

Verantwortung und Fürsorge

*Bei der Tagung „Pränataldiagnostik durchgecheckt“ am 13.9. in Wien sprach Dr.ⁱⁿ Angelica Ensel, Hebamme, Ethnologin und Journalistin aus Hamburg zu den **ethischen Implikationen für die Schwangerenbegleitung im Kontext von Pränataldiagnostik.***

Schwangerschaft ist nach wie vor ein Wunder, ein physiologischer Vorgang, ein Übergang in einen neuen Lebensabschnitt – als Schwellensituation ist sie eine physiologische Krise: Heute ist sie vor allem ein medikalisiertes Lebensprozess, der wie es scheint, vor allem medizinische Betreuung braucht und eine Fülle von Ratgebern.

In allen Kulturen und zu allen Zeiten waren Schwangergehen und Gebären in Vorschriften, Ritualen und in die Gemeinschaft eingebunden. Die Schwangere in einer Phase des Übergangs galt und gilt als gefährdet, ebenso wie das neue Leben, das in ihr wächst. Und überall gibt es bestimmte Personen, die die Frau in der Krise des Übergangs begleiten, die ihr sagen, wie sie sich verhalten muss, damit „alles gut wird“. Rituale haben dabei eine ordnende, strukturierende Funktion und dienen der Angstabwehr.

Schwangergehen braucht Begleitung

Schwangergehen braucht eine Übergangsbegleitung, eine Lotsin oder wie wir heute sagen würden, eine Mentorin oder einen Coach. In unserer Kultur hat die ärztliche Schwangerenvorsorge diese Funktion übernommen. Hier wird eine Frau in ihren neuen Status initiiert, hier erfährt sie, was sie zu tun oder zu lassen hat. Schwangerschaft bei uns ist pathologisiert und medikalisiert. Gleichzeitig hat sich das Wesen des Schwangergehens seit Jahrtausenden nicht verändert und auch nicht das, was Schwangergehen braucht. Das ist neben der Begleitung und dem Schutz der Gemeinschaft vor allem Vertrauen darauf, dass „alles gut wird“. Pränatale Diagnostik kann diese notwendige Grundgestimmtheit erheblich erschüttern – vom Zwang, sich entscheiden zu müssen bis zum Dilemma der Entscheidung über Leben und Tod. Unter diesen Umständen erwächst den Begleitenden von Schwangeren und ihren Familien eine spezifische Verantwortung. Sie stehen vor der Frage: Wie können wir werdende Eltern so begleiten, dass sie Vertrauen in ihre eigene Kraft entwickeln und sich kompetent fühlen, ihre Entscheidungen zu treffen und zu tragen? Anhand von Fallbeispielen der Begleitung von Eltern in verschiedenen Konfliktsituationen um Pränataldiagnostik (PND) möchte ich diese Frage ausloten.

Die alltägliche Verrückung von Verantwortung

Schauen wir uns zunächst eine Situation an, die Ihnen sicherlich vertraut ist. Kerstin kommt zur Beratung, weil sie vor der Entscheidung steht, ob sie eine Amniozentese vornehmen lassen soll. Beim Fein-Ultraschall in der 14. Schwangerschaftswoche wurde bei ihrem Kind eine Zyste im Gehirn festgestellt. „Ich habe meine Unbefangenheit verloren“, sagt Kerstin unter Tränen. Sie ist 42 Jahre alt und mit ihrem zweiten Kind schwanger. Vor zehn Jahren beim ersten Kind war PND noch kein Thema für sie. Damals hatte sie eine unbeschwerte Schwangerschaft und eine wunderbare Geburt. Jetzt ist alles anders. Ihre Ruhe ist dahin, sie ist aufgewühlt, kann nicht mehr abschalten. Immerzu grübelt sie über die Risikoziffern und weiß nicht, wie sie damit umgehen soll. Kerstin ist nicht ohne Vorwissen in diese Spirale von Diagnostik und Angst geraten. Sie wusste vorher viel über PND und hat sich in ihrer künstlerischen Arbeit über das vorgeburtliche Leben damit beschäftigt; sie kennt die Bücher der Körperhistorikerin Barbara Duden über die

Veränderung des Schwangerschaftserlebens durch neue Technologien. All dieses Wissen hat sie nicht schützen können. Den Erst-Trimester-Test, mit dem alles anfing, hat sie als eine Art Prävention verstanden. Eine Beratung, die vorher umfassend über eventuelle Folgen aufklärte, bekam sie nicht. Eine Hebamme hat sie zu diesem frühen Zeitpunkt nicht gesehen. „Jetzt kreisen meine Gedanken immerzu um diese Zyste und ich finde mein Kind nicht mehr“, sagt Kerstin. Sie weiß genau, dass sich ein Befund zwischen sie und ihr Kind geschoben hat und dennoch findet sie in dieser Verstrickung alleine keinen Ausweg.

Nach unserem Gespräch ist Kerstin ruhiger. Ich empfehle ihr unter anderem Wassershiatsu, was ihr vielleicht helfen kann, die bedrängenden Gedanken loszulassen und wieder mehr zu sich und ihrem Kind zurückzufinden. Als ich sie zwei Tage später anrufe, erzählt sie mir, dass sie mit vorzeitigen Wehen in der Klinik liegt. Sie war bei ihrer Ärztin und teilte ihr mit, dass sie sich gegen die AZ entschieden habe. Nach einem kurzen Gespräch sollte sie entlassen werden. Kerstin fragte, ob die Ärztin, ob sie sie denn nicht untersuchen würde. Obwohl diese meinte, das sei nicht nötig, bestand Kerstin darauf. Bei der Untersuchung erschrak die Ärztin sehr, denn der Muttermund war bereits bedrohlich geöffnet. Kerstin wurde sofort in die Klinik überwiesen. Vier Monate später treffe ich sie mit Kinderwagen und einem gesunden kleinen Jungen. Sie erzählt, dass sie die ganze weitere Schwangerschaft gelegen hat. Ihr Kind wurde in der 36. Woche geboren, nachdem die gefährliche Zeit vorbei war und sie das erste Mal entspannt spazieren ging.

Kerstins Fall zeigt, wie sich PND als machtvolle Technologie dem Körper einschreibt, wie sie mittels Bildern und Sprache Diagnosen erzeugt, die – ohne dass sie etwas Konkretes aussagen – weitreichende Wirkungen haben. Diese Eindrücke sind so stark, dass sie Intuition der Frau, die Sensibilität für ihren Körper und das wachsende Kind erheblich erschüttern. Kerstin findet weder zu sich und noch zu ihrem Kind. Dass diese Wirkungen von PND für sie bekannt waren, macht es umso tragischer. Kerstins Fall bestätigt eindrucksvoll das Ergebnis der BZgA-Studie „Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zur Pränataldiagnostik“, dass „Unwissenheit“ um PND keine Frage der Bildung ist.

Das Beispiel zeigt auch, wie der ärztliche Blick auf vermeintliche Risiken von tatsächlich vorhandenen Gefahren ablenken kann. Ihr Bestehen auf der vaginalen Untersuchung zeigt, dass Kerstin bei aller Verunsicherung das Gefühl für sich nicht ganz verloren hat. Sobald sie ihre Entscheidung getroffen hat, ist sie wieder in der Lage, die Signale ihres Körpers zu interpretieren. Gleichzeitig scheint es, als habe die vorangegangene Aufregung sie so erschüttert und soviel Kraft gekostet, dass sie dringend Ruhe benötigt; als seien die restlichen Wochen, in denen sie nur noch darauf ausgerichtet ist, ihr Kind in sich zu halten, auch ein Nachholen der durch PND gestörten Bindung.

In den nächsten Monaten besuche ich Kerstin noch öfter. Der kleine Junge ist sehr unruhig und schreckhaft und braucht viel Aufmerksamkeit. Obwohl Kerstin unglaublich geduldig mit ihm ist, ist sie manchmal völlig verzweifelt, weil es so anstrengend ist und sie mit ihrem Kleinen leidet, der sich so schlecht entspannen kann. Immer wieder fragt sie sich, ob das auch mit dem Stress und der Anspannung in der Schwangerschaft zusammenhängt. Wir wissen mittlerweile aus der Forschung, dass dies der Fall ist. Es dauert ein ganzes Jahr mit viel Geduld, bis sich der Grundtonus des kleinen Jungen verändert hat.

Die Macht der Eltern

So wie Kerstin fühlen sich viele Eltern als Opfer der Diagnostik. Gleichzeitig spielt PND den Eltern Macht und Verantwortung zu, mit der sie – in irgendeiner Weise – umgehen müssen, die Macht, ihrem Kind das Ja-Wort zu geben.

Ein Kind zu bekommen ist schon lange nicht mehr eine Selbstverständlichkeit im weiblichen Leben. Seit es möglich ist, die Sexualität von der Reproduktion zu trennen, versteht sich das Menschsein nicht mehr von alleine, wie der Soziologe Luc Boltanski sagt. Zeugung alleine reicht zur Menschwerdung nicht aus. Die Schwangere muss bewusst einen Entschluss fassen, das empfangene Kind zur Welt zu bringen. „Fleisch und Wort stellen zwei getrennte Ebenen dar. Ein Kind muss vom Wort bestätigt werden“, sagt Boltanski (2007).

PND bewirkt darüber hinaus, dass Eltern ihrem Ungebornen nicht nur ein grundsätzliches Ja-Wort geben müssen, sondern dass dieses Ja an Bedingungen geknüpft ist. Es kann einem Kind auch wieder entzogen werden, wenn dessen Konstitution nicht passt.

Besonders belastend ist diese den Eltern zugespielte Macht, wenn ein Kind nicht von alleine kommt, sondern wenn dafür Technologien in Anspruch genommen wurden. Selbstverständlich wird das so entstandene Kind von Anfang an pränataldiagnostisch kontrolliert und Eltern werden zwangsläufig in die Position versetzt, noch einmal entscheiden zu müssen. Das kann zu tragischen Situationen führen, wie bei Carla und Dirk.

Es ist Dirk, der anruft und mir konzentriert die wichtigsten Informationen gibt, Carla, seine Frau hört mit und ergänzt. Nach langem Kinderwunsch und verschiedensten Maßnahmen ist Carla mit Hilfe von ICSI schwanger geworden. Nun wurde bei ihrem Kind in der 16. Woche eine komplette Triploidie festgestellt. Die beiden haben sich bereits intensiv mit dem Krankheitsbild auseinandergesetzt und wissen, dass Kinder mit dieser Diagnose entweder während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt versterben. Und sie haben sich bereits viele Gedanken über ihre Entscheidung gemacht. „Das kleine Mädchen, Ada haben wir sie genannt, ist ganz präsent in mir und ich rede viel mit ihr“, sagt Carla als wir uns zum Gespräch treffen. „Aber ich kann mir nicht vorstellen, zu spüren, dass sie sich in mir bewegt und ich weiß, dass sie sterben muss“. Carla erzählt, dass sie früher schwere Depressionen hatte; sie hat große Angst, dass durch die Erfahrung der Kindsbewegungen traumatische Erfahrungen wieder belebt werden.

Carla und Dirk führen viele Gespräche mit Experten und Freunden. Sie nehmen sich Zeit für ihre Entscheidung, die sie für den Rest ihres Lebens verantworten müssen. Sie tendieren dazu, die Schwangerschaft abubrechen und wünschen sich, dass ich weitere Kontakte herstelle: zu einer Klinikseelsorgerin, die sie möglichst vor dem Abbruch schon kennenlernen wollen und zu einer einfühlsamen Bestatterin. Ich bleibe mit Carla und Dirk in Kontakt und erfahre ein paar Tage später, dass sie sich für den Abbruch der Schwangerschaft entschieden haben. Vier Wochen danach treffen wir uns noch einmal. Sie erzählen, wie es ihnen ergangen ist. Sie fühlten sich gut betreut in der Klinik. Der Verlust des Kindes hinterlässt eine große Leere. Sie wissen noch nicht, ob sie sich noch einmal auf eine ICSI-Behandlung einlassen werden.

Die beiden Beispiele zeigen, wie Macht, Kontrolle, Vertrauen und Verantwortung wechselseitig im Setting der PND zusammenwirken. Macht an sich ist weder gut noch schlecht, sondern ein Spiel der Kräfte im Zusammenleben von Menschen. Kontrolle ist es, die Machtverhältnisse in Hierarchien verwandelt. Machtverhältnisse konstituieren sich durch Sprache, Gesten, Berührungen, Rituale und in Diskursen. Im Zusammenhang mit PND ist es der Risiko-Diskurs, der die Machtverhältnisse begründet – mit weitreichenden Wirkungen für unser Menschenbild. Auf Seiten der Frauen und Paare werden Ängste und das Bedürfnis nach Kontrolle aktiviert. So entstehen Abhängigkeiten. Als machtvollste Technologie wird PND zum Gegenpol des Vertrauens

als einer Grundkonstante für eine gelingende Schwangerschaft und sie macht hilflos; Verantwortung können Frauen jedoch nur übernehmen, wenn sie Vertrauen haben.

Bedürftigkeit anerkennen – Fürsorge geben

Was aber brauchen schwangere Frauen, um vertrauen zu können? Und welche Eltern brauchen Kinder, um sich anvertraut entwickeln zu können? Aus der Schwangerschaft als der extremsten Form der Abhängigkeit erwächst Bedürftigkeit – von Mutter und Kind. Am Anfang des Lebens steht die Bedürftigkeit des Kindes nach bedingungsloser Annahme. Angefangen von dieser existentiellen Abhängigkeit bleibt Bedürftigkeit immer eine Grundbedingung menschlichen Daseins – als Abhängigkeit des Menschen von Liebe, von der Anerkennung seiner Rechte und von Wertschätzung (Graumann 2006). PND eröffnet die Möglichkeit, die Annahme des Kindes von seiner genetischen Konstellation abhängig zu machen. Damit verändert sich – so die Humangenetikerin und Philosophin Sigrid Graumann – das Verantwortungsprofil der werdenden Eltern. Mithin besteht ihre primäre gesellschaftlich zugewiesene Verantwortung nicht mehr in der bedingungslosen Annahme der Bedürftigkeit ihres Kindes sondern in der Zuständigkeit für seinen genetischen Code bzw. für die genetische Beschaffenheit unserer Gesellschaft.

PND spiegelt unsere Kultur, in der Autonomie einen hohen Stellenwert hat und Bedürftigkeit als Abhängigkeit und Belastung abgewertet wird. Als gesellschaftliche Strategie der Abwehr von Unsicherheit und Angst mittels Kontrolle verleugnet sie Bedürftigkeit als elementaren Aspekt des Menschseins. Damit favorisiert sie ein Menschenbild, das Wertschätzung und die Anerkennung von Rechten an bestimmte Fähigkeiten und Eigenschaften knüpft und die Vielfalt des Menschlichen nicht zulässt. Wenn wir davon ausgehen, dass Kinder bedingungslose Annahme brauchen um sich als verantwortliche und bindungsfähige Menschen zu entwickeln, müssen wir fragen: Was brauchen schwangere Frauen, um ihren Kindern dieses Angenommensein zu vermitteln?

Um sich auf eine lebensnotwendige Symbiose einzulassen und Verantwortung zu übernehmen, brauchen schwangere Frauen eine besondere Fürsorge und Stärkung durch die Personen, die sie begleiten und die Gemeinschaft, die sie umgibt. Da sie sich in einer Phase des Übergangs befinden, die mit Unsicherheit und Ängsten verbunden ist, sind schwangere Frauen diesbezüglich besonders bedürftig. In vielen traditionellen Kulturen erhalten sie deshalb besonderen Schutz und Fürsorge durch die Gemeinschaft.

In unserer Kultur sind solche Traditionen verkümmert; eher das Gegenteil ist der Fall:

Schwangere Frauen müssen in hohem Maße für sich selbst sorgen, im Beruf sich und anderen beweisen, dass sie alles schaffen. Überdies wird ihnen noch die Verantwortung für die Qualität ihres Nachwuchses aufgebürdet. Wie sonst auch müssen sie alles managen und organisieren. Wohin also mit der Bedürftigkeit, dem Wunsch, geschützt und behütet zu werden? PND als Abwehrzauber, Schutz und Kontrollritual füllt diese Lücke – mit dem Unterschied, dass sie nicht nur weitere Unsicherheiten und größere Abhängigkeiten erzeugt sondern Frauen auch die Chance nimmt, andere Wege zu finden, mit ihren Ängsten umzugehen. Weil familiäre Unterstützungssysteme heute vielen Frauen nicht mehr zur Verfügung stehen, hat die Beziehung der Schwangeren zu ihren Übergangsbegleitern (Arzt, Ärztin oder Hebamme) so große Bedeutung. Die Medizinethikerin Barbara Maier (2000) spricht von der besonderen Dimension der Fürsorge in der Beziehung der Begleitenden zur Schwangeren, denn diese hat Modellcharakter für die wachsende Mutter-Kind-Beziehung.

Die Art der Fürsorge, die eine Schwangere in der Phase des Übergangs erhält, wirkt auf die wachsende Beziehung und die Fähigkeit als Mutter, Verantwortung und Fürsorge zu leben. Nur eine Kultur der Schwangerenbegleitung, die diese besondere Bedürftigkeit anerkennt, gibt Frauen und ihren Kindern die Chance einer gelungenen Bindung. Aus der besonderen

Fürsorgeverantwortung, die wir als Begleitende der Schwangeren und ihrer Familie haben, erwachsen die ethischen Implikationen, die im Kontext von PND eine neue Ausgestaltung fordern. Ich sehe vier tragende Prinzipien der Begleitung: Verantwortung übernehmen, Beziehung und Bindung fördern, Handlungsfähigkeit stärken und Netzwerke knüpfen.

Verantwortung übernehmen – eine Antwort geben

Verantwortung übernehmen heißt: in Beziehung gehen, in den Dialog eintreten, eine Antwort geben. In Bezug auf PND heißt das auch, sich einzulassen auf die Ambivalenzen der Frauen und die Herausforderung anzunehmen, die darin besteht, Unsicherheiten auszuhalten und das Dilemma, dass es keine „richtige“ Lösung gibt. „Aushalten“, etwas hinnehmen und annehmen ist heute eine altmodische Haltung, so scheint es. Das erleben wir in vielen Situationen um Schwangerschaft und Geburt. Für uns als Begleitende heißt das: Wir können den Frauen keine Entscheidung abnehmen. Wir können ihnen auch nicht wie sonst im Berufsalltag viele Tipps und Tricks mitgeben. Verantwortung in Situationen von „unmöglichen Entscheidungen“ heißt da sein, sich zur Verfügung stellen, zuhören, fragen. Es heißt, „Hebammentätigkeit“ ausüben, indem wir die Frauen so begleiten, dass sie selbst die Antwort finden die sich in ihnen entwickelt. Verantwortung übernehmen heißt für uns selbst, auf die eigene Kompetenz vertrauen; in der Gewissheit, dass wir uns Hilfe und Rat holen können, wenn wir das brauchen. Es heißt auch: Achtung vor der Autonomie der Eltern, vor ihrer Entscheidung, die unter Umständen unserer eigenen Haltung entgegenstehen kann. Professionalität bedeutet hier, die eigenen Grenzen wahrnehmen, wie weit wir gehen können und wo es unter Umständen sinnvoll sein kann, eine Begleitung abzugeben.

Frauen, die wissen, dass ihr Kind behindert oder krank geboren wird oder dass es nicht oder nicht lange leben wird, brauchen eine besondere Fürsorge und kontinuierliche Begleitung. „Ich bekomme ein Kind mit Trisomie 18 und möchte zu Ihnen zur Beratung kommen“, sagt Lisa, die mich in der 20. SSW anruft. Nachdem ihre Ärztin Auffälligkeiten im US festgestellt hatte, wurde Lisa zum Pränataldiagnostiker geschickt. Dieser stellt einen Herzfehler fest und dass das Zwerchfell nicht angelegt sei. Nach dieser Aussage hat das Kind keine Lebenschance. Eine Amniozentese bringt das Ergebnis: Trisomie 18. Für Lisa ist klar, dass sie ihr Kind weitertragen will. Ein Abbruch der Schwangerschaft ist für sie nicht vorstellbar. Bei aller Traurigkeit und der großen Unsicherheit wie alles werden wird, möchte sie dennoch das Schwangersein leben. In den folgenden 20 Wochen treffen wir uns alle zwei Wochen. Viele Themen beschäftigen uns in diesen Monaten, in denen Lisas Bauch wächst und ihr Körper und ihre Ausstrahlung sich wie bei jeder anderen Schwangeren verändert. Die schwierige Beziehung zu ihrem Freund Said, der aus einer islamischen Kultur kommt und mit ihrer Entscheidung zunächst völlig überfordert ist; ihre Familie, die verstreut ist, aber zu ihr hält; ihre berufliche Situation: im zweiten Jahr ihrer Ausbildung und mit finanzieller Knappheit; und immer wieder die Traurigkeit darüber, dass ihre kleine Noemi sterben wird. Lisas größter Wunsch ist es, sie nach der Geburt noch einmal mit nach Hause zu nehmen. Nach und nach entsteht in dieser Zeit ein kleines Hilfenetzwerk. Ich finde zwei Hebammen, die Lisa bei einer Beleggeburt begleiten wollen. Lisa spricht mit der Kinderärztin der Klinik über ihre Wünsche bezüglich eventueller Maßnahmen nach der Geburt und sie hat Kontakt zu einer Mutter aus der Selbsthilfeorganisation „Leona“ von Eltern mit Kindern mit seltenen chromosomalen Abweichungen. Und wie alle Schwangeren spricht Lisa mit ihrem Kind und erhält Antworten.

Beziehung fördern – Bindung stärken

Als Begleitende der Schwangeren ist es unsere vorrangige Aufgabe die wachsende Beziehung zwischen der Mutter und ihrem ungeborenen Kind zu stärken und zu schützen.

Diese Beziehung ist von Anfang an wechselseitig, das heißt, auch das Kind ist dabei aktiv. Die neueren Ergebnisse der Hirnforschung bestätigen eindrucksvoll: Lernen und Entwicklung geschieht in Beziehung. Von Anfang an reagiert der menschliche Organismus auf seine Lebensumgebung, ist auf Empfang, auf Dialog eingestellt. Das Ungeborene ist eingebettet in seine Mutter, die Entwicklung von Körper und Psyche sind untrennbar miteinander verbunden in dieser pränatalen Phase, in der sich die „Grundmelodie“ des Lebens entwickelt. Der Hirnforscher Gerald Hüther sagt: „Alles, was ein Neugeborenes an Fähigkeiten mit auf die Welt bringt, hat es im Mutterleib – in Beziehung mit seiner Mutter – gelernt“ (2006). Alle Lernerfahrungen, die das Ungeborene im Kontakt mit seiner Mutter macht, prägen seine Entwicklung. Und alles, was die Mutter bewegt, kommt als Impuls beim Ungeborenen an. Dass Störungen der Beziehung – wie z.B. Verunsicherungen und Ängste aufgrund von PND – sich langfristig auswirken, war schon lange eine Vermutung von Hebammen und sie fanden es bei der Betreuung von Müttern und Kindern bestätigt, z.B. auf körperlicher Ebene durch vorzeitige Wehen und Frühgeburtsbestrebungen, auf psychischer Ebene durch Schwierigkeiten beim Bonding, sehr unruhige Kinder und Verunsicherungen der Mütter. Diese Erfahrungen werden jetzt zunehmend auf wissenschaftlicher Ebene untermauert. Studien des Münchener Bindungsforschers Karl Heinz Brisch zu Auswirkungen des Ultraschalls zeigen: Die Ängste der Mutter irritieren das Ungeborene, sie stören die Bindungsbereitschaft der Mutter und können langfristige Folgen haben wie Schwierigkeiten in der Interaktion von Mutter und Kind und Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling und Kleinkind. Diese Erkenntnisse zeigen, welche dringende und vorrangige Aufgabe der Schutz dieser sensiblen Phase ist – auch und besonders bei Frauen, die wissen, dass in ihrem Fall alles anders sein wird.

Handlungsfähigkeit bestärken – Empowerment

Schutz von Mutter und Kind bedeutet Stärkung der Frauen. Indem wir sie in ihrer eigenen Handlungsfähigkeit stärken, fühlen sie sich nicht als Opfer der PND sondern als Agierende, die Verantwortung übernehmen und selbst entscheiden, ob und zu welchem Zweck sie etwas wissen wollen. Wir können das, in dem wir das Vertrauen in den eigenen Körper und die eigenen Kompetenzen stärken und indem wir an die Ressourcen der Frauen anknüpfen. Für die Beratung heißt das, zum einen den Frauen die notwendigen fachlichen Grundlagen (wie EBM-basierte Informationen) und Wissen um die Konstruktion von Risiken geben. Zum anderen geht es um den Raum den wir der Selbstreflexivität zur Verfügung stellen. Dazu gehört die Klärung der eigenen Haltung ebenso wie die Auseinandersetzung mit Behinderung, mit inneren Bildern und ihrem Ursprung. In dem Maße, in dem wir Frauen in dem Bewusstsein stärken, dass sie – in welcher Situation auch immer – selbst diejenigen sind, die ihre Lebenswirklichkeit gestalten, eröffnen wir einen Raum, indem sich lähmende Ängste und bedrohliche innere Bilder auflösen können.

Verbindungen herstellen – Netzwerke knüpfen

Frauen in schwierigen Situationen brauchen langfristige Begleitung. Daneben ist es wichtig, ihnen Zugang zu verschiedenen Hilfeangeboten zu ermöglichen und ein Betreuungskontinuum zu schaffen. In einer akuten Krise sind, ist es hilfreich, direkt die Kontakte herstellen und zu vermitteln. Netzwerke vor Ort unterstützen sowohl die Eltern als auch die einzelnen ExpertInnen untereinander. Sie helfen, die Fürsorge auf verschiedene Säulen zu stellen und einen verantwortungsvollen Umgang mit PND zu fördern. Außerdem können wir Frauen und Eltern

darin unterstützen, ihr eigenes Netz zu knüpfen, um nicht von der Hilfe durch eine einzige Person abhängig zu sein.

Das Wissen um die eigene Bedürftigkeit birgt die Chance, dass Frauen herauszufinden was sie tatsächlich brauchen. Weil Lisas Partnerschaft schwierig und ihre Familie nicht vor Ort ist, braucht sie viel Zuwendung und Gespräche. Weil ihr das bewusst ist, organisiert sie die Termine bei den Betreuenden so, dass sie in bestimmten Abständen immer einen Beratungs- oder Betreuungstermin hat. Dass die verschiedenen Menschen, die sie begleiten, voneinander wissen und sich teilweise kennen, ist ein gutes Gefühl für Lisa.

Sie trägt ihr Kind bis zum Geburtstermin. Die letzten Tage sind anstrengend. Wider Erwarten wird Noemi lebend geboren, sie atmet und trinkt, ihr Zustand stabilisiert sich. Lisa ist voller Freude – und verzweifelt! Nachdem sie sich Monate lang damit beschäftigt hat, dass die Geburt ihres Kindes auch der Abschied sein wird, muss sie jetzt mit der Erschütterung fertig werden, dass sie ein schwerbehindertes Kind hat und es unsicher ist, wie lange es leben wird. „Ich wollte doch kein behindertes Kind“ sagt sie unter Herz zerreißendem Weinen als ich sie in der Klinik besuche. Nach zwei Nächten ohne Schlaf ist sie völlig dekompenziert. Jetzt müssen schnell Lösungen gefunden werden: Welche Maßnahmen sollen bei Noemi durchgeführt werden, welche nicht? Welche Unterstützung braucht Lisa, um die Kleine zu versorgen? Nach drei Wochen in der Kinderklinik, in der Lisa mit Unterstützung des Personals, ihres Partners und ihrer Mutter ihre Tochter versorgt, kommt Noemi nach Hause, mit Monitor und Sauerstoffgerät. Durch eine Sonde wird sie mit Muttermilch ernährt. Die ambulante Kinderkrankenpflege kommt jeden Tag um Lisa zu unterstützen und ihr bei der Versorgung der Kleinen zu helfen. Nach und nach kommt so etwas wie Normalität in ihren Alltag. Als ich Lisa das erste Mal zu Hause besuche, erlebe ich sie als sehr kompetent. In kürzester Zeit hat sie sich fast zur einer Intensivkinderkrankenpflegerin entwickelt. Unfassbar, wie viel Kraft sie hat! Wir packen Sauerstoff und Monitor in den Kinderwagen und gehen mit Noemi spazieren.

Communitas

Das Beispiel von Lisa zeigt besonders deutlich, dass eine verantwortungsvolle Fürsorge weit über den medizinischen Rahmen hinaus geht und andere Dimensionen menschlicher Beziehungen erfordert, aber auch fördert und entwickelt: Communitas/Gemeinschaft und Spiritualität. Als Menschen sind wir unabdingbar darauf angewiesen in Beziehung und in Gemeinschaften zu leben. Die Ethnologin Maya Nadig hat sich in ihren Forschungen zu Geburtsritualen mit der Rolle der Gemeinschaft beschäftigt. Die Gemeinschaft, die in traditionellen Kulturen die Gebärende umgibt, nennt Nadig Communitas. Es ist die Urform menschlicher Gemeinschaft, die nicht durch Hierarchien und Gesetze geregelt ist, sondern sich durch Gleichheit, Direktheit und Einfachheit der Beziehungen auszeichnet. Ihre Funktion ist das, was die Psychoanalyse für die Mutter-Kind-Beziehung „containing“ nennt. Das Getragen, Gehalten-, Geschützt- und Geborgensein durch eine elementare Gemeinschaft hat therapeutische Funktion: In einem stabilen und gleichzeitig flexiblen Rahmen ermöglicht es Entspannung und Loslassen in einem Zustand der Auflösung und Fragmentierung; es vermittelt Angstfreiheit, Sicherheit und Ruhe.

Dieses Modell, das Nadig auch in der Hausgeburt bei uns wiederfindet, ist ein hilfreiches Bild für die Fürsorge, die Frauen brauchen, die durch PND in belastende Situationen geraten. In unserer Gesellschaft kann Communitas auch ein Netzwerk sein, das an die vorhandene Beziehungsstrukturen und Hilfesysteme einer Frau oder Familie andockt. Eine solche neue Form der „Communitas“ ist auch um Lisa entstanden. Diese Gemeinschaft umgibt sie während Schwangerschaft, Geburt und ihrem Lebens mit Noemi nicht direkt körperlich sondern als

tragende verinnerlichte Struktur, die Mitglieder des Netzes wissen voneinander und agieren im Bewusstsein der Verknüpfungen.

Samstagnachmittag – unerwartet ein Anruf von Lisa. Noemi ist tot, jetzt doch ganz schnell, eine Lungenentzündung. Sie ist zu Hause gestorben, in Lisas Armen. 66 Tage hat sie gelebt. Lisa lädt mich zum Abschiednehmen für morgen ein und bittet mich, die Ärztin zu informieren. Am Sonntagnachmittag sind alle gekommen: Kinderarzt, Kinderkrankenschwester, Ärztin, Hebamme, Freunde und Freundinnen, alle haben ihre Pläne für den Tag geändert. Wir sind zu Hause bei Lisa und Said. Noemi ist aufgebahrt im Schlafzimmer, in der Küche und im Wohnzimmer stehen die Gäste und sprechen miteinander. Da ist Traurigkeit, aber auch Zusammenkommen, Wiedersehen und sich kennenlernen und ein großes Gefühl von Verbundenheit. Ich bin mir sicher, für alle, die hier sind, geht es nicht um die Erfüllung einer Pflicht, sondern um das Bedürfnis einem intensiven Prozess, der in Gemeinschaft stattfand, einen Abschluss zu geben. – Communitas entsteht fast von selbst, wenn Menschen Verantwortung übernehmen.

Spiritualität

Im Laufe meiner Beschäftigung mit PND und der Begleitung von Frauen wurde mir immer deutlicher, dass ein weitere menschliches Grundbedürfnis in der Schwangerschaft besondere Bedeutung bekommt: Spiritualität im Sinne von Verbundenheit. So wie das Bewusstsein, in einer Gemeinschaft getragen und handlungsfähig zu sein, Frauen im Zustand einer Krise erden kann, so kann Spiritualität eine Verbindung erzeugen, die das individuelle Schicksal in einem weiteren Kontext verortet. Denn Menschen sind nicht nur physische, geistige und emotionale Wesen, sondern haben ein elementares Bedürfnis, sich spirituell zu verorten, ihrem Leben Sinn zu geben und das, was sie erfahren, auf einer übergeordneten Ebene anzusiedeln.

Schwangerschaft als Auflösung von Grenzen und als Beginn einer besonderen Beziehung, die innerhalb des eigenen Körpers stattfindet, ist für viele Frauen eine spirituelle Erfahrung. Schwangere Frauen sind offen für Spiritualität, denn in Situationen des Übergangs, wo Menschen sich auf der Grenze befinden und große Ängste aktiviert werden, besteht auch eine spirituelle Bedürftigkeit. Ängste und Unsicherheiten wiederum gehören zum Zustand des Schwangerseins und haben ihre Berechtigung. Schließlich ändert sich das Leben durch ein Kind – ob es nun behindert ist oder nicht – radikal. Wenn in unserer Medizinkultur Kontrolle gegen die Ängste des Übergangs eingesetzt wird, verhindert auch, dass Frauen ihre spirituelle Bedürftigkeit spüren. Das trägt wiederum dazu bei, dass Kontrollmechanismen verstärkt werden. Da PND so früh in der Schwangerschaft eingesetzt wird, hat sie einen so prägenden und vereinnahmenden Effekt für den gesamten Prozess.

Indem sie die der Schwangerschaft innewohnenden Ängste kanalisiert und auf die Angst vor einem behinderten Kind reduziert und als einzige Strategie Kontrolle anbietet, nimmt PND Eltern die Chance eines Entwicklungsprozesses. Wenn wir hier ein Gegengewicht schaffen wollen, sind wir aufgefordert, Frauen und Paaren in der Frühschwangerschaft Räume zu geben, wo Ängste rund um das Schwangersein, Gebären und Elternwerden ausgedrückt und angeschaut werden können. Aus diesem Prozess kann innere Stärke wachsen und die Fähigkeit, Unsicherheiten auszuhalten im Vertrauen auf eine höhere Macht, die trägt und schützt.

Spiritualität kann ein Gegenpol zum Risikokontzept der PND sein. Während PND Trennungen herstellt und Beziehungen zu stört, geht es auf spiritueller Ebene immer darum, Beziehungen und Verbindungen herzustellen. Die spirituelle Ebene in den Kontext von PND einbeziehen, heißt, Frauen zurückzuführen, zu sich selbst, zu ihrem Kind, zur Geschichte dieser Schwangerschaft. Wenn Frauen, sich dieser Dimension öffnen, dann können sie Antworten von ihren Kindern hören. So sagt Lisa irgendwann im Verlauf der Begleitung, bei der es immer

wieder auch um die Frage geht, welche Bedeutung Noemi in ihrem Leben hat: „Ich glaube, die Botschaft, die mir meine kleine Tochter gibt, ist: `Dir kann nichts passieren´“. Carla, die sich in ihrer Traurigkeit so verlassen fühlt und das Gefühl hat, sie kann ihr Kind nicht weiter tragen, fällt ein Zitat aus der Bibel ein, wo es in Joshua 1.5 heißt: „Ich lasse Dich nicht fallen und verlasse Dich nicht.“

Spiritualität ist hilfreich, um die Erfahrung von Trauer und Schmerz zu verorten und diese Erfahrungen nicht als unnötig, sondern auch als Prozesse des Wachstums zu bewerten – als Reifeprozesse, die zu einer neuen Lebensstufe und -qualität führen können. Im pränataldiagnostischen Denkmodell haben Trauer und Schmerz keinen Platz, denn höchstes Ziel ist die Vermeidung von Leid und Schmerz. Frauen, die ihre Kinder aus eigener Kraft zur Welt gebracht haben, wissen um die Bedeutung des Geburtsschmerzes als eine Quelle der Kraft. Spiritualität als wichtige Dimension des Schwangerschmerzes und Elternwerdens einbeziehen, heißt auch anzuerkennen, dass nur ein sehr geringer Teil unserer „reproduktiven Kompetenz“ in unserer Hand liegt.

Weder die Eltern noch die PND sind verantwortlich für die genetische Konstellation eines Kindes. Die Grenzen der Machbarkeit anzuerkennen heißt, bewusst Verantwortung für das eigene Handeln, die eigenen ethischen Maßstäbe zu übernehmen.

Für uns als Begleitende heißt das: Weil PND heute für fast alle Frauen am Anfang der Schwangerschaft steht und weil wir wissen, dass hier in einer sensiblen Phase entscheidende Weichen gestellt werden, ist es unsere Aufgabe, sehr früh präsent zu sein; das heißt in verantwortungsvoller Fürsorge an der Seite der werdenden Eltern sein, damit sie ihre eigene Kraft spüren und in Beziehung zu ihren Kindern eine für sie tragbare Verantwortung übernehmen können. Auf der anderen Seite heißt es, sich politisch einzumischen, Verantwortung dafür zu übernehmen, dass wir uns nicht gewöhnen an die Medikalisierung und Pathologisierung so natürlicher und kraftvoller Prozesse wie Schwangerschmerz und Gebären. Politische Einmischung heißt auch ein Netzwerk knüpfen, in dem wir dafür kämpfen, dass Frauen – auch unter diesen Umständen vertrauensvoll schwanger gehen können. Eine solche Vorsorge ist gleichzeitig Fürsorge für die erste aller Welten der folgenden Generation, für die wir alle Verantwortung tragen.

Literatur:

Brisch, Karl Heinz / Hellbrügge, Theoder (Hg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart 2007

Boltanski, Luc: Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens. Frankfurt/Main 2007

Graumann, Sigrid: Pränataldiagnostik – zwischen Betroffenheit und politischer Dimension. In: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Rundbrief 19, Juni 2006, Düsseldorf

Hüther, Gerald/ Krens, Inge: Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unserer frühen Prägungen. Düsseldorf 2006

Lorenz, Hilke: Wie die Vertreibung aus dem Paradies. Die pränatale Diagnostik überfordert Eltern zunehmend. Stuttgarter Zeitung 1. 9. 2007-10-17

Maier, Barbara: Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin 2000