem Gespräch in dem Fragebogen zur Beratungsrückmeldung an, dass sie mit der Beratung stark bis sehr stark zufrieden waren und nur knapp 10 % waren mittelmäßig zufrieden. Auch LEITHNER et al. (2002) stellten ähnliche Ergebnisse vor: 97 % Frauen, die nach der Mitteilung einer pathologischen pränatalen Diagnose psychologisch betreut wurden, waren mit der psychologischen Beratung zufrieden und fanden sie besonders wichtig in der Bewältigung des schwierigen Lebensereignisses.

Auch andere Aspekte, die sich auf die Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der stattgefundenen Beratung beziehen, wurden bei der Stichprobe untersucht.

Über 90 % der Frauen haben sich von der psychosozialen Beraterin verstanden gefühlt und fast 90 % der Betroffenen fanden, dass alle wichtigen Themen in der Beratung angesprochen wurden. Insgesamt etwa 80 % der Patientinnen fanden die psychosoziale Beratung nach Pränataldiagnostik hilfreich und hätten sich auf psychologischer Ebene keine ergänzenden Maßnahmen gewünscht.

Die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Beratung auf die Verfassung der Frauen in der schwierigen Lebenssituation zeigten, dass über 60 % der Patientinnen durch die

Beratung eine Verbesserung ihres Befindens feststellen konnten. Nur vier von 151 Frauen berichteten über eine Verschlechterung des Befindens durch die Beratung. Vorstellbar ist, dass diese „Verschlechterung“ des Befindens durch die Beratung dadurch zustande gekommen ist, da in einer solchen Beratung auch besonders schwierige Themenbereiche angesprochen werden, wie etwa der Umgang mit Schuldgefühlen, wenn eine Frau bzw. das Paar selbst die Entscheidung trifft, die Schwangerschaft abubrechen und dem Kind damit das Leben zu nehmen. Solche Themen werden naturgemäß von Betroffenen manchmal gerne vermieden und könnten vorübergehend noch einmal intensivere Gefühle in Gang setzen – langfristig gehört aber die Auseinandersetzung damit zur gelungenen Bewältigung.

Als weiterer Anhaltspunkt für die Zufriedenheit mit der Beratung kann gesehen werden, dass fast 93 % der Patientinnen auch anderen Frauen zu einer solchen Beratung raten würden und das zumindest für den Fall, wenn eine Erkrankung oder Behinderung beim Kind im Rahmen der Pränataldiagnostik festgestellt wird. Bemerkenswert ist, dass fast die Hälfte der hier untersuchten Frauen, obwohl sie selbst keine solche Beratung zu dem Zeitpunkt in Anspruch genommen hatten, anderen Frauen eine solche Beratung bereits vor der Entscheidung zur Pränataldiagnostik empfehlen würde. Mehr als die Hälfte der Frauen würde dies auch während der Wartezeit auf die Ergebnisse raten.

Diese Ergebnisse bestätigen den hohen Wert der Beratung für die Betroffenen und drücken vielleicht indirekt den Wunsch nach mehr Informationen und Wissen über die möglichen Auswirkungen und Konsequenzen der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt aus. Diese Aussage findet ihre Bestätigung durch die Auswertung der Frage nach der medizinischen Aufklärung vor Überweisung zur Pränataldiagnostik über die Risiken und mögliche Konsequenzen der Pränataldiagnostik. Die Ergebnisse zeigten, dass insbesondere die medizinische Aufklärung über die Konsequenzen vorgeburtlicher Untersuchungen, besonders vor der Überweisung zur Pränataldiagnostik unzureichend sind: Insgesamt etwa 40 % der hier untersuchten Frauen gaben an, entweder nicht ausreichend oder überhaupt nicht aufgeklärt worden zu sein. Ähnliche Ergebnisse präsentierten KOWALCEK et al. (2003): nur 42,6 % der Frauen beurteilten die Beratung vor der Vorstellung zur pränatalen Diagnostik als ausreichend. Durch die in der BZGA-Studie (2006) erhobenen Daten wurden die Schwachpunkte der medizinischen Beratung vor der PND konkretisiert: Die Defizite in der ärztlichen Beratung betrafen insbesondere Inhalte, die über das medizinische

Zuständigkeitsbereich hinausreichen, wie etwa Informationen über das psychische und ethische Konfliktpotential bei Vorliegen einer Erkrankung oder Behinderung des Kindes.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung bei Frauen, die nach pränataldiagnostischen Untersuchungen einen meist pathologischen Befund erfahren hatten, war bei der überwiegenden Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen sehr hoch. Sie erlebten viel Verständnis seitens der Beraterin und fanden, dass alle wichtigen Themen in der Beratung angesprochen wurden. Viele der Betroffenen stellten eine Verbesserung des eigenen Befindens durch das Gespräch fest und würden auch anderen Frauen in der Situation eine solche Beratung empfehlen.

Dagegen zeigte sich, dass die ärztliche Aufklärung und Beratung im Vorfeld der Inanspruchnahme von pränatalmedizinischen Maßnahmen unzureichend ist. Besonders die Vorbereitung im Hinblick auf daraus entstehende mögliche Konsequenzen bedarf einer Verbesserung. Allerdings gilt es hier den schwierigen Spagat zwischen ausreichender Informierung einer Patientin und auf der anderen Seite Vermeidung von "Horrorphantasien" zu leisten, was in einer Situation, in der eine Frau sich über ihre frühe Schwangerschaft freut und sich mit negativen Aspekten vielleicht gar nicht auseinandersetzen möchte, eine extrem schwierige Aufgabe ist. Bindeglied könnte hier eine kompetente psychosoziale Beratung vor Pränataldiagnostik sein.

Da vielen Frauen nicht bewusst ist, dass die Möglichkeit der kostenlosen psychosozialen Beratung (nach § 2 SchKG) in allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen besteht, erscheint die Information und Vermittlung einer solchen Beratung wichtig. Schon vor der Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen durch die niedergelassenen Gynäkologen und Klinikärzte, welche Pränataldiagnostik durchführen, sollte auf diese Art von Unterstützung hingewiesen werden.

Psychosoziale Beratung sollte zusammen mit der ärztlichen Versorgung ein selbstverständlicher und integrativer Bestandteil der Betreuung von Schwangeren und ihren Partnern im Kontext von Pränataldiagnostik sein (ROHDE et al., 2007). Sie ist für Frauen und Paare von nachhaltigem Nutzen, wie die positiven Rückmeldungen bezüglich psychosozialer Beratung im Rahmen der vorliegenden Studie zeigten (siehe auch Abschlussbericht des Projekts ROHDE und WOOPEN, 2007).

4.2.3 Hilfreiche Beratungsthemen und –schwerpunkte aus Sicht der Patientinnen

Die Beratungsinhalte wurden nach der individuellen Situation der betroffenen Frau bzw. dem Paar ausgerichtet. Nach dem Beratungsgespräch hatten die Patientinnen die Möglichkeit, mit Hilfe eines Fragebogens (Beratungsrückmeldung) anzugeben, welche Inhalte der Beratung für sie besonders wichtig waren. Fast 90 % der Studienteilnehmerinnen fanden, dass in der Beratung alle wichtigsten Themen angesprochen wurden.

Eine der hier untersuchten Frauen, bei der im Rahmen der Pränataldiagnostik ein pathologischer fetaler Befund festgestellt wurde und die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hatte, schrieb in der Beratungsrückmeldung:

„Geholfen hat mir vor allem die Klärung meiner Fragen. Was wird passieren?

Was wird gemacht? Ich war froh, über den ganzen Ablauf informiert zu werden“.

Ebenfalls die Mehrzahl der hier untersuchten Patientinnen empfanden am häufigsten von Bedeutung jene Beratungsthemen, die sich auf den Schwangerschaftsabbruch bezogen, wobei insgesamt 71 % der hier untersuchten Studienteilnehmerinnen sich nach Pränataldiagnostik für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hatten.

Von allen in der Beratung angesprochenen Themen war für die Patientinnen das **Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann**, am häufigsten hilfreich. Der Aspekt wurde von fast 70 % Frauen angegeben. Das macht deutlich, wie wichtig es für die Betroffenen war, nachdem sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hatten, eine Hilfestellung in der bislang vielleicht schwierigsten Situation ihres Lebens zu bekommen. Die Beraterin gab jeder betroffenen Frau bzw. dem Paar die Empfehlung der Abschiednahme vom Kind und besprach die Modalitäten z.B. durch Ansehen und Halten des Kindes, Mitnahme von Fotos oder Fußabdruck. Es wurde das Vorgehen im Vorfeld ausführlich besprochen und die Eltern dazu ermutigt, den eigenen Wünschen nachzugehen. Auch wenn diese Handlungen am Anfang oftmals mit Angst und Scham verbunden sind, haben einige Untersuchungen diesbezüglich ergeben, dass ein Abschied vom Kind sich langfristig positiv auf eine bessere Bewältigung des Verlustes auswirkt (KENYON, 1988; GEERINCK-VERCAMMEN und KAHAI, 2003; HUNFELD et al., 1997a).

Ebenso gehörte die **Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch**, in Ergänzung zu den dazu gegebenen ärztlichen Informationen, zu den am häufigsten angegebenen Themen, die in dem Beratungsgespräch als besonders wichtig empfundenen wurden. Durch das Besprechen der einzelnen Schritte bei dem Vorgehen und das offene Ansprechen aller damit

zusammenhängenden Aspekte fühlten sich die Betroffenen besser vorbereitet und bekamen dadurch eine Vorstellung sowie Orientierung, was sie erwartet.

Das *persönliche Verständnis der Beraterin* und der „*neutrale*“ *Platz* in der Beratung wurden von besonders vielen der betroffenen Frauen hoch geschätzt. Eine Patientin schrieb, nachdem sie beraten wurde: „*Geholfen hat mir, nach Gründen für unsere Entscheidung gefragt zu werden und diese diskutieren zu können, ohne sich rechtfertigen zu müssen.*“

Durch das neutrale Verhalten der Beraterin bekam die Frau bzw. das Paar das Gefühl, mit jeder möglichen Entscheidung akzeptiert zu werden, was die Basis für das Vertrauensverhältnis in der Beratung bildet. Nur unter solchen Voraussetzungen kann ein Paar sich umfassend Gedanken machen und alle relevanten Aspekte und Lebensperspektiven noch einmal bedenken, was schließlich zur Stärkung der eigenen Entscheidungskompetenz der Ratsuchenden beiträgt. Auch unter der Voraussetzung, dass oft bereits vor der psychosozialen Beratung die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch für die Betroffenen gefallen war, kann die differenzierte Besprechung aller zu einer solchen Entscheidung gehörenden Aspekte von enormer Bedeutung für die langfristige Bewältigung des Erlebten sein (siehe auch ROHDE und WOOPEN, 2007). Gerade um später eine Entscheidung nicht in Frage zu stellen, die vielleicht „aus dem Bauch heraus“ getroffen würde, ist eine solche differenzierte Auseinandersetzung wichtig.

Auch der „*Raum*“ *für Gefühle* in der Beratung wurde oft von den Betroffenen als hilfreich angegeben. In der Beratung entstand durch das direkte Ansprechen und Befragen seitens der Beraterin eine Offenheit gegenüber Gefühlen wie Traurigkeit, Wut, Ärger, Angst oder Hilflosigkeit, Schuldgefühle und Trauer. Es wurde thematisiert, dass solche Gedanken und Gefühle, wie sie in einer solchen Situation vorherrschen, in Ordnung sind und zu einer „normalen“ Belastungs- und Trauerreaktion gehören und dennoch nicht gegen die Richtigkeit der gefällten Entscheidung des Paares sprechen.

Das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* nach dem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Entscheidung für das Leben mit einem behinderten oder schwerkranken Kind und das *Angebot weiterer Unterstützungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, therapeutischer Möglichkeiten* durch die Beraterin gehörten ebenfalls zu den Themen, die von vielen Frauen als wichtig empfunden wurden.

Da es keine wissenschaftliche Literatur zu den Beratungsinhalten einer psychosozialen Beratung gibt, kann eine Diskussion diesbezüglich hier nicht erfolgen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Fast jede der hier beratenen Frauen fanden, dass in dem Beratungsgespräch alle wichtigsten Themen angesprochen wurden. Einige der Beratungsaspekte wurden von besonders vielen Studienteilnehmerinnen in dem Fragebogen zur Beratungsrückmeldung als wichtig angegeben, dazu gehörten v.a. das Besprechen der Gestaltung des *Abschieds vom Kind* und die weitere *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch*. Ebenso spielte das *Verständnis der Beraterin* und der „*neutrale Platz*“ in der Beratung, aber auch der „*Raum*“ für *Gefühle*. Auch andere Aspekte, wie das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* oder das *Angebot weiterer Unterstützungsmöglichkeiten*. Dies zeigt, dass diese differenzierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Themenbereichen, die durch Konfrontation mit einer Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes in der Schwangerschaft entstehen, unter den betroffenen Frauen und Paare hohe Beachtung und Interesse fand.

Für die Erhaltung der psychischen Gesundheit und um psychosomatischen Folgeerscheinungen bzw. psychischen Störungen entgegen zu wirken, ist es von enormer Bedeutung, dass die „Entscheidung zur Beendigung bzw. zum Austragen der Schwangerschaft nach differenzierter Betrachtung aller relevanten Aspekte getroffen wird“ (ROHDE und WOOPEN, 2007).

4.3 Einfluss soziodemographischer und schwangerschaftsbezogenen Faktoren auf die subjektive Zufriedenheit mit der Beratung

Weiterer Untersuchungsschwerpunkt in dieser Arbeit war es, die Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren zu betrachten.

Die Ergebnisse zeigten innerhalb der gesamten Studienpopulation insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung: 89,0 % waren stark bis sehr stark zufrieden, 9,7 % mittelmäßig und 1,3 % waren wenig oder gar nicht zufrieden. Bezüglich der soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parameter zeigten sich viele kleinere Differenzen innerhalb der untersuchten Gruppen, aber nur vereinzelt signifikante Zusammenhänge.

Ein Vergleich der Ergebnisse mit der wissenschaftlichen Literatur muss entfallen, da es derzeit kaum wissenschaftliche Arbeiten gibt, die sich auf eine detaillierte Art und Weise mit dem

Thema der psychosozialen Beratung auseinandersetzen. Einige Autoren beschrieben bisher eine Reihe soziodemographischer und schwangerschaftsbezogener Faktoren im Zusammenhang mit psychischen Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch, die jedoch nicht im Fokus der vorliegenden Untersuchung standen. Eine differenzierte Evaluation von Beratungsinhalten erfolgte in den derzeit vorliegenden Studien nicht.

Die Auswertung der hier erhobenen Daten ermöglichen folgende Beobachtungen: Die Ergebnisse bezüglich des **Alters** zeigten keine statistisch signifikante Unterschiede. Sowohl Frauen über 30 Jahre als auch jüngere Frauen (unter 30 Jahre) zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung, wobei die jüngeren Studienteilnehmerinnen im Vergleich eine etwas schlechtere Bewertung der Beratung abgaben.

Die Untersuchung des **Familienstandes** bzw. der **partnerschaftlichen Situation** ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0.031$), den einzigen unter den soziodemographischen Faktoren: Frauen, die in einer festen Beziehung (eheähnlich) lebten, waren im Vergleich zufriedener mit der Beratung als verheiratete Frauen. Am wenigsten zufrieden innerhalb des Parameters waren mit Abstand alleinstehende bzw. alleinerziehende Studienteilnehmerinnen, wobei die letzten durch eine vergleichbar kleine Stichprobe repräsentiert waren (von sieben Frauen waren fünf ziemlich bis sehr zufrieden).

Der Unterschied in der Zufriedenheit mit der Beratung in Abhängigkeit von der **Nationalität** war unerheblich und nicht signifikant. Jedoch zeigten sich die deutschen Studienteilnehmerinnen etwas zufriedener mit der Beratung als Frauen anderer Nationen. Möglicherweise spielten hier doch die sprachlichen Einschränkungen oder andere Erwartungen an die Beratung aufgrund kultureller Unterschiede eine Rolle.

Die **Religionszugehörigkeit** war einer der soziodemographischen Faktoren, der bei der Untersuchung der Zufriedenheit mit der Beratung deutliche, jedoch keine signifikanten Unterschiede ergab. Interessant war hier, dass die konfessionslosen Studienteilnehmerinnen ihre Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung am höchsten bewerteten: Alle 18 Frauen waren ziemlich bis sehr zufrieden. Katholische und evangelische Patientinnen zeigten eine fast gleichwertige Zufriedenheit mit der Beratung und nahmen eine Mittelstellung ein. Frauen des muslimischen Glaubens (insgesamt sieben) waren im Vergleich am wenigsten zufrieden. Es kann angenommen werden, dass Frauen in der Phase der Entscheidungsfindung sich aufgrund ihrer religiöser Überzeugungen in einer besonders schweren Konfliktsituation befanden und die psychosoziale Beratung nicht ausreichend deren Erwartungen erfüllte. Allerdings könnte sich

hierin auch die besondere Schwierigkeit zeigen, aus wenngleich ergebnisoffener dennoch auf einem christlichen Hintergrund (Diakonie) erfolgten Beratung, sich in andere religiöse und kulturelle Denkweisen einzufühlen. Zumindest zeigt dieses Ergebnis, dass eine besondere Aufmerksamkeit und vielleicht sogar spezielle Schulung von Seiten der Beraterinnen empfehlenswert ist.

Die Untersuchung der Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit vom **Ausbildungsniveau** ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied. Es fiel aber auf, dass Frauen mit einem Hoch-/ Fachhochschulabschluss im Vergleich am höchsten mit der Beratung zufrieden waren. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass gerade für Frauen mit hohem Ausbildungs- und Berufsniveau die in der psychosozialen Beratung mögliche intellektuelle Auseinandersetzung und differenzierte Betrachtung einzelner Aspekte möglich war und die bereits im privaten Bereich erfolgte Auseinandersetzung und Informationseinholung ergänzte. Patientinnen mit abgeschlossener Fachschule oder Lehre und Frauen ohne abgeschlossene Ausbildung unterschieden sich kaum in ihrer Beurteilung.

Studienteilnehmerinnen, die **erwerbstätig** waren, zeigten eine etwas höhere Zufriedenheit mit der Beratung als die nicht erwerbstätigen Frauen. Dies erwies sich aber insgesamt nicht statistisch signifikant.

Patientinnen, die selbst **Einzelkinder** waren, bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Beratung sehr hoch: Alle 19 Frauen waren ziemlich bis sehr zufrieden. Der Vergleich zeigte einen deutlichen jedoch nicht statistisch signifikanten Unterschied.

Die Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der psychosozialen Beratung wurde auch in Abhängigkeit von einigen schwangerschaftsbezogenen Parametern untersucht. Dies zeigte folgende Ergebnisse: Bezüglich der **Schwangerschaftswoche** ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Jedoch konnte beobachtet werden, dass Frauen mit weit fortgeschrittener Schwangerschaft (ab 29. SSW) verhältnismäßig die höchste Zufriedenheit mit der Beratung zeigten, gefolgt von Frauen im 1. Trimenon. Beide Gruppen waren vergleichsweise zufriedener als Frauen, die sich im 2. Trimenon der Schwangerschaft (zahlenmäßig stärkste Gruppe innerhalb des Parameters) befanden.

Die Messung der Zufriedenheit mit der Beratung in Abhängigkeit von der **Planung der Schwangerschaft** ergab, dass Frauen mit einer ungeplanten Schwangerschaft mit der Beratung zufriedener waren als Frauen, die ihre Schwangerschaft geplant hatten. Der Unterschied war allerdings statistisch nicht signifikant. Eine denkbare Erklärung für dieses Phänomen könnte

darin liegen, dass Frauen mit einer geplanten Schwangerschaft – die ja sogar zum Teil durch Kinderwunschbehandlung zustande gekommen war – in einer noch tiefgreifenderen Konfliktsituation sind, wenn es um die Frage des Schwangerschaftsabbruchs bei festgestellter Erkrankung oder Behinderung des Kindes geht.

Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese war der einzige schwangerschaftsbezogene Faktor, bei dem sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang bezüglich der Zufriedenheit der Patientinnen mit der psychosozialen Beratung ergab. Frauen, die keine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vergangenheit erlebten, waren mit der Beratung deutlich zufriedener, als Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese ($p=0.025$). Das Ergebnis geht mit der Tatsache einher, dass Frauen, die bereits eine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten und erneut mit einem pathologischen Befund konfrontiert wurden, eine deutlich ausgeprägtere seelische Belastung zeigten. Dies ist auch auf dem Hintergrund zu sehen, dass in der Vergangenheit kaum Frauen mit Fehl- oder Totgeburten eine themenspezifische psychosomatische oder psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen konnten, da es dafür praktisch keine Beratungsstrukturen gab.

Ähnliche Tendenz, jedoch mit weniger starker Ausprägung, zeigte sich bei den betroffenen Frauen in Abhängigkeit vom **Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese**. Auch in diesem Fall waren Patientinnen, die keinen Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte erlebt hatten, zufriedener mit der Beratung als Frauen, die bereits in der Vergangenheit diese Erfahrung gemacht hatten. Allerdings war hier der Unterschied nicht statistisch signifikant.

Möglicherweise könnten bei den Betroffenen in der Situation Schuldgefühle wieder hervorgetreten sein, die mit den früheren Erlebnissen des Abbruchs zusammen hängen. Dies könnte die intensive Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation erschwert haben, wodurch das Beratungsangebot nur eingeschränkt wahrgenommen werden konnte.

Die Untersuchung der Zufriedenheit mit der Beratung in Abhängigkeit davon, ob die Patientinnen bereits **Kinder** hatten, ergab die kleinste Differenz von allen hier untersuchten Parametern ($p=0.995$) und zeigte damit keinen Zusammenhang.

Da es keine wissenschaftliche Literatur gibt, die sich mit den hier untersuchten Zusammenhängen in der psychosozialen Beratung befasst, kann kein Vergleich der hier gewonnenen Ergebnisse gezogen werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen mit der psychosozialen Beratung, mit wenigen Ausnahmen, unabhängig von den hier untersuchten soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren war. Daraus lässt sich schließen, dass durch diese Art von Beratung mit ihrer individuellen Ausrichtung und dank der professionellen Kompetenz der Beraterinnen sich die meisten ratsuchenden Frauen in der spezifischen Lebenssituation angemessen und umfassend betreut fühlten.

Zwei der untersuchten Parameter ergaben statistisch signifikante Unterschiede. Zum einen betrafen sie die **partnerschaftliche Situation** der betroffenen Frauen: die kleine Gruppe der alleinstehender bzw. alleinerziehender Frauen waren im Vergleich mit verheirateten oder in einer eheähnlichen Beziehung lebenden Frauen deutlich weniger mit der Beratung zufrieden. Zum anderen machte es einen Unterschied, ob eine **Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese** vorgekommen war: Patientinnen, die eine Fehl- bzw. Totgeburt in der Vergangenheit erlebt hatten, waren deutlich weniger mit der Beratung zufrieden als Frauen mit keiner Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese.

4.4 Einfluss soziodemographischer und schwangerschaftsbezogener Parameter auf die Beratungsinhalte

Nach jedem stattgefundenen Beratungsgespräch hatten die Patientinnen die Möglichkeit, die in der Beratungsrückmeldung vorgegebenen Themen, die sie besonders hilfreich empfanden, anzugeben. Einer der Ziele der Arbeit war es zu untersuchen, ob die Wahl der jeweiligen Beratungsthemen in einem Zusammenhang mit bestimmten soziodemographischen bzw. schwangerschaftsbezogenen Parametern stand.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass jüngere Frauen, also im **Alter** von bis zu 30 Jahren, die Mehrzahl der angesprochenen Beratungsinhalte häufiger hilfreich empfanden, als Patientinnen über 30 Jahre. Die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* wurde sogar fast doppelt so häufig als wichtig von jüngeren Frauen angesehen, als von Frauen über 30 Jahre in der gleichen Situation. Dieser Unterschied erwies sich als statistisch hoch signifikant ($p=0.001$). Bezüglich des Alters stellten u.a. WHITE-van MOURIK et al., (1992) und ZEANA et al., (1993) fest, dass jüngere Frauen stärker und länger nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund

fetaler Anomalie trauern. Auch zeigten sie größere Bewältigungsschwierigkeiten. Möglicherweise spielen hier die Reife und Lebenserfahrung der Frauen eine entscheidende Rolle. In Abhängigkeit von dem **Familienstand** bzw. der **partnerschaftlichen Situation** ergab sich ebenfalls ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.022$), der die weiterführenden *Informationen über den Befund* der Pränataldiagnostik betraf. Bei den verheirateten Studienteilnehmerinnen bestand im Vergleich zu den alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen als auch unter den Frauen, die in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebten, nur wenig Informationsbedarf über den pränatalen Befund seitens der Beraterin. Insgesamt beobachtet man allerdings, dass für alleinstehende und alleinerziehende Studienteilnehmerinnen im Vergleich zu den anderen untersuchten Frauen viele der Beratungsaspekte häufiger eine wichtige Rolle spielten u.a. *Persönliches Verständnis der Beraterin* und „*Raum*“ für *Gefühle*. Dieses Ergebnis lässt sich wahrscheinlich durch das Nichtvorhandensein der normalerweise am nächsten stehenden Person v.a. des Partners in der schwierigen Lebenssituation begründen und verdeutlicht, dass die psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik insbesondere für diese Gruppe der Frauen eine außerordentlich wichtige Rolle spielt. Die Bedeutung der Unterstützung durch das soziale Umfeld und insbesondere durch eine intakte Partnerschaft bei der Bewältigung der schwierigen Situation im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation wurde bereits von mehreren Autoren betont (u.a. ELDER und LAURENCE, 1991; KORENROMP et al., 2005; WHITE-van MOURIK et al., 1992).

Für die deutschen Patientinnen war, im Vergleich zu Frauen anderer **Nationalitäten**, die Beratung besonders wichtig, da es u.a. für sie den „*Raum*“ für *Gefühle* schaffen konnte. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p=0.030$). Auch eine Vielzahl weiterer Themen wurde von den deutschen Patientinnen häufiger als hilfreich empfunden. Inwieweit hier kulturelle Einflüsse wirksam waren, lässt sich aufgrund der vorhandenen Daten nicht verifizieren. Eventuell spielten hier doch sprachliche Einschränkungen eine Rolle, die es den Betroffenen trotz guter Deutschkenntnisse nicht im gewünschten Maße ermöglichten, offen über die vorherrschenden Gefühle und die aktuelle Situation eingehend sprechen zu können. Hier könnten allerdings auch kulturelle Unterschiede im Umgang mit Gefühlen wesentlich sein.

Die Untersuchung der **Religionszugehörigkeit** ergab in dem Zusammenhang zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede, allerdings lassen sich einige Themenschwerpunkte in der Beratung für die jeweiligen Gruppen beobachten: Die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* war hauptsächlich für die katholischen, aber auch für die

evangelischen Frauen von besonderer Bedeutung. Vermutlich war die Entscheidung zum Abbruch aufgrund der religiösen Überzeugungen ein besonders konfliktreicher Aspekt, der eine sorgfältige Auseinandersetzung erforderte. Für Frauen des muslimischen Glaubensbekenntnisses war, verglichen mit Frauen anderer Religionen, das *Besprechen der familiären Situation* besonders hilfreich, dagegen eine *Hilfe bei der Entscheidungsfindung* für diese Gruppe der Frauen vergleichsweise eine untergeordnete Rolle spielte. Frauen, die keiner Religion angehörten, schätzten in der Beratung insbesondere das *persönliche Verständnis der Beraterin*. Diese Befunde machen gleicher Weise wie andere hier dargestellten Ergebnisse deutlich, wie wichtig die individuelle, auf die persönliche und Lebenssituation der betroffenen Frau bzw. des Paares eingestellte psychosoziale Beratung ist.

Beim Vergleich des **Ausbildungsniveaus** der untersuchten Frauen ließen sich einige wenige Unterschiede in der subjektiven Bewertung der Beratungsinhalte feststellen: Frauen mit abgeschlossener Lehre oder Fachschule fanden im Vergleich zu anderen Frauen die *Hilfe bei der Entscheidungsfindung* besonders wichtig in der psychosozialen Beratung. Für Frauen ohne abgeschlossene Ausbildung war vergleichsweise das *Besprechen möglicher Konfliktsituationen* ein wichtiger Aspekt in der Beratung. Studienteilnehmerinnen mit Hoch- oder Fachhochschulabschluss waren im Vergleich eher zurückhaltender mit der Bewertung der Beratungsinhalte: Die weiterführenden *Informationen über die pränatale Diagnose* seitens der Beraterin spielte für sie, verglichen mit Angaben anderer Studienteilnehmerinnen innerhalb des Parameters, eine eher untergeordnete Rolle in der Beratung. Der Unterschied war fast statistisch signifikant ($p=0.056$). Möglicherweise war für diese Frauengruppe die medizinische Aufklärung über den pränatalen Befund bereits hinreichend gewesen und es bestand kein weiterer Erklärungsbedarf innerhalb der psychosozialen Beratung. Gerade diese Gruppe ist wahrscheinlich auch, die sich am ehesten direkt nach der Diagnosestellung weiterführende Informationen (durch z.B. Internetrecherchen) einholt.

Die **Erwerbstätigkeit** der untersuchten Frauen war ein Faktor mit den wenigsten Unterschieden bei der Bewertung der Beratungsaspekte, wobei die erwerbstätigen Patientinnen die Mehrheit der Beratungsthemen häufiger hilfreich fanden im Vergleich zu Frauen, die keiner beruflichen Tätigkeit nachgingen. Das *Besprechen möglicher Konfliktsituationen* wurde ausschließlich von den erwerbstätigen Studienteilnehmerinnen als wichtig empfunden und ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0.027$).

Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass Frauen, die **Einzelkinder** waren, fast alle Beratungsthemen häufiger hilfreich empfanden, als Frauen, die Geschwister hatten. Die einzige Ausnahme war das *Besprechen der familiären Situation*. Möglicherweise spielten in diesem Fall die der Patientin nahestehenden Personen, wie beispielsweise Geschwister oder der Lebenspartner, eine wichtige Rolle. Die Möglichkeit sich jederzeit an eine nahestehende Person in der schwierigen Situation zu wenden und anvertrauen zu können, könnte zu einer erheblichen Entlastung der Frau geführt haben. Ähnliches wurde bereits bei den alleinstehenden und alleinerziehenden Frauen in der Studie diskutiert, wo die Beraterin die Rolle der nächsten Bezugsperson eingenommen haben könnte.

Des Weiteren wurden die als hilfreich angesehene Beratungsaspekte in der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von Faktoren untersucht, die sich auf aktuelle und eventuell frühere Schwangerschaften beziehen.

In Bezug auf die **Schwangerschaftswoche** der Patientinnen ergaben sich zwei signifikante Unterschiede: Der erste betraf den Aspekt, wie der *Abschied vom Kind* gestaltet werden kann und wurde von Frauen in einer späteren Phase der Schwangerschaft (im 2. und 3. Trimenon) häufiger hilfreich empfunden als von Frauen im 1. Trimenon ($p=0.005$). Ähnliche Tendenz zeigte sich auch bei der *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch*. Daraus kann man schließen, dass Frauen mit fortgeschrittener Schwangerschaft sich mit dem Thema Abbruch intensiver auseinandersetzen, da die Bindung zum Ungeborenen zum späteren Zeitpunkt der Gravidität in der Regel stärker ist. Natürlich spielt da auch die jeweilige Entwicklungsstufe und Größe des Feten eine relevante Rolle. Einige Autoren (ELDER und LAURENCE, 1991; KORENROMP et al., 2005; MUTH et al., 1989; SALVESEN et al., 1996) stellten bereits fest, dass die psychische Belastung von Frauen nach einem Verlust in der späteren Phase der Schwangerschaft stärker ist gegenüber Frühschwangerschaften.

Der zweite wichtige Unterschied hinsichtlich der Schwangerschaftswoche, der eine statistische Signifikanz ergab ($p=0.034$), betraf das *Besprechen der Zukunftsperspektiven* in der Beratung und spielte am häufigsten für Frauen im 1. Trimenon eine wichtige Rolle, gefolgt von Frauen im 3. Trimenon. Allerdings kann an dieser Stelle nicht genauer erläutert werden, worauf sich die Zukunftsperspektiven im Einzelnen zum jeweiligen Schwangerschaftszeitpunkt bezogen.

Bezüglich der **Planung der Schwangerschaft** ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, jedoch beobachtet man bei den Frauen, deren Schwangerschaft ungeplant war (etwa ein Fünftel der untersuchten Patientinnen), dass sie die überwiegende Mehrzahl der Beratungsthemen

häufiger hilfreich fanden. Dabei nahm für sie die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* in der Beratung im Vergleich zu Patientinnen mit geplanten Schwangerschaften eine besondere Stellung ein.

Patientinnen, die keine **Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese** hatten, empfanden im Vergleich zu Frauen mit einem solchen Verlust in der Vergangenheit fast alle Aspekte in der Beratung häufiger hilfreich. Dabei spielte das Besprechen, wie der *Abschied vom Kind* gestaltet werden kann, eine besondere Rolle für diese Frauen. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p=0.017$). Weiterhin war das *Besprechen der familiären Situation* in der Beratung für diese Frauen, im Vergleich zu Patientinnen mit einem solchen Verlust in der Anamnese, öfter wichtig. Dies ergab ebenfalls einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0.05$). Die Ergebnisse überraschen insofern nicht, weil es verständlich erscheint, dass Patientinnen, die eine frühere Fehl- bzw. Totgeburt erlebten, sich zuvor mit der Thematik befasst und bereits eigene Erfahrungen diesbezüglich gemacht hatten. Hingegen war für Frauen, die sich vielleicht zum ersten Mal mit dem Thema auseinandersetzen mussten, das Besprechen dieser Aspekte eine enorme Hilfestellung. Beratungsinhalte, die von Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese öfter angesprochen wurden, waren *Hilfe bei der Entscheidungsfindung* und das *Besprechen der Zukunftsperspektiven*. Man kann annehmen, dass diese Aspekte deshalb für diese Gruppe der Frauen häufiger von Relevanz waren, da die Situation der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch erneut auf sie zukam. Daher schätzten diese Frauen die professionelle Unterstützung dabei besonders.

Eine ähnliche Tendenz, wie bei den Erfahrungen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Vergangenheit beobachtet man bei den Patientinnen mit einem **Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese**. Auch hier wurden die meisten Beratungsthemen von Frauen, die bisher keine Vorerfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch hatten, häufiger als wichtig angesehen; allerdings ergaben sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede. Hauptsächlich zwei Aspekte in der Beratung waren für Frauen, die bereits einen Schwangerschaftsabbruch erlebten, häufiger von Bedeutung: *Informationen über den Befund* und „Raum“ zum *Nachdenken über die Beziehung zum Kind*.

Die Untersuchung der betroffenen Frauen in Abhängigkeit davon, ob sie bereits **Kinder** hatten, ergaben ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Im Allgemeinen wurden doppelt so viele Beratungsthemen häufiger von Frauen, die bereits Kinder hatten, als wichtig angesehen als von

kinderlosen Patientinnen. Deutlich häufiger fanden Frauen ohne Kinder *weitere Informationen über den pränataldiagnostischen Befund* in der psychosozialen Beratung hilfreich.

Da bisher kaum wissenschaftliche Daten vorliegen, die sich differenziert mit den Inhalten der psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik befassen, kann kein Vergleich der im Rahmen dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse mit Befunden in der wissenschaftlichen Literatur gezogen werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in Abhängigkeit von den hier untersuchten soziodemographischen bzw. schwangerschaftsbezogenen Parametern bestimmte Aspekte in der Beratung besprochen wurden, die betroffene Frauen als besonders hilfreich empfanden. Es wurde untersucht, ob innerhalb der Parameter Unterschiede bezüglich der hilfreichen Beratungsaspekte auftraten. Einige Differenzen ergaben eine statistische Signifikanz: Diese traten bei der Unterteilung der Studienteilnehmerinnen in bestimmte Gruppen hinsichtlich ihres **Alters**, des **Familienstandes**, der **Nationalität**, der **Religionszugehörigkeit**, der aktuellen **Schwangerschaftswoche** und dem Erleben einer **Fehl- bzw. Totgeburt** in der Vergangenheit auf. Diese Befunde betonen noch einmal die Notwendigkeit einer individualisierten psychosozialen Beratung.

4.5 Einfluss der Beratung auf die Entscheidung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parametern

Die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen war nach eigenen Angaben bereits vor der Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung und nach Mitteilung der in den meisten Fällen pathologischen fetalen Diagnose bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs entschieden. Nur 9 % der hier untersuchten Frauen waren hinsichtlich der weiteren Vorgehens noch unentschlossen. In der Beratungsrückmeldung wurden die Patientinnen befragt, inwieweit das Beratungsgespräch ihre Entscheidung beeinflusst hatte, trotz ergebnisoffener Ausrichtung der Beratung. Drei Viertel der Studienteilnehmerinnen gaben an, dass die psychosoziale Beratung kaum oder gar keinen Einfluss auf deren Entscheidung hatte. Dennoch berichtete fast jede fünfte Frau, dass die Beratung mittelmäßig bis sehr ihre Entscheidung beeinflusst hatte.

Eines der weiteren Ziele der Arbeit war es zu untersuchen, ob bei den Patientinnen, in Abhängigkeit von bestimmten soziodemographischen oder schwangerschaftsbezogenen Parametern, Unterschiede in der Beeinflussung der Entscheidung bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs durch die Beratung erkennbar waren.

Die Ergebnisse in Bezug auf das **Alter** der Frauen zeigten kaum Differenzen. Sowohl Patientinnen bis 30 Jahre als auch ältere Frauen trafen ihre Entscheidung weitgehend unbeeinflusst von der Beratung.

Die Untersuchung der Beeinflussung der Entscheidung in Abhängigkeit von dem **Familienstand** bzw. der **partnerschaftlichen Situation** ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0.036$). Verheiratete Frauen trafen die Entscheidung bezüglich ihrer Schwangerschaft am wenigsten von der psychosozialen Beratung beeinflusst, gefolgt von Frauen, die in einer festen Beziehung lebten. Die kleine Gruppe der alleinstehenden bzw. alleinerziehenden Frauen hingegen gaben zu 60 % (drei Frauen) an, dass die Beratung einen ziemlich bis sehr starken Einfluss auf ihre Entscheidung hatte. Auch wenn die Stichprobe der letztgenannten Frauen nicht gerade groß war, lässt sich nachvollziehen und feststellen, dass die Entscheidungsfindung für Frauen in der schwierigen Lebenssituation durch das Fehlen eines Partners zusätzlich erschwert ist. Die Bedeutung der Unterstützung durch den Partner wurde bereits im Zusammenhang mit anderen Aspekten in der Arbeit erwähnt und wird hier noch einmal betont. Die außerordentlich wichtige Rolle der psychosozialen Beratung bei der Gruppe alleinstehenden bzw. alleinerziehenden Patientinnen wird hier erneut deutlich.

Die Auswertung der Beeinflussung der Entscheidung durch die Beratung in Abhängigkeit von der **Nationalität** ergab kaum nennenswerte Unterschiede. Allerdings gaben deutsche Studienteilnehmerinnen vergleichsweise häufiger als Frauen anderer Staatsangehörigkeiten an, ihre Entscheidung ziemlich bis sehr stark von der Beratung beeinflusst getroffen zu haben.

Möglicherweise spiegelt dies die bereits erwähnte, über die Sprachkompetenzen hinaus noch etwas differenziertere Auseinandersetzung wieder, zu der auch der gleiche kulturelle Hintergrund mit den Beraterinnen beigetragen haben könnte.

Innerhalb der **Religionszugehörigkeit** zeigte sich bei den evangelischen Frauen, im Vergleich zu Patientinnen anderer Religionen und gegenüber konfessionsloser Frauen, dass die Beratung am häufigsten einen Einfluss auf die Entscheidung bezüglich der Schwangerschaft hatte. Der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.

Die Ergebnisse bezüglich des **Ausbildungsniveaus** zeigten, dass Frauen mit abgeschlossener Fachschule oder Lehre ihre Entscheidung am wenigsten von der Beratung beeinflusst trafen. Frauen ohne abgeschlossene Ausbildung gaben hingegen vergleichsweise häufig an, dass die Beratung einen ziemlich bis sehr starken Einfluss auf ihre Entscheidung hatte. Statistisch signifikante Unterschiede wurden allerdings nicht beobachtet. In der Studie von KORENROMP et al. (2005) wurden u.a. bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand pathologische Testwerte bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation beobachtet. Dies kann als ein Hinweis auf größere Schwierigkeiten oder auch Überlastung im Umgang und Verarbeitung der Situation bei diesen Frauen interpretiert werden. Gerade für diese Gruppe, die selber begrenzte Möglichkeiten der weiteren Informationseinholung hat, stellt die psychosoziale Beratung eine wichtige Unterstützung dar.

Die **Erwerbstätigkeit** der Studienteilnehmerinnen zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Beeinflussung der Entscheidung durch die Beratung. Frauen, die keiner beruflichen Tätigkeit nachgingen, trafen jedoch tendenziell ihre Entscheidung im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen unabhängiger.

Studienteilnehmerinnen, die **Einzelkinder** waren, gaben im Vergleich häufiger als Frauen, die **Geschwister** hatten an, dass sie ihre Entscheidung gar nicht oder nur kaum von der Beratung abhängig trafen. Dieser Unterschied ergab keinen statistischen Zusammenhang.

Hinsichtlich der **Schwangerschaftswoche** ergaben sich bei den Patientinnen deutliche Unterschiede ohne statistische Signifikanz: Frauen im 1. Trimenon trafen ihre Entscheidung vergleichsweise am wenigsten von der Beratung abhängig, gefolgt von Frauen im 2. Trimenon. Frauen mit weit fortgeschrittener Schwangerschaft hingegen gaben relativ häufig an, dass die psychosoziale Beratung mittelmäßig bis starken Einfluss auf ihre Entscheidung bezüglich der Schwangerschaft hatte. Die hier gewonnenen Ergebnisse der Gruppe der Frauen im 3. Trimenon gehen mit den Ergebnissen bezüglich der subjektiven Zufriedenheit mit der Beratung in diesem Aspekt einher (4.2.2). Daraus lässt sich ableiten, dass die Frauen mit fortgeschrittener Schwangerschaft im besonderen Maße von der Beratung profitierten. Dies ist gut erklärbar durch die besonders große Konfliktsituation für Frauen mit fortgeschrittener Schwangerschaft: auf der einen Seite ist unter Umständen bereits eine intensive Bindung zum Kind aufgebaut, sind Kindsbewegungen spürbar geworden etc., auf der anderen Seite plötzlich und unerwartet die Notwendigkeit sich mit den Gedanken auseinander zu setzen, dass dieses – meist gewünschte – Kind nun schwer erkrankt bzw. behindert sein wird.

Hinsichtlich der **Geplantheit der Schwangerschaft** konnte man beobachten, dass Patientinnen mit einer ungeplanten Schwangerschaft ihre Entscheidung vergleichsweise häufiger abhängig von der Beratung trafen. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.

Die Ergebnisse in Bezug auf eine **Fehl- bzw. Totgeburt** oder einen **Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese** bei den Studienteilnehmerinnen wiesen kaum Unterschiede auf. Allerdings ist anhand der Angaben der Frauen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch in der Vorgeschichte eine etwas stärkere Einflussnahme der Beratung auf die Entscheidung zu beobachten.

Bei Patientinnen, die bereits **Kinder** hatten, konnte man erkennen, dass sie ihre Entscheidung vergleichsweise etwas weniger durch die Beratung beeinflusst trafen, als Frauen, die noch keine Kinder hatten.

Da es bisher keine Veröffentlichungen gibt, die das Thema der psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik und deren Einfluss auf die Entscheidung der betroffenen Frauen behandelt, können keine weiterführenden Vergleiche mit den hier gewonnenen Ergebnissen gemacht werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Einflussnahme der psychosozialen Beratung auf die Entscheidung der Patientinnen bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs nur wenige gravierende Differenzen innerhalb der hier untersuchten soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Parameter zeigte. Der einzige statistisch signifikante Unterschied ergab sich im Zusammenhang mit dem **Familienstand** bzw. der **partnerschaftlichen Situation** der Studienteilnehmerinnen: alleinstehende bzw. alleinerziehende Frauen gaben vergleichsweise am häufigsten an, dass die Beratung einen ziemlich bis sehr starken Einfluss auf ihre Entscheidung hatte. Diese Frauen müssen in einer besonders schwierigen Lebenssituation auf die Unterstützung eines Partners bzw. Ehemannes verzichten, und auch die Besprechung des Themas mit nächsten Angehörigen oder Freunden ist hier nicht immer als vollständiger Ersatz zu sehen. Insofern kommt der psychosozialen Beratung hier noch einmal eine besondere Bedeutung zu, und zwar bei der „Entscheidungsfindung“ also dem Abwegen bezogen auf eine möglich scheinende Zukunft mit Kind. Hier ist aber gerade in diesen Fällen die Beratung hinsichtlich Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die naturgemäß für eine zukünftig alleinerziehende Mutter eine besondere Bedeutung haben können, wichtig.

Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer prospektiven Studie, die im Rahmen des Projektes „Wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte, Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik an den Standorten Bonn, Düsseldorf und Essen“ stattfand und durch das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde. Die Ergebnisse basieren auf Daten, die durch die psychosoziale Beraterin im Rahmen des Beratungsgesprächs erhoben wurden und auf Angaben der Patientinnen wenige Tage nach dem stattgefundenen Beratungsgespräch.

An der Untersuchung nahmen 155 Patientinnen teil, die eine psychosoziale Beratung nach pränataldiagnostischen Untersuchungen in Anspruch nahmen, wobei in den meisten Fällen ein pathologischer fetaler Befund vorlag.

Bezüglich der soziodemographischen Parameter der Studienteilnehmerinnen ergab sich folgendes Bild: das durchschnittliche Alter der 155 Patientinnen betrug 32,5 Jahre, fast alle lebten in einer festen Beziehung, fast die Hälfte der Frauen hatten mittleres und ca. ein Drittel hohes Bildungsniveau, über 70 % der Frauen waren berufstätig. Über 90 % der Studienteilnehmerinnen waren deutsche Staatsangehörige, fast 80 % der Patientinnen gehörten einer Religion an. Die meisten der untersuchten Frauen wurden zwischen der 15. und 24. SSW beraten (im Durchschnitt in etwa der 20. SSW). Bei etwa der Hälfte der Patientinnen handelte es sich um die erste Schwangerschaft, über ein Drittel der Frauen hatten mindestens eine Fehl- bzw. Totgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese.

Die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen, die nach Pränataldiagnostik meist mit einem pathologischen Befund ihres ungeborenen Kindes konfrontiert wurden und sich zum Zeitpunkt der psychosozialen Beratung in der Phase der Entscheidungsfindung für das Austragen oder einen Abbruch der Schwangerschaft befand, war durch eine Vielzahl psychopathologischer Symptome stark belastet. Dazu zählten vor allem Grübeln, starke Niedergeschlagenheit, ausgeprägte Verzweiflung und Unwirklichkeitsgefühle, welche auf das Vorliegen einer psychischen Ausnahmesituation hindeuten.

Die Zufriedenheit mit der stattgefundenen psychosozialen Beratung war bei der überwiegenden Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen sehr hoch (fast 90 %). Sie erlebten viel Verständnis seitens

der Beraterin und fanden, dass alle wichtigsten Themen in der Beratung angesprochen wurden. Viele der Betroffenen stellten eine Verbesserung des eigenen Befindens durch das Gespräch fest und würden anderen Frauen in der gleichen Situation ebenfalls eine solche Beratung empfehlen. Zu den am häufigsten als hilfreich empfundenen Aspekten in der Beratung gehörten das *Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann*, die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch*, das *persönliche Verständnis der Beraterin* und der „*neutrale Platz*“ in der Beratung, aber auch der „*Raum*“ für *Gefühle* in der Beratung, *Besprechen der Zukunftsperspektiven* und das *Angebot weiterer Unterstützungsmöglichkeiten*.

Eine differenzierte Analyse der Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen und schwangerschaftsbezogenen Faktoren der Studienteilnehmerinnen ergab, dass alleinstehende Frauen und Patientinnen mit einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese signifikant weniger Zufriedenheit mit der Beratung zeigten.

Auch die hilfreichen Aspekte in der Beratung wurden einer differenzierten Analyse unterzogen und ergaben mehrere signifikante Zusammenhänge, u.a.: jüngere Frauen (unter 30 Jahre) fanden die *Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch* besonders wichtig. Das *Besprechen, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann*, wurde von Frauen in einer fortgeschrittenen Schwangerschaft (im 2. und 3. Trimenon) signifikant häufiger hilfreich empfunden und ebenfalls auch von Frauen, die bisher keine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt hatten.

Obwohl die meisten Frauen die psychosoziale Beratung als hilfreich erlebten zeigt eine weitere Analyse, dass etwa ein Viertel der Frauen sich davon in ihrer Entscheidung bezüglich des weiteren Schwangerschaftsverlaufs beeinflusst sahen. Dabei wurde die Entscheidung alleinstehender Frauen signifikant stärker durch die Beratung beeinflusst als bei Studienteilnehmerinnen, die in einer festen Beziehung mit ihrem Partner lebten.

Die Ergebnisse der hier vorgenommenen Untersuchung zeigten, dass die psychosoziale Beratung im Allgemeinen eine hohe Akzeptanz bei den betroffenen Frauen fand. In der differenzierten Analyse zeigte sich, dass für bestimmte Gruppen von Frauen die Beratung eine besonders wichtige Rolle spielte.

Schlusswort

Ein Schwangerschaftsabbruch ist - unabhängig von den Umständen, die dazu führen - ein kritisches Lebensereignis für eine Frau. Dieses Erlebnis kann langfristig, insbesondere nach einem Schwangerschaftsabbruch beim Vorliegen einer kindlichen Fehlbildung, deutliche Spuren bei einer Frau hinterlassen und ihre psychische Gesundheit gefährden. Sowohl eine starke seelische Belastung der Betroffenen nach der Diagnosemitteilung als auch die Komplexität der Entscheidungsfindung in einer solchen Situation bilden die Basis der Bemühungen um eine Unterstützung dieser Frauen.

Mit dieser Arbeit habe ich mir als Ziel vorgenommen, zum Ausdruck zu bringen, wie wichtig für Frauen in dieser schwierigen Lebenssituation eine Unterstützung als Begleitung zur Entscheidung ist.

Die Beobachtungen im Rahmen der hier vorgenommenen Untersuchung ermöglichen einen Einblick in die psychosoziale Beratung kurz nach der Mitteilung eines pathologischen Befundes der Pränataldiagnostik und beschreiben das subjektive Erleben dieser Art von Unterstützung. Das Angebot der psychosozialen Beratung fand eine sehr hohe Akzeptanz, trotz unterschiedlicher Ansichten, Lebensweisen, religiöser Überzeugungen oder sozialer Lebensumstände der betroffenen Frauen. Die große Bedeutung der individuellen Ausrichtung der Beratung wird hier deutlich. Darüber hinaus konnte durch eine genauere Untersuchung gezeigt werden, dass für bestimmte Gruppen von Frauen diese Art von Unterstützung eine überragende Rolle spielt. Dazu gehörten u.a. Frauen, die keinen Lebenspartner hatten, Frauen in einer weit fortgeschrittener Schwangerschaft, aber auch Frauen, die einen früheren Verlust ihrer Schwangerschaft erlebten. Diesen Frauen sollte eine besondere Aufmerksamkeit in der Beratung gelten. Und jede Frau in einer solchen Krisensituation sollte das Angebot einer speziellen psychosozialen Beratung erhalten. Dafür müssen allerdings noch die Strukturen geschaffen werden!

Literaturverzeichnis

- Baldus M. Von der Diagnose zur Entscheidung. Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2001; 50: 736-752
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Mutterschafts-Richtlinien und letzte Änderung. *Deutsches Ärzteblatt* 1995; 92: A-311-313 [Heft 5]
- Bundesärztekammer (BÄK) Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. *Deutsches Ärzteblatt* 95, Heft 50 (11.12.1998), Seite A-3236, 3238-3242 und 99, Heft 13 (29.03.2002), Seite A-875 und 100, Heft 9 (28.02.2003), Seite A-583)
- Bundesärztekammer (BÄK) Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. *Deutsches Ärzteblatt* 28.02.2003; 100: A-58395 [Heft 9]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Pränataldiagnostik Broschüre 2005
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Pränataldiagnostik: eine repräsentative Befragung Schwangerer. *Fachheftreihe Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*. 2007; 7-13
- Cuisinier M, Janssen H, de Graauw C, Bakker S, Hoogduin C. Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996; 17: 168-174
- Dallaire L, Lortie G, Des Rochers M, Clermont R, Vachon C. Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. *Prenat Diagn* 1995; 15: 249-259
- Dewald A, Cierpka M. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. *Psychotherapeut* 200; 46: 154-158
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, 2003; pp 41
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch. 2004; pp 37
- Elder SH, Laurence KM. The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn* 1991; 11: 47-54
- Fish S, Bäß E, Arolt V, Kersting A. Trauer von Müttern nach dem pränatalen oder perinatalen Verlust ihres Kindes. *Psychodynamische Psychotherapie* 2003; 2: 69-78

- Gameau B. Termination of pregnancy: development of a high-risk screening and counseling program. *Soc Work Health Care* 1993; 18: 179-179
- Geiger H. Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2001; 50: 723-735
- Geerinck-Vercammen CR, Kahai HH. Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn* 2003; 23: 543-548
Comment in: *Prenat Diagn* 2004 Jan;24: 70-2; author reply 72
- Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 243-248
- Hahlweg-Widmoser B. Pränatale Diagnostik - Fetale Fehlbildung - Schwangerschaftsverlust - ein vorprogrammierter Weg? *Zentralblatt für Gynäkologie* 1999; 121: 59-61
- Hunfeld JA, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diagn* 1996; 16: 783-790
- Hunfeld JA, Wladimiroff JW, Passchier J. The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling* 1997; 31: 57-64
- Hunfeld JA, Wladimiroff JW, Passchier J. Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: a follow-up study. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 85-91
- Kenyon SL, Hackett GA, Campbell S. Termination of pregnancy following diagnosis of fetal malformation: the need for improved follow-up services. *Clin Obstet Gynecol* 1988; 31: 97-100
- Kenyon S. Support after termination for fetal abnormality. *Midwives Chron.* 1988; 101: 190-191
- Kersting A, Bätz E. Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation. Ein traumatisches Verlusterlebnis. *Der Gynäkologe* 2002a; 35: 785-795
- Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Arolt V. Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005; 26: 9-14
- Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbusch W, Lanczik M, Arolt V. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 163-169
- Kolker A, Burke BM. Grieving the wanted child: ramifications of abortion after prenatal diagnosis of abnormality. *Health Care Women Int* 1993; 14: 513-526

- Korenromp MJ, Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser GHA. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn* 2005; 25: 253-260
- Kowalcek I, Huber G, Gembruch U. Beratung der Schwangeren und ihres Partners vor der Pränataldiagnostik. *Gynäkol Prax* 2003; 27: 321-329
- Lammert C, Cramer E, Pinggen-Reiner G, Schulz J, Neumann A, Beckers U, Siebert S, Dewald A, Cierpka M. Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. Hogrefe. Verlag für Psychologie 2002
- Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61: 510-522
- Langer M, Ringler M, Mazanek P. Zur Betreuung von Paaren nach pränataler Diagnose fetaler Missbildungen. *Geburtsh und Frauenheilk* 1987; 47: 186-189
- Leithner K, Maar A, Maritsch F. Experiences with a psychological help service for women following a prenatal diagnosis: results of a follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002; 23: 183-192
- Lilford RJ, Stratton P, Godsil S, Prasad A. A randomised trial of routine versus selective counselling in perinatal bereavement from congenital disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 291-296
- Lloyd J, Laurence K. Sequelae and support after termination of pregnancy for fetal malformation. *British Medical Journal* 1985; 290: 907-909
- Lodl KM, Mcgettigan A, Bucy J. Women's responses to abortion: implications for post-abortion support groups. *J Soc Work Hum Sex* 1985; 3: 119-132
- Lorenzen J, Holzgreve W. Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons. *Fetal Diagn Ther* 1995; 10: 147-156
- Major B, Cozzarelli C, Cooper L, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramazow R. Psychologische Vorgänge nach Abortio graviditatis im 1. Trimenon im Verlauf von 2 Jahren. *Neurologie und Psychiatrie* 2001; 3: 24-25
- Mansfield C, Hopfer S, Marteau TM. Termination rates after prenatal diagnosis of systematic literature review. European Concerted Action: DADA (Decision-making After the Diagnosis of a fetal Abnormality). *Prenat Diagn* 1999;19: 808-812 Review
- Mouniq C, Moron P. Psychological aspects of induced abortion. *Psychol Med* 1982; 14: 1181-1185

- Muth C, Exler U, Miny P, Holzgreve W. Die psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus genetischer Indikation im zweitem Trimenon. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie* 1989; 193: 96-99
- Pauli-Magnus C, Dewald A, Cierpka M. Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – Eine explorative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2001; 50: 771-785
- Petersen P. Seelische Veränderungen nach Schwangerschaftsabbruch. *Muenchener Medizinische Wochenzeitschrift* 1981; 123: 1105-1108
- Petersen P. Dimensionen seelischer Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs bei der Frau. *Prax Psychother Psychosom* 1990; 35: 33-39
- Report of the European Study Group on Prenatal Diagnosis. Recommendations and Protocols for Prenatal Diagnosis 1993
- Rohde A, Gembruch U, Kozlowski P, Kuhn U, Woopen C. Wissenschaftliche Evaluation belegt Wirksamkeit der psychosozialen Beratung. *Frauenarzt* 2007; 48: 832-838
- Rohde A, Woopen C. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007
- Salvesen KA, Oyen L, Schmidt N, Malt UF, Eik-Nes SH. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9: 80-85
- Satham H, Solomou W, Chitty L. Prenatal diagnosis of fetal abnormality: psychological effects on women in low-risk pregnancies. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 731-47
- Schütt K, Kersting A, Ohrmann P, Reutmann M, Wesselmann U, Arolt V. Schwangerschaftsabbruch aus fetaler Indikation – Ein traumatisches Erlebnis? *Zentrallblatt für Gynäkologie* 2001; 123: 37-41
- Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40: 673-686
- Turell SC, Armsworth MW, Gaa JP. Emotional response to abortion: a critical review of the literature. *Women Ther* 1990; 9: 49-68
- Wernstedt T, Beckmann M, Schild R. Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen. *Geburtsh Frauenheilk* 2005; 65: 761-766

- White-van Mourik MC, Connor JM, Ferguson-Smith MA. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn* 1992; 12: 189-204
- Woopen C. Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2001; 50: 695-703
- Zeanah CH, Dailey JV, Rosenblatt MJ, Saller DN. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 270-275
- Zlotogora J. Parental decisions to abort or continue a pregnancy with an abnormal finding after an invasive prenatal test. *Prenat Diagn* 2002; 22: 1102-1106
- Zolse G, Blacker CV. The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 742-749

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Indikationen zu aktuellen pränataldiagnostischen Maßnahmen (n=155*).....	47
Tabelle 2:	Pränataldiagnostische Befunde (n=155)	48
Tabelle 3:	Beurteilung der emotionalen Situation, Angaben durch Beraterin (n=155*)	52
Tabelle 4:	Psychische Belastung der beratenen Frauen, der Partner und der Familie, Einschätzung durch Beraterin.....	53
Tabelle 5:	Zustand der Patientinnen bezüglich einer Entscheidungsfindung, beurteilt durch die Beraterin (n=155*)	54
Tabelle 6:	Deutlich werdende psychische Symptome bei den Patientinnen, Einschätzung durch Beraterin (n=155*)	54
Tabelle 7:	Inhalte der Beratungsgespräche, geordnet nach Themenbereichen, Angaben durch Beraterin (n=155*)	55
Tabelle 8:	Stimmung (n=152) und körperliches Befinden (n=153) der Patientinnen in den letzten 2 bis 3 Tagen, Angaben durch Patientinnen	57
Tabelle 9:	Psychische Symptome der Patientinnen, Angaben durch Patientinnen (n=155*) .	58
Tabelle 10:	Rückmeldungen zu den psychosozialen Beratungen durch die Patientinnen	60
Tabelle 11:	Empfehlung zur psychosozialen Beratung, Angaben der Patientinnen	61
Tabelle 12:	Von den Studienteilnehmerinnen als hilfreich angesehene Aspekte in der Beratung, geordnet nach inhaltlichen Themen (n=155*)	62
Tabelle 13:	Bewertung der ärztlichen Aufklärung über Risiken und mögliche Konsequenzen der Pränataldiagnostik, Angaben der Patientinnen.....	64
Tabelle 14:	Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren	67
Tabelle 15:	Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung in Abhängigkeit von schwangerschaftsbezogenen Faktoren.....	69
Tabelle 16:	Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung in Abhängigkeit von soziodemographischen Parametern	73
Tabelle 17:	Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung in Abhängigkeit von schwangerschaftsbezogenen Faktoren.....	75
Tabelle 18:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit vom Alter der Frau (n=155)77	

Tabelle 19:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit vom Familienstand bzw. der partnerschaftlichen Situation der Studienteilnehmerinnen (n=155).....	79
Tabelle 20:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Nationalität (n=155)....	81
Tabelle 21:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Religionszugehörigkeit (n=155)	83
Tabelle 22:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Ausbildungsniveau (n=147)	85
Tabelle 23:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Erwerbstätigkeit (n=150).....	87
Tabelle 24:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Geschwistern der Frau (n=145)	89
Tabelle 25:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Schwangerschaftswoche (n=149)	91
Tabelle 26:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Planung der Schwangerschaft (n=149).....	93
Tabelle 27:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von einer Fehl- bzw. Totgeburt in der Anamnese (n=155)	95
Tabelle 28:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von Schwangerschaftsabbruch in der Anamnese (n=155)	97
Tabelle 29:	Hilfreiche Aspekte in der Beratung in Abhängigkeit von geborenen Kindern (n=155)	99
Abbildung 1:	Überblick über den zeitlichen Ablauf der wissenschaftlichen Erhebung	34
Abbildung 2:	Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen (n=155)	42
Abbildung 3:	Religion der Studienteilnehmerinnen (n=141).....	44
Abbildung 4:	Verteilung der Schwangerschaftswochen der Studienteilnehmerinnen beim Beratungsgespräch (n=154)	45
Abbildung 5:	Weiterer Verlauf nach Pränataldiagnostik (n=155)	50
Abbildung 6:	Entschiedenheit vor Beratung (n=147) und Beeinflussung der Entscheidung durch Beratung (n=145), Angaben der Patientinnen.....	59