

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 99 (2001)

Heft: 7-8

Artikel: Vor- und Nachteile medizinisch-technischer Schwangerenvorsorge

Autor: Ensel, Angelica

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951298>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Ich gerate ins Schwärmen, wenn ich an den Hebammenkongress 2001 in Schwyz zurückdenke! Von einer Handvoll engagierter Hebammen der zweitkleinsten Verbands-Sektion perfekt organisiert, stand der Anlass unter einem glücklichen Stern, mit funkelnden Glanzpunkten wie der total schrillen und umwerfend komischen Abendshow, dem «Déjeuner sur l'herbe» im Reding-Park und zum Ausklang dem wunderbaren Videofilm mit vier Hebammen



aus unseren vier Sprachgebieten – ein berufs- und kulturpolitischer Auftritt vom Feinsten. Chapeau und Dank den Veranstalterinnen!

Berufspolitisch brisante Aussagen hörten wir von Angelica Ensel, deren Referat wir in dieser Nummer publizieren. Es zeigt aus ethnologischer Sicht auf, dass der Entscheid einer Frau, sich in der Schwangerenvorsorge dem Arzt oder der Hebamme anzuvertrauen, wichtige Weichen stellt. Nachvollziehbar wurde, weshalb der Entscheid praktisch irreversibel ist, sogar wenn eine Frau nach einem Arztbesuch verzweifelt und verunsichert Trost bei einer Hebamme sucht. Folgerichtig weitergedacht kann das nur heissen: Hebammen müssen sich bei den Frauen einführen, bevor diese schwanger werden. Dies ruft nach verstärkter Öffentlichkeitsarbeit mit beruflicher Profilierung gerade bei jungen Frauen und Paaren.

Unter diesem Gesichtspunkt sind die Ostschweizer Hebammen vor einem Jahr einen innovativen Weg gegangen: Sie kontaktierten Schulen der Mittelstufe und offerierten eine Gratis-Schulstunde – mit Erfolg. Sicher finden sich nicht nur in der Ostschweiz Lehrkräfte, welche den Sexualunterricht oder eine Lektion Lebenskunde für einmal gerne in Hebammenhände legen – und den Hebammen nebst Plausch und Abwechslung auch eine Plattform für PR-Arbeit öffnen!

Jalinde Michel

Schwangere und «Sicherheit»

Vor- und Nachteile medizintechnischer Schwangere

Im Sinne der Übergangsriten ist die Schwangerschaft eine Schwellensituation, die den Übergang in eine andere Lebensphase und einen neuen sozialen Status ankündigt. Schwangerschaft ist demnach auch eine Zeit der Krise, die einer rituellen Begleitung bedarf. Dieses Bedürfnis wird durch die Schwangerenvorsorge genährt und fallweise durch den Arzt oder die Hebamme befriedigt – mit der entsprechenden Bindung an Technik, Ultraschall und pränataler Diagnostik oder eben an ganzheitliche Betreuung. Wie diese Weichenstellung erfolgt, ist von berufspolitischer Brisanz für die Hebammen.

Angelica Ensel

WAS bedeutet «Sicherheit» für eine Schwangere? Was brauchen schwangere Frauen? Und was meinen sie, was sie brauchen? Welche Form der Betreuung wünschen sie und von wem? Wenn ich in meinen Geburtsvorbereitungskursen oder auch nach der Geburt mit Frauen spreche und sie frage, wie sie die Schwangerenvorsorge erlebt haben, erhalte ich immer wieder ähnliche Antworten. Die Beurteilungen der Frauen lassen sich in drei verschiedene Gruppen einteilen.

Tee mit der Hebamme statt Verunsicherung

Das Statement der ersten Gruppe lautet etwa: «Also in Kombination mit der Geburtsvorbereitung war die Vorsorge in Ordnung. Meine Ärztin hat mir immer alles erklärt, hat alle meine Frage beantwortet und für das andere hatte ich ja den Geburtsvorbereitungskurs». Bei diesen Frauen handelt es sich in aller Regel um Erstgebärende.

Die zweite Gruppe – auch dies sind fast immer Erstgebärende – urteilt: «Manchmal war ich schon unsicher, gerade in bezug auf Pränatale Diagnostik, andererseits fand ich es auch gut, alle Möglichkeiten zu haben.»

Bei der dritte Gruppe von Frauen, die ich weitaus seltener antreffe, finde ich eine andere Bewertung: «Von mir aus könnte die ganze ärztliche Vorsorge ausfallen. Ich bin so froh, daß ich nicht beim Arzt war in dieser Schwangerschaft. Wenn meine Hebamme zu mir kam, haben wir uns erst mal hingesetzt und Tee getrunken und dann haben wir über alles geredet bevor sie mich untersuchte. Das hat mir immer sehr gut getan – im

Gegensatz zur ersten Schwangerschaft, wo ich beim Arzt war und dort ständig verunsichert wurde.» Frauen, die sich so dezidiert und selbstsicher von der ärztlichen Vorsorge abgrenzen, sind in aller Regel Zweitgebärende, die sich aufgrund schlechter Erfahrungen bei der ersten Schwangerschaft beim zweiten Mal für die Hebammenvorsorge entschieden haben.

Was schwangere Frauen brauchen und wünschen, ist abhängig von ihrem sozialen Status, ihrer Sozialisation in bezug auf ihr Körpergefühl und ihrem körperlichen Selbstbewußtsein; es ist weiterhin abhängig von ihrem Informationsstand und natürlich von ihren Vorerfahrungen, das heißt, ob sie ihre erste Schwangerschaft erleben oder bereits ein Kind haben.



Dr. Angelica Ensel ist promovierte Medizinerin, Hebamme und Journalistin und lebt in Hamburg.

medizinisch- nursingvorsorge*

Vorsorge in der gynäkologischen Praxis

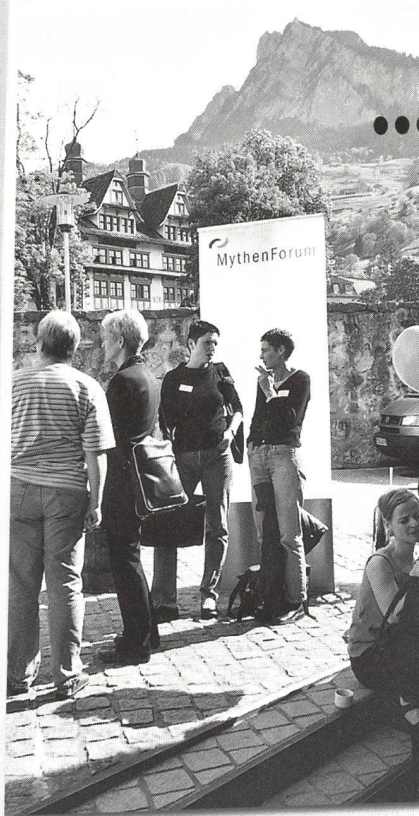
Schwangere Frauen nehmen heute in hohem Maße die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch – mehr als drei Viertel von ihnen wird dabei in Deutschland als risikobehaftet eingestuft. Obwohl also sehr viele Frauen durch die ärztliche Vorsorge erreicht bzw. versorgt werden, hat dies nicht dazu geführt, daß die Zahl der Risiken reduziert werden konnte im Vergleich z.B. mit den Fünfzigerjahren, in denen ärztliche Vorsorge noch die Ausnahme war. Im Gegenteil: die Zahl der medizinisch definierten Risiken ist gestiegen! (Hier könnte man fragen: Entsteht das Risiko erst dadurch, daß so viele sich untersuchen lassen?) Von der Vielzahl der Untersuchungen, die für jede Schwangere laut Mutterpass vorgeschrieben ist, kann nur ein Teil nach wissenschaftlichen Kriterien als sinnvoll erachtet werden.

Die Verknüpfung beziehungsweise die gemeinsame Sicht dieser beiden Phänomene weist uns auf den Begriff des Mythos hin und wirft natürlich Fragen zur Effektivität ärztlicher Vorsorge auf. Hierzu gibt es mittlerweile eine Reihe von Studien, die deren Nutzen in bezug auf ihren diagnostischen Wert zum Teil in Frage stellen (z.B. Effective Care). Im Alltag der gynäkologischen Praxen spielen die Ergebnisse dieser Studien keine Rolle. Damit wird transparent, daß es sich bei den Routineuntersuchungen der Schwangerenvorsorge zumindest zum Teil um einen Mythos beziehungsweise um Rituale handelt.

Schwangerschaft als Schwellensituation

Aus ethnologischer Perspektive nämlich ist die Schwangerschaft eine Schwellensituation, das heißt, eine Lebenssituation, in der sich ein Übergang von einem sozialen Status in einen anderen ankündigt. Mit Beginn der Übergangsphase verlässt die Frau ihrer bisherige (stabile) Position. Sie muss nun eine Phase durchleben, die durch wechselnde und widersprüchliche Empfindungen gekennzeichnet

«Der Hebammenkongress war...
...erfolgreich»



Kongresszentrum Mythenforum
vor prächtiger Kulisse.



Die Aussteller konnten sich nicht
über mangelndes Interesse beklagen.



Susanne
Bovard, OK-
Präsidentin,
strahlt zu
Recht – der
Kongress war
ein voller Er-
folg! Zu ihrer
Seite Regie-
rungsrat
Armin Hüppin.

Fotos: Gerlinde Michel

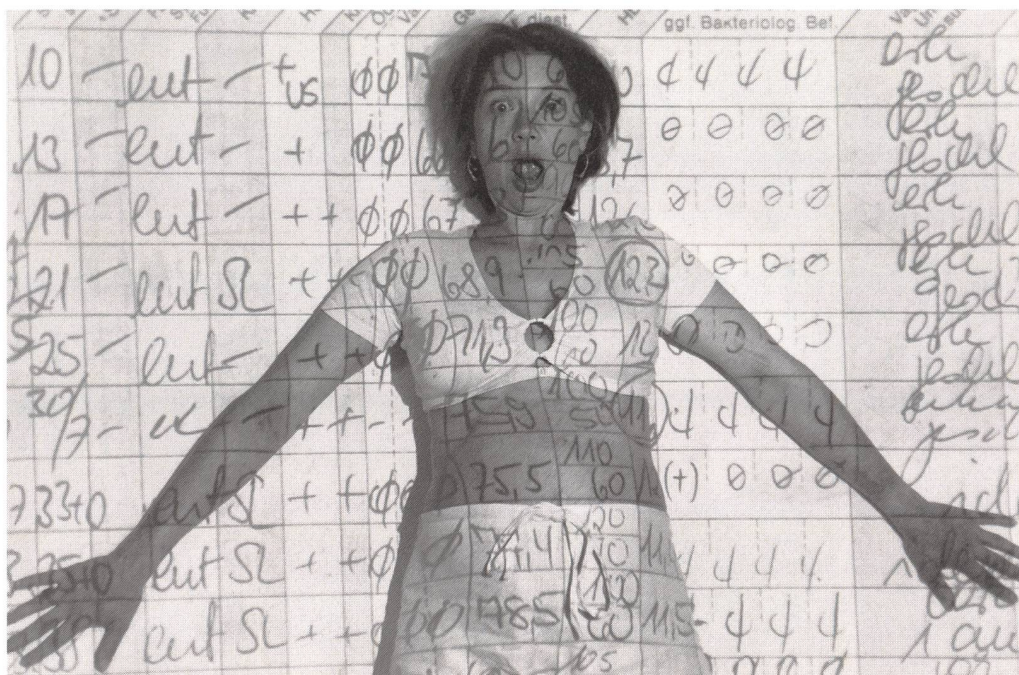


Foto: Silke Mittelstädt

Das engmaschige System von kontrollierenden Massnahmen sollte eigentlich Sicherheit erzeugen, führt jedoch oft zu teils massiver Unsicherheit.

net ist. In dieser Zeit gibt sie ihre frühere Position weitgehend auf, ohne bereits einen neuen stabilen Lebenszustand erreicht zu haben. In diesem unsicheren und gefährdeten Zustand braucht die Schwangere eine Person, die sie in diesem Prozess begleitet und auch führt.

In traditionellen Gesellschaften bekommt eine Schwangere durch ihr soziales Umfeld (Familie, Gemeinschaft) emotionale Unterstützung, Orientierung und Betreuung durch ein bewährtes Modell. In unserer Kultur, in der traditionelle Grossfamilienstrukturen nicht mehr existieren und wo schwangere Frauen selten mütterliche Vorbilder in ihrer Umgebung erleben, ist ein Vakuum entstanden in bezug auf die Position der Führenden. Dieses Vakuum füllt in der überwiegenden Zahl der Fälle die ärztliche Schwangerenvorsorge.¹

Kommen wir zurück zu der Frage nach dem Angebot, das einer schwangeren Frau heute durch die Vorsorge gemacht wird. Ich möchte dieses Angebot hier nicht auf schulmedizinischer Ebene in bezug auf Effektivität und Nutzen betrachten, sondern auf psychologischer Ebene analysieren und als eine Form der Sozialisation/der Prägung verstehen. Ich behaupte, dass eine Schwangere durch unsere Medizinkultur in einer bestimm-

ten Art und Weise sozialisiert wird. Davon ausgehend möchte ich fragen: Wie erfolgt dieses Sozialisation in der ärztlichen Vorsorge und was erlebt eine schwangere Frau dabei? Was erwartet die Gesellschaft von ihr, das heisst: Wie sieht das kulturell vorgeschriebene, «richtige Verhalten» einer Schwangeren aus? Und wie gestaltet sich die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin² und Patientin – einem Professionellen und einer Laiin?

Initiationsritual: erster Arztbesuch mit erstem Ultraschall

Eine Frau, die heute schwanger wird, ist mit dem Eintritt in die ärztliche Schwangerenvorsorge – völlig selbstverständlich und ohne daß es ihr bewußt ist – mit Pränataler Diagnostik konfrontiert. In vielen Fällen erfolgt schon die Feststellung der Schwangerschaft per Ultraschall. Bei dieser Begegnung zwischen Arzt und Schwangerer geschehen zwei prägende Ereignisse:

Der erste Aspekt: Die Frau «sieht» ihr Kind auf dem Bildschirm, lange, bevor sie es fühlt und bevor sie überhaupt richtig begriffen hat, daß sie schwanger ist. In einer Zeit, in der die Schwangerschaft noch extrem unsicher ist, da die «Natur» sich noch entscheidet, ob dieses Kind überhaupt weiter wachsen soll – lange bevor sich die Schwangerschaft körperlich und seelisch richtig «etabliert» hat – wird dieses Kind bereits «gesehen». Nicht als kleines Menschenwesen (als Puppe in der Puppe) ... sondern in einem flimmernden schwarz-weißen Bild-

schirm ... messbar. Es wird der Schwangeren gesagt, was sie zu sehen hat.

Auch wenn auf diesem Bild eigentlich (und erst recht für den nicht-fachlichen Blick) noch nichts zu sehen ist, was an ein Kind erinnert, so ist das «Sehen» dieses ersten Kindbildes ein zutiefst prägendes emotionales Erlebnis. Dieses Bild erzeugt eine Ebene von Wirklichkeit, die ganz anders ist als die Wirklichkeit der schwangeren Frau und das Wirken, das sie körperlich und seelisch erlebt. Im Ultraschallbild geht es um die Kategorien der Messbarkeit und Sichtbarkeit. Im Erleben der Frau überlagern sich die unterschiedlichen Ebenen der Wirklichkeit: Einerseits ist dieses Kind «wirklich», das Bild zeigt es ja, und es hat eine grosse Wirkung auf die Gefühle der Frau. Andererseits ist diese Ebene, die das, was sich innerlich zutiefst bewegend abspielt, in ein schwarz-weißes Raster bringt, für die Frau nicht fassbar. Sie fängt ja zu diesem Zeitpunkt emotional gerade an, schwanger zu sein. Und ohne dass sie es so wahrnimmt, ist sie überfordert, denn hier wird etwas vorweggenommen, was emotional noch gar nicht vollzogen ist: das langsame Annähern an das Kind, ein Prozess, der sich auch in Ambivalenzen, Widersprüchen und anderen starken Emotionen äußern kann. Der Macht dieses ersten Bildes kann sich kaum eine Erstgebärende entziehen.

Der zweite bedeutsame Aspekt dieses Ereignisses ist die Beziehung, die hier begründet wird: Es ist der Arzt, der der Frau dieses Kind zeigt, er «schenkt» ihr dieses erste Bild von ihrem Kind.

Wenn wir davon ausgehen, daß Schwangerschaft, Geburt und Wochen-

¹ Da sie keine anderen Vorbilder haben, definieren sich die Frauen in aller Regel über das Angebotene. Ihre wirklichen Bedürfnisse können sie meist erst beim zweiten Kind entwickeln, wenn sie klare Kategorien für sich gefunden haben.

² Im Folgenden werde ich der Einfachheit halber nur vom «Arzt» sprechen.

³ Eine starke symbolische Funktion hat in diesem Zusammenhang die Übergabe des Mutterpasses (die neue Identität).

⁴ Aber auch zwischen Frau und Technologie.

bett – als grenzenüberschreitende und auch gefährliche Prozesse – in vielen Kulturen und auch bei uns ritualisiert sind (um die Gefährdungen unter Kontrolle zu halten), dann können wir die Institution der Schwangerenvorsorge als Ritual begreifen. In diesem Sinn ist der erste Besuch beim Arzt ein Initiationsritual, ein Ereignis, das von starken Gefühlen begleitet ist.³ Hier werden ganz entscheidende Verknüpfungen im Unterbewusstsein der Schwangeren fixiert:

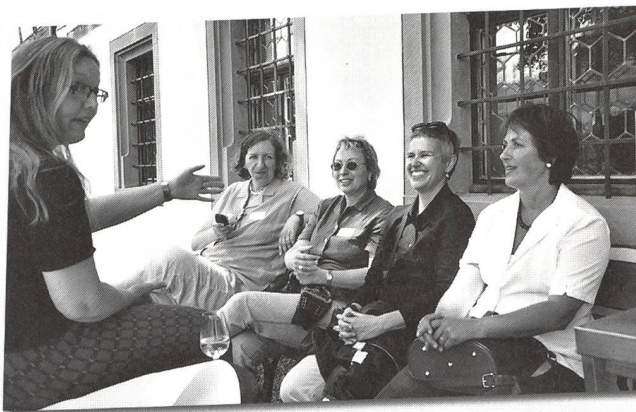
1. Die Sicherheit über ihren Zustand erhält sie vom Arzt. Das heisst: es braucht die ärztliche Bestätigung, um sicher zu sein, sich gut (aufgehoben) zu fühlen.
2. Diese Sicherheit wird erzeugt durch die vom Arzt gehandhabte Technologie. Das heisst, beide – Arzt und Schwangere – sind auf den Einsatz von Technologie angewiesen, um sich sicher zu sein, daß es sich hier um einen «normalen», «gesunden» Prozess handelt. Technologie gehört in der Beziehung zwischen Arzt und Schwangerer von Anfang an selbstverständlich dazu, sie ist ein notwendiges (ärztliches) Medium, um eine Schwangerschaft gut zu betreuen.

Das emotional so dichte Initiationsritual des ersten Arztbesuchs mit der Anwendung des Ultraschalls bindet die Frau an die Technologie und an diejenigen, die sie handhaben. Dabei gilt nur diese objektivierbare, messbare Ebene der Realität als wirklich. Dieses Ritual, das Sicherheit erzeugen soll, hat auch mit Macht und Kontrolle zu tun. Als Initiationsritual hat der erste Ultraschall eine besondere beziehungs begründende Funktion – auf zwei Ebenen: zwischen Arzt und Frau, aber auch zwischen der Frau und ihrem Kind⁴.

Schwangerenvorsorge als Situation permanenter Entscheidungen, Versicherungen und Verunsicherungen im Beziehungsdreieck Arzt – Technologie – Schwangere

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft wiederholen sich die Vorsorgeuntersuchungen mit ihren Ritualen in regelmäßigen Abständen. Und schon sehr bald geht es – heute für jede Frau – um schwerwiegende Entscheidungen. Die Frauen müssen sich fragen: «Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen soll ich vornehmen lassen, und welche Konsequenzen bin ich bereit zu ziehen?»

«Der Hebammenkongress war... ...weiblich»



Barbara Schwaerzler (l.) hat interessierte Zuhörerinnen gefunden



Déjeuner sur l'herbe – in schönster Umgebung



Hebammen – etwa 450 waren es insgesamt!

Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit

Unterrichtsmaterialien

«Sichtwechsel e.V.», Verein zur Förderung der Ziele des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, und der «Bund Deutscher Hebammen e.V.» haben eine umfangreiche Arbeitsmappe mit Unterrichtsmaterialien zum Thema Pränataldiagnostik herausgegeben. Die Mappe bietet Stoff für 24 Unterrichtsstunden und ist für Lernende im zweiten und dritten Ausbildungsjahr konzipiert. Die Materialien bieten ein konkretes Angebot für die Auseinandersetzung mit der Thematik und ihren berufsspezifischen Konsequenzen. Mitverantwortlich für die Redaktion zeichnet Kongressreferentin Angelica Ensel.

Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1999; 340 Seiten; ISBN 3-910095-44-5. DM 48.-.

Viele Frauen fühlen sich überfordert mit diesen Entscheidungen. Das führt oft dazu, daß die Entscheidungen nicht «richtig», d.h. nicht grundsätzlich getroffen werden. Der Blick auf die Konsequenzen wird vermieden, nach dem Motto: Jetzt lassen wir erst mal diese Untersuchung machen und dann sehen wir weiter ... Überschaut wird dabei nicht – und kann von den Frauen in der ersten Schwangerschaft auch nicht überschaut werden – daß dieses «erst mal» zum Dauerzustand werden kann. Denn immer wieder kann es sein, dass der gerade erreichte Zustand der «Sicherheit» wieder erschüttert wird durch neue Untersuchungsergebnisse im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge. Das System der vorgeburtlichen Untersuchungen durchzieht die gesamte Schwangerschaft. Immer wieder stehen neue Stufen der Entscheidungen an, immer wieder können alleine durch die Wahlmöglichkeiten neue Verunsicherungen entstehen. Und wenn ein Test positiv ausfällt – wenn also ein Ergebnis auffällig ist – steht die nächste Ebene der Entscheidungen an. Wenn eine – sehr bewusste – Frau beschliesst, sich Pränataldiagnostik soweit wie möglich vom Leibe zu halten und lediglich die drei Ultraschall-Untersuchungen (die in Deutschland laut Mutterchaftsrichtlinien vorgeschrieben sind) durchführen zu lassen, wird auch sie mit den Untersuchungsergebnissen des Ultraschalls konfrontiert. Sie muss im

Falle von Auffälligkeiten die Frage nach weiteren Untersuchungen neu beantworten. Eine Frau, die entschieden ist, überhaupt keine Diagnostik vornehmen zu lassen, muss sich massiv abgrenzen, um nicht von bestimmten Methoden (Ultraschall, Triple-Test) überrumpelt zu werden⁵.

Das engmaschige System von kontrollierenden Massnahmen, die Sicherheit erzeugen sollen, die jedoch in der Konsequenz zu – teils massiver, teils auch nur latenter – Verunsicherung führen können, hat Auswirkungen auf die Frau. Meine These: es wirkt stark – vor allem unbewußt – auf die Einstellung der Frauen zu ihrer Schwangerschaft und auf das Vertrauen in bezug auf die Kraft der Natur, auf die «Potenz» des eigenen Körpers.⁶

Die Folge: Schwangere Frauen vertrauen immer weniger darauf, daß ihr Körper von alleine vieles «richtig» macht. In vielen Fällen ist dieses Gefühl nur zeitweise da (nach dem Besuch beim Arzt). Je länger der zeitliche Abstand zum Arztbesuch, desto mehr Unsicherheit entsteht wieder. Dabei sehen die Frauen diesem Besuch oft ambivalent entgegen: mit Erwartung und Hoffnung auf innere Sicherheit, aber auch mit Angst vor neuen Verunsicherungen. Der Preis, den die Frauen zahlen, ist hoch: Die kurzfristige Sicherheit ist leicht erschütterbar, sie muß immer wieder neu erzeugt werden. Die schwangere Frau ist emotional «gefangen» in einem System, das einen grossen Teil ihres körperlichen Selbstbewusstseins von einer medizintechnologisch bestimmten Vorsorge abhängig macht.

Warum machen schwangere Frauen das mit? Warum treffen Hebammen immer wieder auf Frauen, die nach einem Arztbesuch völlig verzweifelt und in Tränen aufgelöst anrufen, weil sie völlig verunsichert sind? Frauen, die sonst in ihrem Leben und im Arbeitsprozess selbstbewußt und kritisch ihre Entscheidungen treffen? Wir können hierzu eine Reihe von Antworten geben und Sie werden sicher im Laufe Ihres Berufslebens Ihre persönlichen Erklärungsmodelle gefunden haben. Kommen wir noch einmal zurück zur Ausgangsfrage:

Was brauchen Frauen, um «guter Hoffnung» schwanger zu sein?

Ich nehme an dieser Stelle eine Untersuchung⁷ zu Hilfe, die kürzlich in einem Kolloquium in der Universität Osnabrück⁸ vorgestellt wurde. Um die positiven Einflussfaktoren im Geburtsverlauf

zu ermitteln, wurden Frauen zu ihrem Geburtserleben befragt. Ein Ergebnis sind drei Parameter, die die salutogenetischen (gesundheitsfördernden) Faktoren beinhalten:

- Sicherheit/Geborgenheit
- Selbstbestimmung
- Kongruenz/Nachvollziehbarkeit

Sie bilden die Grundvoraussetzungen für das Wohlbefinden von Frauen unter der Geburt. Ich meine, dass sich hier auch wesentliche Faktoren für das Wohlbefinden in der Schwangerschaft wiederfinden. Meine These ist, dass es drei Parameter gibt, die das (ungestörte) Schwangerschaftsgeschehen elementar braucht: Regression/Rituale/ Geführtwerden. Diese Parameter korrespondieren zum Teil mit den salutogenetischen Faktoren:

- Regression braucht Geborgenheit
- Rituale geben Sicherheit
- Geführtwerden setzt Kongruenz voraus

Die Selbstbestimmung, die ebenfalls für das Wohl in der Schwangerschaft eine zentrale Funktion hat, möchte ich hier auf einer anderen (eher rationalen) Ebene ansiedeln, da ich hier vor allem auch über die Aspekte spreche, die eine eher unbewusste Ebene betreffen.

Sehen wir uns nun genauer an, wie es wirkt, wenn die derzeitige Schwangerschaftsvorsorge und die mit ihr verbundene Pränatale Diagnostik auf diese Bedürfnisse trifft bzw. wie sich schwangere Frauen mit ihren Bedürfnissen in das für sie vorgegebene Angebot integrieren.

Schwangerschaft braucht Regression und Rituale

Schwangere Frauen sind in einem Zustand der Offenheit, Unsicherheit und grosser Sensibilität. Dazu kommt ein Bedürfnis nach Regression: Regression ist ein wichtiges Element des bewegenden Geschehens: Zulassen, Wachslassen, Loslassen, Geschehenlassen, was geschieht, hat auch damit zu tun, Kontrolle aufzugeben. Schwangere müssen einen Teil der Kontrolle über ihren Körper abgeben. Ihr Körper hat ein Eigenleben: da wächst etwas, worauf sie keinen Einfluss haben, es geschieht einfach und ihr Körper verändert sich. Sie machen die Erfahrung, dass sie sich dem hingeben, es zulassen müssen, damit es ihnen gut geht. (Die Schwangerschaftsvorsorge mit ihrem Kontrollbestreben steht dieser notwendigen Hingabe gleichsam entgegen.)

Das Bedürfnis nach Regression bewirkt, dass schwangere Frauen begleitet werden wollen. Sie suchen Orientierung und Halt, wollen geführt werden. Und da Frauen in unserer Kultur, wenn sie das

erste Kind bekommen, häufig weder eine Schwangerschaft noch eine Geburt hautnah miterlebt haben, suchen sie diese Orientierung heute in der Institution der ärztlichen Vorsorge – zur Zeit noch selten bei der Hebamme.

Neben der Regression braucht der von Natur aus «unsichere» Zustand der Schwangerschaft Rituale. Weil in unserer Kultur angestammte Rituale und auch der dazu gehörende Beistand weitgehend weggefallen sind, konnte die ärztliche Vorsorge diese Lücke füllen.

Weil sie Rituale und rituelle Begleitung in einem Lebensabschnitt der Wandlung und Unsicherheit brauchen, wehren sich auch sehr selbstbewusste und sonst selbstverantwortlich handelnde Frauen nicht oder nur begrenzt gegen ärztliche Massnahmen (was Hebammen ja oft wundert und wütend macht).

Pränatale Diagnostik als Ritual in der Krise des Übergangs

Pränatale Diagnostik fügt sich in dieses Bedürfnis nach Ritualen/Ritualisierungen nahtlos ein. Ihre Wirkung auf die Psyche der Frauen ist jedoch viel stärker als die der übrigen Untersuchungen. Das Sicherheitsversprechen der Pränatalen Diagnostik vermittelt den Frauen unausgesprochen: «Wenn du alles tust, was wir dir dringend raten, hast du die bestmöglichen Chancen, ein gesundes Kind zu bekommen». Das Ritual des Ultraschalls besagt: «Wir gucken nach, ob alles in Ordnung ist». Für das Gefühl der Frauen (und sicher zum Teil auch der Ärzte) bedeutet es aber auch: «Wir gucken nach, damit alles in Ordnung ist». Damit gelangt der Ultraschall, der ja eigentlich für Technologie und Ratio steht, auf eine magische, völlig irrationale Ebene. In dieser emotional so dichten Situation würde es eine grosse Fähigkeit zur inneren Distanz erfordern, um sich dabei rational über Möglichkeiten und Grenzen der Pränatalen Diagnostik bewusst zu sein.

Die Göttinger Sozialwissenschaftler Friedrich, Henze und Stemann-Acheampong haben in einer empirischen, qualitativen Studie (1998)⁹ die Entschei-

⁵ und sie wird Schwierigkeiten haben, einen Arzt zu finden, der diese Haltung akzeptiert (aus juristischen und ökonomischen Gründen).

⁶ und es wirkt auch auf das Geburtsverhalten der Frauen, aber das ist ein anderes, wichtiges Thema, auf das ich in diesem Rahmen nicht näher eingehen kann.

⁷ Bormann, Brigitte (2001) Positive Einflussfaktoren auf den Geburtsverlauf aus der Sicht der Gebärenden. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

⁸ Abt. Gesundheits- und Krankheitslehre/ Psychosomatik.

⁹ Friedrich/Henze/Stemann-Acheampong (1998) Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen. Berlin.

«Der Hebammenkongress war... ...kreativ»



Und immer wieder willkommene Kaffeepausen für Gespräche



In Erwartung des Ansturms...



..., der manchmal nur noch durch den Kongress-Ordnungsdienst zu bändigen war.