MÄNNER IM SCHWANGERSCHAFTS-KONFLIKT

Anika Wehling

Erfahrungen nach einem beunruhigenden pränatalen Befund

[transcript] + Medical Humanities

Anika Wehling
Männer im Schwangerschaftskonflikt

Medical Humanities | Band 10

Anika Wehling (Dr. phil.), geb. 1990, arbeitet wissenschaftlich im Bereich Gleichstellung und Teilhabe von Menschen. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen Diversität, Männlichkeitsforschung sowie sozial- und medizinethische Fragestellungen.

Anika Wehling

Männer im Schwangerschaftskonflikt

Erfahrungen nach einem beunruhigenden pränatalen Befund

[transcript]

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im März 2021 angenommen (Beschluss des Promotionsausschusses vom 20.10.2010). Die Publikation ist eine leicht gekürzte Fassung der eingereichten Dissertation, welche druch Prof. Dr. Markus Dederich (Universität zu Köln) und Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann (EvH Bochum) betreut wurde.
Das Forschungsprojekt konnte im Rahmen der Promotionsförderung der Bischöflichen Studienförderung Cusanuswerk erfolgreich realisiert werden. Die vorliegende Publikation wurde durch den Akademikerinnenbund e.V. (DAB) gefördert.

The EOSC Future project is co-funded by the European Union Horizon Programme call INFRAEOSC-03-2020, Grant Agreement number 101017536

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Projekt EOSC Future.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de)
Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2021 im transcript Verlag, Bielefeld
© Anika Wehling

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-6003-6
PDF-ISBN 978-3-8394-6003-0
https://doi.org/10.14361/9783839460030
Buchreihen-ISSN: 2698-9220
Buchreihen-eISSN: 2703-0830

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 9

Abkürzungsverzeichnis 11

Einleitung 13

1. Schwangerschaft und pränataler Befund 17
1.1 Gewandeltes Erleben von Schwangerschaft und Geburt 18
1.2 Pränataldiagnostische Verfahren 20
1.3 Konfrontation mit einem pränatalen Befund 22
1.3.1 Entscheidung für einen Abbruch mit medizinischer Indikation 24
1.3.2 Entscheidung für eine palliative Geburt 25
1.3.3 Entscheidung für ein Kind mit Behinderung 27

2. Involvierte Vaterschaft – ein Problemaufriss 29
2.1 Werdende erste Väter 31
2.2 Männer nach pränatalem Befund 35
2.3 Trauer verwaister Väter und Partnerschaft 44
2.4 Väter behinderter Kinder 49

3. Entwicklung von Forschungsinteresse und Forschungsfrage 55

4. Wissenschaftsverständnis und Methode 57
4.1 Wissenschaftsverständnis und soziologisch-theoretische Voraussetzungen 59
4.1.1 Sozialwissenschaftliche Hermeneutik 61
4.1.2 Symbolischer Interaktionismus 64
4.1.3 Konstruktivistisches Verständnis 65
4.2 Grounded Theory Methodologie 67
4.2.1 Methodische Elemente nach Glaser und Strauss 68
4.2.2 Konstruktive Grounded Theory nach Charmaz 70
4.2.3 Methodisches Vorgehen in der (selbst-)reflexiven Grounded Theory 73

4.3 Das narrative Interview als Erhebungsverfahren ... 76
4.3.1 Transkription der Interviews ... 78
4.3.2 Auswertung der Interviews ... 79
4.4 Forschungsethische Aspekte ... 81
4.4.1 Rekrutierung und Sampling ... 81
4.4.2 Setting der Interviewdurchführung ... 84
4.4.3 Anonymisierung und Datenschutz ... 85
4.5 Gütekriterien der qualitativen Studie ... 86

5. Ergebnisdarstellung ... 89
5.1 Rekrutierung und Samplezusammensetzung ... 90
5.1.1 Theoretical Sampling und Repräsentativität ... 92
5.1.2 Motivationen der Interviewten und eigene Rolle ... 93
5.2 Entscheidungswege vor und nach pränatalem Befund ... 96
5.2.1 Zeit vor Inanspruchnahme pränataler Diagnostik ... 98
5.2.1.1 Kinderwunsch und Weg zur Schwangerschaft ... 98
5.2.1.2 Haltung zu pränataler Diagnostik und einem unerwünschten Befund ... 101
5.2.1.3 Vorahnungen und Befürchtungen der Partnerin ... 108
5.2.2 Erleben und Reaktionen angesichts erster medizinischer Auffälligkeiten ... 111
5.2.2.1 Erleben der ersten Verunsicherung ... 111
5.2.2.2 Reaktionen auf die erste Verunsicherung ... 115
5.2.2.3 Entscheidung für pränatale Diagnostik ... 117
5.2.3 Befundmitteilung oder Bestätigung der Diagnose ... 121
5.2.3.1 Gefühle und Gedanken zum Befund ... 121
5.2.3.2 Umgang mit Hinweisen zum Schwangerschaftsausgang ... 125
5.2.3.3 Arztinteraktionen nach dem Befund ... 133
5.2.4 Entscheidungswege zum Schwangerschaftsausgang ... 139
5.2.4.1 Gemeinsame Entscheidung vor/mit einer Diagnose ... 142
5.2.4.2 Ungleiche Präferenzen vor/mit einer Diagnose ... 153
5.2.4.3 Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit ... 166
5.2.5 Nach der getroffenen Entscheidung ... 174
5.2.5.1 Austragen der Schwangerschaft nach infauster Prognose ... 175
5.2.5.2 Austragen der Schwangerschaft bei Lebensfähigkeit ... 205
5.2.5.3 Abbruch der Schwangerschaft ... 225
5.3 Arbeitgeber, Kollegen & Arbeitsplatz: Bedeutung der Erwerbsarbeit ... 253
5.4 Individuelle Auseinandersetzung und Bewertungen der Erfahrung ... 262

6. Zusammenfassung und Diskussion ... 275
6.1 Einschränkungen der Studie ... 275
6.2 Kernkategorien ... 278
6.2.1 Der Mann als Partner der schwangeren Frau ... 279

6.2.2 Der Mann zwischen äußeren Ansprüchen und eigenen Bedürfnissen 282
6.3 Wissenschaftlicher Diskurs und Erkenntnisgewinn 284
6.4 Relevanz für die Praxis 296
6.5 Fazit und Ausblick 300

7. Danksagung 303

8. Literaturverzeichnis 305

9. Anhang 319
9.1 Übersicht über Diagnosen und deren Bedeutung 319
9.2 Begriffe und Konzepte der vorliegenden Arbeit 320
9.3 Erzählgenerierende Einstiegsfrage 325

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Phasen vor und nach der Diagnose 97
Abbildung 2 Entscheidungsphase Herr Becker (links) und Herr Otte (rechts) 139
Abbildung 3 Vorgefundene partnerschaftliche Konstellationen
in der Entscheidungsfindung 165
Abbildung 4 Vergangene Zeit seit dem Befund 206
Abbildung 5 Kernkategorien im Verhältnis zum Modell 279

Tabelle 1 Beanspruchte Diagnostik 118
Tabelle 2 Herausforderungen Entscheidungswege 140
Tabelle 3 Gruppe (1) Gemeinsame Entscheidung vor/mit Diagnose 142
Tabelle 4 Gruppe (2) Ungleiche Präferenz vor/mit Diagnose 154
Tabelle 5 Gruppe (3) Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit
des Ungeborenen 166
Tabelle 6 Gruppen nach Entscheidungsausgängen 174
Tabelle 7 Diagnosen und ihre Bedeutung 319

Abkürzungsverzeichnis

AFP-Wert	Alpha-Feto-Protein-Wert
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DNA	Desoxyribonukleinsäure
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GT	Grounded Theory
GTM	Grounded Theory Methodologie
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IVF	In-vitro-Fertilisation
LFD	Letale fetale Diagnose
(G)KV	(Gesetzliche) Krankenversicherung
NIPD/NIPT	Nicht-invasive Pränataldiagnostik/nicht-invasiver Pränatal-Test
NRD	Neuralrohrdefekte
p.c.	post conceptionem
p.m.	post menstruationem
PND	Pränataldiagnostik
PORS	Partner-oriented self-regulation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
R/GT	Reflexive Grounded Theory
R/GTM	Reflexive Grounded Theory Methodologie
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Strafgesetzbuch
TAB	Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag
WHO	World Health Organisation
ZfTA	Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung
ZNS	Zentrales Nervensystem

Einleitung[1]

Seit Jahrzehnten lässt sich ein kontinuierlich wachsender Markt um eine immer stärker ausdifferenzierte und spezialisierte pränatale Diagnostik beobachten. Parallel hierzu keimen regelmäßig Kontroversen zwischen verschiedenen Disziplinen und Fachrichtungen auf, die durch die Entwicklung neuer diagnostischer Methoden und damit verbundenen ethischen Fragestellungen und Interessenkonflikte ausgelöst werden. Das wohl prominenteste Beispiel aus jüngerer Vergangenheit ist die Debatte um die Kassenzulassung des nicht-invasiven Bluttests bzw. die Übernahme in den Versorgungskatalog (Maybaum, 2019), die aufgrund ihrer gesellschaftlichen Relevanz auch in den Deutschen Bundestag Eingang gefunden hat (Deutscher Bundestag, 2019). Die Debatte verdeutlicht einmal mehr, dass sowohl ethische Fragestellungen als auch Herausforderungen von Betroffenen, Beraterinnen und Ärztinnen keineswegs als geklärt betrachtet werden können, sondern in all ihrer Ambivalenz gesellschaftlicher Aufmerksamkeit und Verantwortung bedürfen.

Aus ethischen und feministischen Diskursen, die in den vergangenen Jahrzehnten seit der Einführung pränataldiagnostischer Verfahren geführt wurden, lassen sich unterschiedliche Blickwinkel im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik herausstellen (Krolzik-Matthei, 2019; Schroeder, 2017). Diese beziehen sich thematisch insbesondere auf den medizinischen Nutzen pränataler Diagnostik (Hepp, 2006; Klinkhammer & Richter-Kuhlmann, 2013), Belastungsaspekte betroffener Frauen (Baldus, 2006; Rohde & Woopen, 2007), die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen (Dederich, 2000, 2003; Gerdts, 2009; Graumann, 2009; Lübbe, 2003; Parens & Asch, 2000, 2003) und den moralischen Status von Embryonen (Haker, 2002; Lenzen, 2003). Der Schwerpunkt von Forschungsvorhaben, die sich auf die Perspektive Betroffener beziehen, liegt bei der psychosozialen Beratung von Frauen nach einem pränatalen Befund (Bahrs et al., 2007; Dewald,

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen, die sich nicht inhaltlich auf ein bestimmtes Geschlecht beziehen (etwa durch konkrete Benennung im Interview), gelten gleichwohl für verschiedene Geschlechter.

2001; Feldhaus-Plumin, 2004; Geier, 2001; Kersting, 2012; Kersting et al., 2017; Rohde & Woopen, 2007; Wassermann & Rohde, 2009; Wewetzer & Winkler, 2013).

Einerseits ist die perspektivische Gewichtung als »Frauenthema« naheliegend, da Schwangerschaft, Geburt oder auch Schwangerschaftsabbruch zumeist im Zusammenhang mit weiblicher Körperlichkeit überhaupt erst aufkommen. Andererseits ist offenkundig, dass Themen und Fragestellungen der Reproduktion eingebunden sind in soziale Strukturen, insbesondere die einer Partnerschaft. Als bewusste Entscheidung zur Gründung oder Erweiterung der Familie entstehen Schwangerschaften zumeist bewusst geplant und innerhalb heterosexueller Paarbeziehungen (Kuhnt & Trappe, 2013). Darüber hinaus sind die Mehrzahl der Schwangerschaften nicht nur Ergebnis partnerschaftlicher Aushandlungsprozesse, sondern zugleich relevante Statuspassagen in den Biographien der werdenden Mütter *und* Väter (Fletcher et al., 2014). Während in familiensoziologischen Diskursen Väter bereits seit zwei Jahrzehnten als gleichgestellte Akteure neben ihrer Partnerin in den Fokus wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns rücken (Bambey & Gumbinger, 2017; Flaake, 2011; Meuser, 2011), lässt sich eine vergleichbare Ausweitung des Blickwinkels bei der Betrachtung von Schwangerschaften unter erschwerten Bedingungen wie einem pränatalen Befund bisher kaum beobachten (Locock & Alexander, 2006). Innerhalb vieler Forschungsarbeiten finden die männlichen Partner bzw. werdenden Väter zwar Erwähnungen als begleitende, hilfreiche oder störende Akteure in der Konfliktsituation der schwangeren Frau, jedoch kaum als selbst Betroffene. Entsprechend heißt es schon bei Wieser et al. (2006, S. 49):

> Die Frau und ihre Entscheidung stehen bei der Pränataldiagnostik im Zentrum. Es ist der Körper der Frau, an dem diese Untersuchungen durchgeführt werden, und es sind in erster Linie die Frauen, die mit den Konsequenzen der getroffenen Entscheidung auch leben müssen. Doch welche Rolle übernehmen die Männer in diesem Zusammenhang? Lassen sie ihre Frauen bzw. PartnerInnen [sic!] bei diesen Entscheidungen allein oder versuchen sie, diese in dieser Situation zu unterstützen?

Das Zitat zeichnet ein Bild des werdenden Vaters in Relation zu der schwangeren Partnerin, die als Betroffene und von möglichen Konsequenzen Belastete seiner Unterstützung bedarf. Entsprechend werden die Männer als werdende Väter dahingehend untersucht, inwieweit sie der Partnerin und ihrer Entscheidung nach einem Befund zuträglich sind.

Hinweise darauf, dass die Männer bzw. die nicht-schwangeren Elternteile mehr sind als die Begleiter ihrer schwangeren Partnerinnen, sondern ebenso selbst emotional von einem Befund betroffen, lassen sich ebenfalls in der Literatur finden (z.B. bei Gersthahn, 2013; Locock & Alexander, 2006) und sind naheliegend.

Die vorliegende Forschungsarbeit soll diese Hinweise aufnehmen und den Mann[2] als werdenden Vater und Betroffenen in den Fokus des Forschungsinteresses setzen. Seine Erinnerung an die Erfahrung eines miterlebten pränatalen Befundes, die sich daraus ergebenden Herausforderungen und deren Bewältigung sollen ebenso thematisiert werden, wie die retrospektive Bewertung der Erfahrung und ihre Auswirkungen auf die eigene Biographie.

Zur thematischen Annäherung soll dafür zunächst in den Kapiteln 1 und 2 der theoretische Wissenshintergrund der vorliegenden Studie dargelegt werden. Dieser umfasst einerseits soziologische Aspekte eines gewandelten Schwangerschaftserlebens, damit zusammenhängende soziale Auswirkungen pränataler Diagnostik und Kenntnisse über elterliche Umgangsformen in der Auseinandersetzung mit einem pränatalen Befund. Andererseits wird ein Fokus auf den Bereich der Väterforschung gelegt, der die besondere Situation von Vätern während der Schwangerschaft und unter der besonderen Bedingung eines beunruhigenden pränatalen Befundes beleuchtet, soweit bisherige Studien hierfür Hinweise liefern. In Kapitel 3 wird anschließend die Forschungsfrage der vorliegenden Studie entwickelt und begründet. Kapitel 4 umfasst das eigene Wissenschaftsverständnis und stellt die Methode der vorliegenden Arbeit vor. Die Forschungsfrage wird in Form einer qualitativen, interviewbasierten Studie bearbeitet und umfasst insgesamt 19 narrative Interviews, die in Kapitel 5 im Forschungsstil der Reflexiven Grounded Theory ausgewertet werden.

Die Ergebnisdarstellung umfasst neben Informationen zur Samplezusammensetzung ergänzende Informationen der Interviewten selbst über Beweggründe und Motivationen zur Teilnahme an der Studie. Kapitel 5.2 mit seiner Darstellung der verschiedenen Entscheidungswege vor und nach einem pränatalen Befund und den individuellen Erfahrungen der Betroffenen kann als Kernstück der Arbeit herausgestellt werden. Ergänzt wird der Auswertungsteil durch weitere thematische Schwerpunkte, die über die chronologische Systematik hinaus bedeutsam sind. Dazu gehören die Bedeutung der eigenen Erwerbsarbeit und die Eingebundenheit am Arbeitsplatz (Kap.5.3) ebenso wie die abschließenden Einschätzungen und Bewertungen der Gesprächspartner hinsichtlich der miterlebten fetalen Diagnose in der Schwangerschaft der Partnerin (Kap.5.4). Abschließend werden die wesentlichen Erkenntnisse der Studie u.a. in Form von Kernkategorien zentriert, im wissenschaftlichen Diskurs verortet und diskutiert. Im Hinblick auf die Relevanz für die Praxis können Implikationen und ein Ausblick über weiterführende Fragen für den wissenschaftlichen Diskurs herausgestellt werden.

---

2 In der Arbeit werden die Erfahrungen der nicht-schwangeren Elternteile betrachtet. Dies geschieht in Anerkennung einer breiten Vielfalt familialer Konstellationen und Formen der Reproduktion, die außerhalb heterosexueller Paarbeziehungen verortet sind. Das vorliegende Sample umfasst ausschließlich heterosexuelle Männer bzw. Paare.

Die Arbeit liefert einen wissenschaftlich fundierten Einblick in unterschiedliche Persönlichkeiten, Erfahrungen und Strategien der Auseinandersetzung mit einem beunruhigenden pränatalen Befund beim leiblichen Ungeborenen. Neben der Betroffenheit der werdenden Väter werden die Eingebundenheit in soziale Nahräume, insbesondere der Partnerschaft und ihr Einfluss auf das eigene Erleben, besonders deutlich. Die Forschungsarbeit kann den Diskurs nicht nur um den Blickwinkel der Männer ergänzen, sondern zudem begründen, dass die Betrachtung eines pränatalen Befundes als individuellen Schicksalsschlag betroffener Mütter *und* Väter bzw. der werdenden Eltern auch eine gesellschaftliche Mitverantwortung nahelegt.

1. Schwangerschaft und pränataler Befund

Die Pränataldiagnostik (PND) als eine spezielle Form der vorgeburtlichen Untersuchung umfasst verschiedene Verfahren, mit deren Hilfe bereits in der Schwangerschaft gesundheitliche Beeinträchtigungen, Anomalien oder Behinderungen des ungeborenen Kindes entdeckt werden können. Sie ist wichtiger Bestandteil der Pränatalmedizin und soll dazu beitragen, Risikoschwangerschaften frühzeitig zu erkennen und Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abzuwenden (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2019). Darüber hinaus sollen Sorgen und Befürchtungen der Schwangeren in Bezug auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes mit ihrer Hilfe abgebaut oder objektiviert werden. Im Fall eines Befundes kann pränatale Diagnostik als Entscheidungshilfe über den Ausgang der Schwangerschaft dienen (Bundesärztekammer, 1998). Als etablierter und wesentlicher Bestandteil der Schwangerenvorsorge hat die pränatale Diagnostik das Erleben von Schwangerschaft und Geburt in den vergangenen Jahrzehnten verändert. Mit ihr ergeben sich neben ihren vielfältigen diagnostischen Chancen und Möglichkeiten ebenso Herausforderungen für werdende Eltern und Fachpersonen, die in den nachfolgenden Kapiteln insbesondere thematisiert werden sollen.

Um die Entwicklung und Implementierung der pränatalen Diagnostik in die Regelversorgung von Schwangeren zu verstehen, ist ein Blick in ihre historische Genese hilfreich. Die Planbarkeit und Individualisierung von Lebensentwürfen, gewandelte gesellschaftliche Rahmungen und medizinischer Fortschritt lassen sich in Problemfeldern rund um Auswirkungen und Folgen pränataler Diagnostik nachvollziehen. Eine zusammenfassende Einführung soll zunächst im nachfolgenden Kapitel 1.1 zum gewandelten Verständnis von Schwangerschaft und Elternschaft thematisiert werden. Mit Kap. 1.2 werden verschiedene, derzeit in der gynäkologischen Praxis Anwendung findende diagnostische Verfahren vorgestellt. Eltern, die durch entsprechende Diagnostik in der Schwangerschaft über eine Krankheit oder Behinderung ihres ungeborenen Kindes erfahren, haben in Abhängigkeit von der gestellten Diagnose verschiedene Handlungsoptionen, zwischen denen abzuwägen und zu entscheiden ist. Mit Kap. 1.3 soll Einblick in Herausforderungen von Eltern nach einem Befund und mögliche Handlungsoptionen gegeben werden.

1.1 Gewandeltes Erleben von Schwangerschaft und Geburt

Die Geburt eines Kindes, insbesondere wenn es das erste ist, stellt eine Zäsur für die werdenden Eltern dar. Sie befinden sich im Übergang zur Familie, einer Lebensform, mit der neue Herausforderungen und Ansprüche verbunden sind (Rosemarie Nave-Herz, 2013; W. Schneider & Lindenberger, 2018). Mit ihr werden unterschiedliche Erwartungen und Vorstellungen verknüpft, die impliziten oder expliziten Vorstellungen von Vaterschaft und Mutterschaft unterliegen, welche sich innerhalb der letzten hundert Jahre stark verändert haben.[1] Neben traditionellen Familien, in denen eine biologische Verwandtschaft zwischen dem Elternpaar und den Kindern besteht, sind die Realitäten und Verhältnisse von Familie durch Fragmentierung (z.B. bei einer Trennung von biologischer und sozialer Vaterschaft) und Multiplizierung (z.B. im Rahmen von sog. Patchwork-Familien) von Elternschaft geprägt (Brosius-Gersdorf, 2016).

Hille Haker bezeichnet das 20. Jahrhundert als ein »Jahrhundert zweier großer Revolutionen« in Bezug auf die Fortpflanzungsmedizin (2002). Mit der Anti-Ovulations-Pille kam ein Verhütungsmittel auf den Markt, das maßgeblich Einfluss auf die reproduktive Freiheit von Frauen genommen und eine Geburtenkontrolle möglich gemacht hat. Durch medizinische Fortschritte konnte zudem ungewollter Kinderlosigkeit von Paaren entgegenwirkt und somit insgesamt eine bessere individuelle Planbarkeit der Familiengründung ermöglicht werden (Holl, 2019). Insbesondere für Frauen hat der persönliche Einfluss auf die Familiengründung seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts an Bedeutung gewonnen, da die außerhäusliche Berufsarbeit für sie sowohl als Mittel zur Selbstverwirklichung als auch als Basis für ein eigenständiges Leben relevant ist (Nave-Herz & Onnen-Isemann, 2007). Dementsprechend haben auch die Geburtenzahlen seit den 1960er Jahren kontinuierlich abgenommen. Wo früher die Bemühungen darin lagen, empfängnisverhütende Mittel zu erlangen, muss man sich heute i.d.R. bewusst dafür entscheiden, entsprechende Mittel abzusetzen, um überhaupt Kinder zu bekommen (Nave-Herz, 2013).

Parallel zu Fortschritten in der reproduktiven Medizin wurde die Entwicklung von Embryonen bzw. Föten erforscht. Die bildgebende Methode des Ultraschalls wurde entwickelt und gegen Ende der 1970er Jahre die ersten Erfolge in der In-vitro-Fertilisation verzeichnet (Haker, 2002, S. 63). Haker stellt kritisch heraus, dass »[…] spätestens mit Beginn der aktuellen Embryonenforschung […] der Perspektivwechsel vom weiblichen Empfinden und Hören auf das in der Frau wachsende Leben hin zur wissenschaftlichen Herangehensweise offenkundig« geworden sei (ebd., S. 64). Auch Rohde, Woopen, & Gembruch (2008) sehen den

1 In der vorliegenden Arbeit werden, bedingt durch das Sample, lediglich Männer bzw. Väter aus heterosexuellen Paarbeziehungen zu ihren Erfahrungen befragt.

Verlust des natürlichen Schwangerschaftserleben infolge der Technisierung als einen möglichen Nachteil. Bei der Verschiebung der Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt als etwas Natürlichem hin zu etwas, das einer Behandlung und Kontrolle bedarf, wird von Autorinnen auch der Begriff der Medizinisierung bzw. Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt geprägt (Baldus, 2006; Haker, 2002; Köbsell, 2009). Nicht zuletzt sei diese Entwicklung auch Folge der gewachsenen Ansprüche von Eltern an die Schwangerschaft und an das daraus entstehende Kind (Baldus, 2006). Auf der anderen Seite ist es eben jener Entwicklung zu verdanken, dass die Säuglingssterblichkeit in den vergangenen 50-100 Jahren rapide gesunken ist.[2] Ungeborene Kinder können bei einem therapierbaren Befund teilweise bereits in der Schwangerschaft überlebensnotwendige Behandlungen bekommen oder in spezialisierten Kliniken entbunden werden. Somit haben sich durch entsprechende Entwicklungen auch die gesundheitlichen Bedingungen und Überlebenschancen für Kinder mit einer angeborenen Krankheit oder Behinderung wesentlich verbessert.

Die pränatale Diagnostik ebenso wie die Reproduktionsmedizin nehmen in dieser Entwicklung einen exemplarischen Platz für einen technisierten oder sogar vom Körper externalisierten Prozess der Reproduktion ein. Es ist heute vielfach Paaren mit eingeschränkter oder ausbleibender Fruchtbarkeit möglich, sich den Wunsch vom eigenen Kind mithilfe der Reproduktionsmedizin zu erfüllen. Pränatale Diagnostik ermöglicht es, die (natürlich oder medizinisch unterstützt) entstandene Schwangerschaft zu überwachen und gesundheitsgefährdende Risiken bei Mutter und Kind aufzuspüren, ebenso wie eine Vielzahl von Krankheiten oder Behinderungen zu erkennen. Mit den gestiegenen diagnostischen Möglichkeiten und der dazu parallel verlaufenden Bereitschaft werdender Mütter, entsprechende Verfahren in der Schwangerschaft zu beanspruchen, ergeben sich neue Herausforderungen für Mütter bzw. Eltern sowie für involvierte Fachdisziplinen, die Eltern in dieser Zeit betreuen. Gynäkologinnen haben die Pflicht, ihre Patientinnen umfangreich über Verfahren, den Erkenntnisgewinn und mögliche Folgen für die weitere Schwangerschaft aufzuklären. Oft besteht für Ärztinnen ein finanzieller Druck, ihren Patientinnen individuelle Gesundheitsleistungen auch in Form von zusätzlicher Diagnostik anzubieten (Kolleck & Sauter, 2019). Zugleich belegt die frühere Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], dass Frauen oft nur unzureichend über den Sinn pränataler Diagnostik aufgeklärt sind (Renner, 2006). Mit 61,6 % gibt dort die Mehrheit der befragten Frauen als Grund für die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik die »Sicherstellung der Gesundheit des Babys« an (S. 36). Es ist davon auszugehen, dass schwangere Frauen und

2 Globale Zahlen lassen sich über https://ourworldindata.org/child-mortality [29.Jan.2020] abrufen.

vermutlich auch ihre Partner inzwischen (15 Jahre später) besser über Möglichkeiten und Grenzen pränataler Methoden aufgeklärt sind. Dennoch gibt es auch in jüngeren Befragungen Hinweise darauf, dass der eigentliche Nutzen pränataldiagnostischer Verfahren durch unzureichende Aufklärung oder auch persönliches Vermeidungsverhalten der Schwangeren eher nivelliert wird (z.B. Graumann & Koopmann, 2018). Neben Ärztinnen und den werdenden Eltern sind auch Beraterinnen aus der psychosozialen Beratung, Hebammen, Krankenhausmitarbeiterinnen sowie angrenzende Disziplinen mit den möglichen Herausforderungen nach pränataler Diagnostik im Berufsalltag konfrontiert.

Da für die vorliegende Studie ein bereits in der Schwangerschaft vorliegender pränataler Befund wesentliches Auswahlkriterium für die Teilnahme ist, sollen in dem nun nachfolgenden Kapitel die pränataldiagnostischen Verfahren und ihr Anwendungsgebiet dargestellt werden.

1.2 Pränataldiagnostische Verfahren

Bei Verfahren in der pränatalen Diagnostik wird zwischen invasiven und nichtinvasiven unterschieden. Als nichtinvasiv werden jene Verfahren bezeichnet, die ohne eine Gefahr für das ungeborene Kind über den Körper der Mutter Anwendung finden. Die Methode des Ultraschalls ist hier als die häufigste und auch bekannteste zu nennen.

Bei einem unauffälligen Verlauf der Schwangerschaft beinhaltet die Schwangerschaftsvorsorge zunächst drei **Ultraschalluntersuchungen**. Diese finden in den Zeiten zwischen der 9.-12. sowie zwischen der 19.-22. und zwischen der 29.-32. Schwangerschaftswoche [SSW] statt. Es werden das zeitgerechte Wachstum, die Versorgung des Kindes und die Entwicklung von dessen Organen (u.a. dem Herz mittels fetaler Echokardiographie) kontrolliert. Auch können mittels Biomarker (auch Softmarker) Indikatoren für eine mögliche Erkrankung oder Behinderung des Kindes festgestellt werden, etwa bei der Nackentransparenzmessung zwischen der 12.-14. SSW, die auf das mögliche Vorliegen einer Trisomie hinweisen kann. Die Lokalisation der Plazenta wird ebenfalls über den Ultraschall bestimmt.

Im Rahmen des **Ersttrimester-Screenings** (zwischen der 12.-14. SSW), das nicht von der gesetzlichen KV übernommen wird und somit eine individuelle Gesundheitsleistung [IGeL] ist, wird aus der Kombination des mütterlichen Alters, der Nackentransparenz und der Untersuchung des mütterlichen Blutes eine Risikoabschätzung vorgenommen, die Hinweise auf genetische Abweichungen beim Ungeborenen liefert.

Im Rahmen der zweiten gesetzlichen Ultraschalluntersuchung (19.-22. SSW) können schwangere Frauen zwischen einem Basisultraschall und einem **erweitertem Ultraschallscreening** mit ausführlicher Kontrolle der Organe wählen, oder

aber von ihrem Recht auf Nichtwissen Gebrauch machen und auf entsprechende Untersuchungen verzichten. Wie beim Ersttrimester-Screening besteht auch im Zusammenhang mit dem zweiten großen Ultraschall die Möglichkeit, über das Blut der Mutter eine Risikowahrscheinlichkeit zu berechnen. Darüber hinaus können über eine pränatalmedizinische Praxis ein 3D oder 4D Ultraschall, ein **Dopplersonographie** der versorgenden Arterien und eine **Echokardiographie** durchgeführt werden (Gembruch, 2018). Diese Leistungen werden ohne Indikation nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Wenn es Auffälligkeiten oder Anomalien beim Ungeborenen gibt, die sich mithilfe des Ultraschalls feststellen lassen, werden sie i.d.R. spätestens um die 20. Woche im Rahmen des sog. zweiten großen Ultraschalls entdeckt.

Inzwischen entscheiden Frauen sich bei Vorliegen einer ungünstigen Risikoabschätzung jedoch häufig für einen molekulargenetischen **Bluttest** (Eiben et al., 2014; Kainer, 2014; Schmid, 2016). Dieser Test ist ab der zehnten SSW durchführbar und liefert über DNA-Fragmente (multiplexe DNA-Sequenzierung) des Embryos im mütterlichen Blut Informationen über genetische Abweichungen. Der Bluttest ist für Frauen und Paare eine attraktive Alternative, da er bereits ab der frühen Schwangerschaft Hinweise auf eine mögliche chromosomale Abweichung liefern kann (Taneja et al., 2016).[3]

Der **Tripel-Test** findet nur noch vereinzelt Anwendung und wurde weitestgehend durch das Ersttrimester-Screening (s.o.) ersetzt (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2017). Er beinhaltete eine Risikoeinschätzung mittels Serumanalyse der Schwangeren zur Bestimmung fetaler Proteine im mütterlichen Blut zwischen der 15. und 18. SSW.

Insgesamt gilt für nichtinvasive Verfahren, dass sie eine besonders hohe Akzeptanz unter schwangeren Frauen genießen, da sie im Gegensatz zu invasiven Methoden kein Risiko für das ungeborene Kind mit sich bringen (Buddenberg et al., 2001; Renner, 2006). Vor einer genetischen (invasiven oder über das Blut der Mutter stattfindenden) Untersuchung ist die schwangere Frau durch ihre behandelnde Ärztin über Untersuchungsmöglichkeiten, Risiken der Untersuchung, den möglichen Erkenntnisgewinn sowie über Konsequenzen eines Befundes aufzuklären, ebenso wie über Alternativen zu dem Verfahren.

Zu den invasiven Methoden, die in der Regel dann Anwendung finden, wenn es einen konkreten Hinweis auf eine mögliche Behinderung oder Anomalie gibt, zählen jene Untersuchungen, bei denen Gewebe aus der Plazenta (Chorionbiopsie), dem Fruchtwasser (Amniozentese) oder der Nabelschnur (Chordozentese) entnommen wird. Die **Chorionbiopsie** wird zwischen der 10.-12. SSW transvaginal oder über die Bauchdecke der Schwangeren durchgeführt. Sie dient der Abklärung genetischer Erkrankungen oder Verdachtsfälle aus der nichtinvasiven Diagnostik.

3 Die Testgenauigkeit im Form einer Risikoeinschätzung liegt bei ca. 99 %.

Das Abortrisiko wird mit 1-2 % angegeben. Bei der **Amniozentese** wird die Fruchthöhle über die Bauchdecke der Mutter punktiert und unter Ultraschallsicht Fruchtwasser entnommen. Sie kann in Ausnahmen bereits ab der 10. SSW erfolgen und neben diagnostischen Möglichkeiten auch therapeutisch eingesetzt werden, etwa zur Entlastungspunktion bei einer zu großen Fruchtwassermenge. Das Abortrisiko wird mit 0,5 % angegeben. Bei der **Chordozentese** wird, ebenfalls unter Ultraschallaufsicht, die fetale Nabelschnur punktiert. Der Eingriff kann ab der 20. SSW durchgeführt werden und sowohl diagnostische als auch therapeutische Indikationen haben. Sie wird beispielsweise für intrauterine Transfusionen, Bestimmung der Blutgruppe oder Abklärung einer Anämie genutzt. Auch ein selektiver Fetozid kann über die Punktion der Nabelschnur durchgeführt werden (*Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 2017).

Nachteile invasiver Untersuchungen sind das Risiko eines Spontanaborts oder anderer medizinischer Komplikationen wie z.B. Frühgeburt oder Blutungen, je nach Verfahren. Für eine mögliche Indikation zu einem Abbruch ist derzeit die Abklärung des Befundes durch invasive Diagnostik erforderlich, da sich mit nichtinvasiven Verfahren nur Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Auffälligkeiten ermitteln lassen. Die genannten invasiven Verfahren werden zur Erstellung von Diagnosen hinzugezogen, da nur hierüber eindeutige Informationen über das fetale Erbgut ermittelt werden können. U. a. vom Zeitpunkt der Diagnosestellung und der Indikation hängt ab, welches der genannten Verfahren im Einzelnen Anwendung findet.

1.3 Konfrontation mit einem pränatalen Befund

Ziel der PND ist, frühzeitig Störungen und Verzögerungen in der embryonalen oder fetalen Entwicklung zu erkennen, um die Schwangere und das ungeborene Kind optimal zu behandeln und ihre Gesundheitsrisiken zu minimieren. Weiterhin wird in den Richtlinien zur Pränataldiagnostik als Ziel die Entscheidungshilfe für Schwangere über Fortsetzen oder Abbruch der Schwangerschaft angegeben (Bundesärztekammer, 1998).

Die häufigsten pränatal diagnostizierten Fehlbildungen betreffen das Herz-Kreislauf-System. Mit einer breit angelegten Studie in den Jahren 2006-2007 konnten Lindinger et al. (2010) eine Gesamtprävalenz von 1,08 % herausstellen. Als zweithäufigste, angeborene Fehlbildungen werden Neuralrohrdefekte [NRD] genannt, z.B. Anenzephalie oder Spina Bifida (Batra, 2016). Die dritte Gruppe angeborener Fehlbildung bilden chromosomale Abweichungen, die in den meisten Fällen zu Spontanaborten oder Totgeburten führen (Nagaoka et al., 2012). Als häufigste Abweichung können hier die Trisomie 21 mit 53 %, Trisomie 18 mit 13 % und Trisomie 13 mit 5 % genannt werden. Weitere 12 % machen Abweichungen der Ge-

schlechtschromosomen aus sowie mit 17 % weitere chromosomale Abweichungen wie etwa Triploidien oder Translokationen (Wellesley et al., 2012, S. 523).[4]

In einigen Fällen können durch eine pränatal gestellte Diagnose bereits in der Schwangerschaft Therapien oder Operationen zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes oder der Lebenserwartungen des Ungeborenen erfolgen (Ochsenbein-Kölble, 2011). Beispielsweise sind bei Föten mit einem diagnostizierten Neuralrohrdefekt (Spina bifida) intrauterine Operationen in Spezialzentren möglich.[5] Für chromosomale Abweichungen trifft dies in der Regel nicht zu, weswegen Testverfahren, die ausschließlich Aussagen zu chromosomalen Merkmalen treffen können u.a. kritisiert werden.

Ist die schwangere Frau bzw. sind die werdenden Eltern mit einem pränatalen Befund konfrontiert, ist die Diagnose ein Schock (Black & Sandelowski, 2010; Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2011). Wassermann & Rohde (2009) weisen auf akute Belastungsreaktionen betroffener Eltern hin, die sich in Unglaube und Verzweiflung ausdrücken können. Mit der Diagnose können Perspektiven und Lebensträume der werdenden Eltern zerbrechen. Häufig sind die Schwangerschaften zum Zeitpunkt der Diagnose bereits weit fortgeschritten, so dass der Befund zu schwerwiegenden Konflikten führen kann. Infolge eines pränatalen Befundes stehen die Frauen bzw. Paare vor der schwierigen Entscheidung, ob sie sich ein Leben mit einem kranken oder behinderten Kind vorstellen können. Wird eine infauste[6] Prognose gestellt, können sich Paare statt für einen Abbruch der Schwangerschaft auch für eine palliative Begleitung der noch verbleibenden Zeit bis zum natürlichen Versterben des Kindes entscheiden.

In dieser Zeit kommt der psychosozialen Beratung eine begleitende und unterstützende Funktion zu. Vor, während und nach pränataler Diagnostik bietet sie einen schützenden Raum für Gefühle und Gedanken der werdenden Eltern (Bahrs et al., 2007; Geier, 2001; Wassermann & Rohde, 2009). Dass Frauen und Paare reflektiert und selbstbewusst zu Entscheidungen für oder gegen pränatale Diagnostik kommen, ist Beraterinnen ein besonderes Anliegen. Häufig suchen Frauen und Paare aber erst nach der Diagnostik psychosoziale Beratung auf, wenn es einen entsprechenden Hinweis oder gar einen Befund im Rahmen der Diagnostik gab (Renner, 2006). Beraterinnen stehen betroffenen Eltern unterstützend zur Seite, um sie auf dem Weg der Entscheidungsfindung zu begleiten und sie nach einer

4 Vgl. hierzu Kap. 9.1 Übersicht über Diagnosen.

5 Fetalchirurgische Eingriffe werden z.B. an der Universitätsklinik Mannheim im Deutschen Zentrum für Fetalchirurgie & minimal-invasive Therapie angeboten (https://www.umm.de/fetale-therapie/krankheitsbilder/spina-bifida-offener-ruecken/ [30.Jan.2020]).

6 Das Vorliegen einer infausten Prognose meint, dass die prognostizierte Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes stark eingeschränkt oder gar nicht prognostiziert ist.

Entscheidung auf ihrem gewählten Weg zu bestärken. Häufig können sie Kontakte zu Initiativen oder anderen betroffenen Eltern vermitteln, die auf ähnliche Lebenserfahrungen zurückblicken. Zuletzt bleibt es jedoch die Herausforderung der werdenden Eltern, sowohl kurzfristig als auch längerfristig einen Umgang mit der Diagnose zu finden und eine Entscheidung zu treffen, die ihnen keiner mehr abnehmen kann.

1.3.1 Entscheidung für einen Abbruch mit medizinischer Indikation

Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation kann von einer Ärztin auch über die vollendete 12. SSW hinaus gestellt werden, wenn nach ihrer Einschätzung eine Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit der Mutter angezeigt ist.[7] Wie oft sich Frauen bzw. Paare bei welcher pränatalen Diagnose mit der indikationsstellenden Ärztin für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, lässt sich aufgrund einer uneinheitlichen Erfassung nicht eindeutig ermitteln.[8] Laut statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2018 insgesamt 3815 Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation (§218a Abs. 2 StGB[9]) durchgeführt.[10] Diese unterliegen keiner zeitlichen Befristung und sind theoretisch bis zum Einsetzen der Geburtswehen möglich. Mit fortschreitender Schwangerschaft und Reife des Ungeborenen wird allerdings abgewogen, inwieweit die theoretische Lebensfähigkeit des Kindes (ab ca. der 22./23. SSW) mit den Anliegen der Mutter konfligiert.

Zwischen der Indikationsstellung und dem Abbruch der Schwangerschaft wird eine Bedenkzeit von wenigstens drei Tagen durch die Bundesärztekammer empfohlen. Befindet sich die Schwangerschaft vor der vollendeten 22. SSW, wird der Abbruch durch das Einleiten der Geburtswehen herbeigeführt. Danach wird, um eine Lebendgeburt zu vermeiden, vor Einleitung der Geburt ein selektiver Fetozid durchgeführt. Hierbei wird das Ungeborene im Mutterleib durch eine Injektion von Kaliumchlorid in die Nabelschnur oder das Herz getötet (*Pschyrembel Klinisches*

---

7 1995 wurde die embryopathische Indikation, die einen späten Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer pränatal diagnostizierten Behinderung oder Krankheit des Ungeborenen bezeichnet, durch die medizinische Indikation novelliert. Mit der Neuerung liegt formal der Fokus nicht mehr auf dem Ungeborenen, sondern der gegenwärtigen und künftigen Belastung der schwangeren Frau. Allein die pränatal gestellte Diagnose stellt damit keine Indikation zu einem späten Schwangerschaftsabbruch dar (siehe zur Geschichte des §218 auch von Behren, 2019).

8 Eine Übersicht über verschiedene Erhebungen von Abbruchzahlen in Abhängigkeit der Diagnose lässt sich bei Kolleck & Sauter (2019, S. 70 ff.) finden.

9 Siehe Erläuterung hierzu in Kap. 9.2.

10 Insgesamt werden für das Jahr 2018 2163 Abbrüche zwischen der 12.-21. SSW und 655 Abbrüche ab der 22. SSW verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2019).

Wörterbuch, 2017). Ab der 22. SSW, also nach der Grenze zur extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes, wird auch von einem Spätabbruch gesprochen.

Das Erleben eines Fetozids wird von Frauen und Paaren oftmals als sehr belastendes Ereignis erinnert, ebenso wie die nachfolgend eingeleitete Geburt (Hager & Grießler, 2012). Zwischen der Einleitung der Geburtswehen und der anschließenden Geburt können mehrere Stunden bis Tage vergehen. Da oftmals mit der Entscheidung für einen Abbruch das Bedürfnis nach einer schnellen Beendigung der Schwangerschaft erlebt wird, können Wartezeiten sowie die Geburt eine zusätzliche Belastung für Frauen und Paare bedeuten. Rost (2015) verweist auf die Paradoxie, dass für Schwangere mit unauffälligen Schwangerschaften der sog. Wunschkaiserschnitt gängige Praxis ist, während bei einem Spätabbruch das Risiko gegenüber einer natürlichen Entbindung als nicht verhältnismäßig eingeschätzt und damit die operative Intervention i.d.R. auch nach Wunsch der Patientin nicht ermöglicht wird. Von einer operativen Beendigung der Schwangerschaft wird mit Ausnahme einer akuten Lebensgefahr für die Schwangere zumeist abgesehen.

Nach der Geburt des Kindes können die Eltern entscheiden, ob sie ihr Kind sehen und sich persönlich verabschieden wollen. Entsprechende Möglichkeiten und Wünsche schon vor der Geburt zu thematisieren kann helfen, die Verabschiedung vom Kind nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten und möglichen Traumatisierungen entgegenzuwirken.

1.3.2 Entscheidung für eine palliative Geburt

Eine palliative Geburt kommt für Frauen und Paare in Frage, bei deren Kind eine infauste Prognose in der Schwangerschaft gestellt wird, deren Kind also auch bei Austragen der Schwangerschaft aller Voraussicht nach nicht längerfristig lebensfähig ist (Garten & Von der Hude, 2014). Dass pränatale Prognosen über den gesundheitlichen Zustand des Kindes von seinem Zustand nach der Geburt im Einzelfall auch abweichen können, kann bei den Eltern ebenso wie bei dem Fachpersonal Unsicherheiten auslösen, weswegen die Paare über mögliche, wenn auch unwahrscheinliche Situationen nach der Geburt umfassend aufzuklären sind (Fezer Schadt & Erhardt-Seidl, 2018).[11] Die palliative Geburt stellt für immer mehr Eltern eine Alternative zu einem Schwangerschaftsabbruch dar (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2011; Garten, 2016). Nach ihrer Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft werden die Eltern von Hebammen, Ärztinnen oder speziell ausgebildeten Palliativteams begleitet und unterstützt. Entsprechende Teams sind multidisziplinär und bestehen darüber hinaus aus Mitarbeiterinnen der Kinderkrankenpflege, Bestatterinnen, Beraterinnen oder Psychologen. Sie helfen, die

11 Zu Konflikten im Grenzfall siehe die Beiträge von Dr. med. Gasiorek-Wiens und Prof. Dr. med. Kohl in Fezer Schadt & Erhardt-Seidl (2018), S. 77 f.

Frauen und Paare bei der Umsetzung individueller Wünsche zu begleiten, Ängste abzubauen und eine optimale Versorgung von Frau und Kind beim Austragen der Schwangerschaft sicherzustellen.[12] Eine kontinuierliche und disziplinübergreifende Betreuung der Eltern wird auch in internationalen Studien gefordert (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2011; Frank et al., 2018).[13] Cope et al. (2015) konnten anhand ihrer Studie zu den Auswirkungen der letalen fetalen Diagnose Anenzephalie auf Trauersymptome und Stresserleben herausstellen, dass Frauen mit einer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch signifikant stärker von Verzweiflung, Vermeidungsverhalten und Depression betroffen waren als Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden. Sie schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass das Fortsetzen der Schwangerschaft psychologische Vorteile für Frauen bieten könnte. Ihre Ergebnisse für Männer fallen hingegen genau gegensätzlich aus. Männer, deren Partnerin die Schwangerschaft austrug, berichteten signifikant häufiger von Schwierigkeiten bei der Bewältigung als diejenigen, deren Partnerin die Schwangerschaft beendete (S. 5).

Insbesondere bei pränatal bekannten, letalen Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes kann auch eine außerklinische Betreuung des Paares bzw. Kindes überlegt werden (Garten, 2016; Garten et al., 2018).[14] Rost (2015) hat in ihrer Forschungsarbeit Erfahrungen von Frauen nach dem Austragen einer Schwangerschaft mit infauster Prognose untersucht. Die Möglichkeit für Eltern zum eigenständigen Planen und Gestalten der Geburt und dem Kennenlernen des Kindes stellt Rost dabei u.a. als zentral heraus (S. 352). Da für Frauen in Abhängigkeit von Region und Entscheidungsausgang die Verfügbarkeit und Qualität der Betreuung stark variieren, plädiert sie für eine bessere Vernetzung zwischen Ärzten und verfügbaren Hilfesystemen, unabhängig vom Entscheidungsausgang und über diesen hinaus (S. 361). Frank et al. (2018) konnten in ihrer Schweizer Studie ebenfalls die

12 Die Charité Berlin kann hier exemplarisch genannt werden. Sie verfügt seit 2014 über ein multiprofessionelles Palliativteam zur Betreuung von Eltern mit vorgeburtlich diagnostizierten, unheilbaren Erkrankungen.

13 »These parents ask for supportive counseling to help them understand medical conditions, make informed decisions, and communicate with multiple providers. They want counseling that is provided with attention to continuity of care, a hopeful approach that acknowledges prognostic uncertainty, and advice that is nonjudgmental« (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2011, S. 1307).

14 Ohlig (2019) hat in ihrer Studie an der Charité Berlin Daten über einen Zeitraum von fünf Jahren ausgewertet und kommt zu der Schlussfolgerung, dass aufgrund des frühen Versterbens der meisten Neugeborenen in palliativer Begleitung eine ambulante Betreuung nicht möglich ist (im Schnitt innerhalb von drei Tagen nach der Geburt). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die größte Gruppe im Sample eine perinatale Diagnose betrifft, wie etwa bei spontanen Frühgeburten.

Bedeutung einer engmaschigen Beratung und Betreuung für die betroffenen Eltern ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zur Zeit nach der Geburt feststellen. Insbesondere für die Begleitung palliativer Geburten sind bisher jedoch nur vereinzelt Strukturen etabliert und ein besserer Ausbau weiterhin gefordert.

Eltern und mit dem Thema vertraute Professionen sind in Internetforen, Vereinen und Initiativen engagiert, um die Popularität einer palliativen Geburt als Option für betroffene Eltern zu steigern.[15]

1.3.3 Entscheidung für ein Kind mit Behinderung

In der Schwangerschaft zu erfahren, dass das ungeborene Kind eine Behinderung haben wird, ist für betroffene Frauen und Männer ein Schock (Baldus, 2006; Bingham et al., 2012; Hinze, 1999; Pollmächer et al., 2005). Schmieder (2015) vergleicht in ihrer Studie 18 veröffentlichte Selbstberichte von Eltern behinderter Kinder. Anhand der Selbstberichte identifiziert sie in 14 Fällen die Geburt des Kindes als Ereignis, welches das bisherige Selbst- und Weltbild der Autorinnen erschüttert und sich erst mit der Zeit neu formiert (S. 92).

Marion Baldus (2006) hat in ihrer Studie Entscheidungen zum Austragen von Frauen nach der Diagnose Down-Syndrom analysiert. Die Arbeit gewährt Einblicke in Abwägungs- und Orientierungsprozesse betroffener Frauen in Auseinandersetzung mit dem Befund. Sie stellt die Diagnosemitteilung als kritisches Lebensereignis heraus, das nach einer akuten Phase der Entfremdung vom Ungeborenen durch eine sukzessive Wiederannäherung und Neuorientierung bearbeitet wird (vgl. S. 224 ff.). Weiterhin können Sorgen um die finanzielle Autonomie, um die Qualität der Paarbeziehung, vor einer Überforderung, um vorhandene Kinder oder vor sozialer Isolation bei der Entscheidung für ein behindertes Kind Ängste hervorrufen und die Beziehung erschweren (Feldhaus-Plumin, 2004).

Für einige Paare ist trotz der Diagnose klar, dass sie ihr Kind austragen möchten, während andere zunächst eine Zeit der Entscheidungsfindung benötigen, um sich ihrer Entscheidung sicherer zu werden. Anders als bei denjenigen Frauen und Paaren, die mit einer letalen Prognose ihres Kindes konfrontiert sind (vgl. Kap. 1.3.2), stellt sich für Paare mit einem postnatal lebensfähigen Kind auch die Frage nach der gemeinsamen Lebensperspektive und -qualität mit dem behinderten Kind. Oftmals lässt sich das künftige Leben mit dem behinderten Kind aus Mangel

15 Ein Begleitbuch für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen wurde von (Fezer Schadt & Erhardt-Seidl, 2018) veröffentlicht. Im Internet können Informationen und Austausch über Foren wie www.weitertragen-forum.net oder https://blog.palliative-geburt.info gefunden werden, ebenso wie über Vereine wie den Bundesverband zur Begleitung von Familien vorgeburtlich erkrankter Kinder e.V. (https://bfvek.de) [03.Feb.2020].

an eigenen Erfahrungen nur schwer vorstellen. Diagnosebedingt ist zudem manchmal nicht absehbar, wie sich die Behinderung letztendlich auf die eigenen Lebensumstände und den Alltag auswirken wird.

Die Gründe, aus denen sich einzelne Frauen und Paare trotz des pränatalen Befundes für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden, sind divers. Feldhaus-Plumin (2004) nennt in ihrer Studie als Gründe oder Motivationen von Frauen für das Austragen der Schwangerschaft, dass das Kind ein Wunschkind sei, die Akzeptanz von Kindern mit einer Behinderung, das Leben mit einem behinderten Kind als Chance oder den Glauben an Gott (S. 192). In der Veröffentlichung von Oehl-Jaschkowitz (2015) geben Eltern im Interview mit der Autorin insbesondere ihre moralische Grundhaltung als Grund dafür an, sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden zu haben. Hinze (1999) analysiert in seiner Forschungsarbeit die Prozesse der Auseinandersetzung von Müttern und Vätern behinderter Kinder. Dabei betont er die partnerschaftliche Komponente innerhalb der Adaptionsprozesse, ebenso wie die individuelle Betroffenheit der beiden Partner. Diese sieht er weiterhin durch geschlechtsspezifische soziale Rollen mitbestimmt (S. 212 ff.).

2. Involvierte Vaterschaft – ein Problemaufriss

Um ein möglichst emphatisches Verständnis für die Lebenssituationen und -wirklichkeiten derjenigen Männer zu bekommen, mit denen sich diese Arbeit im Schwerpunkt befasst, sind Kenntnisse über ein sich wandelndes Rollenverständnis ebenso wie bestehende Herausforderungen und Hürden, die egalitären Arrangements und einer stärkeren Vaterbeteiligung entgegenstehen, erforderlich (Abou-Dakn et al., 2018; Zerle-Elsäßer & Li, 2017). Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, sich schrittweise von einem allgemeinen Verständnis für die Anforderungen und Herausforderungen werdender Väter (Kap. 2.1) an die besonderen Bedingungen nach einem pathologischen Befund (Kap. 2.2) anzunähern. In einem weiteren Kapitel (Kap. 2.3) sollen Trauerverläufe und -reaktionen von Vätern nach einem prä- oder postnatalen Verlust thematisiert werden, wie sie von einigen Männern im Sample erlebt werden. Zuletzt wird ein Überblick über bisherige Forschungserkenntnisse zu Vätern behinderter Kinder gegeben (Kap. 2.4).

Ein neues Verständnis von Vaterschaft lässt sich seit ca. 20 bis 30 Jahren anhand verschiedener Studien, die sich mit den Einstellungen zu und Vorstellungen von Vaterschaft befassen, ableiten (Fthenakis & Minsel, 2002). Die immer stärkere Forderung nach einem involvierten und fürsorgenden Vater drängt das Ideal des Vaters als Familienernährer wenigstens formal in den Hintergrund (Meuser, 2011). So gaben bereits in der durch das BMBF geförderten Studie von Fthenakis & Minsel (2002) zur Rolle des Vaters in der Familie 70 % der werdenden Väter an, sich mit der Rolle des Vaters als Erzieher zu identifizieren. Demgegenüber waren es lediglich 30 % der Befragten, die die Rolle des Vaters als Brotverdiener und den Nicht-Verzicht auf Karriere präferierten (ebd., S. 97). In der Studie von Hofmeister et al. (2009) wurde wiederum von den Befragten eindeutig ein Vaterbild des sowohl versorgenden als auch fürsorgenden Vaters mit 65 % der Studienteilnehmer bevorzugt.[1] In der Studie von Zerle & Krok (2008) zeichnen sich diese Vorstellungen ebenfalls ab.

1 Lediglich 32 % der Befragten sprachen sich für das Modell eines reinen Fürsorgers aus, weitere 2 % für einen traditionellen Ernährer und wiederum zwei Prozent für einen abwesenden Vater.

Deutlich wird auch, dass die Forderung nach stärkerer innerfamiliärer Beteiligung der Väter nicht automatisch eine Ablösung von traditionellen Arbeits- und Aufgabenverteilungen impliziert.[2] Orientiert man sich an der Bereitschaft von Vätern, in Elternzeit zu gehen, wird deutlich, dass Väter in der Regel nicht länger als die zwei Partnermonate in Elternzeit gehen (vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung [DIW], 2019). Aus dem Väterreport des BMFSFJ (2016) geht hervor, dass 79 % der Väter zwei Monate Elternzeit, 14 % zwischen drei bis neun Monaten und lediglich 7 % zehn bis zwölf Monate Elternzeit nehmen (S. 18). Eine Schwierigkeit zeigt sich darin, dass in den meisten Haushalten noch immer die Männer die Hauptverdiener sind und sich für Familien daher der Weiterverdienst der Männer stärker rentiert (Brandt, 2017). Darüber hinaus stellt Brandt weitere Faktoren heraus, die Einfluss auf die tatsächliche Verteilung der Elternzeit und damit auch der Verteilung der Erwerbs- und Hausarbeit in den ersten Jahren nach der Geburt nehmen, wie etwa der Wunsch von Frauen, selbst in eine längere Elternzeit gehen zu können, oder die bessere berufliche Vereinbarkeit mit einer längeren Elternzeit (ebd.).

Arrangements um die Verteilung von Erwerbs- und Care-Arbeit sind im Detail auch von sozialer Schicht, Einkommen und persönlichen Faktoren abhängig. Es konnte beispielsweise in der Studie von Trappe (2013) herausgestellt werden, dass eine höhere Bildung des Mannes, auch unter Berücksichtigung der ökonomischen Charakteristika des Paares, sich positiv auf die Entscheidung zum Elterngeldbezug auswirkt.[3] Aus der Studie von Hofmeister et al. (2009) wurde zudem durch einen Kohortenvergleich ein Zusammenhang zwischen unsicherer Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage und den Einstellungen zur Rolle bzw. Aufgabe des Vaters deutlich.[4] Neue, partizipative und fürsorgende Formen von Vaterschaft »müssen nicht nur normativ gewünscht, sondern faktisch geformt und durchgesetzt werden – gegen

2 Teilweise scheinen die Diskrepanzen zwischen dem Wunsch und der Einstellung der Eltern und der tatsächlich gelebten Praxis etwas in den Hintergrund zu rücken, etwa wenn es im Fortschrittsindex 2017,»Erfolge auf dem neuen Weg zur Vereinbarkeit« des BMFSFJ heißt: »Alte Rollenmuster sind längst überwunden: Inzwischen wünschen sich schon mehr Väter als Mütter eine egalitärere Aufteilung von Erwerbs- und Elternzeiten« (S. 8). Zwar kann sich die egalitäre Einstellung bei der Umsetzung einer egalitären Verteilung von Haus- und Erwerbsarbeit positiv auswirken (vgl. Brandt, 2017), allerdings ist sie, wie die Zahlen weiterhin belegen, kein Garant dafür.

3 Die Inanspruchnahme von Elternzeit durch Väter wird häufig als Referenz für die Übernahme von Care-Arbeit im Haushalt herangezogen, obschon der alleinige Elternzeitbezug noch keine Aussagen über die tatsächlich geleistete Pflege- und Hausarbeit zulässt.

4 Das Bild von Vaterschaft wird stark durch die Vorstellungen und Spielräume der Frauen, bzw. Partnerinnen formiert. So wurde anhand der oben erwähnten Studie von Hofmeister et al. deutlich, dass insbesondere von westdeutschen Frauen ein sog. moderner Ernährer als Vater gewünscht wird, während ostdeutsche Frauen »mit einem nur fürsorglichen Vater zufrieden« sind (ebd., S. 202 f.; vgl. hierzu auch Baur & Hofmeister (2008)).

eine bestehende Struktur, die die veränderte Vaterschaft nur so weit hinnimmt, wie sie nicht die Arbeitsmarktverfügbarkeit des Mannes betrifft« (Born & Krüger, 2002, S. 138).

Matzner (2011) stellt drei Hauptdeterminanten heraus, die Einfluss auf die Persönlichkeit des Vaters und damit auch auf seine Einstellung zur Vaterrolle nehmen: die Sozialisation zum Vater, soziale Lage und Milieu und soziokulturelle Einflüsse (S. 234). Vaterschaft müsse als »Interaktion und Produkt des Zusammenwirkens von Persönlichkeit und Gesellschaft verstanden werden« (S. 233). In verschiedenen Konzepten von Vaterschaft spiegelten sich sowohl Individualität als auch Kollektivität gleichermaßen wieder. Ferner sieht Matzner die Sozialisation zum Vater als »Zusammenwirken von »innerer« und »äußerer« Realität« (ebd.). Entsprechend lassen sich auch Diskrepanzen zwischen den Einstellungen der Väter bzw. Einstellungen zu Vaterschaftskonzepten und der tatsächlichen Realisierung der Vaterrolle verstehen.

Ein kritischer Umgang mit Geschlechternormen und die Identifikation mit alternativen Lebenszielen jenseits klassischer Normalbiographien sind dabei ebenso notwendig wie das Abtreten bisheriger klassisch weiblicher und männlicher Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche innerhalb der Familie (Institut für Demoskopie Allensbach, 2019). Wie weit und unter welchen Bedingungen der Vater sich an der häuslichen Arbeit beteiligt bzw. beteiligen darf, hängt auch von der Bereitschaft der Mutter ab, tradierte Bereiche ihrer häuslichen Sphäre abzugeben (Lengersdorf & Meuser, 2016; Meuser, 2011, 2012).

Gerade die Zeit der Schwangerschaft und Geburt ist durchzogen von emotionalen und rollenspezifischen Ambivalenzen, da der Prozess der Auseinandersetzung und Adaption einerseits unausweichlich ist, andererseits die neue Rolle in der Zeit der Vor-Vaterschaft durch die körperliche Exklusion noch abstrakt sein und die Identifikation erschweren kann. Die Bemühungen und Interessen der Väter nach stärkerer Beteiligung und emotionaler Zuwendung, sowohl für die schwangere Partnerin als auch für das ungeborene Kind, treffen jedoch auch für den pränatalen Kontext zu, wie im nachfolgenden Kapitel gezeigt werden soll. Für die Zeit der Schwangerschaft lassen sich Herausforderungen zwischen einer stark mütterzentrierten Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung herausstellen, die teilweise im Kontrast zu den väterlichen Ambitionen nach aktiv-teilhabender Vaterschaft zu stehen scheinen (Deave et al., 2008).

2.1 Werdende erste Väter

Bereits vor dem tatsächlichen Übergang in die Vaterschaft setzen sich die werdenden Väter in der Zeit der Schwangerschaft mit Fragen und Vorstellungen auseinander, wie sie ihre Identität als Vater später ausgestalten möchten und welche

möglichen Veränderungen mit der Geburt ihres Kindes einhergehen (W. Schneider & Lindenberger, 2018). Während sich bei der Frau mit der Geburt des ersten Kindes der Übergang zur Mutter auch über den graviden Körper vollzieht, finden Antizipationsprozesse von Männern in veränderten Alltagspraktiken und Vorstellungen über das Leben mit Kind und die eigene Vaterrolle statt.[5] Häufig ist die Mitteilung einer bestehenden Schwangerschaft zunächst mit ambivalenten Gefühlen verknüpft, die neben der Freude auch Unsicherheiten und Ängste bei beiden Partnern hervorrufen kann (Genesoni & Tallandini, 2009; Wulf, 2012). Dabei kann gerade bei bisher kinderlosen Paaren die Frage nach der neuen Verantwortung und der Umstellung bisheriger Lebensgewohnheiten eine Herausforderung sein. Generell stellen Schwangerschaft und Geburt geradezu konträre Lebenssituationen in einem bis zu einem hohen Grad individuell planbaren und aktiv gestaltbaren Leben dar (Schäfer et al., 2008). Zwar entstehen die meisten Schwangerschaften heutzutage geplant[6], zugleich ist jedoch ab dem Zeitpunkt des Entschlusses die Kontrolle über tatsächlichen Eintritt, Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft nicht mehr allein Ergebnis persönlicher Bemühungen. Schwangerschaft und Geburt sind trotz ihrer starken Medizinisierung weiterhin natürliche Prozesse, die sich bis zu einem gewissen Grad der externen Kontrolle und Regulation entziehen. Vor dem Hintergrund kann es für Männer herausfordernd sein, sich aus der Position des Begleiters und Beobachters mit der Schwangerschaft der Partnerin auseinanderzusetzen (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2018; Genesoni & Tallandini, 2009). Eine noch immer starke Fokussierung auf den weiblichen Körper im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt bis hin zur Mystifizierung der Schwangeren macht es den werdenden Vätern ungleich schwerer, ihren Platz im vorgeburtlichen Geschehen zu finden (Seehaus & Rose, 2015). Sowohl verfügbare Literatur als auch digitale Informationsangebote sind zudem stark mütterzentriert und es wird ein entsprechender Ausbau an Angeboten für die werdenden Väter gefordert (BZgA, 2017; Fletcher et al., 2014). Sänger (2020) untersucht in ihrer ethnografischen Studie die Bedeutung pränataler Ultraschalluntersuchungen und stellt die an Männer gerichteten Erwartungen, eine Verbundenheit mit dem Kind affektiv auszudrücken, heraus: »Mit Bezug auf die Teilnahme von Männern ist die Ultraschalluntersuchung als erlebnissteigerndes Ereignis gerahmt, welches ihnen erlaubt und von ihnen fordert, freudige Emotionen und Anteilnahme zu demonstrieren« (S. 251). Männer gelten bei medizinischen Untersuchungen als Begleitpersonen, während die Schwangere von behandelnden Ärztinnen »als entscheidungs- und auskunftsfähige Person adressiert« (S. 257) ist.

5 Siehe zur Betrachtung von Schwangerschaft und werdender Elternschaft als kollektive Praxis auch Sänger (2020).

6 Nach Schneider (2016) sind ca. 70 % der Schwangerschaften geplant.

Während die Integration von werdenden Vätern in das vorgeburtliche Setting innerhalb von Ultraschalluntersuchungen vollzogen und über das Einbinden der Männer eine paarbezogene familiale Zugehörigkeit hergestellt wird (Sänger, 2020, S. 297), lassen sich nach Müller und Zillien (2016) bei Betrachtung geburtsvorbereitender Maßnahmen für Männer kaum egalitäre Bestrebungen auf den pränatalen Kontext übertragen. Wie sie in ihrer Studie zu »Verweiblichung von Elternschaft in Geburtsvorbereitungskursen« herausstellen, »ist [es] üblicherweise die Geburt des ersten Kindes, die eine geschlechterdifferenzierte Aufteilung der familialen und infolgedessen auch der häuslichen Arbeit anstößt« (ebd., S. 429). Sie nehmen an, dass bereits in der Zeit der Schwangerschaft geschlechterdifferente Aushandlungsprozesse relevant werden. Durch die thematische Ausrichtung von Geburtsvorbereitungskursen als gesundheitspolitisches Instrument, die »eine strikte Differenzierung von Frauen und Männern [vornehmen], welche durch die Feminisierung von Geburtsvorbereitung und Kinderversorgung sozial relevant gemacht [werde]«, sei dies u.a. deutlich (Müller & Zillien, 2016, S. 430). Als Konsequenz leiten sie eine Verstärkung von Retraditionalisierungsprozessen für die postnatale Aufgabenverteilung ab.[7]

Kritisch gesehen werden muss, dass spezifische, geburtsvorbereitende Übungen insbesondere für die schwangere Frau relevant sind und eher darüber nachzudenken wäre, Kurse nicht nur für Paare, die in der Regel sehr mütterzentriert gestaltet sind, sondern ebenso für Männer anzubieten, um spezifische Themen im geschützten Rahmen zu bearbeiten (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2017). Auf das Erleben bei der Geburt wirken sich Vorbereitungskurse für Männer dennoch positiv aus. Wie Wöckel & Abou-Dakn (2006) in einer Studie zur aktiven Einbindung von Männern in die Geburtsvorbereitung beobachten konnten, fühlten sich Männer, die vor der Geburt besonders geschult wurden, während der Geburt sicherer, gaben positivere Werte in Bezug auf das Geburtserleben an und hatten stärker das Gefühl, der Partnerin geholfen zu haben. Auch Ensel (2017) benennt, dass Väter, die bereits vor der Geburt aktiv in das Schwangerschaftsgeschehen und die Geburtsvorbereitung eingebunden sind, später einen besseren Zugang zu ihrem Kind haben. Dass Geburtserfahrungen von Männern auch negativ erlebt werden, zeigt hingegen die Studie von von Sydow & Happ (2012). Von 30 befragten Männern (vor und nach der Geburt) gaben 13 % an, das Gefühl gehabt zu haben, keine Wahl hinsichtlich ihrer Teilnahme an der Geburt gehabt zu haben. Neben positiven Gefühlen werden auch negative Gefühle wie Angst um die Partnerin, das Kind, Ekel, Hilflosigkeit und Fluchtimpulse erinnert.

---

7 Müller und Zillien (2016) geben einen näheren Überblick über die verschiedenen Faktoren zur Erklärung geschlechterdifferenter Arbeitsteilung im Zusammenhang mit der Geburt des ersten Kindes.

Unumgänglich ist, dass die Beziehungsaufnahme zum ungeborenen Kind zunächst über den Körper der Schwangeren verläuft, oder wie Sänger (2020) es formuliert: »Aus der Binnenperspektive der werdenden Eltern muss in irgendeiner Weise ein Umgang damit gefunden werden, dass nur einer der Elternteile über einen graviden Körper verfügt« (S. 29). Der werdende Vater ist gewissermaßen von der Bereitschaft und Delegation der Frau bei der Kontaktaufnahme zum ungeborenen Kind abhängig. Während die schwangere Frau in Symbiose mit ihrem Kind lebt, muss vom werdenden Vater aktiv Kontakt über z.B. den Körper der Mutter aufgebaut werden. Vor diesem Hintergrund kann die Phase der Schwangerschaft auch als Phase der ungleichen Elternschaft bezeichnet werden. Wie wichtig der pränatale Kontaktaufbau zum Ungeborenen auch für die spätere Beziehung zum Kind sein kann, zeigt die Studie von Bronte-Tinkew et al. (2007). Sie belegt einen Zusammenhang zwischen dem pränatalen Kontaktaufbau und der postnatalen Übernahme von Pflege und Versorgung des Kindes. Wie die Studie von Boyce et al. (2007) nahelegt, ist bei dem Kontaktaufbau zum Kind die Qualität der Paarbeziehung zudem ausschlaggebend dafür, wie der Übergang von der partnerschaftlichen Dyade zur Triade mit Kind erlebt wird. Es ist anzunehmen, dass durch eine dysfunktionale Paarbeziehung während der Schwangerschaft auch der Beziehungsaufbau zum Kind erschwert ist.

Visualisierte Darstellungen des Ungeborenen, wie sie mithilfe des Ultraschalls erzeugt werden, können beim elterlichen Beziehungsaufbau zum Ungeborenen bedeutsam sein (Cox et al., 1987; Wulf, 2012). Das Betrachten des Kindes im Ultraschall oder der dabei entstehenden Bilder ist für viele Paare ein wesentliches Moment der Identifikation mit dem Ungeborenen. Die Aufnahmen machen das Ungeborene auch für die werdenden Väter sinnlich erfahrbar und können helfen, die Beziehung zum Kind im Körper der Frau zu intensivieren. Der medizinische Nutzen der angewandten Diagnostik rückt dabei zumeist in den Hintergrund (Sänger, 2020).

Anders als noch vor einigen Jahrzehnten, als Schwangerschaft und Geburt ausschließlich Angelegenheiten der Frauen waren, begleiten die werdenden Väter heute zumeist ihre Partnerinnen bei der Geburt. In ca. 90 % der Geburten sind die werdenden Väter bei der Geburt anwesend (Schulz & Riedel, 2003).[8] Das Lösen der Mutter-Kind-Dyade, was heute auch oft mit dem symbolischen Durchschneiden der Nabelschnur durch die Väter ritualisiert ist, wird als gemeinsames Ereignis erlebt (Wulf, 2012). Auch bei der Wahl der Geburtsklinik sind die meisten Väter mittlerweile beteiligt. Durch das Angebot von Familienzimmern, wie sie heute in den meisten Geburtskliniken zu finden sind, soll nach der Geburt den jungen Eltern gleichermaßen Raum und Möglichkeit zum Ausruhen und Kennenlernen gegeben werden.

8 Jüngere Zahlen liegen vermutlich noch höher.

Im nun folgenden Kapitel sollen Anhaltspunkte zu väterlichen Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik in der Schwangerschaft der Partnerin thematisiert werden.

2.2 Männer nach pränatalem Befund

Die Frage nach Inanspruchnahme oder Ablehnung pränataler Diagnostik stellt sich für Paare heute in nahezu allen Schwangerschaften, da routinemäßige Vorsorgeuntersuchungen und weiterführende Diagnostik fließend ineinander übergehen. Häufig sind es Indikationen zu einer Risikoschwangerschaft oder sogenannte Softmarker (siehe Kap. 1.2.1), die im Rahmen der routinemäßigen Vorsorgeuntersuchung Anlass zur weiteren Abklärung geben und entsprechende Diagnostik nach sich ziehen. Informationen über Möglichkeiten der weiterführenden Diagnostik bekommen Frauen und Paare über die betreuende Gynäkologin, das Internet, Flyer oder auch geschulte Beraterinnen. Studien, welche den Informationsstand zu pränataldiagnostischen Verfahren zwischen werdenden Müttern und Vätern kontrastieren, sind nicht bekannt. In der Studie der BZgA (2006) zu Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik geben aber von n=575 Frauen die Mehrheit mit 56 % an, dass ihr Partner den größten Einfluss für oder gegen die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik gehabt habe (Renner, 2006, S. 45). Obwohl die Aktualität der inzwischen möglicherweise veralteten Studie angezweifelt werden kann, belegt sie dennoch, dass bereits vor 14 Jahren in der Mehrheit der Fälle eine Auseinandersetzung der werdenden Väter mit pränataldiagnostischen Verfahren stattgefunden haben muss. Weitere 9,6 % der befragten Frauen sagten zudem aus, dass sie pränatale Diagnostik auf Wunsch des Mannes in Anspruch genommen hätten. Dem entgegen stehen 1,1 Prozent, die für ihren Partner auf Diagnostik verzichtet haben (ebd.).

Heute lassen sich eine Vielzahl von Internetseiten wie www.vaeter-zeit.de oder www.vaterfreuden.de finden, die (werdende) Väter als Zielgruppe haben und zum Thema Pränataldiagnostik umfassende Informationen bereitstellen. Auf allgemeinen Informations-Webseiten im Internet werden die werdenden Väter ebenso angesprochen und als Zielgruppe mit berücksichtigt (vgl. BZgA, 2017b).[9] Demgegenüber legt die Studie von Friedrich et al. (1998) noch nahe, dass Männer häufig weniger als ihre Partnerinnen über pränataldiagnostische Verfahren informiert sind, was insbesondere mit einem Informationsvorsprung der Frauen durch die

9 »Für schwangere Frauen und werdende Väter, die eine vorgeburtliche Diagnostik in Erwägung ziehen, ist es deshalb wichtig, sich über die einzelnen Verfahren zu informieren und mögliche Konsequenzen zu bedenken, bevor sie sich für oder gegen Pränataldiagnostik entscheiden«. (BzgA, 2017b)

Beratung beim Gynäkologen begründet wird. Die Interviews von Gersthahn (2013) zeigen allerdings, dass Männer sich heute vermehrt kritisch mit der Frage nach Inanspruchnahme pränataler Diagnostik auseinandersetzen. Bei der Möglichkeit, sich als werdender Vater über Diagnostikverfahren zu informieren, kommt dem Internet eine besondere Bedeutung zu. Die Begleitung der Partnerin zu Arztterminen oder die nachträgliche Informationsübermittlung durch die Partnerin ist somit für den Erwerb von Informationen zu PND nicht mehr zwingend erforderlich.[10] Anhand des Berichts von Wieser et al. (2006), der Interviews von Frauen mit Erfahrungen nach PND zusammenfassend darstellt, wird bereits die Tendenz einer stärkeren Väterbeteiligung und partnerschaftlichen Auseinandersetzung mit PND deutlich. Die Autoren betonen die Bedeutung der gemeinsamen Auseinandersetzung mit PND für das Mittragen möglicher Entscheidungen und Konsequenzen infolge der Diagnostik. Auf der anderen Seite ergab die Studie von Heider & Steger (2014), die auf einem Sample von elf befragten Frauen nach einer pränatalen Diagnose in der Schwangerschaft basiert, dass Frauen nach einem Befund zunächst für sich eine Entscheidung treffen, bevor sie sich mit ihrer Entscheidung bei Partner, Familie und Freunden rückversichern (S. 281).

Ein pränataler Befund ist jedoch für beide Elternteile ein schockierendes und einschneidendes Ereignis, das einer entsprechenden Sensibilität bedarf (vgl. Kap. 1.3). Nicht nur die schwangere Frau, sondern ebenso den werdenden Vater nach einem Befund in den Blick zu nehmen, ist Aufgabe von Ärztinnen, Hebammen, Beraterinnen und begleitendem Fachpersonal. Hinweise für die Betroffenheit der Väter und spezifische Themen lassen sich anhand von Forschungsarbeiten und Befragungen nachvollziehen, ebenso wie durch Erfahrungsberichte von Eltern oder Beraterinnen. Häufig liegt ein Schwerpunkt entsprechender Arbeiten oder Publikationen auf den Erfahrungen [vormals] schwangerer Frauen. Zugleich lassen sich jedoch auch in diesen Veröffentlichungen Hinweise oder Aussagen zu den männlichen Partnern finden.

In der Forschungsarbeit von Feldhaus-Plumin (2004), in der sowohl Interviews mit Frauen nach einem pränatalen Befund als auch mit Fachleuten veröffentlicht sind, nimmt der »Partner« eine von insgesamt vier Auswertungskategorien ein (S. 114).[11] Feldhaus-Plumin clustert die Kategorie weiterhin in »aktiv unterstützende« und »reaktives Verhalten« der Partner in Bezug auf die Entscheidung der Frau.

---

10 Bei der Möglichkeit, an Informationen zu gelangen, sind Frauen gegenüber den werdenden Vätern aber vermutlich durch den Umstand der obligatorischen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen dennoch bevorteilt. Zuletzt obliegt es jedoch auch ihrem Ermessen, entsprechende Untersuchungen an ihrem Körper vornehmen zu lassen.

11 Neben den Kategorien 1: Beratung zu Pränataldiagnostik, Kategorie 2: Einstellung der Frauen zu Pränataldiagnostik und Behinderung, Kategorie 4: psychosoziales Umfeld (S. 113 f.).

Neben verschiedenen Graden der Nähe oder Distanz zu einzelnen Ereigniszeitpunkten wird anhand der Auswertung auch die Betroffenheit der Männer teilweise deutlich. Infolge eines Schwangerschaftsabbruchs berichtet eine der interviewten Frauen von der Angst ihres Partners, dass ihn belastende Gefühle infolge des Erlebten unverhofft überkommen könnten (S. 188). In einem anderen Zitat wird die emotionale Belastung eines Mannes deutlich, der durch Untersuchungen in der vorherigen Schwangerschaft traumatisiert ist (S. 142). Eine gezielte Auswertung der Erfahrungen der Männer wird jedoch nicht vorgenommen.

Eine ähnliche Unterteilung der Männer als passiv-zurückhaltende oder aktiv-unterstützende Akteure nach einem Befund nehmen auch Wieser et al. (2006) vor, indem sie Interviews von Frauen nach einer Diagnose in Bezug auf die von den Frauen geschilderten Reaktionen des Partners darstellen. Hier heißt es, dass im Zusammenhang mit der Befundmitteilung »die Unterstützung durch den Partner besonders wichtig« sei (S. 51). Ein reflektierter Umgang mit der Belastung der werdenden Väter findet auch hier nicht statt. In Bezug auf mögliche Entscheidungskonflikte wird jedoch empfohlen, die Durchführung der Diagnostik bereits im voraus als Paar zu thematisieren, um möglichen Konsequenzen vorzubeugen (s.o.).

Die Forschungsarbeit von Baldus (2006) beinhaltet Ergebnisse aus insgesamt zehn narrativen Interviews mit Frauen, die sich nach der pränatalen Diagnose einer Trisomie 21 beim Ungeborenen für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden. Sie stellt in ihrer Arbeit heraus, dass auch »für die Partner … die Diagnosemitteilung eine Traumatisierung dar[stellt]. Der Grad der Betroffenheit unterscheidet sich jedoch in der Unmittelbarkeit: Als potentielle Väter sind sie indirekt und nicht über eine leibliche Verbundenheit betroffen« (Baldus, 2006, S. 155). Die Betroffenheit der werdenden Väter wird damit thematisiert, zugleich aber in Relation zu der »direkten« Betroffenheit der werdenden Mütter gesetzt. Sie stellt weiterhin den Aspekt des dyadischen Copings (in Anlehnung an Bodenmann, 2000) als Möglichkeit zur partnerschaftlichen Verarbeitung der Gefahr einer Entzweiung im Entscheidungsprozess gegenüber. Für die meisten ihrer interviewten Frauen stellt die Partnerschaft einerseits eine hilfreiche Ressource dar (S. 262 ff.), andererseits thematisiert sie aber auch anhand eines Fallbeispiels den Konflikt infolge einer ausbleibenden Angleichung im Entscheidungsprozess (Symmetrie vs. Asymmetrie).

In ihrer qualitativen Studie befragt Rost (2015) 20 Frauen über ihre Erfahrungen zum Austragen eines Kindes mit infauster Prognose. Sie stellt einerseits die Partnerschaft als wichtige Ressource für die Frauen heraus, andererseits die mangelnde Unterstützung des Partners als größte Belastung (S. 179) und geht damit ebenfalls auf den Aspekt der partnerschaftlichen Unterstützung ein. Sie gibt an, dass einige der Frauen die Schwangerschaft als »gemeinsamen Prozess« erleben und vereinzelt Partner den ausschlaggebenden Impuls für das Austragen der Schwangerschaft geben. Weiterhin sei bei einigen Frauen durch die Diagnosemitteilung eine

Veränderung dahingehend zu beobachten, dass sie sich trotz egalitärer Ansprüche an die Partnerschaft eine Entscheidungshoheit herausnehmen, sofern der Partner eine andere Präferenz verfolgt (»Eine Entscheidung, die in ihren Augen aufgrund ihrer weitreichenden Konsequenzen für das eigene Leben keine partnerschaftlichen Kompromisse erlaubt«, ebd.). Ein Teil der Frauen erlebe zudem die Partnerschaft »in klar definierten Geschlechtsrollenzuschreibungen«. Dabei sei die Rolle des Partners die des »Unterstützers« und die Schwangerschaft erlebter Zuständigkeitsbereich der Frau. Auch bei einer anderen Präferenz der männlichen Partner in Bezug auf den Schwangerschaftsausgang gibt Rost an, dass sich keine der Frauen »als von dem Partner unter Druck gesetzt« gefühlt habe, die Schwangerschaft abzubrechen (S. 180). Damit geht sie (wie auch Baldus, s.o.) auf die Problematik der partnerschaftlichen Präferenzbildung ein.

In der Studie von Rohde & Woopen (2007) zur Evaluation von insgesamt drei Modellprojekten zur psychosozialen Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik[12] geben von n=240 Frauen im Anschluss an die Befundmitteilung an, dass die Unterstützung durch den Partner mit 83 % wichtigster Faktor mit positivem Effekt auf das eigene Wohlbefinden sei (S. 43). Weiterhin geben in fast der Hälfte der Fälle die Frauen an, dass sich seit der Diagnosestellung die Partnerschaft verbessert habe (n=107; 46,7 %) und demgegenüber lediglich 13 Frauen, dass sich seit dem Befund die Partnerschaft deutlich verschlechtert habe (5,6 %, ebd.). Die Zahlen belegen die besondere Relevanz der Unterstützung und Verfügbarkeit der Männer für ihre Partnerinnen nach einem pränatalen Befund und decken sich mit der Einschätzung von Rost (s.o.), nach welcher der Mann häufig die Rolle des Unterstützers nach einem Befund einnimmt. Studien, welche die Perspektive der betroffenen Frauen untersuchen, betrachten den männlichen Partner vorrangig als Variable in Bezug auf die Frau. Dabei wird der Partner bzw. sein Verhalten danach beurteilt, inwieweit es dem Wohlbefinden der Frau zuträglich ist oder eine zusätzliche Belastung für die schwangere Frau bedeutet. Darüber hinaus wird auch auf die Problematik möglicher Entscheidungskonflikte hingewiesen, welche dazu führen können, dass der Partner als wichtigste Ressource der Schwangeren wegfällt. Sich als Paar nach Möglichkeit schon vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik mit möglichen Folgen auseinanderzusetzen, wird als Empfehlung genannt.

McCoyd (2007) beschreibt in ihrer Studie das Dilemma, in dem sich Männer nach einem pränatalen Befund zwischen der eigenen Geschlechterrolle und dem Unterdrücken eigener Emotionen befinden, um für die Partnerin stark zu sein. Sie beobachtet anhand ihres Samples von 30 interviewten Frauen nach einem pränatalen Befund, dass sowohl eine Passivität der Männer in der Entscheidungsfindung als auch das Zurückhalten eigener Emotionen von Frauen negativ erlebt werden.

12 Projektstandorte waren Bonn, Düsseldorf und Essen.

Frauen geben an, das Verhalten als Ausdruck einer mangelnden Bindung zum Ungeborenen interpretiert zu haben (S. 45). McCoyd sieht für die männlichen Partner folglich eine Notwendigkeit, sich zwischen dem Zulassen der eigenen Emotionalität und Anteilnahme und dem Folgen der vorgeschrieben Geschlechterrolle zu entscheiden und damit zugleich eine Entfremdung von der Partnerin zu riskieren (ebd.).

Black & Sandelowski (2010) haben in ihrer Studie das Potential zum persönlichen Wachstum von betroffenen Frauen und Männern nach einer fetalen Diagnose in der Schwangerschaft untersucht. Bei der Mehrzahl der Befragten (10 von 15 Frauen und 6 von 10 Männern) ließen sich anhand der Interviews Hinweise für eine positive Veränderung nach der Erfahrung erkennen. Zugleich zeigt die Studie auch, dass negative Profile auch negative Auswirkungen auf die Partnerschaft haben und inkongruente Profile zwischen Paaren sich ebenfalls zu Spannungen in der Partnerschaft führten (S. 1025).

Neben Erwähnungen der Partner in Forschungsarbeiten zu Entscheidungsprozessen und Erfahrungen betroffener Frauen nach einem Befund lassen sich auch publizierte Erfahrungsberichte von Eltern als Quellen nennen, in denen Väter teilweise selbst von ihren Erfahrungen mit einem Befund oder Frauen über die männlichen Partner berichten. In der Veröffentlichung von Fezer Schadt & Erhardt-Seidl (2018) gibt ein Vater an, dass er auf die Diagnoseeröffnung des Arztes zunächst mit Unglaube reagiert habe (S. 108). Er habe sich zudem durch die Ärzte stark beeinflusst gefühlt und zunächst zu einem Abbruch tendiert. Dass seine Partnerin sich in ihrer Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft sicher war, erlebte er als Erleichterung. Weiterhin berichtet er von großen Sorgen um seine Partnerin und ihre Verarbeitung der Entscheidung. Zuletzt gibt er an, »immer alles miteinander abgesprochen und dann gemeinsam entschieden« zu haben (ebd.), und betont die Relevanz einer besonderen Sensibilität für sich und die Partnerschaft in dieser Zeit.

Mit ihrer Publikation »Momente der Ergriffenheit« haben Ensel et al. (2019) ein Begleitbuch für Eltern veröffentlicht, das Erfahrungsberichte sowie Fachbeiträge beinhaltet. Anhand von geschilderten Erfahrungen betroffener Männer und Frauen nach einer Diagnosestellung, einem Schwangerschaftsabbruch oder dem Verlust ihres Kindes werden Einblicke in das Erleben der Eltern gewährt. Eine Frau erinnert, dass ihr Mann eine aktivere Verarbeitungsstrategie als sie selbst gehabt habe und sich »durch »Schaffen« abgelenkt« habe (S. 99). Auch in der Verarbeitung ihrer Trauer habe es große Unterschiede gegeben, da er diese weniger über das Sprechen und mehr über das handwerkliche Betätigen verarbeitet habe als sie (S. 100). In der Publikation von Oehl-Jaschkowitz (2015) erinnert ein Vater die Situation der Befundmitteilung in der Schwangerschaft, die Geburt und nachgeburtliche Operationen (S. 27 ff.). Er habe länger als seine Partnerin gebraucht, den Befund zu

realisieren (S. 28). Weiterhin erinnert er einen anfänglich fehlenden Gleichklang in der Verarbeitung zwischen seiner Partnerin und ihm (S. 29).

Exemplarisch werden im Folgenden drei Publikationen vorgestellt, welche anhand von Erfahrungsberichten und Aussagen von Eltern nach einem Befund in der Schwangerschaft ebenfalls Einblicke in Themen und Verarbeitungsformen betroffener Männer geben. Ergänzend zu den bisher angeführten Forschungsarbeiten, in denen insbesondere der »Mann als Unterstützer der Partnerin« genannt und Herausforderungen im Fall einer asymmetrischen Beziehungskonstellation aus Perspektive der schwangeren Frau thematisiert werden, werden hier auch Erfahrungen in Bezug auf die Betroffenheit und Verarbeitung der Väter deutlich. Während die körperliche Komponente der Schwangerschaft bei einigen Autorinnen als Legitimation für eine weibliche Perspektive bei der Betrachtung von Konfliktsituationen herangezogen wird, betonen Wassermann & Rohde (2009), dass trotz der physischen Ausgeschlossenheit aus der Schwangerschaft diese für die Väter oftmals zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits Lebensrealität geworden ist (S. 120). Durch die gedankliche und emotionale Auseinandersetzung bzw. Identifikation mit der Schwangerschaft und vor dem Hintergrund einer partnerschaftlichen Auseinandersetzung sei den männlichen Partnern im Beratungskontext ebenso Aufmerksamkeit und Sensibilität entgegenzubringen. Dort heißt es:

> In Anbetracht der Konsequenzen und der Reichweite der anstehenden Entscheidung ist daher eine gemeinsame Entscheidung und Verantwortungsübernahme beider Partner erforderlich. Bestehende Differenzen und eventuelle Loyalitätskonflikte in der Partnerschaft oder auch im Familiensystem können bei entsprechender Fokussierung der Beraterin erkannt und offen eingebracht werden. (Wassermann & Rohde, 2009, S. 120; Hervorh. v. Verf.)

Aus der Studie von Rohde & Woopen (2007), die in einem Modellprojekt die Beratungssituation von Frauen im Kontext von PND untersucht haben, geht hervor, dass entsprechend der Beurteilung von Beraterinnen werdende Väter nach einem pränatalen Befund emotional stark belastet sind. Nach ihrer Einschätzung sind sie im Erstgespräch nach Diagnosemitteilung zu 89,3 % stark bis sehr stark psychisch belastet, also vergleichbar stark wie ihre Partnerinnen mit 93,5 % (S. 30). Sie plädieren aufgrund dieser Einschätzungen ebenfalls für eine stärkere Einbindung der männlichen Partner in den Beratungskontext.

Die Betrachtung eines pränatalen Befundes als partnerschaftliche Herausforderung erfordert neben der Erkenntnisse über das Erleben und Verarbeiten der Schwangeren ebenso Erkenntnisse über Erfahrungen der männlichen Partner sowie über das gemeinsame Interagieren vor, während und nach einem pränatalen Befund. Neben einer hohen psychischen Belastung für beide Elternteile lassen sich weiterhin erste Indikatoren für spezifische Umgangsformen zwischen den werdenden Eltern ausmachen. Retzlaff (2011) stellt heraus, dass die »Verarbeitungs-

prozesse [nach einem positiven Befund] … zum Teil genderspezifisch [sind]. Väter reagieren auf die Diagnosemitteilung einer Behinderung weniger emotional und setzen eher kognitive Bewältigungsstrategien ein, zum Beispiel die Suche nach Informationen im Internet« (S. 253). Ob bzw. wie sich ein genderspezifischer Umgang auf das Erleben und die Reaktion nach einem Befund, das Verhalten im Entscheidungsprozess und bei der späteren Trauer auswirken, lässt sich anhand bisheriger Forschungsarbeiten nur bedingt nachvollziehen.

Gersthahn (2013) setzt sich in ihrer Promotionsarbeit mithilfe von leitfadengestützten Paarinterviews mit der psychischen Belastung von werdenden Vätern nach einem pathologischen pränatalen Befund auseinander. Ihre Arbeit beinhaltet einen Teilaspekt der Gesamtstudie »Entscheidungsprozesse im Kontext von Pränataldiagnostik«, durchgeführt von der Gynäkologischen Psychosomatik des Zentrums für Geburtshilfe und Frauenheilkunde am Universitätsklinikum Bonn und der Forschungsstelle Ethik der Universität zu Köln. Im Vordergrund der Arbeit steht die Rolle der werdenden Väter sowie ihr persönliches Erleben im Rahmen der Diagnosestellung und Entscheidungsfindung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch. »Insbesondere sollen die Gefühle und Gedanken der befragten Männer während des Entscheidungsprozesses herausgearbeitet werden, ebenso deren Zwiespalt von Verantwortungsgefühl zur Unterstützung der Partnerin und eigener Belastung« (ebd., S. 33). In der Arbeit wurden exemplarisch 20 Interviews mit betroffenen Männern ausgewertet, von denen sich jeweils zehn mit ihrer Partnerin für einen Abbruch der Schwangerschaft entschieden hatten, sowie zehn für das Austragen der Schwangerschaft. Die Studie bestätigt die Einschätzungen von Beraterinnen, wie sie auch von A. Rohde & Woopen (2007) dargestellt werden, dass »die Gefühle und Gedanken [der werdenden Väter] größtenteils denen von werdenden Müttern entsprechen« und somit die Partner nach der Befundmitteilung ähnlich stark belastet sind (Gersthahn, 2013, S. 170). Wie bei betroffenen Frauen sind es Gefühle von Leere, Trauer, Niedergeschlagenheit, Schock und Enttäuschung (ebd.), die Männer nach einem pränatalen Befund erinnern. Weiterhin legen Aussagen der Männer auch die Vermutung nahe, dass Vorstellungen von Rollenerwartungen das Verhalten nach einer Diagnosemitteilung und im Entscheidungsprozess beeinflussen. So wird deutlich, dass die interviewten Männer ihre eigene Belastung teilweise herunterspielen oder negieren, um als rationaler Gegenpol in der Situation die Kontrolle zu bewahren und die Familie zu beschützen (ebd., S. 171). Auf der anderen Seite zeigt die Befragung auch, dass sich die meisten Männer in Bezug auf die zu treffende Entscheidung nach einem Befund mitverantwortlich fühlen, wobei acht Männer angeben, dass dennoch in erster Linie die Mutter die Entscheidung über den Schwangerschaftsausgang zu treffen habe (S. 164). Gersthahns Einschätzung, dass sich ein Großteil der Partner »intensiv mit der Entscheidungssituation auseinandersetzte und identifizierte« (S. 174), legt Herausforderungen der werdenden Väter zwischen zugeschriebener Rollenerwartungen einerseits und ei-

gener Betroffenheit andererseits nahe. Es müsse von den betroffenen Männern abgewogen werden, ob sie »ihre eigenen Gefühle ausleben und damit traditionelle Geschlechterrollen verletzen oder aber ob sie den männlichen »Anforderungen« gerecht werden und mit minimaler emotionaler Beteiligung in erster Linie »stark« für die Partnerin sind« (S. 177; Hervorh. v. Verf.).

Trotz der enormen Belastung geben die meisten der befragten Männer an, dass sich die Partnerschaft infolge des Befundes verbessert habe (S. 156 ff.). Zu einer ähnlichen Einschätzung kommen befragte Frauen in der Studie von Rohde & Woopen (2007). Hier geben von n=229 lediglich 5,6 % der Frauen nach einem pränatalen Befund an, dass sich die Partnerschaft durch das Ereignis verschlechtert habe (S. 44). Bei Baldus (2006) wird der Zusammenhang zwischen der Einigkeit bzw. Uneinigkeit über den Schwangerschaftsausgang und der partnerschaftlichen Bearbeitung der Krise herausgestellt. Demnach kann sich für Paare, die unterschiedliche Präferenzen im Entscheidungsprozess entwickeln, eine zusätzliche Belastung ergeben (Baldus, 2006, S. 155 ff.). In Gersthahns (2013) Arbeit wurden ausschließlich Paare interviewt, die sich in der Entscheidung einig waren oder sich im Verlauf des Entscheidungsprozesses einig werden konnten. Die Unterstützung der interviewten Männer gegenüber der Partnerin und deren Identifikation mit dem Entscheidungsprozess waren entsprechend hoch. Mit der Arbeit von Baldus (2006) kann hingegen exemplarisch nachvollzogen werden, wie gravierend die Folgen einer von vornherein gespaltenen Meinung im Entscheidungsprozess sein können (s.o.). Das Erleben einer ungleichen Präferenz infolge eines Befundes wurde damit bisher ausschließlich aus der Perspektive der betroffenen Frauen thematisiert.

Als eine der wenigen Studien, die sich mit Männern nach einem pränatalen Befund befassen, kann weiterhin die von Locock & Alexander (2006) an der University of Oxford genannt werden. Sie beziehen sich auf eine Datenbasis von 20 narrativen Interviews mit betroffenen Paaren nach einem pathologischen pränatalen Befund. Auf Grundlage der Paarinterviews wird eine »variety of roles« entwickelt, die Männer nach einer Befundmitteilung einnehmen. Die emotionale Rolle des »man as parent« werde dabei häufig unterdrückt, um mit den anderen Rollen nicht zu kollidieren. Eine wesentliche Rolle, die insbesondere in Arbeiten aus der Perspektive von Frauen thematisiert wird, ist die des »man as bystander«. Die Autorinnen beschreiben, dass die Männer häufig in der Rolle eines Begleiters der Partnerin erscheinen und machen dies sowohl am Umgang des Krankenhauspersonals als auch an den Schilderungen der Männer selbst fest. Der Konflikt zwischen der vermittelten »Nebenrolle« der Männer einerseits und der Notwendigkeit eines partnerschaftlichen Umgangs mit der Entscheidung andererseits wird hier thematisiert. Weiterhin ist die Rolle des »bystanders« insofern problematisch, da sie mit Kontrollverlust und Ohnmacht einhergeht, was schlecht mit einer »hegemonic masculine identity« zu vereinbaren sei (ebd., S. 73). In der Rolle als »protector/supporter« ist es Männern hingegen möglich, sich aktiv zu betätigen und Gefühle der

Ohnmacht zu umgehen. Die Partnerin positiv zu bestärken und zu unterstützen, die eigenen Emotionen zurückzuhalten und Hoffnung zu machen, ermöglicht das Erlangen von Handlungsfähigkeit in der herausfordernden Situation. Eine weitere Rolle, die Locock & Alexander identifizieren, ist die des »gatherers and guardians of facts«. Durch das Sammeln von Fakten und das Einnehmen einer sachlichen Position können Männer Ängste kanalisieren und der Emotionalität der Partnerin etwas entgegensetzen (S. 75 ff.). Die Rolle des »decider or enforcer« ist konträr zu der des »bystanders« und ermächtigt ebenfalls zu Handlungsfähigkeit in der Situation. Angeführt werden sowohl ein Positivbeispiel, in dem die Partnerin die Entschlossenheit des Partners als Entlastung erlebt, als auch ein Beispiel, in dem der Mann gegenüber seiner Partnerin als Vollstrecker der Entscheidung übergriffig reagiert (vgl. S. 78). Zuletzt stellen die Autorinnen die Rolle des »grieving parent« heraus. Herausforderungen wie der Umstand, dass Männer nicht gerne über ihre Gefühle reden oder den Verlust durch vermehrte Arbeit kompensieren, werden hier thematisiert. Die Autorinnen monieren, dass Väter mit ihren Gefühlen sowohl in Studien als auch in konkreten Situationen zu häufig übersehen werden und den freiwillig oder unfreiwillig gewählten Rollen untergeordnet seien (S. 80). Sie betonen weiterhin die Verwobenheit verschiedener, rollenspezifischer Umgangsweisen und die damit verbundene Notwendigkeit, beide Elternteile in ihrem Erleben und Interagieren zu berücksichtigen. Mit ihrer letzten Kategorie des »trauernden Elternteils« wird die Betroffenheit der Väter infolge des Verlusts betont.

Deutlich wird in diesem Kapitel ein stark von der schwangeren Frau geprägter Blickwinkel auf die Situation von Vätern nach einer pränatalen Diagnose. Neben Forschungsarbeiten wurden auch Erfahrungsberichte exemplarisch angeführt, um für Männer spezifische Fragestellungen aus »erster Hand« identifizieren zu können. Erfahrungsberichte geben neben wissenschaftlichen Arbeiten insbesondere Aufschluss über das persönliche Erleben, wie es in Forschungsarbeiten bisher nicht oder nur teilweise thematisiert wurde. Mit den zuletzt angeführten Studien von Gersthahn (2013) und Locock & Alexander (2006) wurden zudem zwei Forschungsarbeiten genannt, die sich mithilfe von Paarinterviews der Perspektive betroffener Männer annähern, Rollenerwartungen reflektieren und zugleich die Betroffenheit der Männer herausstellen. Ein besonderer Teilaspekt, der von den zuletzt genannten Autorinnen bereits angeführt wurde, soll im nun nachfolgenden Kapitel thematisiert werden. Wenn durch eine infauste Prognose beim ungeborenen Kind oder durch einen Abbruch der Schwangerschaft das Kind stirbt, erleben die Eltern einen psychisch stark belastenden Verlust. Spezifische Belastungsaspekte werden nachfolgend vertieft und die Herausforderungen bei unterschiedlicher, teilweise geschlechterspezifischer Trauerverarbeitung herausgestellt.

2.3 Trauer verwaister Väter und Partnerschaft

Sowohl die Paare, die einen späten Schwangerschaftsabbruch infolge eines pränatalen Befundes miterleben, als auch diejenigen, die sich für eine palliative Geburt des Kindes mit infauster Prognose entscheiden, müssen lernen, mit dem Verlust ihres Kindes während der Schwangerschaft, Geburt oder in der Zeit danach Umgang zu finden. Als verwaiste Eltern von sogenannten »Sternenkindern« wird die noch verbleibende Zeit der Schwangerschaft und Geburt ab der gestellten Diagnose zur Zeit der Verabschiedung und Trauer. Der frühe Verlust eines Kindes ist eine stark belastende Erfahrung, die wie kaum eine andere die Gefahr einer komplizierten Trauer[13] für die Betroffenen birgt (Kersting et al., 2011). Häufig wird der Tod des Kindes als unnatürlich und nicht zeitgemäß[14] empfunden, was das Annehmen und Verarbeiten der Verlusterfahrung besonders erschwert. Der Tod eines Kindes kann mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht und des Unverständnisses aber auch mit Wut und Zorn einhergehen und einen langen Trauerprozess nach sich ziehen (Wagner, 2014). Dies gilt auch für prä- oder perinatal verstorbene Kinder: »Glaubte man früher, dass die Bindung der Väter an ihre ungeborenen Kinder weniger intensiv sei als die der Mutter zu ihrem Kind, zeigen aktuelle Untersuchungen, dass viele Väter eine enge Beziehung zu ihrem ungeborenen Kind haben« (Kersting, 2005, S. 130). Auch Fletcher et al. (2014) können mit ihrem systematischen Review von qualitativen und quantitativen Forschungsarbeiten entsprechende Trauerreaktionen von Männern belegen.

Häufig nehmen betroffene Eltern dieses Ereignis auch längerfristig als so einschneidend und gravierend wahr, dass sich die Art und Weise, wie sie über ihr eigenes Leben und ihre bis dahin gelebten Werte denken, nachhaltig verändert. Ein betroffenen Vaters aus der norwegischen Studie von K. Dyregrov et al. (2003) zu Eltern nach dem Verlust eines Kindes schildert seine Situation wie nachfolgend:

> I will never be the same person as before the loss of my child. Then a new era started. What was of great importance before does not matter now. At work I am listening to what my colleagues define as problems in their private lives, but it is nothing. Therefore I rather choose to withdraw or to leave the room. My scale of values is turned upside down. (S. 158)

---

13 Der Begriff der komplizierten Trauer unterscheidet sich von anderen Trauerreaktionen durch ihr Anhalten von über sechs Monaten, der nahezu tägliche Erleben von Trennungsschmerz, kognitive, emotionale und behaviorale Symptome wie z.B. Gefühle der Einsamkeit und zuletzt psychosoziale Schwierigkeiten, die die betroffene Person in ihrer normalen Lebensführung beeinträchtigen (Prigerson et al., 2009; nach Wagner, 2014, S. 17 f.).

14 Der Tod wird im Zusammenhang mit einem gerade erst entstandenem Leben als unpassend/nicht der Zeit gemäß erlebt.

Trauernde Eltern, die ihr Kind durch unerwartete Todesumstände verloren haben, sind besonders gefährdet, neben einer komplizierten Trauer eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder allgemeine Gesundheitsprobleme zu entwickeln (Wagner, 2014, S. 52). Nach einer weiteren Studie von K. Dyregrov et al. (2003) stehen auch das Alter des verstorbenen Kindes sowie das Vorhandensein weiterer Kinder im Zusammenhang mit der Trauersymptomatik. Ein junges Alter des toten Kindes sowie noch weitere, lebende Kinder haben demnach einen tendenziell schützenden Einfluss auf die Hinterbliebenen.

Die Studie von Meij et al. (2008) zeigt, dass sich für Eltern das Abschiednehmen nach dem Tod ihres Kindes begünstigend auf die Trauerverarbeitung auswirkt. »Parents who had said farewell had lower levels of grief during the first two years after the death. These results are in line with findings in the general bereavement research literature showing that saying goodbye is beneficial« (Meij et al., 2008, S. 12). Wassermann & Rohde (2009) weisen ebenfalls auf die besondere Bedeutung der Verabschiedung für die spätere Verarbeitung der Eltern hin. Demnach sei es aufgrund ihrer langjährigen Praxiserfahrung für den Trauerprozess besonders hilfreich, das Kind nach der Geburt zu sehen (S. 146). Auch die Ergebnisse aus einer Befragung von Eltern früh verstorbener Kinder am Perinatalzentrum Dresden von Zöllner & Reichert (2014) belegen die größtenteils positive Auswirkung des Kontakts zum verstorbenen Kind. Sie sprechen sich dafür aus, Eltern zu ermutigen, sich aktiv vom verstorbenen Kind zu verabschieden. Kersting (2012) merkt hingegen kritisch an, dass nach der Studie von Hughes et al. (2002) Frauen, die ihr stillgeborenes Kind nicht nur gesehen, sondern auch gehalten haben, längerfristig höhere Depressionswerte aufweisen. Weiterhin hatten Frauen, die ihr Kind nach der Geburt gesehen haben, größere Angstzustände als diejenigen, die ihr Kind nicht gesehen haben. Aufgrund der teils widersprüchlichen Datenlage (in Bezug auf Frauen) rät Kersting dazu, mit den Eltern die vorhandenen Möglichkeiten zur Verabschiedung vom Kind vorab zu besprechen und gemeinsam einen für sie passenden Weg zu finden (S. 1438). Auch besteht die Möglichkeit, dass nur einer der Partner das Kind nach der Geburt sieht. Neben den Eltern können Großeltern, Geschwisterkinder oder andere Angehörige auf Wunsch mit in die Verabschiedung eingebunden werden.

Es ist von den Eltern weiterhin zu überlegen, ob bzw. in welcher Form sie ihr Kind bestatten lassen möchten. Sofern nach den gesetzlichen Regelungen des jeweiligen Bundeslandes[15] eine Bestattungspflicht besteht, müssen die Eltern die Bestattung in Auftrag geben und für die Kosten aufkommen. Besteht hingegen keine Bestattungspflicht, steht es den Eltern frei, ob sie sich für die Bestattung des Kindes entscheiden. Häufig bieten Kliniken Gemeinschaftsbestattungen und

15 Nähere Informationen finden sich im Bestattungsgesetz (BstG) des jeweiligen Bundeslandes.

Abschiedsgottesdienste an. Eine Individualbestattung kann auf Wunsch der Eltern i.d.R. unabhängig vom Geburtsgewicht ermöglicht werden. Bei der Gestaltung von Trauerfeier und Beisetzung des Kindes gibt es ebenfalls individuellen Spielraum. Den Sarg zu bemalen, Grabbeigaben mitzugeben oder andere Menschen an der Trauerfeier teilhaben zu lassen, sind Möglichkeiten, um die Verabschiedung den Bedürfnissen anzupassen. Wie das soziale Umfeld und Arbeitskollegen über die Situation informiert werden sollen, ist ebenfalls zu überlegen, um unangenehmen Situationen oder Nachfragen vorzubeugen (Wassermann & Rohde, 2009).

Nach der Beisetzung folgt eine unbestimmte Zeit der Trauer und Verarbeitung, die entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse der Partner sowohl in ihrer Ausdehnung als auch in ihrer Form des jeweiligen Erlebens variieren kann. Häufig haben die Partner unterschiedliche Strategien zur Bewältigung der Verlusterfahrung, die auch zu einer Herausforderung für die Partnerschaft werden können (Bodenmann, 2016; Filipp & Aymanns, 2018; Kersting, 2005). In dieser Zeit nicht nur Unterstützung durch psychosoziale Beratung oder eine Psychotherapie zu erhalten, sondern sich in Gruppen mit anderen verwaisten Eltern auszutauschen, kann ein hilfreiches Angebot für Betroffene sein. Trauergruppen, -cafés und Vereine für verwaiste Eltern können ebenfalls über Beratungsstellen vermittelt werden, lassen sich aber auch über das Internet in der jeweiligen Region finden.[16]

Die Studie von K. Dyregrov et al. (2003), welche die Trauer von Eltern nach dem Verlust eines Kindes bei unterschiedlichen Todesursachen untersucht, konnte den Aspekt der sozialen Isolation als wichtigsten Faktor für eine längerfristige Einschränkung der psychosozialen Gesundheit herausstellen (S. 157). Demnach sind Schuldgefühle nach dem Tod eines Kindes der häufigste Grund für sozialen Rückzug. Gleichzeitig bestätigt die Studie den positiven Effekt sozialer Netzwerke für die längerfristige Trauerverarbeitung, weswegen der Einbezug des sozialen Umfeldes (wenn möglich) auch Bestandteil psychosozialer Beratungen nach einem Schwangerschaftsabbruch sein sollte (Wassermann & Rohde, 2009).

Frauen sind, wie Meij et al. (2008) herausfinden konnten, von längerfristigen Symptomen wie Depressionen häufiger betroffen als Männer. Beutel et al. (1996) & Stinson et al. (1992) stellten bei trauernden Männern ein stärker vermeidendes und kompensatorisches Verhalten im Vergleich zu Frauen heraus. K. Dyregrov et al. (2003) kommen in ihrer Studie zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf Unterschiede in der Trauer zwischen Männern und Frauen, räumen aber ein, dass »[…] it may be important to keep in mind studies indicating that fathers may postpone their grief, only yielding to their own sorrow when their wives have recovered from

16 Eine Übersicht über Landesverbände und Regionalstellen lässt sich über den Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V. einsehen (https://www.veid.de [03.Feb.2020]).

the loss and therefore may be at risk for prolonged grieving« (S. 159 f.). Die individuelle Situation der Betroffenen sowie partnerschaftliche und kulturelle Erwartungen haben einen starken Einfluss darauf, wie und unter welchen Bedingungen welche Form von Trauer zugestanden wird. Vance et al. (1995) haben in ihrer Studie den erhöhten Alkoholkonsum trauernder Väter als Indikator mitberücksichtigt und kamen in der Folge zu keinen signifikanten Unterschieden in der Trauerverarbeitung zwischen Männern und Frauen. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass Männer und Frauen in Abhängigkeit zu gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Erwartungen sehr unterschiedliche Trauersymptome und Bewältigungsmechanismen bei der Verarbeitung zeigen können.

Lehner (2013) unterscheidet in Anlehnung an Martin & Doka (2000) zwischen intuitiver und instrumenteller Trauer: »Intuitiv Trauernde erleben die Trauer über den Verlust als tiefe schmerzvolle Gefühle. Stärke und Trost erfahren sie aus dem Sprechen über die Gefühle mit anderen« (Lehner, 2013, S. 20). Diese Form der Trauer würde eher mit weiblicher Trauer assoziiert werden, was jedoch nicht ausschließt, dass auch Männer intuitiv trauern. Instrumentelle Trauer hingegen äußert sich in einer stärker intellektuellen und weniger affektiven Verarbeitung, impliziert jedoch ebenso das Aufkommen von Gefühlen, auch wenn diese nicht so stark oder anders externalisiert werden (ebd.).

Melching (2013) kritisiert hingegen, dass ein breiter gesellschaftlicher Konsens darüber bestünde, »welche Form des Umgangs mit Trauer als »typisch männlich« angesehen werde« (S. 5). Trauer von Männern stünde dabei im Zwiespalt zwischen klassischen Erwartungen an Männlichkeiten, stark und kontrolliert zu sein, in dieser besonderen Situation dann aber wieder gefühlvoll und emphatisch. Er prangert eine generell negativere Bewertung und Rechtfertigung sog. männlicher Strategien in Relation zu eher weiblich assoziierten Verarbeitungsmechanismen an: »Neben dem Phänomen, dass offensichtlich eine große Neigung existiert, unterschiedliche Verhaltensweisen und Ausdrucksformen einer Bewertung zu unterziehen, erscheint es mir wichtig zu betrachten, wodurch in unserer Gesellschaft Männlichkeit und somit auch männliche Trauer definiert werden« (S. 6). Er plädiert für eine systemische Betrachtung männlicher Trauer, die individuelle und soziale sowie allgemein gesellschaftliche und situativ-lebenswirkliche Aspekte mit zu berücksichtigen versucht. Mit einer systemischen Betrachtung soll mehr Verständnis für individuelle Trauerreaktionen und unterschiedliche Bedürfnisse zwischen trauernden Paaren erreicht werden.

Unterschiede in der Trauer und Verlustverarbeitung von Männern und Frauen können eine besondere Herausforderung für die Partnerschaft darstellen. Hat das Paar noch weitere Kinder, müssen sich die Eltern neben ihrer eigenen Trauer auch mit den Bedürfnissen und der Trauer der Kinder auseinandersetzen, was sehr herausfordernd sein kann. Sie müssen weiter für die Kinder funktionieren

und ein Stück Normalität aufrechterhalten, während die eigene Welt an Selbstverständlichkeit verloren hat (Wagner, 2014).

Kersting (2005) weist darauf hin, dass in Abhängigkeit zur Sozialisation und dem eigenen Rollenverständnis weibliche und männliche Strategien bei der Trauerbewältigung die Partnerschaft zusätzlich belasten können, etwa wenn ihre Trauer in unterschiedlicher Form ausgelebt wird (S. 130). Dabei kann es sein, dass Männer aufgrund der stärker emotionalen Reaktion ihrer Partnerin das Gefühl haben, sie emotional vor zusätzlicher Belastung schützen zu müssen, wodurch sie ihre eigene Trauer evtl. aufschieben. »Ein Grund in den unterschiedlichen Verarbeitungsmechanismen liegt darin, dass Väter häufig das Gefühl haben, dass sie die Lebenspartnerin in ihrem Schmerz unterstützen müssen« (Wagner, 2014, S. 58). Selbstregulation eigener Gefühle und Gedanken, z.B. um die Partnerin zu beschützen, sei dabei ein trauerspezifisches Vermeidungsverhalten (ebd.).

A. Dyregrov & Dyregrov (2017) kritisieren anhand ihrer Studienergebnisse zu trauernden Paaren nach dem Verlust eines Kindes ein zumeist auf das Individuum konzentriertes Verständnis von Trauer: »From a scientific perspective, quantitative research on coping with bereavement has focused primarily on the individual, despite the fact that qualitative research has suggested the importance of family and interpersonal perspectives« (2017, S. 395). Sie untersuchen, ob das Nicht-Sprechen über den Verlust des Kindes und das Bemühen, für den anderen Partner stark zu sein, eine stärkere Trauerreaktion bei den Hinterbliebenen hervorruft. Diesen dyadischen Prozess nennen sie partner-oriented self-regulation (POSR). Anhand ihrer Ergebnisse weisen sie den Einfluss des Beziehungspartners auf den eigenen Trauerprozess nach. Paradoxerweise bestätigt ihre Studie, dass Bemühungen eines Partners, den anderen Partner nicht mit dem Verlust zu konfrontieren und für ihn stark zu sein, bei beiden Partnern zu einer stärkeren und längeren Trauerreaktion führen, also gerade nicht den intendierten Effekt bewirken (S. 399).

Wagner (2014) unterscheidet drei Konfliktpunkte in der Beziehung nach dem Tod eines Kindes voneinander, die den gemeinsamen Trauerprozess erschweren können. Diese sind eine inkongruente Trauerverarbeitung, Uneinigkeit bezüglich der Trauerbewältigungsstrategien und eine dysfunktionale Kommunikation (S. 60 ff.). Ersteres beschreibt den Umstand, dass Trauer in der Regel nicht parallel verläuft, sondern individuell und teilweise sehr unterschiedlich. Dabei kann es zu einem Unverständnis für die Reaktion des Partners kommen, der zwar das Gleiche erlebt hat wie man selbst, jedoch auf sehr andere Weise darauf reagiert. Damit zusammen hängen auch unterschiedliche Bewältigungsstrategien: Während nach Wagner (2014) Frauen eher expressiv trauern, indem sie viel über den Verlust des Kindes sprechen, häufiger weinen und sich gegenüber ihrer Trauer öffnen, tendierten Männer dazu, die Trauer für sich selbst zu verarbeiten, die Rolle des Versorgers zu übernehmen und »sich eher mit sozialen Aktivitäten außerhalb der Familie« zu beschäftigen (S. 61). Zuletzt kann die Kommunikation sowohl innerhalb der Part-

nerschaft als auch zum sozialen Umfeld verändert sein. Es kann eine Unsicherheit darüber bestehen, ob bzw. wie man miteinander über das Geschehene redet, inwieweit dies überhaupt zumutbar ist und was vielleicht lieber verschwiegen wird, entweder zugunsten des eigenen Wohnbefindens oder weil man es den Mitmenschen nicht zumuten möchte.

Kamm & Vandenberg (2001) fanden anhand ihrer Studie heraus, dass sich für Paare nach dem Verlust eines Kindes eine offene Kommunikation über das verstorbene Kind in der ersten Zeit zusätzlich belastend auf den eigenen Kummer auswirken kann. Längerfristig wurden jedoch bei den Paaren, die offen kommunizierten, geringere Trauerwerte festgestellt als bei denjenigen, die eher wenig oder gar nicht kommunizierten. Für die dauerhafte Trauerverarbeitung wirkt sich demnach eine offene Kommunikation positiv aus. Unterschiede können zwischen Männern und Frauen bei der offenen Kommunikation und der resultierenden Zufriedenheit mit ihrer Beziehung zum Partner festgestellt werden:

> Those men who valued open communication experienced greater grief in the earlier stages and less grief in the later stages of bereavement. Attitudes about grief communication were not, however, related to their marital satisfaction. For women, in contrast, attitudes about grief communication were related to marital satisfaction but not grief. (ebd., S. 579)

Paare, die den Verlust eines Kindes miterlebt haben, sind häufig noch lange Zeit später stark belastet und anfällig für Beziehungskonflikte. Zwar können gemeinsam bewältigte Krisen eine Partnerschaft dauerhaft festigen, zugleich besteht jedoch auch die Gefahr, dass sich eine bereits durch Konflikte belastete Beziehung weiter labilisiert (Kersting, 2005; Wassermann & Rohde, 2009). Entsprechend wichtig ist nicht nur die psychische Stabilisierung der einzelnen Betroffenen, sondern auch die längerfristige Stabilisierung der Partnerschaft.

Während in diesem Kapitel Herausforderungen von Männern und Paaren bei der Trauer und Verarbeitung eines frühen Verlusts des eigenen Kindes thematisiert wurden, soll in dem nachfolgenden Kapitel auf Erfahrungen und Untersuchungsergebnisse zu Vätern behinderter Kinder eingegangen werden.

2.4 Väter behinderter Kinder

Wenn sich Frauen und Paare nach einer pränatal diagnostizierten Behinderung ihres Kindes für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden und die zu erwartende Behinderung mit dem Leben des Kindes zu vereinbaren ist, stehen die werdenden Eltern vor neuen Herausforderungen. Sich von der Vorstellung des ge-

sunden[17] Kindes zu verabschieden und gleichzeitig Vorstellungen von dem Leben mit dem behinderten Kind zu entwickeln, bedeutet häufig eine Schwierigkeit in der noch verbleibenden Zeit der Schwangerschaft (vgl. Kap. 1.3.3).[18]

In seiner 1991 erstmals veröffentlichten Studie bemängelt Hinze eine »von der sozialgesellschaftlichen Vorrangstellung der Mütter« geprägte Eltern-Forschung, die durch geschlechtsspezifische Rollenerwartungen geprägt sei (Hinze, 1999, S. 33). In Bezug auf Forschung zu Vätern behinderter Kinder hat sich bis heute wenig verändert. Zwar gibt es zahlreiche Ratgeberliteratur und Betroffenenberichte, spezifische wissenschaftliche Studien zu Vätern behinderter Kinder liegen jedoch kaum vor. Die Notwendigkeit für weitere Forschung sehen Darling, Senatore, & Strachan (2012) auch in der immer stärkeren Beteiligung der Väter in der Familie (vgl. Kap. 2.1): »Investigating the role of stress in the life satisfaction of fathers with children who are disabled is essential because of the increasing importance of fathers within families and the unique experiences of raising a child with a disability« (S. 270). Der Zusammenhang zwischen Themen der allgemeinen Väterforschung und der Situation von Vätern behinderter Kinder wird hier wie auch nachfolgend bei Hinze offensichtlich. Nach Hinze spiegele sich die mangelnde Sensibilität für betroffene Väter auch in einem Ungleichgewicht in Beratungs- und Unterstützungsangeboten wider, die stark auf Frauen zugeschnitten seien, weswegen Hinze unter anderem fordert: »Damit die Fachleute ein realistisches Verständnis für die familiäre und außerfamiliäre Lebenssituation der Eltern entwickeln können, erscheint es wichtig, daß sie ihr Bewußtsein [sic!] für die Väter stärken und lernen, Väter und Mütter differentiell wahrzunehmen und als gleichermaßen wichtig anzusehen« (ebd., S. 212). Weiterhin stellt er heraus, dass die Art und Weise, wie sich Mütter und Väter mit der Behinderung ihres Kindes auseinandersetzen, von ihrer geschlechterspezifischen sozialen Rolle maßgeblich mitbestimmt werde.

Hinze (1999) stellt in seiner Studie, auf die er sich mit seinen Erkenntnissen bezieht, die Erfahrungen von 20 verheirateten Müttern und Vätern geistig oder mehrfach behinderter Kinder gegenüber, was einen direkten Vergleich von Parallelen und Unterschieden in der Auseinandersetzung und Verarbeitung der Partner ermöglicht. Die Behinderung des Kindes bewertet er in Anlehnung an Filipp (2010)

17 Siehe hierzu auch Begriffsbestimmungen in Kap. 9.2.

18 Dass eine Behinderung des Kindes Trauerreaktionen bedingen kann, konnten die Autoren Wood & Milo (2001) zeigen, die sich in ihrer Studie mit väterlicher Trauer nach dem Tod eines behinderten Kindes beschäftigten. Die betroffenen Väter empfanden einen doppelten Verlust (S. 643), einerseits durch die Behinderung des Kindes und den Abschied vom »normalen« Kind, andererseits durch dessen Tod.

als kritisches Lebensereignis,[19] das als non-normativ[20] wahrgenommen werden und stressreiche Folgen haben kann (Hinze, 1999, S. 26). Dabei umschließt die Dauer des kritischen Lebensereignisses nicht nur die Zeit der Konfrontation mit der Diagnose, sondern zudem die Zeit der Antizipation des Ereignisses und seiner Auswirkungen, weswegen innerhalb seiner Befragung eine bei der Schwangerschaft beginnende Chronologie über die gegenwärtige Situation bis hin zu Zukunftsvisionen der Eltern mit berücksichtigt wird. Mithilfe der Interviews findet er heraus, dass die Auseinandersetzung der Väter mit der Behinderung ihres Kindes infolge des unter den Paaren vorherrschenden Ernährer-Hausfrauen-Modells im Vergleich zu den Frauen erschwert ist. Die Mütter seien zwar durch die vorrangig durch sie übernommene Pflege und Versorgung des Kindes punktuell stärker durch die Behinderung des Kindes belastet, haben aber zugleich bessere Voraussetzungen, die Behinderung des Kindes anzunehmen und zu bejahen, indem sie sich aktiv mit ihr auseinandersetzen.[21] Weiter zeigt Hinze, dass Väter behinderter Kinder stärker als Väter von nicht-behinderten Kindern an der Pflege und Versorgung des Kindes beteiligt sind. Die Studie von Darling et al. (2012) kommt hingegen zu einem gegenteiligen Ergebnis: »It has been shown that fathers of children with disabilities participate less in caring for their children than fathers of children without disabilities« (S. 270). Es wäre daher genauer zu untersuchen, welche Bedingungen sich förderlich oder hinderlich auf die väterliche Beteiligung an Pflege und Erziehung des behinderten Kindes auswirken.

Wo Hinze für die Zeit der Diagnosemitteilung[22] bei den Vätern bessere Voraussetzungen der rationalen Verarbeitung sieht, zeigten Mütter eine entsprechend bessere rationale sowie auch emotionale Anpassung an die Situation in der Folgezeit. Hinze stellt zusammenfassend heraus: »Die Behinderung emotional verarbeitet zu haben, wurde besonders im Falle der Väter von beiden in Frage gestellt«

19 Bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse wird in Anlehnung an das Stressmodell von Lazarus (2006) davon ausgegangen, dass individuelle Coping-Strategien aktiviert werden, die bei der Auseinandersetzung und Verarbeitung eines stressigen oder traumatischen Ereignisses zum Tragen kommen.

20 Hinze (1999, S. 187): »Im Hinblick auf die gesellschaftliche Umwelt wird zwischen normativen und nonnormativen Lebensereignissen unterschieden. Im Vergleich zu normativen Lebensereignissen, die allgemein erwartet werden und vorherrschbar sind, die erwünscht sind und die viele Menschen erfahren, treten nonnormative Lebensereignisse häufig unerwartet ein, sind in der Regel unerwünscht und unterliegen gesellschaftlichen Vorurteilen«.

21 Die estnische Studie von Veisson (1999, 2001) belegt eine stärkere Vulnerabilität und Anfälligkeit für Depressionen bei Müttern behinderter Kinder. Allerding werden die Ergebnisse insbesondere vor dem Hintergrund des schlechten Images von Familien mit einem behinderten Kind und der oft unzureichenden finanziellen Unterstützung estnischer Familien interpretiert.

22 Die von Hinze befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben alle erst nach der Geburt, im Durchschnitt acht bis neun Monate danach, von der Behinderung ihres Kindes erfahren.

(S. 164). Zusätzlich erschwert werde die Verarbeitung der Väter durch ihren eher peripheren sozialen Status, durch den sie weniger außerfamiliäre Unterstützung erfahren, weswegen sie insbesondere bei der Partnerin Kontakt und Austausch suchen (vgl. auch Darling et al., 2012), während diese stärker auch außerfamiliäre Kontakte und Angebote für sich nutzt. Durch die stärker gesellschaftlich orientierte Rolle der Väter sieht Hinze den Verarbeitungsprozess der Männer zusätzlich erschwert (S. 208).

Die Studie von Darling et al. (2012) kann zudem zeigen, dass die Außenwahrnehmung des behinderten Kindes auf die Väter einen stärkeren Einfluss hat als auf die Mütter: »Thus, the perceived attitudes of other people influenced the father's perception of a child with disabilities as a burden or catastrophe« (S. 270). Mit der Behinderung des Kindes assoziierte Belastungen, Gedanken und Gefühle treffen nach Hinze jedoch weitestgehend sowohl für die Väter als auch für die Mütter zu. Die Annahme des Kindes als Chance zur persönlichen Entwicklung und Herausforderung, eine »[…] von geltenden Normen unabhängige Neubewertung ihrer psychosozialen Lebenssituation« (Hinze, 1999, S. 208) sowie der Kontakt zu anderen betroffenen Eltern und die aktive Auseinandersetzung wirkten sich grundsätzlich positiv auf den Verarbeitungsprozess aus.

Heek (2015) beschäftigt sich in seiner theologischen Studie ebenfalls mit Vätern behinderter Kinder. Er arbeitet konkrete Handlungsansätze für die Väterarbeit in der Seelsorge heraus, die Möglichkeiten zum aktiven Austausch und persönlichem Verarbeiten bieten sollen. Männern falle es nach Heek leichter, sich in geschlechtshomogenen Gruppen in vertrauensvoller Atmosphäre unter Leitung eines authentischen und selbstreflexiven Mannes über ihre Gefühle und Erfahrungen auszutauschen (S. 278 f.). Als ein wesentliches Ziel sieht er dabei die Unterstützung der Bindung zwischen Vater und Kind, welche er in einer verstärkte Beteiligung der Väter bei der Erziehungsarbeit realisiert sieht: »Für den Kompetenzerwerb im Umgang mit dem behinderten Kind kann aber die egalitär aufgeteilte Arbeitszeit ein erleichternder Faktor sein und die Bindungssicherheit zu beiden Bezugspersonen erhöhen« (S. 289). Darüber hinaus plädiert er ebenfalls für das stärkere Einbinden der Väter in Fördermaßnahmen sowie das bewusste Zeitverbringen mit dem Kind, ebenso wie für den Austausch mit anderen Vätern. Auf der persönlichen Ebene soll es zudem um das Schaffen von Krisenbewusstsein und das Aufdecken und Bearbeiten von persönlichen Hemmnissen gehen (S. 291).

Mit der Einführung in Kapitel 2 sollte verdeutlicht werden, dass Fragestellungen im Zusammenhang mit einem pränatalen Befund aus Perspektive der werdenden Väter immer auch in allgemeine Herausforderungen im Übergang zur Vaterschaft und Elternschaft eingebettet sind. Der Überblick über Forschungsstand und -ergebnisse lässt erahnen, dass sich gesellschaftlich sowie sozial geprägte Arrangements von Familien und inhärente und politisch diskutierte Fragestellungen unter der Bedingung eines pränatalen Befundes verstärken bzw. noch deutlicher

zum Tragen kommen. Während bereits für Familien ohne ein behindertes Kind Maßnahmen zu einer stärkeren Väterbeteiligung und Vereinbarkeitsfragen diskutiert werden, wäre dies für (werdende) Väter eines behindertes Kinder insbesondere wichtig, da hier die väterliche Beteiligung bei der Pflege und Versorgung des Nachwuchses besonders relevant sein kann. Angebote, die sich im Speziellen an Väter (und ihre Kinder) richten, werden bereits diskutiert und für Väter von behinderten Kindern in besonderer Hinsicht relevant. Auf Grundlage dieser ersten Vorannahmen und durch Einblicke in möglicherweise relevante Themenbereiche sollen nun nachfolgend die Fragestellungen der vorliegenden Forschungsarbeit formuliert werden.

3. Entwicklung von Forschungsinteresse und Forschungsfrage

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit hat eine in der eigenen Biographie verwurzelte Genese, die sich über das Studium der Heilpädagogik und der Rehabilitationswissenschaften, gewählte Schwerpunkte und die letztendliche Herausbildung des Promotionsthemas erstreckt. Mit einer Begeisterung für ethische Themen, die sich in meinem ersten Studium insbesondere auf Fragen am Lebensanfang und am Lebensende konzentrierten, kam es zu ersten kritischen Berührungen mit normativen Fragen im Zusammengang mit pränataler Diagnostik.

Mein Interesse für Folgen pränataler Diagnostik konnte ich auf Fachtagungen vertiefen und spezifizieren. Aktuelle Diskurse um Testverfahren, um Routinen in Kliniken und um den Berufsalltag von psychosozialen Beraterinnen ergänzten dabei meine Perspektive auf das Thema. Fragen nach der gesellschaftlichen Verantwortung, etwa im Hinblick auf die Markt- und Kassenzulassungen von Testverfahren, sowie hinsichtlich derjenigen werdenden Eltern, die mit unterwarteten negativen Folgen der Diagnostik konfrontiert sind, begleiteten weitere Überlegungen.

Durch den Besuch einer Seminarreihe zu Geschlechtertheorien im Masterstudium ergab sich für mich ein weiterer, wegweisender thematischer Schwerpunkt für die Forschungsfrage der vorliegenden Studie. Eine Sichtung der Literatur konnte zeigen, dass Männer nicht nur bei der Bearbeitung von Fragestellungen im Kontext von pränataler Diagnostik, sondern ebenso als Zielgruppe von Hilfsangeboten unterrepräsentiert sind. Im Rahmen meiner Masterarbeit habe ich daraufhin zwei deutschsprachige Studien, die Aussagen von Männer oder über Männer infolge eines pränatalen Befundes enthalten, mit einer Sekundäranalyse untersucht (Baldus, 2006; Gersthahn, 2013). Hierbei standen einerseits die von Frauen geschilderten Einflüsse ihrer Partner auf das eigene Befinden und Entscheidungsverhalten im Fokus der Forschungsfrage, andererseits wurde nach ersten Hinweisen zum Erleben und Verarbeiten der Männer gesucht. Als ein wichtiges Ergebnis für die eigene, nun vorliegende Studie konnte dabei die Problematik der partnerschaftlichen Aushandlung herausgestellt werden, die dann für Paare relevant wird, wenn sie mit verschiedenen Präferenzen zum Schwangerschaftsausgang auf einen Befund in der Schwangerschaft reagieren.

Die empirische Studie wurde vor diesem Hintergrund konzipiert. Sie fokussiert die Betrachtung der männlichen Perspektive[1] und liefert damit nicht nur Einblicke in das Erleben der betroffenen Männer, sondern soll zugleich Erkenntnisse über Konflikte und Bewältigungsmöglichkeiten von Männern und Paaren gewinnen. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt Männern, bei deren Partnerin in der Vergangenheit ein auffälliger pränataler Befund in der Schwangerschaft erhoben wurde, unabhängig von Diagnose, Schwangerschaftsausgang und vergangener Zeit seit der Diagnose. Wie Konfliktsituationen erlebt und bewältigt werden, welche Rolle die Männer im Prozess vor und nach einer Entscheidung einnehmen und wie sich ihre Erfahrungen auf das eigene und gemeinsame Leben als Paar oder Familie auswirken, sind Inhalte, die mit der vorliegenden Arbeit betrachtet werden sollen. Auch die Beziehung der werdenden Väter zu ihrem ungeborenen Kind und mögliche Veränderungen durch den Befund sind Bestandteil des Forschungsinteresses. Das Ereignis »pränataler Befund« soll zudem in einem biographischen Gesamtkontext betrachtet werden, der die persönliche Lebenssituation vor dem Befund ebenso umfasst wie den späteren Interviewzeitpunkt, von dem aus das Ereignis und seine Bedeutung erinnert werden. Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit werden also unter der folgenden Forschungsfrage generiert:

Wie erinnern Männer das Ereignis eines beunruhigenden pränatalen Befundes bei der schwangeren Partnerin und welche Bedeutung schreiben sie diesem Ereignis für die eigene Biographie zu?

Mit dieser offen gestellten Frage sollen Einflüsse durch Vorannahmen hinsichtlich der Bedeutung des Befundes für die Männer bestmöglich vermieden werden. Ob sich die Männer selbst als persönlich betroffen erleben und wie sich dies äußert, sind weiterführende Fragen, die mithilfe der Interviews beantwortet werden sollen. Neben den spezifischen Erkenntnissen über den Befund aus der Erinnerung des werdenden Vaters soll auch zu einem erweiterten Blickwinkel auf betroffene Eltern angeregt werden. Der in anderen Forschungsarbeiten stark frauenzentrierten Perspektive auf die Thematik wird mit der vorliegenden Arbeit eine männliche Entsprechung gegenübergestellt, die das Erleben eines Befundes wenigstens auf den engsten sozialen Nahraum der Partnerschaft ausweitet und damit das Erleben der werdenden Eltern komplettiert.

1 Betrachtet wird die Perspektive des nicht-schwangeren Elternteils, in der vorliegenden Studie ausschließlich männlich gelesene Personen. Diese sind ohne Ausnahme die biologischen Väter der entstandenen Schwangerschaften bzw. bestand zum Interviewzeitpunkt keine Kenntnis über Ausnahmen.

4. Wissenschaftsverständnis und Methode

Aus der Kritik an quantitativen Verfahren, die über Jahrzehnte hinweg in der empirischen Sozialforschung vorherrschend und maßgebend waren, wurde seit Beginn der 1970er Jahre eine neue Forschungsrichtung etabliert, die innerhalb zweier Jahrzehnte nicht nur vermehrte Aufmerksamkeit, sondern ebenso wachsende Akzeptanz in der Forschung erfahren konnte (Lamnek, 2010). Stark anwendungsorientiert brachte die qualitative Sozialforschung eine Bandbreite an Methoden hervor, deren gemeinsames Ziel es ist, zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten von Menschen beizutragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale in einem Umfang aufmerksam zu machen, wie es quantitative Methoden nicht leisten können. Diese sollen »von innen heraus«, also aus der Perspektive der jeweiligen Subgruppe von Beforschten, betrachtet und verstanden werden (Flick et al., 2015, S. 14).

Noch bis heute wird von Vertretern beider Forschungsrichtungen die Legitimität der jeweils anderen Forschungstradition in Frage gestellt. Dabei besteht nach Kelle (2008) das »größte Problem an dem Methodenstreit in den Sozialwissenschaften […] darin, dass viele Standpunkte und deren Begründungen seit Jahren nur noch wiederholt werden, ohne dass ein echter Austausch zwischen den Kontrahenten stattfindet« (S. 10). Die Paradigmen der beiden Schulen scheinen für viele ihrer Vertreterinnen nicht miteinander vereinbar zu sein. Wo in der quantitativen Tradition die Objektivität der Forscherin, der erhobenen Daten und in der Auswertung sowie das theoriegeleitete Vorgehen und die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ein Qualitätsmerkmal guter Forschung darstellen, stehe bei Vertretern qualitativer Schulen »die Erkundung der Sinnsetzungs- und Sinndeutungsvorgänge der Akteure im Untersuchungsfeld, die Exploration kultureller Praktiken und Regeln und die genaue und tiefgehende Analyse und Beschreibung von Einzelfallen« im Fokus ihrer Forschungsbemühungen (S. 13).[1]

1 Kuckartz (2014) kritisiert, dass diese dualistische Betrachtung quantitativer und qualitativer Methoden nicht der Heterogenität von Realität entspräche und plädiert daher für eine Methodenkombination, die auch als »Mixed Methods« bekannt ist (ebd., S. 28). Beide Methoden können so in Forschungsvorhaben einander ergänzen und voneinander profitieren, was den

Gerade die Herausbildung pluraler Lebenswelten und -entwürfe, wie sie für die Postmoderne kennzeichnend sei, erfordere jedoch ein kleinschrittiges Vorgehen des Forschers wenn es darum geht, die Perspektiven und sozialen Konstruktionen der beforschten Gruppe zu durchdringen (Flick et al., 2015, S. 17). Für standardisierte Forschungsmethoden, wie sie die quantitative Forschung zur Verfügung stellt, werden Kenntnisse in Form von theoretischen Konstrukten benötigt, die sich z.B. mithilfe standardisierter Fragebogen operationalisieren lassen. Der Strenge der quantitativen Erhebungsmethoden ist zudem geschuldet, »dass durch standardisierte Fragebogen, Beobachtungsschemata usw. das soziale Feld in seiner Vielfalt eingeschränkt, nur sehr ausschnittweise erfasst und komplexe Strukturen zu sehr vereinfacht und reduziert« dargestellt werden (Lamnek, 2010, S. 4). Qualitative Verfahren lassen sich dank ihrer offenen Methoden jedoch gerade dann gut nutzen, wenn es um die Erforschung bisher eher unbekannter Gebiete geht, und vermögen zugleich auch komplexere Strukturen und Verflechtungen zu durchdringen.

Für das eigene Forschungsvorhaben erscheint ein subjektorientierter Zugang, wie ihn die qualitativen Methoden ermöglichen, als besonders geeignet. Sie versteht den »Mensch nicht nur [als] ein Untersuchungsobjekt, sondern auch [als] ein erkennendes Subjekt« (ebd., S. 30), als welches er über besondere Expertise verfügt. Mit der Befragung von Männern, die in der Vergangenheit mit einem beunruhigendem Befund bei ihrem ungeborenen Kind konfrontiert waren, soll ein bisher weitestgehend unerforschtes Feld aus der Subjektperspektive erschlossen werden. Nur ein detailliertes Nachzeichnen der individuellen Ressourcen, Belastungsaspekte, Partnerschaftssituationen und deren Reflexion in der Rückschau ermöglichen das Durchdringen und Verstehen von Strukturen im Sinne eines »methodisch kontrollierten Fremdverstehens« (Flick et al., 2015, S. 23). Dieses setzt wiederum die »Anpassung des methodischen Apparats an die Besonderheiten des untersuchten Gegenstandsbereichs […] und an die jeweiligen Bedürfnisse der Informanten« (Lamnek, 2010, S. 82) voraus. Dafür werden im nachfolgenden Kap. 4.1 zunächst das Wissenschaftsverständnis sowie für die Arbeit als relevant erachteten soziologisch-theoretische Grundannahmen ebenso herausgearbeitet wie das Selbstverständnis der Forscherin. Weiterhin wird mit Kapitel 4.2 in die Methodologie der Grounded Theory und ihre methodischen Elemente eingeführt, um im Anschluss zur Wahl des konstruktivistischen, selbst-reflexiven Ansatzes nach Breuer et al. (2019), der dieser Forschungsarbeit zugrunde liegt, überzuleiten. Anschließend wird in Kapitel 4.3 das narrative Interview, das als Erhebungsmethode für die Datengenerierung ausgewählt wurde, als wissenschaftliche Methode vorgestellt. Abschließend soll in Kapitel 4.4 auf forschungsethische Aspekte sowie in

---

Vertretern dieses »dritten Paradigmas« als zeitgemäß für heutige, komplexe Forschungsfragen erscheint (ebd., S. 29).

Kapitel 4.5 auf die Gütekriterien für die vorliegende Forschungsarbeit eingegangen werden.

4.1 Wissenschaftsverständnis und soziologisch-theoretische Voraussetzungen

Im Unterschied zur Methodologie, die nach Lamnek (2010) als Anwendungsfall der Wissenschaftstheorie zu verstehen ist, stellt die Wissenschaftstheorie die Metatheorie dar, mit der begründet wird, was Bestandteil wissenschaftlicher Erkenntnis ist und wie diese gewonnen werden kann. Sie leitet sich aus dem philosophischen Gebiet der Erkenntnistheorie ab, welche wiederum Fragen nach den Voraussetzungen für Erkenntnis und Wissen nachgeht. Für diese Arbeit soll zunächst ein wissenschaftstheoretischer und soziologisch-theoretischer Bezugsrahmen entwickelt werden, auf den die Methodologie der Reflexiven Grounded Theory (Breuer et al., 2019) mit ihren Methoden und Auswertungsmöglichkeiten im Anschluss aufbaut.

Die philosophische Strömung der Phänomenologie als metatheoretische Position der qualitativen Sozialforschung befasst sich mit der formalen Beschreibung des unmittelbar Gegebenen, unabhängig von Vorannahmen und Positionen, die den jeweiligen Gegenstand verfälschen könnten. Es geht um ein Erfassen dessen, was tatsächlich gegeben ist.

> Im engeren Sinne handelt es sich bei ihr um das durch keinen ontologischen Standpunkt eingeschränkte Aufweisen innerer und äußerer Gegebenheiten, d.h., man verzichtet in dieser (vorläufigen) Form von Phänomenologie bewusst auf jegliche Aussage über Sein und Wesen der Erscheinungen. Angewandt auf die Sozialwissenschaften läuft dies auf das Bemühen hinaus, die soziale Wirklichkeit möglichst vorurteilsfrei zu erfassen. (Lamnek, 2010, S. 44)

Für die Sozialwissenschaften ist insbesondere die angewandte Phänomenologie relevant, die sich auf die Erfassung des Vorfindbaren und dessen Wesen bezieht (Danner, 1994). Als Sozialwissenschaftlerin ist es in diesem Sinne unmöglich, sich vollkommen objektiv zu verhalten, da allein die Bearbeitung einer Fragestellung Expertise voraussetzt, die unausweichlich an Vorwissen, erste Hypothesen und Interessensfelder geknüpft ist. Danner hebt daher die Bedeutung der vorurteilsfreien Haltung hervor, zeitgleich jedoch auch ihre Einschränkungen: »Vorurteilslosigkeit kann aber *nicht absolut* sein, da sich *Bedingtheiten des Standortes* nicht ausschließen lassen. Das wird besonders an der Vorgegebenheit der *Sprache* deutlich« (Danner, 1994, S. 159; Hervorh. v. Verf.). Die Transformation von Wahrgenommenem, Gedanken und ihren Interpretationen in Form von Sprache ist für Forschungsarbeiten wie der vorliegenden allgegenwärtig. Die (Um-)Formung in Schriftsprache erfährt durch die natürliche sprachliche Einschränkung ebenso ihre Grenzen wie durch

das Potential der Forscherin, für das Wahrgenommene eine Sprache zu finden. Indem Bedingungen des eigenen Standortes explizit gemacht werden, ist die postulierte, möglichst vorurteilsfreie Haltung, die Raum für unerwartete Erkenntnisse lässt, eine weitere, wichtige Voraussetzung des Forschungsvorhabens.

Für einen Erkenntnisgewinn im Sinne der Reflexiven Grounded Theory (R/GTM), wie er für diese Arbeit Anwendung finden soll und an späterer Stelle ausführlicher dargestellt wird (Kap. 4.2), steht aufgrund der Anerkennung der eigenen Subjektivität ein Erfassen der »Sache selbst« weniger stark im Vordergrund. Da der Erkenntnisgewinn auf der Sinn- und Bedeutungsebene von Handeln und Erleben stattfindet, geht es vornehmlich um das Erfassen von Sinnstrukturen vor dem Hintergrund der eigenen, dynamischen Interaktion mit dem zu beforschenden Feld (Breuer et al., 2018, S. 38). Wie schon Danner (1994) feststellt, lässt sich keine absolute Vorurteilsfreiheit für die qualitative Sozialforschung erreichen, was ihrem zu beforschenden Gegenstand immanent ist. Entsprechend wird in der R/GTM die »präkonzeptuelle Erkenntnis-Optik« nicht als negative Störvariable gewertet, sondern das explizierte Vorverstehen genutzt, um zu sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zu gelangen.

Dennoch ist die Grundidee, zu etwas wie einer »Sache selbst«, frei von Interpretation und Vorannahme zu gelangen, nicht gänzlich hinfällig. Es wird versucht, sich durch Fremdverstehen an Bedeutungszusammenhänge und deren Interpretation so gut wie möglich anzunähern.[2] Zugleich wird jedoch anerkannt, dass die Art und Weise des Fremdverstehens immer durch das eigene Vorverständnis, Intentionen, Interaktionen und andere individuelle Voraussetzungen geprägt ist. Der Anspruch an die eigene Arbeit ist demnach, sich möglicher Vorannahmen und Prägungen bewusst zu werden und zugleich die Struktur des Forschungsprozesses nicht durch diese vorzugeben, sondern im permanenten Prozess des Selbst- und Fremdverstehens offen für neue und unerwartete Erkenntnisse zu bleiben. Dieser Prozess ist stark iterativ geprägt durch das fortwährende Vergleichen, Anpassen und Umformen alter und neuer Ideen und Gedanken, die in der Hermeneutik als Wissenschaft der (Text-)Auslegung, wie sie nachfolgend vorgestellt werden soll, Ausdruck finden.

2 Vgl. Lamnek, 2010, S. 95 zum *unvoreingenommenen Vorgehen* in der Grounded Theory.

4.1.1 Sozialwissenschaftliche Hermeneutik

Die Hermeneutik[3] als Methode der Auslegung bietet in der Tradition Soeffners ein Set von Verfahrensweisen, mit denen verschriftliche Daten durch die Forscherin interpretiert und menschliche Interaktionen re-konstruktiv verstanden werden können. »Als angewandte verstehende Soziologie ist die sozialwissenschaftliche Hermeneutik ein Mittel zur *Ex-Post-Analyse empirischer Einzelfälle*« (Kurt & Herbrik, 2014, S. 473; Hervorh. v. Verf.). Relevant ist dabei das Verstehen von wahrnehmbaren Zeichen, da sie den (wenn auch selektiven) sinnlichen Ausdruck von Bewusstseinsabläufen, die sich einer direkten Wahrnehmung entziehen, darstellen. »Wir nennen den Vorgang, in welchem wir aus Zeichen, die von außen sinnlich gegeben sind, ein Inneres erkennen: Verstehen« (Dilthey, 2004, S. 22).

Verstehen als universelle Interaktionsleistung von Menschen ist immer subjektgebundene Methodik und unterliegt daher gleichermaßen sozialisatorischen, historischen und kulturellen Prägungen. Für ein fremdverstehendes Interpretieren ist ein gemeinsamer oder angeeigneter Wissenshintergrund als präkonzeptuelle Struktur dabei unabdingbar (Breuer et al., 2018). Weiterhin kann nur das verstanden werden, was sich als Zeichen äußert: »Dabei ist ein Argument von vornherein ausgeschlossen: der Hinweis oder die Spekulation auf eine spezifische innere Verfaßtheit [sic!] des Sprechers. Ein »Inneres«, das sich nicht im »Außen«, in der Äußerung ausdrückt und repräsentiert, ist für die Interpretation verloren« (Soeffner, 2015a, S. 71).

Die Verfügbarkeit eines alltagstauglichen Verstehens ermöglicht dabei kommunikativ-empathische Situationen, da auf ein Vorverständnis auf Grundlage von Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Gleichzeitig lässt sich daran auch eine Grenze wissenschaftlichen Verstehens aufzeigen, da Verstehen immer an die eigenen subjektiven Voraussetzungen gebunden bleibt:

> Aus der Unzugänglichkeit des Bewusstseins, der Verwurzelung des Verstehens in Vorverständnissen und der Uneindeutigkeit des Zeichensinns folgt, dass die Voraussetzungen für angemessenes Verstehen heikel sind. Die Hermeneutik ist eine

3 Breuer, Muckel, & Dieris (2018) stellen die unterschiedlichen Verortungen der Grounded Theory zwischen interpretativen Paradigma und der Hermeneutik gegenüber. Es herrscht kein Konsens darüber, wie sich die GT zwischen den wissenschaftstheoretischen Auffassungen verorten lässt: »Mithin kann von einer hermeneutischen Deutungsprozedur *im wahren Sinne* bei einem auf Kodier-Prozeduren eingeengten Verständnis der GTM nicht die Rede sein« (S. 52; Hervorh. v. Verf.). Gleichwohl sehen die Autoren jedoch in dem von Glaser & Strauss (2010) dargestellten Auswertungsverfahren des Konzept-Indikator-Modells, dem Transzendieren von Gedanken und Passagen hin zum Generieren neuer Konzepte durchaus Parallelen zum hermeneutischen Auslegen und verstehen, weswegen sie sich für den hermeneutischen Zirkel als Erkenntnisfigur der Reflexiven Grounded Theory aussprechen (vgl. S. 52 ff.).

> Antwort auf die Frage, wie die Operation »Verstehen« gleichwohl gelingen kann – als methodisch kontrollierte wissenschaftliche Tätigkeit. (Kurt & Herbrik, 2014, S. 475)

Unter diesen Voraussetzungen scheint es zunächst kaum möglich, verallgemeinerbare Theorien wissenschaftlichen Fremdverstehens aufzustellen. »Das permanente Problem verstehender Wissenschaftler besteht deshalb darin, zu plausibilisieren, was ihr Tun eigentlich zu einem wissenschaftlichen Unternehmen macht, obwohl es doch explizit auf einem ganz alltäglichen, allgemein menschlichen Vermögen basiert« (Soeffner, 2015b, S. 167). In der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik liegen insbesondere »die Rekonstruktion individueller und gesellschaftlicher Sinnkonstruktionen« im Interesse des Forschers (Kurt & Herbrik, 2014, S. 477). Dieser steht dabei immer in einem Spannungsverhältnis zwischen Gleichheit und Differenz, das sich in der Ähnlichkeit menschlichen Denkens einerseits und der Distanz zum Bewusstsein des Gegenübers andererseits bewegt.

Sozialwissenschaftliches Verstehen im hermeneutischen Sinne unterscheidet sich vom Alltagsverstehen darin, dass es bewusst und steuerbar, also selbstreflexiv wird (Breuer et al., 2018). In Form einer hermeneutischen Haltung soll diese kritische und selbstreflexive Positionierung zur Geltung kommen und ein Qualitätsmerkmal wissenschaftlichen Verstehens darstellen (Kurt & Herbrik, 2014). Dies beinhaltet eine Offenheit gegenüber der Interpretation, die unterschiedliche Auslegungen aus der Perspektive des Anderen sowie der eigenen Perspektive zulässt, nicht wertet und somit neue Verstehenshorizonte eröffnen kann.

Nach Soeffner entwirft der Sozialwissenschaftler Konstruktionen zweiter Ordnung, da die Daten, die von ihm interpretiert werden, bereits durch den zu Beforschenden vor- interpretiert sind. Dies tut er mit einem »Rückgriff auf extensiv aktiviertes Wissen und auch auf einem Vorrat an professionellem Sonderwissen« (Soeffner, 2015b, S. 168). Da die erhobenen Daten immer in einem relativen Verhältnis zum soziohistorischen Kontext betrachtet werden müssen, nicht aber einer Beliebigkeit unterliegen dürfen, richtet sich deren Überprüfung »auf den – intersubjektiv plausibilisierbaren – Zusammenhang zwischen der Deutung und ihren spezifischen Randbedingungen« (ebd., S. 171). Dies setzt nach Soeffner die (1) Reflexion der eigenen Vor-Urteile, eine (2) bestmögliche Rekonstruktion des zu erforschenden Milieus und zuletzt (3) die »Zuordnung der eigenen und der fremden Erfahrungsstrukturen sowie der eigenen Deutung und des Deutungsgegenstandes zu einem wissenschaftlichen *universe of discourse*« (ebd., S. 172; Soeffner, 2015a, S. 76; Hervorh. v. Verf.) voraus.

Als hermeneutischer Zirkel wird dabei jenes wissenschaftliche Vorgehen bezeichnet, das eine kontrollierte Interpretation ermöglichen soll. In seiner ersten Variation (Hermeneutischer Zirkel I) bezieht er sich auf das Vorverständnis, ohne welches jede Interpretation unmöglich wäre. Zugleich erfährt die eigene Vor-

erfahrung durch das neue Verstehen eine Korrektur, das wiederum ein besseres Fremdverständnis ermöglicht usw. (Lamnek, 2010). Es kommt zu einer zirkulären Bewegung zwischen dem eigenen Vorverständnis und dem Text[4]- bzw. Fremdverständnis, einem Prozess der schrittweisen Annäherung an die Intentionen des (Text-)Produzenten. »Von diesem Ganzen her ordnet sich jeder Teil neu und vielleicht auch anders ein. Dieses Verhältnis von Teil und Ganzem, vom Verstehen des Teils und Verstehen des Ganzen wird als *hermeneutischer Zirkel* bezeichnet, die Grundfigur des Verstehens überhaupt« (Poser, 2012, S. 221; Hervorh. v. Verf.). Das Verstehen bezieht sich dabei insbesondere auf Sprachzeichen oder solche, die in Sprache (zumeist Schriftsprache in Form einer Transkription) festgehalten werden. Der hermeneutische Zirkel II bezieht sich auf die spiralförmige Interpretation von Textteilen in Relation zum Ganzen: »Die hermeneutische Spirale besteht darin, dass der Teil vom Ganzen her verstanden, korrigiert oder erweitert wird und sich umgekehrt das Ganze von den Teilen her bestimmt« (Lamnek, 2010, S. 59). Der Sinn einzelner Worte kann nur bei der Betrachtung des Gesamtkontexts erschlossen werden, der sich so nach und nach zu einem neuen Gesamtkontext erschließt. Die hermeneutische Differenz bezeichnet dabei als Strukturelement hermeneutischen Verstehens die Diskrepanz zwischen Vorverständnis und Text- bzw. Fremdverständnis sowie die Differenz zwischen einem Teil und dem Ganzen, da eine »absolute Kongruenz zwischen dem Verstehenden und dem Produzenten des Textes« kaum herzustellen ist (ebd., S. 58). Sie ist daher wesentliches Strukturelement hermeneutischen Verstehens, da ein Verstehen im hermeneutischen Sinne immer nur eine Annäherung, niemals aber die vollkommene Übereinstimmung zwischen Interpret und dem zu untersuchenden Phänomen geben kann.

Objektivität wird im hermeneutischen Verstehen als ein übergeordnetes, gemeinsames Drittes aufgefasst, das sich in Form von allgemeinen und weitestgehend akzeptierten Normen repräsentiert. »Die Norm ist objektiv, weil sie unabhängig von der konkreten Person besteht und Verbindlichkeit beansprucht« (ebd., S. 64). Sie ist allerdings nur teilweise absolut, da sie überwiegend in Abhängigkeit zu Raum und Zeit(-geist) existiert und somit einer längerfristigen Variabilität unterliegt. Ebenso ist der objektive Geist als ein normativer Konsens zu verstehen, der in Abhängigkeit von Kultur und Zeit existiert und im Verlauf der Sozialisation vermittelt wird.

Diese Auffassung von Normen bzw. einem objektiven Geist ist insofern für die vorliegende Arbeit relevant, als dass angenommen wird, dass die Erinnerungen der Männer an die Zeit der Schwangerschaft, den Befund und die Wahrnehmung

4 Nach Lamnek ist die Sozialwissenschaft eine Textwissenschaft, da Interaktionen in Form von Texten und Protokollen als Medium zum Erschließen der sozialen Wirklichkeit mithilfe von Textanalyse und Kodierverfahren erschlossen werden (Lamnek, 2010, S. 72 f.).

der eigenen Person in der Reflexion mehr oder weniger stark von objektiven Normen beeinflusst werden. Umgekehrt kann möglicherweise in Spannungen, die aus Einstellung oder Präferenz und zugleich erwarteten Normen entstehen, der relative Anteil gesellschaftlicher Norm als erfahrbare Herausforderung herausgestellt werden. Die Bearbeitung einer Fragestellung, die unausweichlich gesellschaftliche Wert- und Normvorstellungen tangiert, setzt umso mehr Phasen der professionellen Distanzierung voraus, weil nicht die eigene, sondern die Bedeutung von Normvorstellungen für die betreffende Gruppe herausgearbeitet werden soll.

Der nachfolgend vorgestellte Symbolische Interaktionismus weist einige Parallelen zur Hermeneutik auf, was das gegenseitige Sinnverstehen und die Bedeutung gemeinsamer Symbole betrifft. Er wird maßgeblich für den zirkulären Prozess des Fremdverstehens herausgestellt.

4.1.2 Symbolischer Interaktionismus

Nach dem Symbolischen Interaktionismus werden kommunikative Situationen zwischen Menschen prozessual und aufeinander abgestimmt verstanden, da sie »[…] nicht auf ihr Gegenüber hin, sondern in wechselseitiger Beziehung zueinander gemeinsam handeln« (Denzin, 2015, S. 137). Es stehen daher bei der Betrachtung von Phänomenen aus interaktionistischer Perspektive Entwicklungsverläufe und Handlungslinien im Vordergrund, die durch subjektive, symbolisch vermittelte Erfahrungshorizonte vorstrukturiert sind.

Als einer der Hauptvertreter dieser soziologischen Theorie formuliert Herbert Blumer drei Prämissen, mit denen er den Symbolischen Interaktionismus kanonisiert hat. In der ersten Prämisse stellt er heraus, dass »Menschen Dingen gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung handeln, die diese Dinge für sie besitzen« (Blumer, 2013, S. 64). Unter Dingen werden dabei Gegenstände, andere Menschen, Institutionen und Leitideale verstanden, mit denen Individuen konfrontiert sind. Die zweite Prämisse besagt, dass die Bedeutung, die wir als Subjekte diesen Dingen beimessen, Ergebnis sozialer Interaktionen ist: »Die Beschaffenheit eines Objektes ergibt sich also nicht aus diesem selbst, sondern aus der Bedeutung, die ihm durch eine Person bzw. mehrere Personen, eine Gruppe, ein Kollektiv verliehen wird« (ebd., S. 115). Diese unterliegen wiederum nach der dritten Prämisse einem »interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, handhabt und abändert« (Blumer, 2013, S. 64), so dass Handlungslinien immer auch Veränderungen unterliegen. Blumer zielt mit seiner Kritik an psychologischer und sozialwissenschaftlicher Forschung auf die Tendenz, »menschliches Verhalten als Produkt verschiedener Faktoren zu betrachten, die auf die Menschen einwirken; das Interesse gilt dem Verhalten und den Faktoren, die man als verursachend ansieht« (ebd., S. 65). Stattdessen plädiert er für eine Verlagerung des Forschungsinteresses auf die Bedeutung, die Menschen bestimmten

Dingen im Handlungsprozess beimessen: »Das Nichtbeachten der Bedeutung der Dinge, auf die hin Personen handeln, wird als eine Verfälschung des untersuchten Verhaltens gewertet« (Blumer, 2013, S. 66). Bedeutungszuschreibungen resultieren dabei wiederum aus Interaktionsprozessen verschiedener Personen, die das, was ein Individuum einem Ding an Bedeutung beimisst, zugleich prägen: »Für den symbolischen Interaktionismus sind Bedeutungen daher soziale Produkte, sie sind Schöpfungen, die in den und durch die definierenden Aktivitäten miteinander interagierender Personen hervorgebracht werden« (ebd., S. 67). Die Herstellung von Wirklichkeit ist nach Blumer ein kreativer Prozess von Individuen, die mit sich selbst und ihrer Umwelt permanent interagieren und Bedeutung zuschreiben, interpretieren und neu formieren. »Der Symbolische Interaktionismus ist also eine Theorieperspektive, die die Bedeutung der durch Symbole vermittelten menschlichen Interaktionen für den Aufbau der gesellschaftlichen Wirklichkeit hervorhebt« (Keller, 2012, S. 119).

Für das Forschungsvorhaben ist der Symbolische Interaktionismus insofern relevant, als dass die im Forschungsprozess gesammelten Ergebnisse sowohl individuelle als auch kollektive Bedeutungszusammenhänge darstellen, die nicht als statisch erhobenes Wissen interpretiert, sondern unter Berücksichtigung ihrer sozialen Genese als Momentaufnahme unter der eigenen Eingebundenheit verstanden werden sollen. Gleichzeitig verändert diese Perspektive die Rolle der Forscherin, die nicht von außen auf das Feld schaut, sondern von innen heraus Bestandteil des zu erforschenden Feldes wird. Diese Grundidee der Forscher-Feld-Interaktion, wie sie für das vorliegende Forschungsvorhaben von zentraler Bedeutung ist, spiegelt sich auch in den Grundideen des Konstruktivismus wieder, der im folgenden Kapitel vorgestellt wird.

4.1.3 Konstruktivistisches Verständnis

Insbesondere von Konstruktivisten wird das Verhältnis zur Wirklichkeit und die Möglichkeit ihrer objektiven Erfassung problematisiert und auf die sozialwissenschaftliche Forschung mit der Konsequenz übertragen, dass alle ausgewählten Tatsachen bereits Produkte selektiver Bewusstseinsprozesse sind und damit subjektiven Deutungs- und Interpretationsmustern unterliegen (A. Schütz, 1971). Entsprechend wird die unmittelbare Zugänglichkeit einer äußeren Realität in Frage gestellt: »Deshalb können nur die verschiedenen Vorstellungen oder Konstruktionen miteinander verglichen werden«, nicht aber der Grad, mit dem diese einem Original entsprechen (Flick, 2015, S. 153). Wahrnehmung, wie sie bei der Beobachtung und Beschreibung sozialer Phänomene eingesetzt wird, sei dabei nicht als passiver Abbildungsprozess, sondern als aktiv-konstruktiver Herstellungsprozess zu verstehen (ebd.). Der Logik nach hat dies zur Folge, dass die Repräsentation einer Beobachtung oder Untersuchung im sozialen Milieu kaum an einem Origi-

nal, einem interpretations- und auslegungsfreien Echten gemessen werden kann. »Deswegen können nur die verschiedenen Vorstellungen oder Konstruktionen miteinander verglichen« (ebd.), nicht aber der Grad an Validität bestimmt werden, inwieweit das Ergebnis der Untersuchung mit dem tatsächlichen Phänomen übereinstimmt. Weiterhin stellen Konstruktivisten die Frage, wie Realität überhaupt unabhängig von der eigenen subjektiven Wahrnehmung existieren kann bzw. wenn sie existiert, was die Wenigsten leugnen, wie sie unabhängig von subjektiver Erfahrung wahrnehmbar sein kann. Glasersfeld führt den Begriff der Viabilität, der Gangbarkeit von Situationen und Realitäten für Menschen ein, die in ihrer Variation vom Forscher nachvollzogen werden sollen. »Der Radikale Konstruktivismus ist unverhohlen instrumentalistisch. Er ersetzt den Begriff der Wahrheit […] durch den Begriff der *Viabilität* innerhalb der Erfahrungswelt von Subjekten« (Glasersfeld, 2015, S. 55; Hervorh. v. Verf.). Mit einem Verständnis von Wissenschaft als Werkzeug zur Erfassung von Lebenswelten wird vielmehr die Adäquatheit von Theorien und Schlussfolgerungen beurteilt, denn ihr Vermögen, Realität abzubilden.

Diese konstruktivistischen Grundideen scheinen in mehrerlei Hinsicht für die Forschungsarbeit relevant. Bereits bei der Auseinandersetzung mit einem Thema wie der pränatalen Diagnostik sind historische Genese, moralischer Diskurs, Menschenbild und Neuformierung von Familie und Reproduktion derart komplex, dass sich für jeden Einzelnen der Gesprächspartner dieser Arbeit kaum die individuelle Prägung und Einflussnahme vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen herausarbeiten lässt. Das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft ist in diesem Kontext einerseits durch das öffentliche Interesse und den moralischen Diskurs um die Thematik geprägt, andererseits derart miteinander verstrickt, dass diese Arbeit ein Exempel für die Bedeutung historischer und sozialer Interaktionen zwischen Individuum, sozialem Nahbereich und Gesellschaft statuiert. Der Gedanke, zu einer objektiven »Sache selbst« gelangen zu können, erscheint unter Berücksichtigung der Komplexität obsolet.

In Anlehnung an Schütz lässt sich die Vorstellung von Konstruktionen erster und zweiter Ordnung auf das Vorgehen im Forschungsprozess übertragen: »Daher sind die Konstruktionen der Sozialwissenschaften sozusagen Konstruktionen zweiten Grades, das heißt, Konstruktionen von Konstruktionen jener Handelnden im Sozialfeld« (A. Schütz, 1971, S. 68, zit.n. Flick, 2015, S. 156). Als Konstruktionen zweiter Ordnung können die innerhalb der Auswertung vorgenommenen Vergleiche, Überlegungen und Interpretationen angesehen werden, die mithilfe hermeneutischer Bewegungen zwischen Vorverständnis und Fremdverständnis entwickelt werden. Durch die Betrachtung von Wissens(re)produktion in Konstruktionen erster, selbst-konstruierter, und zweiter, der fremd-konstruierten Ordnung, wird der Bezug zum Symbolischen Interaktionismus deutlich. Erst auf Grundlage einer gemeinsamen Bedeutungszuschreibung können die Konstruktionen erster Ordnung überhaupt fremd-verstanden und entsprechend gedeutet werden. So-

mit rückt allerdings der Forscher als bemühter Interpret der Konstruktionen erster Ordnung ebenso in den Fokus des gesamten Konstruktionsprozesses wie der Interpret der Konstruktion erster Ordnung selbst. Die beiden Ebenen zwischen Urheber und Interpret lassen sich kaum mehr voneinander trennen, sobald sie einmal zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort mit einem bestimmten Interesse interagiert haben.

Ein weiterer konstruktivistischer Gedanke bezieht sich damit auf die Person der Forschenden, die nicht als erkennendes, ex-zentrisches und beobachtendes Subjekt, sondern als beteiligte Akteurin des Forschungsprozesses sowie der hieraus entstehenden Erkenntnisse betrachtet wird, indem sie »einen eigenständigen Blick auf den gewählten Weltausschnitt zu werfen und dabei *eigene* Theorie-Erfindungen zu machen« vermag (Breuer et al., 2019, S. 4; Hervorh. v. Verf.). Für das Forschungsvorhaben ergibt sich hieraus die Aufgabe, eine methodologische Entsprechung für das konstruktivistisch geprägte Wissenschaftsverständnis zu finden, die einerseits einen methodischen Zugang zur subjektiven Erfahrungswelt zulässt, andererseits in den Möglichkeiten der Datenauswertung die wissenschaftstheoretischen Gedanken der vorausgegangenen Kapitel in sich vereinen kann. Im nachfolgenden Kapitel wird die dafür gewählte Methodologie der Grounded Theory vorgestellt, um anschließend die auf Breuer zurückgehende, konstruktivistische und selbstreflexive Lesart, die für diese Forschungsarbeit Anwendung finden soll, vorzustellen.

4.2 Grounded Theory Methodologie

Die Grounded Theory Methodologie (GTM) als erkenntnisgenerierender Forschungsstil geht auf die Autoren B. G. Glaser und A. L. Strauss zurück, die in den 1960er Jahren neben ihrer Methodologie zur qualitativen Sozialforschung ein methodisches Instrumentarium entwickelten, das bis heute von vielen Autoren rezipiert und neu ausgelegt wird, sodass man inzwischen auch von einer Theoriefamilie der GTM spricht. Die GTM nach Glaser und Strauss ist Ergebnis jahrelanger gemeinsamer Forschungspraxis in Krankenhäusern zu Themen wie Schmerzerleben und Sterbehilfe (Mey & Mruck, 2011). Erstmals wurde die neue Forschungsprogrammatik von Glaser & Strauss, die sich sehr stark gegen eine logisch-deduktive, quantifizierbare Forschungstraditionen wendete, unter dem Titel »The Discovery of Grounded Theory« 1967 veröffentlicht. Erst in späteren Schriften der Autoren wurde die zunächst noch recht undifferenzierte Methodologie weiter ausgearbeitet und entwickelt (vgl. Equit & Hohage, 2016; Mey & Mruck, 2011; Strübing, 2014). In ihrer ersten Publikation steht die Kritik an der gegenwärtigen Forschungstradition noch stark im Fokus.

> Es scheint, als werde in der gegenwärtigen Soziologie die Verifizierung von Theorien überbewertet und dementsprechend der vorhergehende Schritt, zu erkunden, welche Konzepte und Hypothesen für den Bereich, den man untersuchen möchte, überhaupt relevant sind, unterbewertet. (Glaser & Strauss, 2010, S. 20)

Die Autoren betonen die Bedeutung der Entdeckung neuer Theorien, statt bereits aufgestellte Hypothesen immer wieder neu einer Überprüfung zu unterziehen. Dafür plädieren sie an den Sozialwissenschaftler mit seiner Expertise, sich mit einem induktiven Vorgehen dem zu erforschenden sozialen Feld anzunähern (ebd.). »Grounded« sei demnach im doppelten Sinne sowohl die Methode als auch ihr Ergebnis, nämlich die aus den Daten heraus entwickelte Theorie, die in der Empirie entsprechend verankert ist. Der Anspruch der Forschungstradition ist bis heute, unabhängig von der jeweiligen Schule, mittels der GTM empirischen Situationen und Lebenswelten gerecht zu werden, die im späteren Ergebnis einerseits auch für Laien verständlich sind, auf der anderen Seite »[…] brauchbare und zutreffende Vorhersagen, Erklärungen, Interpretationen und Anwendungsmöglichkeiten« zu liefern (Lamnek, 2010, S. 91). Da Glaser und Strauss mit ihrer »Discovery« den Grundstein aller späteren GTM-Schulen gelegt haben, sollen die wesentlichen Inhalte ihrer Methodologie, wie sie in ihren Grundzügen auch in den jüngeren Ansätzen noch vorfindbar sind, vorgestellt werden.

4.2.1 Methodische Elemente nach Glaser und Strauss

Als methodisches Vorgehen wird von Glaser und Strauss die *komparative Analyse*, das permanente Vergleichen, Validieren und Generalisieren von erhobenen Daten aus dem zu untersuchenden Feld, vorgestellt. Diese umfasst einerseits das Sammeln von Belegen, andererseits, und das wesentlicher, das Generieren von *Kategorien*, die aus den Belegen gewonnen werden: »Bei der Entdeckung von Theorie generiert man konzeptuelle Kategorien oder ihre Eigenschaften auf der Grundlage von Belegen; ist die Kategorie einmal festgelegt, dienen die Belege dazu, das Konzept zu illustrieren« (Glaser & Strauss, 2010, S. 41). Weiterhin stellt das entstehende Konzept auf Grundlage der aus der Empirie gewonnenen Kategorien eine *Abstraktion* des untersuchten Feldes dar. Darüber hinaus kann die vergleichende Analyse zur *Spezifizierung* dienen, indem Phänomene oder Besonderheiten eines einzelnen Falles betrachtet werden, der sich von den übrigen abhebt.

Damit die entstehende Theorie tatsächlich »grounded« ist, sei ein möglichst unvoreingenommenes Vorgehen der Forscherin in Bezug auf im Prozess gebildete Kategorien und Hypothesen erforderlich. Das impliziert nicht, dass die Forscherin blind ins Feld geht. Im Zusammenhang mit der Datengenerierung, dem *theoretischen Sampling*, betonen die Autoren, dass die Themenwahl zunächst ausschließlich »[…] von der allgemeinen soziologischen Perspektive und dem allgemeinen Thema

oder Problembereich […]« abhängt, also von apriorischen, theoriegeleiteten Vorannahmen (Glaser & Strauss, 2010, S. 61). Dieses Verhältnis verändere sich jedoch während des Forschungsprozesses, indem die Forscherin zwar *theoretisch sensibel* in Bezug auf die aus den Daten entwickelten Theorien bleibt, diese jedoch aus Kategorien hervorgehen, die sich unmittelbar aus dem Material selbst, also induktiv, ergeben. Dazu Breuer et al. (2018):

> Ihre Forschungslogik charakterisierten sie als induktiv, als eine gedanklich-argumentative Bewegung von Daten zu Theorien, von speziellen Fällen zu (begrifflichen) Verallgemeinerungen, von (empirischen) Indikatoren zu (theoretischen) Konzepten. Die Theorien sollen – so ein prominenter Ausdruck in der GTM-Terminologie – aus den Daten emergieren, und die Theorie soll in den Daten gegründet bzw. durch die Daten begründet sein. (S. 17)

Das Grundprinzip des permanenten Vergleichens von Gruppen, die *komparative Analyse*, ermöglicht zudem das Aufstellen von Hypothesen, die sich aus dem Material heraus ergeben. Außerdem lassen sich diese mithilfe der Vergleichsgruppen auf ihre Belastbarkeit überprüfen. Weitere Vergleichsgruppen werden nach theoretischer Relevanz (*theoretical sampling*) und Zielsetzung der Arbeit ausgewählt (Lamnek, 2010). Sie ermöglichen der Forscherin, ihre Kategorien und deren Dimensionen unter bestimmten Bedingungen zu vergleichen und Zusammenhänge zu anderen Kategorien zu erkennen.

Um zu einer Kategorie zu gelangen, wird das Material zunächst kodiert. Der Vorgang des *Kodierens* lässt sich als ein Markieren und Zuordnen relevanter Textpassagen verstehen, der nach unterschiedlichen systematischen Vorgehensweisen ablaufen kann. Glaser und Strauss pflegten zum Teil unterschiedliche Vorgehensweisen, die hier nicht weiter dargestellt werden sollen.[5] Die grundlegende Idee ist, über das Sortieren und Zusammenfassen von (Text-)Passagen während des Kodiervorgangs und der Beschreibung ihrer Eigenschaften mithilfe von Memos zu ersten Kategorien zu gelangen (Glaser & Strauss, 2010, S. 115 ff.).

Eine *Kategorie* stellt einen abstrahierten Indikator für eine Tatsache, einen Sachverhalt oder einen Beleg dar, die sich mithilfe der komparativen Daten weiter spezifizieren und in unterschiedliche Dimensionen unterteilen lässt. Das Datenmaterial wird *kodiert* und mithilfe eines wachsenden Kategoriensystems sortiert, Hypothesen werden abgeleitet und zum Zweck der Theoriebildung fortlaufend mit weiteren Daten verglichen. Datensammlung und ihre Analyse verlaufen somit weitestgehend parallel ab. *Hypothesen*, die sich als verallgemeinerbare Aussagen neben den Kategorien aus dem Material ableiten lassen, stellen die (bisher vermuteten) Beziehungen zwischen den Kategorien und ihren Dimensionen dar. Sie haben zunächst einen vorläufigen Status, indem sie »[…] nicht getestete Zusammenhänge zwischen

5 Siehe hierzu z.B. Breuer et al. (2018), S. 19; Equit & Hohage (2016), S. 10.

den Kategorien und ihren Eigenschaften […]« beschreiben (Glaser & Strauss, 2010, S. 57). Indem die Forscherin permanent nach weiteren Fällen und Belegen für diese, insbesondere aber auch nach Ausnahmen von ihren aufgestellten Hypothesen sucht, lassen sich die Hypothesen im Forschungsprozess be- oder widerlegen.

Die Prozedur des permanenten Vergleichens mit anderen Gruppen wird dann beendet, wenn sich aus weiterem erhobenen Material keine neuen Erkenntnisse mehr generieren lassen. Glaser und Strauss (2010) sprechen hierbei von *theoretischer Sättigung*.

> Das Kriterium, um zu beurteilen, wann mit dem Sampling (je Kategorie) aufgehört werden kann, ist die theoretische Sättigung der Kategorie. Sättigung heißt, dass keine zusätzlichen Daten mehr gefunden werden können, mit deren Hilfe der Soziologe weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln kann. (S. 77)

Eine Kategorie wird entsprechend als gesättigt bezeichnet, wenn weitere Bespiele zu Wiederholungen führen, nicht aber zu neuen Erkenntnissen. Durch das permanente Aufstellen, Entwickeln und In-Beziehung-Setzen von Hypothesen im Forschungsprozess gelangt man schließlich zu zunächst gegenstandsgebundenen Theorien, die sich in einem letzten Schritt zu formalen, abstrahierten Theorien formieren sollen[6] (Lamnek, 2010, S. 100).

Seit der Veröffentlichung der Discovery of Grounded Theory 1967 kam es zwischen den Urvätern Glaser und Strauss infolge unterschiedlicher methodischer Entwicklungen zu öffentlichen Kontroversen und einer Aufspaltung der Schulen, die sich jedoch auf die Verbreitung der GTM und ihre Weiterentwicklung nicht negativ auswirkte (Strübing, 2008). Eine der Schulen, die sich aus der ursprünglichen GT heraus entwickelte, ist die konstruktivistische Auslegung nach Charmaz, die im nachfolgenden Kapitel vorgestellt werden soll.

4.2.2 Konstruktive Grounded Theory nach Charmaz

Im deutschen Sprachraum verbreitete sich insbesondere die durch Anselm Strauss und seine Schülerin Juliet Corbin geprägte Grounded Theory, was Mey & Mruck (2011) u.a. auf die vergleichsweise schnelle Herausgabe ihrer GTM-Variante in deutscher Sprache zurückführen (Strauss & Corbin, 1996). Während die »Discovery« von

---

6 Glaser und Strauss sehen es vor, dass man durch immer komplexere vergleichende Analysen allgemeine, abstrakte Theorien ableiten kann, die nicht mehr gegenstandgebunden, sondern verallgemeinerbare Aussagen hervorbringen. Über die vergleichende Analyse vieler gegenstandsbezogener Theorien gelange man zuletzt zu formalen Theorien (Glaser & Strauss, 1967, 2010). Für diese Arbeit ist dieser Grad der Abstraktionsebene jedoch weitestgehend irrelevant.

Glaser und Strauss erstmalig 1998 und somit 21 Jahre nach ihrer ersten Veröffentlichung auf Deutsch erhältlich war, ist der unter dem Titel »Grundlagen Qualitativer Sozialforschung« von Strauss und Corbin weiterentwickelte GTM-Ansatz »bereits« nach sechs Jahren auch auf Deutsch erhältlich. Sämtliche Monographien Glasers sind hingegen bis heute ausschließlich auf Englisch veröffentlicht. Strauss und Corbin arbeiteten insbesondere praktische Arbeitsmethoden und -schritte im Forschungsprozess konkreter und für Studierende verständlich heraus. Kennzeichnend für ihren Ansatz ist die Dreiteilung des Kodierprozesses in offenes, axiales und selektives Kodieren, auf die später noch eingegangen wird (Strauss & Corbin, 1996, S. 43 ff.).

Diese Arbeit soll sich im Kern auf einen weiteren, durch Kathy Charmaz[7] geprägten GTM-Ansatz beziehen, der sich durch seine konstruktivistische Prägung kritisch mit der Position der Forscherin, ihrer Subjektivität und Möglichkeiten der Reflexivität auseinandersetzt (Charmaz, 2011, 2014). Im deutschen Sprachraum hat eine konstruktivistische Lesart insbesondere durch das Lehrbuch von Breuer et al. (2019) zur Reflexiven Grounded Theory Eingang gefunden. Charmaz, die ebenso wie Corbin Schülerin von Strauss war, hat der Grounded Theory ihren objektivistischen Standpunkt entzogen: »The constructivist approach perspective shreds notions of a neutral observer and value-free expert« (Charmaz, 2014, S. 13). Sie betrachtet jede Form der theoretischen Reflexion eines Forschungsfeldes als eine interpretative Darstellung, niemals aber als ein tatsächliches Abbild dessen, da sie immer der individuellen Interpretation und Sichtweise der Forschenden unterliegt (vgl. ebd., S. 17). Den Gedanken, als Forscherin zu etwas wie einer objektiven Erkenntnis zu gelangen, verwirft sie. Somit verändert sich nicht nur der Standpunkt der Forscherin, die statt von außen auf das Feld schauend selbst im Feld interagiert[8] und zum Subjekt wird, sondern auch der Blick auf die gewonnenen Erkenntnisse, die durch die Perspektive der Forscherin gelenkt sind. Entsprechend äußert Charmaz in einem Interview: »Es geht nicht, die Position des Beobachters bzw. der Beobachterin auszuklammern, ebenso Fragen der Wahrheit und Exaktheit von Beobachtung. Da gibt es immer Spannungen, weil Wahrheit ortsgebunden, relativ, historisch, situativ und kontextuell sein kann« (Charmaz & Puddephatt, 2011, S. 94). Sie sieht die Gefahr, die eigene Sicht als die einzige auszulegen, sofern man als Forscherin nicht seine eigene Prägung und Einstellung reflektiere.

> Die konstruktivistische GTM geht davon aus, dass wir Wissen produzieren, indem wir uns mit empirischen Problemen auseinandersetzen. Wissen beruht auf sozialen Konstruktionen. Wir konstruieren Forschungsprozesse und die Produkte der

7 Auch Charmaz' Monographien sind bisher ausschließlich auf Englisch publiziert worden, was wiederum die eingeschränkte Verbreitung von Forschungsarbeiten im konstruktivistischen GT-Stil im deutschen Sprachraum erklärt.

8 Charmaz ist selbst stark durch Blumers Symbolischen Interaktionismus geprägt.

> Forschung, aber diese Konstruktionen finden unter existierenden strukturellen Bedingungen statt, ergeben sich in emergenten Situationen und werden von den Perspektiven, Privilegien, Positionen, Interaktionen und geographischen Standorten der Forscher/innen beeinflusst. (Charmaz, 2011, S. 184)

Auch die vorliegende Arbeit widmet sich einem *empirischen Problem*, über das Wissen sozial und in Interaktion mit dem Feld konstruiert werden soll. Dies soll mithilfe einer kritischen, selbst-reflexiven Perspektive auf die Forscherin selbst und ihr Interagieren im Feld geschehen, indem Aspekte der wissenschaftlichen Prägung, persönliches Interesse an der Thematik und moralische Konflikte im Zusammenhang mit der Thematik ebenso reflektiert werden wie konkrete Erfahrungen im Feld, Forschungsmethoden und die Verlässlichkeit etwaiger Ergebnisse.

Kritisch äußert sich Charmaz gegen die objektivistische Tradition Glasers, der in seiner GT stark die Generalisierbarkeit und Verallgemeinbarkeit von Aussagen und Zusammenhängen durch die Forscherin anstrebt (ebd.). Charmaz wendet sich dabei nicht gegen die Idee, prinzipiell als Forscherin eine Allgemeingültigkeit von Aussagen und Ergebnissen anzustreben. Sie tut dies aber in Anerkennung dessen, dass sie selbst positionsgebunden ist.[9] Dominierende Sichtweisen, die gesellschaftlich verinnerlicht sind, sodass sie als objektiv wahrgenommen werden, seien ebenso durch die Forscherin zu dekonstruieren und in ihrer Genese zu verstehen wie Abweichungen davon.

Bei den Techniken und Werkzeugen im Forschungsprozess, wie sie im vorangegangenen Kapitel bereits vorgestellt wurden und die auf die klassische GT nach Glaser und Strauss zurückgehen, nennt sie jedoch auch Parallelen und Überschneidungen in Bezug auf »[…] den induktiven, vergleichenden, aufstrebenden und offenen Ansatz« (Charmaz, 2014, S. 12).[10] Es sind weniger die methodischen Schritte, wie sie z.B. in Bezug auf verschiedene Kodierpraktiken der GT-Vertreterinnen hervorgebracht wurden, mit denen sie sich kritisch auseinandersetzt, als vielmehr die Angemessenheit der verwendeten Methode, der sie einen hohen Stellenwert beimisst. Methoden können sich dann als nützlich erweisen, wenn sie aus dem Material hervorgehen und nicht als vorgefertigte Schemata auf das Material übertragen werden.

Eine ebenfalls konstruktivistische Erkenntnishaltung vertreten Breuer et al. (2019), betonen jedoch im Vergleich zu Charmaz einen stärkeren Fokus auf die Rolle der forschenden Person im Forschungsprozess. Im Unterschied zu ihr tun sie dies nicht vorrangig auf der epistemologischen und methodologischen Ebene, sondern auch konkret im methodischen Vorgehen, das im nachfolgenden Kapitel näher betrachtet werden soll.

---

9 Vgl. hierzu auch Breuer et al. (2018), S. 90 f.

10 »[…] the inductive, comparative, emergent, and open-ended approach«.

4.2.3 Methodisches Vorgehen in der (selbst-)reflexiven Grounded Theory

In Kapitel 4.2.1 wurde bereits in die methodischen Elemente nach Glaser und Strauss eingeführt. Charmaz übernimmt viele der klassischen Handwerkszeuge bei der Entwicklung ihres konstruktivistischen Ansatzes. Ihre Lesart der GT wird insbesondere durch ihren epistemologischen Bezugsrahmen und den Reflexionsprozess, den sie dem Forschungsprozess zur Seite stellt, deutlich (vgl. Charmaz, 2014, Kap. 12).

Ganzheitlicher in ihrer Betrachtung positionieren sich hingegen Breuer et al. (2019), die expliziter als Charmaz die Rolle der Forschenden betonen, auch auf der konkreten methodischen Ebene. Daher sprechen sie nicht von konstruktivistischer GT, sondern von (selbst-)reflexiver Grounded Theory (R/GT), wodurch die Person der Forschenden besonders zentriert werden soll. Dies spiegelt sich auch in ihrem »Werkzeugkasten« zur R/GT wider. Dieser umfasst, entsprechend dem eigenen Vorgehen, bereits Aspekte der ersten Forschungsidee und den reflexiven Umgang mit Vorwissen. Auch eine flexible Einstellung zu den methodischen Handwerkszeugen ist ihnen immanent. »Die verwendeten Prozeduren sollen andererseits den Gegebenheiten des Forschungsthemas, des Forschungsfeldes und der Arbeits-Umstände der Forschenden angepasst werden« (Breuer et al., 2018, S. 133). In diesem Kapitel sollen daher die methodischen Werkzeuge, wie sie für diese Arbeit als relevant erscheinen, vorgestellt werden, um anschließend als Werkzeuge Anwendung zu finden. Dabei werden die bereits vorgestellten Methoden nach Glaser und Strauss (Kap. 4.2.1) als Grundlage vorausgesetzt.

Der gesamte Forschungsprozess wird in der R/GTM als kreativer, hermeneutisch angelegter und selbst-reflexiver Prozess verstanden, der bei einem kritischen Umgang mit Präkonzepten beginnt. Als *persönliches Präkonzept* wird all das bezeichnet, was an Vorwissen, Einstellungen, Perspektiven, persönlichen Erfahrungen und Einschreibungen zu einer tieferen Auseinandersetzung mit einem Thema der sozialen Alltagswelt motiviert, wie sie für R/GTM-Projekte typisch ist. Es sind frei gewählte Forschungsthemen, die einen hohen Grad an persönlichem Interesse und eigener Identifikation mit der Thematik umfassen. Gleichzeitig begründet das persönliche Interesse und der Bezug zur Thematik auch, inwiefern die individuelle Betrachtungsoptik, mit der sich der Thematik genähert und dem Feld begegnet wird, einer Explikation und Reflexion durch die Forscherin bedarf. Zur eigenen Selbst-Vergewisserung wird das Anlegen eines *Forschungstagebuchs* nahegelegt. In diesem sollen Gedanken, Gefühle und Bezüge explizit werden. Gleichzeitig dient das Explizieren der persönlichen Betrachtungs-Optik als kritische Reflexionsmaske, die der Gefahr vorbeugen soll, dass der Blick durch die eigenen Vor-Annahmen zu stark gelenkt ist. Dem Präkonzept fügen sich weitere Annahmen hinzu, die im Rahmen des Forschungsprozesses entstehen und in Form von *Memos*, von gedanklichen Ideen und Assoziationen, schriftlich angefertigt werden. Das Verfassen von Memos, das

parallel zum gesamten Forschungsprozess Bestandteil der kreativen Auseinandersetzung mit aufkommenden Ideen, Zusammenhängen und möglichen Strukturen darstellt, nimmt im R/GTM-Prozess einen zentralen Stellenwert ein. Es sind Ideen und gedankliche Stützen, in welche Richtung sich weitere relevante Aspekte ergeben könnten, die vertieft, verworfen werden oder Eingang in die konkrete Entwicklung von Modellen finden können. Zuletzt werden die eigenen Präkonzepte wieder relevant, wenn es darum geht, die Ergebnisse der Forschungsarbeit mit den eigenen Vorannahmen abzugleichen, um zu sehen, wo sich Annahmen bestätigt haben und an welcher Stelle Annahmen widerlegt werden können.

Das eigene Präkonzept ist auch geprägt durch bereits gesichtete Literatur zum Gegenstandsfeld: »Was wird in meiner Disziplin – und eventuell in Nachbardisziplinen – über diesen Problemkomplex gedacht, welche theoretischen Konzepte gibt es dazu? Wie wird er dort verhandelt, welchen Stellenwert besitzt er, wie ausführlich ist er bereits erforscht?« (Breuer et al., 2018, S. 135). Die Bedeutung der Sichtung von Fachliteratur wird von Autoren unterschiedlich gewertet. Einerseits kann sie den Blick stark in eine bestimmte Richtung lenken, was einen offenen Blick auf die Daten möglicherweise erschwert. Andererseits ermöglicht sie, relevante Fragestellungen und Nischen zu entdecken, die für die Entwicklung eines geschärften Problembewusstseins und die Fokussierung der Themenstellung relevant sind. Durch die Sichtung von Literatur und erste Einblicke in das Feld kann die Themenstellung weiter fokussiert und eingegrenzt werden, wie es in dieser Arbeit mit den Kapiteln 1 und 2 vorgenommen wurde.

Es schließt sich das *Theoretical Sampling* (vgl. Kap. 5.1) an, die Auswahl der zu untersuchenden Personen, Situationen und Kontexte. Es hat sich bei diesem Arbeitsschritt bereits herauskristallisiert, welche Fragen noch offen und für die Erarbeitung der Thematik relevant sein könnten. Nun stellt sich als nächstes die Frage, wie diese Informationen generiert werden können, welche Personenkreise für die Informationen relevant sind und ob es bereits erste Kontakte[11] gibt, die zum Einstieg in das Untersuchungsfeld genutzt werden können.

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich bei den erhobenen Daten hauptsächlich um Interviews, die auf Tonband aufgezeichnet und in Form von Transkripten fixiert werden. Mithilfe der so gewonnenen neuen Informationen kann sich wiederum der Blick auf die Themenstellung neu justieren und sich auf die Auswahl des nächsten Falls bzw. des nächsten Gesprächspartners auswirken. Dabei soll die leitende Frage sein: »Welcher *nächste Fall* ist auf dem Hintergrund der bisher zustande gekommenen Fokussierung und Konzeptualisierung *theoretisch interessant* für mein Forschungsanliegen?« (Breuer et al., 2018, S. 136; Hervorh. v. Verf.).

Mit jedem geführten Interview vergrößert sich die Menge der gewonnenen Daten, die anschließend durch die Forscherin zunächst *offen kodiert* werden. Am

11 Breuer et al. (2019) sprechen von Einstiegsfenstern.

Anfang des Prozesses wird der transkribierte Text in einzelne Segmente aufgebrochen, die sich inhaltlich in eigene Abschnitte unterteilen lassen. Diese Prozedur der Datenanalyse kann kleinschrittig, Wort für Wort, oder nach Sinnabschnitten erfolgen. Dabei ist das Ziel, sich auf die einzelnen Segmente zu fokussieren, Assoziationen zu unterschiedlichen Lesarten zu entwickeln und erste Ideen für theoretische Begriffe und Abstraktionen herauszuarbeiten, zu konzeptionalisieren und zu kategorisieren. In diesem Prozedere *emergieren* die Konzepte (ebd., S. 137) durch die intensive Bearbeitung und Auseinandersetzung der Forschenden mit dem Material. Es werden erste Kategorien gebildet, Klassifikationen von Konzepten, die einzelne Ausprägungen in ihrer Vielfalt erfassen.

In Anlehnung an Strauss und Corbin wird der Prozess des Kodierens in unterschiedliche Stadien unterteilt: Das offene, das axiale und das selektive Kodieren (Strauss & Corbin, 1996, S. 43 ff.). Die mittels des offenen Kodierens gewonnenen Konzepte und ihre Kategorien werden im Rahmen des *axialen Kodierens* zueinander in Beziehung gesetzt. Auf dem Weg dorthin können *Diagramme* helfen, Ideen für Strukturen und Zusammenhänge zu entdecken. Ebenso können sie auf Lücken oder Inkongruenzen hinweisen, die Grundlage neuer Fragestellungen sein können. Im Rahmen des axialen Kodierens werden die Ideen einzelner Zusammenhänge zwischen den Konzepten, ihren Wechselwirkungen und Widersprüchen weiter fokussiert und schließlich wird mit dem Schritt des *selektiven Kodierens* die Datenmenge auf einzelne Strukturen eines finalen Gesamtkonzepts reduziert (Breuer et al., 2019, S. 287). Somit stellt das Kodierprozedere ein schrittweises Reduzieren, Fokussieren und Herausarbeiten von Kernkategorien bzw. eines Gesamtkonzepts dar (vgl. Kap. 6.2), an dessen Ende die Entwicklung einer gegenstandsbegründeten Theorie steht. Modellbilder emergieren nicht (ausschließlich) aus dem Material, sondern werden aus anderen Theoriewelten importiert und hinsichtlich ihrer Passgenauigkeit für den beforschten Gegenstand überprüft (*Modellierung*). In der vorliegenden Arbeit sind die Kategorien und teilweise ihre Ausprägungen und Dimensionen in der Ergebnisdarstellung fettgedruckt. Dieser gesamte Prozess wird begleitet vom kreativen Schreiben von *Memos*, Gedanken und Ideen für mögliche Zusammenhänge oder interessante Deutungsaspekte. Ziel des hermeneutisch-kreativen Eintauchens und Distanzierens, Vertiefens und Abstrahierens des Materials ist die Modellbildung. Am Ende soll ein Gesamtkonzept zur Präsentation der Daten und ihrer Zusammenhänge entstehen, das die einzelnen Kategorien als Abstraktions-Begriffe für ein bestimmtes Phänomen unter sich vereint und sich auf eine zentrale Schlüsselkategorie zentriert. Auch hier kann das Entwerfen von Diagrammen eine hilfreiche Ergänzung darstellen. Ihren Abschluss findet die Grounded Theory dann in ihrer Präsentation, dem finalen Abfassen und Zusammenfassen der Ergebnisse.

Im nachfolgenden Kapitel soll nun die Methode zur Datengewinnung, die für die Fragestellungen dieser Arbeit als geeignetes Verfahren erscheint und Anwendung findet, vorgestellt werden.

4.3 Das narrative Interview als Erhebungsverfahren

Die Methode des narrativen Interviews, wie sie auf Fritz Schütze (1976) zurückgeht, zeichnet sich dadurch aus, dass die Gesprächsinhalte nach einer ausführlichen Einstiegsfrage durch den Erzählenden frei gewählt werden können (Glinka, 1998; Küsters, 2014; Lamnek, 2010). So können retrospektiv Handlungsprozesse und Bedeutungszuschreibungen aus der Subjektperspektive erhoben werden. Die Methode des narrativen Interviews findet insbesondere in der Biographieforschung Anwendung, um Lebensgeschichten und biographierelevante Ereignisse von Menschen qualitativ zu erforschen. »Das Erzählen eines Erlebnisses erscheint als ein geeignetes Mittel, eigene Erfahrungen als Ergebnis und Prozess anderen so mitzuteilen, dass sie und auch man selbst diese Erfahrungen nachvollziehen und so gemeinsam verstehen können« (Rosenthal & Fischer-Rosenthal, 2015, S. 456).

Für das Forschungsvorhaben erscheint diese Methode als geeignet, da die gewünschten Informationen nah am Erleben des Befragten und unter möglichst geringer Einflussnahme durch den Interviewer erhoben werden können. Die Informationen können durch den Befragten so gesetzt werden, wie sie in seiner Erinnerung als wesentlich eingeschätzt werden. In Abhängigkeit von der Einstiegsfrage werden der Verlauf sowie Höhepunkt und Endpunkt der Erzählung durch ihn bestimmt. »So wird eine große *Offenheit gegenüber den Relevanzen und Deutungen der Informanten* erreicht und entsprechend die Einflussnahme des Interviewers […] auf die Darstellung minimiert« (Küsters, 2014, S. 575; Hervorh. v. Verf.).

Die Methode des narrativen Interviews geht auf die von Schütze geprägte Erzähltheorie zurück, die sich auf »[…] die Reproduktion von eigenen Erlebnissen in Form von Erzählungen, genauer noch: Stehgreiferzählungen, also unvorbereiteten, ad-hoc formulierten Erzählungen für anwesende Zuhörer« bezieht (Küsters, 2014, S. 576). Nach Schütze (1976) entstehen im Rahmen der Erzählsituation Zugzwänge auf Seiten des Befragten, da seine Aussagen in einen Gesamtkontext eingebettet und für den Zuhörer plausibel sein müssen:

> Der Informant muß [sic!] deshalb (a) den Gesamtzusammenhang der erlebten Geschichte als Episode oder historische Ereigniskonstellation durch das Darstellen aller wichtigen Teilereigniszusammenhänge in der Erzählung repräsentieren, da letztere sonst nicht vollständig, verständlich und ausgewogen wäre (Gestaltschließungszwang). Weil für die Erzählung nur begrenzt Zeit zur Verfügung steht, kann (b) der Tendenz nach nur das Ereignisgerüst der erlebten Geschichte berichtet werden (Kondensierungszwang). Sofern der Informant nicht Vorbereitungszeit und gezielte Motivation für eine fiktionale Erzählung hatte […], muß [sic!] er sich (c) in der Erzeugung und Grundreihenfolge seiner narrativen Sätze an den tatsächlich im historischen Gesamtzusammenhang erfahrenen Ereignissen […] und ihrer Reihenfolge ausrichten; und wo für das vermeintliche

> oder faktische Verständnis des Zuhörers erforderlich, müssen kausale und motivationelle Übergänge zwischen den Ereignisknotenpunkten detailliert werden (Detaillierungszwang). (S. 224 f.)

Dieser Rahmen, wie Schütze ihn skizziert, soll auf den Mehrwert der Methode für den Forscher verweisen. Dieser kann, entsprechend der Ausführungen, demnach damit rechnen, ausreichend verständliche, wahrheitsgetreue und detaillierte Informationen über den Befragten zu generieren (vgl. Lamnek, 2010, S. 328 f.). Dabei kann, gemäß dem Wissenschaftsverständnis dieser Arbeit, aus tatsächlich im historischen Gesamtzusammenhang erfahrenen Ereignissen nur der subjektiv wahrgenommene und bereits durch den Interpreten konstruierte Gesamtkontext aus der Retrospektive erfahren werden.

Die Formulierung von *Zwang* mag in diesem Kontext befremdlich erscheinen, da die zu interviewenden Männer über eine hoch belastende und biographierelevante Situation möglichst frei erzählen sollen. Mit Bezugnahme auf den durch Garfinkel geprägten Begriff der Indexikalität, also der Abhängigkeit von Begriffen bzw. ihrer Bedeutung vom situativen Kontext, lässt sich jedoch verdeutlichen, dass sich die von Schütze zitierte Ausführung insbesondere vor dem Hintergrund des Potentials der Methode als zu einer Unterweisung zu Ungunsten der Befragten lesen lässt: »Dieser Zwang darf aber nicht missverstanden werden: Autoritäres Verhalten und vom Interviewer produzierte Erklärungszwänge haben im narrativen Interview keinen Platz. Der Interviewstil ist neutral bis weich, auf keinen Fall jedoch hart« (ebd., S. 329).[12]

Das narrative Interview lässt sich in Einleitung, Hauptteil und einen Abschlussteil gliedern. Nach der Klärung der Modalitäten wie Gesprächsaufzeichnung, Versicherung der Anonymität etc. wird mithilfe einer durch den Interviewer gestellten, *erzählgenerierenden Einstiegsfrage* das Gespräch begonnen. Dabei ist wesentlich, dass diese konkret genug gestellt wird, um die für die Beantwortung der Forschungsfrage nötigen Informationen durch den Befragten zu erhalten. Gleichzeitig soll die Frage möglichst offen gestellt werden, um dem Interviewten die Möglichkeit zu geben, selbst den Gesprächsverlauf und die Schwerpunkte zu setzen. Da die Forschungsfragen offen formuliert sind, wird eine freie Exploration und Erzählung durch den Interviewten möglich.

Im Hauptteil des Interviews, der Erzählphase, ist die Rolle des Interviewers auf das interessierte Zuhören beschränkt. Durch Gesten wie einem Kopfnicken oder bestätigende und zum weitererzählen auffordernde Geräusche oder Kommentare kann von der Forscherin Aufmerksamkeit signalisiert werden. Nachfragen sollten in dieser Phase möglichst vermieden werden, um den Erzählfluss des Befragten nicht zu unterbrechen oder zu lenken.

---

12 Vgl. hierzu auch Küsters (2014), S. 577.

Es schließt sich die Phase des Nachfragens an, in der unklare oder unschlüssige Aspekte in der Erzählung erfragt werden können. »Es ist wichtig, daß [sic!] diese Nachfragen wirklich narrativ sind. Für jede Stelle weiterer Erzählmöglichkeit, insbesondere an Stellen mangelnder Plausibilisierung, wird zunächst einmal der status quo ante im Erzählvorgang wiederhergestellt« (Schütze, 1983, S. 285). Außerdem ist es möglich, Themenkomplexe, die vom Interviewer für relevant gehalten werden, mit Hilfe von konkreten Nachfragen anzusprechen, sofern entsprechende Themen in der Erzählung bisher nicht angesprochen wurden.

Die Narration endet im Rahmen des natürlichen Erzählflusses. Teilweise werden im Anschluss an das Interview Nachfragen gestellt oder die Gesprächspartner gefragt, ob sie ihrer Erzählung noch etwas hinzufügen möchten. Die zur Narration auffordernde, erzählgenerierende Einstiegsfrage kann im Anhang unter Kapitel 9.3 nachvollzogen werden. Im Interviewsetting wurde diese frei formuliert.

4.3.1 Transkription der Interviews

Bei der Prozedur des Transkribierens geht es darum, die Tonaufzeichnung in Textsprache zu transformieren, die sich der weiteren Analyse und Auswertung unterziehen kann. Bei der Prozedur hängt der Grad der Komplexität des Transkriptionsregelwerks stark vom Forschungsinteresse ab. Für die vorliegende Forschungsarbeit sollte das Gesagte hauptsächlich auf inhaltlicher Ebene untersucht werden.

Als technisches Hilfsmittel zur Transkription der Audiodateien wurde die Software *F5* genutzt. Für die vorliegende Arbeit wurden zudem einfache Transkriptionsregeln genutzt, die sich weitestgehend an der durch Dresing & Pehl (2018) vorgeschlagenen Transkriptionssystematik orientieren. Eine Ausnahme, die sich von der durch Dresing & Pehl vorgeschlagenen Systematik abhebt, betrifft das genaue Verschriftlichen des Gesprochenen im Fall eines konkreten Interviews. Durch Einschränkungen in der Reproduktion der deutschen Sprache wurde in einem Fall von der wörtlichen Transkription teilweise abgesehen und der Satzbau zugunsten der Verständlichkeit, soweit möglich, in korrekte grammatikalische Form gebracht. Wenn sich der Inhalt nicht sicher erschließen ließ, wurde von dieser Handhabung abgesehen und wörtlich transkribiert, vermutete Inhalte in Klammern den Passagen beigefügt. Dem übersichtlichen und leicht anwendbaren Regelwerk von Dresing & Pehl (2018) ist ein Transkriptions-Katalog (S. 20 ff.) beigefügt, der in Ausschnitten zur besseren Verständlichkeit später angeführter Originalzitate kurz dargestellt werden soll.

In den Transkripten werden umgangssprachliche Verschleifungen dem Schriftdeutsch angenähert sowie ggf. Dialekte möglichst ins Hochdeutsch übersetzt. Wenn dies in einzelnen Fällen nicht möglich ist, wird die entsprechende Stelle im Text kenntlich gemacht. Umgangssprachliche Partikel werden weitestgehend mittranskribiert mit der Einschränkung, dass teilweise auf die Transkription von

Partikeln wie »ne« verzichtet wird (anders als durch Dresing & Pehl empfohlen), wenn sie keine Intention zur inhaltlichen Bestätigung durch die Interviewerin erahnen lassen und sich als umgangssprachliches Füllwort darstellen.[13]

Abbrüche von Sätzen werden durch «/« gekennzeichnet sowie Unterbrechungen der Sprecher durch «//«. Interpunktionen werden zugunsten der Lesbarkeit gesetzt. Pausen bis zu drei Sekunden werden durch folgende Zeichen kenntlich gemacht: (.), (.), (…) sowie längere Pausen durch die genaue Angabe der Sekundenzahl: (5). Von den Sprechern besonders betonte Wörter oder Wortteile werden durch GROßSCHREIBUNG markiert, einzelne Sprecherbeiträge durch Absätze getrennt. Zusätzlich werden im Transkript Absatz-Trennungen nach inhaltlichen Sinnabschnitten vorgenommen. Nonverbale Äußerungen werden in Klammern gesetzt »(fängt an zu weinen)«, sowie unverständliche Worte oder Satzteile durch »(unv.)« gekennzeichnet. Nach dem Partikel »mh« wird eine genauere Beschreibung in Klammern beigefügt, wie dies im jeweiligen Fall zu interpretieren ist, z.B. »(bejahend)«.

Zum besseren Leseverständnis und mit inhaltlichem Schwerpunkt auf das Gesagte werden einfache Transkriptionsregeln verwendet. Zwar lässt eine feinere Transkription auch weitere Interpretationsmöglichkeiten zu, gleichzeitig erhöht sie jedoch die Wahrscheinlichkeit für Verzerrungen durch die Forscherin, wie Breuer kritisch herausstellt. Bei der Transkription handele es sich um einen durch die Forscherin hinzugefügten neuen Blick auf das Material, eine »[…] selektive, perspektivische Konstruktion in einem neuen Darstellungs-Medium […]« (Breuer 1999 S. 252 ff., zit. n. Breuer et al., 2018, S. 245). Breuer schärft das Bewusstsein dafür, dass durch diese Prozedur die Perspektive der ursprünglichen Situation weiter vor-interpretiert wird, und stellt sie als *Expertinnenschöpfung unter einer Konsens-Maxime* heraus (vgl. ebd.). Zudem betont er, dass mit steigendem Detailliertheitsgrad die Reliabilität abnimmt, da detaillierte Transkripte stärker von der subjektiven Einschätzung der Transkribierenden abhängig sind.

Die Transkripte wurden zugunsten des Datenschutzes ausschließlich durch die Interviewerin selbst transkribiert. Bei insgesamt über 21 Stunden Audiomaterial stellte der Umfang des Materials ein weiteres Argument bei der Entscheidung für ein überschaubares und leicht handhabbares Transkriptionsregelwerk dar.

4.3.2 Auswertung der Interviews

Auf die Methoden der Datenanalyse wurde in Kapitel 4.2.3 bereits eingegangen. Als Grundlage dient hierzu die Methode der (selbst-)reflexiven Grounded Theory, wie sie von Breuer et al. (2019) vorgeschlagen wird. Dabei wurde, ausgehend vom ersten Interview, zunächst Zeile für Zeile, danach inhaltlich *Incident with Incident*, also

13 Entsprechend Punkt 8, Umgang mit Rezeptionssignalen.

nach einzelnen Sinn-Zusammenhängen und Abschnitten kodiert (vgl. Charmaz, 2014, S. 128). Dieser Vorgang wurde durch die Software MAXQDA unterstützt. Sie ermöglicht ein übersichtliches Kodieren von Transkripten sowie den Rückgriff auf die Audiodateien, die diesen mit Zeitmarken beigefügt sind.

Über dieses Verfahren hat sich aus dem ersten Interview ein Code-Baum entwickelt, der bereits erste Sortierungen und Subcodes zulassen konnte. Mit dem zweiten Interview wurde ähnlich verfahren, einerseits wurden bereits bestehende Codes auf das neue Transkript angewendet, andererseits neue Codes und neue Zusammenhänge entwickelt. Mit wachsender Zahl kodierter Transkripte wurde die Zahl der verschiedenen Codes unübersichtlicher und die Vergleichbarkeit eingeschränkter, sodass eine sinnvolle Systematik gesucht wurde, mit der die Daten strukturiert werden konnten. Dies erfolgte stets in Rückbezug auf das Forschungsanliegen und das Potential der Codes, für dieses hilfreiche Hinweise liefern zu können. Alte Codes wurden verworfen, neue entwickelt und mittels Diagramme in eine grafische Übersicht gebracht. Erst das Sortieren über unterschiedliche Diagramme ermöglichte schließlich den Zugang zu einer Systematik, mit deren Hilfe das Material sinnvoll auf Aspekte reduziert werden konnte, die der weiteren Analyse unterziehen werden sollten.

Die Software ermöglicht auch das Verfassen von Memos, was aber weitestgehend handschriftlich erfolgte. Das Besprechen der Diagramme sowie einzelner Codes und deren Subcodes erfolgte in Kolloquien und einer Auswertungsgruppe, mit Laien ebenso wie mit Mitstreiterinnen anderer wissenschaftlicher Projekte. Einzelne Interviews, die besonders emotional bewegend waren oder die Forscherin aus anderen Gründen intensiver beschäftigten, wurden in Gesprächen mit der Betreuerin erarbeitet. Das Zulassen eigener Emotionalität im Prozess war ebenso Bestandteil wie das Verstehen und Reflektieren der eigenen Reaktionen, um sich wieder mit einem offenen Blick dem Material zuzuwenden.

Eine nennenswerte Wendung in die Datenauswertung brachte die Erkenntnis, dass ein wesentlicher Bestandteil der Vorannahmen die Kontrastierung von ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften war. Dies erwies sich vor dem Hintergrund der Faktoren individueller Verarbeitung und Identifikation mit der Entscheidung als unpassend und den Erkenntnisgewinn verfälschend. Diese Erkenntnis ergab sich aus einem Diagramm, in dem exemplarisch versucht wurde, die verschiedenen Fälle in Bezug auf den Grad der Identifikation und Zufriedenheit mit der Entscheidung vom Zeitpunkt des Gesprächs aus zu beurteilen. Ohne dabei subjektive Beurteilungen quantitativ zu sortieren, konnte die Übersicht deutlich hervorbringen, dass diejenigen Faktoren, die zu einer gelungenen oder sich noch vollziehenden Erlebnisverarbeitung beitragen, wesentlich komplexer und vielschichtiger sind, als es eine schlichte Zweiteilung zulassen kann.

Weiterhin konnte die Idee, sich auf eine prozessuale Datenauswertung in Form eines Phasenmodells zu beschränken, als nicht hinreichend zur Beantwortung der

Fragestellungen herausstellt werden. Wie aus dem späteren Kapitel zur Datenauswertung hervorgehen wird, wurden zwei verschiedene Modelle gewählt, die jeweils eigene Schwerpunkte im Erkenntnisgewinn setzen. Neben einem Phasenmodell, das chronologisch angelegt ist und viel Raum zur Kontrastierung bietet, wurde ein weiteres Modell entworfen, eine Projektionsfläche für individuelle Deutungszusammenhänge und Auslegungen der Betroffenen und ihre persönlichen Schwerpunkte bieten soll.

4.4 Forschungsethische Aspekte

Für diese Forschungsarbeit wurden Menschen in sehr persönlichen und teilweise emotional belastenden Lebenssituationen befragt, was für die Rekrutierung sowie für den Umgang mit den Betroffenen in den konkreten Interviewsituationen ebenso Fragen nach einem angemessenen Umgang aufwarf wie ethische Aspekte im Umgang mit dem erhobenen Material. Dabei war eine dem Vorhaben vorgelagerte Frage, *ob* und *wie* eine zur Realisierung des Vorhabens nötige Anzahl von Männern, die sich zu einem Interview bereiterklären, überhaupt gefunden werden kann. Die verschiedenen Überlegungen und Aktionen zur Rekrutierung sollen nachfolgend dargestellt werden.

4.4.1 Rekrutierung und Sampling

Grundsätzlich stellte die Angewiesenheit auf die Mithilfe Dritter, die den Kontakt zu möglichen Interviewpartnern vermitteln, eine Herausforderung für das Vorhaben dar. Bei der Überlegung, Männer mit einem entsprechenden Lebensereignis in der Biographie zu finden, die sich zu einem Interview bereiterklären, wurde zunächst der Kontakt zu Beratungsstellen im näheren Umfeld gesucht. Über eine persönliche Vorstellung in der jeweiligen Beratungsstelle und Einblicke in das Forschungsvorhaben wurden Beraterinnen um die Mithilfe bei der Informationsweitergabe an potentielle Interviewpartner gebeten. Für die Bewerbung des Vorhabens wurden Handzettel[14] zur Weitergabe an Betroffene erstellt (siehe Anhang), die auch in Form von Aushängen in den Räumlichkeiten platziert wurden. Über den direkten Kontakt wurde auch der Kontakt zum Landesverband von Donum Vitae e.V. gesucht, durch den mir ermöglicht wurde, mein Vorhaben in einer Arbeitskreissitzung von Beraterinnen mit dem Schwerpunkt Beratung bei Pränataler

14 Der Handzettel, der zugleich auch als Aushang für Beratungsstellen und Kliniken genutzt wurde, wurde gemeinsam mit einem der Interviewpartner gestaltet und erarbeitet, da auch hier eine gewisse Unsicherheit in Bezug auf eine Angemessene Form und Ausschreibung bestand.

Diagnostik mein Vorhaben vorzustellen und um Mithilfe bei der Vermittlung zu bitten.

Ein weiterer, überregionaler Zugang konnte über eine Mailingliste vernetzter Beraterinnen im gesamten Bundesgebiet hergestellt werden. Darüber hinaus wurde die Ressource einer Maillingliste von aktiven und ehemaligen Stipendiaten für einen Aufruf genutzt, die mehrere tausend Mitglieder umfasst und für das Anliegen eine hilfreiche Kontaktquelle darstellte.

Es wurde aktiv nach möglichen Internetforen für betroffene Eltern recherchiert, jedoch ausschließlich für Eltern mit einer ausgetragenen Schwangerschaft entsprechende Foren gefunden. In einigen Fällen konnten Männer über das Selbsthilfe-Forum www.forum-krankes-baby-austragen.de erreicht werden. Häufig wurde über aktive betroffene Frauen der Kontakt zu ihren Partnern vermittelt.[15] In zwei Fällen konnte der Kontakt privat hergestellt werden sowie in einem einzelnen Fall über einen Aushang in einer Klinik. Insgesamt umfasst das Sample 19 Fälle.[16]

Einschränkungen, von denen von Beginn an ausgegangen wurde, betreffen einerseits das *Theoretical Sampling* sowie andererseits das Erreichen einer *theoretischen Sättigung*. Anders als klassisch von Glaser und Strauss und auch von der R/GTM vorgesehen, wurde aus vornehmlich ökonomischen und finanziellen Gründen in Kauf genommen, das eine absichtsvolle und bewusste Fallauswahl (vgl. Breuer et al., 2018, S. 156) nicht realisiert werden konnte. Stattdessen wurde mit allen Männern, die infolge des Aufrufs Kontakt zu mir aufnahmen und sich zu einem Interview bereiterklärten, dieses auch geführt. Somit wurde keine Einzelfallauswahl, sondern vielmehr ein Aufruf über diverse Kanäle genutzt, um an eine hinreichende Zahl an Interviewpartnern gelangen zu können.

Eine Ausnahme besteht in der fokussierten Auswahl, die infolge einer starken Ungleichverteilung zwischen den Fällen einer ausgetragenen und einer abgebrochenen Schwangerschaft getroffen wurde. Zunächst waren Fälle mit einem Schwangerschaftsabbruch nach einer nicht-infausten Prognose stark unterrepräsentiert. Es wurden nachträglich nochmals Beratungsstellen mit der Bitte kontaktiert, Paare mit einer entsprechenden Voraussetzung gezielt anzusprechen, sofern es der Rahmen ermöglichte.

Dem Kriterium der *theoretischen Sättigung* konnte aufgrund der begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit und wegen der bewusst breit angelegten Forschungsfrage, die alle Schwangerschaftsausgänge sowie jegliche Diagnosen umfasst, nur

15 Dies gilt auch für die hergestellten Kontakte über Beratungsstellen. Auch hier waren häufig die Frauen diejenigen, die in Begleitung der Partner Beratungsnagebote nutzten und über die Kontakt aufgebaut wurde.

16 Ein Fall wurde nicht mit ins Sample aufgenommen, da aufgrund eines Frühaborts kein Schwangerschaftskonflikt im Sinne des Forschungsanliegens vorlag.

bedingt genügt werden. An späterer Stelle soll im Zusammenhang mit den Einschränkungen der Studie (Kap. 6.1) auf diesen Aspekt näher eingegangen werden.

Am Ende ergab sich ein ungefähres Gleichgewicht zwischen den Gruppen der Männer mit einer ausgetragenen sowie einer abgebrochenen Schwangerschaft sowie zwischen Männern mit einer infausten und Männern mit dem Leben zu vereinbarenden Diagnosen bei ihrem ungeborenen Kind. Dabei war eine ungefähr gleiche Gruppengröße je nach Schwangerschaftsausgang von vornherein angestrebt, um die Gruppen kontrastieren zu können.[17] Die Unterscheidung nach der Art der Diagnose stellte sich bereits zu Anfang der Erhebung als zusätzlich sinnvoll heraus, da sich beispielsweise individuelle Fragen nach der persönlichen Verantwortung bei einem Abbruch und auch für dessen spätere Verarbeitung anders stellen können, wenn ein Kind (vermutlich)[18] längerfristig nicht lebensfähig gewesen wäre.

Ein weiteres Sampling-Kriterium, das nicht direkt über eine Auswahl verfolgt werden konnte, aber von vornherein stark fokussiert wurde, war die partnerschaftliche Entscheidungsfindung. Dabei waren jene Fälle von besonderem Interesse, in denen sich die Paare nicht oder nicht sofort über den Ausgang der Schwangerschaft einig waren. Solche Fälle oder Konstellationen wurden aus der Perspektive betroffener Frauen bereits betrachtet (z.B. bei Baldus, 2006). Wie sich die Situation für die Männer darstellt, die selbst nicht aktiv über den Ausgang der Schwangerschaft entscheiden können, sich aber zumeist zu diesem Zeitpunkt der fortgeschrittenen Schwangerschaft bereits mit der Schwangerschaft identifizieren, ist bisher nichts in den gesichteten Arbeiten beschrieben worden. Ohne einen vermittelten Zugang zum Feld, wie etwa über Beraterinnen oder Ärzte, ist es kaum möglich, nach diesen konkreten Fällen aktiv zu suchen. Dass entsprechende Problemstellungen bei einigen wenigen Interviewpartnern relevant waren, ist ein günstiger Zufall.

Für eine theoretische Sättigung wären weitere Fälle im Bereich der Schwangerschaftsabbrüche nach nicht-infauster Diagnose, also Abbrüche potentiell lebensfähiger Ungeborener, sowie Interviews mit Männern mit der Erfahrung einer ausgetragenen Schwangerschaft nach nicht-infauster Prognose erforderlich gewesen. Weiterhin hätte das Phänomen der ungleichen Präferenz in der Entscheidung besser anhand weiterer Fälle untersucht werden können. Männer, die sich gegen das Austragen der Schwangerschaft ausgesprochen haben, obwohl die Partnerin das

17 Auch, wenn diese Unterscheidung im Verlauf der Auswertung weniger zentral als zunächst angenommen bewertet wurde, macht eine Trennung unter bestimmten Gesichtspunkten Sinn, etwa wenn es um die Perspektive geht, mit einem behinderten Kind zu leben oder mit dessen Verlust.

18 Bei den Informationen zur Überlebensmöglichkeit des ungeborenen Kindes konnte sich ausschließlich auf die Aussagen der Betroffenen bezogen werden, die teilweise nicht ganz eindeutig waren. In einigen wenigen Fällen ist daher die Frage, inwieweit ein Überleben des Kindes bzw. Leben mit dem Kind doch möglich gewesen wäre, nicht ganz eindeutig zu klären.

Kind zur Welt bringen wollte, konnten beispielsweise mit dem Sampling nicht abgedeckt werden.

4.4.2 Setting der Interviewdurchführung

Für die Interviews war aufgrund der sensiblen Thematik von vornherein eine persönliche Atmosphäre angestrebt. Die Interviews fanden daher in den meisten Fällen in der privaten Wohnung der Männer statt. Ausnahmen davon bildeten zwei Telefoninterviews und ein Interview über Video-Chat.

Zunächst wurde versucht, in einem offenen Gespräch Fragen zum Vorhaben zu klären. Es wurde ausführlich erklärt, was genau Interesse des Forschungsvorhabens ist, über technische Aspekte wie die Aufnahme des Gesprächs mittels Tonband aufgeklärt und auf die Anonymität der Daten verwiesen. Bei diesen allgemeinen Hinweisen waren teilweise die Partnerinnen mit anwesend. Auch Fragen von ihrer Seite wurden geklärt. Je nach Situation wurde teilweise über ein zunächst neutrales Thema versucht, die Atmosphäre etwas zu lockern und eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen. Für ein möglichst offenes und ungestörtes Interview wurden andere Anwesende, also auch die Partnerinnen, von der Interviewsituation ausgeschlossen.

Am Anfang jedes Interviews stand die *erzählgenerierende Einstiegsfrage* (vgl. Kap. 9.3). Für diese wurde vorab genau überlegt, was sie konkret umfassen soll. Für die Vergleichbarkeit der Daten war einerseits wichtig, dass sich die Einstiegsfragen in wesentlichen Punkten nicht unterschieden. Auf der anderen Seite wurden sie je nach Setting und bereits bekannten Informationen individuell angepasst oder entsprechend umformuliert. In einem einzigen Fall konnte die Einstiegsfrage nicht gestellt werden, da der zu Interviewende ohne Erzählaufforderung seine Erzählung begann und eine Unterbrechung als unangemessen empfunden wurde.

Zu Beginn der Einstiegsfrage wurde kurz die Absicht des Vorhabens wiederholt. Daran anschließend wurden die Männer gebeten, von ihren eigenen Erfahrungen in diesem Zusammenhang zu berichten. Dabei sollte möglichst früh mit der Erzählung eingesetzt werden, ob die Schwangerschaft geplant war und wie sich das Paar noch vor einer ersten Auffälligkeit mit der Schwangerschaft auseinandergesetzt hatte. Auch wer für wie lange in Elternzeit gehen sollte, wurde dabei erfragt. Von dort beginnend sollte ein chronologischer Bogen über den weiteren Verlauf, eine mögliche erste Verdachtsdiagnose, Reaktionen, Gefühle und die Phase der Entscheidungsfindung und Entscheidung bis hin zu ihrem jetzigen Standpunkt geschlagen werden, von dem aus sie retrospektiv das Erlebte beurteilten.

Durch den weiten Bogen in der Erzählung sollte den Männern ein möglichst gutes Einfinden und Erinnern an die Zeit vor bzw. der Schwangerschaft und der Zeit danach ermöglicht werden, was die das Aufnehmen der Erzählung und das Nachempfinden der damaligen Gefühle und Gedanken erleichtert. Durch den frü-

hen Einstieg in die Erzählung wurde zudem erhofft, mögliche Veränderungen in der Wahrnehmung der Schwangerschaft durch die Diagnosemitteilung zu erkennen. Mit der Frage nach den Plänen zur Elternzeit sollte ein möglicher Anhaltspunkt für die Arbeitsteilung und Arrangements innerhalb der Paarbeziehung gegeben werden. Dabei war eine Hypothese, dass sich eher egalitäre Beziehungsmodelle auch in einem späteren Mitspracherecht[19] der Männer widerspiegeln könnten und umgekehrt. Es wurde eine möglichst große Fülle an Daten angestrebt, da diese im Nachhinein nicht mehr nacherhoben werden konnten.

Teilweise wurde die Situation für die Interviewten sehr emotional, so dass das Gespräch kurz unterbrochen wurde. In einigen Fällen wurden im Anschluss an das Interview noch Informationen gegeben, die als so relevant eingeschätzt wurden, dass darum gebeten wurde, das Tonband nochmals einschalten zu dürfen. Da eine starke emotionale Belastung oder Re-Traumatisierung durch das Interviewgespräch nicht ausgeschlossen werden konnte, wurden Überlegungen angestellt, an welche Fachpersonen Interviewte weiterverwiesen werden könnten, sollte sich im Rahmen des Gesprächs ein Bedarf abzeichnen. Dies traf jedoch für keines der geführten Gespräche zu. Aufgrund einer fehlenden eigenen Qualifikation im Bereich Beratung oder Krisenintervention wurde eine non-direktive Haltung im Gespräch eingenommen.

Weiterhin wurde versucht, den eigenen Redeanteil so gering wie möglich zu halten, um die freie Narration so wenig wie möglich zu lenken. In wenigen Fällen gelang dies nicht, sodass das Gespräch immer wieder neu aufgenommen werden musste. In der Regel wurde der Modus der freien Narration jedoch als angemessen und zielführend empfunden. Von den Interviewpartnern gab teilweise das Feedback, dass ihnen das Sprechen über das Geschehene selbst gut getan habe. Zwei Männer forderten im Nachhinein die Transkripte an. Insgesamt war das Interesse an der Arbeit und an der späteren Veröffentlichung rege.

Von kleinen Präsenten als Dankeschön wurde bewusst abgesehen, da dies in Anbetracht der Situation als unangemessen eingeschätzt wurde.

4.4.3 Anonymisierung und Datenschutz

Die Anonymität der Daten hat in dieser Arbeit eine hohe Priorität. Um diese zu gewährleisten, wurden die Audiodateien keinen dritten Personen zur Verfügung gestellt und die Transkripte mit Pseudonymen in Bezug auf Personennamen, Städtenamen, Daten und Berufsbezeichnungen unkenntlich gemacht. Da in den meisten

19 Ein juristisches Recht auf Mitentscheidung ist für die Partner der Frauen nicht gegeben. Die Annahme war jedoch, dass sich in Abhängigkeit der (geplanten) Beteiligung der Männer an der Pflege und Versorgung der Kinder auch deren Beteiligung an einer möglichen Entscheidung verändert.

Fällen auch die Partnerinnen über die Teilnahme ihrer Partner informiert waren, war es ein konkretes Anliegen, dass auch diese nach Möglichkeit nicht ihre Partner im späteren Text *wiedererkennen* sollten, so dass zitierte Passagen entsprechend vor diesem Hintergrund geprüft und sorgsam ausgewählt wurden.

Für die Arbeit dürfen ausschließlich Textpassagen zitiert werden. Die gesamten Transkripte unterliegen ebenfalls dem zugesicherten Datenschutz. Eine entsprechende Erklärung wurde von den Interviewpartnern nach den Interviews unterschrieben.

Von der detaillierten Erhebung *soziodemographischer Daten*, die ebenfalls Rückschlüsse auf die Identität hätten zulassen können, wurde zugunsten des Datenschutzes und des Wohlbefindens der Interviewpartner nach den ersten Gesprächen abgesehen. Dies insbesondere auch, weil entsprechende Daten nicht zur Interpretation und Auswertung der Daten hinzugezogen wurden und daher für das Forschungsinteresse als weitestgehend unerheblich eingeschätzt wurden. Ein vorgefertigter Bogen zur Erhebung persönlicher Angaben wurde nach den ersten Interviews aus genannten Gründen nicht mehr vorgelegt.

Neben den in diesem Kapitel thematisierten forschungsethischen Aspekten, die sich kritisch mit der eigenen Person und ihrer Verantwortung für die Forschungspartner befassen, soll nun im nachfolgenden Kapitel auf die Gütekriterien eingegangen werden, die für die Studie als Bewertungsmaßstab dienen sollen.

4.5 Gütekriterien der qualitativen Studie

Wesentlicher Bestandteil wissenschaftlicher Forschungsarbeiten ist das Einhalten von Standards, anhand derer eine Arbeit als wissenschaftlich ausgewiesen werden kann. Für die Beurteilung wissenschaftlicher Forschung schlagen Döring & Bortz (2016) *vier Standards von Wissenschaftlichkeit* vor (S. 85 f.), die kurz vorgestellt werden sollen.

Als erstes Kriterium nennen sie die *Formulierung eines wissenschaftlichen Forschungsproblems*, das »[…] in einen bestehenden wissenschaftlichen Forschungs- und Publikationskontext einzuordnen« sei (ebd., S. 85). Das zweite Kriterium stellt den anhand von etablierten Methoden und Paradigmen *realisierten wissenschaftlichen Forschungsprozess* heraus, der sich in der vorliegenden Arbeit auf die (reflexive) Grounded Theory bezieht und auf deren Gütekriterien im nächsten Abschnitt explizierter eingegangen wird. Das dritte Kriterium ist *Wissenschafts- und Forschungsethik*, etwa in Bezug auf Interessenskonflikte oder, was für diese Arbeit relevanter erscheint, forschungsethische Aspekte in Bezug auf die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer. Zuletzt stellen sie als viertes Kriterium die *Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses* für die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit heraus (ebd., S. 86).

Um die eigentliche *wissenschaftliche Qualität* einer Forschungsarbeit zu überprüfen, nennen Döring & Bortz (2016) anhand der formulierten Standards vier Qualitätsmerkmale, anhand derer die wissenschaftliche Qualität beurteilt werden kann (ebd., S. 89 ff.). Als erstes Qualitätsmerkmal wird die *inhaltliche Relevanz* genannt, die sich sowohl auf die Forschungsfrage als auch auf die gelieferten Ergebnisse bezieht. Als zweites Merkmal wird die *methodische Strenge* angeführt, die daran bewertet wird, wie Methodologien und Methoden ausgewählt wurden und in der Datenerhebung und deren Auswertung Anwendung finden, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen. Das dritte Merkmal betrifft die *ethische Strenge*, die sich auf wissenschafts- und forschungsethische Aspekte bezieht, und zuletzt gibt es als viertes Merkmal die *Präsentationsqualität*, die sich auf die strukturelle und inhaltliche Form der Datenpräsentation bezieht.

Angewendet auf die qualitative Sozialforschung schlägt Steinke (2015) Kernkriterien vor, die sich auf die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz, Relevanz und die reflektierte Subjektivität beziehen (S. 323 ff.). Zu den bereits genannten Kriterien kommen hier insbesondere die Aspekte der kritischen Auseinandersetzung mit der *Begrenztheit der Aussagekraft* der Studie, die Auseinandersetzung mit dem theoretischen und praktischen *Nutzen der Studie* und unter dem Aspekt der reflektierten Subjektivität die *kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Person* und Rolle im Forschungsprozess hinzu, wie sie für qualitative Forschungsarbeiten relevant werden.

Speziell für die Beurteilung einer (reflexiven) Grounded Theory Arbeit, wie der vorliegenden, schlagen Breuer et al. (2018, 2019) eigene Gütekriterien vor. Für die Beurteilung der Güte des R/GT-Projekts werden der Forschungsprozess und die Kontinuität der Methodenanwendung, die Forschungsergebnisse mit den entwickelten Kategorien und Modellierungen und die Forschungsperson kritisch betrachtet (2018, S. 359). Die Beurteilung, ob der *Forschungsprozess* im Sinne der Methodologie aufgebaut und durchgeführt wurde, orientiert sich an der korrekten Verwendung der einzelnen Arbeits- und Analyseschritte (vgl. Kapitel 4.3.3), die dann mit dem konkreten Vorgehen in der vorliegenden Arbeit abgeglichen werden.

Bei der Beurteilung des *Forschungsprodukts* werden »[…] Gesichtspunkte von *Präzision* und *logischer Konsistenz*, von *Prüfbarkeit* (im Sinne von Bestätigungs- und Widerlegungsmöglichkeiten), von *Erklärungs-* und *Prognose-Fähigkeit*, von Wahrheit sowie von praktischer *Anwendbarkeit* behandelt […]« (Breuer et al., 2018, S. 361 [Hervh. v. Verf.]). Darüber hinaus sind die ebenfalls bereits genannten und der GT immanenten Kriterien der *theoretischen Sättigung* und das damit in Beziehung stehende *theoretische Sampling* wichtige Beurteilungskriterien, wenn es um die Gültigkeit der Daten und Ergebnisse geht bzw. um die Reichweite der Aussagen und Interpretationen.

Die kontinuierliche Überprüfung des Forschungsprozesses und seinen Ergebnissen ist insbesondere Aufgabe der gewissenhaft arbeitenden Forscherin, deren Anspruch es ist, gute wissenschaftliche Arbeit zu liefern. Alle Kriterien dienen nicht lediglich der externen Überprüfung, sondern sollten ebenso Orientierung und Möglichkeit zur Selbstbeurteilung und -optimierung im (selbst-)reflexiven Forschungsprozess bieten.

Auch Charmaz (2014) formuliert vor dem Hintergrund der Selbst-Evaluation »Criteria for Grounded Theory Studies« in Form von Fragen an die Forschende, die sie den Kategorien der *Credibility*, *Originality*, *Resonance* und *Usefulness* zuordnet (S. 337 ff.). Ist die entwickelte Theorie plausibel und leistet das, was sie sich vorgenommen hat? Ist sie anschlussfähig an die Praxis und liefert hierfür relevante Informationen für die Leserin? Liefert sie neue Erkenntnisse für den Diskurs?

Zuletzt geht es bei der Beurteilung des Forschungsprozesses der R/GT zentral um die *Forschungsperson* (vgl. Breuer et al., 2018, S. 365 f.), ihren Umgang mit Vorannahmen, Transparenz bei der Erhebung, die Wahl von Auswertungsverfahren und die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Auswertungsschritte bis hin zur Ergebnisdarstellung. Da sie selbst das Instrument ist, durch die das Thema als interessant und unter einer bestimmten Fragestellung als relevant eingeschätzt wird und mithilfe einer selbstgewählten Methode Teil des zu untersuchenden Feldes wird, sie in Interaktion mit dem Feld Daten erhebt, ist der kreative Prozess der Theoriebildung maßgeblich durch sie bestimmt. »Hierbei geht es um fachliche, institutionelle und persönlich-individuelle Qualifikationen und Haltungen sowie deren Nutzung und Umsetzung« (ebd.), die Ausbildung einer theoretischen Sensibilität und eine fortwährende Bewegung des Sich-Einlassens und Distanzierens vom untersuchten Feld, um nicht nur gegenüber den Daten, sondern auch sich selbst gegenüber und im Verhältnis zum Forschungsgegenstand eine reflektierte Haltung einnehmen zu können. Im nachfolgenden Kapitel soll nun die Auswertung der Daten anhand der in den vorausgegangenen Kapiteln vorgestellten Methodik und den zuletzt genannten Gütekriterien erfolgen.

5. Ergebnisdarstellung

Bevor die Ergebnisse aus den geführten Interviews dargestellt werden, soll in Kap. 5.1 zunächst eine Übersicht über die Zusammensetzung des Samples gegeben werden, die bei der Einordnung der Zitate aus den Interviews hilfreich sein kann. Anschließend wird auf das methodisch geleitete Vorgehen bei der Fallauswahl und auf Einschränkungen bei der Repräsentativität der Daten eingegangen (Kap. 5.1.1) sowie die im Interview genannte Motivation der Gesprächspartner zur Teilnahme an der Studie dargestellt (Kap. 5.1.2).

Kapitel 5.2 stellt die Entscheidungswege der Gesprächspartner dar, wobei entlang der weitestgehend chronologischen Erzählungen der Interviewten ein Kategoriensystem in Form eines Prozessmodells entwickelt wird. Es wird die Zeit vor dem ersten Befund thematisiert, dann werden die Gedanken und Reaktionen auf den Befund und die Befundmitteilung dargestellt, einschließlich der Reaktionen auf ärztliche Hinweise zu einem möglichen Schwangerschaftsausgang. Ab Kapitel 5.2.4 werden die dem Befund folgenden partnerschaftlichen Aushandlungsprozesse zur Entscheidungsfindung bei gleicher oder (vorübergehend) ungleicher Präferenzbildung dargestellt. Kapitel 5.2.5 umfasst die Zeit nach der getroffenen Entscheidung aus der Perspektive der Gesprächspartner, wobei zwischen dem Austragen der Schwangerschaft nach infauster Prognose (Gruppe A) bzw. (potentieller) Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes (Gruppe B) und einem Abbruch (Gruppe C) unterschieden wird.

Kapitel 5.3 thematisiert Aspekte der beruflichen Situation, Verhältnisse zu Vorgesetzten und Kollegen sowie Belastungsaspekte im Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit, wie sie für die befragten Männer als relevant herausgestellt werden können. In Kapitel 5.4 wird zuletzt der retrospektive Blick auf das Erlebte anhand verschiedener Interaktionsebenen thematisiert. Thematisiert wird die partnerschaftliche Auseinandersetzung, danach das nähere private Umfeld wie Familie, Freunde und Bekannte, die Situation am Arbeitsplatz sowie Erfahrungen mit Beraterinnen und Seelsorgern, Selbsthilfegruppen und anderen Betroffenen. Anschließend wird thematisiert, wie die Bedingungen nach einem Befund sowohl für die Interviewten selbst, aber auch für das Leben mit einem behinderten Kind eingeschätzt werden. Abschließend geht es um Einstellungen, Potentiale und Be-

dingungen, die die Gesprächspartner in ihrer Bilanzierung als hilfreich oder hinderlich für die eigene Verarbeitung des Erlebten herausstellen.

5.1 Rekrutierung und Samplezusammensetzung

Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie muss in der Vergangenheit ein bereits pränatal bekannter Befund bei dem eigenen, ungeborenen Kind diagnostiziert worden sein, zu dem eine biologische Vaterschaft besteht. Da Erschwernisse bei der Rekrutierung der Interviewpartner erwartet wurden, ist bundesweit sowie in Österreich über verschiedene Zugänge nach potentiellen Teilnehmern gesucht worden. Die meisten Interviews wurden in West- und Süddeutschland geführt.

Die Kontaktaufnahme zu Gesprächspartnern mit einem entsprechenden Profil konnte über die Vermittlung von Beraterinnen, Ausschreibungen im Internet und in Kliniken, über einen privaten E-Mail-Verteiler sowie das private Umfeld ermöglicht werden. Die Gespräche wurden zumeist in den Räumlichkeiten der Interviewpartner geführt. Darüber hinaus wurde ein Interview über einen Videochat sowie zwei im Rahmen eines Telefonates geführt. Von den Teilnehmern befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews 13 in einem Angestelltenverhältnis, fünf waren freiberuflich tätig oder selbstständig und ein Teilnehmer arbeitssuchend. Einer der Teilnehmer hatte einen südamerikanischen Migrationshintergrund. Eine Häufung von Teilnehmern in sozialen, pädagogischen, psychologischen oder medizinischen Bereichen wie in vergleichbaren Studien mit interviewten Frauen (vgl. Rost, 2015), konnte nicht festgestellt werden. Der jüngste der Teilnehmer war zum Interviewzeitpunkt 28 Jahre alt, der älteste 52 Jahre alt. Die meisten der Teilnehmer waren zwischen 30 und 40 Jahre alt.

Neun der Befragten haben einen Schwangerschaftsabbruch infolge der Befundmitteilung miterlebt, bei zehn der Befragten entschied sich die Partnerin bzw. das Paar für das Austragen der Schwangerschaft. Von den abgebrochenen Schwangerschaften waren fünf mit infauster Prognose und vier mit einem vermutlich[1] postnatal lebensfähigen Ungeborenen. Bei den ausgetragenen Schwangerschaften waren wiederum fünf Schwangerschaften mit vermutlich infauster Prognose und weitere fünf lebensfähig.

Eine große Spannweite bestand zwischen der vergangenen Zeit seit der Diagnosemitteilung bzw. Entscheidung[2] und dem Zeitpunkt des Interviews. Der kür-

1 Die gestellten Diagnosen und die damit verbundene (Nicht-)Lebensfähigkeit des Kindes waren teilweise in den Beschreibungen nicht eindeutig.

2 Die Zeitpunkte der Befundmitteilung sowie die Woche des Abbruchs wurden von einigen Teilnehmern nicht mehr genau erinnert, weswegen die Angaben teilweise lückenhaft sind oder geschätzt wurden.

zeste Abstand zum Interview betrug in einem Fall zwei Wochen (nach einem Spätabbruch), in einem anderen Fall war die Partnerin zum Interviewzeitpunkt noch schwanger. Insgesamt wurden 13 Interviews innerhalb von 18 Monaten nach Diagnosestellung bzw. einem Abbruch geführt, bei vier Interviews waren 3-5 Jahre vergangen und in zwei Fällen lag die Schwangerschaft der Partnerin bereits 15 bzw. 19 Jahre zurück.

In etwa der Hälfte der Fälle lag eine längere Zeit des unerfüllten Kinderwunsches vor oder es wurde von medizinischen Behandlungen berichtet, die zum Erreichen der Schwangerschaft notwendig waren. Zwei Männer im Sample gaben an, dass die Schwangerschaft ungeplant eingetreten sei. Vereinzelt wurden vorausgegangene Fehlgeburten im Interview thematisiert, diese jedoch nicht systematisch mit erhoben oder erfragt.

Der ursprünglich geplante Elternzeitbezug nach der Geburt ist Bestandteil der erzählgenerierenden Einstiegsfrage (vgl. Kap. 9.3). Er soll als Kontextinformation dienen, um einen Überblick über die im Sample vertretenen Familienmodelle zu erlangen. Etwa die Hälfte der Interviewten äußert sich zu den dereinstigen Überlegungen zum Elternzeitbezug. Herr Althoff und Herr Neumann haben für die Zeit nach der Geburt keine Elternzeit geplant. Herr Ludwig, Herr Rupert und (zunächst) Herr Meier haben zwar eine Elternzeit geplant, wollen aber eine kürzere Zeit in Anspruch nehmen als ihre Partnerinnen. Zwei der Männer (Herr Florian und Herr Otte) haben eine geteilte Elternzeit mit der Partnerin geplant bzw. ausgehandelt.

Die Interviews unterscheiden sich in Form, Länge und gesetzten Schwerpunkten innerhalb der Erzählung stark voneinander. Während einige Gespräche eine Länge von ca. 20 Minuten umfassen, erstrecken sich andere über zwei Stunden. Dementsprechend variiert auch, wie oft einzelne Männer in der späteren Ergebnisdarstellung zitiert werden. Einige Männer polarisieren zudem innerhalb der Auswertung stärker als andere, etwa wenn sie in Bezug auf ihre Haltung, eine Problemstellung oder einzelne Aussagen ein besonderes Alleinstellungsmerkmal in Abgrenzung zu den übrigen Interviewten hervorhebt.

Zu einem besseren inhaltlichen Verständnis ist dem Anhang zudem eine tabellarische Übersicht über pränatal gestellten Diagnosen innerhalb des Samples beigefügt (vgl. Tabelle 7 Diagnosen und ihre Bedeutung). Da diese nicht systematisch mit erhoben wurden, ist davon auszugehen, dass die Auflistung nicht vollständig ist. Teilweise werden die Diagnosen nicht eindeutig genannt.[3]

3 Um die Anonymität der Interviewten zu wahren, wurde in der vorliegenden Publikation auf eine detaillierte Sampleübersicht in Form einer Tabelle verzichtet.

5.1.1 Theoretical Sampling und Repräsentativität

Die Methodologie der Grounded Theory sieht vor, eine sich vom Allgemeinen zum Speziellen hin entwickelnde Fallauswahl innerhalb der Datenerhebung vorzunehmen, welche das Bild des jeweils untersuchten Phänomens präzisiert und verdichtet (siehe Kap. 4.1.1). Den Forschungsprozess begleitend wird eine absichtsvolle und bewusste Fallauswahl angestrebt, um Merkmalsausprägungen und Kontraste abzubilden, welche auf die Variation in der Grundgesamtheit schließen lassen (ebd.).

Ein entsprechend idealtypisches Vorgehen, wie es für die bewusste Fallauswahl im Stil der GTM vorgesehen ist, konnte innerhalb der Arbeit nicht realisiert werden. Diese Einschränkung lässt sich mit ökonomischen Gesichtspunkten begründen. Bedingt durch Barrieren in der Erreichbarkeit der Interviewpartner und Einschränkungen in den zeitlichen und finanziellen Ressourcen wurde ein Abweichen vom idealtypischen Vorgehen, das ein weiteres Hinzuziehen neuer Fälle bis zum Erreichen einer theoretischen Sättigung vorsieht, hingenommen. Es wurden im Rahmen der Arbeit alle verfügbaren Fälle ausgewertet und in die Ergebnisdarstellung mit aufgenommen. Innerhalb der Fälle, die den vorab festgelegten Kriterien entsprachen, konnte lediglich zu einem Zeitpunkt während der Erhebungsphase eine bewusste Fallauswahl im Sinne eines Theoretical Samplings getroffen werden.[4]

Trotz dieser Einschränkung in der Fallauswahl konnte für einige Merkmalsausprägungen eine theoretische Sättigung erreicht werden. Mit Ertragslücken im Sample soll ein offensiver Umgang gepflegt werden. Insbesondere in der späteren Diskussion sollen diese thematisiert und als Anlass zur Entwicklung weiterführender Forschungsfragen herausgestellt werden.

Die Gruppe der interviewten Männer ist im statistisch-soziologischen Sinne nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung. In einem überdurchschnittlichen Maß nahmen Männer mit einem akademischen Abschluss oder einer höher qualifizierten Berufsausbildung (z.B. Kaufmann) an der Studie teil. Weiterhin gab lediglich einer der Interviewten einen Migrationshintergrund an. Zum Interviewzeitpunkt gaben alle Männer an, in Partnerschaft mit der vom Befund betroffenen Partnerin zu leben. Damit sind nur einige, aber wesentliche soziodemographische

4 Da sich frühzeitig die Kriterien »Diagnose« und »Schwangerschaftsausgang« als wesentlich für die Unterteilung in kontrastive Gruppen herausstellen ließen, wurde in der Erhebungsphase nach dieser »Gruppe« von Männern explizit gesucht, um ein ungefähres Gleichgewicht zwischen den Gruppen bzw. den Merkmalsausprägungen zu erreichen. Über die vorab festgelegten Kriterien hinaus wurden die Merkmale der nicht-infausten Prognose und die Entscheidung für einen Abbruch als wesentlich für eine weitere Fallauswahl hinzugezogen. Durch die Kontaktvermittlung über Beratungsstellen konnten für die als relevant erachteten Fälle Interviewpartner gefunden werden.

Merkmale benannt, die belegen, dass die dargestellten Ergebnisse nicht auf die Gesamtpopulation zu übertragen sind.

Die überdurchschnittlich hohe Zahl an bildungsnahen Interviewpartnern kann durch die Art der Rekrutierung und die Bereitschaft zum Austausch über das biographierelevante Lebensereignis und damit auch zur Teilnahme an der empirischen Studie erklärt werden. Da über Beratungsstellen, Selbsthilfe-Foren im Internet oder Flyer in Kliniken Teilnehmer rekrutiert wurden, ist anzunehmen, dass eine gewisse Grundbereitschaft zum Austausch über persönliche Erfahrungen bei den Interviewten verstärkt vorzufinden ist. Weiterhin können sprachliche Barrieren die Teilnahme verhindert haben. In einem Fall konnte das Interview nicht geführt werden, da dem Wunsch eines persönlichen Gesprächs außerhalb der privaten Räumlichkeiten des Interviewten nicht nachgekommen werden konnte.

Während das Anliegen der Forschungsarbeit definiert ist, wurden Motivationen zur Kontaktaufnahme der Interviewten nicht explizit erfragt. Teilweise werden jedoch Gründe im Rahmen des Interviews genannt, wie im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

5.1.2 Motivationen der Interviewten und eigene Rolle

Ebenso wie das eigene Forschungsvorhaben und die Motivation zur intensiven Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen dieser Arbeit expliziert werden, sollen auch die Motivationen der Interviewten zur Teilnahme an dieser Studie Berücksichtigung finden. Die Annahme ist, dass jeder der in dieser Arbeit zitierten Gesprächspartner auch eine eigene, wenn auch implizite Motivation verfolgt, sich in das Gespräch mit der Interviewerin zu begeben. Die R/GTM sieht dem entsprechend eine permanente Selbstreflexion in der Forschungsarbeit vor, die eine Dezentrierung der eigenen Perspektive auf das zu beforschende Feld impliziert. Gemäß dieser Annahme soll dieses Kapitel Gelegenheit bieten, Motivationen und Anliegen der Gesprächspartner zum Interview zu betrachten.

Mit der Erfahrung eines pränatalen Befundes und den darauffolgenden Entscheidungen, die von den Frauen bzw. Paaren zu treffen sind, stellen die Männer eine kleine, sich von der Gesamtheit der werdenden Väter abhebende Gruppe dar (»[…] Ich denke nicht, dass das jemand wirklich nachvollziehen kann. […] Also ich glaub (Lachen), der Normalsterbliche ist froh, möglichst nicht zu viele Details dann zu erfahren oder da nachzufragen«, Herr Jakobs, Pos. 53). Damit einher geht für viele Männer das Gefühl, **mit dieser Lebenserfahrung allein** dazustehen. Das insbesondere, wenn die durchlebten Konflikte und Emotionen für Außenstehende nicht oder nur bedingt nachvollziehbar sind (»[…] dass man ein bisschen schon gut vorbereitet sein sollte […], dass für viele Leute das, was wir erleben, nicht so nachvollziehbar [ist] und manche Leute würden das als nicht so schlimm (.) bezeichnen […]«, Herr Perez, Pos. 59). Zugleich wird das **Erlebte** oft als besonders

einschneidend und bedeutsam für die eigene Biographie bewertet (Herr Jakobs, Pos. 53).

Im Austausch mit Freunden oder Bekannten können Gefühle von Scham, Unsicherheit oder Angst vor Verurteilungen dazu führen, dass Männer **gehemmt** sind, **sich anzuvertrauen** (»[…] Das muss man nicht jedem erzählen. Da fragt aber auch komischerweise keiner nach […]«, Herr Becker, Pos. 27 f.). Was man Nahestehenden zumuten kann, wie auf moralisch umstrittene Entscheidungen (etwa einen Abbruch) oder eigene Emotionen reagiert wird oder wie stark man sich selbst durch ein Gespräch angreifbar macht, sind Unwägbarkeiten, die thematisiert werden.

> […] eine oder zwei wirklich gute Freunde wissen es, aber sonst weiß es wirklich keiner. Und, wie gesagt, um da jetzt irgendwelche doofen Kommentare oder irgendwas, da wollen wir jetzt keine Diskussionen drüber führen, warum, wieso, weshalb. Offiziell ist es dann halt, sie wurde dann halt still geboren. Punkt. Und der (.) Punkt wird halt übersprungen (…) […] klar, man geht damit nicht hausieren, aber es ist auch irgendwo nichts, was ich irgendwie jetzt unter den Teppich kehren möchte […]. (Herr Korte, T1, Pos. 46 f.)

Die Annahme ist, dass gerade aufgrund der Tragweite des Ereignisses für die eigene Biographie ein besonderer Wunsch nach Austausch oder Mitteilung für die Interviewten relevant sein kann, der **passende Ort für das Erlebte** jedoch **noch nicht gefunden** ist.

> Aber ich habe tatsächlich keinen so einen Ort, so wie meine Frau diese Gruppe hatte, wo ich einfach ganz speziell meine Trauer hintrage und meinen Prozess, mit dem ich da (.) zu tun habe. Und die Fragen, ich hab gar keine Fragen. Aber natürlich, wahrscheinlich würde mir das auch helfen, das Ihnen jetzt über eineinhalb Stunden zu erzählen. Natürlich, ist es gut, es zu erzählen. Also natürlich ist es gut, darüber zu reden. Und (.) das tu ich tatsächlich nirgends so**.** Es gibt keinen Ort noch, wo das hingehört. Und vielleicht finde ich den noch oder vielleicht kommen die noch die Orte oder so. (Herr Otte, T2, Pos. 28)

> […] Also keine Ahnung, mit Freunden drüber quasseln, klar, aber es sind auch nicht die Themen/jetzt ich will nicht sagen, die am Stammtisch oder so besprochen werden, aber auch unter vier Augen, klar, spricht man darüber aber es ist, glaube ich, etwas anderes, wenn ich das so mitkriege, wie das so bei meiner Frau und ihrer besten Freundin das so abläuft […]. (Herr Becker, Pos. 45)

Eine weitere Barriere auf der Suche nach passenden Orten zum Erfahrungsaustausch oder Trauern kann der **Mangel passender Angebote** darstellen. Herr Florian hat bereits in der Schwangerschaft seiner Partnerin den Wunsch nach Austausch mit anderen Vätern und ist verärgert, dass es nahezu keine Angebote gibt, die er wahrnehmen kann.

> […] ich muss auch ehrlich sagen, also ich mich schon in der Schwangerschaft ein bisschen geärgert [habe], wie wenig (.), wie wenig man auf die Väter ein/also da gibt es einfach nichts, auch nach der Geburt dann. Da kommt niemand und sagt, »du kannst das und das und das machen. Oder es gibt die und die und die Selbsthilfegruppe«. Da gibt es einfach nichts […]. (Herr Florian, T2, Pos. 21)

Das Setting des narrativen Interviews, wie es den Männern im Rahmen dieser Arbeit angeboten wurde, setzt die Bereitschaft voraus, sich gedanklich insbesondere in die Zeit der Schwangerschaft zurückzuversetzen. Ereignisse und Emotionen werden vertieft, noch einmal aus der Rückschau resümiert und bewertet. Von der Interviewerin werden die Männer auf ihrem Weg in die Erinnerung begleitet, der von Gefühlen der Hoffnung und Zuversicht ebenso wie von Trauer und Schmerz gezeichnet sein kann. Sich mit einer wertschätzenden und non-direktiven Haltung jedem Gesprächspartner zu widmen, ist sowohl Anliegen in der Gesprächssituation selbst, als auch in der späteren Darstellung der Ergebnisse.

Über die Vereinbarung eines Gesprächstermins hinaus gab es keinerlei Verpflichtungen für die Interviewten. Unter diesen Rahmenbedingungen haben einige Männer das **Interview als Gelegenheit zur bewussten Auseinandersetzung genutzt** (»Insofern ist das jetzt irgendwie eine Möglichkeit für mich, mal wieder reinzugehen (4 Sek.). Aber sehr selbstbestimmt […]«, Herr Florian, T2, Pos. 3; »[…] das einzige, das was bringt, ist, dass man das sagt und jemand hört [zu] […]«, Herr Perez, Pos. 63; »[…] genauso ist das eben auch beim Reden. Das Reden alleine hilft nicht, […] man muss mal wirklich eine Stunde lang spazieren gehen[5] und dann redet man, was einem wirklich am Herzen liegt […]«, Herr Meier, T1, Pos. 53.). Auch der **Wunsch**, sich mit der einschneidenden Erfahrung **nicht verstecken zu müssen**, sondern sich in der »Offensive« zu sehen, wird von zwei Männern genannt (»[…] der offensive Weg ist da der bessere. […]«, Herr Ludwig, Pos. 78; »Und (.) ich mag mich da nicht in der Defensive sehen. Vielleicht auch so gesagt. Und vielleicht kommt eines Tages der Punkt, wo wir beide das Gefühl haben, wenn wir das jetzt hier und auf eine bestimmte Weise öffentlich machen und darüber reden, dann sind wir in der Offensive […] «, Herr Otte, T3, Pos. 8).

Als weiterer Beweggrund, sich zu einem Gespräch zu treffen, kann der Wunsch nach **einer stärkeren Sensibilisierung für die Thematik** genannt werden. Mit der Erfahrung der eigenen, erlebten Belastung, dem Fehlen von Angeboten oder Literatur, aber ebenso auch mit positiven Erfahrungen und dem Wunsch, diese mit anderen Menschen zu teilen, erklärten sich einige Männer zu einem Gespräch breit.

> […] Man, die paar Sachen, die ich da gelesen hab, das war ganz viel auch so aus der anderen Perspektive. Also die Frau, die von ihrem Mann gedrängt wurde, abzutreiben, und das war bei uns ja eher umgekehrt. Also nein, meine Frau hat mich

5 Das Gespräch fand teilweise während einer Wanderung statt.

> nicht gedrängt (Lachen) aber, die, also das war also, das half mir dann auch wirklich überhaupt nicht, was, was man da so lesen konnte. Wo es dann mehr darum ging, ach/also das war Literatur für die Frau, setzt dich durch gegen deinen Ehemann und auch, wenn der dich überzeugt und ja. Das half wenig. (Herr Ludwig, Pos. 88)

Da einige der Interviewten zuletzt für sich einen Ort in der Selbsthilfe und der Begleitung anderer Eltern fanden, um die eigenen Erfahrungen zu teilen sowie dem wahrgenommenen Mangel an Angeboten etwas entgegenzusetzen, kann auch diese Motivation als wesentlich herausgestellt werden.

In einem Fall wurde der Termin für das Interview mit der Partnerin des Interviewten abgesprochen. Es fand zuvor kein persönlicher Kontakt zu dem Gesprächspartner selbst statt. In diesem einen Fall war es die **Motivation der Partnerin**, welche angab, dass es ihrem Partner vermutlich guttun würde, einmal über das Erlebte zu sprechen, die für das Zustandekommen des Interviews genannt werden kann. Darüber hinaus sei angemerkt, dass in einigen Fällen der Kontakt über Beratungsstellen sowie über Selbsthilfe-Plattformen im Internet auch über die Partnerinnen der späteren Interviewpartner vermittelt wurde. Auch dieser Umstand kann als Indiz für die schlechtere Erreichbarkeit betroffener Männer gedeutet werden. Allerdings dienten hier die Partnerinnen vorrangig als Vermittlerin der Information. Der Kontakt zur Interviewerin wurde eigenständig hergestellt.

Deutlich wird, dass die Motive der Interviewpartner dieser Arbeit in besonderer Weise aus einer eigenen Bedürftigkeit, Unzufriedenheit oder auch dem Interesse an einer stärkeren Auseinandersetzung und Sensibilisierung mit der Thematik resultieren. Mit den impliziten oder expliziten Motivationen gehen entsprechende **Erwartungen an die Interviewerin** einher. Neben dem vertrauensvollen und diskreten Umgang mit dem Gehörten wurde sie Bestandteil des zu untersuchenden Feldes und der dort vorgefundenen Herausforderungen.

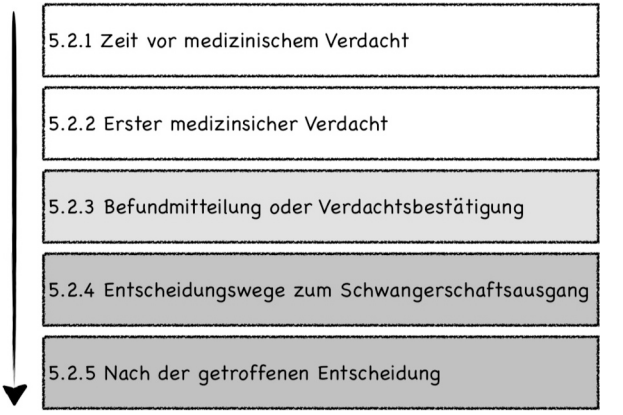
Mit dieser einführenden Übersicht zur Rekrutierung der Interviewpartner, Samplezusammensetzung und Teilnahmemotivationen an der Studie soll nun zu der eigentliche Darstellung der Ergebnisse übergeleitet werden. Im nachfolgenden Kapitel wird zunächst in den ersten Teil der Ergebnisdarstellung, dem an Ereignisphasen angelehnten Modell der Entscheidungswege, eingeführt.

5.2 Entscheidungswege vor und nach pränatalem Befund

Die in diesem Kapitel folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich einerseits an der Erzählchronologie der Gesprächspartner sowie andererseits an den thematischen Schwerpunkten, die mithilfe der erzählgenerierenden Einstiegsfrage (vgl. Kap. 9.3) gesetzt wurden. Beide ergänzen sich und greifen in den Narrationen in-

einander, sodass eine Darstellung in aufeinanderfolgenden Handlungskontexten weitestgehend der Erzählsystematik der Interviewpartner entspricht. Die gewählte Form der Darstellung soll zudem ein besseres Nachvollziehen und Einfühlen in die einzelnen Ereignisabschnitte und deren Herausforderungen ermöglichen.

Abbildung 1 Phasen vor und nach der Diagnose



Der Anfangspunkt der nachfolgenden Auswertung wird durch die erzählgenerierende Einstiegsfrage (siehe auch Kap. 9.3) gesetzt, mit welcher die Gesprächspartner aufgefordert wurden, mit der Erzählung bereits vor dem Eintritt der Schwangerschaft einzusetzen. Dabei wurde erfragt, ob die Schwangerschaft geplant war und wie auf die Nachricht der bestehenden Schwangerschaft reagiert wurde. Weiterhin wurde erfragt, wie die Zeit nach der Schwangerschaft voraussichtlich geplant wurde und wie sich das Paar die Elternzeit hätte aufteilen wollen. Mit dem frühen Einsetzen der Erzählung lässt sich die Darstellung der Ereignisse in zwei kontrastive Phasen unterteilen, die durch die Mitteilung des Befundes oder die Bestätigung eines anfänglichen Verdachts der Diagnose in eine »Zeit davor« und eine »Zeit danach« unterschieden werden können. Mit der Aufforderung, über den weiteren Verlauf der Ereignisse zu berichten, ergibt sich zunächst ein weitestgehend chronologischer Erzählstrang, der eine Unterteilung in einzelne Phasen im Erfahrungs- bzw. Verarbeitungsprozess ermöglicht.[6] Das chronologische Vorgehen in der Auswertung lässt insbesondere auch kontrastive

6 Eine ähnliche chronologische Unterteilung in einzelne Ereignisphasen lässt sich auch bei Autorinnen finden, die sich mit den Entscheidungswegen von Frauen oder Paaren nach einem pränatalen Befund befassen, z.B. bei Baldus, 2006; Friedrich et al., 1998; Gersthahn, 2013; Rost, 2015.

Vergleiche zwischen den Gruppen zu, da einzelne Ereignisphasen in der Regel von allen Männern er- bzw. durchlebt und beschrieben werden.

5.2.1 Zeit vor Inanspruchnahme pränataler Diagnostik

Die Zeit vor der ersten medizinischen Auffälligkeit steht für die Betroffenen im Kontrast zu der Zeit danach. Um von den Männern etwas über ihre ersten Gedanken und Wünsche in Bezug auf die Schwangerschaft erfahren zu können, wurden sie gebeten, in ihrer Erzählung zu berücksichtigen, wie es zu der Schwangerschaft kam. Ob der Schwangerschaft bis dahin mit freudiger Erwartung oder eher sorgenvoll entgegengeblickt wird, hängt neben dem eigenen Kinderwunsch auch wesentlich von dem *Weg zur Schwangerschaft* ab, auf den im nachfolgenden Kapitel 5.2.1.1 zunächst eingegangen werden soll. Dieser kann durch Ereignisse wie vorausgegangene Fehlgeburten oder eine längere Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit bereits vorbelastet sein. Auch Haltungen und Einstellungen zu der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik sowie zu einem potentiellen Befund werden teilweise geäußert und in Kapitel 5.2.1.2 dargestellt. Im letzten Unterkapitel 5.2.1.3 wird auf erste Anzeichen, Vorahnungen oder Befürchtungen der Partnerinnen eingegangen, von denen Männer im Zusammenhang mit der später diagnostizierten Behinderung des Kindes berichten.

5.2.1.1 Kinderwunsch und Weg zur Schwangerschaft

Mit der Beschreibung des Weges zur Schwangerschaft und den ersten Reaktionen auf die Schwangerschaft wurden die Männer aufgefordert, mit ihrer Erzählung an einem frühen Zeitpunkt in der Chronologie zu beginnen. Hier zeichnet sich ab, ob die Schwangerschaft auf natürlichem Weg entstand, es eine längere Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit gab oder die Schwangerschaft ungeplant war. Die überwiegende Zahl der Männer gibt an, dass die Schwangerschaft geplant gewesen sei und sie sich dementsprechend über die eingetretene Schwangerschaft von vornherein gefreut haben. Lediglich bei drei Männern ist die Schwangerschaft der Partnerin ungeplant oder tritt eher überraschend ein.

Für Herrn Döbel und seine Partnerin gibt es, obwohl die **Schwangerschaft ungeplant** ist und sie beide bereits mit der Kinderplanung abgeschlossen hatten, zunächst keine Zweifel in Bezug auf das Austragen der Schwangerschaft (»[…] Aber es ist halt passiert und wir haben uns natürlich trotzdem gefreut. Wir haben uns sehr gefreut, dass es halt denn noch einmal so sein sollte […]«, Pos. 2). Bei Herrn Imholz und seiner Partnerin tritt die Schwangerschaft ebenfalls ungeplant ein. Das Paar bewertete die Schwangerschaft jedoch ebenso positiv (»Geplant war es nicht […] (Lachen) und eigentlich hatten wir das jetzt nicht vor, aber danach war es halt so. […] Und dann haben wir uns eigentlich, ja, haben das auf jeden Fall positiv bewertet, haben uns gefreut«, Pos. 2). Anders reagiert zunächst Herrn Jakobs auf die

Schwangerschaft seiner Partnerin, die zwar ursprünglich geplant war, ihn jedoch, nachdem zwei Jahre ohne Schwangerschaft vergangen waren, etwas überrumpelt (»Ich hab mich sehr über die Schwangerschaft gefreut, auch wenn das sehr unerwartet kam […]«, Pos. 3). Gemeinsam ist allen drei Männern, die angeben, dass die **Schwangerschaft** zu diesem Zeitpunkt nicht von ihnen forciert wurde, dass sie diese dennoch **positiv bewerten** und sich mit ihrer Partnerin gemeinsam für das Austragen der Schwangerschaft aussprechen.

Einzelne Männer berichten von einer oder mehreren **Fehlgeburten** im Vorfeld der Schwangerschaft. Sie blicken der erneuten Schwangerschaft aufgrund dieser Negativerfahrungen tendenziell kritisch oder auch sorgenvoll entgegen (»[…] Also (…) quasi (.) schon ein bisschen vorbelastet in der Hinsicht, […] dass wenn man schon zwei so Fehlgeburten mal hatte, dann ist so die Leichtigkeit bei allen Beteiligten natürlich nicht mehr so vorhanden wie beim ersten Mal Schwangerschaft […]«, Herr Quest, T1, Pos. 4; »[…] Schwangerwerden war daher für uns schon nichts Unkompliziertes mehr zu dem Zeitpunkt. Und war auch mit viel Angst halt verbunden«, Herr Töpper, Pos. 8).

Einige Männer berichten von einer längeren **Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit**. Es fällt auf, dass innerhalb des Samples fast die Hälfte der Männer angeben, dass die Schwangerschaft erst nach längerer Zeit eintrat (»[…] Beim zweiten jetzt haben wir schon ein knappes Jahr dann kämpfen müssen, bis es funktioniert hat. Man wird halt auch nicht jünger […]«, Herr Althoff, Pos. 5; »[…] waren wir ein bisschen angestrengt davon, dass wir so probiert haben und probiert haben und da haben wir uns in dieser komischen Situation wiedergefunden […]«, Herr Florian, Pos. 5). Während es bei einigen Paaren mit der Zeit doch noch auf »natürlichem Weg« mit der Schwangerschaft klappt, berichten andere, dass infolge der ausbleibenden Schwangerschaft aufgrund einer Fertilitätsproblematik bei einem der Partner mit **medizinischen Behandlungen** nachgeholfen werden musste, um zur gewünschten Schwangerschaft zu gelangen (»[…] Dann saßen meine Freundin und ich irgendwann in der Uniklinik beim Arzt und der Arzt gegenüber hat zu mir gesagt: »Herr Ebert, Sie können keine Kinder kriegen, sie sind unfruchtbar.« Das (.) war ein ziemlicher Schock […]«, Herr Ebert, Pos. 6).

Fünf der interviewten Männer berichten, dass entweder sie oder ihre Partnerin zur Realisierung ihres Kinderwunsches reproduktionsmedizinisch behandelt wurden. Weitere **Optionen** zur Realisierung des Kinderwunsches, wie etwa **Adoption** oder die Aufnahme eines **Pflegekindes**, werden von den Männern auch vereinzelt genannt, werden jedoch gegenüber möglichen eigenen Kindern eher als nachrangige Optionen gesehen (»Ja, Adoption wäre eine gewesen, Pflegekind wäre eine gewesen, aber [wir] haben uns dann dazu entschieden, mal alles RAUSZUHOLEN, was noch geht in Richtung eigene Kinder […]«, Herr Ebert, Pos. 10; »[…] schon viel zu kämpfen und auch mit der Angst, dass wir vielleicht doch nicht Eltern werden würden. Jedenfalls nicht auf diesem Wege, sondern vielleicht über eine Adopti-

on oder Ähnliches […]«, Herr Töpper, Pos. 10). Lediglich das Paar Meier entscheidet sich, nachdem sich über längere Zeit trotz verschiedener Behandlungen keine Schwangerschaft einstellt, für die **Aufnahme von Pflegekindern**, da nicht absehbar ist, dass sie doch noch ein biologisch eigenes Kind bekommen können.

> […] [haben] uns damit abgefunden, dass wir möglicherweise nie eigene Kinder haben werden können, weil diese Hormontherapie also durchaus sehr belastend war für meine Frau. Nicht nur für uns finanziell, sondern einfach auch so, immer drauf hoffen, geht das oder geht es nicht? Und (.) was steht dafür, was steht dagegen? Und wir haben dann uns entschlossen, dass wir ein Pflegekind nehmen […]. (Herr Meier, T1, Pos. 4)

Mit der Entscheidung für die Aufnahme von Pflegekindern (insgesamt zwei) ist der Wunsch nach einem eigenen Kind bei dem Paar jedoch nicht hinfällig. Herr Meier beschreibt, wie **belastend** insbesondere für seine Partnerin die Situation war, **auf leibliche Kinder verzichten** zu müssen. Obwohl das Paar nach vielen Jahren doch noch ein eigenes Kind bekommt[7], würde es in seiner Frau bis heute »kochen« (T1, Pos. 6), wenn im Freundeskreis Paare Nachwuchs bekämen. Er selbst sagt hingegen über sich, dass er eher damit abgeschlossen habe als seine Partnerin. Dass das so sei, begründet er mit biologischen Unterschieden (»[…] Weil halt eine Frau die Möglichkeit hätte grundsätzlich, wir Männer haben das ja nicht, ein Kind zu gebären […]«, T1, Pos. 5).

Auch für das Paar Töpper ist der Weg zum eigenen Kind durch vielzählige Schwangerschaftsabgänge bei der Partnerin aufgrund einer Erkrankung erschwert. Durch den **vorbelasteten Weg** ist mit dem Eintritt der Schwangerschaft jedoch die **Hoffnung verbunden**, dass nun alles gut ausgehen werde. Auch von den Ärzten wird die **Sicherheit suggeriert**, dass mit dem Fortbestehen der Schwangerschaft nun eigentlich »nichts mehr passieren« dürfe (Pos. 9). Herr Heinrich gibt an, nachdem sich die künstlich befruchtete Eizelle bei seiner Partnerin eingenistet hat, ebenfalls optimistisch gewesen zu sein. Da das Paar bereits ein Kind über diesen Weg bekommen konnte, habe er sich »überhaupt keine Gedanken drüber gemacht«, dass nun noch etwas »nicht funktionieren könnte« (Pos. 6). Auch bei ihm bezogen sich mögliche Sorgen stärker auf den Prozess des Schwanger-Werdens denn auf die Schwangerschaft selbst.

Herr Meier nennt zusätzlich zur Fertilitätsproblematik der Partnerin seine **berufliche Situation als Barriere** auf dem Weg zur Schwangerschaft. Nachdem sich die Familienplanung komplizierter gestaltet als erhofft, werden die vermeintlich

7 Insgesamt bringt Frau Meier zwei Kinder zur Welt. Das erste Kind, eine Tochter, ist aufgrund ihrer Behinderung nicht lebensfähig, während das zweite Kind später gesund zur Welt kommt.

fruchtbaren Tage vom Paar abgepasst. Herr Meier, der unter der Woche aus beruflichen Gründen nicht zu Hause ist, lässt sich dafür vereinzelt beurlauben, um an den entsprechenden Tagen nach Hause zu kommen (»[…] Und das ist natürlich komisch, wenn dem Chef das so unklar artikuliert wird […] Und (unv.) das dann offengelegt (.). Aber geplanter Geschlechtsverkehr, um ein Kind zu zeugen, ist auch irgendwie etwas, ja, komisch. Um es mal nur so auszudrücken«, Herr Meier, Pos. 3).

Die Ausführungen zeigen, dass bereits der Weg *zur* Schwangerschaft oft mit Hürden und Komplikationen verbunden ist. Dies trifft neben denjenigen Paaren, bei denen sich nach einiger Zeit doch noch auf natürlichem Wege eine Schwangerschaft einstellt, insbesondere für diejenigen zu, die auf medizinische Unterstützung bei der Realisierung des Kinderwunsches angewiesen sind. Durch negative Vorerfahrungen stehen einige Männer der Schwangerschaft bereits sorgenvoller gegenüber als diejenigen, bei denen die Schwangerschaft spontan und ohne Komplikationen eintritt. Gemeinsam ist jedoch allen Männern im Sample, dass sie angeben, sich über den Eintritt der Schwangerschaft gefreut zu haben, unabhängig davon, ob diese geplant war oder nicht.

Mit der Schwangerschaft geht auch die Frage nach Art und Umfang der medizinischen Betreuung während derselben einher. Dabei variiert der Wunsch nach Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Methoden zur frühen Erkennung möglicher Behinderungen oder Fehlbildungen. Im nachfolgenden Kapitel werden Haltungen, Gedanken und Einstellungen der Männer zu pränataler Diagnostik sowie die Bereitschaft zur Inanspruchnahme oder ihrer Ablehnung thematisiert.

5.2.1.2 Haltung zu pränataler Diagnostik und einem unerwünschten Befund

Es werden verschiedene Gründe für oder gegen die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik von den Männern im Sample genannt. Neben konkreten Fragestellungen, die mithilfe der Diagnostik abgeklärt werden sollen, werden auch persönliche Haltungen in Bezug auf einen Befund bei der Frage nach der Inanspruchnahme relevant. Auch werden von Männern des Samples Wege in die Diagnostik geschildert, die weniger Ergebnis eines expliziten Interesses darstellen, sondern sich aus ersten Vermutungen heraus ergeben und einem gewissen Automatismus infolge eines auffälligen Befundes folgen.

Zu einem **möglichst frühen Zeitpunkt** nimmt das Paar Althoff die noch recht neu auf dem Markt angebotene **nicht-invasive pränatale Diagnostik** (NIPD) in Form eines Bluttests in Anspruch. Herr Althoff gibt an, von den diagnostischen Möglichkeiten dieses für die Schwangere und das Ungeborene risikoarmen Tests »sehr angetan« gewesen zu sein (»[…] ich von den Diagnostikchancen und der Genauigkeit da doch schon sehr angetan war. Und wir haben den auch zum frühestmöglichen Zeitpunkt machen lassen, um eben dann auch, wenn irgendetwas nicht

stimmt, es so früh wie möglich zu wissen.«, Pos. 6). Da das Paar für sich **ausschließt**, ein **behindertes Kind** bekommen zu wollen, und sie sich im Fall eines entsprechenden Befundes für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, entspricht diese frühe und risikoarme Form der Diagnostik ihren Bedürfnissen (»[…] so dass der Ausgangspunkt, dass ein behindertes Kind für uns pauschal NICHT in Frage kommt, eher von meiner Frau denn von mir ausgeht, ich diese Entscheidung aber auch komplett mittrage«, Pos. 7).

Auch Herr Perez und seine Partnerin entscheiden sich, wie schon in der ersten Schwangerschaft, erneut für NIPD. Er gibt an, dass sie sich zuvor mit möglichen Folgen der Diagnostik auseinandergesetzt hätten. Da das Paar während der Frühschwangerschaft auf einer Reise in Südamerika ist, entscheiden sie sich zudem auch für den Ausschluss einer möglichen Zika-Infektion.[8] Die Ergebnisse der Tests fallen zu ihrer **Erleichterung** zunächst negativ aus.

> Wir haben alle möglichen Pränatal-Untersuchungen gemacht. Das haben wir auch von Anfang bei (dem ersten Kind) auch gemacht. Das ist diese Trisomie, pränatal/diese genetische Untersuchung, die nicht-invasive genetische Untersuchung. […] Ohne Befund, es war alles super. Das ist relevant, weil natürlich, wenn man bereit ist, diese Untersuchung zu machen, muss ich [mich] mindestens mit dem Thema, »was passiert, wenn das Ergebnis nicht gut ist«, auseinandersetzen. (Herr Perez, Pos. 5)

Im Gegensatz zum Paar Althoff schließt das Paar Perez für sich nicht grundsätzlich das Austragen eines behinderten Kindes aus. **Frühzeitig** über eine mögliche Behinderung **informiert** zu sein, wünschen sie sich jedoch. Die erst später beim Kind entdeckten Auffälligkeiten konnten mithilfe der bis dahin angewandten Diagnostik nicht erkannt werden.

Auch für die Partnerin von Herrn Gerdts steht der **Wunsch nach einer gezielten Diagnostik** nicht in Zusammenhang mit einer möglichen Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch. Bei Frau Gerdts gibt die familiäre Disposition den Ausschlag dafür, dass sie gezielt auf ein bestimmtes Merkmal testen möchte. Abgesehen von der nicht-invasiven Diagnostik wäre für das Paar jedoch keine weitere Untersuchung infrage gekommen (»[…] Es war aber für uns nie/wäre nie eine

8 Im Jahr 2016 wurde infolge einer Zika-Epidemie in Lateinamerika und gehäuften Fällen von Mikrozephalie von Föten bzw. Säuglingen ein erhöhtes Risiko der fetalen Schädigung durch eine Infektion der Mutter in der Schwangerschaft nachgewiesen (Bolz & Schaefer, 2017; Mylonas et al., 2016). Dass letztendlich eine Zytomegalieinfektion (HCMV) der Partnerin Ursache für die später festgestellten Auffälligkeiten beim Ungeborenen ist, macht deutlich, wie begrenzt die Aussagekraft einzelner Testverfahren für die Bestätigung der Gesundheit des Kindes tatsächlich ist.

Fruchtwasseruntersuchung infrage gekommen oder sowas. Das hätten wir/wollten wir eigentlich gar nicht«, T 1, Pos. 6). Herr Gerdts gibt zudem an, sich während der Schwangerschaft weniger gesorgt zu haben, dass etwas nicht in Ordnung sein könne. Auch über mögliche Behinderungen und die Möglichkeit der Frühdiagnostik sei er wenig informiert.

Während sich die bisher angeführten Paare mit dem Wunsch nach und dem Umfang von möglicher Diagnostik einig sind, besteht bei Herrn Imholz und seiner Partnerin eine **Uneinigkeit** darüber, in welcher Form die Schwangerschaft medizinisch begleitet werden soll. Er selbst lehnt die Inanspruchnahme grundsätzlich ab, unter anderem aufgrund seiner Erfahrungen aus der ersten Schwangerschaft und seiner klaren Haltung gegenüber einem möglichen Befund. Auch gegenüber Ultraschalluntersuchungen hat er eine **kritische Haltung** (»[…] Ich hatte halt noch so im Kopf von der ersten Schwangerschaft, dass die Bilder immer so aussahen, dass das Kind Abwehrbewegungen gemacht hatte […] Und da war mir eigentlich klar, für die Kinder ist das einfach nur Stress, die wollen das nicht […]«, Pos. 4). Für ihn haben die Untersuchungen keinen Mehrwert, da er sich immer gegen einen Abbruch der Schwangerschaft aussprechen würde. Er befürchtet durch Untersuchungen lediglich eine negative Auswirkung und Beeinflussung für Kind und Frau. Seine Partnerin hingegen habe, auch aufgrund einer früheren Fehlgeburt, ein starkes Bedürfnis, sich auch medizinisch abzusichern, und nimmt daher trotz der Gegenreden ihres Partners Termine zum Ultraschall wahr.

Herr Samuel positioniert sich, ähnlich wie Herr Imholz, kritisch zu möglichen Schwangerschaftsabbrüchen infolge eines pränatalen Befundes, da er grundsätzlich eine **christlich-konservative Weltanschauung** vertrete (»[…] wir sind also christlich (.) sozialisiert, sowohl was die Herkunftsfamilie meiner Frau angeht als auch meine eigene. Tendenziell deswegen immer ein bisschen eher auf der konservativen Schiene […]«, Pos. 8). Deutlich werden jedoch auch **Ambivalenzen**, da er ebenso angibt, auf Diagnostik verzichtet zu haben, um sich davor zu schützen, in der Folge mit der Partnerin eine Entscheidung treffen zu müssen, die er nicht hätte treffen können.

> Die Frage Lebensschutz, die betrifft uns schon relativ lange, weil wir als zweites Kind ein Kind mit Down-Syndrom bekommen haben […] Wir haben ganz bewusst auch auf weitergehende Untersuchungen während der Schwangerschaft verzichtet, weil wir uns nicht in die Situation bringen wollten, eine Entscheidung treffen zu müssen, für oder gegen diesen Menschen, die wir nicht hätten (.) treffen können in der Situation […]. (Herr Samuel, Pos. 9)

Herr Samuel assoziiert, ähnlich wie Herr Imholz, allein mit der Möglichkeit der Diagnostik eine **Beeinflussung** für eine Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Bei Herrn Imholz betrifft diese die schwangere **Partnerin** (»Das war dann eine ganz seltsame Mischung aus Wut und Trauer in mir drin, weil ich dachte,

das ist so eine (.) Beeinflussung, die man da versucht, vorzunehmen […] drängt sie gewissermaßen unterbewusst zu einer Entscheidung […]«, Pos. 8). Herr Samuel scheint hingegen auch über seine **eigene**, **mögliche Beeinflussung** besorgt zu sein (»[…] und aus heutiger Sicht würden wir sagen, ein GLÜCK, ein GLÜCK, sind wir damals nicht in Versuchung geführt worden, von irgendwelchen Beratungsstellen oder von Internet oder Familien oder so, dieses Kind nicht zu kriegen«, Pos. 9).

Ganz im Gegenteil dazu beschreibt Herr Quest, wie er zu Anfang der Schwangerschaft in Bezug auf mögliche Diagnostik weitestgehend **sorglos** und uninformiert war. Seine Partnerin und er haben sich im Vorfeld über mögliche Befunde keine Gedanken gemacht. Die Diagnostik war für sie **Mittel zur Bestätigung der Gesundheit** des Kindes.

> Also was ich noch sagen wollte, also wir haben uns dadurch, dass es quasi nur als Bestätigung, haben wir uns NIE Gedanken gemacht, was wir machen, wenn der nicht positiv ist. Also haben wir quasi, das haben wir auch nie besprochen (.). Also wir wussten auch gar nicht genau, was das bedeutet das. Also ich wusste gar nicht, was da so rauskommen kann, außer halt gesund oder nicht gesund (…). (Herr Quest, T1, Pos. 9)

Auch Herr Töpper assoziiert mit pränataler Diagnostik, zu der dem Paar von den Ärzten geraten wird, zunächst nicht ihren eigentlichen Zweck (»[…] ich zumindestens war bis kurz vorher da relativ arglos und dachte, naja, das, da geht man halt hin und kriegt nochmal ein schönes Foto […]«, Pos. 16). Dass sich das Paar vor dem Termin zur Diagnostik noch damit auseinandersetzt, was sie **im Fall eines Befundes** wohl würden tun wollen, ist durch die Partnerin initiiert. Allerdings reagiert Herr Töpper auch auf ihre Initiative zum Gespräch eher distanziert und geht davon aus, dass schon alles gut gehen werde (»[…] hab gesagt, ›was soll denn da sein? Wir haben jetzt so eine Geschichte hinter uns, das muss doch jetzt, also wenn wir es bis JETZT geschafft haben, dann muss es doch klappen […] so viel Pech können wir ja gar nicht haben, ja?‹, so nach dem Motto«, Pos. 17). Seine Partnerin hingegen hat ernsthafte Befürchtungen, dass es einen Befund geben könnte, weswegen er auch versucht, ihr die Sorge zu nehmen. Sie sind sich jedoch einig, dass sie für den Fall eines vorliegenden Down-Syndroms das **Kind** würden **bekommen wollen** (Pos. 19). Auch Herr Gerdts und seine Partnerin sind sich im Vorfeld einig, dass sie ein behindertes Kind vermutlich würden bekommen wollen (»[…] Wir haben uns vorher schon unterhalten, was wäre, wenn? Und haben gesagt, aber nee, das ist so, dass wir ein Kind haben wollen und wenn es behindert ist, dann wohl auch. Jetzt wurde es auf die Probe gestellt […]«, T1, Pos. 5). Auf der anderen Seite geben Männer auch an, dass sie sich als Paar **nicht** hätten **vorstellen können**, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen (»Klar, für uns war vorher immer schon klar, wir wollen eigentlich kein behindertes Kind, das hätten wir uns beide mit unserem Leben nicht unbedingt vorstellen können. Ich weiß ja nicht, ob das jetzt, wenn das noch

einmal der Fall wird, ob man da anders denkt […]«, Herr Becker, Pos. 9; »[…] so dass der Ausgangspunkt, dass ein behindertes Kind für uns pauschal NICHT in Frage kommt, eher von meiner Frau denn von mir ausgeht, ich diese Entscheidung aber auch komplett mittrage«, Herr Althoff, Pos. 7). Herr Perez hingegen würde eine Entscheidung immer **individuell von der Diagnose** abhängig machen. Dabei gibt für ihn die erwartete Lebensperspektive des Kindes mit den Ausschlag bei einer möglichen Entscheidung (»[…] wenn was ist, was schlecht ist, dann ist es uns tatsächlich lieber, wenn das Kind nicht so ein schlechtes Leben führen muss«, Pos.6 ; »[…] Also ich hätte keine Probleme, wenn ein Kind ein bisschen schlecht hört. Das ist natürlich nicht ein Grund, eine Schwangerschaft [abzubrechen] […], Pos. 15). Auch das Paar Töpper ist sich einig, dass sie im Fall der Diagnose Trisomie 21 das Kind vermutlich würden bekommen wollen (Pos. 19).

Die Männer nennen verschiedene Motivationen und Erfahrungen, die sie zu ihrer Einstellung bewegen. Herr Althoff und Herr Becker nennen die **beruflichen Erfahrungen** der Partnerin (bzw. eines Verwandten) **mit behinderten Menschen** als Grund dafür, dass sie sich das Leben mit einem behinderten Kind nicht hätten vorstellen können (»Es ist allerdings so, dass meine Frau als (Fachkraft) in einem Heim für körperlich und geistig behinderte Menschen arbeitet und da natürlich ganz genau sieht, was ein behindertes Kind über die Jahre auch mit Familien so anstellt, ne? […]«, Herr Althoff, Pos. 6; »[…] der Bruder meiner Frau arbeitet halt mit schwer […] kranken Kindern und weiß halt, dass die Eltern […] sagen, ›ja, ob das die richtige Entscheidung damals war?‹ […]«, Herr Becker, Pos. 10). Ganz anders hingegen beruft sich Herr Ebert auf die Erfahrungen seiner Partnerin, die ihm Sorgen und Befürchtungen in Bezug auf ein eigenes behindertes Kind eher genommen und ihn in der Entscheidung für das Kind bestärkt haben:

> Ja meine Freundin ist Sozialpädagogin und plant Urlaubsreisen und führt sie auch durch für Menschen mit Behinderungen, also sowohl geistig als auch körperlich. Und bevor ich sie kennengelernt hab und natürlich auch mehr Kontakt zu Menschen mit Behinderungen auch bekommen hab, hatte ich da vielleicht ein anderes Bild. Heute weiß ich, dass die Teilhabe an der Gesellschaft kein Problem ist und da im Vergleich zu [vor] dreißig Jahren sich viel getan hat, sowohl für die Menschen mit Behinderungen als auch für die Eltern oder Betreuer im Sinne von Entlastung und Unterstützung. Das ist heutzutage eigentlich kein Problem (.) mehr ist im eigentlichen Sinne. Man muss es nur akzeptieren. (Herr Ebert, Pos. 58)

Es sind insbesondere berufliche Erfahrungen nahestehender Menschen, auf die sich Männer im Gespräch beziehen und die ihre Vorstellung davon, wie sich das Leben mit einem behinderten Kind gestalten könnte, beeinflussen. Von den Erfahrungen hängt ab, ob das Leben mit einem behinderten Kind als Belastung wahrgenommen oder diesem aufgrund positiver Erfahrungen optimistisch entgegengeblickt wird.

Ein anderer Aspekt, der im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Haltung gegenüber einem behinderten Kind von Männern genannt wird, ist die **Sorge um die Partnerschaft**. Herr Althoff sieht es als eine Frage der Zeit, wann eine Beziehung an einem behinderten Kind zerbricht (»Also mal ketzerisch gesagt nicht, OB eine Beziehung in die Brüche geht dadurch, sondern eher WANN sie dadurch in die Brüche geht und was das natürlich auch für Arbeit und Verantwortung mit sich bringt, dann ein behindertes Kind zu haben […].«, Pos. 7). Auch Herr Otte berichtet von der Sorge, dass seine Partnerin und er »nur noch im Managen einer furchtbaren, über Jahre und Jahrzehnte dauernden Tragödie« existieren und als Paar nicht mehr den Raum füreinander finden können, den sie sich wünschen (»[…]wenn wir damit komplett beschäftigt sind, wenn wir (.) ja. Wenn es nichts mehr anderes gibt, dann gibt es auch irgendwann auch uns als Paar nicht mehr. Und wir sind sehr gerne ein Paar […]«, T1, Pos. 52). Für Herrn Meier steht hingegen stärker die **Sorge um seine Partnerin** im Vordergrund, die durch die Pflege und Versorgung eines behinderten Kindes auf Dauer eventuell überlastet sein könnte (»[…] Aber die ist nur noch Wrack die Frau, die ist kaputt. Die erholt sich, glaube ich, auch nicht mehr, und ich glaub, das ist halt auch einfach so, dass es eine wahnsinnige Belastung ist. Es ist nicht wahrscheinlich, sondern sogar sicherlich noch [eine] ärgere Belastung als wenn ein Kind stirbt […]«, T1, Pos. 17).[9] Deutlich wird jedoch auch seine Sorge darum, wie Beziehung und Familie mit einem schwer beeinträchtigten Kind eigentlich aussehen könne (»[…] Wir haben zwar keine Ahnung, wie wir damit leben könnten […]«, T1, Pos. 16), einen Schwangerschaftsabbruch kann er sich jedoch dennoch nicht vorstellen (« […] wir haben bis jetzt kein Kind und wenn wir ein behindertes Kind kriegen, dann kriegen wir ein behindertes Kind, dann haben wir Pech gehabt oder wie auch immer. Wir werden damit leben und wir werden es dann eh sehen […]«, ebd.). Für das Gelingen und den Fortbestand der **Partnerschaft** sieht er sich jedoch auch **selbst in der Verantwortung**. Deutlich wird dies, da er das Verhalten eines Mannes im Bekanntenkreis anprangert, der seine Familie aufgrund der Belastung durch das behinderte Kind verlassen habe (»[…] der Mann ist gerade mal weg, weil die halten es ja alle nicht aus die Männer, die sind alle nicht belastbar und, ich meine (ich verstehe?), das ist nicht lustig, ja? […]«, ebd.). Auch Herr Gerdts sieht bei der Frage, wie eine Partnerschaft möglicherweise unter einem behinderten Kind leiden könnte, stärker die Verantwortung auf Seiten des Paares. Er stellt das partnerschaftliche Fundament als solches in Frage, wenn es der Herausforderung, ein behindertes Kind zu erwarten, nicht standhält. Mit dem gemeinsamen Bearbeiten und Bewältigen von Herausforderungen würde sich die Partnerschaft eher weiter festigen und bestätigen:

9 Herr Meier geht hier von der Belastung durch ein »[…] schwerbehindertes, in einem Bett liegendes Kind, das nur im Bett liegen kann und mit Sonde ernährt wird […]« (T1, Pos. 16) aus.

> Weil das, die [Partnerschaft] muss dann meines Erachtens super fundiert sein, wenn man so eine Herausforderung gemeinsam (.) meistern möchte. Ich sag mal, ein Haus bauen zusammen, das kann man auch noch organisieren, ein Auto kaufen zusammen geht auch (.), Kind an der Schule anmelden, das auch noch. Kind erziehen wird schon schwierig gemeinsam, das ist dann schon viel Absprache und ein Kind mit besonderen Herausforderungen (.) Lebensweg zu erschaffen, zu erfüllen, das/da müssen die anderen Randparameter schon optimal sein. (Herr Gerdts, T2, Pos. 7)

Haltungen zum bedingungslosen Austragen einer Schwangerschaft, unabhängig von der Behinderung, werden auch aus einem christlichen **Glauben** heraus begründet. Für Herrn Imholz ist ein ungeborenes Kind bereits ein vollwertiger Mensch mit eigenem Willen, weswegen er es als Unrecht empfindet, über den Willen dieses Menschen hinweg Entscheidungen über dessen Leben zu treffen (»[…] Und (.) ich hab, ich finde das nicht gut, da einzugreifen. Man macht sich damit zu Gott und will irgendwie darüber entscheiden und ich denke, dass dabei die/der Wille dieses kleinen Menschen nicht berücksichtigt wird«, Pos. 9). Auch Herr Neumann lehnt einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich aus religiösen Gründen ab. Eine »moralische Entschuldbarkeit« hätte er jedoch aufgrund der infausten Prognose gesehen, wenn seine Partnerin sich für einen Abbruch entschieden hätte.

> Eigentlich war das nie eine Diskussion. Also muss man dazu sagen, ich bin recht religiös. Insofern für mich wäre das eigentlich prinzipiell nicht in Frage gekommen, wobei ich es aber akzeptiert hätte wahrscheinlich, wenn meine Frau gesagt hätte, dass in dem Fall, wo keine Überlebenschancen sind, ist natürlich eine Schwangerschaft anstrengend oder so, wenn sie das anders entschieden hätte, hätte ich nicht daran insistiert, dass das, ja, da hätte ich eine gewisse (.) moralische Entschuldbarkeit schon noch gesehen. (Herr Neumann, Pos. 8)

In diesem Kapitel wurden verschiedene Standpunkte und Argumentationen zu pränataler Diagnostik und einem *möglichen* Befund dargestellt, wie sie retrospektiv für die Zeit *vor der Diagnose* erinnert werden. Welche Präferenz die Männer in Bezug auf die spätere Diagnose haben, wird hingegen in Kapitel 5.2.4 ausführlich thematisiert. Berücksichtigt werden muss, dass Gedanken und Einstellungen in diesem Kapitel vor dem Hintergrund der bereits getroffenen, späteren Entscheidung erinnert werden. Dieser Umstand bedingt auch, dass sich die Haltungen vor der Diagnose weitestgehend mit den späteren Präferenzen im konkreten Fall decken. Lediglich Herr Quest gibt an, dass sich durch die Erfahrung der pränatalen Diagnose beim Ungeborenen seine Einstellung zur vorgeburtlichen Diagnostik verändert habe:

> […] durch diesen Fall halt jetzt bei unserem, bei dem Kind jetzt natürlich, sich geändert hat, dadurch, dass wir halt, wir haben halt einfach diesen Test nicht mehr

> gemacht. Also wir haben quasi (.) dass dann eh, wenn man sich beraten lässt, eh viele Leute sagen, macht den Test nicht, weil ihr könnt es nicht entscheiden (.). Ja, das, darauf sind wir jetzt auch gekommen (Lachen) […]. (Herr Quest, T1, Pos. 54)

Für die Zeit vor der ersten Diagnose oder einem Befund berichten einige Männer, dass es insbesondere von Seiten der Partnerin bereits Vorahnungen oder Befürchtungen gegeben habe, dass mit der Schwangerschaft bzw. mit dem Kind etwas nicht so sein könnte, wie es sein sollte. Da mehrere Männer von entsprechenden Anzeichen berichten, werden diese für die Zeit vor einem medizinischen Verdacht im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

5.2.1.3 Vorahnungen und Befürchtungen der Partnerin

Einige Männer berichten von negativen **Vorahnungen oder Befürchtungen der Partnerin** in Bezug auf die Schwangerschaft, die bereits vor einem ersten medizinischen Befund geäußert werden. Da sich die Männer von ihren Partnerinnen in dieser Hinsicht unterscheiden, soll in diesem Kapitel auf dieses Phänomen näher eingegangen werden. Wie die Männer angeben, seien die Vorahnungen der Frauen teilweise durch bereits erlebte, **negative Vorerfahrungen geprägt**, teilweise entsprechend der Beschreibungen eher **intuitiv**. Auch in anderen Studien im Kontext pränataler Befunde werden Vorahnungen von Frauen beschrieben und in einem Fall als Indikator des »mütterlichen Kontakts zum Kind« oder generell der eigenen Körperwahrnehmung interpretiert.[10]

Eine andere Interpretation für das Phänomen, dass seine Partnerin bereits in der Schwangerschaft eine Art Vorahnung gehabt habe, liefert Herr Rupert. Er scheint einerseits **fasziniert** zu sein (»aber es ist irgendwie ganz spannend«, Pos. 12), auf der anderen Seite jedoch eine rationale Erklärung für den Umstand zu haben, nämlich dass rückwirkend Träumen eine besondere **Bedeutung hineininterpretiert** wurde:

> […] dass meine Frau da irgendwie teilweise auch schon (.) ein bisschen Albträume hatte, dass eventuell nicht alles in Ordnung ist mit dem Kind und so ein bisschen das Bauchgefühl schon hatte. Also ob es halt jetzt (.) da durch, also vor der Diagnose nicht so wirklich gemerkt, aber im Nachhinein hat sie mir dann schon erzählt, dass sie das hatte. Und im Nachhinein könnte es halt vielleicht damit zusammenhängen (.). Ja. War vielleicht ganz interessant. Hätte man wahrscheinlich jetzt,

10 Rost (2015) beschreibt in ihrer Forschungsarbeit ebenfalls das Phänomen der Vorahnung in Form von Ängsten, Träumen oder einer veränderten Wahrnehmung des eigenen Körpers. Als Interpretation für entsprechende Beschreibungen ihrer Gesprächspartnerinnen liefert sie folgende: »Erst im Rückblick bekommen kleine Abweichungen von der Normalität die Bedeutungszuschreibung, erste Anzeichen der Behinderung des Kindes gewesen zu sein« (S. 132).

> wenn das Kind gesund gewesen wäre, hätte man da gar keinen Wert wahrscheinlich drauf gelegt. Das wäre ganz normal gewesen […]. (Herr Rupert, Pos. 12)

Herr Töpper bezeichnet die negative Vorahnung oder Befürchtung seiner Partnerin als **Pessimismus** (»[…] Und da sagte meine Frau dann nochmal zu mir, ›ja, wir kommen bestimmt nicht mit so einem tollen Foto da raus‹. Also war auch nochmal so dieses, (unv.) Pessimismus«, Pos. 22) und setzt diesen in Relation zu seinem eigenen **Optimismus** (»Und ich war zu dem Zeitpunkt (unv.) hab gesagt, ›was soll denn da sein? Wir haben jetzt so eine Geschichte hinter uns, das muss doch jetzt, also wenn wir es bis JETZT geschafft haben, dann muss es doch klappen […] so viel Pech können wir ja gar nicht haben‹ […]«, Pos. 17). Er deutet ihre Vorahnungen offenbar zunächst weniger als möglichen Indikator, sondern als einen generellen Charakterzug seiner Partnerin.

> Und meine Frau, die grundsätzlich zu so einem gewissen Pessimismus dann neigt, ja, und sagt, »nee nee, wir fassen da bestimmt wieder in den richtigen Topf und so und dass (unv.) irgendwas wird da wieder sein und will dann da nicht unvorbereitet sitzen«. (Herr Töpper, Pos. 18).

Sich selbst in der Rolle zu sehen, der **Partnerin gut zuzureden** und sie beruhigen zu wollen, während sich zugleich abzeichnet, dass sich die Vorahnungen bestätigen, könnte sich vor dem Hintergrund seines eigenen, **falschen Optimismus'** als belastender Aspekt in der Situation abgezeichnet haben. Es ist auch denkbar, dass Herr Töpper die Befürchtungen seiner Partnerin nicht wahrhaben möchte (»so viel Pech können wir ja gar nicht haben, ja?«, Pos. 17) und deswegen nach den bereits durchlebten Fehlgeburten nicht bereit ist, sich mit dem Gedanken, dass wieder etwas »nicht gut« sein könnte, auseinanderzusetzen. Dass er so stark zwischen dem eigenen »Optimismus« und dem »Pessimismus« der Partnerin unterscheidet, kann weiterhin Ausdruck des intensiven Wunsches nach Abgrenzung von der negativen und belastenden Zeit sein.

Die Partnerin von Herrn Gerdts ist durch das Vorliegen einer genetischen Disposition in der Schwangerschaft besonders besorgt, dass ihr Kind von einer entsprechenden Behinderung betroffen sein könnte (»Die (.) einzige Sache, die meine Frau immer im Kopf hatte, ihre Tante hatte auch mal ein Kind mit Spina Bifida […] Und da sie ja Lehrerin für (medizinischer Beruf) ist, hat sie sowas ja, kann sie sowas ja einschätzen«, T1, Pos. 3). Ähnlich wie Herr Töpper tendiert auch Herr Gerdts im weiteren Verlauf dazu, sich selbst im Kontrast zu seiner Partnerin als optimistisch zu beschreiben, während er seine Partnerin als tendenziell besorgt oder auch pessimistisch in Bezug auf das Vorliegen einer Diagnose dargestellt (»[…] Wobei bei den medizinischen Sachen ich da immer viel unbefangener reingegangen bin, weil ich wusste ja nie, was die einzelne Diagnose in dem Verlauf da bedeutete. […] Ich konnte da immer das Positive viel schneller entdecken (Telefon klingelt) […]«,

T1, Pos. 21). Seine **Unwissenheit** in Bezug auf medizinische Angelegenheiten interpretiert er vor diesem Hintergrund als einen **Vorteil**, den er gegenüber seiner Partnerin habe. Da er die Vorahnung seiner Partnerin auf ihr medizinisches Wissen und nicht eine mögliche Intuition zurückführt und er an späterer Stelle auch im Zusammenhang mit den Folgen der Diagnose betont, dass es ihm aufgrund seiner Unwissenheit viel leichter gefallen sei, »das Positive« zu sehen, ist auch denkbar, dass das bewusste Nicht-Informieren eine Vermeidungsstrategie darstellt, mit der er versucht, sich möglichen Sorgen zu entziehen.

Herr Florian erlebt seine **Partnerin,** im Gegensatz zu ihrer ersten Schwangerschaft, besonders **ängstlich** und **besorgt**, dass etwas »nicht so richtig laufen« könnte (T1, Pos. 5). Zusätzlich zu den Befürchtungen nimmt sie körperliche Veränderungen anders wahr, als sie es aus ihrer vorherigen Schwangerschaft kennt (»[…] und (.) es war auch so, dass meine Frau von Anfang an ein anderes Gefühl hatte mit der Schwangerschaft als mit der ersten. Es war auch so, dass der Bauch nicht so gewachsen ist und sie nicht so die Verbindung mit dem Kind gespürt hat«, T1, Pos. 5). Dass Herr Florian der Wahrnehmung seiner Partnerin Bedeutung beimisst, wird deutlich, als er sich über die Reaktion einer Ärztin auslässt (»Dann hatte sie [Ärztin] noch gefragt auch, ob wir denn schon vorher irgendwas gemerkt hatten, und als meine Frau dann erzählt hatte, dass sie das Gefühl hatte, da ist irgendwie keine richtige Verbindung gewesen, war es dann ganz vorbei (Lachen) mit der Frau. […]«, Pos. 16). Während seine Partnerin offenbar Schwierigkeiten hat, eine Beziehung zum Kind aufzubauen, erlebt Herr Florian genau gegenteilig Momente der tiefen **Verbundenheit** mit dem Ungeborenen (»[…] Und hole es [das Ultraschallbild] raus und in dem Moment hat es mich das erste Mal so richtig erwischt […] Ich war auf jeden Fall total ergriffen […] Und das war der Moment, wo er bei mir angekommen ist […], T1, Pos. 31-32).

Auch Herr Heinrich berichtet von körperlichen **Symptomen** bei seiner Partnerin, die ihm im Nachhinein als mögliche erste Hinweise erscheinen. Das Paar habe diesen jedoch zunächst **nicht so viel Bedeutung beigemessen**, da diese auch bei normal verlaufenden Schwangerschaften auftreten (»Bei der Schwangerschaft war es komplett anders. Da ging es ihr schon nach Wochen ziemlich schlecht […] Wir haben dem jetzt auch nicht so viel Bedeutung beigemessen, weil das ja auch öfter vorkommt […].«, Pos. 7).

Die Reaktionen und Interpretationen der Männer auf die Anzeichen oder Vorahnungen sind sehr verschieden. Zwei Männer versuchen, von der Partnerin eingebrachten Sorgen mit einer optimistischen Grundhaltung aufzufangen oder zu kompensieren. Herr Töpper hingegen hält es für möglich, dass nachträglich aufgrund der Diagnose etwas in Träume hineininterpretiert wurde, und Herr Heinrich gibt zuletzt an, dass es zwar so etwas wie Anzeichen gegeben habe, diesen jedoch zunächst von beiden Partnern keine Bedeutung beigemessen wurde.

In dem nun folgenden Kapitel zur Zeit des ersten medizinischen Auffälligkeit werden die Erinnerungen an das Verhalten der Ärzte während der betreffenden Untersuchung, die Sorgen der Partnerin und die eigene Auseinandersetzung mit der Situation thematisiert. Beschrieben wird von den Männern eine Zeit zwischen der Hoffnung auf einen Irrtum, dem Warten auf definitive Untersuchungsergebnisse und der ersten Auseinandersetzung mit möglichen Optionen im Falle einer Bestätigung der Diagnose.

5.2.2 Erleben und Reaktionen angesichts erster medizinischer Auffälligkeiten

Vor der eigentlichen Diagnosestellung bzw. dem bestätigten Befund erleben die werdenden Eltern oftmals eine erste medizinische Auffälligkeit, die durch einen behandelnden Gynäkologen oder eine Pränataldiagnostikerin in Bezug auf das ungeborene Kind geäußert wird.[11] In der Folge berichten Männer von Gefühlen und Gedanken zwischen der Hoffnung auf einen Irrtum und einer Aufklärung der Situation, Momenten des Schocks und der Befürchtung, dass sich die Befürchtung erhärten könnte. Im nachfolgenden Kapitel 5.2.2.1 wird dementsprechend zunächst das **Erleben** der Männer in der Zeit der ersten medizinischen Auffälligkeit dargestellt.

Infolge der geäußerten Vermutung in Bezug auf eine mögliche Diagnose recherchieren die werdenden Väter oftmals im Internet, etwa ob es Möglichkeiten zur Behandlung gibt. Auch der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird gesucht, während andere zunächst jede Auseinandersetzung mit dem sich möglicherweise erhärtenden Vermutung meiden. Die **Reaktionen** auf die erste medizinische Auffälligkeit werden in Kapitel 5.2.2.2 dargestellt.

5.2.2.1 Erleben der ersten Verunsicherung

Häufig kommt es im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung zu einem ersten beunruhigenden Befund, dem in der Folge weiter nachgegangen wird. Drei Männer erinnern, wie sich im Rahmen einer Routineuntersuchung das Verhalten der untersuchenden **Ärztin plötzlich verändert**. Bei Herrn Perez ist es die **Mimik** des Arztes, die ihm suggeriert, dass »etwas nicht stimmt« (»[…] ich hab ihn gesehen und ich hab langsam gemerkt, wie sein Gesicht sich geändert hat. Dass es schon klar war, dass etwas nicht stimmt […]«, Pos.12). Herr Ludwig erlebt nach anfänglicher Freude im Gespräch ein »**Verstummen**« der Ärztin während der Untersuchung, welches dem Paar signalisiert, dass »irgendetwas nicht stimmt« (»[…] irgendwann wurde

11 Von einigen Männern wird keine Zeit des ersten Verdachts erlebt, da sie infolge der Diagnostik direkt mit dem endgültigen Befund konfrontiert sind (vgl. Kap. 5.2.3).

dann die Ärztin leiser und guckte und suchte und das ist schon so ein bisschen/also, wenn die da anfangen, aufzuhören zu reden, das habe ich jetzt festgestellt, ist kein gutes Zeichen […].«, Herr Ludwig, Pos. 4). Herr Quest erinnert sich, wie die Ärztin anfängt, Messungen während der Untersuchung mehrmals vorzunehmen und diese in für das Paar nicht nachvollziehbarer Weise zu kommentieren, bevor sie »längere Zeit« ebenfalls nichts mehr sagt. Sie konfrontiert das Paar mit der Aussage, dass »mehrere Sachen nicht so gut aussehen«. Was das jedoch genau heißt, ist zunächst unklar.

> […] kam mir da schon ein bisschen komisch vor, weil die halt relativ dann, dann hat die gesagt, das und das und das. Und dann hat sie irgendwie auch mal längere Zeit nichts gesagt. Da hat man sich schon so gedacht, so irgendwie so hm. Ob das jetzt so ein gutes Zeichen ist, dass sie jetzt da manche Sachen mehrmals misst. Und dann hat sie das, dann meinte sie schon, ja (.), dass sie auf jeden Fall, dass da manche Sachen halt nicht so gut aussehen (5 Sek.) […]. (Herr Quest, T1, Pos. 10)

Durch die Reaktionen der Ärztinnen, welche die Männer als »kein gutes Zeichen« wahrnehmen, entsteht eine **Verunsicherung**, da die Äußerungen der Ärzte als unkonkret empfunden werden.

Herr Florian und seine Partnerin werden aufgrund des für auffällig empfundenen Wachstums des Kindes zur Pränataldiagnostik überwiesen. Herr Florian beschreibt, dass seine Partnerin und er zu dieser Zeit noch nicht sonderlich beunruhigt gewesen seien, im Gegensatz zu der von ihm als **unsicher** empfundenen **Ärztin** (Pos. 7). Das Paar entscheidet sich zuletzt auf Anraten der Ärztin für eine Fruchtwasseruntersuchung zur Abklärung der Diagnose, obschon sie sich zunächst bewusst gegen invasive Diagnostik entschieden hatten.

> […] Jetzt waren wir aber schon in dieser Diagnostik mitten drin und haben an dem Tag unsere Hebamme nicht erreicht, […] haben eine befreundete Hebamme angerufen, haben die auch nicht erreicht und haben dann einfach irgendwie selber entschieden, dass wir das einfach jetzt machen, weil wir da auch beide einfach zu neugierig sind und einfach schon drin waren in dieser Diagnostikmaschinerie […]. (Herr Florian, Pos. 11)

Auch für Herrn Imholz ist von vornherein eine mögliche Diagnose irrelevant für den Verlauf der Schwangerschaft. Er ist der Meinung, dass das Kind selbst entscheiden sollte, wie weit es lebensfähig ist (»[…] Und (.) ich hab, ich finde das nicht gut, da einzugreifen. Man macht sich damit zu Gott und will irgendwie darüber entscheiden und ich denke, dass dabei die/der Wille dieses kleinen Menschen nicht berücksichtigt wird«, Pos. 9). Er lehnt bereits die routinemäßige Vorsorgeuntersuchung beim Arzt aufgrund der dort stattfindenden Ultraschalluntersuchungen ab und ist verärgert, nachdem seine Partnerin nach der Untersuchung von den dort festgestellten Auffälligkeiten berichtet und verunsichert ist. Ähnlich wie

Herr Florian empfindet Herr Imholz ein Unbehagen oder sogar eine Abneigung gegenüber dem medizinischen Umgang mit ungeborenem Leben. Beide erleben sich als ohnmächtig gegenüber den **wahrgenommenen Automatismen der Diagnostik** (»[…] ich dachte, das ist so eine (.) Beeinflussung, die man da versucht, vorzunehmen, indem man so tut, als wäre man objektiv und schiebt der Frau eigentlich schon/drängt sie gewissermaßen unterbewusst zu einer Entscheidung […]«, Pos. 8). Die besondere Herausforderung, mit der sich Herr Imholz konfrontiert sieht, ist, dass er grundsätzlich in Bezug auf Arztbesuche und den Umgang mit möglichen Befunden eine **andere Haltung als seine Partnerin** einnimmt. Während die Partnerin aufgelöst und verunsichert ist, ist er sowohl über seine Partnerin verärgert, die sich selbst in die Situation gebracht hat, sich verunsichern zu lassen, als auch über die Ärztin, die mit der Untersuchung die Verunsicherung hervorgerufen hat (Pos. 4). Die Partnerin bekommt eine Überweisung zur Pränataldiagnostik, zu der Herr Imholz seine Partnerin als Zeichen seiner Ablehnung gegenüber der Entscheidung zunächst nicht begleitet (»Sie ist dann zu so einem pränataldiagnostische[n] Zentrum hier in (Stadt) gegangen […] und (.) ich war dann nicht dabei, ich fand das nicht, also im Sinne von, ich war (.) nicht motiviert dabei, sondern gesagt, ja, ich geh auf Arbeit«, Pos. 5). Bei Herrn Imholz steht das **Ohnmachtsgefühl** gegenüber seiner Partnerin und gegenüber Ärzten, gegen die er mit seiner Haltung und Meinung anzukämpfen versucht, im Vordergrund. In Bezug auf die Verdachtsdiagnose gibt er immer wieder an, dass sie für ihn wenig Bedeutung hat (»[…] Wenn wir es so gemacht hätten, wie ich es gern gehabt hätte, dann hätte es keine Untersuchung gegeben. Dann weiß ich genau, ich wäre damit auch klargekommen, wenn ich bei der Geburt festgestellt hätte, oh, ist alles anders, als wir erwartet hatten […]«, Pos. 11).

Ganz anders erleben Herr Quest und Herr Perez die ersten verunsichernden Befunde als einen **Schock** (»Und (.) genau. Da ist man natürlich total geschockt dann. Also (.) ja, braucht man ja nicht anders sagen. Man ist halt geschockt […] waren wir schon total erschüttert (.) […]«, Herr Quest, Pos. 11). Unabhängig von den noch ausstehenden Ergebnissen ist bei dem Paar Perez bereits mit dem ersten hinweisenden Befund sicher, dass das Ungeborene eine starke Beeinträchtigung haben wird. Entsprechend lässt bereits der vorläufige Befund bei ihnen **wenig Raum zur Hoffnung** auf einen Irrtum.

> […] Das hat er aber von Anfang an gesagt, dass, also egal, was der Grund ist, das Ergebnis ist nicht gut. Das kann man nicht ändern. Man kann es auch nicht, es kann auch nicht behandelt werden. Es wird einfach so und man muss [sich] Gedanken machen, dass man ein schwer behindertes Kind haben wird. Das war natürlich ein Schock […]. (Herr Perez, Pos. 13 f.)

Während bei Herrn Perez mit dem ersten beunruhigenden Befund bereits deutlich ist, dass es wenig Spielraum für Hoffnung gibt, ist für Herrn Becker und seine

Partnerin das **Ausmaß** der Beeinträchtigung des Ungeborenen zunächst noch sehr **unklar**. Er beschreibt den sich hinziehenden Weg von der ersten Auffälligkeit, einer auffälligen Nackentransparenz in der 12. SSW, dem damit einhergehenden Suchen und Sammeln von Informationen, die Wartezeiten zwischen einzelnen Arztterminen und die Auseinandersetzung mit den sich daran anschließenden neuen Erkenntnissen (»[…] man liest sich dann halt […] dull und dämlich irgendwie. Man muss natürlich auch immer weiter abwarten. Dann sagen die Ärzte, ›ja, wir wollen dann und dann noch einmal gucken in der und der Schwangerschaftswoche‹ (4 Sek.)«, Pos. 4). Das Paar hat **Hoffnung**, dass sich alles noch zum Guten wendet. Diese schwindet jedoch mit jedem weiteren Arzttermin, der einen »guten Ausgang« unwahrscheinlicher werden lässt. Begleitet wird diese Zeit auch von der permanenten **Recherche** nach **Behandlungsoptionen**, bis sich am Ende immer mehr die Frage stellt, wie weit die möglichen Behandlungen noch in Relation zum Kindeswohl stehen und die Option eines Abbruchs die Hoffnung langsam ablöst.

> […] Und dann, klar, geht die nächste Runde los, was kann man machen mit Kindern, wann kann man operieren, sollte man? Also was man sich alles so vorstellen kann, welche Gedanken man so hat und was man dann macht. Also die Spirale zieht sich da halt immer irgendwie (Räuspern)/ja hat sich immer enger gezogen. (Herr Becker, Pos. 6)

Die **Wartezeit** zwischen der ersten medizinischen Verunsicherung und der tatsächlichen Befundmitteilung, die häufig das Warten auf Laborergebnisse einer invasiven Untersuchung oder eines nichtinvasiven Bluttests bedeutet, wird von einigen Männern in der Folge als besonders **belastend** erinnert. Die eigentlich kurze Zeit von einem oder wenigen Tagen wird als sehr lang erlebt (»Ja, das waren natürlich drei harte Tage […]«, Herr Döbel, Pos. 7; »[…] das waren die schwierigsten Momente, weil das alles, obwohl, wenn man das von außen sieht, doch ziemlich schnell ging. Für [uns] war alles ziemlich, also lange Zeit […]«, Herr Perez, Pos. 14). Die **Ungewissheit** darüber, ob sich alles noch aufklärt oder sich der erste Befund doch erhärtet, wird als quälend empfunden und der Wunsch nach Gewissheit geäußert.

> […] Dort auf der entsprechenden Station, das war dann zwei Tage später/die Zeit dazwischen war natürlich die Hölle, weil man in so einem Schwebezustand war, was ist denn jetzt, stimmt das, ist das wirklich so schlimm? Man googelt sich einen ab, was bedeutet es […] gibt es vielleicht irgendwelche Heilungsmöglichkeiten […] irgendwas in der Richtung haben wir halt gesucht. (Herr Ebert, Pos. 15)

Herr Töpper und seine Partnerin haben Sorge, aufgrund der bevorstehenden Weihnachtsfeiertage erst verspätet endgültige Ergebnisse zu erhalten und **wünschen sich Klarheit** (»[…] das war uns irgendwie wichtig, das nicht in dieser Schwebe verbringen zu müssen, sondern dass wir da schon Klarheit haben (Räuspern)«, Herr

Töpper, Pos. 39). Herr Korte und seine Partnerin warten nach dem Wochenende auf den Anruf und die entsprechenden Ergebnisse der invasiven Untersuchung, können jedoch zu der verabredeten Zeit niemanden erreichen, was das »**Sitzen auf heißen Kohlen**« noch schwerer zu ertragen macht.

> Ja und dann montags kam dann der Anruf, das war dann hier so ein Sitzen auf heißen Kohlen. Es sollte dann irgendwie um zwölf Uhr der Anruf kommen, der kam dann später. Dann haben wir angerufen, haben dann erst die Ärztin nicht erreicht […]. (Herr Korte, T1, Pos. 7)

Deutlich wird, dass der *Weg in die Diagnostik* teilweise nicht bewusst gewählt, sondern infolge eines Zufallsbefundes während einer Untersuchung beschritten wird. Einige Paare sind durch die Mimik, Gestik oder die Überweisung der Ärztin verunsichert. Das anschließende Warten auf den letztendlichen Befund wird zu einer Zerreißprobe. Für einen der befragten Männer ergibt sich eine zusätzliche Belastung aus dem Umstand, dass seine schwangere Partnerin ein anderes Bedürfnis nach medizinischer Absicherung durch Diagnostik hat als er selbst. Er fühlt sich sowohl gegenüber der schwangeren Partnerin, als auch gegenüber den Ärzten ohnmächtig.

5.2.2.2 Reaktionen auf die erste Verunsicherung

Von dem ersten Verdacht auf eine mögliche Behinderung des Kindes erfahren die werdenden Väter persönlich oder über ihre Partnerinnen. Im vorigen Kapitel wurde bereits deutlich, dass einige Männer aus dem Sample ihre Partnerinnen zu dem entsprechenden Termin begleitet hatten. Während die Partnerinnen meistens verunsichert und sorgenvoll von den Interviewten beschrieben werden, stellen sie sich selbst als angesichts des ersten Befundes eher positiv denkend dar. Sie machen ihrer Partnerin Hoffnung, dass es sich um einen Irrtum handeln könnte, oder alles weniger schlimm sei als befürchtet.

Herr Jakobs ist während der Untersuchung dabei, als die Ärztin »schwarze Schatten im Kopf« des Kindes entdeckt. Er **will** zunächst **nicht wahrhaben**, dass mit dem Kind etwas nicht in Ordnung ist und ist der festen Überzeugung, dass sich alles mit der Zeit aufklärt (»[…] Und das war jetzt aber nicht, um ihr Mut zu machen, sondern ich hab das wirklich gedacht […]«, Pos. 8). Seine Partnerin habe hingegen schon während der Untersuchung die Aufregung der Ärztin wahrgenommen (»[…] meine Frau hat das, glaube ich, eher mitbekommen als ich, weil sie der Frauenärztin halt näher lag, dass die wohl ein bisschen aufgeregt war. Ich hab das nicht so wahrgenommen […]«, Pos. 7). Als auch in der Pränatal-Praxis die Auffälligkeiten bestätigt werden, kann Herr Jakobs die Schwere des Befundes noch immer nicht realisieren. Seine Partnerin erinnert er als aufgelöster, als er es selbst war (»[…] Also ich hab da irgendwie vielleicht eher so die […] Fähigkeit, das zu verdrängen oder sowas erstmal innerlich wegzuschieben. Also emotional war erstmal

gar nichts, weil ich (.) immer noch irgendwie gedacht hab, das ist nichts und wird sich aufklären«, Pos. 10). Wie Herr Jakobs schiebt auch Herr Korte die bewusste Auseinandersetzung mit der Vermutung eines Befundes hinaus. Auf Anraten der Ärztin **distanziert sich** Herr Korte bewusst **von weiteren Informationen** und recherchiert, im Gegensatz zu seiner Partnerin, nicht im Internet (»[…] so lange für mich nichts festgestellt wurde, war halt für mich die Kleine gesund, fertig […]«, Pos. 8). Ähnlich wie Herr Gerdts (»[…] Wobei bei den medizinischen Sachen ich da immer viel unbefangener reingegangen bin, weil ich wusste ja nie, was die einzelne Diagnose in dem Verlauf da bedeutete […]« T1, Pos. 21) bewertet Herr Korte seine **Unwissenheit** im Zusammenhang mit den Ausmaßen der Beeinträchtigung als **Segen**, da es ihm so möglich ist, der Situation weiterhin positiv entgegenzublicken (»Genau bei meiner Frau war es halt, die war halt schon wesentlich angespannter […] Wobei ich dann halt so ein bisschen dieses, so lange nichts Negatives ist, gehe ich davon aus, es ist alles gut«, Pos. 6).

Herr Becker berichtet, dass seine Partnerin und er **gemeinsam** die **Hoffnung** gehabt hätten, dass sich der Verdacht nicht bestätigt, weswegen sie zunächst auf invasive Diagnostik verzichten (Pos. 4 f.). Ebenso hat das Paar Töpper, obwohl die Befunde aus dem Ultraschall bereits eindeutig sind, die Hoffnung, dass sich der Verdacht nicht bestätigt. Er bezeichnet die noch verbleibende Hoffnung als letzten »Strohhalm«, an den sie sich geklammert hätten, obschon eigentlich klar war, dass es vermutlich keinen Irrtum gibt (Pos. 39).

Herr Florian hingegen gibt an, nicht auf eine gänzliche Falschdiagnose, sondern **auf** eine »**bessere« Diagnose gehofft** zu haben. Er hätte sich gefreut, wenn das Kind eine Trisomie 21 gehabt hätte und damit lebensfähig gewesen wäre (»[…] ich hatte mich persönlich irgendwie sehr darauf gefreut, vielleicht irgendwie ein Down-Kind zu bekommen oder so […]«, Pos. 12). Anders als für die übrigen Männer scheit für Herrn Florian die Möglichkeit einer vorliegenden Behinderung beim Kind nicht generell negativ assoziiert zu sein.

Beeindruckt durch einen Bericht und im **Vertrauen auf neue Behandlungstechniken** der Fetalchirurgie ist auch Herr Otte wesentlich **zuversichtlicher** und hoffnungsvoller als seine Partnerin, dass ihrem Ungeborenen mithilfe entsprechender Behandlung geholfen werden könne und daher alles nicht so schlimm sei. Gleichzeitig gesteht er jedoch ein, dass er sich einer Lösung sicher war, ohne überhaupt das tatsächliche Krankheitsbild genau zu kennen. Er redet seiner **Partnerin** gut zu und **macht ihr Hoffnung**, während er sie voll »Panik und Sorge« erlebt (»[…] habe ich ihr gesagt, weil ich da auch wirklich dran glaube, alles wird gut […] weil ich wirklich davon ausgegangen bin, ich (.) […] Und ich hab wirklich da an eine medizinische Lösung geglaubt für dieses, für dieses Krankheitsbild, was ich überhaupt nicht genau kannte natürlich«, T 1, Pos. 20). Auch Herr Ludwig versucht, seine **Partnerin** zu **beruhigen**. Er selbst beschreibt sich zum Zeitpunkt der Verdachtsdiagnose noch als »relativ gefasst« und glaubt an die Option, dass die

Auffälligkeiten eventuell mit einer Ungenauigkeit in der Darstellungsmöglichkeit zusammenhängen könnten (»[…] da war meine Frau schon in Panik. Und ich hab gesagt, ›nein, sie hat doch gesagt, vielleicht ist es nur das Ultraschallgerät, vielleicht sieht man/lass doch erstmal abwarten, mach dich nicht verrückt‹. Da war ich noch relativ gefasst«, Herr Ludwig, Pos. 7).

Anders verhält es sich bei dem Paar Perez. Die Partnerin ist alleine bei dem Arzttermin, an dem die erste Auffälligkeit beim Ungeborenen bemerkt und sie zur weiteren Diagnostik überwiesen wird. Hier ist es die **Partnerin**, die zunächst Herrn Perez zu **beruhigen** versucht (»[…] das fand [sie] wieder irgendwie nicht so dramatisch, weil sie hat gesagt, ›ja, gut, es kann sein‹. Aber sie denkt trotzdem, dass alles (.) einigermaßen in Ordnung ist. Es könnte viel sein, es könnte (uvs.) sein. Sie hat es gemacht, nur weil sie übervorsichtig ist und all so Sachen«, Pos. 8).

Es wird deutlich, dass sich fast alle Männer, von denen eine Zeit einer ersten medizinischen Verunsicherung miterlebt wird, nicht vorstellen können oder wollen, dass sich die Befürchtung bewahrheiten könnte. Zwei Männer geben an, ihren besorgten Partnerinnen Hoffnung auf eine gute Wendung gemacht zu haben, während Herr Jakobs sagt, auch selbst vollkommen davon überzeugt gewesen zu sein. Anhand der Schilderungen der Männer lässt sich annehmen, dass die schwangeren Partnerinnen den »Ernst« der Lage tendenziell früher realisieren als ihre Partner (z.B. Herr Jakobs: »[…] und (.) meine Frau hat das, glaube ich, eher mitbekommen als ich […]« (Pos. 7); Herr Korte: »[…] bei meiner Frau war es halt, die war halt schon wesentlich angespannter […]«, Pos. 6). Mit einer Distanzierung von dem beunruhigenden ersten Befund ist es den Männern jedoch auch möglich, handlungsfähig zu bleiben und ihren besorgten Partnerinnen Halt und emotionale Sicherheit zu bieten. Eine Ausnahme bildet dabei Herr Florian, der die Nachricht einer möglichen Behinderung des Kindes in seiner Erinnerung weniger negativ erinnert.

Mit der ersten medizinischen Auffälligkeit werden die Frauen zur Abklärung des Befundes zur Pränataldiagnostik überwiesen. Für welche diagnostischen Methoden sie sich dabei entscheiden, soll im nachfolgenden Kapitel aufgezeigt werden.

5.2.2.3 Entscheidung für pränatale Diagnostik

Zu einer ersten Befürchtung, dass bei dem Ungeborenen eine Behinderung oder Anomalie diagnostiziert werden könnte, kommt es oftmals im Rahmen einer Routineuntersuchung während der Schwangerschaft. Innerhalb des Samples wurden bei ca. der Hälfte der Paare im Rahmen der zweiten, gesetzlich vorgesehenen Ultraschalluntersuchung zwischen der 19. und der 22. SSW die Diagnosen gestellt. In der Folge entschieden sich die meisten Paare bzw. Frauen für eine Abklärung der Diagnose und werden zur Pränataldiagnostik, einer Genetikerin oder einer Ultraschallspezialistin überwiesen. Wohin überwiesen wird und welche Untersu-

chungen zur weiteren Abklärung angeraten werden, hängt maßgeblich von dem vorläufigen Befund ab. Bei einem Verdacht auf eine chromosomale Anomalie wird oftmals zu einer invasiven Diagnostik geraten, während bei physiologischen Auffälligkeiten oder Anomalien meistens ein nicht-invasiver Feinultraschall zur Konkretisierung des Befundes beiträgt. Die nachfolgende Tabelle 1 zeigt, welche pränatale Untersuchung jeweils zur Befundkonkretisierung angewendet wurde, sofern die Information im Interview genannt wird.

Tabelle 1 Beanspruchte Diagnostik

invasive Untersuchungen	**nicht-invasive Untersuchungen**
Amniozentese Herr Becker Herr Döbel Herr Florian Herr Korte Herr Perez	**Ultraschalldiagnostik** Herr Ebert Herr Heinrich Herr Jakobs Herr Ludwig Herr Meier Herr Otte Herr Samuel
Chorionzottenbiopsie Herr Quest	**Blutuntersuchung (nicht weiter spezifiziert)** Herr Gerdts
»**Gentest«** Herr Rupert	**Nichtinvasiver Bluttest** Herr Althoff Herr Töpper *Da die Art der Diagnostik nicht miterhoben wurde, sind die Angaben teilweise nicht ganz präzise.*
keine eindeutigen Angaben Herr Imholz	

Auf **Anraten der Ärztin** werden die **invasiven** pränatalen **Untersuchungen** bei den Frauen durchgeführt, wenn ein konkreter Verdacht besteht, der mithilfe einer Fruchtwasser- oder Gewebeentnahme überprüft werden soll (z.B. Herr Quest: »[…] ja, also sie würde uns empfehlen, diesen (…) hm, diesen Test […] Und quasi wenn man jetzt quasi mit dem Bedürfnis kommt, wissen zu wollen, ob es gesund ist oder nicht, würde sie das auf jeden Fall empfehlen«, Pos. 11). Herr Döbel (Pos. 5-6) und Herr Korte (Pos. 4) erinnern sich, dass der Gynäkologe die Partnerin darin bestärkt habe, eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen zu lassen, um »Gewissheit« bzw. »Sicherheit« zu haben, was mit dem Baby sei. Herr Rupert erinnert sich ebenfalls, das ihnen vom Arzt nahegelegt worden sei, eine »zusätzliche Untersuchung« zu machen und bei einem entsprechenden Befund über einen Abbruch der Schwangerschaft nachzudenken (»[…] Und ja, der Arzt an sich hat, der hat, (.) ich habe es so aufgefasst, dass er uns dazu geraten hat, dass WENN er noch einen

Gendefekt hat, dass dann die (.) aus seiner Sicht eine Abtreibung halt relativ, (.) oder dass er die für sinnvoll gehalten hätte […]«, Pos. 20).

Einige Männer geben an, dass sie sich **zunächst** mit ihrer Partnerin **gegen eine invasive Diagnostik** ausgesprochen hätten, dann **aber doch** eine entsprechende Diagnostik haben **durchführen** lassen. Herr Becker und seine Partnerin haben einige Zeit gehofft, dass eine invasive Untersuchung doch nicht notwendig sein würde (»Auf jeden Fall haben wir uns am Anfang gegen die Fruchtwasserpunktion entschieden und haben natürlich immer gehofft, dass das irgendwie weiter gut geht […]«, Pos. 5). Zuletzt haben sie sich jedoch zu einer entsprechenden Untersuchung aufgrund der Auffälligkeiten »durchgerungen« (ebd.). Im Nachhinein bereut er jedoch, dass eine invasive Diagnostik durchgeführt wurde, da er eine dauerhafte Belastung für die Partnerin durch diese Untersuchung vermutet.

> […] Weil das wird scheiße und klar, am Ende denkt man auf jeden Fall, was man jedem raten kann, ist, das Risiko mit der Fruchtwasserpunktion.[12] Also ich würde es heute dann/wir würden es anders machen. Also wir würden, wenn wieder eine Auffälligkeit wäre, das würden wir uns selber nicht mehr antun (.). Weil das alles, also das ist nicht unbedingt das schönste Erlebnis sag ich mal. Grade, glaube ich, für die Frau ist das super scheiße. Und das wird auch, also so eine Nummer geht nicht spurlos an einem vorbei und an der Frau weniger als am Mann, weil ich glaub schon, dass Männer da anders mit umgehen (.). (Herr Becker, Pos. 12 f.)

Auch Herr Florian erinnert sich, dass seine Partnerin und er verunsichert waren, als ihnen zu einer invasiven Untersuchung geraten wurde (»[…] also dann gab es schon sehr schnell den Ratschlag, doch eine Fruchtwasseruntersuchung zu machen, was uns erstmal so ein bisschen verunsichert hat, weil das das war, was wir eigentlich nie machen wollten […]«, Pos. 11). Weil das Paar in dem Moment die Hebamme nicht erreichen kann und letztendlich auch »**neugierig**« (T1, Pos. 11) ist, lassen sie die Untersuchung jedoch durchführen. Da für sie ein Abbruch der Schwangerschaft nicht in Frage kommt, dient die Untersuchung ausschließlich zur Befundermittlung.

Die Partnerin von Herrn Töpper ist im Vorfeld gut über Alternativen zur invasiven Diagnostik informiert. Eine **Fruchtwasseruntersuchung lehnt** sie aufgrund des damit verbundenen Risikos eines Aborts **ab** und verlangt stattdessen die Durchführung eines nicht-invasiven Bluttests[13] zur Abklärung der Diagnose. Dank ihrer Informiertheit kann die Partnerin selbstbestimmt auf den Befund reagieren. Ihren Partner schließt sie bei den Überlegungen mit ein.

---

12 Hier ist vermutlich das Abortrisiko infolge einer Amniozentese gemeint.

13 Siehe hierzu auch Kap. 1.2 und Kap. 9.1.

> […] Und es war klar, dass wir das selber bezahlen mussten und das hatten wir auch geklärt irgendwie schon vorab, dass wir das sonst machen würden, statt einer Fruchtwasseruntersuchung. Das ist also, meine Frau, die informiert sich dann, wenn sie vor irgendwas Angst hat, flüchtet sie sich in das Sammeln von Informationen (Lachen) und sagte dann zu mir »also pass mal auf, Fruchtwasseruntersuchung will ich nicht, aber es gibt da so einen Bluttest, das würde aber, weiß ich nicht, 150 Euro kosten. Bist du damit einverstanden, wenn (wir das?) machen, ja, nein, vielleicht?«. Und dann sage ich »ja«. Und in der Form hatten wir vorab dadrüber gesprochen. (Herr Töpper, Pos. 31)

Das Paar Neumann **verzichtet** nach dem ersten verunsichernden Befund des Arztes auf weitere, **invasive Untersuchungen**, da sie das Risiko einer invasiven Untersuchung meiden wollen und ein Befund nichts an ihrer Einstellung zur Schwangerschaft in Bezug auf ihren Ausgang verändern würde (»[…] da ist natürlich ein gewisses Risiko, dass es zu einem Abgang der Schwangerschaft kommt durch die Untersuchung und da haben wir gesagt, das machen wir nicht, wenn wir eh keine Konsequenz draus ziehen […]«, Pos. 6). Der nicht-invasive Bluttest stand zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft noch nicht zur Verfügung.

Lediglich Herr Althoff gibt an, dass sie als Paar **ohne eine medizinische Indikation** nicht-invasive **Diagnostik in Anspruch** genommen haben, um eine mögliche Behinderung des Kindes auszuschließen (»[…] ich von den Diagnostikchancen und der Genauigkeit da doch schon sehr angetan war. Und wir haben den auch zum frühestmöglichen Zeitpunkt machen lassen, um […] es so früh wie möglich zu wissen«, Pos. 8). Da das Paar sich ein behindertes Kind nicht hätte vorstellen können, waren sie froh, so früh Gewissheit über den Befund zu haben.

Bei denjenigen Männern, deren Partnerin durch bildgebende Verfahren untersucht wurde, ist die weitere Untersuchung kein Thema, über das sie sich kritisch auseinandergesetzt haben. Lediglich ein Mann, Herr Imholz, gibt an, dass er auch Ultraschalluntersuchungen ablehne.

> […] Ich hatte halt noch so im Kopf von der ersten Schwangerschaft, dass die Bilder immer so aussahen, dass das Kind Abwehrbewegungen gemacht hatte und nicht/sozusagen immer die Hände vor die Ohren oder vor das Gesicht gehalten hatte, wenn der Ultraschallkopf kam […]. (Herr Imholz, Pos. 4)

Es sind insbesondere die Entscheidungen zu einer invasiven Untersuchung, die von den Männern im Gespräch thematisiert werden. Die unterschiedliche Gewichtung von invasiven und nicht-invasiven Untersuchungen wie dem Ultraschall lässt sich einerseits mit dem verbundenen Risiko für das Ungeborene, andererseits durch die Belastung der Partnerin während der Untersuchung begründen. Es fällt auf, dass mehrere Männer berichten, dass ihren Partnerinnen zu einer invasiven Untersuchung infolge einer ersten medizinischen Auffälligkeit durch die Gynäkolo-

gin geraten wurde, um »Gewissheit« zu erlangen. Kein Mann berichtet, dass seine Partnerin auf ihr Recht auf Nichtwissen vor der Untersuchung hingewiesen wurde. Im nachfolgenden Kapitel soll nun dargestellt werden, wie die Männer den sich erhärtenden Befund bzw. die Mitteilung des Befundes (ohne eine vorausgegangene, erste Diagnose) erleben.

5.2.3 Befundmitteilung oder Bestätigung der Diagnose

Der Moment der Befundmitteilung stellt für die Männer in der Regel den Wendepunkt ihrer Erzählung dar. Entweder ist die Schwangerschaft bis zu diesem Moment unauffällig und mit positiven Gefühlen besetzt, oder aber die Hoffnung groß, dass der erste Befund ein Irrtum ist, der sich mit weiteren Untersuchungen aufklärt. Die Konfrontation mit dem Befund lässt nun jedoch keinen Raum mehr für Hoffnung auf eventuelle Fehler oder ein »Aufklären« der Situation, wie es im vorherigen Kapitel noch sehr vorherrschend von Männern thematisiert wird. Im Fokus der Erzählung stehen aus dieser Zeit neben den eigenen Gefühlen und Gedanken zu der Situation (Kap. 5.2.3.1) die erste Auseinandersetzung mit Hinweisen zum Schwangerschaftsausgang (Kap. 5.2.3.2) sowie Erinnerungen an die Interaktionen mit Ärztinnen im Zusammenhang mit der Befundübermittlung (Kap. 5.2.3.3).

5.2.3.1 Gefühle und Gedanken zum Befund

In Abhängigkeit davon, ob es bereits vor der eigentlichen Diagnosestellung eine Zeit der Konfrontation mit einem Verdacht gab, durchleben die Betroffenen den Moment der Befundmitteilung unterschiedlich. Für diejenigen Männer, bei denen es keine Zeit einer vorausgegangenen, ersten Befürchtung gab, beispielsweise wenn im Rahmen eines nicht-invasiven Bluttests plötzlich ein unerwarteter Befund vorliegt, entfällt diese Zeit der Ungewissheit und des Hoffens weitestgehend. Andere Männer, die schon eine längere Zeit der sich weiter konkretisierenden Befunde durchlebten, sind bereits auf die Diagnose vorbereitet oder erleben sie weniger überraschend. Dennoch fällt es den meisten Männern in diesem Moment, der häufig als Schockmoment beschrieben wird, schwer, Emotionen zuzulassen und die Geschehnisse in ihrem Ausmaß zu begreifen.

Herr Althoff und seine Partnerin entscheiden sich zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft für die Inanspruchnahme eines nicht-invasiven Bluttests. Da sie durch ihr Alter zur sog. Risikogruppe gehören, sie sich ein Leben mit einem behinderten Kind nicht vorstellen können und sie von den Möglichkeiten des Tests angetan sind, entscheiden sie sich für diese Option. Das **Ergebnis** einer Trisomie 18 ist in der Folge für sie **sehr überraschend**. Eine genaue Aufklärung, wie der Test funktioniert und wie die Ergebnisse im Einzelnen zu interpretieren sind, gab es offenbar zuvor nicht (»Dann war das Ergebnis doch relativ überraschend mit Trisomie 18. Und Trisomie 18 sagte mir jetzt auch erstmal gar nichts. Hab ich mich

dann von meiner Frau aufklären lassen […]«, Pos. 10). Konfrontiert mit der Diagnose, sind bis zum abendlichen Gespräch in der Klinik zur Besprechung des Befundes für Herrn Althoff noch einige Fragen ungeklärt. Zunächst scheint nach dem Anruf die **Hoffnung** zu bestehen, dass es sich um eine Risikoeinschätzung handelt, die noch zu ihren Gunsten ausfallen könnte. Diese Hoffnung wird ihnen jedoch mit dem abendlichen Gespräch genommen, als klar ist, dass das Ergebnis des Tests wenig Spielraum für ein falsch-positives Ergebnis lässt.

> […] Als wir abends in der Klinik waren, stand aber diese magische Zahl von 99,99 % da. […] Also man hat uns da auch jetzt nicht, ich sag mal so großartige Hoffnung gemacht, dass jetzt diese 0,01 % da sehr wahrscheinlich sind, dass man da Glück hat. So dass wir an dem Abend eigentlich auch schon damit abgeschlossen haben. (Herr Althoff, Pos. 11 f.)

Auch Herr Heinrich berichtet von einer recht **unmittelbaren Konfrontation** mit dem ernüchternden **Befund** während einer Untersuchung (« […] Also es gab jetzt keinen Prozess für mich, […] Es gab da keine Entwicklung, sondern (.) gut ich kam dann mittags in die Klinik, dann waren da zwei Ärztinnen oder eine Ärztin und eine Assistentin, die haben uns dann den Befund dargelegt […]«, Pos. 9). Herr Althoff gibt zudem von seiner Partnerin an, dass sie durch die Diagnose »mitgenommen« gewesen sei (Pos. 11), und Herr Heinrich, dass seine Partnerin die »Schwere des Befundes« zunächst nicht habe wahrnehmen wollen (Pos. 9). Herr Althoff sagt im Gespräch oft über sich aus, dass er sich »**emotional schützen**« wolle und sich nicht sicher sei, inwieweit sich daran künftig etwas ändern werde (Pos. 31). Sich in »emotionale Abgründe« (Pos. 39) zu begeben, hält er persönlich zu diesem Zeitpunkt nicht für hilfreich.

Herr Döbel und seine Partnerin haben bereits drei ältere Kinder, als es zu der ungeplanten Schwangerschaft kommt. Dass sie die Schwangerschaft fortsetzen, steht jedoch vor dem Befund außer Frage. **Von der Diagnose** einer Trisomie 18 sind sie schließlich **geschockt**[14], nachdem zuvor im Ultraschall ein Herzfehler entdeckt und der Verdacht auf eine Trisomie geäußert wurde. Sie hatten zunächst mit einer Trisomie 21 als der einzig ihnen bekannten Trisomie-Form gerechnet. Dass es weitere Formen von Trisomien gibt und das Kind damit eine geringe Überlebenschance hat, war dem Paar, ebenso wie Herrn Althoff und seiner Partnerin, bis dahin nicht bekannt (»Ja, das war natürlich erstmal ein Schock. Erstmal wussten wir überhaupt nicht, was ist das? Wir haben da bisher noch nie was von gehört […]

14 Einige weitere Männer geben an, von der Diagnose »geschockt« gewesen zu sein, wie die nachfolgenden Passagen belegen: »Naja, wir waren erst ziemlich schockiert […] Hat eine Weile gebraucht, bis wir uns wieder gefasst hatten […]«, (Herr Neumann, Pos 15); »[…] Aber als dann nachmittags schon, also abends dann der Befund da war, da, ja da hat es mir die Schuhe ausgezogen (.)«, (Herr Ludwig, Pos. 7).; »Das war natürlich ein Schock«, (Herr Perez, Pos. 14).

Das hat uns natürlich erstmal total den Boden unter den Füßen weggezogen, also da waren wir erstmal, schon mal total fertig«, Pos. 9-10). Auch das Paar Ebert erlebt die Diagnose als Schock (»Gut, dann hat er uns gleich einen Termin/großer Schock natürlich, das lang gehegte Wunschkind, das nach hartem Kampf da gekommen ist, droht, verloren zu gehen […]«, Pos. 15). Mit der **Hoffnung auf Möglichkeiten zur Behandlung** der diagnostizierten Behinderung suchen Herr Ebert und seine Partnerin verschiedene Ärzte auf. Herr Ebert erlebt die Befundmitteilungen immer wieder »emotional« (»Ja, dann sind wir raus, waren natürlich wieder fertig, weil auch wenn man dieselbe Nachricht dreimal hört, wird sie dadurch nicht besser oder es wird nicht weniger emotional […]«, Pos. 19).

Herr Otte ist bei der Konfrontation mit der Diagnose **fassungslos**. Er fühlt eine **Ohnmacht** gegenüber der ausweglosen Situation, nachdem auch er zuvor Hoffnungen auf einen guten Ausgang und auf eine Möglichkeit der Therapie gehabt hatte. Die Ausweglosigkeit der Situation ist für ihn kaum aushaltbar.

> Da haben wir ein bisschen gebraucht, um damit umzugehen. Die haben uns da unsere Ruhe gelassen in, in den Behandlungs- und Diagnoseräumen, haben uns da alleine mit uns sein lassen und so weiter. Nur wir konnten es überhaupt nicht fassen (.), weil erstmal es überhaupt keinen Weg daraus erkennbar. Also ich suche immer nach einem Weg, aber da habe ich keinen gefunden. (Herr Otte, T1, Pos. 23)

Bei Herrn Florian hingegen ist es die prognostizierte, geringe **Lebenserwartung des Kindes,** die ihn »umhaut«, da seine Partnerin und er sich innerlich auf die Diagnose Trisomie 21 eingestellt hatten (s.u.). Für ihn ist nicht der Umstand, dass das Kind mit einer Behinderung auf die Welt kommt, sondern die geringe Lebenserwartung des Kindes emotional **herausfordernd** (»Und gut, dann kam das eben mit der Lebenserwartung und das war (.) erstmal ein harter Schlag […]«, Pos. 13).

> […] die haben eine Lebenserwartung von maximal fünf Monaten ausgesprochen dazu. Und das hat uns dann doch ganz schön umgehauen erstmal. Wir waren beide/haben wir gedacht/ah eigentlich, ich hatte mich persönlich irgendwie sehr darauf gefreut, vielleicht irgendwie ein Down-Kind zu bekommen oder so […]. (Herr Florian, T1, Pos. 12)

Auch Herr Gerdts erinnert, dass er im ersten Moment mit der Diagnose etwas »Schlimmeres« als ein Down-Syndrom verband, da diese die einzig ihm bekannte Behinderung war, unter der er sich etwas habe vorstellen können (Pos. 5). Dass von den **Ärzten** lediglich ein **negatives Bild von der Behinderung** gezeichnet worden sei, habe es ihm als »Unwissenden« nicht erleichtert, sich weiterhin auch positiv der Schwangerschaft zuzuwenden (»[…] Da war das immer das Baby und immer/das änderte sich dann abrupt. Mit der Diagnose war es dann nur noch eine Diagnose. Und da war es kein süßes Baby mehr«, Pos. 7). Eine ähnliche Erfahrung

schildert Herr Jakobs, als im Ultraschall diverse Auffälligkeiten genannt werden und die Ärztin während der Untersuchung lediglich mit einer Kollegin, nicht aber mit dem Paar spricht. Da die Fachsprache der Ärztin für das Paar nicht verständlich ist, fordert Herr Jakobs die Ärztin schließlich auf, doch bitte mit ihnen und nicht mit der Kollegin über sie zu sprechen. Die Art der Befundmitteilung empfindet Herr Jakobs wie eine Mängelliste, die abgehakt wird (»Und meine Frau […] liefen dauernd die Tränen […] hab dann gesagt, sie [die Ärztin] soll damit bitte aufhören, sie soll, wenn sie da was sagt, dann doch bitteschön mit uns reden […]«, Pos. 13).

Herr Becker, der mit seiner Partnerin bereits viele Untersuchungstermine mit immer neuen Details über den Befund wahrgenommen hat, ist hingegen von der letztendlichen Diagnose **nicht mehr überrascht** (»[…] uns war vorher klar, man wusste ja schon, es wird immer alles schlimmer und man hatte schon mit dem Gedanken immer mehr, also es war jetzt, also man war im Prinzip nicht unvorbereitet, sag ich mal. […]«, Pos. 12). Er benennt zwar an einigen Stellen, dass es schlimm gewesen sei, er zugleich jedoch durch seine Krebserkrankung bereits gelernt habe, mit Schicksalsschlägen umzugehen und sich mit ihnen zu arrangieren (»[…] Das fällt mir halt vielleicht auch in meinem speziellen Fall durch die vorherige Krebserkrankung […] leichter. Wenn man schon einmal so einen vor den Bug gekriegt hat […]«, Pos. 16 f.). Während der Befund für seine Partnerin »die Hölle« (ebd.) gewesen sei, ist er selbst eher **emotional distanziert**. Dass er weniger stark emotional belastet sei als seine Partnerin, begründet er auch mit geschlechtsspezifischen Unterschieden (»[…] also so eine Nummer geht nicht spurlos an einem vorbei und an der Frau weniger als am Mann, weil ich glaub schon, dass Männer da anders mit umgehen (.)«, Pos. 13). Wie für Herrn Becker kommt auch für Herrn Imholz die spätere Diagnose aufgrund der vorherigen Vermutung nicht überraschend. Er ist bereits innerlich darauf vorbereitet (»[…] Und dann, ja, (.) es war natürlich jetzt nicht aus heiterem Himmel, weil es gab schon die erste, sozusagen den ersten Verdacht […]«, Pos. 6).

Die Emotionen, von denen Herr Imholz im Zusammenhang mit der Befundmitteilung berichtet, beziehen sich jedoch weniger auf den Befund an sich, als vielmehr auf den Umgang der Ärzte damit, wie im nachfolgenden Kapitel 5.2.3.2 noch deutlich wird. Trotz des Befundes hegt er jedoch auch **weiterhin** die **Hoffnung**, dass die Ärzte mit der **Diagnose** evtl. **falsch** liegen könnten (»[…] ich war nie so sicher, dass diese Untersuchung jetzt wirklich stimmt, dass das wirklich jetzt die absolute Realität ist, weil es auch schon genügend Beispiele gegeben hat, wo die Ärzte sonst was gesehen haben und dann kam ein gesundes Kind zur Welt […]«, Pos. 12). Wie Herr Imholz hat auch Herr Meier, obwohl der Befund offenbar eindeutig ist, bis zur späteren Geburt die Hoffnung, es könnte eine falsche Diagnose vorliegen und die Tochter eventuell lebensfähig sein. Für seine Partnerin hingegen ist gerade der Gedanke, dass die Tochter nach der Geburt versterben

wird, ein Umstand, der ihr die Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft überhaupt emotional ermöglicht. In dieser Hinsicht erlebt Herr Meier seine Partnerin als »konträr«, da er sich offenbar fortwährend auf die Hoffnung einer falschen Prognose stützt, während seine Partnerin gerade aus dieser die Kraft für das Fortführen der Schwangerschaft zieht.

> […] Aber (.) meine Frau, das war irgendwie konträr zu mir, meine Frau hat damit abge-/sie hat sich nie darauf eingelassen, dass sie leben wird für 17 Jahre lang oder sowas. Sondern für sie war eigentlich klar, sie wird halt dann (.) irgendwie versterben nach der Geburt. Für mich war das nicht klar. Für mich ist die Welt zusammengebrochen, dass, wie es dann Schluss war (.) […]. (Herr Meier, T1, Pos. 42 f.)

Nachdem der Befund geklärt ist, wird in der Regel durch den Arzt mitgeteilt, welche weiteren Optionen dem Paar in ihrer jeweiligen Situation zur Verfügung stehen. In Abhängigkeit vom Befund können prä- oder postnatale operative oder therapeutische Maßnahmen möglich sein. Wenn das Kind mit der gestellten Diagnose voraussichtlich nicht ohne intensivmedizinische Versorgung lebensfähig ist, kann ein palliativer Weg als Alternative besprochen werden. Auch die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, wird in der Regel thematisiert. Im nachfolgenden Kapitel wird dargestellt, wie die Männer entsprechende Hinweise auf mögliche Ausgänge der Schwangerschaft erinnern.

5.2.3.2 Umgang mit Hinweisen zum Schwangerschaftsausgang

Mit der gestellten Diagnose teilen Ärzte den betroffenen Paaren zumeist unmittelbar mit, welche Optionen ihnen zum weiteren Vorgehen zur Verfügung stehen. In Abhängigkeit vom Befund können therapeutische bzw. operative Maßnahmen mit der Aussicht auf Heilung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes des Kindes eine Option darstellen. Sofern dies der Fall ist, gilt es für die Paare, gemeinsam mit den Ärzten abzuwägen, was sowohl für das Kind als auch für sie als Eltern eine tragbare Entscheidung ist. Für andere Paare wird eine palliative Begleitung relevant, wenn sie sich für das Austragen ihres schwer kranken oder behinderten Kindes entscheiden, das mit einer infausten Prognose geboren wird. Die Beendigung der Schwangerschaft kann neben den genannten Optionen dann relevant werden, wenn für die Frau die körperliche und psychische Belastung durch das Austragen der Schwangerschaft als unzumutbar eingeschätzt wird.

Die in diesem Kapitel angeführten Passagen sind danach ausgewählt, ob die Männer im Kontext der Befundmitteilung, und noch *vor* der Auseinandersetzung mit einer möglichen Entscheidung, entsprechende Hinweise oder Empfehlungen von Ärzten oder anderen Professionellen erinnern. Es fällt auf, dass die Männer die Hinweise teilweise vor dem Hintergrund des späteren Schwangerschaftsausgangs werten. In Abhängigkeit davon, welche Präferenz zum Zeitpunkt des Befun-

des oder auch später im Rahmen der Entscheidung besteht, werden die durch Ärzte oder andere professionelle Kontaktpersonen genannten Optionen in der Erzählung retrospektiv von den Männern entsprechend als passend, hilfreich, unpassend oder befremdlich erinnert. Für die weitere Darstellung in diesem Kapitel werden die nachfolgenden Zitate nach der **Art des Schwangerschaftsausgangs**, als ausgetragene oder beendete Schwangerschaften, unterschieden. Es wird angenommen, dass die bereits zu dem Zeitpunkt des Befundes bestehende persönliche oder die sich im späteren Prozess der Auseinandersetzung herausbildende Präferenz Einfluss darauf hat, wie einzelne Gesprächssituationen von den Männern rückwirkend beurteilt werden. Nachfolgend werden zunächst die Situationen dargestellt, bei denen die Entscheidung für einen **Abbruch der Schwangerschaft** getroffen wurde.

Bei Herrn Otte wird deutlich, wie sensibel seine Partnerin und er für Hinweise und Umgangsformen des Umfeldes zu einem Zeitpunkt sind, als für das Paar der Ausgang der Schwangerschaft **noch weitestgehend offen** ist. Er berichtet von drei unterschiedlichen Szenarien, bei denen durch eine Beraterin, eine Kinderkrankenschwester und eine Ärztin direkt oder indirekt Position zu einem möglichen Schwangerschaftsausgang bezogen wurde und die von ihm retrospektiv sehr unterschiedlich bewertet werden. Zunächst erinnert Herr Otte eine Szene auf einer Kinderintensivstation. Hier wollten sich seine Partnerin und er ein Bild davon machen, was ihnen bei einer Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft und nachgeburtliche operative Eingriffe bevorstehen würde. In der Wahrnehmung des Paares und insbesondere der Partnerin von Herrn Otte werden sie jedoch von den Angestellten auf der Station so behandelt, als hätten sie sich bereits für das Austragen der Schwangerschaft entschieden. Für Herrn Otte ist das Szenario mit den Kindern auf der Station und den betroffenen Eltern abschreckend, während seine Partnerin vornehmlich den Umgang der Krankenschwestern negativ erinnert, die in ihrer Wahrnehmung nicht neutral auf das Paar eingehen, sondern sie so durch die Station führen, **als wäre ihre Entscheidung bereits gefallen.**

> […] Also war ein eher negatives Erlebnis […] weil die versucht haben, nur das Positive dran zu sehen und da ist sie sich richtig verarscht vorgekommen […] also richtig unverstanden oder nicht wahrgenommen in unserer Entscheidung, die wir ja noch nicht getroffen haben. […]. (Herr Otte, T1, Pos. 40)

Weiter erinnert Herr Otte ein Gespräch mit einer Beraterin, die er nach der Befundmitteilung für eine Terminvereinbarung kontaktiert. Sie berichtet Herrn Otte am Telefon von einer anderen Klientin, die sie betreut und bei der sie miterlebt, wie belastend die Situation mit einem Kind auf der Intensivstation sein kann. Im Gegensatz zu der in seiner Wahrnehmung stark beschönigenden Darstellung aus der Klinik schätzt Herr Otte in dem Moment die Worte der Beraterin, die **auch** die andere, **belastende Seite** der Option einer ausgetragenen Schwangerschaft **darstellt**.

> […] Und solche Geschichten kennt die halt auch. Also die kennt, die ist auch wirklich ein bisschen sauer auf die Medizin, dass sie sagt (…) insofern, als sie sagt, die sehen nur das, was möglich ist. Aber sie sehen nicht die Leute, die dann damit umgehen müssen. […] Auch die Kinderkrankenschwester geht irgendwann heim, wenn ihre Schicht zu Ende ist und geht vielleicht zu ihrem Partner in ihr normales Leben oder zu ihren Freunden oder sonst was und muss nicht damit leben. Und sie müssen damit leben, hat sie gesagt. (Herr Otte, T1, Pos. 43)

Mit den Hinweisen der Beraterin, die sich von potentiellen medizinischen Möglichkeiten distanziert und eine eher empathisch-kritische Haltung aus Sicht der Eltern einnimmt, kann Herr Otte sich stärker identifizieren. Einerseits thematisiert sie den Unterschied zwischen Professionellen und Eltern, bei dem die einen die Möglichkeit haben, sich in ihrem Privatleben der Belastung zu entziehen, während sie als Eltern mit einer anderen Verantwortung und Betroffenheit involviert sind. Auf der anderen Seite nennt sie auch ein »Negativbeispiel«, das in gewisser Weise einen Kontrast zu den Erzählungen in der Klinik darstellt, in der in der Wahrnehmung des Paares alle Aussagen und Erfahrungen stark beschönigt wurden.

Als besonders hilfreich für die spätere Entscheidung erinnert Herr Otte zuletzt ein Gespräch mit einer spezialisierten Ärztin. Diese habe auf sehr rationale Weise alle möglichen Optionen, zu denen auch ein palliativer Weg (Compassionate Care) als dritter Weg mit angeführt wird, aufzeigt. Das **Benennen aller denkbaren Ausgänge** der Schwangerschaft sowie möglicher Komplikationen schafft für Herrn Otte den Raum, den er benötigt, um sich ein eigenes Bild davon zu machen, was für ihn persönlich ein tragbarer und gangbarer Weg ist.

> […] Und das hat meine Entscheidung dann/also ich weiß, dass die, dieses Gespräch meine Entscheidung sehr (.) sehr beeinflusst hat. Und dafür bin ich der aber sehr dankbar. Also dass die, dass diese Ärztin und Professorin, dass die so offen und klar und nüchtern und realistisch gesagt hat, so kann es gehen, so kann es auch nicht gehen. Hat jede, also wirklich auch alle möglichen Behinderungen, die dabei entstehen können, also diese, brauche ich Ihnen nicht erzählen, diese Horrorgeschichten. (Herr Otte, T1, Pos. 45)

Eine Konfliktsituation, in der wie bei Herrn Otte verschiedene Ausgänge der Schwangerschaft potentiell denkbar sind, erlebt Herr Heinrich auf diese Weise aufgrund der infausten Prognose für das Ungeborene nicht. Er sieht sich durch die »Hinweise«, die offenbar insbesondere von einer Beraterin ausgehen, **in seiner Meinung bestätigt** (»[…] Wir wurden dann nicht gedrängt aber zumindest (.) lautete eine Empfehlung, dann auch wirklich einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen (8)«, Pos. 11). Seine Partnerin hingegen habe über längere Zeit gezögert, ob ein Abbruch der richtige Weg für sie sei (»[…] Meine Frau hatte die Schwere dieser Diagnose zuerst gar nicht wahrgenommen. Das war ein

Prozess, der sich dann erst über mehrere Wochen hingezogen hat (.) […]«, Pos. 11). Aufgrund der Reaktion der Partnerin habe der Frauenarzt zunächst davon **abgeraten**, einen **Abbruch** durchführen zu lassen (»[…] ganz einfach, weil er der Auffassung war, dass die Schwangerschaft sich sowieso viel schneller praktisch von selbst erledigen würde, als es sich dann tatsächlich getan hat […]«, Pos. 20). Die Option einer Geburt mit einer palliativen Sterbebegleitung wird von Herrn Heinrich im Gespräch nicht erwähnt. Dass er selbst offenbar schon früh zu einem Abbruch der Schwangerschaft tendiert, wird deutlich, als im Rahmen eines Beratungsgesprächs seine Präferenz durch die Beraterin Bestätigung findet.

> Letztendlich hat dann/wurde dann in der Beratungsstelle ganz knallhart gesagt, dass die Schwangerschaft keinen Nutzen mehr hat, dass sie zu nichts führen kann und dann hat meine Frau halt die Entscheidung getroffen, diesen Abbruch durchzuführen. Und ich war dann halt auch sehr schnell wieder bei dem Punkt, wo man ja eigentlich objektiv (.) schon nach kurzer Zeit ist (…). Wir reden ja nicht von einer Behinderung, sondern wir reden ja von etwas, was einem Todesurteil gleichkam sofort. (Herr Heinrich, Pos. 23)

In der Wahrnehmung von Herrn Korte gibt es eine **Tendenz der Ärzte zu einem Abbruch der Schwangerschaft**. Er räumt jedoch auch ein, dass sich niemand ihnen gegenüber je explizit geäußert habe. Da sowohl er als auch seine Partnerin sich recht schnell in der Entscheidung einig sind und die Prognose für das Ungeborene, wie auch bei Herrn Heinrich, eine infauste ist, wird die »gefühlte« Tendenz der Ärzte nicht negativ aufgefasst oder als unpassend empfunden.

> Gefühlt kam halt schon so von den Ärzten so eine gewisse Tendenz durch […] (.) ich meine, die werden sich natürlich hüten, da irgendwelche Aussagen zu machen, brechen sie lieber ab und was weiß ich nicht. Aber (.) so die Argumentation ging halt GEFÜHLT in die Richtung […]. (Herr Korte, Pos. 11)

Die nachfolgenden Situationen sind aus der Perspektive derjenigen Männer erinnert, die für sich ein **Austragen der Schwangerschaft** präferieren. In der Erinnerung von Herrn Gerdts ist die mögliche Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft mit weniger äußeren Barrieren verbunden als die Entscheidung für das Austragen. Während für die eine Option ein einfaches Ja gegenüber den Ärzten gereicht hätte, wird die Option für das Austragen zu einer legitimationsbedürftigen Entscheidung gegen den Abbruch. Ein **Schwangerschaftsabbruch** wird bei dem vorliegenden Befund offenbar als die übliche oder **normale**[15] **Reaktion** von den Ärzten dargestellt. Hinzu kommt, dass ein **zeitlicher Druck** in Bezug auf eine Entscheidung von den Ärzten **suggeriert** wird (»[…] Und das war schon eigentlich/also wir hätten da einmal nur Ja sagen können, dann wäre das Kind nie,

15 Zum Begriff Normalität siehe auch Kap. 9.2.

wäre (Sohn) nie zur Welt gekommen. Das hätte/da war alles schon/da wird auch relativ schnell verlangt, dass man sich da orientiert und sagt, ›ja, wir können das (.)/wir wollen das [den Abbruch] nicht‹, Pos. 7). Mit dem mahnenden Hinweis, sich als Paar zu überlegen, ob die Beziehung eine Entscheidung für das Kind aushalten könne, wird zudem eine persönliche Grenze überschritten (»Weil es wurde dann auch gesagt, überlegen sie sich, was Sie ihrer Beziehung antun. Und dass/ob die das aushält […]«, Pos. 8).

Auch Herr Meier erinnert, dass ein **Abbruch** ab dem Zeitpunkt der Befundmitteilung als jederzeit wählbare Option **angeboten** wurde. Die Möglichkeit zu einem Schwangerschaftsabbruch steht jedoch im Kontrast zu Herrn Meiers Beziehung zum Ungeborenen. Über ein eigentlich voll entwickeltes Kind so zu sprechen, weckt seinen Argwohn. Auch dass der Zeitpunkt offenbar frei wählbar für das Paar ist, suggeriert, dass der für ihn »vollwertige« Mensch von den Ärzten nicht (mehr) als solcher wahrgenommen wird.

> […] Aber kann uns eins sagen, dass es/wir können uns jetzt gleich entscheiden oder auch später. Es gibt jetzt so ein psychologisches Gespräch mit uns. Das ist also vorgeschrieben. Das können wir in Kauf nehmen, in Anspruch nehmen, aber es ist ab jetzt und auch, wenn wir uns das in drei Wochen überlegen, jeder Zeit die Möglichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch (.). Bei einem Kind, das schon eigentlich voll entwickelt ist und nur noch drauf wartet, dass es weiterwächst […]. (Herr Meier, Pos. 30 f.)

Auch Herrn Neumann und seiner Partnerin wird im Kontext der Diagnosestellung mitgeteilt, dass sie mit dem Befund die Schwangerschaft beenden könnten (»[…] Und da hat er gemeint, ja und der hat eigentlich relativ offen gesagt, ja, ›sie können das Kind abtreiben‹. Ohne/da habe ich gesagt, das kommt für uns eigentlich nicht in Frage […] Der war da recht emotionslos (4 Sek.). […]«, Pos. 4). Mit ihrer **Haltung für das Austragen** der Schwangerschaft würden sie einen **Einzelfall** darstellen, den sie »eigentlich noch nie gehabt« hätten. Durch den Umgang der Ärzte, die sich zusätzlich schriftlich absichern, dass sie über die Option eines Abbruchs aufgeklärt haben und sich das Paar eigenständig dagegen entschieden hat, wird auch deutlich, dass offenbar auf Seiten der Ärzte Unsicherheit im Umgang mit Paaren besteht.

> […] Aber bei [Trisomie] 18, das hätten sie eigentlich noch nie gehabt, dass einer dann gesagt hätte, er trägt das aus. Aber (.) das wurde dann auch an (.) unsere, die normale Frauenärztin von meiner Frau auch weitergeleitet. Dann kam da gleich so eine Kontrollmitteilung, »wir haben darauf hingewiesen« und so, um sich da auch abzusichern. Und die Patientin hat nach Beratung aber gesagt, sie will das nicht haben. (Herr Neumann, Pos. 5)

Herr Imholz erlebt den durch die Ärztin vorgenommenen Vergleich mit der »Mehrheitsentscheidung anderer Frauen« als indirekte **Beeinflussung seiner Partnerin**. Für Herrn Imholz kommt dies einer Empfehlung gleich. Ähnlich wie bei Herrn Meier wird diese Äußerung der Ärztin als konträr zur eigenen, präferierten Haltung wahrgenommen. Hinzu kommt, dass seine Partnerin seit der Diagnose stark zu einem Abbruch tendiert, den sich Herr Imholz wiederum gar nicht vorstellen kann. Alles, was seine Partnerin in diese Richtung der Entscheidung beeinflussen könnte, nimmt er als Gefahr wahr. Vor diesem Hintergrund ist die Art, wie die Option des Abbruchs genannt wird, für ihn auch besonders problematisch.

> […] Und ich/und dann im Kontrast dazu hat dann diese Ärztin davon gesprochen, ganz nüchtern, dass ja, »kann man das und das abtreiben«. Und sie hat dann auch, »ja, man kann Ihnen natürlich keine Empfehlung geben, aber ich kann Ihnen sagen, die allermeisten Frauen in Ihrer Situation würden sich für eine Abtreibung entscheiden«. (Herr Imholz, Pos. 7)

Im Kontrast hierzu erinnert Herr Imholz ein Gespräch mit einer Psychologin, das er infolge der Uneinigkeit mit seiner Partnerin mit ihr gemeinsam mehrmals sucht, als sehr positiv und richtungsweisend. Er benennt und bewertet die wahrgenommene Übereinstimmung in der »Weltsicht« der Psychologin als positiv (»[…] ist die Weltsicht dieser Psychologin eher meiner ähnlich als der meiner Frau gewesen, was ich auch ziemlich schnell gespürt hab und das schon mal positiv fand sozusagen […]«, Pos. 17). An späterer Stelle wird deutlich, weswegen Herr Imholz sich mit der Psychologin stärker identifizieren kann. Obschon sie beide möglichen Schwangerschaftsausgänge und deren potentiellen **Folgen** gegenüberstellt, führt sie die »psychischen Risiken« **eines Schwangerschaftsabbruchs** gegenüber der Partnerin mit dem Hinweis an, dass es eine Illusion sei, dass sie es sich mit einem Abbruch der Schwangerschaft emotional »leichter« mache und sich Leid erspare. Da in der Wahrnehmung von Herrn Imholz von den Ärzten lediglich die Option eines Abbruchs propagiert wurde, fühlt er sich in der Haltung der Psychologin stärker abgeholt und bestätigt.

> […] und sie wusste aus ihrer eigenen Erfahrung eben zu berichten, dass das, dass die Abtreibung kein leichter Weg ist im Sinne von äußerlich scheint das jetzt, wir beseitigen das Problem. Aber intern in der Frau drin ist das nicht weg deswegen, so ne? Und diese Verarbeitung dieser Entscheidung die ist wohl offensichtlich sehr kompliziert. (Herr Imholz, Pos. 24)

Herrn Rupert und seiner Partnerin wird während der noch ausstehenden Ergebnisse der Fruchtwasseruntersuchung der **Rat zu einem Abbruch** gegeben, sofern zusätzlich zu dem bisherigen Befund eine genetische Abweichung vorliegen sollte. Da dies jedoch nicht der Fall ist, räumt Herr Rupert ein, sich keine weiteren Ge-

danken über einen möglichen Abbruch gemacht zu haben. Was sie im Fall eines zusätzlichen genetischen Befundes gemacht hätten, kann er nicht sagen.

> […] Und ja, der Arzt an sich hat, der hat, (.) ich habe es so aufgefasst, dass er uns dazu geraten hat, dass WENN er noch einen Gendefekt hat, dass dann die (.) aus seiner Sicht eine Abtreibung halt relativ, (.) oder dass er die für sinnvoll gehalten hätte, weil halt dann die Überlebenswahrscheinlichkeit von den 20 % nochmal um einiges geringer gewesen wäre. (Herr Rupert, Pos. 20)

Die verschiedenen Reaktionen der Männer auf die Option eines Schwangerschaftsabbruchs zeigen, wie stark diese von den persönlichen Einstellungen, der ursprünglichen Präferenz und auch der später tatsächlich getroffenen Entscheidung abhängig sind. Es fällt auf, dass die Bewertungen der Empfehlungen in Abhängigkeit vom späteren Schwangerschaftsausgang variieren. Während für diejenigen Männer, die einen Abbruch als Schwangerschaftsausgang präferierten, der Hinweis auf die Option eines Abbruchs weniger problematisch erscheint, stellt gerade für diejenigen Männer, die sich mit dem Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch nicht identifizieren können, der Hinweis oftmals eine Grenzüberschreitung oder Gefahr dar. Exemplarisch wird bei Herrn Otte deutlich, dass die Art und Weise, wie über unterschiedliche Schwangerschaftsausgänge gesprochen wird, dazu beitragen kann, ob sie als neutral oder wertend empfunden werden. Hier scheint es wiederum stark von den individuellen Bedürfnissen in der jeweiligen Situation abhängig zu sein, ob eher nach einer Bestätigung der eigenen, bereits vorhandenen Präferenz gesucht wird oder ob zu dem Zeitpunkt des Gesprächs noch alle Optionen offen sind und daher eher eine neutrale Haltung im Gespräch den eigenen Bedürfnissen zuträglich ist. Ein entsprechendes Feingefühl von professioneller Seite kann dazu beitragen, dass das Sprechen über mögliche Alternativen in der Situation nicht als unangemessen oder gar bedrängend empfunden wird.

Auch die Sorge vor einer Beeinflussung der Partnerin wird in diesem Zusammenhang deutlich, beispielsweise bei Herrn Imholz. Da Männer teilweise bereits mit sich selbst im Konflikt stehen, inwieweit sie ihre eigene Tendenz, Meinung oder Gedanken überhaupt äußern sollten, um ihre Partnerin nicht zusätzlich zu belasten, kann der Gedanke an eine Beeinflussung der Partnerin durch Außenstehende als bedrohlich wahrgenommen werden und Reaktionen der Abwehr hervorrufen. Deutlicher wird dies in der späteren Phase der gemeinsame Entscheidungsfindung (siehe Kap. 5.2.4).

Auseinandersetzungen, die nur einzelne Paare betreffen, sind die über mögliche Behandlungsoptionen beim Kind. Diese werden dann relevant, wenn bei der gestellten Diagnose die Möglichkeit besteht, noch während der Schwangerschaft oder nach der Geburt den Gesundheitszustand des Kindes zu erhalten oder zu verbessern. Die Gedanken, die sich unmittelbar an das **Informieren über Behand-**

lungsmöglichkeiten anschließen, stehen stark im Zusammenhang mit der Diagnose und der Aussicht auf Behandlungserfolge.

Herrn Ebert und seiner Partnerin wird, nachdem im Ultraschall das Fehlen beider Nieren beim Ungeborenen festgestellt wurde, zu einer invasiven Untersuchung geraten, um das Vorliegen eines zusätzlichen genetischen »Defekts« auszuschließen. Da dieser für Herrn Ebert und seine Partnerin jedoch keine Relevanz in Bezug auf ihre Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft hätte, entscheiden sie sich **gegen** eine **invasive Untersuchung**[16]. Als sich nach den vielen Arztbesuchen ohne Aussicht auf eine Behandlungsoption endlich eine Perspektive für sie eröffnet, nachdem sie zuvor immer wieder von Ärzten in Bezug auf Möglichkeiten der Behandlung desillusioniert wurden, ist das Paar sehr hoffnungsvoll. Ihnen scheint **jede denkbare Überlebenschance positiv** in Relation zu dem Versterben des Kindes nach der Geburt, wie es bisher durch die Ärzte vorhergesagt wurde. Ihnen erscheint der Moment, in dem ein Arzt ihnen zum ersten Mal eine **Behandlungsoption** aufzeigt, mit der das Leben ihres Kindes nicht mit der Geburt endet, als **positiver Wendepunkt**.

> […] Sind dann wieder heimgefahren und sollten uns dann halt melden, ob wir den Eingriff machen wollen oder nicht. Haben das auf der Autofahrt kurz ausdiskutiert und waren uns einig, ja, wenn das Kind/also auch drei Prozent Überlebenschance sind besser als hundert Prozent Todes-Chance und haben uns dann letztendlich für diese Behandlung entschieden. Jetzt auch, ohne noch einmal das Angebot in Anspruch zu nehmen des Arztes, ob man jetzt vorher prüfen sollte, ob noch eine weitere Behinderung vorliegt, keine Ahnung, Trisomie oder sowas. Das war uns erstmal egal oder ist uns egal. Das wäre auch nochmal ein Risiko fürs Kind gewesen, das prüfen zu lassen. (Herr Ebert, Pos. 25)

Auch Herrn Rupert und seiner Partnerin wird zu einem Gentest geraten, da die Überlebenswahrscheinlichkeit des Kindes mit einer zusätzlichen genetischen Abweichung weiter verringert wäre. Für sie ist, während sie auf das Testergebnis warten, klar, dass sie bei einem negativen Ergebnis die Schwangerschaft fortführen und die bestehenden **Behandlungsoptionen ausschöpfen** möchten. Anders als für das Paar Ebert ist für sie jedoch nicht klar, wie sie sich im Fall eines zusätzlichen genetischen Befundes entschieden hätten.

> […] waren wir uns beide […] einig, dass wenn der Gentest negativ ist, dass wir die Schwangerschaft weitermachen wollen (.). Aber […] wenn da irgendwie noch ein Gendefekt vorgelegen hätte (.) ja. Das ist (unv.) jetzt die Frage, vor der Situation standen wir dann im Endeffekt gar nicht […]. (Herr Rupert, Pos. 23)

16 Siehe hierzu auch Kap. 1.2 und 9.1.

Für Herrn Otte ist die Vorstellung, die für das Kind notwendigen Operationen durchführen zu lassen, besonders schrecklich. Es wird immer wieder deutlich, wie groß sein »**Horror« vor einem Leben in Krankenhäusern** ist. Er malt sich Szenarien aus, die offenbar zu einem Großteil aus Erfahrungsberichten anderer Eltern stammen und ihn beängstigen. Auch Erinnerungen an seinen kranken Vater tragen mit zu seinen **Ängsten vor** möglichen **Komplikationen** bei. Dass kein Ende der Behandlungen vorab absehbar ist und deren Risiken nicht kalkulierbar sind, erschwert ihm zusätzlich, sich die Option des Austragens überhaupt vorzustellen.

> Ich FASS ES NICHT, was mit, was da passieren kann. Ich FASS ES NICHT. Kind wird operiert, Operation läuft gut, Kreislauf setzt aus, Kind muss 45 Minuten reanimiert werden. […] Kind wird 45 Minuten reanimiert, hat hinterher schwere Gehirnschädigungen, ist ab da zu weiß nicht, wie viel Prozent körperlich und zu weiß nicht, wie viel Prozent, geistig behindert mit fünf oder so. Und das kann jeder Zeit wieder passieren. Also das Kind kann sofort, kann irgendwie, wenn der Sauerstoffgehalt nicht stimmt, dann klappt es um, kommt in die Klinik […] Ich hab damals versucht, mir das vorzustellen. Eben um mir eine Meinung dazu zu bilden, eine Haltung, um eine Entscheidung treffen zu können […]. (Herr Otte, T1, Pos. 46)

Dass die genannten Behandlungsoptionen für Herrn Ebert und Herrn Rupert einen positiven Wendepunkt in ihrer Geschichte darstellen, während sie bei Herrn Otte negative Assoziationen hervorrufen, muss neben dem späteren Ausgang der Schwangerschaft auch insbesondere vor dem Hintergrund des jeweiligen Befundes und des entsprechend notwendigen Behandlungsumfangs sowie der individuellen Vorgeschichte betrachtet werden. Bei Herrn Ebert ist die Vorgeschichte mit der eigenen Fertilitätsproblematik relevant, während bei Herrn Rupert die Aussichten auf Behandlungserfolge für das Kind gut sind. Für Herrn Otte und seine Partnerin ist hingegen fraglich, wie lange sich mögliche Behandlungen hinziehen und wie erfolgreich sie zuletzt verlaufen.

Während in diesem Kapitel die Interaktionen mit Ärztinnen unter dem Aspekt der aufgezeigten Behandlungsmöglichkeiten dargestellt wurden, sollen im nachfolgenden Kapitel Interaktionen mit Ärzten nach der Bewertung der Männer dargestellt werden.

5.2.3.3 Arztinteraktionen nach dem Befund

In der für die Betroffenen sehr sensiblen Zeit nach der Befundmitteilung sind Kontakte zu Professionellen relevant, wenn es darum geht, Handlungsoptionen aufzuzeigen, Orientierung zu bieten und beratend zur Seite zu stehen. Es ist daher auch zumeist die Zeit, in der Paare Kontakt zu Beratungsstellen oder anderen Betroffenen aufnehmen. Während Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und andere unterstützende Angebote freiwillig aufgesucht werden, ist der weitere Kontakt zu Ärzten oftmals weniger frei wählbar. Die Eltern sind nach der Diagnosestel-

lung auf die Zusammenarbeit mit Ärztinnen angewiesen, etwa bei dem Aufzeigen von Behandlungsoptionen oder einer Indikationsstellung. Auch kann deren Erwartungshaltung gegenüber Ärzten vor dem Hintergrund der Tragweite anstehender Entscheidungen und Herausforderungen besonders hoch sein. Es ist deshalb eine besondere Achtsamkeit von professioneller Seite gefordert, wenn es darum geht, auf die sehr individuellen Bedürfnisse der betroffenen Frauen und Männer einzugehen. Dass die Männer und ihre Partnerinnen besonders sensibilisiert sind für die Umgangsformen der Ärzte, wird bei der Betrachtung der nachfolgenden Gesprächssituationen erneut deutlich. Dabei sind es insbesondere **negative Arztkontakte**, die den Betroffenen in Erinnerung bleiben und im Gespräch Erwähnung finden.

Für Herrn Ebert und seine Partnerin ist der Weg hin zur Schwangerschaft bereits mit einem hohen finanziellen und körperlichen Aufwand verbunden. Nach all den Anstrengungen, die sie für ein biologisch eigenes Kind auf sich genommen haben, ist für sie klar, dass sie jeden denkbaren Weg wählen werden, der die Lebenszeit des Kindes verlängern kann. Zunächst wird dem Paar jedoch wenig Hoffnung gemacht, dass es eine Möglichkeit der Behandlung bei der zunächst infausten Prognose gibt. Durch Recherchen im Internet stößt Herr Ebert auf eine experimentelle Form der Therapie in Form einer Fruchtwasserauffüllung, die aber von der aufgesuchten Ärztin als nicht sinnvoll eingeschätzt wird (»[…] Hat letztendlich auch dasselbe diagnostiziert und auch dasselbe gesagt auch zur Fruchtwasserauffüllung, dass sie keinen Sinn sieht […]«, Pos. 18). Auf Empfehlung eines Bekannten und nach weiteren Recherchen sucht das Paar zuletzt einen Spezialisten auf mit der Hoffnung auf eine Behandlungsoption.

> […] Und letztendlich wurde dann die Diagnose nochmal durchgeführt und der Professor, der dort ist, hat auch die Diagnose bestätigt. Da haben die Ärzte jetzt erstmal nichts falsch gemacht. […] Hat aber zehn Sekunden später gesagt: »Paar Türen weiter ist der Professor (Name), der hat mehrere Fälle, so wie den Ihren, sprechen Sie mal mit dem, der kann Ihnen vielleicht helfen mit Fruchtwasserauffüllung«. Also genau die Methodik, die uns die Ärzte in der Uniklinik (Stadt) gesagt haben, die NICHT klappt. Wo dann im Arztbrief interessanter Weise auch drinsteht, dass wir die Methodik abgelehnt haben (Lachen) (.), wurde dann uns empfohlen. (Herr Ebert, Pos. 24)

Da im Nachhinein dank der erfolgreichen Behandlung das Kind des Paares lebensfähig zur Welt gebracht werden kann, ist die Wut darüber, dass die Möglichkeit der Therapie von allen behandelnden Ärzten zuvor abgelehnt, als nicht sinnvoll eingeschätzt oder vorenthalten wurde, besonders groß. Obwohl sich diese Form der Behandlung offenbar noch in einem experimentellen Stadium befindet, hätte sich das Paar gewünscht, auf diese hingewiesen zu werden, um selbst eine Entscheidung

treffen zu können. Unklar bleibt, weswegen im Einzelnen die Ärzte gegenüber der möglichen Therapie ablehnend reagiert haben.

Eine ähnliche Erfahrung machen Herr Ludwig und seine Partnerin, nachdem sie sich infolge der Befundmitteilung über verschiedene Behandlungsoptionen informieren. Offenbar gibt es unterschiedliche Methoden der Behandlung und zwischen den Experten einen Disput darüber, welche Methode die bessere bei diesem Krankheitsbild darstellt. Die behandelnden Ärzte, die unterschiedliche Ansätze verfolgen, stellen die Methode des jeweils anderen vor dem Paar in Frage, so dass sie zuletzt stark verunsichert sind, welche Methode denn tatsächlich die bessere für das Kind darstellt.

> […] Das war so ein bisschen, kam man sich da vor wie zwei Professoren, die auf einer Ärztetagung sich gegenseitig vorwerfen, was der andere jeweils in seiner Behandlungsmethode falsch macht. Und erst hat der in (Stadt A) darüber seins in die Höhe gelobt und gesagt, »ja, diese traditionelle, wie sie das in (Stadt B) machen, das ist schon lange überholt«. Und dann ist man in (Stadt B) und der erklärt einem, was an der in (Stadt A) alles schlecht ist und (.) das, also die haben beide, was die Konsequenzen angeht, haben beide es sehr ähnlich dargestellt. Aber beide haben versucht, uns von ihrer Methode zu überzeugen. Wir haben uns ja jetzt für keine der beiden Methoden entschieden, aber das hat es nicht einfacher gemacht. Also wir sind aus (Stadt A) weggefahren und haben gesagt, »okay, das scheint unserem Kind so viel Chance zu geben. WENN wir das Kind bekommen, dann müssen wir das hier machen, weil das einfach eine vertane Chance (wäre?)«. Und dann kommt man zu dem in (Stadt B) und der versucht, einem wieder genau das Gegenteil zu erklären. Also das hat mich auch sehr wahnsinnig gemacht. Da weiß ich auch nicht, ja, was das soll. Das war so ein bisschen Professorenkleinkrieg. (Herr Ludwig, Pos. 32 f.)

Sowohl Herr Ebert als auch Herr Ludwig berichten von einer Verunsicherung und zusätzlichem Stress durch **divergierende Ärztemeinungen**. Durch die Angewiesenheit der Paare auf ärztlichen Rat und Unterstützung ist das geschilderte Verhalten der Ärzte aus der Perspektive der Betroffenen unprofessionell und nicht bedürfnisorientiert.

Während Herr Ebert und Herr Ludwig mit Ärzten konfrontiert sind, die ihre eigene Methode oder Meinung besonders hoch schätzen, sieht sich das Paar Florian Ärztinnen gegenüber, die offenbar mit der Diagnose wenig vertraut sind. Aus **Mangel an** eigenen Kenntnissen oder **Erfahrungswerten** werden dem Paar infolge der durchgeführten Diagnostik Informationen aus dem Internet vorgelegt, die jedoch nicht zu der Trisomie-Form passen, die bei ihrem Kind diagnostiziert wurde. Statt mit der Unwissenheit offen umzugehen, werden dem Paar unpassende Informationen vorgelegt.

> Die Ärztin in der Praxis hatte auch nur/die hatte keine Fallbeispiele. Sie hat uns nur aus ›nem medizinischen Netzwerk, einem internationalen, einen Text zu dem Krankheitsbild oder zu der Anomalie an sich gegeben. Und hatte aber dann uns nur ein Fallbeispiel von einer anderen Trisomie-Form gegeben, die (.) irgendwie dann zehn Monate alt geworden ist (unv.). Das habe ich (Lachen) nicht verstanden, was sie damit bewirken wollte […]. (Herr Florian, Pos. 14)

Da das Paar bereits über verschiedene Kanäle gut über die Diagnose informiert ist, dreht sich das Kompetenzverhältnis zwischen den Parteien. Während eigentlich die Ärzte das Paar mit Informationen versorgen sollten, übernimmt das Paar mit Fortlauf der Schwangerschaft diese Rolle. Zuletzt ist von Seiten der Ärzte die Unsicherheit so groß, dass die Betreuung für die ursprünglich geplante Hausgeburt abspringt.

> […] wir haben parallel natürlich immer weiter recherchiert im Netz und immer mehr rausgekriegt, wer da wie gerade […] in dieser Facebook-Gruppe wie mit umgeht und wie die Kids sind und haben damit immer wieder die Ärzte versorgt mit diesem Wissen, was dann (.) ja eigentlich am Anfang noch nicht so, aber gerade im letzten Drittel würde ich sagen, der Schwangerschaft, doch immer mehr Unsicherheit geschürt hat auch bei den […] hat das dann zu sehr viel Unsicherheit beim Palliativteam geführt, weil wir eine Betroffenen in der Gruppe gefunden hatten, die mit 25 keine geistige Beeinträchtigung hatte und selber schreibt in der Gruppe, nur körperlich leichte Beeinträchtigungen hatte […]. (Herr Florian, T1, Pos. 21)

Während die bisher dargestellten Fallbeispiele Bezug auf eine misslungene Informationsweitergabe nehmen, ist es nachfolgend die **Art der Kommunikation**, die den Betroffenen negativ in Erinnerung geblieben ist.

Herr Jakobs erlebt mit seiner Partnerin eine Klinikärztin, zu der sie zur Bestätigung der Diagnose überwiesen werden, als sehr **unempathisch und nüchtern**. Statt während der Behandlung mit dem Paar zu besprechen, was sich ihr im Ultraschall zeigt, kommuniziert sie zunächst ausschließlich mit der Assistenzärztin in einer Fachsprache, die für das Paar in dem Moment nicht aufschlussreich ist (vgl. hierzu auch Kap. 5.2.3.2). Als Herr Jakobs dies moniert, rechtfertigt die Ärztin ihr Verhalten damit, dass sie in einer Universitätsklinik seien und sie entsprechend der Assistenzärztin den Befund erkläre. Infolge der Aufforderung geht sie schließlich jedoch mehr auf das Paar ein.

Zwei Männer erinnern, wie sich mit der Diagnose das **Sprechen der Ärzte** über das ungeborene Kind **verändert** hat. Es seien negative Konnotationen in der Sprache, durch die aus dem »Baby« eine »Diagnose« oder gar eine »Mängelliste« wird (siehe unten). Herr Jakobs vergleicht die Situation in der Klinik, in der die Diagnose bestätigt wird, mit einem Besuch in einer Autowerkstatt, bei dem Punkt für Punkt die Mängel abgearbeitet werden. Der Vergleich unterstreicht die nüchterne

und sachliche Art, die im Kontrast zu den emotionalen Umständen der Situation steht.

> […] Das habe ich aus dem, was sie zu der Assistenzärztin gesagt hat, also das war wie so eine Art Mängelliste, die abgehakt wurde und aufgrund der Mängel, die sie festgestellt hat, wusste ich schon/das war, als würde man, ja, mit seinem Auto in der Werkstatt stehen und der KFZ-Meister geht dann durch, was da alles dran ist und man denkt sich, okay, Reparatur kann ich vergessen. Das läuft wohl auf ein neues Auto hinaus. Also das kling jetzt blöd, aber so war das halt in dem Moment. (Herr Jakobs, Pos. 13)

Herr Gerdts nimmt ebenfalls eine Veränderung im Sprechen über das Ungeborene ab dem Zeitpunkt der Diagnose wahr. Der Wechsel vom »süßen kleinen Baby« hin zur nüchternen Diagnose macht es ihm nicht leicht, sich weiterhin positiv mit dem Ungeborenen zu identifizieren. Es wird suggeriert, dass das, was da heranwächst, nicht mehr »süß« sei.

> […] Also es wurde schon ein Bild gezeichnet des Kindes, was dann auch kein Kind mehr war. Bei den ganzen Untersuchungen, wo ich vorher dabei war, hieß es immer, »guck mal hier, der süße Kleine und ne?«. Da war das immer das Baby und immer/das änderte sich dann abrupt. Mit der Diagnose war es dann nur noch eine Diagnose. Und da war es kein süßes Baby mehr […]. (Herr Gerdts, T1, Pos. 7)

Neben den negativen Erfahrungen mit Ärzten im Zusammenhang mit der Befundmitteilung, äußert sich Herr Otte explizit **positiv** zu der Reaktion einer Ärztin. Bereits im Zusammenhang mit den genannten Möglichkeiten zum Schwangerschaftsausgang in Kapitel 5.2.3.2 wurde das Gespräch mit einer Ärztin als besonders hilfreich und positiv erinnert. Herr Otte erlebt den Umgang der Ärztin, welche die Diagnose stellt, als sehr souverän und sicher. Ganz anders als zuvor Herr Florian, fühlen er und seine Partnerin sich von der Ärztin gut aufgefangen und beraten. Die Ärztin scheint mit Kollegen gut vernetzt zu sein und kann konkrete Ratschläge geben, an wen sich das Paar mit der Diagnose wenden kann. Herrn Otte wird durch Erfahrungsberichte aus dem Internet im Nachhinein bewusst, dass es auch vielzählige gegenteilige Erfahrungen gibt und äußert seine Dankbarkeit dafür, als Paar so gut aufgefangen worden zu sein (»[…] Die (.) ja, also, die auch sofort wussten, was gespielt wird und die sehr souverän da mit Leuten wie uns umgegangen sind und ja, da weiß ich auch im Nachhinein natürlich, wie dankbar man da sein muss (.)«, T1, Pos. 21). Insbesondere die gute Vernetzung verschiedener Ärzte und Spezialisten kam in der Situation dem Paar offenbar zugute. Sie fühlten sich gut aufgefangen und beraten (»[…] Also alle Ärzte aus dieser speziellen Diagnostik, der (…) Pränatalarzt, die Herzspezialistin und der Gynäkologe […] und so weiter, die scheinen wirklich sehr eng miteinander verdrahtet zu sein. Hervorragende Ärzte wirklich. War sehr beeindruckt«, T1, Pos. 26).

Herr Gerdts berichtet von sowohl **negativen** als auch **positiven Erfahrungen** und führt diese auf die jeweilige Fachrichtung der Ärzte zurück, mit denen seine Partnerin und er Kontakt hatten. Während im Zusammenhang mit der Pränatalmedizin das Ungeborene vor allem als defizitär wahrgenommen wurde, erinnert er die Ärzte in der Kinderklinik als positiv und optimistisch. Es werden Behandlungsoptionen und Möglichkeiten aufgezeigt, die das Kind nicht mehr nur auf die Diagnose reduzieren (s.o.), sondern es wieder »ein Baby« sein lassen. Dem Paar wird Mut gemacht, nachdem es zuvor durch die übrigen Ärzte stark verunsichert wurde.

> […] Wir haben Hilfe also erhalten, […] diese Chirurgin (.), Frau Dr. (Name), die sagte, hier, sie bekommen ein Baby. […] Und dann der Oberarzt der Kinderklinik der Uni, wo dann der auch gesagt hat, das und das, ich begleite die Kinder und sehe die immer wieder und das und das (.), diese und die Möglichkeiten gibt es. Und das war eigentlich ganz toll, dass wir diese Mediziner kennengelernt haben und das waren auch die, die gesagt haben, das schafft man (.). Dann war das so, dass alle Mediziner, die wir gesprochen haben, die mit diesen Kindern keinen Kontakt haben, wie die ganzen Gynäkologen, wie auch die Pränataldiagnostiker, das war eigentlich der schlimmste Termin […]. (Herr Gerdts, T1, Pos. 9 f.)

Dass die persönliche Erfahrung der Ärzte mit dem jeweiligen Krankheitsbild oder der Behinderung eine wesentliche Rolle dabei spielt, wie Interaktionen mit den Ärzten erlebt werden, können die angeführten Beispiele belegen. Während sich bei Herrn Florian die Ärztin selbst via Internet über die Art der Behinderung erst informieren muss, hat die behandelnde Ärztin des Paares Otte eine sehr genaue Vorstellung des Krankheitsbildes, da sie bereits viele Paare und deren Kinder therapeutisch begleitet und betreut hat. Auch Herr Ebert macht die Erfahrung, dass diejenigen Ärzte, die sich spezialisiert haben, nicht nur ein konkretes Bild zeichnen können, das dem Paar dabei hilft, sich die Situation genauer vorzustellen, sondern auch besser über Möglichkeiten und Grenzen der Therapie informiert sind, was dabei später hilft, Optionen abzuwägen. Bei Herrn Jakobs ist aufgrund der infausten Prognose die Situation insofern eine andere, als dass therapeutische Maßnahmen zu keiner Zeit überhaupt relevant werden. Davon abgesehen ist der Umgang der Ärztin mit dem Paar, ähnlich wie sich auch Herr Gerdts im Zusammenhang mit Gynäkologen und Pränataldiagnostikern erinnert, nicht empathisch und der Verfassung des Paares unangemessen.

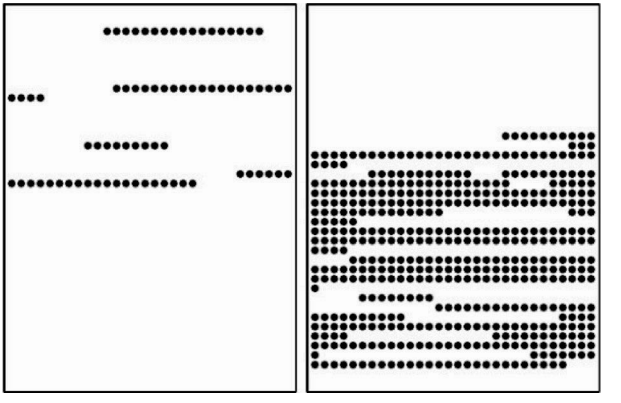
An die Phase der Befundmitteilung schließt sich häufig bei Paaren eine Zeit des Abwägens der verschiedenen »Optionen«, wie sie in diesem Kapitel bereits vorgestellt wurden, in Bezug auf den weiteren Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft an. Für einige Paare ist wiederum unmittelbar mit dem Befund klar, wie sie im Weiteren mit der Schwangerschaft umgehen, sodass eine mögliche Entscheidung nicht erst gefunden werden muss. Im nachfolgenden Kapitel soll zunächst

die wegweisende Phase der eigenen und gemeinsamen Präferenzbildung und Entscheidungsfindung thematisiert werden.

5.2.4 Entscheidungswege zum Schwangerschaftsausgang

Die in diesem Kapitel thematisierte Phase der Präferenzbildung und Entscheidungsfindung schließt sich chronologisch weitestgehend an die Befundmitteilung an. Die werdenden Väter und ihre Partnerinnen sind zu diesem Zeitpunkt bereits mit der Diagnose bei ihrem ungeborenen Kind konfrontiert. Nun geht es darum, zum einen für sich selbst und zum anderen gemeinsam mit der Partnerin einen Umgang mit der Diagnose zu finden. In einigen Schwangerschaften wird aufgrund der Diagnose die Möglichkeit einer palliativen Begleitung relevant. Ebenso können Entscheidungen über mögliche Behandlungsoptionen in dieser Zeit in Abhängigkeit zur Diagnose abgewogen werden. Auch über die Beendigung der Schwangerschaft wird oftmals infolge der Diagnose gesprochen.

Abbildung 2 Entscheidungsphase Herr Becker (links) und Herr Otte (rechts)



Die Perspektiven der Partner auf den Prozess der eigenen und der partnerschaftlich angestrebten Präferenzbildung sowie damit einhergehende Fragestellungen unterscheiden sich teilweise von der der Partnerin. Körperlich in die Schwangerschaft eingebunden ist lediglich die schwangere Frau. Sie ist es, an der Untersuchungen und eventuelle Eingriffe in der Schwangerschaft vorgenommen werden. Auf der anderen Seite besteht für die werdenden Väter ebenso eine emotionale Eingebundenheit, eine persönliche Identifikation mit der Schwangerschaft und die Betroffenheit über den Befund. Die Schwangerschaft wird als partnerschaftliches Ereignis erlebt, während insbesondere im Zusam-

menhang mit einem Befund auch die Unterschiede im jeweiligen Erleben der Entscheidungsmöglichkeit bzw. Entscheidungsnotwendigkeit deutlich werden.

Eine besondere Herausforderung für die Auswertung in diesem Kapitel ergibt sich aus der stark variierenden Bedeutungszuschreibung der Entscheidungsphase sowie aus den unterschiedlichen Schwerpunktthemen innerhalb der Narrationen der Männer. Während einige Männer in wenigen Sätzen die Entscheidung darstellen, nimmt bei anderen die als sehr intensiv erlebte Zeit beinahe die Hälfte des Gesprächs ein (siehe Abb. 2).[17]

Für die Entwicklung der nachfolgenden Auswertungssystematik wurde überlegt, welche Schwerpunktthemen sich zuletzt als Kategorien abstrahieren lassen. Anhand der nachfolgenden Tabelle 2 lassen sich diese nachvollziehen. Die Gesprächspartner wurden hierbei hinsichtlich der von ihnen vorrangig thematisierten Aspekte und Problemstellungen unterteilt. Vereinzelt kommt es dabei auch zu Mehrfachnennungen.

Tabelle 2 Herausforderungen Entscheidungswege

Gesprächsfokus auf: **1.Partnerschaftliche Entscheidungsdynamik**		oder: **2. Identifikation mit der späteren Entscheidung**
Gruppe (1) 5.2.4.1 **Gemeinsame Entscheidung** vor der Diagnose sowie 1) nach einer infausten Prognose 2) bei Austragen eines lebensfähigen Kindes	Gruppe (2) 5.2.4.2 **Ungleiche Präferenz vor/mit einer Diagnose** 1) Einigung im Entscheidungsprozess nach einer Zeit ungleicher Präferenz 2) dauerhaft ungleiche Präferenz 3) Lösung des Entscheidungskonflikts	Gruppe (3) 5.2.4.3 **Belastung durch die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit des Ungeborenen**

Anhand des Materials wurden die partnerschaftliche Entscheidungsdynamik (1) und die Identifikation mit der (späteren) Entscheidung (2) als zentrale Kategorien herausstellt. Beide Kategorien konnten für das Erleben der Phase, die von den Männern vor dem Hintergrund der bereits getroffenen Entscheidung erinnert wird, als wesentlich identifiziert werden.

Die erste Kategorie der **partnerschaftlichen Entscheidungsdynamik** umfasst den partnerschaftlichen Umgang mit der Diagnose. Da die Männer selbst letzt-

17 Mithilfe einer visuellen Darstellung der kodierten Abschnitte zur Phase der Entscheidung bzw. dem Entscheidungsprozess lässt sich der Kontrast zwischen den Interviewten exemplarisch veranschaulichen (Version MAXQDA 7).

endlich keine Entscheidung in Bezug auf den Ausgang und den weiteren Verlauf der Schwangerschaft treffen können, sind sie auf den Dialog und die Einigung mit der Partnerin angewiesen. Von einer Entscheidungsdynamik wird gesprochen, da der Prozess oftmals eine längere und auch intensiv erlebte Zeit der Interaktion, des Abwägens beinhaltet, an deren Ende notwendigerweise eine Entscheidung zum Umgang mit der Diagnose steht. Es wird weiterhin zwischen einem 1) symmetrischen (Kap. 5.2.4.1) und einem 2) asymmetrischen (Kap. 5.2.4.2) Verlauf auf dem Weg zur Entscheidung unterschieden. Eine **symmetrisch** verlaufende Entscheidungsdynamik meint eine weitestgehend parallel und in Einheit erlebte Zeit der Entscheidungsfindung mit einer gemeinsamen Präferenz für einen Schwangerschaftsausgang. Symmetrisch verlaufende Entscheidungswege werden tendenziell als weniger belastend von den Männern erinnert. Unter (zunächst) **asymmetrischen** Entscheidungsdynamiken sind jene Fälle gefasst, in denen eine vorläufig oder dauerhaft ungleiche Präferenz die Zeit der Entscheidungsfindung zusätzlich belastet. Hierunter werden insbesondere auch diejenigen Männer angeführt, die sich zuletzt doch mit der Partnerin auf einen Ausgang der Schwangerschaft einigen können. Da lediglich ein Mann aus dem Sample eine dauerhafte, ungleiche Präferenz miterlebt, die er auch über die Entscheidung hinaus als eine Belastung erlebt, wurde keine eigene Gruppe 4) in die Auswertung mit aufgenommen. Den unterschiedlichen Strategien zur Angleichung oder Einigung in der Zeit der Entscheidungsfindung wurde abschließend ein eigenes Unterkapitel gewidmet.

Mithilfe der zweiten Kategorie, die als **Identifikation mit der späteren Entscheidung** bezeichnet ist, werden die Gesprächspartner weiterhin im Hinblick auf eine längerfristigen **Entscheidungssicherheit oder -unsicherheit** unterschieden. Es geht bei dieser Kategorie darum, ob und wie die Männer rückblickend hinter der getroffenen Entscheidung stehen, sich unsicher sind oder diese gar anzweifeln. Eine dauerhafte Unsicherheit kann dabei auch Resultat einer nicht aufgelösten, asymmetrischen Entscheidungspräferenz sein (siehe oben), oder aber, im Fall einer gemeinsam und einvernehmlich getroffenen Entscheidung, im Zusammenhang mit der Diagnose und der Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft stehen (vgl. Kap. 5.2.5.3.6).[18]

Die Unterscheidung in der Auswertung im Hinblick auf die zwei vorgestellten Kategorien kann vereinzelt eine Mehrfachnennung von Gesprächspartnern in unterschiedlichen Kapiteln bedingen.

---

18 Berücksichtigt werden muss an dieser Stelle, dass die gewählte Form der Darstellung lediglich eine für das Sample passende Form darstellt. Dass eine dauerhafte Unsicherheit in Bezug auf die getroffene Entscheidung im Sample mit den Entscheidungen für einen Schwangerschaftsabbruch bei nicht-infauster Prognose zusammenfällt, ist eine dem Sample vorbehaltene Überschneidung.

5.2.4.1 Gemeinsame Entscheidung vor/mit einer Diagnose

Die erste Gruppe umfasst nach dem vorgestellten Auswertungsschema diejenigen Männer, die sich **gemeinsam** mit der Partnerin unmittelbar mit der bestätigten Diagnose oder sogar bereits davor **über den Ausgang der Schwangerschaft einig** sind. Für die Gruppierung innerhalb des Kapitels wird weiterhin danach unterschieden, ob das Ungeborene **lebensfähig** wäre oder bei der Geburt versterben würde. Der Umgang mit der infausten Prognose einerseits ebenso wie die Perspektive auf das Leben mit dem behinderten Kind andererseits können als zentrale Themen der Männer aus der ersten Gruppe herausgestellt werden. Die Gesprächspartner sind aufgrund des Konsenses mit der Partnerin stärker auf die Diagnose und den Umgang mit der Entscheidung fokussiert als die Männer in der nachfolgenden Auswertungsgruppe (2). Neben der Einigung mit der Partnerin stellt die dauerhafte Sicherheit in der Entscheidung die zweite Gemeinsamkeit innerhalb dieser Gruppe dar.

Aus der Gruppe entscheiden sich fünf Männer gemeinsam mit ihrer Partnerin für einen Abbruch der Schwangerschaft (Kap. 5.2.4.1.1). Bei allen abgebrochenen Schwangerschaften lagen **infauste Prognosen** vor. Weitere Männer entscheiden sich gemeinsam mit ihrer Partnerin für das Austragen der Schwangerschaft mit infauster Prognose. Die übrigen vier Männer entscheiden sich gemeinsam mit ihrer Partnerin für das **Austragen der Schwangerschaft** mit einer **lebensfähigen Prognose** beim ungeborenen Kind (Kap. 5.2.4.1.2).

Tabelle 3 Gruppe (1) Gemeinsame Entscheidung vor/mit Diagnose

Gruppe (1): Gemeinsame Entscheidung vor/mit einer Diagnose	5.2.4.1.1 Gemeinsame Entscheidung bei **infauster Prognose** und einem **Abbruch**: Herr Althoff Herr Becker Herr Jakobs Herr Korte Herr Perez und einer **ausgetragenen** Schwangerschaft: (Herr Ebert) Herr Döbel Herr Florian Herr Neumann
	5.2.4.1.2 Gemeinsame Entscheidung und **Austragen bei Lebensfähigkeit des Kindes** (Herr Ebert) Herr Gerdts Herr Rupert Herr Töpper

5.2.4.1.1 Gemeinsame Entscheidung bei infauster Prognose

Das Vorliegen einer infausten Prognose[19] verändert die Entscheidungen der Betroffenen insofern, als der Gedanke an eine längerfristige Perspektive als Familie, gemeinsam mit dem Kind, bei der Entscheidung über Abbruch oder das Fortsetzen der Schwangerschaft nicht ins Gewicht fällt. Die Entscheidungsmöglichkeiten sind durch die infauste Prognose beim Kind in Bezug auf das letztendliche Ergebnis vorherbestimmt. Die Paare können das Versterben des Kindes nicht abwenden, sondern lediglich durch das Austragen der Schwangerschaft den Zeitpunkt des Versterbens aufschieben.

Für Herrn Althoff und seine Partnerin ist mit der bestätigten Diagnose, die sie noch innerhalb des ersten Schwangerschaftstrimesters erhalten, die **Entscheidung für einen Abbruch** einvernehmlich und ohne einen längeren Entscheidungsweg klar. Herr Althoff empfindet die »**gemeinsame mentale Ausgangsbasis**«, sich einem Leben mit einem behinderten Kind nicht stellen zu müssen, als hilfreich (»Und es hat natürlich EXTREM geholfen, dass wir beide komplett gleiche Ansichten zu den Situationen hatten […]«, Pos. 37). Ebenso gibt Herr Jakobs an, dass sich das Paar »zum Glück« einig über die Entscheidung für einen Abbruch sei (»[…] Und (…) wir waren uns beide einig zum Glück. Also das waren wir eigentlich schon am Wochenende vorher gewesen, wenn es so wäre, dass wir beide den Abbruch wollen […]«, Pos. 15). Die Formulierungen der Männer zeigen auch, dass ihnen bewusst ist, welche Belastung eine ungleiche Präferenz mit sich gebracht hätte. Herr Neumann erwägt, dass er zwar vermutlich eine **andere Entscheidung** seiner Partnerin für »**entschuldbar**« gehalten hätte, sieht jedoch gleichzeitig aufgrund seiner eigenen religiösen Überzeugung ebenso das **Konfliktpotential**, das sich aus einer anderen Entscheidung der Partnerin hätte ergeben können.

> Ja. Eigentlich war das nie eine Diskussion. Also muss man dazu sagen, ich bin recht religiös. Insofern für mich wäre das eigentlich prinzipiell nicht in Frage gekommen, wobei ich es aber akzeptiert hätte wahrscheinlich, wenn meine Frau gesagt hätte, dass in dem Fall, wo keine Überlebenschancen sind, ist natürlich eine Schwangerschaft anstrengend oder so, wenn sie das anders entschieden hätte, hätte ich nicht daran insistiert, dass das, ja, da hätte ich eine gewisse (.) moralische Entschuldbarkeit schon noch gesehen. Aber war ja eigentlich nie Diskussion. Also sie hat auch gesagt, das kommt für sie nicht in Frage. Es ist ihr Kind und das bringt sie nicht aktiv um. (Herr Neumann, Pos. 17 f.)

Die Frage, ob auch eine andere Präferenz der Partnerin mitgetragen worden wäre, bleibt für die Männer in diesem Kapitel hypothetisch. Dennoch äußern sich Herr

19 Das Vorliegen einer infausten Prognose meint, dass die prognostizierte Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes stark eingeschränkt oder sogar gar nicht gegeben ist.

Althoff und Herr Neumann (s.o.) dazu, wie sie sich in diesem Fall vermutlich verhalten hätten. Herr Althoff betont, dass er **jeden Weg seiner Partnerin mitgegangen** wäre, obschon er eine eindeutige Präferenz hat und diese auch zum Ausdruck bringt (»Hätte meine Frau einen anderen Weg gewählt, wäre ich den auch komplett mitgegangen. Da hab ich gesagt, das entscheide ich nicht für sie. Ich **werde jeglichen Weg mitgehen**. Aber ich habe natürlich einen präferierten Weg. Und das ist genau der […]«, Pos. 38). Dass er die Entscheidung seiner Partnerin überlassen hätte, kann auch vor dem Hintergrund seiner hohen Arbeitszeit und mit seiner verhältnismäßig geringen Beteiligung bei der Pflege und Versorgung der Kinder gesehen werden (vgl. hierzu auch Kap. 5.3). Ebenso gibt Herr Döbel an, jeden Weg seiner Partnerin mitzugehen. Ihm ist insbesondere wichtig, dass sie für sich eine Entscheidung trifft, hinter der sie stehen kann (»[…] [ich war] ein wenig erleichtert sogar darüber, […] dass sie sich jetzt richtig sicher war für eine Entscheidung, mit der sie halt leben kann und natürlich auch leben muss auch für den Rest ihres Lebens und ich hab immer […] gesagt, ich steh voll hinter dir«, Pos. 16). Seine eigene Präferenz orientiert sich stärk an der Entscheidung der Partnerin (vgl. auch Kap. 5.2.4.2.3).

Eine Gemeinsamkeit, welche den Weg zur Entscheidung der Männer innerhalb dieses Unterkapitels auszeichnet, ist die recht **zeitnahe Sicherheit über die Entscheidung**, wie aus den nachfolgenden Passagen deutlich wird. Für Herrn Althoff und seine Partnerin kommt zu keinem Zeitpunkt eine andere Option als die Beendigung der Schwangerschaft in Betracht. Da sich diese noch in einem sehr frühen Stadium befindet, in dem nach seinen Angaben das Geschlecht noch nicht bekannt ist und auch noch keine potentiellen Namen überlegt wurden, ist anzunehmen, dass die geringe Bindung zum Ungeborenen die Sicherheit in der Entscheidung begünstigt (»[…] Und für uns war dann, kam dann GAR nicht in Betracht, dass wir die Schwangerschaft fortsetzen würden. Es kam auch nicht in Betracht, dass wir warten, dass es auf natürlichem Wege dann stirbt, sondern dass wir es so schnell wie möglich beenden«, Pos. 13). Ebenso sieht sich Herr Heinrich nach der Befundmitteilung mit Gedanken an einen Abbruch der Schwangerschaft konfrontiert. Da seine Partnerin jedoch wesentlich zurückhaltender auf den Befund reagiert, vergehen einige Wochen, bis es zur Beendigung der Schwangerschaft kommt. Er gibt an, durch die Reaktion der Partnerin immer mehr Zweifel bekommen zu haben, ob es moralisch vertretbar sei, einen Abbruch durchführen zu lassen. Seine Tendenz ging jedoch zu jeder Zeit eher in Richtung eines Schwangerschaftsabbruchs.

> […] und dann hat meine Frau halt die Entscheidung getroffen, diesen Abbruch durchzuführen. Und ich war dann halt auch sehr schnell wieder bei dem Punkt, wo man ja eigentlich objektiv (.) schon nach kurzer Zeit ist (…). Wir reden ja nicht von einer Behinderung, sondern wir reden ja von etwas, was einem Todesurteil gleichkam sofort. (Herr Heinrich, Pos. 23)

Dass Herr Heinrich sich schon früh in seiner Entscheidung für den Abbruch sicher ist, begründet er insbesondere mit der gestellten Diagnose beim Ungeborenen (»[…] also der Abbruch stand jetzt nicht so, war nicht so zentraler Punkt, weil, wie gesagt, es, man hat mit dem Abbruch nur den Zeitpunkt bestimmt aber nicht das Ergebnis«, Pos. 75). Nicht nur in Bezug auf einen Schwangerschaftsabbruch nach infauster Prognose wird von Männern eine gemeinsame Entscheidung mit der Partnerin erinnert. Ebenso geben Männer an, sich von vornherein über die Entscheidung zum **Austragen der Schwangerschaft** mit der Partnerin einig gewesen zu sein. Die Partnerin von Herrn Florian ist bereits **vor der Diagnose** über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft **sicher**. Für das Paar kommt ein Abbruch der Schwangerschaft nicht in Frage, auch wenn die Lebensfähigkeit des Kindes eingeschränkt ist.

> […] und irgendwie/man bekommt dann immer sehr früh einfach gesagt, dass neun von zehn Leuten abtreiben und es unsere Entscheidung ist und meine Frau war da relativ irritiert, wie sie das erste Mal gefragt worden ist, da war ich nicht dabei, um was für eine Entscheidung es denn geht und dann relativ schnell klargemacht, dass wir da schon die Entscheidung getroffen haben eigentlich. Und dass das für uns nicht in Frage kommt […]. (Herr Florian, Pos. 15)

Bei Herrn Neumann spielen bei der Entscheidung für das Fortführen der Schwangerschaft **religiöse Motive** eine Rolle. Auch für die Partnerin ist trotz der infausten Prognose klar, dass sie die Schwangerschaft fortsetzen will (»Ja. Eigentlich war das nie eine Diskussion. Also muss man dazu sagen, ich bin recht religiös. Insofern für mich wäre das eigentlich prinzipiell nicht in Frage gekommen […]«, Pos. 17). Bei Herrn Becker hingegen bedingt die vorausgehende »**Diagnosespirale**« mit immer neuen Erkenntnissen über weitere Anomalien, dass die Schwangerschaft für das Paar vermutlich in einem Abbruch enden wird. Ein Fortführen der Schwangerschaft kommt für sie nicht in Frage. Durch die vorausgegangene Fertilitätsproblematik bei Herrn Becker und dem in der Folge recht mühsamen Weg hin zur Schwangerschaft ist die Situation insbesondere für die Partnerin nach Herrn Beckers Schilderungen auch längerfristig sehr belastend (»[…] man wusste ja schon, es wird immer alles schlimmer und […] man war im Prinzip nicht unvorbereitet, sag ich mal. Also der Gedanke hat immer mitgespielt, kann sein, dass wir das abbrechen müssen«, Pos. 12).

Ganz ähnlich ist mit jeder weiteren Untersuchung für Herrn Perez und seine Partnerin irgendwann klar, dass die Schwangerschaft für sie keinen guten Ausgang finden wird. Mit dem Wissen um die Schwere des Befundes ist für das Paar die Entscheidung getroffen, die **Schwangerschaft** nach gemeinsam getroffener Entscheidung **möglichst schnell zu beenden**. Ein weiteres Aufschieben des Abbruchs oder das Warten auf einen natürlichen Abgang der Schwangerschaft sieht Herr Pe-

rez als ein Aufschieben einer Verantwortung, die man am Ende sowieso zu tragen hat.

> Und dann war die Entscheidung so gut wie getroffen. Und dann wollten wir auch, dass es schnell geht. Weil die haben gesagt, wir müssen es nicht schnell machen, wenn wir das nicht möchten. Das ändert sich nicht. Es gab irgend (unv.) okay, man kann warten und schauen, was passiert. Es kann sein, dass das Kind von sich […] [aus] stirbt. Aber das fanden wir auch nicht in Ordnung. Weil das bringt uns nicht weiter und es hilft auch dem Kind nicht weiter. Weil also, wenn die Entscheidung ist, dass es sterben (wird?), dass nichts zu machen ist, versuchen, diese Verantwortung auf jemand anderes zu übertragen und das ist auch nicht in Ordnung […]. (Herr Perez, Pos. 16)

Herr Korte und seine Partnerin nehmen sich eine **gemeinsame Auszeit** und fahren kurzfristig in den Urlaub, um sich »klar« und in der Entscheidung sicherer zu werden. Gleichzeitig gibt Herr Korte jedoch an, dass die Entscheidung eigentlich bereits klar war. Während bei Herrn Perez zuvor der Wunsch nach einer schnellen Beendigung sehr im Vordergrund steht, hat das Paar Korte stärker das Bedürfnis, sich für das Verarbeiten und tatsächliche Umsetzen der Entscheidung Zeit zu nehmen.

> Es hat dann noch ein paar Tage gedauert. Wir sind dann auch, um uns das alles nochmal zu überlegen, erstmal an die Nordsee gefahren, bisschen an den Strand, raus von allem, um dann uns da klar zu werden (.) oder uns der Entscheidung sicherer zu werden. Weil letztendlich glaube ich, die Entscheidung war schon relativ, wie gesagt, frühzeitig dann klar […]. (Herr Korte, Pos. 13)

Insbesondere bei den Paaren, die sich für **das Austragen der Schwangerschaft** entscheiden, spielt der Aspekt der bewussten Gestaltung der noch verbleibenden Zeit der Schwangerschaft eine besondere Rolle. Entsprechend ist für Herrn Ebert und seine Partnerin, die zu diesem Zeitpunkt noch keine Kenntnis über weitere Behandlungsoptionen haben, die noch **verbleibende Zeit vor der Geburt bedeutsam**. So lange für die Mutter keine Gefahr durch das Fortführen der Schwangerschaft besteht, wollen sie an der Entscheidung für das weitere Austragen der Schwangerschaft festhalten.

> […] haben uns dann aber eigentlich schon im Auto letztendlich dazu entscheiden, dass wir das Kind austragen werden, wenn es kein Risiko für die Mutter ist, weil wir einfach dem Kleinen die Lebenszeit, die er haben kann, geben wollten, weil so lange er im Bauch der Mutter ist, für ihn keine Probleme (gibt). Problem entsteht erst bei der Geburt, wenn er keine Nieren hat und das nicht arbeitet. (Herr Ebert, Pos. 19)

Bei den **Gründen für einen Abbruch** nennen einige Männer eine **Verantwortung gegenüber dem Ungeborenen**. Mit einem sehr schnellen und frühen Abbruch erhofft Herr Althoff, dem Ungeborenen Schmerzen zu ersparen (»[…] Einmal, um natürlich dem Kind, wenn das auch eher unwahrscheinlich ist, dass das Kind davon irgendwas mitbekommt, an Schmerzen zu ersparen […]«, Pos. 13). Herr Becker zweifelt generell die zu erwartende Lebensqualität des Kindes in Relation zu dessen Tod an. Er ist davon »überzeugt«, dass der Abbruch nicht nur eine Entscheidung für sie als Paar, sondern auch eine zugunsten des Ungeborenen ist (»[…] Wir haben es ja nicht nur für uns gemacht. Wir sind fest davon überzeugt, dass das Kind nicht unbedingt so ein erstrebenswertes Leben, wenn überhaupt ein Leben gehabt hätte (.)«, Pos. 19). Ebenso gibt für Herrn Jakobs die Lebensqualität des Ungeborenen den Ausschlag dafür, dass er froh darüber ist, dass ein Abbruch überhaupt möglich ist. Wie anhand des nachfolgenden Zitats deutlich wird, sind es Erinnerungen an seine demente Großmutter, die ihn in seiner Haltung bestärken.

> […] ich muss auch sagen in dem Punkt, also die Einstellung dazu war halt für mich auch wirklich, (.) klingt jetzt blöd, aber Erleichterung, dass der Abbruch möglich ist. Weil ich wollte kein Kind, was quasi nicht (.) physisch, psychisch da ist und was nicht denken kann, was keine Persönlichkeit entwickeln kann, weil halt Frontalhirn oder wesentliche Teile des Gehirns nicht ausgebildet werden können. Das mag hart sein, aber ich hab da eine bestimmte Einstellung zu, weil ich das auch bei meiner Mutter aktuell, die in einem Pflegeheim ist oder auch bei meinen Großeltern gesehen hab, was halt noch übrig bleibt, wenn dieser Teil des Gehirns, der die Persönlichkeit ausmacht, eben weg ist. Und ich würde den Tod jeder Zeit vorziehen. Also auch bei mir selber. (Herr Jakobs, Pos. 14)

Ähnlich wie Herr Becker sieht auch Herr Perez eine Entscheidung für einen Abbruch unter den gegebenen Umständen als eine verantwortungsvolle Haltung gegenüber dem Ungeborenen, unabhängig von der eigenen Präferenz und den Rahmenbedingungen. Dass die **Diagnose** so »gravierend« ist, ist für ihn eine **Entlastung** in Bezug auf die zu treffende Entscheidung. Bei einem anderen Ausmaß der Beeinträchtigung wäre er weitaus unsicherer über den präferierten Ausgang gewesen.

> Und das [die »Schwere« der Diagnose] war für uns dann ein bisschen eine Erleichterung, weil das war am Anfang immer das Thema (.). Wir müssen eine Entscheidung treffen für uns. Eine Bandbreite von möglichen Folgen ziemlich unmöglich ist. Also ich hätte kein Probleme, wenn ein Kind ein bisschen schlecht hört. Das ist natürlich nicht ein Grund, eine Schwangerschaft zu brechen. Aber das war auch/und was ist, wenn [es] nur DAS war, das ist nicht einfach. Und das war auch (unv.) ehrlich gesagt, gehört dazu, ein verantwortungsvoll (unv.) zu sein und nicht

> nur, was ist sozusagen Rahmenbedingungen und was ich so halte […]. (Herr Perez, Pos. 15)

Trotz der Sicherheit in der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch erzählt einer der Männer, dass es für ihn **befremdlich** war, »den Finger auf den Kalender zu legen« und damit **den Tag zu bestimmen**, an dem das Leben des ungeborenen Kindes endet (»[…] Also das war schon irgendwie (.) ein sehr komisches Gefühl. Das ist irgendwie, das kann man gar nicht beschreiben dazu […]«, Herr Korte, Pos. 13).

Eventuell bedingt durch den Umstand, dass die Männer in diesem Kapitel eigentlich kaum eine Zeit der längeren Entscheidungsfindung durchleben, wird für diese Zeit nach der Befundmitteilung kaum von Gesprächen mit Freunden oder in Beratungsstellen berichtet. Herr Becker sieht für sich **keinen Mehrwert durch Beratungsgesprächen**, da er das, was er erlebt hat, mit sich selbst ausmachen müsse (»Von daher, ich hab mich selber jetzt nicht so nach einer Beratung gesehnt. […] Klar man spricht mit besten Freunden darüber, aber die Entscheidung muss man tragen, das wusste ich vorher […]«, Pos. 19). Anders verhält es sich bei Herrn Perez, der im Zusammenhang mit der gestellten Diagnose den **Austausch mit Freunden** schätzt. Dass ihm auch für eine Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch Verständnis entgegengebracht wird, erscheint ihm nicht als selbstverständlich. In seiner südamerikanischen Heimat habe man moralische und religiöse Vorstellungen, die zwar Schuldgefühle verursachen, jedoch wenig hilfreich seien, wenn es um den Umgang mit einer Situation wie der seinigen geht. Da er sich selbst offenbar mit dieser kulturell verwurzelten, konservativen Haltung nicht identifizieren kann, ist er für das ihm entgegengebrachte Verständnis von Freunden dankbar (»[…] Also da tatsächlich denken auch manche Leute, dass es (.) eine Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung nicht unterbrochen werden soll […].«, Pos. 52).

> Ja, also ich glaube, am Anfang war es einfacher [mit Freunden zu sprechen], weil (.), das war alles viel konkreter. Als wir die Diagnose gekriegt haben, ja, ich hab mit denen gesprochen und das war so, da war es einfacher, darüber zu sprechen. Wir sprechen darüber, über die Diagnose und das sieht mega schlecht aus. Ich würde mich für sowas entscheiden, ich weiß es nicht. […] Aber das war ein bisschen (.) gut zu sehen, dass ich war nicht so (unv.) zu sagen, »nee, ein krankes Kind will ich nicht haben«, sondern das war auch tatsächlich von allen irgendwie ähnlich gesehen. Das ist natürlich schwierig, weil man spricht mit denen und weiß man auch automatisch, dass (.) die auch, das ist nur (.) klar, wenn man das selber erlebt hat. Natürlich kann man sagen, ja, ich habe kein Bock auf ein Kind mit Down Syndrom oder so. Das geht natürlich nicht und die Entscheidung ist ganz einfach, wenn sowas kommt, dann ist schnell schnell zack. Aber wenn man das erlebt, das ist schon ein Stück härter. (Herr Perez, Pos. 52)

Herr Althoff hingegen ist an **keinem Austausch mit Freunden oder einer Beraterin** interessiert. Er gibt an, sich bisher emotional nicht auf die Situation einlassen zu wollen, was so auch auf seine Partnerin zutreffe. Ihm ist bewusst, dass »beide sehr auf Verdrängungskurs« sind, was ihnen im Gespräch mit einer Psychologin auch gespiegelt wird, hält das Vorgehen jedoch für den derzeitigen Moment als das für sie beste (»[…] Ich muss auch nichts aufbereiten, wenn ich jetzt irgendwie für mich fühle, dass mich das in irgendeiner Art und Weise berührt hätte […] Also ich bin auch komplett in der Lage, emotionale Schranken hochzuziehen. Das geht wirklich wirklich schnell«, Pos. 31).

Den Männern in diesem Kapitel ist gemeinsam, dass sie mit der Diagnose konfrontiert werden, dass das ungeborene Kind bei oder bald nach der Geburt versterben wird. Weiterhin besteht mit ihren Partnerinnen zuletzt ein Konsens darüber, ob die Schwangerschaft weiter fortgeführt, also ein palliativer Weg beschritten wird, oder ob sie vorzeitig beendet werden soll. Lediglich ein Mann (Herr Heinrich) gibt an, dass sein Gedanke an einen Abbruch zunächst nicht von seiner Partnerin geteilt wurde.

Mit der infausten Prognose ist auch die moralische Tragweite einer Entscheidung für einen Abbruch für die meisten eine andere, als sie es im Fall einer möglichen Lebensfähigkeit des Kindes wäre (»[…] man hat mit dem Abbruch nur den Zeitpunkt bestimmt, aber nicht das Ergebnis«, Herr Heinrich, Pos. 75). Die Schwere der Diagnose kann bei der Entscheidung für einen Abbruch als Entlastung erlebt werden, wenn damit der letztendliche Ausgang der Schwangerschaft bereits vorherbestimmt ist. Während einige Paare den Wunsch nach einer schnellen Beendigung der Schwangerschaft haben, nutzen andere die Zeit zur bewussten Verabschiedung oder durchleben die noch verbleibende Schwangerschaft und Geburt bewusst, indem sie sich für das Austragen des Kindes entscheiden. Bei der Entscheidung für einen Abbruch wird von einigen Männern die Verantwortung gegenüber dem Ungeborenen als Grund dafür genannt, die Schwangerschaft vorzeitig zu beenden. Umgekehrt wird die Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft in einem Fall religiös begründet. Über Bedürfnisse nach Austausch mit Freunden oder gar Beratungsgesprächen wird tendenziell von den Männern für diese Zeit wenig berichtet. Da die Entscheidungen zumeist schnell getroffen werden, besteht in Bezug auf die Entscheidungsfindung offenbar weniger Beratungsbedarf als bei den übrigen Gruppen. Zur eigenen emotionalen Entlastung wird jedoch von einem Mann die Rückmeldung von Freunden als besonders bedeutsam erlebt, da seine Familie aus einem Kulturkreis stammt, in dem Schwangerschaftsabbrüche ein großes Tabu-Thema sind.

Im nachfolgenden Kapitel werden die Entscheidungswege derjenigen Männer dargestellt, die sich mit der Partnerin für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden und bei deren Kind eine postnatale Lebensfähigkeit gegeben ist.

5.2.4.1.2 Gemeinsame Entscheidung und Austragen bei Lebensfähigkeit des Kindes

Die Situationen der Männer innerhalb dieses Unterkapitels unterscheiden sich aufgrund der **postnatalen Lebensfähigkeit des Kindes** grundsätzlich von den Männern des vorausgegangenen Kapitels. Die vier Männer (Herr Ebert, Herr Töpper, Herr Gerdts und Herr Rupert) erinnern die Zeit der Entscheidungsfindung überwiegend aus einer Lebenssituation mit dem bereits geborenen Kind. Den Männern ist gemeinsam, dass sie zeitnah infolge der Befundmitteilung mit ihrer Partnerin (oder bereits davor) die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, treffen. Während die Diagnosen bei Herrn Ebert und Herrn Rupert eine **körperliche Fehlbildung** beinhalten, ist bei Herrn Gerdts und Herrn Töpper zunächst nicht klar, inwieweit auch eine Lernschwierigkeit bzw. **kognitive Beeinträchtigung** beim Kind vorliegen wird.

Herr Töpper ist sich, wie auch Herr Gerdts, bereits vor der Diagnose mit der Partnerin einig, dass sie ein behindertes Kind würden bekommen wollen. Damit war eine mögliche **Entscheidung** für sie **bereits vor der späteren Diagnose** thematisiert (»[…] Da waren wir uns eigentlich da schon einig, dass wir ein Kind mit Down-Syndrom wahrscheinlich, also aus der Perspektive damals, auf die Welt kommen lassen wollen würden (Lachen) […]«, Herr Töpper, Pos. 19). Gleichwohl räumt Herr Gerdts ein, dass sie dennoch nicht davon ausgegangen seien, dass sie später wirklich auch mit einer Diagnose konfrontiert sein könnten (»[…] Und haben gesagt aber nee, das ist so, dass wir ein Kind haben wollen und wenn es behindert ist, dann wohl auch. Jetzt wurde es auf die Probe gestellt […]«, Herr Gerdts, T1, Pos. 5). Deutlich wird, dass für ihn die zunächst hypothetische und **abstrakte Entscheidung** in der konkreten Situation eine neue Tragweite erfährt. Zu der Entscheidungssicherheit trägt bei Herrn Töpper und seiner Partnerin der Umstand bei, dass der Schwangerschaft bereits drei Fehlgeburten vorausgingen und somit die körperliche Belastbarkeit der Frau erheblich ist sowie die beidseitige psychische Belastung des Paares strapaziert (»[…] dass wir sagen, das ist jetzt unser nächster Versuch und vielleicht auch unser letzter, wenn es dann nicht klappt. So.«, Pos. 11). Nach der Befundmitteilung besinnen auch sie sich schnell wieder auf das, was sie bereits vorab miteinander besprochen haben und **bestärken sich gegenseitig** in ihrer Entscheidung (»[…] ›bis jetzt, müssen wir dadrüber nochmal reden oder bleibt es bei dem, was wir an dem Tag beschlossen haben?‹ ›Nee, also aus meiner Sicht bleibt es dabei so‹, hat jeder von uns so auf seine Art dann (.) dann gesagt […]«, Pos. 38). Trotz der Sicherheit in der Entscheidung erinnert Herr Töpper auch einen Moment der **Angst** vor dem, was auf sie mit dem behinderten Kind zukommt.

> […] Ich weiß, dass das bei mir dann einen Moment gab, wo ich Angst hatte, ob ich dem Ganzen gewachsen bin aber nie in (.) dazu, dass ich sage, nee, also dann, diese Angst muss ich jetzt beseitigen, indem ich jetzt das Thema überhaupt nochmal

> aufgreife, also zu meiner Frau sage, ich will doch nochmal drüber reden. Das war das so. (Herr Töpper, Pos. 38)

Der Umstand, dass vor der Geburt nicht klar ist, wie sich die Behinderung später tatsächlich auswirkt, bedingt, dass die Gefühle **ambivalent** bleiben. Auch Herr Gerdts berichtet, dass die Diagnose »verstörend« gewesen und die **Illusion vom perfekten Kind** zusammengebrochen sei (T1, Pos 5). Trotz der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft haben die Männer einen Verlust zu betrauern, wie an späterer Stelle in der Auswertung noch deutlich werden soll. Als eine Notlösung wäre für Herrn Gerdts noch eine **Pflegeelternschaft** vertretbar gewesen, falls sie als Paar an der Aufgabe, dem Kind gerecht zu werden, gescheitert wären. Damit ist er unter dem gesamten Sample der einzige Mann, der die Option einer Pflegeeltern überhaupt erwähnt.

> […] Als Notlösung hatten wir uns dann auch gedacht, wenn wir selbst nicht stark genug sind, selbst nicht schaffen, kann man so ein Kind auch immer noch als/zu Pflegeeltern geben, die mehr Erfahrung haben, die vielleicht da anders aufgestellt sind und da dann/also das wäre (Räuspern) für uns (.) so als Notlösung im hintersten Stübchen noch da gewesen […]. (Herr Gerdts, Pos. 17)

Es gibt weitere Überlegungen, Reaktionen oder auch Kontakte, die von den Männern in der Situation als **entlastend erlebt** werden (»[…] da haben wir uns eigentlich schon immer gesucht, wo gibt es hier Strohhalme, an denen wir uns halten können? […]«, Herr Gerdts, T1, Pos. 11). Mit dem Mitteilen der Nachricht an seine Eltern, dass ihr Kind vermutlich mit einer Behinderung auf die Welt kommen wird, wird die Situation für Herrn Töpper ein Stück weit realer und greifbarer. Was ihm und seiner Partnerin infolge der Diagnose hilft, ist das **Verständnis von Arbeitskollegen** sowie **der Zuspruch der Eltern** (»[…] was ihr jetzt braucht, sagt uns Bescheid, wir unterstützen euch. Lasst es erstmal sacken und wenn wir vorbeikommen sollen, sagt Bescheid […]«, Pos. 37). Für Herrn Gerdts ist es insbesondere die **Partnerschaft**, die ihn in dieser Situation **bestärkt und ihm Kraft gibt**. Umgekehrt sieht er den Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch als Indiz für eine instabile Partnerschaft. Er zieht viel Kraft und Motivation aus der Paarbeziehung, so dass er sich mit seinem Entschluss für das Austragen des Kindes, auch wenn es anders als zunächst erwartet sein wird, schnell mit seiner Partnerin einig ist.

> […] Aber da wir ja glücklich waren, uns gefunden zu haben und eigentlich, da es keinen Deut, irgendwie was gab, dass an der Beziehung irgendwie was/die Frage gab es gar nicht. Weil wir uns relativ spät auch erst kennengelernt haben und mit der Idee, dass man diesen Menschen, den man da findet, schon großer Zufall ist und wenn man diesen Menschen, wo alles zusammen passt, gefunden hat, ja, dann war das mit die Grundlage, dass wir das aushalten konnten und uns nach einer gewissen Zeit auch sammeln konnten. Und da auch Kräfte sammeln konnten,

> nachdem wir uns dann durch-/ja, nachdem wir uns da durchgesetzt haben und dann »nein, hallo, wir sind hier nicht auf diesem Weg, wir wollen gerne das Kind mit der Option, was machen wir jetzt, wenn es dann auf die Welt kommt und wie gehen wir da vor?«. (Herr Gerdts, T1, Pos. 8)

Darüber hinaus sucht sich das Paar in dieser Zeit Anlaufstellen für seine Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft. Eine Anlaufstelle ist eine **Beratungsstelle**, in der sie **Zuspruch** für ihren Weg erhalten.

Während für Herrn Gerdts und Herrn Töpper die tatsächlichen Auswirkungen der Behinderung in der Schwangerschaft noch unvorhersehbar sind, beschäftigt Herrn Ebert und Herrn Rupert in der Schwangerschaft, wie gut ihrem Kind während und nach der Geburt operativ geholfen werden kann. Herr Rupert und seine Partnerin entscheiden sich auf Anraten der Ärzte zunächst für einen zusätzlichen genetischen Test, bevor die Entscheidung für das Fortführen der Schwangerschaft getroffen wird. Mit dem Bescheid, dass kein zusätzlicher Gendefekt vorliegt und aufgrund der **bereits aufgebauten Beziehung zum Kind**, hat die Entscheidung des Paares zum Austragen der Schwangerschaft Bestand. Herr Rupert gesteht sich jedoch auch ein, dass über den hypothetischen Fall eines positiven genetischen Befundes und der daraus resultierenden Entscheidung nie weiter nachgedacht wurde.

> Vielleicht nochmal durch den negativen Bescheid beim Gendefekt war für uns dann halt die Entscheidung ziemlich klar, dass wir nicht abtreiben, sondern das Kind, dem Kind eine Chance geben wollen. Zumal es sich dann in dem Stadium auch schon relativ stark bewegt hat im Bauch und auch viel rumgezappelt hat und (.) ja. Das trägt vielleicht nochmal dazu bei, dass man sich gegen eine Abtreibung entscheidet. In unserem Fall zumindest. Und da waren wir eigentlich beide ziemlich einer Meinung (.). (Herr Rupert, Pos. 28)

Für Herrn Ebert und seine Partnerin ergibt sich innerhalb des diagnostischen Prozesses eine Wendung, nachdem sich nach zahlreichen ernüchternden Arztterminen doch noch die **Aussicht auf eine Behandlungsmöglichkeit** für ihr Ungeborenes herausstellt. Wo zunächst die Geburt das definierte Ende der gemeinsamen Lebenszeit mit dem Kind darstellt, eröffnet sich für sie durch den noch experimentellen medizinischen Eingriff neue Hoffnung. Da der Schwangerschaft aufgrund einer Fertilitätsproblematik bei Herrn Ebert einige aufwändige medizinische Eingriffe vorausgingen, ist für das Paar schnell klar, dass sie jedes Angebot einer möglichen erfolgreichen Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Von weiteren genetischen Untersuchungen sehen sie, anders als das Paar Rupert, ab (Pos. 25).

Deutlich wird, dass trotz der Vergleichbarkeit in Bezug auf die Lebensfähigkeit der Kinder die Motivation der Männer in Bezug auf die Entscheidung für das

Austragen der Schwangerschaft variiert. Zwei Männer geben an, dass sie sich bereits vor der Diagnose gemeinsam mit der Partnerin mit der Frage befasst haben, wie sie im Fall einer möglichen Behinderung vermutlich entscheiden würden. Was es tatsächlich bedeutet, mit einer Diagnose konfrontiert zu werden, erfahren sie jedoch erst, als sie sich in der konkreten Situation wiederfinden und ihre Entscheidung auf die Probe gestellt wird. Obwohl sie sich in der Entscheidung mit der Partnerin gegenseitig bestärken, werden auch ambivalente Gefühle und Ängste von den Gesprächspartnern erinnert, da sie mit der aufgegebenen »Illusion von einem perfekten Kind« (s.o) nicht wissen, was ihnen nun bevorsteht. Für einen der Gesprächspartner war die Stabilität der Partnerschaft besonders ausschlaggebend dafür, dass er sich schnell mit seinem Gefühl sicherer war. Bei zwei Männern gab die Diagnose mit Behandlungsmöglichkeiten den Ausschlag dafür, dass sie sich mit ihrer Partnerin entsprechend entschieden haben. Auch Komplikationen auf dem Weg zur Schwangerschaft wie Fertilitätsproblematiken oder auch Schwangerschaftsabgänge werden mit als Gründe genannt, wieso sie sich für das Austragen entschieden, ebenso wie die sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befindende Schwangerschaft.

Anders gestaltet sich unter dem Blickwinkel der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung die Entscheidung der Männer im nachfolgenden Kapitel. Während die Entscheidungswege der Männer unter dem Kapitel 5.2.4.1 gemeinsam mit der Partnerin getroffen wurden und es keine Zeit der ungleichen Präferenz gab, wird im nun folgenden Kapitel deutlich, welche Herausforderungen sich für Paare nach einer Befundmitteilung ergeben können, wenn eine zusätzliche Uneinigkeit besteht.

5.2.4.2 Ungleiche Präferenzen vor/mit einer Diagnose

Eine ungleiche Präferenz in Bezug auf den Schwangerschaftsausgang stellt nach einem Befund für Paare eine zusätzliche Belastung dar. Neben der Verarbeitung und Auseinandersetzung mit dem Befund kann eine ungleiche Präferenz eine partnerschaftliche Verarbeitung und Konfliktlösung besonders herausfordern, da der Partner nach einem Befund oftmals die wichtigste Bezugsperson darstellt. Der nachfolgenden Tabelle 4 sind die jeweiligen Gesprächspartner zu entnehmen, die diesem Kapitel zugeordnet wurden.

Tabelle 4 Gruppe (2) Ungleiche Präferenz vor/mit Diagnose

Gruppe (2): Ungleiche Präferenz vor/mit einer Diagnose	**a) Nach einer Zeit ungleicher Präferenz Einigung im Entscheidungsprozess (Kap. 5.2.4.2.1)** Herr Heinrich Herr Imholz Herr Meier Herr Samuel
	b) Dauerhaft ungleiche Präferenz (Kap. 5.2.4.2.2) Herr Ludwig
	c) Lösung des Entscheidungskonflikts (Kap. 5.2.4.2.3)

Weiterhin kann eine ungleiche Präferenz eine gegenseitige Beeinflussung bedingen. Männer, die sich einen anderen Ausgang der Schwangerschaft wünschen als ihre Partnerin, finden sich bei einer anderen Präferenz in der oftmals schwierigen Situation wieder, ihre Partnerin nicht zusätzlich belasten, zugleich jedoch ihre eigenen Interessen vertreten zu wollen. Dabei kann es sein, dass die unterschiedliche Priorisierung nur vorübergehend oder aber länger anhaltend ist, wie anhand der Beispiele in diesem Kapitel deutlich wird. Während einige Männer zugunsten der Partnerin von ihrer eigenen favorisierten Entscheidung Abstand nehmen oder diese gar nicht erst äußern, geraten andere in Bedrängnis und sind im Rahmen ihrer Möglichkeiten bemüht, ihre Partnerin vom eigenen Weg zu überzeugen. Dabei sind auch andere Faktoren wie die Art der gestellten Diagnose, die berufliche Situation oder bereits vorhandene Kinder ausschlaggebend dafür, wie Männer auf die Situation reagieren.

Wie im vorausgegangenen Kapitel bereits deutlich wurde, haben auch diejenigen Männer ein Gespür für das Konfliktpotential einer ungleichen Präferenz, die sich zu keiner Zeit mit einer ungleichen Präferenz konfrontiert sehen mussten. Dass man »zum Glück« gleicher Meinung war, verdeutlicht ein **generelles Bewusstsein für das theoretisch vorhandene Konfliktpotential** für die Partnerschaft über die Entscheidung hinaus. In einem Nachtrag zum Interview äußert Herr Ebert hierzu:

> Wenn ich jetzt mit meiner Freundin (Telefon klingelt laut im Hintergrund) nicht derselben Meinung gewesen wäre und wir uns nicht gegenseitig als Stütze gehabt hätten, wüsste ich jetzt auch nicht, was dann passiert wäre. Ich hatte ja gesagt, dass die Anlaufstellen sind sehr frauenorientiert. Was bleibt dann, allgemein ein Psychologe vielleicht, auch eine hohe Schwelle in unserer Gesellschaft, zum Psychologen zu gehen, zumindest in Deutschland. Und dann hat man auch noch DEN Makel letztendlich und das ist jetzt auch nicht die Story, die man im Freundeskreis, oder die jeder dem Freundeskreis erzählt, glaube ich. Und dann wird es auch schon knapp, wird sehr knapp. Literatur gibt es nicht, die einem hilft, faktisch

> bleibt wenig übrig. Und wenn du nur ein Hilfsangebot hast, mit dem du nichts anfangen kannst, ist es auch kein Hilfsangebot […] Was soll ich machen (Lachen)? Weil ich hab da ja absolut gar nichts zu sagen letztendlich. Das ist 100 % ihre Entscheidung (.), bei allem, was passiert wäre. Aber ich bin sehr happy, dass wir das Problem nicht hatten. Ich glaube, das ist/ja gut, da ist dann etwas, was eigentlich was Gutes sein sollte, ein gemeinsames Kind, letztendlich dann die Beziehung zerbrochen im Zweifel. Tja. Krasse Welt. (Herr Ebert, T2, Pos. 2 & 4)

Es wird deutlich, wie stark sich der Schwangerschaftskonflikt zugleich zu einem Partnerschaftskonflikt auswachsen kann, für dessen Auflösung es unter Umständen wenig externe Ressourcen und Auffangmöglichkeiten gibt. Hilfsangebote nimmt Herr Ebert als sehr frauenzentriert wahr, psychologische Hilfe als möglicherweise stigmatisierend sowie als eine persönliche Hemmschwelle im Gespräch mit Freunden. Auf Ebene der Paarbeziehung sieht Herr Ebert zuletzt eine Paradoxie in dem Umstand, dass ein gemeinsames Kind, »was eigentlich was Gutes sein sollte« (ebd.) infolge einer Diagnose zu einer Entzweiung der Partnerschaft führen kann.

Einen ähnlichen Gedanken verfolgt auch Herr Gerdts, der die mögliche **Entscheidungsfrage als Partnerschaftsfrage** interpretiert (T2, Pos. 7). Da bereits durch die Geburt eines unerwartet krank oder behindert zur Welt kommenden Kindes eine Paarbeziehung herausgefordert wird, besteht durch die erwarteten Besonderheiten beim Kind ein zusätzliches Anforderungsniveau für die Paarbeziehung (vgl. Kap. 5.2.1.2). Vor diesem Hintergrund sollen nun die verschiedenen Gedanken und Umgangsformen betrachtet werden, die für diejenigen Männer relevant wurden, bei denen es innerhalb der Entscheidungsfindungsphase vorübergehend oder dauerhaft zu ungleichen Präferenzen kommt.

5.2.4.2.1 Nach einer Zeit ungleicher Präferenz Einigung im Entscheidungsprozess

In diesem Unterkapitel werden zunächst Situationen von Männern infolge einer ungleichen Präferenz dargestellt, die sich im Lauf der Entscheidungsfindung auflösen. Ob es tatsächlich zu einem Konflikt kommt, hängt neben der eigenen Motivation auch, und das wesentlich, davon ab, zu welcher Einigung die Paare zuletzt kommen. In einigen Fällen wird am Ende die Entscheidung der Partnerin überlassen und sich mit der Kommunikation des bevorzugten Schwangerschaftsausgang zurückhalten. Für zwei Männer ist ein Abbruch der Schwangerschaft nicht vorstellbar und sie versuchen, ihre Partnerin von ihrem präferierten Weg zu überzeugen.

Herr Heinrich tendiert aufgrund der infausten Prognose schnell zu einem Abbruch der Schwangerschaft, während seine Partnerin nach seinen Angaben die »Schwere der Diagnose« zunächst nicht habe wahrhaben wollen. In der Wahrnehmung von Herrn Heinrich wird auch durch das Umfeld suggeriert, dass die Schwangerschaft »keinen Nutzen« mehr habe, was sich mit seiner tendenziell ra-

tionalen Beurteilung der Umstände deckt. In den nachfolgenden Wochen, die seine Partnerin braucht, um die Diagnose zu verarbeiten und für sich eine Entscheidung zu treffen, **hält sich** Herr Heinrich **bewusst mit Äußerungen zu seinem präferierten Ausgang zurück**. Zwischenzeitlich wird auch bei ihm eine Unsicherheit deutlich, die sich insbesondere auf die moralische Vertretbarkeit eines Abbruchs bezieht. Mit der Aussage, dass er nicht derjenige sein wollte, »der diesen Abbruch praktisch forciert«, damit seine Partnerin weder sich noch ihm später Vorwürfe bezüglich der Entscheidung macht, wird eine weitere, partnerschaftliche Herausforderung im Entscheidungsprozess deutlich. Mit der letztendlichen Entscheidung geht auch die Verantwortung für die Entscheidung einher.

> […] Dann schlussendlich sind wir dann halt erst in der Beratungsstelle zu dem Schluss gekommen, das zu machen. Also ich, wie gesagt, am Anfang war ich schon ziemlich schnell für den Abbruch. Hab das dann aber wieder revidiert, weil ich dachte, ich hätte da vielleicht zu schnell entschieden oder, weil es ja auch eine endgültige Entscheidung ist. Ich wollte dann auch nicht derjenige sein, der diesen Abbruch dann praktisch forciert hat. Und dass meine Frau sich dann Vorwürfe macht und letztendlich auch mir dann Vorwürfe macht, sondern ich wollte, dass sie ihren eigenen Weg findet. War dann halt auch für sie da, aber passiv. Also ich hab mich dann zurückgehalten damit (5). (Herr Heinrich, Pos. 22)

Auch bei Herrn Samuel stehen in Bezug auf den ersten Impuls angesichts der Diagnose zunächst **rationale Beweggründe** im Vordergrund. Während seine Partnerin innerhalb weniger Tage sicher ist, dass sie die Schwangerschaft austragen möchte, bereitet ihre Entscheidung Herrn Samuel zunächst ein gewisses Unbehagen (»[…] Und (.) irgendwas in mir hat sich gegen diese Entscheidung gesträubt […]«, Pos. 27). Sein Unbehagen, so interpretiert er in der Rückschau, sei Ergebnis eines **Effizienzgedanken**, mit dem er sich habe ersparen wollen, sich seinen eigenen Emotionen zu stellen (»[…] Wenn man keine Lust hat auf Gefühle und Emotionen, dann geht man dem aus dem Weg und rechtfertigt das mit Effizienz-Gesichtspunkten, ›Es muss jetzt aber schnell gehen‹ oder ›Wir müssen das doch jetzt mal entscheiden‹ und so weiter«, ebd.). Dieses Verhalten interpretiert er als »typisch männliche« Umgangsweise. Ein Konflikt scheint sich für ihn aus dem Umstand zu ergeben, dass er für seine erste, intuitive Präferenz für einen Abbruch durch das Umfeld mehr Zuspruch erfahren habe (»[…] Und zwar eigentlich ziemlich egal, ob Sie sich bei einer kirchlichen Beratungsstelle (.) melden oder bei einer weltlichen. Es wird Ihnen EIGENTLICH immer suggeriert, dass das Kind doch besser abgetrieben werden sollte […]«, Pos. 22). Während er einerseits selbst zunächst zu einem Abbruch tendiert, verurteilt er an späterer Stelle Entscheidungen für einen Schwangerschaftsabbruch. Zu seiner Position zum Thema »ungeborenes Leben«, die Herr Samuel gleich zu Beginn des Interviews darstellt (»Die Frage Lebensschutz, die betrifft uns schon relativ lange, weil wir als zweites Kind ein Kind mit Down-Syndrom

bekommen haben […]«, Pos. 9), steht in einem gewissen Gegensatz seine **Unsicherheit in Bezug auf die Entscheidung seiner Partnerin** für das Austragen (»Ich war dann (.) mir nicht so sicher. Aber meine Frau kam relativ bald zu dem Entschluss, das Kind auszutragen, obwohl es eine infauste Prognose hatte […]«, Pos. 23). Er akzeptiert die Entscheidung seiner Partnerin und hält sich, wie auch Herr Heinrich, mit eigenen Gedanken in Bezug auf ihre Entscheidung zurück, obwohl sie ihm Unbehagen bereitet. Er ist fortan darauf bedacht, sich mit der Entscheidung zu identifizieren und innerhalb der Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung **einen Platz für sich einzunehmen**. Konkrete Aufgaben und ein eigener Anteil an dem Geschehen bedeuten ihm in der darauffolgenden Zeit viel (Pos. 129).

Für Herrn Meier stellen sich Fragen nach der **Verantwortung** in der Phase der Entscheidungsfindung **auf verschiedenen Ebenen** und zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Zunächst steht aufgrund der gestellten Diagnose für Herrn Meier die Frage im Raum, inwieweit **dem Ungeborenen gegenüber** eine Verantwortung bestehe, Kosten und Mühen auf sich zu nehmen, um alle Möglichkeiten von Therapie und Heilmaßnahmen auszuschöpfen. Dabei geht es um alternative therapeutische Maßnahmen, auf die das Paar im Rahmen von Recherchen im Internet gestoßen ist. Die Verantwortungen gegenüber dem Ungeborenen und gegenüber den bereits vorhandenen Pflegekindern konfligieren. Bei der Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen in einer speziellen Klinik oder gar im Ausland hätten die Pflegekinder durch das Paar nicht weiter betreut werden können. Weiterhin würde das Aufbringen der **finanziellen Mittel** eine große Herausforderung bedeuten.

> Deswegen haben wir beide einmal ausgeschlossen, diesen Part. Wir haben zwar herumrecherchiert und dann haben wir die Entscheidung treffen müssen, fahren wir nach (Land), fahren wir nach (Land), tun wir uns das an oder nicht? Natürlich auch, du musst das ja alles zahlen. Das bedeutet also, zigtausende Euro Schulden, die du irgendwo aufnehmen musst. Das musst du dann auch wieder erarbeiten. Da gibt es auch keinen Urlaub mehr, auf den du fahren kannst. Ja. Das heißt, wir haben gesagt/das ist nämlich auch keine leichte Entscheidung, weil du musst dann sagen ja, (.) bist du jetzt irgendwie selbstsüchtig, weil du jetzt dir das nicht antun möchtest und dem Kind nicht alle Möglichkeiten geben möchtest. Wo hört das auf? Was sind alle Möglichkeiten? Wie viele Schulden müsstest du aufnehmen? […]. (Herr Meier, T1, Pos. 29)

Da bei Herrn Meier und seiner Partnerin viele Jahre der ungewollten Kinderlosigkeit der Schwangerschaft vorausgegangen sind, ist die Entscheidung gegen das Ausschöpfen aller denkbaren Optionen in Relation zu der Verantwortung gegenüber den Pflegekindern besonders herausfordernd. Im Anschluss an die Entscheidung gegen mögliche, alternative Therapien stellt sich für das Paar als nächstes die Frage, ob die Schwangerschaft, die laut der Ärzte ohne medizinische Eingriffe eine infauste Prognose aufgrund der fehlenden Nieren des Kindes hat, ausgetragen

oder beendet werden soll. Da sich seine Partnerin zunächst nicht vorstellen kann, die Schwangerschaft nach all den Belastungen der vorausgegangenen Wochen weiter auszutragen, scheint sich ein Konflikt abzuzeichnen, da für Herrn Meier ein Abbruch nicht als Option in Frage kommt. Die strikte Ablehnung eines Abbruchs ist bei ihm auch an die **Hoffnung** geknüpft, dass sich zuletzt die gestellte Diagnose doch nicht bestätigen oder es eine **plötzliche Heilungsmöglichkeit** geben könnte, die dann aufgrund des Abbruchs nicht mehr wahrgenommen werden kann. Zugleich sieht er das Dilemma in dem Umstand, dass er selbst nicht schwanger ist, sich der Situation in anderer Weise entziehen kann und nicht über die Schwangerschaft seiner Partnerin entscheiden möchte. Er formuliert jedoch seiner **Partnerin gegenüber den Wunsch**, getragen von der Hoffnung auf ein Wunder, die **Schwangerschaft doch auszutragen**.

> Und meine Frau hat eigentlich (.), es hat also ein zwei Tage gedauert, vielleicht drei, bis der Entschluss irgendwo da war. Meine Frau hat eigentlich gesagt, dass sie das (.) nicht aushalten will und sie würde das eigentlich, sie kann sich das nicht vorstellen, da jetzt noch monatelang bangen und (unv.) das geht nicht. Und (.) ich war genau konträr. Ich habe gesagt, das ist unmöglich, das gibt es nicht, das kann nicht sein. Ich (.) und ich hab gesagt, ich kann nicht. Das war für mich dann so problematisch, weil ich hab gesagt, ICH muss das ja nicht aushalten, sondern SIE muss aushalten. Weil das Kind ja in ihr wächst und in ihr dann vielleicht verstirbt oder auch in ihr auf die Welt kommt oder was auch immer. Aber das ist ja jede Sekunde ihres Lebens da und sie spürt dann auch die Tritte da im Bauch und sie spürt dann auch die Bewegungen und sie wird ja dann in jeder Sekunde daran erinnert, dass sie da was im Körper hat, das dann entweder gleich, oder morgen oder übermorgen stirbt. Und das, habe ich gesagt, das ist jetzt dann irgendwie total deppert, weil ich würde mir wünschen, dass (.) wir es auf die Welt kriegen, die (Kind) und ja, es gibt genug Wunder. Alles Mögliche kann passieren. Vielleicht haben sich ja alle geirrt und vielleicht hat sich keiner geirrt und es gibt diesen einen von, weiß nicht, milliardensten Fällen, dass aus irgendeinem Grund, das trotzdem zumindest drei Jahre alt wird ohne Probleme oder dann sich innerhalb von/die plötzliche Entdeckung und der Heilung des Potter Syndroms kommt im September. Und wir haben im August entschieden, dass wir abtreiben lassen.[20] (Herr Meier, T1, Pos. 40)

Durch die Umentscheidung der Partnerin löst sich zuletzt der Konflikt. Sie kommt nach weiterer Bedenkzeit für sich zu dem Entschluss, die Schwangerschaft weiter austragen zu wollen. Damit eröffnen sich für Herrn Meier wiederum neue Fragen

20 Die Entscheidung fällt das Paar zum Austragen der Schwangerschaft. Hier schildert Herr Maier den hypothetischen Fall, welches Dilemma er bei der Entscheidung für einen Abbruch befürchtet.

der Verantwortung, nämlich ob seine Partnerin diese Entscheidung nur für ihn getroffen haben könnte. Seine Partnerin bekräftigt jedoch, dass ihre Entscheidung aus freien Stücken gewesen sei.

> […] Sie hat sich, sie hat immer gesagt, sie hat sich nicht überreden lassen von mir, sondern sie hat selbst erst das für sich durchgespielt, mehrere Male und ist selbst dann drauf gekommen, dass es auch für sie eigentlich die richtige Entscheidung ist, das also auszutragen, die (Kind) (.). Was für mich natürlich, weil ich hatte immer die Angst, ja, das war immer nur, ich hab ihr das gesagt und sie hat es nur für mich gemacht oder sowas. Und das ist natürlich auch mühsam oder schwer zu tragen auf den Schultern, wenn man weiß, jemand macht das nur für wen anderen, das endet dann so fatal. Sondern, es war für sie selbst (.) die richtige Entscheidung (…) und ich glaube, anders wäre es auch gar nicht gegangen […]. (Herr Meier, T1, Pos. 42)

Ähnlich wie die Ausgangslage von Herrn Meier, jedoch wesentlich konfliktreicher gestaltet sich der Entscheidungsweg bei Herrn Imholz und seiner Partnerin. Für Herrn Imholz kommt die Option eines Schwangerschaftsabbruchs grundsätzlich nicht in Frage (»[…] und ich hab dazu die grundlegende Position gehabt (.), du kennst meine Meinung, ich finde das nicht gut, wenn/überhaupt darüber nachzudenken, das bewusst/bewusst dieses Leben zu beenden. Ist für mich schon so eine Art Mord […]«, Pos. 11). Ab dem Zeitpunkt, an dem seine Partnerin sich durch die Diagnostik, welche Herr Imholz ebenfalls ablehnte, habe verunsichern lassen, ist das **Paar emotional entzweit**. In der Zeit der Entscheidungsfindung wird der Konflikt zwischen dem Paar durch die divergenten Positionen der beiden Parteien immer festgefahrener. Die Partnerin von Herrn Imholz hat große Angst davor, der emotionalen Belastung nicht standhalten zu können, die sie durch das Austragen der Schwangerschaft und die Geburt befürchtet.

> […] Sie hatte große Angst davor, wie sie mir gesagt hat. Vor der Belastung, was da auf sie drauf zukommt und ob sie das überhaupt aushält. Also das war sozusagen im Mittelpunkt für sie eigentlich, ob sie das selber emotional verkraftet und aushält (.), ein Kind zu gebären, das (.) laut allem, was man medizinisch wissen kann, (.) unter viel Leid kurz lebt und dann wieder weg ist. So das war für sie halt sehr schwer […]. (Herr Imholz, Pos. 11)

Herr Imholz hingegen beruft sich immer wieder auf seine Position, die er versucht, seiner Partnerin auf rationale Weise nahezubringen (»[…] ich hab ja zumindest versucht, klar zu spiegeln, was meine Position ist und das war sicherlich auch recht distanziert, weil es für mich sehr schwer auszuhalten war […] und ich auch verärgert war […]«, ebd.). Weil er einerseits **verärgert ist**, dass seine Partnerin für seine Argumentation nicht empfänglich ist, auf der anderen Seite **verzweifelt** und **ratlos**, weil er ihr weder mit ihren Ängsten weiterhelfen, noch für sie und über

sie eine Entscheidung treffen kann, erscheint die Situation zunächst nicht auflösbar. Zusätzlich belastend erlebt Herr Imholz den wahrgenommenen **Einfluss des Umfeldes auf seine Partnerin**, da die Argumentationen eher zuungunsten seiner eigenen, präferierten Entscheidung tendieren. Die Perspektive des ungeborenen Kindes, die er starkzumachen versucht, werde bei den ganzen Überlegungen übergangen.

> Du hast ja/es war für mich so eine große Distanz. Ich war ärgerlich, ich war traurig, ich war wütend, weil (.) dieses ganze Umfeld so eine klare Position vorgegeben hat und meine Frau sozusagen das ernsthaft sich damit beschäftigt hat und ich das auch sehr egoistisch fand. Das es quasi nur um sie geht, ob sie das aushalten kann und ob/dass es gar nicht um den kleinen Menschen ging (.) und ich immer dachte, ja, das ist eigentlich natürlich so […]. (Herr Imholz, Pos. 12)

Zwischen den Parteien vermitteln kann zuletzt eine Psychologin, die dem Paar Raum bietet, über die jeweiligen Wünsche offen zu sprechen. Sie spiegelt, dass sie bei Herrn Imholz einen großen Wunsch sieht und motiviert ihn, diesen Wunsch an seine Partnerin zu formulieren. Die Sitzung bei einer Psychologin bringt letztendlich die Wendung, die zur Auflösung der Situation führt. Infolge seines Wunsches ihr gegenüber und auch auch aus Sorge vor möglichen Konsequenzen für die Partnerschaft, wenn sie sich gegen den Wunsch des Mannes für einen Abbruch entscheidet, **trägt sie zuletzt ihrem Partner zuliebe die Schwangerschaft aus**.

> Und ich glaube, das war auch, meine Frau hat das mal so gesagt, sie hat das nur gemacht, weil ich es mir gewünscht habe. Und das, also dass sie das Kind hat leben lassen und nicht mehr über die Abtreibung nachgedacht hat. Was ja im Endeffekt für mich trotzdem schön ist und ein Grund zur Freude so, ne? Obwohl es gleichzeitig dieses, dieser Aspekt war, dass ich ja, so wie ich früher das definiert hätte, dass ja eine Übergriffigkeit ist, wie ich die heute nicht mehr so formulieren würde, weil es einfach nur ehrlich ist und für mich diese Gefühle eigentlich nicht im Zentrum standen, weil ich (unv.), das ist doch eigentlich klar von den Argumenten her, dass man das nicht einfach machen kann, das widerspricht meinem Gewissen oder widerspricht allem, was ich glaube und denke, was natürlich ist für Menschen […]. (Herr Imholz, Pos. 21)

Anders als Herr Meier hat Herr Imholz mit dem Umstand, dass die Partnerin eine Entscheidung ihm zuliebe trifft, kein Problem. Er hält an dem Standpunkt fest, dass die Entscheidung an sich richtig ist. Bestärkt wird er in seiner Haltung dadurch, dass seine Partnerin später dankbar ist, durch ihren Partner zu der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft bewegt worden zu sein.

> Ja im Nachgang, ja, bin ich, wie gesagt, sehr zufrieden mit der Entscheidung und (.) fand es auch sehr gut, dass meine Frau danach eine konkrete Dankbarkeit hatte,

> dass (.) quasi für die Umstände und Bewegungen, die dazu geführt haben, dass sie sich drauf eingelassen hat […]. (Herr Imholz, Pos. 41)

Anhand der Situation, wie sie das Paar Imholz durchlebt, wird das Dilemma deutlich, das sich aus einer dauerhaften, ungleichen Präferenz ergeben kann. Das Paar hat über einen längeren Zeitraum hinweg nicht die Möglichkeit, einander emotional zu unterstützen. Die schwangere Partnerin mit ihren Ängsten und Herr Imholz mit seinem Wunsch nach Austragen der Schwangerschaft stehen sich bis zu dem Zeitpunkt entzweit gegenüber, bis eine der Parteien zugunsten des Wunsches des Partners nachgibt. Weiterhin kann an dieser Stelle vorweggenommen werden, dass die getroffene Entscheidung auch längerfristig für beide Partner tragbar ist, da sich Frau Imholz offenbar im Nachhinein mit der Entscheidung, die sie zunächst ihrem Partner zuliebe trifft, selbst identifizieren kann. Somit kommt es zu einer abschließenden Lösung des partnerschaftlichen Konflikts, indem die Entscheidung im Nachhinein von beiden Parteien als »die richtige« bewertet wird.

In diesem Kapitel werden anhand von vier Fallbeispielen Lösungen der partnerschaftlichen Konfliktmomente aufgrund einer ungleichen Präferenz deutlich. Gemeinsam ist allen vier Männern, dass bei dem ungeborenen Kind eine infauste Prognose vorliegt. Herr Heinrich und Herr Samuel halten sich mit ihrem Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch gegenüber der Partnerin zurück, als sich abzeichnet, dass die Partnerinnen gedanklich nicht bei der Entscheidung für einen Abbruch sind. Während die Partnerin von Herrn Heinrich später die Entscheidung für den Abbruch trifft, muss sich Herr Samuel mit der Entscheidung der Partnerin, die Schwangerschaft auszutragen, arrangieren. Da klar ist, dass die Lebenszeit des Kindes nach der Geburt begrenzt sein wird, ist er sehr bemüht, während der Schwangerschaft als »Team Member« fungieren zu können (Pos. 129). Er übernimmt diverse Aufgaben und arrangiert sich so mit der Situation.

Herr Meier und Herr Imholz hingegen haben den Wunsch an die Partnerin, die Schwangerschaft auszutragen. Die Partnerin von Herrn Meier entscheidet sich im Lauf der Schwangerschaft dafür, die Schwangerschaft weiter auszutragen. Im Gegensatz dazu gibt die Partnerin von Herrn Imholz an, ihrem Partner zuliebe die Schwangerschaft ausgetragen zu haben. Im Nachhinein können sich alle mit der getroffenen Entscheidung identifizieren.

Wie belastend umgekehrt die Situation erlebt wird, wenn sich der Entscheidungskonflikt nicht dauerhaft auflöst, wird im nachfolgenden Unterkapitel an dem Fallbeispiel Herrn Ludwig deutlich.

5.2.4.2.2 Dauerhaft ungleiche Präferenz

Im vorausgegangenen Unterkapitel wurden die Herausforderungen im Entscheidungsprozess bei unterschiedlicher Präferenz deutlich und entgegen einer von vornherein einvernehmlichen und gemeinsamen Entscheidung (Kap. 5.2.4.1)

kontrastiert. Die partnerschaftliche Abhängigkeit auf dem Weg hin zu einer von den Männern mitgetragenen Entscheidung wird für die Phase der Entscheidungsfindung als zentral herausgestellt. In diesem Unterkapitel soll nun anhand des Fallbeispiels von Herrn Ludwig dargestellt werden, wie mit einer dauerhaft ungleichen Präferenz auf dem Entscheidungsweg umgegangen wird. Da vor diesem Hintergrund die Identifikation mit der späteren Entscheidung dauerhaft erschwert ist, wird die sich hieraus ergebende Belastung als besonders groß eingeschätzt.

Herr Ludwig und seine Partnerin erwarten ihr gemeinsames drittes Kind, auf das sie sich sehr freuen. Im Rahmen des zweiten großen Ultraschalls wird bei dem Ungeborenen eine auffällige Stelle an der Wirbelsäule entdeckt, die zu der späteren Diagnose Spina Bifida führt. Von der Diagnose an wird bei Herrn Ludwig bereits eine **Ambivalenz** in Bezug auf eine mögliche Entscheidung deutlich, die sich in einem unsicheren Hin- und Herspringen zwischen den möglichen Ausgängen der Schwangerschaft äußert. Seine Partnerin hingegen sei sehr schnell mit den Gedanken bei einem Abbruch gewesen, während Herr Ludwig stärker von dem **Gefühl** geleitet ist, es **»gemeinsam schaffen« zu können.**

> […] der erste Moment war der Gedanke, wir können das Kind nicht kriegen. Der zweite Gedanke war, wir schaffen das schon und das schwankte immer so hin und her zwischen »wir schaffen das, wir können das nicht« und meine Frau, die hatte sehr schnell den Gedanken, sie schafft das/SIE schafft das nicht. Ich war dann schneller in die Richtung doch, wir können das schaffen. Ohne es zu wissen, was es genau ist (Lachen). (Herr Ludwig, Pos. 9)

An verschiedenen Stellen im Gespräch stellt er seine eigene Unsicherheit der Tendenz der Partnerin gegenüber. Dabei steht sein eigener **Optimismus** in Bezug auf den Ausgang im Kontrast zu den **Sorgen und Ängsten der Partnerin**. Obschon auch er unsicher ist, wie das Leben mit dem behinderten Kind aussehen würde, wird auch seine **Beziehung zum Ungeborenen** deutlich, die ihm den Gedanken an einen Abbruch erschweren. Er ist sich sicher, auch dieses Kind, wenn es einmal zur Welt gebracht ist, zu lieben (»[…] bei mir/ich war immer noch ›wir können das schaffen‹ […], Pos. 82; »[…] Ich glaube, dass wenn man sich für ein Kind entscheidet, dann (.) liebt man dieses Kind immer […] darum war ich auch eher dafür, das Kind zu bekommen, weil ich immer gesagt, das ist die einfachere Entscheidung, sich für das Kind zu entscheiden […]«, Pos. 82).

Innerhalb der Entscheidungsfindungsphase sucht das Paar verschiedene Angebote wie eine Beratung und den Kontakt zu anderen Eltern, die jedoch wenig an der Ausgangslage verändern. Während sich Herr Ludwig immer mehr vorstellen kann, das Kind zu bekommen, wird für seine Partnerin der Gedanke an einen Abbruch mit fortlaufender Zeit konkreter. Herr Ludwig billigt sich aufgrund der häuslichen Arbeitsteilung nur ein **begrenztes Mitspracherecht** zu (»[…] Aber an-

ders herum war ich auch der, dessen Leben sich weniger ändert, weil ich der bin, der weiter arbeiten muss (.) und klar, am Wochenende und abends dann die, sich um die Kinder mit kümmert aber ja, sich weniger kümmert (.)«, Pos. 28; »[…] Weil ich es auch nicht bin, der es, ja/also natürlich hätten wir, wir machen viel zusammen und kümmern uns um unsere Kinder zusammen aber (Räuspern) es, ja, wäre trotzdem sie die Hauptbelastete […]«, Pos. 30.).

Schließlich ist sich die Partnerin sicher mit ihrer Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft, während Herr Ludwig resigniert versucht, sich mit dem Umstand abzufinden, dass er gegen die Entscheidung der Partnerin nicht viel einwenden kann bzw. möchte. Der Wunsch an seine Partnerin wird jedoch deutlich. Es fällt auf, dass er, obschon es die Entscheidung der Partnerin und nicht seine eigene Präferenz ist, von »unserer Entscheidung« spricht (»[…] im Grunde stand ab dem Zeitpunkt unsere Entscheidung […] fest. Wir haben dann gesagt, wir WOLLEN nochmal drüber schlafen, wir WOLLEN auch nochmal in Ruhe drüber reden und/aber es hat eigentlich die Entscheidung so nicht mehr geändert«, Pos. 30). Auch an späterer Stelle stellt Herr Ludwig die Entscheidung der Partnerin als eine »gemeinsame« heraus (»[…] und haben halt der [Ärztin] gesagt, wir wollen das Kind nicht. Weil wir dann wirklich danach, waren wir uns da auch sicher, mit nochmal drüber schlafen und so«, Pos. 37). Diese Aussagen stehen im Kontrast zu seiner weiter **bestehenden Unsicherheit und Ambivalenz** in Bezug auf die getroffene Entscheidung. An späterer Stelle im Gespräch begründet er seine Formulierung damit, dass er sich **als Mann in der Rolle** sieht, **die Entscheidung der Partnerin mitzutragen**, um sie weder mit der Verantwortung alleine zu lassen, noch sie mit der eigenen Präferenz zu überfordern. Eine andere Präferenz billigt er sich vor diesem Hintergrund zugunsten der symmetrischen Entscheidung und damit zugunsten der Partnerschaft nicht zu.

> Und im Grunde muss ich dann auch sagen, da war es auch klar, dass ich sie halt, also da hab ich mich dann auch in der Rolle gesehen, eine Entscheidung MITzutragen, ohne sie jetzt (.)/und aber die letzte Entscheidung lag dann, lag bei meiner Frau klingt auch unfair, weil ich will ihr nicht die Entscheidung aufbürden, die haben wir schon zusammen gefällt. Aber es war klar, dass ich nicht gegen sie irgendwie stimmen würde (.). Also da ist man glaube ich dann, oder war ich als Mann dann auch einfach in der Rolle, dass ich gesagt, nein, wenn DU das nicht willst, dann will ich das auch nicht. (Herr Ludwig, Pos. 85)

Mit dem Entschluss zum Mittragen der Entscheidung der Partnerin kann Herr Ludwig auf der partnerschaftlichen Ebene weitere Konfliktsituationen zunächst vermeiden, die, wie zuvor bei dem Paar Imholz, ein partnerschaftliches Entzweien hätten bedeuten können. Zugleich kann er sich jedoch nur bedingt mit der Entscheidung der Partnerin identifizieren, da er sich tendenziell das Austragen der Schwangerschaft gewünscht hätte. Aus diesem Grund bleibt für ihn die Entschei-

dung nicht nur mit offenen Fragen verbunden, sondern erschwert es ihm auch, dauerhaft hinter der Entscheidung zu stehen und diese nicht mehr in Frage zu stellen. Da das Kind postnatal lebensfähig gewesen wäre, stellt sich für Herrn Ludwig auch nach der Entscheidung die Frage, wie es wohl geworden wäre, hätten sie sich für das Austragen des Kindes entschieden (»[…] Und ich mach mir auch immer wieder Vorwürfe. Ist das jetzt, war das richtig? Und diese Frage, welches Leben ist denn lebenswert, darf ich die entscheiden? […]«, Pos. 60).

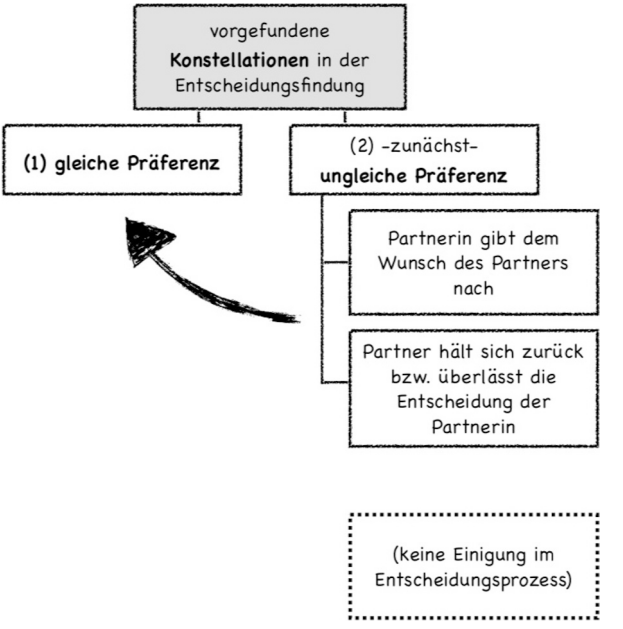
Durch das Mittragen der Entscheidung der Partnerin wird ein partnerschaftlicher Konflikt vermieden. Aus Rücksichtnahme auf die Partnerin, die für sich und ihren Körper einerseits sowie für die Zeit nach der Geburt andererseits, in der sie die »Hauptlast« der Kinderbetreuung trägt, eine Entscheidung treffen soll, stellt Herr Ludwig seinen eigenen Wunsch zurück. Herr Ludwig wurde einem eigenen Kapitel zur dauerhaft ungleichen Präferenz zugeordnet, da aus seiner Erzählung hervorgeht, dass er sich trotz der Einwilligung in den Abbruch einen anderen Schwangerschaftsausgang gewünscht hätte.

5.2.4.2.3 Lösung des Entscheidungskonflikts

Es wird deutlich, dass im vorliegenden Sample alle Entscheidungskonflikte der Paare wenigstens für den Moment der Entscheidungsfindung gelöst werden können. Gar keinen Konflikt erleben dabei diejenigen Paare, die sich von vornherein darüber einig sind, wie mit dem Befund umgegangen werden soll. Bei einer gleichen Präferenz beider Parteien kommt es für die Phase der Entscheidungsfindung zu keinem Konflikt (1). Ebenso können Konflikte vermieden werden, wenn Männer zwar eine Präferenz haben, sich aber von vornherein der Entscheidung der Partnerin anschließen (»[…] hab dann immer zu ihr gesagt, ›Also ich werde hinter dir stehen‹«, Herr Döbel, Pos. 17).

Anders verhält es sich bei Paaren, bei denen im ersten Moment oder dauerhaft eine ungleiche Präferenz vorliegt, die zu einem Konflikt führt (2). Männer, die eine solche Situation erinnern, berichten neben dem Konflikt auch von der letztendlichen Lösung für die Entscheidungssituation. Eine Strategie, die genannt wird, ist das Auflösen des Konflikts durch den **Meinungswechsel der Partnerin**. Eine entsprechende Situation wird von Herrn Imholz sowie von Herrn Meier dargestellt (vgl. Kap. 5.2.4.2.1). In beiden Fällen entspricht die spätere Entscheidung der Partnerin dem Wunsch des Mannes, wenn auch die Beweggründe für die Umentscheidung der Partnerin unterschiedlich beschrieben werden. Eine andere Strategie, die anhand des letzten Fallbeispiels deutlich wird, ist die **Zurückhaltung seitens des Mannes**. Hierbei nehmen sich die Partner zwar nicht von vornherein, jedoch im Verlauf der Entscheidungsphase aus Solidarität gegenüber der Partnerin mit ihrer präferierten Meinung zurück, wenn sich abzeichnet, dass sich jene ihrer Entscheidung sicher ist. Die Entscheidung der Partnerin wird dabei mitgetragen (»[…] Aber

Abbildung 3 Vorgefundene partnerschaftliche Konstellationen in der Entscheidungsfindung



es war klar, dass ich nicht gegen sie irgendwie stimmen würde (.). Also […] ich [war] als Mann dann auch einfach in der Rolle, dass ich gesagt, nein, wenn DU das nicht willst, dann will ich das auch nicht«, Herr Ludwig, Pos. 85).

Bisher konnte die Kategorie der **partnerschaftlichen Entscheidungsdynamik** als potentielle Herausforderung von Männern für die Phase der Entscheidungsfindung herausgearbeitet werden. Wie und ob sich die Partner in Bezug auf die Entscheidung partnerschaftlich geeinigt haben, hat vermutlich Einfluss auf die längerfristige Identifikation mit der Entscheidung. Im nun nachfolgenden Kapitel soll eine zweite Kategorie herausgearbeitet werden, die Einfluss auf die beschriebene Identifikation mit der Entscheidung hat. Die Kategorie der **zweifelhaft bleibenden Entscheidung,** die sich in den in diesem Zusammenhang untersuchten Fällen mit der potentiellen Lebensfähigkeit des Ungeborenen bei einer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch überschneidet, kann anhand der nachfolgenden Beispiele als zweite relevant Kategorie herausstellt werden.

5.2.4.3 Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit

In den beiden vorausgegangenen Gruppen (1) und (2) wurde unter dem Aspekt der symmetrischen oder asymmetrischen Entscheidungsfindung bzw. Präferenzbildung betrachtet, wie bedeutsam die partnerschaftliche Dynamik für diese Phase im Gesamtprozess ist. Darüber hinaus wurden konkrete Konfliktsituationen und Hürden im Zusammenhang mit der potentiell ungleichen Präferenz herausgearbeitet. In diesem Kapitel steht die **Belastung durch eine dauerhaft erschwerte Identifikation mit der Entscheidung** als zentrale Kategorie im Vordergrund, unabhängig davon, ob die Entscheidung partnerschaftlich zustande kommt oder nicht. Die Männer des vorliegenden Samples, die auch nach der bereits getroffenen Entscheidung entweder mit dieser selbst hadern oder aber die Bedingungen zur Identifikation mit der Entscheidung als erschwert erleben, waren zusätzlich mit der Belastung durch einen Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit konfrontiert. Welche Gesprächspartner dieser Gruppe zugeordnet wurden, ist der nachstehenden Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5 Gruppe (3) Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit des Ungeborenen

Gruppe (3): Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit des Ungeborenen	Herr Quest Herr Ludwig Herr Otte

Die potentielle Lebensfähigkeit des erwarteten Kindes macht die Entscheidung für einen Abbruch, die zugleich eine **Entscheidung gegen das Leben des Kindes** bedeutet, für die Betroffenen des Samples zu einer **Entscheidung mit weitreichenden persönlichen Folgen** und offen bleibenden Fragen. Während für diejenigen Männer, bei deren ungeborenem Kind eine infauste Prognose gestellt wurde, die Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft auch dem späteren Ausgang der Schwangerschaft entspricht (vgl. Herrn Heinrich: »[…] also der Abbruch stand jetzt nicht so, war nicht so zentraler Punkt, weil, wie gesagt, es, man hat mit dem Abbruch nur den Zeitpunkt bestimmt aber nicht das Ergebnis«, Pos. 57), ist die Entscheidung bei einer potentiellen Lebensfähigkeit zugleich eine Entscheidung gegen das Leben des Kindes. Von den Betroffenen in diesem Kapitel wird die **Diagnose**, die mit einer potentiellen Lebensfähigkeit des Ungeborenen einhergeht, vor dem Hintergrund der Entscheidung für einen Abbruch als **belastend** erlebt, da die Entscheidung in einem stärkeren Maße Fragen der Verantwortbarkeit der Entscheidung aufwirft.

Herr Quest nimmt in Bezug auf die **Entscheidungspräferenz in Abhängigkeit zur Diagnose** eine Abwägung vor. Während er bei einer möglichen Trisomie-Form, die dauerhaft nicht mit dem Leben zu vereinbaren gewesen wäre, den »Mehrwert«

des weiteren Austragens für das Kind in Frage stellt, kann er eine entsprechende Schlussfolgerung für die vorliegende Situation nicht ziehen (»[…] also da kann man dann zumindestens sagen, dass es jetzt für die Person, die auf die Welt kommt, auch nicht unbedingt ein totaler Mehrwert ist, da diese kurze Zeit, falls es überhaupt auf die Welt kommt, dort mit seiner Krankheit zu leben, ja?«, Pos. 16). Bei einer infausten Prognose steht der letztendlich Schwangerschaftsausgang fest und der Mehrwert für das Kind, wenn es ausgetragen wird, ist für ihn fraglich. Anders verhält es sich jedoch in seinem Fall, in dem klar ist, dass das Kind, wenn es auf die Welt kommt, auch ein erfülltes Leben würde haben können.

> Das ist halt leider bei, oder leider? Eigentlich Gott sei Dank, ja. Also Gott sei Dank ja bei Trisomie 21 ja überhaupt nicht so. Da kann es ja extrem unterschiedliche Verläufe nehmen, ja? Also und heutzutage ja wohl auch häufig relativ gut. Sprich quasi so die Ausrede, das bringt dem Kind ja nichts, noch auf die Welt zu kommen, die kann man dann irgendwie nicht so richtig verwenden, weil es halt auch nicht stimmt. Und ähm (.) das macht die Entscheidung halt natürlich extrem schwierig, ja? […]. (Herr Quest, T1, Pos. 17)

Erschwert ist die Situation für das Paar, da beide weder grundsätzlich zu der Option eines Abbruchs, noch für die Option zum Austragen der Schwangerschaft tendieren. Quest findet jedoch, dass eine grundsätzliche Haltung gegenüber einem behinderten Kind von Vorteil wäre, wenn man eine Entscheidung treffen muss, während er selbst eine Unklarheit erlebt, die **keinerlei Orientierung** bietet (»[…] wenn man da jetzt nicht per se feste Vorstellungen hat wie, entweder man ist irgendwie gläubig und sagt, jedes Leben muss auf die Welt kommen oder man hat halt die Einstellung, Behinderte haben kein Lebensrecht, dann ist es eigentlich schon unklar […]«, Pos.16).

Auch andere Männer sind im Entscheidungsprozess auf der **Suche nach** einer möglichen **Orientierung**, die ihnen in Bezug auf die Entscheidung Sicherheit und Gewissheit ermöglicht. Der Konflikt, einerseits eine Entscheidung treffen zu müssen, andererseits mit dieser Notwendigkeit Gefühle der Ohnmacht und Überforderung zu erfahren, kommt in unterschiedlicher Weise zum Ausdruck. Herr Quest kommt zu dem Ergebnis, dass es in der Situation, in der er sich mit seiner Partnerin befand, unmöglich war, eine »richtige Entscheidung« zu treffen (»[…] Aber also da, das fand ich sehr schwierig und (.) also (…) und ich glaub auch bis heute, dass (.) das gar nicht möglich ist in der Situation, so die richtige Entscheidung zu treffen. […] das ist also auch so eine abstrakte Entscheidung, ja?«, T1, Pos. 23). Herr Ludwig, der sich, wie im vorausgegangenen Kapitel bereits dargestellt, der herausfordernden Situation gegenübersieht, die Entscheidung der Partnerin für einen Abbruch der Schwangerschaft zugunsten der Partnerschaft mitzutragen, kann abschließend nicht sagen, ob die Entscheidung nun »die richtige oder die falsche« war. Die **Ambivalenz**, die sich durch den gesamten Prozess der Entscheidungsfin-

dung zieht, hält auch nach der getroffenen Entscheidung der Partnerin an. Diese Ohnmacht gegenüber der **Mächtigkeit und Tragweite der Entscheidung** erlebt er **bis in die Gegenwart als Belastung**.

> […] Also ich kann die [Frage] auch HEUTE noch nicht beantworten, ob das die richtige oder die falsche Entscheidung war. Ich hab dann versucht, mir zu sagen, die Entscheidung ist da. In der Situation (unv.) nicht mehr rückgängig machen (.). Und hab dann versucht, mir jetzt nicht Vorwürfe zu machen, ob es die falsche Entscheidung war. Also es, ich weiß es auch bis heute nicht, ob die Entscheidung richtig oder falsch war. Das ist ja das Schlimme. Ich glaube, da gab es auch keine richtige oder falsche Entscheidung […]. (Herr Ludwig, Pos. 62)

Herr Otte erlebt sich durch die Notwendigkeit einer Entscheidung ebenfalls als stark belastet. Für ihn sind es insbesondere Fragen nach der **moralischen Vertretbarkeit**, mit denen er sich noch bis in die Gegenwart hinein beschäftigt. Offene Fragen wie das Ausmaß der Entscheidung, ab wann Leben beginnt, wie man über dieses Leben entscheiden kann, was ungeborenes Leben eigentlich ist und in welcher Verantwortung er all dem gegenübersteht, beschäftigen Herrn Otte über die Entscheidung hinaus.

> […] und (.) ich wäre aber nicht in der Lage gewesen, diese Entscheidung zu treffen, weil das wirklich, also (5 Sek.) weil es mir auch sehr viel darum ging, für mich als Individuum so und mit meiner Moral zu klären, wie kann man so eine Entscheidung überhaupt treffen für einen Schwangerschaftsabbruch? Wie kann denn das gehen? Ein Mensch entscheidet über das Leben von, ein anderes Leben sage ich mal, ja? Ich würde jetzt nicht sagen, das Leben von einem anderen Menschen, weil es ist tatsächlich schon (.) was, womit ich jetzt erst (.) ja, noch eine Weile brauchen werde, zu begreifen, was das eigentlich ist, ein ungeborenes Leben, was nicht zur Welt kommt. Aber (.) also darüber zu entscheiden, war mir im Grunde fast unmöglich und das war die schon (.), wenn man es genau anschaut, die größte einzelne Herausforderung […]. (Herr Otte, T1, Pos. 34)

Gemein ist den Männern, dass der Prozess der Entscheidungsfindung durch die verbleibenden offenen Fragen und das Nicht-Erreichen einer richtigen oder falschen Entscheidung bisher verhindert, dass der Prozess der Entscheidungsfindung tatsächlich abgeschlossen werden kann. Die Entscheidung bleibt durch bestehende Zweifel und offene Fragen ambivalent. Dabei unterscheiden sie sich jedoch voneinander in ihren **Umgangs- und Verarbeitungsstrategien**, die es ihnen im Alltag ermöglichen, trotz der belastenden Erfahrung mit dem Ereignis zu leben.

Herr Ludwig, der einerseits durch das Mittragen der Entscheidung der Partnerin entgegen seiner Präferenz und andererseits durch die Prognose einer möglichen Lebensfähigkeit eine Belastung auf der Ebene der Partnerschaft sowie auf der Ebene der Entscheidung erfährt, **ist bemüht, sich keine Vorwürfe in Bezug**

auf die Entscheidung zu machen. Als Strategie versucht er, »[…] das Leben zu genießen und ganz egoistisch die Vorteile der Zwei-Kind-Familie (Lachen) zu nutzen […] diese Vorteile, ja, die zu nutzen und das dann sich damit ein bisschen auch schönzureden […]«, Pos. 83. Dass diese Strategie nur bedingt erfolgreich ist, hebt er durch Begriffe wie »**schönreden**« oder »versuchen« hervor, die verdeutlichen, dass diese Versuche nur von eingeschränktem Erfolg sind. Da seine Partnerin sich bisher nicht sicher ist, ob sie es vor dem Hintergrund dieser Erfahrung nochmals auf eine Schwangerschaft ankommen lassen möchte, ist die Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft bis dahin auch eine Entscheidung gegen ein drittes Kind, unter der Herr Ludwig zudem leidet. Der Verlust des Kindes hat damit auch Auswirkungen auf die gesamte Lebensperspektive, die er bis dahin gemeinsam mit der Partnerin hatte und bei der sie nun eventuell nicht mehr auf einer »gemeinsamen Linie« sind.

Herr Otte hingegen versucht im Entscheidungsprozess, im Gegensatz zu seiner Partnerin, sich **nicht an gesellschaftlich gesetzten Normen** oder Mehrheitsentscheidungen zu **orientieren**, sondern für sich einen richtigen und passenden Weg zu finden, mit dem er sich am ehesten identifizieren kann (»[…] [Die Partnerin] wollte immer diese Form der Orientierung. Wie viele andere machen das in so einer Situation und so. Und ich weiß gar nicht. Also so, wie ich mich erinnere, war mir das immer ziemlich wurscht […]«, T1, Pos. 27 f.). Dabei ist er um eine eher **offensive Position** bemüht, mit der er hinter seiner Entscheidung stehen kann und sich als weniger angreifbar oder defensiv erlebt. Sein Gefühl, sich für die präferierte, spätere Entscheidung rechtfertigen zu müssen, rührt von der Frage her, wie stark egoistische Motive letztendlich bei der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch in Relation zum Leben des Kindes ins Gewicht fallen. Da er sich selbst jedoch durch die Entscheidungsnotwendigkeit und die spätere Entscheidung als emotional stak belastet erlebt, fühlt er sich durch (potentielle) moralische Verurteilungen unbeteiligter Dritter[21] ungerechtfertigt verurteilt (»[…] Da wünsche ich echt jedem, der so eine Meinung öffentlich äußert, mal irgendwie eine Woche in unseren Schuhen zu laufen, in denen wir damals gelaufen sind«, T1, Pos. 48).

Gegen Ende des Interviews wird sein Plädoyer für einen offensiven Umgang mit dem Erlebnis sehr deutlich. Der **Wunsch nach Identifikation mit der Entscheidung**, die Raum für die belasteten Gefühle sowie Empathie und Annahme durch Dritte ermöglicht, steht einem Verstecken aus Schuldgefühl und der Scham für die Entscheidung gegenüber.

---

21 Im Interview wird an verschiedenen Stellen eine Wut auf die katholischen Kirche als moralische Instanz deutlich, die mit ihrer Haltung gegen Schwangerschaftsabbrüche und ihrer Verurteilung als direkter Gegenspieler in der persönlichen Auseinandersetzung zu fungieren scheint.

> Aber ich mag eine der intimsten und traurigsten und schlimmsten aber auch wichtigsten und grundsätzlichsten Entscheidungen meines ganzen Lebens, die ich gemeinsam mit meiner Frau getroffen hab, die mag ich nicht vor irgendeinem 87-jährigen, weißbärtigen, unverbesserlichen Erzkatholiken oder sonstigen verblasenen alten, weißen Wichser, mag ich nicht rechtfertigen müssen. Was nehmen sich die Leute raus? (Herr Otte, T3, Pos. 7)

Indem Herr Otte seine Gefühle auch nach außen richtet und mit **Wut auf** den fehlenden Platz für Annahme und Akzeptanz seiner Situation in der **Gesellschaft** reagiert, eröffnet sich ihm ein erster Weg, seine Gefühle nicht nur mit sich selbst auszumachen, sondern den moralischen Konflikt, den er mit seiner Partnerin aushalten muss, auf eine gesellschaftliche Ebene zu heben. Dies ermöglicht ihm, sich von der persönlichen Verantwortung für die Entscheidung zu distanzieren.

> […] Und finde ich es immer sehr gut, wenn es Leute gibt und Umfelder, in denen ich mir das erlauben kann, darüber offen zu sprechen und finde es auch natürlich sehr gut, das Verständnis, was ich da eigentlich immer in solchen Situationen bekomme (.). Ich weiß aber noch nicht, wann und ob und wo der geeignete Ort ist, da drüber zu diskutieren. (Herr Otte, T3, Pos. 5)

Auf der Suche nach Orientierung bei der Entscheidungsfindung wird auch für Herrn Quest der Aspekt der **gesellschaftlichen Antwort auf seine Situation** relevant. Dabei stellt er die Überlegung an, dass im Gegensatz zu Ländern wie beispielsweise Italien die Abbruchrate in Deutschland vielleicht besonders hoch sein könnte, weil der familiäre Zusammenhalt und die gemeinschaftliche Unterstützung hier geringer ausfalle und man mehr davon ausgehe, dass man sich um seine Probleme selbst kümmere.[22] Zwar nimmt er nicht einen aktiven Druck in Richtung eines Abbruchs wahr, jedoch eine Tendenz, die suggeriert, dass man sich eigenständig um seine Probleme zu kümmern habe.

> Und ein bisschen ist es bei uns wohl auch gesellschaftlich, ja? Dass ich nicht irgendwie jetzt sagen würde, dass jetzt hier irgendwie die Gesellschaft da, was weiß ich, dass ich mich jetzt wegen der Gesellschaft (unv.) aber zumindestens, also was ich ja gelesen hab, ist Deutschland wohl so ein Land, wo die Abbruchrate ja so schon irgendwie extrem hoch ist […]. Kann man vielleicht auch damit (.) erklären oder versuchen zu erklären, dass man bei uns quasi mehr davon ausgeht, dass man sich immer selber um alles kümmern muss. Vielleicht haben die eher so dahin (unv.) die Oma hilft auch noch oder irgend sowas. Weiß ich aber nicht. Ja. Genau. (Herr Quest, Pos. 25 f.)

22 Entsprechende Annahmen lassen sich z.B. mit Statistiken der World Health Organisation (WHO) nicht bestätigen (World Health Organisation, 2019).

Neben den genannten Umgangsweisen, die den Männern helfen, sich mit der ambivalent bleibenden Entscheidung auseinanderzusetzen, werden auch **Wünsche** geäußert, was in der herausfordernden Situation entlastend erlebt worden wäre. Bei Herrn Quest wird der Wunsch nach **mehr Unterstützung und Zuspruch** für eine Entscheidung **zum Austragen** deutlich. An einer anderen Stelle, an der er rückblickend erwägt, was ihm in der Zeit der Entscheidungssuche geholfen hätte, wird der Kontrast besonders deutlich, der sich aus den einerseits hohen Abbruchraten und andererseits dem von ihm wahrgenommenen, fehlenden Zuspruch für das Austragen ergibt.

> Und ich glaube (.) was relativ, was auf jeden Fall, denke ich mal, gut tun würde, ja, was ich jetzt auch gar nicht so erlebt habe, denke auch weil die Leute sich keine Gedanken drüber machen und manchmal glaube ich auch, weil es wirklich nicht so ist (Lachen), ehrlich gesagt. Wäre quasi (.) der Zuspruch, dass man (.) dass man auch das Kind von jemandem akzeptieren würde, ja, wenn es behindert ist (4 Sek.). Dass man den Leuten mitteilt quasi, dass wenn die das behinderte Kind kriegen, dass die das genauso behandeln würden, wie wenn es gesund wäre. Ich glaube, das würde den Leuten oder uns auch, ja, das (.) das würde den Leuten schon viel dabei helfen […]. Aber ich glaub, wenn du die Entscheidung nicht getroffen hast, dann, ich glaube, dass es auch sehr hilfreich wären, wenn die Leute dir irgendwie zusagen, quasi dass sie auch DICH mit deinem behinderten, beziehungsweise dein behindertes Kind irgendwie akzeptieren, genau so, wie wenn es nicht behindert wäre (.). Findet aber eigentlich nicht statt (unv.). (Herr Quest, T1, Pos. 63 f.)

Ein weiterer Wunsch, der von Herrn Quest genannt wird, ist der nach **Bestätigung und Verstärkung für zunächst alle denkbaren Entscheidungsoptionen** bei bestehender Entscheidungsunsicherheit (s.o.). Da seine Partnerin und er eher tendenziell für eine Entscheidung in Richtung Schwangerschaftsabbruch Bestätigung oder Verständnis erfahren haben, sei es für sie vermutlich auch naheliegender gewesen, eine Entscheidung in diese Richtung zu treffen. Dass er den konkreten Wunsch nach Zuspruch auch für die andere denkbare Option äußert, legt nahe, dass eine entsprechende Bestätigung vielleicht auch in diese Richtung einen Ausschlag hätte geben können. Weiter stellt Herr Quest Überlegungen an, dass in dem Fall einer bewussten oder auch unbewussten Präferenz eine einseitige Verstärkung der Entscheidung als hilfreich erlebt werden kann.

> […] Wenn du dir denkst, also wenn du dir quasi, wenn du es nicht bekommen willst und dir erhoffst, dass quasi die anderen, es hilft dir natürlich, wenn du quasi insgeheim eine Entscheidung getroffen hast, wenn andere Leute dir da Zustimmung geben. Das ist klar. Also wenn du dir denkst, ich will es eigentlich nicht bekommen und dann sagen alle Leute, »nee, bekomme es auf keinen Fall«, dann denkst

> du dir natürlich, ja gut, dann kannst du auch damit rechtfertigen […]. (Herr Quest Pos. 64)

Herr Ludwig schildert, wie seine Partnerin und er zu einem Zeitpunkt, als für sie noch keine Entscheidung feststand, unfreiwillig mit der Meinung der Schwiegermutter konfrontiert sahen (»[…] die hat dann, sag ich mal ›Oh Gott, das ist so eine/das ist so anstrengend für euch, tut euch das nicht an!‹ und hat sehr stark in diese Richtung, ›bekommt das Kind auf keinen Fall‹ hin argumentiert und das fanden wir in einer Phase, wo wir noch sehr ergebnisoffen waren, ja, ich fand das schwierig […]«, Pos. 23). Die Schwiegermutter argumentierte offenbar recht einseitig gegenüber dem Paar und wird entsprechend der Situation als unempathisch erlebt. Obschon seine Partnerin sich letztendlich selbst für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheidet, trifft sie die schonungslose und nüchtern Meinung der eigenen Mutter in besonderer Weise, während es Herrn Ludwig besser möglich ist, sich von der Meinung der Schwiegermutter emotional zu distanzieren. Seine eigenen Eltern reagieren hingegen empathisch und »toll«, indem sie ihre umfassende Hilfe anbieten (»[…] Also meine Eltern haben, das war toll, wie die reagiert haben. Die haben sehr schnell sich gemeldet, haben gesagt, wenn ihr Hilfe braucht, wenn ihr das Kind bekommt, wir ziehen zu euch in die Nähe. Also die wohnen zweihundert Kilometer weg. ›Wenn ihr das wollt, wir unterstützen euch‹. Das war gut. […]«, Pos. 22). Somit wird auch bei Herrn Ludwigs Schilderungen deutlich, wie viel **Sensibilität** in dieser Phase des Suchens und Findens eines gangbaren Weges **vom Umfeld gefordert** ist.

Als wichtige **Ressource** werden für die Zeit der Entscheidungsfindung die intensiven Gespräche und die dadurch **entstehende Nähe zu ihren Partnerinnen** in dieser emotionalen Zeit erinnert. In ihr erleben sie die wichtigste Vertraute, die als einzige ihren Konflikt mit ihnen teilen und auf eine ähnliche Weise nachempfinden kann (»[…] Also das, ich glaub, die wichtigen Gespräche waren die mit meiner Frau, indem wir uns einfach gegenseitig gesagt haben, was wir fühlen, wie es uns geht. Da haben wir sehr sehr viel miteinander gesprochen«, Herr Ludwig, Pos. 35; »[…] Da haben wir […] wahnsinnig viel geredet und haben darüber aber irgendwie sehr (.) sehr fest zueinandergefunden. Nicht, dass wir vorher auseinander gewesen wären. Aber wir haben da sehr gemerkt, wie nah wir beieinander sind […]«, Herr Otte, T1, Pos. 35). Das gemeinsame Erleben und Durchleben dieser intimen und zutiefst emotionalen Lebenserfahrung schafft zwischen den Partnern ein verbindendes Element, das sie auf eine neue Weise einander näherbringt.

> […] Auf der einen Seite hat es uns (.), ja, wir haben da ein verbindendes Element jetzt, was also über alle anderen nochmal hinausgeht, was/also das ist das erste richtig negative, was wir in unserer Ehe gemeinsam durchgemacht haben. Die schlechten Zeiten, die aber irgendwann kommen. Und das war auf jeden Fall eine.

> Und wir haben sie zusammen DURCHstanden. Das ist glaube ich ganz wesentlicher Punkt […]. (Herr Ludwig, Pos. 66)

Mit dem Blick auf den durchlebten Entscheidungsprozess vor dem Hintergrund der getroffenen Entscheidung und ihrer Beurteilung wird deutlich, wie stark sich die Männer **noch im Prozess** des Verstehens, Verarbeitens und Annehmens befinden. Insbesondere die Vielzahl der Umgangs- und Verarbeitungsstrategien, die sie für sich entwickeln, sowie die genannten Wünsche machen deutlich, dass der Verarbeitungsprozess noch als unabgeschlossen erlebt wird. Eine weitere Abstufung in den Verarbeitungsstadien lässt sich anhand der retrospektiven Beurteilung der Entscheidung ausmachen, die bei Herrn Otte dahingehend ausfällt, dass er angibt, sich inzwischen nicht mehr vorstellen zu können, das Kind bekommen zu haben (»[…] Ich weiß nur, dass ich mir jetzt überhaupt nicht mehr vorstellen kann, dieses Kind zur Welt zu bringen gemeinsam […]«, T1, Pos. 30). Dass Herr Otte sich bereits im Prozess der Trauerverarbeitung und Bewältigung befindet, wird auch an einer anderen Stelle deutlich, an der er sich an die Worte einer Beraterin erinnert.

> […] Und die [Beraterin] hat uns in einer der ersten Sitzungen gesagt, es wird der Tag kommen, wo sie morgens aufstehen und merken (.), es geht besser. Der ist noch nicht da. Aber ich [fühle?] ihn schon näher. (Herr Otte, T1, Pos. 56)

Eine wichtige **Konsequenz**, die Herr Quest und seine Partnerin aus der Erfahrung ziehen, ist, dass sie **in der Folgeschwangerschaft bewusst auf Diagnostik verzichten** (»[…] durch diesen Fall halt jetzt bei unserem, bei dem Kind jetzt natürlich, sich geändert hat, dadurch, dass wir halt, wir haben halt einfach diesen Test nicht mehr gemacht […] eh viele Leute sagen, macht den Test nicht, weil ihr könnt es nicht entscheiden (.). Ja, das, darauf sind wir jetzt auch gekommen (Lachen) […]«, T1, Pos. 54). Aufgrund des für Herrn Quest zentralen Themas der Überforderung durch die Diagnose ist die logische Konsequenz für das Paar, sich einer Wiederholung der Situation zu entziehen.

Für Herrn Ludwig bleibt das Verarbeiten der Situation durch mehrere Faktoren erschwert. Er kann sich nur bedingt mit der Entscheidung der Partnerin für einen Abbruch identifizieren und ist durch die ihn quälenden Fragen nach dem »was wäre gewesen, wenn?« und seinem anhaltenden, unerfüllten Wunsch nach einem dritten Kind **weiterhin stark belastet** (»[…] Und also, mir fällt das auch jetzt noch schwer. Also wenn ich anderen Leuten mit Babys begegne, das fällt mir schwer. Kann ich nur bedingt mit umgehen. Muss ich mich sehr zusammenreißen. Da kommt dann immer so eine, manchmal so ein Neidgefühl auf […].« (Pos. 59 f.). Während Herr Quest mit der erneuten Schwangerschaft seiner Partnerin einen positiven Neuanfang erlebt, berichtet Herr Ludwig von **Neidgefühlen** gegenüber anderen Familien mit Babys.

Da die Entscheidungswege in den Narrationen der Männer nicht unabhängig von ihrer Situation in der Gegenwart denkbar sind, wurden in diesem Kapitel über die Phase der Entscheidungsfindung und Präferenzbildung bereits Aspekte der abschließenden Bewertung der Gesamtentscheidung seitens der befragen Männer vorweggenommen. Im nachfolgenden Kapitel soll jedoch zunächst die Phase nach der getroffenen Entscheidung vertieft werden, die sich in der Logik der chronologischen Auswertung an die Zeit der Entscheidungsfindung anschließt. Je nach Ausgang der Schwangerschaft nehmen die Erzählungen dabei unterschiedliche Verläufe.

5.2.5 Nach der getroffenen Entscheidung

Im vorausgegangenen Kapitel wurden die Phase der gemeinsamen bzw. ungleich verlaufenen Präferenzbildung und Entscheidungsfindung und die Herausforderungen bei der Identifikation mit der späteren Entscheidung dargestellt. Für die Betrachtung der nachfolgenden Phase, die die **Zeit unmittelbar nach der getroffenen Entscheidung** (der Partnerin) umfasst, sollen für die Auswertung zwei Gruppen je nach dem **Schwangerschaftsausgang** und der Art der gestellten **Diagnose** gebildet werden (Tabelle 6).

Dabei erweisen sich insbesondere die (potentielle) Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes sowie der gewählte Schwangerschaftsausgang als relevante Kriterien. Weiterhin wird bei den Erzählungen zwischen einem Abbruch der Schwangerschaft und einer ausgetragenen Schwangerschaft unterschieden.

Tabelle 6 Gruppen nach Entscheidungsausgängen

Schwangerschaftsausgang ⇓	**Art der Diagnose ⇒**	**infaust**	**lebensfähig**
Ausgetragen		Kap. 5.2.5.1 A) Austragen der Schwangerschaft nach **infauster** Prognose	Kap. 5.2.5.2 B) Austragen der Schwangerschaft bei prognostizierter **Lebensfähigkeit**
Abbruch		Kap. 5.2.5.3 C) Abbruch der Schwangerschaft nach **infauster** Prognose	Kap. 5.2.5.3.6 Abbruch der Schwangerschaft bei prognostizierter **Lebensfähigkeit**

Gruppe A) umfasst diejenigen Männer, deren Partnerin sich bei einer infausten Prognose beim Kind für das Austragen der Schwangerschaft entscheidet.[23] Gruppe B) umfasst diejenigen Männer, die sich mit der Partnerin für das Austragen

23 Gruppe A) wurden Herr Döbel, Herr Florian, Herr Imholz, Herr Meier, Herr Neumann und Herr Samuel zugeordnet. Herr Ebert wird aufgrund der veränderten Prognose beim Kind sowohl dieser Gruppe als auch der nachfolgenden Gruppe B) zugeordnet.

der Schwangerschaft entscheiden und deren Kind nach der Geburt lebensfähig ist.[24] Die dritte und letzte Gruppe C) umfasst diejenigen Männer, die mit einem Schwangerschaftsabbruch konfrontiert sind.[25] Mit der Perspektive der Lebensfähigkeit unterscheidet sich Gruppe B) insbesondere von den Gruppen A) und C), bei denen die Männer und Paare zuletzt mit dem Verlust des Kindes konfrontiert sind. Da die Gruppe derjenigen Männer, deren Kind postnatal lebensfähig gewesen wäre, sehr klein ist und es viele thematische Überschneidungen gibt, wurde für diese Gruppe kein eigenes Kapitel erstellt. Stattdessen werden besondere Aspekte in dem Unterkapitel »Entscheidung bei lebensfähiger Prognose« (Kap. 5.2.5.3.6) thematisiert. Bei der hier gewählten Gliederung muss berücksichtigt werden, dass die Beurteilung der potentiellen Lebensfähigkeit des Kindes aus den Erzählungen der Männer rekonstruiert ist und nicht zwingend auch der medizinischen Beurteilung entspricht.

5.2.5.1 Austragen der Schwangerschaft nach infauster Prognose

In diesem Kapitel werden die Gefühle in der Zeit nach der Entscheidung, das Erleben und Gestalten der Zeit bis zur Geburt, bei der Geburt selbst, beim Versterben des Kindes und der nachfolgenden Zeit der Verabschiedung und Trauer dargestellt. Mit dem ersten Unterkapitel soll ein Einblick in die von den Männern geäußerten Emotionen gegeben werden, die sich auf die gesamte Zeit ab der getroffenen Entscheidung beziehen. Die nachfolgenden Kapitel beinhalten sowohl Eindrücke und Erfahrungen aus der jeweiligen Zeit, als auch Umgangsweisen und Handlungsspielräume der Männer, die sie sich in den einzelnen Phasen erschließen. Während das nachfolgende Kapitel zu den geäußerten Gefühlen ab der Entscheidung die gesamte Zeitspanne umfasst, sind die nachfolgenden Unterkapitel weitestgehend an Episoden orientiert, ebenso wie in der bisherigen Auswertung.

5.2.5.1.1 Gefühle ab der Entscheidung

Sich auf die Geburt eines Kindes vorzubereiten, das aller Voraussicht nach noch während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder kurze Zeit danach verstirbt, ist der herausfordernde Kontext der Männer, deren Situation in diesem und den folgenden Kapiteln dargestellt werden soll. Für die noch verbleibende Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und der Zeit mit dem geborenen Kind werden verschiedene Gefühle oder Gefühlszustände von den Männern beschrieben, die hier in Anlehnung an den zeitlichen Ablauf der Ereignisse dargestellt werden. Die noch verbleibende Zeit der Schwangerschaft bewusst nutzen oder erleben zu können, kann ebenso Anliegen sein wie die Suche nach dem eigenen Platz im Geschehen.

---

24 Gruppe B) wurden Herr Ebert, Herr Gerdts, Herr Rupert und Herr Töpper zugeordnet.

25 Gruppe C) wurden Herr Althoff, Herr Becker, Herr Heinrich, Herr Jakobs, Herr Korte und Herr Quest zugeordnet, sowie mit lebensfähiger Prognose Herr Ludwig, Herr Otte und Herr Quest.

Mehrere der Männer berichten, bis zuletzt gehofft zu haben, dass das Kind doch nicht verstirbt und der Prognose ein Irrtum unterliegt. Ebenso wird die Angst davor, dass das Erleben der Geburt oder der Umgang mit dem geborenen Kind für sie besonders schlimm oder traumatisch sein könnte, erinnert. Auch die Sorge um die Partnerin oder ihr Umgang mit dem Verlust werden in der Rückschau von den Männern als eine Herausforderung beschrieben.

Für die Zeit vor der Geburt benennen nahezu alle Männer Gefühle von **Angst, Unsicherheit oder Nervosität**. Dabei variieren die Gründe, welche sie für das jeweilige Gefühl angeben. Herr Döbel erinnert seinen Zustand vor der Geburt als ein »Gedankenkarussell« (Pos. 24). Die Unsicherheit, was ihn selbst und sie als Paar nach der Geburt erwartet, setzt ihn dabei besonders unter Druck (»[…] das wurde immer stärker und ich wurde immer nervöser und ängstlicher auch, was/jetzt kommt die Geburt bald, **was erwartet uns?** […]«, ebd.). Seiner Angst kann Herr Döbel zuletzt durch den Kontakt zu anderen Müttern in einem Selbsthilfeforum eine größere Sicherheit und Vertrauen entgegensetzen (»[…] ich brauche Menschen, mit denen ich mich jetzt austauschen kann. Ich habe das jetzt so lange verdrängt und wir haben das so immer nur mit uns ausgemacht und so […]«, Pos. 24). In dem Selbsthilfeforum trifft er auf Mütter, die in ihrer Schwangerschaft mit der gleichen Diagnose konfrontiert waren und sich für das Austragen entschieden. Da seine Angst durch diese Kontakte stark abnimmt, berichtet er auch seiner Partnerin von den Erfahrungen der anderen Mütter, um ihr ebenfalls mehr Zuversicht zu ermöglichen (Pos. 26).

Die Entscheidung der Partnerin für das Austragen der Schwangerschaft wird von Herrn Samuel zunächst als beängstigend empfunden. Mit einer Entscheidung für einen Abbruch hätte er sich in seiner Vorstellung weniger seinen Emotionen stellen müssen. Nach einer infausten Prognose die Schwangerschaft weiter auszutragen, sieht er dabei im Gegensatz zu »Effizienz-Gedanken«, wie sie typisch für Männer seien (»[…] [man] rechtfertigt das mit Effizienz-Gesichtspunkten: ›Es muss jetzt aber schnell gehen‹ oder ›Wir müssen das doch jetzt mal entscheiden‹ und so weiter«, Pos. 27). Mit dem Entschluss der Partnerin, die Schwangerschaft auszutragen, muss er sich nun arrangieren.

> Und (.) irgendwas in mir hat sich gegen diese Entscheidung gesträubt, weil wir Männer ja immer ein bisschen doch zu einer übertriebenen Effizienz neigen und uns letztlich damit ersparen wollen, uns unseren Emotionen zu stellen. Das ist eine Erfahrung, die ich an mir selber gemacht habe, nech? […]. (Herr Samuel, Pos. 27)

Für Herrn Florian ist es nicht die Entscheidung selbst, die Angst oder Unsicherheit hervorruft, sondern viel mehr sind es konkrete Fragestellungen, die sich aus der Entscheidung ergeben. Eine **Sorge** ist, dass er **vor dem Kind erschrecken** könnte, weil es vielleicht anders aussieht als ein »gesundes Kind«. Diese Sorge oder Angst

bestätigt sich jedoch im Nachhinein nicht (»[…] Hatte ja riesige Angst davor, dass er mich erschreckt, wenn er rauskommt (Lachen). Hat er mich dann auch kurz, weil er ein bisschen zerknautscht war aber […] sah er einfach aus wie ein normales Kind so […]«, T1, Pos. 32). Ganz anders schließt Herr Imholz es von vornherein für sich aus, dass er aufgrund des Aussehens anders reagieren würde, als bei einem »gesunden Kind« (»[…] Aber ich war mir immer sicher, dass ich auch ein Kind, was nicht aussieht, wie ein gesundes Kind, als kleinen Menschen in den Arm nehme […]«, Pos. 11.). Herr Florian erinnert weiterhin, auch Angst davor gehabt zu haben, mit der Partnerin die Geburt und Verabschiedung nicht so gestalten zu können, wie sie es sich als Paar wünschen. Da sie zunächst eine Hausgeburt planen, von der das Paar zuletzt aufgrund der fehlenden Betreuung absehen muss, ist es ihre **Sorge**, auf **Menschen** zu treffen, von denen sie einerseits abhängig sind, die auf der anderen Seite ihre recht konkreten **Wünsche** jedoch **nicht mittragen** oder umsetzen (»[…] weil wir ihr [Ärztin] erklärt haben, dass wir da eine relativ klare Vorstellung haben von und (.) Angst davor haben, auf Ärzte zu treffen, die damit nicht umgehen können«, T1, Pos. 17).

In Auseinandersetzung mit der infausten Prognose nennt Herr Meier eine sich entwickelnde **Angst** davor, dass das Kind vielleicht bereits **vor der Geburt versterben** könnte. Auch Herr Döbel nennt mit verstreichender Zeit als seinen größten Wunsch, das Kind »lebend« kennenlernen zu dürfen (Pos. 23). An die Angst geknüpft ist bei Herrn Meier bis zuletzt auch die Hoffnung auf eine falsche Diagnose. Mit einem vorzeitigen Versterben des Kindes wäre seine bis zuletzt anhaltende Hoffnung zerstört (»[…] und natürlich war immer die Angst da, dass wieder das vielleicht dann doch noch […] vor der Geburt stirbt die (Name) […]«, T1, Pos. 42). Seine Partnerin sei dabei »konträr zu ihm« gewesen und habe sich dieser Hoffnung zu keiner Zeit hingegeben (»[…] ich hab mich an jedem Strohhalm da festgehalten […]«, T1, Pos. 41). Während bei Herrn Meier die Angst vor der Konfrontation mit der unausweichlichen Realität überwiegt, ist es bei Herrn Döbel stärker der Wunsch, das »lebendige Kind« überhaupt kennenlernen zu dürfen. Im Zusammenhang mit seiner Hoffnung auf eine falsche Diagnose steht auch Herr Meiers Wunsch nach dem Austragen der Schwangerschaft.

Da die Partnerin von Herrn Meier sich zuletzt für das Austragen umentscheidet, nennt er auch eine **Angst** davor, seine **Partnerin** zu diesem Entschluss **überredet oder gedrängt zu haben** (»[…] Was für mich natürlich, weil ich hatte immer die Angst, ja, das war immer nur, ich hab ihr das gesagt und sie hat es nur für mich gemacht oder sowas […]«, T1, Pos. 42.). Obwohl die Partnerin dies verneint, hat er Sorge, ihr aufgrund der eigenen Hoffnung etwas zuzumuten, dessen »emotionales Ausmaß« für die Partnerin er nicht abzuschätzen vermag (»[…] ICH muss das ja nicht aushalten, sondern SIE muss aushalten. Weil das Kind ja in ihr wächst und in ihr dann vielleicht verstirbt […] das ist ja jede Sekunde ihres Lebens da und sie spürt dann auch die Tritte da im Bauch […], dass sie da was im Körper hat«, T1,

Pos. 40). Ganz anders beurteilt Herr Imholz den Umstand, dass seine Partnerin zuletzt ihm zuliebe die Schwangerschaft trotz eigener Ängste und Befürchtungen austrägt. Er sieht es weniger als ein Entgegenkommen der Partnerin, sondern als eine aus der Perspektive des ungeborenen Kindes alternativlose Entscheidung. Bei ihm überwiegen zuletzt die Freude über die Entscheidung und nicht Schuldgefühle gegenüber der Partnerin oder Angst um ihr Wohl (»[…] sie hat das nur gemacht, weil ich es mir gewünscht habe […] Was ja im Endeffekt für mich trotzdem schön ist und ein Grund zur Freude so, ne? Obwohl es gleichzeitig […] das ja eine Übergriffigkeit ist, wie ich die heute nicht mehr so formulieren würde […]«, Pos. 21). Neben der Freude über die Entscheidung berichtet er jedoch auch von einer **Traurigkeit** in Bezug auf die **Prognose**, dass das Kind aller Voraussicht nach sterben wird (»[…] weil man ja sich für so ein Kind wünscht, dass es irgendwie gesund wird und auf die Welt kommt […]«, Pos. 26).

Während der **Geburt** erlebt Herr Meier sich als **ohnmächtig**. Seine Partnerin mit starken körperlichen Schmerzen zu sehen, wird für ihn zu einer so großen Belastung, dass er den Wunsch verspürt, sich der Situation zu entziehen. Zugleich sieht er sich aber auch in der Verantwortung, der Partnerin beizustehen. Da nach der Geburt kein freudiges Kennenlernen, sondern das Versterben des Kindes bevorsteht, hat die Situation für ihn eine besondere Dramatik.

> […] wenn ein Mensch, der jetzt nicht dein Arbeitskollege ist, sondern halt dein Lebenspartner dann Schmerzen hat, solche Schmerzen, wo du dann selber nur noch weinen kannst, weil du nicht mehr weißt, was du machen sollst. Also du kannst ihm ja nicht helfen, du siehst ihn jetzt eigentlich nur leiden und (5 Sek.) wäre super, wenn du jetzt rausgehen könntest und kriegst es nicht mit. Nur rausgehen kannst du nicht, weil es ja (…) dein Partner ist, kann nicht einfach raus gehen. Also eine völlige, wie soll man sagen, Hilflosigkeit (.) ja […]. (Herr Meier, T1, Pos. 63)

Ganz anders erlebt Herr Florian die Geburt seines Kindes als »sehr schön«, da er es durch die intensive Auseinandersetzung und Vorbereitung schafft, sich gut auf das Geschehen einzulassen. Auch mit dem ungeborenen Kind fühlt er sich emotional verbunden.[26]

> Ich hätte/war sehr sehr gut drauf. Es war für mich (.) im Vergleich zur ersten Geburt unglaublich schön, weil ich das erste Mal so richtig **das Gefühl** hatte, **ich bin wirklich jetzt bei meiner Frau** und kann sie dabei unterstützen. Ich war super positiv und war nah bei ihr und wir waren in einer sehr guten Stimmung zusammen […]. (Herr Florian, T1, Pos. 27)

26 Neben Herrn Florian berichtet auch Herr Imholz von einer intensiven, emotionalen Verbundenheit zum ungeborenen Kind. In dieser Hinsicht unterscheiden sich beide Männer vom übrigen Sample, das dazu wenig oder keine Angaben macht.

Mit der Geburt des Kindes wird für die Männer bzw. Paare auch offenbar, inwieweit sich die Diagnose bestätigt. Einige Männer hegen bis zuletzt die Hoffnung, dass sich die Diagnose evtl. doch nicht bestätigt. Die **Hoffnung auf ein Wunder** oder einen Irrtum wird jedoch mit der Geburt endgültig **enttäuscht**. Herr Imholz ist überrascht, als er seine Tochter zum ersten Mal sieht, wie genau bereits in der frühen Schwangerschaft die Diagnose gestellt wurde.

> […] Für mich war ja noch gar nicht klar, dass das wirklich so ist. Also ich hab das zwar als höchst wahrscheinlich erachtet aber ich hatte immer noch im Bauch so zehn Prozent Wahrscheinlichkeitsgefühl, dass das vielleicht gar nicht real ist, weil es ist ja nur eine Ultraschallaufnahme, die im dritten Monat mal stattgefunden hat oder sowas (Lachen). Und dann ist vielleicht gar nicht so schlimm. Keine Ahnung. (Herr Imholz, Pos. 30)

Auch für Herrn Meier schwindet nach der Geburt der »Strohhalm«, an den er sich bis zuletzt klammert. Mit der Geburt der Tochter und der endgültigen Bestätigung der Diagnose bricht für Herrn Meier die um die Hoffnung gestrickte Welt ein (»[…] für mich ist die Welt zusammengebrochen, wie ich dann realisiert habe, […] mein Strohhalm, ein winzig dünner Faden tatsächlich jetzt, ja, dass man es halt nicht ignorieren kann, dass halt die (Tochter) […] Geschichte ist, dass sie also nicht lebt […]«, T1, Pos. 73). Seine Partnerin habe sich dieser Hoffnung, ganz im Gegensatz zu ihm selbst, jedoch zu keiner Zeit hingegeben (»[…] Sie hat, damit, dass sie abgeschlossen hat, hat sie also wirklich sich konzentrieren können (.) auf nicht dieses Hin-und-her-Pendeln. Sondern sie hat wirklich versucht, das Beste aus der Zeit zu machen aus diesen restlichen Monaten bis zur Entbindung«, T1, Pos. 43). Auch das Paar Neumann hofft bis zuletzt, dass der Diagnose vielleicht ein Irrtum zugrunde liegt. Ihre Hoffnung wird dadurch verstärkt, dass bei einer Untersuchung während der Schwangerschaft die Diagnose nicht (mehr) bestätigt wurde (»[…] Da wurde das dann nicht mehr festgestellt. Da hatten wir eigentlich schon Hoffnung, dass das wohl eine Fehlinformation [ist] […]«, Pos. 6.).[27] Eine Konsequenz der Untersuchung ist auch, dass sie in der Schwangerschaft niemandem von dem Verdachtsbefund erzählen (Pos. 20).

Der Moment, in dem das **Kind verstirbt**, wird von einigen Männer als positive Erfahrung beschrieben. Herr Florian erinnert ihn als »[…] eine sehr ruhige und friedliche Situation« (T1, Pos. 28). Er erlebt es als **erleichternd**, eine geklärte Situation zu haben, auf die er sich nun einlassen kann (Pos. 32). Auch Herr Samuel gibt an, in dem Moment, als das Kind verstirbt, eine Erleichterung verspürt zu haben (»[…] Dann hatten wir, ach, dann war es eigentlich wunderbar. Dann war das also eine geklärte Situation irgendwie […]«, Pos. 62). Dies gilt jedoch für Herrn Samuel

27 Der Zeitpunkt der Schwangerschaft liegt bereits zwei Jahrzehnte zurück. Zu der Zeit waren die nicht-invasiven diagnostischen Möglichkeiten begrenzter.

vor allem deshalb, weil das Kind in einer kurzen Abwesenheit der Mutter verstirbt und er vermutet, dass seine Partnerin das Versterben des Kindes schlechter als er selbst hätte verkraften können (»[…] Und ich war eigentlich sehr FROH darüber. Also es hätte nicht besser laufen können (.). Weil meine Frau, glaube ich, diesen Augenblick (.) nicht ganz so gut verkraftet hätte […]«, Pos. 57).

Herr Imholz beschreibt zum einen Gefühle der Trauer, zum anderen benennt er die Geburt und kurze Zeit danach das Versterben des Kindes auch als ein »**total positives« Erlebnis**, für das er sehr dankbar ist (Pos. 37).

> […] aber (.) es war insgesamt, das war natürlich traurig, weil man an ihrem Kampf ja so teilgenommen hat, und das hat jetzt nicht geklappt. Aber es war auch einfach total **beeindruckend schön**, wie (.) ein, ja, wie gesagt, ich habe nie das Gefühl gehabt, dass das ungerecht wäre oder sonst irgendwas, sondern (…) es ist halt traurig, wenn Eltern, wenn den Eltern ein Kind stirbt […]. (Herr Imholz, Pos. 37)

Im Gegensatz dazu ist für Herrn Meier auch noch Jahre später die Erinnerung an das Versterben des Kindes so **schmerzhaft**, dass er diese Episode in der Erzählung weitestgehend auslässt. Das nachfolgende Zitat verdeutlicht, dass er allein bei dem Gedanken, über das Versterben zu erzählen, Angst bekommt, dass ihn seine Gefühle überwältigen könnten.

> […] Wir haben jetzt auch nicht sofort über das Schlimmste geredet, das kommt nämlich erst, nämlich das Sterben von der (Name). Da werde ich dann vielleicht weinen oder vielleicht schaffe ich es ohne. Ich habe jetzt schon gerade gespürt, wie du/wie mir das bewusst geworden ist, dass ich ja über das vielleicht auch erzählen werden muss […]. (Herr Meier, T1, Pos. 52 f.)

Mit dem Ereignis der Geburt und dem Versterben des Kindes beginnt für die Paare die Zeit der **Trauer**, die u.a. von Ritualen der Verabschiedung und Beerdigung sowie von gemeinsamer und auch getrennter Trauerarbeit geprägt ist. Sie unterscheidet sich von der vorherigen Zeit, da die Verläufe weniger durch einzelne, noch anstehende Ereignisse geprägt sind, und verlaufen entsprechend individuell. Mit welchen Tätigkeiten die Männer ihre Zeit der Trauer ausgestalten, soll im späteren Kapitel »Erleben und Gestalten der Verabschiedung vom Kind« (Kap. 5.2.5.3.5) näher thematisiert werden. In diesem Kapitel werden hingegen die Gedanken dargestellt, die sich auf das Gefühl der Trauer der Männer beziehen. Herr Florian erlebt an sich verschiedene Gefühle, die er seiner Trauer zuschreibt. In der ersten Zeit sei es ihm noch leichter gefallen, die aufkommenden Gefühle seiner Trauer zuzuschreiben, während er mit fortlaufender Zeit erlebt, dass die Trauer durch ihre abnehmende Intensität von ihm teilweise weniger stark als solche von ihm wahrgenommen wird.

> […] ich konnte am Anfang noch sehr gut (.) fassen, wann welche Art der Trauer gerade bei mir läuft. Ist heute irgendwie ein Tag, wo ich wütend bin, heute ein Tag, wo ich traurig bin und jetzt bin ich stumpf. Irgendwann ist das mit dem Alltags-(.)/mit der Alltagssuppe so zusammengeschwommen und man/ich bin immer erst nach drei Tagen scheiße drauf gemerkt, dass es eigentlich wieder nur um (das Kind) geht. Konnte es nie fassen […]. (Herr Florian, T1, Pos. 35)

Weiterhin gibt er an, Angst davor gehabt zu haben, dass sie als Paar »nicht richtig **zusammen** [zu] **trauern**« (T1, Pos. 34). Die Erfahrungen nicht nur einzeln für sich, sondern auch als Paar gemeinsam zu be- und verarbeiten, ist ihm ein wichtiges Anliegen. Indem er von vornherein plant, sich über längere Zeit eine berufliche Auszeit zu nehmen, versucht er, die Bedingungen dafür zu schaffen. Seine **Partnerin** erlebt er durch ihre eigene Art der Trauer als **hilfreich** für das Reflektieren und Begreifen seiner eigenen Trauer.

> Tja in jeden Fall auch sehr froh dadrüber, dass meine Frau da so einen aktiven/proaktiven Umgang mit hatte. Ich bin da eher der Typ, der dann erstmal Kraft verliert, mich am Anfang auch viel gefragt, warum. Und war viel wütend, natürlich irgendwie totaler (.) Quatsch, sich zu fragen, warum einem das passiert ist […]. (Herr Florian, T1, Pos. 40)

Auch Herr Meier erinnert Momente, in denen sie als Paar gemeinsam trauern (»[…] Weil wir haben, also oft sind wir dann halt gemeinsam gelegen und sie hat geweint und ich hab geweint und ich hab Gitarre gespielt (unv.). […]«, T2, Pos. 18). Trotz aller Gemeinsamkeit in der Trauer vermutet er jedoch auch **Unterschiede in der Intensität** der Gefühle. Er versucht, sich in die emotionale Situation der Partnerin hineinzuversetzen und sieht seine eigene Trauer in Relation zu der für ihn unvorstellbaren Belastung der Partnerin, vor der er große Achtung hat.

> Also für mich (.) war es jedenfalls (unv.) wieder sehr schwierig, weil es für die (Frau) wahnsinnig schwierig war und damit war es für mich auch natürlich wahnsinnig schwierig. Ich hab bis, ich hab es, glaube ich, noch ein bisschen mehr verarbeitet, wie sie. Aber ich meine, ich hab ja auch kein Kind auf die Welt gebracht. Da gibt es ja Frauen, die haben nachher eine Wochenbettkrankheit, eine Wochenbettdepression. Also eine Schwangerschaft oder Gebären von einem Kind ist ja nicht einfach, ja vielleicht vergleichbar, weil es alle machen, Mount Everest, ich war aber noch nicht auf dem Mount Everest, also kann ich es nicht vergleichen. Und (.) ja, damit kann ich eh nur meinen Hut ziehen oder meine Kappe vor meiner Frau, weil (.) gibt es halt andere Frauen, die ein Kind auf die Welt kriegen und danach wochenlang fertig sind, obwohl das Kind ja lebt und meine Frau gibt halt nachher das tote Kind ab und kommt am nächsten Tag wieder. Also das ist, glaube ich, eh rechtzufertigen (.). Ja. (Herr Meier, T1, Pos. 79)

Dass die **Trauer der Partnerin** auch eine **Belastung** darstellen kann, wird bei Herrn Samuel deutlich. Er selbst hat schon bald nach Versterben des Kindes das Bedürfnis, wieder nach vorne zu schauen und »alles Traurige« hinter sich zu lassen. Seine Partnerin hingegen hat stärker das Bedürfnis, die Trauer »auszudehnen« (Pos. 71). Teilweise falle es ihm schwer, den Anliegen der Partnerin nachzukommen, da er selbst in einem anderen Tempo und einer anderen Intensität trauere. Zugunsten der Partnerschaft sei es aber auch sein Anliegen, die Bedürfnisse der Partnerin zu achten und sensibel für sie zu sein, auch wenn es dem eigenen Wunsch nach einem Abschluss nicht zuträglich ist (»[…] wir haben irgendwann akzeptiert, dass wir in der Trauer unterschiedlich schnell sind und auch in unterschiedliche Richtungen gehen (.) […] Mann und Frau sind, ja, gleichberechtigt, aber nicht dasselbe […]«, Pos. 77). Orte zu haben, an denen er nicht mit Trauer konfrontiert ist, sondern der Alltag seinen gewohnten Lauf nimmt, ist für ihn in dieser Zeit hilfreich. Das aktive Trauern, wie er es bei seiner Partnerin erlebt, stehe dabei im Kontrast zu seinem eigenen **Bedürfnis** nach **Orten der Normalität**. Die verschiedenen Arten der Trauer zu bewerten, hält er jedoch für falsch (»[…] Auf jeden Fall darf man Weglaufen und Aushalten nicht so gegeneinander ausspielen. Weil alles hat seine Zeit. Es kann manchmal notwendig sein, Dinge von der eigenen Seele fernzuhalten, bis der Augenblick gekommen ist, sich ihnen zu stellen […]«, Pos. 144).

Dass durch einen eher defensiven Umgang mit der eigenen Trauer die Gedanken an das verstorbene Kind mit fortlaufender Zeit in den Hintergrund rücken könnten oder gar ganz schwinden, ist die Sorge von Herrn Florian. Er hat den **Wunsch**, einen möglichst bewussten und **aktiven Trauerweg zu finden**, um seinem Kind auch längerfristig einen Platz in seinem Leben zu geben, der ihm angemessen erscheint (»Es war halt irgendwie oft Angst davor, dass er verschwindet (…). Dass er verblasst oder so. Oder wir, was er für einen Platz haben wird in der Zukunft […] irgendwie das Gefühl, wird das dem jetzt gerade gerecht? […]«, T2, Pos. 2).

Schließlich berichten einige der Männer von einer **Dankbarkeit**, die sie im Nachhinein gegenüber Menschen empfinden, die sie durch die schwere Zeit begleitet haben, und die ihnen positiv in Erinnerung geblieben sind. Herr Döbel gibt an, dass bei ihm aus heutiger Sicht die Dankbarkeit gegenüber der Trauer überwiegt (Pos. 48). Auch Herr Meier erzählt, dass er sich gemeinsam mit seiner Partnerin ein Jahr später bei einigen Menschen bedankt habe, die sie in der Zeit begleitet und unterstützt haben (T1, Pos. 44). Herr Samuel empfindet Dankbarkeit gegenüber der eigenen Familie, die zum einen gemeinsam mit ihnen trauert und Anteil nimmt, und sich zum anderen fürsorglich um das Paar kümmert (»[…] immer ganz rührend irgendwie Hühnersuppe vor die Tür gestellt und (.) es war eigentlich toll, das war richtig toll«, Pos. 62). Herr Florian gibt an, dass auch die Freunde des Paares dankbar gewesen seien, das Kind im Rahmen einer Trauerfeier kennenlernen zu dürfen, so dass zuletzt alle von der gemeinsamen Verabschiedung profitiert haben.

> […] Unsere Freunde waren unglaublich intensiv dabei. Die waren auch alle super dankbar dafür, dass sie ihn noch einmal kennenlernen konnten, wie er hier war. Da waren sehr viele Leute da in den drei Tagen (.) und das war unglaublich wertvoll. […]. (Herr Florian, T1, Pos. 32)

Während bzw. nach dem Tod des Kindes die Zuwendung und Empathie der Familie oder von Mitmenschen erlebt zu haben, ist für einige der Männer eine besondere Erfahrung der **Mitmenschlichkeit und Verbundenheit**. Durch die Zuwendung anderer Menschen erfahren sie sich weniger separiert mit ihrem Schicksal, sondern als Teil einer Gemeinschaft, die mit ihnen fühlt und Anteil nimmt (»[…] hat uns das Gefühl gegeben, dass das durchaus ein nennenswerter Mensch gewesen ist, der da gestorben ist«, Herr Samuel, Pos. 67). Da die betroffenen Eltern oftmals die einzigen sind, die das Kind im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt überhaupt näher kennengelernt und eine Beziehung aufgebaut haben, ist es für sie umso wertvoller, mitzuerleben, dass auch andere Menschen Anteil nehmen und gemeinsam mit ihnen trauern.

Mit diesem Kapitel wurde über die beschriebenen und erinnerten Gefühle der Männer, deren Partnerin sich für das Austragen der Schwangerschaft mit einer infausten Prognose entschieden hat, in das Erleben der Zeit nach der Entscheidung eingeführt. Je nach eigener Präferenz in Bezug auf den Schwangerschaftsausgang und beeinflusst durch eigene Hoffnungen auf eine doch falsche Prognose der Ärzte ist die Zeit bis zu der Geburt insbesondere von Unsicherheiten und Ängsten geprägt. Diese richten sich teilweise auf die bevorstehende ungewisse Zeit der Geburt und der Begegnung mit dem Kind, da ungewiss und kaum vorstellbar ist, was nun auf sie allein und als Paar zukommt. Da die Zeit mit dem Kind sehr begrenzt sein wird, kann es die Hoffnung sein, dieses überhaupt noch lebendig kennenlernen zu dürfen. Auch der Wunsch nach einem möglichst einwandfreien Ablauf der äußeren Umstände ist vor dem Hintergrund der sehr begrenzten Zeit mit dem Kind ein wichtiges Anliegen, das die Männer vor der Geburt beschäftigt. Die Gefühle während der Geburt werden divers erinnert und reichen von Ohnmachtsgefühlen, Hilflosigkeit und Mitgefühl für die Partnerin bis hin zu Gefühlen der Einheit und Verbundenheit. Insbesondere die Enttäuschung darüber, dass mit der Geburt des Kindes die Prognose der Mediziner eine Bestätigung findet, wird von einigen Männern genannt. Ähnlich konträr sind die Erinnerungen an das Versterben des Kindes. Zwei Männer erinnern eine Erleichterung, da sich mit dem Tod des Kindes eine geklärte Situation einstellt und die turbulente Zeit zu einem Abschluss kommt. Während auf der einen Seite von einer positiven, friedlichen oder schönen Erfahrung berichtet wird, ist es auf der anderen Seite einem Mann gar nicht möglich, überhaupt von dieser Zeit zu erzählen, da die Erinnerungen zu schmerzhaft sind, um sie im Rahmen des Interviews noch einmal wachzurufen. Über die Zeit der Trauer wird hingegen von allen Männern erzählt. Dabei stehen neben den eige-

nen Gefühlen die der Partnerin im Vordergrund der Erzählung. Die Unterschiede in der Trauer und Verarbeitung werden sowohl als Belastung als auch als Bereicherung erlebt. Schließlich berichten einige Männer von einem besonderen Gefühl der Dankbarkeit gegenüber Menschen, die ihnen in dieser Zeit durch Anteilnahme, Fürsorge oder eine besondere Sensibilität im Umgang positiv in Erinnerung geblieben sind.

In den nun nachfolgenden Kapiteln sollen die einzelnen Ereignisphasen und die jeweiligen Erfahrungen, beginnend mit der Zeit bis zur Geburt, vertiefend dargestellt werden.

5.2.5.1.2 Erleben und Gestalten der Zeit bis zur Geburt

Die Zeit bis zur Geburt wird von den meisten Paaren zur intensiven Vorbereitung und Planung genutzt. Wichtige Themen sind die Wahl einer Geburtsklinik oder einer betreuenden Hebamme für eine Hausgeburt sowie der Kontakt zu Palliativteams und Ärztinnen, die das Paar bei der Umsetzung der individuellen Wünsche unterstützen. Es wird auch von intensiven Internetrecherchen und Kontakt zu Netzwerken anderer betroffener Eltern berichtet. Darüber hinaus entscheiden die Paare gemeinsam, zu welchem Grad Angehörige und Freunde über ihre Situation in Kenntnis gesetzt werden sollen. Auch das Informieren älterer Geschwister wird gemeinsam geplant.

Im Umgang mit der Diagnose und der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft lassen sich große Unterschiede in der **Kommunikation nach außen** beobachten. Das Ausmaß, in dem mit der Familie, Freunden oder auch dem weiteren Bekanntenkreis über die Diagnose gesprochen wird, variiert sehr stark. Herr Neumann erzählt, erst nach der Geburt seine Mutter informiert zu haben, dass ihr Kind aufgrund der Behinderung versterben wird (»[…] das haben wir eigentlich (.) **fast niemandem gesagt** (.). Wir haben ja immer noch gehofft, dass alles gut geht, bis zum Schluss. […] aber (.) meine Mutter hat es, das weiß ich noch, das habe ich ihr erst gesagt, als das Kind schon geboren war […]«, Pos. 20). Das Paar Döbel informiert zwar die Familie und enge Freunde über die Diagnose und ihre Entscheidungen im Umgang, kommuniziert darüber hinaus jedoch nach außen nicht, dass bei dem Kind ein Befund vorliegt (»Wir haben uns […] mit dieser Diagnose ein wenig eingeigelt zu Hause. Also wir sind jetzt nicht (.) öffentlich jetzt drauflosgegangen und haben alle Menschen informiert […] Im Nachhinein weiß ich nicht, ob das eine richtige Entscheidung war«, Pos. 19). Herr Döbel verspürt vor der Geburt das dringende **Bedürfnis**, **sich** mit anderen Betroffenen **auszutauschen**. Dem kommt er nach, indem er sich in einem Selbsthilfe-Forum im Internet anmeldet. Seine Partnerin habe sowohl vor, als auch nach der Geburt weniger den Drang verspürt, mit anderen Menschen das Erlebte zu besprechen.

> […] wir haben das so immer nur mit uns ausgemacht und so, aber wir wissen halt nicht, was erwartet uns jetzt, und da hab ich mich dann halt ziemlich genau zwei Wochen vor der Geburt dazu entschieden, mich in dem Forum von (Name Forum) anzumelden und (.) da halt mich mit anderen Betroffenen austauschen zu können. Und ich muss sagen, das war die beste Entscheidung, die ich treffen konnte. (Herr Döbel, Pos. 24)

Herr Samuel gibt ebenfalls an, lediglich die Familie über den Befund und ihre Entscheidung informiert zu haben, um den »Druck von außen« zu reduzieren (»[…] haben wir uns dann dazu entschieden, nicht darüber zu sprechen und […] den externen Druck sozusagen nicht noch zu erhöhen, außer eben in unserer unmittelbaren Familie […]«, Pos. 47). An späterer Stelle gibt Herr Samuel an, dass er seinerseits in Nachfragen gegenüber anderen werdenden Eltern aufgrund der eigenen Erfahrungen diskreter geworden sei, um niemanden in Bedrängnis zu bringen (»[…] die Leute uns fragten, ›ja, und, wann ist es dann da so weit […] wir freuen uns so!‹ und […] ›ist denn alles gesund?‹. Und wenn Sie wissen, dass das Kind sterben wird, was sagen Sie da? Und das ist sehr schwierig […]«, Pos. 46). Nicht nur aus der Perspektive des Paares, sondern auch aus der Perspektive der unwissenden Anderen wird abgewogen, wie viel Wahrheit in dem Moment zugemutet werden kann und soll.[28]

Herr Florian und seine Partnerin **kommunizieren offen** mit dem Umfeld über die Situation. Er macht es nicht explizit zum Thema, allerdings werden an verschiedenen Stellen Reaktionen anderer Menschen auf ihre Situation benannt, die auf eine offene Kommunikation schließen lassen. Beispielsweise reagiert das Personal im Kindergarten des älteren Kindes verständnisvoll, als Frau Florian nach der telefonischen Übermittlung des Befundes kurzerhand ihren Sohn wieder in die Einrichtung bringt, um so dem Paar Unterstützung zu bieten (»[…] und hat ihn noch mal in den Kindergarten gegeben und da waren die auch sehr hilfreich vom Kindergarten. Haben uns da gut (.) Raum gemacht […]«, T1, Pos. 12). An anderer Stelle beschreibt Herr Florian die Reaktion eines anderen Vaters mit ausländischer Herkunft, mit dem er über den Befund spricht (»[…] der hat uns erzählt, dass es bei denen in der (.) Kultur in der Gemeinschaft immer ein hohes Gut ist, wenn man ein besonderes Kind kriegt […]«), T1, Pos. 41). Beide Beispiele zeigen auch, wie ihnen als Paar durch ihren offenen Umgang Unterstützung und Zuspruch zuteil wird.

Die Zeit vor der Geburt ist für diejenigen Männer, deren Partnerin die Schwangerschaft austrägt, auch eine Zeit der **Ungewissheit und Unsicherheit**. Teilweise lässt sich nur bedingt vorab einschätzen, wie sich die diagnostizierte Behinderung

28 Das Thema der „Kommunikation nach außen" betrifft auch die übrigen Männer im Sample. Es wird zu unterschiedlichen Phasen immer wieder als Aspekt genannt, der mit Unsicherheit, divergenten Bedürfnissen der Partner und einem Abwägen der Zumutbarkeit einhergeht. Insbesondere im Nachhinein, wenn Fragen nach der Anzahl der Kinder aufkommen, werden nochmals unterschiedliche Kommunikationsmuster deutlich.

tatsächlich auswirkt (»[…] Und er [Arzt] kann uns jetzt nicht sagen, ob das lebendig auf die Welt kommt, wenn ja, wie lang es auf der Welt bleibt. Also das kann er uns nicht sagen […]«, Herr Meier, T1, Pos. 30). Unwägbarkeiten, etwa ob das Kind noch lebendig auf die Welt kommt oder gar einige Zeit leben wird, begleiten die Paare bis zur Geburt. Verschiedene Meinungen von Ärzten, Informationen aus dem Internet oder zuletzt die Hoffnung auf eine falsche Diagnose können es den Männern erschweren, sich auf das Kommende einzulassen.

> […] Wir sind einfach jeden Tag in der Schwangerschaft von etwas Anderem ausgegangen. Du hast dich (.) ein paar Tage mit dem Tod total auseinandergesetzt wieder und dann mit Pflege von einem Kind, das vielleicht nichts kann oder vielleicht hat er auch gar nichts und sieht ganz normal aus und ist relativ normal (…) […]. (Herr Florian, T1, Pos. 32)

Verursacht durch Gefühle der Ungewissheit, der Sorge um die Partnerin oder auch der Suche nach dem eigenen »Platz im Geschehen« berichtet neben Herrn Döbel, der Sicherheit und Rückhalt durch den Kontakt zu anderen Betroffenen gewinnt, auch Herr Samuel von »Aktionen« zur Vorbereitung auf die Geburt, die als Hausgeburt geplant ist. Im nachfolgenden Zitat, in dem er verschiedene Aktivitäten auflistet, denen er zur Geburtsvorbereitung nachgegangen ist, wird deutlich, wie wichtig es ihm ist, in dem »Projekt« nicht irrelevant zu sein.

> Wovon ich sehr profitiert habe, als Mann jetzt, ist, dass ich diese Geburt vorbereitet habe, ne? […] meine Rolle war, da war ich sehr glücklich über diese Rolle, eben so ein Gebärbecken zu kaufen, da zu gucken, ob das wirklich dicht ist. Das habe ich dann testweise aufgepustet. […] Lauter so quasi technische Organisationsdinge. Da hatte ich für mich **das Gefühl, ich bin ein wichtiger Teil** dieses Prozesses, dieses Projektes. Ich kann das Kind zwar nicht austragen, zum Glück (.) und ich kann es auch nicht ge/irgendwie, ja, ich kann ihm wahrscheinlich unmittelbar nach der Geburt nicht die Nähe geben, die eine Mutter ihr eben geben kann. Aber ich habe meine Funktion in diesem Projekt. Und das, die heißt, meine Frau zu beschützen, […]. Und meine Rolle ist eben, die Kinder wegzuhalten, die Gebärbadewanne zu besorgen, sicherzustellen, dass die ganze Technik funktioniert, dass wir nicht gestört werden, dass die Hebamme den Weg findet. […] Das war meine Rolle. Dass die Beleuchtung gut ist. Ich habe überall neue Birnen gekauft, damit das nicht so ein helles Licht ist, sondern ein schönes Licht. Kerzen gekauft. Weil meine Frau wollte dann eine Kerze gestalten und so. Lauter so Zeugs, ne. Und das war meine Welt, ich war froh, dass ich was zu tun hatte und dass ich am Ende sagen konnte, ich WAR (.) ein Team-Member in diesem Projekt. Und nicht irrelevant. (Herr Samuel, Pos. 129)

Während Herr Döbel zuvor auf der Suche nach einem Austausch ist, der ihm hilft, eigene Sorgen und Ängste abzubauen, orientieren sich die Aktivitäten von Herrn

Samuel stark an Aufgaben, die er seiner Partnerin zuliebe erfüllt. Eine »Rolle im Projekt« zu haben gibt ihm Sicherheit und ein Wir-Gefühl.

Das bewusste Vorbereiten und **Planen der Geburt** ist für die Zeit bis zur Entbindung kennzeichnend. Insgesamt berichten drei der Männer, eine Hausgeburt mit der Partnerin geplant zu haben. Das Paar Imholz steht in Kontakt mit einem Palliativteam, welches sie betreut und die Partnerin mit ihren Ängsten unterstützt (»[…] Und die haben da sehr gut sozusagen ihren Teil da beigetragen, dass meine Frau sich da auch sicherer gefühlt hat. Und wir haben das dann eben, die haben eigentlich fast alles Organisatorische dazu übernommen […]«, Pos. 30.). Sie entscheiden sich mit Hilfe des **Palliativteams** für die Vorbereitung einer **Hausgeburt**. Dass die Mitarbeiterinnen des Teams **erfahren** mit betroffenen Eltern sind und große Teile der Organisation erledigen, erinnert er positiv (»[…] auf der anderen Seite wieder gut, weil diese Mitarbeiter in dem [Palliativteam] halt ganz anders waren«, Pos. 29). Auch das Paar Florian bereitet sich auf eine Hausgeburt vor. Mit dem Auffinden einer betreuenden Hebamme und der Unterstützung eines an die Klinik angebundenen Palliativteams scheint dem Wunsch zunächst nichts entgegenzustehen. Durch weitere Recherchen im Internet stößt die Partnerin auf Informationen, die für das betreuende Palliativteam zuletzt zu einem **Ausschlusskriterium für die Hausgeburt** werden. Demnach gebe es weltweit wenigstens 60 Menschen, die mit der Behinderung leben und nicht während oder kurz nach der Geburt verstorben seien. Durch diese Information steigt nicht nur die Unsicherheit der Ärzte in Bezug auf die Hausgeburt, sondern auch die Hoffnung von Herrn Florian, dass das Kind vielleicht zunächst leben könnte.

> Das sah dann erstmal alles sehr gut aus und wir haben parallel natürlich immer **weiter recherchiert im Netz** und immer mehr rausgekriegt, wer da wie gerade auf dieser „Facebook"gruppe/in dieser „Facebook"gruppe wie mit umgeht und wie die Kids sind und haben damit immer wieder die Ärzte versorgt mit diesem Wissen, was dann (.) ja eigentlich am Anfang noch nicht so, aber gerade im letzten Drittel würde ich sagen, der Schwangerschaft, doch immer mehr Unsicherheit geschürt hat auch bei den Ärzten […]. (Herr Florian, T1, Pos. 21)

Zuletzt unterstützt das Palliativteam die Hausgeburt nicht, sodass das Paar in einer Klinik entbindet, was Herr Florian jedoch in der Rückschau nicht negativ bewertet. Auch das Paar Samuel ist mit der **Unsicherheit des betreuenden Arztes** konfrontiert (»[…] Und dann, die dritte Krise bei dem Arzt kam, als meine Frau dann sagt ›und außerdem Hausgeburt‹«, Pos. 41). Sie können jedoch den Wunsch nach einer natürlichen Entbindung im eigenen Zuhause realisieren, da sie diesen zum einen gegenüber den involvierten Ärzten selbstsicher kommunizieren und zum anderen die Ärzte auf eigene Kosten zur Geburt in ihrem Haus unterbringen, um möglichen Bedenken vorzubeugen.

Herr Meier und seine Partnerin wünschen zwar eine stationäre Geburt, haben aber für sich den Plan, so lange wie möglich zu Hause abzuwarten, um die Zeit im Krankenhaus zu minimieren (»[…] dass wir so lang wie möglich chillen unter Anführungszeichen […]«, T1, Pos. 54). In der Klink hat Herr Meier das Gefühl, dass alle Mitarbeiterinnen genau wissen, wer sie sind (»[…] Es war etwas komisch die Situation insofern, weil rundherum jeder gewusst hat, das sind die […]«, T1, Pos. 60). Er hat das Gefühl, von allen komisch angeschaut zu werden und fühlt sich offenbar unwohl. Das Paar Döbel gibt hingegen an, sich im Krankenhaus wohlgefühlt und vorab im Gespräch Wünsche an die Ärzte kommuniziert zu haben (Pos. 28).

Das **Informieren älterer Geschwisterkinder** über die Diagnose des Ungeborenen wird insbesondere von Herrn Döbel und Herrn Samuel thematisiert.[29] Bei Herrn Döbel und Herrn Samuel wird deutlich, dass sie sich vermutlich auch aufgrund des Alters der älteren Kinder (Schulkinder) intensiv damit befassen, wie ihnen angemessen begegnet werden kann. Herr Döbel und seine Partnerin setzen sich mit ihnen zusammen, um sie behutsam zu informieren, dass ihr Geschwisterchen sehr krank ist und vielleicht noch in der Schwangerschaft versterben wird (»Ja, natürlich waren die auch erstmal sehr traurig, aber die haben das halt sehr gut weggesteckt und verstanden […]«, Pos. 23). Das Paar Samuel entscheidet sich, die Kinder erst kurze Zeit vor der Geburt über die Prognose zu informieren (Pos. 48).

> […] ich bin dann einfach ins Spielzimmer gegangen, wo die drei anderen waren und habe sie zu mir geholt und hab dann gesagt »wir kommen gerade vom Doktor und leider gibt es eine bisschen blöde Nachricht, WEIL (.) das passiert leider manchmal, dass die Kinder eben nach der Geburt sich herausstellt, dass sie nicht gut, ihre Bedingungen nicht gut vereinbar sind mit den Anforderungen der Welt und deswegen werden sie, wird sie sterben. Darauf müssen wir uns jetzt einstellen. Ist natürlich eine SAUblöde Nachricht, aber wir machen jetzt das Beste raus«. Und da kam das eigentlich, die sagten dann »ach Mensch, Mist, wir haben uns so gefreut, naja, okay«. »Ich male ihr ein Bild«, »kann ich, dann können wir einen Weihnachtsbaum aufs Grab stellen«, das war dann so ein bisschen abgefedert, ne? (Herr Samuel, Pos. 50)

Auch Herr Imholz erinnert, wie er seinem noch recht jungen Kind versucht, zu vermitteln, dass das Geschwisterchen vermutlich schnell sterben wird (»[…] Man hat immer gemerkt, okay, ab irgendeiner Stelle wollte sie nicht mehr zuhören, wie das bei Kindern so ist. Hat dann einen Spieltrieb bekommen, […]. Aber man hat

29 Die Frage, wann und wie die älteren Kinder auf das bevorstehende Versterben des Geschwisterchens vorbereitet werden können, ist darüber hinaus auf für die Männer mit einem Schwangerschaftsabbruch im späteren Kapitel C), »Erleben der Zeit bis zur Geburt« relevant.

genau gemerkt, dass es sie beschäftigt und dass sie immer den Anfang mitgenommen hat […]«, Pos. 34). Bis auf das Paar Neumann haben alle Männer der Gruppe bereits ältere Kinder. Ihnen allen ist gemeinsam, dass ihre Kinder später Kontakt zum noch lebenden oder bereits verstorbenen Kind haben.

Wie und mit welchen Themen oder Fragestellungen die Zeit bis zur Geburt von den Männern erinnert wird, war Inhalt dieses Kapitels. Die Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft wird dabei sehr unterschiedlich nach außen von den Paaren kommuniziert. Während einige von der Diagnose nur im engsten Familienkreis oder gar nicht berichten, werden auf der anderen Seite gerade die Erfahrung in der Interaktion mit anderen Menschen als besonders positiv bewertet. Auch die Kommunikation mit älteren Geschwisterkindern ist ein Thema, das für die Paare relevant wird. Wie und wann die Kinder mit in die Umstände einbezogen werden, variiert ebenfalls. Weiterhin müssen die Paare entscheiden, wo das Kind geboren werden soll, und damit einhergehend die aktive Gestaltung von Geburt sowie der späteren Verabschiedung und Beisetzung planen. Die bewusste Auseinandersetzung mit konkreten Wünschen und Vorstellungen zur Gestaltung der Geburt kann der eigenen Unsicherheit positiv entgegenwirken. Hilfreich wurde auch erlebt, wenn Teams zur palliativen Begleitung der Paare hinzugezogen wurden, die souveräner im Umgang mit Betroffenen sind. Mit dem nachfolgenden Kapitel werden nun die Erfahrungen zusammengetragen, die während der Geburt und in der ersten Zeit mit dem Kind von den Männern erinnert werden.

5.2.5.1.3 Erleben der Geburt und das Versterben des Kindes

Mit dem Einsetzen der Geburtswehen beginnt die Geburt, der die Männer teilweise angespannt und ängstlich oder aber auch positiv aufgeregt entgegenblicken. Wie das Kind aussieht und ob es die Geburt überleben wird, sind Fragen, die sich insbesondere die Männer stellen (»[…] Ja, natürlich sehr emotional die Geburt, was erwartet uns, wird sie lebend geboren, kommt sie still zur Welt?«, Herr Döbel, Pos. 32). Zusätzlich zu den Unwägbarkeiten, die eine Geburt natürlicherweise mit sich bringt, fühlen sich die Männer nun besonders gefordert, sensibel für die Bedürfnisse der Partnerin zu sein. Da klar ist, dass die Zeit mit dem geborenen Kind begrenzt sein wird, sind auch die Ansprüche an diesen kurzen Zeitabschnitt bis zum Versterben des Kindes entsprechend hoch (»[…] Weil wenn der das nicht jetzt gescheit fotografiert und die zehn Fotos werden nichts, dann ist, dann bricht die Welt zusammen. Das kannst du nicht mehr reparieren. Also der muss top sein der Fotograf […]«, Herr Meier, T1, Pos. 67). In dieser Zeit wird **Verantwortung für das periphere Geschehen** und das **Wohlbefinden der Partnerin** übernommen. Das kann Absprachen mit an der Geburt beteiligten Personen ebenso bedeuten wie das Versorgen und Einbinden der älteren Kinder und Verwandten im Anschluss an die Geburt. Dabei variiert, wie sich die Männer mit der Verantwortung für die Part-

nerin und für den äußeren Rahmen fühlen. Herr Samuel ist erleichtert, Aufgaben zu haben, die zum Gelingen der Situation beitragen. Herr Meier erinnert die Organisation als zusätzliche Belastung (»[…] Und ich fühlte mich SICHER (.), wenn es darum ging, irgendwie Dinge zu managen, vorzubereiten, ich weiß nicht, was […]«, Herr Samuel, Pos. 105; »[…] Aber das war viel Management auch dahinter, dass die eigenen Kinder dann rechtzeitig da sind aber auch nicht zu früh und (…) ja […]«, Her Meier, T1, Pos. 69.).

Zwei Männer berichten von besonders **positiven Erfahrungen in der Geburtsklinik**. Herr Florian, der zunächst die Sorge hat, dass die Wünsche des Paares in der Klinik keine ausreichende Berücksichtigung finden, ist positiv überrascht von dem achtsamen Umgang der Mitarbeiterinnen (»[…] von der Ärztin, die hat sich echt noch den Arsch aufgerissen, dass wir (.) all das bekommen, was uns wichtig war […].«,T1, Pos. 29). Auch Herr Döbel erinnert, dass das Personal in der Klinik sehr rücksichtsvoll auf sie eingegangen sei. So wurde ihnen ein Zimmer fernab der anderen Schwangeren zur Verfügung gestellt und im Anschluss der Zugang zur Intensivstation und damit zu ihrem Kind ohne Einschränkungen gewährt (»Zum Glück ein großes Eckzimmer da, das wir nur für uns hatten, wo wir dann auch nicht ständig mit den anderen glücklichen Eltern konfrontiert wurden, die halt alle gesunde Babys zu der Zeit bekommen haben […]«, Pos. 37).

Bei Herrn Imholz und Herrn Samuel, die beide mit der Partnerin eine **Hausgeburt** erleben, ist das gesamte Setting **persönlich gestaltet** und organisiert. Dem Paar Imholz steht durch das Palliativteam eine medizinische Ausrüstung wie ein Beatmungsgerät oder ein Schmerzmedikament für Notfälle zur Verfügung. Weiterhin sind Angehörige im Nebenzimmer bei der Geburt anwesend und betreuen dort auch die ältere Tochter. Herr Samuel und seine Partnerin haben arrangiert, dass Ärzte während der Geburt im Haus anwesend sind, um bei möglichen medizinischen Notfällen eingreifen zu können. Auch bei ihnen sind die Angehörigen in unmittelbarer Nähe und erwarten die Geburt des Kindes.

Von der **Geburt** selbst berichten die Männer weitestgehend **positiv**, wie bereits im vorherigen Kapitel dargestellt. Da die Geburt oftmals vorab mit Sorgen oder Befürchtungen besetzt ist, wird die Erleichterung und Freude über eine »schöne Geburt« teilweise besonders betont (»[…] dann ist das Kind entgegen aller Vorhersagen sehr schnell und sehr schön in einer Badewanne, Gebärbadewanne geboren. Im Kerzenschein, total harmonisch und lebendig (.)«, Herr Samuel, Pos. 56.). Für Herrn Florian wird die Geburt zu einem besonderen Ereignis, da er sich mit seiner Partnerin sehr verbunden fühlt und sie gut unterstützen kann (»[…] Ich war super positiv und war nah bei ihr und wir waren in einer sehr guten Stimmung zusammen […]«, Herr Florian, T1, Pos. 27). Lediglich Herr Meier erinnert, dass er während der Geburt eine völlige **Hilflosigkeit** verspürt habe (Pos. 63). Erinnerungen an die Zeit mit dem geborenen Kind lässt er in seiner Erzählung fast ganz aus, während andere Männer teilweise sehr detailliert den Ablauf der Geburt und ihre

ersten Eindrücke vom Kind schildern. Seine Frau mit den Geburtsschmerzen zu erleben, habe er kaum aushalten können (ebd.).

Für die meisten Paare erfüllt sich der **Wunsch**, das **Kind** noch **lebend kennenlernen** zu dürfen. Der Umgang mit dem geborenen Kind und die ersten Eindrücke lassen bei den meisten Männern auf eine positive Bewertung der Erlebnisse schließen. Herr Imholz beschreibt das geborene Kind als sehr zugewandt und Nähe suchend (»[…] Also sie war, ja, hatte ganz großes Bedürfnis nach Körperkontakt und wollte gleich anfangen, zu trinken […]«, Pos. 31). Dass sie lebend auf die Welt gekommen ist, schreibt er ihrer besonderen Willensstärke zu (ebd.). Auch Herr Florian hofft, dass es das Kind lebendig auf die Welt schafft und entgegen der Prognose vielleicht längere Zeit leben wird (»[…] und wir hatten dann echt nochmal viel Hoffnung auch, dass er (.) einfach ein Dickkopf ist, weil das bei uns auch stark vertreten ist so in der Familie und sich da durchsetzt«, T1, Pos. 24). Obwohl sein **Kind während der Geburt verstirbt**, erinnert er die Geburt, das Kennenlernen des Kindes und den anschließenden Besuch der Taufpaten als »sehr schöne Zeit« (T1, Pos. 28). Für Herrn Döbel, der an mehreren Stellen den Wunsch danach äußert, sein Kind hoffentlich lebendig kennenlernen zu dürfen, ist es eine besondere Freude, dass der Wunsch in Erfüllung geht (Pos. 34). Herr Samuel und seine Partnerin erleben die Geburt ebenfalls positiv und binden nahe Angehörige mit ein. Das Kind lassen sie kurz nach der Geburt taufen.

> Und dann haben wir sie getauft, in der Badewanne noch. Sehr sehr schön, werde ich nie vergessen. Und (.) dann haben wir so langsam unsere Familien dazu geholt, die saßen im Auto vorm Haus (Lachen) und haben gefroren und dann hatten wir da wirklich drei vier wunderbare Stunden. Haben da Champagner getrunken und meine Frau war natürlich erschöpft aber total glücklich. Und haben ein paar schöne Kirchenlieder gesungen und das war wirklich toll, muss ich wirklich sagen […]. (Herr Samuel, Pos. 57)

Herr Imholz erinnert, wie er das geborene Kind massiert und so körperlichen **Kontakt zum Kind aufbaut**. Dieses erlebt er als sehr zugewandt und aufmerksam (»[…] Es war auf jeden Fall spektakulär, zu sehen, wie sie kämpft. […] Sie wollte halt diesen Kontakt zu uns […] war ganz gespannt, wenn Stimmen kamen und Menschen vor ihr waren, die irgendwie den Kontakt zu ihr gesucht haben, war da ganz dabei«, Pos. 35). Auch die übrigen Männer berichten von einem körperlichen Kontaktaufbau nach der Geburt (»[…] sehr viel Zeit habe ich mit der (Tochter) verbracht (.) und es klingt vielleicht ein bisschen grauslich, wenn man da sagt, man hat ein totes Kind bei sich. Aber für mich war das normal und es wäre mir auch Wurscht gewesen, wenn das irgendwer sagt […]«, Herr Meier, T1, Pos. 76). Aus den Erzählungen geht jedoch nicht immer eindeutig hervor, ob auch die Männer selbst körperlichen Kontakt zum Kind aufgebaut haben. Unbehagen oder Berührungsangst im Kontakt zum Kind benennt keiner der Männer im Gespräch.

Da fast alle Männer dieser Gruppe bereits ältere Kinder haben, nimmt insbesondere die **Begegnung** des älteren Kindes bzw. der Geschwister **mit** ihrem **neugeborenen Geschwisterkind** Raum in den Erzählungen ein. Herr Imholz erinnert, dass innerhalb der näheren Verwandtschaft die Meinungen zu der engen Einbindung der Tochter zwiegespalten waren. Er selbst benennt jedoch keine Zweifel, dass die enge Einbindung für das damals dreijährige Kind problematisch sein könnte (»[…] wir haben halt immer offen mit ihr drüber geredet und man hat gesehen, dass sie es, dass sie in der Lage ist, es zu verarbeiten […] und das nicht versucht, irgendwie zu unterdrücken, was sie da an Verarbeitung durchmacht […]«, Pos. 39). Von der Reaktion der älteren Tochter, die keinerlei Berührungsängste hat, ist er fasziniert.

> […] sie hat ihre Schwester geküsst, sie sah komplett verschoben aus, also kein Kindergesicht, wie sie es schon jemals gesehen hat, kam angerannt, hat sie gestreichelt, umarmt und geküsst und war sofort total bei ihr, hat sich gefreut, dass die Schwester da ist und ja, dann musste sie wieder was spielen (Lachen). Sie kam aber immer wieder rein und das war für sie total wichtig und schön und wir hatten dann, weiß nicht, es sind viele Leute dann zu Besuch gekommen […]. (Herr Imholz, Pos. 34)

Die älteren Kinder von Herrn Döbel haben im Rahmen eines arrangierten **Fotoshootings** im Krankenhaus ebenfalls Kontakt zum Neugeborenen. Da dieses jedoch auf der Intensivstation im Krankenhaus liegt, sind sie weniger stark in das Geschehen eingebunden als das Kind von Herrn Imholz. Herr Döbel erinnert den Moment, in dem die älteren Geschwister auf das Neugeborene treffen als sehr emotional für ihn und seine Partnerin (»[…] ist das erstmal so richtig aus uns rausgebrochen. Da haben wir zum ersten Mal bitterlich geweint. […] wussten wir natürlich aber auch in dem Moment schon, dass das für unsere anderen drei Kinder die einzige Begegnung mit ihrer Schwester war«, Pos. 43). Während Herr Imholz und Herr Döbel ihre älteren Kinder noch während der Lebenszeit des Babys einbinden können, findet bei den übrigen Männern erst nach dem Versterben des Kindes der Kontakt der Geschwister statt.

Zwischen der Geburt und dem **Versterben des Kindes** vergeht bei den Männern im Sample eine unterschiedlich lange Zeit. Das Kind des Paares Florian stirbt bereits während der Geburt, die Neugeborenen der Paare Neumann und Döbel werden nach der Geburt intensivmedizinisch versorgt, wodurch sie drei bzw. sechs Tage leben. Alle anderen Männer berichten von einer Lebenszeit von wenigen Stunden bis zu drei Tagen.

Das Versterben des Kindes erinnern diejenigen Männer, die den Moment in ihrer Erzählung berücksichtigen, insbesondere als **friedlich und harmonisch** (»[…] Und total ruhig, es war eine sehr ruhige und friedliche Situation«, Herr Florian, T1, Pos. 28). Herr Döbel und seine Partnerin haben das Kind in den letzten Stun-

den vor dem Versterben im Arm, um sich ausgiebig zu verabschieden. Glücklich darüber, das Kind kennengelernt zu haben, sind sie bereit, es nun gehenzulassen (»[…] haben wir dann irgendwann haben wir zu ihr gesagt […], ›Wenn du möchtest, dann kannst du gehen. Du musst jetzt nicht weiter für uns kämpfen. Also das ist okay, wenn du gehst‹«, Pos. 45). Kurze Zeit später sei das Kind friedlich eingeschlafen (Pos. 46). Ganz ähnlich erinnert Herr Imholz das Versterben des Kindes. Dieses habe sich »an die Mama angekuschelt« und sich entspannt (Pos. 36). Er ist beeindruckt von dem kurzen Leben der Tochter (»[…] es ist quasi wie ein Leben im Zeitraffer gewesen, das fand ich sehr beeindruckend also. Wie so also so ein Menschenleben innerhalb von acht Stunden […]«, Pos. 37). Herr Neumann erinnert, dass nach einigen Tagen der intensivmedizinischen Betreuung der Tochter die Medikamente abgesetzt werden, woraufhin sich der Gesundheitszustand des Kindes verschlechtert. Seine Partnerin und er seien über die einzelnen Schritte von den Ärztinnen nicht aufgeklärt worden (Pos. 9). Auch sie waren während des Versterbens des Kindes anwesend. Herr Samuel gibt an, dass seine Partnerin die gesamte Zeit über das Kind im Arm gehabt habe, es aber in dem Moment verstorben sei, als er es für kurze Zeit übernimmt (Pos. 58). Mit dem Versterben des Kindes wird von Herrn Samuel und Herrn Florian und seiner Partnerin eine **Erleichterung** durch die nun als geklärt wahrgenommene Situation erlebt (»[…] ach, dann war es eigentlich wunderbar. Dann war das also eine geklärte Situation irgendwie […]«, Herr Samuel, Pos. 62; »[…] war ich unglaublich erleichtert und friedlich […] man hatte jetzt endlich wieder eine Situation, die klar war […]«, Herr Florian, T1, Pos. 32). Völlig anders Herr Meier, der erinnert, dass für ihn mit dem Tod der Tochter »die **Welt zusammengebrochen**« sei (T1, Pos. 73), da er bis zuletzt auf eine Wendung der Umstände gehofft habe. Auch für die Partnerin von Herrn Neumann scheint ein Konflikt zwischen dem **Festhalten** am Leben des Kindes und dem **Loslassen** und Akzeptieren der Umstände zu bestehen. Nach dem Versterben des Kindes stellt sich der Partnerin die Frage, ob man hätte insistieren sollen, dass das Kind weiter am Leben gehalten wird (»Also meine Frau hat nachher noch festgestellt, dass wenn man mehr insistiert hätte, hätten die auch vielleicht mehr gemacht. Ist die Frage, ob es letztendlich sinnvoll ist, ja? […]«, Herr Neumann, Pos 30). Herr Florian erinnert, dass seine Partnerin zunächst nicht wahrgenommen habe, dass ihr Kind verstorben sei. Er selbst habe die Reaktion der Partnerin nicht begreifen können.

> Na und dann hat man, meine Frau hat das, glaube ich, weiß nicht, ob sie es nicht wahr haben wollte oder einfach was anderes gehofft hat oder so, es war für sie irgendwie nicht so klar, also es war nicht, ging nicht in ihren Kopf rein, dass das Mädchen jetzt gerade gestorben ist und ich habe halt plötzlich angefangen zu weinen, weil ich genau gemerkt habe, so jetzt ist der kleine Geist weggeflogen und hab halt ganz stark da geweint neben ihr und sie hat mich nur angeguckt und

> sagt, ja, »nee, die ist doch nicht tot so, ne? Guck mal, jetzt wird die Farbe schon wieder besser«. […] Und du konntest es gar nicht begreifen, dass sie nicht merkt, dass das, dass die (Name) jetzt gerade gestorben ist so […]. (Herr Florian, Pos. 37)

Deutlich wird, dass Gedanken oder Reaktionen des Nicht-Wahrhaben-Wollens sowohl von den Partnerinnen als auch von den Männern erlebt werden können. Während Herr Meier selbst derjenige ist, der sich bis zuletzt der Hoffnung hingibt, dass das Kind vielleicht doch nicht sterben wird (Pos. 42), wird von Herrn Florian und Herrn Samuel eher die gegenteilige Situation beschrieben. Herr Samuel nimmt es als seine Rolle wahr, für seine Partnerin stark zu sein und Schutz zu bieten (»[…] ja wenn man an der Situation selbst schon nichts ändern kann, dann muss man wenigstens Schutz bieten […]«, Pos. 62).

Mit diesem Kapitel wurde Einblick in die zumeist recht kurze Zeitspanne zwischen der Geburt und dem Versterben des Kindes gegeben. Die Erinnerungen der Männer an diese Zeit sind überwiegend positiv. Insbesondere die Geburt wird als ein schönes und sehr persönliches Erlebnis erinnert. Auch die Situation des Versterbens benennen die Männer als weitestgehend friedliche und harmonische Situation. Im Kontrast dazu erlebt ein Mann sich jedoch als besonders hilflos während der Geburt. Auch das Versterben des Kindes ist für ihn schockierend. Weiterhin berichten die Männer von einer starken Einbindung der älteren Geschwisterkinder. Auch im nun nachfolgenden Kapitel zur Gestaltung der Verabschiedung wird die Einbindung der älteren Kinder nochmals thematisiert. Welche Bedürfnisse die Männer von sich und ihren Partnerinnen nach dem Versterben des Kindes wahrnehmen, soll ebenso Inhalt des nun folgenden Kapitels sein.

5.2.5.1.4 Erleben und Gestalten der Verabschiedung vom Kind

Die Zeit der Verabschiedung findet für einige der Betroffenen noch in der Klinik oder infolge der Hausgeburt im eigenen Zuhause statt. Für diese Zeit berichten die Männer insbesondere von Besuchen Angehöriger sowie vom Kontakt älterer Geschwister zum verstorbenen Kind. Einige der Paare lassen ihr Kind in dieser Zeit **taufen** (z.B. Herr Samuel). Herr Florian erinnert, dass sie noch Fußabdrücke vom Kind gemacht und es danach gemeinsam gewaschen haben. Auch den Besuch einer sog. **Sternenkindfotographin**[30] haben drei der Männer bzw. Paare organisiert (»[…] Das heißt die Fotos, da haben sie die (Tochter) im Arm gehabt und das ist ja auch irgendwie stark […]«, Herr Meier, T1, Pos. 71). Ob **Angehörige** in die Verabschiedung vom Kind **eingebunden** werden, variiert bei den Paaren. Herr Meier erinnert, dass sie noch im Krankenhaus viel Besuch von Angehörigen bekommen haben. Diese haben das verstorbene Kind halten und anschauen dürfen (T1, Pos. 77). Es habe aber ebenso Menschen gegeben, die sie bewusst außenvorgelassen und

30 Siehe hierzu auch Kap. 9.2.

nicht ins Krankenhaus eingeladen haben. Das Organisieren des Besuchs empfindet Herr Meier als zusätzlich belastend.

> […] Und das heißt, es waren die Schwiegereltern involviert und es gab auch Leute, die wir eben NICHT involviert haben, weil wir gewusst haben, okay, das macht es alles nur noch komplizierter. Also meine eigene Mutter war zum Beispiel nicht involviert, weil wir haben gewusst, dass/also wir haben ihr das ausgeredet, das hat auch funktioniert, das Ausreden. Sie war nicht beleidigt. Aber das war viel Management auch dahinter, dass die eigenen Kinder dann rechtzeitig da sind aber auch nicht zu früh und (…) ja […]. (Herr Meier, T1, Pos. 69)

Bei Herrn Samuel und seiner Partnerin ist die Familie von Geburt an eng eingebunden. Anders als Herr Meier können sie **Verantwortung abgeben** und bewerten die Unterstützung entsprechend positiv (Pos. 62; s.o.). Bei Herrn Florian und seiner Partnerin sind die Freunde ebenfalls involviert. Kurze Zeit nach der Geburt bekommen sie noch in der Klinik Besuch von den Taufpaten, ebenso wie in den nachfolgenden Tagen zu Hause. Er selbst erlebt seine Freunde als dankbar für die intensive Einbindung (»[…] Unsere Freunde waren unglaublich intensiv dabei. […] Da waren sehr viele Leute da in den drei Tagen (.) und das war unglaublich wertvoll. Und bis zur Einäscherung ging es uns eigentlich sehr gut. […]«, T1, Pos. 32). Auch bei dem Paar Imholz warten die Angehörigen teilweise bereits während der Geburt im Nebenzimmer. Dass sie trotzdem **Raum zum Rückzug** haben, um für sich zu sein, erinnert er positiv (»[…] es sind viele Leute dann zu Besuch gekommen (.), […] und das war ganz gut, weil die alle in einem anderen Zimmer saßen. Wir waren halt eher so abgeschottet in so einem kleinen Schlafzimmer, ja«, Pos. 34). Positiv erinnert er, dass die Schwiegereltern, die zunächst gegenüber der Hausgeburt und der Einbindung des älteren Kindes kritisch reagieren, zuletzt besonderes Interesse am Kontakt zum Kind zeigen.

> […] Die Eltern von meiner Frau, die vorher besonders abweisend waren, die waren als die (Name) die acht Stunden gelebt hat und die gerade da waren, sehr zugewandt und haben sie sogar gestreichelt und haben auf einmal sich doch dann dazu entschieden, da Bezug aufzunehmen und die Mutter, die vorher das als ganz schlechte Entscheidung ihrer Tochter abgestempelt hat, hat die selber auch auf den Arm nehmen wollen und sowas und hat überhaupt dann keine Berührungsängste und das fand ich ganz gut. (Herr Imholz, Pos. 39)

Herr Döbel und Herr Neumann geben nicht an, Besuch von Angehörigen in der Klinik empfangen zu haben. Es ist anzunehmen, dass sie sich bis auf den Besuch der Kinder (Herr Döbel) unter **Ausschluss weiterer Angehöriger** von ihrem verstorbenen Kind verabschiedet haben.

Wie bereits im vorausgegangenen Unterkapitel angedeutet, sind die älteren **Geschwisterkinder** bei all denjenigen Männern, die bereits ein oder mehrere Kin-

der haben, teilweise intensiv mit **eingebunden**.[31] Die Frage, wie weit die Kinder Kontakt zu dem geborenen oder verstorbenen Kind haben sollten, wird vor dem Hintergrund der späteren Reaktionen auch kritisch in Frage gestellt. Herr Imholz berichtet, dass die Schwiegereltern zunächst sehr kritisch gegenüber der Einbindung der älteren Tochter reagiert haben. Er selbst habe aber nie daran gezweifelt, dass sein Kind einen natürlichen Umgang mit dem Tod des Geschwisterkindes finden würde. Er ist beeindruckt, wie bewusst das noch recht junge Kind die Veränderung zwischen der geborenen und der verstorbenen Tochter wahrnimmt und auf seine noch sehr kindliche Weise verarbeitet.

> […] ich weiß noch dieses klare Bild, sie lief da hin, nahm diesen Arm von dem toten Körper und zuppelte da so dran rum und erzählte irgendwie schon bewusst zu jemand anderem »das ist nur der tote Körper« und das war für mich so beeindruckend, wie das für sie/sie hatte das so ganz klar, ne? Vorher kam sie angerannt und war unglaublich zärtlich zu ihrer Schwester und hat sie ganz zärtlich geküsst und war ganz vorsichtig mit ihr und das war ihre Schwester und dort hatte sie das so klar abgespeichert oder, ich weiß nicht, das steckte ganz tief in ihrem Bewusstsein offensichtlich drin, weil sie mit dem gleichen Selbstverständnis wie vorher kam sie angelaufen in der neuen Situation und rüttelte an diesem Ding, dass es anderen Erwachsenen vielleicht pietätlos vorkam oder sowas, weil für sie ganz klar war, das ist nicht mehr meine Schwester, das ist nur noch die Hülle, in der sie mal gelebt hat (Lachen). Da habe ich mich auch sehr gefreut, weil das für mich so gezeigt hat, krass, die ist einfach mal in der Realität. Ich glaube tatsächlich, dass die (Tochter) das am natürlichsten, einfachsten verarbeitet hat von allen. Die hat dann noch darüber gespielt so, aber, genau. Also es ist eine/ich fand das ein sehr beeindruckendes Erlebnis […]. (Herr Imholz, Pos. 40)

Den Kontakt der Tochter empfindet Herr Imholz als »natürlich« und im Kontrast zum Umgang erwachsener Menschen, die in unserem Kulturkreis dem Tod eher mit Furcht begegnen. Dass sein Kind keinerlei Berührungsängste habe und auf den Moment intuitiv reagiere, sei für ihn ein Hinweis darauf, dass es die Eindrücke gut verarbeitet hat. Den **Kontakt** zum verstorbenen Kind beurteilt er als ausnahmslos positiv. Auch Herr Florian und seine Partnerin binden das ältere Kind eng mit ein. Sie haben sich vorab auch mit **kritischen Meinungen** auseinandersetzen müssen

31 Es fällt auf, dass die Männer der Gruppe A) von einer sehr starken Einbindung der älteren Geschwisterkinder erzählen, während bei der Gruppe C) Kinder lediglich im Rahmen der späteren Trauerfeier eingebunden werden. Ein direkter Kontakt zu dem verstorbenen Geschwisterkind wird von keinem der Männer nach einem Abbruch (C) berichtet. Berücksichtigt werden muss dabei, dass in der Gruppe A) fünf der sechs Väter bereits ältere Kinder haben (knapp drei Jahre alt oder älter), während in der Gruppe C) von den insgesamt vier Vätern drei noch recht junge Kinder haben (bis zu drei Jahre).

(»[…] Also viele Leute waren sehr skeptisch, inwiefern man den Kleinen da mit einbezieht […]«, T1, Pos. 37). In der Rückschau hat er jedoch nicht das Gefühl, dass sich der Kontakt zum Kind negativ ausgewirkt haben könnte.

> Das war so, wie ich es mir gedacht hatte oder wie wir es uns gedacht hatten. Er kennt es nicht anders und Kinder haben (.) keine Ängste, weil die keine Erfahrungen dazu haben. Und die wissen sich selber gut zu regulieren. Das hat er immer genau so gemacht. Wenn es ihm zu viel wurde, hat er das Thema gewechselt. Und dann hat man das Thema gewechselt. Und (.) der, hab ich das Gefühl, dass der sehr gut mit umgegangen ist. Kann man natürlich vielleicht auch in ein paar Jahren erst (Lachen) sehen, aber er hat so, denkt viel drüber nach […]. (Herr Florian, T1, Pos. 38)

Herr Meier, dessen Pflegekinder zum Zeitpunkt der Geburt bereits älter sind, scheint auch unsicher zu sein, in welchem Maß der Kontakt für die Kinder angebracht ist (»[…] verschiedenste Meinungen von verschiedenen Menschen […] Also da gibt es ganz gescheite Menschen, die ganz viele Sachen erzählen, was man nicht falsch oder richtig [machen kann]«, T1, Pos. 71). Insbesondere eines der Kinder habe sich vorab gewünscht, das Kind noch lebend kennenlernen zu dürfen, weswegen Herr Meier vermutet, dass die Begegnung für das Kind vermutlich schrecklich gewesen sei (ebd.). Ähnlich wie Herr Imholz nimmt er jedoch auch einen anderen, »normaleren« Umgang der Kinder mit dem Erlebten wahr.[32] Er vergleicht die Situation mit einem Naturvolk, in dem natürlicherweise Menschen mit dem Versterben anderer Angehöriger konfrontiert werden. Auch ihm erscheint die »eigene« Sterbekultur, mit der er durch kritische Stimmen von außen konfrontiert ist, in dieser Hinsicht »unnatürlich«. Darüber hinaus haben sie mit den Kindern Bücher zum Thema angeschaut und besprochen, um ihnen das Verarbeiten zu erleichtern.

> […] wenn man sich jetzt einen afrikanischen Stamm hernimmt, ist das dort alles normal. Und das war auch vor Jahrtausenden noch normal, dass halt Menschen gestorben sind und auf die Welt gekommen sind, indem man es richtig bearbeitet und vorspricht und nachbespricht, glaube ich, hat das alles seine Richtigkeit und passt […]. (Herr Meier, T1, Pos. 72)

Demgegenüber bewertet Herr Samuel in der Rückschau den **Kontakt** der Kinder zum verstorbenen Geschwisterkind als **zu intensiv**. In Rücksprache mit einer Psychologin haben seine Partnerin und er die Kinder ebenfalls eng mit eingebunden. Jedes der Kinder habe das tote Baby auch einmal im Arm gehalten (Pos. 52). Rückblickend hält er es zwar für richtig, die Kinder einzubinden, allerdings nicht in der gewählten Intensität. Er wird nicht weiter konkret, macht aber deutlich, dass

32 Siehe hierzu auch Kap. 9.2.

eines der Kinder längerfristig Auffälligkeiten gezeigt habe, die er mit dem Kontakt in Verbindung bringt. Einen weiteren Grund sieht er in der eingeschränkten Verfügbarkeit seiner Partnerin für die Kinder (»[…] das hat dazu geführt, dass (die Tochter) sich eben emotional sehr stark an unser Au-pair-Mädchen gebunden hat und die ist dann unmittelbar danach weggegangen und dann ist die in eine Leere gefallen […]«, Pos. 74). Auch ein später geborenes Kind habe eine »latente Traurigkeit«, die er mit dem Tod des Kindes in Verbindung bringt.

> So und das, was auch interessant ist, dass unser NÄCHSTES Kind, […] die ja (Name) […] gar nicht kennengelernt hat, dass die heute wahnsinnige Todesängste hat und die immer in Bezug setzt zu ihrer verstorbenen Schwester, die sie weder kannte, noch besonders viel von ihr erfahren hat. Das ist also FAST so, dass man da wieder geneigt wäre, mal einen Fachmann dazu zuziehen, weil wir das gar nicht einordnen können […]. (Herr Samuel, Pos. 75)

Deutlich wird bei Herrn Samuel die Unsicherheit in Bezug auf das Einbinden der Kinder (»[…] Ich halte aber für möglich, dass eine erneute Erfahrung dieser Art bei den Kindern richtig was Schlimmes anrichtet […]«, Pos. 110). Nochmal würde er einen so engen Kontakt zu dem verstorbenen Kind nicht gutheißen.

Eine Herausforderung, die den Betroffenen teilweise[33] noch bevorsteht, ist die **Leichenschau,**[34] die ordnungsgemäß im Fall eines Todes durchzuführen ist. Lediglich einer der Männer, Herr Meier, erinnert, dass das Paar und die anwesenden Freunde plötzlich mit einer Ärztin konfrontiert sind, die zu diesem Zweck das Kind mitnehmen möchte. Die Anfrage der Ärztin trifft ihn, obschon er über entsprechende Routinen aufgeklärt ist, unerwartet. Den Moment, in dem die Ärztin das Zimmer des Paares betritt, erinnert er als sehr **dramatisch** und schlimm. Wie die Situation letztendlich ausgeht, bleibt jedoch unklar.

> […] und natürlich auch die Totenbeschauerin (.) (Räuspern). Die meinte, sie muss jetzt dann die (Tochter) mitnehmen und wir gesagt haben, also (.) da wird überhaupt niemand mitgenommen. Also das war nie besprochen, war nicht ausgemacht und auch, wenn es ausgemacht war, willst du es jetzt nicht so. […] aber auf jeden Fall war das für uns ein Wahnsinn, wie die reingekommen ist, diesen Raum betreten hat, das war, wie wenn der Satan bei uns den Raum betritt. Interessanterweise waren da sehr […] gute Freunde von uns da in dem Raum, in derselben Zeit und die haben gesagt, ihnen ist es auch so gegangen, wie die reingekommen sind, haben sie das Gefühl gehabt, wie wenn da, wie wenn (unv.) irgendwas anders wird. Wie, wenn da plötzlich ein Wasser einbricht, weiß nicht, in der Titanic, (wie

33 Die übrigen Männer machen zu dem Thema keine Angaben.

34 Bei der Leichenschau wird durch eine Ärztin der Tod sowie die Todesursache festgestellt.

> wenn?) die Tür aufgeht und der Wasserschwall kommt. Also das war sehr heftig. (Herr Meier, T1, Pos. 77)

Herr Samuel trifft im Vorfeld mit Ärzten Absprachen, um die **Leichenschau** zu **umgehen** (»[…] Und (.) dann hatten wir nochmal großes Glück. Weil es gibt nämlich sehr strenge Vorschriften, wenn Kinder sterben«, Herr Samuel, Pos. 63). Auch für ihn ist die Vorstellung schrecklich, dass an dem Baby entsprechende Untersuchungen durchgeführt werden. Da die Todesursache bei den Kindern bereits im Vorfeld klar und das Anliegen der Eltern menschlich nachvollziehbar ist, reagiert der Arzt vermutlich entsprechend entgegenkommend (»[…] Und da hatten wir, Gott sei Dank, eben einen Kinderarzt und der […] hat das dann alles einfach behauptet, dass er das gemacht hat und dann musste das irgendwie zur Staatsanwaltschaft geschickt werden und das war dann nur noch eine Formalität«, Pos. 65). Die übrigen Männer der Gruppe äußern sich nicht zu dem Thema.

Nach der Zeit der Verabschiedung werden die **verstorbenen Kinder** zumeist an das Klinikpersonal oder an ein Bestattungsunternehmen bis zur späteren Trauerfeier und Beisetzung **übergeben**. Allerdings machen nicht alle Männer Angaben dazu, zu welchem Zeitpunkt das Kind zuletzt übergeben wurde. Herr Meier erinnert den Abend, an dem sich das Paar entscheiden muss, wieder nach Hause zu fahren oder noch im Krankenhaus zu verweilen, als schwierig. Zu Hause warten die älteren Kinder mit ihren Bedürfnissen, während sie im Krankenhaus vor den Herausforderungen des Alltags noch verschont bleiben. Sich von dem verstorbenen Kind endgültig zu verabschieden und es abzugeben, fällt ihm schwer.

> Noch heftiger war nachher der Abend, wo halt dann die Frage war, was wir wieder machen. Fahren wir zu den Kindern nach Hause? Die uns jedenfalls brauchen […] nach Hause fahren zu den Kindern (.) an einem Tag, der für sie auch bezeichnend ist (.) oder ob wir jetzt im Spital bleiben. […] und das war dann sehr schwierig dann, sich dann also, die (Tochter) dann zu übergeben (.). (Herr Meier, T1, Pos. 78)

Das Paar Florian hingegen kann das verstorbene Kind aus der Klink zur Verabschiedung **mit nach Hause nehmen**, was den Übergang für sie erleichtert (»Und dann kam das Bestattungsunternehmen und wir konnten mit ihm nach Hause dann. Das war uns sehr wichtig, dass wir ihn für ein paar Tage mit nach Hause nehmen können bis zur Einäscherung dann im Endeffekt. […]«, T1, Pos. 30). Auch Herr Samuel gibt an, das Kind bis zur Beerdigung im eigenen zu Hause habe behalten zu können (»[…] dann kam also relativ viel Familie in dieses Sterbezimmer und hat halt sich sehr gut verhalten. Immer Blumen gebracht und so […]«, Pos. 67). Für die Paare Florian und Samuel ergibt sich so die Möglichkeit, in einem individuellen Rahmen und gemeinsam mit anderen Angehörigen Abschied zu nehmen.

In diesem Kapitel wurde die Bedeutung der Zeit der Verabschiedung für die Männer und Paare besonders deutlich. Die meisten Paare nutzen die Zeit, um an-

deren Angehörigen und insbesondere den älteren Geschwisterkindern ein Kennenlernen zu ermöglichen. Sich als Familie mit dem verstorbenen Kind erleben zu können, zugleich jedoch den übrigen Kindern gerecht zu werden und deren Bedürfnisse zu berücksichtigen, kann als schwierig erlebt werden. Es besteht teilweise eine Unsicherheit, in welchem Rahmen ältere Geschwisterkinder in die Verabschiedung eingebunden werden sollten.

Der Zeit der Verabschiedung schließt sich die Trauerfeier und Beisetzung des Kindes an. Nach der Beisetzung folgt eine unbestimmte Zeit der Trauer und Verarbeitung. Wie diese individuell gestaltet und erlebt wird, soll im nachfolgenden Kapitel dargestellt werden.

5.2.5.1.5 Trauerfeier, Beisetzung und Zeit der Trauer

Bereits mit dem Wissen um die infauste Prognose beginnt für die Betroffenen die Zeit der Verarbeitung, Verabschiedung und Trauer. Die thematische Trennung, die hier zugunsten der inhaltlichen Darstellung vorgenommen wird, entspricht also nur teilweise der Erlebnis-Chronologie der Betroffenen. Während jedoch zuvor die Zeit noch stärker prozessual und an Ereignissen orientiert erlebt wird, beginnt mit dem Versterben des Kindes und der anschließenden Beisetzung eine zum Teil als undefiniert wahrgenommene Zeitspanne. Während sich zuvor die Gedanken der Männer noch wesentlich um die Organisation und Begleitung der Geburt drehen, kann die nachfolgende Zeit einerseits als erleichternd erlebt werden, da die Situation als »geklärt« erscheint. Andererseits steht die Klarheit im Kontrast zu der Ungewissheit, da die nun folgende Phase der Trauer weniger durch äußere Ereignisse gesetzt ist. Das Erleben dieser Zeit im Übergang, partnerschaftliche Herausforderungen und Bewältigungsstrategien sowie die eigene Art der Trauer und Verarbeitung sind Inhalte dieses Kapitels.

Über die Ausrichtung einer **Trauerfeier** und die spätere Beisetzung berichten lediglich zwei der Männer. Gemeinsam ist jedoch allen Männern, dass sie sich alle mit ihrer Partnerin für eine **Individualbestattung**[35] des Kindes entscheiden, auch wenn in der Erzählung selbst nicht weiter darüber berichtet wird. Herr Neumann assoziiert mit den Riten der Taufe und der späteren Beisetzung eine »Wahrnehmung [des Kindes] als Mensch« (»[…] Ja, das war (.)/kirchliche Taufe gekriegt haben und (.) kirchliches Begräbnis, das war uns auch wichtig. Dass sie als Mensch wahrgenommen ist und nicht als Abortus oder sowas (.). Wir haben auch einen Grabstein mit Namen. Müsste man ja nicht […]«, Pos. 28). Auch Herr Samuel gibt

35 Unter einer Individualbestattung wird hier eine Bestattung verstanden, die von den Eltern selbst geplant, organisiert und gestaltet wird. Weitere Varianten der Bestattung sind Sammel- bzw. Gruppenbestattungen, die auch teilweise von den Geburtskliniken in regelmäßigen Abständen angeboten werden.

an, dass durch das Betrauern seitens der Angehörigen das Gefühl vermittelt worden sei, dass »[…] das [Kind] durchaus ein nennenswerter Mensch gewesen ist, der da gestorben ist« (Pos. 67). Durch die Spende der Taufe und das Ausgestalten von Trauerfeier und Beerdigung wird es den Paaren möglich, die **Bedeutung des Kindes** hervorzuheben und mit ihren Angehörigen zu teilen.[36]

Herr Florian erinnert die **Trauerfeier**, an der viele Angehörige und Freunde des Paares zu Besuch kommen, **positiv**. Nach der Geburt verbringen sie drei Tage mit dem verstorbenen Kind in der eigenen Wohnung, bevor sie dieses zur Einäscherung übergeben (»[…] Meine Frau hatte einen Kokon gefilzt für den Kleinen, den haben wir dann am Ende von der Trauerfeier zugeschnürt und an die Bestatterin gegeben. Das war total toll […]«, T1, Pos. 35). Ebenfalls positiv erinnert Herr Samuel die **individuell gestaltete** Trauerfeier. Im nachfolgenden Zitat wird ein Einblick in die individuelle Gestaltung der Zeremonie gegeben.

> Dann kam die Beerdigung, wunderbar, wirklich also auch lustig und leicht und ohne zu große Schwere und trotzdem aber sehr fromm. Mit einem ganz tollen Priester, der uns eben auch begleitet hatte und (.) ja, der Sarg stand da auf so einer kleinen Ponykutsche mit zwei blinden Ponys, […] ganz viele Gasluftballons dran, die durften die Kinder dann fliegen lassen […] Und hab mir aber auch in dem Augenblick gesagt, das ist das letzte Mal, dass ich das Ding sehen möchte. (Herr Samuel, Pos. 70)

Deutlich wird Herr Samuels Wunsch, mit der Beerdigung die schwere Zeit hinter sich lassen zu können. Als »symbolisch starken Moment« (Pos. 69) erinnert er, wie er den Zinnsarg des Kindes eigenhändig zulötet und damit endgültig verschließt. Der Wunsch nach **Abschluss und Neuanfang** wird im Gespräch immer wieder von ihm genannt. Demgegenüber beginnt für Herrn Döbel mit der Beerdigung der Tochter erst die Zeit der **bewussten Auseinandersetzung**, nachdem sie sich in der Schwangerschaft als Paar »[…] mit dieser Diagnose ein wenig eingeigelt […]« haben (Pos. 19). Im Anschluss an das Interview besucht Herr Döbel mit der Interviewerin das Grab der Tochter, das er seit ihrem Versterben vor vier Jahren pflegt. Auch bei ihm wird der Wunsch, dass die Tochter nicht in Vergessenheit gerät und die Freude darüber, dass sich jemand für »ihre Geschichte« interessiert, deutlich. Sowohl sein Engagement in der Selbsthilfe als auch die Präsenz der verstorbenen Tochter im Alltag sind für ihn bedeutsame Elemente der Verarbeitung und Trauerarbeit.

Herrn Florian, bei dem das Versterben des Kindes erst drei Monate zurückliegt, erlebt die Zeit nach der Trauerfeier und damit den Beginn der Verarbeitung und Trauer als »**undefinierte Zeit**« und im Kontrast zu der Zeit davor. Während bis

36 In Bezug auf die Individualbestattung unterscheiden sich die Männer von der Gruppe C), unter denen auch einige von Sammelbeisetzungen oder Gemeinschafts-Trauerfeiern berichten.

zur Trauerfeier immer ein Ereignis den äußeren Rahmen bestimmt, wird mit der Einäscherung des Kindes der Übergang in eine ungewisse Zeit markiert.

> […] Aber ja, es ist, ist eben in dieser, ich nenne das mal (in dieser?) undefinierte Zeit nach der Trauerfeier (.). Oft, es gab so ganz lange Zeiträume wo kein Platz war […] irgendwie weggerissen wird davon irgendwie von seiner eigenen Trauerarbeit vielleicht (Lachen) aber, es gibt halt auch einfach Tage, wo (.) man nicht so präsent ist und wo man nicht trauert und dann (.) hatte ich irgendwie aber vor anderthalb Wochen zwei Tage, wo ich ihn so sehr vermisst habe, wie noch nie […]. (Herr Florian, T2, Pos. 1)

Herr Florian beschreibt auch ein unstetiges Schwanken zwischen Momenten der Trauer und dem wiederkehrenden Alltag.[37] Um sich in der Trauer nicht zu entzweien und die **Zeit als Paar** gemeinsam gut bearbeiten zu können, ist ihm eine gemeinsame Auszeit wichtig, die er mit einer dreimonatigen Krankschreibung zu realisieren versucht. Von der andersartigen Trauer der Partnerin gibt er an, zu profitieren (»Tja in jeden Fall auch sehr froh dadrüber, dass meine Frau da so einen aktiven/proaktiven Umgang mit hatte. Ich bin da eher der Typ, der dann erstmal Kraft verliert, mich am Anfang auch viel gefragt, warum […]«, T1, Pos. 40). Indem er der eigenen Trauer Raum bietet, hofft er, einem »nicht richtigen« Trauern vorzubeugen (»Wir hatten ziemlich viel Angst davor, nicht richtig zusammen zu trauern. Das nicht richtig zu verarbeiten […]«, T1, Pos. 34). **Unterschiede** in der **Art und Intensität der Trauer** werden jedoch nicht ausschließlich als Ressource der Partnerschaft erlebt, sondern können diese auch **herausfordern** und belasten. Der Trauer der Partnerin entsprechenden Platz einzuräumen und einen gemeinsamen Weg zu finden, ist für Herrn Samuel und seine Partnerin aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse nur schwer möglich (»[…] Und meine Frau hatte viel mehr das Bedürfnis, dieses Gefühl des Abschieds noch auszudehnen und es zu verarbeiten und so weiter«, Pos. 71). Sich selbst sieht er in der Rolle, die **Trauer der Partnerin aufzufangen** und ihr etwas Positives entgegenzusetzen.

> Ich erinnere mich auch damals daran, dass ich (.) immer wieder versucht habe oder das Bedürfnis hatte, für den Frieden in der Familie oder die Stimmung in der Familie so fröhliche Kontrapunkte zu setzen. Also wenn meine Frau gerade irgendwie total übermüdet war oder schlecht drauf war, dann habe ich mir die anderen Kinder genommen und bin mit denen in so einen Freizeitpark gefahren, wo die ganze Zeit irgendwie man durchgekitzelt wurde und lustige Sachen erlebt hat, weil ich irgendwie das Gefühl hatte, es ist meine Verantwortung, insgesamt

37 Im Erleben der Zeit nach der Trauerfeier bzw. der Beerdigung gibt es teilweise Parallelen im Erleben zu den Männern der Gruppe C). Wie Herr Florian erinnert auch Herr Perez den Beginn der Trauerzeit als Beginn einer »schwierigen Phase« (Pos. 30). Eine weitere Parallele der Männer ist, dass bei ihnen der Tod des Kindes erst wenige Monate zurückliegt.

> dafür zu sorgen, dass die Atmosphäre in der Familie nicht so traurig wird […]. (Herr Samuel, Pos. 106)

An anderer Stelle gibt er an, dass ihn diese Funktion zuletzt zu stark fordert, sodass er gemeinsam mit der Partnerin überlegt, wo diese für sich weiteren Raum zum Austausch finden könnte (»[…] Ich konnte auch irgendwann nicht mehr. Ich konnte nicht wirklich STÄNDIG dieses Unglück auffangen und dem etwas gegenüberstellen, was irgendwie positiv ist […]«, Pos. 81). Während die Partnerin ein Jahr trauert und in dieser Zeit auch noch häufig das Grab des Kindes aufsucht, hat Herr Samuel den starken Wunsch, die »schwere Zeit« hinter sich zu lassen (»Also ich habe mich da so ein bisschen in die Arbeit geflüchtet und hatte nie den Eindruck, dass mir da eigentlich jemand fehlt, mit dem ich mal irgendwie mich auskotzen kann oder so«, Pos. 136). Er wünscht sich einen »Neuanfang« nach dieser Zeit, muss zugleich jedoch feststellen, dass seine Partnerin »noch nicht so weit ist« (»[…] Und da hatte ich gedacht, so, das ist jetzt der Schlussstrich und das machen wir mit einem schönen Event und das hat für mich super funktioniert und für meine Frau überhaupt nicht. Die war da noch nicht so weit, ne?«, Pos. 122). Weiterhin erinnert Herr Samuel, dass sich die Trauer der Partnerin auch auf ihr **Bedürfnis nach körperlicher Nähe** ausgewirkt habe, was er als zusätzliches Problem erinnert (Pos. 127). Zuletzt habe das Durchstehen dieser Zeit die Beziehung des Paares jedoch sehr gefestigt, was insbesondere der Akzeptanz der Bedürfnisse des anderen zuzuschreiben sei (»[…] Ich GLAUBE, solche Erfahrungen, die machen eine Beziehung entweder kaputt oder sie machen sie extrem stabil. Und (.) unsere ist extrem stabil geworden dadurch. Ich hoffe, meine Frau (Lachen) würde das jetzt genauso sagen […]«, Pos. 77).

Herr Meier erinnert, wie er mit der Partnerin gemeinsame Trauermomente erlebt. Er nimmt jedoch an, dass seine Partnerin länger und intensiver unter dem Verlust des Kindes leide (»[…] ich hab es, glaube ich, noch ein bisschen mehr verarbeitet, wie sie. Aber ich meine, ich hab ja auch kein Kind auf die Welt gebracht. […]«, T1, Pos. 79). Bei dem Paar Döbel ist Herr Döbel derjenige, der im Gegensatz zu seiner Partnerin ein stärkeres **Bedürfnis** danach hat, seine **Trauer aktiv zu ver- und bearbeiten**. Seinen Ort der Trauer findet er zuletzt insbesondere im Austausch und in der Begleitung anderer betroffener Eltern.

> Ja, wir haben, also wir konnten (.) gemeinsam trauern natürlich. Aber wir haben auch unterschiedliche Wege. Bei mir ist das zum Beispiel jetzt im Nachhinein diese Öffentlichkeitsarbeit, um auch andere betroffene Menschen zu begleiten und aufzufangen, so wie ich das Glück hatte, aufgefangen zu werden. Das wollte ich gerne auch anderen ermöglichen und das ist halt ein wichtiger Weg in meiner persönlichen Trauerverarbeitung (.). Das war halt bei meiner Frau ein bisschen anders. Aber natürlich haben wir auch beide zusammen getrauert. Also es war jetzt nicht so, dass wir uns jetzt voneinander entfernt hätten, in der Trauer, son-

> dern wir haben das schon zusammen gemacht. Aber dieser Weg für mich war halt noch einmal zusätzlich für mich wichtig. (Herr Döbel, Pos. 53)

Sich in der Trauer nach außen zu richten, hilft zuletzt auch Herrn Florian, der zunächst vergeblich nach **Angeboten für Männer** zum Austausch sucht. Durch die schlechte Erreichbarkeit vorhandener Angebote fühlt er sich als Mann mit seinem Verlust und seiner Trauer **alleingelassen** (»[…] Da kommt niemand und sagt, ›du kannst das und das und das machen. Oder es gibt die und die und die Selbsthilfegruppe‹. Da gibt es einfach nichts […]«, T2, Pos. 21). Dass ihm einerseits **wenig Akzeptanz** für seine berufliche Auszeit entgegengebracht wird und andererseits Angebote für betroffene Väter mit Erfahrungen wie der seinigen kaum bis gar nicht existent sind, verstärken sein Gefühl, sich vor sich selbst mit seiner Trauer rechtfertigen zu müssen ([…] Und dann saß ich in dieser Männerselbsthilfegruppe mit zwei Vätern, die ihre (.) Kinder im Alter von zwanzig verloren haben, […] und bin mir blöd vorgekommen, warum ich da sitze mit meinem Kind, das bei der Geburt gestorben ist. […]«, Herr Florian, T2, Pos. 22). Von einer Selbsthilfegruppe für verwaiste Väter erfährt er zuletzt über den Rückbildungskurs für verwaiste Mütter seiner Partnerin und bemängelt die **schlechte Erreichbarkeit des Angebots**.

> […] Und das so als Mann einfach erstmal von allen Seiten dazu erstmal in DIE Richtung eher gedrückt wirst, außer du hast halt die richtigen Leute privat um dich rum, die das irgendwie tragen können und dich dabei unterstützen können, die Kraft aufzubringen, dir diesen Freiraum zu nehmen. Das finde ich auch (.) auf jeden Fall total bescheiden. So, das ist irgendwie/und von wem kann man die Kraft erwarten nach so einer Situation, sich den Freiraum zu nehmen, sich von, also es war für mich auf jeden Fall einfach Riesenaufwand. Es gibt bestimmt auch Leute, denen das leichter fällt, sich diesen Raum für sich zu nehmen, wenn sie es denn wissen, dass sie den brauchen […]. (Herr Florian, T2, Pos. 23)

Deutlich wird in diesem Kapitel ein Umbruch, der von Herrn Florian auch explizit als solcher thematisiert wird. Als letzte Etappen in einem Prozess, der stark von außen durch einzelne Ereignisse gerahmt ist, wird die Trauerfeier und Beisetzung des verstorbenen Kindes erlebt. Da oftmals andere, nahestehende Menschen in dieser Zeit eingebunden sind und die Paare begleiten und die Verabschiedungen sehr persönlich gestaltet werden, sind die Erinnerungen der Männer durchaus positiv. Dass mit der Beerdigung eine anstrengende und belastende Zeit zu Ende geht, kann ebenso erleichternd erlebt werden. Auf der anderen Seite wird der Gedanke an die nun folgende, ungewisse Zeit auch als beängstigend wahrgenommen. Während den Betroffenen in der »akuten« Zeit selbstverständlich Schonraum zugestanden wird, schwindet dieser mit fortlaufender Zeit und wird durch den wiederkehrenden Alltag abgelöst (»[…] Also die Packung kommt ja erst eigentlich auf Sie zu, wenn der Alltag wieder einsetzt und ihre ganze Umgebung sagt, so, jetzt ist

aber auch mal gut mit der Trauer. Und Sie empfinden das aber ganz anders […]«, Herr Samuel, Pos. 73). Während Herr Samuel genau diesen Alltag, in den er sich flüchten kann, auch als wohltuend empfindet (»[…] Das hat mir sicher total geholfen, dass ich in zwei Welten gelebt habe. Und wenn mir die eine Welt ein bisschen zu nah kam, dann konnte ich mich dem auch ein bisschen entziehen […]«, Pos. 144), ist es für Herrn Florian schwer vorstellbar, mit der tiefgreifenden Erfahrung wieder in den Alltag zurückzukehren (»[…] mir vorzustellen, dass ich irgendwie acht Stunden auf der Arbeit stehen und irgendwie sechs sieben Leuten gerecht werden muss […], ohne (.) selber entscheiden zu können, wann ich Luft brauche […] Kann ich nicht […]«, T2, Pos. 3). Neben den eigenen Bedürfnissen nach Schonraum wird auch deutlich, dass die Trauer um das verlorene Kind ein partnerschaftlicher Weg ist, der gemeinsam beschritten wird, in dem jeder der Partner aber auch für sich seinen Platz zu finden versucht, an dem die eigene Trauer ihren Raum finden kann. Männer berichten sowohl von sich selbst, ein starkes Bedürfnis nach einer intensiven Bearbeitung im Austausch mit anderen Betroffenen verspürt zu haben, als auch über entsprechende Bedürfnisse bei der Partnerin. Herausfordernd wird die gemeinsame Trauer dann, wenn Bedürfnisse nach Nähe oder auch Distanz stark voneinander abweichen (»[…] und das, da hätten wir wahrscheinlich noch ein bisschen Hilfe gebraucht […]«, Herr Samuel, Pos. 73). Im späteren Auswertungsteil Kapitel 5.4 werden weitere Aspekte der Männer aus dem Sample zusammengefasst, die sie als hilfreich im Prozess erlebt haben bzw. hilfreich empfunden hätten.

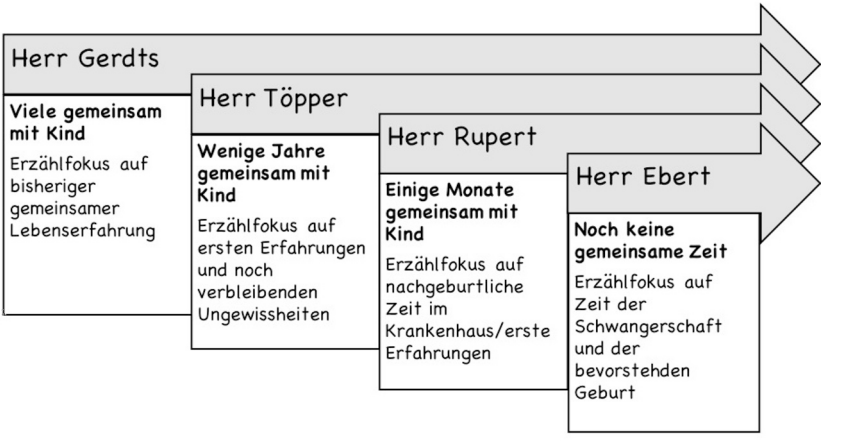
In dem nachfolgenden Kapitel werden ebenfalls Männer vorgestellt, bei denen in der Schwangerschaft der Partnerin eine Behinderung des Kindes festgestellt wurde und die sich in der Folge für das Austragen des Kindes entscheiden. Im Unterschied zu den Männern in diesem Kapitel sind sie jedoch mit einer Diagnose beim Kind konfrontiert, die mit dem Leben des Kindes zu vereinbaren ist.

5.2.5.2 Austragen der Schwangerschaft bei Lebensfähigkeit

Diejenigen Männer, deren Kind postnatal lebensfähig ist und bei denen die Partnerin die Schwangerschaft austrägt, stellen mit vier Fällen die kleinste Gruppe[38] innerhalb des Samples dar. Innerhalb dieser Gruppe variieren zudem die seit dem Befund vergangene Zeit sowie die Art der Diagnose sehr stark. Aus diesem Grund lassen sich die nachfolgend dargestellten Erfahrungen der Männer nur bedingt zusammenfassen oder vergleichen. Statt die Erfahrungen der Männer zu kontrastieren (vertikale, vergleichende Auswertung), soll daher in den nun folgenden Unterkapiteln durch eine stärkere Orientierung am Einzelfall ein Überblick über verschiedene Stadien gegeben werden, die sich der Entscheidungsfindung der vier Männer bzw. Paare anschließen (horizontale Auswertung).

38 Diese Angabe bezieht sich lediglich auf das Kapitel 6.2.5 für die Zeit nach der getroffenen Entscheidung zum Schwangerschaftsausgang.

Abbildung 4 Vergangene Zeit seit dem Befund



Eine Zeit, die von allen vier Männern erinnert wird, ist die noch verbleibende Zeit der Schwangerschaft, die im nachfolgenden Kapitel 5.2.5.2.1 dargestellt wird. Dieses Kapitel ist zugleich das einzige, in dem Erfahrungen und Eindrücke von Herrn Ebert mit einfließen, da seine Partnerin zum Zeitpunkt des Interviews noch schwanger ist. Von der Geburt des Kindes und den anschließenden Herausforderungen aufgrund notwendiger Behandlungen oder Operationen berichten drei der Männer im Interview. Diese beziehen sich insbesondere auf postnatale Operationen und Krankenhausaufenthalte mit dem Kind. Spätere Alltagserfahrungen mit dem Kind, die Reaktionen darauf und die gefundenen Lösungen, sind zentrale Inhalte bei Herrn Töpper und Herrn Gerdts.

Eine Zeitspanne, bei der die gewohnte Form der Auswertung beibehalten werden kann, ist die Zeit der Entscheidungsfindung und die noch verbleibende Zeit der Schwangerschaft bis zur Geburt, die alle interviewten Männer bereits durchlebt haben. Zum Einstieg in die Darstellung der Zeit nach der Entscheidung soll zunächst ein kurzer Überblick über die vier Entscheidungsmotivationen zum Austragen der Schwangerschaft gegeben werden. Die Zeit der Entscheidungsfindung wurde bereits in Kapitel 5.2.4 unter dem Aspekt der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung thematisiert. Da die Auswertung in dieser Gruppe stärker einzelfallorientiert ist als in den Gruppen A) und C), werden die **Beweggründe für die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft** und ihre Rahmenbedingungen hier nochmals angeführt.

Nach langer Zeit ungewollter Kinderlosigkeit wandelt sich für Herrn Ebert und seine Partnerin die Perspektive grundlegend, nachdem bei der zunächst infausten Prognose im Verlauf der Schwangerschaft eine alternative Behandlungsmöglichkeit in Aussicht gestellt wird. Herr Ebert und seine Partnerin sind sich auch aufgrund der Vorgeschichte schnell einig, die Möglichkeiten der Behandlungen in der Hoffnung auf Erfolg auf sich zu nehmen.

> […] Haben das auf der Autofahrt kurz ausdiskutiert und waren uns einig, ja, wenn das Kind/also auch **drei Prozent Überlebenschance sind besser als hundert Prozent Todes-Chance** und haben uns dann letztendlich für diese Behandlung entschieden. Jetzt auch, ohne noch einmal das Angebot in Anspruch zu nehmen des Arztes, ob man jetzt vorher prüfen sollte, ob noch eine weitere Behinderung vorliegt, keine Ahnung, Trisomie oder sowas. Das war uns erstmal egal oder ist. (Herr Ebert, Pos. 25)

Von weiteren Untersuchungen auf mögliche weitere Behinderungen, die sich im Ultraschall nicht feststellen lassen, sehen sie aufgrund des damit verbundenen Fehlgeburtsrisikos ab. Auch hätte das Vorliegen einer so entdeckten, weiteren Behinderung des Kindes keinerlei Auswirkungen auf ihre Entscheidung. Die Perspektive, dass mit der Geburt nun nicht mehr das »Ende der Reise«, sondern ihr Anfang stehen könnte, erlebt er als »grandios« (»Ja mit diesem Erfolg hat sich natürlich die Stimmung grandios gedreht, möchte ich fast sagen. Weil vorher war natürlich das Verhältnis bis zur Geburt eher als Ende der Reise anzusehen und (.) jetzt ist es erstmal nur eine Zwischenstation […]«, Pos. 30).

Auch dem Paar Rupert wird mit der vorliegenden Diagnose des Kindes nur bedingt Hoffnung auf dessen Überleben gemacht. In der Annahme, dass ihr Kind bei dem zusätzlichen Vorliegen einer besonderen genetischen Disposition eine geringere Überlebenschance hat, lassen sie einen Gentest beim Kind vornehmen.

> Also da war halt zuerst akut die Entscheidung, ob wir diese zusätzliche Untersuchung machen oder nicht. (.) Und ja, der Arzt an sich hat, der hat, (.) ich habe es so aufgefasst, dass er uns dazu geraten hat, dass WENN er noch einen Gendefekt hat, dass dann die (.) aus seiner Sicht eine Abtreibung halt relativ, (.) oder dass er die für sinnvoll gehalten hätte, weil halt dann die Überlebenswahrscheinlichkeit von den 20 % nochmal um einiges geringer gewesen wäre. (Herr Rupert, Pos. 20)

Erst **mit dem negativen Ergebnis des Gentests** ist für das Paar klar, dass sie die Schwangerschaft weiter austragen und in der Folge Möglichkeiten der vor- und nachgeburtlichen Behandlung abwägen. Wie sie im Fall eines positiven Befundes entschieden hätten, weiß Herr Rupert jedoch nicht (»[…] Aber wenn der Gentest jetzt positiv gewesen wäre […] (.) ja. Das ist (unv.) jetzt die Frage […]. Aber da wäre es dann vielleicht eher nochmal schwieriger geworden, ob wir wirklich die Abtreibung gemacht hätten oder nicht […]«, Pos. 23).

Bei Herrn Töpper und seiner Partnerin gehen der Schwangerschaft viele Fehlgeburten und wie auch Herrn Ebert eine längere Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit voraus. Der Frage, was sie im Fall eines auffälligen Befundes würden tun wollen, stellt sich das Paar auf Initiative der Partnerin **bereits vor der pränataldiagnostischen Untersuchung** (Pos. 19).

Auch Herr Gerdts und seine Partnerin sind sich trotz der Diagnose bald einig, dass sie das Kind auch mit der Behinderung bekommen wollen. Während bei dem Paar Töpper zu keiner Zeit der Gedanke an einen **Abbruch** der Schwangerschaft thematisiert wird, erinnert Herr Gerdts, dass seine **Partnerin** das Bedürfnis gehabt habe, auch diesen Gedanken in der Beratung einmal für sich »**durchzuspielen**«. Neben dem Gedanken an einen Abbruch wird auch der Gedanke an Pflegeeltern als Notlösung für den Fall der eigenen Überforderung genannt.

> Ja und wir haben dann also mit dieser Beratungsstelle da mal gesprochen (.) und da kann ich mich auch, da war ich auch mit, da hatten wir auch diesen Abbruch mal besprochen, wie würde das aussehen, was würde da passieren und da haben wir festgestellt oder ICH hab dann festgestellt, dass das, das hört sich so komisch an, das ist nicht, das ist kein Weg. Und meine Frau hat das, für sie war das auch wichtig, wenn man sie heute danach fragt, ist, dass man das einmal durchspielen konnte im Kopf […]. (Herr Gerdts, T1, Pos. 12)

Herr Gerdts gibt an, dass für ihn, im Gegensatz zu seiner Partnerin, der Gedanke an einen Abbruch zu keiner Zeit konkretisiert werden musste. Dennoch sieht er auch eine Diskrepanz zwischen hypothetischen Überlegungen vor der Schwangerschaft und dem konkreten Fall in der Konfrontation mit dem Befund, bei der die Entscheidung dann »auf die Probe gestellt« werde (T1, Pos. 5).

Die Wege zur Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft wurden hier zum Einstieg in das Kapitel vor allem angeführt, um die Vielfältigkeit der Ausgangslagen innerhalb dieser kleinen Gruppe zu skizzieren. In dem nun nachfolgenden Unterkapitel sollen Gefühle, Gedanken, Herausforderungen und Aktionen aus der Zeit bis zur Geburt dargestellt werden.

5.2.5.2.1 Erleben und Gestalten der Zeit bis zur Geburt

Die Zeit bis zur Geburt ist für die Männer und ihre Partnerinnen eine Zeit der Neuorientierung, in der Informationen und Vernetzungsmöglichkeiten gesucht, verschiedene Behandlungsmöglichkeiten abgewogen werden und die noch verbleibende Zeit der Schwangerschaft als Paar gestaltet wird. Alle Männer berichten, dass aufgrund der Diagnose beim Kind ein postnataler medizinischer Eingriff notwendig wurde. Je nach Krankheitsbild des Kindes sind für die Paare teilweise weite Wege in Spezialkliniken notwendig. Das Abwägen verschiedener Behandlungsoptionen kann schon während der noch verbleibenden Schwangerschaft zur Belastung werden. In dieser Zeit sind die Männer und Paare zudem darum bemüht,

sich eine genauere Vorstellung von ihrem künftigen Leben mit einem behinderten Kind zu machen. Das Sammeln von Informationen, Vernetzen mit anderen Eltern und »Kennenlernen« der Behinderung hilft ihnen, sich auf die neue Situation einzulassen.

Mit der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft ist es für Herrn Gerdts und seine Partnerin wichtig, **Unterstützung** und **Zuspruch** für den gewählten Weg mit Kind zu **finden**. Insbesondere, weil ihnen durch einzelne Arztkontakte ein Gefühl vermittelt wird, das wenig Freude auf die Geburt des Kindes zulässt, suchen sie als Paar nach Menschen, die ihnen helfen, diesen Weg gemeinsam zu gehen (»[…] da haben wir uns eigentlich schon immer gesucht, wo gibt es hier Strohhalme, an denen wir uns halten können? Wer hilft uns jetzt, diesen Weg zu gehen und uns dort zu bestärken? […]«, T1, Pos. 11). Dem Paar wird infolge der Diagnose der Kontakt zu einer **Beratungsstelle** vermittelt. Dort finden sie nicht nur Rückhalt als Paar, sondern auch Kontakt zu einem anderen Elternpaar eines behinderten Kindes, das mit der gleichen Diagnose zur Welt kam. Die Begegnung mit dem Kind ist insbesondere für Herrn Gerdts beeindruckend und prägend (»[…] wo uns [bei dem Besuch] die Tochter mit der gleichen Diagnostik/mit dem gleichen Umfang […] die Tür auf machte, da hab ich gedacht, ›hä, was ist denn hier los (positiv überrascht)? Was erzählen die uns da über einen Menschen mit dieser Diagnose‹ […]«, T2, Pos. 1). Auch für Herrn Töpper ist das **Kennenlernen der Behinderung** durch den **Besuch einer Familie** eine positive Erfahrung. Eine glückliche Familie vorzufinden, die selbst mit anderen Familien vernetzt ist, gibt ihm das Gefühl, aufgehoben und nicht allein mit den anstehenden Herausforderungen zu sein.

> […] das war schonmal die erste Wende, würde ich sagen. […] Also so, da keimte so Hoffnung da auf (Lachen), dass man das irgendwie alles gemanagt kriegt und die von der (Verein), sie hat auch erzählt, dass die monatlich dass da Treffen gibt und vierteljährlich immer einen Brunch veranstaltet wird und so, dass wir das Gefühl haben, nee, es gibt auch einen Kreis, in dem wir dann aufgehoben sind und nicht, nicht isoliert. Ja. Das war dann […] schonmal ganz gut. (Herr Töpper, Pos. 47)

Herr Ebert und seine Partnerin finden über ein Selbsthilfe-Forum ebenfalls Kontakt zu anderen Eltern. Sie besuchen eine Mutter mit ihrem Sohn mit »gleicher Problematik«, um sich anzusehen, wie ein Leben mit dieser Herausforderung praktisch aussehen kann (»[…] was uns auch Mut gemacht hat […] zu sehen, wie das läuft […]«, Pos. 33).

Die Paare informieren sich über das Internet, Kliniken, Vereine und Initiativen, um ihr Bild von der Behinderung des Kindes zu konkretisieren und Ängste abzubauen (»Und so haben wir uns versucht, halt tatsächlich unsere **Angst mit Informationen zu bekämpfen** […]«, Herr Töpper, Pos. 51). Herr Töpper erinnert, dass das **Informieren** seine Angst nicht nur bekämpft, sondern **auch neue Angst geschürt** habe (»[…] Und wenn man dann die Kinder da auf der Intensivstation

gesehen hat, dann dachte man ›eieieieiei, davor, das will man ja eigentlich nicht‹«, Pos. 51). Auch Herr Rupert gibt an, dass in Bezug auf die Option der vorgeburtlichen Operation die Informationen, die er über Recherchen im Internet findet, zu seiner Beunruhigung beitragen. Aus den Artikeln geht hervor, dass nach bisherigem Stand die Methode als besonders hilfreich erachtet wird, sich diese aber noch im experimentellen Stadium befindet.

> […] Ja diese OP ist halt auch noch kein Routineeingriff, sondern eigentlich eher noch ein Forschungsprojekt. Also noch so eine klinische Studie. […] Und in den Papers stand natürlich überall drin, dass es hilft […], die Überlebenschancen steigert. Ist natürlich immer, ja, diese Studien, ist ja immer so ein bisschen so eine Sache (Lachen). Genau, da gibt es ja diesen Satz, glaube keiner Studie, die du selbst nicht gefälscht hast (Lachen) (.). (Herr Rupert, Pos. 30)

Herr Ebert und seine Partnerin sind durch die verschiedenen, von den Ärzten geäußerten Prognosen in der Schwangerschaft verunsichert. Trotz der Aussicht auf einen Behandlungserfolg setzen sie sich weiterhin auch mit dem Gedanken auseinander, dass ihr Kind nach der Geburt versterben könnte (Pos. 20). Um auch für diesen Fall Unterstützung und Austausch zu finden, nehmen sie in der Schwangerschaft Kontakt zu einer **Selbsthilfegruppe** und einem **Sternenkinderkreis**[39] auf, mit der Option, dort teilnehmen zu können (Pos. 37). Geprägt von der Zeit, in der dem Paar keine Behandlungsmöglichkeiten von Ärzten aufgezeigt wurden, machen sie gemeinsame »Familienausflüge« (»[…] um, falls doch was schief geht, irgendwie, eine Erinnerung zu haben«, Pos. 31). Weiterhin setzen sie sich mit verschiedenen Möglichkeiten der Bestattung auseinander, da sie bei dem Versterben ihres Kindes eine Individualbestattung gewünscht hätten (Pos. 20).[40]

Die **Wahl einer Geburtsklinik**, die den besonderen Bedürfnissen des Kindes nach der Geburt gerecht werden kann, steht ebenso im Fokus der vorgeburtlichen Auseinandersetzung. Sich in den Kliniken zur Geburtsplanung vorzustellen und die Bedingungen für die Entbindung abzuklären, ist für alle Paare relevant. Das Paar Töpper überlegt, wo ihr Kind nach der Geburt optimal versorgt werden kann, sofern eine sofortige Operation notwendig wird.

> […] Da haben wir vor der Geburt haben wir uns diese, praktisch die Kreißsäle und diese Geburtsstation angeguckt und auch die Intensivstation […] Weil wir wissen wollten auch, was da auf uns zukommt, weil wir halt ja wegen dem Herzfehler damit rechnen mussten, dass das Kind halt eine intensivmedizinische Betreuung (.) bis hin vielleicht auch gleich zu einer Operation benötigen (schnauft). (Herr Töpper, Pos. 49)

---

39 Siehe hierzu auch Kap. 9.2.

40 Zum Abwägen verschiedener Bestattungsoptionen siehe auch Kap. 5.2.5.3.5.

Während das Paar Töpper Glück hat, in der eigenen Stadt eine passende Geburtsklinik zu finden, berichten Herr Ebert und Herr Rupert von Verlegungen ihrer Partnerinnen in entfernte Kliniken. Herr Rupert erinnert, dass insbesondere für den Alltag mit der älteren Tochter die **Entfernung der Klinik**, in der seine Partnerin mit dem Baby noch drei Monate nach der Geburt zubringt, eine besondere Herausforderung ist (»War natürlich für uns […] nicht einfach und für unsere ältere Tochter natürlich auch nicht, dass sie unter der Woche die ganze Zeit ohne die Mutter war […]«, Pos. 71). Darüber hinaus berichtet Herr Rupert, dass sie nur bedingt haben abschätzen können, **welche Klinik** die »**beste Wahl**« zur Entbindung des Kindes ist (»Und diese Maschine, die sie da gebrauchen, hätte es halt in dem Klinikum, das wir uns zuerst angeschaut haben, nicht gegeben. Aber in einem anderen in (Großstadt) […]«, Pos. 42.). Herr Gerdts und seine Partnerin haben hingegen das Glück, in der Schwangerschaft auf spezialisierte Ärztinnen zu treffen, von denen sie sich **gut beraten** fühlen (»Wir haben Hilfe also erhalten […]. Und dann der Oberarzt […] auch gesagt hat, […] ich begleite die Kinder und […] diese und die Möglichkeiten gibt es […] Und das war eigentlich ganz toll, dass wir diese Mediziner kennengelernt haben«, T1, Pos. 9-10).

Herr Gerdts erinnert, dass er nach der Entscheidung insbesondere den **Konsens mit der Partnerin** schätzt. Durch die Übereinkunft in der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft sieht er sich darin bestärkt, sich bei dieser Partnerin auf den »richtigen Menschen« eingelassen zu haben (»[…] Umso schöner, umso wichtiger ist es, zu wissen, dass man dem richtigen Menschen dort vertraut hat und sich vorher überlegt hat, ist das tragfähig für eine Familie […]«, T3, Pos. 39). Seine Partnerschaft gibt ihm Sicherheit, mit dem »Ziel vor Augen« (T1, Pos. 12) die kommenden Herausforderungen anzunehmen (»Das macht uns eigentlich/ja das bringt (.) viel an **Sicherheit** und diesen für uns richtigen Weg auch so präsentieren zu können […]«, T3, Pos. 22). Weiterhin zu einem sicheren Grundgefühl mit der Entscheidung hat beigetragen, dass sich das Paar in Herrn Gerdts' Erinnerung auch in dieser Zeit sehr gut ergänzt (»[…] Aber da haben wir uns eigentlich auch immer ergänzt und sind heute froh und glücklich darüber, so einen (.) Menschen auch präsentieren zu können […]«, T3, Pos. 21).

Ganz anders erinnert Herr Töpper, dass in der noch verbleibenden Zeit der Schwangerschaft seine Partnerin immer weiter in Themen »abgetaucht« sei, die sich um die Behinderung drehen (Pos. 44). Die **Partnerin** und ihre Niedergeschlagenheit zu »**managen**«, erlebt er in dieser Zeit als **belastend**, hat aber zugleich auch Verständnis für ihre herausfordernde Situation (»[…] Sie kann ja, konnte ja das Kind auch nicht sozusagen in den Schrank stellen (Lachen), sondern hat es ja im Bauch mit sich rumgetragen, konnte der Situation nicht entfliehen und (.) das alles«, Herr Töpper, Pos. 44). Auch Herr Gerdts nimmt sich selbst, im Gegensatz zu der Partnerin, als »sekundär« betroffen wahr. Damit begründet er, weswegen er in dieser Zeit weniger den Austausch mit anderen Vätern gesucht habe (T1, Pos. 21).

Durch die intensivere Auseinandersetzung der Partnerin mit der Behinderung des Kindes sei es ihr zudem schwerer gefallen, das Positive »zu entdecken« (ebd.).[41]

Alle Männer geben, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen, an, sich gemeinsam mit der Partnerin ein »Bild von dem Kind« gemacht zu haben, das durch das Sammeln von Informationen oder den Besuch anderer Eltern mit einem behinderten Kind konkretisiert wird (s.u.). Herr Töpper erinnert, dass er gerade durch das Wissen um verschiedene Erscheinungsformen und Ausprägungen der Behinderung Schwierigkeiten gehabt habe, sich die Zukunft mit dem Kind vorzustellen. Mit den Gedanken verbunden ist auch die **Angst**, sich **von** Vorstellungen und **Träumen** zu der eigenen, künftigen Rolle als Vater **»verabschieden« zu müssen** (s.u.).

> […] da ging mir so eine Sache durch den Kopf, ja ob man halt, also ich bin leidenschaftlicher Radfahrer, Rennrad und Mountainbike (.). Naja, ob ich dann, ob mein Kind Fahrradfahren können wird überhaupt. Also so die Sachen (unv.) anfangen, sich Gedanken darüber zu machen, ob man sich von bestimmten Träumen und Vorstellungen ähm verabschieden muss […]. (Herr Töpper, Pos. 43)

Während von Herrn Töpper die Ungewissheit in Bezug auf das Ausgestalten seiner künftigen Vaterrolle als belastend erlebt wird, beschreibt Herr Gerdts seine Gedanken hoffnungsvoller. Auch oder gerade im Hinblick auf seine späteren Erfahrungen mit dem Sohn gibt er an, immer Möglichkeiten und Lösungen gefunden zu haben (»[…] Ich habe da auch keine Ahnung von, aber ich weiß, es gibt immer irgendwo eine Möglichkeit und immer irgendwo eine Lösung […]. Und (.) also es gibt immer nur die Frage, wie machen wir das jetzt? […]«, Herr Gerdts, T2, Pos. 3).[42]

Deutlich wird bei Herrn Töpper auch die weiter anhaltende **Sorge**, das eigene **Kind** vor zwangsläufig kommenden Diskriminierungen aufgrund der Behinderung **nicht schützen zu können**. Er erinnert, wie er sich gegenüber einem behinderten Mädchen als Jugendlicher schlecht verhalten hat, obschon er sich für einen »sozialen Menschen« hält (»Und wenn man weiß, dass man selber schon so einen Abgrund betreten hat, […] und die Angst, womit ist das Kind später konfrontiert, mit was für Hänseleien, Ausgrenzung und sowas alles […]«, Herr Töpper, Pos. 77). Wohl wissend, dass ein Rückzug in den häuslichen, privaten Bereich nicht dem Kind und

---

41 Auch andere Männer, wie beispielsweise Herr Korte, erinnern, dass der Informationsvorsprung der Partnerin zu einer stärkeren Verunsicherung beigetragen habe und die eigene Unwissenheit in der Situation auch ein »Segen« sein kann (»[…] ja, das ist dann, manchmal ist Unwissenheit da ein Segen eher als dass es dann irgendwie das Wissen einen weiterbringen würde […]«, Pos. 8).

42 An dieser Stelle wird der **Erfahrungsvorsprung** von Herrn Gerdts im Gegensatz zu Herrn Töpper deutlich. Herr Töpper, dem die Sorgen und Ängste aus der Zeit der Schwangerschaft noch sehr präsent sind, da sie ihn auch zum Zeitpunkt des Interviews teilweise noch beschäftigen, fällt es im Vergleich zu Herrn Gerdts schwerer, einen **positiven Blickwinkel** einzunehmen.

seiner Entwicklung dienlich ist, fühlt er sich hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, sein Kind zu beschützen und ihm auf der anderen Seite Erfahrungs- und Begegnungsräume mit anderen Menschen zu ermöglichen.

Eine weitere Sorge, die Herrn Töpper sowohl in der Schwangerschaft als auch danach beschäftigt, betrifft die möglicherweise **mangelnde Anerkennung seines Kindes** in einem stark durch Leistung geprägten Umfeld. Er erinnert eine Situation mit seinem Vater, in der für ihn deutlich wurde, dass gewisse Ansprüche an ihn gestellt werden, denen sein Kind nun aller Voraussicht nach nicht entsprechen wird.

> […] kommen halt auch aus einem Haushalt mit Akademikern und (.) ich weiß noch, dass ich halt als Kind irgendwann mal gesagt hab, »du, Papa, vielleicht mache ich auch eine Ausbildung«. So streng habe ich ihn noch nie erlebt, dass er sagte, »das kommt gar nicht in Frage, du machst ein Studium« und so. Und dass ich dachte, ja gut, also pfff. Mit Abitur brauche ich ja eigentlich vielleicht dann gar nicht zu rechnen bei dem Kind ja? Und wie, wie ist es denn und versteht es Sachen und kann es überhaupt sprechen? Also dass da so bestimmte Träume und Vorstellungen zersprungen sind, aber man nicht wusste konkret, welche […]. (Herr Töpper, Pos. 43)

Aus Schutz vor verletzenden Kommentaren oder Meinungen zu ihrer Entscheidung aus ihrem Umfeld **zieht sich** das Paar in der Schwangerschaft **mit der Diagnose** des Kindes **zurück** und kommuniziert diese nur im engsten Familienkreis. Lediglich den Herzfehler beim Kind kommunizieren sie, um Verständnis für ihre »gedämpfte Stimmung« zu bekommen (Pos. 41). Auch in der Rückschau hält Herr Töpper diese Entscheidung für gut, da sie ihnen für die Zeit der Schwangerschaft den nötigen Schutzraum ermöglicht, den sie als Paar benötigen.

> Regelmäßig, wenn wir neue Leute kennenlernen, (meinen manche?) »wir haben ja so einen Respekt davor« oder irgendwie sowas und ja, und das wollten wir damals, also es ist jetzt auch immer noch komisch, wenn man irgendwie das Gefühl hat, die Leute bemitleideten einen oder sagen was dazu und da haben wir irgendwie das, finde ich, ganz gut gemacht auch in der Nachschau, dass wir gesagt haben, wir wollen uns jetzt diesen Diskussionen gar nicht aussetzen, sondern behalten das bis zur Geburt dann (unv.) Freunden und so gegenüber schon, (unv.) und haben halt auch unseren Eltern da eine Schwiegenheitspflicht auferlegt, ja, puh. (Herr Töpper, Pos. 42)

Herrn Ebert hingegen ist **optimistisch** und nimmt, bedingt durch die beruflichen Erfahrungen seiner Partnerin, **Teilhabechancen** in der Gesellschaft **für behinderte Menschen** und ihre Eltern wahr (»[…] es hat hundert pro eine Behinderung und ist hundertprozentig schwerbehindert […] ja, ist halt so, ist kompensierbar in der

Zeit, in der wir leben […]«, Pos. 60). Die Sorge, dass ihr Kind später ausgegrenzt sein könnte, benennt er nicht.

> […] so, wie wir es mitgekriegt haben, ja, ist da ein halbwegs normales Leben möglich. Das Kind kann in den Kindergarten, kann zur Schule, sozusagen kein Ausschluss von der Gesellschaft, sondern Teilhabe an der Gesellschaft. Und hatten auch da von dem Kindergarten super positives Feedback, dass sie sich darauf einlassen würden und die Verantwortung auch übernehmen würden in der Zeit. Ja. (Herr Ebert, Pos. 38)

Deutlich wird, wie divers und konträr die Gedanken der Männer in der noch verbleibenden Zeit der Schwangerschaft sind. Ängste und Unsicherheiten werden insbesondere von Herrn Töpper benannt, der mit seiner Partnerin ein Kind mit der Diagnose Trisomie 21 erwartet. Es werden Sorgen deutlich, die einerseits den Schutz und die Akzeptanz seines Kindes betreffen sowie andererseits seine eigene Rolle als Vater eines behinderten Kindes. Hoffnungsvoller und optimistischer schauen Herr Ebert und Herr Gerdts der Zukunft entgegen. Sie vertrauen auf gesellschaftliche Bedingungen, die für behinderte Kinder und ihre Eltern gangbare Wege anbieten, auch wenn diese nicht immer einfach zu beschreiten sind. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Perspektive von Herrn Gerdts durch die bereits positiven Erfahrungen mit dem behinderten Kind geprägt ist. Gemeinsam ist allen Männern, dass sie für die Zeit der noch verbleibenden Schwangerschaft versuchen, das Bild vom Kind mit der Behinderung für sich zu konkretisieren.

Für zwei der Männer und ihre Partnerinnen steht mit dem Entschluss zum Austragen der Schwangerschaft eine Entscheidung bezüglich einer möglichen **Anwendung experimenteller Behandlungsmethoden** an. Es ist von ihnen abzuwägen, ob ein entsprechendes Verfahren angewandt werden soll. Mit der Aussicht auf bessere Lebensbedingungen für das Kind nach der Geburt werden den Eltern in spezialisierten Kliniken Eingriffe angeboten, die sich in beiden vorliegenden Fällen noch in einem experimentellen Stadium befinden. Zur größten Belastung in der Schwangerschaft wird insbesondere für das Paar Rupert die Abwägung, dass sie einerseits dem Kind bessere Startbedingungen nach der Geburt ermöglichen zu wollen, andererseits aber die mit dem Eingriff verbundenen Risiken in Kauf nehmen zu müssten. Mit dem Eingriff wird ihnen eine erhöhte Überlebenswahrscheinlichkeit des Kindes nach der Geburt in Aussicht gestellt. Zu ihrer **Verunsicherung** trägt bei, dass **verschiedene Ärzte zu unterschiedlichen Prognosen** kommen, was die Entscheidung für oder gegen eine Operation erschwert.

> Aber in (Stadt) waren wir dann bei dem Oberarzt und der hat auch nochmal eine Ultraschalluntersuchung gemacht, um sich das selber nochmal anzuschauen und hat dann seine Studien rausgeholt oder (Lachen), irgendwelche Abschlussarbeiten, Doktorarbeit von irgendjemandem war das, glaube ich, wo sie halt aufgelistet

> haben, wie viele von DEREN Patienten mit (.) diesem Lungenwert von etwa 25 % überlebt haben und da kamen wir halt auf einen Wert von 75 %. Also nicht mehr die 20 % Überlebenschance, sondern 75 % […]. (Herr Rupert, Pos. 39)

Herr Ebert und seine Partnerin gehen bis zu dem Moment, in dem sie nach langer Suche auf Ärzte treffen, die ihnen eine Behandlung ihres Kindes anbieten, von dessen postnatalem Versterben aus. Da bei ihnen, im Gegensatz zu dem Paar Rupert, zunächst gar keine Überlebenschance durch einen Eingriff in Aussicht gestellt wird, besteht für sie kein Zweifel, sich **für** eine **Behandlung** zu entscheiden, die Möglichkeit eines positiven Ausgangs verspricht (Pos. 25). Dass auch bei ihnen die Ärzte vollkommen unterschiedliche Prognosen in Aussicht stellen, ist für das Paar jedoch sehr belastend (Pos. 24; vgl. Kap. 5.2.3.3). Während das Paar Ebert sich sehr schnell sicher ist, die Behandlungen vornehmen zu lassen, ist das Paar Rupert lange Zeit über unsicher, ob sie den Eingriff in einer Spezialklinik im Ausland vornehmen lassen sollen. Herr Rupert erinnert, dass sie die Entscheidung so lange wie möglich hinauszögern. Er selbst tendiert zu der Inanspruchnahme der Behandlung, während seine Partnerin intuitiv eher dagegen ist (»[…] Und meine Frau hat es dann auch erst relativ spät gesagt, dass sie halt schon das Bauchgefühl hat, dass sie es ungerne machen würde«, Pos. 34). Herr Rupert sucht bei der Frage auch Rat bei seiner Mutter, die der Meinung ist, dass die Entscheidung seiner Partnerin stärker ins Gewicht falle (»[…] dass meine Mutter am Telefon nochmal gesagt hat, dass ja (.) es schon die Meinung von meiner Frau mehr wiegt, weil sie auch das Kind im Bauch hat und das dann aushalten muss und ja […]«, Pos. 35). Das Paar entscheidet sich zuletzt **gegen** die **Behandlung**. Rückblickend erinnert er diese Entscheidung jedoch als »die schwierigste«, da sie als **Paar unterschiedliche Präferenzen** hatten und er selbst die Behandlung für die »objektiv« bessere gehalten hat (s.u.)

> Und (.) ja, das war im Prinzip dann die schwierigste Entscheidung, ob wir diese OP machen oder nicht. Da (.) da gab es vielleicht auch ein bisschen Differenzen zwischen meiner Frau und mir. Also ICH hätte jetzt die OP von meiner Seite her gemacht. (.) Weil ich es halt vielleicht relativ, ich sage mal objektiv gesehen hab (Lachen). Die Studienergebnisse und dass es halt doch helfen würde, zumal wir halt immer noch diese 20 %ige Überlebenswahrscheinlichkeit im Hinterkopf hatten (.) und da haben wir halt schon relativ lange hin und her überlegt. (Herr Rupert, Pos. 33)

Mit der Entscheidung des Paares Ebert, **intrauterine Behandlungen in der Schwangerschaft** in Anspruch zu nehmen, schöpft das Paar neue Hoffnung. Vor dem ersten Eingriff, der eine Woche später erfolgt, seien sie »**hypernervös**« gewesen (Pos. 28). Zuletzt verläuft jedoch alles nach Plan. Besonders schön ist für das Paar, dass nach dem Eingriff die Partnerin zum ersten Mal Kindsbewegungen

spürt und damit auch einen unmittelbaren Effekt erlebt (ebd.). Bis zur Geburt sollen in regelmäßigen Abständen Eingriffe folgen.

> Ja mit diesem Erfolg hat sich **natürlich die Stimmung grandios gedreht**, möchte ich fast sagen. […] Vorher war es halt, jede Woche die weiter geht wäre es halt näher ans Ende geraten. Gerade meine Freundin, wo dann der Bauch wächst und die Leute einen mehr drauf ansprechen, »hey, du bist ja schwanger!«, wäre natürlich psychologisch auch nochmal unglaublich problematisch geworden. (Herr Ebert, Pos. 30)

Zum Zeitpunkt des Interviews sind bei dem Paar bereits drei Behandlungen erfolgreich verlaufen. Das Paar befinde sich »im Prozess« und bekomme viel Unterstützung von Verwandten und Freunden (»[…] Und wenn das jetzt weiter so gut verläuft, beginnt dann bald die Verlegung meiner Freundin nach (Stadt), wo die Geburt stattfindet […]«, Pos. 38). Zu einem späteren Zeitpunkt wurde der Interviewerin per MMS die Geburt des Kindes mitgeteilt und ein Foto übersendet. Die Behandlungen in der Schwangerschaft waren, entgegen der früheren Prognosen vieler Ärztinnen, erfolgreich. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde nochmals der Kontakt zur Interviewerin gesucht, mit dem Hinweis, dass das Paar einen Verein gegründet habe, um anderen Eltern mit einer seltenen Diagnose beim Kind Unterstützung und Orientierung zu bieten.

Im nachfolgenden Kapitel sollen das Erleben der Geburt und die unmittelbar darauffolgenden Zeit nach der der Entbindung dargestellt werden.

5.2.5.2.2 Erleben der Geburt und der ersten Zeit mit dem Kind

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, wie die Zeit der Geburt und die darauffolgenden Tage und Wochen im Krankenhaus von den Männern erinnert werden. Längere Krankenhausaufenthalte des Kindes ergeben sich für alle vier Paare aufgrund postnataler Operationen. Diese bedingen auch, dass die Wahl einer geeigneten Klinik zur Entbindung in der noch verbleibenden Zeit der Schwangerschaft ein besonderes Anliegen der Paare ist. Im Vergleich zu den Gruppen A) und C) nehmen die **Erinnerung an die Geburt** und das erste Kennenlernen des Kindes nur wenig Raum in den Erzählungen der Männer ein oder werden gar **nicht thematisiert**. Stärker im Fokus stehen die unmittelbar folgenden Behandlungen und Operationen, die für die Kinder und Eltern eine anstrengende und belastende Zeit bedeuten. Erinnerungen an die ersten Momente nach der Geburt werden lediglich von Herrn Töpper thematisiert. Sein Kind muss als einziges nicht unmittelbar nach der Geburt operiert werden, sondern erst im Alter von drei Monaten. Dass Herr Töpper die eigentliche Geburt intensiver erinnert, kann auch durch den Um-

stand bedingt sein, dass seine Partnerin (vermutlich)[43] die einzige ist, die ihr Kind natürlich entbindet.

Eine Irritation vor der Geburt erinnert Herr Rupert, der nach der Ankunft mit seiner Partnerin **in der Geburtsklinik** erfährt, dass sie das **Paar** dort »**vergessen**« haben. Der geplante Kaiserschnitt wird in der Folge um einen Tag verschoben, da der Oberarzt zu dem eigentlich geplanten Termin nicht im Haus ist (Pos. 50). Die Partnerin von Herrn Rupert entbindet ihr Kind operativ, ebenso wie es bei dem Paar Ebert geplant ist. Auch bei dem Paar Töpper ist aufgrund der schlechten Herztöne des Kindes zunächst ein sog. Kaiserschnitt angedacht. Entgegen der Planung entbindet die Partnerin das Kind jedoch in der Klinik spontan. Herr Töpper erinnert sich an Gefühle einer positiven **Überwältigung** und zugleich der **Sorge** vor dem, was ihnen nun als Nächstes bevorsteht.

> […] Und da habe ihr das erste Mal das Fläschchen gegeben und sie hat dann auch irgendwann was getrunken und ach und dann haben sie ihr da Blut abgenommen und sie hat geschrien wie am Spieß und ist, naja, also das war (schnauft) unheimlich viel. (Herr Töpper, Pos. 64)

Da nach einiger Zeit der Gesundheitszustand des Kindes schlechter wird, ist eine von Herrn Töpper begleitete **Verlegung auf die Intensivstation** notwendig. Herr Töpper erinnert, dass er in dieser Zeit noch nicht habe einschätzen können, wie bestimmte Werte der Überwachungsmonitore zu interpretieren seien, ganz im Gegensatz zu »jetzt« (»[…] jetzt wüsste ich, wenn ich auf so einen Monitor aufgucke, sofort, was los ist […]«, Pos. 63). Nach der Geburt ist er aufgrund der fehlenden Erfahrung und der Erschöpfung der Partnerin zunächst auf sich gestellt, als er gemeinsam mit den Ärzten das Kind begleitet. Nach vier Tagen auf der Intensivstation und dem Auskurieren eines Infekts kann die Tochter wieder auf die Kinderstation verlegt werden, auf der die Familie ein gemeinsames Zimmer bezieht (Pos. 66). Auch das Kind des Paares Rupert wird einige Stunden nach der Entbindung aufgrund der schlechten Sauerstoffsättigung im Blut auf die Intensivstation verlegt. Um keine Risiken für das Kind einzugehen, wird es an eine Maschine zur Sauerstoffregulierung angeschlossen. Dank der Therapie stabilisiert sich der Zustand des Kindes nach einigen Tagen, woraufhin die lebensnotwendige Operation des Kindes ansteht (Pos. 59).

Bei allen Kindern sind **postnatale Operationen** lebensnotwendig. Die Zeitpunkte, bei denen die Eingriffe bei den Kindern anstehen, sind befundabhängig. Kurze Zeit nach der Geburt wird, mit Stabilisierung der Sauerstoffsättigung im Blut, das Kind des Paares Rupert zum ersten Mal operiert. Herr Rupert erinnert

---

43 Herr Gerdts thematisiert die Entbindung in der Erzählung nicht. Aufgrund der notwendigen, postnatalen Eingriffe bei seinem Kind ist jedoch anzunehmen, dass es operativ entbunden wurde.

die Zeit während der OP, die insgesamt fünf Stunden dauert, als »schwierigen Zeitraum«, weil sie in dieser Zeit als Paar nichts haben machen können, außer abzuwarten (Pos. 61). Auch die nachfolgenden Wochen sind für das Paar herausfordernd. Herr Rupert gibt an, sich über die ersten Regungen des Kindes gefreut zu haben, nachdem es zuvor von Geburt an sediert ist, um sich keine Kanülen und andere Zugänge herauszureißen.

> […] Und ja, nach ein zwei Wochen […] haben wir uns dann schon sehr darüber gefreut, wenn er mal, man mal ein Augenzucken gesehen hat oder ein Augenbrauen-Hochheben oder so. Da hat er sich halt schon ein bisschen an die Medikamente gewöhnt gehabt und (.) sich dann doch ein bisschen bewegt und ja, es war halt dann schon schön, nach ein paar Wochen, als er dann auch richtig die Hände bewegt hat und auch mal zugegriffen hat, ja. (Herr Rupert, Pos. 63)

Während der Zeit, die das Kind auf der **Intensivstation** liegt, sind die **Möglichkeiten der Kontaktaufnahme** für die Eltern **begrenzt**. Insbesondere die körperliche Kontaktaufnahme ist nur eingeschränkt möglich (»[…] Nur so viel konnten wir da halt jetzt auch nicht machen, wenn so ein Kind in der Intensivstation liegt […]«, Pos. 64). Herr Rupert erinnert, dass sie ihrem Kind die Hand aufgelegt oder aus einem Märchenbuch vorgelesen haben, um im Rahmen der Möglichkeiten Kontakt zum Kind herzustellen. Auf die OP folgen noch zwei weitere Operationen des Kindes, bevor es nach etwa drei Monaten entlassen werden kann. Während der erste Monat des Krankenhausaufenthalts noch gut organisiert ist, da die ältere Tochter bei den Großeltern untergebracht und Herr Töpper selbst in Elternzeit ist, sind die nachfolgenden **Wochen** im Krankenhaus für die Familie besonders **herausfordernd**. Herr Töpper arbeitet unter der Woche und kümmert sich um die ältere Tochter. An den Wochenenden pendeln sie zu der Partnerin ins Krankenhaus (»[…] Die drei Monate waren natürlich auch nicht einfach. Auch, weil er in (Stadt) lag und wir eigentlich in (Großstadt) wohnen […]«, Pos. 70). Auch Herr Gerdts erinnert die Monate nach der Geburt als »unheimlich schwierig« (T1, Pos. 19). Wenige Tage nach der Geburt ist bereits eine zwölfstündige Operation des Kindes notwendig. Insgesamt zählt Herr Gerdts von allen Männern die meisten Krankenhausaufenthalte infolge weiterer Operationen und notwendiger Eingriffe beim Kind.

> […] das war keine leichte Zeit, die ersten zwei drei Jahre, der war monatelang also in den ersten drei Jahren war der elf Monate lang im Krankenhaus und das/meine Frau war da immer in dem Mutter-/oder Elternhaus da nebenan und das war schon auch manchmal eine (.) lebenskritische Situation aufgrund verschiedener Infekte, die er gehabt hat […]. (Herr Gerdts, T1, Pos. 13)

Motivation und Kraft, in dieser Zeit optimistisch zu bleiben und den Herausforderungen Tag für Tag zu begegnen, schöpft Herr Gerdts **aus** seiner **Partnerschaft**, dem **Lebenswillen seines Kindes** und seiner **persönlichen Überzeugung** über die

elterlichen Aufgaben. Es sei Aufgabe aller Eltern, sich um das Optimale für ihr Kind zu bemühen, weswegen er zudem bestreitet, etwas Besonderes im Vergleich zu anderen Eltern geleistet zu haben (»[…] da ist die Aufgabe, dass wir den da begleiten und das Optimale für ihn einstellen, vorbereiten und hinbekommen […]. Das war eigentlich so, da haben wir unsere Aufgabe drin gesehen als Eltern. Und diese Aufgabe haben alle Eltern […]«, Herr Gerdts, T1, Pos. 20).

Herr Töpper und seine Partnerin machen nach der Geburt die Erfahrung, dass das Down-Syndrom der Tochter, um das sie sich vor der Geburt viele Gedanken gemacht haben, in der Zeit nach der Geburt zunächst an Relevanz für sie verliert. Vielmehr sei es der Herzfehler und die dadurch notwendige, anstehende Operation, die in dieser Zeit ihr Leben und ihre Sorgen bestimmen (»[…] und dass das Herz dann still steht, wenn die dann da rumschneiden, darüber haben [wir uns?] nicht so viele Gedanken gemacht, was das für einen bedeutet, wenn man halt, wenn man das Kind schon lieben gelernt hat«, Pos. 68). Deutlich wird eine **mit der Geburt** einhergehende **Veränderung in der Beziehung** zum Kind. Während vor der Geburt das Kind mit der Behinderung noch abstrakt ist und Sorgen überwiegen, entwickelt sich bei Herrn Töpper mit der Geburt eine Bindung und Liebe, wie er auch an späterer Stelle im Interview herausstellt (»[…] Nur dass es jetzt, der Gedanke, von Sachen die sie kann oder nicht kann, losgekoppelt ist von der Liebe und der Art, wie man sie halt schon angenommen hat, ja? […]«, Pos. 74). Deutlich wird, dass die erste Zeit nach der Geburt insbesondere von anstehenden Operationen und Sorgen um das Kind geprägt ist. Lediglich Herr Töpper und seine Partnerin haben unmittelbar nach der Geburt **Gelegenheit**, das **Kind kennenzulernen** und einen ersten, körperlichen Kontakt aufzubauen. Herr Rupert erinnert, wie begrenzt die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme sind, während es mit Medikamenten ruhiggestellt über Wochen in einem Wärmebett liegt (s.o.). Die normalerweise mit der Geburt des Kindes beginnende Phase des Kennenlernens sowie der Beziehungsaufbau zum Kind finden mit teilweise großen Einschränkungen statt.

Mit der Entlassung aus der Klinik und dem **Ankommen zu Hause** beginnt für Herrn Töpper die Zeit, in der er das **Leben als Familie** auch genießen kann (»[…] also eine Zeit lang war nichts normal und dann, dann fing das eigentlich an, dass […] man das so, dieses Familienleben auch mal genießen kann und so […]«, Pos. 70). Der Stress der vergangenen Monate hinterlässt bei dem Paar aber auch Spuren. So bekommt seine Partnerin nach der Geburt eine durch den erlebten Stress ausgelöste chronische Krankheit. Herr Rupert und seine Partnerin sind ebenfalls froh, dass die Zeit der Operationen vermutlich vorerst beendet und ihr Sohn »auf einem guten Weg« ist (Pos. 72). Zu einer **Herausforderung** in der ersten Zeit zu Hause wird die **Nahrungsaufnahme** ihres Sohnes, der aufgrund von Schwierigkeiten mit der Verdauung die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme teilweise verweigert. Zur Ernährung benötigt er daher eine Magensonde, die das Paar aber sehr bald selbst legen kann und damit unabhängig vom Pflegedienst ist (Pos. 73). Ebenso erinnert

Herr Gerdts, dass ihr Kind über eineinhalb Jahre mithilfe einer Magensonde ernährt wird. Zusätzlich habe die Partnerin auch immer versucht, ihn zu stillen (»[…] Und wo meine Frau den auch immer gestillt hat, was sich nachher auch als sehr gut rausgestellt hat, […] weil seine linke Seite ist total schwach[44] und deswegen war das schon immer sehr gut, dass er trotz alledem gestillt wurde«, T3, Pos. 5).

Herr Gerdts, dessen Sohn insgesamt die längste Zeit mit Klinikaufenthalten hinter sich hat, erinnert, dass sie seit der Entlassung und dem Ankommen zu Hause ihr Kind überall hin mitgenommen haben, um dem **Umfeld Unsicherheit zu nehmen**. Auch ein traditionelles »Babypinkeln« sei veranstaltet worden, um die Freude über die Geburt des Kindes mit Freunden zu teilen (»[…] dass auch (.) die Unsicherheit, gratuliert man solchen Eltern jetzt zur Geburt des Kindes? Darf man da eine Karte hinschreiben, dass/diese Unsicherheit haben wir dann den Leuten genommen, indem wir die Leute alle eingeladen haben zum Babypinkeln. […]«, T3, Pos. 4). Bei allem Optimismus bleibt die Situation jedoch eine Besondere, wie aus dem nachstehenden Zitat hervorgeht.

> Und da hat man den Menschen, dem Umfeld erstmal diese Hürde erstmal ziemlich abgebaut. Und als die dann gesehen haben, das ist ja ein Baby, weil im Kinderwagen konnte man nicht sehen, dass er eine Behinderung hat, dass er gerade froh ist, dass er noch atmen kann, das sieht man dann nicht im Kinderwagen so auf den ersten Blick. Wenn man dann guckt, ah, da ist ein Absauggerät ständig griffbereit in der Nähe […]. (Herr Gerdts, T3, Pos 5)

Dass der **gesundheitliche Zustand des Kindes und dessen Versorgung** trotz der Bemühungen, eine Normalität als Familie und für das Umfeld herzustellen, auch **herausfordernd** sind, wird im obenstehenden Zitat deutlich. Das Paar blickt auf eine Zeit zurück, die auch nach der Entlassung aus der Klink von Sorgen um das Wohl und Leben des Kindes bestimmt ist. Dass Herr Gerdts trotzdem optimistisch und positiv auf die Erfahrungen zurückblickt, steht insbesondere im Zusammenhang mit den Lebenserfahrungen, die er in den darauffolgenden Jahren mit seinem Kind sammelt.

Im nachfolgenden Kapitel sollen die Standpunkte der Männer, von denen aus sie die Geschichten ihrer Kinder erinnern, dargestellt werden.

5.2.5.2.3 »Da stehe ich jetzt mit meinem Kind«

In diesem Unterkapitel soll Einblick in Herausforderungen und Lösungsstrategien der Männer, die bereits auf ein gemeinsames Leben mit dem behinderten Kind zurückblicken, gegeben werden. Dies betrifft insbesondere zwei der Männer im

44 Bedingt durch die Behinderung des Sohnes sind die Körperfunktionen halbseitig zunächst stark eingeschränkt.

Sample, Herrn Töpper und Herrn Gerdts, auf deren Aussagen sich die nachfolgende Ergebnisdarstellung bezieht, die entsprechend einzelfallzentriert ist. Trotz der Begrenzung der Fragestellung auf den Kontext der Schwangerschaft und Auswirkungen des Befundes werden die Erfahrungen in die Auswertung aufgenommen, da sie von den Männern im Rahmen des offenen Interviews ausführlich thematisiert wurden.

Herr Gerdts bilanziert die **Lebenserfahrungen mit seinem Sohn** überwiegend **positiv** (»Und das (.) ist eigentlich auch so eine Quintessenz, dass ein Kind mit Behinderung gar keine Ausnahme und keine Sonderstellung innehat, sondern dass man bei jedem Kind sich überlegt, mh, was ist denn gut? […]«, T3, Pos. 14.). Seine Partnerin und er seien stets offen mit der Behinderung ihres Sohnes umgegangen (T3, Pos. 3). Zwar sei die Zeit mit ihm nicht immer einfach gewesen, aber sie haben sich gemeinsam den jeweils anstehenden Herausforderungen gestellt und diese bewältigen können (»[…] und wenn man diesen Menschen, wo alles zusammenpasst, gefunden hat, ja, dann war das mit die Grundlage, dass wir das aushalten konnten […]«, T1, Pos. 8.). Er relativiert die eigenen Bemühungen und die der Partnerin, indem er betont, dass Eltern immer um das Wohl ihrer Kinder bemüht seien und sie sich daher nicht von anderen Eltern unterscheiden (»[…] dass wir den da begleiten und das Optimale für ihn einstellen, vorbereiten und hinbekommen […]. Das war eigentlich so, da haben wir unsere Aufgabe drin gesehen als Eltern. Und diese Aufgabe haben alle Eltern […]«, T1, Pos. 29).

Sein Sohn kann in den nachfolgenden Jahren einen heilpädagogischen Kindergarten und zum Zeitpunkt des Interviews eine nahegelegene Regelschule besuchen. Im letzten Jahr sei er dort zum Schülersprecher gewählt worden, was für Herrn Gerdts ein **Beispiel erfolgreicher Inklusion** sei (»[…] Da habe ich gedacht, das sind so Dinge, wo Inklusion dann funktioniert und die man ohne (den Sohn) nie hätte erleben können oder dürfen […]«, T3, Pos.12). Im nachfolgenden Zitat stellt Herr Gerdts seine Haltung zu einem wertschätzenden Miteinander heraus.

> […] Und vorgezeichnet war da auch der Weg der Förderschule […]. Ja, das haben wir auch gelernt (.), dass alles auf Defizite abgestellt ist. Und nicht auf Dinge, die ein Mensch kann. Weil die findet man bei jedem Menschen. Jeder Mensch hat seine Stärken und seine Interessen und seine Sachen, die er gut kann. Und das wird viel zu wenig/da wird viel zu wenig angefangen. Immer, überall wird geguckt, was kannst du nicht und was hast du nicht und dabei, denke ich mal, wenn wir da anfangen würden, was wir gut können, was wir, wenn wir uns auf die Suche machen, was kann der andere Mensch gut, was ist bei dem positiv, wo kann ich mir eine Schnitte von abschneiden? Wenn wir das machen würden, dann würden sich ganz ganz viele Dinge auch ändern können. Das ist eigentlich, finde ich, auch ein ganz wichtiger Gedanke, den man da mal (.), ja, der da auch eine Rolle spielt. Und deswegen haben wir gesagt, der (Sohn), der kommt auf eine Schule, […] wie jedes

> andere Kind auch. Das Thema heißt dann Inklusion. Ist inzwischen leider Gottes der Begriff und das, was damit verbunden ist, wird immer sehr negativ gesehen. Die Idee, die dahintersteht, ist goldrichtig. Weil das den Wert einer Gesellschaft darstellt, wie wir mit den Menschen umgehen in unserer Umgebung und unserer Umwelt, die diagnostizierten Förderbedarf haben, die eine Behinderung haben. Zu gucken, wie kann man das ermöglichen, dass die ihr Leben auch so leben können und ihrem Lebensentwurf nachgehen können, wie wir auch uns das für uns herausnehmen. (Herr Gerdts, T3, Pos. 8)

Während Herr Gerdts mit seinem Sohn die Erfahrung gemacht hat, dass seine Beeinträchtigung ihn nicht an gesellschaftlicher Teilhabe hindern muss, ist Herr Töpper wesentlich **besorgter** um die **Zukunftsperspektive seiner Tochter**. Herr Gerdts, bei dessen Sohn sich die angeborene Behinderung längerfristig insbesondere körperlich auswirkt, sieht die Einschränkungen als weitestgehend kompensierbar. Bei der Tochter von Herrn Töpper wirkt sich die Behinderung aller Voraussicht nach auch auf die kognitiven Fähigkeiten und ihr Verhalten aus. Die Frage der künftigen Teilhabemöglichkeiten seiner Tochter und die **Sorge vor Diskriminierung** beschäftigen ihn. Den derzeitigen Zustand im Kindergarten seiner Tochter bezeichnet er als »Schonprogramm«, da den jüngeren Kindern die Behinderung der Tochter noch nicht bewusst sei und entsprechend keine Rolle spiele. Dass sich das mit fortschreitendem Alter ändert, ist für ihn sicher (»[…] Aber ich weiß genau, der Tag kommt, wo es dann, wo die Kinder, mit denen sie spielt, und sie selber älter wird und das immer sein wird, dass sie nicht so ist, wie die anderen. Und davor habe ich Angst. Genau«, Pos. 78). Herr Töpper erinnert erste negative **Erfahrungen** mit Passanten, deren Reaktion auf seine Tochter er als **verletzend** empfindet (»[…] wirklich Leute, die ihrer Sinne nicht Herr sind oder ihrer Gesten und völlig hemmungslos das Kind anstarren, als hätte man jetzt da, weiß ich nicht, was. Einen Dinosaurier oder irgendwas, was die Welt noch nicht gesehen hat, im Kinderwagen […]«, Pos. 71). Mit dem Wissen darum, dass er als Vater nur bedingt Einfluss auf die **Reaktionen der Mitmenschen** hat, sein Kind zugleich aber vor Verletzungen schützen möchte, falle es ihm schwer, sich zu arrangieren (»[…] Und natürlich die Frage, wie kann man sie davor beschützen, in dem Wissen, dass man es nicht kann und auch nicht soll. Weil in dem Moment, wo man sie zu Hause einsperrt, man ihr natürlich auch alles nimmt, was das Leben so bietet […]«, Pos. 77).

Nicht nur die Reaktionen von Passanten belasten Herrn Töpper. Auch das **fehlende Verständnis von Menschen im eigenen Umfeld**, sich in die Situation der Familie hineinzudenken und hineinzufühlen sei »tatsächlich begrenzter«, als er selbst zuvor gedacht hätte (Pos. 83). Zuletzt habe die fehlende Empathie der Freunde auch dazu geführt, dass das Paar inzwischen vor allem Freunde habe, die auch mit einem Kind mit gleicher Behinderung leben (ebd.).

> […] wenn man sagt, »Boa, also ich war mit (Name) am Wochenende auf (unv.) und wie die da angeglotzt wurde, das NERVT mich so«. Und dann so eine Reaktion wie »Ja, aber das meinen doch die meisten Leute nicht böse«, ja, bestimmt, oder, »Das ist doch nicht böse gemeint!«. Und dann sagte ich »du, ich hab dich nicht gefragt, meinst du, das ist böse gemeint, sondern ich hab dir erzählt, mich nervt das, dass mein Kind angestarrt wird. Kannst du dich bitte da reinversetzen und einfach sagen, ›ja, das kann ich verstehen, wenn man MICH anstarren würde oder mein Kind, das würde mich auch nerven‹. Ja, also viel so Inschutznehmerei von irgendwelchen, das ist manchmal schwierig oder selbst auch mit meinen Eltern und es ist nicht immer leicht, das zu vermitteln, was einen dann bewegt oder was halt anders ist, ja. (Herr Töpper, Pos. 84)

Einerseits nennt er als Grund für das Unverständnis der Freunde eine **mangelnde Bereitschaft**, sich in die Situation des Paares hineinzuversetzen, auf der anderen Seite ihre **fehlenden Erfahrungswerte** im Umgang mit behinderten Menschen als Erklärung (»[…] jetzt ist entweder die Bereitschaft oder die Fähigkeit nicht da […] also die stellen mir noch die Fragen, die ich mir halt in der Schwangerschaft gestellt hab, weil das halt diese Sachen sind, die man damit assoziiert (.)«, Herr Töpper, Pos. 85). Herr Töpper hat Verständnis für die Freunde und ihren Umgang mit seinen Anfragen, ist aber auch frustriert, wie wenig Empathie er für seine Anliegen erfährt. Die Erfahrung, dass die größten Barrieren nicht baulicher Art (bezogen auf die körperliche Einschränkung seines Sohnes), sondern in den Köpfen der Menschen seien, stellt auch Herr Gerdts kritisch heraus, obschon er von entsprechenden, negativen Erfahrungen mit dem Umfeld nicht berichtet (»[…] und wenn man sich damit befasst, dass die größten Barrieren ja bei uns im Kopf sind, dann weiß man auch, wo man die anfangen kann, abzubauen. Muss nicht jeder Bordstein herabgelassen werden«, Herr Gerdts, T2, Pos. 2).

Weiter fragt sich Herr Töpper, welche **Herausforderungen** und Ansprüche sich für ihn **als Vater** durch die Behinderung seines Kindes ergeben. Gedanken zu seinem Selbstverständnis als Vater, die er sich schon in der Schwangerschaft gemacht habe, beschäftigen ihn bis in die Gegenwart. Ein wesentlicher Unterschied, den er zu der Zeit der Schwangerschaft sieht, sei die Bindung und Liebe zu seinem Kind, die er nun losgelöst von jeglichen Erwartungen empfinde (s.u.). Dadurch, dass er seinen »Anforderungskatalog« an das Kind frühzeitig verwirft, wird die Auseinandersetzung mit der Frage, wie der Lebensweg des Kindes von ihm als Vater bestmöglich begleitet werden kann, Bestandteil einer intensiveren Auseinandersetzung.

> Also das beschäftigt mich in einer anderen Form natürlich bis heute, was, **was können wir alles so zusammen erleben**. Nur dass es jetzt, der Gedanke, von Sachen die sie kann oder nicht kann, losgekoppelt ist von der Liebe und der Art, wie man sie halt schon angenommen hat, ja? Also ich glaube, davor war das so, sozusagen

> so ein Anforderungskatalog, den man im Kopf hat. Ja, mein Kind soll dieses und mein Kind soll jenes, jetzt mal überspitzt formuliert. Aber nur so habe ich das Gefühl, das vermitteln zu können, ja, dass man sich denkt, ach naja, also ich will ein Kind, das so und so und was niedlich aussieht und was das und das kann. Und als ob das Kind daran, oder heute weiß ich, dass ich meine Tochter nicht daran messen werde und sie nicht mehr oder weniger liebhabe, wenn sie mit mir oder nicht mit mir Fahrrad fahren kann. Aber natürlich beschäftigt uns und auch mich das natürlich, was wird sie nachher, wie viel Eigenständigkeit wird sie erlernen können und dieser Förderdruck, unter den wir uns selber setzen, also ihr möglichst viel auf den Weg zu geben, damit sie nachher ein so selbstständig wie mögliches Leben führen kann. Das ist natürlich was, was uns permanent begleitet aber (.) aus einer anderen Perspektive, ne. (Herr Töpper, Pos. 74)

Strategien, die sowohl Herr Gerdts als auch Herr Töpper schildern, um Hürden im Alltag mit ihrem behinderten Kind zu überwinden, sind das **flexible Suchen und Bemühen um Lösungen**. Insbesondere Herr Gerdts, der bereits auf viele Jahre an gemeinsamer Lebenserfahrung mit seinem Sohn zurückblicken kann, betont, dass es immer irgendwo eine Möglichkeit gäbe, um Problemen zu begegnen (»Und das ist so auch ein bisschen unser Motto. Es gibt kaum Sachen, die wir nicht angehen […] Und (.) also es gibt immer nur die Frage, wie machen wir das jetzt? […] Dann findet sich da auch immer ein Weg […]«, T2, Pos. 3). Auch Herr Töpper ist optimistisch, dass er in Zukunft mit seiner Tochter flexible Lösungen finden wird, um den anstehenden Herausforderungen in der Vater-Tochter-Beziehung zu begegnen. Da seine Tochter jedoch erst eineinhalb Jahre alt ist, sind für ihn noch viele Fragen zu der gemeinsamen Zukunft sowie zu bevorstehenden Hürden und Unwägbarkeiten offen. Dass er sich mit den besonderen, anders als erwarteten Umständen zu arrangieren lernt, zeigt jedoch das nachfolgende Zitat:

> Und ja, was jetzt das, also ich hab in diesem Sommer haben wir ein Fahrrad jetzt gekauft und dann hab ich sie daraufgesetzt und dann war ich mit ihr mit dem Fahrrad unterwegs und sie fand es klasse. Und deswegen gebe ich die Hoffnung auch nicht auf, dass sie doch einen ausreichenden Geleichgewichtssinn entwickelt, dass wir das dann doch mal zusammen machen können. Aber wenn nicht, ist es okay. Ja, dann muss ich irgendeinen Hänger bauen, in den ich sie hinten reinsetzen kann oder so. Oder so ein Dreirad. (Herr Töpper, Pos. 80 f.)

Beiden Männern ist gemein, dass sie es als eine **Chance zur persönlichen Weiterentwicklung** sehen, sich den Herausforderungen, denen sie gemeinsam mit ihrem Kind im Alltag begegnen, zu stellen. Während Herr Töpper früher unbequeme Situationen eher gemieden habe, stelle er sich nun durch die auch herausfordernden Erfahrungen mit der Tochter viel mehr **seinen Ängsten** (»[…] und dass man dafür auch wirklich in wunderschöner Weise belohnt werden kann, das ist so ein biss-

chen mein Fazit dadraus. […] und halt auch grundsätzlich, sich seinen Ängsten da zu stellen, dass es sich gelohnt hat«, Pos. 97). Auch Herr Gerdts sieht die Entwicklungschancen in der Annahme von Herausforderungen, die für ihn zum Leben dazugehören.

> Ja (…), ist auch immer wieder schön. Nicht immer einfach. Aber dann zu sagen, nur weil es schwer ist, mache ich das nicht und weil es unbequem ist, laufe ich davor weg, das ist keine Lösung (.). Und mal eine Herausforderung anzunehmen und zu bewältigen, das ist eine Weiterentwicklung. Das ist ein Fortschritt (.). Das heißt aber nicht, dass danach keine Herausforderung mehr kommt. Das ist, wie gesagt, es geht nicht nur bergauf (…) […]. Das ist, glaube ich, überall identisch. (Herr Gerdts, T3, Pos. 46)

In diesem Kapitel wurden zwei Männer zitiert, die bereits auf eine gemeinsame Zeit mit ihrem behinderten Kind zurückblicken. Während Herr Gerdts bereits einen 15-jährigen Sohn hat und gemeinsame Erfahrungen als »nicht immer einfach«, aber zuletzt positiv bilanziert, gibt es für Herrn Töpper mit der eineinhalbjährigen Tochter noch viele offene Fragen und Unwägbarkeiten, die seine Zuversicht dämpfen. Dass er der Zukunft weniger optimistisch entgegenblickt, ist insbesondere durch Erfahrungen mit Mitmenschen bedingt, die ihn belasten. Passanten, die seine Tochter im Kinderwagen anstarren und Freunde, die wenig Empathie für seine Situation aufbringen, verärgern ihn. Dass eine Zeit kommt, in der er seine Tochter nicht vor Verletzungen wird beschützen können, macht ihm Angst. Auch die Frage, was er als Vater künftig mit seiner Tochter wird erleben können, beschäftigt ihn noch wesentlich stärker als Herrn Gerdts, der bereits für viele Fragen und Probleme Antworten hat finden können. Was beide Männer verbindet, ist ihre positive Bilanz, dass es sich gelohnt habe, sich den eigenen Ängsten zu stellen und Herausforderungen anzunehmen.

5.2.5.3 Abbruch der Schwangerschaft

In diesem Kapitel werden die Erinnerungen an die Zeit nach der getroffenen Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch dargestellt. Sie umfassen für die betroffenen Männer und auch ihre Partnerinnen oftmals das Planen und Erleben eines Fetozids, die Wartezeit bis zur Geburtseinleitung, die darauf folgende Geburt des toten Kindes sowie die Zeit der Verabschiedung, Beerdigung und Trauer um das verstorbene Kind. Durch die kurze Aufeinanderfolge der verschiedenen Ereignisse wird diese Phase von den Männern häufig sehr intensiv und als emotional besonders belastend erinnert.

Bei den betreffenden Paaren des Samples wurde eine Indikation gestellt, sodass in allen Fällen eine Beendigung der Schwangerschaft vorgenommen wurde, in denen die Frau diese wünschte. In Abhängigkeit von Diagnose und Schwangerschaftswoche wird ein Fetozid vor der Geburtseinleitung durchgeführt. Wenn zu

erwarten ist, dass das Kind lebensfähig zur Welt kommen könnte (etwa ab der 22. SSW), dient der Fetozid der Vermeidung einer Lebendgeburt. Dabei wird das Kind im Mutterleib mittels einer Kaliumspritze, die zum Herzstillstand führt, getötet. Diese wird durch die Bauchdecke der Frau in die Nabelschnur oder direkt ins Herz injiziert. Im Fall einer Lebendgeburt wären die Ärzte dazu verpflichtet, lebenserhaltende Maßnahmen zu ergreifen, weswegen dieses Vorgehen notwendig ist. In einigen Fällen wird sich auch bei infauster Prognose für dieses Verfahren entschieden, etwa um die Bestattungspflicht zu umgehen.[45] Die Männer des Samples, die einen Abbruch der Schwangerschaft miterleben, berichten bis auf eine Ausnahme von der Durchführung eines Fetozids.

Wird mittels Ultraschall der Tod des Ungeborenen festgestellt, steht als Nächstes die Einleitung der Geburt bevor. Die Männer berichten von unterschiedlichen Wartezeiten bis zur Einleitung, die durchschnittlich zwei bis drei Tage nach dem durchgeführten Fetozid erfolgt. Die Wartezeit wird entweder zu Hause oder über die ganze Zeit in der Klinik verbracht, abhängig von der persönlichen Präferenz und der Routine der Klinik. Mit der Einleitung der Geburt und der anschließenden Entbindung des Kindes ist der Abbruch vollzogen und die Zeit des Kennenlernens und Verabschiedens beginnt. Während manche Paare das Kind nach der Geburt nicht sehen möchten, gestalten andere die Verabschiedung ganz bewusst und messen ihr eine große Bedeutung bei. In Abhängigkeit vom Geburtsgewicht, dem persönlichen Wunsch und auch des jeweiligen Bestattungsgesetzes des Bundeslandes findet dann eine anonyme oder individuelle Bestattung statt. Die Klinik bietet i.d.R. auch die Möglichkeit zu einer anonymen Sammelbestattung, welche durch diese organisiert und durchgeführt wird.

Die folgenden Kapitel zeichnen die geäußerten Gefühle der Männer, ihr Erleben des Fetozids, der Zeit bis zur Geburt und der Geburt selbst sowie dem Gestalten der nachfolgenden Zeit der Verabschiedung nach. Gesondert angeführt wird in diesem Kapitel zudem die Situation derjenigen Männer, die einen Abbruch der Schwangerschaft bei der Prognose Lebensfähigkeit miterleben.

5.2.5.3.1 Gefühle ab der Entscheidung

Die Zeit zwischen der getroffenen Entscheidung und dem eigentlichen Abbruch der Schwangerschaft erleben die Männer häufig als emotional herausfordernd. Während der gesamte Prozess von der Diagnose bis hin zur Verabschiedung des toten Kindes insbesondere mit belastenden Gefühlen wie Trauer, Wut oder Fassungslosigkeit einhergehen kann, wird die Geburt auch von einigen Männern als glücklicher Moment erlebt. Manche Männer wiederum fühlen sich nicht in der Lage,

45 Eine Bestattungspflicht besteht in aller Regel ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm (Totgeburt). Die jeweiligen rechtlichen Vorgaben sind den Bestattungsgesetzen der Länder zu entnehmen.

in dieser Zeit Gefühle zuzulassen oder versuchen bewusst, sich vor Emotionen zu schützen. Erst mit fortschreitender Zeit werden die Emotionen gedämpfter und nehmen in ihrer Intensität ab. Die Beerdigung wird dabei häufig als markanter Punkt benannt, mit dem die Zeit als abgeschlossen wahrgenommen wird.

Neben den Emotionen, die im Kontext des Schwangerschaftsabbruchs ausgelöst werden, berichten Männer auch von Gefühlen im Zusammenhang mit Personen, zu denen in dieser Zeit Kontakt besteht. Besonders genannt werden neben Freunden und Verwandten auch Fachpersonen wie Ärztinnen, Pflegerinnen oder Hebammen, die an den relevanten Momenten dieser Zeit teilhaben. Zuletzt kann die Zeit nach der Entscheidung durch das Aufkommen extremer, auch gegensätzlicher Emotionen innerhalb kurzer Zeit als besonders belastend herausgestellt werden, obschon auch hier die Einschätzungen stark variieren und vereinzelt Männer nicht über ihre Gefühle in dieser Zeit sprechen.

Herr Jakobs erinnert für die **Zeit vor dem Fetozid** ein Schwanken zwischen dem **Verdrängen aller Emotionen** und Phasen der emotionalen **Starre** bei seiner Partnerin und sich selbst. Er beschreibt den Umstand als kaum vorstellbar, dass er im Alltag in der Lage gewesen sei, die Situation so auszublenden, dass er »relativ normal« weiter den Alltag erlebt und sich mit all seinen Banalitäten auseinandersetzt habe, während gleichzeitig eine Entscheidung von solcher Tragweite bevorstand. Durchzogen sind die Phasen des Verdrängens durch **Schockmomente**, in denen die Belastung durch die Situation erlebt wird (»[…] das ist ganz seltsam, wie zwischen diesen Schockmomenten eigentlich immer so die Phasen waren, wo das irgendwie so gar nicht präsent war […]«, Pos. 18).

Die Möglichkeit, überhaupt einen Fetozid durchführen lassen zu können, kann eine **Erleichterung** darstellen, wenn aus persönlichen Gründen nicht gewünscht ist, dass das Kind evtl. noch lebend zur Welt kommt. Um sich vor dem Überschreiten einer »emotionalen Grenze« zu schützen, ist Herr Althoff erleichtert, dass die Möglichkeit zur Durchführung eines Fetozids besteht (»[…] Weil wir dann/dann hätten wir das ganze Procedere gehabt, was wir nicht haben wollten, mit Eintragung ins Stammbuch, mit Namensgebung, mit richtiger Beerdigung und so weiter […], Pos. 19). Möglichst schnell nicht nur emotional, sondern auch organisatorisch abschließen zu können, ohne sich in »emotionale Abgründe« begeben zu müssen, ist für Herrn Althoff ein Anliegen.

Das Verdrängen von Gefühlen als Schutzreaktion vor negativen Emotionen wird insbesondere von denjenigen Männern genannt, bei denen der Abbruch der Schwangerschaft erst vor sehr kurzer Zeit stattfand.[46] So beschreibt Herr Althoff an verschiedenen Stellen, dass er zu keiner Zeit bereit war, bzw. ist, sich emotional auf das Geschehen einzulassen, um sowohl sich als auch seine Partnerin vor »emotionalen Abgründen« zu schützen (»[…] Und ich denke, dass ich meine

46 vgl. Kap. 5.1.

Frau auch mit meinen Ansichten, ich will nicht sagen überredet habe, aber doch sehr GESTÄRKT habe, indem sie sich dann nicht in die emotionalen Abgründe begeben muss […]«, Pos. 39). Umgekehrt wird sowohl ihm als auch seiner Partnerin von einer Beraterin gespiegelt, dass das Paar auf »Verdrängungskurs« sei. Dem stimmt Herr Althoff zwar zu, sieht jedoch zu dem Zeitpunkt weiterhin die Vorteile eines emotional distanzierten Umgangs für sich.

> […] Und dass wir GEFÜHLT auch nicht, so NOCH nicht wirklich, also ich zumindest in Person an einer emotionalen Aufbereitung interessiert sind, weil ich mich emotional gar nicht drauf EINGELASSEN habe. Ich muss auch nichts aufbereiten, wenn ich jetzt irgendwie für mich fühle, dass mich das in irgendeiner Art und Weise berührt hätte. Weil dafür war halt meine Distanz zu groß. Also ich bin auch komplett in der Lage, emotionale Schranken hochzuziehen. Das geht wirklich wirklich schnell. (Herr Althoff, Pos. 31)

Anders als für Herrn Althoff, der im gesamten Prozess eine emotionale Distanz aufrechterhält, mischen sich bei Herrn Jakobs die »Zwischenhochs«, die er als fast euphorisch erlebt, mit »extremen seelischen Tiefs«. Um sich diese **emotionale Achterbahnfahrt** zu erklären, erinnert er sich an Erzählungen seines Großvaters aus dem Krieg, der von ähnlichen Empfindungen berichtet (»[…] Also wenn ich den danach gefragt hab, wie man da so auch quasi unbeschwerte Momente haben kann, man vergisst es einfach. Also vom einen Moment auf den nächsten ist das einfach weg und das Gehirn scheint so zu arbeiten«, Herr Jakobs, Pos. 27).

Weiterhin berichtet Herr Jakobs von einem **Gefühl der Entfremdung**, das er erlebt, als er mit seiner Partnerin durch die Stadt läuft und er sich als Beobachter einer sich weiterbewegenden »Welt da draußen« erlebt, während für seine Partnerin und ihn eine neue Zeit angebrochen ist. Ihm fallen, anders als bis dahin, schwangere Frauen und Mütter mit Baby im Straßenbild auf (»[…] sieht jedes einzelne Kind, jedes einzelne Baby und fühlt sich eigentlich selbst wie Aliens, die da rumlaufen. Also wirklich, wie völlig fremd, also als würd einem/als wäre man der ganzen Menschheit nicht mehr nah«, Pos. 29).

Herr Korte, der die Zeit zwischen der Geburt und der Beerdigung als »eine der **intensivsten Zeiten« in seinem Leben** beschreibt, betont die enorme Relevanz, die das Erleben und bewusste Gestalten dieser Zeit für ihn und auch für seine Partnerin hat. Dass für ihn diese Zeit als »Zeit der Verabschiedung« besonders intensiv erlebt wird, zeigt sich an vielen Stellen, an denen er Tätigkeiten aufzählt, die er gemeinsam mit der Partnerin initiiert hat, um die Zeit persönlich zu gestalten.

> Also das war wirklich, ich glaub eine der intensivsten Zeiten in meinem Leben zwischen der Geburt und der Beerdigung diese Woche, als wir dann wirklich da/das hat unheimlich Kraft gekostet aber das war so intensiv und (.) ja, gut, weiß ich

> nicht, ob ich gut sagen will. Aber das war eine Zeit, die ich nicht missen möchte auch […]. (Herr Korte, Pos. 25)

Als eine Zeit, die er nicht missen möchte, assoziiert er auch positive Gefühle, die ihn nachhaltig prägen, obschon er die Zeit nicht als »gute« bezeichnen möchte.

Für den Umgang des Personals, welches während der Zeit des Schwangerschaftsabbruchs am Ablauf beteiligt ist, besteht eine besondere Sensibilität. Die Erinnerungen an die Behandlung durch Schwestern, Ärztinnen oder Hebammen sind vielen Männern noch sehr präsent. Dabei fällt auf, dass einige von **Dankbarkeit gegenüber** einzelnen **Mitarbeitern** sprechen oder diese durch anerkennende Worte zum Ausdruck bringen. Diese bezieht sich auf einen besonders aufmerksamen Umgang, persönliche Zuwendung oder als hilfreich empfundene Hinweise und Ratschläge.

> […] Und die ausführende Ärztin war sehr mitfühlend, soweit wir das sagen können […] Also ich bin auch jetzt noch dankbar für die Abwicklung. Also ich bin dankbar für die Behandlung dort und bin sehr dankbar für die, ja professionelle, für das professionelle Vorgehen. (Herr Jakobs, Pos. 22)

> Auf jeden Fall hatten wir dann, als die Kleine dann da war, hatten wir echt eine SUPER Hebamme, die war wirklich, also mit Gold nicht zu bezahlen […]. (Herr Korte, Pos 16)

> Und da war auch das Klinikpersonal sehr professionell […] Aber das war auch also hochgradig professionell durchgezogen […]. (Herr Althoff, Pos. 22)

Herr Jakobs berichtet, trotz der bedrückenden Umstände, von starken **Glücksgefühlen** nach der Geburt seines Kindes. Dadurch, dass es seine erste miterlebte Geburt ist und er angibt, keinen besonderes großen Kinderwunsch bis zu diesem Moment gehabt zu haben, ist er sehr überwältigt von dem Gefühl, das ihn nach der Geburt überkommt (»[…] Das war, klingt blöd, es war das schönste Gefühl auf der Welt. Ich war so (…) das war einfach, ich war glücklich in dem Moment. Es war schön, das Baby auf dem Arm zu haben und es zu halten […]«, Pos. 34). Er fühlt plötzlich eine Verbundenheit zu dem bis dahin für ihn recht abstrakten Kind, erkennt in ihm Ähnlichkeiten zu sich selbst und kann seine Gefühle in dem Moment kaum fassen (»[…] weil ich schon so (.) zwischen dieser extremen Trauer auch so ein komisches Gefühl von Euphorie und Freude in mir hatte, gedacht hab, wie muss sich erst ein Vater fühlen, der jetzt quasi wirklich seinen Kleinen auf dem Arm hat […]«, Herr Jakobs, Pos. 49).

Die starke Belastung nach dem Abbruch kann sich auch in **Wut** äußern, die in Form von ungerichteter Aggression oder Gereiztheit erlebt wird. Herr Jakobs erlebt

eine innere Wut während des Klinikaufenthalts, als er das Gefühl hat, in der »Welt draußen« sei für ihn bzw. das Paar und ihre Situation kein Platz.

> […] so in der Zeit kurz nach der, nach dem Schwangerschaftsabbruch, nach der Geburt war das so, dass ich gedacht hab, ich könnte jedem, ich hätte Lust gehabt, einen zu verprügeln, was aber so ein bisschen aus der Situation heraus kommt, dass man halt in so einem wirklich komplett abgeriegelten, abgeschlossenen Raum mit sich selbst, mit der Frau und mit dem Kleinen ist und die Welt draußen dafür keinen Platz hat […]. (Herr Jakobs, Pos. 47)

Herr Perez beschreibt zu dem Gefühl der Entfremdung ein Gefühl des widerfahrenen **Unrechts**, das insbesondere in der Zeit der Trauer von ihm stark erlebt und durch lästige bürokratische Angelegenheiten, Zahlungen und weitere Unannehmlichkeiten verstärkt wird. Auch er fühlt eine zunehmende Entfremdung mit der Welt, weil er nicht fassen kann, was ihm in dieser Zeit passiert, während alle anderen Menschen scheinbar vom Unrecht in dieser heftigen Weise verschont bleiben. Keinen Einfluss auf das Fernbleiben negativer Erfahrungen dieser Art haben zu können, macht ihn **ohnmächtig** und lässt ihn zudem grundsätzlich an dem Gedanken zweifeln, dass es im Leben gerecht zugeht (»Aber dann kommt immer dieses Gefühl, ich hab auch niemandem was gemacht, warum trifft es mich sozusagen […]«, Pos. 29). Er erlebt eine existenzielle **Verunsicherung seines bisherigen Selbstverständnisses**. Es erscheint ihm so unwahrscheinlich, so viel Unrecht auf einmal zu erfahren, dass er die Existenz eines Gottes in Frage stellt, bzw. Gott selbst, sofern es ihn trotz dieses Unrechts geben sollte.

> […] Das ist natürlich die schlechteste (…) es ist schwierig, weil man sagt, okay, es gibt einen Gott, aber in dem Moment, das nicht so was [ist], was ich wirklich glauben würde. Und auch nicht, wenn es einen gibt, wäre ich damit nicht so glücklich sozusagen oder nicht so dankbar. Weil, das ist auch ein Thema, das bei mir, obwohl ich Wissenschaftler und noch dazu im Bereich, also logisch und Technik. Das ist so. Ich weiß schon, dass es Wahrscheinlichkeiten gibt und wenn eine trifft, dann ist das für eine hundert Prozent, obwohl das ist vielleicht eine 001 Prozent und so weiter. (Herr Perez, Pos. 28)

Das kreative Ausgestalten der Trauerphase, die für Herrn Korte bereits vor der Geburt beginnt, gibt ihm **Zufriedenheit** (»[…] Man war halt, ja, irgendwie schon ein bisschen zufrieden dann, auch dass wir es jetzt auch so SCHÖN gemacht haben […]«, Pos. 30). Er hat das Gefühl, rund um den Abschied alles so gestaltet zu haben, dass er sich nichts denken kann, was diesem bewussten Ausgestalten noch weiter hätte zuträglich sein können. Das aktive Gestalten des Abschieds geht für ihn einher mit einer bewussten Trauer und Verabschiedung. Zusammen mit seiner Partnerin schöpft er alles aus, was an aktivem Gestaltungsraum rund um die Verabschiedung und Beerdigung möglich erscheint.

Deutlich wird, dass nach der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch die Gefühle sehr gemischt erlebt werden. Reaktionen wie das Verdrängen der gesamten Situation bieten den Betroffenen Schutz vor überwältigenden Gefühlen. Zugleich werden jedoch Momente des Schocks und der Fassungslosigkeit beschrieben, ebenso wie Gefühle der Ohnmacht. Dass es ausgerechnet sie als Paar trifft, während alle anderen von einem Schicksalsschlag dieses Ausmaßes verschont bleiben, kann ein Gefühl der Entfremdung auslösen und als Unrecht erlebt werden. Auch eine ungerichtete Wut und Gereiztheit gegenüber Mitmenschen wird beschrieben. Ein Mann gibt auf der anderen Seite an, dass durch das Ausschöpfen der Möglichkeiten zur bewussten Verabschiedung auch ein Gefühl der Zufriedenheit erlebt wurde. Durch das planvolle und bewusste Nutzen der noch verbleibenden Zeit bis hin zur Beerdigung ist es ihm möglich, auch positive Gefühle mit dieser intensiv erlebten Zeit zu assoziieren. Der Moment der Geburt wird insbesondere von einem Mann, Herrn Jakobs, als glücklicher oder sogar euphorischer Moment erinnert.

Mit diesem Kapitel wurde ein erster Einblick in die emotionale Situation der Männer im Rahmen des Abbruchs gegeben. In den nachfolgenden Kapiteln sollen nun das Erleben und Gestalten der verschiedenen Ereignismomente wie Abbruch, Zeit danach und Trauer, Beerdigung und Verarbeitung vertieft werden.

5.2.5.3.2 Erleben des Fetozids

Bei fast allen Männern im Sample, die mit ihrer Partnerin einen Schwangerschaftsabbruch miterleben, wird zunächst ein Fetozid durchgeführt, um eine Lebendgeburt zu vermeiden. Zu diesem Eingriff begleiten die Männer ihre Partnerinnen in die jeweilige Klinik. Da der Eingriff über den Körper der Frau vorgenommen wird und im Anschluss die Anstrengungen der Geburt bevorstehen, ergibt sich zu der psychischen Belastung, die beide Partner betrifft, für die Frau zusätzlich eine starke körperliche Belastung. Oftmals berichten die Männer, in besonderer Weise um das Wohl der Frau besorgt gewesen zu sein. Sie können sich bewusst oder unbewusst verpflichtet fühlen, in dieser Zeit bis zur Geburt, in der die Partnerin körperlich und psychisch eine Grenzerfahrung durchlebt, mehr Verantwortung zu übernehmen. Auch sind sie darum bemüht, in der Situation so gut wie nur möglich Ruhe zu bewahren und der Partnerin Halt zu bieten. Die Sorge um die Partnerin mischt sich mit Gedanken und Gefühlen, die das Begreifen des Moments ebenso betreffen wie das Aushalten der eigenen Ohnmacht oder anderer überkommender Gefühle. Der häufig genannte Wunsch, alles möglichst schnell hinter sich zu bringen, steht dabei im Kontrast zu der mehrtägigen Prozedur von Fetozid und Geburt, auf den sie keinerlei Einfluss nehmen können. Bezeichnend ist, dass im vorliegenden Sample mehrere der Männer angeben, aktiv über einen Monitor beobachtet zu

haben, wie der eigentliche Abbruch der Schwangerschaft vollzogen wurde. Bei dem Fetozid zugesehen zu haben, benennen sie als besonders belastende Erfahrung.

Der Wunsch nach einer möglichst **zeitnahen Beendigung** der Schwangerschaft wird von einigen Männern erinnert, obwohl für die Paare theoretisch keine besondere zeitliche Eile besteht[47] (»Es kam auch nicht in Betracht, dass wir warten, dass es auf natürlichem Wege dann stirbt, sondern dass wir es so schnell wie möglich beenden […], Herr Althoff, Pos. 13). Mit der Entscheidung, dass die Schwangerschaft beendet werden soll, kann die Vorstellung, noch weitere Tage oder gar Wochen mit dem Kind im Bauch zuzubringen, insbesondere für die Partnerinnen eine starke Belastung sein. Der Wunsch, mit allem möglichst bald abschließen zu können, wird jedoch auch von einigen Männern genannt. Herr Ludwig erinnert sich, dass bei ihnen die Weihnachtsfeiertage bevorstehen, als die Entscheidung für den Abbruch fällt. Die Vorstellung, mit den älteren Kindern das Weihnachtsfest zu verbringen, während sie selbst gedanklich und emotional mit dem Abbruch und der Trauer um das Kind beschäftigt sind, ist für das Paar beängstigend.

> Da haben wir schon Panik gekriegt, also meine Frau hat vor allem Panik gekriegt, dass sich das jetzt noch länger rauszögert und dass das ein Weihnachten mit einem Kind im Bauch wird, das man selber schon für, ja, schon entschieden hat, dass es sterben soll und ja. Das war ein ganz komisches Gefühl. (Herr Ludwig, Pos. 39)

Dem Paar Perez wird kommuniziert, dass keine zeitliche Eile für den Abbruch besteht und sie auch abwarten könnten, ob das Kind evtl. von alleine noch im Mutterleib stirbt. Da aber für sie klar ist, dass es einen Abbruch geben soll, sehen sie weder für das Kind noch für sich selbst einen Mehrwert darin, noch weiter abzuwarten (»[…] okay, man kann warten und schauen, was passiert. Es kann sein, dass das Kind von sich selbst [aus] stirbt. Aber das fanden wir auch nicht in Ordnung. Weil das bringt uns nicht weiter und es hilft auch dem Kind nicht weiter […]«, Pos. 16). Ein Hinausschieben der Entscheidung bedeutet für Herrn Perez, sich seiner eigenen Verantwortung gegenüber dem Kind zu entziehen, die seine Partnerin und er jedoch mit der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch zu tragen hätten. Eine Entlastung von möglichen Schuldgefühlen, die sich aus dem natürlichen Versterben des Kindes ergeben könnte, sieht er als ein egoistisches Motiv, das lediglich ihnen als Paar nützen würde, nicht aber dem Kind, das in beiden Szenarien nicht lebend zur Welt käme.

Herr Korte nutzt hingegen mit seiner Partnerin die noch **verbleibende Zeit** bis zum geplanten Abbruch, um **bewusst** Abschied vom Kind zu nehmen (»[…] am Wochenende vor dem tatsächlichen Abbruch sind wir nochmal wieder an die Nordsee

47 Circa ab der 20. Schwangerschaftswoche, also mit der potentiellen postnatalen Lebensfähigkeit des Kindes, wird ein Fetozid zur Vermeidung einer Lebensgeburt unabhängig vom weiteren Reifestadium der Schwangerschaft durchgeführt.

hochgefahren (.), quasi nochmal irgendwie so ein bisschen mit der Kleinen Abschied nehmen […]«, Pos. 13). Männer bzw. Paare, welche die noch verbleibende Zeit mit dem Kind bewusst gestalten möchten, entscheiden sich auch häufig für das Austragen der Schwangerschaft oder auch eine palliative Begleitung (vgl. Kap. 5.2.5.1).

Anders als bei einem Abbruch in der Frühschwangerschaft, verläuft der **Abbruch** bei den Paaren des vorliegenden Samples in zwei Schritten, der insgesamt mit der anschließenden Geburt **mehrere Tage** umfasst. Dem Paar Ludwig ist dies zunächst nicht bewusst (»[…] dann hieß es, das dauert jetzt drei Tage. Oder zwei bis drei Tage. […] Und das hat uns vorher keiner gesagt […]«, Pos. 43). Auch Herr Jakobs und seine Partnerin waren über die Form des Abbruchs nicht ausreichend aufgeklärt (»[…] Und das war uns beiden noch nicht so ganz klar gewesen vorher […] Also meine Frau hatte gehofft, dass es per Kaiserschnitt geholt wird […]«, Pos. 15). Das tote Kind zur Welt bringen zu müssen, kann für die betroffenen Paare, insbesondere für die Frauen, für die der Weg bis zur Einleitung und Geburt körperlich sehr schmerzhaft ist, zunächst **eine schlimme Vorstellung** sein. Herr Ludwig gibt auch im Nachhinein an, dass er sich nicht sicher ist, ob dieser Weg für die Verarbeitung der beste gewesen sei (Pos. 24). Ganz anders beurteilt Herr Jakobs das Miterleben der Geburt als besonders wichtig und bedeutsam für sein Begreifen der Situation (»Das war halt in dem Moment genug Begreifen, um das alles völlig wahrzunehmen […]«, Pos. 35).

Der **Moment des Fetozids** wird von Herrn Otte **überwältigend**, als ein »Schlüsselzeitpunkt« erinnert, ab dem die bisherige Selbstverständlichkeit des eigenen Denkens und Handelns einen Bruch erfährt. Der Fetozid steht im Kontrast zum bisherigen Verlauf der Schwangerschaft, in dem das Wohl und der Schutz des Ungeborenen für die Ärzte und die Eltern das zentrale Anliegen war. Diese Paradoxie, die in dem Wandel der Bewertung der Schwangerschaft steckt, erlebt Herr Otte als absurd. Die Beendigung eines Lebens als Ziel des eigenen Handelns widerspreche jedem der bisher von ihm vertretenen moralischen Prinzipien.

> […] Und tatsächlich dieser unbegreifliche Schritt, ein Leben zu beenden, zum Besten aller Beteiligten, wenn der Schritt erfolgreich getan ist. Und so findet das gerade in meinem Kopf statt. Das war wirklich ein ganz komisches schwarz-weißes Abziehbild ganz lang in meinem Kopf, diese Situation. Weil das wirklich so absurd ist und da, das ist der, einer der Schlüsselzeitpunkte. Davor läuft es sehr anders als danach. Und danach ist nur noch, geht es nur noch darum, dass das Kind zur Welt kommt und so weiter. Aber da wird es (.), ab da ist es unumkehrbar […]. (Herr Otte, T2, Pos. 10)

Mehrere Männer berichten, bei dem **Fetozid zugesehen** zu haben. Dies ist über Monitore möglich, die über das bildgebende Verfahren des Ultraschalls den Ärzten dazu dienen, die Injektion richtig zu platzieren. Ob auch die Partnerinnen dabei

zugesehen haben, wird von keinem der Männer angegeben. Lediglich ein Mann, Herr Jakobs, erinnert, dass seine Partnerin nicht habe hinsehen können. Herr Becker resümiert, die Bilder vermutlich nie vergessen zu können (Pos. 31). Auch Herr Perez findet es belastend, beim Fetozid zugesehen zu haben.

> Gut, Fetozid, das ist schon (.) was ziemlich krasses, dass man sowas erleben muss überhaupt, das ist schon (.) schwierig. […] Aber das, wie gesagt, das ist keine schöne Sache. Du sitzt da und siehst, wie dein Kind getötet wird. Ja, du hast die Entscheidung getroffen, das ist schon klar. Aber das ist trotzdem ziemlich krass. Und dann musst du noch ein paar Tage warten, bis das tatsächlich rauskommt. Das ist schon (schnauft) (…). (Herr Perez, Pos. 24)

Herr Jakobs benennt den erst vor einigen Tagen stattgefundenen Fetozid als »**recht verzweifelten Moment**«, durch den er seine Partnerin mit starken körperlichen Schmerzen begleitet, während er selbst bei dem Eingriff zuschaut. Er habe bewusst dabei zusehen wollen, wie der Fetozid durchgeführt wird, um ihn für sich begreifbarer zu machen. Dadurch, dass Herr Jakobs im Ultraschall das Geschehen mit beobachtet, sieht er auch, dass nach der Injektion das Herz weiter schlägt.

> […] Sie hat gesagt, sie guckt nicht hin und ich hab gesagt, ich gucke hin. Also ich wollte es sehen. […] hab auch das Herz gesehen von dem Kleinen und die hatten, haben die Spritze gesetzt und es war, ich glaube im ersten Ansatz hat es nicht gut geklappt, irgendwie nicht, es war nicht richtig getroffen. Im zweiten Ansatz ging die Spritze dann wohl da hin, wo sie hingehen sollte und ich hab mir das halt auf dem Ultraschall angeguckt und hab dann gesehen, wie die gegeben wurde. Das hat meiner Frau auch Schmerzen bereitet. Ich hab das, ja sie hat das gespürt, ich hab das mitempfunden, […] das war ein recht verzweifelter Moment muss ich sagen. (Herr Jakobs, Pos. 23)

Er befürchtet, dass der Abbruch missglückt sein könnte, da er auch eine Nervosität bei den anwesenden Ärzten wahrnimmt. Seiner Partnerin, die ihn fragt, ob nun alles vorbei sei, erzählt er jedoch nichts von seiner Unsicherheit, um sie nicht zusätzlich zu belasten (»[…] Also meine Frau hat es, hat ja nicht hingeguckt. Aber ich hab es gesehen […] und es [das Herz] schlug aber unvermindert weiter und mir erschien das komisch und ich hab dann, meine Frau hat ja nicht hingeguckt, sie hat nur gefragt, ›ist jetzt alles vorbei?‹ […]«, Pos. 24). Dadurch, dass nur er das Geschehen aktiv beobachtet, kann er seinen Eindruck nicht mit seiner Partnerin teilen, ohne sie zusätzlich zu verunsichern. Dass das Herz des Kindes nicht sofort aufhört zu schlagen, interpretiert er als einen besonderen Lebenswillen des Kindes. Er fühlt sich in dem Moment, in dem er sein Kind im Ultraschall beobachtet, plötzlich emotional stark verbunden. Die Situation, in der er einerseits das Gefühl hat, dass alles nicht abläuft, wie vorgesehen, und andererseits eine plötzliche, tiefe Verbundenheit zum Kind empfindet, ergreift ihn sehr.

> […] Aber in dem Moment (.) war mir halt bewusst, dass das Baby kämpft. Also das um sein Leben kämpft. Und das hat mir schon extrem wehgetan. In dem Moment war mir das halt klar, dass das mein Sohn ist und dass er versucht, zu leben und am Leben zu bleiben. […] Aber in dem Moment war ich halt doch dann bei dem Baby. (Herr Jakobs, Pos. 24)

Auch Herr Ludwig erinnert den Moment des Fetozids als »schrecklich«. Seine Partnerin wendet sich mit ihrem Schmerz an ihn und hält sich an ihm fest, während er das Geschehen über den Monitor mitverfolgt und nochmals **an der Entscheidung zweifelt** (»[…] das war so eine Kombination aus ›ich sehe jetzt, wie das Kind stirbt, merke die Schmerzen meiner Frau‹ und man zweifelt natürlich immer, ob die Entscheidung richtig war. Also ich zumindest«, Pos. 41). Die Verantwortung für den Tod des Kindes tragen zu müssen, während er sich der Entscheidung unsicher ist, nennt er die »schlimmste Entscheidung« überhaupt (»[…] wieso kann das nicht einfach eine Behinderung gewesen sein, wo das Kind einfach stirbt […] dass man die Entscheidung abgenommen [bekommt]. Also diese Entscheidung war wirklich die schlimmste Entscheidung unseres Lebens. Also meines auf jeden Fall«, ebd.).

Da die Frauen durch die Injektion sowie durch die noch bevorstehende Geburt zusätzlich zu der psychischen einer enormen körperlichen Belastung ausgesetzt sind, werden die **Sorge und Verantwortung für die Partnerin** in dem Moment besonders stark erlebt. Der Partnerin so gut wie nur möglich beizustehen, ist den Männern im Sample ein besonderes Anliegen.

> […] Ich war halt da die ganze Zeit nur, ich wollte halt für meine Frau da sein in dieser Situation. Und ich wusste, dass die ganze Zeit mit ihr (.) sehr schwere, teilweise scheußliche körperliche Dinge passieren […]. Also das war für sie sehr schwer. Und ich konnte da eigentlich nur dabei sein und ihr da eine Stütze sein. (Herr Otte, T2, Pos. 4)

Wie bereits anhand der oben genannten Zitate von Herrn Jakobs und Herrn Ludwig deutlich wird, suchen die Frauen in dieser Situation Halt bei ihren Partnern. Somit wird das Gefühl, stark sein zu müssen, nicht nur von den Männern erlebt, sondern die Anfrage, entsprechend verfügbar zu sein, ihr körperlich beizustehen, das Geschehen aufmerksam mitzuverfolgen, wird auch von den Partnerinnen an sie gestellt. Dadurch sind sie in der Situation gefordert, mögliche eigene Bedürfnisse für den Moment hinten an zustellen. Herr Ludwig umschreibt die Ambivalenz, die sich aus diesem Umstand für ihn ergibt.

> Ich hatte dann so ein bisschen, ganz stark auch dieses Gefühl, ich muss funktionieren (.). Ich muss mich um meine Frau kümmern, die (Räuspern) (.), der es natürlich auch richtig schlecht ging in der Situation und das hat auch so ein/ich weiß nicht, auf der einen Seite hat es mir Kraft gegeben das Gefühl, da eine Verantwortung zu haben (unv.) und auf der anderen Seite (.), ja, war es auch anstrengend und hat

> mir auch irgendwie dann am Anfang auch dadurch die Zeit gefehlt, so zu trauern, wie es vielleicht nötig wäre oder damit mich zu befassen. (Herr Ludwig, Pos. 12)

Herr Ludwig gibt an, dass aus der Sorge um die Partnerin seine eigene Trauer zunächst in den Hintergrund gerückt sei. Auch Herr Jakobs kann seine Sorgen, dass bei dem Eingriff etwas nicht richtig geklappt haben könnte, sowie seine Gedanken zu der **plötzlichen Verbundenheit zu seinem Kind** in dem Moment nicht mit der Partnerin teilen. Es wird deutlich, dass auch bei der späteren Kontrolle die Partnerin nicht wagt, auf den Monitor zu schauen. Im Anschluss an die Untersuchung befragt sie jedoch ihren Partner, was dieser gesehen habe, um sich selbst zu vergewissern (»[…] hat meine Frau mich dann nochmal gefragt, was ich halt gesehen hab auf dem Gerät, ob das wirklich so war und ich hab dann gesagt, jaja, also brauchst dir keine Sorgen machen […]«, Pos. 26). Um seine Partnerin zu beruhigen gibt Herr Jakobs an, gesehen zu haben, dass alles wie vorgesehen ablaufe. Tatsächlich ist er sich dessen jedoch unsicher.

Herr Becker berichtet von einem **Erschöpfungsmoment**, den er erlebt, als er für seine Partnerin Kleidung von zu Hause abholt. Er nimmt an, dass viele Männer diese Situation eher **mit sich selbst ausmachen würden**, während das Wohl der Partnerin im Vordergrund steht.

> […] machen das viele mit sich selber aus. Also ging mir auch so, in den Phasen, wo man dann mal, wo das wirklich akut gerade war mit dem Abbruch […] und man zu Hause noch die Klamotten für die Frau fürs Krankenhaus holt […], da steht man schon mit Tränen da und ist fix und alle. Aber ich glaube, dass wir Männer das nicht gerne (wahrhaben?). (Herr Becker, Pos. 45)

Die Zitate machen deutlich, dass das Funktionieren der Partnerin zuliebe ein Anspruch ist, den die meisten Männer in der Situation an sich stellen oder für erforderlich halten. In der nachfolgenden Zeit für die eigene Trauer und Verarbeitung Platz zu finden, ist daher für die Männer besonders wichtig.[48]

Insbesondere für einen der Männer, Herrn Ludwig, wird der Moment des Fetozids zur Zerreißprobe. Er selbst hätte sich einen anderen Ausgang der Schwangerschaft gewünscht und trägt zuletzt die Entscheidung der Partnerin für den Abbruch mit. Er gerät in einen Konflikt zwischen seinem eigenen Wunsch, die Schwangerschaft auszutragen, und auf der anderen Seite, seiner Partnerin emotionalen Rückhalt zu geben. Dass seine Partnerin sich jedoch in der Entscheidung sicher ist, hilft ihm, diese trotz der eigenen Zweifel zu akzeptieren.

> Also in dem Moment, als der Fetozid begonnen wurde, als ich dasaß und diese Nadel sah, da hätte ich am liebsten laut gebrüllt »hören Sie auf!«. Also das war ganz schlimm (.). Und da war ich auch nochmal ganz unsicher. Und (.) da haben

48 Vgl. hierzu auch 5.2.5.3.5.

> wir uns auch nachher nochmal drüber unterhalten. Hat meine Frau gesagt, nein, sie fand es schrecklich, weil es, weil sie Schmerzen hatte und weil sie/aber sie war nicht in der Situation, dass sie sagte, sie hätte es jetzt gelassen. Sondern sie war sich sicherer. Und das hat mir im Nachhinein gezeigt, okay, es war (.) richtig so. Wenn sie dann auch so klar war. Ich war da nicht mehr klar. Und das war, also mit meiner Entscheidung. Und das war schlimm. Und das war auch bestimmt nicht einfach auszuhalten. Das Gute ist, man vergisst ja auch manches auch so langsam (Lachen). (Räuspern) Also es ist (.), ich kann das nicht, nur schwer in Worte fassen. Diese (.) Zweifel sind da und die sind immer wieder da. (Herr Ludwig, Pos. 87)

Der Fetozid wird von allen Männern als besonders dramatisch, belastend oder unbegreiflich beschrieben. Dabei variiert jedoch, was sie als besonders belastend in dem Moment erinnern. Die meisten Männer fühlen sich bewusst oder auch unbewusst dazu verpflichtet, der Partnerin beizustehen und die eigene Verarbeitungen dem Moment hintenan zu stellen. Dass dies zwar einerseits erforderlich ist, sich andererseits jedoch negativ auf die eigene Verfassung auswirkt, wird auch reflektiert. Auch fällt auf, dass einige Männer davon berichten, während des Eingriffs über Monitore das Geschehen mitverfolgt zu haben. Den Eingriff in dieser Form zu beobachten, wurde von allen Männern als belastende Erfahrung benannt. Dies insbesondere, wenn eine Unsicherheit in Bezug auf die Entscheidung besteht, wie an dem zuletzt angeführten Beispiel von Herrn Ludwig deutlich wurde.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass manche der Männer im Gespräch gar nicht auf den Fetozid eingehen und daher keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob diese Männer dem Fetozid eine andere Bedeutung beimessen als diejenigen, die in diesem Kapitel zitiert werden. Über den Grund, weswegen sie nicht über den Fetozid im Interview sprechen, können lediglich Vermutungen angestellt werden. Es ist möglich, dass eine detaillierte Rückschau für den Moment des Interviews eine zu große Belastung bedeuten könnte. Ebenso ist denkbar, dass der Fokus im Gespräch auf eine andere Episode gesetzt ist.

Nach dem Fetozid besteht für die Paare eine Wartezeit bis zur Einleitung der Geburt, die im nachfolgenden Kapitel als Phase bis zur Geburt dargestellt werden soll.

5.2.5.3.3 Erleben der Zeit bis zur Geburt

Die Durchführung des Fetozids, an dessen Ende die Feststellung des Herzstillstandes des Fötus steht, ist der erste, ab der 24. Schwangerschaftswoche notwendige Schritt des späten Schwangerschaftsabbruchs. Ist der Eingriff durchgeführt, folgt das Einleiten der Geburt. Hierzu werden die üblichen Verfahren angewendet, sofern keine medizinische Indikation gegen eine natürliche Entbindung spricht. Zwischen dem Fetozid und der tatsächlichen Geburt können einige Tage vergehen, die in diesem Kapitel als Wartezeit bis zur Geburt thematisiert werden.

Für die Paare besteht in der Regel nach dem Fetozid die Möglichkeit, die Klinik wieder zu verlassen. Ob der weitere **Aufenthalt bis zur Geburt in der Klinik oder zu Hause** erfolgt, hängt neben der körperlichen Verfassung der Frau auch von den Bedürfnissen der Paare ab. Herr Korte und seine Partnerin verbringen die zwei Tage bis zur Geburtseinleitung zu Hause. Für das Paar Ludwig hingegen ist die Vorstellung, mit dem toten Kind im Mutterleib wieder nach Hause zu fahren, wo die beiden älteren Kinder derzeit von den Großeltern betreut werden, abschreckend (»Da hab ich gesagt, nee, wir **können** jetzt **nicht nach Hause** gehen. Wir haben zwei Kinder zu Hause, wir haben gesagt, wir sind jetzt erstmal weg. Wir haben Oma und Opa zu Hause sitzen, wenn wir da jetzt hingehen, das kriegen wir nicht [hin] […]«, Pos. 44). Dem Paar sei zuvor nicht kommuniziert worden, dass es vorgesehen war, sie nach dem Eingriff wieder zu entlassen. Nachdem mit dem Krankenhaus ausgehandelt ist, dass das Paar dort ein Zimmer bis zur Einleitung beziehen kann, erlebt Herr Ludwig die **Zeit des Wartens** als **merkwürdig** und **surreal** (Pos. 45). Einerseits hat das Paar eine exklusive Zeit für sich allein, wie sie sie im Alltag mit den anderen Kindern kaum haben. Es ist Zeit für gemeinsame Spaziergänge und Essen. Die dramatischen Umstände, die ihnen diese Zeit erst ermöglichen, stehen dazu im Kontrast, den Herr Ludwig als unwirklich erlebt (»[…] Unter anderen Umständen wäre das eine nette Zeit mit meiner Frau gewesen. Urlaub in (Stadt) Innenstadt. Aber so war es irgendwie ganz surreal«, Pos. 45). Ganz ähnlich beschreibt ein anderer Mann, Herr Jakobs, die Wartezeit im Krankenhaus, an die er auch positive Erinnerungen hat. Auch er hat die Assoziation eines Urlaubs.

> […] Und mit dem, ja in Anführungsstrichen Beziehen des Zimmers, das ging auch und (Lachen) wir hatten Fernseher auf dem Zimmer, das war schon eine positive Überraschung, hört sich blöde an aber so kleine Sachen sind dann irgendwie, haben uns drüber gefreut, völlig absurd, als würden wir halt im Urlaub in ein Hotel kommen (.) und es gab dann, die haben halt mit ihren Wagen das Mittagessen rumgefahren und ich hab einen Hamburger gekriegt im Krankenhaus und ich dachte, das habe ich ja noch nie gehabt oder erwartet […]. (Herr Jakobs, Pos. 20)

Mit dem Beziehen der **Krankenzimmer** wird den Paaren ein **Schutzraum** bereitgestellt, der einen räumlichen und gedanklichen Rückzug ermöglicht. In dieser Zeit möglichst wenig Verantwortung zu tragen, wird von ihnen als Erleichterung erlebt (»[…] Also es war nach diesem extremen seelischen Tief so eine Art Zwischenhoch, also wo wir, ich will nicht sagen euphorisch waren, aber wo das Ganze für ein paar Minuten also völlig verdrängt war […]«, Herr Jakobs, Pos. 27). Sich nicht mit alltäglichen Aufgaben ablenken zu können und in der künstlich für sie geschaffenen Welt mit dem Geschehen unausweichlich konfrontiert zu sein, erinnert Herr Jakobs jedoch gleichzeitig auch als belastend (»[…] ich hätte Lust gehabt, einen zu verprügeln […] man [ist] halt in so einem wirklich komplett abgeriegelten, abgeschlossenen Raum mit sich selbst, mit der Frau und […] die Welt draußen dafür

keinen Platz hat […]«, Pos. 47). Das Warten auf die Geburt wird auch von Herrn Otte als Zeit erinnert, die sie als Paar an ihre Grenzen gebracht hat. Die eingeschränkten Möglichkeiten zur Ablenkung lassen die Zeit nur langsam verstreichen. In dieser Situation **als Paar einander Halt** zu geben, ist für Herrn Otte von besonderer Bedeutung (»[…] Aber es war eine sehr lange Wartezeit, wo wir jeden Weg in diesem kleinen Klinikpark tausendmal gegangen sind und ja, schon beide ein bisschen an einer psychischen Grenze waren […] wir haben so gut wie möglich das da zusammengehalten […]«, Pos. 15).

Unausweichlich ist es in dem Moment, sich mit dem noch bevorstehenden Schritt, der Geburtseinleitung und der Geburt, auseinanderzusetzen. Herr Becker erinnert diese Phase als »**Zeit im Prozess**« (Pos. 16). Auf den bereits gegangenen Schritt folgt nun der nächste, die mit Schmerzen und Anstrengungen verbundene Geburt. Ist diese überstanden, stehen die nächsten Herausforderungen bevor, die Gestaltung der Verabschiedung und die Organisation einer möglichen Beisetzung und die Auseinandersetzung mit den notwendigen bürokratischen Angelegenheiten (»[…] Und dann bricht halt wieder eine andere Welt auf einen ein. Dann sind ganz andere Themen […] Beerdigung, wann, ab wann muss sowas, muss so ein Kind beerdigt werden und wo (kriegen wir?) so Särge und solche Sachen […]«, Herr Becker, Pos. 15).

Herr Ludwig erinnert, dass er zur **Vorbereitung** auf die Zeit im Krankenhaus ein **Buch aus der Betroffenenperspektive** hilfreich fand, um sich auf das noch Bevorstehende gedanklich einzustellen. Zwar sei das Buch aus der Perspektive einer Frau geschrieben, was Herr Ludwig bemängelt, aber in Bezug auf den Ablauf und den nachfolgenden Trauerprozess empfindet er es als hilfreich, sich auf diese Weise auf die Situation vorzubereiten.

> […] da gab es ein Buch, das hat eine Frau geschrieben über (.) ihren, über wie die das durchgeführt hat mit Fetozid und dann, bis das Kind kam. Und das hat meine Frau schon vorher gelesen und ich dann im Krankenhaus [gelesen] […], dass ich wusste, was kommt ungefähr auf uns zu […]. (Herr Ludwig, Pos. 89)

Den **Wunsch** nach einer **besseren Aufklärung und Vorbereitung** auf die Umsetzung des Abbruchs äußert Herr Ludwig später im Gespräch mit einer Beraterin, die selbst angibt, nicht genau über den Ablauf nach dem Fetozid informiert gewesen zu sein.

In diesem Kapitel wurde dargestellt, wie die recht kurze Zeitspanne zwischen dem Fetozid und der Geburtseinleitung von einigen Männern erinnert wird. Deutlich werden dabei insbesondere Herausforderungen, mit denen die Männer bzw. Paare konfrontiert sind. Den Betroffenen eine Wahl anzubieten, wie sie ihre Zeit bis zum Abbruch verbringen möchten, ist für einen bedürfnisorientierten Umgang hilfreich.

Im nächsten Kapitel wird das Erleben der eigentlichen Geburt thematisiert, das trotz möglicher gedanklicher und mentaler Vorbereitung ein Ereignis ist, das von den Betroffenen auf ganz unterschiedliche Weise erlebt wird.

5.2.5.3.4 Erleben der Geburt

Die Geburt beginnt mit dem Einsetzen der Wehen, die mithilfe von Medikamenten im Krankenhaus künstlich eingeleitet werden. Herr Jakobs erinnert, wie er in der Situation, in der seine Partnerin mit Wehenschmerzen im Bett liegt, **versucht**, sich nach besten Möglichkeiten **einzubringen** und **mitzuhelfen**. Zugleich erlebt er sich als nur eingeschränkt handlungsfähig. Das Halten der Hand ist von der Partnerin nicht erwünscht und wird zurückgewiesen. Er habe nichts tun können, außer »daneben liegen und warten« (Pos. 33). Der Hebamme in der späteren Austreibungsphase der Geburt zur Hand gehen und damit zum Geburtsgeschehen beitragen zu können, ist für ihn eine eindringliche Erfahrung, wie er sie sich vorher nicht habe vorstellen können.

> […] Ich hab dann, soweit ich das konnte, bin ich der Hebamme zur Hand gegangen und hab mir das vorher alles anders vorgestellt. Ich hab gedacht, ich müsste raus oder die Hebamme würde sagen, »setzen Sie sich mal hier weg«. Aber ich hab quasi direkt gegenüber von der Hebamme gesessen. Also ganz anders, als das üblich ist […] Ich bin davon ausgegangen, dass ich da irgendwie nichts zu sehen bekomme oder weggeschickt werde […] (.) und sie hat das Kind dann auf die Welt geholt, hat es direkt in ein Tuch gewickelt (.) und hat mich gefragt, ob ich die Nabelschnur durchschneiden will. Ich war erst etwas verdutzt und hab dann aber gesagt, »ja«. (Herr Jakobs, Pos. 33)

Nicht nur bei der Geburt dabei, sondern aktiver Part im Geburtsgeschehen sein zu können, erlebt Herr Jakobs als besonders bedeutsam. Seine Unsicherheit in Bezug auf das eigene Verhalten wird hier thematisiert, ebenso wie der Umstand, sich zuvor »alles anders vorgestellt« zu haben. Es fällt auf, wie detailliert Herr Jakobs auf seine einzelnen Beiträge im Geburtsgeschehen eingeht. Dem aktiven Hinsehen und Zusehen als Form der **Teilhabe am Geburtsprozess** kommt in dem Moment eine Bedeutung zu. Während er zunächst davon ausgeht, vom eigentlichen Moment der Geburt ausgeschlossen zu sein, ist er zuletzt entsprechend überwältigt, die gesamte Zeit über am Geschehen beteiligt zu sein. Auch Herr Ludwig erlebt sich während der Geburt durch den Umstand, dass er mit seiner Partnerin allein während der Geburt im Zimmer ist, als aktiven Part in der Situation (»[…] Also wir haben das irgendwie zu zweit geschafft […]«, Pos. 46). Die Geburt gemeinsam mit der Partnerin durchgestanden zu haben, erlebt er als verbindendes Element.

Neben dem eigentlichen Geburtsgeschehen können zudem die Rahmenfaktoren in der Klinik zur Herausforderung werden. Der Umstand, dass man sich mit anderen **schwangeren Frauen** auf der Geburtsstation oder im Kreißsaal befindet,

während einem selbst eine stille Geburt bevorsteht, wird als **belastend** erinnert. Einigen Paaren wird daher das Entbinden im Krankenzimmer ermöglicht, um der Situation im Kreißsaal entgehen zu können (»[…] ist halt, ja, was anderes, ist halt stille Geburt. Also am Kreißsaal vorbeizurennen, bei den anderen, die da stehen dann vorbei und naja, nicht das Lachen im Gesicht zu haben, ist etwas anderes […]«, Herr Becker, Pos. 33). Das Glück der anderen könnte nicht stärker im Kontrast zu der eigenen Trauer und Belastung stehen. Wie aus dem nachfolgenden Zitat von Herrn Perez deutlich wird, ist auch hier eine besondere Sensibilität durch das Personal geboten.

> […] Da kommen alle die großen Schwangeren, so glücklich, dass sie ein Kind kriegen und so weiter und du sitzt da nur und du weißt, dass du kein Kind mehr kriegst. Und […] wenn 50 Frauen vorbeikommen und man sitzt immer noch draußen und wartet, das ist nicht mehr lustig […]. (Herr Perez, Pos. 17)

Den Moment der Geburt und die nachfolgenden Augenblicke mit dem geborenen Kind werden von den Männern sehr unterschiedlich geschildert. In einem Fall war vor der Geburt abgesprochen, dass keine persönliche Verabschiedung stattfinden sollte. Das **Kind** wurde **nach der Geburt nicht angesehen** und von der Hebamme diskret in Empfang genommen. Der gesamte Ablauf konnte aufgrund des sehr konkreten Wunsches des Paares nach ihren Vorstellungen organisiert werden, worüber Herr Althoff im Nachhinein sehr froh und dankbar ist.

> […] Also in den Momenten, wo es dann wirklich ernst wurde, wich dann auch die/ja die, ich sag mal so die Lockerheit des Klinikpersonals. Das war dann zack zack vorbei, Ende. Nix mehr (gesagt?). Wir haben davon wirklich nichts mitbekommen. Das ist also genau so gelaufen, wie wir uns das vorgestellt haben. Und im Nachgang betrachtet, dass WENN einem so etwas schon passiert, dann bitte genau so […], dass wir da noch alle Möglichkeit hatten, uns den weiteren Ausgang zu gestalten und das so für den Weg, für den wir uns entschieden haben, dass der dann auch genau so, ohne Zwischenfälle, durchgezogen wurde. (Herr Althoff, T1, Pos. 22)

Ganz anders erinnert Herr Jakobs den Moment der Geburt. Er beschreibt die erste Begegnung mit seinem Kind als **glücklichen Moment**, in dem er und seine Partnerin trotz des Umstandes, dass das Kind tot ist, eine positive Überwältigung erleben. Entgegen aller Erwartungen, dass es sehr schrecklich sein würde, ein totes Kind zur Welt zu bringen, erlebt er die Geburt als »das Schönste auf der Welt«.

> In dem Moment waren wir beide nicht unglücklich drüber also (.), obwohl das eigentlich so schlimm war und obwohl wir gedacht haben, vorher, dass es der absolute Horror ist, ein totes Kind zur Welt zu Welt bringen zu müssen und wie sowas sein kann und wie unmenschlich das ist. War es das in dem Moment gar nicht. Im

> Gegenteil. Das war eine Geburt und für mich war es das Schönste auf der Welt, das zu erleben. Also der glücklichste Moment, das kleine Ding da auf dem Arm zu haben (.). Es war tatsächlich so […] waren wir in dem Moment beide traurig, dass das quasi auch bedeutete, dass wir jetzt bald da weg (Lachen) müssen. (Herr Jakobs, Pos. 36)

Während Herr Jakobs keinerlei Berührungsängste mit dem frisch geborenen Kind zu haben scheint, erlebt Herr Ludwig, der mit dem Kind allein im Zimmer verweilt, während seine Partnerin im OP weiter behandelt wird, eine starke **Unsicherheit**, wie er **mit** dem toten **Kind** umgehen soll.

> Als das Kind dann da war, war das so »oh Gott, was machen wir jetzt?«. Bei einem gesunden, schreienden Kind würde man das auf den Arm nehmen […] Also es war eine ganz ganz merkwürdige Situation«; »[…] Also so Dinge, die man halt bei einer normalen Geburt, ja, als toll empfindet, die waren da alle ganz komisch […]. (Herr Ludwig, Pos. 47 f.)

Anders als Herr Jakobs hat Herr Ludwig durch bereits miterlebte Geburten einen Vergleich zu »normalen« Geburten und entsprechend Schwierigkeiten, sich auf diese Geburt einzulassen. Hinzu kommt, dass er sich beim Betrachten des Kindes für die Einstiche im Bauchbereich verantwortlich fühlt. Diese zu sehen empfindet er als »am schlimmsten« in der Situation, während die eigentliche Behinderung, der offene Rücken, zwar auch von ihm angeschaut wird, jedoch keine besonderen Gefühle in ihm auslöst. Es überkommt ihn ein Gefühl der **Schuld** bzw. **Verantwortung** für das, was mit dem Kind »passiert« ist (Pos. 49).

Andere Männer berichten von einer **plötzlichen, unerwarteten Verbundenheit** mit dem geborenen Kind. Besonders ausführlich erinnert Herr Jakobs den Moment, in dem er überrascht ist, »fast ein normales Baby« im Arm zu halten, was er sich zuvor so nicht vorgestellt hatte. Er sieht Parallelen zu eigenen, körperlichen Merkmalen an dem Kind, was auch ihm einen besonderen Schmerz bereitet.

> […] Und (.) hab halt dann in dem Moment Rotz und Wasser geheult, weil ich das alles anders mir vorgestellt hatte. Hab gedacht, dass da halt irgendwie eine recht unförmige Masse rauskommt. Aber es war gar nicht so (…). […] es hatte die Finger so, es hatte die so gestreckt und diese Bewegung, die hab ich als kleines Kind, also nicht nur als Baby, sondern als kleines Kind immer gemacht, weil ich immer am Zeigefinger gelutscht hab. Der Kleine kam so zur Welt mit dieser Bewegung. Ich hab gedacht, das kann alles nicht wahr sein (…). (Herr Jakobs, Pos. 34)

Auch Herr Otte berichtet von einem Schmerz, den er in dem Moment erlebt, als ihm bewusst wird, was er eigentlich verloren hat. Während vor der Geburt das Kind für ihn abstrakt ist, wird es mit der Geburt zum ersten Mal greifbar. Das, was verloren ist, liegt nun unmittelbar vor ihm (»[…] Und was für mich schlimm

war, war der Moment (5 Sek.). Keine Ahnung. Weil wir da das erste Mal gesehen haben, was wir verloren haben […]«, T2, Pos. 19).

Mit der **Geburt** als einer Art Höhepunkt erlebt Herr Jakobs die hinter ihm liegende Zeit als abgeschlossen. In ihm löst sich etwas, so dass er den Moment als »**reinigend**« empfindet (»[…] also die Geburt war irgendwie reinigend. Das klingt blöd, aber es war, damit war alles ausgedrückt. In dem Moment, wo das Baby da war, war irgendwie alles da, was da sein musste, und alles war erklärt und alles war gegeben […]«, Pos. 48).

Mit diesem Kapitel werden insbesondere Herausforderungen während des Abbruchs deutlich, die sich aus der räumlichen Nähe zu anderen Schwangeren in der Klinik ergeben. Da sich der medizinische Rahmen der Geburtseinleitung und der anschließenden Geburt des Kindes wenig von anderen Entbindungen unterscheidet, könnte die Situation, in der sich die Männer bzw. Paare befinden, kaum gegensätzlicher sein. Tür an Tür mit den übrigen Frauen und Paaren im Krankenhaus die eigene, stille Geburt zu erleben, ist insbesondere dann belastend, wenn durch die räumlichen Gegebenheiten Kontakt zu den übrigen werdenden Eltern besteht. Deutlich wird auch, dass das Klinikpersonal für diesen Umstand i.d.R. sensibel, und um gute Lösungen wie das Entbinden im eigenen Krankenzimmer oder das Beziehen eines eher abgelegenen Zimmers bemüht ist. Obwohl sich auf das eigene Erleben der Geburt nur bedingt vorbereiten lässt, wird der Wunsch danach deutlich, vorab besser über den genauen Ablauf der Geburt informiert zu werden. Nur dann, wenn mögliche Abläufe besprochen werden, kann auch Einfluss auf die Gestaltung der Geburt genommen werden. Dies betrifft für die beteiligten Männer z.B. den Grad der Eingebundenheit in den Geburtsprozess sowie verschiedene Möglichkeiten, sich im Anschluss vom Kind zu verabschieden, mit diesem Zeit zu verbringen, das Einladen anderer Angehöriger oder die Organisation eines Photographen.[49]

Im nachfolgenden Kapitel sollen die unterschiedlichen Wege der Verabschiedung aufgeführt werden, welche die betroffenen Männer für sich gewählt und gefunden haben, um den Verlust des Kindes zu betrauern und zu verarbeiten.

5.2.5.3.5 Gestalten der Verabschiedung, Beerdigung und Trauer

In diesem Kapitel werden verschiedene Abschieds- und Trauersituationen dargestellt, von denen die Männer im Gespräch berichten. Diese überschneiden sich in der zeitlichen Reihenfolge mit den vorausgegangenen Kapiteln, in denen einzelne, weitestgehend chronologisch aufeinanderfolgende Ereignisphasen dargestellt wurden. Das Betrauern des Kindes findet dabei nicht ausschließlich im Anschluss an die Geburt statt. Vielmehr verlaufen die Trauerprozesse als Be- und Verarbeitungsprozesse parallel zu den einzelnen Ereignisphasen, etwa wenn mit Erhärtung

49 Vgl. auch Kap. 5.2.5.3.5.

der Diagnose das bis dahin erhoffte »gesunde Kind« als Verlust betrauert wird. Mit dem Wissen darum, dass das Kind nicht lebend auf die Welt kommen wird, was spätestens mit der Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft feststeht, beginnt oftmals die Zeit der Verabschiedung und Trauer.

Herr Korte gestaltet mit seiner Partnerin die **noch verbleibende Zeit mit dem Kind** im Mutterleib bewusst, indem das Paar einen letzten Urlaub »gemeinsam« mit dem Kind macht (»[…] quasi nochmal irgendwie so ein bisschen mit der Kleinen Abschied nehmen, nochmal in der Nordsee schwimmen mit ihr (.) und ja, nochmal gemeinsam quasi zu dritt, viert (deutet auf Hund) ein schönes Wochenende zu verbringen […]«, Pos. 13). Ein bewusstes und aktives Gestalten der Verabschiedungsphase vor der Geburt wird jedoch unter denjenigen Männern, die mit der Partnerin einen Abbruch der Schwangerschaft erleben, lediglich von Herrn Korte berichtet. Von Männern mit einer infausten Prognose und der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft wird die Zeit vor der Geburt hingegen vermehrt zur bewussten Verabschiedung genutzt (vgl. Kap. 5.2.5.1).

Eine besondere Bedeutung für den Trauerprozess der Männer scheint das **Begreifen des Verlusts im Moment nach der Geburt** zu haben (»[…] Und was für mich schlimm war, war der Moment (5 Sek.). Keine Ahnung. Weil wir da das erste Mal gesehen haben, was wir verloren haben […]. Ja, so war das, der Moment […]«, Herr Otte, T2, Pos. 16). Das, was verloren wurde, wird zum ersten Mal auch körperlich erfahrbar und greifbar (»[…] ich hab einmal über die Arme gestrichen, hab die Finger halt angefasst ist zu viel gesagt. Hab halt über die Finger gestrichen um halt zu fühlen, wie es sich anfühlt […]. Das war halt in dem Moment genug Begreifen, um das alles völlig wahrzunehmen […]«, Herr Jakobs, Pos. 35). Während sich vor der Geburt die Gedanken und die Zeit der Männer stärker auf den Ablauf und die Partnerin konzentrieren, wird mit dem Kennenlernen des Kindes nach der Geburt das ganze Ausmaß des Abbruchs offenbar.

> […] Und ich hab da alleine im Zimmer gesessen mit dem Kind auf dem Arm (.). Die Stunde. Oder zwei Stunden oder ich weiß nicht genau […] Ich hab da gesessen, ich hab das Kind angeguckt, ich hab es mir von allen Seiten angeguckt. Ich hab mir die Behinderung auch bewusst angeguckt. (.) Und ja (.) genau. (Herr Ludwig, Pos. 48)

Während Herr Ludwig zunächst von einer **Zeit allein mit dem geborenen Kind** berichtet, erleben die anderen Männer den Moment des Kennenlernens gemeinsam mit der Partnerin. Der Kontaktaufbau zum Kind wird von den Männern in Form des **Betrachtens** und **Berührens** mit dem zum ersten Mal »greifbaren Kind« erlebt (»Also ich glaube, das war ganz (.) elementarer Aspekt zum Begreifen. Im wahrsten Sinne des Wortes (…). Ja«, Herr Ludwig, Pos. 50). In welcher Form das Kind sinnlich erfasst wird, variiert dabei. Einige Männer berichten, das Kind nach der Geburt im Arm gehalten und betrachtet zu haben (»[…] konnten das auch so lange,

wie wir wollten, noch im Arm halten und behalten […] für uns war es auf jeden Fall wichtig, das (unv.) noch einmal zu sehen […]«, Herr Becker, Pos. 35), während ein anderer Mann sogar von einer stärkeren, körperlichen Interaktion berichtet (»[…] und wir konnten dann in diesem Raum bis 22/23 Uhr noch mit der Kleinen sein. Also quasi Abschied nehmen, mit der Kleinen noch knuddeln (.), da sitzen und ja […]«, Herr Korte, T1, Pos. 16).

Auf den Moment nach der Geburt haben sich einige Paare vorbereitet, indem sie dem Kind **etwas Persönliches** wie Kleidung oder eine Decke**,** teilweise bereits als **Grabbeigabe** vorbereiten (»[…] Wir waren auch vorher dann noch Klamotten für den Kurzen kaufen und so, dass der ja nicht nackt da herumliegt und solche Sachen, natürlich, die hat man gemacht (…)«, Herr Becker, Pos. 35; »[…] meine Frau hatte so ein Handtuch vorher genäht in dieser Wartewoche, wo wir es einwickeln wollten. Ein ganz kleines. Und da haben wir es dann eingepackt zusammen […]«, Herr Ludwig, Pos. 48). Dem Kind etwas Persönliches mit auf den Weg geben zu können, ist auch Anliegen des Paares Althoff (»Wir haben im Krankenhaus dann Abschied genommen, indem wir einen Brief und noch so einen kleinen Handschmeichler-Engel dabei gelegt haben. […]«, Pos. 20).

Das **Schaffen von Erinnerungsstücken**, z.B. in Form von Fotos oder dem Anfertigen von Hand- oder Fußabdrücken vom Kind, ermöglicht den Eltern, nicht nur selbst dem Kind etwas mitzugeben, sondern auch ein greifbares **Andenken an das Kind** mitzunehmen (»[…] Haben noch Fotos davon gemacht und nee, das ist auch, glaube ich ganz, also für uns war es auf jeden Fall wichtig […]«, Herr Becker, Pos. 35; »[…] haben dann noch Hand- und Fußabdrücke genommen (.) und hatten da wirklich nochmal richtig viel Zeit, nochmal Abschied zu nehmen, nochmal die Kleine zu sehen […]«, Herr Korte, Pos. 27). Herr Korte berichtet von einem Treffen mit der Krankenhausseelsorgerin, die mit dem Paar gemeinsam eine Kerze anzündet, welche sie später behalten dürfen. Das Anzünden einer Kerze als Ritual im Gedenken an die verstorbene Tochter behält sich das Paar auch später bei.

> Wir hatten dann auch immer, hatten wir uns jetzt so angewöhnt, dass wir jeden Abend eine Kerze anmachen. Hatten dann auch eine kleine Kerze mitgenommen immer abends dann. Mitten in der Serengeti haben wir dann unsere kleine Kerze für (Kind) angemacht und das machen wir heute noch immer, ein kleines Teelicht an abends für die Kleine und (.) ja, das (…) ich meine, sie ist zwar jetzt nicht, ja, nicht mehr neben uns oder bei uns aber trotzdem immer dabei […]. (Herr Korte, Pos. 38)

In welcher Form sich vom Kind verabschiedet wird und ob im Anschluss an die Geburt weiterhin Rituale im Rahmen des Trauerprozesses gepflegt werden, variiert stark von den jeweiligen Bedürfnissen der Eltern, wie das nachfolgende Zitat von Herrn Althoff zeigt (»[…] Uns war aber auch wichtig, dass wir das Kind nicht sehen. Also wir wollten es nicht in echt sehen und wir wollten es auch nicht auf

Bildern sehen, sondern wir wollten wirklich möglichst wenig an der Stelle davon mitbekommen«, Pos. 20). Dem Paar ist wichtig, **keine zu persönlichen Andenken** an das verstorbene Kind zu haben.

Herr Otte erinnert die Momente der Verabschiedung als »schockierend« und den **Anblick des kleinen Kindes** im Körbchen, dass ihnen gebracht wird, als »wirklich **furchtbar**« (T 2, Pos. 18), weswegen er seit dem Moment der Verabschiedung die Fotos, die er vom Kind gemacht hatte, zunächst auch nicht mehr sehen will. Es steht ihm jedoch frei, diese zu einem späteren Zeitpunkt zur Aufarbeitung zu nutzen. Er thematisiert die Furcht, die er einige Zeit davor hatte, sich die Bilder anzusehen.

> Ich habe neulich […] zum ersten Mal, seit dem/ich hab ein paar Fotos gemacht und ich hab zum ersten Mal seit dem die Fotos wieder angeschaut. Hab mich davor irgendwie immer gefürchtet, weil mir das echt, als das, das war irgendwie ein schockierender Moment […] Und hab das neulich, so vor zwei Wochen, das erste Mal getan und hatte das Gefühl, ich kann, ich kann damit, ich glaube, ich kann damit inzwischen ganz gut leben. Also mit dem Anblick so. Also die Vorstellung davon war irgendwie schlimmer, als der Anblick selbst. Und ja, es ist halt unser Kind, was ich da sehe. Ja (.). (Herr Otte, T2, Pos. 18)

Dadurch, dass sie auf Initiative der Hebamme noch die **eigenen Eltern** ins Krankenhaus **zur Verabschiedung einladen** und so gemeinsam als Familie Abschied nehmen, wird die Verabschiedung vom Kind von Herrn Korte und seiner Partnerin noch intensiviert.

> […] Hatten dann auch noch unsere Eltern angerufen, dass die die Kleine auch noch mal sehen und Abschied nehmen können und sich, ja. Die waren dann auch da, das war auch super, dass die da waren, wo wir gar nicht vorher dran gedacht haben, also dass wir da vielleicht unsere Eltern noch dazu holen […]. (Herr Korte, T1, Pos. 16)

Herr Heinrich und seine Partnerin möchten sich nach der Geburt **vor unangenehmen Nachfragen** aus dem Umfeld **schützen** (»Weil kaum hat man sowas raus, dann kommen schon die ersten (.) Rückfragen, ob es natürlich war, ob es/das will man halt einfach/oder wollten wir nicht […]«, Pos. 36). Sie verfassen daher eine WhatsApp-Nachricht an Freunde und Bekannte, in der sie mitteilen, dass ihr Kind still geboren sei und sie bitten, von Trauerbekundungen abzusehen. Ähnlich berichtet Herr Korte, mit seiner Partnerin nach der Geburt Mails versendet zu haben, in denen sie das Umfeld über die »stille Geburt« informieren. Auch sie umgehen die Information, dass die Schwangerschaft abgebrochen wurde. Anders als Herr Heinrich erlebt Herr Korte gerade die Rückmeldungen und **Anteilnahme der Freunde** als besonders wertvoll und hilfreich bei der Verarbeitung.

> Hatten auch ganz viele sofort Hilfe angeboten, »wenn was ist, wenn ihr reden wollt, sagt Bescheid, kommt vorbei«. Hatte dann auch von Freunden/Bekannten, mit denen jetzt der Kontakt nicht so rege ist, dann auch von einem Pärchen einen Brief bekommen, einen total lieben, wo man dann erfahren hat, okay, ihr ist das/ist auch schon einmal eine Fehlgeburt passiert. […] Was man dann halt alles, ja dieses, das erfährt man halt nicht, wenn man nicht wirklich betroffen ist. (Herr Korte, Pos. 45)

Von Herrn Korte und seiner Partnerin wird eine **individuelle Bestattung** gewünscht. Das verstorbene Kind kann im Grab der Großeltern beigesetzt werden, das nur wenige Minuten von ihrem Zuhause entfernt ist und regelmäßig aufgesucht wird (»[…] Wobei wir das dann schön fanden, wenn die Kleine im Familienkreis bleibt. Und (.) war auch jetzt kein Problem, sie dazuzulegen […]«, Pos. 20). Herr Korte ist im Nachhinein sehr froh, sich auf Initiative der Hebamme im Krankenhaus mit der Partnerin für eine individuelle Bestattung entschieden zu haben (»[…] hätten wir wahrscheinlich nicht gemacht, wenn jetzt nicht die Hebamme wieder gesagt hätte, ›denkt da lieber nochmal drüber nach […]‹. Und ja, wie gesagt, glücklicherweise haben wir uns da wirklich umentschieden […]« (Herr Korte, Pos. 20). Auch Herr Heinrich und seine Partnerin entscheiden sich für eine individuelle Bestattung. Diese findet jedoch in kleinem Rahmen, mit dem Pastor und den Eltern des Paares statt (Pos. 26 f.).

Nicht nur der Wunsch nach einer individuellen Bestattung ist für Herrn Korte von Bedeutung, sondern ebenso der Wunsch nach einer **persönlichen Gestaltung** des Kindersarges und der Trauerfeier. Gemeinsam mit seiner Partnerin und anderen Verwandten werden der Sarg gestaltet, Grabbeigaben hinzugelegt und für die Trauerfeier dekoriert.

> […] Und ja, haben dann wirklich uns zwei drei Tage eben mal hingesetzt, den Sarg von außen bemalt […] Ich hab ihr noch so einen kleinen Stammbaum gemalt […] und eine goldene Kreuzkette von der Schwiegermutter. Und also (Lachen) nachher sah der Sarg aus und die Kleine mitten drin und drum herum (Lachen) […] Also ganz viele Sachen mitgegeben als Erinnerung. Von uns Haarsträhnen und all sowas […]. (Herr Korte, Pos. 25 f.)

Herr Jakobs hingegen, der sich mit der Partnerin gegen eine individuelle Bestattung entscheidet, ist auch im Nachhinein froh darüber, **kein Grab** zu haben. Der Gedanke an ein Grab ist für ihn befremdlich (»[…] Ich glaub, ich bin froh, dass wir kein Grab haben. Und ich (.) bin froh, dass ich den auf dem Arm hatte. Das zählte. Also Grab ist, nee, ist irgendwie komisch […]«, Herr Jakobs, Pos. 38). Er misst dem Moment des Kennenlernens eine stärkere Bedeutung bei, als einer möglichen Beisetzung.

Herr Ludwig und Herr Perez nutzen die Möglichkeit der **Gemeinschaftsbestattung**. Der Vorteil der Gemeinschaftsbestattung ist, dass die Organisation der Beisetzung und Zeremonie durch die Klinik übernommen wird (»[…] Und (.) die [Beisetzung], muss ich sagen, hat mir auch sehr geholfen. Also das war sehr nett gemacht (.). Und mir hat es auf der einen Seite geholfen, dass ich die nicht vorbereiten musste, dass es also keine individuelle war […]«, Herr Ludwig, Pos. 58). Da die Gemeinschaftsbeisetzungen im Abstand von einigen Wochen stattfinden, ist oftmals auch noch Zeit, sich die Option der Teilnahme offen zu halten (»[…] wir halten uns jetzt die Möglichkeit offen, zu der Sammelbestattung zu gehen. Dass man uns den Termin mitteilt. Ob wir das tun werden, […] werden wir sehen«, Herr Althoff, Pos. 19). Für das Paar Ludwig ist zudem entlastend, dass mit dem Gottesdienst und der Bestattung auch die Kinder einen Ort haben, an dem sie ihr verstorbenes Geschwisterchen wissen und der ihnen bei der Verarbeitung hilft (»[…] Das war, glaube ich, auch für die Kinder wichtig, da die (.) Beerdigung zu sehen. Das zu sehen, weil das für die auch klar war. Jetzt da liegt er und ja. Genau. […]«, Herr Ludwig, Pos. 58).

Herr Perez erlebt die Gedenkfeier und Beisetzung als »guten Abschluss« (Pos. 26) für die herausfordernde Zeit des Abbruchs. Mit der Beerdigung des Kindes endet eine Zeit, in der jeder nachfolgende Schritt weitestgehend vorherbestimmt war. Was jetzt folgt, ist eine für ihn eher **ungewisse Zeit**, in der er beginnt, das Erlebte zu verarbeiten, zu trauern und für sich einen Weg zu finden, mit den Erfahrungen, die er gemacht hat**,** zu leben.

> Aber was danach kommt, man sieht kein Ende. […] Das ist, die einen sagen, nee, das ist besser, wenn man sich (mit dem Thema?) intensiv beschäftigt und das wirklich, der Trauer Platz gibt und dass [man] nur das macht und nichts anderes. Gibt es auch andere Leute, nee, das Beste [ist], wenn man gleich wieder schwanger wird, oder kommt ein/die beste Medizin ist Arbeit, einfach arbeiten arbeiten arbeiten«. (Unv.) Muss man schauen, was für uns besser passt. (Herr Perez, Pos. 31)

Herr Perez nennt unterschiedliche **Strategien für die Verarbeitung**, um die er weiß, unter denen er für sich jedoch noch keine für ihn passende gefunden hat. Vielmehr ist er **noch auf der Suche** nach einem passenden Weg oder Ort für seine Erfahrungen und Gefühle (»Vielleicht, hinterher denke ich mir, hätte ich eine [Psychotherapie] nehmen sollen oder nicht […]«, Pos. 35). Die Strategien, die er aufzählt, entsprechen auch den von anderen Männern genannten. So ist für Herrn Korte bedeutsam, sich **möglichst intensiv** mit dem Schaffen von Andenken und der Verabschiedung des Kindes zu befassen (»[…] ich wüsste jetzt nicht, was wir noch anders hätten machen können. Was wir noch MEHR hätten machen können um dieses Abschiednehmen […]«, Pos. 30.), während Herr Quest berichtet, dass durch die **erneute Schwangerschaft** der Partnerin die Geschichte »in den Hintergrund gerückt« sei (»[…] ich denke mal, wenn das jetzt nicht der Fall wäre,

dann wäre das [der Abbruch] wahrscheinlich noch viel präsenter bei mir […]«, T1, Pos. 2). Für Herrn Becker ist es hingegen hilfreich, sich **schnell** wieder **zurück in den Alltag** zu begeben (»[…] ich bin halt nach drei Wochen wieder arbeiten gegangen. […] Ich hab mir schon gedacht, okay, der Alltag ist für mich eine gute Sache, um einfach wieder in die Normalität zurückzukommen […]« Pos. 39; vgl. hierzu auch Kap. 5.3).

In diesem Kapitel wurde insbesondere deutlich, wie stark die Bedürfnisse, sich vom Kind zu verabschieden, Erinnerungsstücke zu erstellen sowie mit einer Bestattung einen Ort als Trauerstätte zu schaffen, variieren. Mit dem Fotografieren des geborenen Kindes besteht auch im Nachhinein die Möglichkeit, diese zur Aufarbeitung der Geschehnisse und als Andenken an das Kind zu nutzen. Wie die Männer, ihre Partnerinnen oder auch andere Angehörige zuletzt den Verlust des Kindes betrauern und ob dafür Andenken, ein Grab oder allein die Erinnerung von Bedeutung sind, ist ebenso individuell. Bei einem Mann, Herrn Korte, werden erst mit dem geborenen Kind die Wünsche zur Gestaltung der Verabschiedung konkreter. Hier ist es insbesondere der Aufmerksamkeit und dem Engagement einer Hebamme zu verdanken, dass nach einer für das Paar passenden Verabschiedungsmöglichkeit gesucht wird. Ein anderer Mann, Herr Perez, ist noch auf der Suche nach seinem persönlichen Weg der der Auf- und Verarbeitung und Herr Althoff schließlich ist zum Zeitpunkt des Gesprächs noch an keiner Aufarbeitung der Geschehnisse interessiert (Pos, 35).

Im nun folgenden Kapitel wird auf die Situation nach einem Abbruch der Schwangerschaft bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes eingegangen.

5.2.5.3.6 Entscheidung bei prognostizierter Lebensfähigkeit

Ein anderes Erleben und Verarbeiten der Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft kann sich für diejenigen Männer und Paare ergeben, deren Kind aufgrund der Diagnose nach der Geburt **lebensfähig** gewesen wäre. Darunter zählen beispielsweise die meisten Kinder mit einer diagnostizierten Trisomie 21, der häufigsten und bekanntesten Trisomie, oder jene, bei deren Kind die Diagnose Spina Bifida gestellt wird.[50] Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Fehlbildungen, Krankheiten und Behinderungen, die mit dem Leben des Ungeborenen zu vereinbaren sind und/oder behandelt werden können.

Das Wissen darum, dass mit der Entscheidung für den Abbruch über die Existenz des ungeborenen Kindes entschieden wird, kann bei den Betroffenen retrospektiv zu Fragen der moralischen Verantwortbarkeit, zu Schuldgefühlen oder immer wiederkehrenden Zweifeln führen. Diejenigen Männer im Sample, deren Kind ohne den Abbruch lebensfähig gewesen wären, begründen, hinterfragen oder rechtfertigen ihren Entschluss im Gespräch tendenziell häufiger als diejenigen,

50 Siehe hierzu Kap. 9.1.

deren Kind voraussichtlich nach der Geburt verstorben wäre (vgl. Kap. 5.2.4.3). Daher wird angenommen, dass für sie die Verarbeitung und Identifikation mit der Entscheidung grundsätzlich erschwert ist, wenn auch die Gründe hierfür nicht lediglich in der Entscheidung selbst liegen.[51]

Herr Ludwig ist einer derjenigen Männer, die sich die Frage nach der **Verantwortung für das beendete Leben** auch nach der Entscheidung immer wieder stellen. Insbesondere, da er zwar hinter seiner Frau, jedoch nicht selbst hinter der Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft steht. Im Gespräch wird an verschiedenen Stellen deutlich, dass er mit dem Abbruch auch im Nachhinein hadert und sich selbst in der Verantwortung für etwas sieht, das er nur schwerlich vertreten kann.

> […] Das, aber es war, also was ich da am schlimmsten fand, waren die Einstiche […] Die waren eindeutig erkennbar und ja. Für die hat man ja auch Verantwortung getragen, für diese Einstiche (.). Während man die Behinderung selber, man hat gesehen, da ist was offen am Rücken, aber welche Auswirkungen das hat, kann man natürlich trotzdem nicht sehen. Ob das/das war eine ganz, ja (.) […]. (Herr Ludwig, Pos. 49)

Die zitierte Stelle, in der Herr Ludwig die Situation mit dem geborenen Kind erinnert, das er von allen Seiten betrachtet, macht seinen Konflikt deutlich. Als erkennbare, äußere »Merkmale« am Kind werden die offene Stelle am Rücken und die Einstiche der Injektion betrachtet. Während er für die Einstiche eine Verantwortung mittragen muss, bleibt das tatsächliche **Ausmaß der Behinderung als** eine **offene Frage** bestehen. In seiner Wahrnehmung scheint das, was dem Kind zugefügt wurde, schlimmer als das, was das Kind an Behinderung mitbringt.

Im nachfolgenden Zitat wird deutlich, dass obschon mit der Zeit ein gewisser Alltag für Herrn Ludwig einkehrt, ihn die **Gedanken an die Geschehnisse** und mit ihnen Zweifel oder auch Vorwürfe **unvermittelt einholen**. Verstärkt werden die schmerzhaft erlebten Momente auch durch eine andere Familie, die ihr drittes Kind erwartet, während er selbst sein drittes Kind verloren hat, oder generell »Leute mit Babys«, deren Anblick ihm sehr schwerfällt.

> […] Es gibt dann Momente, da geht alles gut und es ist erstmal ganz normal und dann im nächsten Moment ist das wieder so »oh Gott, was haben wir gemacht? Warum ist das so? Wie wäre es denn jetzt, wenn?« […] Die neben uns, die haben Ende Januar ein Kind gekriegt. Und also, mir fällt das auch jetzt noch schwer. Also

51 Welche Umstände im Einzelnen dazu führen, dass die Identifikation mit einer Entscheidung leichter oder schwerer fällt, kann innerhalb dieser Studie nicht beantwortet werden. Es wurden jedoch bereits Hinweise dafür gefunden, dass es nicht (nur) die Entscheidung selbst, sondern insbesondere der gesellschaftliche Blick auf die Entscheidung ist, der bei den Betroffenen Zweifel, Sorgen oder das Geheimhalten der Entscheidung hervorruft.

> wenn ich anderen Leuten mit Babys begegne, das fällt mir schwer. Kann ich nur bedingt mit umgehen. Muss ich mich sehr zusammenreißen. (Herr Ludwig, Pos. 59)

Das Einholen der Gedanken zeichnet sich auch im Laufe des Gesprächs ab, indem immer wieder die vielen bleibenden Fragen, mögliche andere Konstellationen und Mutmaßungen über Alternativen konstruiert werden.

Der gewählte Weg erscheint Herrn Ludwig zuletzt der für das Wohl der Familie »bessere« gewesen zu sein. Zugleich bezweifelt er nicht, dass er das Kind, wenn es auf die Welt gekommen wäre, geliebt hätte, wie seine anderen Kinder auch (Pos. 82).

Für Herrn Quest stellt die Option eines späten Abbruchs infolge des Befundes eine Überforderung dar. Da er sich selbst über mehrere Wochen unsicher ist, welche Entscheidung die richtige sein könnte, sucht er vermehrt nach äußerer Orientierung als Entscheidungshilfe. Die Frage nach der **Verantwortung für eine Entscheidung** richtet er dabei weniger an sich selbst als vielmehr an die **Gesellschaft.** Diese trage einerseits die Option eines späten Abbruchs mit, prangere die Praxis jedoch gleichzeitig auch als moralisch problematisch an. In der Konsequenz seien Paare mit der Entscheidung für einen Abbruch, ebenso wie Paare, die sich für das Austragen des Kindes entscheiden, auf sich selbst gestellt.

> […] es gibt ja viele Gesellschaften, die das klar beantworten (.). Behindertes Leben ist gut oder schlecht. Ja also entweder jedes Kind muss auf die Welt kommen, weil Gott hat es geschaffen. Also eigentlich ist es ja immer religiös begründet. Oder quasi alle Behinderten müssen weg, weil nicht lebenswert (…). Zweitere Ansicht ist natürlich noch bescheuerter, viel bescheuerter als die erste, das ist ja logisch. Aber wenn man diesen Rahmen nicht hat, an was soll man sich orien-/wie soll man es entscheiden? Geht halt nicht. (Herr Quest, Pos. 47)

Wenn das Argument einer zu erwartenden, geminderten Lebensqualität nicht oder nur bedingt bei der Entscheidung für den Abbruch hinzugezogen werden kann, stellt sich die Frage nach der moralischen Rechtfertigung der Entscheidung und den Motiven bei einigen Gesprächspartnern stärker. Ob es eine egoistische Entscheidung ist und wie diese vor dem eigenen Gewissen oder vor anderen rechtfertigt werden kann, fragt Herr Quest stärker auf gesellschaftlicher denn auf persönlicher Ebene (s.o.). Herr Ludwig und Herr Otte hadern hingegen eher mit ihrem Gewissen und der Frage der persönlichen Verantwortbarkeit. Herr Ludwig sieht schon einen gewissen **Egoismus** hinter dem Entschluss, zugleich jedoch auch sein eigenes Leid *durch* diesen, weswegen er ihn nur bedingt egoistisch nennen möchte. Bei ihm fallen in Bezug auf die Entscheidung neben den eigenen Motiven auch die Sorge um das Wohl der älteren Geschwisterkinder ins Gewicht. Er habe sich zudem gegen seinen »Traum vom dritten Kind entschieden« (Pos. 62), worunter er dauer-

haft leide. Er bewertet den Umstand, dass die Entscheidung für den Abbruch auch Leid für sie als Eltern bedeutet, als im Widerspruch zu einem rein egoistischen Entschluss stehend.

Herr Otte sieht einen ähnlichen Konflikt bei der Frage nach der Rechtfertigung der Entscheidung. Einerseits äußert er den Wunsch, sich nicht rechtfertigen zu müssen (T3, Pos. 7), andererseits sei ein so weitreichender und folgenschwerer Entschluss wenigstens vor sich selbst zu rechtfertigen, sodass er sich genötigt fühlt, die persönlichen Motive kritisch zu hinterfragen. Dabei nimmt er, ebenso wie Herr Ludwig, einen Zwiespalt wahr, da es in diesem Dilemma keine komplett richtige oder falsche Entscheidung gibt und beide Optionen für sie als Eltern mit Leid verbunden sind (»[…] zwangsläufig stößt man irgendwann an den Punkt, wo man sagt, was ist denn jetzt eine egoistische Entscheidung und was nicht? […] als würde es dann nicht in unseren (.), in irgendeinen bestimmten Lifestyle passen oder so und als würde man deswegen eine Schwangerschaft beenden […]«, Herr Otte, T1, Pos. 48).

Den möglichen Vorwurf, ein behindertes Kind würde nicht »in irgendeinen bestimmten Lifestyle« (s.o.) passen, sieht er als Verkennen der Situation. Besonders bedrängt fühlt er sich dabei durch öffentliche Meinungen und Haltungen, die es Betroffenen wie ihm erschweren, sich mit dieser schmerzvollen Lebenserfahrung in der Öffentlichkeit zu outen. Er wünscht sich, über das Erlebte sprechen zu können, **ohne Verurteilung für die Entscheidung** befürchten zu müssen. Herr Otte argumentiert darüber hinaus, dass es ebenso auch **egoistische Motive für das Fortführen einer Schwangerschaft** mit einem behinderten Kind gäbe. Der Gedanke habe seine Partnerin und ihn in Bezug auf die eigene Verantwortung entlastet (T1, Pos. 50).

Es wird deutlich, dass ein später Schwangerschaftsabbruch bei einem theoretisch lebensfähigen Kind in besonderer Weise Fragen nach der **persönlichen sowie auch der gesellschaftlichen Verantwortung** für die betroffenen Väter aufwirft. Das Wissen darum, über die Existenz des eigenen, einst gewünschten Kindes entschieden zu haben, ist ein Gedanke, der als belastend erlebt wird. Mit dem Gefühl, sich für die Entscheidung rechtfertigen zu müssen, sei es vor sich selbst oder gegenüber anderen Menschen, stoßen Männer auch auf die Frage, wie viel Egoismus hinter dieser Entscheidung steckt bzw. unterstellt werden könnte. Zusätzlich zu möglichen Selbstvorwürfen wird teilweise eine Verurteilung »von außen« befürchtet, wenn Überzeugungen oder Grundsätze dem eigenen Handeln widersprechen. Der Wunsch, sich für diese Erfahrung nicht verstecken zu müssen und auch Solidarität von »außen« erfahren zu können, wird an verschiedenen Stellen deutlich.

5.3 Arbeitgeber, Kollegen & Arbeitsplatz: Bedeutung der Erwerbsarbeit

Nahezu alle Gesprächspartner berichten von Erfahrungen, die im Zusammenhang mit ihrer Erwerbsarbeit stehen. Im Gegensatz zu ihren schwangeren Partnerinnen sind sie nicht automatisch infolge des Befundes krankgeschrieben oder haben äquivalente Schonräume zum Mutterschutz zur Verfügung. Nach dem pränatalen Befund ihres Kindes vertrauen sich daher einige der Männer ihren Vorgesetzten an oder lassen sich krankschreiben. Von den Vorgesetzten wird Verständnis für die eigene Situation und mögliche Leistungsausfälle erhofft, oder aber es werden bereits mögliche Arbeitsausfälle angekündigt und Termine vorsorglich abgesagt. Reaktionen von Vorgesetzten und Kollegen werden von den Gesprächspartnern sowohl positiv und hilfreich als auch belastend erlebt. Weiterhin geben einige Männer an, durch die eigene psychische Belastung weniger konzentriert und auf der Arbeit nur eingeschränkt leistungsfähig zu sein. Für sie kann der Gedanke daran, wieder arbeiten gehen zu müssen und sich im Arbeitsalltag zurechtzufinden, als Herausforderung erlebt werden. Andere wiederum sind froh, auf der Arbeit eine Umgebung vorzufinden, die sie nicht mit den belastenden Ereignissen assoziieren und sich von der privaten Situation ablenken können.

Die Vorgesetzten der Männer sind oftmals bereits über die Schwangerschaft der Partnerin informiert, bevor es einen Befund gibt. Da mit dem Befund vereinzelte oder auch längere Ausfallzeiten vorhergesehen werden, teilen die meisten Männer diese ebenfalls ihren Vorgesetzten mit. Herr Althoffs **Vorgesetzter**, zu dem er ein freundschaftliches Verhältnis pflegt, **reagiert betroffen und hilfsbereit** auf seine Situation. Er bietet ihm an, sich so lange wie notwendig von der Arbeit freistellen zu lassen, was Herrn Althoff hilft, das Arbeitspensum an die momentanen Bedürfnisse anzupassen. Er habe seine Auswärtstermine reduziert und sich für Beratungstermine mit seiner Partnerin freigenommen (T2, Pos. 3). Dass sein Vorgesetzter betroffen und verständnisvoll reagiert, führt Herr Althoff darauf zurück, dass dieser selbst mit seiner Partnerin in der Vergangenheit eine ähnliche Situation erlebt habe (»Es hat aber auch IHN, als ich ihm dann die Geschichte so erzählt habe, sehr sehr mitgenommen. Und hat das direkt auf sich projiziert, wie er damals damit umgegangen ist […]«, T2, Pos. 2). Zuletzt schenkt er der Familie einen Urlaub, um ihnen im Rahmen seiner Möglichkeiten einen Gefallen zu tun (»[…] er möchte irgendetwas tun. Er fühlt sich gerade verantwortlich und handlungsunfähig an der Front und das ist das Einzige, was er machen kann […]«, T2, Pos. 5). Auch die Vorgesetzten von Herrn Ebert reagieren verständnisvoll und ermöglichen ihm auf eigenen Wunsch, sich auf der Arbeit mit den Kollegen über seine Situation auszutauschen (»[…] Hab das vorher auch abgeklärt mit meinen Vorständen, ob mir die Plattform letztendlich geboten wird […] hab auch von allen dreien, […] einer Adoptiv-Vater, weil er auch unfruchtbar ist, ein »ja« dafür gekriegt, das un-

bedingt zu machen«, Pos. 56). Herr Becker vertraut sich ebenfalls seinem Chef an, der selbst erst vor kurzer Zeit Nachwuchs bekommen und entsprechend betroffen reagiert habe. Sie sprechen zudem miteinander ab, welche Kollegen sie über die Situation informieren. Insgesamt hält sich Herr Becker im Austausch mit Kollegen jedoch zurück (»[…] aber das ist halt, das kriegt auch da nur der engste Kreis mit irgendwie. Das muss man nicht jedem erzählen«, Pos. 27). Herr Rupert kommuniziert die Diagnose unmittelbar an den Arbeitgeber und die Kollegen und nimmt sich für die bevorstehende Operation seines Kindes nach der Geburt Urlaub. Längerfristig reduziert er seine Arbeitszeit um zehn Stunden in der Woche, damit er mehr Zeit für die Familie hat (»[…] Aber da war mein Arbeitgeber auch sehr kulant, hat das alles ohne Probleme mitgemacht und die meinten auch, sie geben mir Rückendeckung, falls etwas spontan ist und sowas […] ja, lief das alles sehr gut. Also hatte ich keine Probleme (Lachen)«, Pos. 81).

Während bei den genannten Beispielen die Vorgesetzten rücksichtsvoll oder sogar großzügig auf die private Situation der Männer reagieren, fühlt sich Herr Florian **durch seine Vorgesetzten** und ihre Umgangsform mit seiner Situation **zusätzlich belastet**. Für ihn ist nicht vorstellbar, kurze Zeit nach dem Versterben seines Kindes wieder arbeiten zu gehen. Er plant drei Monate Auszeit ein, um ausreichend Zeit für sich und die Partnerin zu haben, in der sie gemeinsam trauern und das Geschehene verarbeiten können. Auf den Wunsch nach einer längeren Auszeit reagieren seine beiden Chefinnen abweisend.

> […] und hab gemeint, dass […] ich mich krank schreiben lassen werde für zwölf Wochen und da ist sie völlig hysterisch geworden und hat da, meinte sie, dass das ja ein wirtschaftliches Fiasko ist und sie mich jetzt GEBRAUCHT hätten, »aber ja, das ist voll schlimm, und wie kann man, also jetzt sechs Wochen bezahlen« und hat da auch keinen klaren Satz rausgekriegt und ich war ehrlich gesagt so überrascht davon, dass ich auch mit nichts irgendwas dagegen sagen konnte, außer, dass es mir leid tut, aber es so ist […]. (Herr Florian, T2, Pos. 10)

Herr Florian erinnert, dass er aufgrund des mangelnden Verständnisses für seine Situation ungute Gefühle gegenüber seinen Arbeitgeberinnen gehabt und daher Überlegungen angestellt habe, wie er seine Fehlzeit besser rechtfertigen könne (»[…] Und ich hab zeitweise drüber nachgedacht, mir den Arm zu brechen irgendwie und ich hab echt so Schwierigkeiten, weil ich das Gefühl hab, es gibt keine gesellschaftliche Akzeptanz dafür […]«, T2, Pos. 22). Zuletzt bekommt er seine Kündigung postalisch mitgeteilt, nachdem zuvor längere Zeit unklar ist, wie es im Betrieb für ihn weitergeht. Dass ihm für seine Situation so wenig Empathie entgegengebracht wird und es offenbar auch anderen Männern in vergleichbaren Situationen ähnlich ergeht, verärgert ihn.

> Das hatte auch in dieser Männerselbsthilfegruppe ein/der eine Vater hatte auch gemeint, du/da ging es immer noch/also er wird wahrscheinlich mehr so belastungsfähig sein, wie davor auf Arbeit. Und das verklickert er jedes Mal dem neuen Chef und dann muss er sich immer wieder für rechtfertigen, weil er das Gefühl hat, wie gesagt, wenn jemand mit Burnout rausfliegt, dass kriegt er noch ein High-five, weil er sich so den Arsch aufgerissen hat und dann ausfällt. Und du verlierst irgendwie dein Kind und (.) dann gibt es voll viele Leute, die Angst haben, dich anzusprechen und dann kriegst du das Gefühl, du hast die Pest […]. (Herr Florian, T2, Pos. 23)

Neben der Auseinandersetzung mit den Vorgesetzten erinnert einer der Männer auch Reaktionen von Arbeitskollegen. Herr Ebert bekommt, nachdem er auf seiner Arbeit mit Arbeitskollegen über seine private Situation spricht, eine **positive Rückmeldung von** seinen **Kollegen** (»[…] wenn man Vertrauen gibt, kriegt man auch Vertrauen letztendlich und hat viele/manche haben sich auch noch per SMS gemeldet, haben gesagt: ›Hey, super Sache, hätte ich mich nicht getraut, viel Glück mit eurem Termin nächste Woche!‹ Also äußerst positiv […]«, Pos. 56). Seine Vorgesetzten gewähren ihm die Möglichkeit, gemeinsam mit den Kollegen seine Situation zu thematisieren (»[…] hab ich mal die gesamte Geschichte von vorne bis hinten […] erzählt, einfach weil ich nicht möchte, dass Leute aus denselben Gründen[52] wie ich unfruchtbar werden oder ja, den selben Mist mit schlechter Beratung durch die Ärzte irgendwie erleben […]«, Pos. 53). Herr Jakobs gibt an, seine Bürokollegen lediglich über seine voraussichtliche Ausfallzeit informiert zu haben, nicht aber über die genauen Gründe. Insgesamt sei das **Arbeitsklima** eher **schlecht** (»[…] Da ist dann den meisten doch eher so, dass sie jetzt etwas mehr mitmachen müssen für einen anderen wichtiger, als dass da irgendwas ist […] Das ist bedauerlicherweise fast normal so«, Pos. 56). Er habe wenig Kollegen, von denen er sich vorstellen kann, sich ihnen persönlich anzuvertrauen. Wenn, dann wolle er dies aus einer gewissen Abwehrhaltung gegenüber seinen Kollegen tun.

> […] da hab ich auch, da gibt es keine Kollegen oder Menschen, mit denen ich so ein vertrautes Verhältnis habe. Ich würde es denen erzählen, aber fast auch ein bisschen schon aus Bosheit, um die zu ärgern oder abzuschrecken, dass sie mich in Ruhe lassen. Aber nicht, weil ich erwarte, dass die sich jetzt emotional da reinversetzen können oder damit beschäftigen. Vielleicht ein zwei, von denen ich weiß, dass sie auch Mütter sind, ich glaub, die können das vielleicht noch am ehesten nachvollziehen, was das heißt, so ein Kind im Bauch zu haben und was das heißt, es zu verlieren. Bei den anderen (.), mhm (verneinend). (Herr Jakobs, Pos. 54)

52 Die Gründe werden im Gespräch nicht genannt.

Herr Ludwig erinnert die **Reaktionen von Arbeitskollegen** bei seiner Rückkehr an den Arbeitsplatz als **belastend** (»[…] Und dann kommt man wieder und dann ›ja, bist du auch mal wieder da?‹, so ungefähr, ›langen Urlaub verbracht?‹, so Sprüche kommen dann erstmal. Das war blöd, doof […]«, Herr Ludwig, Pos. 92). Es wäre rückblickend besser gewesen, wenn sein Chef die Kollegen vor seinem Wiederkommen über die Gründe für sein Fehlen aufgeklärt hätte (Pos. 93). Auch Herr Perez erinnert belastende Reaktionen von Kollegen, weil er das Gefühl hat, dass die Tragweite seiner Erfahrung von den Kollegen nur bedingt nachempfunden werden kann.

> […] Also wenn und das ist auch (.) also manchmal ist es, weil die Leute nicht sagen, nicht wissen, was sie sagen sollen und manchmal, weil sie es tatsächlich nicht so wahrnehmen, was das für uns heißt. Zum Beispiel bei Kollegen. (Unv.) ja gut, musste es nicht aber man sagt es einfach und es ist passiert und die Reaktion ist so »ah ja, schade«. Also das ist/Und ich glaube, das ist auch ein wichtiger Punkt, wo man sich besser vorbereiten könnte […]. (Herr Perez, Pos. 59)

Vor der Rückkehr in den Job eine den eigenen **Bedürfnissen** entsprechend lange **Auszeit nehmen zu können,** ist für die Männer ein relevantes Thema. Herr Ebert erlebt die gemeinsame Auszeit in der stressigen Situation als hilfreich (Pos. 48), ebenso wie Herr Rupert, der sowohl spontan frei nehmen kann als auch längerfristig die Arbeitszeit nach der Geburt reduzieren kann (Pos. 81). Herr Ludwig bemängelt, dass er den Gang zur Hausärztin für die eigenen Krankschreibung nach der Befundmitteilung als zusätzliche Belastung erlebt.

> […] So Dinge, wo ich im Nachhinein gedacht habe, das/also meine Frau war bei der, ganz am Anfang bei der Pränataldiagnostik und da hieß es sofort, »brauchen Sie einen Krankenschein?«. Und ich hab gesagt, »ich brauche einen! (Lachen) Auch!«. Und dann sagte die Frauenärztin, »ich kann Sie nicht krankschreiben, ich darf keine Männer krankschreiben«. Und dann sitzt man da und denkt so, darum war ich, ich war ja am nächsten Tag sogar noch arbeiten und bin dann nächsten Montag dann zum Hausarzt gegangen. Und dann sitzt du erstmal beim Hausarzt eine Stunde und musst dann da, beim Hausarzt, wie das so ist, »was fehlt Ihnen denn?«. Das wollte ich dann aber nicht da an der, vorne rumerzählen. Dann hab ich gesagt, ich würde gern die Ärztin sprechen. Und ich bin da sehr froh, dass die sehr sehr positiv reagiert hat, hat gesagt »so, ich schreibe Sie krank, so lange sie wollen«, so ungefähr. Aber allein dieser Aufwand, dann sich um so einen Scheiß zu kümmern noch, das fand ich als Mann dann einfach auch nochmal schwierig. Für die Frau war das klar, die kriegt sofort einen Krankenschein und war überhaupt kein Thema. Und als Mann musste man dann erst zum Hausarzt, dem auch nochmal alles erklären so. Zumindest so grob. Und Dann hat die gut reagiert und es

> war auch keine Diskussion aber ich hab immer gedacht, »oh je, was machst du jetzt?«. (Herr Ludwig, Pos. 95)

Er merkt an, dass **bei der Krankschreibung »**[…] einfach **an den Mann** auch irgendwie **nicht gedacht**« sei (Pos. 96). Er hätte sich gewünscht, ebenso wie seine Partnerin durch die Gynäkologin einen Krankenschein ausgestellt zu bekommen. Er könne sich vorstellen, dass andere Männer in einer vergleichbaren Situation nicht die Kraft aufbringen können, zum Hausarzt zu gehen und dann »[…] einfach nicht erscheinen auf der Arbeit […]«, was bei einem Chef, der weniger »locker« sei als sein eigener, zu entsprechenden Problemen führen könne (ebd.). Die Erfahrung, dass es an einer Sensibilität gegenüber der Belastung betroffener Väter mangelt, macht auch Herr Florian.

> […] das ist einfach nicht für jeden verständlich, warum man jetzt weiß, dass man drei Monate krankgeschrieben sein will. Weil man das braucht, weil man weiß, wie lange man außer Gefecht ist. Ich wusste es nie, aber es gab den Mutterschutz von drei Monaten und uns war klar, dass wenn (.) ich wieder arbeiten gehe, zum einen wahrscheinlich einfach nach einem kurzen Zeitraum komplett ausgefallen wäre, zum anderen wir das nicht zusammen[53] hingekriegt hätten. (Herr Florian, T1, Pos. 33)

Als Männern würde ihnen weniger Verständnis für die eigene Belastung entgegengebracht, als es für Frauen aufgebracht werde (»[…] das finde ich einfach ein unglaubliches Unding und dass ich mich so oft rechtfertigen muss einfach, mich krank zu schreiben […]«, T2, Pos. 21). Für Herrn Quest ist herausfordernd, dass er sich aufgrund seiner Selbstständigkeit nicht krankschreiben lassen kann (Pos. 74). Herr Otte, der ebenfalls beruflich selbstständig ist, befreit sich infolge der einschneidenden Erfahrung von dem Anspruch, wie bisher seinen beruflichen Pflichten zu folgen und setzt für sich **neue Prioritäten**.

> […] Und ich gehe schon auch ganz anders seitdem ran an Prioritäten im Leben. Also was nahe Menschen und Familie und Beziehung und liebevolles Miteinander versus Arbeit, Karriere, schnödes Geld und so weiter angeht […]. Ich hab für mich so eine (.) für ein Jahr gedacht, so die »ich-muss-gar-nichts-Parole« ausgerufen, ziemlich bald danach. Also dass das so, dass ich jetzt alles Recht der Welt habe, mich zu nichts verpflichtet zu fühlen. Weder, was berufliches Umfeld angeht, noch irgendwelche vermeintlichen oder realen sozialen Pflichten oder sonst was […]. (Herr Otte, T2, Pos. 32)

Herr Korte erlebt den Umstand, dass er selbst zum Zeitpunkt der Diagnose arbeitssuchend ist, rückblickend als vorteilhaft, da ihm so Konflikte am Arbeitsplatz

53 Gemeint ist das gemeinsame Trauern und Verarbeiten mit der Partnerin.

erspart geblieben seien (»[…] Der Vorteil war halt, ich bin arbeitssuchend gewesen, sodass ich wirklich auch in der ganzen Zeit wirklich jeden einzelnen Termin, auch in der Zeit, wo dann die Geburt eingeleitet wurde, komplett […] mit dabei war […]«, T1, Pos. 14). Herr Meier gibt an, dass sich durch die Erfahrung des Verlusts seiner Tochter seine Einstellung zur Erwerbsarbeit grundlegend verändert habe. Bei seinem späteren Kind habe er sich so viel Auszeit genommen, wie nur irgendwie möglich.

> […] Also für mich war [vorher] klar, ich bin wichtig für meine Chefs und ich muss in den Job zurück. Ich bleib vielleicht ein bissel zu Hause (.) mit der (Tochter). Und das hat sich durch diese ganze Geschichte (.) schlagartig geändert, weil ich hab dann gesagt, also wenn es irgendwie geht, bleibe ich so lange wie möglich zu Hause. Länger war insofern nicht möglich als ein Jahr […], (Herr Meier, T1, Pos. 80)

Andere Männer hingegen benennen den **Arbeitsplatz als hilfreichen Schonraum**, in dem sie sich ein Stück ihrer Normalität erhalten, Ablenkung finden oder sich als kompetent und selbstwirksam erleben können. Abgesehen von einer Urlaubswoche über den Jahreswechsel gibt Herr Althoff an, die Arbeit in der noch akuten Zeit als **Ablenkung** zu nutzen (»[…] ich will mich eigentlich ablenken. Also ich will jetzt auch nicht zu Hause sitzen und da jetzt in mich reingrämen und dann wohlmöglich dann doch noch hineinkippen in die ganze Nummer […]«, T2, Pos. 3). Auch Herr Becker gibt an, nach einer kurzen Auszeit wieder arbeiten gegangen zu sein. Ein Bedürfnis nach einer längeren Auszeit habe er ebenfalls nicht gehabt (»[…] der Alltag ist für mich eine gute Sache, um einfach wieder in die Normalität zurückzukommen […]«, Pos. 39). Ebenso erklärt Herr Heinrich, ziemlich schnell wieder im Alltag angekommen zu sein und sich keinen zusätzlichen Urlaub genommen zu haben (T1, Pos. 50). Herr Neumann sieht rückblickend seine Berufstätigkeit als einen Vorteil, da er im Gegensatz zu seiner Partnerin eine gewisse Ablenkung von den Ereignissen gehabt habe (»[…] Die hat natürlich dann noch mehr Zeit gehabt, da dran zu denken. Also sie hat, wir haben beide drunter gelitten. Aber meine Frau sicher mehr […]«, Pos. 15). Auch Herr Samuel gibt an, sich bewusst »in die Arbeit geflüchtet« zu haben (Pos. 136). Ihm habe es geholfen, in zwei Welten zu leben und sich dem Privaten bei Bedarf auch entziehen zu können (Pos. 144). Die für seinen Trauerprozess hilfreiche Möglichkeit, dem Alltag entfliehen zu können, reflektiert er nachfolgend.

> […] Und konnte wie weglaufen. Ich bin ein großer Freund von Weglaufen (.). Interessanter Weise. Auf jeden Fall darf man Weglaufen und Aushalten nicht so gegeneinander ausspielen. Weil alles hat seine Zeit. Es kann manchmal notwendig sein, Dinge von der eigenen Seele fernzuhalten, bis der Augenblick gekommen ist, sich ihnen zu stellen. Und wenn Sie (.) wenn Sie (.) die Möglichkeit haben, eine, sich einer solchen Trauersituation, wenn Sie sie nicht mehr aushalten, einfach zu

> entziehen, indem Sie mal zwei Stunden ins Büro gehen und Briefe diktieren oder Steuererklärungen bearbeiten, dann kann das auch eine Festigkeit bringen, ne? Es darf halt nicht so weit führen, dass Sie sozusagen ihre Familie im Stich lassen oder sich notwendigen Prozessen nicht stellen. Aber das hat mir, habe ich ja eben schon gesagt, mir hat das, glaube ich, sehr geholfen, dass ich ab und zu auch mal so einen Schutzraum hatte im Betrieb, wo ich sagen konnte, okay, hier bin ich jetzt gefordert. In einem ganz anderen Bereich. Und in dem bin ich auch einigermaßen kompetent und fühle mich sicher (.) und da tanke ich jetzt mal neues Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen und so und dann habe ich auch wieder die Kraft, zu Hause alles zu managen. (Herr Samuel, Pos. 144)

Für einige andere Männer ist die **Rückkehr an den Arbeitsplatz** oder der Gedanke daran hingegen **belastend**. Herr Quest erinnert, dass er viel leichter gereizt gewesen sei und empfindlicher auf Kommentare von Kollegen reagiert habe (»[…] Und wenn es dir eh schon total kacke geht, dann denkst du dir, dann ist halt eher so, dann denkst du dir, ›ja, was will denn der jetzt auch noch von mir?‹«, Pos. 75). Herr Florian ist nach dem Tod seines Kindes an einem Tag auf der Arbeit und erlebt dort die Gratulation eines unwissenden Kunden zur Geburt als so belastend, dass er sich nicht vorstellen kann, in der nächsten Zeit wieder arbeiten zu gehen (T2, Pos. 3). Herr Jakobs, der sich schon vor der Schwangerschaft an seinem Arbeitsplatz eher unwohl fühlte, ist zunächst froh, mit der Geburt des Kindes seiner Arbeit einen neuen Sinn verleihen zu können, der dann aber mit dem Verlust der Schwangerschaft hinfällig ist (»Und was mich […] extrem belastet, ist halt der Gedanke an die Arbeit. […] es ist mir ein Grausen und ja, meine Frau hat auch öfters gesagt, ja wir kriegen jetzt einen Kleinen, dann weißt du, wofür du das machst […]«, Pos. 46). Zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr Jakobs noch krankgeschrieben, befürchtet aber, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz für ihn zu einer Herausforderung werden könnte.

> […] Ich weiß, dass es, sobald ich am Schreibtisch sitze, vor dem Computer, wird mich irgendwas treffen. Das weiß ich. Ich weiß nur noch nicht, wie genau das sein wird. Ich kann es mir ein bisschen vorstellen, es ein bisschen vorwegnehmen aber wie das dann in den nächsten Wochen und Monaten sein wird, kann ich nicht sagen. (Herr Jakobs, Pos. 46)

Ebenso erinnert Herr Perez den Jobeinstieg nach dem Abbruch der Schwangerschaft als belastend. Ihm habe die Energie gefehlt, sich intensiv mit der Jobsuche auseinanderzusetzen. Er überlegt, eine Therapie zu machen, weil er »den Körper und den Kopf sehr stark belastet« findet und dadurch seine Leistung auf der Arbeit als eingeschränkt erlebt (»[…] Man kann nicht schnell denken, man kann nicht so. […] man nimmt auch andere Sachen viel unwichtiger, als sie tatsächlich sind. Zum Beispiel Sachen in der Arbeit (Lachen) […]«, Pos. 36). Weiterhin habe er durch

seine berufliche Eingebundenheit auch Schuldgefühle gegenüber seiner Partnerin gehabt, da er diese durch die mangelnde Zeit nicht gut habe unterstützen können (»[…] Ein Nachteil ist von dem Job, den ich habe, dass ich ziemlich oft unterwegs bin. Und ohne dass wir das besprochen haben, merke ich auch, das ist eine zusätzliche Belastung«, Pos. 42). Herr Florian trifft in einer Selbsthilfegruppe auf einen Mann, der glaubt, vielleicht nie wieder so belastungsfähig auf der Arbeit zu sein, wie vor dem Verlust seines Kindes (T2, Pos. 23). Damit sieht Herr Florian sich darin bestätigt, sich eine den Bedürfnissen entsprechende Auszeit für die Verarbeitung der Erfahrung zuzugestehen (ebd.).

Auch anhand der ursprünglich **geplanten Elternzeitbezüge** wird die Relevanz der Erwerbsarbeit oder die durch sie entstehende Belastung deutlich. Die Wahl eines eher traditionellen Familienmodells wird von Herrn Althoff und Herrn Ludwig mit finanziellen Vorteilen begründet. Die Männer haben bereits mit ihrer Partnerin Kinder und würden entsprechend auf das bereits bewährte Modell zurückgreifen. Aufgrund der großen Einkommensspanne zwischen seiner Partnerin und ihm stand für Herrn Althoff außer Frage, selbst Elternzeit zu nehmen (Pos. 3).

Herr Ludwig hingegen hatte die zwei sog. Vatermonate Elternzeit geplant. Da seine Partnerin nur einer geringfügigen Beschäftigung nachgeht und er für den Familienunterhalt aufkommt, war auch hier die Verteilung der Elternzeit finanziell begründet (»[…] ich wollte zwei Monate Elternzeit machen und sie dann, ja, eigentlich zu Hause bleiben«, Pos. 3).

Für Herrn Otte und seine Partnerin ist das **Thema Elternzeit zunächst konfliktlastig**, da beide gern ihrem Beruf nachgehen und die Vorstellungen der Partnerin nach einer gerechten Aufteilung nicht mit der Selbstständigkeit und den damit verbundenen Arbeitsbedingungen von Herrn Otte korrespondieren. Zuletzt haben beide jedoch »so einen ganz guten Weg gefunden« (T1, Pos. 11), sich die Elternzeit entsprechend aufzuteilen (»Aber wir haben uns das so ausgedoktort, dass tatsächlich am Ende es auch eine Zeit gibt, wo ich/also ich glaube, wir haben es uns dann so ausgekaspert, dass ich für eine längere Zeit dann 50 % zu Hause bin […]«, T1, Pos. 12). Ganz anders hat Herr Florian **bereits bei Jobantritt konkrete Vorstellungen** davon, wie er seine Elternzeit mit der Partnerin gestalten möchte und kommuniziert diese seiner Arbeitgeberin:

> […] ich hatte das damals auch mit meinem Arbeitgeber vor Einstellung so besprochen, dass wir wahrscheinlich in den ersten eins/eineinhalb Jahren noch einmal ein Kind bekommen werden und hatten da auch schon geplant, dass (.) ich auf jeden Fall sechs Monate in Elternzeit gehe. Wir wollten eigentlich in dem Zeitraum zu viert mit dem Fahrrad auf Reise gehen, ganz einfach noch einmal Zeit für die Familie zu nehmen. Und da war der Arbeitgeber auch mit einverstanden also das lief alles gut. (Herr Florian, T1, Pos. 4)

Herr Rupert und seine Partnerin entscheiden sich ebenfalls, die Elternzeit aufzuteilen. Allerdings ist geplant, dass die Partnerin als Studentin »eher noch mehr ein bisschen mehr Pause macht«, während er selbst ein paar Monate Elternzeit nimmt (Pos. 9).

Unabhängig vom späteren Schwangerschaftsausgang geben diejenigen Männer, die von einer Aufteilung der Elternzeit mit ihrer Partnerin berichten, an, sich **gemeinsam mit der Partnerin** in Bezug auf den Schwangerschaftsausgang entschieden zu haben, wie die Passagen von Herrn Otte (»[…] das hat sehr lang gebraucht, bis wir die tatsächlich getroffen haben, diese Entscheidung […]«, T1, Pos 34) und Herrn Rupert (»Vielleicht nochmal durch den negativen Bescheid beim Gendefekt war für uns dann halt die Entscheidung ziemlich klar, dass wir nicht abtreiben, […]«, Pos. 28) zeigen (vgl. hierzu auch Kap. 5.2.4.1). Herr Ludwig führt den Umstand, dass seine Partnerin und er durch die Arbeitsteilung in ungleicher Weise von der häuslichen Mehrarbeit durch ein behindertes Kind betroffen wären, auch mit als Grund dafür an, sich nicht in die Entscheidung seiner Partnerin eingemischt zu haben (»Weil ich es auch nicht bin, der es, ja/also natürlich hätten wir, wir machen viel zusammen und kümmern uns um unsere Kinder zusammen aber es, ja, wäre trotzdem sie die Hauptbelastete«, Pos. 30).

Deutlich wird in diesem Kapitel die besondere Relevanz der Eingebundenheit am Arbeitsplatz für die Gesprächspartner. Im Gegensatz zu ihren schwangeren Partnerinnen (die entweder infolge der Befundmitteilung krankgeschrieben sind, sich im Beschäftigungsverbot oder Mutterschutz befinden oder aber gar keiner Erwerbsarbeit nachgehen), müssen die vorrangig berufstätigen Männer ihre Erwerbsarbeit und ihre private Situation miteinander vereinbaren. Konflikte können dabei zwischen Verpflichtungen gegenüber dem Arbeitgeber, der Partnerin und gegenüber den eigenen Bedürfnissen entstehen. Die Arbeitgeber sind aufgrund bevorstehender Fehlzeiten oftmals bereits kurze Zeit nach dem Befund über die Diagnose oder den möglichen Schwangerschaftskonflikt informiert. Die Möglichkeit, sich nach den eigenen Bedürfnissen die Arbeitszeit und den Arbeitsrahmen für einen bestimmten Zeitraum frei gestalten zu können, ist einigen der Gesprächspartner besonders wichtig. Deutlich wird aber auch, dass die Erwerbsarbeit als Schutzraum fungieren kann, in dem sich die Gesprächspartner, im Gegensatz zu der belastenden privaten Situation, als kompetent und handlungsfähig erleben. Sich den Arbeitsplatz als Schutzraum zu erhalten, nennen einige Gesprächspartner als hilfreiche Ressource. Barrieren wie etwa das mangelnde Verständnis der Arbeitgeberin für die eigene Situation oder Schwierigkeiten bei der Krankschreibung werden in diesem Zusammenhang jedoch als zusätzliche Belastung genannt. Auch schildern einige der Männer die Rückkehr an den Arbeitsplatz als belastend, etwa wenn das Arbeitsklima unter den Kollegen nicht gut ist oder diese unsensibel reagieren. Nachfolgend und die Ergebnisdarstellung abschließend sollen Erfahrungen und Aspekte thematisiert werden, die für die Interviewten in der Rückschau

auf die Erfahrung eines pränatalen Befundes als besonders relevant herausgestellt wurden.

5.4 Individuelle Auseinandersetzung und Bewertungen der Erfahrung

Im Zusammenhang mit Erinnerungen an den Befund werden von den Männern Zustände, Aktionen oder Gefühle genannt, die das Erleben der Zeit rund um die Schwangerschaft erleichtert oder aber erschwert haben. In diesem Kapitel wird deutlich, wie unterschiedlich die Erfahrungen der Männer bei der Bewältigung der emotional herausfordernden Situation sind. Während einerseits Aktionen oder Umstände, die bewusst geplant oder gesucht wurden, retrospektiv als hilfreich herausgestellt werden können, sind es auf der anderen Seite auch Einstellungen oder die bereits vergangene Zeit, die Einfluss auf die Gedanken und Gefühle in Bezug auf die Erfahrung nehmen. In diesem Kapitel sollen auch Sinnzuschreibungen und die rückblickende Beurteilung der Erfahrung von den Gesprächspartnern abschließend thematisiert werden.

Einige der Männer, die den Verlust ihres Kindes betrauern, geben an, dass ihnen das **bereits vorhandene** Kind bzw. die **Kinder bei** der **Verarbeitung geholfen** haben. Herr Althoff vermutet, dass sie durch das bereits vorhandene Kind auch besser akzeptieren könnten, wenn es zu keiner weiteren Schwangerschaft mehr kommt (»[…] Für uns ist aber auch klar, dass wenn jetzt noch irgendetwas schief läuft, dass es der letzte Versuch war [schwanger zu werden]. Dann haben wir aber ein Kind, konzentrieren uns darauf und es ist auch in Ordnung […]«, Pos. 34). Auch Herr Heinrich stellt heraus, dass es »unheimlich geholfen habe«, schon ein gesundes Kind zu haben (»[…] Ich glaube, wenn das beim ersten gewesen wäre, das wäre noch viel schlimmer gewesen […]«, T2, Pos. 5). Herr Perez erinnert ebenfalls die positive Wirkung seines älteren Kindes auf die eigene Trauer. Sein Sohn sei der »Reality-Check« gewesen, der ihn immer wieder in den Alltag zurückgeholt und ihm Freude gebracht habe. Er sieht die positive Wirkung des Kindes auf sein Befinden jedoch auch kritisch und reflektiert dabei die Perspektive des Kindes.

> […] Wir können nicht einfach im Bett bis ein Uhr bleiben, nur weil es uns schlecht geht. Und das hat auch geholfen. Aber ich fand das am Anfang unfair für ihn, dass er sozusagen unsere Unterstützung sein musste, obwohl es ihm nichts ausgemacht hat. Und das andere ist, dass er eigentlich einen ganz schönen Moment seines Lebens, weil es eigentlich, das ist im Moment sowas von lustig, was er macht und was er lernt und alles mögliche, durch diese schlechte Erfahrung also sozusagen die Aufmerksamkeit ein bisschen weggenommen hat. (Herr Perez, Pos. 41)

Andere Männer erleben hingegen eine **schnell folgende Schwangerschaft** als besonders **hilfreich** bei der Verarbeitung des Verlusts. Herr Korte und seine Partne-

rin sind sich früh darüber einig, es noch einmal mit einer neuen Schwangerschaft versuchen zu wollen (Pos. 40). Zum Zeitpunkt des Interviews ist seine Partnerin erneut schwanger. Auch Herr Quest gibt die erneute Schwangerschaft der Partnerin als hilfreich für die Verarbeitung an (»[…] Ich denke mal, das würde ganz anders aussehen (…) ja, kann man schon so sagen. Ich weiß (.) oder kann, ich könnte mir vorstellen, dass es ganz anders aussehen würde, wenn wir jetzt halt nicht wieder ein Kind kriegen würden […]«, T1, Pos. 52). Herr Meier, der mit seiner Partnerin eine längere Vorgeschichte von Schwangerschaftsaborten hat, benennt die spätere Geburt seines Sohnes als das, was ihnen als Paar am meisten bei der Verarbeitung geholfen habe (»[…] Was uns am meisten geholfen hat, war der (Sohn). Also das nochmal schwanger werden und […] man sich auch nicht leisten, dauernd in der Vergangenheit zu graben, wenn man aber jetzt die Gegenwart (da hat?) […]«, T2, Pos. 16). Herr Florian gibt an, sehr bald nach dem Verlust seines Kindes den Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft gehabt zu haben (T1, Pos. 39). Dabei fragt er sich aber auch, ob er mit dem **unerfüllten Kinderwunsch** unterbewusst sein verstorbenes Kind würde ersetzen wollen (»[…] Hab mir dann gedacht, ja, projiziere ich den dann da rein? […]«, ebd.).

> […] Und dann aber relativ schnell gemerkt [habe], das geht nicht, weil er ist für sich (.) die Person. Und wenn wir wieder ein Kind kriegen, ist das jemand andres, weil der (Name) ist für mich schon so greifbar gewesen, er hat in der Woche, wo er hier war […]. Das war eine große Bereicherung, hat unglaublich viel da gelassen (.). Und insofern kann da, hab ich da überhaupt keine Angst davor, ihn irgendwann ersetzen zu wollen. Er ist einfach für sich (.), so, wie er ist. (Herr Florian, T1, Pos. 39)

Herr Jakobs erlebt seinen Kinderwunsch durch die gemachte Erfahrung als sehr verändert. Früher sei es ihm für seine Lebensperspektive nicht wichtig gewesen, ob er einmal eigene Kinder haben werde (»[…] ich hab gedacht, wenn eines kommt, naja, dann muss ich mich irgendwie mit dem Gedanken anfreunden, wenn ich keins haben werde, das stört mich überhaupt nicht, das ist mir scheißegal […]«, Pos. 41). Das habe sich jedoch durch die Verlusterfahrung grundlegend geändert (»[…] Ich will es auf jeden Fall jetzt. Also ich möchte immer noch ein Kind aber (…) wann und wie, wissen wir jetzt noch nicht (5 Sek.)«, Pos. 43). Die Ungewissheit darüber, ob sie aufgrund der genetischen Disposition der Partnerin als Paar überhaupt werden Kinder bekommen können, erlebt er vor dem Hintergrund des Verlusts als Belastung.

> […] Das sind schon alles (.) Vorstellungen, die jetzt als Bilder in meinem Kopf sind und auch so unbestimmte Bilder, die ich so für kurze Zeit während der Schwangerschaft hatte, wie der aussieht mit drei, mit vier, mit sechs, was ich mit dem (Name) machen würde, wie er sich so entwickelt, das ist halt dann (.) in dem Moment al-

> les, das sind jetzt quasi Archivbilder, also die waren oder die waren für kurze Zeit da aber die haben jetzt keine Verwendung mehr. Die sind trotzdem in meinem Gedächtnis da, als hätte es das wirklich gegeben. Aber es war halt Phantasie. Also eine Vorausschau von etwas, was halt nicht mehr kommt und nicht mehr sein wird. Und wovon ich jetzt nicht genau weiß, ob es überhaupt noch sein wird. (Herr Jakobs, Pos. 42)

Auch Herr Quest erinnert seine Sorge, ob seine Partnerin sich je von der Belastung durch die Erfahrung erholen und sich noch einmal auf eine Schwangerschaft einlassen wird (»[…] ob die das jetzt so überwindet, dass die wieder so positiv an die Sache rangehen kann, dass sie jetzt quasi nicht sagt ›jetzt, ich kann es nicht mehr haben‹ oder so (Lachen), ›ist mir aber auch genug, dann kriegen wir halt kein Kind‹, oder so«, T1, Pos. 39).[54] Für Herrn Becker sei es eher der Kinderwunsch der Partnerin, der ihn belaste. Dadurch, dass im Freundeskreis zufällig einige Paare Nachwuchs bekommen, habe seine Partnerin das Gefühl, alle anderen würden sie überholen (»[…] ja das ist das, man wünscht sich das, man hat das im Moment selber nicht […]«, Herr Becker, Pos. 21). **Gefühle von Neid** schildert auch Herr Ludwig, wenn er anderen Menschen mit Babys im Alltag begegnet (Pos. 58 f.).

Deutlich wird die positive Wirkung bereits vorhandener Kinder oder erneuter Schwangerschaften auf das Befinden der trauernden Gesprächspartner. Das trifft sowohl auf diejenigen Väter zu, die ihr Kind durch einen Abbruch verloren haben, als auch auf diejenigen, bei denen das Kind palliativ begleitet verstirbt. Wenn es aus medizinischen oder auch anderen Gründen trotz des eigenen Kinderwunsches nicht zu einer Schwangerschaft kommt, wird der eigene Kinderwunsch oder aber der der Partnerin als belastend erlebt. Für Herrn Ludwig ist es die schlimmste Vorstellung, sich noch einmal in einer so emotional herausfordernden Situation wiederzufinden, so dass er sich aus Angst vor einer erneuten Diagnose eher nicht vorstellen kann, es trotz des eigenen Kinderwunsches mit der Partnerin noch einmal zu versuchen.

> […] Das ist ein Thema, was mich immer wieder beschäftigt oder was uns gemeinsam beschäftigt ist die Überlegung, wollen wir denn nochmal ein Kind kriegen. Also wollen wir uns, trauen wir uns das nochmal. Und ich glaub, dass es trauen da genau der richtige, also der richtige Ausdruck bei. Also wir sind uns einig, wenn wir da nochmal sitzen und man kriegt nochmal so eine Diagnose, das, ich weiß nicht. Auch dann werden wir irgendwie funktionieren aber das ist das Schlimmste, was ich mir nur gerade vorstellen kann. Und so, dass wir momentan eher denken, KEINS mehr zu bekommen. (Herr Ludwig, Pos. 64)

54 Zum Zeitpunkt des Interviews ist seine Partnerin kurz vor der Entbindung.

Neben den bereits vorhandenen Kindern oder einer nachfolgenden Schwangerschaft werden von den Gesprächspartnern unterschiedliche Aktivitäten im weitesten Sinne genannt, die ihnen geholfen haben, in der belastenden Situation neue Kraft zu schöpfen oder sich als handlungsfähig zu erleben.[55]

Herr Meier gibt an, dass für ihn soziale Kontakte wenig hilfreich sind. Er habe seine Erfahrungen eher beim **Sport** und für sich allein verarbeiten können (»[…] In der Natur, indem ich halt eine Stunde, oder zwei oder zehn oder zwanzig gelaufen war […]«, T2, Pos. 5). Auch Herr Quest erinnert seinen Sport als entlastende Auszeit von der belastenden Situation während der Entscheidungsfindung. Sich mit dem Sport komplett **ablenken** zu können, bewertet er rückblickend als positiv (T1, Pos. 82).

> Ja, einfach weil vielleicht Emotionen zu viel werden, man was tut, was man nicht tun sollte und es einfach keine Lösung ist. Morgen kommt trotzdem und morgen ist das Problem immer noch da, egal, ob du am Tag davor getrunken hast. Eigentlich ist es schlimmer danach. Gut, einfach, um das nicht zu haben, schon einmal aufgehört und gesundheitsförderlich ist es auch (Lachen). (Herr Ebert, Pos. 46)

In der Rückschau auf die Zeit der Schwangerschaft und späteren Trauer benennt Herr Korte verschiedene Aktivitäten, denen er in dieser Zeit insbesondere mit der Partnerin gemeinsam nachgegangen sei, um Erinnerungen zu schaffen und die Zeit bewusst auszugestalten. Die Zeit bewusst ausgestaltet und damit »schön« gemacht zu haben, gebe ihm ein Gefühl der Zufriedenheit (Pos. 30). Auch Herr Samuel ist einer derjenigen Männer, die stark das **Bedürfnis** haben, selbst aktiv in der Situation **mitwirken zu können**. Es habe ihn zum Aktionismus gezogen, um möglichst alles vorbereitet und erledigt zu bekommen (Pos. 135). Das Engagement, das Herr Samuel an sich beobachtet, bringt er in Zusammenhang mit seinem Bedürfnis, der Familie Schutz und Sicherheit zu bieten (Pos. 62). Er habe als Mann davon profitiert, ein »Team-Member« zu sein (Pos. 129). Sich einen Platz im Geschehen zu suchen, in dem er sich als Mann **kompetent und handlungsfähig erleben** kann, empfiehlt er auch anderen Männern in vergleichbaren Situationen.

> Meine Frau […], die hatte vorher schon einen Sarg gebaut selber, also designt. Und unser Schreiner hier vom Betrieb hat den dann gebaut und er war wunderschön. Sah so aus, wie eine kleine Wiege. Das ist übrigens auch etwas, was, wenn ich mal so eine Fibel schreibe, dann würde ich gerne die Bauzeichnungen von diesem Sarg dazu tun. Weil ich kann mir vorstellen, dass der eine oder andere Vater sagt, »hey, ich weiß nicht, was ich tun soll, wo kann ich mich denn hier eigentlich einbrin-

55 Auf die von einigen Männern positiv erlebte Wirkung der Erwerbsarbeit wurde bereits in Kapitel 5.3 eingegangen.

> gen?«. Ja dann könnte er so eine Wiege bauen. Ich könnte es nicht, aber andere sicher schon. (Herr Samuel, Pos. 66)

Während insbesondere Herr Korte und Herr Samuel sich bei dem voraussichtlichen Versterben des Kindes durch einen besonderen Aktionismus auszeichnen, der ihnen hilft, sich trotz der schwierigen Situation handlungsfähig fühlen, hat Herr Perez zwar den Wunsch, helfen zu können, erfährt sich gegenüber seiner Partnerin aber als handlungsunfähig.

> […] Das andere ist auch dieses Gefühl, dass ich nicht helfen kann und das ist wirklich schwierig (.). Also weil ich, weil es vielleicht mir nicht so schlecht ging, war das immer meine Hoffnung, dass ich irgendwie helfen könnte. Aber KANN man nicht und das ist was, das ich, also das mich sehr belastet hat. (Herr Perez, Pos. 40)

Gefühle von Hilflosigkeit oder Ohnmacht werden von den Gesprächspartnern auch im Zusammenhang mit den Geburtsschmerzen der Partnerin erinnert (»[…] Also du kannst ihm[56] ja nicht helfen, du siehst ihn jetzt eigentlich nur leiden und (5 Sek.) wäre super, wenn du jetzt rausgehen könntest und kriegst es nicht mit […] Also eine völlige, wie soll man sagen, Hilflosigkeit […]«, Herr Meier, T1, Pos. 63). Herr Ludwig fühlt sich während des Fetozids der Situation gegenüber ohnmächtig.[57]

Das spontane **Buchen von Urlaub** wird von einigen Männern genannt, um sich als Familie Zeit zu nehmen oder einen **positiven Kontrapunkt** zu setzen oder aber der belastenden Situation für einen Moment zu entfliehen. Herr Korte und seine Partnerin nehmen sich sowohl in der Zeit der Entscheidungsfindung Urlaub als auch nach der Beerdigung.

> […] nachdem das dann alles so erstmal fertig war, dann hatten wir gesagt, jetzt müssen wir erstmal raus. Hatten dann spontan geguckt, weil meine Frau ja auch noch krankgeschrieben war, […] einen tollen Urlaub machen, den man jetzt vielleicht nicht mehr in den nächsten zehn Jahren macht, sondern einfach, dass man wirklich auch was GANZ was anderes sieht, und sind dann halt nach (Land) gefahren und haben dann erstmal da (Urlaub) gemacht, um dann halt erstmal wirklich Abstand zu bekommen, wirklich ganz andere Landschaften zu sehen, ganz was anderes. Weit weit weg sind erstmal. (Herr Korte, T1, Pos. 36)

Herr Ludwig und seine Partnerin buchen ebenfalls spontan nach dem Abbruch einen Urlaub, um sich abzulenken (»[…] wir haben gesagt, wir müssen hier weg […] Wo die Kinder beschäftigt sind, wo wir selber einfach Programm haben und ja. (Name-)Club, habe ich in meinem Leben vorher noch nicht gemacht. Aber war ganz

56 Gemeint ist die Partnerin.

57 Vgl. Kap. 5.2.5.3.2.

toll«, Pos. 55). Bereits während der Entscheidungsphase nimmt sich das Paar spontan Urlaub mit Freunden (»[…] da waren wir wieder in so einer Aktionismus-Phase zwischen den Feiertagen. (unv.) wir haben gesagt, wir müssen wieder gucken, dass das LEBEN wieder da ist bei uns«, Pos. 56). Herr Samuel erinnert, dass er bewusst Urlaub für seine Partnerin und sich gebucht habe in der Hoffnung, wieder in einen »gemeinsamen Modus« zu kommen (Pos. 123). Er habe das starke Bedürfnis gehabt, mit dem Urlaub einen markanten Punkt zu setzen, mit dem die schlimme Phase hoffentlich vorbei sei (»[…] hatte ich ganz stark immer den Wunsch, einen Schlussstrich zu ziehen und wollte das tun mit einer Reise […]«, Pos. 122). Ähnliche Bedeutung misst Herr Althoff dem geplanten Urlaub mit seiner Partnerin bei. Durch den »Tapetenwechsel« möchte er in das neue Jahr starten und das Erlebte hinter sich lassen (T2, Pos. 5).

Das Bedürfnis, wieder positive Gefühle in das Leben zurückzuholen, erinnern auch Herr Becker und Herr Perez. Während Herr Becker aufgrund der Trauer seiner Partnerin **Schwierigkeiten** hat, **sich von belastenden Gefühlen** im Alltag **zu lösen** (Pos. 45), gibt Herr Perez an, von seiner eigenen Trauer »mürbe« zu sein (Pos. 39). Beide wünschen sich, sich wieder in ein positives Lebensgefühl bringen zu können. Herr Perez erwägt dazu therapeutische Hilfe (»[…] Vielleicht von dieser Perspektive nicht schlecht, eine (.) eine Therapie oder so (zu) besuchen, die tatsächlich das Ganze ein bisschen zusammennimmt. Ich kann mit/weil das ist eine Situation, die den Körper und den Kopf sehr stark belastet […]«, Pos. 36). Herr Becker nimmt sich hingegen vor, sich künftig wieder mehr mit Freunden zu treffen, was derzeit zu kurz komme (»[…] ich werde das auf jeden Fall wieder machen, weil ich das einfach, mir das auch fehlt, das gebe ich schon zu […]«, Pos. 44).

Einzelne Männer benennen das Gefühl, ohne eigenes Zutun ein Unglück erfahren zu haben, als hinderlich, um dem Leben insgesamt wieder positiv entgegenzublicken. Herr Perez gibt an, dass das Gefühl zwar langsam weniger werde, aber dennoch ab und zu hochkommt (»Aber dann kommt immer dieses Gefühl, ich hab auch niemandem was gemacht, warum trifft es mich sozusagen […]«, Pos. 29). Er kann für sich keinen positiven Mehrwert aus der Erfahrung erkennen (»[…] Man kann ein ganzes Leben durchmachen, ohne das zu erleben und man verpasst nichts. Das ist, ehrlich gesagt, das ist nur kacke (Lachen) (5 Sek.). Ja. Was noch? Hm (4 Sek.)«, Pos. 50). Auch Herr Ludwig schildert das immer wiederkehrende Gefühl des schuldlos widerfahrenen Unglücks, das ihn belaste, wenn in seinem Umfeld alle anderen Familien scheinbar von einem solchen Schicksalsschlag verschont bleiben (»[…] Das ist das eine, was ich immer wieder merke und das andere ist das Gefühl, ja, **warum trifft uns das?** […] «, Pos. 63).

Herrn Quest hingegen falle es **mit fortlaufender Zeit leichter**, die Erfahrung **zu akzeptieren**, obschon er ihr keine tiefere Bedeutung beimessen könne (»[…] also man kann einfach auch nicht erwarten, dass quasi (…) dass man einfach ein Leben ohne Rückschläge oder so (.) hat. […] ich kann gut damit leben, aber (4 Sek.) klar

ist (6 Sek.) schwierige Zeit gewesen (.)«, T1, Pos. 45). Auch Herr Becker hofft, dass mit fortlaufender Zeit die Erfahrung mehr zur Normalität werde (Pos. 46) und sich einige der bestehenden Schwierigkeiten von selbst lösen. Für Herrn Otte sei in der jetzigen Situation die Erfahrung noch zu traurig, als dass er ihr etwas Positives abgewinnen könnte (»Aber danach haben Sie gar nicht gefragt, wofür es gut war, und das kann ich wahrscheinlich jetzt überhaupt nicht (.), noch gar nicht so genau sagen, weil dazu ist das noch zu nah. Und noch zu traurig. Ja«, T2, Pos. 33).

Andere Männer bewerten die Erfahrung rückblickend als intensiv, wegweisend oder lebensverändernd. Herr Korte gibt an, die Erfahrung mit all ihrer Belastung rückblickend nicht missen zu wollen. Es sei **eine der intensivsten Zeiten seines Lebens** gewesen (Pos. 25). Herr Gerdts sieht sich hingegen durch die späteren, positiven Erfahrungen mit seinem Sohn bestätigt (»[…] Naja, man weiß ja gar nicht, wie schön es auf einem Bergwipfel ist, wenn man da oben angekommen ist, wenn man nie im Tal war […]«, T3, Pos. 27). Herr Florian sieht die Krise als Chance für einen Neuanfang.

> […] das Leben dann, das liegt irgendwie wie so ein Scherbenhaufen vor dir und (.) du musst alles wieder neu zusammenbasteln. Und aber dabei verschieben sich eben die Prioritäten auch. Und das ist für mich, ehrlich gesagt, jetzt eine **Chance** gerade auch irgendwie. Einfach Dinge mal anders zu machen. **Sich aus der sicheren Komfortzone** rausgekickt aber auch **rausbewegen zu können** endlich. Und vielleicht ein paar Sachen mal anders zu machen. Mir ist/ich hab/definiere plötzlich meine Sicherheit nicht mehr über, so sehr über meine Arbeit zum Beispiel als mehr jetzt über die Familie, über mein Umfeld. Ich bin, ziehe sehr viel mehr Kraft aus der Natur auch. Das war was, was ich mir in der ganzen Schwangerschaft vorgenommen hatte mit dem, mit meinem großen Sohn wollte ich viel rausgehen, wenn meine Frau mit dem Kleinen beschäftigt ist. Irgendwie (.) da finde ich auch (Name) immer wieder, wenn ich rausgehe. Und die sind mir, ist mir alles, was mich vorher so gehalten hat, nicht mehr so wichtig. Irgendwie (.) finde ich das eine große Bereicherung eigentlich. Da bin ich ihm voll dankbar für. Schön, was er mit uns gemacht hat, unglaublich. Super happy eigentlich damit. Ja. (Herr Florian, T1, Pos. 42)

Herr Meier berichtet während des Interviews nicht nur von der Schwangerschaft mit der verstorbenen Tochter, sondern auch von den Auswirkungen auf die nachfolgende Schwangerschaft mit seinem späteren Sohn. Nach der Geburt seines Sohnes geht Herr Meier ein Jahr in Elternzeit, während seine Partnerin schon früher halbtags wieder arbeitet. Früher habe er nicht erwägt, länger als für die Vater-Monate in Elternzeit zu gehen (vgl. Kap. 5.3). Durch die Erfahrung mit dem Verlust seiner Tochter habe sich seine **Prioritätensetzung** jedoch **grundlegend geändert**.

> Aber (…) wie soll man sagen, ich war also, ich war nämlich ein Jahr lang zu Hause mit ihm, ich bin in Karenz gegangen […] Hab mit ihm viel gemacht, unternommen und mit dem Fahrrad irgendwo hingefahren und Dinge und da hat er sicher was profitiert davon, glaube ich zumindest und ich auch. Und (.) weil ich dann oft (.) und da (unv.) eigentlich würde ich jetzt gern etwas lesen, wenn der seinen Mittagsschlaf macht oder würde gern Sport machen und (wenigsten?) so Liegestützen im Wohnzimmer und hab dann gesagt »nein, ist mir Wurscht, das ist mir nicht so wichtig, ich hau mich lieber zu ihm und kuscheln mit ihm und liege neben ihm und schaue«, das ist jetzt der wesentliche Satz, »und schau, wie sich sein Körper bewegt. Wie er atmet (.)«. (Herr Meier, T1, Pos. 74)

Mit in die rückblickende Bewertung der Erfahrung fließt auch die retrospektive Beurteilung der getroffenen Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt ein. Bereits im ersten Auswertungsteil wurden unter Kapitel 5.2.4 die Entscheidungswege zum Schwangerschaftsausgang vor dem Hintergrund der späteren Beurteilung der Entscheidung betrachtet. Im Gegensatz dazu sollen hier die retrospektiven **Beurteilungen der Entscheidungen** und nicht der Weg der Entscheidungsfindung selbst betrachtet werden.

Unabhängig vom Schwangerschaftsausgang geben die meisten Männer rückblickend an, für sich bzw. mit der Partnerin die persönlich **richtige Entscheidung** getroffen zu haben. Ob eine Entscheidung als »gut« gewertet oder eher als notwendig akzeptiert wird, variiert auch in Abhängigkeit vom letztendlichen Ausgang der Schwangerschaft. Herr Imholz gibt an, mit der Entscheidung der Partnerin, die auf seinen Wunsch hin die Schwangerschaft austrägt, zuletzt »**sehr zufrieden**« zu sein. Das insbesondere, weil auch seine Partnerin in der Rückschau eine »konkrete Dankbarkeit« gehabt habe und sich beide mit der Entscheidung rückblickend identifizieren können (Pos. 41). Dieser Ausgang der Entscheidung wird zudem positiv von Herrn Imholz bewertet, da für ihn unklar ist, wie sie als Paar und Familie bei einem anderen Ausgang ihrer Entscheidung verblieben wären.

> […] Und es war eine große Krise. Das kann man auch auf jeden Fall so klar im Raum stehenlassen, wo es eine Zeit lang viele gewichtige Optionen gab, inklusive Trennung oder der Unfähigkeit, weiter die Beziehung zu führen. Zwischen meiner Frau und mir. (Herr Imholz, Pos. 41)

Auch Herr Döbel ist in der Rückschau mit der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft, die bei ihm jedoch eher von der Partnerin als von ihm ausging, zufrieden (»Ja, eigentlich habe ich alles gesagt, was mir wichtig war. Dass wir halt (.) mit allem im Reinen sind und alle Entscheidungen für uns richtig getroffen haben. Das ist uns halt wichtig […]«, Pos. 61). Eine ebenfalls starke **Identifikation mit der Entscheidung** wird bei den Männern deutlich, die sich für das Austragen des lebensfähigen Kindes entschieden haben. Herr Gerdts kann sich rückblickend eine

andere Entscheidung als die getroffene nicht vorstellen (»[…] Von daher bekräftigt uns das eigentlich in dem Entschluss oder/wo man sich dann denkt, dass nur diese Entscheidung war richtig. Keine andere wäre jemals zu verkraften gewesen […]«, T3, Pos. 14). Ebenso kann sich Herr Töpper in der Rückschau keinen anderen Ausgang der Schwangerschaft als den gewählten vorstellen. Er gibt zudem an, dass sich seine Toleranz gegenüber anderen Paaren, die sich in einer vergleichbaren Situation wie sie einst befänden, durch die eigene Erfahrung stark verändert habe.

> […] Also wo ich mir vor der Geburt meiner Tochter wahrscheinlich so »naja, das muss jeder für sich entscheiden« hat man jetzt natürlich mehr so eine »was nehmt ihr euch eigentlich heraus, zu entscheiden, ob dieser Mensch leben darf oder nicht? Guckt euch meine Tochter an. Die kann sehr wohl leben und geben (.) und auch vor allem mehr geben als nehmen und mit welchem Recht, warum spricht man ihr das Recht zum Leben ab?«, ja? Das ist zuerst mal die Schwierigkeit […]. (Herr Töpper, Pos. 92)

Insbesondere denjenigen Männern im Sample, deren Partnerin die Schwangerschaft weiter austrägt, fällt eine Identifikation mit der Entscheidung längerfristig leichter als denen, die einen Abbruch der Schwangerschaft miterleben. Dabei wird die Entscheidung selbst zwar als »richtig« oder »die bessere« eingeschätzt, die **Möglichkeiten einer Identifikation** oder positiven Wertung der Erfahrung jedoch sind mit der Entscheidung für einen Abbruch wesentlich **erschwert** (vgl. hierzu ausführlich Kap. 5.2.5.3.1 & 5.2.5.3.6). Herr Otte und seine Partnerin wägen auf dem Weg zur Entscheidung Optionen der postnatalen Behandlung, der palliativen Begleitung und des Schwangerschaftsabbruchs gegeneinander ab. Während Herr Otte für die Zeit der Entscheidungsfindung eine stärkere Unsicherheit erinnert, gibt er für seine gegenwärtige Situation an, sich einen anderen Ausgang der Schwangerschaft als einen Abbruch nicht mehr vorstellen zu können (»[…] Ich weiß nur, dass ich mir jetzt überhaupt nicht mehr vorstellen kann, dieses Kind zur Welt zu bringen gemeinsam […]«, T1, Pos. 30). Auch Herr Perez gibt an, dass sein Kind vermutlich kein besonders erstrebenswertes Leben gehabt hätte und beurteilt vor diesem Hintergrund die Entscheidung als die verantwortungsvollere für alle Beteiligten (»[…] dann ist es uns tatsächlich lieber, wenn das Kind nicht so ein schlechtes Leben führen muss. So, dass es uns nicht [hilft?] und dem Kind auch nicht hilft [die Schwangerschaft auszutragen] […]«, Pos. 6). Ebenso stellt auch Herr Becker fest, dass er sich aus »heutiger Sicht« vermutlich noch immer für einen Abbruch entscheiden würde. Auch die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik reflektiert er in der Rückschau.

> […] ich denke, ja, wir würden uns immer noch dagegen entscheiden. Ich weiß auch nicht, ob man dann (…)/ja, man will halt ein gesundes Kind, wer will das nicht? (…) Wenn wir/wenn uns das egal wäre, würden wir sehr wahrscheinlich gar nicht so

> weit gucken, dann wäre uns das egal, dann hätten wir, wären wir nicht zur nächsten Diagnostik gegangen […] Wenn man gerade wissen will, dass man ein gesundes Kind kriegt, geht man halt auch/klar, ist man in der Instanz drin und macht das. (Herr Becker, Pos. 37)

Herr Althoff ist in Bezug auf die Entscheidung froh, einerseits mit der Partnerin einer Meinung zu sein, auf der anderen Seite aufgrund dieser Einstellung so früh einen Befund und damit die Möglichkeit eines Abbruchs gehabt zu haben (»Und es hat natürlich EXTREM geholfen, dass wir beide komplett gleiche Ansichten zu den Situationen hätten. Also wäre das jetzt eine andere Trisomie gewesen […] hätten wir auch beide die gleiche Einstellung gehabt, dass wir uns dem nicht stellen werden […]«, Pos. 37).

Bei einigen Männern wird rückblickend auf die getroffene Entscheidung auch eine **Unsicherheit** oder **Ambivalenz** deutlich. Herr Samuel benennt diese explizit und gibt an, nicht sicher zu sein, ob er die Entscheidung für das Austragen des nicht-lebensfähigen Kindes noch einmal so treffen würde. Nachstehend gibt er die Gründe für seine Unsicherheit an.

> Ich weiß nicht, was passieren würde, wenn wir nochmal in so eine Situation geraten würden […] wenn wir jetzt nochmal ein Kind kriegen würden und wir kriegen die, würden dieselbe Diagnose wieder kriegen, beim Down-Syndrom würde ich sofort sagen, ja, ich würde mich kaputt lachen. Ich würde sagen »aber ja, immer her damit«. Nochmal Anenzephalie oder eine vergleichbare schwere Diagnose, trotz der insgesamt positiven Erfahrungen, die wir gemacht haben, insgesamt, ich wüsste nicht, ob unsere Familie in der Lage ist, so etwas unbeschadet nochmal zu durchstehen. […]. Also es hinterlässt seine Spuren in der Familie. Aber die Spuren sind in unserem Fall, glaube ich, eher (.) positiv. Ich halte aber für möglich, dass eine erneute Erfahrung dieser Art bei den Kindern richtig was Schlimmes anrichtet. Die verlieren dann vielleicht ihren Lebensmut oder sagen »um Gottes Willen, bloß nicht schwanger werden, sonst passiert wieder was« oder so, ne? Also ich muss das, glaube ich, offen lassen, WIE ich empfinden würde, wenn wir nochmal so eine Diagnose kriegen würden. (Herr Samuel, Pos. 110 f.)

Herr Quest empfindet bis zuletzt eine Orientierungslosigkeit, was die Entscheidung selbst betrifft, da die Gesellschaft keine Antwort auf die Frage habe, welche Entscheidung in einer solchen Situation »die richtige« sei (»[…] ich hab für mich entschieden oder wie auch immer man das nennen will, dass ich halt einfach gar nicht dazu in der Lage war, eine richtige Entscheidung zu treffen. Dass es halt einfach Sachen gibt, die im, da ist man halt nicht in der Lage zu, eine Entscheidung zu treffen […]«, T1, Pos. 46). Die größte Ambivalenz wird bei Herrn Ludwig deutlich, der, entgegen seiner Partnerin, eine Entscheidung für das Austragen des

Kindes präferiert hätte. Sich mit der Entscheidung der Partnerin längerfristig zu identifizieren, ist für ihn eine besondere Herausforderung.

> […] Ich glaube, da gab es auch keine richtige oder falsche Entscheidung, weil beide Entscheidungen hätten unser Leben (.) stark beeinflusst. In (.) beiden Situationen, bin ich fest davon überzeugt, dass es Momente gibt, wo man sich wünscht, man hätte es anders entschieden. Ich glaube, dass wenn man sich für ein Kind entscheidet, dann (.) liebt man dieses Kind immer […]. (Herr Ludwig, Pos. 82)

Andererseits habe er vor dem Hintergrund der bestehenden familiären Verhältnisse mit seiner Partnerin die bessere Entscheidung für alle Beteiligten getroffen (»[…] die hat sich in dem Moment (.) als die BESSERE, nicht als die einfachere, als die bessere angefühlt (.). In der Kombination, wie sie halt da war. Mit den (.), mit zwei anderen Kindern, mit einer Ehefrau, die sagt, sie traut sich das nicht, und mit meinen eigenen Befürchtungen«, Pos. 84).

Herr Florian kritisiert die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz für die eigene Betroffenheit. Das Problem, dass es an einer Sensibilität gegenüber verwaisten Vätern und ihrer belastenden Situation mangele, stellt Herr Florian jedoch auch in einen übergeordneten, gesellschaftlichen Kontext. Er habe das Gefühl, dass es **keine gesellschaftliche Akzeptanz für Männer nach dem Verlust ihres Kindes** gäbe. Das wirke sich sowohl auf die Männer negativ aus, die kurze Zeit nach einem Verlust wieder arbeiten gehen, als auch auf ihre Partnerinnen (»[…] ich sehe die totale Problematik dabei irgendwie, wie es den Frauen geht, die jetzt alleine heim sitzen […]«, T2, Pos. 22). Er habe sich aufgrund des erlebten, sozialen Drucks hin- und hergerissen gefühlt (»[…] da gab es immer so diesen Part in mir drin, der gesagt hat, ›ja, auf jeden Fall mache ich das jetzt […] am besten gründe ich eine Männerrechtsbewegung‹ so. Aber und auf der anderen Seite hatte ich ein schlechtes Gewissen […]«, ebd.). Durch die fehlende gesellschaftliche Sensibilität würde es auch an Anlaufstellen für Betroffene mangeln und an Unterstützung aus dem Gesundheitssystem (»[…] Aber dass du dann als Mann nicht mal eine Anlaufstelle hast irgendwie, Männer einfach irgendwie halt (.) da Schwierigkeiten da scheinbar, also haben ja eh generell Schwierigkeiten, mit so Dingen umzugehen. […] Das finde ich schlimm einfach«, ebd.). Einen Mangel an Angeboten für betroffene Männer kritisiert auch Herr Ludwig, bezieht diese aber nicht wie Herr Florian auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Herr Töpper als einer derjenigen Männer, der mit einem behinderten Kind lebt, bemängelt die Trennung der Lebenswelten von behinderten und nicht-behinderten Menschen in der Gesellschaft und erlebt diese als hinderlich. Dabei sei es insbesondere die mangelnde persönliche Bereitschaft von Menschen, sich auch behinderten Menschen zu öffnen. Die **Barrieren** sieht er stärker **in den Köpfen** von Mitmenschen denn in den gegebenen, strukturellen Möglichkeiten.

> Ja, also grundsätzlich würde es extrem helfen, wenn unsere Gesellschaft insgesamt […] behinderten Menschen gegenüber offener dastünde und sie weniger ausgrenzen würde, auch im Kopf. […] was bedeutet das, einen Mensch mit einem Rollstuhl zu sehen oder die geistig behinderten Menschen. […] Leute, die bei uns in der breiten Masse und auch jetzt in so einer Stadt wie (Großstadt), wo es wirklich auch multikulti und so ist, doch am Rand stehen, ja […]. (Herr Töpper, Pos. 88)

Auch Herr Gerdts schätzt die »Barrieren im Kopf« als das größte gesellschaftliche Hindernis ein, das es abzubauen gelte (»[…] und wenn man sich damit befasst, dass die größten Barrieren ja bei uns im Kopf sind, dann weiß man auch, wo man die anfangen kann, abzubauen. Muss nicht jeder Bordstein herabgelassen werden«, T2, Pos. 2). Er kritisiert, ist, dass in der **Gesellschaft** »alles **auf Defizite abgestellt**« sei (T3, Pos. 8). Statt zu schauen, was Menschen nicht können, sollten die Stärken eines Menschen stärker in den Blick genommen werden. Herr Töpper schildert im Kontrast zu seinen Erfahrungen im Alltag Erinnerungen an einen Urlaub in Italien, wo er Menschen im Umgang mit seiner Tochter offener und positiver erlebt (»[…] also die war da der Star im Prinzip, ja, das war die süße, ›wie süß‹ […] da gehören diese Menschen mehr zur Mitte der Gesellschaft und es ist, also das waren damals halt deutsche Touristen, die uns komisch angeguckt haben. […]«, Pos. 88). Eine »offene Gesellschaft« benennt er als seinen sehnlichsten Wunsch (Pos. 90). Ähnliche Gedanken benennt auch Herr Florian, der sich mit einem anderen Vater, der aus dem nordafrikanischen Raum stamme, im Kindergarten ausgetauscht habe (»[…] dass es bei denen in der (.) Kultur in der Gemeinschaft immer ein hohes Gut ist, wenn man ein besonderes Kind kriegt und es von der Gesellschaft drum herum ganz starke getragen wird, die Familie sehr hoch gehalten wird […]«,T1, Pos. 41).

Die Zusammenschau der individuellen, rückblickenden Beurteilungen der Gesprächspartner, die sich sowohl auf ihre persönliche Situation zum Zeitpunkt des Gesprächs als auch auf die Bewertung der Entscheidung sowie der Gesamterfahrung bezieht, verdeutlicht einmal mehr die individuell bedingte Einzigartigkeit jeder Erfahrung. Eine Gemeinsamkeit besteht in Bezug auf die positive Wirkung bereits vorhandener oder einer schnell nachfolgenden Schwangerschaft, wenn der Verlust eines Kindes infolge seines postnatalen Versterbens oder eines Schwangerschaftsabbruchs betrauert wird. Auf der anderen Seite wird der (temporär) unerfüllte Kinderwunsch als besonders belastend erlebt. Der Wunsch, handlungsfähig zu bleiben, wird sowohl für die Zeit der Befundmitteilung als auch für die Zeit nach der Entscheidung von vielen der Männer benannt. Der erlebten Ohnmacht oder überwältigenden Gefühlen etwas entgegensetzen zu können, ist ein Bedürfnis, das unabhängig von Diagnose und Entscheidung von den meisten Männern geschildert wird. Andererseits kann die Situation dann, wenn es nicht gelingt, sich wieder handlungsfähig oder positiv zu erleben, von Gesprächspartnern als belas-

tend oder noch nicht abschließend bearbeitet wahrgenommen werden. Insbesondere Gefühle von Neid oder widerfahrenem Unglück werden dabei als hinderlich genannt. Zugleich entwickeln die Gesprächspartner innerhalb des Interviews für sich auch Perspektiven aus der Krise, etwa indem sie sich vornehmen, sich wieder mehr mit Freunden zu treffen, vielleicht eine Therapie aufzusuchen oder auf eine Verbesserung der Umstände mit fortlaufender Zeit hoffen.

Mit der Zusammenschau der bilanzierten Entscheidungen der Gesprächspartner wird deutlich, dass insbesondere die Entscheidung für das Austragen einer Schwangerschaft in der Rückschau eine positive Identifikation mit der Entscheidung erleichtert. Davon abgesehen kann aber ebenso die Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft als »richtige« Entscheidung oder wegweisende Lebenserfahrung erfahren werden. Bei der Identifikation mit der getroffenen Entscheidung kann ebenfalls der Aspekt der eigenen Handlungsfähigkeit als wesentlich genannt werden. Umstände, die eine Bewältigung der Krise erschweren, lassen sich sowohl auf der individuellen Ebene der Gesprächspartner selbst als auch innerhalb sozialer Kontakte und Beziehungen herausstellen, wie anhand der vorausgegangenen Kapitel deutlich wurde. Die eingeschränkte Möglichkeit zur Bearbeitung der Erfahrung, etwa aufgrund gesellschaftlicher Gegebenheiten, mangelnder Akzeptanz im privaten Umfeld oder fehlender Angebote für Betroffene, wird als hinderlich herausgestellt.

Die nun nachfolgende Diskussion soll die Erkenntnisse aus der Ergebnisdarstellung zusammennehmen und im Kontext des aktuellen fachlichen Diskurses bewerten, Möglichkeiten und Grenzen der Interpretation aufzeigen und einen Ausblick auf Anwendungsfelder liefern.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Nach der Ergebnisdarstellung soll in diesem Kapitel zunächst der Geltungsbereich der Studie (Kap. 6.1) kritisch reflektiert werden, um anschließend ihre Erkenntnisse in Form von Kernkategorien (Kap. 6.2) vorzustellen. Mit der Einordnung der Erkenntnisse in den wissenschaftlichen Diskurs (Kap. 6.3) wird der Erkenntnisgewinn der Forschungsarbeit herausgestellt, um anschließend Implikationen für die Praxis (Kap. 6.4) zu formulieren und einen Ausblick über die Arbeit hinaus (Kap. 6.5) und damit auf weiterführende, relevante Themenfeld für künftige Forschungsvorhaben zu geben.

6.1 Einschränkungen der Studie

Gegenstandsbereich des vorliegenden Forschungsvorhabens sind Männer als werdende Väter, die in der Schwangerschaft der Partnerin mit einem auffälligen pränatalen Befund beim ungeborenen Kind konfrontiert waren. Da nicht absehbar war, wie gut der Feldzugang realisiert werden kann, wurde das Forschungsanliegen unabhängig von weiteren Begrenzungen in Bezug auf das Sample umgesetzt. Mithilfe der offenen Suche nach Gesprächspartnern, auf welche die genannten Kriterien zutreffen, konnten insgesamt 19 narrative Interviews geführt werden, die als Erkenntnisgrundlage der vorliegenden Arbeit dienen (vgl. Kap.5.1). Aus diesem Grund sind die Fälle in Bezug auf die seit der Diagnose vergangene Zeit nicht in jeder Hinsicht vergleichbar. Die seit der Diagnose jeweils verstrichene Zeit lag zwischen wenigen Wochen in einem Fall, in dem die Partnerin zum Zeitpunkt des Interviews noch schwanger war, und einem anderen Fall, in dem die Schwangerschaft der Partnerin bereits 19 Jahre zurückliegt. Eine zeitliche Eingrenzung im Sample könnte sich in künftigen Forschungsarbeiten als sinnvoll erweisen, etwa wenn Erkenntnisse in Bezug auf die aktuelle Versorgungslage betroffener Männer und Eltern generiert werden sollen. Für die vorliegende Forschungsarbeit wurde versucht, die unterschiedliche zeitliche Nähe zu dem Ereignis »pränataler Befund« fruchtbar zu machen. Gesprächspartner, die mit einem geringen zeitlichen Abstand den pränatalen Befund erinnern, machen detaillierte Angaben über die

Umstände und das Erleben der Situationen. Andere hingegen, bei denen das Erleben des pränatalen Befundes bereits längere Zeit zurückliegt, können Aussagen über die längerfristigen Auswirkungen und Strategien der Bewältigung treffen, die ebenfalls wichtiger Bestandteil der Forschungsarbeit sind.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich in Bezug auf die Art der gestellten Diagnose. Da auch hier vorab keine Vorauswahl vorgenommen wurde, musste die Forschungsarbeit leisten, sowohl infauste Prognosen als auch Diagnosen mit einer potentiellen Lebensfähigkeit des Ungeborenen in eine geeignete Darstellungsform zu bringen. Dass hier eine ungefähre Parität zwischen beiden Gruppen erreicht wurde, ist vor dem Hintergrund der nur bedingt vergleichbaren Ausgangssituationen ein Vorteil. Für weiterführende Forschungsarbeiten würde sich hier möglicherweise anbieten, eine bewusste Einschränkung im Sample in Bezug auf die Diagnose vorzunehmen, da sich in Bezug auf den späteren Ausgang (Leben mit Kind vs. Leben mit Verlust des Kindes) kaum noch eine Vergleichbarkeit der Gruppen herstellen lässt.

Anders als bei Studien im Rahmen von örtlich gebundene Projekten (z.B. Rohde & Woopen, 2007), konnten in der vorliegenden Studie Gespräche in weiten Teilen der Bundesrepublik geführt werden, sowie zwei im angrenzenden Österreich. Obschon Aspekte wie die jeweilige Vor-Ort-Betreuung betroffener Eltern nicht explizit verglichen wurden, bieten die Daten somit doch ein gewisses Abbild verschiedener Versorgungsstrukturen.[1] Es konnten Unterschiede in Bezug auf die Vernetzung von Fachdisziplinen bei der Betreuung betroffener Eltern festgestellt werden, die im Rahmen dieser Arbeit nicht systematisch dargestellt und ausgewertet wurden. Forschungsarbeiten, welche die Zufriedenheit mit Angeboten und Betreuungsmöglichkeiten für Männer und Paare nach einem pränatalen Befund gezielt untersuchen, könnten in Zukunft hier mehr Aufschluss geben.

Die Männer im Sample können der gebildeten Mittelschicht[2] zugeordnet werden. Sie verfügten ohne Ausnahme über gute sprachliche Kenntnisse und ein gehobenes Ausdrucksvermögen. Bedingt durch die Form der Rekrutierung (über schriftliche Aushänge und digitale Flyer, Beratungsstellen und Internetforen) wurde von vornherein in Kauf genommen, dass bestimmte Gruppen aus der Erhebung ausgeschlossen sind. Das Sample liefert damit kein repräsentatives Abbild über verschiedene gesellschaftliche Gruppen oder Schichten. Dass dadurch auch Erkenntnisse über Verarbeitungswege und Bewältigungsstrategien verzerrt

1 Da, wie bereits angemerkt, die Zeiträume seit der Diagnosemitteilung nicht mit erhoben wurden, lassen sich auch in Bezug auf die Versorgung nur begrenzt Aussagen zum status quo treffen.

2 Die Einschätzung erfolgt vor dem Hintergrund der Angaben über Berufsabschluss/berufliche Tätigkeit, Angaben zu sonstigen Lebensverhältnissen und persönlichem Eindruck in Bezug auf Reflexions- und Ausdruckvermögen.

sind, lässt sich vor diesem Hintergrund nicht ausschließen. Um mit künftigen Forschungsarbeiten Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung betroffener Väter und Eltern aller gesellschaftlichen Gruppen zu erarbeiten, ist daher eine weitere, gezielte Öffnung des Samples notwendig, ebenso wie das Erarbeiten möglicher Zugänge bei sprachlichen oder intellektuellen Barrieren.

Einer der Studienteilnehmer hat einen Migrationshintergrund, der auch inhaltlich thematisiert wird. Drei Studienteilnehmer berichten von einer Zeit der Arbeitslosigkeit während der im Interview behandelten Zeit. Die meisten Männer in dieser Studie sind beruflich in technisch-naturwissenschaftlichen oder handwerklichen Berufen zu verorten. Eine Kumulierung von Berufen im sozial-medizinischen Bereich wie beispielsweise in den (weiblichen) Samples von Baldus (2006) oder Rost (2015) trifft auf die vorliegende Forschungsarbeit nicht zu.

Reflektiert, aber nicht systematisch untersucht werden konnte der Einfluss der Interviewerin auf die Gesprächspartner bzw. auf den Inhalt der Gespräche. Für die Interviews wurde von der Interviewerin aufgrund der sensiblen Thematik ein persönliches Treffen bevorzugt. Aus ökonomischen Gründen wurden vereinzelt jedoch auch Gespräche über Telefon oder Videoanruf geführt. Da im Rahmen eines Telefoninterviews auch, im Gegensatz zum Direktkontakt, Themen wie Sexualität in der Partnerschaft thematisiert wurden, wird angenommen, dass sich ein Telefonkontakt und die damit verbundene, stärkere Anonymität des Gesprächspartners auch positiv auf die Redebereitschaft auswirken kann. Ob gemischte Settings aus Telefoninterviews und persönlichen Interviews zu mehr oder detaillierteren Erkenntnissen führen könnte, bleibt daher eine offene methodische Frage, die ebenfalls in weiterführenden Forschungsarbeiten berücksichtigt werden könnte.

Als eine weitere Einschränkung der Studie kann die ausschließliche Teilnahme männlicher Partner genannt werden, da keine nicht schwangeren Elternteile aus homosexuellen Partnerschaften und keine nach einer Samenspende schwanger gewordenen Frauen rekrutiert werden konnten. Inwieweit sich die Erkenntnisse aus der vorliegenden Forschungsarbeit auf Elternteile übertragen lassen, die nicht biologischer Vater des zu erwartenden Kindes sind, ist daher unklar.

Als größte Einschränkung, die bereits in Kap. 5.1.1 herausgestellt wurde, kann die nicht erreichte theoretische Sättigung innerhalb des Samples genannt werden. Diese dient in GT-Forschungsarbeiten als Gütekriterium in Bezug auf die Repräsentativität der Studie. Die dort genannten Einschränkungen liefern in Bezug auf das Sample Hinweise dafür, in Bezug auf welche Kategorien keine Sättigung erreicht werden konnte. Eine wesentliche Gruppe von Männern, die in dieser Studie nicht berücksichtigt werden konnte, ist die derjenigen Männer, die sich infolge einer Uneinigkeit im Entscheidungsprozess oder aber in der Zeit nach der Entscheidung von ihren Partnerinnen getrennt haben (vgl. Kap. 5.2.4). Da ein pathologischer pränataler Befund als partnerschaftliche Herausforderung herausgestellt werden kann (siehe nachfolgendes Kapitel), ist die Gruppe der »getrennten Paare«

notwendigerweise auch für diese Arbeit mitzudenken, auch, wenn über sie bisher keine Informationen verfügbar sind. Für künftige Forschungsarbeiten wäre ein Einbeziehen getrennter Elternteile oder Paare zur Steigerung der Repräsentativität der Daten wünschenswert.

Die genannten Überlegungen zeigen einerseits limitierende Faktoren der Studie auf, können aber im Hinblick auf die Entwicklung weiterer Forschung auch als hilfreiche Anhaltspunkte gesehen werden. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen des Geltungsbereichs der Studie sollen nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert werden.

6.2 Kernkategorien

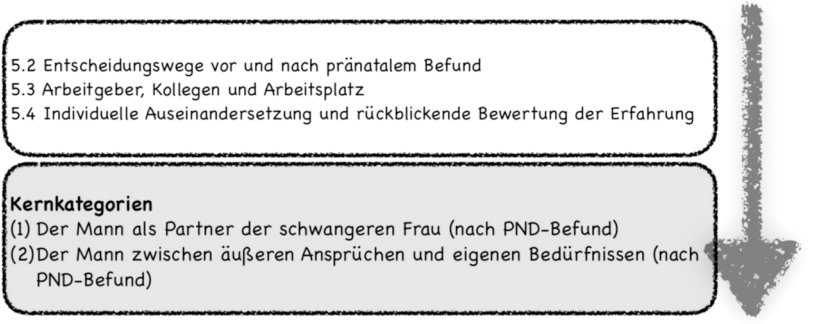
Die entwickelten Kernkategorien, die nachfolgend vorgestellt werden, bilden einen abstrahierten, übergeordneten Blickwinkel auf die gegenstandsbezogen-substanzielle Grounded Theory. Sie sind Ergebnis einer finalen Fokussierung zentraler Komponenten innerhalb der entwickelten Kategorien der Studie und dienen als umfassende und abstrahierte Begriffe, durch die sich die Ergebnisse der Studie im Kern darstellen lassen. Idealtypischer Weise ist die Rede von *einer* zentralen Kategorie, um die herum sich die anderen Kategorien der Studie anordnen lassen (vgl. Breuer et al. 2019, S. 286). Für die vorliegende Arbeit wurden nunmehr *zwei Kategorien* als Schlüsselkonzepte für Männer nach dem Miterleben eines pränatalen Befundes bei der schwangeren Partnerin herausgearbeitet, die den Kern der Erkenntnisse der Studie bündeln.[3]

Die prozessorientierte Ergebnisdarstellung (Kap. 5.2) kann insbesondere zeigen, wie das Phänomen eines pränatalen Befundes über die Zeit im Prozess erlebt wird. Diese Darstellungsform erwies sich als vorteilhaft, da Ereignisfolgen in der Erzählung trotz großer inhaltlicher Variationen zwischen den Interviewten hauptsächlich parallel und damit chronologisch verlaufen. Eine Ausnahme von der Systematik bilden die Kapitel 5.3 und 5.4. Da die Erwerbsarbeit und die Situation am Arbeitsplatz für das Erleben der Männer von besonderer Bedeutung sind, wurden sie in einem eigenständigen Kapitel dargestellt, ebenso wie die abschließenden Reflexionen und Bewertungen der Gesprächspartner.

Zur anschließenden Theoriebildung werden nun Kategorien entworfen, die einerseits Charakteristika des fokussierten Gegenstandes besitzen, darüber hinaus aber abstrakt genug sein sollen, um über die in der Arbeit betrachteten Einzelfälle hinaus verallgemeinerbare Aussagekraft zu haben. Die Kernkategorien als abstrakte Verdichtung der Ergebnisse nehmen damit einen über die gesamte Ergebnisdarstellung gelegten, strukturellen Blickwinkel ein.

3 Vgl. hierzu auch Kap. 4.2.3.

Abbildung 5 Kernkategorien im Verhältnis zum Modell



6.2.1 Der Mann als Partner der schwangeren Frau

> […] Du kennst meine Meinung, meine Position und ich würde mich freuen, wenn du meine Position annimmst aber du musst es entscheiden. Ich kann dir die Entscheidung nicht abnehmen, weil, es ist zwar unser Kind aber es ist halt dein Körper. (Herr Imholz, Pos. 11)

Auf Grundlage der gewonnen empirischen Daten kann der Umgang mit einem pränatalen Befund als partnerschaftlicher Aushandlungsprozess herausgestellt und diese Betrachtung durch den Rückbezug auf die Ergebnisdarstellung begründet werden. Zunächst ist die Zeit vor einer medizinischen Auffälligkeit in die Auswertung aufgenommen (Kap. 5.2.1). Gedanken an den (damaligen) Kinderwunsch werden infolge der erzählgenerierenden Einstiegsfrage ebenso thematisiert wie der Einstieg in die Diagnostik mit Überlegungen zur Inanspruchnahme von diagnostischen Verfahren. Weiterhin werden von einigen Männern auch Erinnerungen an Vorahnungen und Befürchtungen der Partnerin erinnert, dass mit dem ungeborenen Kind etwas nicht »in Ordnung« sein könnte. Alle drei gebildeten Kategorien zeugen von einer intensiven partnerschaftlichen Auseinandersetzung vor der Bestätigung der Diagnose. Die meisten der Schwangerschaften sind Ergebnis eines gemeinsamen Wunsches nach einem (weiteren) Kind. In zwei Fällen tritt die Schwangerschaft unterwartet ein.[4] Überlegungen, wie mit der ungeplanten Schwangerschaft umgegangen werden soll, finden ebenfalls partnerschaftlich statt.

4 Kuhnt & Trappe (2013) kommen in ihrer Studie zu Kinderwunsch und seiner Verwirklichung auf einen Anteil von 28 % ungeplant ausgetragener Schwangerschaften.

Ob und in welcher Form pränataldiagnostische Verfahren zum Einsatz kommen, sind Fragen, mit denen sich die Interviewten unterschiedlich stark auseinandersetzten. Es zeigt sich, dass einige der Männer gut über diagnostische Möglichkeiten informiert sind und die Frage nicht allein ihrer Partnerin überlassen wollen. Verschiedene **Angebote und Konsequenzen der Diagnostik werden oftmals gemeinsam abgewogen**. In einem Fall kommt es aufgrund der unterschiedlichen Haltung zu PND zu einem frühen Zerwürfnis zwischen den Partnern. Obschon die Kernkategorie der partnerschaftlichen Aushandlung insbesondere zu Mitte der Phasenauswertung an Bedeutung gewinnt, zeichnet sich bereits jetzt anhand des Beispiels eine potentielle Herausforderungen ab, welche die Partnerschaft in dieser Zeit betreffen kann.

Ein **Spannungsverhältnis** ergibt sich für Männer mit **egalitären Ansprüchen** an ihre Partnerschaft und der **ungleichen Art der Betroffenheit** nach einem beunruhigendem Befund. Einerseits sind sie es gewohnt, Fragen der Reproduktion gemeinsam mit der Partnerin zu besprechen, und sie sind in die Schwangerschaft, anstehende Untersuchungen und die vorgeburtliche Sorge um das Ungeborene i.d.R. stark involviert. Andererseits sind sie ab dem Moment eines auffälligen Befundes zwar auch emotional mitbetroffen, haben aber in Abhängigkeit von der Präferenz der Partnerin zuletzt ihre Entscheidung mitzutragen. Das Dilemma der sekundären Mitsprache bei der Entscheidung, das in den meisten Fällen durch eine Angleichung der jeweiligen Präferenzen über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft gelöst wird, kann zu einer großen Belastung werden, wie insbesondere am Beispiel eines Mannes verdeutlicht wird.

Das partnerschaftliche Interagieren kann sich infolge des veränderten Schwangerschaftserlebens durch den verunsichernden Befund wandeln. Auf die häufig beschriebenen emotionalen Belastungen der Partnerin versuchen einige der Männer zu reagieren, indem sie sachlich und hoffnungsvoll gegenüber der Partnerin auftreten. Reaktionen der Partner können ab dieser ersten medizinischen Auffälligkeit sogar komplementär zu der Reaktion der Partnerin verlaufen. Als Gründe führen die Männer an, der Partnerin Schutz bieten zu wollen oder auch selbst von einem diagnostischen Fehler überzeugt gewesen zu sein. Die bewussten, aber auch unbewussten Verhaltensweisen werden teilweise als Strategien erlebt, um die Partnerschaft in einem stabilen Gleichgewicht zu halten und so Verantwortung zu übernehmen. Die eigenen Emotionen werden vor diesem Hintergrund häufig zurückgehalten, was in der Rückschau von einigen Männern als Belastung erlebt wird. Die **Eingebundenheit in selbst oder von außen zugeschriebene Rollenerwartungen** wird bei ihnen besonders deutlich. Einzelne Männer berichten andererseits auch von einem sehr offenen Umgang mit den eigenen Gefühlen sowie von der unterstützenden Wirkung der Partnerin im eigenen Verarbeitungsprozess. Weiterhin werden bei einigen der Männer Mechanismen der Verdrängung als für sie

hilfreiche Strategie genannt, der sie auch eine positive Wirkung auf das eigene Wohlergehen beimessen.

Das Kapitel zu den Entscheidungswegen zum Schwangerschaftsausgang (Kap. 5.2.4) kann als wesentlich für die Kernkategorie der partnerschaftlichen Aushandlung herausgestellt werden. Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen oder (vorübergehend) ungleichen Präferenz bei der **Entscheidung über den Schwangerschaftsausgang** wird die Relevanz der bisher herausgestellten Spannungsfelder besonders deutlich. Der Versuch, eine gemeinsame Entscheidung zu finden, wird dann relevant, wenn nicht von vornherein eine Sicherheit darüber besteht, dass die Partnerin voraussichtlich die selbst präferierte Entscheidung trifft. Für den Fall einer ungleichen Präferenz, wie er in dieser Arbeit auch abgebildet wird, werden Strategien deutlich, mit denen die Gesprächspartner versuchen, eine **Angleichung der Präferenzen zu bewirken**. Das Aushandeln einer gemeinsamen Entscheidung erfolgt durch ein aktives Überreden oder den Versuch der Beeinflussung ebenso wie über das Zurückhalten der eigenen Meinung oder eine Verantwortungsabgabe an die schwangere Frau. Umgekehrt wird auch von Entscheidungen berichtet, die Frauen ihren Partnern zuliebe getroffen haben. Diese Strategien ermöglichen es den Paaren, trotz divergenter Meinungen zuletzt eine *gemeinsame* Entscheidung über den weiteren Schwangerschaftsverlauf zu finden.[5]

Durch die explizite Frage nach dem (zunächst geplanten) Elternzeitbezug im Rahmen der erzählgenerierenden Einstiegsfrage (vgl. Kap. 9.3) können vereinzelt **Zusammenhänge zwischen den partnerschaftlichen Arrangements und der eigenen Mitsprache in der Entscheidungsfrage** festgestellt werden. Bei Konstellationen, in denen der Mann Haupternährer der Familie ist und die Frau zu einem geringen Teil zum Haushaltseinkommen beiträgt, kann in zwei Fällen eine eher passive Mitsprache im Entscheidungsprozess beobachtet werden. In zwei anderen Fällen ist die Situation umgekehrt. Bei einer stärker geteilt geplanten Elternzeit ist eine aktivere Mitsprache im Entscheidungsprozess auszumachen. Bei der Frage, ob man sich ein behindertes Kind finanziell »leisten« könne, wird einerseits auf den Verdienst durch die eigene Erwerbsarbeit, andererseits auf die durch die Erwerbsarbeit begrenzten Möglichkeiten, die Partnerin bei der Pflege und Versorgung gut unterstützen zu können, hingewiesen.

---

5 Für die vorliegende Studie konnten keine Gesprächspartner gefunden werden, bei denen es infolge einer anhaltenden Uneinigkeit zu einer Entzweiung innerhalb der Entscheidungsfindung oder der darauffolgenden Zeit kam (vgl. Kap. 5.1.1). Es kann aber angenommen werden, dass Partnerschaften eine dauerhafte Erschütterung erfahren können, wenn kein Weg der Angleichung gefunden werden kann, infolgedessen es zu einer Trennung als »Lösung des Konflikts« kommt. In einem Fall wird der anhaltende Konflikt deutlich, der durch den zuletzt nicht realisierten Wunsch eines Mannes nach dem Austragen der Schwangerschaft entsteht.

Die Erfahrung »**pränataler Befund**« wird von der Mehrzahl der Männer in der Rückschau als **beziehungsstärkend** eingeschätzt. Das auch, wenn sie mit der Entscheidung selbst noch hadern oder sie ambivalent erleben. Durch das Erleben und Durchstehen der Krise sei man als Paar näher zusammengewachsen. Obschon das Sample keine Beispiele für Partnerschaften enthält, die sich infolge der Krise entzweien, werden entsprechende Ausgänge vor dem Hintergrund der hohen Belastung angenommen.

6.2.2 Der Mann zwischen äußeren Ansprüchen und eigenen Bedürfnissen

> Also es war für mich sehr schwer, das […] für mich selber irgendwie zu akzeptieren, dass […] ich da kein schlechtes Gewissen haben muss. Dass ich mir keine Vorwürfe machen muss, dass ich den Laden in diese Situation bringe, mir sechs Wochen Geld zu bezahlen, für den Krankheitsfall und so. (Herr Florian, T2, Pos. 22)

Die interviewten Männer schauen vor dem Hintergrund sozialer Kontakte und Bezugssysteme sowie gesellschaftlicher Diskurse und wahrgenommener Haltungen auf ihre Erfahrung. Mit der Forschungsarbeit kann gezeigt werden, dass ein pränataler Befund nicht nur aus der Perspektive der persönlichen Betroffenheit, sondern ebenso aus dem Blickwinkel ihrer gesellschaftlichen Eingebundenheit und gesellschaftlicher Mitverantwortung betrachtet werden muss. An Referenzpunkten – etwa dem Verhalten anderer Eltern zu einem entsprechenden Befund, dem Aufzeigen von Behandlungsoptionen und impliziter oder expliziter Ratschläge – kann beispielsweise gezeigt werden, dass die Information »**pränataler Befund**« erst **vor dem Hintergrund sozialer Bezugssysteme** ihre sozial herausfordernde Bedeutung bekommt. Auf der einen Seite erleben die Männer eine Verantwortung gegenüber unterschiedlichen Personen oder Gruppen (in ihrer Rolle als Partner, Vater, Arbeitnehmer usw.), auf der anderen Seite lässt sich auch eine Verantwortung für die Bezugssysteme selbst formulieren, mit denen interagiert wird und die das Erleben maßgeblich mitbestimmen.

Die Eingebundenheit in und **Verpflichtung gegenüber unterschiedlichen sozialen Bezugspersonen und -gruppen** zieht sich durch die Narrationen der Männer. Für die Partnerin da zu sein, ihr **Halt und Schutz zu bieten und die Familie in einem stabilen Gleichgewicht zu halten**, kann dabei als der relevantester Anspruch der Männer an sich selbst herausgestellt werden (vgl. Kernkategorie 1). Obschon die Mehrheit der Männer sich nicht in einer eher traditionellen Rollenverteilung mit der Partnerin erlebt, beobachten einige ab der Zeit des beunruhigenden Befundes eine Übernahme von Verhaltensweisen, die sich an einem eher traditionellen Bild des Mannes orientiert.

Als weiterer sozialer Aktionsraum, der sich auf das Erleben des pränatalen Befundes auswirkt, kann der Arbeitsplatz herausgestellt werden. In der **Rolle des Ar-**

beitnehmers bzw. Erwerbstätigen tragen die Männer in der Regel zu einem Großteil des familiären Einkommens bei (vgl. Kap. 5.3). Belastende Abhängigkeitsverhältnisse werden hier ebenso thematisiert wie unangenehme Nachfragen von Kollegen. Aus der Erwerbsarbeit ergeben sich nicht nur Ansprüche von Arbeitgebern in Bezug auf die Erwerbskraft ihres Mitarbeiters, sondern ebenso Ansprüche der Männer an sich selbst, etwa den familiären Unterhalt der Familie durch Krankschreibungen nicht zu gefährden. Auch in Bezug auf die Mitsprache bei einer möglichen Entscheidung der Partnerin wirkt sich die berufsbedingte Abwesenheit im familiären Alltag aus. Bereits hier können Ansprüche miteinander kollidieren, etwa wenn durch die Erwerbsarbeit wenig Zeit für die Begleitung der belasteten Partnerin oder die Versorgung der Kinder bleibt. Für einige Männer lässt sich der Arbeitsplatz aber auch als wichtiger Schonraum herausstellen, in dem sie sich kompetent erleben oder vor der häuslichen Belastung zurückziehen können.

Auch gegenüber dem ungeborenen Kind haben die **Männer als werdende Väter** Ansprüche an sich selbst, die zugleich mit der Vielzahl weiterer Verantwortungen vereinbart werden müssen. Zumeist sind es potentielle Wunschkinder, die vor dem Hintergrund der Diagnose möglicherweise nicht mehr oder anders angenommen werden als zuvor. Fragen nach dem Egoismus hinter einer Entscheidung sowie dem (erwarteten) Wohl des Kindes und seiner Lebensqualität werden ebenso thematisiert wie die eigenen Überlegungen zur Vaterschaft eines behinderten Kindes.

Von einigen Männern wird die erlebte **Trennung von Lebenswelten** zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen kritisiert, die dazu führe, dass ihnen Menschen mit einer Behinderung im privaten Umfeld und alltäglichen Straßenbild eigentlich kaum begegnen. Das macht es schwierig für sie, sich ein Bild von einem gemeinsamen Leben mit einem behinderten Kind zu machen. Sowohl aus der eigenen Perspektive als Vater eines behinderten Kindes als auch aus der Perspektive des Kindes besteht für einige Männer eine Unsicherheit darüber, wie das Umfeld auf die Umstände reagieren wird. **Angst vor sozialer Ausgrenzung** benennen Männer nicht nur im Zusammenhang mit der Perspektive des Kindes, sondern auch in Bezug auf sich selbst. Die **Barrieren in den Köpfen der Menschen** werden als Problem benannt, die den Familien mit einem behinderten Kind das Leben erschweren. Dass in der Gesellschaft alles auf Defizite statt auf individuelle Fähigkeiten abgestellt sei, erleben die Männer im Sample als belastend.

Als Mann vor dem Hintergrund der unterschiedlichen, an ihn zerrenden Ansprüche noch **Raum zu Verarbeitung und Gehör für die Erfahrung** zu finden, ist für einige ein besonderes Anliegen. Den Männern gelingt es insbesondere in Abhängigkeit von Reaktionen aus dem eigenen Umfeld und vor dem Hintergrund der eigenen Persönlichkeit unterschiedlich gut, die verschiedenen Ansprüche zu vereinen. Ein Mangel an passenden, zielgruppenorientierten Angeboten kann es erschweren, sich selbst mit der eigenen Betroffenheit anzunehmen und Raum zu verschaffen. Ein Mann fühlt sich von dem Gesundheitssystem weit weniger gut

unterstützt als seine Partnerin, für die er mehr Hilfen wahrnimmt. Ebenso gibt es aber auch einige Männer, die es schaffen, für sich einen Raum zu finden, der ein Verarbeiten der Erfahrung möglich macht. Hierbei kommt dem Austausch mit anderen Eltern mit einer ähnlichen Erfahrung oder Lebenssituation eine besondere Bedeutung zu.

Schließlich wird von Männern nach einem miterlebten Schwangerschaftsabbruch im Hinblick auf die Verarbeitung der Erfahrung und Entscheidung kritisiert, dass sie sich **mit ihrer** tiefgreifenden und belastenden **Erfahrung gesellschaftlich nicht akzeptiert** fühlen. Gerade wenn die Auswirkungen des pränatalen Befundes für das Kind nicht gut abzuschätzen sind und starke körperliche und/oder geistige Beeinträchtigungen vorhergesagt werden, fühlen sich die Väter zu Unrecht verurteilt. Im Kontrast hierzu nehmen sie für Eltern mit einem behinderten Kind ebenfalls wenig gesellschaftliche Entlastung oder auch Anerkennung wahr, was die Entscheidung *für* ein behindertes Kind erschwert. Sie haben aber zugleich das Gefühl, sich mit der Entscheidung für einen späten Abbruch der Schwangerschaft und dem damit begangenen Tabubruch verstecken zu müssen. Wenn die Väter bzw. werdenden Eltern in die Situation kommen, eine Entscheidung über das Leben des Kindes treffen zu müssen, wünschen sie sich für alle möglichen Schwangerschaftsausgänge einen entsprechenden Rückhalt durch die Gesellschaft. Hierbei wird kritisch angeführt, dass es ebenso egoistische Motive für das Austragen eines schwer kranken oder behinderten Kindes gäbe. Pauschale Verurteilungen von Eltern, die sich in einem späten Schwangerschaftskonflikt befinden oder befunden haben, würden das Ausmaß verkennen, welches die Erfahrung für die Betroffenen hat.

6.3 Wissenschaftlicher Diskurs und Erkenntnisgewinn

Die Ergebnisse der Studie sollen in diesem Kapitel wissenschaftlich verortet und zu bisherigen Erkenntnissen aus Themenbereichen, die für die Arbeit relevant sind, in Beziehung gesetzt werden. Herausforderungen werdender Väter und Eltern nach einem beunruhigendem Befund, unterschiedliche Formen der Trauer und Verarbeitung und Strategien im Hinblick auf die Bewältigung einer solchen Erfahrungen werden dafür inhaltlich verglichen. Auch werden Studien, die sich mit den Erfahrungen und der Betroffenheit von Frauen auseinandersetzen, zu den eigenen Ergebnissen in Beziehung gesetzt. Teilweise konnten Inhalte aus Referenzstudien als relevant herausgestellt werden, wie sie sich zu Anfang des Forschungsprojektes noch nicht absehen ließen. Daher werden nachfolgend neben bereits bekannten und eingangs in Kap. 1 und Kap. 2 vorgestellten Studien auch vereinzelt neue Studien hinzugezogen, die sich im Verlauf der Datenauswertung als relevant erwiesen.

Eine wichtige Referenzstudie für die eigene Forschungsarbeit ist die interviewbasierte Studie von Gersthahn (2013). Sie vergleicht Aussagen von insgesamt 20 Männern, die im Rahmen von strukturierten Paarinterviews zu ihrem Erleben von Entscheidungsprozessen nach einem pränatalen Befund befragt wurden. Wesentliche Unterschiede zur eigenen Studie betreffen neben der Methode z.B. das Sample (Paare vs. Männer), die Form des Interviews (halbstrukturiert/problemzentriert vs. offen) und den Interviewzeitpunkt (acht bis zwölf Wochen nach dem ersten Befund vs. offener Interviewzeitpunkt). Parallelen weisen die Arbeiten in Bezug auf Beschreibungen von Abläufen, Gefühlen und Aktionen in einzelnen Phasen infolge des pränatalen Befundes auf. Genannt werden Gefühle wie Betäubung und Schock, Traurigkeit, Enttäuschung, Angst, Hilflosigkeit und Wut sowie ein Gefühl von Ungerechtigkeit als Reaktionen auf die Diagnosemitteilung (S. 87). Auch in anderen Arbeiten zu Entscheidungs- und Auseinandersetzungsprozessen nach einem pränatalen Befund werden Gefühle auf ähnliche Weise beschrieben, wie sie auch in der eigenen Arbeit zum Ausdruck gebracht werden (Baldus, 2006; z.B. Hinze, 1999; Rost, 2015). Reaktionsformen, die insbesondere für die Männer in der eigenen Arbeit herausgestellt werden können, sind die aktive Informationssuche im Internet und das Distanzieren von der Situation. Die Behinderung des Kindes nicht wahr haben zu wollen und teilweise trotz der bestätigten Diagnose auf eine Fehldiagnose zu hoffen, sind Reaktionsformen, die z.B. bei Gersthahn (2013) und Hinze (1999) ebenfalls thematisiert werden.

Durch die unterschiedlich angelegten Forschungsdesigns ergeben sich jedoch Unterschiede, die sich auf die Art der Darstellung ebenso auswirken wie auf den letztendlichen Erkenntnisgewinn. Gersthahn (2013) gibt für ihre Studie an, dass die Bereitschaft zur Teilnahme der Männer im Vergleich zu ihren Partnerinnen lediglich halb so hoch ausgefallen sei (S. 35). Auch Hinze (1999), der in seiner Arbeit Männer und Frauen mit einem behinderten Kind interviewt, stellt eine höhere Bereitschaft der Frauen zu einem Interview heraus. Die eigene Studie lässt durch die ausschließliche Befragung von Männern einen entsprechenden Vergleich nicht zu. Insgesamt konnte jedoch unter den Interviewten eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme und Offenheit im Gespräch beobachtet werden. Die Bereitschaft zu einer flexiblen Termin- und Raumfindung[6] sowie die Längen der Interviews können hierfür exemplarisch genannt werden. Teilweise haben sich Männer dadurch, dass ausschließlich sie befragt wurden, besonders angesprochen gefühlt (vgl. Kap. 5.1.2). Das detaillierte Erinnern von schmerzhaften und belastenden Momenten im Interview, etwa ihre Gedanken und Gefühle beim Erleben des Fetozids oder der

6 Da die Interviews über die Republik verteilt und in Österreich geführt wurden, haben die Interviewten selbst i.d.R. Räumlichkeiten für das Interview zur Verfügung gestellt oder organisiert.

Verabschiedung vom geborenen Kind, können als Hinweise auf das eigene Wohlbefinden während des Interviews gedeutet werden. Entsprechend detaillierte Schilderungen in der eigenen Forschungsarbeit stellen ein Alleinstellungsmerkmal im Vergleich zu anderen Studien dar.

Weiterhin stellt Gersthahn (2013) eine wesentlich größere Bereitschaft zum Interview unter denjenigen Paaren heraus, die sich infolge eines beunruhigenden Befundes für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden. Für die eigene Forschungsarbeit lässt sich eine genau gegenteilige Tendenz beobachten. Im Rahmen des Theoretical Samplings wurde daraufhin explizit nach Fällen gesucht, in denen Männer einen Schwangerschaftsabbruch miterlebt haben, da aus dieser Gruppe anfangs nur vereinzelt Rückmeldungen kamen. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Gersthahn kann hingegen eine starke Rückmeldung gerade für diejenigen Männern beobachtet werden, die eine palliative Geburt miterlebt haben. Für diese Gruppe wurde als einzige eine theoretische Sättigung erreicht (vgl. Kap. 4.2). Sie interpretiert die stärkere Teilnahme von Männer nach der Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs in ihrer Studie als »Möglichkeit zur Bewältigungsarbeit« (S. 169), die von den Männern positiv bewertet wurde. Die eigene Studie legt nahe, dass die Motivationen und Beweggründe zur Teilnahme an der Studie vielschichtig sind. Neben der Bewältigung und Verarbeitung, die für Männer nach einer ausgetragenen Schwangerschaft außerdem genannt werden kann, werden auch das Interesse an der Beförderung eines öffentlichen Diskurses, das Herausstellen der eigenen positiven Erfahrungen als »Good Practice« und das Teilen der eigenen Erfahrung in der absehbaren Publikation mit anderen (künftig) betroffenen Eltern genannt (vgl. Kap. 5.1.2). Letzterer Grund wird u.a. auch in der explorativen Studie von Côté-Arsenault & Denney-Koelsch (2011) zu Erfahrungen von Frauen und Paaren nach einer tödlichen fetalen Diagnose und einer Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft als Beweggrund zur Teilnahme an der Studie herausgestellt.[7]

Betrachtet man wissenschaftliche Arbeiten zum Schwangerschafts- und Geburtserleben werdender Väter, wird deutlich, dass Gefühle und Erfahrungen – trotz Abweichungen in der Intensität – auch viele Parallelen zu den Schilderungen der Interviewpartner im eigenen Sample aufweisen. Von Sydow & Happ (2012) geben anhand ihrer Studie zum Geburtserleben von Vätern Erfahrungen mit Ambivalenzen an, die Väter als Unterstützer der schwangeren Frau im Kreißsaal erleben. Neben den positiven Auswirkungen einer intensiven Beteiligung und Involvierung schildern Väter, sich aufgrund eigener Ohnmachtsgefühle teilweise nicht

7 »Most of the parents were willing to be interviewed during pregnancy and stated that they wanted to help other families in similar circumstances«, (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2011, S. 1307).

mehr in der Lage gefühlt zu haben, ihre Partnerinnen angemessen zu unterstützen (S. 36). Ähnlich sind Schilderungen von Frauen in der Veröffentlichung von Feldhaus-Plumin (2004), die ihre Partner bei der Begleitung zum Spätabbruch bzw. zur Geburt teilweise als überfordert darstellen, zugleich aber insbesondere die positive Bedeutung der Begleitung durch den Partner betonen (S. 192).

Die Aneignung rollenspezifischer Verhaltens- und Umgangsweisen im Übergang zur Elternschaft untersuchten Müller & Zillien (2016). In ihrer Studie zur Verweiblichung von Elternschaft in Geburtsvorbereitungskursen kommen sie zu dem Ergebnis, dass den Körper betreffende Zuschreibungen an Frauen mögliche Formen einer stärker egalitären Arbeitsteilung nach der Geburt einschränken und zugleich Re-Traditionalisierungsprozesse befördern (S. 430). Côté-Arsenault & Denney-Koelsch stellen in ihrer Studie über Paare, die sich nach einer letalen fetalen Diagnose zur Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden haben, ebenfalls entsprechende Zusammenhänge fest:

> Traditional paternal roles as the strong protector and provider were often evident. Couples seemed to continue their pre-pregnancy roles within their relationship, reflecting individual personalities and different grieving and coping methods that affected how they dealt with the crisis of an LFD. (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2018, S. 18)

Auch in der eigenen Studie können die Übernahme geschlechtsspezifischer Rollen und die Auseinandersetzungen mit Rollenerwartungen als relevante Einflussgröße in Bezug auf das Erleben einer pränatalen Diagnose und den Umgang mit der schwangeren Partnerin herausgestellt werden. Locock & Alexander (2006) haben in ihrer Studie, die sich auf ein Sample von 20 Paaren stützt, die Rolle des Vaters während des pränatalen Diagnoseprozesses untersucht. Im Gegensatz zu der Studie von Gersthahn (2013) stellen sie das Dilemma von Männern heraus, das sich aus dem Kontrollverlust und den sie überwältigenden Gefühlen infolge eines Befundes einerseits und einer männlich-hegemonialen Identität andererseits (S. 73) ergibt. Sie identifizieren unterschiedliche Rollen, die Männer infolge einer pränatalen Diagnose ausfüllen. Der Mann bewege sich infolge eines Befundes zwischen den Rollen als werdender Vater (parents), als Zuschauer (bystander), als Beschützer und Befürworter der Partnerin (protector/supporter), als Sammler und Hüter von Tatsachen (gatherer and guardian of fact) oder als Entscheider bzw. Vollstrecker (decider or enforcer), für welche sie jeweils Beispiele nennen.

Konflikte zwischen verschiedenen, ineinandergreifenden Rollen zeichnen sich auch bei Teilnehmern der eigenen Studie ab, die sich im Zwiespalt zwischen verschiedenen Bedürftigkeiten und Rollenverständnissen erleben. Während Locock & Alexander zu dem Ergebnis kommen, dass die Gefühle von den werdenden Vätern nicht bewusst wahrgenommen und den freiwillig oder auch unfreiwillig ge-

wählten Rollen untergeordnet werden[8], zeigt die eigene Studie Tendenzen, die auf emanzipierte Beteiligungs- und Verarbeitungsstrategien, die bewusste Reflexion von Rollenkonfusionen und entwickelte Lösungsstrategien hindeuten. Eine aktive und selbstverständliche Beteiligung an der Familienplanung, Begleitung von Arztbesuchen der Partnerin, Kenntnisse über pränatale Testverfahren und die aktive Auseinandersetzung und Vertretung der eigenen Meinung in Bezug auf den Schwangerschaftsausgang können hier exemplarisch genannt werden. Insbesondere im Entscheidungsprozess zeigt sich – im Gegensatz z.B. zu den Ergebnissen von Heider & Steger (2014), nach denen befragte Frauen zunächst für sich alleine Entscheidungen treffen, bevor sie ihre Partner involvieren – dass nach einer pränatalen fetalen Diagnose Aushandlungen vorrangig partnerschaftlich verlaufen (nach Aussagen der Männer). Zugleich zeigt die eigene Studie, dass die Beziehung zum Kind insbesondere durch die Geburt und die damit einhergehende, physische Erfahrbarkeit des Kindes an Qualität und Intensität gewinnt. Zwar geben überraschend viele Männer im Sample an, bereits vor der Geburt eine intensive Beziehung zum Kind erlebt zu haben. Diese bekommt aber durch die Geburt und das »Kennenlernen« des noch lebenden oder des verstorbenen Kindes eine neue Qualität. Für diejenigen Männer, die einen späten Schwangerschaftsabbruch miterlebt haben, bei dem das Kind tot geboren wird, kann die Erfahrung einer plötzlichen Liebe oder Zuneigung zum Kind besonders erschütternd sein. Dem gegenüber geben diejenigen Männer, die die Geburt eines lebensfähigen Kindes miterleben, an, dass Befürchtungen einer mangelnden Zuneigung und Liebe für das Kind durch die Geburt relativiert wurden. Auf Grundlage der eigenen Studie kann, bezugnehmend auf die Ergebnisse von Locock & Alexander (2006), zwar die Relevanz bestehender Rollenvorstellungen- und Zuschreibungen für die interviewten Männer herausgestellt werden, diese sind aber als dynamisch zu beschreiben.

McCoyd (2007) beschreibt in ihrer Studie die negativen Auswirkungen auf schwangere Frauen nach einem pränatalen Befund durch das Verhalten der Partner. Für die Frau stark zu sein, eine Passivität in der Entscheidungsfindung und das Zurückhalten der eigenen Emotionen werde von Frauen demnach negativ erlebt. Stroebe et al. (2013) konnten mit ihrer Langzeitstudie zum Trauererleben verwaister Eltern ebenfalls zeigen, dass sich die Selbstregulation von Gefühlen und Gedanken längerfristig sowohl auf die eigene als auch auf die Trauer des Partners negativ auswirkt. Für die Partnerin stark zu sein und eigene Emotionen ihr zuliebe zu unterdrücken, zeigte ähnliche Effekte wie in der Studie von McCoyd (2007). Statt der eigentlich durch die Selbstregulation der eigenen Gefühle intendierten Linderung der Symptomatik der Partnerin verschlechterten

8 »We suggest that men's status and feelings as father may be overlooked or may be subordinated to other roles they fulfil – sometimes by choice, sometimes involuntarily«, (Locock & Alexander, 2006, S. 80).

sich dadurch sowohl die eigenen als auch die Trauerwerte des Partners bzw. der Partnerin. In der eigenen Studie wird das »Stark-Sein für die Partnerin« ab der Zeit der Befundmitteilung ebenfalls von einigen Männern als bewusste oder auch unbewusste Reaktionsform beschrieben. Auch Umschreibungen wie die der Verantwortungsübernahme für gute Laune in der Familie und das Aufrechterhalten der eigenen Verfügbarkeit für die bereits vorhandenen Kinder werden von Interviewten genannt. Während über die Reaktionen der Partnerin auf das Verhalten der Männer (etwa ob es als hilfreich oder belastend erlebt wurde) keine Informationen vorliegen, benennen einige der Männer negative Auswirkungen auf das eigene Befinden, das sich beispielsweise in dem Wunsch nach Akzeptanz, nach Raum für eigene Gefühle oder nach einer Auszeit von beruflichen Verpflichtungen zeigt. Auf der anderen Seite wird auch von positiven Auswirkungen der Selbstregulation berichtet, die der eigenen Ohnmacht Gefühle wie Kompetenz und Handlungsfähigkeit entgegensetzen. Für spätere Forschungsvorhaben wäre daher interessant, die partnerschaftlichen Dynamiken ab dem Zeitpunkt der Diagnose im Hinblick auf geschlechterdifferente Verhaltensweisen und deren Auswirkungen zu untersuchen. Im Rahmen der eigenen Studie lassen sich zwar unterschiedliche Strategien der Bewältigung darlegen, allerdings können keine Aussagen zu wesentlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern, zu deren Auswirkung auf die eigenen und die partnerschaftliche Bewältigung der Erfahrung und zu längerfristigen Auswirkungen getroffen werden.

Kersting (2005) stellt in ihrem Artikel das unterschiedliche Trauerverhalten von Frauen und Männern nach dem Verlust ihres Kindes gegenüber. Ergebnisse aus Studien und eigenen Beobachtungen lassen demnach auf Manifestationen von geschlechtsspezifischen Copingmechanismen im Trauerprozess schließen (S. 130). Tendenzen von Männern, den Verlust eher zu leugnen (Stinson et al., 1992) oder sich in Arbeit zu stürzen und den Verlust damit zu kompensieren (Beutel et al., 1996), nennt sie dabei als Beispiele. Martin & Doka (2000, 2011) stellen in ihren Arbeiten ebenfalls eher aktiv und eher emotional veranlagte Trauertypen sowie eine Mischform aus beiden heraus, versuchen aber, diese von Geschlechtsstereotypen zu entkoppeln, und betonen die Vor- und Nachteile der jeweiligen Trauerformen. Der Typus der intuitiven Trauer gehe mit tiefen und als schmerzvoll erlebten Gefühlen einher und werde bisher mit der weiblichen Trauer assoziiert, während der instrumentelle Typ, der den Verlust tendenziell eher intellektuell verarbeite, dem männlichen Geschlecht zugeschrieben werde. Da in der Praxis aber ebenso Männer intutives Trauerverhalten als auch Frauen aktives Trauerverhalten zeigten, sprechen sie sich für eine Entkoppelung von Trauertyp und Geschlecht aus (vgl. auch Lehner, 2013, S. 20). Diese Erkenntnisse legen ebenfalls nahe, sowohl in Bezug auf Copingmechanismen in der Stressverarbeitung als auch in Bezug auf unterschiedliche Trauerreaktionen keine voreiligen Schlüsse in Bezug auf Geschlechterstereotype und die Bewertung von unterschiedlichen Strategien vorzunehmen. Studien,

die z.B. durch Einbeziehung gleichgeschlechtlicher Paare Aufschluss über mögliche Geschlechterdifferenzen geben können, stehen bisher noch aus (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2018).

Cope et al. (2015) geben in ihrer Studie zu Trauerverläufen infolge einer letalen fetalen Diagnose an, dass Männer sich zwar tendenziell etwas schneller von dem Verlust des Kindes erholen, es aber eine sehr hohe, individuelle Variabilität zwischen den unterschiedlichen Trauerverläufen gäbe (S. 6). Ähnliche Befunde lassen sich auch für die eigene Arbeit ableiten. Trauer- und Verarbeitungsprozesse gestalten sich individuell, und es lassen sich für die eigene Arbeit sowohl Beispiele für aktive als auch für passiv-vermeidende Strategien finden. Zu berücksichtigen ist, dass die erlebte Belastung durch den Verlust und die Art der Trauer wesentlich von der vergangenen Zeit seit dem Verlust des Kindes abhängen. Wagner (2014) stellt eine durchschnittliche Abnahme von Trauersymptomatiken nach sechs Monaten infolge der Verlusterfahrung heraus, betont aber ebenfalls die Individualität von Trauerverläufen, auch in Abhängigkeit von der Intensität der Beziehung zu der verstorbenen Person. Während nach Cope et al. (2015) Männer (im Gegensatz zu den befragten Frauen[9]) insbesondere bei der Entscheidung der Partnerin zum Austragen der Schwangerschaft mit letaler Diagnose Schwierigkeiten bei der Bewältigung hatten, zeichnet sich in der eigenen Arbeit eher eine gegenteilige Tendenz ab (vgl. Kap. 5.2.5.1).

In der eigenen Studie wurden in Bezug auf die Intensitäten und den zeitlichen Ablauf der Trauerverarbeitung von Männern Unterschiede zu den Partnerinnen von den Interviewten teilweise als belastend erlebt. Der Möglichkeit zur partnerschaftlichen Bewältigung kommt im gesamten Prozess der Auseinandersetzung mit dem beunruhigenden pränatalen Befund, den zu treffenden Entscheidungen und dem Umgang mit einem möglichen Verlust des Kindes eine zentrale Bedeutung zu, unabhängig davon, wer welche Form der Verarbeitung und Trauer wählt. Anders als die schwangere Frau sind die werdenden Väter für die Zeit der Schwangerschaft in besonderer Weise von der Delegation ihrer Partnerin hinsichtlich der Möglichkeit einer haptischen Wahrnehmung des Ungeborenen (Sänger et al., 2013) und der Beteiligung an die Schwangerschaft betreffende Entscheidungen abhängig. Inwieweit sie an Untersuchungen, Beratungsgesprächen und Entscheidungen aktiv beteiligt sind, ist insbesondere Ergebnis partnerschaftlicher Aushandlung. Baldus (2006) stellt in diesem Zusammenhang dyadisches Coping (in Anlehnung an Bodenmann, 2000) als partnerschaftliche Ressource im Entscheidungs- und Verarbeitungsprozess der Gefahr einer Entzweiung im Entscheidungsprozess gegen-

9 Bei den befragten Frauen hatten diejenigen, die sich für eine palliative Geburt entschieden haben, signifikant niedrigere Trauerwerte als diejenigen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (n=158 Frauen und N=109 Männer nach der pränatalen Diagnose Anenzephalie).

über. Für die meisten der von ihr interviewten Frauen ist die Partnerschaft eine hilfreiche Ressource (S. 262 ff.). Auch Gersthahn (2013) kann für ihr Studienkollektiv vorrangig eine »Intensivierung und Festigung der Paarbeziehung« (S. 177) herausstellen. Anhand der eigenen Studie kann gezeigt werden, dass die Möglichkeit, als Paar gestärkt auf die Erfahrung zurückzublicken, wesentlich von dem Potential einer gemeinsam getroffenen Entscheidung abhängt (vgl. Kap. 5.2.4). Wird in erster Linie die Entscheidung der Partnerin trotz anderer eigener Präferenz mitgetragen oder kommt es gar zu einem Zerwürfnis zwischen den Partnern, fällt die wichtigste Ressource für die Bewältigung der Erfahrung – die Unterstützung durch die Partnerin – weg. Dies trifft für Mütter und Väter in gleicher Weise zu. Die Studie von Renner (2006) konnte zeigen, dass der Partner für Frauen nach einem Befund die wichtigste soziale Ressource darstellt. Für Männer hingegen stellt die Partnerin sogar häufig die einzige Bezugsperson dar, wie auf Grundlage der eigenen Studie deutlich wird. Côté-Arsenault & Denney-Koelsch (2018) können in ihrer Studie, in der sie sowohl 16 Einzelinterviews mit Müttern als auch 14 Paarinterviews vergleichen, ebenfalls die Relevanz einer gemeinsamen Entscheidungsfindung herausstellen. Sie formulieren wesentliche Indikatoren, die Einfluss auf das Erleben zwischen Männern und Frauen haben und identifizieren u.a. individuelle Reaktionsformen auf den Schicksalsschlag und die Stärke der Paarbeziehung als relevante Indikatoren im Prozess der Auseinandersetzung.

In Bezug auf die Relevanz einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sind die Ergebnisse der eigenen Arbeit richtungsweisend. Bei der Bewältigung und Verarbeitung eines pränatalen Befundes wurde zwischen Männern hinsichtlich der Art der Diagnose und die Art der Entscheidung unterschieden. Die Gruppe derjenigen Männer, die eine palliative Geburt miterlebt und sich somit im Laufe der Schwangerschaft mit der Partnerin für das Austragen das Kindes entschieden haben, hob sich bereits vor den Interviews durch die Vielzahl der Rückmeldungen von den übrigen Gruppen in der Studie ab (s.o.). Côté-Arsenault & Denney-Koelsch (2016) geben als Beweggründe von Paaren mit der gemeinsamen Entscheidung zum Austragen an, diese mit dem Ziel getroffen zu haben, die Entscheidung später nicht bereuen zu wollen. Auch die eigene Studie zeigt, dass das Erleben von Schuldgefühlen und Reue hinsichtlich der Entscheidung zum Austragen nicht genannt wird oder sogar im Gegenteil der Gedanke, alles für das Kind getan zu haben, für eine große Zufriedenheit mit der Entscheidung sorgt. Cope et al. (2015) stellen zudem heraus, dass mit der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft bei einer letalen fetalen Diagnose die Zeit der Verabschiedung verlängert und damit intensiviert werden kann. Auch das soziale Umfeld könne dadurch stärker mit einbezogen werden und teilhaben. Die eigene Studie zeigt hingegen, dass die Möglichkeiten einer intensiven Verabschiedung und Anteilnahme Angehöriger auch bei Entscheidungen zu einem Schwangerschaftsabbruch gegeben sind. Allerdings ist für Männer ein offener und selbstbewusster Umgang mit einer Entscheidung für einen

späten Schwangerschaftsabbruch im Vergleich sehr viel schwieriger als bei einer ausgetragenen Schwangerschaft. Die Angst vor Verurteilung und sozialen Sanktionen wird bei mehreren Interviewpartnern deutlich. Die Diskrepanz zwischen der Möglichkeit der aktiven Auseinandersetzung sowie einem offenen Umgang mit der Erfahrung und einem Mangel an Angeboten zur Bewältigung, der insbesondere Männer und Paare nach einem Schwangerschaftsabbruch betrifft, wird im Zusammenhang genannt. Während es für Männer bzw. Eltern nach dem Austragen einer Schwangerschaft verschiedene lokale oder auch digitale Angebote gibt, fühlen sich Väter (und nach ihren Angaben auch teilweise ihre Partnerinnen) mit der Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs stärker auf sich gestellt.

Die Ergebnisse der Studie von Black & Sandelowski (2010), welche das persönliche Wachstum und Möglichkeiten einer positiven Veränderung infolge einer miterlebten pränatalen Diagnose bei Frauen und Männern untersucht, bestätigen sich auch in der eigenen Forschungsarbeit. Mit der Studie stellen die Autorinnen der belastenden und traumatisierenden Erfahrung eines pränatalen Befundes erlebte Potentiale zur persönlichen Entwicklung gegenüber. Sie stellen anhand ihrer Interviews positive Veränderungen (positiv change) in Form von z.B. Gefühlen der Verbundenheit mit dem verstorbenen Kind oder eine erfahrene Gottesliebe durch das verstorbene Kind als Indikatoren für eine positive Persönlichkeitsveränderung heraus. Bei den meisten der interviewten Frauen und Männer konnten entsprechende Tendenzen beobachteten werden. Auch auf die Partnerschaft habe sich die Erfahrung in einigen Fällen positiv ausgewirkt. Bei denjenigen Teilnehmerinnen der Studie, die eine negative Veränderung (negative change) infolge des Befundes erleben, habe sich hingegen zugleich auch die Partnerschaftsqualität verschlechtert. Damit zeichnet sich die partnerschaftliche Tragweite der Erfahrung deutlich ab. Auch in der eigenen Studie benennen Männer positive Aspekte infolge der Erfahrung, während andere stärker mit der Erfahrung hadern und Schwierigkeiten haben, diese zu akzeptieren (vgl. Kap. 5.4). Vereinzelt kann die Studie darüber hinaus Hinweise liefern, welche Bedingungen eine positive Perspektive auf die Erfahrung besonders befördern. Neben der partnerschaftlichen Dynamik und der Art der Diagnose konnten auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale als förderlich herausgestellt werden. Bereits erfolgreich durchlebte Rückschläge in der Biographie oder die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu antizipieren und dazu passende Angebote oder Aktivitäten zur Verarbeitung zu nutzen, können hier exemplarisch genannt werden.

Als eine relevante Studie, die Erkenntnisse für das Erleben und Verarbeiten von Vätern und Müttern behinderter Kinder liefert, kann die von Hinze (1999) genannt werden. In seiner Arbeit untersucht er den Prozess der Auseinandersetzung von Paaren, die sich für das Austragen eines behinderten Kindes entschieden haben. Bei genauerer Lektüre der Studie überrascht zunächst, dass die Erkenntnisse, die vor mehr als 20 Jahren durch die Studie generiert wurden, weiterhin eine

hohe Relevanz und Aktualität im Hinblick auf den Forschungsgegenstand besitzen. In seiner Studie untersucht er Väter und Mütter von geistig behinderten Kindern, die bereits vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen im Zusammenleben den Prozess der Auseinandersetzung umfassend reflektieren können. Wesentliche Erkenntnisse seiner Studie sind, dass Männer und Frauen gleichermaßen von der Behinderung ihres Kindes betroffen sind (S. 212), sie daher ebenso auf fachliches Wissen angewiesen sind und sich Reaktionsformen der Partner gegenseitig bedingen (ebd.).[10] Während im Verlauf dieses Kapitels bereits einige Parallelen zu der Studie im Hinblick auf Reaktionsformen herausgestellt werden konnten, beziehen sich Unterschiede insbesondere auf den Grad der Eingebundenheit und Beteiligung sowie der Verarbeitung und Auseinandersetzung der Väter bzw. Männer im Gesamtprozess. Hinze (1999) stellt in seiner Studie heraus:

> Durch ihre primäre Rolle als Berufstätige […] haben Väter in der Regel weniger Kontakt zum Kind. Folglich wurden die meisten der befragten Väter auch weniger mit den Entwicklungsproblemen ihres Kindes konfrontiert. Entsprechend gaben sie zu verstehen, über die damaligen Probleme des Kindes weniger informiert gewesen zu sein. […] Häufig seien sie nur indirekt über ihre Ehefrauen informiert worden. (S. 97)

Auch in anderen Studien wird der geringere Informationsgrad bei werdenden Vätern herausgestellt und z.B. als Legitimation für eine stärkere Konzentrierung auf die Belange der schwangeren Frau herangezogen (Friedrich et al., 1998; Wieser et al., 2006). Die eigene Arbeit legt hingegen nahe, dass die Art der persönlichen Eingebundenheit, der Informationsstand und die Beziehung zum Ungeborenen unter den Männern bereits in der Schwangerschaft stark variieren, was mit einem Aufbrechen festgeschriebener Geschlechternormen erklärt werden kann (Lengersdorf & Meuser, 2016; Meuser, 2011). Es können sowohl Beispiele für stark involvierte Väter als auch für das Gegenteil in der eigenen Arbeit herausgestellt werden. Auch die Bedeutung der eigenen Erwerbsarbeit, die häufig als Indikator für Geschlechterstereotype herangezogen wird, variiert im eigenen Sample stark. Hinweise für einen Informationsrückstand gegenüber der schwangeren Frau wurden nur in einem Fall explizit. Vielmehr deuten die eigenen Ergebnisse darauf hin, dass die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Prozess der Auseinandersetzung inzwischen stärker einem Wandel unterliegen, als es frühere Forschungsarbeiten

10 Die Kinder der befragten Eltern waren zum Befragungszeitpunkt zwischen drei und sechs Jahre alt. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Studie wesentlich von der eigenen, in der durch die nicht erfolgte Limitierung im Hinblick auf das Kindesalter die Spanne von »ungeboren« bis 15 Jahre alt unter denjenigen Vätern reicht, die sich mit der Partnerin für das Austragen der Schwangerschaft entschieden.

nahelegen. Ein Öffnen festgeschriebener Geschlechterrollen macht die Erkenntnisse über Prozesse der Auseinandersetzung mit einem Befund vielschichtiger und komplexer.

Unabhängig von der Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft geben Männer an, in der gesamten Zeit nur wenig Angebote für sie als Betroffene wahrgenommen zu haben. Während Frauen ihre Erfahrungen mit Beraterinnen in Befragungen zumeist oder sogar ausschließlich positiv bewerten, gehen entsprechende Erfahrungen der Männer in der eigenen Studie stärker auseinander. Zunächst wurden im eigenen Sample nur vereinzelt Beratungsangebote[11] von Männern (unabhängig von der Partnerin) genutzt. Die Mehrzahl der Männer erlebt Beratungsangebote als vorrangig an die Partnerin adressiert. Zugleich benennen die meisten das Angebot aber als hilfreich, weil es das Paar in einen gemeinsamen Dialog bringt oder der Partnerin hilft, was auf Seiten des Mannes als Entlastung erlebt wird Es gibt Hinweise dafür, dass Angebote für Männer in Form kleiner Austauschgruppen (»Peer to Peer«) als ansprechender erlebt würden. Einige der Männer suchten in der Vergangenheit den Austausch mit anderen Betroffenen, wobei auffällt, dass hier der Austausch vorrangig mit anderen Frauen stattfand (etwa in Selbsthilfeforen). Eine Beobachtung, die auch in der eigenen Studie gemacht werden konnte, ist die Erleichterung von Männern infolge des Interviews, das sie als Möglichkeit zur bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Erfahrung nutzten. Côté-Arsenault & Denney-Koelsch (2018) geben an, dass auch in ihrer Erhebung insbesondere teilnehmende Väter auf das Interview positiv reagiert hätten (»Oh my goodness, I feel so much lighter! I have not told anyone our story until tonight«, S. 17 f.).

Mit einem Ausbau der unterstützenden Angebote und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und zur eigenen Mitteilung erhöht sich vermutlich auch das Potential, die durch den pränatalen Befund erlebte Erschütterung oder Krise zu verarbeiten oder sogar positiv auf die Erfahrung zurückzuschauen. In Abhängigkeit von partnerschaftlicher Kongruenz, persönlichen Erfahrungen, aber auch von der vergangenen Zeit seit der Befundmitteilung geben viele der interviewten Männer an, die Erfahrung als intensiv, lebensverändernd oder sogar wegweisend erlebt zu haben. Die Krise als Chance zur Persönlichkeitsentwicklung nutzen zu können, hängt von unterschiedlichen, teilweise nicht offenkundigen Faktoren ab (Filipp & Aymanns, 2018). Deutlich wird in der eigenen Arbeit der gesellschaftliche Einfluss auf das Erleben eines Befundes, der sich in konkreten Personen wie Reaktionen von Ärztinnen, Familienangehörigen, Freunden, Arbeitgebern und Kollegen widerspiegelt und von Männern als zusätzliche Belastung erlebt werden kann. Auch der Umstand, dass die Perspektive auf ein Leben mit einem behinderten Kind mit Sorgen und Befürchtungen in Bezug auf z.B. negative finanzielle oder partnerschaftliche

11 Hierunter werden auch Gespräche mit Seelsorgern und Psychologinnen gefasst.

Auswirkungen verbunden sein könnte (Kolleck & Sauter, 2019), zeugt von unausgeschöpften Handlungsspielräumen bei der Unterstützung von werdenden Eltern.

Das eigene Sample bildet ein breites Abbild von potentiellen Situationen und Konstellationen, wie sie nach einem Befund erlebt werden können. Damit liefert die Forschungsarbeit Einblicke in den Umgang mit verschiedenen Diagnosen, Entscheidungen, Schwangerschaftsausgängen und in Bedingungen, die in der Auseinandersetzung mit dem Befund als relevant erlebt werden (vgl. hierzu Kap. 5.1). Es ist nicht nur der Befund selbst, der Ängste und Befürchtungen hervorruft. Beispielsweise ist für einige Männer die Perspektive, dass ihr Kind längerfristig nicht lebensfähig ist, besonders erschütternd. Andere wiederum erleben es als Erleichterung, eine infauste Prognose zu haben, aufgrund derer sie sich leichter mit der Partnerin für einen Abbruch entscheiden können. Dementsprechend divergieren Reaktionen infolge des Befundes von einer emotionalen Distanz zum Ungeborenen bis hin zu Bemühungen, alle denkbaren Therapien aufzuspüren, um dem Kind möglichst gute Startbedingungen ins Leben zu ermöglichen.

Die kurzfristige und auch längerfristige Belastung der werdenden Väter nach einem Befund ist durch Gefühle von Verantwortung geprägt. Verantwortung wird in Bezug auf die Partnerin, das Ungeborene und gegenüber bereits vorhandenen Kindern erlebt. Darüber hinaus konnte die außerfamiliäre Eingebundenheit an einem Arbeitsplatz als Thema herausgestellt werden, das insbesondere für das Erleben der Männer kennzeichnend ist. Die Abhängigkeit von der Solidarität der Vorgesetzten und das Bewusstsein, möglicherweise als (Haupt-)Ernährer der Familie am Arbeitsplatz funktionieren zu müssen, können vor dem Hintergrund der eigenen Betroffenheit als Belastung erlebt werden. Auf der anderen Seite konnte hinsichtlich der Arbeitsstelle auch gezeigt werden, dass der Arbeitsplatz für einige Männer die Bedeutung eines Schonraumes hat, an dem sie sich im Gegensatz zu der innerfamiliären Situation handlungsfähig und kompetent fühlen.

Als eine spezifische Herausforderung von Männern konnte in dieser Arbeit die **Angst vor einer ungleichen** Präferenz im Entscheidungsprozess herausgestellt werden. Nicht nur im Konflikt mit dem Befund, sondern auch im Konflikt mit der Partnerin zu stehen, die möglicherweise eine andere Präferenz verfolgt, wird als befürchtete oder tatsächlich erlebte Herausforderung von besonderer Tragweite deutlich. Für sich selbst oder gemeinsam als Paar eine Lösung des Entscheidungskonflikts zu finden, kann sowohl für das Überwinden der Krise als auch für den Fortbestand der Partnerschaft als wesentlich herausgestellt werden. Ein partnerschaftliches Durchstehen der Krise wird oftmals als beziehungsstärkend oder auch identitätsstiftend erlebt. Das Gefühl, mit der Partnerin die schlimmsten Dinge meistern zu können, lässt Männer auch positiv auf die gemachten Erfahrungen zurückblicken.

Um die getroffene Entscheidung verarbeiten und sich mit ihr längerfristig identifizieren zu können, ist es wichtig, sich angemessen mit ihr auseinander-

zusetzen, keine Verurteilung zu befürchten und in Umfeld und Gesellschaft eine Plattform für die Erfahrung zu finden. Die eigene Arbeit zeigt in besonderer Weise, dass es nicht die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch ist, die eine Möglichkeit zur persönlichen Verarbeitung liefert, sondern insbesondere die Verfügbarkeit von persönlichen und sozialen Ressourcen.

6.4 Relevanz für die Praxis

Die Erfahrungen der Männer im Sample sind individuell und vielschichtig. Die nachfolgenden Empfehlungen und Hinweise zu einzelnen, praxisrelevanten Aspekten können deshalb nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Persönlichkeit mit ihrer Vorgeschichte, Eingebundenheit und ihren Potentialen betrachtet werden.

Das genaue Erinnern von Mimik und Gestik der Ärztin während der verunsichernden Untersuchung, als unerträglich lang empfundene Wartezeiten in der Klinik und die Art der Kommunikation über das Ungeborene zeigen, dass die Sensibilität der werdenden Väter im Kontext einer Befundmitteilung besonders erhöht ist. Dementsprechend ist ein *behutsamer und personenzentrierter Umgang*, der beide Partner im professionellen Kontakt umschließt, wesentlich. Sowohl eine Verunsicherung des Arztes als auch ein zu nüchterner und distanzierter Umgang werden negativ erinnert. In einigen Fällen wird durch die Väter der sensible Umgang des Klinikpersonals oder einer Beraterin besonders gelobt.

Empfehlungen hinsichtlich möglicher Entscheidungen über Behandlungen und den Schwangerschaftsausgang wurden im Sample *negativ bewertet*, sofern selbst noch eine Unsicherheit über den Schwangerschaftsausgang bestand. Wenn selbst noch eine Unsicherheit über den präferierten Schwangerschaftsausgang zwischen dem Paar besteht, wird insbesondere ein neutrales Aufzeigen aller möglichen Optionen positiv bewertet. Wenn eine Präferenz für den Mann über den Fortverlauf der Schwangerschaft besteht, werden hingegen Erfahrungen einer Bestätigung der Entscheidung von Außenstehenden positiv herausgestellt.

Das Einbeziehen der Wege zur Schwangerschaft in der eigenen Studie verdeutlicht, dass teilweise *Vorgeschichten* – wie etwa eine Fertilitätsproblematik, bereits erlebte Fehlgeburten oder eine eigene Erkrankung – der Schwangerschaft vorausgehen und sich später auch *auf das Erleben des Befundes auswirken können*. Überwundene Krisen aus der Vergangenheit und deren erfolgreiche Bewältigung wurden als Erfahrungen genannt, auf die als persönliche oder auch partnerschaftliche Ressource zurückgegriffen werden kann. Die individuellen Vorgeschichten der Partner mit in Beratungskontexte aufzunehmen, Ängste ebenso ausfindig zu machen wie Potentiale, die möglicherweise Einfluss auf verschiedene Verarbeitungsstrategien haben, kann vor dem Hintergrund der eigenen Studie angeraten werden, um ein gegenseitiges Verständnis zwischen den Partnern zu fördern.

Eine gute *Vernetzung spezialisierter Ärztinnen, Kooperationen* mit Beratungsstellen und Kontakte zu anderen Betroffenen, die Paare auf dem Weg zu ihrer Entscheidung begleiten können, werden **als bedeutsame Angebote** bewertet. Die Begleitung der Männer und Paare durch Hebammen kann auf Grundlage der Arbeit ebenfalls positiv hervorgehoben werden. Als Ansprechpartnerinnen werden sie auch in der Rückschau häufig als wichtige Kontaktpersonen geschätzt, die mit ihren Ideen zur Gestaltung der Schwangerschaft, der Geburt und einer individuellen Verabschiedung vom Kind wesentlich zum Erleben beitragen.

Gesprächs- und Unterstützungsangebote aus dem Familien- und Freundeskreis werden von den Männern – z.B. in Form von Briefen, telefonischen Rückmeldung oder digitalen Nachrichten – positiv bewertet. Auf der anderen Seite werden ausbleibende oder verständnislose Reaktionen als verletzend und unsensibel erinnert. Auf den Umgang mit mangelndem Verständnis und Akzeptanz für die eigene Entscheidung sollten Paare in beratenden Gesprächen daher möglichst gut vorbereitet werden. Hinweise von Beraterinnen, sich auf Rückfragen von beispielsweise Nachbarn oder Arbeitskollegen einzustellen, werden als hilfreich genannt, um zusätzlich belastende Situationen möglichst zu vermeiden.

Da die *werdenden Väter* zum Zeitpunkt eines Befundes oftmals bereits eine Beziehung zum Kind aufgebaut haben, sind sie mit ihren Sorgen und Befürchtungen *als selbst Betroffene und nicht nur als Begleiter ihrer schwangeren Partnerin* anzuerkennen. Die funktionale Reduzierung als hilfreicher Unterstützer oder schädlicher Beeinflusser der schwangeren Frau ist noch häufig in der Fachliteratur vorzufinden und trägt nicht zu einem positiven Schwangerschafts- und Entscheidungsverlauf des Paares bei. Als Paar in einen gemeinsamen Dialog zu kommen, Wünsche, Befürchtungen und Ängste offen anzusprechen und einen gemeinsamen Weg auszuhandeln, stellt eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches, partnerschaftliches Annehmen und Überwinden der Herausforderung dar.

Auch auf Grundlage anderer Studien kann gezeigt werden, dass ein *Zurückhalten der eigenen Meinung* und Position, auch wenn dies aus ehrenwerten Beweggründen geschieht, häufig einen *negativen Effekt auf das Befinden* der Partnerin sowie den Mann hat. Die eigene Studie zeigt jedoch, dass Männer, entweder aus einer eigenen Unsicherheit oder aus Rücksichtnahme auf die schwangere Partnerin, häufig ihre eigene Präferenz verschweigen und die Entscheidung der Partnerin überlassen. Da die eigene Studie einzelne Beispiele zeigen kann, in denen das Zurückhalten oder Unterdrücken der eigenen Meinung zu einer zusätzlichen psychischen Belastung geworden ist, ist die Förderung eines offenen Dialog zu empfehlen, um keine längerfristige Belastung der Partnerschaft durch den unausgesprochenen Konflikt zu riskieren. Insbesondere bei differierenden Präferenzen zwischen dem Paar ist eine professionelle Begleitung wichtig, um einen sicheren Rahmen zu schaffen, in dem unterschiedliche Befürchtungen und Wünschen Raum finden.

Es wird deutlich, wie leicht Männer nach einem beunruhigendem Befund aufgrund der eigenen psychischen Belastung in einen Konflikt durch noch immer *vorherrschenden Rollenvorstellungen* kommen können. Auch wenn die wenigsten Männer ihre familiären Arrangements als traditionell bezeichnen, zeigt die Studie dennoch traditionell verankerte Zuschreibungen von Verantwortungen und Tätigkeitsbereichen zwischen den Partnern, etwa durch die geplante Arbeitsteilung. Sich diese *bewusst zu machen* und schädliche Auswirkungen auf das eigene Befinden zu vergegenwärtigen, ist ein wichtiger Schritt für die eigene und gemeinsame Verarbeitung. Das *Bedürfnis, für die Partnerin stark sein zu wollen* und der Familie Halt und Schutz zu geben, *bietet dem Mann wenig Raum für das Zulassen der eigenen Emotionen* und eine aktive Auseinandersetzung mit der Erfahrung. Auf der anderen Seite bietet ein stabiles und funktionales Verhalten des Mannes auch Schutz, indem aus der eigenen (wiedergewonnenen) Handlungsfähigkeit Kraft geschöpft wird. Wichtig erscheint daher, keine Pauschalisierungen hinsichtlich unterschiedlicher Verarbeitungsstrategien vorzunehmen, sondern diese zu vergegenwärtigen und damit die Möglichkeit zu eröffnen, individuell entscheiden zu können, welche Form der Verarbeitung gerade den eigenen Bedürfnissen entspricht oder ob die gewählte Form lediglich Reaktion auf die Bedürfnisse der Partnerin ist.

Das selbstbewusste Einfordern von Raum zur individuellen Verarbeitung, ist auch vor dem Hintergrund der *Eingebundenheit in berufliche Verpflichtungen* ein relevantes Thema. Auf Grundlage verschiedener Beispiele in der Arbeit kann gezeigt werden, dass das Einfordern von Schonraum insbesondere mit der Rolle als Erwerbstätiger in Konflikt stehen kann. Sich dem Lauf der Gedanken hinzugeben, Gefühle zuzulassen und verletzlich zu sein, ist nicht mit der Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit, wie sie am Arbeitsplatz häufig gefordert ist, zu vereinbaren. Im Gegensatz zu den Partnerinnen, die von ihrer Ärztin infolge eines Befundes krankgeschrieben werden und oftmals Zeiten wie Mutterschutz oder Elternzeit als Schonraum nutzen können, erleben einige Männer die berufliche Verpflichtung vor dem Hintergrund der Situation als belastend. Sich dem Arbeitgeber und auch Kollegen bei längeren Fehlzeiten anzuvertrauen sowie auf Rücksichtnahme und Verständnis zu hoffen, wird als unangenehm empfunden. Andererseits wird auch thematisiert, dass die schnellere Rückkehr in den Alltag durch die berufliche Verpflichtung als Vorteil gegenüber der Partnerin erlebt wird, die sich ohne einen entsprechenden Fluchtraum viel länger und intensiver ihren Gefühlen habe hingeben müssen. Welche Funktion die eigene Erwerbsarbeit jeweils hat und ob ausreichend Raum für die eigene und die partnerschaftliche Verarbeitung mit ihr zu vereinbaren ist, ist persönlich oder im Beratungskontext zu bedenken.

Insbesondere dann, wenn das Paar sich für einen Fetozid entscheidet, ist ein genaues *Durchsprechen der einzelnen medizinischen Abläufe mit dem Paar zwingend erforderlich*. Die Ergebnisse zeigen, dass das Vorgehen häufig nicht im Detail klar ist. Unerwartete Wartezeiten zwischen Fetozid und Geburtseinleitung, der Zwang zu

einer natürlichen Entbindung nach einem Fetozid und das Mitverfolgen des Fetozids im Ultraschall können als unnötige Belastungen der Männer genannt werden. Auch im Hinblick auf eine spätere Verabschiedung vom geborenen Kind sollten Routinen eingeführt werden, die eine würdige Verabschiedung ermöglichen.

Spielraum zur individuellen Gestaltung haben die verwaisten Eltern bei der *Verabschiedung und Beerdigung des Kindes*. Auf Möglichkeiten der Delegation bürokratischer Angelegenheiten an Bestatterinnen hinzuweisen, kann entlastend sein. Häufig sind es die Männer, welche die organisatorischen Angelegenheiten übernehmen und diese als zusätzlich belastend erleben. Auch hier kann eine enge Kooperation zwischen Kliniken bzw. Hebammen und Bestattungsinstituten, die zu einer Professionalität im Umgang beitragen, hilfreich sein. Darüber hinaus zeigt die Arbeit, dass das individuelle Ausschöpfen von Gestaltungsspielräumen im Rahmen von Trauerfeiern und Beerdigungen positive Erinnerungen ermöglicht, die hilfreich für die Verarbeitung sein können. Mit dem gemeinsamen Trauern im Freundes- und Verwandtenkreis wird der Verlust auch mit anderen Menschen geteilt, was einige Männer gerade vor dem Hintergrund einer kurzen Lebensdauer oder Totgeburt des Kindes positiv bewerten.

Von einer *guten Vernetzung* profitieren ebenso diejenigen Männer und Paare, die sich *für das Leben mit einem behinderten Kind* entscheiden. Kontakte zu inklusiv arbeitenden Einrichtungen wie Kindergärten oder Schulen können erste Ängste nehmen. Kontakte zu Eltern-Gruppen oder vorhandenen Väter-Gruppen helfen, sich ein längerfristiges soziales Netzwerk aufzubauen, in dem das Verständnis und die Akzeptanz für die verschiedenen alltäglichen Herausforderungen besonders groß sind. Ein Umfeld zu haben, das die eigenen Probleme versteht und auf ähnliche Erfahrungen zurückgreifen kann, kann eine hilfreiche Ressource sein. Da häufig die Sorge um das Wohl älterer Geschwisterkinder genannt wurde, sollten auch hier möglichst passende Angebote vermittelt werden.

Das Gefühl, mit der Entscheidung für oder gegen ein behindertes Kind alleingelassen zu sein, nicht zu wissen, was ein Leben mit einem behinderten Kind bedeutet, Angst vor sozialer Ausgrenzung oder mangelnde finanzielle Ressourcen haben Auswirkung auf die Entscheidungen der Männer und Paare. Während einerseits Testverfahren in der Schwangerschaft Normalität geworden sind, fehlt auf der anderen Seite für die Konsequenzen der Tests jede Routine und Orientierung für die Betroffenen. Eine *enge und längerfristige Begleitung der Paare (nicht nur der Frauen!)*, auch über die Geburt hinaus, sollte dem Gefühl des Alleingelassen-Seins mit dem Befund unbedingt entgegengestellt werden. Das impliziert auch passende Angebote, wie geschlechtersensible Gruppenangebote und entsprechende Literatur.

Für einige Männer in der Studie war die Erfahrung eines pränatalen Befundes und der gleichzeitig erlebte Mangel an passenden Angeboten oder aber der besondere Mehrgewinn durch Hilfsangebote die Motivation dafür, sich selbst im Bereich der *Selbsthilfe oder Öffentlichkeitsarbeit* zu engagieren. Einige Männer haben

sich durch beratende Aktivitäten in Selbsthilfe-Foren, in Austausch- oder Trauergruppen oder durch die Gründung von Vereinen einen *aktiven Weg der Verarbeitung* gesucht. An diese Strategien zur positiven Verarbeitung der Erfahrung sollte, ergänzend zu beraterische Angeboten, angeknüpft werden, um ein proaktives Verarbeiten zu unterstützen.

6.5 Fazit und Ausblick

Was die vorliegende Studie auszeichnet, sind die vielen und diversen persönlichen Einblicke in die teilweise tiefgreifenden Erinnerungen von Männern an die Erfahrung eines pränatalen Befundes bei ihrem ungeborenen Kind. Die Forschungsarbeit bietet neben neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen auch Raum für das häufig tabuisierte Thema der Gefühle und Gedanken von Männern, die bisher vorrangig Platz im Privaten gefunden haben. Diese in einen öffentlichen Diskurs einzubringen und damit auch soziale Wirkräume sichtbar zu machen, kann als eine wesentliche Motivation für die vorliegende Arbeit genannt werden.

Als ein insbesondere durch feministische Diskurse eingebrachtes Thema lag und liegt der Schwerpunkt sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der praktischen Auseinandersetzung bisher vorrangig auf der Perspektive der schwangeren Frau. Verbreitete Annahmen, Männer seien durch ihre körperliche Distanz zum Ungeborenen weniger emotional von einem pränatalen Befund und dessen Konsequenzen betroffen, konnten sich jedoch nicht bestätigen. Das Aushalten von Gefühlen, die nirgendwo ihren Platz zu haben scheinen, die Sorge um die Partnerin, die Angst vor ihrer Entscheidung und vor den Auswirkungen der Erfahrung auf die Partnerschaft und das weitere Leben sind nur einige der Themen, die unter der eigenen Forschungsfrage herausgearbeitet werden konnten. Einer einseitigen Betrachtung des Mannes als potentiellem Gefährder der schwangeren Frau im Entscheidungsprozess, wie sie sich in früheren Forschungsarbeiten teilweise darstellt, kann damit eine anerkennende und weitreichende Sichtweise gegenübergestellt werden.

Auch der Annahme, dass Entscheidungen für oder gegen ein Kind mit einer pränatal diagnostizierten Behinderung einem bestimmten Mainstream oder Lifestyle folgen würden, setzt die eigene Arbeit eine eigene Sichtweise entgegen. Zwar entscheiden sich Eltern infolge eines pränatalen Befundes mehrheitlich gegen das Austragen der Schwangerschaft, aber die Schlussfolgerung, dass entsprechende Entscheidungen leichtfertig getroffen würden, widerspricht den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit grundsätzlich. Ferner konnten gesellschaftliche Einflüsse und Wirkräume in befundbedingten Schwangerschaftskonflikten sichtbarer gemacht und vor ihrem Hintergrund die professionelle Unterstützung und Begleitung betroffener Männer und Frauen in Anerkennung ihrer gegenseitigen Eingebunden-

heit gefordert werden. Dies ist zugleich ein Plädoyer für eine weitere, konfliktsensible Forschung in diesem Bereich sowie für eine solidarische Gesellschaft, in der die Geburt eines behinderten Kindes keinem Stigma gleichkommt, sondern werdende Eltern in ihrer Entscheidung für oder gegen ein behindertes Kind unabhängig von ihren persönlichen und finanziellen Ressourcen jede notwendige Unterstützung erfahren.

Ein weiteres in der bisherigen Forschung vernachlässigtes Thema ist die Beziehung der werdenden Väter zu ihrem ungeborenen Kind. Mit dem Wissen, dass das Kind anders als zunächst erwartet mit einer Behinderung auf die Welt kommen wird, können Vorstellungen von der Beziehung zum Kind und über die eigene Vaterschaft erschüttert werden. Die vorliegende Arbeit zeigt aber auch, dass Reaktionen der Väter auf die Diagnose vielschichtig sind. Unter welchen Bedingungen der Prozess der persönlichen Neuausrichtung der Vaterrolle gut gelingt und welche Rolle dabei implizite oder explizite Konstruktionen von Männlichkeit spielen, könnte im Rahmen weiterer Forschungsvorhaben spezifische Erkenntnisse hinsichtlich verschiedener Rollenbilder und deren Auswirkungen liefern. Die aus der eigenen Arbeit hervorgehenden Hinweise, dass sich die geplante Elternzeit bzw. arbeitsteilige Arrangements nach der Geburt auf das partnerschaftliche Verhalten im Entscheidungsprozess auswirken können, sind vor diesem Hintergrund erste interessante Befunde.

Hinsichtlich der längerfristigen Auseinandersetzung mit der Erfahrung eines späten Schwangerschaftsabbruchs konnten, wie oben schon erwähnt, in besonderer Weise Bedarfe im Bereich der Begleitung und Unterstützung der betroffenen Männer und ihrer Partnerinnen ausgemacht werden. Im Hinblick auf Routinen bei der Verabschiedung vom toten Kind und bei der Nachbetreuung betroffener Eltern kann auf Grundlage der eigenen Arbeit angeregt werden, Grundlagen für einheitliche Qualitätsstandards in der Betreuung von Männern und Frauen zu schaffen und in der Praxis von Klinken zu implementieren. Hierbei könnte auch die unterschiedliche Versorgungsstruktur zwischen (Groß-)Stadt und ländlichen Räumen mit in konkrete Überlegungen einfließen.[12]

Zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen kommen die Männer in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der Einbindung älterer Geschwisterkinder im Rahmen der Verabschiedung vom sterbenden oder bereits verstorbenen Geschwisterkind. Die Untersuchung von kurzfristigen sowie längerfristigen Auswirkung des Verlustes aus Perspektive von Geschwisterkindern kann eine relevante Fragestellung hinsichtlich der professionellen Begleitung von Familien sein.

---

12 Vereinzelte Hinweise dafür, dass Strukturen in (Groß-)Städten besser ausgebaut sind, lassen sich in der eigenen Arbeit finden. Die Studie von Baier et al. (2019) legt zudem nahe, dass sich Defizite bei der Ausbildung von Ärztinnen z.B. auf das Erlernen von Methoden zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen negativ auswirken.

In der Studie lebten sämtliche Männer mit ihrer Partnerin in einer Partnerschaft. Die Ergebnisse lassen aber vermuten, dass eine Trennung der Partnerschaft als Folge einer Uneinigkeit im Entscheidungsprozess oder auch als Folge einer längerfristigen Belastung durch die Entscheidung wahrscheinlicher wird. Das Sample weist in dieser Hinsicht eine Lücke auf, die mit weiterführenden Forschungsarbeiten geschlossen werden könnte. Insbesondere da der partnerschaftliche Aushandlungsprozess als zentral herausgestellt wurde und die Partnerinnen als wichtige Ressource im Prozess der Auseinandersetzung und Verarbeitung fungieren, ist in dieser Hinsicht eine weiterführende Forschung zu empfehlen. Weitere Erkenntnisse über Paardynamiken und Trennungsgründe könnten wichtige Hinweise zur passgenauen Begleitung und Unterstützung Betroffener liefern.

Weiterhin wäre für spätere Studien interessant, die Kategorie Geschlecht hinsichtlich möglicher Zuschreibungen und Verhaltensweisen zu untersuchen. Das eigene Sample hat keinen Vergleich zwischen beispielsweise heterosexuellen und homosexuellen Paaren zugelassen. Die Untersuchung regt aber an, die Rolle des eigenen Geschlechts im Prozess der Auseinandersetzung, z.B. die Auswirkung von dynamischen Geschlechterverhältnissen auf den Entscheidungsprozess, näher zu untersuchen.

Sämtliche Erhebungen wurden vor der Corona-Pandemie durchgeführt, sodass die Ergebnisse der Studie die erschwerenden Umstände für Paare, die sich derzeit z.B. aus eingeschränkten Möglichkeiten der psychosozialen Beratung oder strengen Auflagen in Geburtskliniken ergeben, noch nicht berücksichtigen. Beiträge auf Internetseiten weisen jedoch auf einen gestiegenen Unterstützungsbedarf von Eltern nach einem beunruhigenden pränatalen Befund durch die pandemiebedingten Einschränkungen hin. Die notwendige Beratung zu bekommen, sich von dem verstorbenen Kind als Familie verabschieden zu können, nachgeburtliche Familienfotos zu organisieren oder in Gruppenangeboten die Erfahrungen mit anderen Eltern zu teilen sind Anliegen, die teilweise nicht in gewünschter Weise realisiert werden können. Betroffenen Eltern und ihren Kindern einen würdevollen und angemessenen Umgang zu ermöglichen, sollte daher in dieser Zeit ein besonderes Anliegen sein.

7. Danksagung

Die vorliegende Monographie wurde als Dissertation im September 2020 an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln eingereicht. Auf dem langen Weg bis zur Veröffentlichung dieser Arbeit wurde ich durch viele Personen begleitet und unterstützt. Ohne die intensive Zusammenarbeit und das Vertrauen meiner Projektbegleiterinnen und Weggefährten wäre das Vorhaben in dieser Weise nicht durchführbar gewesen.

Die Projektidee ergab sich unmittelbar aus den Ergebnissen meiner Masterarbeit an der TU Dortmund. Meine langjährige Betreuerin Professorin Dr. Dr. Sigrid Graumann hat meine Ambitionen, die Ideen und Erkenntnisse aus der Masterarbeit in ein eigenes Forschungsprojekt münden zu lassen, umfassend befürwortet und unterstützt.

Für das Vorhaben konnte ich Professor Dr. Markus Dederich als Erstbetreuung an der Universität zu Köln gewinnen. Ihm danke ich, dass er sich nahezu blind und ohne mich bis dato persönlich zu kennen, auf meine Betreuung mit Kopf, Herz und Hand eingelassen hat. Von der zuverlässigen, vertrauensvollen und kontinuierlichen Begleitung meiner Doktoreltern habe ich sehr profitiert. Der Vertrauensvorschuss zur Realisierung der Ideen und Vorschläge war einmalig.

Mit der Projektidee und der Unterstützung durch meine Doktoreltern habe ich mich um eine finanzielle Förderung des Forschungsvorhabens bei der bischöflichen Studienförderung Cusanuswerk beworben. Ohne die zuverlässige Förderung durch das Cusanuswerk wäre das Projekt, auch vor dem Hintergrund meiner privaten Situation als Alleinerziehende, nicht zu realisieren gewesen. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken!

Neben den offiziellen Betreuenden ist eine Vielzahl von Personen zu nennen, die in einzelnen Phasen meines Projekts helfend zur Seite standen. Bundesweit habe ich Beraterinnen aus der psychosozialen Beratung nach Pränataldiagnostik für die Unterstützung meines Vorhabens gewinnen können. Kontakte zu Gesprächspartnern wurden insbesondere durch ihre tatkräftige Unterstützung erfolgreich hergestellt. Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Engagement!

Methodische Hilfestellung konnte ich mehrere Male durch Herrn Professor Dr. Franz Breuer erfahren. Geduldig hat er sich konkreten Fragestellungen gestellt

und so Stagnationen im Strukturierungsfluss entgegengewirkt. Bei der Menge von Text, die ich über die Jahre produziert habe, war auch das permanente und abschließende Lektorieren meiner Arbeit durch Freunde und Verwandte unerlässlich. Ein besonderer Dank gilt hierbei der Theologin Dr. Hildburg Wegener. Du hast mich über Wochen tagtäglich mit Korrekturen und inhaltlichen Anmerkungen in unvergleichbarer Weise unterstützt. Du warst mir eine unglaubliche Hilfe! Weitere Personen, die ich an dieser Stelle namentlich nennen möchte, sind Jonas, Robin, Tom Bo, Laura und Anke. Habt vielen Dank für Eure Hilfe! Dieser schließt auch den gemeinsamen Austausch und das Denken über einzelne Fragen- und Problemstellungen mit ein.

Undenkbar wäre mein Projekt ohne dessen Herzstück, die Gesprächs- und Interviewpartner, gewesen. Mir als einer fremden Person von der möglicherweise persönlichsten und emotionalsten Erfahrung überhaupt zu berichten und noch einmal in die Erinnerungen einzutauchen, erkenne ich im höchsten Maße an. Ich empfinde größte Achtung und Anerkennung für Ihre Erfahrung und hoffe, mit dieser Arbeit das Gefühl, das ich selbst beim Zuhören erlebt habe, auch anderen Menschen vermitteln zu können. Mit dieser Arbeit erfahrbar zu machen, mit welchen Herausforderungen Sie konfrontiert wurden, war mir stets ein besonderes Anliegen. Ich hoffe, es ist mir gelungen.

Danke!

8. Literaturverzeichnis

Abou-Dakn, M., Albrecht-Engel, I., Chluppka, P., Hauffe, U., Hochauf, R., Janus, L., Maaz, H.-J., Mundlos, C., Renz-Polster, H., Ruppert, F., & Thurmann, I.-M. (2018). *Wie die Geburtserfahrung unser Leben prägt: Perspektiven für Geburtshilfe, Entwicklungspsychologie und die Prävention früher Störungen* (I. Brock & M. Odent, Hg.; Originalausgabe). Psychosozial-Verlag.

Bahrs, O., Kuhn, R., Riehl-Emde, A., & Schmidt, U. (2007). Beratung zu Pränataldiagnostik: Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und psychosozialen Beraterinnen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *56*(9), 772-794.

Baier, A., Behnke, A.-L., & Schäfer, P. (2019, Januar 18). *Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch*. gwi-boell. https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch

Baldus, M. (2006). *Von der Diagnose zur Entscheidung: Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom*. Klinkhardt.

Bambey, A., & Gumbinger, H.-W. (2017). *Neue Väter? Rollenmodelle zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Campus Verlag.

Batra, M. (2016). Ultrasonographic Evaluation of Neural Tube Defects at 11-14 Weeks. *Journal of Fetal Medicine*, *3*(3), 121-125. https://doi.org/10.1007/s40556-016-0094-y

Baur, N., & Hofmeister, H. (2008). Some Like Them Hot: How Germans Construct Male Attractiveness. *The Journal of Men's Studies*, *16*(3), 280-300. https://doi.org/10.3149/jms.1603.280

Behren, von, D. (2019). *Kurze Geschichte des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch*. *69*(20), 12-19.

Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of psychosomatic research*, *40*(3), 245-253.

Bingham, A., Correa, V. I., & Huber, J. J. (2012). Mothers' voices: Coping with their children's initial disability diagnosis. *Infant Mental Health Journal*, *33*(4), 372-385. https://doi.org/10.1002/imhj.21341

Black, B., & Sandelowski, M. (2010). Personal Growth After Severe Fetal Diagnosis. *Western Journal of Nursing Research*, *32*(8), 1011-1030. https://doi.org/10.1177/0193945910371215

Blumer, H. (2013). *Symbolischer Interaktionismus: Aufsätze zu einer Wissenschaft der Interpretation* (H. Bude & M. Dellwing, Hg.; 1. Aufl.). Suhrkamp Verlag.

Bodenmann, G. (1997). Dyadisches Coping: Theoretischer und empirischer Stand. *Zeitschrift für Familienforschung*, *9*(2), 7-25.

Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Hogrefe Verlag.

Bodenmann, G. (2005). *Beziehungskrisen: Erkennen, verstehen und bewältigen* (2. Aufl.). Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Bodenmann, G. (2016). *Bevor der Stress uns scheidet: Resilienz in der Partnerschaft* (2. Auflage 2016). Hogrefe.

Bolz, M., & Schaefer, S. (2017). Infektionen in der Schwangerschaft außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien. *Der Gynäkologe*, *50*(10), 803-825. https://doi.org/10.1007/s00129-017-4131-2

Born, C., & Krüger, H. (2002). Vaterschaft und Väter im Kontext sozialen Wandels. Über die Notwendigkeit der Differenzierung zwischen strukturellen Gegebenheiten und kulturellen Wünschen. In H. Walter (Hg.), *Männer als Väter: Sozialwissenschaftliche Theorie und Empirie* (1., S. 117-143). Psychosozial-Verlag.

Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' Study: Psychological Distress in Expectant Fathers During Pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(9), 718-725. https://doi.org/10.1080/00048670701517959

Brandt, G. (2017). Elternzeit von Vätern als Verhandlungssache in Partnerschaften. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, *69*(4), 593-622. https://doi.org/10.1007/s11577-017-0486-6

Breuer, F., Muckel, P., & Dieris, B. (2018). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer.

Breuer, F., Muckel, P., Dieris, B., & Allmers, A. (2019). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (4., durchgesehene und aktualisierte Aufl.). Springer VS.

Bronte-Tinkew, J., Ryan, S., Carrano, J., & Moore, K. A. (2007). Resident Fathers? Pregnancy Intentions, Prenatal Behaviors, and Links to Involvement With Infants. *Journal of Marriage and Family*, *69*(4), 977-990. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00425.x

Brosius-Gersdorf, F. (2016). Biologische, genetische, rechtliche und soziale Elternschaft. Herausforderungen für das Recht durch Fragmentierung und Plurali-

sierung von Elternschaft. *Recht der Jugend und des Bildungswesens*, *64*(2), 136-156. https://doi.org/10.5771/0034-1312-2016-2-136

Buddenberg, C., Götzmann, R., Klaghoger, S. M., Schönholzer, R., Huch, R., Zimmermann, N., & Köble, N. (2001). *Studie »Psychosoziale Aspekte der Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaft«. Studie des Zentrums für Technologiefolgen-Abschätzung*. https://www.ta-swiss.ch/ultraschall-untersuchung/

Bundesärztekammer (Hg.). (1998). *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2016). *Väterreport 2016*. https://www.bmfsfj.de/blob/112720/2d7af062c2bc70c8166f5bca1b2a331e/vaeterreport-2016-data.pdf

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). (2017a). *Väter auf die Geburt vorbereiten: Informationen und praktische Tipps für Fachkräfte. http://www.fruehe-hilfen-mtk.de/dokumente/Vaeter%20auf%20die%20Geburt%20vorbereiten.pdf*

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2017b, Juli 10). *Was ist Pränataldiagnostik?* Familienplanung. https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/was-ist-praenataldiagnostik

Charmaz, K. (2011). Den Standpunkt verändern. Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 181-205). VS Verlag.

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2nd Edition). Sage Publications Ltd.

Charmaz, K., & Puddephatt, A. J. (2011). Grounded Theory konstruieren. Kathy C. Charmaz im Gespräch mit Antony J. Puddephatt. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), & P. S. Ruppel & K. Mruck (Übers.), *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 89-107). VS Verlag.

Cope, H., Garrett, M. E., Gregory, S., & Ashley-Koch, A. (2015). Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome: Psychological outcome following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect. *Prenatal Diagnosis*, *35*(8), 761-768. https://doi.org/10.1002/pd.4603

Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. (2011). »My Baby Is a Person«: Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, *14*(12), 1302-1308. https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0165

Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. (2016). »Have no regrets:« Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science & Medicine*, *154*, 100-109. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.033

Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. (2018). »Love Is a Choice«: Couple Responses to Continuing Pregnancy With a Lethal Fetal Diagnosis. *Illness, Crisis & Loss*, *26*(1), 5-22. https://doi.org/10.1177/1054137317740798

Cox, D. N., Wittmann, B. K., Hess, M., Ross, A. G., Lind, J., & Lindahl, S. (1987). The psychological impact of diagnostic ultrasound. *Obstetrics and Gynecology*, *70*(5), 673-676.

Danner, H. (1994). *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik* (3. Aufl.). Reinhardt.

Darling, C. A., Senatore, N., & Strachan, J. (2012). Fathers of Children with Disabilities: Stress and Life Satisfaction. *Stress and Health*, *28*(4), 269-278. https://doi.org/10.1002/smi.1427

Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *8*(1), 30. https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30

Dederich, M. (2000). *Behinderung-Medizin-Ethik*. Klinkhardt.

Dederich, M. (2003). *Bioethik und Behinderung* (1. Aufl.). Klinkhardt.

Dederich, M. (2009). Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In M. Dederich & W. Jantzen (Hg.), *Behinderung und Anerkennung* (S. 15-39). W. Kohlhammer GmbH.

Degener, T. (Hg.). (2015). Vom medizinischen über das soziale zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung. In *Handbuch Behindertenrechtskonvention: Teilhabe als Menschenrecht—Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe* (S. 63-66). BpB.

Denzin, N. K. (2015). Symbolischer Interaktionismus. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* (11. Aufl., S. 136-150). Rowohlt.

Deutscher Bundestag. (2019, April 11). *Orientierungsdebatte über vorgeburtliche genetische Bluttests*. bundestag.de. https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw15-de-genetische-bluttests-633704

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). (2019). *Elterngeld und Elterngeld Plus: Nutzung durch Väter gestiegen, Aufteilung zwischen Müttern und Vätern aber noch sehr ungleich*. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.673396.de/19-35-1.pdf

Dewald, A. (2001). Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *50*(9).

Dilthey, W. (2004). Die Entstehung der Hermeneutik. In J. Strübing & B. Schnettler (Hg.), *Methodologie interpretativer Sozialforschung: Klassische Grundlagentexte* (1., Aufl., S. 21-42). UTB.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Springer.

Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2017). Parents' Perception of Their Relationship Following the Loss of a Child. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, *76*(1), 35-52. https://doi.org/10.1177/0030222815590728

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosozial distress after suicide, SIDS and accident. *Death Studies*, *27*(4), 143-165.

Eiben, B., Glaubitz, R., & Kagan, K. O. (2014). Nichtinvasive Pränataldiagnostik: ETS und NGS-basierte Tests. *medizinische genetik*, *26*(4), 382-390. https://doi.org/10.1007/s11825-014-0021-3

Ensel, A. (2017). Interview mit Dr. Achim Wöckel: »Ein emotionaler Anker«. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, *69*(3), 22-25.

Ensel, A., Möst, M. A., & Strack, H. (Hg.). (2019). *Momente der Ergriffenheit—Begleitung werdender Eltern zwischen Medizintechnik und Selbstbestimmtheit*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Equit, C., & Hohage, C. (2016). *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis* (1. Aufl.). Beltz Juventa.

Feldhaus-Plumin, E. (2004). *Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik*. (1. Aufl., Bd. 5). V&R unipress.

Fezer Schadt, K., & Erhardt-Seidl, C. (2018). *Weitertragen-Wege nach pränataler Diagnose. Begleitbuch für Eltern, Angehörige und Fachpersonal* (1. Aufl.). edition riedenburg.

Filipp, S.-H. (2010). *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl.). Beltz PVU.

Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2018). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens* (2., aktualisierte). W. Kohlhammer GmbH.

Flaake, K. (2011). Gender, Care und veränderte Arbeitsteilungen in Familien – geteilte Elternschaft und Wandlungen in familialen Geschlechterverhältnissen. *Gender*, *3*, 73-88.

Fletcher, R., May, C., & St George, J. (2014). A father's prenatal relationship with ›their‹ baby and ›her‹ pregnancy –implications for antenatal education. *International Journal of Birth & Parent Education*, *1*(3), 23-27.

Flick, U. (2015). Konstruktivismus. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (11. Aufl., S. 150-164). Rowohlt.

Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hg.). (2015). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Aufl.). Rowohlt.

Frank, F., Maurer, F., Pehlke-Milde, J., & Fleming, V. (2018). Sterben am Lebensanfang. *Das Gesundheitswesen*, *43*(06), 540-544. https://doi.org/10.1055/s-0042-116316

Friedrich, H., Henze, K.-H., & Stemann-Acheampong, S. (1998). *Eine unmögliche Entscheidung: Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen*. VWB-Verlag.

Fthenakis, W. E., & Minsel, B. (2002). *Die Rolle des Vaters in der Familie*. W. Kohlhammer GmbH.

Garten, L. (2016). Perinatale Palliativversorgung: Warum es einer gesonderten Betrachtung bedarf. *Pädiatrie & Pädologie*, *51*(6), 253-256. https://doi.org/10.1007/s00608-016-0423-3

Garten, L., Ohlig, S., Metze, B., & Bührer, C. (2018). Prevalence and Characteristics of Neonatal Comfort Care Patients: A Single-Center, 5-Year, Retrospective, Observational Study. *Frontiers in Pediatrics*, *6*(221), 1-8. https://doi.org/10.3389/fped.2018.00221

Garten, L., & Von der Hude, K. (Hg.). (2014). *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie*. SpringerMedizin.

Geier, H. (2001). Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: Psychosoziale Sicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *50*, 723-735.

Gembruch, U. (2018). Entwicklung der fetalen Echokardiographie als Basis der fetalen Kardiologie. *Der Gynäkologe*, *51*(9), 769-777. https://doi.org/10.1007/s00129-018-4308-3

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2019). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (»Mutterschafts-Richtlinien«)* [In der Fassung vom 10. Dezember 1985].

Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989-2008. *Birth*, *36*(4), 305-318. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x

Gerdts, J. (2009). *Bedeutungen von pränataler Diagnostik für Menschen mit Behinderungen: Eine qualitative Studie*. Projekt.

Gersthahn, C. (2013). *Entscheidungsprozesse im Kontext von Pränataldiagnostik—Inhaltsanalytische Auswertung von Partnerbefragungen*. http://hss.ulb.uni-bonn.de/2013/3212/3212.htm

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Taylor & Francis Inc.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3. Aufl.). Huber.

Glasersfeld, E. von. (2015). *Radikaler Konstruktivismus* (8. Aufl.). Suhrkamp.

Glinka, H.-J. (1998). *Das narrative Interview: Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Beltz Juventa.

Graumann, S. (2009). Humane Genetik, Behinderung und ethische Probleme pränataler Diagnostik. In I. Hirschberg, E. Grießler, & B. Littig (Hg.), *Ethische Fragen genetischer Beratung: Klinische Erfahrungen, Forschungsstudien und soziale Perspektiven* (1. Aufl., S. 259-276). Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Graumann, S., & Koopmann, L. (2018). *Neue Entwicklungen in der pränatalen Diagnostik - Gesellschaftliche und ethische Fragen. [Elektronische Quelle]*. Bochum: Ev. Hochschule Rheinland-Westfahlen-Lippe. https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1352/file/PND+Werkstattbericht+Graumann+Koopmann.pdf

Hager, M., & Grießler, E. (2012). *Wunsch nach einem perfekten Kind und »Angstspirale«: Perspektiven auf Pränataldiagnostik und Spätabbruch in der klinischen Praxis* (Reihe Soziologie/Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 99, S. 103).

Haker, H. (2002). *Ethik der genetischen Frühdiagnostik: Sozialethische Reflexionen zur Verantwortung am Beginn des menschlichen Lebens*. mentis.

Heek, A. (2015). *Väter behinderter Kinder. Eine pastoraltheologische Studie im Zusammenhang von Krise und Bewältigung*. LIT Verlag.

Heider, U., & Steger, F. (2014). Individuelle Entscheidungsfindung nach pränatal diagnostizierter schwerer fetaler Fehlbildung. *Ethik in der Medizin*, *26*(4), 269-285. https://doi.org/10.1007/s00481-013-0259-3

Hepp, H. (2006). Pränataldiagnostik: Eine Standortbestimmung. *Der Gynäkologe*, *39*(11), 861-869. https://doi.org/10.1007/s00129-006-1903-5

Hinze, D. (1999). *Väter und Mütter behinderter Kinder: Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich* (3.,). Universitätsverlag Winter GmbH.

Hofmeister, H., Baur, N., & Röhler, A. (2009). Versorgen oder Fürsorgen? Vorstellungen der Deutschen von den Aufgaben eines guten Vaters. In B. Thiessen & P.-I. Villa (Hg.), *Mütter - Väter: Diskurse, Medien, Praxen* (1., S. 194-212). Westfälisches Dampfboot.

Holl, K. (2019). Assistierte Reproduktion: Hilfe bei unerfülltem Kinderwunsch. *Pharmazeutische Zeitung*, *164*(5), 42-51.

Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet (London, England)*, *360*(9327), 114-118. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)09410-2

Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.). (2019). *Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Familienpolitik: Befragungen im Rahmen der demoskopischen Begleitforschung des BMFSFJ*. https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/IfD/sonstige_pdfs/Rahmenbedingungen_Bericht.pdf

Kainer, F. (2014). Nichtinvasive Pränataltestung (NIPT): Neukonzeption der pränatalen Diagnostik. *Der Gynäkologe*, *47*(9), 648-651. https://doi.org/10.1007/s00129-014-3330-3

Kamm, S., & Vandenberg, B. (2001). Grief communication, grief reaction and marital satisfaction in bereaved parnets. *Death Studies*, *25*, 569-582.

Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91174-8

Keller, R. (2012). *Das interpretative Paradigma: Eine Einführung*. Springer VS.

Kersting, A. (2005). Trauern Frauen anders als Männer?: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten nach dem Verlust eines Kindes. *Psychotherapeut*, *50*(2), 129-132. https://doi.org/10.1007/s00278-005-0418-1

Kersting, A. (2012). Peripartale Depressionen und Trauer nach Schwangerschaftsverlusten. *Der Nervenarzt*, *83*(11), 1434-1441. https://doi.org/10.1007/s00115-012-3663-x

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1-3), 339-343. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032

Kersting, A., Dölemeyer, R., Wagner, B., & Linde, K. (2017). Abschied am Beginn des Lebens. *Psychotherapeut*, *62*(6), 560-566. https://doi.org/10.1007/s00278-017-0221-9

Klinkhammer, G., & Richter-Kuhlmann, E. (2013). Praenatest: Kleiner Test, große Wirkung. *Deutsches Ärzteblatt*, *110*(5), A 166-168.

Köbsell, S. (2009). Medizinisierung. In M. Dederich & W. Jantzen (Hg.), *Behinderung und Anerkennung* (S. 274-277). W. Kohlhammer GmbH.

Kolleck, A., & Sauter, A. (2019). Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik: Endbericht zum Monitoring. *Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB)*, *Arbeitsbericht Nr. 184*. https://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab184.pdf

Krolzik-Matthei, K. (2019). Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa. *AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE: Abtreibung*, *69*(20), 4-11.

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer VS.

Kuhnt, A.-K., & Trappe, H. (2013). *Easier said than done: Childbearing intentions and their realization in a short term perspective* (MPIDR WORKING PAPER WP 2013-018). Max-Planck-Institut für demografische Forschung.

Kurt, R., & Herbrik, R. (2014). Sozialwissenschaftliche Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 473-492). Springer VS.

Küsters, I. (2014). Narratives Interview. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 575-580). Springer VS.

Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Beltz.

Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. SPRINGER PUB CO.

Lehner, E. (2013). Trauern Männer anders? Perspektiven aus Geschlechter- und Trauerforschung. *Leidfaden*, *2*, 19-22.

Lengersdorf, D., & Meuser, M. (2016). *Männlichkeiten und der Strukturwandel von Erwerbsarbeit in globalisierten Gesellschaften: Diagnosen und Perspektiven*. Beltz Juventa.

Lenzen, W. (2003). *Wie bestimmt man den »moralischen Status« von Embryonen?* (1.,). mentis.

Lindinger, A., Schwedler, G., & Hense, H.-W. (2010). Prevalence of Congenital Heart Defects in Newborns in Germany: Results of the First Registration Year of the PAN Study (July 2006 to June 2007). *Klinische Pädiatrie*, *222*(5), 321-326. https://doi.org/10.1055/s-0030-1254155

Link, J. (2013). *Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird* (5. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.

Locock, L., & Alexander, J. (2006). ›Just a Bystander‹? Men's Place in the Process of Fetal Screening and Diagnosis. In B. Wieser, S. Karner, & W. Berger (Hg.), *Prenatal Testing: Individual Decision or Distributed Action?* (Bd. 48, S. 63-86).

Lübbe, W. (2003). Das Problem der Behindertenselektion bei der pränatalen Diagnostik und der Präimplantationsdiagnostik. *Ethik in der Medizin*, *15*(3), 203-220. https://doi.org/10.1007/s00481-003-0218-5

Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men Don't Cry, Women Do: Transcending Gender Stereotypes of Grief* (4. Aufl.). Brunner-Routledge.

Martin, T. L., & Doka, K. J. (2011). *Grieving Beyond Gender: Understanding the Ways Men and Women Mourn, Revised Edition*. Routledge.

Matzner, M. (2011). Männer als Väter - Ein vernachlässigtes Thema soziologischer Männerforschung. In M. Bereswill, M. Meuser, & S. Scholz (Hg.), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit* (3. Aufl., S. 223-240). Westfälisches Dampfboot.

Maybaum, T. (2019). Debatte um neuen Bluttest. *Deutsches Ärzteblatt*, *11*, 501-502.

McCoyd, J. L. M. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *28*(1), 37-48. https://doi.org/10.1080/01674820601096153

Meij, L. W., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J. V. D., Van Der Heijden, P. G. M., & Dijkstra, I. (2008). The Impact of Circumstances Surrounding the Death of a Child on Parents' Grief. *Death Studies*, *32*(3), 237-252. https://doi.org/10.1080/07481180701881263

Melching, H. (2013). Von Klischees und Vorurteilen.»Wie geht's Ihrer Frau?«. *Leidfaden*, *2*, 5-11.

Meuser, M. (2011). Die Entdeckung der »neuen Väter«. Vaterschaftspraktiken, Geschlechtsnormen und Geschlechterkonflikte. In K. Hahn & C. Koppetsch (Hg.), *Soziologie des Privaten* (S. 71-82). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Meuser, M. (2012). Vaterschaft im Wandel. Herausforderungen, Optionen, Ambivalenzen. In K. Böllert (Hg.), *Mutter + Vater = Eltern? Sozialer Wandel, Elternrollen und soziale Arbeit* (S. 63-80). Springer VS.

Mey, G., & Mruck, K. (Hg.). (2011). *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). VS Verlag.

Müller, M., & Zillien, N. (2016). Das Rätsel der Retraditionalisierung – Zur Verweiblichung von Elternschaft in Geburtsvorbereitungskursen. *KZfSS Kölner Zeit-*

schrift für Soziologie und Sozialpsychologie, *68*(3), 409-433. https://doi.org/10.1007/s11577-016-0374-5

Mylonas, I., Dieterle, S., Hampl, M., Hoyme, U. B., Jückstock, J., Mendling, W., Neumann, G., & Friese, K. (2016). Zika-Virus-Infektion in der Gynäkologie und Geburtshilfe: Stellungnahme der AG für Infektionen und Infektionsimmunologie der DGGG. *Der Gynäkologe*, *49*(10), 786-794. https://doi.org/10.1007/s00129-016-3966-2

Nagaoka, S. I., Hassold, T. J., & Hunt, P. A. (2012). Human aneuploidy: Mechanisms and new insights into an age-old problem. *Nature Reviews. Genetics*, *13*(7), 493-504. https://doi.org/10.1038/nrg3245

Nave-Herz, R., & Onnen-Isemann, C. (2007). Familie. In H. Joas (Hg.), *Lehrbuch der Soziologie* (3. Aufl., S. 313-336). Campus Verlag.

Nave-Herz, Rosemarie. (2013). *Ehe- und Familiensoziologie: Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde* (3., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa.

Ochsenbein-Kölble, N. (2011). Invasive intrauterine Therapie. *Der Gynäkologe*, *44*(11), 905-916. https://doi.org/10.1007/s00129-011-2865-9

Oehl-Jaschkowitz, B. (Hg.). (2015). *Manche Angst in Zuversicht verwandelt: Eltern von Kindern mit Behinderung erzählen* (1. Aufl). Mayer Info 3.

Ohlig, S. (2019). *Neugeborene mit lebenslimitierenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen: Eine 5-Jahres-Analyse am Perinatalzentrum der Charité Berlin*. http://dx.doi.org/10.17169/refubium-1861

Parens, E., & Asch, A. (2000). *Prenatal Testing and Disability Rights*. Georgetown University Press.

Parens, E., & Asch, A. (2003). Disability rights critique of prenatal genetic testing: Reflections and recommendations. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *9*(1), 40-47. https://doi.org/10.1002/mrdd.10056

Pollmächer, A., Holthaus, H., & Speck, O. (2005). *Auf einmal ist alles anders! Wenn Kinder in den ersten Jahren besondere Förderung brauchen* (1. Aufl). Reinhardt.

Poser, H. (2012). *Wissenschaftstheorie: Eine philosophische Einführung*. Philipp Reclam jun. GmbH.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., & Parkes, C. M. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11:*, *6*(8), e1000121. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (267th updated edition). (2017). De Gruyter.

Renner, I. (2006). *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Erhebung: Januar bis Oktober 2004. Repräsentativbefragungen: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung* (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Hg.; [2. Aufl.],). BZgA.

Retzlaff, R. (2011). Leben mit einem Kind mit Behinderung. In A. K. Weilert (Hg.), *Spätabbruch oder Spätabtreibung - Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?* (1. Aufl., S. 247-267). Mohr Siebeck.

Rohde, A., & Woopen, C. (2007). *Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik: Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen* (1., Aufl.). Deutscher Ärzte-Verlag.

Rohde, A., Woopen, C., & Gembruch, U. (2008). Entwicklungen in der Pränataldiagnostik. *Zeitschrift für Familienforschung*, *20*(1), 62-79.

Rosenthal, G., & Fischer-Rosenthal, W. (2015). Analyse und narrativ-biographischer Interviews. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 150-164). Rowohlt.

Rost, K. (2015). *Wenn ein Kind nicht lebensfähig ist: Das Austragen der Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose – Erfahrungen betroffener Frauen* (1. Aufl.). V&R unipress.

Sänger, E. (2020). *Elternwerden zwischen »Babyfernsehen« und medizinischer Überwachung: Eine Ethnografie pränataler Ultraschalluntersuchungen*. transcript.

Sänger, E., Dörr, A., Scheunemann, J., & Treusch, P. (2013). *Embodying Schwangerschaft: Pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen*. 17.

Schäfer, E., Abou-Dakn, M., & Wöckel, A. (Hg.). (2008). *Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt*. Psychsozial.

Schildmann, U. (2009). Normalität. In M. Dederich & W. Jantzen (Hg.), *Behinderung und Anerkennung* (S. 204-208). W. Kohlhammer GmbH.

Schmid, M. (2016). Nichtinvasive pränatale Tests in der Zukunft: Ausweitung der Indikationen, Evolution der Untersuchungsplattform und Regionalisierung. *Der Gynäkologe*, *49*(6), 437-441. https://doi.org/10.1007/s00129-016-3883-4

Schmieder, L. (2015). *Leben mit einem beeinträchtigten Kind: Eine entwicklungspsychologische Untersuchung von Selbstberichten der Eltern*. Springer.

Schneider, T. (2016). Geburten aus geplanten und ungeplanten Schwangerschaften – Die Relevanz von Bildung, Arbeitslosigkeit und Partnerschaft. *Kölner Zeitschrift für Soziologie & Sozialpsychologie*, *68*, 1-28.

Schneider, W., & Lindenberger, U. (Hg.). (2018). *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage). Beltz.

Schroeder, E. R. (2017). *Gesinnung und Verantwortung am Lebensanfang: Ein Rückblick auf ethische Differenzen in den Debatten um Schwangerschaftsabbruch, Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz in Deutschland*. Herbert Utz Verlag.

Schulz, G., & Riedel, H.-H. (2003). Brauchen wir den Mann im Kreißsaal? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, *63*, 483-485.

Schütz, A. (1971). *Gesammelte Aufsätze: I Das Problem der sozialen Wirklichkeit* (I. Schütz, Hg.; 1972. Aufl.). Martinus Nijhoff.

Schütze, F. (1976). Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung: Dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In A. Weymann & Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.), *Kommunikative Sozialforschung: Alltagswissen und Alltagshandeln, Gemeindemachtforschung, Polizei, politische Erwachsenenbildung* (S.159-260). Fink.

Seehaus, R., & Rose, L. (2015). Formierung von Vaterschaft – ethnografische Befunde aus Institutionen der Natalität. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, *7*(3), 93-108. https://doi.org/10.3224/gender.v7i3.20845

Soeffner, H.-G. (2015a). *Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung: Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*. (2. Aufl.). Suhrkamp Verlag.

Soeffner, H.-G. (2015b). Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 164-175). Rowohlt.

Statistisches Bundesamt. (2019, Februar 29). *Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangene Lebendgeborene—Statistisches Bundesamt*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/rechtliche-begruendung.html

Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Foschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 319-331). Rowohlt.

Stinson, K., Lasker, J., Lohmann, J., & Toedter, L. (1992). Parent's grief following pregnancy loss: A comparison of mothers and fathers. *Fam Relat*, *41*, 218-223.

Strauss, A., & Corbin, J. M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung* (1. Aufl.). Beltz PVU.

Stroebe, M., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-Oriented Self-Regulation Among Bereaved Parents: The Costs of Holding in Grief for the Partner's Sake. *Psychological Science*, *24*(4), 395-402. https://doi.org/10.1177/0956797612457383

Strübing, J. (2008). *Grounded theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung* (2., überarb. und erw. Aufl). VS, Verl. für Sozialwiss.

Strübing, J. (2014). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer VS.

Sydow, von, K., & Happ, N. (2012). »Da lag sie eben da, wie Jesus am Kreuz…«—Die Erfahrungen von Vätern bei der Geburt. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *58*(1), 26-41.

Taneja, P. A., Snyder, H. L., de Feo, E., Kruglyak, K. M., Halks-Miller, M., Curnow, K. J., & Bhatt, S. (2016). Noninvasive prenatal testing in the general obstetric population: Clinical performance and counseling considerations in over 85 000 cases. *Prenatal Diagnosis*, *36*(3), 237-243. https://doi.org/10.1002/pd.4766

Trappe, H. (2013). Väter mit Elterngeldbezug: Nichts als ökonomisches Kalkül? *Zeitschrift für Soziologie*, *42*(1), 28-51. https://doi.org/10.1515/zfsoz-2013-0104

Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (1995). Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome. *Cambridge University Press*, *167*(6), 806-811. https://doi.org/doi : 10.1192/bjp.167.6.806.

Veisson, M. (1999). Depression symptoms ans emotional states in parents of disabeld and non-disabled children. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *27*(1), 87-97. https://doi.org/10.2224/sbp.1999.27.1.87

Veisson, M. (2001). Parents of disabled children: Personality Traits.. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *29*(6), 581-592. https://doi.org/10.2224/sbp.2001.29.6.581

Wagner, B. (2014). *Komplizierte Trauer: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Springer.

Wassermann, K., & Rohde, A. (2009). *Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung. Aus der Praxis für die Praxis* (1. Aufl.). Schattauer.

Wellesley, D., Dolk, H., Boyd, P. A., Greenlees, R., Haeusler, M., Nelen, V., Garne, E., Khoshnood, B., Doray, B., Rissmann, A., Mullaney, C., Calzolari, E., Bakker, M., Salvador, J., Addor, M.-C., Draper, E., Rankin, J., & Tucker, D. (2012). Rare chromosome abnormalities, prevalence and prenatal diagnosis rates from population-based congenital anomaly registers in Europe. *European Journal of Human Genetics [EJHG]*, *20*(5), 521-526. https://doi.org/10.1038/ejhg.2011.246

Wewetzer, C., & Winkler, M. (Hg.). (2013). *Beratung schwangerer Frauen: Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Pränataldiagnostik*. W. Kohlhammer GmbH.

Wieser, B., Karner, S., Mert, W., & Jahrbacher, M. (2006). *Pränataldiagnostik aus der Sicht von untersuchten Frauen* (Nr. 112; Klagenfurter Beiträge zur Technikdiskussion, Arbeitsbereich Technik. und Wiss.-Forschung, 2006, S. 144).

Wöckel, A., & Abou-Dakn, M. (2006). Männer im Kreißsaal – Eine gezielte Vorbereitung auf die Geburtssituation. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, *66*(01). https://doi.org/DOI: 10.1055/s-2006-952330

Wood, J. D., & Milo, E. (2001). Fathers' grief when a disabled child dies. *Death Studies*, *25*(8), 635-661. https://doi.org/10.1080/713769895

World Health Organisation (WHO). (2019, Oktober 17). *Number of abortions, age under 20 years [online]*. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_589-7021-number-of-abortions-age-under-20-years/

Wulf, C. (2012). Die Geburt als Übergangsritual vom Mann zum Vater. In M. Baader, J. Bilstein, & T. Tholen (Hg.), *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies* (S. 415-426). Springer VS.

Zerle, C., & Krok, I. (2008). *Null Bock auf Familie?: Der schwierige Weg junger Männer in die Vaterschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung.

Zerle-Elsäßer, C., & Li, X. (2017). Väter im Familienalltag – Determinanten einer aktiven Vaterschaft. *Zeitschrift für Familienforschung*, *29*(1), 11-31. https://doi.org/10.3224/zff.v29i1.01

Zöllner, N., & Reichert, J. (2014). Professionelle Begleitung von Familien bei frühem Verlust eines Kindes. In R. Kißgen & N. Heinen (Hg.), *Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren: Begleitung und Beratung von Kindern und Eltern*. Klett-Cotta.

9. Anhang

9.1 Übersicht über Diagnosen und deren Bedeutung

Sämtliche der nachfolgenden Angaben zu den Erscheinungsformen von pränatal gestellten Diagnosen, die für das vorliegende Sample von Relevanz sind, stammen aus *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (2017).

Tabelle 7 Diagnosen und ihre Bedeutung

Diagnose	Erscheinungsform
Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	Komplexes Fehlbildungssyndrom infolge autosomaler Trisomie des Chromosoms 18. Wegen der außerordentlich großen Variabilität und Komplexität existieren keine konstanten diagnostischen Kriterien. Die Prognose ist infaust. Die Letalität beträgt im ersten Lebensjahr für Jungen 90 % und für Mädchen 45 %, mit fünf Jahren leben noch 15 % der Mädchen.
Trisomie 21 (Down-Syndrom)	Anomalie auf dem 21. Chromosom, welche sich auf die körperlichen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten des Kindes individuell auswirken kann. Angeborene Herzfehler in 40-60 % der Fälle.
(Mosaik) Triploidie	Chromosomale Anomalie mit einer hohen Sterblichkeitsrate im Fetalen- und Neugeborenenalter. Aufgrund der Genmutation statt mit 46 mit 69 Erbgutträgern ausgestattetes Genom. Bei einer Mosaik-Form sind nicht alle Körperzellen von der Verdreifachung betroffen, was die Lebenserwartung positiv beeinflussen kann.
Spina Bifida	Fehlbildung durch unvollständigen Verschluss der knöchernen Wirbelsäule und des Rückenmarks, welche sich auf den Bewegungsapparat und die Organfunktionen auswirken kann, mit einer Häufigkeit von 1:1000 Neugeborenen. Bei offener Form sind neurologische Symptome wie Sensibilitätsstörung, Blasenentleerungsstörung oder Lähmungen möglich.

Omphalozele	Fehlbildung der Bauchdecke mit Vorfall von Bauchorganen, meist Dünn- und Dickdarm, großem Netz und Teilen der Leber, durch den Nabelring in den Nabelschnuransatz. Die Diagnostik erfolgt pränatal durch Ultraschall, die Erstversorgung postpartal in Perinatalzentren mit Anbindung an die Kinderchirurgie.
Nierenagenesie	Angeborenes Fehlen einer oder beider Nieren, in > 50 % assoziiert mit weiteren Fehlbildungen oder Teil eines Syndroms, z.B. Potter-Sequenz. Die Diagnose ist sonographisch pränatal zu stellen. Eine bilaterale Nierenagenesie ist letal, die Prognose der unilateralen Nierenagenesie ist grundsätzlich gut.
Hydrozephalus	Pathologische Erweiterung der Liquorräume im Hirn, abnormes Schädelwachstum bis zu erheblichen Ausmaßen, bei Säuglingen mit offener Fontanelle.
Anenzephalie	Schwere Fehlbildung mit Fehlen oder Degeneration von Teilen des Gehirns. Häufigkeit etwa 1:1000 Lebendgeborenen. Lebenserwartung wenige Stunden bis Tage aufgrund des fehlenden Schluckreflexes.
Hypoplastisches Linksherzsyndrom	Angeborene Hypoplasie der linken Herzhälfte, ohne postnatale Therapie infaust. Durch mehrfache operative Eingriffe gute Prognose. Betrifft 3 % der angeborenen Herzfehler. Mit postnatalen Operationen 50-80 % Überlebenschance.
CMV (Zytomegalie-Virus)-Infektion	Häufigste prä- und perinatale Virusinfektion, die sich über die Schwangere auf das Kind übertragen kann und in der Folge bei ca. 10-15 % der Kinder mit Schädigungen wie Hörverlust, Hirnschädigungen, Wachstumsretadierungen oder dem Fruchttod einhergehen.
Zwerchfellhernie	Verlagerung von Baucheingeweiden in den Thorax mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit von 3-4:10000. Das Überleben betroffener Neugeborener korreliert mit der Menge der nach intrathorakal verlagerten Bauchorgane.

9.2 Begriffe und Konzepte der vorliegenden Arbeit

In der vorliegenden Arbeit werden teilweise Begriffe und Umschreibungen verwendet, ohne dass diese im Fließtext näher bestimmt werden. Das nachfolgende Glossar soll dazu dienen, in der Arbeit verwendete Begriffe theoretisch einzuordnen.

§218a Abs. 2 StGB, Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs: Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist

nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Behinderung/behindertes Kind: Der Behinderungsbegriff in der vorliegenden Arbeit orientiert sich aufgrund des medizinischen Kontextes, in dem ein pränataldiagnostischer Befund verhandelt wird, in seiner Verwendung stark an dem medizinischen Modell von Behinderung (Dederich, 2009; Degener, 2015). Behinderung wird demnach als ein individuelles, dem Ungeborenen oder geborenen Kind zugeschriebenes Phänomen betrachtet und in Form der pränatal gestellten Diagnose diskutiert. Grundsätzlich gilt jedoch, dass der Behinderungsbegriff und seine Verwendung kritisch zu reflektieren sind. Das medizinische Modell von Behinderung wurde im sozialwissenschaftlichen Diskurs der letzten Jahrzehnte weitestgehend durch das soziale Modell von Behinderung ersetzt. Das soziale Modell betrachtet Behinderung nicht als ein dem Individuum immanentes Merkmal, sondern als Folge sozialer Aushandlung und Konstruktion. Es dient insbesondere der Analyse von Machtverhältnissen. Ergänzt wird das soziale Modell durch das menschenrechtliche Modell von Behinderung, das einen universalen und unbedingten Rechtsanspruch formuliert. Der Aspekt der Auswirkungen, die eine Behinderung mit sich bringt, wird im Unterschied zum sozialen Modell mit berücksichtigt und erkennt alle Menschen, die mit einer Behinderung leben, als Rechtssubjekte an. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die Sichtweisen auf die Behinderung stark durch individuelle Erfahrungen geprägt sind, wie im soziale Modell von Behinderung.

Bewältigungsstrategie: siehe Coping.

Beziehung: siehe Bindung

Bindung: Der Begriff der Bindung ist durch die Entwicklungspsychologie geprägt und impliziert eine Vielzahl von Theorien und Konzepten, die sich auf das Verstehen und Erklären von *Beziehungen* zwischen Menschen, ihrem Bindungsverhalten, beziehen. In der eigenen Arbeit wird der Begriff als Äquivalent zu dem Begriff »Beziehung« verwendet und nicht näher unterschieden. Er dient als Bezeichnung von Kategorien, die das Beziehungsgeschehen zwischen Männern und ihren Partnerinnen und insbesondere das zwischen Männern und dem ungeborenen oder geborenen Kind umschreiben.

Coping: Der Begriff des Copings/der *Bewältigungsstrategie* findet in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen Anwendung und wird in der vorliegenden Arbeit allgemein als Kategorie für eine Möglichkeit der Bearbeitung einer persönlichen oder partnerschaftlichen Krisensituation gebraucht. Die Befundmitteilung oder die Trauer um das verstorbene Kind können als Beispiele herausgestellt werden, in denen individuelle Strategien der Bewältigung von Interviewpartnern in der vorliegenden Arbeit thematisiert werden. Weiterhin stellen miterlebte Aborte vorausgegangener Schwangerschaften, schwere Erkrankungen oder auch negative Erfahrungen im Leben mit dem behinderten Kind Herausforderungen dar, auf die Männer in ihren Erzählungen eingehen. Die Theorie des dyadischen Copings nach Bodenmann (1997, 2000, 2005, 2016) bezieht sich auf die Partnerschaft als dyadisches System, welche durch eine gemeinsame Krise eine Erschütterung erfährt, die außer einer persönlichen Passung auch einer partnerschaftlichen Bewältigung bedarf.

Entscheidung/Entscheidungsfindung: Mit »Entscheidung« bzw. »Entscheidungsfindung« wird in der vorliegenden Arbeit insbesondere der Entschluss der schwangeren Frau über den Fortverlauf ihrer Schwangerschaft bezeichnet. Je nach Kontext wird auch die Entscheidung des Mannes mit entsprechendem Vokabular umschrieben. Häufig wird im Zusammenhang mit der Entscheidung des Mannes der Begriff der *Präferenzbildung* oder *Präferenz* von der Autorin benutzt, um diese inhaltlich von der tatsächlichen Entscheidung, die von der Schwangeren getroffen wird, abzugrenzen. Da teilweise von gemeinsamen Entscheidungen die Rede ist, kann jedoch im Einzelnen nicht immer zwischen den Begrifflichkeiten unterschieden werden. Im Fall unterschiedlicher Präferenzen zwischen Mann und Frau werden die begrifflichen Unterscheidungen relevant. Der Begriff der Entscheidung ist insofern auch aus Perspektive der schwangeren Frau problematisch, da formaljuristisch nur eine Ärztin oder ein Arzt die Indikation für einen möglichen Abbruch stellen kann. Tatsächlich entscheidet also ein Arzt oder eine Ethikkomission, ob die Indikation für einen späten Schwangerschaftsabbruch vorliegt oder nicht. Auch hier kann auf die Verwendung des Begriffs *Entscheidung* als Bezeichnung einer bzw. mehrerer Kategorien verwiesen werden, ebenso wie z.B. bei dem Begriff *Normalität*.

Fehlgeburt: Bezeichnet frühe und natürliche Abgänge der Schwangerschaft mit einem Gewicht des Fötus von unter 500 g bis zur 22. SSW. Es besteht, anders als bei einer *Totgeburt*, keine Meldepflicht.

Fetozid: Tötung des Ungeborenen im Mutterleib durch eine Injektion von Kaliumchlorid in die Nabelschnur oder das Herz.

Gesund/Gesundheit: Der Begriff ist eigentlich als Gegensatz zu »krank« bzw. »Krankheit« zu verstehen und impliziert damit die Möglichkeit einer Genesung und Therapierbarkeit. Als Gegensatz zum Begriff *Behinderung* ist er daher in Anführungsstriche gesetzt, um auf die eigentlich unpassende Kontrastierung hinzuweisen. Der passende Gegensatz von »behindert« lautet »nicht-behindert«.

Infaust/letal: Die Begriffe »infaust« und »letal« werden im Zusammengang mit der Prognose einzelner Diagnosen verwendet und implizieren das erwartete Versterben des Fötus vor, während oder kurze Zeit nach der Geburt (vgl. auch Kap. 9.1).

Kritisches Lebensereignis: In Anlehnung an Filipp & Aymanns (2018) bezeichne ich damit ein Ereignis, welches das eigene Leben aus der Bahn wirft, Überzeugungen auf den Prüfstand stellt und persönliche Pläne durchkreuzt (S. 27). Kritische Lebensereignisse können in Form traumatischer oder existenzieller Erfahrungen erlebt werden und Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie einem Verlust von Handlungsorientierung führen (ebd.).

Letal: siehe Infaust.

Männer/(werdende) Väter: In dieser Arbeit werden die Interviewpartner je nach Kontext unterschiedlich betitelt. In allen Fällen sind nach Kenntnisstand der Autorin die Interviewpartner zugleich die biologischen Väter derjenigen Kinder, bei denen die pränatale Diagnose gestellt wird. Weiterhin geben alle Interviewten an, mit der schwangeren Frau in einer Partnerschaft zu leben. Damit impliziert in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnung »Mann« zugleich das Partner-Sein der schwangeren Frau (und umgekehrt). Da im Einzelnen der genaue Status der Paare nicht bekannt ist, wird i.d.R. von *Partnerin* oder *Partner* gesprochen (statt z.B. Frau/Ehefrau), wenn Aspekte der partnerschaftlichen Interaktion beschrieben werden. Die Verwendung des Begriffs »Mann« in Abgrenzung zur schwangeren Frau impliziert nicht, dass eine heteronormative Weltanschauung von der Autorin vertreten wird, die andere Konstellationen und Erscheinungsformen von Familie ausschließt. Aufgrund des homogenen Samples wurden andere Konstellationen für die vorliegende Forschungsarbeit jedoch nicht relevant.

Normal/Normalität: Der Begriff der Normalität wird im Kontext der Arbeit vor dem Hintergrund der Abweichung des Fötus bzw. des Kindes mit Behinderung relevant. In Anlehnung an Link (2013) und Schildmann (2009) wird von der Autorin selbst eine kritische Perspektive auf die (Re-)Produktion von Normalität vertreten. Diese impliziert ein Verständnis von Normalität als soziale Grenzziehung, die von Gruppen oder Gesellschaften ausgehandelt und definiert wird.

Partner/Partnerin: siehe Männer/(werdende) Väter.

Phänomen: Als Phänomen wird in dieser Arbeit bezeichnet, was sich mit den Sinnen als ein Zeichen beobachten oder wahrnehmen lässt.

Präferenzbildung: Siehe Entscheidung/Entscheidungsfindung.

Risikogruppe: Bezeichnet in dieser Arbeit Frauen, die aufgrund ihres Alters (ab einem Alter von 35 Jahren), Vorerkrankungen oder genetischen Dispositionen als Risikoschwangere eingeschätzt werden.

Rolle (als Mann): Der Begriff dient in dieser Arbeit als Umschreibung für das bewusste oder unbewusste Erleben von Erwartungen, die an die in der Arbeit befragten Männer herangetragen werden. Damit werden jedoch keine Aussagen darüber getroffen, ob und in welcher Weise die erlebten Erwartungen und beobachteten Verhaltensweisen zu dem biologischen Geschlecht der Männer in Beziehung stehen.

Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation: Impliziert einen Abbruch nach der vollendeten 12. bzw. 14. SSW p.m. aufgrund einer Gefährdung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Frau durch das Austragen der Schwangerschaft. Siehe auch *§218a StGB Abs. 2.* Ein Abbruch davor fällt nicht unter diese Indikation, sondern kann ohne Indikation nach einer Beratung vorgenommen werden.

Spätabbruch/später Schwangerschaftsabbruch: Unter einem späten Schwangerschaftsabbruch oder Spätabbruch werden in der Literatur i.d.R. Abbrüche nach der vollendeten 22. SSW (24. SSW p.m.), also ab einer potentiellen, extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes bezeichnet. Vereinzelt werden auch bereits Abbrüche ab der 12. SSW bzw. 14. SSW p. m. als Spätabbruch bezeichnet, also ab Ablauf der Fristenregelung. In dieser Arbeit wird der Begriff im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen nach pränatalem Befund benutzt und nicht weiter differenziert.

Sternenkind: Kinder, die noch während der Schwangerschaft, der Geburt oder kurze Zeit nach der Entbindung versterben, werden auch als *Sternenkinder* bezeichnet.

Sternenkindphotographin: Eine Photographin, die sich auf das Fotographieren von Sternenkindern spezialisiert hat.

Totgeburt: Ein Kind gilt als Totgeburt, wenn es nach der Geburt keinen Herzschlag, keine pulsierende Nabelschnur und keine Atmung aufweist, ein Geburtsgewicht

von mindestens 500 g hat oder nach der 24. SSW geboren wurde. Es besteht eine Bestattungspflicht für totgeborene Kinder.

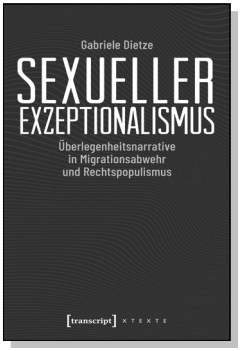
Vorgeburtliche Selektion: Aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung und zugleich mehrheitlich von den Disziplinen der Heil- und Sonderpädagogik wird die pränatale Diagnostik als eine behindertenfeindliche Praxis kritisiert, da sie mit »selektiven Schwangerschaftsabbrüchen, der Gleichsetzung von Behinderung und Leiden sowie der Gefahr der Entsolidarisierung mit behinderten Menschen und ihren Familien« (Graumann, 2009, S. 259) diskriminierende und selektive Auswirkungen hat. Föten mit einer pränatal diagnostizierten Behinderung erfahren dadurch gegenüber anderen Föten eine Abwertung, indem ihre Existenz mit dem Hinweis auf die Möglichkeit eines medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbruchs als vermeidbar dargestellt wird. Auch die Geburt eines behinderten Kindes wird von vielen Paaren nach wie vor als ein Stigma wahrgenommen. Mit der Perspektive des ungeborenen Kindes wurde sich in der vorliegenden Arbeit nur auseinandergesetzt, wenn diese von den (werdenden) Vätern thematisiert wurde.

9.3 Erzählgenerierende Einstiegsfrage

Die nachfolgende, erzählgenerierende Einstiegsfrage wurde den Interviewpartnern als Erzählstimulus zu Beginn der Interviews frei vorgetragen:

> In der Vergangenheit haben Sie miterlebt, dass bei Ihrem Ungeborenen eine beunruhigende Diagnose gestellt wurde. Eine solche Situation ist für Paare zumeist unerwartet und emotional stark belastend. Um zu erfahren, wie Sie diese Zeit erlebt haben, würde ich mich freuen, wenn Sie mir aus Ihren Erinnerungen an die einschneidende Erfahrung berichten.
>
> Ich würde Sie bitten, mit ihrer Erinnerung bereits vor der Schwangerschaft einzusetzen und mir zu erzählen, ob die Schwangerschaft geplant war, ob es erste Überlegungen zu der Verteilung der Elternzeit gab und in welcher Lebenssituation Sie sich zu Anfang der Schwangerschaft befanden. Wie haben Sie den ersten Verdachtsmoment, die Diagnosemitteilung erlebt, was passierte in der Zeit danach und wie denken Sie heute über Ihre Erfahrung und die getroffenen Entscheidungen?
>
> Ich werde Sie dabei nicht unterbrechen, sondern zum Ende ihrer Erinnerung mögliche Nachfragen stellen.

Kulturwissenschaft

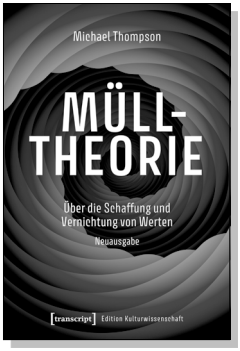


Gabriele Dietze

Sexueller Exzeptionalismus

Überlegenheitsnarrative in Migrationsabwehr und Rechtspopulismus

2019, 222 S., kart., Dispersionsbindung, 32 SW-Abbildungen
19,99 € (DE), 978-3-8376-4708-2
E-Book: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4708-6



Michael Thompson

Mülltheorie

Über die Schaffung und Vernichtung von Werten

April 2021, 324 S., kart., Dispersionsbindung,
57 SW-Abbildungen
27,00 € (DE), 978-3-8376-5224-6
E-Book:
PDF: 23,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5224-0
EPUB: 23,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5224-6

Erika Fischer-Lichte

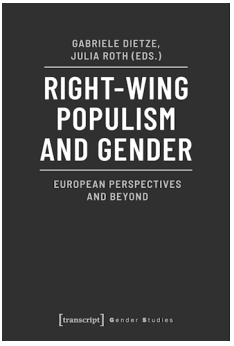
Performativität

Eine kulturwissenschaftliche Einführung

April 2021, 274 S., kart., Dispersionsbindung, 3 SW-Abbildungen
22,00 € (DE), 978-3-8376-5377-9
E-Book:
PDF: 20,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5377-3

Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de

Kulturwissenschaft

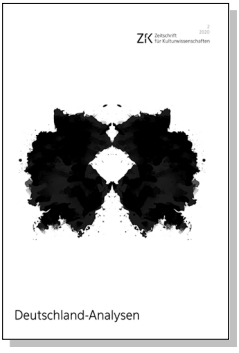


Gabriele Dietze, Julia Roth (eds.)
Right-Wing Populism and Gender
European Perspectives and Beyond

2020, 286 p., pb., ill.
35,00 € (DE), 978-3-8376-4980-2
E-Book:
PDF: 34,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4980-6

Thomas Hecken, Moritz Baßler, Elena Beregow, Robin Curtis, Heinz Drügh, Mascha Jacobs, Annekathrin Kohout, Nicolas Pethes, Miriam Zeh (Hg.)
POP
Kultur und Kritik (Jg. 10, 1/2021)

April 2021, 178 S., kart.
16,80 € (DE), 978-3-8376-5393-9
E-Book:
PDF: 16,80 € (DE), ISBN 978-3-8394-5393-3



Marcus Hahn, Frederic Ponten (Hg.)
Deutschland-Analysen
Zeitschrift für Kulturwissenschaften, Heft 2/2020

2020, 240 S., kart., Dispersionsbindung, 23 Farbabbildungen
14,99 € (DE), 978-3-8376-4954-3
E-Book:
PDF: 14,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4954-7

Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de