# WEISSES KREUZ

Zeitschrift für Sexualität und Beziehung

Ausgabe 2 | 2018 | #73

EINZELPREIS 3 EUR

## Weil es um das Leben geht

Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte

Wie Leben ensteht · Pränataldiagnostik · Schwangere im Konflikt

Martin Leupold
Leiter Weißes Kreuz e. V.

# Weil es um das Leben geht

## Liebe Leserinnen und Leser,

dass werdende Eltern auch unter schwierigen Umständen ein Ja zu ihrem Kind finden können, ist seit jeher ein Herzensanliegen des Weißen Kreuzes. Daran hat sich nichts geändert. Zugleich ist das Thema nach wie vor heftig umstritten. Schon in der Frage, welche Begriffe man verwenden sollte, gibt es mitunter unüberbrückbare Gräben. Leider wird die Kommunikation dadurch manchmal fast unmöglich. Damit aber ist niemandem gedient. Am allerwenigsten den persönlich Betroffenen. Denn hinter dem Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch stehen nicht selten Konflikte im Zusammenhang mit einer ungeplanten oder krisenhaften Schwangerschaft, die Menschen bis an ihre äußersten Grenzen belasten können.

Uns geht es darum, diese Zusammenhänge sorgfältig zu betrachten und die Lebenswirklichkeit ernst zu nehmen, ohne vorschnelle Schlüsse zu ziehen. Zunächst kommen zwei Fachärzte für Gynäkologie zu Wort. Dr. Ute Buth nimmt uns mit hinein in die Geheimnisse des Werdens und Wachsens eines Fötus. Dr. Michael Kiworr skizziert die gängigsten Verfahren der pränatalen (vorgeburtlichen) Diagnostik einschließlich ihrer Chancen und ihrer problematischen Aspekte.

Wie es Betroffenen mit diesem Thema gehen kann, davon wissen erfahrene Beraterinnen zu erzählen. Christine Menke gibt einen Einblick in konkrete Situationen aus der Schwangerschaftskonfliktberatung und zeigt auf, wie praktische Hilfe aussehen kann. Kathrin Lehmann beleuchtet Aspekte der Trauerarbeit bei Frauen, die auf einen Schwangerschaftsabbruch zurückblicken. In einem bewegenden Interview nimmt uns Kai Mauritz in die Geschichte einer Mutter hinein, die sich trotz aussichtsloser Situation gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hat.

Mit diesem Thema bewegen wir uns in einem Spannungsfeld unterschiedlichster Sichtweisen, Erfahrungen und Positionen. Wir wollen uns die Dinge nicht leicht machen und niemanden verurteilen oder verletzen. Wir nehmen andere Perspektiven ernst und sind offen für einen konstruktiven Dialog. Aber wir wollen auch zum Nachdenken anregen über das, was wir wahrnehmen und worüber nach unserer Überzeugung offen gesprochen werden muss. Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Zeitschrift und Gottes Segen,

Ihr

**Martin Leupold,**
Leiter Weißes Kreuz e. V.


## Impressum

**Herausgeber und Verleger:**
Weißes Kreuz e.V.
Weißes-Kreuz-Straße 3
34292 Ahnatal

Tel. 05609/8399-0
Fax: 05609/8399-22

info@weisses-kreuz.de
www.weisses-kreuz.de

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

**Bezugspreis:**
12 Euro jährlich
(Ausland 18 Euro)

**Konto:**
Weißes Kreuz e.V.
Evangelische Bank eG
IBAN:
DE22 52060410 0000 001937
BIC: GENODEF1EK1

**Schriftleitung:**
Martin Leupold

**Titelbild:** Unsplash/
Jenna Norman

**Auflage:** Juni 2018,
10.000 Exemplare

Foto: istockphoto.com / MorelSO

# Ausgesprochen lebendig!

**Dr. Ute Buth**

Man stelle sich das nur einmal vor: Früher, ohne bildgebende Diagnostik und Ultraschall, war das ungeborene Leben inklusive seines Geschlechts ein komplettes Mysterium. Innerhalb von gerade mal 9 Monaten wuchs aus einer einzigen Zelle ein vollständiger Mensch heran. Was dazwischen lag, konnte man nur erahnen. Ein „Zellhaufen“, der sich irgendwie zum Baby formt? Eine solch gigantische Entwicklung in so kurzer Zeit war und ist nach wie vor faszinierend und geheimnisvoll zugleich: Von Null auf 100% in gerade mal 9 Monaten! Wie kann das bloß so vollumfänglich und zielsicher gelingen?

Inzwischen sind diverse Geheimnisse gelüftet. Man weiß Etliches über die Entwicklung des Babys im Mutterleib. Es gibt Fotografien, ja sogar 3D- und 4D-Aufnahmen (mit Bewegung). Das Geschlecht ist über Bluttests der Mutter bereits in der Frühschwangerschaft zu erfahren. So viel Detailliertes wir auch wissen, auf einen Nenner kann man all dies mit großer Sicherheit und ganz allgemein bringen: Dieser ungeborene Mensch ist in jeder Entwicklungsphase seines Seins zutiefst lebendig!

## Wo beginnt menschliches Leben? Die Anfänge vor der Einnistung in die Gebärmutter

Beginnen müssen wir ganz am Anfang – beim „Urklang" des menschlichen Seins, wenn man den denn erfassen kann. Als Medizinerin kann ich nur erahnen, was sich in der Tiefe hinter einer Aussage wie in Psalm 139,16 verbirgt: „Deine Augen sahen mich, als ich noch nicht bereitet war, und alle Tage waren in dein Buch geschrieben, die noch werden sollten und von denen keiner da war."

*„So viel Detailliertes wir auch wissen: Dieser ungeborene Mensch ist in jeder Entwicklungsphase seines Seins zutiefst lebendig!"*

Biologisch eingrenzen können wir nur das für unsere Augen sichtbare Leben hier auf der Erde: Wenn die menschlichen Keimzellen – Eizelle der Frau und Samenzelle des Mannes – zueinander finden, tragen sie jeweils die halbe menschliche Erbinformation für einen einzigartigen Menschen in sich. In ihr ist nicht nur die ethnische Herkunft festgelegt, sondern auch Aussehen, Stimmklang und all jene Anteile von Charaktereigenschaften und Persönlichkeit, die wir bereits mit auf unseren Lebensweg bringen. Diesen speziellen Menschen gibt es nur ein einziges Mal! Bei aktuell immerhin rund 7,5 Mrd. Menschen ist diese Einzigartigkeit schon zutiefst bemerkenswert! Ganz abgesehen von all den Menschen, die früher lebten und zuzüglich der etwa 80 Millionen Menschen, die weltweit jährlich dazu kommen. Wie ist es überhaupt möglich, dass es bei diesen immensen Zahlen keine Dopplungen gibt?

Doch der Schöpfer plant wohl in anderen Dimensionen. Denken wir nur daran, dass mit jedem Samenerguss etwa 400 Millionen Samenzellen starten, von denen nur eine einzige eine ggf. vorhandene Eizelle befruchten wird. In der Wirtschaft wäre so etwas eine kolossale Verschwendung. Aber dieses gigantische Missverhältnis dient dazu, den Variantenreichtum an möglichen Erbinformationen für die Befruchtung aufrecht zu erhalten. Mit dem Verschmelzen dieser Keimzellen entsteht die eine definierte befruchtete Eizelle mit vollem menschlichen Chromosomensatz: 46XX (Frau) oder 46XY (Mann). Nichts kommt im Laufe der Entwicklung im Mutterleib oder auch später noch dazu, was uns Menschen erst zu Menschen machte. Aus solch einer einzigen Zelle sind wir alle geworden!

Der Mensch sieht, was vor Augen ist: Sachlich biologisch ordnen wir Zellteilungen als Lebenszeichen ein. So wird der Beginn des Lebens gern mit der ersten Zellteilung verknüpft. Doch das bedeutet noch lange nicht, dass die befruchtete Eizelle nicht bereits vor der ersten Zellteilung lebt. Wie sonst wollten die Zellkerne von Samen- und Eizelle überhaupt miteinander verschmelzen, wenn nicht lebendige Prozesse in dieser Zelle genau dazu beitrügen? Immerhin wird die befruchtete Eizelle dazu ja nicht „bestrahlt" oder anderweitig „behandelt". Diesen Verschmelzungsprozess bewältigt sie geradezu spielerisch innerhalb weniger Stunden allein und gibt, sobald dies abgeschlossen ist, das Startsignal zur Vervielfältigung. Mit jeder folgenden Zellteilung wird, einem 3D-Drucker gleich, das genetische Material reproduziert. Wir tragen unsere genetische Geschlechtsidentität in jeder Körperzelle, bis in den letzten Winkel unseres Seins. Anfangs, für einen sehr kurzen Zeitraum bis etwa zum 8-Zellstadium, können noch alle Zellen jedes Körpergewebe bilden, inklusive dem Mutterkuchen, der Nabelschnur und der Eihäute (omni- oder totipotente Zellen). Schon während des mehrtägigen Transports der befruchteten Eizelle von den Flimmerhärchen des Eileiters zur Gebärmutter erfolgt die weitere Differenzierung, der „Drucker" ändert sein Programm. Währenddessen wird der neue Mensch noch in Form einer winzigen Zellkugel von ihn umgebenden Flüssigkeiten des Eileiters ernährt. In der Gebärmutter geht die Ausdifferenzierung ganz selbstverständlich weiter. Wenn nach 2–3 Tagen an einem speziellen „Andock-Ort" in der Gebärmutterschleimhaut die Einnistung erfolgt, sind zuvor Zellen entstanden, die später den Mutterkuchen formen. Nur durch das Aufschließen von mütterlichen Blutgefäßen ist die weitere Ernährung des nun eingenisteten Embryos gewährleistet. Ohne Einnistung stürbe das Ungeborene ab, es könnte anderweitig nicht weiter ernährt werden.

Kaum angekommen wird ein extrem ambitioniertes Architekturkapitel aufgeschlagen. Der anspruchsvolle menschliche „Bau-Fahrplan" besagt, dass innerhalb der ersten 8 Wochen der Schwangerschaft ausnahmslos ALLE Körperorgane anzulegen sind. Selbstverständlich entstehen parallel bereits Nerven, Blutgefäße, Lymphe, Muskeln, Bänder, Sehnen, Bindegewebe, Knorpel und Knochen! Denn die Zeitphase ab der 9. Woche bis zur Geburt dient im Wesentlichen dazu, die Organe nach und nach in Betrieb zu nehmen und das Größenwachstum zu ermöglichen. Doch der Reihe nach:

## Embryonalentwicklung: Von der Einnistung bis zur 8. Woche – was für eine enorme Herausforderung!

Zunächst werden innerhalb kürzester Zeit im gesamten permanent wachsenden Körper Blutgefäße gebildet und zu einem funktionsfähigen ersten Blutkreislauf miteinander verbunden. Dieser ist bereits am Ende von erstaunlichen drei Lebenswochen als erstes funktionsfähiges System des Embryos fertiggestellt! Man stelle sich einmal vor, ein Bauunternehmer würde parallel zum Bau eines Hauses bereits den Innenausbau vorantreiben, selbstständig mitwachsende (!) Gas-, Wasser und Stromleitungen verlegen! Unfassbar! Und doch wäre all dies vergeblich, wenn

es kein Herz gäbe, das Blut aktiv durch diesen winzigen Körper pumpen, so den lebenswichtigen Sauerstoff zu jeder einzelnen Zelle bringen und zugleich das CO2 auf anderen Bahnen wie ein raffiniertes Pfandsystem wieder abtransportieren würde. Zeitgleich mit dem Entstehen des ersten Blutkreislaufs werden daher in der späteren Herzregion paarige Herzstränge angelegt, die über Herzschläuche zur Herzanlage werden. Es ist höchst bemerkenswert, dass schon am 22. Lebenstag in diesen Schläuchen erste durch Muskeln ausgelöste Kontraktionen nachweisbar sind! Zwischen der 4. und 7. Woche entwickelt sich im laufenden Betrieb das uns bekannte vierkammerige Herz. Zwei Wochen später, engmaschig zum Blutsystem, entstehen die Lymphbahnen.

Bereits im Studium faszinierten mich die „Pionier-nervenfasern“. Man muss sich das einmal klarmachen: Vom Gehirn und Rückenmark ausgehend müssen ja auch im gesamten Körper Nervenbahnen „verlegt“ und richtig „verschaltet“ werden. Zunächst sprossen mit Hilfe von Wegweiser-Zellen erste Nervenbahnen aus, an denen sich später andere Nerven orientieren. So ist es zu erklären, dass das Gehirn immer mit den gleichen Nerven bestimmte Gebiete wie selbstverständlich erreicht und sensorisch wahrnehmen sowie motorisch steuern kann!

*„Bereits im Mutterleib nehmen nach und nach auch alle Sinnesorgane ihre Arbeit auf, angefangen mit dem Tasten und Fühlen.“*

Ebenfalls schon sehr früh beginnt das Wachstum von Armen und Beinen. Erst wird eine Skelettanlage geformt, um die herum sich muskelbildende Zellen lagern und die einzelnen Muskelgruppen ausformen. Die Entwicklung der Knochen selbst geschieht mit Hilfe eines speziellen Gewebes, das Knorpel bilden kann. Schon Ende der 6. Woche ist das gesamte Skelettsystem der Extremitäten knorpelig angelegt.

Die Entwicklung von Augen und Ohren startet schon in der 4. Lebenswoche. In ihrer Entwicklungszeit sind sie besonders anfällig für fruchtschädigende Substanzen und Infektionskrankheiten, was zu schweren Missbildungen führen kann. Wie überhaupt solche Einflüsse jeweils das Organ schädigen, das gerade in seiner sensiblen Entwicklungsphase ist.

Eingebettet in all diese hochkomplizierten Wachstumsprozesse finden bereits zahlreiche Vorbereitungen für das Leben außerhalb des Mutterleibes statt: Das ungeborene Kind bewegt die wachsenden Arme und Beine, trainiert seine Muskeln und Gelenke, strampelt und turnt, lutscht am Daumen und übt so schon das spätere Saugen an der mütterlichen Brust.

## Fetalentwicklung: 9. Woche bis zur Geburt – Größenwachstum und Ausdifferenzierung im Zeitraffer!

Nach der Anlage der inneren Organe wird das ungeborene Kind nun Fötus genannt. Alles ist exakt auf die Gegebenheiten im Mutterleib abgestimmt. Noch nicht relevante Körpervorgänge, wie etwa das Ausscheiden von Stuhlgang, werden nachrangig behandelt – da dies erst außerhalb des Mutterleibs bei echter Nahrungsaufnahme Bedeutung bekommt. Neben dem Größenwachstum ist es daher die zentrale Aufgabe dieses Entwicklungsabschnitts, in einer sinnvollen Reihenfolge schrittweise alle angelegten Organe zügig in Betrieb zu nehmen, damit das Kind außerhalb des Mutterleibs problemlos überleben kann. Apropos Überleben – eine normale Schwangerschaft dauert 38 bis 42 Wochen. Dann ist das Kind reif und vollständig entwickelt. Doch auch früher geborene Kinder sind je nach Zeitpunkt ihrer Geburt überlebensfähig. Die Überlebensgrenze liegt etwa bei der 25. Woche. Zu dieser Zeit überleben rund 50% der Frühgeborenen, ab der 26. Woche steigt diese Zahl deutlich an. In Einzelfällen überleben auch Kinder unterhalb der 25. Woche, teilweise aber mit erheblichen Folgeschäden. Limitierender Faktor ist vor allem die Lungenreife. Denn die Lunge wird erst nach der Geburt richtig in Betrieb genommen und so reift das Respirationssystem erst spät aus. Im Mutterleib erfolgt die Sauerstoffversorgung ja noch über die Nabelschnur.Bereits im Mutterleib nehmen nach und nach auch alle Sinnesorgane ihre Arbeit auf, angefangen mit dem Tasten und Fühlen, durch das die individuelle Struktur der Fingerabdrücke mit geformt wird. Das ist besonders bei genetisch erbgleichen eineiigen Zwillingen bemerkenswert. Durch individuelle Bewegungsmuster im Mutterleib haben auch sie unverwechselbare Fingerabdrücke! Zwischen der 17. und 25. Woche differenziert sich der Gehörsinn. Das Baby hört dann die Stimme seiner Mutter, über den Knochenschall viel deutlicher als die gedämpften Außengeräusche. Erste Augenbewegungen und das Öffnen und Schließen der Augen sind ab der 16. Woche nachweisbar. Etwas später kann das Ungeborene dann schon zwischen Hell und Dunkel unterscheiden. Mit der Ausdifferenzierung des Verdauungssystems und der Fähigkeit, Fruchtwasser zu trinken, setzt auch der Geschmackssinn ein (ca. 29. SSW). Kurz zuvor ist bereits der Geruchsinn aktiv (28. SSW).

Von diesem komplexen Gesamtprozess haben wir jetzt nur Bruchteile kennen gelernt. Diese Entwicklung des ungeborenen Kindes ist äußerst anspruchsvoll und geschieht in extrem kurzer Zeit, im Zeitraffer sozusagen, mit beeindruckender Präzision! Ich wünsche uns allen, dass wir uns neu begeistern lassen und über dieses hochkarätige Wunder des Lebens ins Staunen kommen.

**Dr. med. Ute Buth** ist Fachärztin für Frauenheilkunde, Fachberaterin Gynäkologie für das Weiße Kreuz Deutschland e.V., Sexualberaterin nach DGfS (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung) und leitet die Beratungsstelle herzenskunst in Bochum.
www.herzenskunst-beratung.de

**Quellenangaben:**
Embryologie, Moore, Keith L., Schattauer-Verlag, 3.Auflage
Neun Monate bis zur Geburt, Kiworr, Michael, Bernardus-Verlag
Ein Kind entsteht, Nilsson, Lennart, Mosaik-Verlag
„Sexualaufklärung – Aufgabe und Chance© - Unterrichtsmaterial für die Grundschule“, Buth, Ute

Foto: unsplash.com / Edward Cisneros

# Pränataldiagnostik – freudige Erwartung oder ängstliches Abwarten?

**Michael Kiworr**

Der Sammelbegriff „Pränataldiagnostik“ umfasst eine Vielzahl von Untersuchungen, die sich in ihrer Zielsetzung, möglichen Konsequenzen und Belastungen teilweise deutlich unterscheiden. Frauenärzte sind nach geltender Rechtsprechung verpflichtet, über Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik aufzuklären und zu beraten. Auf der anderen Seite sollte jedoch genauso aufgeklärt werden, dass es das „Recht auf Nichtwissen“ gibt und jede Schwangere sich für oder gegen einzelne Untersuchungen entscheiden kann. Auch bei einem Routineultraschall kann darum gebeten werden, Bemerkungen über evtl. zusätzliche Auffälligkeiten oder fragliche Befunde zu unterlassen, wenn sie z. B. keine therapeutische Konsequenz haben, um Mutter und Kind nicht zu belasten. Daher ist vor jeder Untersuchung ein Gespräch zu empfehlen, in dem die Fragen, Vorstellungen und ethischen Aspekte gemeinsam besprochen werden.

Lediglich ca. 3% aller Neugeborenen sind von relevanten oder offensichtlichen Erkrankungen betroffen. Für einen Teil dieser betroffenen Kinder kann die Pränataldiagnostik durchaus ein Segen sein, wenn behandelbare Erkrankungen frühzeitig erkannt werden, wie z.B. Flüssigkeitsansammlungen, die abgeleitet werden können, oder eine fetale Blutarmut mit der Möglichkeit einer intrauterinen Bluttransfusion des Kindes. Oder das Erkennen einer Zuckererkrankung durch eine überproportionale Größenzunahme, die Kind und Mutter in der Schwangerschaft beeinträchtigen kann, aber relativ einfach zu behandeln ist. Auch Minderversorgungen, bei denen weitere Maßnahmen zu ergreifen sind, können festgestellt werden. Andere Beispiele sind Erkrankungen z.B. des Herzens, deren Verlauf beobachtet werden muss oder bei denen die Geburt dort erfolgen muss, wo das Kind weiter behandelt bzw. operiert werden kann. In besonderen Fällen sind sogar Operationen im Mutterleib möglich.

Auf der anderen Seite entscheiden sich Paare bereits aufgrund einer solchen Erkrankung für die Abtreibung, auch wenn Behandlungsmöglichkeiten durchaus vorhanden wären. Umso mehr bei Erkrankungen, die ursächlich nicht oder noch nicht behandelbar sind. Hierzu gehören vor allem chromosomale Erkrankungen, unter denen die „Trisomie 21“ (DownSyndrom) die häufigste darstellt. Dabei ist der individuelle Ausprägungsgrad bei vielen chromosomalen Störungen selten vorhersehbar. Zudem gibt es die Möglichkeit eines Mosaikstatus: Beim selben Kind können gleichzeitig normale und abweichende Chromosomensätze vorliegen, wodurch charakteristische Merkmale der jeweiligen Chromosomenabweichungen weniger ausgeprägt sind. Beispielsweise kann beim DownSyndrom der Intelligenzquotient nur geringfügig beeinträchtigt sein. Auch beim Turner-Syndrom (Geschlechtschromosom XO) oder KlinefelterSyndrom (Geschlechtschromosomen XXY) können manche Betroffene eine Intelligenzminderung, andere dagegen eine nahezu normale Intelligenz aufweisen. Die schwer vorhersehbare Ausprägung der Beeinträchtigung gilt auch für andere, nichtchromosomale Erkrankungen, wie z. B. die Spina bifida (gedeckter oder offener Defekt des Wirbelbogens, sogenannter „offener Rücken“), angeborene Herzfehler etc. Bei einem unauffälligen Ergebnis kann die Pränataldiagnostik zu einer Erleichterung und Beruhigung der Eltern führen, ohne dass damit jedoch eine Gewähr für ein „gesundes“ Kind vorliegt. Denn jede Methode der Pränataldiagnostik weist eine Fehlerquote auf und kann nur einen Teil möglicher Erkrankungen nachweisen.

*„Bei einem unauffälligen Ergebnis kann die Pränataldiagnostik zu einer Beruhigung der Eltern führen, ohne dass jedoch die Gewähr auf ein gesundes Kind vorliegt.“*

Aber was ist, wenn die Diagnostik einen auffälligen oder „unklaren Befund“ liefert, der weitere Untersuchungen nach sich zieht und statt zur Beruhigung zu mehr Ängsten und Ungewissheit führt? Wenn die Pränataldiagnostik das Ziel hat, dem betroffenen Kind eine Behandlung zu ermöglichen oder die Lebensbedingungen zu verbessern, dann handelt es sich in der Tat um medizinische Diagnostik. Wenn die Therapie jedoch unterbleibt oder – wie bei Chromosomenstörungen – fachlich derzeit unmöglich ist und das Resultat nur die Lebensbeendigung des betroffenen Menschen ist, ist die Frage, ob die Bezeichnung „Diagnostik“ noch stimmt. Denn in der Medizin gilt generell der Grundsatz, dass die Diagnostik an eine Therapie des betroffenen Menschen geknüpft ist. Ziel einer medizinischen Diagnostik sollte eigentlich Heilung oder Linderung für den Betroffenen sein.

## Spektrum der Untersuchungsmöglichkeiten im Rahmen der Pränataldiagnostik

■ **Ultraschall (Sonographie)** – als sog. „nichtinvasive“ Methode, bei der man neben der Lage und Größenkontrolle des Kindes, Nachweis von Zwillingen sowie Wachstumskontrolle auch weitere Auffälligkeiten beim Kind ausschließen oder erkennen kann. Vom „Routineultraschall“ als Bestandteil der empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen (drei Untersuchungen im Verlauf einer normalen Schwangerschaft mit z.B. Kontrolle von Vitalität, Lage, Größe und Versorgung des Kindes) zu unterscheiden ist der sogenannte „**FehlbildungsUltraschall**“ (auch als „sonographische Feindiagnostik“ oder „Organscreening“ bezeichnet) in der 17.–20. Lebenswoche, bei dem gezielt nach körperlichen Auffälligkeiten gefahndet wird. Chromosomale Auffälligkeiten lassen sich dadurch nicht feststellen, allenfalls zeigen sich im Ultraschall indirekt körperliche Anzeichen. Ergänzende Methoden sind die **3D/4D-Sonographie** sowie **Dopplerunterschungen** (Darstellungen von Blutgefäßen, Durchblutung etc.). Eine spezielle Ultraschalluntersuchung (die ebenfalls nicht zum Routineultraschall gehört) zu einem sehr frühen Zeitpunkt (9.–12. Lebenswoche) ist die **Untersuchung der Nackentransparenz**: Bei manchen Erkrankungen gibt es eine vorübergehende Ödembildung (Wasseransammlung) der Haut im Nacken des Kindes – dies ist im Ultraschall erkennbar. Hier geht es anders als bei den oben genannten Ultraschalluntersuchungen gezielt um das Erkennen eines Risikos für genetische Erkrankungen wie z. B. der Trisomie 21 oder des TurnerSyndroms sowie um wenige Organerkrankungen z. B. des Herzens.

■ **Das „Ersttrimesterscreening“** hat wie auch die Untersuchung der Nackentransparenz das Ziel, Embryonen mit Chromosomenstörungen zu diagnostizieren. Diese Untersuchung ist eine Kombination aus dem oben genannten frühen Ultraschall, bestimmten Laborwerten und Altersrisiko. Das Ergebnis besteht jedoch lediglich in einer Wahrscheinlichkeitsangabe für die wenigen untersuchten Erkrankungen, nicht in einer definitiven Diagnose. Als Resultat erfahren die werdenden Eltern eine Prozentzahl, zu welcher Wahrscheinlichkeit dieses Kind z.B. eine Trisomie haben kann oder nicht. Je nach Ergebnis sind dann weitere meist invasivere Untersuchungen erforderlich.

■ **Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese)** oder zu einem etwas früheren Zeitpunkt die **Chorionzottenbiopsie** – als bisher einzige direkte, aber invasive Untersuchungen auf genetische Erkrankungen. Hierbei werden mit einer Nadel entweder eine kleine Portion Fruchtwasser (Amniozentese – durch die Bauchdecke in die Gebärmutterhöhle) oder Placentazotten (Chorionzottenbiopsie – ebenfalls durch die Bauchdecke oder durch die Scheide aus dem Mutterkuchen) entnommen. Diese Untersuchungen beinhalten ebenfalls ein wenn auch geringes FehldiagnoseRisiko, sind jedoch mit einem eingriffsbedingten Fehlgeburtsrisiko von 1–3% behaftet, natürlich unabhängig davon, ob das betroffene Kind nun eine Fehlbildung hat oder nicht.

■ Seit einigen Jahren kommen vermehrt neue serologische Pränataltests hinzu, die sogenannten **NIPT („nicht-invasive pränatal-Tests**“, z.B. Pränatest® der Firma Lifekodexx). Diese „pränatale Gendiagnostik“ basiert auf dem

Umstand, dass sich auch im mütterlichen Blut eine geringe Menge zellfreier DNA des Kindes befindet, welche von Plazentazellen stammt. Nach Entnahme einer Blutprobe der Mutter erhält man aus dem Blutserum neben ihrem eigenen genetischen Code auch immer Bruchstücke der kindlichen DNA (cfDNA). Durch Anreicherung dieser cfDNA kann nun untersucht werden, ob ihr ungeborenes Kind bestimmte Chromosomenanomalien aufweist. Diese Methode ist zwar zumindest körperlich kaum belastend für Mutter und Kind. Sie ist jedoch je nach Chromosomenerkrankung unterschiedlich zuverlässig und benötigt bei Auffälligkeiten eine Bestätigung durch eine Amniozentese.

Bisher liegen solche Testverfahren neben der Trisomie 21 noch für wenige weitere Erkrankungen vor. Theoretisch kann jedoch das gesamte Genom auf weitere Erkrankungen untersucht werden – mit Folgen, die nachdenklich machen: Bereits jetzt findet eine umfangreiche Selektion behinderter Menschen mit chromosomalen Erkrankungen statt. Allein die Diagnose Trisomie 21 führt nach mehreren Untersuchungen bei 90–95% der betroffenen Kinder zu deren Abtreibung! Die nichtinvasive und vermeintlich einfache Vorgehensweise klingt verlockend und trägt zur weiten Verbreitung bei – oft ohne im Vorfeld ausreichend zu bedenken, was im Falle eines auffälligen Ergebnisses geschehen soll. Eine weitere Verbreitung führt zwangsläufig in der Folge zu mehr invasiven Amniozentesen zur Überprüfung auffälliger Befunde.

*„Wozu soll die Untersuchung dienen? Geht es darum, behandelbare Erkrankungen zu erkennen und dem Kind eine bestmögliche Therapie zukommen zu lassen?“*

Mittels der NIPT ist es nach Auswertung erster Studien möglich, das gesamte kindliche Genom zu ermitteln und dabei zusätzlich zahlreiche medizinisch nicht oder noch nicht relevante Eigenschaften des Kindes zu „diagnostizieren“. So ist die erklärte Absicht der Hersteller eine Ausweitung der Tests auf zahlreiche weitere Erkrankungen. Wie wird mit diesen „Erkenntnissen“ umgegangen werden? Will man dies alles so genau wissen, wie wird mit den sensiblen Daten umgegangen und welche Folgen hat es (etwa für Gesundheitsprüfungen bei späteren Versicherungen!)? Bei den NIPT stehen kommerzielle Interessen, nicht aber die Gesundheit der Betroffenen im Vordergrund. Die steigende Zahl der Testanbieter in diesem lukrativen Geschäft versucht sich bezüglich Kosten, erkennbaren Erkrankungen und noch früheren Testergebnissen gegenseitig zu überbieten. Die Zuverlässigkeit, Seriosität und wissenschaftliche Überprüfung hält der aktuellen Entwicklung jedoch nicht stand.

Als „Nebenergebnis“ liefern diese Tests bereits das Geschlecht des Kindes, und zwar schon in der 7. Lebenswoche. Eine Selektion nach „falschem“ Geschlecht ist, wenn auch offiziell untersagt, leider durchaus möglich. In zahlreichen Ländern findet sie allein durch die oben genannten bisherigen „herkömmlichen“ Methoden der Pränataldiagnostik bereits massiv statt. Allein in Indien „fehlen“ jedes Jahr 500.000 Mädchen durch vorgeburtliche Geschlechtsselektion! Auch Europa ist inzwischen stark betroffen. Daher sieht auch der deutsche Ethikrat die NIPT und die Zukunft der genetischen Diagnostik in seiner Stellungnahme durchaus kritisch. Der Embryologe Moore schreibt hierzu: „... mit dieser Technik der NIPTs wird der Spirale von zunehmend schwierigen ethischen Entscheidungen eine weitere Umdrehung hinzugefügt ...“

## Fazit/Entscheidungshilfen:

Bei diesem verwirrenden Angebot brauchen werdende Eltern dringend Hilfestellung und Orientierung. Entscheidend sind die Absichten oder Ziele: Wozu soll die Untersuchung dienen? Geht es darum, behandelbare Erkrankungen zu erkennen und dem Kind eine bestmögliche Therapie zukommen zu lassen? Dann ist der Routineultraschall ggf. ergänzt durch weitere Methoden sinnvoll. Die Pränataldiagnostik kann durchaus ein Segen für das Kind sein, wenn gut behandelbare Erkrankungen erkannt und einer Therapie zugeführt werden oder Gefahrensituationen rechtzeitig festgestellt werden. Vielleicht geht es den Eltern auch darum, sich auf nicht behandelbare Erkrankungen einstellen und vorbereiten zu können, das Lebensrecht des Kindes aber auch im Falle einer Behinderung grundsätzlich zu achten und zu respektieren.

Oder geht es darum, möglichst jede erkennbare Störung festzustellen und das Kind bei einem entsprechenden Befund abzutreiben? Dann erscheinen möglichst viele oder alle Untersuchungen schlüssig. Allerdings muss dabei – abgesehen von der ethischen Problematik, dass das Lebensrecht eines Menschen aufgrund seiner Erkrankung oder Behinderung in den Hintergrund tritt – berücksichtigt werden, dass jede Untersuchung nur einen kleinen Teil an Erkrankungen erkennen kann. Absolute Sicherheit kann es nie geben, weder vor noch nach der Geburt. In jedem Falle sollten solche Überlegungen aber bereits vor Inanspruchnahme der jeweiligen Untersuchung erfolgen und nicht erst danach!

Ein positiver Aspekt bei der Pränataldiagnostik bleibt, dass zumindest der Ultraschall und die damit verbundenen Untersuchungen wie die Dopplersonographie oder 3D/4D-Ultraschall auch die Schönheit, Faszination und die Bewegungen des ungeborenen Kindes sichtbar machen. Zudem kann die Sonographie in bestimmten Grenzen eine normale Entwicklung des Kindes bestätigen und zu einer gewissen Beruhigung beitragen. Denn bei aller Aufmerksamkeit bezüglich möglicher Erkrankungen sollte nicht unerwähnt bleiben, dass rund 97% aller Neugeborenen im Großen und Ganzen gesund sind. Es wäre wünschenswert, dass dieser positive Aspekt viel mehr im Vordergrund steht!

**Dr. Michael Kiworr**, Mannheim, ist Gynäkologe und klinisch tätiger Oberarzt und gehört zum Vorstand des Weißen Kreuzes e.V.

# Begleitung im Schwangerschafts-konflikt

Foto: iunsplash.com / Ivan Karasev

**Christine Menke**

Eine ungeplante Schwangerschaft kann den eigenen Lebensentwurf völlig auf den Kopf stellen. Noch ist die Ausbildung nicht abgeschlossen, ein befristeter Arbeitsvertrag läuft aus und schwanger schwinden die Chancen, im Anschluss etwas Neues zu finden. Sorgen über die berufliche Zukunft und die Sicherung des Lebensunterhaltes stehen im Vordergrund. Bei anderen ist die Partnerschaft noch nicht gefestigt und die Schwangerschaft stellt die Beziehung auf eine harte Probe. Aber auch Gewalterfahrungen, gesellschaftlicher Druck, Schulden, Erkrankung der Schwangeren, eine ungeklärte Vaterschaft u.v.m. machen es werdenden Eltern nicht leicht, ein Ja zu diesem Kind zu finden. In der Beratung spüre ich, wie hart es für viele Frauen ist, sich einzugestehen: „… nun ist es passiert, ich bin schwanger und kann meinem Kind nicht das bieten, was ich ihm so gerne geben wollte: Eine heile Familie, finanzielle Sicherheit und was alles dazu gehört. Stattdessen werde ich jetzt vielleicht alleinerziehend sein.“ Oft fühlen sie sich dem nicht gewachsen.

Unter Zeitdruck muss nun innerhalb der 12-Wochenfrist eine Entscheidung getroffen werden. Eine Entscheidung, bei der die meisten auf keinerlei Erfahrungswerte zurückgreifen können, weil sie noch nie in so einem ethischen Konflikt, in solch einer psychisch belastenden Situation gewesen sind. Ganz zu schweigen davon, dass Meinungen und Motive von anderen sie zusätzlich unter Druck bringen können. So fühlen sich viele überfordert und geraten dadurch in einen psychosozialen Konflikt.

Werdende Väter haben und spielen dabei eine ganz besondere Rolle. Die Nachricht, ein Kind gezeugt zu haben, kann mit Freude und Stolz erfüllen, aber auch mit dem Gedanken: Nur das nicht! Schnell stellen sich Bedenken und Befürchtungen ein: Kann ich es mir vorstellen, Vater zu sein? Ja irgendwann, aber nicht jetzt, nicht unter diesen Umständen, nicht mit dieser Frau! Bin ich dieser Verantwortung gewachsen? Schaffe ich das finanziell? Bin ich überhaupt der Kindsvater? – Ängste machen sich breit und so drängen werdende Väter nicht selten die Partnerin z.T. massiv zum Schwangerschaftsabbruch, drohen mit Gewalt, Beziehungsabbruch u.v.m. Dann kann Beratung einladen, über das Leben nochmals ganz neu nachzudenken und eine eigene Vorstellung entwickeln helfen, was für ein Vater „Mann“ für sein Kind sein will. Im Paargespräch dürfen bewusst unterschiedliche Sichtweisen von Mann und Frau zur Sprache kommen. Oft wird jenen Vätern erst zu diesem Zeitpunkt bewusst, dass ihr vielleicht sogar gut gemeintes Angebot, die Frau allein entscheiden zu lassen, keine wirkliche Hilfe ist, sondern die Frau sich damit allein gelassen fühlt. Vielmehr wartet sie auf ein positives Signal, wünscht sich, dass er klare Position bezieht und Verantwortung übernimmt. So würde es auch ihr leichter fallen, JA zu dieser ungewollten Schwangerschaft zu sagen.

Manchmal sind es aber auch die Väter, die ein Ja zu ihrem Kind haben, sich aber schlagartig bewusst werden, dass die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch faktisch allein die Frau trifft. Rechtlich haben sie nicht die geringste Möglichkeit der Mitentscheidung. Selbst dann nicht, wenn sie bereit sind, als alleinerziehender Vater das Kind groß zu ziehen. Sie können nichts unternehmen, wenn die Frau sich entscheidet, ihr gemeinsames Kind abzutreiben. Anderen bleibt nur die Rolle als Trennungsväter. Eigentlich möchten sie im Alltag hautnah miterleben, wie ihr Kind aufwächst, können aber höchstens auf eine gute Umgangsregelung hoffen.

Und wenn eine Frau im christlichen Umfeld ungeplant schwanger wird? Dann hat das oft nochmals eine ganz eigene Dimension.

Im Extremfall berichtete mir eine junge Frau, dass ihre Eltern massiv zum Schwangerschaftsabbruch drängen, denn ihr Vater ist Ältester der Gemeinde. Er würde sein Gesicht oder gar sein Amt verlieren, wenn sich herausstellt, dass seine Tochter unehelich schwanger ist. Eine Abtreibung könnten sie verbergen, das Kind aber in keinem Fall. Nicht selten ist der Weg dieser Frauen gepflastert mit Vorurteilen, sie erleben Verurteilungen oder Projektionen unterschiedlichster Art. Wohlgemerkt: Brüche im Leben, Scheitern und Schuld müssen nicht beschönigt werden, aber zugleich erleben sie oft viel zu wenig den Zuspruch, dass sie von Gott in ihrer Not gesehen, zutiefst geliebt und wertgeachtet sind, sowie die praktische Bedeutung von ehrlicher und konsequenter Vergebung.

So haben ungewollt Schwangere nicht nur herausfordernde Lebensumstände zu bewältigen, sondern u.U. auch gegen den Widerstand ihres ganzen Umfeldes zu kämpfen. Sicherlich: Am Ende trifft die Frau die Entscheidung und hat es zu verantworten. Aber machen wir es uns da nicht zu einfach? Ich bin mir sicher, so manche Entscheidung wäre anders ausgefallen, wenn die Schwangere mehr Ermutigung und mehr Unterstützung erfahren hätte. Im Beratungsalltag erlebe ich: Es macht einen Unterschied, wie werdende Großeltern, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen oder Vorgesetzte reagieren. Ob z.B. der Chef zum Abbruch drängt, weil es betrieblich äußerst ungünstig ist oder von der Familie riesige Geldsummen geboten werden, wenn die Schwangere dadurch nur endlich zur Vernunft kommt

und abtreibt. Oder ob Menschen wohlwollend den Weg begleiten und hinter einem JA zum Kind stehen. Manchmal berichten Schwangere von ermutigenden Begegnungen mit ihrem Arzt, dem Mitarbeiter auf dem Amt, dem Vermieter, der ihr eine Chance gab, oder dem großen Glück, dass ihre Eltern oder auch ihre Gemeinde ganz hinter ihr – auch als Alleinerziehende – stehen und für sie da sind.

Als Christen glauben wir an den Schöpfer des Lebens, dem jeder Mensch und damit auch das Ungeborene und dessen Eltern so sehr am Herzen liegen. Ein guter Grund, Beratung anzubieten, einzuladen zum Leben, uns mit auf die Suche nach individuell passenden Lösungen zu machen und ein Stück auf diesem Weg zu begleiten! Psychosoziale Beratung kann helfen, ein wenig Ordnung in das Durcheinander der Gedanken und Gefühle zu bringen. Sie ermutigt, sich aktiv mit der veränderten Lebenssituation auseinanderzusetzen. Beratung bietet einen Raum, in dem widerstreitende Gefühle, Ängste, Ambivalenzen, Zukunftsfragen zur Sprache kommen und bearbeitet werden können. Sie liefert umfassende Informationen zu sozialen Leistungen, arbeits- und familienrechtlichen Fragen. Sie macht Ressourcen sichtbar und verfügbar, stärkt Beziehungs- und Alltagskompetenzen, fördert den Aufbau einer guten Bindung zum Kind und unterstützt beim Übergang zur Elternschaft. Begleitung im Schwangerschaftskonflikt kann Kriseninterventi-on mit einschließen und ist oft verknüpft mit ganz praktischer Hilfe, weit über die Geburt hinaus. So unterstützen wir mit familienentlastenden Angeboten, beim Ausfüllen der Anträge, beim Kontrollieren der Leistungsbescheide, begleiten zu Behörden, machen uns mit auf Wohnungssuche, beziehen andere Fachdienststellen mit ein und vermitteln weitergehende Hilfe, wenn nötig.

In all dem ist es für mich berührend mitzuerleben, wenn für die werdenden Eltern langsam Hoffnung wächst. Hoffnung, dass sie es mit einem (weiteren) Kind schaffen können. Dann war ihr Kind zwar ungeplant, aber es ist dennoch im Leben willkommen. In der Schwangerenberatung darf ich beeindruckende Männer und Frauen kennen lernen, bin oft tief betroffen von ihren Lebensgeschichten und habe ganz großen Respekt vor diesen Familien, die trotz widrigster Umstände nicht selten Großartiges leisten.

**Christine Menke** ist Dipl. Soz.päd. (BA), Lebens und Sozialberaterin (BTS), Fortbildung Schwangerenberatung bei DAJEB und arbeitet in der Beratungsstelle www.schwangerenhilfe-hall.de.

# Psychische Probleme nach Schwangerschaftsabbruch und wie Hilfe aussehen kann

**Kathrin Lehmann**

Foto: unsplash.com / Eddy Lackmann

Auch wenn ein Schwangerschaftsabbruch in unserem Land unter bestimmten Voraussetzungen straffrei bleibt, glaube ich doch, dass es sich die meisten Frauen damit nicht leicht machen und es trotz allem eine schwerwiegende Lebensentscheidung ist.

Statistischen Daten zufolge (nach einem Vortrag von „profemina e.V.“) werden ganz unterschiedliche Gründe genannt:

- 39% geben Partnerschaftsprobleme an
- 29% biografische Gründe
- 10% Überforderung
- 8% äußerer Druck
- 4% medizinische Gründe (Kind)
- 5% medizinische Gründe (Mutter)
- 4% materielle Sorgen
- 1% kriminologische Gründe (Vergewaltigung)

Hieran wird schon deutlich, dass die Entscheidungen der Frauen durchaus nicht so frei sind, wie mitunter behauptet.

Den meisten Frauen geht es nach einer Abtreibung zumindest körperlich bald wieder gut. Viele sind im ersten Moment irgendwie erleichtert, dass nach dem oft schwierigen Prozess der Entscheidung nun alles vorüber ist. Sie nehmen an, dass ihr Leben so weitergehen kann wie zuvor. Doch auch wenn die Entscheidung gegen ein Kind bewusst getroffen wird, hat es ein Verlusterlebnis gegeben, das unterschiedlich stark betrauert und verarbeitet werden will. Das ist vielen Frauen nicht bewusst.

Je nach individueller Lebenssituation kann die Trauer plötzlich und mitunter völlig unerwartet auftreten, nicht nur unmittelbar nach der Abtreibung, sondern z.B. auch nach einer Phase der vermeintlichen Entlastung Wochen oder Monate danach, zum vorab errechneten Geburtstermin des Kindes, zum Jahrestag des Abbruchs, bei erneuter Schwangerschaft, einer Fehlgeburt oder einer Geburt, auch im sozialen Umfeld. Auch eine schwere Erkrankung, ein Unfall oder ein Todesfall eines anderen Kindes kann zum Anlass werden. Und auch ohne Bezug zum damaligen Geschehen kann sich eine zurückgehaltene Trauer plötzlich ihre Bahn brechen, ohne dass die Betroffene selbst versteht: „Wieso gerade jetzt?“ So kann auch nach Trennung oder Scheidung, nach dem Auszug der Kinder, im Klimakterium (Wechseljahre) oder in der Konfrontation mit dem eigenen Tod ein Trauerprozess in Gang kommen.

Das Besondere ist auch, dass es für abgetriebene Kinder keine regulären Trauerorte gibt, keine Trauerrituale und vor allem kein Grab. Dies kann den Abschied und die Trauerarbeit erschweren.

Erfahrungen betroffener Frauen zeigen, dass die Verarbeitung besonders schwierig ist, wenn der Abbruch aus medizinischen Gründen einer eigentlich erwünschten Schwangerschaft geschah oder wenn die Schwangerschaft bereits weit fortgeschritten war. Schwer kann es auch sein, wenn andere, z.B. die eigenen Eltern, die Entscheidung getroffen haben, weil das Mädchen noch minderjährig war und nicht selbst entscheiden durfte.

Nicht zu unterschätzen ist, dass es sich nicht nur im christlichen Bereich überwiegend noch um ein Tabu-Thema handelt. Die meisten Frauen, die abgetrieben haben, sprechen darüber nicht. Das erschwert oder verhindert die Trauerarbeit. Außerdem können mögliche Scham- und Schuldgefühle nicht verarbeitet werden.

Immer wieder werden verschiedene Beobachtungen mit einem erlebten Schwangerschaftsabbruch in Verbindung gebracht, auch von betroffenen Frauen selbst, z.B. chronische Schuld- und Verlustgefühle, jährlich zum Abtreibungstag wiederkehrende Depressionen, psychosomatische Beschwerden, sogar Drogen- und Alkoholmissbrauch, Selbstmordversuche und psychotische Zusammenbrüche.

Die tatsächlichen psychischen Symptome nach einem Schwangerschaftsabbruch sind aber gar nicht leicht zu fassen. Zum einen können psychische Symptome in verschiedenen Lebensphasen aus vielfältigen Gründen in Erscheinung treten. Sie können deshalb nicht monokausal auf einen zurückliegenden Schwangerschaftsabbruch zurückgeführt werden. Andere Auslöser sind ebenso in Betracht zu ziehen wie die Frage, ob diese Symptome schon früher im Leben der Betroffenen eine Rolle gespielt haben.

Am ehesten ist der Rückschluss zum damaligen Geschehen möglich, wenn die Betroffenen Gedanken oder Fragen zur Trauerarbeit oder konkrete Schuldgefühle äußern. Und natürlich kann eine Frau nach einem Abbruch auch unter Depressionen oder Suizidalität leiden. Doch diese können auch ganz andere Gründe haben. Immerhin erkranken im Laufe des Lebens 20% der Erwachsenen an einer Depression. Daher ist von vorschnellen Schlüssen unbedingt abzuraten. Da Menschen und ihre Geschichten komplex sind, können Symptome nicht immer eindeutig bestimmten Verursachern zugeordnet werden. Zentral ist vielmehr die Frage, wie damit konstruktiv umgegangen werden kann, damit die betroffene Person konkrete und praktische Hilfe erfährt.

Wie kann Trauerarbeit nach einer Abtreibung aussehen? Wie für alle Trauerarbeit gilt, dass sie in dem Tempo und zu dem Zeitpunkt geschehen sollte, wenn die betroffene Person sich diesen Themen stellen kann. Trauerarbeit kann nicht „verordnet“ oder gar „erzwungen“ werden. Verena Kast beschreibt verschiedene Phasen der Trauerarbeit, die durchlebt werden können:

- Erste Phase: Leugnen, Nicht-wahr-haben-Wollen
- Zweite Phase: Intensive aufbrechende Emotionen
- Dritte Phase: Suchen, Finden, Loslassen
- Vierte Phase: Akzeptanz und Neuanfang

S. Stanford, die selbst abgetrieben und später als psychologische Beraterin viele Frauen begleitet hat, beschreibt, wie sie ihre Klientinnen noch einmal mit Hilfe einer Traumreise zu dem schmerzlichen Erlebnis führt und Jesus bittet, in diese Situation zu kommen. Hier erleben Frauen sehr individuell, wie Jesus mit der Situation und mit ihnen umgeht, als positive Erfahrung, die viele Gefühle freisetzt. Danach führt sie einen Übergabegottesdienst des ungeborenen Kindes an Jesus durch. Hierbei geben die Frauen dem Kind nachträglich einen Namen. Sie erleben in ihrer Vorstellung, wie ihr Kind beim himmlischen Vater in guter Umgebung angekommen ist und können nun darüber Ruhe und Frieden finden. Allerdings sollten solche Imaginationsübungen nur unter fachlicher Begleitung stattfinden, da sonst die Gefahr einer Retraumatisierung besteht.

Eine gelingende Trauerarbeit macht den Verlust des Kindes greifbarer, hilft der Frau, das Geschehene zu verarbeiten und mit sich selbst wieder ins Reine zu kommen. Dabei können die Vergangenheit der Frau und ihre Art, überhaupt mit Dingen umzugehen, einbezogen werden. Fachkompetente Begleitpersonen können ihr Mut machen, Trauer und vielleicht auch Wut auf andere, die sie für mitschuldig hält, zuzulassen. Es sollte alles angesprochen werden dürfen. Dann kann es im Nachhinein in Ruhe sortiert und zugeordnet werden. Auch das Thema „Vergebung“ – mir selbst und anderen, die vielleicht Druck ausgeübt oder nicht unterstützt haben – spielt eine wichtige Rolle und sollte angeschaut werden. Mitunter wird Vergebung auch falsch verstanden, als „vergessen“ oder „Auslöschen der Erinnerung.“ Bei einem solchen Fehlverständnis ist Korrektur notwendig, sonst kreisen Betroffene oftmals in einer häufig wiederkehrenden Gedankenschleife „nicht richtig vergeben zu haben“.

Ein nahe stehender Mensch kann hilfreich sein, wenn er die Problematik ernst nimmt – und selbst nicht zu persönlich beteiligt ist. Auch geistliche Erfahrungen einer inneren Heilung haben hier ihren Platz. Für eine systematische Aufarbeitung des Geschehens sollte sich eine Frau aber nicht scheuen, fachliche Hilfe in Form von Psychotherapie oder Beratung in Anspruch zu nehmen.

**Kathrin Lehmann**
ist Beraterin des Weißen Kreuzes in Dresden und christliche Traumabegleiterin.

Foto: photocase.de / no more lookism

# Abgerundet. Nicht abgebrochen – Meine Zeit mit Anna-Kristina

**Kai Mauritz im Interview mit Annette Fründ**

**Kai Mauritz: Du bist mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch in einer für dich dramatischen Situation in Berührung gekommen. Was ist damals geschehen?**
Annette Fründ: Mein Mann und ich hatten schon lange versucht, ein Kind zu bekommen und waren sehr glücklich, als ich nach acht Jahren endlich schwanger war. Wir haben das kleine Wesen von Anfang an geliebt. In der 16. Schwangerschaftswoche wurde bei mir eine Screening-Untersuchung durchgeführt. Am selben Abend klingelte das Telefon und meine Gynäkologin war dran. Sie sagte: „Da stimmt etwas nicht. Sie müssen sofort morgen nach Münster in die Klinik fahren."

Meinem Mann und mir war sofort klar, dass diese Nachricht das Ende bedeuten würde. Wir waren absolut verzweifelt. Bei der Untersuchung am Folgetag wurde uns gesagt, dass unser Kind Anencephalie hätte. Das bedeutet, das Kind hatte weder eine Schädeldecke noch ein Großhirn. Damit war klar: Sobald es nicht mehr über die Nabelschnur versorgt wird, ist es nicht mehr lebensfähig. Wir haben auch erfahren, dass es ein Mädchen wird und haben ihr den Namen Anna-Kristina gegeben.

Für uns als Ehepaar war wirklich schwierig, dass wir einen völlig unterschiedlichen Umgang mit dieser Situation hatten. Mein Mann hat nur darauf gewartet, dass das Ganze endlich vorbei ist. Er hat den Bauch nicht mehr angefasst und sich distanziert. Ich war sehr dankbar für meine Gynäkologin. Sie fragte mich: „Wollen Sie abtreiben oder nicht?" Und dann habe ich mich gegen eine Abtreibung entschieden. Sie hat nicht versucht, mich zu überreden. Daraufhin hat sie mich gefragt. „Dann wollen Sie doch bestimmt Ihr Kind näher kennen lernen?" Alle 14 Tage habe ich ein Ultraschallbild bekommen. Sie gab mir Berichte von betroffenen Müttern, die ihr Kind für ein paar Stunden nach der Geburt noch lebend in den Armen halten konnten.

*„Erst wenn das betroffene Schweigen ausgehalten worden ist, können und dürfen wir zum Ausdruck bringen, worin unsere Hoffnung für den besteht, dessen Leben so nachhaltig erschüttert wurde."*

Ich habe eine Beziehung zu unserem Kind aufgebaut. Zu der Zeit habe ich studiert. Eine meiner Professorinnen hat einen für mich sehr wichtigen Satz gesagt: „Du bist doch noch Mutter. Genieße das einfach!" Und so habe ich mich darauf eingestellt, während der Schwangerschaft Mutter zu sein. Ich habe mir schöne Schwangerschaftskleidung gekauft und habe diese Schwangerschaft mit allen widersprüchlichen Gefühlen zu genießen versucht. Wobei es wirklich seltsam ist, wenn du ein Kind in dir spürst und weißt, dass seine Lebenszeit bald zu Ende sein wird.

**Gab es irgendetwas, das dir in dieser Zeit geholfen hat?**
Als ich von unserer Situation im Hauskreis erzählte, fing eine Teilnehmerin an zu weinen. Dadurch fühlte ich mich einfach verstanden. Später ist mir ein Satz in die Hände gefallen, bei dem ich merkte: So wäre ich gerne getröstet worden! Der Satz stammt von Antje Sabine Naegeli: „Erst wenn das betroffene Schweigen ausgehalten worden ist, können und dürfen wir zum Ausdruck bringen, worin unsere Hoffnung für den besteht, dessen Leben so nachhaltig erschüttert wurde." Meine Schwägerin hat uns ein gesticktes Bild geschenkt mit dem Namen unserer Tochter. Das hat auch sehr gut getan.

Aber es gab auch Verletzungen. Drei Tage nach der Untersuchung in Münster hatten wir einen Geburtstag in der Familie. Jemand kam dort auf uns zu und sagte uns, wenn wir nur richtig glauben würden, würde alles gut gehen. Aus der Gemeinde bekam ich einen Anruf, ich solle mich um jemanden kümmern, der ein echtes Problem hätte. Es gab sogar jemanden, der mich fragte, wie es mir denn mit so einem Ungeheuer im Bauch ginge. Eine andere Begebenheit hat mir auch fast den Boden unter den Füßen weggezogen, als mich ein junges Paar besuchte. Sie brachten ihr neugeborenes Kind mit. Sie brachten mit, was ich so ersehnt habe! Das war richtig schrecklich für mich.

**Ihr wusstet, dass euer Kind sterben wird. Welche Auswirkungen hatte das auf deinen Glauben?**
Vor dieser Situation habe ich immer gewusst, dass Christen auch leiden. Mein Verständnis war: Aber wir kommen da durch wie auf Adlerschwingen. Wir haben es leichter. Es tut nicht so weh. Diese vereinfachte Sicht hat sich leider nicht bewahrheitet. Ich habe furchtbar gelitten. In dieser Zeit haben mir Bücher von Antje Sabine Naegeli sehr geholfen, einer Logotherapeutin und Theologin. Es war immer wieder ein Ringen um das Wissen des Herzens, dass Gott ein Liebender ist. Daran habe ich mich geklammert.

Annette Fründ (hier mit Ehemann Jürgen) ist Diplom-Sozialpädagogin und Beraterin des Weißen Kreuzes. Schwerpunkte ihrer Arbeit ist die Beratung bei Ängsten, Zwängen, Depressionen und Essstörungen.

**Du arbeitest als Therapeutin. Hat dir dein Fachwissen geholfen?**
Ich habe mich mit Logotherapie auseinandergesetzt. Das ist eine sinnzentrierte Psychotherapie. Für mich war die Frage, wie ich auch im Leiden Sinn entdecken kann. Oft empfinden wir uns als Opfer von Umständen. In der Logotherapie wird die Gestaltungsmöglichkeit auch bei schweren Schicksalsschlägen betont: Ich habe die Freiheit, mich auf diese Situation einzustellen. Es liegt in mir, ob ich bitter werde und hadere oder ob ich tapfer bin. Ich habe mich für das Tapfer-Sein entschieden. Ich konnte die Umstände meines Lebens nicht verändern, aber ich konnte meine Haltung dazu beeinflussen.

**Hat dein Mann die Situation anders verarbeitet als du?**
Wir führen wirklich eine glückliche Ehe, aber in dieser Zeit haben wir uns innerlich voneinander entfernt. Dass ich die Schwangerschaft intensiv erleben wollte, mich schick gemacht habe und mich auch inhaltlich auseinandergesetzt habe mit unserem Schicksal, konnte er nicht verstehen. Er hat unheimlich viel in der Bibel gelesen. Wir konnten, was uns zugemutet wurde, nicht gemeinsam tragen. Das hat jeder für sich getan.

**Habt ihr denn gemeinsam hinter der Entscheidung gegen eine Abtreibung gestanden?**
Auf jeden Fall. Für ihn vielleicht mehr aus religiösen Gründen. Für mich war es in allererster Linie: Das ist mein Mädchen. Das liebe ich. Das kann ich doch nicht durch eine Abtreibung auseinanderreißen. Indem ich die ganzen Monate mit Anna-Kristina gelebt habe, ist die Geschichte für mich abgerundet und nicht durch eine Abtreibung abgebrochen. Das empfinde ich als einen ganz wichtigen Unterschied. Meine Seele ist hinterhergekommen.

**Dann kam der Tag der Geburt.**
Es war schrecklich. Einen Monat früher als errechnet. Ich merkte die Anzeichen. Ich wollte dieses Kind nicht hergeben. Für meinen Mann war es eine Erlösung. Die Klinik war auf meine Situation eingestellt. Anna-Kristina ist unter der Geburt gestorben. Aber ich konnte sie auf den Arm nehmen und habe mich gefreut, sie endlich zu sehen. Ich konnte eine Ähnlichkeit zu meinem Mann feststellen. Das war unverkennbar unser Kind! Ich bin sehr dankbar, dass uns eine halbe Stunde gegeben wurde, um uns von ihr zu verabschieden. Dann kam eine Schwester, die sehr liebevoll fragte, ob wir ihr jetzt unsere Kleine anvertrauen würden. Es war für mich so, als ob ich nicht nur ihr, sondern Gott mein Kind gegeben habe.

**Wie ging es dir danach?**
Mein Akku war komplett leer. Als ich meine Tochter nicht mehr hatte, hatte ich überhaupt keine Kraft mehr. Ich war wirklich unten, fertig, kraftlos, dünnhäutig und schreckhaft. Ich habe keine Tabletten genommen, auch keine Therapie gemacht, sondern habe alles alleine durchgestanden. Das war hart. Wenn ich irgendwo einen Kinderwagen gesehen habe, hat mich das unheimlich geschmerzt. Ich habe den Kontakt mit Babys vermieden. Es war für mich eine regelrechte Befreiung, als ich nach einem halben Jahr ein Neugeborenes aus der Gemeinde wirklich auf den Arm nehmen konnte. Da war der Bann gebrochen.

Meine Gynäkologin hat mich weiter begleitet und gesagt: „Wir kümmern uns darum, dass Sie schnell wieder schwanger werden.“ Nach einem dreiviertel Jahr war es soweit. Darüber waren wir natürlich glücklich, aber die erste Zeit war angstbesetzt. Wir mussten in der 12. Woche wieder nach Münster in die Klinik. Dort wurde uns versichert, dass alles in Ordnung sei. Trotzdem hat es seine Zeit gebraucht, bis sich die Freude in mir durchgesetzt hat.

Heute haben wir, Gott sei Dank, eine gesunde Tochter. Aber manchmal frage ich mich, was aus mir geworden wäre, wenn ich kein Kind mehr bekommen hätte. Ich bin mit unserer Geschichte ausgesöhnt – auch weil es unsere Tochter Marie Christin gibt. Aber ich kann auch den Sinn darin sehen, dass ich in meiner Praxis nicht wie ein Blinder von der Farbe reden muss, wenn ich mit Patienten zu tun habe, die unfassbares Leid zu tragen haben.

Mir ist gestern noch ein Brief in die Hände gefallen. Eine meiner Freundinnen war ein halbes Jahr nach dem Tod unseres Kindes ungewollt schwanger. Sie schrieb mir ihre Sicht der Dinge. Sie wollte unbedingt Karriere machen und ein Kind passte überhaupt nicht in ihre Pläne rein. Das war furchtbar für sie. Und dann hat sie meine Geschichte gehört und ist in sich gegangen. Sie konnte eine neue Einstellung zu ihrer Schwangerschaft gewinnen. Später hat sie mir einmal gesagt, dass sie nicht weiß, ob ihr Sohn wirklich leben würde, wenn sie nicht von meiner Geschichte gehört hätte.

**Gab es etwas, das dir die Verarbeitung deiner Trauer leichter gemacht hat?**
Ich habe mich in mein Studium hineingekniet. Das Lernen und die Prüfungen haben meine ganze Aufmerksamkeit gefordert. Das war gut für mich. Ein Professor von mir hat mir dann gespiegelt, dass strukturierte Menschen so seelisches Leid sachlich verarbeiten. Heute weiß ich, dass es wichtig ist, eine Balance zu finden zwischen hilfreichen Strukturen und der Bereitschaft, auch den Gefühlen freien Lauf zu lassen. Wer nur Struktur lebt, bekommt möglicherweise Jahre später eine Depression. Und wer sich in seinen Gefühlen verliert, wird von ihnen weggeschwemmt.

Rückblickend habe ich einmal in einer Gruppe von Kollegen gefragt, warum nur so wenige auf mich zugekommen sind, um mich in den Arm zu nehmen. Daraufhin sagte eine Frau zu mir: „Du siehst nicht so aus, als hättest du das nötig.“ Da ist mir ein Kronleuchter aufgegangen. Ich habe immer die Starke gespielt. Mir ist klar geworden, wenn ich Hilfe haben möchte, muss ich mich auch bedürftig zeigen. Und das habe ich damals nicht getan.

**Wenn Menschen in einer so notvollen Lebenssituation eine andere Entscheidung treffen – kannst du das nachvollziehen?**
Ja, das kann ich. Ich kann auch nur sagen, wie mein Mann und ich entschieden haben, war für uns richtig.

**Kai Mauritz** ist Theologe, Sexualberater (DGSB) und Fachberater für Psychotraumatologie (DeGPT). Er ist Pastor in Lemgo und zu 50 % für das Weiße Kreuz als Fachreferent und Koordinator des Beratungsnetzwerks tätig.

# Was Engagement bewirken kann

**Kai Mauritz**

Foto: istockphoto.com / golero

Als ich vor 20 Jahren den Dienst als Pastor in meiner Gemeinde angetreten habe, gehörte der Konfirmandenunterricht auch zu einer meiner Aufgaben. Bei uns ist es so üblich, dass vor der Konfirmation in unserem Gemeindebrief die Namen aller Konfirmandinnen und Konfirmanden veröffentlicht werden mit einem kurzen Bericht über die Konfirmandenzeit.

In einem meiner ersten Jahre in Lemgo sprach mich eine Frau aus der Gemeinde an. Sie hatte ein Exemplar des Gemeindebriefes dabei, zeigte auf den Namen einer Konfirmandin und sagte mir unter dem Siegel der Verschwiegenheit: „Sie lebt nur, weil wir damals bei Helfen statt Töten mitgemacht haben!“ Dann erzählte sie mir von einer kleinen Gruppe von Ehrenamtlichen, die sich Anfang der 80er Jahre an der Aktion des Weißen Kreuzes beteiligt haben. Sie sammelten Gelder und Sachspenden, um Schwangere, die unsicher waren, ob sie ein Kind aufgrund ihrer Lebenssituation großziehen können, zu unterstützen.

Damals kam es zu einem Kontakt mit einer jungen Frau aus schwierigen Verhältnissen, die ungewollt schwanger geworden war. Sie ließ sich auf die Hilfe ein und bekam eine Tochter, die mir nun im Konfirmandenunterricht fröhlich gegenüber saß und vermutlich gar nicht wusste, dass ihr Start ins Leben einmal so gefährdet war. Manchmal sehe ich sie heute noch in der Stadt. Mittlerweile ist sie selber Mutter. Und es rührt mich jedes Mal: Wie viel haben schon diese wenigen Menschen mit ihrem Einsatz erreichen können! Das beeindruckt mich zutiefst.

Besagte Dame aus meiner Gemeinde hatte mir noch einen weiteren Namen eines Kindes genannt, das geboren wurde, weil die Mutter Hilfe fand. Aus dem Baby wurde ein rebellischer Teenager, der Jesus kennen lernte, Christ wurde, Familie gegründet hat und engagiert in der Gemeinde mitarbeitet. Was für ein Geschenk!

## Mehr erfahren

Sie würden sich gern näher über ein **Thema im Bereich Sexualität und Beziehungen informieren**? Stöbern Sie einfach in der **Mediathek** des Weißen Kreuzes unter

**www.weisses-kreuz.de/mediathek**

Weißes Kreuz e. V.
Weißes-Kreuz-Str. 3
34292 Ahnatal

Postvertriebsstück
Deutsche Post AG
Entgelt bezahlt
**H 07649**

*Theologische Notizen*

# Verantwortung thematisieren – zur rechten Zeit – am richtigen Ort!

Wenn es einen Verkehrsunfall gegeben hat und die Rettungskräfte am Unfallort eintreffen: Was tun sie zuerst? Fragen sie danach, wer den Unfall verursacht hat? Und helfen womöglich zuerst denen, die allem Anschein nach unschuldig sind? Nein, sie schauen danach, wer am schwersten verletzt ist. Sie helfen ohne Ansehen der Person, ohne nach Schuld oder Unschuld zu fragen. Natürlich muss und wird auch die Schuldfrage gestellt werden. Aber nicht in diesem Augenblick und nicht von ihnen.

Niemand wird Jesus verdächtigen, dass er die Schuldfrage nicht ernst nehmen würde. Und doch beobachten wir gerade bei Jesus, dass er Menschen oft nicht zuerst mit dieser Frage konfrontiert. Vor allem dann nicht, wenn sie in Not sind. Ein Beispiel: Männer schleppen eine offensichtlich ehebrecherische Frau vor ihn und wollen sie verurteilt sehen (Johannes 8,1-11). Jesus leugnet die Schuld der Frau keineswegs. Doch als erstes konfrontiert er ihre Ankläger mit deren eigener Sünde und bewahrt so die Frau vor der drohenden Steinigung. Erst ganz zuletzt, mit Blick auf ihre Zukunft, spricht er von Schuld, vergibt ihr und fordert sie auf, künftig einen neuen Weg einzuschlagen.

Immer wieder wird Jesus von Heilung Suchenden geradezu bedrängt. Meist heilt er sie nach einem kurzen Dialog. Er fordert sie nicht einmal zum Glauben auf. Sie profitieren von seiner Hilfe, auch wenn sie hinterher wieder ihrer Wege gehen. Besonders deutlich wird das, als er zehn Aussätzige heilt, aber nur einer umkehrt, um ihm zu danken (Lukas 17,11-18). So zeigt Jesus auch in seinem Verhalten Menschen gegenüber, was das Evangelium verkündigt: Seine Zuwendung ist an keine Bedingung geknüpft.

Auch in der Geschichte des Oberzöllners Zachäus wird das sehr deutlich (Lukas 19,1-10). Anstatt diesem Halsabschneider berechtigte Vorwürfe zu machen, lädt sich Jesus einfach zu ihm nach Hause ein und bringt ihm eine Wertschätzung entgegen, die er vielleicht noch nie erlebt hat. Die Gerechtigkeitsliebenden können das überhaupt nicht verstehen. Doch Zachäus wird plötzlich klar, was sein Leben wirklich verdunkelt hat, und er beginnt unaufgefordert ein völlig neues Leben.

Im rechten Augenblick thematisiert Jesus auch die Schuldfrage. Einmal reißen vier Männer direkt über ihm ein Dach auf und lassen einen Schwerkranken auf einer Liege zu ihm herab. Obwohl alle auf eine Heilung warten, spricht Jesus ihm zuerst die Vergebung zu (Markus 2,1-12), ehe er ihn dann auch auf die Beine bringt. Offenbar war es Jesus in diesem Fall wichtig, erst die Sünde zu bewältigen und dann die Krankheit.

Helfen und an Verantwortung erinnern – beides gehört zum christlichen Dienst. Aber es geschieht nicht gleichzeitig. Bedrängte oder verletzte Menschen können sich der Frage nach ihrer Verantwortung meist nicht stellen. Es würde ja ihre Not nur vergrößern. Sie suchen einfach irgendeinen Ausweg. Deshalb kann die Frage nach ihrer Verantwortung in solchen Situationen als verurteilend, geradezu herzlos erlebt werden. Sie brauchen Hilfe und Unterstützung. Sie brauchen die Erfahrung, nicht allein zu sein. Gerade dann kann die Kraft wachsen, sich schließlich auch der Frage nach der eigenen Verantwortung zu stellen und, wo nötig, Schuld zu bewältigen, die das Leben vielleicht lange verdunkelt hat.

*Martin Leupold*