

Arzt oder Techniker?

Aus dem Tagebuch einer unproblematischen Schwangerschaft

Den folgenden Auszug aus dem Tagebuch eines werdenden Vaters drucken wir aus leicht verständlichen Gründen anonym ab. Die Redaktion verbürgt die Authentizität der geschilderten Erfahrungen, auch wenn sie aus journalistischen Gründen stellenweise verdichtet wurden. Aus vielen Gesprächen mit jungen Müttern und Vätern kann die Redaktion auch nur den Schluss ziehen, dass die hier geschilderten Erfahrungen kein Einzelfall sind, auch wenn sie sich möglicherweise anders verteilen (1).

25. März, 11 Uhr: Das Telefon klingelt, schon wieder. Meine Frau. Missmut fehl am Platz. Schluchzend berichtet sie mir, dass eben die Praxisgehilfin ihres Gynäkologen angerufen hat. Sie soll für 13 Uhr in die Praxis kommen. Der Arzt müsse sofort eine Amniocentese (Fruchtwasser-Untersuchung) durchführen. Bei der letzten Blutanalyse ist nämlich auch ein Trisomie- oder Triple-Test durchgeführt worden. Und das Resultat ist schlecht. Das heißt: Es besteht eine Wahrscheinlichkeit 1 zu 89, dass das Kind, das sie seit 17 Wochen erwartet, eine Missbildung haben kann. Dazu müssen jetzt ohne Verzug genauere Analysen durchgeführt werden. Schöne Bescherung. Eigentlich sollten wir übermorgen in Ferien fahren, ein letztes Mal zu zweit. Meine Frau hält's im Büro nicht mehr aus und kommt sofort nach Hause, damit wir nachher zusammen zum Arzt fahren können.

11.30 Uhr: Meine Frau ist zurück. „Weißt Du was das bedeutet? Ich bekomme vielleicht ein missbildetes Kind!“ Vielleicht! „Und dann?“ Warum nicht? „Eben, warum nicht! Wir hatten entschieden, auf keinen Fall die Schwangerschaft abubrechen. Warum dann aber der Trisomie-Test? Warum die Amniocentese?“ Was sollen wir tun? Der Gynäkologe hatte mit keinem Wort diese Folgen der Blutanalyse angedeutet. Kein Wort über die schweren moralischen Fragen, die sich je nach Testergebnis stellen würden. Und welche Behinderungen sind denkbar? Wird unser Kind mongoloid sein? Oder nur schielen oder ein kürzeres Bein haben? Werden wir damit umgehen können? Wir hat-

ten zwar jede Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt, uns aber eigentlich nie konkret mit der Möglichkeit eines behinderten Kindes auseinandergesetzt. Wer rechnet schon in der Freude über die Schwangerschaft damit? Wird unser Haus, das im Bau ist, behindertengerecht sein? Werden wir weiter zu zweit arbeiten können? Wie viel mehr Zuwendung und Zeitaufwand verlangt ein behindertes Kind? Wer kann uns helfen, beraten?

Unser Hausarzt ist zu allem Überdross im Urlaub. Eine befreundete Ärztin ebenfalls. Aber wir können ihre Telefonnummer im tunesischen Hotel erhalten. Sie beschwichtigt: Diese Trisomie-Tests sind absolut nicht zuverlässig (nur bei 71% der Frauen unter 38 Jahren), zumindest nicht bei schlechten Werten. Sie beruhen auf einer rein statistischen Berechnung, in die Faktoren wie das Alter, das Gewicht, das Rauchverhalten, Diabetes, bisherige Fehlgeburten sowie die Konzentration von drei Hormonen im Blut einfließen.

Bekannte geben uns noch die Nummer ihres Frauenarztes. Der bestätigt die Aussagen der befreundeten Ärztin. Der Trisomie-Test stellt nur die Wahrscheinlichkeit von Trisomie-21 fest, d. h. ob das Kind eventuell mongoloid zu sein droht, weil das Chromosom 21 eine Anomalie aufweist. Bei der Amniocentese können hingegen alle möglichen genetisch bedingten Missbildungen festgestellt werden. Der Arzt erklärt uns, dass das Verhältnis 1:89 in der Tat sehr hoch ist. Bei einer Person im Alter meiner Frau sei ein Wert von 1:1000 bis 1:1200 normal. Von Risiko redet man

ab 1:250. In Frankreich muss eine Frau übrigens schriftlich ihre Zustimmung zum Trisomie-Test geben und dabei bestätigen, dass sie vorher von ihrem Arzt über Sinn und Zweck der Analyse aufgeklärt wurde. Glückliche Frauen in Frankreich! (vgl. *Parents*, n° 377, juillet 2000) Allerdings weist er auch darauf hin, dass eine Amniocentese von hundert fehlschlägt, d. h. die Fruchtwasserblase platzt beim Einstich und das Kind stirbt im Mutterleib.

Drittes Telefonat innerhalb einer Stunde: an eine Kollegin, die tatsächlich ein behindertes Kind erwartete und sich daraufhin für die Abtreibung entschied. Bei ihr war eine sehr seltene Anomalie am Chromosom 23 festgestellt worden. Wie schwer die Behinderung sein würde, hatte kein Arzt ihr sagen können. Die Fruchtwasser-Untersuchung hatte Schlimmstes befürchten lassen. Daraufhin war ein Schwangerschaftsabbruch eingeleitet worden. Obschon in solchen Fällen die schwerstbehinderten Kinder meistens gar nicht lebensfähig sind und bald nach der Geburt eines natürlichen Todes sterben; das erlaubt den Eltern zumindest ein Begräbnis und Trauerarbeit. An den moralischen Folgen dieser Handlung leidet die Kollegin heute noch, obschon sie mittlerweile ein gesundes Kind zur Welt gebracht hat. Ein Schwangerschaftsabbruch zu diesem Zeitpunkt ist nämlich eine künstlich provozierte Frühgeburt, keine Abtreibung. In der 20. Woche handelt es sich nicht mehr um ein zentimetergroßes Fötus, das unbemerkt abgesaugt werden kann. Diese Geburt, die nicht einmal eine Totgeburt sein muss, erlebt die Mutter bei vollem Bewusstsein.

Es wird Zeit zum Arzt zu fahren. Aber was wir ihm sagen sollen, wissen wir auch im Auto noch nicht.

13 Uhr: Der Wartesaal ist so voll, dass hier keine Möglichkeit besteht, unser Gespräch fortzusetzen. Wir würden eh keine Antwort auf unsere Fragen finden. Klar, dass dieser Arzt keine Zeit hat für lange Gespräche mit seinen Patientinnen. Ich sehe den Gynäkologen heute zum ersten Mal. Er war bisher nicht sonderlich erfreut, wenn meine Frau ihm vorschlug, mich mit zu bringen zu einer Schwangerschaftsuntersuchung, damit ich das Baby, das ja auch mein Kind ist, auch mal auf dem Echographiebildschirm sehe. Ich bin sofort voreingenommen gegen den Mann. So was an kühler, technischer Kompetenz, dass jede Menschlichkeit verloren zu sein scheint! Ist das ein Arzt oder ein Medizintechniker? Er erklärt nochmals, dass eine Amniocentese notwendig sei, da die Blutkonzentration eines der drei Hormone ungewöhnlich hoch sei. Die Analyse müsse spätestens in der 16.-18. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden. Er werde dazu eine Fruchtwasserprobe entnehmen, die dann zur Untersuchung nach Nancy ins Labor geschickt wird. In etwa drei Wochen wird das Resultat vorliegen. Während der Probeentnahme muss die Frau absolut ruhig sein. Nach der Untersuchung soll sie auch noch drei Tage jede Belastung meiden. Kein Wort zu den Folgen der Untersuchung. Für ihn scheint festzustehen, dass im Falle einer Missbildung, abgetrieben wird. Wozu sonst die Untersuchung? Hat er von höheren Orts Anweisung, behinderte Babys möglichst nicht mehr zur Welt zu setzen, weil das die Gesellschaft zu teuer zu stehen kommt?

Ich wage zu fragen, warum die Probe nicht in Luxemburg untersucht wird. Überraschende Gegenfrage an meine Frau: „Wie alt sind Sie?“ - 29! - „Dann zahlt die Krankenkasse ohnedies nicht. Da schicke ich die Probe lieber an ein Laboratorium in Nancy. Dessen Ergebnissen vertraue ich stärker. Das wird rund 20 000 Franken kosten.“ Wozu? Ich wage nicht zu fragen. Später erfahren wir, dass in Frankreich die Untersuchung ab einem Risiko von 1:250 - was bei Frauen über 38 Jahren normal ist - von der Krankenkasse übernommen wird. Die Luxemburger Krankenkassen haben offenbar die Logik nicht ganz ver-

standen; sie zahlt die Untersuchung nur bei Frauen über 35. Minderbemittelten bietet der Arzt die Fruchtwasser-Untersuchung wohl erst gar nicht an.

Als wir nachfragen, was ‚sich ruhig verhalten‘ konkret bedeutet, da wir vorhaben, in zwei Tagen in Urlaub zu fahren, meint er plötzlich: „Dann nehme ich den Eingriff erst nach der Rückkehr vor.“ Auf die zwei Wochen kommt es nicht an. Da sind wir noch genau innerhalb der Zeitgrenzen. Vor zwei Stunden hatte es noch am Telefon geheißt, der Eingriff müsse sofort vorgenommen werden. Für eine eigenständige Entscheidung unsererseits war gar keine Zeit vorgesehen.

10. April: Der Urlaub ist vorbei. Ganz erholsam war er nicht. Vierzehn Tage lang immer dieselben Fragen um diese Untersuchung, die sofort nach der Rückkehr anstand. Nach endlosen Gesprächen, die nur den Vorteil hatten, dass wir uns als Ehepaar und zukünftiges Elternpaar intensivst mit dem werdenden Leben im Bauch der Frau auseinandersetzen mussten - aber dazu hätte es auch erfreulichere Gründe geben können -, kamen wir zur Entscheidung, die Untersuchung trotz aller Vorbehalte durchführen zu lassen, und sei es nur, um uns selbst auf die Ankunft eines möglicherweise behinderten Kindes optimal vorbereiten zu können. Von Abtreibung wollten wir auch weiterhin nichts wissen. Nicht nur aus ethischen Gründen, sondern auch weil Eltern behinderter Kinder uns stets sagten, sie würden ihre Entscheidung nie bereuen. Wieso sollen behinderte Kinder den Eltern nur Last sein und weniger Freude als gesunde Kinder?

13 Uhr: Nach einer Stunde Wartezeit werden wir ins Arztzimmer vorgelas-

sen. Der erklärt nochmals, was er jetzt tun wird. Dann gehen wir in den Nebenraum, wo ein hochmodernes Echographiegerät steht. Meine Frau legt sich auf die Couch. Ich darf ihr zur Beruhigung die Hand halten. Der Arzt schaut sich auf dem Bildschirm die genaue Lage des Babys an. Dann zückt er eine lange Nadel. Meine Frau zuckt zusammen. Das Baby offenbar auch. Auf dem Bildschirm konnte ich über die Schulter des Arztes hinweg beobachten, wie er mit der Nadel in die Fruchtblase pickte und etwas Flüssigkeit entnahm. Das Fötus hat er nicht berührt, obschon nicht viel Platz war und das Baby keineswegs still hielt. Technisch war der Eingriff perfekt. Später - Gott sei Dank - erzählte uns eine Freundin, dass sie ihr drittes Kind bei einem solchen Eingriff verloren hat. Um das Risiko von 1:250 einer Geburt missgebildeter Kinder zu verhindern, nehmen die Gynäkologen das Risiko auf sich, dass sie 1 von 100 Schwangerschaften durch ihren Eingriff ungewollt abbrechen.

Meine Frau soll jetzt eine Weile still liegen bleiben, bis der Arzt wieder kommt. Es wird still in der Praxis. Mittagspause. Um 14.30 Uhr ist er wieder da. Es ist ganz überrascht, dass die Praxisgehilfin uns nicht schon nach einer halben Stunde verabschiedet hat. Die hatte zweimal etwas im Raum geholt und uns jeweils auf die baldige Rückkehr des Arztes getröstet. Die Rolle des Sündenbocks scheint sie gewohnt zu sein.

30. April: Meine Frau ruft wieder vom Büro aus an. Die Arztgehilfin des Gynäkologen hat ihr eben telefonisch mitgeteilt, dass das Labor von Nancy keine Anomalität im Fruchtwasser feststellen konnte. Unser Baby wird also voraussichtlich völlig normal sein.



15. Mai: Meine Frau kehrt von ihrem 11. Besuch beim Frauenarzt zurück: „Und wie groß ist der Kopf diesmal?“ lautet meine erste Frage. Der Gynäkologe macht nämlich jeden Monat eine Echographie und teilt meiner Frau dann Kopfdurchmesser und Körpergröße mit. Wozu das gut ist, konnte niemand uns erklären, wohl nur um die teuren Geräte zu rentabilisieren. Meine Frau geht nicht auf die Frage ein. „Unser Kind kommt am 27. Mai zur Welt!“ Es war doch für den 5. Juni vorgesehen. Ja, aber da es wahrscheinlich mittels Kaiserschnitt zur Welt gebracht werden muss - da die Mutter eine Rückenprothese trägt -, möchte er kein Risiko eingehen und jede ungewollte Frühgeburt vermeiden. Und donnerstags operiert er halt sowieso. Also kommt es dann zur Welt. Der Arzt hat mal wieder entschieden.

26. Mai, 17 Uhr: Wir kommen in der Entbindungsanstalt an. Ein Zimmer erster Klasse wie vorgesehen ist nicht verfügbar. Also müssen wir das Zimmer mit einer anderen jungen Mutter teilen. Auch sie wurde mit Kaiserschnitt entbunden und klagt über ständige Schmerzen. Sehr erfreuliche Perspektive!

19 Uhr: Besuch des Anästhesisten. Trotz Rückenprothese, trotz Kaiserschnitt, trotz Absprache meiner Frau mit dem Gynäkologen, trotz Abratens mehrerer befreundeter Ärzte (Frauenarzt und Chirurg), will er eine Lokalanästhesie mittels periduraler Spritze versuchen. Das sei doch viel angenehmer als eine Vollnarkose. Und der Vater darf dann auch bei der Geburt dabei sein. Wenn sie nicht greift, kann man immer noch eine volle Anästhesie spritzen. Von Gefahren bei der Spritze ins Rückenmark für die Periduralanästhesie will er nichts wissen.

19.30 Uhr: Besuch des Frauenarztes. Überraschend gesprächig und gut gelaunt. Jetzt sei das Warten bald vorbei. Wenn dieser Anästhesist eine peridurale Spritze vorschlägt, sollen wir ihm vertrauen. Es sei der beste Anästhesist des Landes. Und die vorbereitenden Gespräche und Absprachen? Alles für die Katz?

20 Uhr: Erneute Echographie und Abhören des Herzrhythmus'. Hoffentlich zum letzten Mal. Gegen 22 Uhr fahre ich nach Hause, um ein paar Stunden zu schlafen.

27. Januar, 6 Uhr: Ich bin wieder in der Entbindungsanstalt. Zehn Minuten später holen sie meine Frau ab. Darf ich mitkommen? Ja, wenn es bei der periduralen Spritze bleibt.

Vor dem Kreissaal werden wir getrennt. Ich soll in einem Nebenraum warten. Ich höre eine andere Mutter laut schreiend ihr Kind zur Welt setzen. Dann kommt eine Krankenschwester und gibt mir saubere Kleider, die ich über alles andere anziehen soll. Ich soll weiter warten. Sie komme mich holen, sobald meine Frau an der Reihe ist.

7 Uhr 30: Die Krankenschwester kommt. Ich springe auf und will mit. Doch sie winkt ab. Leider habe die peridurale Spritze nicht gewirkt und meine Frau sei nun unter Vollnarkose. Da darf ich dann nicht mit hinein in den OP. Wo liegt der Unterschied? Niemand wird mir ihn erklären. - Später erfahre ich, dass es doch nicht der Anästhesist vom Vorabend war, der assistierte. Der hatte nämlich heute Urlaub! Er hatte nur seine Gesprächsnotizen vom Vorabend an seinen Kollegen weitergereicht. Der hatte noch nie einer Frau mit Rückenprothese eine peridurale Spritze gesetzt. Fünfmal hat er's dann versucht, bis der Frauenarzt fand, jetzt sei wohl doch Vollnarkose angebracht.

7 Uhr 50: Die Krankenschwester kommt erneut. Sie schiebt einen kleinen Kasten mit einem winzigen Baby vor sich her: „Ich bringe Ihre wunderschöne Tochter! Herzlichen Glückwunsch!“ Ich darf sie fünf Minuten lang streicheln. Sie schreit, aber nicht so laut, wie mir immer wieder warnend erzählt wurde. Herzklopfen. Aber aller Ärger ist verflogen, zumindest für mich, für heute.

10 Uhr: Endlich wird meine Frau auf ihr Zimmer gebracht, wo ich seit zwei Stunden auf sie warte, nicht einmal fähig ein Buch zu lesen. Sie hat große Schmerzen. Ich erzähle ihr von ihrer wunderschönen, kerngesunden Tochter. Anschließend wird das Kind gebracht. Sie darf es nun zum ersten Mal sehen. Aber sie kann sich nicht mal richtig freuen. Sie muss aus unerklärten Gründen immer wieder husten. Die physischen Schmerzen werden noch Tage andauern. Die moralischen zum Teil noch Jahre: lange zögert sie, bevor sie bereit ist, ein zweites Kind zu bekommen. Sicher nicht mehr beim selben Frauenarzt.

Ob ein anderer besser sein wird? Was tun, um ihm weniger ausgeliefert zu sein? Was tun, um auf unerwartete Entscheidungen besser vorbereitet zu sein? Sind nicht alle Ärzte darauf aus, möglichst keine behinderten Kinder zur Welt zu bringen? Wollen nicht alle zuerst ihre medizinische Kunstfertigkeit beweisen, bevor sie auf die Wünsche des Patienten eingehen? Wollen nicht alle möglichst viel Geld verdienen mit häufigen Arztbesuchen und Sonderleistungen? Wollen nicht alle möglichst zahlreiche Patientinnen abfertigen statt Zeit für Beratung und Aufklärung zu verschwenden? Wer soll dann beraten, wenn nicht der Frauenarzt? Man muss sich die Frage stellen, ob die Kirche mit ihrem Gezeter gegen abtreibungswillige Frauen sich an den richtigen Adressaten wendet: sind es immer Frauen, die sich frei für eine Abtreibung entscheiden, oder sind es Ärzte, die sie ihnen mit ihrem Analysen-Automatismus nahe legen? Warum um Gottes willen wird bei einem ‚freudigen Ereignis‘, das ins Haus steht, vom Arzt immer mit dem Risiko von Behinderungen argumentiert, die unbedingt vermieden werden müssen? Die Ärzte betonen zwar immer wieder die Freiheit des Patienten, doch in den Gebrauch dieser Freiheit hat der unsere uns nicht eingeführt.

(1) Vgl. z. B. den Erfahrungsbericht in *Initiativ Liewens-ufank, Info*, März 2001, S. 16-21.

1998 en France:

465 526 futures mamans ont accepté le test pour dépister la trisomie 21.

31 674 patientes (6,8%) de moins de 38 ans présentaient un risque supérieur ou égal à 1/250.

345 cas de trisomie ont ainsi pu être dépistés et confirmés par amniocentèse.

5 couples n'ont pas souhaité l'interruption de la grossesse.

Chez les autres 433 852 patientes on a observé 140 cas de trisomie 21, dont 70 découverts par échographie à la 22e semaine, et 70 cas dans lesquels marqueurs sériques et échographie étaient parfaitement normaux.

Parents, n° 377, juillet 2000