https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/4184

Gen-ethischer Informationsdienst

Pränatales Elternwerden per Ultraschall

Soziale Werteproduktion im Untersuchungszimmer

AutorIn
Eva Sänger



Foto: © Eva Sänger

In ihrem Buch „Elternwerden – zwischen ‚Babyfernsehen' und medizinischer Überwachung" präsentiert Eva Sänger eine Ethnografie pränataler Ultraschalluntersuchungen. Im Interview stellt sie einige Eindrücke aus den teilnehmenden Beobachtungen im Ultraschall-Untersuchungszimmer vor.

Welche Funktionen erfüllen pränatale Ultraschalluntersuchungen?

Das kommt auf die Perspektive an. Von der medizinischen Versorgung her betrachtet haben Ultraschalluntersuchungen die Funktion frühzeitig Risiken zu erkennen. Schwangere werden also unterteilt in welche mit höheren und niedrigeren Risiken, mit dem Ziel sie ggf. weiteren Untersuchungen zuzuführen. Das ist die medizinische Funktion und die orientiert sich am Sicherheitsparadigma, sie verfolgt also das Ziel Schwangerschaften sicherer zu machen. Das Interessante aus soziologischer Perspektive ist die Betrachtung der sozialen Funktion. Ultraschalluntersuchungen haben sich in meinen Beobachtungen eben auch als Praxis erwiesen, in der vorgeburtliches Elternwerden von den schwangeren Personen und auch von Begleitpersonen [1] eingeübt werden kann. Ich spreche diesbezüglich nicht davon, dass Ultraschall-Untersuchungen das Bonding verstärken können [2], sondern ich möchte darauf hinweisen, dass die Untersuchungssituation Schwangeren, Partner*innen und auch begleitenden Kindern ermöglicht Praktiken einzuüben und Gefühle zu demonstrieren, die als elterlich oder geschwisterlich eingeordnet werden. So klassifizierte Gefühle wie „sich freuen auf", „sich sorgen um" werden demonstriert und teilweise auch von ärztlicher Seite herausgefordert.

Wie werden Ultraschalluntersuchungen im Spektrum der pränatalen Diagnostikverfahren eingeordnet?

So wie ich das wahrnehme, ist das nicht eindeutig. Grundsätzlich können invasive von nicht-invasiven Verfahren unterschieden werden und der Ultraschall gehört zu den nicht-invasiven Verfahren. Dann kann der Ultraschall weiter in drei Kategorien eingeteilt werden: Erstens ist er ein etabliertes Screening-Instrument, das angewandt wird, um bei jeder Schwangeren Risiken zu definieren. Zweitens kann eine Ultraschalluntersuchung als spezifisches Screening-Instrument eingesetzt werden, beispielsweise beim Erst-Trimester-Screening in Kombination mit einem Bluttest. Und Drittens wird beim Organ-Ultraschall oder erweiterten Basisultraschall auch gezielt nach morphologischen Auffälligkeiten gesucht. Darüber hinaus kann die Ultraschalluntersuchung abgegrenzt werden von genetischen Untersuchungen wie dem Bluttest (NIPT) und invasiven Untersuchungen wie der Fruchtwasseruntersuchung. Ich denke, das sind die offiziellen Unterscheidungen. Aus meinen Beobachtungen ging hervor, dass in der Untersuchungspraxis die Routine-Ultraschalluntersuchung und die auf die Bestimmung spezifischer Risiken ausgerichtete Ultraschalluntersuchung, wie z.B. die Nackenfaltenmessung, extrem miteinander verschränkt sind. Es wird in der Praxis der ärztlichen Vorsorge gar nicht differenziert, was eine unspezifische Routineuntersuchung und was eine spezifischere Untersuchung ist.

Werden bei Ultraschalluntersuchungen die Möglichkeit eines auffälligen pränataldiagnostischen Befundes und die potenzielle Frage nach einem späten Schwangerschaftsabbruch thematisiert?

Nein. Die Ultraschalluntersuchungen finden völlig entkoppelt vom Diskurs zu selektiver Pränataldiagnostik und Spätabbrüchen statt. Zwar erfüllen Ultraschalluntersuchungen auch die Funktion, die Schwangeren bei Auffälligkeiten der nächsten diagnostischen Stufe zuzuführen, gerade weil sie auf die frühzeitige Feststellung von Risiken zielen. So kann ein auffälliger Marker im Ultraschall den Beginn der Zugzwänge der Pränataldiagnostik darstellen. Das wird aber im Alltag der Schwangerschaftsvorsorgen in der Regel nicht thematisiert.

Wie wird die schwangere Person vom medizinischen Fachpersonal im Kontext von Ultraschalluntersuchungen als Schwangerschaftsvorsorge adressiert?

Es gibt so etwas wie eine allgemeine Adressierung als Patientin. Das heißt die Schwangere wird adressiert als eine Person, deren Körper untersucht wird und der Dinge erklärt werden. Zugleich wird sie nicht nur als Person adressiert, die ein anderes Wesen in sich trägt, sondern auch als Mutter. Und zwar nicht nur als Mutter, die sie noch *wird*, sondern die sie bereits *ist*. Das zeigt sich praktisch in der Ultraschalluntersuchung, wenn auf dem Bildschirm der fötale Körper dargestellt wird und die Gliedmaßen erklärt werden. Da werden Aussagen getroffen wie: „Hier können Sie sehen: Ihr Kind bewegt sich." Das heißt wir haben hier eine Adressierung als mütterliche Person. Und das hat immer auch eine vergnügliche Komponente. Teilweise sind Episoden explizit als Fotoshooting und Babyfernsehen gerahmt, eingelagert in die reguläre Ultraschalluntersuchung.

Verändert sich die Ansprache der schwangeren Person, wenn die Untersuchung etwas Auffälliges ergibt?

Da stellt sich ja zunächst die Frage: Was wird eigentlich als Risiko kommuniziert? Wann passiert das? Und was gilt als selektive Fragestellung? Ich beschreibe mal ein Beispiel: Stellen wir uns vor, es wird eine Nackenfaltenmessung [3] während der Ultraschalluntersuchung gemacht. Wir haben den Monitor, wir sehen Gliedmaßen, die Ärztin versucht ein Bild herzustellen, in dem sie die Nackenfalte messen kann. Und der Dialog dazu sieht so aus: „Ach, gucken Sie mal. Es bewegt sich und es winkt. Bleib doch mal still, Baby." Wir haben hier also eine Untersuchung, die ist auf die Feststellung eines Risikos für das Down-Syndrom ausgerichtet und gleichzeitig als eine Form von Baby-Zeigen gerahmt. Das heißt in dem Moment muss diese Situation für die Anwesenden – oder zumindest für die Schwangere – gar nicht als selektiv gerahmt sein. Und trotzdem gibt es auch Situationen, in denen klar gemacht wird: Die Schwangere muss eine Entscheidung treffen. Beispielsweise muss sie vor der Durchführung einer Nackenfaltenmessung der Untersuchung zustimmen. Dann unterscheidet sich die Anrufung in der Tat von diesem Vergnüglich-Heiteren und die Schwangere wird adressiert als sogenannte *autonome Entscheiderin*. Der Anspruch einer nicht-direktiven Beratung und das Ziel einer autonomen Entscheidung der Schwangeren dienen seit den 50er Jahren dazu, die medizinische Schwangerschaftsvorsorge und die Fragestellung der vorgeburtlichen Selektion von einer eugenischen Praxis abzugrenzen. Die Autonomie der Patient*innen soll gestärkt werden und es findet eine Abgrenzung von einer paternalistischen Medizin statt. Interessant ist, dass diese Adressierung als autonome Entscheiderin sich auch auf der emotionalen Ebene stark von der sonstigen Adressierung unterscheidet. Sonst weisen viele Situationen eine heitere Rahmung auf. Schwangere und Partner werden als Mutter und Vater adressiert und begleitende Kinder als Geschwisterkinder, die auch mal winken dürfen. Steht eine Entscheidung an, ist die Situation viel ernster gerahmt. Gefühle wie Angst und Beunruhigung scheinen allerdings während der Untersuchung kaum thematisierbar. Als Privatangelegenheit der Patientin werden diese Gefühle außerhalb der Untersuchungssituation abgehandelt. Dem gegenüber werden positive Gefühle während des Ultraschalls kollektiviert, geteilt und gespiegelt. Auf dieser Ebene gibt es eine klare Veränderung der Adressierung.

Welches Verständnis von Behinderung herrscht im Untersuchungszimmer vor und wie wird es artikuliert?

Interessant ist, dass im Kontext der Ultraschalluntersuchungen überhaupt kein Verständnis von Behinderung im sozialen Sinne ausgedrückt wird. Natürlich gibt es eine Vorstellung von Behinderung, aber eher auf der körperlichen Ebene. Der fetale Körper wird kontrolliert. Es gibt Auffälligkeiten, zum Beispiel Wachstumsverzögerungen, oder es gibt keine. Hier steht ein Verständnis von Normalität im Vordergrund, das sich rein auf das Körperliche stützt, wobei unterschieden wird zwischen normaler und abweichender Entwicklung. Es wird sich auf ein defizitorientiertes Modell [4] bezogen, was allerdings gar nicht als Wissen über Behinderung artikuliert wird. In emotionaler Hinsicht wird ein fetaler Körper, der außerhalb der Norm liegt, mit diffusen Gefühlen von Angst, Sorge und Beunruhigung verknüpft. Was das aber bedeutet für das Elternwerden, für die Schwangerschaft und die Geburt, wird nicht artikuliert. Auf vergnügliche Aspekte von Elternschaft wird nicht mehr eingegangen. Das ist die zentrale Rahmung, die wir momentan haben. Derzeit

findet also unter der Hand eine Privilegierung von als normal geltenden Elternschaften, also Elternschaften von nicht-behinderten Kindern statt. Eine Herausforderung liegt darin, wie sich die medizinische Schwangerenvorsorge ihrer Werteproduktion und ableistischen Ausrichtung bewusst werden kann. Darüber hinaus sollte es ein Ziel sein, gesundheitsorientierte Vorsorge inklusiv zu organisieren, also Verantwortung für Schwangere *und* für eine Vielfalt an Lebensweisen zu übernehmen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Taleo Stüwe.

- 1In der Studie habe ich vor allem heterosexuelle Paare beobachtet und Schwangere befragt, die sich als cisgeschlechtlich und heterosexuell definiert haben.
- 2Eine Theorie aus der Entwicklungspsychologie, die davon ausgeht, dass es eine vorgeburtliche Bindung zwischen Schwangerer und Kind gibt.
- 3Zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche kann diese sog. Nackenfalte des Fötus per Ultraschall dargestellt und gemessen werden (Messung der Dicke einer physiologischen Flüssigkeitsansammlung im Nackenbereich).
- 4Das soziale Modell von Behinderung richtet sein Augenmerk auf behindernde Umstände und gesellschaftliche Strukturen, die Menschen mit Behinderung einschränken. Das defizitorientierte Modell von Behinderung ist in der Medizin vorherrschend. Der Fokus liegt auf dem Körperlichen, das als abweichend von einer Norm gedacht wird.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 255 vom November 2020
Seite 35 - 36