

HOCHSCHULE DÜSSELDORF
-FACHBEREICH SOZIAL- UND KULTURWISSENSCHAFTEN-

BACHELOR-THESIS ZUM THEMA

**DIAGNOSE DOWN-SYNDROM IN DER SCHWANGERSCHAFT –
EINE ENTSCHEIDUNG FÜRS LEBEN:
EINE QUALITATIVE ANALYSE SUBJEKTIVER BEWÄLTIGUNGS-
STRATEGIEN**

Erstprüfer:

PROF. DR. DIPL.-PÄD. NORBERT HERRIGER

Zweitprüferin:

PROF. DR. ANTJE HUNGER

VORGELEGT VON:

MELANIE ROHDE

MATRIKELNUMMER: 669150

WS 2017/18

DÜSSELDORF, DEN 07.12.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Diagnose Down-Syndrom in der Schwangerschaft.....	3
2.1 Das Down-Syndrom	3
2.1.1 Ursachen und Formen.....	3
2.1.2 Merkmale und gesundheitliche Auswirkungen	4
2.1.3 Entwicklung und Förderung	5
2.1.4 Die Rechte von Menschen mit Down-Syndrom.....	7
2.2 Die vorgeburtliche Diagnose: Pränataldiagnostik	8
2.2.1 Rechtliche Grundlagen	9
2.2.2 Invasive und nicht-invasive Untersuchungsmethoden	9
2.2.3 Vorgehensweise.....	12
2.2.4 Kritik.....	12
2.3 Die Bedeutsamkeit der Beratung im Diagnoseprozess	13
2.3.1 Rechtliche Grundlagen	14
2.3.2 Möglichkeiten der Beratung	15
3 Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse	17
3.1 Plötzlich ist alles anders – kritische Lebensereignisse	17
3.1.1 Die stresstheoretische Perspektive.....	19
3.1.2 Die entwicklungstheoretische Perspektive	20
3.1.3 Belastungen	20
3.2 Subjektive Bewältigungsstrategien	21
3.2.1 Ressourcen als Grundlage subjektiver Bewältigungsstrategien	22
3.2.2 Das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell von Lazarus	25
4 Forschungsdesign	28
4.1 Forschungsmethode	28
4.2 Erhebungsinstrument	30

4.3 Sampling.....	33
4.4 Feldzugang	34
4.5 Erhebung.....	35
4.6 Transkription	36
4.7 Auswertung.....	37
5 Darstellung und Interpretation der Forschungsergebnisse	39
5.1 Vorstellung der Interviewpartnerinnen.....	39
5.2 Die Zeit vor Eintritt der Schwangerschaft.....	40
5.3 Das Erleben der Diagnose	41
5.4 Die Belastungen der Entscheidungszeit	42
5.5 Die Ressourcen der Entscheidungszeit.....	48
5.6 Die Belastungen nach der Entscheidung – das Erleben der Restschwangerschaft.....	53
5.7 Die Ressourcen nach der Entscheidung – das Erleben der Restschwangerschaft.....	56
5.8 Die Belastungen nach der Geburt.....	59
5.9 Die Ressourcen nach der Geburt	62
5.10 Gegenwart und Zukunft.....	65
6. Fazit und Ausblick.....	67
Inhaltsverzeichnis	71
Anhang	I

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
GenDG	Gendiagnostikgesetz
GG	Grundgesetz
I1	Interviewpartnerin 1
I2	Interviewpartnerin 2
I3	Interviewpartnerin 3
I4	Interviewpartnerin 4
I5	Interviewpartnerin 5
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB IX	9. Sozialgesetzbuch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
StGB	Strafgesetzbuch
UN-BRK	UN Behindertenrechtskonvention

1 Einleitung

„Wir fordern Lebensrecht und Lebensqualität für alle Menschen mit Down-Syndrom. Wir wollen uns nicht dafür entschuldigen müssen, dass wir leben“ (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 24). So äußerte sich Andrea Halder, eine junge Frau mit Down-Syndrom, zum Thema Pränataldiagnostik vor dem Europäischen Parlament im Jahre 2003 in Brüssel.

Die Pränataldiagnostik ist für viele schwangere Frauen inzwischen eine Selbstverständlichkeit bei den Vorsorgeuntersuchungen geworden (Achtelik, 2015, S. 9). Sie bietet den werdenden Müttern die Möglichkeit, aber stellt sie gleichzeitig auch vor die Herausforderung, etwaige Abweichungen ihres ungeborenen Kindes festzustellen und daraufhin eine Entscheidung für oder gegen das Leben des Fötus zu treffen (Baldus, 2006, S. 11). Dieser Ambivalenzkonflikt spiegelt die Sichtweise der Gesellschaft zu Menschen mit Behinderungen wider (ebd., S. 225). So kann die Diagnose Trisomie 21 als kritisches Lebensereignis angesehen werden, da sie nicht normativ ist und einen Einschnitt im Leben der schwangeren Frauen darstellt (ebd., S. 221). Aus dem Eintritt des kritischen Ereignisses folgt, dass das Passungsgefüge zwischen der Person und der Umwelt aus dem Gleichgewicht gebracht wird, was mit vielen Belastungen einhergehen kann (Filipp & Aymanns, 2010, S. 13)

Wolfgang Lenhard hat in einer internationalen Studie zum „[...] Anteil der selektiven Abtreibungen nach positiven Diagnosen [...]“ (Lenhard, 2005, zit. in Achtelik, 2015, S. 56) herausgefunden, dass es in 92,2 % der Fälle zu einem Abbruch der Schwangerschaft nach der fetalen Diagnose Trisomie 21 kommt. So ist der häufigste Grund für Schwangerschaftsabbrüche die Diagnose Down-Syndrom (Kalmutzke, 2016, S. 191). Auffällig ist, dass meist die Sorgen und Unsicherheiten der Frauen erforscht werden, die sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, aber nicht der Entscheidungsprozess derjenigen, die eine Entscheidung für das Leben ihres Kindes treffen (Baldus, 2006, S. 16 f.). Dennoch gibt es Frauen, die trotz der Schwierigkeiten beschließen, ihre Schwangerschaft fortzuführen. Dabei kann auch die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung in diesem Prozess eine entschleunigende und unterstützende Wirkung haben und somit den Entscheidungsprozess beeinflussen (Rummer, 2013, S. 37).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zunächst herauszuarbeiten, welchen Belastungen die schwangeren Frauen während des kritischen Lebensereignisses der Down-Syndrom Diagnose ausgesetzt waren, um daraufhin vor allem die subjektiven Bewältigungsstrategien, die zur

Entscheidung für das Kind und zur Bewältigung der Belastungen geführt haben, in den Blick zu nehmen.

Um ein Verständnis dafür zu bekommen, welche Ursachen, Auswirkungen und Möglichkeiten die Diagnose des Down-Syndroms mit sich bringt, wird in Kapitel 2.1 zunächst die Trisomie 21 näher beleuchtet. Daraufhin folgt in Kapitel 2.2 die Auseinandersetzung mit dem Thema der Pränataldiagnostik, damit die rechtlichen Grundlagen, Vorgehensweisen, aber auch Grenzen und Folgen der Diagnostik für Menschen mit Down-Syndrom deutlich werden. Danach folgt die Beschäftigung mit der Bedeutsamkeit der Beratung im Diagnoseprozess, um die möglichen Aufgaben und Herausforderungen für die Soziale Arbeit daraus ableiten zu können.

Bestandteil des dritten Kapitels ist die Bewältigung kritischer Lebensereignisse, da dies die Grundlage für die Bearbeitung der Thematik dieser Arbeit darstellt. Dafür wird in Kapitel 3.1 definiert, was als kritisches Lebensereignis anzusehen ist, um daraufhin die daraus folgenden Belastungen zu betrachten. Anschließend folgt in Kapitel 3.2 die Auseinandersetzung mit subjektiven Bewältigungsstrategien, da dies die Basis für die Auswertung der Forschungsergebnisse darstellt. Dabei werden zunächst die Ressourcen, die als Grundlage für subjektive Bewältigungsstrategien dienen, beschrieben, um daraufhin das Belastungs-Bewältigungs-Modell von Lazarus darzustellen.

Um den Prozess der empirischen Arbeit transparent zu machen, wird in Kapitel 4.1 die Auswahl der qualitativen Sozialforschung als Forschungsmethode sowie die Struktur des biographischen Interviews als Erhebungsmethode in Kapitel 4.2 dargestellt. Darauf folgen die Erläuterung der Homogenisierung der Stichprobe (Kapitel 4.3) sowie die Beschreibung des Feldzugangs (Kapitel 4.4) und der Datenerhebung (Kapitel 4.5). Anschließend wird in Kapitel 4.7 das Vorgehen einer qualitativen Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode dieser Forschung erklärt.

Im fünften Kapitel werden die Forschungsergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund dargestellt und interpretiert. Daraufhin folgt im sechsten Kapitel das Fazit, in welchem auch ein Ausblick in die Zukunft gegeben wird.

Damit ein uneingeschränkter Lesefluss gewährleistet werden kann, wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Wenn keine andere Kennzeichnung vorliegt, sind damit immer beide Geschlechter gemeint.

2 Diagnose Down-Syndrom in der Schwangerschaft

Um die Arbeit strukturiert und verständlich zu gestalten, muss im Vorfeld das Down-Syndrom näher dargestellt werden. Dazu werden die Ursachen, die Merkmale und gesundheitlichen Auswirkungen, die Entwicklung sowie die Rechte von Menschen mit Down-Syndrom in den Blick genommen. Daraufhin folgt die Beleuchtung der vorgeburtlichen Diagnose durch die Pränataldiagnostik. Hierfür werden die rechtlichen Grundlagen, die Untersuchungsmethoden und Vorgehensweise sowie der kritischen Ansichten zur Pränataldiagnostik erläutert. Anschließend wird die Bedeutsamkeit der Beratung im Diagnoseprozess thematisiert.

2.1 Das Down-Syndrom

Das Down-Syndrom ist eine pränatal entstehende Form der geistigen Behinderung (Speck, 2012, S. 59). Es ist eins der Syndrome, welches am weitesten verbreitet ist. Ungefähr fünf Millionen Menschen weltweit haben das Down-Syndrom (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 2). Dabei liegt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind mit Trisomie 21 geboren wird, bei 1 zu 600-900 (Speck, 2012, S. 59).

Die klassischen Merkmale von Menschen mit Down-Syndrom beschrieb erstmals der englische Arzt John Langdon Down im Jahre 1866. Mit dieser Abgrenzung unterschied er Menschen mit Down-Syndrom von anderen Menschen, die eine geistige Behinderung aufwiesen. Langdon beschrieb Merkmale für das Down-Syndrom, wozu unter anderem die Größe, das Gewicht, Auffälligkeiten der Kopfform, der Augen und der Ohren gehörten (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 2).

2.1.1 Ursachen und Formen

Dass das Down-Syndrom eine Veranlagung ist, die genetisch bedingt und nicht zu verändern ist, fand erstmals der französische Pädiater Jérôme Lejeune heraus. Er wies 1959 nach, dass die Zellen von Menschen mit Down-Syndrom 47 statt 46 Chromosomen aufweisen. Das Chromosom, welches dreifach statt zweifach vorhanden ist, ist das 21. Chromosom. Darin befinden sich die Gene, die das Down-Syndrom verursachen (Zimpel, 2016, S. 18).

Die Chromosomen sind Träger der Gene, welche sich in allen Zellkernen befinden. Dabei gibt die Mutterzelle bei der Zellteilung die gleiche Chromosomenanzahl an die Tochterzelle weiter (ebd., S. 19). Bei der Befruchtung werden die 23 Keimzellen der Eizelle von der Frau und die 23 Keimzellen der Samenzelle vom Mann zu einer Einheit. Damit hat die erste Zelle des ungeborenen Kindes 46 Chromosomen, die sich durch Zellteilung vermehren, woraufhin jede neue Zelle aus 46 Chromosomen besteht (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2017).

In manchen Fällen enthält eine der elterlichen Keimzellen 24 statt 23 Chromosomen, wodurch bei der Vereinigung eine befruchtete Eizelle mit 47 Chromosomen entsteht (ebd.). Dies ist der Fall, wenn sich in einer der elterlichen Zellen bei der Teilung die Chromosomen 21 nicht trennen und beide in die neue Keimzelle wandern. Diese Nondisjunktion kann sowohl in der Ei- als auch in der Samenzelle vorkommen. Der Grund für das Auftreten des Vorgangs ist nicht geklärt (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 7). In 90 bis 95 % der Fälle liegt der Defekt in der mütterlichen Eizelle vor. Wenn dabei das 21. Chromosom zusätzlich vorhanden ist, liegt eine Trisomie 21 vor. Diese Trisomie wird als freie Trisomie beschrieben, da das extra Chromosom mit keinem anderen verwachsen ist und in allen Zellkernen im Organismus vorhanden ist. Die meisten Trisomien sind freie Trisomien (Zimpel, 2016, S. 19). Eine andere Form des Down-Syndroms ist die Translokationsform der Trisomie 21, die in ungefähr 3 % der Fälle auftritt. Dabei hat sich ein Teil des 21. Chromosoms mit einem anderen Chromosom vereinigt. Häufig handelt es sich dabei um das 13., 14., 15. oder 22. Chromosom. Hierbei kann ein Elternteil die Trisomie übertragen haben, sodass eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass folgende Kinder auch das Down-Syndrom haben werden (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2017). Noch seltener tritt die Mosaikform der Trisomie 21 auf. Dabei entsteht die Genanomalie noch nicht in der Eizelle, sondern erst bei folgenden Zellteilungen. Daher gibt es sowohl Zellen mit 46 als auch mit 47 Chromosomen (Zimpel, 2016, S. 19).

Die Funktion der Chromosomen ist es, die Erbinformationen der Eltern an die Kinder weiterzugeben. Diese Gene legen fest, wie der Körper wächst und funktioniert. Daher sorgt ein zusätzliches Chromosom für ein Ungleichgewicht in der Genetik, woraus Veränderungen des körperlichen Wachstums und der Funktion folgen (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2017).

2.1.2 Merkmale und gesundheitliche Auswirkungen

Das überschüssige 21. Chromosom führt zu körperlichen Besonderheiten, die Menschen mit Down-Syndrom von anderen unterscheiden. Viele Merkmale werden direkt nach der Geburt festgestellt. Dabei müssen nicht alle Merkmale bei jedem Kind auftreten, sodass die Besonderheiten individuell, unterschiedlich vorhanden sind (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 10).

Äußerliche Kennzeichen des Syndroms sind ein breiter Augenabstand, eine Lidfalte, die sich am inneren Augenwinkel befindet oder auch ein abgeflachter Kopf. Außerdem sind die Hände oft breit und haben kurze Finger, wie auch die Füße und Zehen (Sarimski, 2001, S. 24). We-

gen der Muskelhypotonie im Bereich des Mundes, strecken die Kinder häufig die Zunge hervor. Allerdings ist die Ausprägung der herabgesetzten Muskelspannung unterschiedlich (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 10). Des Weiteren verfügen die Menschen mit Down-Syndrom oft über einen vermehrten Fettansatz, was zu Übergewicht führen kann. Dies kann durch gesunde Ernährung und viel Bewegung positiv beeinflusst werden (Sarimski, 2001, S. 24). Viele der Merkmale haben somit keine Auswirkungen auf die körperliche Funktionsfähigkeit der Menschen mit Down-Syndrom (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 10).

Allerdings können gesundheitliche Probleme bei Menschen mit Down-Syndrom häufiger auftreten. Dazu gehören Herzfehler sowie Störungen des Magen- und Darm-Trakts. Inzwischen werden diese Kinder medizinisch frühzeitig und gut versorgt, sodass die gesundheitlichen Auswirkungen nicht so groß sind. Auch an einer Fehlfunktion der Schilddrüse und einem schwachen Immunsystem leiden Menschen mit Down-Syndrom häufig (Zimpel, 2016, S. 26). Die Seh- und Hörfähigkeit können zudem eingeschränkt sein. Eine Hörminderung liegt bei vielen Kindern mit Trisomie 21 vor. Da dies die Sprachentwicklung der Kinder negativ beeinflussen kann, sollte die Hörfähigkeit regelmäßig überprüft werden (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 13). Auch wenn es typische Erkrankungen bei Menschen mit Down-Syndrom gibt, treten meist nie alle auf (ebd.).

2.1.3 Entwicklung und Förderung

Die Entwicklung von Kindern mit Down-Syndrom wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst (Wilken, 2012, S. 52). So erreicht jeder Mensch mit Trisomie 21 unterschiedliche Entwicklungslevel (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 14). Meist verläuft die Sprachentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom langsamer als bei regelentwickelten Kindern. Der Satzbau und die Länge der Äußerungen sind häufig einfacher gebildet und Äußerungen sind unverständlicher, da Endungen, Präpositionen oder Artikel nicht ausgesprochen werden (Sarimski, 2001, S. 85). Gründe für die verzögerte Sprachentwicklung sind meist Hörprobleme, ein kurzes auditives Gedächtnis und eine eingeschränkte Mundmotorik. Dies bewirkt, dass die Kinder mit Down-Syndrom gehörte Informationen schneller vergessen und sich lediglich wenige Wörter merken können (Halder, 2012, S. 65). Dabei ist das Sprachverständnis oftmals besser entwickelt als die Sprachproduktion (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 15).

Die überwiegend freundliche und herzliche Art von Menschen mit Down-Syndrom führt zu einer guten sozialen Kompetenz. Wenn Berührungängste oder Verständnisschwierigkeiten

von Gleichaltrigen vorhanden sind, können durch gezieltes Trainieren die sozialen Fähigkeiten der Menschen mit Trisomie 21 und die Sensibilität des Umfelds verbessert werden (ebd.). Zudem scheinen die Emotionen bei Menschen mit Down-Syndrom intensiver und andauernder zu sein, ob positiv oder negativ. So können Frustrationen, die durch negative Erfahrungen auftreten, oder Erfolge, die sich aus positiven Erfahrungen ergeben, eine lang andauernde Wirkung entfalten (Zimpel, 2016, S. 88).

Das Erlernen der motorischen Fertigkeiten ist sowohl für die Bewältigung des Alltags als auch für die soziale und kognitive Entwicklung bedeutsam. Denn durch Bewegung kann das Kind in Interaktion mit anderen Kindern treten, spielen und sich seine Umgebung aneignen (Sacks & Buckley, 2012, S. 68). Eine Folge der Muskelhypotonie von Menschen mit Trisomie 21 ist eine motorische Entwicklungsverzögerung, die es für sie schwieriger macht, komplizierte Bewegungsabläufe auszuführen (Röhm, 2016, S. 140). Dennoch können Kinder mit Down-Syndrom grundsätzlich alle motorischen Fähigkeiten erlernen. Dazu gehören sowohl die Basisfertigkeiten, die benötigt werden, um den Alltag zu bewältigen, als auch die speziellen Fertigkeiten, welche mit bestimmten Begabungen und Interessen einhergehen (Sacks & Buckley, 2012, S. 68). Das Erlernen der Basisfertigkeiten erfolgt in der gleichen Reihenfolge wie bei regelentwickelten Kindern, lediglich zeitlich verzögert. Die Zeitspanne, in der Kinder mit Down-Syndrom die jeweilige Motorik erlernen, variiert sehr stark. Des Weiteren sind die erlernten Bewegungen manchmal nicht so fein koordiniert und wirken ungeschickt. Um sich motorische Abläufe einzuprägen und sicherer darin zu werden, benötigen sie viel Übung (ebd., S. 68 f.).

Da die Entwicklung von Kindern mit Down-Syndrom verlangsamt ist, ist eine Frühförderung ab dem ersten Lebensjahr sinnvoll, auch wenn die Entwicklungsverläufe variieren (Sarimski, 2015, S. 6). „Unter Frühförderung wird ein komplexes System der Beratung, Anleitung und Unterstützung für Eltern verstanden, deren Kinder in den ersten Lebensjahren auf Grund individuell und sozial bedingter Entwicklungsauffälligkeiten und –gefährdungen (Risiken, Behinderungen) spezialisierter pädagogischer und therapeutischer Hilfe bedürfen“ (Speck, 2006, S. 413). Die Frühförderung umschließt sowohl medizinische als auch pädagogische Ansätze. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist für die Ganzheitlichkeit der Förderung notwendig (ebd.). Dabei kommen die Fachkräfte zunächst wöchentlich in die Familie oder die Familien in die Beratungsstellen. Die Frühförderung zielt nicht darauf ab, mit dem Kind allein zu arbeiten, sondern der Entwicklungskontext wird in die Förderung mit einbezogen. Dafür sollen die Familien Anregungen für das Zusammenleben und Fördern des Kindes bekommen (Wilken,

2012, S. 52). Im Bereich der sprachlichen Entwicklung kann ein Logopäde die Kinder mit Down-Syndrom zunächst beim Kauen und Schlucken und später beim Sprachausdruck unterstützen (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 16). Um eine Förderung im motorischen Bereich zu ermöglichen, sollten bewegungsorientierte Angebote wie die Physiotherapie eine wichtige Rolle einnehmen. So kann die häufig vorliegende Muskelhypotonie behandelt werden (Sarimski, 2015, S. 17).

Insgesamt wird Menschen mit Trisomie 21 oft zu wenig zugetraut, sodass sie in ihren Aufgaben unterfordert sind. Daher ist es von Anfang an wichtig, dass die Eltern ihren Kindern die bestmögliche Förderung ermöglichen, um sie in ihren Fähigkeiten zu stärken (Halder, 2012, S. 13 f.). Dafür gibt es einige Frühförderkonzepte, die angewendet werden können. Ein Frühförderprogramm ist das Konzept ‚Kleine Schritte‘, welches vor allem für Eltern bestimmt ist und ihnen Orientierung für die häusliche Erziehung bietet. Die Prinzipien des Konzeptes sind, dass alle Kinder die Fähigkeit zum Lernen besitzen. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass die Eltern die wichtigsten Modelle für ihre Kinder sind und vor allem die ersten Lebensjahre ausschlaggebend für die Entwicklung sind. Dabei ist jede Familie und jedes Kind anders, sodass das Programm den verschiedenen Bedürfnissen und individuellen Möglichkeiten gerecht werden möchte (Wilken, 2012, S. 53). Ein weiteres Konzept, welches die Sprachentwicklung der Kinder mit Down-Syndrom fördern soll, ist die Gebärden-unterstützende Kommunikation nach Etta Wilken. Hierfür werden die Gebärden als Unterstützung für das Sprechen verwendet. Somit können die Kinder, die noch nicht sprechen, besser verstehen und sich verständigen. Es ist leichter zu gebärden als zu sprechen, sodass die Kinder schneller lernen, ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Die Gebärden sollten so lange genutzt werden, bis das Kind beginnt zu sprechen. Daher wird bei dem Konzept nur ein Grundwortschatz an Gebärden gelehrt (Wilken, 2012, S. 60 f.).

Wichtig ist, eine angemessene Erwartungshaltung, die nicht zu niedrig sein sollte. Kinder mit Down-Syndrom können vielfältige Sportarten ausüben, Sprachen lernen und am alltäglichen Freizeitgeschehen teilnehmen. So kann kontinuierlich die Lebensqualität der Menschen mit Trisomie 21 gesteigert werden (Deutsches Down-Syndrom InfoCenter, 2014, S. 21).

2.1.4 Die Rechte von Menschen mit Down-Syndrom

Eine Steigerung der Lebensqualität soll auch durch die gesetzliche Verankerung der Rechte für Menschen mit einer Behinderung erreicht werden. Gemäß Art. 2 Abs. 1 SGB IX liegt bei den Menschen eine Behinderung vor, „[...] wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von

dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Daraus ergibt sich, dass die Rechte für Menschen mit einer Behinderung auch für die Menschen mit Down-Syndrom gelten. Die Rechtsbereiche für das Behindertenrecht lassen sich in zwei Teile aufteilen. Auf der einen Seite geht es um den Schutz der Menschen mit einer Behinderung und auf der anderen Seite um ihre Rehabilitation (Sachs, 2006, S. 331 f.). Der Schutz der Menschen mit einer Behinderung ist unter anderem in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG verankert, der besagt, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf (ebd., S. 336). Unabhängig von der Behinderung eines Menschen, hat jeder Mensch nach Artikel 1 Abs. 1 GG das gleiche Maß an Würde. Die individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten können unterscheiden, weshalb manche Menschen Unterstützung benötigen, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können (Speck, 2012, S. 50). Außerdem gelten die Menschenrechte universell für alle Menschen und umfassen deren individuelle Rechte. Die Menschenrechte lassen sich in die unterscheiden, die immer gelten und die, die für bestimmte Personen oder Lebensbereiche gelten (Antor, 2006, S. 343). So ist 2009 die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft getreten, welche ein völkerrechtlich bindendes Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen darstellt (Zimpel, 2016, S. 34). Demnach ist Diskriminierung „[...] jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird“ (Art. 2 UN-BRK).

2.2 Die vorgeburtliche Diagnose: Pränataldiagnostik

Die Pränataldiagnostik dient der Vorsorgeuntersuchung der Mutterschaft (Schroeder-Kurth, 2006, S. 324). Dazu zählen alle Untersuchungen, die vor der Geburt des Kindes durchgeführt werden. Das Ziel dabei ist, den Zustand des Fötus auf seine körperliche und genetische Verfassung hin zu untersuchen. Zweitrangig ist der Zustand der Schwangeren (Achtelik, 2015, S. 39). Die Pränataldiagnostik bietet die Möglichkeit durch invasive oder nicht-invasive Untersuchungen festzustellen, ob Veränderungen beim ungeborenen Kind vorliegen (Baldus, 2006, S. 15). So kam es 1968 erstmals zur pränatalen Diagnostik einer Trisomie 21, worauf 1969 der erste Schwangerschaftsabbruch aufgrund dieser Diagnose folgte (Achtelik, 2015, S. 45). Bei einer Diagnose stehen die schwangeren Frauen vor der Entscheidung für oder gegen ihr ungeborenes Kind (Schroeder-Kurth, 2006, S. 325). Dies verdeutlicht das ethische Dilemma,

was sich aus der Möglichkeit der Pränataldiagnostik ergibt. Hierbei stehen sich die Freiheit und Selbstbestimmung der Frauen sowie das Recht auf Leben von Menschen mit einer Behinderung gegenüber (Baldus, 2006, S. 39).

2.2.1 Rechtliche Grundlagen

Auf einen positiven Befund nach einer Untersuchung kann ein Schwangerschaftsabbruch folgen. Ein Abbruch ist bis zur zwölften Schwangerschaftswoche laut § 219 StGB und §§ 5 ff. SchKG nach einer Schwangerschaftskonfliktberatung ohne Strafe möglich. Liegen medizinische Indikationen vor, ist auch danach eine Beendigung der Schwangerschaft gemäß § 219 Abs. 2 StGB möglich. Eine medizinische Indikation kann dann vorliegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der schwangeren Frau erkennt, dass die Fortführung der Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung des psychischen oder physischen Gesundheitszustandes der Schwangeren darstellt, die unter keinen zumutbaren Bedingungen abgewendet werden kann (ebd., S. 10). Unter diesen Umständen kann ein Schwangerschaftsabbruch bis zur Geburt vorgenommen werden (Achtelik, 2015, S. 55).

Am 01.02.2010 ist das Gendiagnostikgesetz in Kraft getreten. Darin ist geregelt, wie mit den menschlichen Erbanlagen, die aus einem Chromosomensatz gewonnen werden, zu medizinischen und Forschungszwecken umgegangen werden soll. § 2 Abs. 1 GenDG schließt die genetischen Untersuchungen während der Schwangerschaft mit ein. Darunter fallen die invasiven Untersuchungsmethoden, aber auch Risikoabklärungen per Ultraschall (Rummer, 2013, S. 48). Demnach besteht sowohl ein Recht auf Wissen als auch ein Recht auf Nichtwissen. Daraus folgt, dass die Untersuchungen, bei denen bewusst nach genetischen Abweichungen gesucht wird, nicht ohne Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen geschehen (Achtelik, 2015, S. 58). In Art. 1 1 Abs. 1 GG und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ist das Autonomieprinzip, das Recht auf Selbstbestimmung, der Betroffenen gesetzlich verankert. Demnach muss die Menschenwürde geachtet sowie die körperliche Unversehrtheit garantiert werden. Daher darf ein medizinischer Eingriff, wozu auch die Diagnostik gehört, erst nach der Beratung durch den Arzt und Einwilligung des Patienten vorgenommen werden (Rummer, 2013, S. 13).

2.2.2 Invasive und nicht-invasive Untersuchungsmethoden

2004 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ermittelt, dass 85 % der Schwangeren eine pränatale Diagnostik zwischen der 20. und 40. Schwangerschaftswoche vornehmen lassen haben (Renner, 2006, S. 39). Über 70 % haben zusätzlich zu den drei Ultraschalluntersuchungen Untersuchungen in Anspruch genommen, um Fehlbildungen der Kinder zu erken-

nen (ebd., S. 10). Bei den pränatalen Untersuchungen findet eine Unterscheidung in nicht-invasive und invasive Methoden statt (Rummer, 2013, S. 6). Bei den nicht-invasiven Untersuchungsmethoden erfolgt kein Eingriff in den Körper der Schwangeren, wohingegen bei den invasiven Untersuchungen durch Materialentnahme aus dem Uterus ein Eingriff in den weiblichen Körper vorgenommen wird (Achtelik, 2015, S. 39 f.).

Der Ultraschall, welcher eine nicht-invasive Methode darstellt, wird von Frauen als sichere und unbedenkliche Variante anerkannt (Baldus, 2006, S. 15). Dabei sind Sonografien die wichtigsten Methoden, um pränatal Abweichungen festzustellen (Bijma, van der Heide & Wildschut, 2008, S. 82). Bei den Schwangeren verändern sich die Ziele der sonografischen Untersuchungen während der Schwangerschaft. Im ersten Trimenon, welches bis zur 13. Schwangerschaftswoche andauert, wollen die Eltern den Fötus sehen und wissen, dass körperlich alles in Ordnung ist. Im zweiten Trimenon, welches von der 14. bis zur 26. Schwangerschaftswoche reicht, sollen Fehlbildungen ausgeschlossen werden. Im letzten Schwangerschaftsdrittel soll schließlich nur noch die Entwicklung des Kindes beobachtet werden (Rajaei et al., 2008, zit. in Heimerl, 2013, S. 10). Das Interesse der Medizin jedoch ist hauptsächlich, den Ausgang der Schwangerschaft positiv zu gestalten, wofür fetale Abweichungen frühzeitig diagnostiziert werden sollen (Heimerl, 2013, S. 10). Wenn bei den Ultraschalluntersuchungen Auffälligkeiten des Fötus entdeckt werden, folgt eine weitere Diagnostik (Rummer, 2013, S. 7).

Dies kann ein Organ- beziehungsweise Fehlbildungsultraschall darstellen, der um die 20. Schwangerschaftswoche herum stattfinden kann. Dieser kann nur von Ärzten durchgeführt werden, die speziell dafür ausgebildet sind und es werden Sonografiegeräte mit hoher Auflösung benötigt. So wird die Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit des ungeborenen Körpers untersucht (Heimerl, 2013, S. 60). Eine fetale Nackentransparenzmessung kann bereits in der 10. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden (Rummer, 2013, S. 8). Dabei stellt eine verdickte Nackenfalte einen Softmarker für eine Trisomie 21 dar. Indem die daraus erhaltenen Werte mit den mütterlichen Hormon- und Enzymwerten, ihrem Alter und der Schwangerschaftswoche zusammengefügt werden, wird eine statistische Wahrscheinlichkeit berechnet (Achtelik, 2015, S. 42).

Seit 2012 gibt es den PraenaTest der Firma LifeCodexx in Deutschland, welcher auch eine nicht-invasive Methode darstellt (Achtelik, 2015, S. 61). Dabei wird der Schwangeren Blut entnommen, welches ausreichend DNA des Fötus enthält, um chromosomale Abweichungen festzustellen (Zimpel, 2016, S. 16). Der Test kann bereits nach Vollendung der 9. Schwanger-

schaftswoche durchgeführt werden und das Ergebnis, welches eine Wahrscheinlichkeitsberechnung darstellt, erfolgt innerhalb einer Woche (Rummer, 2013, S. 9). Bei den meisten nicht-invasiven Verfahren kann lediglich eine Wahrscheinlichkeit darüber ermittelt werden, ob eine Abweichung vorliegt. Durch invasive Verfahren können sicherere Ergebnisse gewonnen werden. Aber auch dabei kann eine Diagnose keine hundertprozentige Sicherheit angeben, sondern ebenfalls falsche Ergebnisse anzeigen (ebd., S. 40). Dennoch folgen meist invasive Untersuchungen, wenn in den vorherigen Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt wurden (ebd., S. 10).

Ein invasives Verfahren stellt die Fruchtwasseruntersuchung, auch Amniozentese genannt, dar. Diese kann ab der 15. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Dabei wird die Fruchthöhle durch einen Nadelstich in die Bauchdecke punktiert, damit das Erbgut des ungeborenen Kindes anhand des Fruchtwassers auf genetische Veränderungen hin untersucht werden kann (Heimerl, 2013, S. 219). Die Amniozentese ist die invasive Untersuchung, die am häufigsten verwendet wird. Ein vorläufiges Ergebnis liegt nach zwei Tagen vor, das endgültige nach zwei Wochen (Achtelik, 2015, S. 43). Das Risiko einer Fehlgeburt aufgrund dieses Eingriffs liegt zwischen 0,6 bis 2,1 % (Rummer, 2013, S. 10).

Die Chorionzottenbiopsie stellt ebenfalls eine invasive Methode dar. Durchgeführt werden kann diese ab der 12. Schwangerschaftswoche (Achtelik, 2015, S. 43). Hierbei wird der Schwangeren durch die Bauchdecke oder vaginal Chorionzottengewebe entnommen, welches auf Chromosomenanomalien des Fötus hin untersucht wird (Rummer, 2013, S. 9). Mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,9 bis 1,9 % kann dadurch eine Fehlgeburt ausgelöst werden (ebd., S. 10).

Kommt es bei beiden Methoden zu keinem eindeutigen Ergebnis, besteht die Möglichkeit, eine Nabelschnurpunktion, Chordoskopie, durchzuführen. Diese kann zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden (Achtelik, 2015, S. 43). Nachdem dem Fötus Blut entnommen wird, findet eine Analyse des Materials auf Abweichungen oder Erkrankungen statt (Rummer, 2013, S. 9 f.). Auch hierbei besteht das Risiko einer Fehlgeburt, welches zwischen 0,5 und 2,5 % liegt (ebd., S. 10). Somit werden in allen Untersuchungen nach Abweichungen geschaut, aus denen eine Behinderung erschlossen werden kann. Wenn eine Abweichung erkannt wird, liegt ein positiver Befund vor. (Achtelik, 2015, S. 40).

2.2.3 Vorgehensweise

Sobald ein Gynäkologe aufgesucht wird, folgt meist die Behandlung nach den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegten Mutterschaftsrichtlinien. Diese geben den behandelnden Ärzten einen Rahmen, in dem die vorgeburtliche Versorgung geregelt ist. Die darin enthaltenen Untersuchungen sind Angebote, die, wie im Gendiagnostikgesetz festgelegt, von den Frauen wahrgenommen werden können, aber nicht müssen (Rummer, 2013, S. 5). Ist der schwangeren Frau bewusst, dass sie sich in einer Entscheidungssituation befindet, müssen sich für sie auch verschiedene Handlungsoptionen zeigen. Dabei kann sie beispielsweise darüber entscheiden, ob sie eine pränatale Untersuchung wahrnimmt und ob diese nicht-invasiv oder invasiv sein soll (ebd., S. 12). Entscheidet sich die schwangere Frau dafür, eine Pränataldiagnostik durchführen zu lassen, findet zunächst ein Vorgespräch zwischen Arzt und Patientin statt. Der Grund des Kommens wurde entweder durch den Gynäkologen oder die Patientin selbst schon zuvor bei der Terminvereinbarung genannt (Heimerl, 2013, S. 42 f.). Teil des Vorgesprächs ist die Anamnese, für die einige Informationen aus dem Mutterpass, der zu Beginn einer Schwangerschaft ausgestellt wird, entnommen werden können (ebd., S. 45 ff.). Vor der Durchführung der Untersuchung muss geklärt werden, was mit dieser herausgefunden werden kann, dass es keine Garantie für einen falschen, negativen Test gibt, welche Risiken bestehen und dass bei einem positiven Ergebnis eine Entscheidung über den Fortlauf der Schwangerschaft getroffen werden muss (ebd., S. 223). So stehen die schwangeren Frauen nach einem positiven Befund vor den Wahlmöglichkeiten eines Abbruchs oder der Fortführung der Schwangerschaft (Achtelik, 2015, S. 41).

2.2.4 Kritik

Dem Präventionsgedanken der Pränataldiagnostik kann meist nur solange gefolgt werden, wie kein positives Ergebnis der Untersuchungen erfolgt. Viele Frauen, die die Diagnose erhalten und eine Entscheidung treffen müssen, werden schnell mit der Frage des Abbruchs konfrontiert (Achtelik, 2015, S. 132). Auf diese Weise unterstützt die Rechtmäßigkeit der pränatalen Diagnostik eine Denkweise, in der werdende Eltern vor dem ‚Leid‘ eines Kindes mit einer Behinderung bewahrt werden können (Thimm, 2006, S. 103). Aus der Straffreiheit der Abtreibung eines Kindes mit einer Behinderung, folgt eine Verminderung des Lebenswertes dieses Menschen (Speck, 2012, S. 82). Obwohl die Möglichkeit der Pränataldiagnostik die Selbstbestimmung der schwangeren Frauen vergrößern soll, wird die Entscheidung von einigen Einflüssen der Umwelt und der Gesellschaft gelenkt (Achtelik, 2015, S. 9). Dadurch, dass der gesellschaftliche Blick auf Menschen mit einer Behinderung meist defizitär ist, können sich die Betroffenen meist nicht vorstellen, dass ihre Kinder unter diesen Umständen ein

glückliches Leben führen können (ebd., S. 142). Dazu kann die Angst kommen, nicht mehr den gesellschaftlichen Ansprüchen zu genügen und ‚normal‘ zu sein, sondern zu den ‚anderen‘ zu gehören (Waldschmidt, 2003, zit. in Achtelik, 2015, S. 146). Unter diesen Begebenheiten kann die Entscheidungssituation als äußerst problematisch angesehen werden. Um die schwangeren Frauen in der Situation angemessen unterstützen zu können, sollen die Möglichkeiten der Beratung genutzt werden können (ebd., S. 150).

2.3 Die Bedeutsamkeit der Beratung im Diagnoseprozess

Die Beratung ist ein offenes Tätigkeitsfeld, welches in unterschiedlichen Kontexten angewandt werden kann. Somit kann der Begriff nicht eindeutig definiert werden. Allerdings lässt sich Beratung als ein Gesprächsangebot beschreiben, welches zeitlich begrenzt ist und dazu beitragen soll, dass sich die aktuell blockierten Entwicklungspotenziale und Kompetenzen der Ratsuchenden entfalten können (Schrödter, 2007, S. 456). Zudem ist Beratung als ein interaktiver Prozess anzusehen, indem der Beratende dem Ratsuchenden bei Fragen und Problemen Unterstützung unter Einsatz von Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenzen geben kann. Dafür benötigt der Beratende ausreichend Beratungskompetenzen und Fachwissen, die mit kommunikativen Mitteln weitergegeben werden (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S. 13). Im Beratungsfeld der Pränataldiagnostik und einem möglichen Schwangerschaftsabbruch sind sowohl die medizinische als auch die psychosoziale Beratung bedeutsam. Es gibt Überschneidungen zwischen beiden Disziplinen, da beiderseits die psychischen und sozialen Aspekte in den Blick genommen werden sollen. Einen psychischen Aspekt kann dabei der Verlust der Partnerschaft darstellen, wohingegen ein sozialer Aspekt die wirtschaftlichen und beruflichen Folgen sein können. Ärztliche Beratung soll vornehmlich durch den Gynäkologen und psychosoziale Beratung durch eine institutionalisierte psychosoziale Beratungsstelle erfolgen (Rummer, 2013, S. 22).

Die Entscheidung, vor die die schwangeren Frauen nach einem positiven Befund gestellt werden, wird als Aufgabe wahrgenommen, die bewusst getroffen werden soll (Baldus, 2006, S. 160). So soll die Beratung dazu führen, dass die Entscheidung selbstbestimmt getroffen werden kann (Speck, 2012, S. 331). Drei Bedingungen sollen dabei gegeben sein. Zunächst sollte die zu entscheidende Person absichtsvoll handeln. Frauen, bei denen die Pränataldiagnostik einen auffallenden Befund festgestellt hat, sind in dieser Situation meist geschockt und psychisch stark belastet. Daher neigen sie eher dazu reflexhafte Entscheidungen zu treffen und keine absichtsvollen. Dabei kann die Beratung dabei unterstützen, dass die Frauen wieder entscheidungsfähig werden und absichtsvoll agieren können. Ferner kann der Frau in der be-

ratenden Situation nochmals vergegenwärtigt werden, dass sie sich in einer Entscheidungssituation befindet (Rummer, 2013, S. 15 ff.). Eine weitere Bedingung ist, dass die Person versteht, was sie tut. Dafür ist eine Information darüber, welche Entscheidung getroffen werden muss und welche Konsequenzen damit verbunden sein können, bedeutsam (ebd., S. 17). Die dritte Bedingung ist, dass die Betroffenen ohne kontrollierenden Einfluss sein sollten. Das soziale Umfeld kann auf die schwangere Frau Druck ausüben, die Entscheidung in eine bestimmte Richtung zu treffen. Dabei sollte die Beratung den Frauen ermöglichen, die eigene Position zu erkennen und sich von den Einflüssen des sozialen Umfeldes zu lösen (ebd., S. 19). Damit möglichst reflektierte Entscheidungen getroffen werden können, sollte der Schwangeren der Zugang zu Beratung ermöglicht werden. Dabei sollte der schwangeren Frau diese Option gegeben sein, aber keine Verpflichtung darstellen. Sie soll selbst entscheiden können, ob und in welcher Form sie die Beratung in Anspruch nehmen möchte (ebd., S. 20).

2.3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Beratungspflicht im pränataldiagnostischen Kontext wurde durch in Kraft treten des § 2a SchKG am 01. Januar 2010 festgelegt. Damit soll die Aufklärung und Beratung der schwangeren Frauen, die einen positiven Befund erhalten, verbessert werden. Wenn ein positiver Befund vorliegt, muss der Arzt die schwangere Frau verständlich und ergebnisoffen beraten und sie über die Möglichkeiten der medizinischen und psychosozialen Unterstützung informieren. Dazu ist er verpflichtet, das Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weiterzugeben. Darin enthalten sind Hinweise zu einem Leben mit einem Kind mit einer Behinderung sowie Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Außerdem muss ein Hinweis auf den Beratungsanspruch gemäß § 2 SchKG gegeben werden (Rummer, 2013, S. 44 f.).

In § 15 Abs. 3 GenDG ist geregelt, dass bei einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung sowie Risikoabklärung vor und nach der Durchführung eine genetische Beratung durch den ausführenden Arzt verpflichtend ist. Dafür soll die schwangere Frau über das Risiko aufgeklärt werden, dass beim Ungeborenen eine Abweichung vorliegen kann sowie die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter Krankheiten aufzuführen. Nach § 15 GenDG ist der Arzt verpflichtet, die schwangere Frau auf den Beratungsanspruch gemäß § 2 SchKG hinzuweisen (ebd., S. 49). Dabei soll der Arzt der schwangeren Frau laut § 10 Abs. 2 GenDG eine Bedenkzeit geben, deren Länge individuell bestimmt werden soll, bevor eine Untersuchung vorgenommen wird (Achtelik, 2015, S. 57).

Nach § 2 Abs. 1 SchKG hat jede Frau und jeder Mann unter anderem das Recht, sich bei allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen in einer dafür vorgesehenen psychosozialen Beratungsstelle anonym informieren und beraten zu lassen. Dazu gehören laut § 2 Abs. 2 Nr. 5 SchKG Informationen zu Hilfsansprüchen für Menschen mit einer Behinderung und deren Familie, die ihnen vor und nach Geburt des Kindes zur Verfügung stehen. Laut § 2 Abs. 2 Nr. 8 SchKG können die Eltern sich zudem über die Durchführung von Abbrüchen sowie deren psychische und physische Folgen und Risiken informieren. Auch mögliche Lösungen für psychosoziale Konflikte in der Schwangerschaft können nach § 2 Abs. 2 Nr. 7 SchKG thematisiert werden. Zum Beratungsangebot der Eltern gehört außerdem die Nachbetreuung nach der Geburt gemäß § 2 Abs. 3 SchKG. Im SchKG sind keine genauen Vorgaben gemacht, welche Qualifikationen der Berater der psychosozialen Beratungsstelle vorweisen muss. Von den meisten Bundesländern wurde eine Konkretisierung des § 9 Nr. 1 SchKG vorgenommen, der besagt, dass „[...] hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes und der Zahl nach ausreichendes Personal [...]“ vorhanden sein muss (Rummer, 2013, S. 65). So werden meist Beratungskräfte beschäftigt, die über einen geeigneten Hochschulabschluss in einem Fach, welches für psychosoziale Beratung zutreffend ist, verfügen (ebd., S. 66). Nach § 3 SchKG müssen die einzelnen Bundesländer dafür sorgen, dass ausreichend Angebote wohnortnaher Beratungsstellen für die Beratung gemäß § 2 SchKG bestehen.

2.3.2 Möglichkeiten der Beratung

Die medizinische Beratung im Kontext der Pränataldiagnostik kann durch den Gynäkologen oder einen Pränataldiagnostiker erfolgen. Beratungsanlass kann dabei entweder eine pränatale Untersuchung oder ein auffälliger Befund nach einer Untersuchung sein. In beiden Situationen kann die Frau mit Problemen konfrontiert sein, die in dem Auftreten einer Krise enden können (Rummer, 2013, S. 24). Es besteht ein Arzt-Patienten-Verhältnis, aus welchem eine asymmetrische Beziehung folgt, da der Arzt durch sein medizinisches Fachwissen der schwangeren Frau fachlich überlegen ist (ebd., S. 25). Der meist noch defizitäre Blick macht es auch für die Ärzte schwieriger, den Eltern aufbauende, positive Worte entgegenzubringen. Daher ist es wichtig, dass die Mediziner über die Möglichkeiten der Förderung und positiven Entwicklungen informiert sind, um dies an die Eltern weitergeben zu können. Aus diesem Grund sind neben dem medizinischen Wissen über Trisomie 21 auch Empathiefähigkeit und gewisse Beratungskompetenzen notwendig (Halder, 2012, S. 7). Diese sollten feldunabhängig, aber auch fachwissenschaftlich sein (Rummer, 2013, S. 32). Häufig liegen drei Ansprüche ärztlicher Beratung vor. Dazu gehören Ergebnisoffenheit, der Anspruch der Allgemein-

verständlichkeit und der Nichtdirektivität. Dementsprechend soll die Beratung informativ, aber nicht intentional motiviert stattfinden (ebd., S. 28).

Vor allem nach der Diagnose, nach dem Moment des Schocks, bleibt die psychosoziale Beratung sehr wichtig (Achtelik, 2015, S. 186). Psychosoziale Beratung wird von professionellen Beratern mit anerkannten Beratungskompetenzen in Beratungsstellen formalisiert durchgeführt (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S. 23). Häufig sind die Beratungsstellen an prä-nataldiagnostische Praxen angegliedert, sodass eine enge Kooperation bestehen kann (Rummer, 2013, S. 36). Die Arbeit der psychosozialen Berater fundiert auf wissenschaftlichen Handlungskonzepten. Dabei werden problem-, klienten- und zielzentrierte Methoden eingesetzt, die aus psychologischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Konzepten miteinander verbunden werden. Mögliche Methoden sind, neben vielen anderen, die Konfrontation, die Selbstaktivierung oder auch das Unterbrechen von Handlungsketten (ebd., S. 37). Im Erstkontakt mit der Frau nach der Diagnose erfolgt häufig die Krisenintervention. Sie stellt eine erste, schnelle Hilfe dar, die entlasten und Orientierung geben soll. In folgenden Beratungsgesprächen können Copingkonzepte sowie Bewältigungsstrategien gemeinsam erarbeitet werden (ebd., S. 37). Besonders die Ressourcenarbeit liegt in der psychosozialen Beratung im Fokus (ebd., S. 38).

Die ressourcenorientierte Perspektive ist bedeutsam für das Empowerment-Konzept (Theunissen, 2006, S. 82). Empowerment bedeutet übersetzt so viel wie Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung. Damit wird der Prozess bezeichnet, den Menschen durchlaufen und in dem sie ausreichend Kraft schöpfen, um ein ihren eigenen Vorstellungen entsprechendes ‚besseres Leben‘ zu führen (Herriger, 2014, S. 13). Das Ziel ist, die Fähigkeiten der Menschen sowie ihre Ressourcen zu stärken, damit sie daraufhin die Gestaltung ihres Lebens selbstbestimmt vornehmen können (ebd., S. 19 f.). Der Empowerment Begriff kann durch vier Zugänge erfasst werden. Die lebensweltliche Definition nimmt die Fähigkeit der Menschen in den Blick, ihre alltäglichen Belastungen autonom bewältigen zu können. Diese Bewältigung kann je nach Lebenswelt unterschiedlich ausfallen. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seinen Fähigkeiten und Stärken. So hat jeder Mensch eine Vorstellung von seinem eigenen gelingenden Alltag (ebd., S. 15). Im politischen Sinne sollen machtunterlegene Menschen befähigt werden, ihre politische Durchsetzungskraft zu erweitern, um ihre Interessen durchzusetzen und Benachteiligungen abzubauen (Theunissen, 2006, S. 81). Empowerment im reflexiven Sinne bedeutet, dass die Menschen aus der eigenen Kraft heraus ihre Machtlosigkeit und Passivität hinter sich lassen und sich selbst befähigen, die Souveränität über ihr eigenes Leben wieder

aktiv herzustellen (Herriger, 2014, S. 16). Im transitiven Sinne werden die professionellen Helfer in den Blick genommen, die die Menschen darin unterstützen, ihre Selbstbestimmung und Fähigkeiten zur Lebensbewältigung wieder oder neu zu entdecken (Theunissen, 2006, S. 82). Vor allem die subjektzentrierte Ebene kann in psychosozialen Beratungsstellen angewendet werden. Dabei soll dem Einzelnen dazu verholfen werden, seine eigenen Stärken zu entdecken und anschließend anzuwenden (ebd., S. 83). Neben der psychosozialen Beratung können weitere Strategien verwendet werden, um die Diagnose zu bewältigen.

3 Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse

Damit deutlich wird, inwiefern die Diagnose Down-Syndrom ein kritisches Lebensereignis darstellen kann, werden im Folgenden zunächst die Merkmale eines kritischen Lebensereignisses dargestellt. Daraufhin werden die Belastungen, die sich aus solch einem Ereignis ergeben können, wie auch die Ressourcen zu dessen Bewältigung beleuchtet. Dafür wird das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell nach Lazarus vorgestellt. Die Begriffe Stress und Belastung werden folgend synonym gebraucht, genauso wie die Begriffe Bewältigung und Coping.

3.1 Plötzlich ist alles anders – kritische Lebensereignisse

Einschneidende Erlebnisse, die zur Unterbrechung gewohnter Abläufe führen, werden als Krisen bezeichnet. Ein wichtiges Merkmal einer Krise ist der Punkt, an dem der Ausgang des Geschehens ungewiss ist. Meist wird eine Krise mit einem negativen Ausgang verbunden, da dieser wahrscheinlicher erscheint als ein positiver (Filipp & Aymanns, 2010, S. 14 f.). So werden als kritische Lebensereignisse Situationen bezeichnet, die die Betroffenen zunächst nicht mit ihren persönlichen und sozialen Ressourcen bewältigen können, um handlungsfähig zu bleiben (ebd., S. 22). Kritische Lebensereignisse müssen zu normativen Ereignissen abgegrenzt werden. Normative Ereignisse sind jene, denen eine Person in bestimmten Zeitpunkten ihres Alters ausgesetzt ist. Abhängig sind diese von der biologischen Uhr, nach der bestimmte Ereignisse in einem gewissen Alter auftreten, wie das Rentenalter. Außerdem sind sie abhängig von der sozialen Uhr, welche durch die Gesellschaft vorgegebene passende Zeitpunkte für bestimmte Ereignisse sind, wie beim Heiraten und Kinder gebären. Dies zeichnen normative Ereignisse aus, welchen sich nahezu jedes Individuum stellen muss (Filipp & Aymanns, 2010, S. 32).

Es gibt Merkmale, an denen kritische Lebensereignisse erkennbar sind. Diese treten nicht zwangsläufig bei jedem kritischen Ereignis auf (ebd., S. 41 f.). Ein Merkmal ist ein Ungleich-

gewicht im Person-Umwelt-Passungsgefüge. Kritische Lebensereignisse greifen das ursprüngliche Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt an und zwingen die Betroffenen dazu, dieses zu verändern. Die Betroffenen werden aus ihrem Alltag herausgerissen, der nicht mit alltäglichen Handlungsrouinen wiederhergestellt werden kann. Sie erleben, dass das Leben nicht mehr so ist, wie es war und auch nicht mehr so sein wird (ebd., S. 42). Darüber hinaus geht mit dem kritischen Lebensereignis ein Verlust bisheriger Ressourcen einher, was ein weiteres Merkmal darstellt. Dazu gehören beispielsweise die Zielperspektive, der Glaube an eine gerechte Welt oder auch der Verlust eines sicheren Zuhauses. Die Wiederherstellung dieser Ressourcen ist, wenn überhaupt möglich, mit großem Aufwand verbunden (ebd., S. 43). Des Weiteren folgen aus einem kritischen Ereignis starke Emotionen, die entweder direkt mit dem Ereignis oder mit der Deutung des Ereignisses einhergehen. Somit sind kritische Lebensereignisse an objektiven Eigenschaften auszumachen. Allerdings hängt der Einfluss auf und die Bedeutsamkeit für die Betroffenen von der individuellen Einschätzung dieser ab (Filipp, 2007, S. 360).

Ein weiteres Merkmal ist die mangelnde Kontrollierbarkeit. Je weniger Möglichkeiten die Betroffenen haben beziehungsweise sehen, Einfluss auf das Ereignis nehmen zu können, desto kritischer ist es anzusehen (ebd.). Dazu kommt das Merkmal der mangelnden Vorhersehbarkeit. Wenn Ereignisse plötzlich, unvorhersehbar und unerwartet auftreten, hat dies starke Auswirkungen, die als kritisch angesehen werden können. So können keine vorherigen Bewältigungsversuche unternommen werden, die die Folgen des Ereignisses mindern können (ebd.). Darüber hinaus folgt aus kritischen Lebensereignissen, dass das eigene Selbst- und Weltbild in Frage gestellt wird. Die individuelle Überzeugung und der Wunsch nach Unversehrtheit und Sicherheit werden dadurch erschüttert (Filipp & Aymanns, 2010, S. 45). Kritische Lebensereignisse können zudem das Selbstbild und den Selbstwert bedrohen. Diese Bewertungen der eigenen Person sind abhängig von drei Faktoren. Einerseits bestimmt das Gefühl „[...] geliebt, wertgeschätzt und behütet [...]“ (ebd., S. 46) zu sein, den Selbstwert eines Menschen. Außerdem sind die eigene Selbstachtung und Selbstwertschätzung sowie die Einschätzung, in einer gerechten und sinnhaften Welt zu leben, ausschlaggebend. Daher sind das Selbstbild und der Selbstwert bedroht, sobald diese Merkmale nicht mehr gegeben sind. Diese Bedrohungen können kritische Lebensereignisse darstellen (ebd., S. 46 f.). Auch wenn durch das Ereignis zentrale Ziele nicht erreicht werden können und in einen Verlust der Handlungsorientierung münden, sind diese als kritisch anzusehen (Filipp, 2007, S. 359 f.). Je höher der Wirkungsgrad des Ereignisses ist, desto kritischer wird dies für die Betroffenen. Daher ist entscheidend, wie viele Lebensbereiche davon betroffen sind (ebd., S. 359). Ein weiteres

Merkmal kritischer Lebensereignisse ist die Systemreferenz. Demnach betreffen die Ereignisse meist nicht nur die Betroffenen selbst, sondern sind auch für das Umfeld und nahestehende Personen als Belastung anzusehen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 49).

Da der Begriff ‚kritisch‘ relational ist, sind nicht die Eigenschaften des Lebensereignisses selbst ausschlaggebend, sondern die Eigenschaften und Ressourcen der Betroffenen, sowie die Lebenssituation und der lebensgeschichtliche Kontext (ebd., S. 51). So kann dasselbe kritische Lebensereignis für die verschiedenen Menschen, die sich in anderen Lebensaltern und Lebenssituationen befinden, unterschiedliche Auswirkungen haben (ebd., S. 27). Ursachen und Folgen kritischer Lebensereignisse können aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. So können die Ereignisse sowohl aus stresstheoretischer als auch aus entwicklungstheoretischer Sicht in den Blick genommen werden (Filipp, 2007, S. 340).

3.1.1 Die stresstheoretische Perspektive

In der stresstheoretischen Perspektive liegt der Fokus darauf, welche Bedingungen zu einer schlechteren Entwicklung führen und welche nachhaltigen Beeinträchtigungen des psychischen und physischen Wohlbefindens dies nach sich zieht (Filipp & Aymanns, 2010, S. 100). Demnach stellen kritische Lebensereignisse Stressoren da, welche vor allem bei häufigem Auftreten die Fähigkeit der Betroffenen, diese zu bewältigen, übersteigt. Dadurch kann der Organismus einbrechen und der Eintritt sowie ungünstige Verlauf von Erkrankungen gefördert werden (Filipp, 2007, S. 340). Wenn die Veränderung, die aus dem Ereignis folgt, groß ist und somit ein stärkerer Aufwand betrieben werden muss, um sich an die neue Lebenssituation anzupassen, ist nach dieser Sichtweise das Stresslevel am höchsten (ebd.). Es gibt Studien, die sich damit befassen, zu ergründen, inwiefern kritische Lebensereignisse die Entstehung und den Verlauf emotionaler und physischer Erkrankungen beeinflussen. Schon Brown und Harris (1978, zit. in ebd., S. 343) fanden heraus, dass vor dem Eintritt depressiver Episoden häufig belastende Ereignisse aufgetreten sind sowie personale Faktoren das Eintreten der Phase begünstigen. Dennoch wird in den meisten Studien verdeutlicht, dass die Belastungen, die aus kritischen Ereignissen folgen, einer von vielzähligen Risikofaktoren für das Auftreten einer psychischen Erkrankung sind (ebd., S. 344). Außerdem ist der Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und den Abläufen im Nerven-, Hormon- und Immunsystem schwierig empirisch zu untersuchen. Daher ist fraglich, inwiefern die Belastungen kritischer Lebensereignisse Krankheiten hervorrufen oder deren Auftreten beschleunigen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 67).

3.1.2 Die entwicklungstheoretische Perspektive

In der entwicklungstheoretischen Perspektive werden kritische Lebensereignisse unter einem anderen Gesichtspunkt betrachtet. Dass sich durch diese Ereignisse die Menschen verändern und ihr Leben sich verändert, steht außer Frage. Aber die Krise ist als ein Wendepunkt anzusehen, der auch positiv verlaufen kann (Filipp & Aymanns, 2010, S. 99). Kritische Lebensereignisse gehören als Erfahrung im Leben dazu. Dabei werden die Anpassungsfähigkeit der Menschen und die Veränderungsprozesse, die dabei angestoßen werden, in der Entwicklungspsychologie in den Blick genommen. Demnach ist das Ereignis als belastend zu werten, aber ermöglicht die positive Weiterentwicklung des Menschen (ebd., S. 24). Die Folgen des Ereignisses werden nicht vorwiegend an den gesundheitlichen Veränderungen gemessen. Vielmehr werden die Lebenslage und die Auswirkungen für die Betroffenen selbst in den Blick genommen. Jedes Ereignis muss daher unter Einbezug der individuellen Bedeutung für die Betroffenen und auf seine Folgen hin in den Blick genommen werden (Filipp, 2007, S. 359). So können neben negativen Folgen auch positive, wie die Erweiterung der Bewältigungskompetenzen oder eine Steigerung des Selbstwirksamkeitsgefühls, erfahren werden. Dies ermöglicht, dass aus dem kritischen Ereignis nicht nur Verluste, sondern auch Gewinne gezogen werden können (ebd., S. 349). Auf diese Weise können kritische Lebensereignisse als Anreiz zum persönlichen Wachstum gesehen werden (Baldus, 2006, S. 222).

3.1.3 Belastungen

Die belastenden Folgen kritischer Lebensereignisse sind nicht immer direkt zu erkennen. Vor allem Außenstehende können die Belastung nicht eindeutig einschätzen, da es sich um subjektive, nicht unbedingt ersichtliche Empfindungen der Betroffenen handelt. Da jede Person ihre Lebenswelt selbst konstruiert, in deren Rahmen sie handelt und erlebt, werden ähnliche Situationen von verschiedenen Personen unterschiedlich eingeschätzt und wahrgenommen (Eppel, 2007, S. 18). Auch wenn das kritische Lebensereignis einen Stressor darstellt, ist meist nicht nur das Ereignis eine Belastung, sondern zudem die damit verbundenen Folgen für den Alltag (ebd., S. 24). Durch Risikofaktoren kann der Stress erhöht und die Bewältigung des Ereignisses erschwert werden. Diese Faktoren sind abhängig von der Persönlichkeitseinstellung, der Lebenssituation und den Bedingungen des Umfelds (ebd., S. 35).

Eine belastende Auswirkung des kritischen Lebensereignisses auf subjektiver Ebene kann sein, dass das eigene Handeln als wenig effektiv erachtet wird, da die Betroffenen meinen, keine direkte Kontrolle mehr darüber zu haben, ob sie ihre Ziele erreichen oder nicht (Filipp & Aymanns, 2010, S. 109). So können Ziele, die unerreichbar werden, Frustration auslösen,

insbesondere, wenn der Wunsch der Zielerreichung weiter besteht und nicht verändert wird (Brandstädter, 2007, S. 414). Da die kritischen Ereignisse plötzlich auftreten und die Betroffenen unvorbereitet treffen, lösen sie meist Überforderung aus (ebd., S. 124). Ferner belastet die Betroffenen häufig die Frage, warum ausgerechnet ihnen das Ereignis widerfahren ist. Da der Zufall oft nicht als Ursache akzeptiert wird, machen sich die Betroffenen meist selbst für den Eintritt des Ereignisses verantwortlich (Filipp & Aymanns, 2010, S. 176). Daraus ergibt sich meist die Frage, ob das Ereignis hätte vermieden werden können (ebd., S. 177).

Auch die soziale Unterstützung kann zur Belastung werden. Dazu gehört neben der Familie und engen Freunden vor allem die Partnerschaft. Wenn in dieser keine gegenseitige Unterstützung vorhanden ist, sondern die Beziehung geprägt ist durch fehlendes Interesse an den Belastungen des anderen oder sogar deren Herabsetzung, kann dies die subjektive Belastung erhöhen. Meistens geschieht dies in Partnerschaften, die schon zuvor belastend sind (ebd., S. 229). Die Belastungsregulation innerhalb der Familie sollte ein Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz aufweisen. Wenn der Zusammenhalt zu groß ist, kann es belastend für die Angehörigen sein, wenn er zu gering ist, für die Betroffenen (ebd., S. 227). Ferner kann Kritik oder auch übermäßige Fürsorge des sozialen Umfelds, einen negativen Effekt für die Betroffenen nach sich ziehen. Dazu gehört auch, wenn vermeintliches Mitleid oder Verstehen gezeigt wird, welches nicht echt ist (ebd., S. 258). Nach erfolgter sozialer Unterstützung können die Betroffenen das Gefühl entwickeln, wieder etwas zurück geben zu müssen oder dem anderen etwas schuldig zu sein. Ein Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen kann sich negativ auswirken (ebd., S. 260). Auch die Beziehung zu eigenen Kindern kann durch ein kritisches Lebensereignis belastet werden. Häufig sind die Betroffenen mit ihrer Situation überfordert, sodass es zu einer Benachteiligung der Kinder kommen kann (Speck, 2012, S. 331). Um dem Bestehen der Belastungen entgegenzuwirken, können Bewältigungsstrategien genutzt werden (Eppel, 2007, S. 44).

3.2 Subjektive Bewältigungsstrategien

Als Bewältigungsstrategie ist solches Handeln zu bezeichnen, welches reflexiv, kontrolliert und bewusst geschieht. Dennoch passieren einige Handlungen automatisch, die auch zur Bewältigung beitragen können (Eppel, 2007, S. 44). Bewältigung oder Coping heißt, sich aktiv mit dem, was es zu bewältigen gibt, auseinanderzusetzen. So soll eine Situation gemeistert werden, die Belastungen hervorgerufen hat, von den Betroffenen meist nicht verstanden wird und auf die kein Einfluss genommen werden kann (Wey et al., 2016, S. 7). Dabei beschreibt die Bewältigung einen Prozess, der im zeitlichen Verlauf geschieht und ergebnisoffen bleibt.

Jeder Mensch kann seine Ereignisse auf unterschiedliche Weise und in verschiedenen Geschwindigkeiten für sich erfolgreich bewältigen. Es gibt kein objektives Kriterium, was den Erfolg explizit ausmachen kann (Filipp & Aymanns, 2010, S. 211). Der Erfolg der Bewältigung kann nicht allein durch das Fehlen körperlicher und seelischer Krankheiten festgemacht werden. Eine allgemeingültige Definition darüber, wann eine Bewältigung gelungen ist, kann es daher nicht geben, sondern der Erfolg ist abhängig von der subjektiven Einschätzung der Betroffenen (ebd., S. 130). So gibt es eine Vielzahl an Ressourcen, die zur erfolgreichen Bewältigung kritischer Lebensereignisse beitragen können (Willutzki, 2013, S. 61).

3.2.1 Ressourcen als Grundlage subjektiver Bewältigungsstrategien

Der Begriff der Ressource wird unterschiedlich definiert. Ressourcen können als Potentiale des Individuums betrachtet werden, die zu Ressourcen werden, wenn das Individuum sie als zielführend und positiv erkannt hat (Schaller & Schemmel, 2013, S. 83). Die Bewertung der Ressourcen von den Betroffenen ist entscheidend dafür, ob sie funktional sind (Willutzki, 2013, S. 65). Erst in den jeweiligen Kontexten stellt sich heraus, was eine Ressource sein kann. Ob eine Ressource passend ist, hängt von der zu bewältigenden Aufgabe ab (ebd., S. 67). Die Auswirkungen der Ressourcen sind direkt oder indirekt. So werden sie häufig als Regulation von belastenden Faktoren angesehen, aber auch die positive Beeinflussung einer Lebensentwicklung unabhängig davon ist möglich. Ressourcen können adaptive Funktionen haben, die zu einem angepassten Bewältigungsverhalten führen. Sie können aber auch aktivierend sein, sodass diese direkt genutzt werden können (Filipp & Aymanns, 2010, S. 287 f.). Der Begriff Resilienz kann übergeordnet eingesetzt werden. Er beschreibt die Fähigkeit, Krisen unter Einbezug personaler und sozialer Ressourcen zu bewältigen und so psychisch und physisch funktionsfähig zu bleiben (ebd., S. 268). So können Ressourcen als Faktoren angesehen werden, die zur Bewältigung kritischer Ereignisse dienen können und so als Bewältigungsstrategien eingesetzt werden (Baldus, 2006, S. 231). Zu den personalen oder auch internen Ressourcen gehören die Handlungsmuster und Überzeugungssysteme der Person. Dagegen sind als soziale oder externe Ressourcen jene anzusehen, die das soziale Umfeld betreffen (Willutzki, 2013, S. 74).

Kobasa (1979, zit. in Filipp & Aymanns, 2010, S. 283) führte das Konzept der Widerstandskraft, *hardiness*, als personale Ressource ein. Demnach ist eine Charakterisierung widerstandsfähiger Personen anhand von drei Merkmalen möglich. Dazu gehören, der Glaube daran, dass das eigene Handeln bedeutsam ist, die Überzeugung, über personale Kontrolle zu verfügen und somit das Geschehene beeinflussen zu können sowie das Wahrnehmen der Er-

eignisse als Herausforderung. Demnach sollten die Veränderungen von den Betroffenen nicht als außergewöhnlich, sondern zum Leben dazugehörig angesehen werden. Als weitere personale Ressource gelten Religiosität und Spiritualität. In kritischen Lebensereignissen wenden sich viele Menschen vermehrt spirituellen Inhalten zu, um einen Halt zu finden und Erklärung für das Geschehene zu suchen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 270 f.). Eine weitere personale Ressource kann eine optimistische Grundhaltung sein, die eine positive, zuversichtliche und zukunftsgerichtete Lebensauffassung umschreibt. So leben optimistische Menschen in der Zuversicht, dass sich das Leben immer wieder zum Guten wenden wird, auch wenn kritische Ereignisse auftreten. Dieser Optimismus verhilft somit, die seelische und physische Gesundheit aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen (Willutzki, 2013, S. 75). Dabei bewirkt Optimismus nicht, dass Menschen scheinbar naiv daran glauben, dass sich die Situation automatisch zum Positiven entwickelt, sondern diese Grundhaltung verhilft den Betroffenen durchzuhalten und sich schneller von alten, unerreichbaren Zielen zu lösen, um diese durch neue, erreichbare zu ersetzen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 278 f.).

Auch positive Affektivität kann als personale Ressource betrachtet werden. Sie sorgt dafür, dass die Aufmerksamkeit erweitert wird, das Gedächtnis höhere Kapazitäten hat oder auch neue Informationen offener aufgenommen werden. Somit können positive Emotionen zur dauerhaften Steigerung des Wohlbefindens beitragen. Positive Emotionalität ist aber nicht nur ein punktueller Zustand, sondern ein Merkmal dafür, dass der Mensch sich eher an positive Ereignisse erinnert sowie diese generell positiver einschätzt (ebd., S. 286). Daraus kann eine positive Grundstimmung folgen, die bei der Bewältigung hilfreich ist. Dies bedeutet, dass weitere Ressourcen aktiviert werden, die Betroffenen sich aktiv mit dem Geschehenen auseinandersetzen, sie Motivation für Selbstfürsorge sind und Überregungen verringern können (ebd., S. 288). Außerdem ist das Selbstkonzept entscheidend für die Verarbeitung kritischer Lebensereignisse, vor allem, wenn Bereiche, die von einer großen Selbstwertschätzung bestimmt sind, durch das Ereignis bedroht sind. Dabei kann ein hohes Selbstwertgefühl eine Ressource darstellen. Das Niveau der Belastung ist geringer, je größer das Selbstvertrauen der Betroffenen ist. Grund dafür ist, dass Menschen mit einem hohen Selbstwertgefühl die Informationen so verarbeiten, dass sie ihrem Selbstwert dienen. Darüber hinaus üben sie meist Aktivitäten aus, die ihnen Selbstbestätigung geben (ebd., S. 300 f.). Die Selbstwirksamkeit, also die Annahme, dass das eigene Handeln ausreicht, um die persönlichen Ziele zu erreichen, kann zudem als Ressource genutzt werden, um andere Ressourcen zu mobilisieren (ebd., S. 302). Wichtig für die Verarbeitung kritischer Lebensereignisse sind auch die Erfahrungen, die die Betroffenen bis dahin gemacht haben. Die Erfahrung von belastenden Situationen in der

Vergangenheit führt häufig dazu, dass die Betroffenen bei Eintritt eines neuen kritischen Ereignisses desensibilisiert sind und von den Belastungen nicht mehr so sehr getroffen werden. Dies ist aber nur möglich, wenn das vergangene Ereignis positiv bewältigt wurde (ebd., S. 310). Auch Humor ist für das psychische Wohlbefinden förderlich, indem er hilft, schwierige Lebenssituationen weniger bedrohlich erscheinen zu lassen. Somit besteht die Möglichkeit, dass ein Perspektivenwechsel stattfindet, der eine erträglichere Sicht auf das Geschehene erlaubt. Die Tatsache, dass Humor meistens dazu führt, dass die Stimmung positiver ist, hat oftmals zur Folge, dass Menschen eher soziale Unterstützung finden, da sie im sozialen Kontext besser eingebunden sind (ebd., S. 293 f.).

Zu den sozialen Ressourcen zählt die soziale Unterstützung, welche in drei Elemente unterteilt werden kann. Es gibt die emotionale Unterstützung, die sich durch Nähe und Fürsorge auszeichnet und meist dazu führt, dass sich der Mensch wertgeschätzt und verstanden fühlt. Dagegen soll bei der kognitiven Unterstützung das Wissen erweitert werden, um Probleme einzuschätzen und zu lösen. Bei der instrumentellen Unterstützung wird oft bewusst in das Geschehen eingegriffen, um vermeintlich fehlende Ressourcen auszugleichen (ebd., S. 241). Unabhängig davon, ob ein Mensch in seiner aktuellen Situation Unterstützung benötigt, bewirkt das Wissen über eine potentiell verfügbare Unterstützung ein positives Gefühl und gibt Sicherheit, mögliche kritische Ereignisse gut überstehen zu können (ebd., S. 242). In sozialen Beziehungen nehmen Partnerschaften eine große Rolle ein, da sie meist die ersten Ansprechpartner sind. Kritische Lebensereignisse, die beide Partner betreffen, intensivieren die Partnerschaft häufig, wenn ein *dyadisches Bewältigungsverhalten* stattfindet (ebd., S. 226). Das Konzept des *dyadischen Bewältigens* untersucht, wie Partner zusammenarbeiten, um Belastungen zu bewältigen. Grundlage ist, dass davon ausgegangen wird, dass die gemeinsame Stressbelastung hoch ist, auch wenn nur ein Partner betroffen ist. Voraussetzung einer gelingenden *dyadischen Bewältigung* ist, dass ein kommunikativer Austausch stattfindet. Besonders an dem Vorgehen ist, dass die Partner sich gegenseitig unterstützen, sodass dieser Prozess wechselseitig abläuft (ebd., S. 227 f.). Dyadisches Bewältigen kann die Partnerschaft festigen und so eine bedeutende Ressource darstellen (Bodenmann, 2007, zit. in ebd., S. 228).

Soziale Unterstützung führt in Situationen des Kontrollverlustes oft dazu, die Kompetenzüberzeugung der Betroffenen zu stärken und sie verhilft, notwendige Maßnahmen vorzunehmen, um die negativen Folgen des Ereignisses minimieren zu können (ebd., S. 251). Die Unterstützung sollte bei kontrollierbaren Ereignissen darauf ausgerichtet sein, die Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle zu steigern. Bei nicht kontrollierbaren Ereignissen liegt der

Fokus darauf, die emotionalen Folgen zu mindern sowie das Selbstwertgefühl und das Zugehörigkeitsgefühl zu stärken (ebd., S. 252). Soziale Unterstützung kann außerdem zur Emotionsregulation beitragen. Dabei scheint der Austausch miteinander bedeutsam. Die Betroffenen kommen sich selbst näher und wenn Unsicherheiten seitens der Betroffenen bestehen, die sie selbst betreffen, können Freunde, die langjährig vertraut sind, dabei helfen, sich selbst wieder zu finden und kennen zu lernen (ebd., S. 252 f.). Kritische Lebensereignisse kommen meist unerwartet und lassen die Betroffenen orientierungslos werden. Soziale Unterstützung hilft dabei, die Aufgaben zu erkennen, die für die Bewältigung wichtig sind. So kann ein Mindestmaß an Handlungsfähigkeit erhalten werden. Dabei ist wichtig, dass die Unterstützer erkennen, wie hoch der Bedarf ist, um nicht zu sehr einzugreifen (ebd., S. 255). So können Bewältigungsprozesse in manchen Fällen erst dann beginnen, wenn personale Defizite durch soziale Unterstützung ausgeglichen wurden (ebd., S. 255). Dies erfolgt auch durch Unterstützung von professionellen Helfern. Diese können die Betroffenen dabei unterstützen, ihre Ziele neu zu formulieren, die Belastung dabei anzuerkennen und gemeinsam zu erarbeiten, welche Fähigkeiten und Kompetenzen verfügbar sind, die zur Bewältigung führen können (Hargens, 2013, S. 55). Manche Ressourcen werden erst im Austausch mit professionellen Helfern wahrgenommen und als bedeutsam erachtet, sodass sie als Grundlage für weitere Handlungen dienen (Loth, 2013, S. 29).

Letztlich ist das Zusammenwirken von personalen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung kritischer Ereignisse bedeutsam. Denjenigen, die über viele Ressourcen verfügen, fällt es leichter, diese zu vermehren, um kritische Lebensereignisse bewältigen zu können (Filipp & Aymanns, 2010, S. 248 f.).

3.2.2 Das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell von Lazarus

Das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell von Lazarus kann als Grundlage zur Verarbeitung kritischer Lebensereignisse dienen. Bei dem Modell wird der Mensch als Handelnder in seiner Entwicklung gesehen sowie Belastungen als auch die Bewältigung als Prozesse betrachtet, die in einem Wechselspiel zwischen Faktoren der Person und der Umwelt ablaufen (Eppel, 2007, S. 11). Die Ausgangslage des Stress-Bewältigungs-Modells ist die individuelle Einschätzung der Ausgangssituation (*appraisal*). So werden das Wohlergehen (*primary appraisal*) und die Handlungsfähigkeit (*secondary appraisal*) eingeschätzt. Diese Einschätzung ist abhängig von der Beurteilung des Bezugs zwischen der Person und deren Umwelt (*relational meaning*). Die Einschätzung wird dabei von zwei Faktoren beeinflusst.

Im *primary appraisal* wird zunächst beurteilt, ob ein Missverhältnis zwischen den eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten und den Umweltaforderungen besteht (ebd., S. 167). Wenn das belastende Ereignis als positiv oder irrelevant eingeschätzt wird, folgt keine Stressreaktion. Als Belastung wird eine Situation empfunden, welche nach individueller Einschätzung die Ressourcen der eigenen Person übersteigt. Lediglich wenn die Situation als belastend eingeschätzt wird, wird Stress ausgelöst. Dieser kann als Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung angesehen werden. Daraufhin folgt die zweite Einschätzung (*secondary appraisal*). Dabei wird die Anforderung bewertet. Meist ist keine klare Grenze zwischen der ersten und zweiten Phase auszumachen. Hierbei überlegen die Betroffenen, welche Handlungsoptionen ihnen zur Verfügung stehen und welche sie einsetzen können. Neu gemachte Erfahrungen führen dazu, dass die Situation unter den dazugewonnenen Erfahrungen neu eingeschätzt wird, was die Prozesshaftigkeit von Stress und Bewältigung verdeutlicht (Lazarus, 1995, zit. in ebd., S. 17 f.). Wenn die eigenen Ressourcen als nicht ausreichend bewertet werden, ist die zweite Bewertung stressbezogen, sodass Stressreaktionen hervorgerufen und Bewältigungsstrategien, *coping strategies*, entwickelt werden (ebd., S. 44). Die Stressreaktionen können sich auf körperlicher Ebene äußern, indem physiologische Veränderungen wahrgenommen werden. Außerdem sind Auswirkungen auf die kognitiv-emotionale Ebene möglich, was die intrapsychischen Abläufe betrifft und unter anderem zu Unruhe und Versagensängsten führt. Letztlich zeigen sich die Stressreaktionen oftmals auch auf der behavioralen Ebene. So kann es zu einer Veränderung der beobachtbaren Handlungen kommen, wozu hektische Bewegungen aber auch Betäubungsverhalten durch die Einnahme von Drogen gehören (ebd., S. 19 f.).

Um ihre Handlungsfähigkeit und das Wohlbefinden wiederherzustellen, besteht für die Betroffenen nach dem transaktionalen Stress-Bewältigungs-Modell die Möglichkeit, drei Coping Strategien anzuwenden. Eine Strategie ist das kognitive, selbstbezogene Bewältigungshandeln, die *Assimilation* (Eppel, 2007, S. 48). Im assimilativen Prozess werden die eigenen Aktivitäten so gestaltet, dass sie zum Lebensplan passen. Dafür wird der Ist-Zustand an den Soll-Zustand angepasst (Brandstädter, 2007, S. 415). Zunächst wird bei nicht Erreichen des Ziels die Anstrengung gesteigert, diese dennoch zu erreichen. Wenn dies nicht funktioniert, werden die Fähigkeiten und Handlungskompetenzen erweitert. Sollte auch dies nicht erfolgreich sein, können externe Hilfen mit einbezogen werden. So ist das Festhalten an den Zielen kennzeichnend für die Assimilation. Das Ziel bleibt bestehen, lediglich die Mittel zur Zielerreichung verändern sich (ebd., S. 418). Sobald die Möglichkeiten der aktiven Veränderung nicht mehr gegeben sind, treten akkommodative Prozesse in den Vordergrund (ebd., S. 415). Das instrumentelle, problemorientierte Bewältigungshandeln, die *Akkommodation*, stellt eine weitere,

mögliche Strategie dar (Eppel, 2007, S. 48). Hierfür werden ursprüngliche Ziele relativiert und durch neue ersetzt. Dadurch wird der Soll-Wert so verändert, dass er mit dem Ist-Wert, also mit den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen, wieder erreichbar ist (Brandstädter, 2007, S. 415). So werden meist die nicht zu erreichenden Ziele abgewertet und die neue Situation positiv bewertet, um neue Ziele festigen zu können. Wenn attraktive, alternative Ziele bestehen, fällt die Ablösung von den Ursprünglichen leichter (ebd., S. 419). Auch die *emotionszentrierte Bewältigung* ist möglich. Darunter fallen alle Reaktionen, die die negativen Emotionen vermindern sollen, indem der Schmerz zugelassen und bekämpft wird, nicht die Ursache. Ziel ist es dabei, das emotionale Gleichgewicht wiederherzustellen (Lazarus & Folkmann, 1984, zit. in Filipp & Aymanns, 2010, S. 140 f.). So ist der Mensch in all seinen Bewältigungsbemühen geprägt durch seine physischen und psychischen Merkmale sowie sein soziales, materielles und gesellschaftliches Umfeld (ebd., S. 12).

Die Merkmale des transaktionalen Stress-Bewältigungs-Modells sind konstruktivistisch. Demnach haben Belastung und Coping ihren Ursprung in der individuellen Einschätzung der Situation sowie der Bewertung, ob die Bewältigung erfolgreich war. Ferner ist das Modell systemisch. Demnach sind Stress und Bewältigung immer in einem Gesamtkontext zu betrachten, nämlich als Beziehung zwischen Faktoren einer gesamten Situation, dem Person-Umwelt-Passungsgefüge, weshalb nie ein Faktor allein eine Belastung auslösen kann. Zudem ist das Modell homöostatisch. Der Beweggrund für die Bewältigung ist, dass der Mensch nach einer Passung zwischen der Person und der Umwelt strebt. So sorgt erst das Erleben eines Missverhältnisses in diesem Gefüge dafür, dass eine Entwicklung und Veränderung stattfindet (Eppel, 2007, S. 179).

Das Down-Syndrom sowie die Pränataldiagnostik zur Diagnose der Trisomie 21 konnten auf theoretischer Basis erarbeitet werden. Zudem erfolgte die Beschreibung kritischer Lebensereignisse sowie die daraus folgenden Belastungen und mögliche Bewältigungsstrategien. Die nachfolgende Forschung nimmt, ergänzend zur Theorie, die subjektiven Sichtweisen der Frauen, die in ihrer Schwangerschaft die Diagnose bekommen haben, dass ihr Kind das Down-Syndrom haben wird, in den Fokus. Dafür werden deren Belastungen, aber vor allem deren Bewältigungsstrategien herausgestellt.

4 Forschungsdesign

Voraussetzung für die Auswahl eines Forschungsdesigns ist die methodische Vorbereitung. Dafür gilt es zunächst zu klären, welche Erkenntnisse der Forschende in seiner Forschung gewinnen will, um daraus eine Fragestellung ableiten zu können. Dazu gilt es festzustellen, wie die Daten erhoben und ausgewertet werden sollen (Flick, 2017, S. 252). Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist, welche Bewältigungsstrategien die Frauen, die in ihrer Schwangerschaft die Diagnose Down-Syndrom ihres Kindes bekommen haben und sich für die Austragung des Kindes entschieden haben, zur Bewältigung des kritischen Lebensereignisses nutzen können.

So wird folgend die Forschungsmethode der qualitativen Sozialforschung begründet, worauf die Darstellung des Erhebungsinstruments folgt. Daraufhin gilt es, die Merkmale der Stichprobe zu erläutern, indem das Sampling vorgestellt wird. Im Anschluss daran wird die Erhebung in den Blick genommen, um danach die Regeln zur Transkription sowie das Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring darzustellen.

4.1 Forschungsmethode

Das Ziel der qualitativen Sozialforschung ist es, die Innenperspektive der handelnden Individuen darzustellen. Dadurch sollen die individuellen Lebenswelten der sozialen Subjekte und deren gesellschaftliche Konstruktionen wiedergegeben werden (Flick, von Kardoff & Steinke, 2017, S. 14). Dabei soll im Gegensatz zur quantitativen Forschung das soziale Handeln und dessen individuelle Bedeutung und Sinnhaftigkeit nicht erklärt, sondern verstanden werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 229). Dafür werden fremde Terrains betrachtet, um der Welt das Unbekannte zu öffnen und so den Blickwinkel zu erweitern (Flick, von Kardoff & Steinke, 2017, S. 14). Durch die Möglichkeit einer offenen Vorgehensweise können die Forscher ein genaueres Bild der Perspektive der Betroffenen erhalten, indem die individuellen Sichtweisen und Konstruktionen mit einbezogen werden (ebd., S. 17). Letztlich ist die qualitative Sozialforschung eine entdeckende Forschungsmethode, aus der sich neue Theorien entwickeln lassen können (Lamnek & Krell, 2016, S. 234). Da in dieser Forschung die Biografien der Frauen in den Blick genommen werden, gilt es auch die Besonderheiten dafür zu beachten. Biografien sind interpretative Selbstkonstruktionen. So werden Erlebnisse unterschiedlich wahrgenommen, abgespeichert sowie wiedergegeben. Biografien stellen immer die subjektiven Wirklichkeiten dar, weil jedes Ereignis individuell erlebt und interpretiert wird (Miethe, 2014, S: 16). Um die subjektiven Belastungen und Bewältigungsstrategien der Frauen in dieser Forschung herausarbeiten zu können, ist es notwendig, in ihre Lebenswelt einzutauchen und de-

ren Lebenssinn zu verstehen. Dies ist nur möglich, wenn die Frauen individuell in den Blick genommen werden, weshalb die qualitative Forschungsmethode für diese Untersuchung geeignet ist.

Aufgrund der Vielfältigkeit qualitativer Forschungsmethoden können keine bestimmten Kriterien festgelegt werden, die für jede qualitative Forschung gelten (Steinke, 2017, S. 324). Allerdings gibt Mayring (2016, S. 19 ff.) fünf Grundprinzipien an, die die Grundlage qualitativer Sozialforschung darstellen und somit eine Orientierung bieten. Das erste Prinzip ist die *Subjektbezogenheit*. Der Mensch steht im Fokus qualitativer Forschungen. Daher muss dieser die Ausgangslage und den Endpunkt der Untersuchungen darstellen (Lamnek & Krell, 2016, S. 44). Dafür soll das Individuum ganzheitlich in den Blick genommen werden, um so den Mensch als Gesamtes wahrnehmen zu können. Die Forschung orientiert sich an den bestimmten Problemen der Individuen, auf welche sich die Forschungsergebnisse beziehen lassen (Mayring, 2016, S. 24). Für diese Untersuchung muss das Subjekt mit seinen individuellen Sichtweisen, Fähigkeiten und Erfahrungen betrachtet werden. Daher ist es bedeutsam, die Frauen ganzheitlich zu betrachten und die Lebenswelten der Frauen differenziert zu beleuchten, was mit einer standardisierten, quantitativen Methode nicht zu erfüllen ist. So können die Frauen durch die Verwendung der qualitativen Forschungsmethode ihre subjektiven Erlebnisse und Empfindungen frei zum Ausdruck bringen.

Die *Deskription* ist ein weiteres Prinzip, welches zu Beginn einer Analyse stattfinden muss. Daher muss der Fall anfangs genau beschrieben werden (ebd., S. 21). Dazu ist es notwendig, dass das Prinzip der *Offenheit* gewahrt wird. Demnach muss die Theorie offen für neue Erkenntnisse sein, die sich im Forschungsprozess zeigen. Auch den Methoden gegenüber muss eine Offenheit bestehen, um Informationen nicht frühzeitig auszusortieren und den Individuen die Möglichkeit der eigenen Schwerpunktsetzung zu geben (Lamnek & Krell, 2016, S. 33 f.). Trotzdem kann eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit nur ermöglicht werden, wenn das Vorgehen kontrolliert und dokumentiert wird. Dafür ist es bedeutsam, dass das Verfahren regelgeleitet stattfindet (Steinke, 2017, S. 324 f.). Die Offenheit ist auch für diese Arbeit wichtig, um neue Erkenntnisse zu erlangen, da jede Frau das kritische Lebensereignis unterschiedlich wahrnimmt und bewertet.

Nur wenn das Prinzip der *Deskription* eingehalten wird, kann das Prinzip der *Interpretation* erfüllt werden. Dabei müssen die geäußerten Sichtweisen der Subjekte vor dem theoretischen Hintergrund interpretiert werden, um die individuellen Bedeutungen begreifen zu können (Mayring, 2016, S. 22). Hierbei müssen die Forscher berücksichtigen, dass ihr Vorverständnis

Einfluss auf die Interpretation hat. Diesen Einfluss müssen sie sich vergegenwärtigen (Steinke, 2017, S. 330 f.). Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Belastungen und Bewältigungsstrategien der Frauen, die die Diagnose Down-Syndrom des Kindes in ihrer Schwangerschaft erhalten haben, zu interpretieren, um die Bewältigung dieses Ereignisses verstehen zu können.

Das folgende Prinzip beinhaltet die *Forschung im alltäglichen Leben*. Um möglichst unverzerrte Forschungsergebnisse zu erhalten, soll der Mensch in seinem natürlichen Umfeld im Alltag untersucht werden. So kann das Ziel der Erforschung von alltäglichen Verhaltensweisen und Interaktionen bestmöglich erreicht werden (Mayring, 2016, S. 22 f.). In dieser Untersuchung sollen die individuellen Sichtweisen der befragten Frauen zu ihrem kritischen Lebensereignis und dessen Folgen in ihrem Lebensalltag dargestellt werden. Um dieses sensible Thema möglichst offen und authentisch bearbeiten zu können, wurden die Befragten in ihrem Alltag qualitativ befragt.

Der *Verallgemeinerungsprozess* stellt das letzte Grundprinzip dar. Gegensätzlich zur quantitativen Forschung ist nicht die Repräsentativität das Ziel qualitativer Forschung (ebd., S. 23). Wenn der Gültigkeitsbereich der Untersuchung auf andere Bereiche ausgeweitet werden soll, muss eine Generalisierung stattfinden. Diese Verallgemeinerung muss in jedem Fall argumentativ begründet werden. So können Theorien entwickelt werden, die allerdings regelmäßig überprüft werden müssen. Dadurch wird der induktive Charakter deutlich, denn induktive Verfahren sind bedeutsam für die Generalisierung der Ergebnisse (ebd., S. 35 f.). Da kritische Lebensereignisse individuell empfunden und beurteilt werden, ist es in dieser Forschung interessant zu ergründen, inwieweit die Fälle verglichen und verallgemeinert werden können. Wenn die Möglichkeit besteht, kann überprüft werden, ob sich daraus neue theoretische Aspekte ergeben.

Aus diesen Gründen wurde für die vorliegende Untersuchung die qualitative Sozialforschung gewählt.

4.2 Erhebungsinstrument

In der qualitativen Sozialforschung werden häufig Interviews verwendet, um die individuellen Perspektiven der Befragten bezüglich ihrer Biografie zu erforschen. Sie ermöglichen einen offenen Zugang zu den alltäglichen Theorien und subjektiven Deutungen sowie Handlungsmöglichkeiten der Individuen (Hopf, 2017, S. 349 f.). Es gibt vielfältige Interviewverfahren. Sie können sich in der Gestaltung des Interviews in Bezug auf seine Offenheit und Vorgege-

benheit unterscheiden. Oftmals werden teilstandardisierte Interviews verwendet. Dabei findet eine Orientierung an einem Interviewleitfaden statt, deren Nachfragestrategie und Abfolge variieren kann. Außerdem ist zu differenzieren, ob die Interviewform eher narrativ ist oder viele strukturierte Nachfragen enthält (ebd., S. 351).

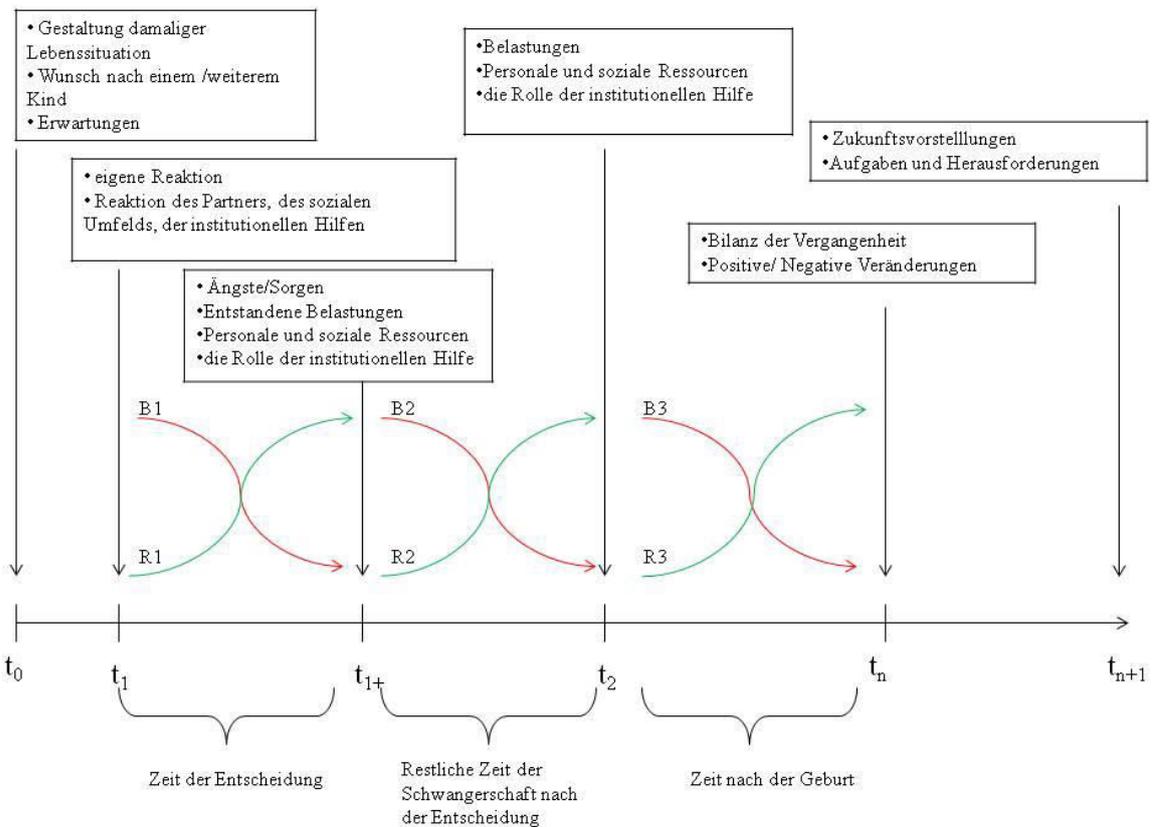
Für diese Untersuchung wurde eine strukturierte Form des biografischen Interviews verwendet, um einen Zugang zur Lebensgeschichte der Interviewten zu erhalten (ebd., S. 353). Dabei soll der Leitfaden dafür sorgen, dass das Interview narrativ geführt wird. Dies gelingt nur, wenn die verwendeten Fragen auch den Anreiz geben, zu erzählen. Um eine Frage zu intensivieren, können Unterfragen oder Zusatzfragen gestellt werden. Dies kann neue Impulse für die Befragten darstellen (Nohl, 2017, S. 18).

Die Grundlage für den in dieser Forschung verwendeten Interviewleitfaden ist die Grundstruktur des biografischen Interviews von Herriger (2017). Der strukturelle Ablauf des Interviews ist vorgegeben durch den zeitlichen Verlauf der Lebensgeschichte. Zu Beginn des Interviews wird dafür die Lebenssituation beschrieben, in der sich die Befragten vor dem Eintritt des kritischen Lebensereignisses befanden. Dies wird als Vorbereitungszeit bezeichnet. Daraufhin wird Bezug genommen auf das Ereignis, welches das Leben der Befragten veränderte, die Krisenzeit. Dabei werden sowohl die Belastungserfahrungen als auch die Bewältigungsstrategien der Befragten erfragt. Abschließend folgen eine Bilanz für die Gegenwart sowie ein Ausblick in die Zukunft (Herriger, 2017).

Dafür wurde ein Zeitstrahl (Abb. 1) erstellt, der den chronologischen Ablauf des biografischen Interviews verdeutlicht. Dieser beginnt bei t_0 , der Zeit vor Eintritt der Schwangerschaft, in der Themen, wie die damalige Lebenssituation, der Wunsch nach einem eigenen oder einem weiteren Kind und die damit verbundenen Hoffnungen und Erwartungen relevant sind. Auf dieses ‚alte Lebensgleichgewicht‘ folgt die Diagnose des Down-Syndroms während der Schwangerschaft (t_1), welche den Startpunkt des kritischen Lebensereignisses markiert. Hier werden die eigene Reaktion sowie die des Partners und des sozialen Umfelds in den Blick genommen. Anhand des roten Pfeils werden die durch die Diagnose entstandenen Belastungen (B1) und anhand des grünen Pfeils die Ressourcen (R1) dargestellt. Die Entscheidungszeit reicht bis zu dem Augenblick der Entscheidung für das Kind, die in dem Zeitstrahl mit t_{1+} gekennzeichnet ist. Ab Beginn der konkreten Entscheidung für das Kind entstehen neue Belastungen (B2) und Ressourcen (R2) der Mütter, die die restliche Zeit der Schwangerschaft andauern. Dazu gehören sowohl Zukunftserwartungen, als auch Ängste und Sorgen, die durch die Lebenssituation und den veränderten Alltag entstanden sind. Daraufhin folgt die Geburt

des Kindes (t_2), mit der neue Zukunftserwartungen sowie Ängste und Sorgen einhergehen können. Auch in dieser Zeit können Belastungen (B3) erlebt und Ressourcen (R3) genutzt werden. Diese Zeit nach der Geburt endet mit der Gegenwart (t_n), in der eine Bilanz aus der Vergangenheit mit ihren negativen und positiven Veränderungen gezogen werden kann. Abschließend gibt t_{n+1} den Frauen die Möglichkeit, ihre Zukunftsvorstellungen sowie bevorstehende Aufgaben und Herausforderungen zu thematisieren.

Abb. 1: Zeitstrahl



- | | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| t_0 | = | Zeit vor Eintritt der Schwangerschaft |
| t_1 | = | Die Diagnose Trisomie 21 |
| t_{1+} | = | Die Entscheidung für das Kind |
| t_2 | = | Die Geburt des Kindes |
| t_n | = | Die Gegenwart |
| t_{n+1} | = | Der Blick in die Zukunft |

Demnach besteht der Interviewleitfaden (*siehe Anhang I*), der dieser Forschung zugrunde liegt aus fünf Themenkomplexen. In dem ersten Abschnitt wird die Vorbereitungszeit in den Blick genommen. Dies beinhaltet die Lebenssituation, die vor der Schwangerschaft des Kindes mit Down-Syndrom begann sowie die Zeit der Schwangerschaft vor der Diagnose. Dadurch wird ein langsamer Einstieg ermöglicht, in dem das Vertrauen zwischen Interviewer und Interviewpartner wachsen kann und das alte Lebensgleichgewicht verdeutlicht wird. Daraufhin folgt der zweite Abschnitt, der die Entscheidungszeit beinhaltet. Dafür wird zunächst die Diagnose in den Blick genommen, um daraufhin zu klären welche Belastungen die Frauen auf welcher Ebene erfahren und welche Ressourcen sie auf den gleichen Ebenen nutzen konnten. Indem die Auswirkungen der Diagnose erfragt werden, kann geklärt werden, ob diese für die Frauen als kritisches Lebensereignis einzuordnen ist und wie sie mit der Entscheidungssituation umgegangen sind. Der zweite Themenblock endet mit den Ressourcen, die die Befragten für die Entscheidungsfindung nutzen konnten. Damit beginnt der dritte Abschnitt, in welchem die Belastungen sowie Ressourcen nach der Entscheidung für das Kind beleuchtet werden. Ziel ist es, die Veränderung des Erlebens der Restschwangerschaft vor dem Hintergrund der Entscheidung zu erkennen. Darauf folgt der vierte Block, in dem die Belastungen und Ressourcen nach der Geburt erfragt werden. Diese Einheit ermöglicht den Frauen, ihr Leben mit dem Kind mit Down-Syndrom zu beschreiben sowie die Herausforderungen und Chancen des Alltags darzustellen. Im fünften Abschnitt können die Frauen eine Bilanz ziehen und rückblickend das kritische Lebensereignis und seine Folgen betrachten. Auch einen Blick in die Zukunft können die Befragten werfen. Dafür sollen sie unter anderem einschätzen, ob sie glauben, dass sie zukünftige Herausforderungen meistern können. Dies kann ein Zeichen dafür sein, ob die Bewältigung des kritischen Ereignisses nach subjektivem Empfinden der Frauen geglückt ist. Abschließend erhalten die interviewten Frauen die Möglichkeit, Aspekte zu äußern, die bisher nicht thematisiert wurden, aber für sie dennoch relevant sind.

4.3 Sampling

Das Sampling stellt den Prozess dar, in dem die Untersuchungseinheiten ausgewählt werden, die für die Forschung relevant erscheinen. Diese Auswahl beeinflusst die Qualität der Datenaussagen (Kruse, 2015, S. 238). Im Samplingprozess wurde das selektive Sampling verwendet. Dabei sind schon vor der Durchführung der Interviews Kenntnisse und Annahmen über Gemeinsamkeiten und Differenzen vorhanden. Dies ist in Untersuchungen möglich, die theoriegeleitet sind. Damit soll gesichert werden, dass alle Bedingungen, die für die Forschung relevant sind bei der Auswahl der Interviewpartner berücksichtigt werden. Obwohl die Stich-

probe stark homogenisiert wurde, konnte inhaltlich eine heterogene Struktur erreicht werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 184 f.).

Aufgrund der theoretischen Kenntnisse, wurden im selektiven Sampling wesentliche Merkmale festgelegt, um die Vergleichbarkeit zu erhöhen. Somit wurden für die Forschung ausschließlich Frauen ausgewählt, die in ihrer Schwangerschaft die Diagnose bekommen haben, dass ihr Kind das Down-Syndrom haben wird. Ziel der Studie ist es nicht nur die Diagnose als kritisches Lebensereignis, sondern auch den Entscheidungsprozess in den Blick zu nehmen. Da bei der pränatalen Diagnose zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft ein Abbruch möglich ist, müssen die Frauen eine Entscheidung für oder gegen das Leben ihres ungeborenen Kindes treffen. Dies wäre bei Frauen, die postnatal erfahren, dass ihr Kind das Down-Syndrom hat, nicht gegeben. Außerdem soll das Kind mit Down-Syndrom zum Zeitpunkt des Interviews nicht älter als drei Jahre alt sein. Dadurch ist gesichert, dass der Eintritt des kritischen Lebensereignisses noch nicht so lang vergangen ist und die Erinnerungen noch ausreichend vorhanden sind. Außerdem sollten die Frauen in einer festen Partnerschaft leben und zusätzlich mindestens ein älteres oder jüngeres regelentwickeltes Kind haben. Beide Kriterien können Belastungen sowie Ressourcen darstellen. Da ein Partner in kritischen Lebensereignissen meist eine bedeutsame Rolle einnimmt, wurde dieses Kriterium hinzugefügt. Auch das Vorhandensein eines weiteren Kindes kann einige Auswirkungen haben, die sowohl belastend als auch bereichernd sein können. Dabei wird vor allem die Elternschaft in den Blick genommen.

4.4 Feldzugang

Um einen Zugang zum Forschungsfeld zu erhalten, fand zunächst im Internet die Suche nach Kontaktdaten von möglichen Interviewpartnerinnen statt. Um Kontakt aufzunehmen, wurde ein Anschreiben formuliert, in dem das Anliegen der Biografieforschung vorgestellt und die Suchkriterien dargestellt wurden. Gesucht wurde über das soziale Netzwerk *Facebook* sowie Down-Syndrom-Vereine beziehungsweise Selbsthilfegruppen. Die Herstellung des Kontaktes erfolgte per E-Mail. Insgesamt wurden 80 E-Mails an Down-Syndrom-Vereine und Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen versendet. Neben wenigen negativen Antworten, gab es einige hilfreiche Antworten, die Nachricht an Eltern weiterzuleiten. Zusätzlich dazu wurden die Interviewanfragen persönlich in Kinderarzt Praxen sowie in einer Down-Syndrom Ambulanz ausgehängt. Leider konnten auf diese Weise keine Interviewpartnerinnen gewonnen werden. Somit wurden alle fünf Frauen durch ihre Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder Down-Syndrom-Vereinen auf die Forschung erreicht. Im persönlichen E-Mail Kontakt mit den Frau-

en fand eine Information über die voraussichtliche Dauer des Interviews von eineinhalb Stunden, die Notwendigkeit einer Tonaufzeichnung des Gesprächs sowie die Anonymisierung der personenbezogenen Daten statt. Daraufhin folgte die Terminabsprache.

Durch die vorab ausgewählten spezifischen Stellen, an denen nach Interviewpartnerinnen gesucht wurde, wurde die Stichprobe beeinflusst. So konnte lediglich Zugang zu Müttern erlangt werden, die bereits aktiv nach Hilfe gesucht haben, was schon ein Anzeichen für das Vorhandensein einer Ressource sein kann. Durch die Suche in medizinischen Einrichtungen hätte dieser Einfluss minimiert werden können. Da über diesen Zugang kein Kontakt entstehen konnte, ist die Heterogenität der Stichprobe in diesem Bereich nicht gewährleistet.

4.5 Erhebung

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 11.07.2017 bis 24.10.2017 statt. Die Interviews dauerten 145 Minuten (I1), 110 Minuten (I2), 90 Minuten (I3), 140 Minuten (I4) und 100 Minuten (I5). Vor Interviewbeginn wurden die interviewten Frauen einleitend nochmals über das Thema der Arbeit sowie den Ablauf des Interviews informiert. Dabei fand eine kurze Vorstellung der Themenblöcke statt, damit die Befragten ungefähr wussten, welche Fragen auf sie zukommen. Es wurde darauf verzichtet, die Diagnose als kritisches Lebensereignis zu bezeichnen, damit die Frauen unvoreingenommen und unbeeinflusst darüber sprechen konnten. Zu dem Zeitpunkt konnte noch nicht davon ausgegangen werden, dass jede Frau dieses Ereignis individuell als kritisch einschätzte. Außerdem wurde nochmals um Erlaubnis gebeten, das Interview mit einem Aufnahmegerät aufzuzeichnen und ein vertraulicher Umgang mit den Daten zugesichert. Des Weiteren wurden die Frauen darauf hingewiesen, dass sie jede Frage in schriftlicher Form auf einer Karte vor sich hingelegt bekommen. So erhalten sie die Fragen nochmals auf visuelle Weise. Diese Einleitung wurde allen Befragten frei, aber in ähnlicher Form vorgetragen. Diese ist auf der ersten Seite des Interviewleitfadens im *Anhang I* zu finden. Dieser Gesprächsteil wurde noch nicht aufgezeichnet, sondern das Aufnahmegerät wurde danach eingeschaltet.

Alle fünf Interviews fanden bei den befragten Frauen zu Hause statt. In allen Situationen waren die Kinder anwesend. Bei Interviewpartnerin 2 und 3 waren die Väter zu Hause und haben sich während des Interviews mit ihnen beschäftigt, sodass eine ruhige Interviewatmosphäre herrschte. Während des Interviews mit Interviewpartnerin 4 schliefen die Kinder bereits, sodass auch dabei eine ruhige Atmosphäre gewährleistet war. Bei Interviewpartnerin 1 waren die drei Kinder sowie ein befreundetes Kind anwesend. Die älteren Geschwister hatten die Aufgabe, sich um das jüngere Kind mit Down-Syndrom zu kümmern. Dies gelang zunächst

sehr gut. Da das Interview allerdings einen Umfang von zweieinhalb Stunden hatte, entlastete die befragte Mutter die größeren Geschwister, indem sie das Kind mit Down-Syndrom nach eineinhalb Stunden an den Interviewtisch holte. Dies hatte zur Folge, dass die Durchführung länger dauerte, da die Aufmerksamkeit der Mutter häufig auf dem Kind lag. Dafür waren die Karteikarten sehr hilfreich, da die Interviewpartnerin sich immer wieder auf die Fragen besinnen konnte. Inhaltlich schien die Mutter nicht durch die Anwesenheit des Kindes beeinflusst zu sein. Beim fünften Interview konnte ebenfalls keine dauerhafte ruhige Atmosphäre hergestellt werden. Zunächst beschäftigte sich der Vater der Kinder mit diesen, sodass das Interview ruhig am Küchentisch geführt werden konnte. Allerdings lag das Interview in der Abendbrotzeit, sodass der Partner nach ungefähr der Hälfte des Gesprächs mit den Kindern am Küchentisch war und versucht hat, möglichst leise mit ihnen zu sprechen. Dies gelang größtenteils. Allerdings schienen zunächst die Antworten zur Partnerschaft durch die Anwesenheit des Partners beeinflusst zu werden. Dies verneinte Interviewpartnerin 5 allerdings, sodass die Fragen diesbezüglich dennoch fortgeführt wurden. Auch dieses Interview wurde durch die Anwesenheit der Kinder zeitlich verlängert.

Um sich auf die Interviews vorzubereiten eignete sich die Forscherin Regeln der Interviewführung an und versuchte diese auf bestmögliche Art umzusetzen. Dazu gehörte unter anderem das Aktive Zuhören, indem Blickkontakt gehalten und zustimmend genickt wurde, sowie das Nachfragen bei Antworten, die zu wenig detailliert waren oder nicht verstanden wurden (Gläser & Laudel, 2010, S. 173 ff.). Indem am Ende des Gesprächs den interviewten Frauen die Möglichkeit gegeben wurde, etwas hinzuzufügen oder einen abschließenden Gedanken zu formulieren, konnten die Interviewten das Ende des Interviews bestimmen, sodass ihrer Relevanz gerecht werden konnte (Kruse, 2015, S. 273).

4.6 Transkription

Eine Transkription beschreibt die schriftliche Darstellung von Aspekten von Personen, die Teilnehmer an Gesprächen sind. Notwendig sind sie dafür, um den Dialog durch die Verschriftlichung dauerhaft verfügbar zu machen, damit wissenschaftliche Analysen dessen vorgenommen werden können (Kowal & O'Connell, 2017, S.438). In einem Transkript erfolgt zunächst die Verschriftlichung des Gesprächs. Eine dafür anwendbare Form ist die Standardorthographie. Die Standardorthographie orientiert sich an der geschriebenen Sprache. Dabei werden Denkpausen ausgelassen und Abweichungen von der Standardsprache angeglichen (ebd., S. 441). Parasprachliche Merkmale wie lachen oder seufzen können transkribiert oder beschrieben werden (ebd., S. 443). Grundsätzlich sollten nur die Verhaltensmerkmale im Ge-

spräch, die auch für die Analyse bedeutsam sind, transkribiert werden. Subjektive Wahrnehmungen des Interviewers sollten nicht objektiv formuliert werden (Kowal & O'Connell, 2003a, zit. in ebd., S. 444). Um die Lesbarkeit zu erhöhen, wurde die Standardorthographie bei der Transkription der vorliegenden Forschung verwendet. Da im biografischen Interview Emotionen relevant sein können, wurden diese in dem Transkript aufgenommen.

4.7 Auswertung

Die Auswertung des Interviewmaterials folgt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Da diese Methode seit ihrer Entwicklung im Jahre 1982 in vielfältigen qualitativen Studien angewendet wurde und sich so als sozialwissenschaftliche Methode etablieren konnte, wurde die qualitative Inhaltsanalyse für die vorliegende Forschung verwendet (Mayring, 2015, S. 7). Die qualitative Inhaltsanalyse hat zum Ziel, sich systematisch mit Kommunikationsmaterial zu befassen. Dabei soll nicht nur der Inhalt des Materials, sondern auch dessen Sinn erschlossen werden (Mayring, 2017, S. 469).

Bei der Anwendung des Verfahrens nach Mayring werden neun Stufen schrittweise durchlaufen (Lamnek & Krell, 2016, S. 486 ff.). Zunächst beginnt die *Festlegung des Materials*. Dafür wird festgelegt, welches Material analysiert werden soll. Dafür werden nur die Textstellen verwendet, in denen eine Äußerung zur Forschungsfrage stattfindet (ebd., S. 487). In dieser Studie sind alle fünf Interviews Bestandteil des Analyseverfahrens. Die Interviewpartnerinnen werden mit I1, I2, I3, I4 und I5 bezeichnet. Daraufhin folgt die *Analyse der Entstehungssituation*, in der beschrieben wird, von wem und unter welchen Voraussetzungen das Material erhoben wird (ebd., S. 487). Die Interviewpartnerinnen haben freiwillig an den Interviews teilgenommen. Es wurde ein biografisches Interview geführt, welches von der Forscherin selbst durchgeführt wurde. Dies geschah im Rahmen der Bachelor-Thesis und fand bei den jeweiligen Interviewpartnerinnen zu Hause statt. Danach folgt die *formale Charakterisierung des Materials*. Dafür erfolgt eine Beschreibung, wie das Material vorliegt und unter welchen Regeln die Transkription vollzogen wird (ebd.). Dies wurde in Kapitel 4.6 bereits dargestellt.

Daraufhin muss die *Richtung der Analyse* bestimmt werden. So gilt es zu klären, was aus dem Material interpretiert werden soll (ebd.). In dieser Forschung sollen die Bewältigungsstrategien anhand der inhaltlichen Aussagen der Interviewpartnerinnen analysiert werden. Dann sollte die *Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung* folgen (ebd.). Demnach soll die Fragestellung theoretisch an bisherige Studien angebunden sein und in Unterfragen differenziert werden (ebd.). Die Forschungsfrage dieser qualitativen Untersuchung lautet: „Welche Bewältigungsstrategien können die Frauen, die in ihrer Schwangerschaft die Diagnose be-

kommen haben, dass ihr Kind das Down-Syndrom haben wird und sich für die Austragung ihres Kindes entschieden haben, zur Bewältigung des Ereignisses nutzen?“). Dafür werden zunächst die Belastungen in den Blick genommen, die sich in den verschiedenen Lebensabschnitten ergeben, um daraufhin die Bewältigungsstrategien zu betrachten.

Auf diese Stufe folgt die *Bestimmung der Analysetechnik*. Hierbei wird entschieden, welches interpretative Verfahren verwendet wird (ebd.). Nach Mayring können drei verschiedene Auswertungsformen genutzt werden. Dazu gehören die Zusammenfassung, die Explikation sowie die Strukturierung (Mayring, 2016, S. 114 ff.). Diese werden in der achten Stufe beschrieben. Daraufhin findet die *Definition der Analyseeinheit* statt (Lamnek & Krell, 2016, S. 488). Dafür werden die Analyseeinheiten festgelegt. Dabei legt die *Kodiereinheit* den kleinsten Textbestand, die *Kontexteinheit* den größten Textbestand und die *Auswertungseinheit* die Textteile, die ausgewertet werden, fest (Mayring, 2015, S. 61). In dieser Untersuchung umfasst die *Kodiereinheit* die Textelemente, die sich auf den Inhalt der jeweiligen Kategorie beziehen. Als *Kontexteinheit* gilt ein gesamtes Interview einer Person und als *Auswertungseinheit* alle fünf Interviews. In diesem Schritt werden zudem die Kategorien gebildet. Diese können deduktiv, aus dem theoretischen Teil der Arbeit, der Fragestellung und dem Interviewleitfaden oder induktiv, aus dem Material selbst, abgeleitet werden (Mayring, 2015, S. 85).

Die folgende Stufe umfasst die *Analyse des Materials* (Lamnek & Krell, 2016, S. 488). Bei der *Zusammenfassung* soll das Material auf die wesentlichen Inhalte reduziert werden, um eine überschaubare Materialmenge zu erhalten. Dagegen sollen bei der *Explikation* Erläuterungen hinzugefügt werden, um unklare Textteile besser zu verstehen. Das Ziel der *Strukturierung* ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material abzuleiten, um diese unter Ordnungskriterien einzuschätzen. Dabei muss eine Unterscheidung in formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung vorgenommen werden (ebd., S. 488 ff.). In der vorliegenden Untersuchung wurde die inhaltliche Strukturierung angewendet, indem bestimmte Inhalte extrahiert wurden. Die Aspekte, die analysiert werden sollen, werden durch ein Categoriesystem bestimmt (Mayring, 2015, S. 103). Mithilfe der deduktiven Kategorienbildung werden Kategorien gebildet. Dafür wird festgelegt, welche Aspekte unter eine Kategorie fallen, um die Zuordnung der Textstellen systematisch und transparent zu gestalten (ebd., S. 85). Der dazu hergestellte Kodierleitfaden mit der genauen Definition der Kategorien, ist im *Anhang III* zu finden. Außerdem wurden Ankerbeispiele aufgeführt, die exemplarische Textstellen zu den Kategorien darstellen. Während eines ersten Probedurchlaufs und während der Analyse, wurden die Kategorien immer wieder am Material auf ihre Stimmigkeit hin überprüft und gege-

benenfalls überarbeitet. Da nicht alle relevanten Textstellen von den deduktiven Kategorien erfasst werden konnten, wurden weitere induktive Kategorien gebildet (Mayring, 2016, S. 85). Diese wurden auch in den Kodierleitfaden aufgenommen und entsprechend gekennzeichnet. Außerdem erfolgte eine Aufteilung der Kategorien in Unterkategorien, um diese strukturiert zu halten. Die letzte Stufe ist die *Interpretation*. Dafür werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung interpretiert und generalisiert, um so durch die Verwendung der Kategorien eine Gesamtdarstellung zu erhalten (Lamnek & Krell, 2016, S. 495). Dafür werden zusätzlich die passenden Ausschnitte aus dem Transkript zitiert.

5 Darstellung und Interpretation der Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden alle Ergebnisse, die für die untersuchungsleitende Fragestellung relevant sind, dargestellt und interpretiert. Dabei werden zunächst die Interviewpartnerinnen vorgestellt, um daraufhin die einzelnen Abschnitte des biografischen Interviews in den Blick zu nehmen.

5.1 Vorstellung der Interviewpartnerinnen

I1 ist 43 Jahre alt und lebt mit ihrem Ehemann und den drei Töchtern in einem Haus mit Garten. Außerdem haben sie zwei Hunde ebenso wie Hühner, Gänse und Kaninchen. Sie hat eine abgeschlossene kaufmännische sowie eine tiermedizinische Ausbildung. Seit elf Jahren ist sie Hausfrau. Ihre Tochter mit Down-Syndrom ist mit zweieinhalb Jahren das jüngste Kind der Familie. Die Diagnose, dass ihr Kind wahrscheinlich das Down-Syndrom haben wird, erhielt I1 in der 30. Schwangerschaftswoche beim großen Organultraschall.

Auch I2 ist verheiratet und wohnt mit ihrem Mann und den drei Kindern in einem Haus mit Garten. Sie ist 44 Jahre alt und hat nach dem Abitur eine Ausbildung sowie darauf folgend ein Studium zur Grundschullehrerin absolviert. Zurzeit ist sie in Elternzeit, um ihre beiden älteren Söhne sowie die jüngste Tochter, welche zwei Jahre alt ist, groß zu ziehen. Die erste Vermutung, dass ihre Tochter das Down-Syndrom haben könnte, erhielt sie bei einer Nackenfaltenmessung in der 13. Schwangerschaftswoche. Bei der darauf folgenden Fruchtwasseruntersuchung wurde dieser Verdacht bestätigt.

I3 ist 40 Jahre alt und lebt mit ihrem Lebensgefährten sowie den zwei gemeinsamen Kindern in einer Mietwohnung eines Mehrfamilienhauses. Sie ist Diplom Pädagogin und wird nach ihrer Elternzeit wieder in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis arbeiten, in der sie auch zuvor angestellt war. Ihre ältere Tochter ist regelentwickelt. Die Diagnose, dass ihr jün-

gerer Sohn Trisomie 21 haben wird, erhielt I3 in der 22. Schwangerschaftswoche beim großen Organultraschall. Zur Zeit des Interviews war ihr Sohn eineinhalb Jahre alt.

Mit ihrem Ehemann und den zwei gemeinsamen Kindern, ihrem älteren Sohn und der jüngeren Tochter, lebt I4 in einer Mietwohnung eines Mehrfamilienhauses. Sie ist 48 Jahre alt, Diplom Sozialarbeiterin und arbeitet 10 Stunden wöchentlich im Strafvollzug. Ihre Tochter war zum Zeitpunkt des Interviews noch drei Jahre alt. Den ersten Verdacht, dass ihre Tochter das Down-Syndrom haben könnte, erhielt I4 beim Ersttrimester Screening. In der 16. Schwangerschaftswoche fand die Fruchtwasseruntersuchung statt, in welcher die Trisomie 21 diagnostiziert wurde.

I5 wohnt mit ihrem Lebensgefährten und den zwei gemeinsamen Kindern, dem älteren Sohn und der jüngeren Tochter, in einer Mietwohnung eines Zweifamilienhauses. Sie hat drei Ausbildungen absolviert, sodass sie Ergotherapeutin sowie Tanz- und Bewegungstherapeutin ist. Zurzeit betreut sie die Kinder und ist Hausfrau. Ihr älterer Sohn, welcher das Down-Syndrom hat, ist zweieinhalb Jahre alt. Nach der Feststellung einer auffälligen Nackenfalte in der 13. Schwangerschaftswoche wurde I5 beim darauffolgenden Feinbildultraschall vom Pränataldiagnostiker erstmals mit der Diagnose konfrontiert. In der 16. Schwangerschaftswoche folgte die Fruchtwasseruntersuchung, nach welcher die werdenden Eltern einen positiven Befund erhielten.

5.2 Die Zeit vor Eintritt der Schwangerschaft

Bei allen Frauen war die Schwangerschaft geplant. „Wir hatten schon länger den Wunsch nach einem zweiten Kind [...] und wir dachten, es passt jetzt ganz gut, noch ein zweites Kind und wir waren auf jeden Fall glücklich zu dem Zeitpunkt [...]“ (I3, Z. 25 ff.). Wie bei I3 haben bis auf I5 alle Frauen über einen längeren Zeitraum versucht, schwanger zu werden. Umso größer war die Freude, als dies funktionierte, „ja, es war natürlich für uns ein Knaller. Das war wunderschön“ (I4, Z. 62). Auch I5 freute sich sehr über ihre Schwangerschaft, die ebenfalls geplant, aber nicht so früh erwartet wurde, „das war eigentlich, dass ich zu dem Zeitpunkt noch gar nicht damit gerechnet habe, dass ich schwanger bin. Ich habe erst zwei Monate vorher meine Pille abgesetzt oder noch kürzer, vielleicht einen Monat, ein Zyklus und habe nie damit gerechnet, dass ich so schnell schwanger bin“ (I5, Z. 43 ff.). Dies verdeutlicht, dass alle Kinder Wunsch Kinder waren, die freudig erwartet wurden. Dem Ziel, ein weiteres Kind zu bekommen, waren die interviewten Frauen somit sehr nah, was die Entscheidung für das Kind beeinflusst haben könnte. Wie die meisten werdenden Mütter, hatten die Interviewpartnerinnen Zukunftserwartungen für ihre ungeborenen Kinder. I3 beschreibt dies so, „natürlich

habe ich jetzt auch erwartet, dass der jüngere Sohn halt den Weg geht, den die ältere Tochter auch geht. Dass er nach einem Jahr auch in den Kindergarten kommt und seinen Weg macht, so wie ich mir das für die ältere Tochter auch vorstelle. Dass er irgendwann dann auch mal in der Schule ganz gut mitkommt und einen Beruf erlernt. Das habe ich mir auch vorgestellt“ (I3, Z. 54 ff.). Diese Vorstellung einer gesunden und glücklichen Familie, in der die Kinder in eine sichere und weitestgehend planbare Zukunft blicken können, teilten alle fünf Frauen. Auch ihre berufliche Zukunft hatten die Interviewpartnerinnen geplant. Bis auf Interviewpartnerin 1, die bereits seit 11 Jahren „[...] von Herzen Hausfrau [...]“ (I1, Z. 5 f.) ist, hatten die übrigen Frauen zunächst geplant, wieder in ihr Berufsleben einzusteigen, „mir war schon klar, dass ich nach der Schwangerschaft erstmal zu Hause bleibe. Mindestens ein Jahr und dann war [...] klar, dass ich relativ schnell, also so nach einem Jahr zurück in den Beruf muss. Das wollte ich auch zu dem Zeitpunkt total gerne“ (I5, Z. 37 ff.). Sowohl finanzielle als auch persönliche Gründe sorgten dafür, dass die berufliche Zukunft ebenfalls festgelegt war. Die Zukunftserwartungen der Frauen zeigen, dass sie erwartungsfroh waren. Dabei hatten sie feste Vorstellungen im Kopf, die die Zukunft der Familie betreffen. Sie erwarteten handlungsfähig zu bleiben und ihre zukünftige Zeit planen zu können.

5.3 Das Erleben der Diagnose

Wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben findet vor der pränataldiagnostischen Untersuchung ein Vorgespräch statt, „ja, und dann sind wir [...] zu einer Dame ins Zimmer gekommen und die hat uns dann erstmal aufgeklärt, was die Trisomie 15, 18 und 21 mit sich bringt. [...] Sie hat uns das auch alles bildlich gezeigt und alles erklärt, obwohl ja noch gar keine Untersuchung stattgefunden hat und hat uns da auch anschließend den ganzen Katalog aufgezählt, was Kinder mit Trisomie 21 alles für Begleiterkrankungen häufig haben [...] oder was im Laufe des Lebens noch kommt. Also man wurde von A bis Z erstmal richtig abgeschreckt“ (I5, Z. 128 ff.). Demnach ist schon die Information über die möglichen Auswirkungen eines positiven Befundes sehr belastend. Diese Aufklärung erscheint eher defizitär ausgerichtet, indem sogleich mögliche Begleiterkrankungen aufgezählt wurden, die Interviewpartnerin 5 enorm abgeschreckt haben. Somit ist das Beratungsziel der Ergebnisoffenheit (Kapitel 2.3.2) scheinbar an dieser Stelle der Informationsweitergabe nicht gegeben. Bei drei der Interviewpartnerinnen folgte daraufhin der invasive Eingriff der Fruchtwasseruntersuchung, „ich fand es auch fürchterlich schmerzhaft, obwohl sie sagten, dass es überhaupt nicht weh tut. [...] Und ich hatte immer nur Angst, dass sie ihn treffen, aber [...] die [Gehilfin] hat den so ein Stück zur Seite gedrückt mit der Hand. Das konnte man auch auf dem Ultraschall sehen und er hat da reinge-
piekst. Und es war schmerzhaft und ich hatte danach auch noch wirklich zwei Tage lang

Schmerzen, aber keine Komplikationen. Ich habe nichts verloren, kein Fruchtwasser, gar nichts“ (I5, Z. 240 ff.). Dieser Eingriff war für die Frauen emotional sowie körperlich belastend. Diese Untersuchung war bestimmt durch die Angst, das Kind zu verlieren ebenso wie die Hoffnung, „[...] dass alles irgendwie gut ist [...]“ (I5, Z. 239) und das Kind doch keine Beeinträchtigung hat. Diese Hoffnung wurde allen Frauen durch den positiven Befund genommen. Beschrieben wird dieser Moment von I3, „also es war schon irgendwie in dem Moment ein Schock und schon, wie soll man das beschreiben, der Boden wurde mir und meinem Partner da unter den Füßen weggezogen. Das war so ein bisschen wie in einem Film, als die Ärztin das dann alles aussprach, dachte ich irgendwie, die redet gar nicht mit mir. Also es war so, als wenn mich das gar nicht betrifft im ersten Moment. Und es war ja nicht nur die Diagnose Down-Syndrom, sondern noch einige andere Diagnosen dabei“ (I3, Z. 67 ff.). Die Diagnose wird von allen Frauen als Schock erlebt. Es traf sie unerwartet und sorgte dafür, dass ihr Person-Umwelt-Gefüge aus dem Gleichgewicht gerät. Für die Frauen war diese Diagnose unfassbar, „[...] und ich habe halt nur gedacht, das kann jetzt einfach alles gar nicht wahr sein“ (I2, Z. 83 f.). So sorgt neben der Diagnose des Down-Syndroms, auch die Diagnose weiterer Erkrankungen dafür, dass dieses Ereignis als kritisch einzuschätzen ist, „und ausgerechnet das Herz. Das muss ich sagen, das war der schlimmste Moment in meinem Leben bis dahin“ (I1, Z. 121 f.). Auch die Beschreibung der Diagnose als schlimmsten Moment des Lebens zeigt, wie einschneidend und emotional diese für die Frauen war. Demnach ist vor dem Hintergrund der Theorie aus empirischer Sicht, die Diagnose Down-Syndrom als kritisches Lebensereignis (Kapitel 3.1) einzuordnen.

5.4 Die Belastungen der Entscheidungszeit

In der Entscheidungszeit erlebten die Frauen einige Belastungen. Im Folgenden werden jene, die sich in der eigenen Person, in der Partnerschaft, in der Eltern-Kind-Beziehung, im natürlichen Umfeld sowie in der professionellen Hilfe ergeben, dargestellt und interpretiert.

Aus diesem Ereignis folgten für die Interviewpartnerinnen einige Belastungen auf persönlicher Ebene. Wie in der Theorie bereits beschrieben, kann die Möglichkeit der Pränataldiagnostik dazu führen, dass die Frauen sich in einem Dilemma (Kapitel 2.2) befinden, in dem sie zwischen der Selbstbestimmung und dem Recht auf Leben für Menschen mit einer Behinderung stehen. I3 beschreibt diesen inneren Konflikt wie folgt: „Ich wollte weder das eine noch das andere. Ich wollte weder mein Kind so bekommen, wie es war, mein Kind wegzuschicken konnte ich mir aber auch nicht vorstellen. Da überhaupt keinen Ausweg zu haben in einer Situation, die ich so gar nicht kannte. Auch wenn ich schon schwierige Situationen erlebt ha-

be, gab es immer eine Lösung, die einigermaßen akzeptabel war und da konnte ich mir gar nichts von vorstellen“ (I3, Z. 167 ff.). Es wird deutlich, dass die Interviewpartnerin glaubte, in einer ausweglosen Situation zu sein. Dieses Dilemma führte dazu, dass sie sich nicht in der Lage fühlte, eine Entscheidung zu treffen, was dazu führte, dass die Diagnose im Vergleich zu vergangenen Ereignissen als äußerst kritisch eingeschätzt wurde. Diese Entscheidungsunfähigkeit erlebt auch I2: „[...] ich war auch einfach wochenlang nicht in der Lage eine Entscheidung zu treffen“ (I2, Z. 214 f.). Die negativen Folgen und Belastungen erstreckten sich bei diesen Frauen über einen längeren Zeitraum. Daraus folgten starke Emotionen, „[...] die Tür ging auf und dann brachen alle Dämme“ (I1, Z. 143 f.) und „als wir raus gekommen sind, musste ich erstmal weinen [...]“ (I3, Z. 94). Damit einher gingen Fragen, wie „schafft man das? Bin ich dem gewachsen?“ (I5, Z. 329). In dieser belastenden Zeit stellten die Frauen ihr Selbstbild und ihre eigenen Fähigkeiten in Frage. Sie fragten sich, ob sie fähig sind, diese Situation bewältigen zu können.

Auch die Zukunftserwartungen und Ziele wurden erschüttert. I2 stellt dies dar: „ich meine natürlich wird das auch so sein, ich sage mal wenn man jetzt so auf die zwanzig zugeht, dass man bei den großen Kindern sagt, gut, die werden dann ihr Leben allein hinbekommen. Das wird die jüngste Tochter dann vielleicht nicht“ (I2, Z. 290 ff.). Die ursprünglichen Vorstellungen der Frauen von dem Leben mit einem regelentwickelten Kind waren bedroht und scheinen nicht mehr realisierbar gewesen zu sein. Es folgt die „Trauer um das gesunde Kind, das man verabschiedet vom Kopf“ (I1, Z. 230 f.). Dieses Ereignis zwingt die Frauen somit dazu, von ihrem ursprünglichen Lebensplan abzuweichen. Dessen sind sich die Frauen bewusst, was unter anderem zu den starken Emotionen geführt haben wird. Auch die Ungewissheit vor dem, was die Frauen erwartet und welche Folgen das für ihr Leben haben wird, belastet diese. Dazu gehören Fragen, wie: „Wie schlimm wird das? Wie ist das im Krankenhaus? Was tue ich da diesem Zwerg an? Diesem Baby? [...] Was wird aus den anderen Kindern, die einen brauchen? Inwieweit schränkt das die gesamte Lebenssituation ein? Wie lebenswert ist das Leben?“ (I1, Z. 220 ff.). Dies zeigt, dass das gesamte Familiensystem von dieser Diagnose betroffen ist, was einen größeren Druck auf die Frauen ausgeübt zu haben scheint. Sie treffen die Entscheidung somit nicht nur für sich, sondern für die gesamte Familie. Dazu kommt die Schwierigkeit, dass die Interviewpartnerinnen nicht wissen, was genau auf sie zukommen wird. Somit führt die Diagnose nicht dazu, dass die Frauen hundertprozentig wissen, was auf sie zukommt, denn das Ausmaß der Beeinträchtigung kann nicht pränatal bestimmt werden. Diese Belastungen können dazu führen, dass der Organismus einbricht. Bei I5 äußerte sich dies auf diese Weise: „[...] ich habe dann zwei Wochen lang vegetiert. Ich wollte mit keinem

reden. Ich wollte nicht essen. Ich habe eigentlich nur gelegen und geweint und war total traurig und fix und fertig“ (I5, Z. 172 ff.). I5 konnte nach dem Schock der Diagnose zunächst nicht mehr am täglichen Leben teilnehmen. Die Trauer und Angst beeinflussten ihr psychisches und physisches Wohlbefinden. Zwei der fünf Interviewpartnerinnen fühlten sich für den Eintritt des Ereignisses verantwortlich. „Also für mich war der Gedanke belastend, so jetzt hast du es herausgefordert. Du hast das Schicksal jetzt herausgefordert. Nur weil du unbedingt noch ein Kind haben wolltest, bist du jetzt hier mit der Situation konfrontiert und kriegst ein Kind mit Down-Syndrom“ (I4, Z. 261 ff.). Da, wie in der Theorie beschrieben (Kapitel 3.1.3) als Ursache für den Eintritt des Ereignisses der Zufall oft nicht akzeptiert wird, geben sich die Frauen selbst die Schuld dafür, dass ihnen das kritische Ereignis widerfahren ist. Beide Frauen haben über einen langen Zeitraum versucht, schwanger zu werden, bis es mit dieser Schwangerschaft funktioniert hat. Diese Hartnäckigkeit und dieses Durchhaltevermögen machten sich I1 und I4 zum Vorwurf. Indem sie die Verantwortung auf sich nehmen, belasten sie sich zusätzlich.

Bei I2 und I3 war die Ablehnung, das Kind nicht bekommen zu wollen in der Entscheidungszeit scheinbar größer als bei den übrigen Frauen. I3 äußert dazu: „[...] erstmal war schon noch der Gedanke präsent, unser Kind nicht zu bekommen“ (I3, Z. 162 f.). Dies verdeutlicht, dass der Entscheidungskonflikt enorm ist. Dadurch, dass sie den Gedanken zugelassen hat, dass sie ihr Kind nicht haben möchte, fand automatisch eine Beschäftigung mit den Methoden zur Abtreibung statt, „[...] wie es wäre, unser Kind sozusagen wieder wegzuschicken. Und die haben uns dann auch darüber informiert, wie dieser Prozess überhaupt von statten geht mit einer Spätabtreibung. Weil uns eigentlich gar nicht klar war, was das bedeutet“ (I3, Z. 156 ff.). Wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben ist, kann eine Abtreibung eines Kindes mit Down-Syndrom bis kurz vor der Geburt durchgeführt werden. Da die Frauen erst ab der zwölften Schwangerschaftswoche ihre endgültigen Diagnosen bekommen haben, wäre nur eine Spätabtreibung in Frage gekommen. Diese vielen belastenden Faktoren haben bei den meisten Frauen dazu geführt, dass sie sich zurückgezogen haben „[...] aufgrund de[s] sich nicht erklären müssen, warum man jetzt so und so und so. Ich habe mich dann halt wenig gemeldet“ (I4, Z. 231 ff.). Um sich zunächst mit den vielen persönlichen Belastungen zu beschäftigen, fand größtenteils ein sozialer Rückzug statt. Da die Frauen in dem Prozess noch unschlüssig waren und keine Klarheit über ihre Entscheidung hatten, wollten sich einige nicht zusätzlich mit den eventuell auftretenden Vorwürfen und Kritiken des sozialen Umfelds auseinandersetzen.

Vier der fünf Interviewpartnerinnen gaben an, dass die Partnerschaft in der Entscheidungszeit nicht als belastend wahrgenommen wurde. Lediglich bei I3 ergaben sich Belastungen innerhalb der Partnerschaft, zu denen sie sich äußert: „Also manchmal gab es Konflikte mit meinem Partner, die auftauchten, die dann auch belastend waren, weil er war auf jeden Fall mehr dafür unser Kind nicht zu bekommen, [...] Für mich war dann doch so im Hinterkopf, vielleicht sollten wir es doch versuchen“ (I3, Z. 174 ff.). In dem Fall ist die überwiegend ablehnende Haltung des Partners gegenüber dem ungeborenen Kind mit Down-Syndrom herausfordernd für I3. Durch die Ablehnung ihres Partners wird ihr innerer Konflikt größer. Sie benennt, dass sie tendenziell eher das Kind behalten wollte. Durch die Ablehnung des Partners wurden diese Empfindungen getrübt, da sie nun auch befürchtete, ihre Beziehung zu gefährden, wenn sie sich für das Kind entscheidet: „Ja, ich hatte auch schon irgendwie Angst um meine Partnerschaft, dass die daran zerbrechen könnte, weil eben dann diese Konflikte vermehrt auftraten zwischen uns“ (I3, Z. 182 f.). Die Unsicherheit um das Fortbestehen ihrer Partnerschaft stellt eine weitere Belastung im Entscheidungsprozess dar. Demnach könnten die Auswirkungen der Entscheidung größer werden, da eine Entscheidung für das Kind eine Entscheidung gegen die Partnerschaft darstellen könnte. Dies kann die belastenden Faktoren auf personaler Ebene erhöhen, da die Unsicherheiten im Hinblick auf die Zukunft vergrößert werden. Eine partnerschaftliche Unterstützung und gemeinsame Bewältigung schien bei I3 zunächst nicht gegeben zu sein.

Auch auf der Ebene der Eltern-Kind-Beziehung haben die interviewten Frauen Belastungen empfunden. Da bis auf I5 alle Interviewpartnerinnen in ihrer Schwangerschaft mit dem Kind mit Down-Syndrom bereits ein oder zwei Kinder haben, können auch diese eine Belastung in der Entscheidungszeit darstellen. I3 beschreibt ihre Angst: „Also ich hatte schon irgendwie Angst um meine Tochter, dass die total zurückstehen muss und ich gar nicht mehr für sie da sein kann“ (I3, Z. 190 f.). So scheint die Sorge, den älteren Kindern nicht mehr gerecht werden zu können, eine maßgebliche Belastung darzustellen. Die Systemreferenz (Kapitel 3.1) der Diagnose als kritisches Lebensereignis ist groß, da die gesamte Familie direkt betroffen ist. Daher wurden die Auswirkungen auf die Familie bei der Entscheidung berücksichtigt: „[...] für uns war klar, wir möchten auch für unsere anderen Kinder, kein Kind, dass über Jahre hinweg operiert werden muss, im Krankenhaus sein muss. Wo die Familiensituation so auseinander bricht, dass einer der beiden Eltern vielleicht über Jahre hinweg mehr oder weniger gar nicht mehr hier ist, sondern nur noch in der Klinik“ (I1, Z. 166 ff.). Vor allem die Diagnose von Begleiterkrankungen, die das Herz oder den Darm betreffen, kann ein Hindernis für das Fortbestehen des Familiensystems darstellen. Daher wird deutlich, dass die Frauen die

Entscheidung nicht nur für sich treffen, sondern mit ihrer Entscheidung auch das zukünftige Leben der älteren Kinder beeinflussen. Dadurch wird eine genaue Abwägung bedeutsamer. Es steht nicht nur das Leben des ungeborenen Kindes, sondern auch das Leben der Geschwisterkinder im Vordergrund. Diese Verantwortung den Kindern gegenüber war äußerst belastend für die interviewten Frauen. Zusätzlich dazu wollten die Frauen ihre Trauer und Ängste den Kindern bestmöglich vorenthalten, was nicht möglich erschien, „[...] dann trotzdem den Kindern versuchen, was vorzuspielen, was sowieso utopisch ist, weil keiner eine so feine Ader hat, wie die eigenen Kinder“ (I1, Z. 369 f.). Die Interviewpartnerinnen konnten ihre Gefühle nicht frei äußern, sondern haben Rücksicht auf das Wohl ihrer älteren Kinder genommen. Dies stellt eine zusätzliche Belastung dar, da der Schmerz und die Trauer überwiegend unterdrückt und nicht ausgelebt werden konnten. Aber nicht nur die älteren Kinder konnten die Gefühle ihrer Mütter wahrnehmen, sondern auch das ungeborene Kind, „man sagt ja auch immer, dass das Baby im Mutterleib das auch irgendwie mitbekommt, wie die Stimmung der Mütter ist. Denen war er sicherlich ausgesetzt [...]. Das tat mir ein bisschen leid für ihn, aber ich konnte es ja auch nicht ändern“ (I3, Z. 250 ff.). Dies verdeutlicht nochmals die Systemreferenz der Diagnose. Nicht nur die lebenden Familienmitglieder erfahren die Auswirkungen der Diagnose und den daraus folgenden inneren Konflikt der interviewten Frauen, sondern auch das ungeborene Kind. Daher stellt die Angst vor den Auswirkungen der Trauer der Frauen eine weitere Belastung für diese dar. Bei allen Frauen wurden die Kinder nicht in die Entscheidung mit einbezogen. Da bei I1 und I3 die Töchter die Diagnose direkt mitbekommen haben, haben die Interviewpartnerinnen ihre Kinder „[...] da von vorneherein mit einbezogen soweit es irgendwie ging, weil sie ja schon mitbekommen [haben], dass irgendwas nicht stimmt“ (I3, Z. 116 ff.). Dies kann eine weitere Belastung für die Frauen dargestellt haben. Allerdings kann es auch eine Erleichterung gewesen sein, da sie die Diagnose nicht verheimlichen mussten. I4 und I2 haben sich bewusst dagegen entschieden, ihre Söhne in der Entscheidungszeit über die Diagnose zu informieren: „Wir haben den älteren Sohn informiert, dass er eine Schwester bekommt und mehr nicht“ (I4, Z. 222). Die Entscheidung darüber, inwiefern die Kinder über die Behinderung des Kindes informiert werden, wurde damit unterschiedlich getroffen. Ein Faktor dafür kann das Alter der Geschwisterkinder gewesen sein sowie die Einschätzung der Mutter, inwiefern die Kinder diese Information verarbeiten können.

Auch das natürliche Umfeld stellte in der Entscheidungszeit bei manchen Frauen eine Belastung dar. Vor allem die ältere Generation hatte bei I1, I2, und I3 kein Verständnis dafür, dass die interviewten Frauen sich eventuell für das Leben ihres Kindes entscheiden. Dazu äußerte

sich eine Mutter: „Also für meine Eltern war es schlimmer [...]. Die waren eher negativ gestimmt und haben eher gesehen, dass wir es nicht schaffen. [...] Dass wir dann damit unser Leben versauen, wenn wir das jetzt durchziehen sollten und dass ich die Partnerschaft eventuell aufs Spiel setze und was dann mit der älteren Tochter ist. Also die haben eher immer worst case Szenarien aufgemacht“ (I3, Z. 298 ff.). Auf diese Weise haben die Eltern der Interviewpartnerin ebenfalls den inneren Konflikt erhöht und somit die Entscheidung für das Kind erschwert. Mit ihrem Unverständnis und den negativen Aussagen über die Zukunft mit einem Kind mit Down-Syndrom wurde die Entscheidungszeit der Frauen belastet. Dazu haben „[...] viele [...] dann auch gesagt, ja ihr wusstet ja auch, dass ihr schon so alt seid und warum habt ihr das denn gemacht? Und egal wie ihr euch jetzt entscheidet, es wird immer quasi so ein Makel sein“ (I2, Z. 171 ff.). Diese vorwurfsvolle Haltung kann dazu geführt haben, dass die Frauen sich vermehrt Schuldzuweisungen gemacht haben. Auf personaler Ebene haben sich, wie bereits erwähnt, einige Frauen die Schuld für das Auftreten des Ereignisses gegeben. Diese Belastung kann durch die Aussagen des natürlichen Umfelds vergrößert worden sein. Dadurch wurden die Frauen eher dazu gedrängt, die Schwangerschaft abzuberechen, um den ‚Makel‘ zu verhindern. Diese Einstellungen spiegeln den in der Theorie (Kapitel 2.2.4) beschriebenen häufig defizitären gesellschaftlichen Blick auf Menschen mit einer Behinderung wider. Aber auch die Betroffenheit des natürlichen Umfelds kann für die Frauen belastend sein: „Ja, und das familiäre Umfeld. Die waren eigentlich alle ähnlich, haben alle geweint“ (I1, Z. 178 f.). Damit wurden die Frauen in ihrer Trauer bestärkt und das Gefühl, dass dieses Ereignis äußerst kritisch ist, verstärkt. Auf diese Weise kann es sein, dass die Familie keine Unterstützung darstellte, sondern die Frauen in ihrem Entscheidungsprozess zusätzlich belastete. Diese Gründe können ausschlaggebend dafür gewesen sein, dass bis auf I3 alle Interviewpartnerinnen das natürliche Umfeld nicht direkt in den Entscheidungsprozess mit einbezogen haben: „Wir haben die gar nicht involviert, weil wir ja von Anfang an nach außen hin gezeigt haben, so, wir haben uns entschieden, sind uns sicher und wir machen das“ (I5, Z. 391 f.). Auffällig ist, dass I3 das soziale Umfeld involviert hat. Ein Grund dafür kann die Ablehnung des Partners darstellen, sodass das natürliche Umfeld eher bereichernd als belastend gewesen sein könnte.

Während der Entscheidungsfindung wurden „[...] die vermehrten Ultraschalluntersuchungen, [...] als Belastung empfunden [...] , wenn die immer so stark rumgedrückt haben i[m] [...] Bauch“ (I3, Z. 255 f.). So wurden die Frauen nach der Diagnose häufiger untersucht. Diese Untersuchungen waren sowohl körperlich als auch psychisch belastend. Vor allem die Pränataldiagnostik haben die Frauen negativ erlebt. „Ich war eher empört, dass man uns bei der

Pränataldiagnostik jedes Mal gefragt hat, ob wir uns sicher sind, dass wir das Kind bekommen möchten und dass wir, solange keine Wehen einsetzen oder die Fruchtblase platzt, die Chance haben, nein zu sagen. Das fand ich ganz empörend in der 30. Woche oder so das nochmal gesagt zu bekommen, immer wieder. Eigentlich so nach dem Motto, „jetzt treiben Sie doch endlich ab“. So fühlte sich das an“ (I5, Z. 363 ff.). Nicht nur in der Entscheidungszeit, sondern auch nach der Entscheidung für das Kind, wurden die meisten Interviewpartnerinnen regelmäßig auf die Möglichkeit der Spätabtreibung hingewiesen. Dadurch, dass die Frauen nicht nur einmal, sondern vermehrt auf die Möglichkeit der Abtreibung hingewiesen wurden, scheint das Prinzip der Ergebnisoffenheit und Nichtdirektivität im Beratungsprozess (Kapitel 2.3.2) nicht eingehalten worden zu sein, obwohl dies auch für die medizinische Beratung gilt. So wurden die Frauen immer wieder mit der Diagnose, den Auswirkungen und der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs konfrontiert, was eine enorme Belastung darstellte. Hinzu kam der gesellschaftliche Druck, dem die Frauen sich ausgesetzt fühlten. Dazu äußert I4 ihre Gedanken während des Entscheidungsprozesses: „Dann hat man schonmal gesagt, „sollten wir uns damit beschäftigen? Ist es doch so schlimm, ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen? Das muss ja total schlimm sein, wenn das total viele machen. [...] Und das Gefühl sagte eigentlich immer, „es ist richtig, dass dieses Kind da drin bleibt“ und das war eher der Verstand, der gesagt hat, vielleicht sollte man doch mal überlegen. Das hat ja einen Grund, wieso 90 % das so machen“ (I4, Z. 283 ff.). Dies verdeutlicht, dass die Frauen sowohl den Abbruchempfehlungen der Fachärzte als auch dem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt waren. Dies scheint einen Teufelskreis darzustellen. Denn je häufiger Ärzte Frauen bei einem positiven Befund raten, das Kind abzutreiben, desto häufiger werden diese auch stattfinden, da die professionelle Meinung der Mediziner einen großen Einfluss hat. Dadurch wird der Druck auf die Frauen, die sich für das Leben ihres Kindes entscheiden möchten immer schwieriger, was dazu führen kann, dass diese dem Druck nicht mehr standhalten können. So wird, wenn lediglich diese belastenden Faktoren betrachtet werden, immer häufiger auf die Diagnose Down-Syndrom ein Schwangerschaftsabbruch folgen.

5.5 Die Ressourcen der Entscheidungszeit

Die Interviewpartnerinnen haben sich trotz der Vielzahl an belastenden Faktoren für das Leben ihres Kindes mit Down-Syndrom entschieden. Die Bewältigungsstrategien, die die Frauen in der Entscheidungszeit nutzen konnten, werden auf den verschiedenen Ebenen dargestellt.

Die interviewten Frauen konnten einige der in der Theorie (Kapitel 3.2.1) dargestellten personalen Ressourcen als Grundlage ihrer Bewältigungsstrategien nutzen. Dazu gehört zunächst

die Fähigkeit, „[...] sich gut mit Situationen abfinden [zu können]“ (I1, Z. 429). Dadurch, dass I1 anpassungsfähig ist, gelingt es ihr leichter, die neue Situation zu akzeptieren und sich darin einzufinden. Dazu gehört auch die Neuorientierung von Zielen im Sinne der Akkommodation. Außerdem half es I5, offen mit der Diagnose umzugehen: „[...] es war klar, ich habe das auch ganz offen nach außen getragen, „da liegen so ein paar Auffälligkeiten vor. [...]“ (I5, Z. 224 f.). Dadurch, dass das natürliche Umfeld über die Diagnose informiert ist, kann es die aktuelle Situation der Frauen besser nachvollziehen. Außerdem mussten sich die Interviewpartnerinnen so intensiv mit dem Ereignis auseinandersetzen. I1 fiel es durch ihre Spiritualität leichter, die Diagnose anzunehmen, „[...] das sind unsere Kinder und das sind unsere Geschenke und wir haben für uns den Eindruck, dass wir das stemmen, was der liebe Gott uns da schenken mag. Wir sind nicht ganz so christlich, aber das ist schon eine Verbindung dann“ (I1, Z. 80 ff.). Durch den Glauben an das Schicksal ist für I1 vermutlich die Frage der Verantwortlichkeit für den Eintritt des Ereignisses leichter beantwortet.

Alle Interviewpartnerinnen gaben an, dass ihr Optimismus, ihr „[...]Vertrauen an das Leben“ (I5, Z. 417), und ihr Gedanke, „alles wird gut“ (I5, Z. 418), dazu geführt haben, dass sie die Entscheidungszeit bewältigen und eine Entscheidung treffen konnten. Außerdem kam I1 ihre „[...] überwiegend positive Art, die [ihr] dann immer wieder zur Hilfe kommt“ (I1, Z. 432) zugute. Durch die Zuversicht und die positive Grundeinstellung der Frauen, gelang es ihnen, das kritische Lebensereignis zu akzeptieren und hoffnungsvoll zu sein, dass die Entscheidung, die sie treffen, für sie richtig sein wird und ihr Leben lebenswert bleiben lässt. I3 konnte außerdem auf vergangene, für sie erfolgreich bewältigte Ereignisse zurückblicken. Sie sagt: „Dass ich auch schon andere Situationen hatte, die schwierig waren in meinem Leben, die ich ja irgendwie auch geschafft habe. Daran habe ich mich erinnert [...]“ (I3, Z. 349 ff.). So konnte sie womöglich auf Bewältigungsstrategien zurückgreifen, die sie bei der Bewältigung der vergangenen kritischen Ereignisse dazu gewonnen hat. Außerdem kann es dazu geführt haben, dass sie schneller handlungsfähig wurde, da der Schock des Ereignisses sie nicht mehr so stark getroffen hat. Als weitere Ressource gaben die Frauen an, dass sie sich informiert und mit dem Thema Down-Syndrom auseinandergesetzt haben: „Dann fängst du an, dich zu informieren. Dann siehst du alles, was im Internet steht [...], was man mit fördern alles machen kann“ (I4, Z. 264 ff.). Vor allem das Wissen über die Möglichkeiten der Förderung (Kapitel 2.1.3) scheint einige interviewte Frauen die Entscheidungsfindung erleichtert zu haben. Dadurch, dass sie sich aktiv mit dem Thema auseinandersetzten, konnte die Angst vor dem Ungewissen minimiert werden. Darüber hinaus stellt die Vernetzung mit anderen Betroffenen eine Ressource dar. Diese Fähigkeit hat I4 genutzt: „Wir haben uns ganz früh vernetzt. Also

Kontakt aufgenommen mit anderen Familien. Das hat sehr früh stattgefunden und das hat uns sämtliche Ängste genommen“ (I4, Z. 344 ff.). Die Vernetzung mit einer Familie, die die gleichen Erfahrungen gemacht hat, hat I4 die Angst genommen. Dies gab ihr die Möglichkeit einen Einblick in den Alltag mit einem Kind mit Down-Syndrom zu bekommen. Des Weiteren verfügte sie dadurch über Ansprechpartner, bei denen sie sich informieren konnte.

Für alle interviewten Frauen waren die Methode der Abtreibung sowie der Gedanke daran, ihr ungeborenes Kind zu töten letztlich keine Option. Bei I5 stand dieser Entschluss direkt fest: „Wir haben halt sehr schnell nach außen auch transportiert, dass es für uns überhaupt nicht, in keinster Weise, in Frage käme, dieses Kind abzutreiben“ (I5, Z. 283 ff.). Für I3 war die Methode der Abtreibung ausschlaggebend für ihre Entscheidung für das Kind: „Also ich konnte mir nicht vorstellen, wie ich da hingehere und dann hätten die ja quasi dem jüngeren Sohn eine Spritze durch meinen Bauch in sein Herz gegeben und ich hätte ihn dann natürlich zur Welt bringen müssen nach der eingeleiteten Geburt. Und das war so ein Prozess, wo ich dann dachte, das ist so heftig, das kann ich nicht“ (I3, Z. 329 ff.). Dabei wird deutlich, welche traumatischen Folgen die Abtreibung ihrer ungeborenen Kinder, für die Frauen gehabt haben könnte. Daher ist die vorherige Auseinandersetzung mit der Vorgehensweise als Ressource anzusehen, um daraufhin entscheiden zu können, ob dies die subjektive Belastungsgrenze übersteigen würde. I1, I4 und I5 geben an, bereits vor der Diagnose eine Entscheidung getroffen zu haben: „Okay, selbst wenn unser Kind jetzt eine Auffälligkeit mit sich bringt. Wir werden das Kind bekommen. Das Kind hat uns ausgewählt. Wir wollen dieses Kind“ (I5, Z. 136 f.). Auffällig ist, dass alle drei Frauen die Entscheidung für das Kind innerhalb weniger Tage getroffen haben. Die vorherige Auseinandersetzung mit dem Thema, hat scheinbar dazu geführt, dass die Entscheidung für das Kind mit Down-Syndrom schneller getroffen wurde. Obwohl dies nicht den Schock der Diagnose verhindern konnte, konnten die Frauen ihre Entscheidungsfähigkeit zügiger zurück gewinnen. Für I2 war der Entscheidungsgrund, „dass wir gesagt haben, wir haben eigentlich nicht das Recht zu entscheiden, ob das Leben lebenswert ist, oder nicht“ (I2, Z. 376 f.). I2 befand sich in einer längeren Zeit der Entscheidungsfindung. Dennoch hat sie sich für ihr Kind entschieden, da sie ihr Recht auf Selbstbestimmung und Freiheit nicht vor das Lebensrecht ihres ungeborenen Kindes stellen wollte.

Der Partner wurde von allen fünf Interviewpartnerinnen als Ressource im Entscheidungsprozess angesehen. Zunächst waren die Partner für ihre Frauen eine emotionale Unterstützung. So war „der Papa [...] da immer ein bisschen positiver, ein bisschen stärker“ (I1, Z. 373 f.), wenn die übrigen Familienmitglieder traurig waren und geweint haben. In diesem Fall hat der

Partner mit seiner Stärke und seinem Rückhalt dafür gesorgt, dass die Familie in ihrer Trauer aufgefangen wurde. Dies war entscheidend dafür, dass die Frauen wieder handlungsfähig werden konnten. Da alle interviewten Frauen nach der Diagnose für gewisse Zeiträume auch im alltäglichen Leben vorübergehend nicht handlungsfähig waren, erschien die instrumentelle Unterstützung der Partner sehr bedeutsam: „Als es mir schlecht ging, hat er viel geregelt im Haushalt, dass ich gar nicht großartig was machen muss, sondern ich konnte mich zurück ziehen, wann ich wollte und er hat dann viel funktioniert einfach. [...] Und er hat mich auch begleitet bei einigen Arztbesuchen. [...] und das hat mir auch geholfen“ (I3, Z. 359 ff.). Die praktische Hilfe im Alltag führt in solch kritischen Lebensabschnitten dazu, dass die interviewten Frauen sich auf die Entscheidungsfindung fokussieren konnten ohne dass sie befürchten mussten, dass das alltägliche Familienleben nicht mehr funktioniert. Auch der Optimismus ihres Partners hat dazu geführt, dass I2 Kraft schöpfen und sich auf ihre Selbstwirksamkeit besinnen konnte: „Also er hat dann immer gesagt, „wir kriegen das schon hin“. [...] Aber eigentlich war er da eine total starke Säule“ (I2, Z. 140 ff.). Hierbei wird deutlich, dass der Partner in dem Entscheidungsprozess eine wichtige und haltgebende Rolle eigenommen hat. Das gemeinsame, dyadische Bewältigungsverhalten beschreibt I4: „[...] mein Mann und ich haben das hier die komplette Zeit miteinander durchgestanden ist das falsche Wort, durchlebt“ (I4, Z. 427 f.). Dies ist ein Anzeichen dafür, dass in dem Entscheidungsprozess eine wechselseitige Unterstützung stattgefunden hat. Auch die Grundlage für ein erfolgreiches dyadisches Bewältigungsverhalten war bei allen Interviewpartnerinnen gegeben: „[...] grundsätzlich haben wir erstmal alles ausgetauscht“ (I2, Z. 282). Dadurch, dass ein kommunikativer Austausch im Entscheidungsprozess stattgefunden hat, konnten die Partner sich gegenseitig unterstützen. Daraus folgte zudem, dass die Entscheidung für das Kind gemeinsam getroffen wurde. I4 beschreibt, dass dies nicht nur in dieser Entscheidungssituation der Fall war: „Wir haben immer an einem Strang gezogen und da gab es keine Einknicke. Wir entscheiden auch alles gemeinsam“ (I4, Z. 825 f.). Dadurch, dass die Interviewpartnerinnen die Entscheidung gemeinsam mit ihrem Partner getroffen haben, erhöhte dies das Sicherheitsgefühl der Frauen, dass die Folgen der Entscheidung auch gemeinsam getragen werden.

Auch die älteren Kinder stellten im Entscheidungsprozess Ressourcen dar, die die Interviewpartnerinnen für die Bewältigung des Ereignisses nutzen konnten. Einen Grund dafür beschreibt I1: „[...] diese unendliche Liebe. Dieses Zweifelsfreie, überhaupt nicht in Frage Stellende, das klare Gefühl – Wir sind eine Familie, wir lieben uns so wie wir sind [...] ob mit oder ohne Handicap“ (I1, Z. 446 ff.). Durch die bedingungslose Liebe der Kinder verlor I1 die Sorge, dass ihre älteren Kinder das Kind mit Down-Syndrom nicht als Familienmitglied an-

nehmen könnten. Auch die „[...] Lebensfreude [...]“ (I2, Z. 412) der älteren Kinder war für die interviewten Frauen eine Ressource. Dadurch wurden sie von ihrem Schmerz und ihrer Trauer abgelenkt und konnten trotz allem das gemeinsame Leben genießen. Mit der Sicherheit, dass die älteren Kinder ihre Lebensfreude und Unbekümmertheit wahrscheinlich auch dem neugeborenen Kind entgegen bringen würden, wurde den Interviewpartnerinnen die Entscheidung für das Kind erleichtert.

Vor allem I3 konnte die Unterstützung des natürlichen Umfelds für die Entscheidungsfindung als Ressource nutzen. Dafür wurden die Freundinnen der Interviewpartnerin in den Entscheidungsprozess involviert. Dabei stellten sie eine emotionale Unterstützung dar, was I3 beschreibt: „Also die haben jetzt nicht versucht, mich zu beeinflussen, das nicht, aber sie haben schon Kraft gegeben mit positiven Gedanken“ (I3, Z. 296 ff.). Durch den positiven Zuspruch konnte I3 Kraft schöpfen, um ihre Entscheidung treffen zu können. Für sie war die Positivität der Freunde wahrscheinlich wichtiger als für die übrigen interviewten Frauen, da sie zunächst nicht so einen starken partnerschaftlichen Rückhalt hatte. Da ihre Freundinnen „[...] jederzeit da [waren], um zu reden“ (I3, Z. 372), schien diese Unterstützung in Form des kommunikativen Austauschs jederzeit verfügbar zu sein. Dies könnte I3 Orientierung gegeben sowie ihre Handlungskontrolle gesteigert haben. Neben der emotionalen Unterstützung hat I3 auch instrumentelle Unterstützung aus ihrem natürlichen Umfeld erfahren, indem sie „[...] auf die ältere Tochter aufgepasst [haben], wenn es [...] notwendig war [...]“ (I3, Z. 378 f.). Damit konnte I3 in ihrem Alltag entlastet werden und hatte die Möglichkeit Arzttermine zusammen mit ihrem Partner wahrzunehmen, was für sie hilfreich war. Alle Frauen haben aus einem Teil ihres natürlichen Umfelds Zutrauen und Zuversicht entgegengebracht bekommen, dass sie die richtige Entscheidung treffen und das Leben mit einem Kind mit Down-Syndrom bewältigen können. I5 beschreibt dies wie folgt: „Ich glaube, dass wir so häufig gehört haben, dass man glaubt, dass dieses Kind sich großartige Eltern ausgesucht hat und dass wir das schaffen, weil wir einfach tolle Menschen sind. [...] Dann einfach das Gefühl, dass andere um einen herum uns das zutrauen [...]“ (I5, Z. 427 ff.). Das Zutrauen des Umfelds sorgte somit dafür, dass die interviewten Frauen ihre Selbstwirksamkeit zurückgewinnen konnten und an ihre Kompetenzen erinnert wurden. So konnte das natürliche Umfeld für alle Interviewpartnerinnen eine Ressource darstellen und zur Bewältigung dienen.

Auch die professionelle Hilfe konnte eine Ressource im Entscheidungsprozess darstellen. Die Schwangerschaftskonfliktberatung wurde von allen fünf Frauen wahrgenommen und überwiegend als hilfreich empfunden. „Was super war, waren die Gespräche bei der Beratungs-

stelle [...]. Stellenweise hat man nämlich das Gefühl gekriegt, man macht da was Falsches und durch die Beratungsstelle und meine Hebamme wurde das dann wieder zu sowas normalem“ (I4, Z. 352 ff.). In den Beratungsstellen (Kapitel 2.3) erhielten die interviewten Frauen Informationen über das Down-Syndrom, aber vor allem wurde deren Entscheidung akzeptiert und nicht weiter hinterfragt. Dadurch konnten die Frauen sich auf die Verarbeitung ihrer Diagnose konzentrieren. So konnte der defizitorientierte medizinische Blick durch den ressourcenorientierten Blick der Beratungsstelle ausgeglichen werden. Auch die Hebamme war für viele Frauen unterstützend. Vor allem I3 konnte sie den Entscheidungsdruck nehmen, indem sie ihr geraten hat, „[...] einfach [zu] gucke[n], was passiert“ (I3, Z. 226 f.). So konnte I3 dem belastenden Dilemma des inneren Konflikts entfliehen, mit dem Gedanken, dass das Schicksal ihr die Entscheidung abnehmen kann. Auch wenn sie sich später bewusst für ihr Kind entschieden hat, stellte dieser Kontakt eine Entlastung dar. Auch die Gynäkologin war für die meisten Interviewpartnerinnen bereichernd, indem sie diesen Zuspruch gab: „Die sagte recht früh zu mir, „machen Sie sich keine Gedanken. Sie werden in kürzester Zeit absoluter Profi fürs Down-Syndrom. Wenn es Menschen gibt, dann werden Sie das sein“ (I1, Z. 281 ff.). So konnte auch aus medizinischer Sicht Unterstützung erhalten werden. Indem die Interviewpartnerinnen die personale Ressource der Vernetzung genutzt haben, haben sich einige für das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe entschieden: „Und dann habe ich für mich den Entschluss gefasst, [...] dass ich zur Selbsthilfegruppe für Eltern mit Kindern mit Down-Syndrom [gehe]. [...] Da bin ich dann im schwangeren Kopf hingegangen im siebten Monat und habe gesagt, so, jetzt brauche ich mal Mütter, denen ich in die Augen gucken kann, die mir zeigen, ach die lachen wieder, sie haben es überlebt [...]“ (I1, Z. 255 ff.). Diese Beschreibung verdeutlicht, dass der Kontakt mit Betroffenen, die die gleiche Situation ebenfalls erlebt und bestenfalls bewältigt haben, als subjektive Bewältigungsstrategie genutzt werden kann. Dies kann dazu führen, dass das Ereignis als weniger kritisch eingestuft wird sowie die Empfindung, dies auch bewältigen zu können, erhöht wird.

5.6 Die Belastungen nach der Entscheidung – das Erleben der Restschwangerschaft

Nachdem die Interviewpartnerinnen sich für das Leben des Kindes mit Down-Syndrom entschieden haben, begann die restliche Zeit der Schwangerschaft vor dem Hintergrund der Entscheidung. Daher werden im Folgenden die Belastungen in den Blick genommen, die in dieser Zeit präsent waren.

Auf persönlicher Ebene war die Ungewissheit über das Ausmaß der Beeinträchtigung und Erkrankung des Kindes auch in der Restschwangerschaft noch sehr belastend. I2 beschreibt dies wie folgt: „Also ich glaube dieses ganz Große, was immer blieb, war die Frage, „wie wird das?“. Und dass es bei Trisomie eben auch einen ganz großen und breiten Spielraum gibt. [...] einfach dieses zu wissen, sie hat jetzt Trisomie, aber nicht zu wissen, wie auch dieses Kind jetzt wirklich ist. [...] dass ich auch dann irgendwie gedacht habe, kann ich das Kind dann auch wirklich so lieb haben und wie wird das?“ (I2, Z. 448 ff.). Trotz der Entscheidung für das Kind blieben die Ängste über die Auswirkungen auf das zukünftige Leben bestehen. Fraglich war dabei nicht nur, wie das Kind sein wird, sondern vor allem die Frage, ob das Kind so angenommen und geliebt werden kann, wie die anderen regelentwickelten Kinder. Dabei wurden die natürlichen Muttergefühle in Frage gestellt, was sehr belastend war.

Zudem geriet die Trauer um das verlorene, gesunde Kind in der Restschwangerschaft in den Fokus: „[...] es war für mich immer noch da, dieses Gefühl, also eigentlich hätte ich doch gerne ein anderes Kind und nicht dich“ (I3, Z. 459 ff.). Hierbei wird der Prozess deutlich, indem sich die interviewten Frauen befanden. Die Vorstellung vom Kind, welches gesund und regelentwickelt ist, muss einem neuen Bild eines Kindes mit einer Behinderung weichen. Die vermeintlich uneingeschränkte Mutterliebe können einige Interviewpartnerinnen in der Restschwangerschaft nicht empfinden, was für sie belastend ist. Auch der Vergleich mit anderen Kindern ist nicht möglich. „Mir fehlte so ein bisschen der Vergleich. Das ist ja schon so, wenn man schwanger ist. Man vergleicht, wenn man andere Kinder sieht und denkt, „so könnte mein Kind auch sein“. Das war gar nicht da, dieses Bild von, so wird mein Kind sein“ (I3, Z. 408 ff.). Dadurch, dass die Frauen in ihrem Alltag nicht so häufig Kindern mit Down-Syndrom begegnet sind, wie regelentwickelten Kindern, konnten keine Vergleiche stattfinden. Dementsprechend fehlte den Interviewpartnerinnen die Vorstellung davon, wie ihre Kinder sein würden. Unter anderem, da sie sich scheinbar noch nicht vollständig von dem Bild des gesunden Kindes in ihrem Bauch verabschiedet haben. Die Angst um die Zukunft, aber auch um das Leben des Kindes blieb bei den Frauen bestehen. Aus dieser Angst und in der Hoffnung, bei einem erneuten, unerwarteten Ereignis nicht so geschockt zu werden, ging I5 vom schlimmsten aus: „[...] ich hatte immer so eine Angst und dachte, wenn ich das auch in Betracht ziehe, dass es ganz schlimm werden könnte, dann bin ich hinterher nicht so schockiert“ (I5, Z. 477 ff.). Auch wenn dies als eine vermeintliche Bewältigungsstrategie betrachtet werden könnte, hat diese Vorgehensweise I5 zusätzlich verängstigt und belastet und dafür gesorgt, dass die Angst während der gesamten Schwangerschaft vorhanden war.

Die Partnerschaft wurde in der Restschwangerschaft von keiner Interviewpartnerin als belastend wahrgenommen. I1 stellte eine Belastung dar, der ihr Partner ausgesetzt war: „[...] das aushalten müssen, dass man dem Partner nicht helfen kann. Das ist für meinen Mann eigentlich das schlimmste. [...] Wo er doch eigentlich Himmel und Erde in Bewegung setzt, damit alles gut ist in seiner Familie“ (I1, Z. 540 ff.). Im gesamten Prozess, der für die Frauen eine starke Belastung darstellt, nahm der Partner eine wichtige Rolle ein. Daher waren auch die Partner außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt. Die Hilflosigkeit beschreibt eine dieser Herausforderungen des Partners.

Auf der Eltern-Kind Ebene blieben die Belastungen bestehen. I4 befürchtete in der Zukunft Vorwürfe für die Entscheidung von ihren älteren Kindern zu bekommen: „Häufig habe ich auch gedacht, wenn die beiden mal älter sind, denken die dann wir haben das gut gemacht oder denken die dann warum habt ihr euch so entschieden“ (I2, Z. 504 f.). Dies verdeutlicht, dass die Entscheidung nicht nur die interviewten Frauen, sondern das gesamte Familiensystem betrifft. Daher war es noch schwieriger eine Entscheidung zu treffen mit der Ungewissheit der Auswirkungen für die älteren Geschwisterkinder. Zudem musste in der restlichen Zeit der Schwangerschaft die Betreuung der älteren Kinder nach der Geburt geregelt werden, da bei allen Frauen zunächst ein längerer Krankenhausaufenthalt vorhergesagt wurde. I4 beschreibt dies: „dann war es so, dass wir auch seine Versorgung so regeln mussten. Es war klar, dass ich länger im Krankenhaus bin mit der jüngeren Tochter, wo wird der ältere Sohn sein?“ (I4, Z. 506 ff.). Dies ging mit neuen Vorwürfen einher, da das ältere Kind entweder länger in gewohnter Betreuung war oder in eine neue Betreuungsstelle gehen musste. Dies stellte für die Kinder eine Umstellung und Belastung dar, welche die interviewten Mütter zusätzlich belastete. Aber auch die Beziehung zum ungeborenen Kind war Sorgen ausgesetzt, da die Interviewpartnerinnen wussten, dass sie ihr Kind nach der Geburt direkt in medizinische Behandlung geben müssen. „Also die Vorstellung. Das war auch mit das schlimmste. Zu wissen, dass die mir nach der Geburt sofort das Kind wegnehmen“ (I1, Z. 529 f.). Somit befürchteten die Frauen, den wichtigen Bonding Moment nach der Geburt mit den Kindern nicht haben zu können. Dies beeinflusste den Blick auf die Geburt des Kindes negativ. Trotz der Gewissheit, dass das Kind die medizinische Versorgung benötigen wird, war schon vor der Geburt die Akzeptanz der vorübergehenden Abgabe des Neugeborenen eine Belastung für die Frauen.

Die Familie konnte diese belastenden Gedanken überwiegend nicht auffangen, da einige Mitglieder mit der getroffenen Entscheidung überfordert schienen. Dies war vor allem bei I1 der

Fall: „Also die Familie muss ich da leider wirklich außen vor lassen. Ich glaube, die waren komplett überfordert mit der Situation. [...] Die kamen jetzt mit der Behinderung nicht so zurecht“ (I1, Z. 650 ff.). Durch die eigene Überforderung mit der Situation stellte die Familie bei den meisten Interviewpartnerinnen keine Unterstützung, sondern eher eine Belastung dar. Die Sorge vor dem Unbekannten, vor der Behinderung des Kindes, schien größer als die Sorge um den aktuellen Zustand der schwangeren Frauen. Dies verdeutlicht, dass auch das soziale Umfeld Teil der Systemreferenz ist, die das kritische Lebensereignis belastet. Diese Belastung und daraus resultierende Überforderung ermöglichte größtenteils nicht, dass die Familie den Frauen unterstützend zur Seite stand. Auch das Mitleid des natürlichen Umfelds belastete die Interviewpartnerinnen: „[...] was mir immer nicht weiterhilft ist, wenn Leute mich bedauern wollen. Wenn denen Leid tut, dass mein Leben jetzt vielleicht in andere Bahnen gerät, als man das geplant hatte“ (I1, Z. 563 f.). Demnach stellt Mitleid eine weitere Belastung dar, die die interviewten Frauen in ihrem Bewältigungsprozess nicht positiv nutzen konnten.

Auch die Vielzahl an Untersuchungen stellte eine konstante Belastung für die Frauen dar. Dazu äußert sich I3: „Die ärztlichen Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen. Eine Zeit lang habe ich auch überlegt, ob ich das überhaupt noch machen soll“ (I3, Z. 403 f.). Wie schon in der Entscheidungszeit, bleiben die Untersuchungen belastend. Dafür sorgt vor allem die Sorge vor neuen Diagnosen des ungeborenen Kindes. So schien der gesamte Schwangerschaftsverlauf stetig durch die Sorge um das ungeborene Kind bestimmt zu sein, „[...] das war immer so dieser Fehlersuch Ultraschall. [...] Es war halt so, dass man sich nicht sicher sein konnte, ob da nicht wieder eine neue Diagnose zukommt“ (I4, Z. 309 ff.). Hier beschreibt I4 den defizitären, medizinischen Blick. Die Empfindung der Frauen war, dass primär nach weiteren Fehlern des Ungeborenen gesucht wurde. Daher sorgte auch der Mutterinstinkt, von I3, das Kind schützen zu wollen, zu der Überlegung keine Untersuchungen mehr durchführen zu lassen. Dazu kam die medizinische Transparenz, „diese Transparenz irgendwie. Dieses ständige Untersuchen. Das habe ich als belastend empfunden“ (I4, Z. 466 f.). Die Frauen hatten die Empfindung gläsern zu sein und als medizinisches Objekt und nicht vornehmlich als werdende Mutter behandelt zu werden. Den Frauen fehlte der Schutzraum, in dem sie ihr ungeborenes Kind ungestört wachsen lassen können ohne Beurteilung von außen.

5.7 Die Ressourcen nach der Entscheidung – das Erleben der Restschwangerschaft

Um die ebenfalls belastende Zeit der Restschwangerschaft bewältigen zu können, konnten die Frauen persönliche und soziale Hilfe sowie professionelle Unterstützung nutzen.

Auch nach der Entscheidung für das Kind stellte der Optimismus der Frauen eine bedeutende Ressource dar. „Vielleicht die Fähigkeit, positiv zu denken, dass es irgendwie schon funktionieren wird. Das hatte ich so im Kopf, dass egal wie, auch wenn ich noch nicht genau weiß wie, es gibt da immer eine Lösung und dass ich das irgendwie hinkriegen werde“ (I3, Z. 515 ff.). Diese Zuversicht bekräftigte die Interviewpartnerinnen in ihrer Entscheidung und sorgte dafür, dass sie glaubten, das zukünftige Leben, für das sie sich nun entschieden haben, bewältigen zu können. Der Glaube daran, dass „[...] wir das schon schaffen“ (I2, Z. 562) verdeutlicht die Selbstwirksamkeit der Frauen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, externe Hilfe mit einzubeziehen, wenn sie als notwendig erachtet wird, „[...] die Fähigkeit, dass ich mir Hilfe holen kann. Das kann ich schon“ (I3, Z. 520). Dies zeigt, dass die Frauen fähig sind, ihre Ressourcen einzuschätzen und bereit sind, diese unter Einbezug externer Hilfe zu erweitern. Auch nach der Entscheidung verhalf die Vernetzung I4 dazu, sich mit Frauen auszutauschen, die sich in einer ähnlichen Situation befunden haben: „Ich habe mit beiden dann über Facebook Kontakt aufgenommen und das war auch hilfreich Frauen zu finden, die in meinem Alter waren und sich auch für das Kind entschieden haben“ (I4, Z. 613 ff.). Die Vernetzung mit ebenfalls betroffenen Personen gab I4 Kraft und die Möglichkeit des Austausches von Ängsten und Sorgen, aber auch Unterstützung und Hilfestellungen. Auch die Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts (Kapitel 3.2.2) wurde von I1 als Bewältigungsstrategie verwendet: „Ich glaube auch, dass ich es geschafft habe für mich, viel zu weinen, das rauszulassen, um dann auch wieder meinem Umfeld gegenüber genug Stärke ausstrahlen zu können und zu sagen, mir geht’s gut. Alles gut“ (I1, Z. 624). In dem Fall ließ I1 die Trauer zu, um das Geschehene zu verarbeiten und ihrem Umfeld stark entgegenzutreten zu können.

Diese Stärke konnten die interviewten Frauen auch im kommunikativen Austausch (Kapitel 3.2.1) mit ihren Partnern zurückgewinnen. I4 beschreibt dies: „Einfach dadurch, dass er immer dabei war. Wir haben immer alles besprochen“ (I4, Z. 574). Wie im Entscheidungsprozess wurde auch in der Restschwangerschaft die gemeinsame Bewältigung des Ereignisses durch den kommunikativen Austausch ermöglicht. Auch die instrumentelle Unterstützung durch „[...]Begleitung zu Arztterminen [...]“ (I3, Z. 523 f.) und die Übernahme von „[...] Haushaltsdinge[n] [...]“ (I3, Z. 524) blieb ebenso hilfreich wie in der Entscheidungszeit. Scheinbar war die Partnerschaft eine beständige Ressource, die den gesamten Bewältigungsprozess begleitete und förderte. Dazu gehört ebenfalls der Optimismus der Partner, „[...] dass der einfach unermüdlich positiv war und immer wieder versucht hat, mir klar zu machen, dass alles in bester Ordnung ist, um mir auch eine relativ normale Schwangerschaft zu ermöglichen [...]“ (I5, Z. 536 ff.). Durch ihre beständige Hilfe und Unterstützung sowie die Zuver-

sicht, dass alles gut wird, blieb der Partner auch in der Restschwangerschaft die wichtigste Stütze für die interviewten Frauen.

Mit der unbekümmerten Freude auf das Geschwisterkind konnten die älteren Kinder die interviewten Frauen im Bewältigungsprozess unterstützen. „Das Freuen aufs Geschwisterchen“ (I1, Z. 645) und „dass die beiden einfach total fröhlich, unbekümmert und positiv sind“ (I2, Z. 576 f.) wurde von I1 und I2 im restlichen Verlauf der Schwangerschaft als Ressource wahrgenommen. Einerseits haben die älteren Kinder so für Ablenkung gesorgt, aber auch die Vorfreude der Mütter auf das Kind mit Down-Syndrom verstärkt. Außerdem führten die Kindsbewegungen des Ungeborenen für die Intensivierung der Mutter-Kind Bindung. Dies beschreibt I5: „So die Bewegung, dass ich einfach weiß, der ist da. Dass er mich dann auch immer wieder daran erinnert hat, da wächst was Wunderbares in mir. Das ist mein Kind. Das war ganz toll“ (I5, Z. 540 ff.). Durch die Kindsbewegungen konnte die Bindung gestärkt und der Schwangerschaft wieder mehr Normalität gegeben werden. Daher konnten sowohl die Beziehung zu den älteren Geschwistern als auch die zum ungeborenen Kind als Ressource im Bewältigungsprozess genutzt werden.

Die gleichbleibende Unterstützung des natürlichen Umfelds blieb in der Restschwangerschaft der kommunikative Austausch, „Zeit, Gespräche oder ein aufmunterndes Klopfen, Anwesenheit“ (I1, Z. 663 f.). Wichtig war dabei aber auch, dass die Frauen nicht anders behandelt wurden: „Das wurde dann so angenommen und man hat mich wie eine Schwangere, wie jede andere auch behandelt“ (I5, Z. 502 f.). So war es für die Frauen angenehm, wenn der Fokus nicht auf der Diagnose und den Folgen für den Alltag lag. I2 war ebenfalls positiv überrascht über den Zuspruch, des sozialen Umfeld bezüglich ihrer Entscheidung: „[...] das Kuriose ist auch, dass eigentlich sehr viele sehr positiv darauf reagiert haben, dass eigentlich keiner gesagt hat, ja wie und das macht ihr jetzt?“ (I2, Z. 509 ff.). Dies verdeutlicht, dass I2 mit einer anderen Reaktion des Umfelds gerechnet hat. Vermutlich erwartete sie eine Reaktion, die dem defizitären gesellschaftlichen Blick entsprechen würde. Umso positiver wurde deshalb die vorwurfsfreie Reaktion und Akzeptanz des natürlichen Umfelds wahrgenommen.

Unverändert blieb die Unterstützung der professionellen Hilfe. Die Hebamme hat auch in der Restschwangerschaft die medizinische Perspektive minimiert, „die war da einfach so der Gegenpol, das eine ist das Medizinische und das bist du, als Frau, als Mutter“ (I4, Z. 468 f.). Da in der Schwangerschaft die ärztliche Überwachung überwog, konnte die Hebamme eine andere Perspektive aufzeigen. So hatte I4 das Gefühl, nicht mehr nur als medizinisches Objekt, sondern als schwangere Frau betrachtet zu werden. Positiv war auch in der Restschwanger-

schaft die Stärkung der Bindung zum ungeborenen Kind durch den visuellen Kontakt bei den Ultraschalluntersuchungen, „durch diese Untersuchungen, die da dauernd stattgefunden haben, habe ich die ja ständig gesehen, die Händchen, die Füßchen. [...] Ja, da ist also schon so gesehen durch diese Untersuchungen sehr viel Kontakt entstanden“ (I4, Z. 601 ff.). Diese Visualisierung des Kindes kann die interviewten Frauen in ihrer Entscheidung für das Kind gestärkt haben.

5.8 Die Belastungen nach der Geburt

Mit der Geburt der Kinder mit Down-Syndrom begann für die Interviewpartnerinnen der Eintritt in ein neues Leben. Die Geburt, aber auch das spätere Leben mit dem neugeborenen Kind führte zu neuen Belastungen.

Auf persönlicher Ebene gab I1 lediglich eine Belastung an. Sie hat sich auch nach der Geburt zurückgezogen und die Tochter „[...] so ein bisschen versteckt“ (I1, Z. 957). Versteckt hat sie ihr Kind vor den Blicken in den Kinderwagen, die wissen wollten „wie sieht denn das behinderte Kind jetzt aus?“ (I1, Z. 958 f.). Mit dem Rückzug in das eigene Haus wird deutlich, dass I1 noch nicht dazu bereit war, ihr Kind der Öffentlichkeit zu präsentieren. Die Sorge vor den Reaktionen der Leute bestimmte die erste Zeit nach der Geburt des Kindes mit Down-Syndrom.

Auch auf partnerschaftlicher Ebene haben sich belastende Veränderungen ergeben, die allerdings nicht nur im Zusammenhang mit der Behinderung des Kindes stehen. I4 beschreibt die Situation: „Ja, also das Übliche halt. Mit jedem Familienmitglied, das neu hinzukommt, verändert sich die Familiensituation per se und auch die Partnerschaft. [...] Also man ist halt Partner und man funktioniert auf der Elternebene oder spricht sich da ab, aber Liebespaar ist man da überhaupt nicht“ (I4, Z. 704 ff.). Neben der Umstellung, dass ein Kind mit Down-Syndrom Teil der Familie wird, verändert sich auch die Partnerschaft nach der Geburt des Kindes. Möglicherweise ist die Veränderung größer als sie bei regelentwickelten Kindern ist, weil die Eltern zusätzliche Aufgaben haben. Dazu können die medizinische Betreuung und die Wahrnehmung vielzähliger Therapietermine gehören. Daher ist es möglich, dass die Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehung stärker ist und somit belastender. Außerdem kam es bei I3 zu Konflikten aufgrund verschiedener Einstellungen zum Umgang mit dem Kind mit Down-Syndrom: „Da gibt es schon den Konflikt. Die haben dann damit zu tun, dass er nicht versteht, wie ich Dinge sehe und umgekehrt. Dass wir da vielleicht auch einfach anders das Ganze verarbeiten, was den jüngeren Sohn betrifft. Das könnte ich mir vorstellen, dass das eine Rolle spielt“ (I3, Z. 682 ff.). Hierbei wird erneut deutlich, dass auch für den

Partner die Diagnose ein kritisches Lebensereignis darstellte, welches dieser ebenso verarbeiten und bewältigen muss. Da der Umgang mit Belastungen und die Geschwindigkeit der Verarbeitung unterschiedlich sind, kann es auf dieser Ebene zu Unverständnis und Konflikten kommen.

In der Beziehung zum neugeborenen Kind ergab sich bei allen Interviewpartnerinnen zunächst die Belastung, dass das Neugeborene direkt nach der Geburt in medizinische Behandlung gekommen ist. Daher mussten die Mütter ihre Kinder direkt nach der Geburt abgeben oder haben es nicht ‚richtig‘ willkommen heißen können. I5 beschreibt diesen Moment nach der Geburt ihres Sohnes: „Dann sind sie nur so gekommen, an mir vorbei gelaufen und das war es. Und das war für mich ganz, ganz fürchterlich, weil ich ihn ja bei mir haben wollte. [...] Dann ist er auf die Intensivstation gekommen, in den Brutkasten“ (I5, Z. 604 ff.). Die Befürchtung der interviewten Frauen in der Restschwangerschaft, dass sie das neugeborene Kind direkt der ärztlichen Behandlung überlassen müssen, hat sich bewahrheitet und so bei den Frauen zu einer großen Belastung geführt. Demnach war manchen Interviewpartnerinnen der intimste Moment zwischen Mutter und Kind direkt nach der Geburt verwehrt. Da die neugeborenen Kinder von I1, I3 und I4 über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus waren und auch I2 mit ihrer Tochter nochmals ins Krankenhaus musste, waren die Mütter von ihren älteren Kindern lange Zeit getrennt. „Wir waren ja über zwei Wochen in der Klinik. Das fand ich schon belastend. Und auch von dem älteren Sohn so weit weg zu sein“ (I4, Z. 668 ff.). In dieser Zeit konnten die Frauen daher nicht bei ihren älteren Kindern sein, wodurch die Sorge aufkam, diesen nicht gerecht werden zu können. Aber auch im gemeinsamen Alltag nach den Krankenhausaufenthalten war es belastend für die Mütter, dass es zu Benachteiligungen der älteren Kinder kam. I1 sagt dazu: „Man wusste ja gar nicht, wem man jetzt gerecht werden sollte. Für wen man jetzt da ist. [...] Also bis heute stecken die glaube ich unheimlich viel zurück. (I1, Z. 907 ff.). Demnach bewahrheiten sich auch die Befürchtungen, die in der Entscheidungsfindung aufkamen, die älteren Kinder zu benachteiligen. So haben sowohl I1 als auch I2 und I4 Eifersucht und Aufmerksamkeitssuche ihrer älteren Kinder bemerkt: „[...] die mittlere Tochter hat in der Zeit viel nur Junk Food und Schokolade gegessen [...]. Danach hat sie das Essen komplett eingestellt. Also ich bin mit ihr heute in einer Verhaltenstherapie. Ich bin nicht ganz sicher, ob ich das wirklich muss. Aber der mittleren Tochter gibt es auf jeden Fall das Gefühl, dass sie wieder mehr gehört wird. Den Warnschuss habe ich schon verstanden“ (I1, Z. 924 ff.). Dies zeigt ganz deutlich die belastende Aufgabe, denen die interviewten Frauen gerecht werden sollen. Neben der eigenen Bewältigung mussten die Mütter auch den Kindern genug Raum und Unterstützung anbieten, die Situation zu verarbeiten.

Die Belastung, die es innerhalb des natürlichen Umfelds nach der Geburt gab, war der Zeitmangel, der mit Vorwürfen des Umfelds einherging, wie I2 darstellt: „[...] da ging zwischendurch auch einfach gar nichts mehr. Und manche haben dann auch gesagt, „wir haben euch gar nicht mehr gesehen“ und ich so, ja, dann überlege mal wie es hätte gehen sollen“ (I2, Z. 765 f.). Da das neue Kind in der Familie zusammen mit den älteren Kindern einen größeren zeitlichen Aufwand darstellte, verfügten die interviewten Frauen nach der Geburt über weniger Zeit. Fraglich ist, ob das Down-Syndrom des jüngsten Kindes ausschlaggebend war oder die Tatsache, dass ein neues Familienmitglied in der Familie ist, was automatisch mehr Zeit in Anspruch nimmt. In jedem Fall kann der Druck des natürlichen Umfelds, zu wenig Zeit zu haben, eine Belastung darstellen. Lediglich I1 und I5 spürten Zurückhaltung von manchen Menschen ihres natürlichen Umfelds im Kontakt mit dem Kind mit Down-Syndrom, „Die hatten auch Berührungsängste. [...] Ja, die waren natürlich alle ein bisschen bedrückt und verhalten“ (I1, Z. 953 f.). Die Frauen mussten somit Ablehnung und Zurückhaltung ihrem Kind gegenüber wahrnehmen. Es ist möglich, dass dadurch generell die Sorge vergrößert wurde, dass das Umfeld insgesamt ablehnend sein wird. Dafür ist es wichtig, dass die interviewten Frauen auch Zuspruch von anderen Seiten ihres Umfelds entgegengebracht bekommen haben.

Auch die Helfersysteme haben zu Belastungen der Frauen nach der Geburt beigetragen. Die Hilfen, die den Familien zur Verfügung standen, richteten sich auf das Kind mit Down-Syndrom. Dabei bemängelt I1, dass nicht die gesamte Familie Teil der professionellen Hilfe ist, „alle Hilfen richten sich jetzt auf das behinderte Kind. Da wird man aufgefangen, da wird man unterstützt [...]. Aber der Rest der Familie ist zu sehr außen vor“ (I1, Z. 933 ff.). I1 bedauert, dass keine Unterstützung für die Betreuung der Kinder vorgesehen war. Sie hat keine Hilfe erhalten, die die älteren Kinder aus dem Alltag herausholt und zeitweise beaufsichtigt. I3 dagegen empfand die Vielzahl an Hilfe als erdrückend. Trotz der grundsätzlichen Positivität der Hilfsangebote, sagt sie: „[...] am Anfang war es mir auch zu viel, wo fast täglich jemand hier in der Wohnung war und irgendwas mit uns besprechen wollte oder uns irgendwas zeigen wollte. Ich wollte erstmal ein bisschen Ruhe haben“ (I3, Z. 594 ff.). Somit war die Vielzahl an professioneller Unterstützung belastend. Dadurch gab es keine Möglichkeit zur Ruhe zu kommen und mit dem neugeborenen Kind im gemeinsamen Leben anzukommen. Außerdem war für die meisten Interviewpartnerinnen „[...] alles, was mit der Bürokratie zu tun hat, [...] belastend“ (I4, Z. 754 f.). Durch die Behinderung des Kindes, müssen sich die Frauen mit mehr bürokratischen Angelegenheiten auseinandersetzen, als bei einem regelentwickelten Kind. Dies stellt einen zusätzlichen Faktor dar, der Zeit kostet. So blieben nach der

Geburt manche Belastungen der Schwangerschaft bestehen und neue Belastungen kamen hinzu.

5.9 Die Ressourcen nach der Geburt

Auch in dieser belastenden Zeit konnten die Frauen Ressourcen nutzen, die zur Bewältigung der belastenden Zeit nach der Geburt sowie des gesamten kritischen Lebensereignisses beitragen konnten.

Eine direkte Bewältigung der Belastung, das neugeborene Kind nach der Geburt nicht sehen zu können, beschreibt I5: „Und das ist glaube ich, wirklich als Mama. Was kann man plötzlich für Kräfte und Möglichkeiten mobilisieren, um dann sein Kind zu sehen“ (I5, Z. 634 ff.). Damit wird das persönliche Wachstum deutlich, das I5 half, ihr Kind trotz der Schwierigkeiten auf professioneller Seite zu sehen. So konnte die Belastung durch die Fähigkeit der Interviewpartnerin direkt überwunden werden. Die positive Grundstimmung und der Optimismus halfen den Interviewpartnerinnen zudem die Belastungen nach der Geburt bewältigen zu können. Wie in der Schwangerschaft verhalf die „absolute Zuversicht“ (I1, Z. 1015), den Frauen, das Leben mit Kind mit Down-Syndrom zu meistern. Außerdem konnten die Frauen ihre Durchsetzungsfähigkeit nutzen. „[...] ich habe da schon sehr stark für alles gekämpft würde ich sagen“ (I5, Z. 767). Diese Fähigkeit haben die Frauen schon mit ihrer Entscheidung für das Leben des Kindes mit Down-Syndrom unter Beweis gestellt, da sie sich gegen die vorherrschende Meinung der Gesellschaft durchgesetzt haben. Auch im Alltag mit dem Kind hilft diese Ressource den Frauen für ihre Kinder, für ihre Entscheidung, einzustehen. Ihre Anpassungsfähigkeit stellen die Frauen außerdem unter Beweis, indem bei ihnen eine Prioritätenveränderung zu bemerken ist. Direkt im Alltag mit den Kindern stellt I2 eine Veränderung fest: „[...] aber du musst irgendwann auch einfach Prioritäten setzen und dann ist ein aufgeräumtes Büro nicht mehr Priorität eins, sondern dann ist Priorität eins, dass erstmal alle Kinder versorgt sind und dass man mit denen auch Zeit verbringt“ (I2, Z. 806 ff.). So hat bei den Frauen eine Akkommodation (Kapitel 3.2.2) stattgefunden. Bei I2 bedeutet dies, dass sie das Ziel der Sauberkeit im Haushalt durch ein neues, wichtigeres Ziel, der Versorgung der Kinder ersetzt hat. Beide Ziele können schon zuvor vorhanden gewesen sein, haben aber jetzt eine andere Gewichtung. Eine weitere Ressource, die die Bewältigung des Alltags und damit auch die Verarbeitung des kritischen Lebensereignisses erleichtert, ist die Geduld. „Ja, Geduld ist so eine Stärke, die ich habe. Also darin kann ich mich ganz gut üben, in Geduld mit dem jüngeren Sohn“ (I3, Z. 718 f.). Dies ist im Hinblick auf die Entwicklungsverzögerung bei Kin-

dern mit Down-Syndrom (Kapitel 2.1.3) sehr wichtig, um einen angemessenen Umgang mit dem neugeborenen Kind zu gewährleisten.

Die Hilfe durch den Partner ist auch nach der Geburt unverändert. Durch instrumentelle Unterstützung im Alltag, „ich würde sagen, dass mein Partner mir, gerade in der Zeit, [...] einfach bei allem den Rücken frei gehalten [hat]“ (I5, Z. 785) und einen stetigen kommunikativen Austausch, „[...] reden auf jeden Fall“ (I3, Z. 738) bleibt der Partner im Bewältigungsprozess eine wichtige Stütze.

Die Reaktionen der älteren Geschwister auf das neue Familienmitglied konnten die Frauen bei der Bewältigung des Ereignisses auch nach der Geburt unterstützen. „Die kamen da rein und sagten so nach dem Motto, „hey, wir wollen jetzt mal unsere Schwester sehen, wo ist die denn?“. [...] Also ich glaube, das war echt das schönste in der Zeit, dass sie so offen und direkt waren“ (I2, Z. 713 ff.). Durch die Offenheit der älteren Kinder konnten die Befürchtungen, die die Frauen in der Schwangerschaft dahingehend hatten, minimiert werden. Die Frauen erkennen durch die Leichtigkeit der Kinder, dass die Sorge um die Akzeptanz des neuen Familienmitglieds nicht mehr notwendig ist. Aber auch die Anwesenheit und Eigenschaften der neugeborenen Kinder erleichterten den interviewten Frauen die Diagnose zu bewältigen. Durch die Anwesenheit des Kindes konnten die Frauen eine enge Bindung zu ihrem Kind aufbauen, die die Zukunftsängste in den Hintergrund rücken lassen, „dann als so Sachen wie Blickkontakt und lächeln, so die Kommunikation anfang. Das hat natürlich auch nochmal unsere Beziehung gestärkt“ (I5, Z. 803 f.). Aber auch die Eigenschaften des Kindes erleichterten den Frauen den Alltag, „dadurch, dass die jüngere Tochter so ein emotional klarer Mensch ist. Man erkennt bei ihr einfach, was abläuft, wie sie emotional drauf ist. Da muss man nichts rum spekulieren oder interpretieren“ (I4, Z. 808 ff.). Durch diese Erfahrung war es den interviewten Frauen möglich die Belastung, das Kind nicht annehmen und lieben zu können, zu bewältigen.

Schon in der Restschwangerschaft war die Akzeptanz der Entscheidung vom natürlichen Umfeld überwiegend groß. Dies konnten die Frauen auch nach der Geburt feststellen: „[...] ich hatte nicht das Gefühl, dass irgendeiner meinen Sohn abgelehnt hat. Also es war so, unser Kind ist jetzt da, das wurde gefeiert in unserer Familie, so wie bei jedem anderen auch und so sollte das auch sein“ (I5, Z. 817 ff.). Durch die Normalität, in der das Kind empfangen wurde, wurde die Dramatik der Diagnose minimiert und das Kind als neues Mitglied der Gesellschaft akzeptiert ohne die Behinderung in den Vordergrund zu stellen. Die sozialen Ressourcen des kommunikativen Austauschs, „[...] dass [...] ich jederzeit mit denen reden kann“ (I3, Z. 766

f.), und der instrumentellen Unterstützung, indem „[...] sie dann auf die ältere Tochter anpassen“ (I3, Z. 770 f.) blieben auch nach der Geburt bestehen, sodass diese als konstante Bewältigungsstrategien von den interviewten Frauen genutzt werden konnten.

Die Hilfe, die I1 nach der Geburt von professioneller Seite in der Familie fehlte, erhielt I2 in dieser Zeit. Diese instrumentelle Hilfe der Frühen Hilfe stellt I2 dar: „also die waren dann vier Stunden in der Woche da und da konnte ich dann immer sagen, was die machen sollten“ (I2, Z. 791 f.). Durch die Unterstützung im Familienalltag konnte I2 die etwaige Sorge um die Benachteiligung der älteren Kinder verkleinern. Auch der Erfahrungsaustausch in der Selbsthilfegruppe stellte für einige Interviewpartnerinnen eine Entlastung dar, „[...] weil man eben viele Tipps bekommt“ (I2, Z. 911). So konnten die interviewten Frauen von den Erfahrungen anderer Betroffener profitieren und Probleme und Sorgen teilen, wodurch diese gegebenenfalls normalisiert wurden. Bei dem großen Ausmaß an bürokratischen Angelegenheiten, mit denen sich die Interviewpartnerinnen befassen mussten, waren die Selbsthilfegruppen ebenfalls unterstützend. Diese bürokratische Unterstützung erhielt I3 zudem von einer Sozialpädagogin, „[...] die [sie] entlaste[t], indem sie sich um sowas kümmert“ (I3, Z. 777). In diesem Fall handelte es sich um die Unterstützung bei der Beantragung einer Familienreha. Da die Förderung bei Kindern mit Down-Syndrom eine bedeutsame Rolle (Kapitel 2.1.3) spielt, konnten die Eltern auch dahingehend Unterstützung erleben. Die Wichtigkeit der Förderung ihres Kindes beschreibt I4: „wir wussten nicht, wann wird die jüngere Tochter sprechen, wann wird sie laufen, wann wird sie essen [...]. Wir wussten nichts. Aber wir wussten, wir würden alles tun, um sie zu fördern und alles andere müssen wir auf uns zukommen lassen“ (I4, Z. 590 ff.). Um diesem Anspruch an sich selbst gerecht werden zu können, bedarf es Unterstützung durch professionelle Hilfe. Vor allem die Physiotherapie wurde als Bereicherung angesehen: „Ich muss sagen, ich hatte auch eine ganz, ganz große Stütze in der Krankengymnastik Praxis gefunden, wo ich war. [...] Und das war für mich immer dieses ankommen. Und wenn die mir sagen, „mit der jüngsten Tochter ist alles super“, dann war für mich alles super und wenn die sagen, „oh, da müssen wir aber mal was machen“, dann gingen die Alarmglocken an“ (I1, Z. 1131 ff.). Somit konnte sie nicht nur zur motorischen Entwicklung des Kindes mit Down-Syndrom beitragen, sondern auch den Blick der Eltern im Hinblick auf die Bedürfnisse und Entwicklung des Kindes schulen.

Demnach trugen die personalen und sozialen Ressourcen ebenso wie die Unterstützung durch professionelle Hilfe dazu bei, dass die Belastungen, die nach der Geburt auftraten größtenteils

beseitigt werden konnten. Diese Entwicklung nach dem Eintritt des kritischen Lebensereignisses sorgte dafür, dass die Frauen eine positive Bilanz für die Gegenwart ziehen konnten.

5.10 Gegenwart und Zukunft

Die Einschätzung der Gegenwart und Zukunft zeigen, welche Auswirkungen und Veränderungen die Diagnose rückblickend bei den interviewten Frauen ausgelöst haben. Es wird deutlich, dass die Frauen die Krise eher als Beginn einer positiven Weiterentwicklung einordnen. So kann die Diagnose als kritisches Lebensereignis eher aus entwicklungstheoretischer Perspektive betrachtet werden (Kapitel 3.1.2). Ein Beispiel für die positive Weiterentwicklung nennt I5: „Auch dieser Quatsch, ich gehe erstmal vom worst case aus, weil ich dann hinterher nicht so enttäuscht bin. So habe ich wirklich gelebt und das tue ich jetzt nicht mehr“ (I5, Z. 906 ff.). In dem Fall hat die Diagnose letztlich dazu geführt, dass I5 ihre Einstellung zum Leben und den Umgang mit kritischen Situationen verändert hat. Auch das Bewusstsein der Selbstwirksamkeit wurde durch die Erfahrung der Bewältigung der Diagnose gestärkt: „Es war ja schon eine schwierige Lebenssituationen, aus der ich dachte, „da komme ich nicht mehr raus. Das ist eine Sackgasse“. Und dann die Erfahrung zu machen, dass es doch irgendwie weiter geht, auch wenn es erstmal gar nicht danach aussieht. Das war schon die schlimmste Zeit in meinem Leben bisher und die schwierigste Entscheidung, die ich treffen musste. Aber letztendlich ist alles positiv geworden“ (I3, Z. 799 ff.). So führt die Bewältigung des Ereignisses dazu, dass die interviewten Frauen gestärkt in die Zukunft blicken und glauben zukünftigen kritischen Situationen mit den gewonnenen Erfahrungen gewachsen zu sein und auch diese für sie erfolgreich bewältigen zu können.

Dies wird durch die Erkenntnis bestärkt, dass die Bewältigungskompetenzen und die Fähigkeiten im Allgemeinen durch die Verarbeitung der Diagnose erweitert wurden. Dazu gehört „[...] so eine gewisse Gelassenheit“ (I4, Z. 937). Durch das Erleben des Kindes im Alltag wird den Frauen deutlich, dass das Kind mit Down-Syndrom längere Zeit benötigt, um sich zu entwickeln. Dadurch lernen sie, gelassener zu sein und sich selbst, aber vor allem das Kind nicht unter Druck zu setzen. Diese neugewonnene Ressource könnte bei zukünftigen Ereignissen hilfreich sein. Außerdem schätzen die interviewten Frauen das Leben mehr wert. I1 sagt dazu: „[...] dass ich versuche, das alles ein bisschen bewusster zu nehmen. Den Luxus, den ich überhaupt habe, dieses Kind großwachsen sehen zu dürfen. Die Zeit, die ich habe mit ihr zusammen, was ein riesen Geschenk ist“ (I1, Z. 1189 ff.). Durch das bewusstere Wahrnehmen des Lebens und die positive Einschätzung der Lebensentwicklung werden die Frauen in ihrer positiven Grundstimmung gefestigt. Die Frauen scheinen zufrieden zu sein mit der

Entscheidung, die sie getroffen haben, wodurch sie ihre Entscheidungskompetenzen mehr anerkennen. Eine weitere Kompetenz, die die Interviewpartnerinnen entwickelt haben ist, im hier und jetzt zu leben, „das ist auch so ein Punkt, dass ich mir denke, immer dieses in die Zukunft sehen, bringt auch viele Ängste mit sich. Wir sind ja jetzt im hier und jetzt und ich habe da eh keinen Einfluss drauf. Wir können unser Bestes geben“ (I5, Z. 932 ff.). Dies kann als Vermeidungsstrategie bewertet werden. Dadurch, dass die Frauen nicht zu weit in die Zukunft blicken, können sich diesbezüglich noch keine Belastungen ergeben. Als positive Auswirkungen benannten I1 und I2 auch mögliche Veränderungen der Eigenschaften der älteren Geschwister. Das Zusammenleben mit einem Geschwisterkind mit einer Behinderung kann zu einer erhöhten Toleranz gegenüber Menschen, die in irgendeiner Form anders sind als andere, führen. „Vielleicht lernen sie auch ein bisschen mehr, Rücksicht zu nehmen. [...] also das sind eher, für uns zumindest, positive Sachen. Weil vielleicht das Sozialverhalten noch gestärkter wird, weil noch klarer wird, dass jeder irgendeine Schwäche hat und wie egal das eigentlich ist, was man vorher denkt, aber jetzt anders fühlt“ (I1, Z. 1154 ff.). Diese veränderte Sichtweise auf die Mitmenschen in der Gesellschaft ergibt sich für die ganze Familie und führt damit vermutlich bei allen zu einem offeneren Umgang in den verschiedenen Bereichen.

Als zukünftig größte Herausforderung schätzen die Interviewpartnerinnen den defizitären gesellschaftlichen Blick ein. „Also für mich belastend [...] ist die Angst, wie begegnet die Gesellschaft meinem Kind. [...] Es ist so immer dieses große blablabla um Inklusion. Aber wie viele Menschen haben wirklich Vorurteile oder Berührungsängste und wissen nicht damit umzugehen oder denken, es wäre ein gesonderter Mensch. [...] Das wichtigste ist für mich, dass mein Kind glücklich ist und so selbstständig wie möglich“ (I5, Z. 297 ff.). Da die Interviewpartnerinnen während der gesamten Zeit nach der Diagnose den gesellschaftlichen Blick als Belastung erlebt haben, ist auch die Sorge vor den Auswirkungen der Vorurteile und Berührungsängste der Menschen groß. Dennoch blicken die Interviewpartnerinnen überwiegend positiv in die Zukunft und nehmen die Entwicklung des Kindes in den Fokus. „Jetzt kommen halt die nächsten Schritte. Müssen wir mal gucken, dass sie dann mal ans Sprechen kommt. Auf der anderen Seite ist das so, jedes Kind mit Down-Syndrom hat irgendwann sprechen gelernt, glaube ich. [...] Dann kommen natürlich irgendwann auch die Themen mit Einschulung und so die Frage, welche Schule. Regelschule oder doch lieber Förderschule? Das sind so die Dinge, mit denen werden wir uns in naher Zukunft beschäftigen“ (I4, Z. 952 ff.). Demnach scheinen die Anforderungen an die interviewten Frauen ähnlich wie die der Mütter, die regelentwickelte Kinder haben. Der größte Unterschied ist, dass die nächsten Schritte auf-

grund der Entwicklungsverzögerung der Kinder geduldiger erwartet und oftmals intensiver gefördert werden.

Da die Einschätzung über den Erfolg einer Bewältigung nicht objektiv zu beurteilen ist, sondern die subjektive Bewertung ausschlaggebend ist (Kapitel 3.2), muss die persönliche Einschätzung der interviewten Frauen betrachtet werden. Alle fünf Interviewpartnerinnen gaben an, dass sie glauben, zukünftige Herausforderungen bewältigen zu können. I3 verdeutlicht dies: „[...] da bin ich mir ganz sicher. Das habe ich dann doch auch gelernt, was auch auf uns zukommt, irgendwie gibt es eine Lösung und wenn nicht, dann jemanden, der uns hilft. Also auf jeden Fall geht es weiter“ (I3, Z. 841 ff.). Dieser Optimismus kann ein Indiz dafür sein, dass die Frauen die Diagnose als bewältigt erachten und sich daher in der Lage sehen, auch zukünftige Krisen bewältigen zu können. Ein weiteres Anzeichen dafür, ist die Bereitschaft, ein Interview zu führen. Wären die Belastungen des Lebens mit ihrem Kind mit Down-Syndrom zu stark gewesen, wäre vermutlich einerseits nicht ausreichend Zeit, aber andererseits auch die Bereitschaft, das Interview zu führen, nicht vorhanden gewesen.

Abschließend verdeutlicht I5 ihre Einschätzung zu dem Leben mit einem Kind mit Down-Syndrom: „Ich bin fest davon überzeugt, das einzige was mich, was unsere Familie anders macht als andere Familien, die kein Kind mit Trisomie 21 haben, ist, dass man für seine Besonderheit einen Namen gefunden hat und, dass man mehr Therapien hat, weil man ihm natürlich was Gutes tun möchte [...]“ (I5, Z. 955 ff.).

6. Fazit und Ausblick

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Frage, welche Bewältigungsstrategien die Frauen, die in der Schwangerschaft die Diagnose Down-Syndrom bekommen haben und sich für die Austragung ihres Kindes entschieden haben, zur Bewältigung des Ereignisses nutzen konnten, wie folgt klären.

Auf theoretischer Grundlage konnte das Down-Syndrom sowie die Rolle der Pränataldiagnostik im Diagnoseprozess herausgearbeitet werden. Daraufhin konnten die Merkmale kritischer Lebensereignisse dargestellt und die damit einhergehenden Belastungen hervorgehoben werden, um anschließend mögliche Bewältigungsstrategien darzulegen. Demnach ist die Diagnose Down-Syndrom in der Schwangerschaft aufgrund der mangelnden Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit sowie des Verlustes der Handlungsfähigkeit der Betroffenen als kritisches Lebensereignis einzuordnen.

Durch die Verwendung der qualitativen Sozialforschung war es möglich, die individuellen Sichtweisen zur Diagnose Down-Syndrom, die daraus resultierenden Belastungen und zur Bewältigung verwendeten Strategien der befragten Frauen herauszustellen. Die strukturierte Form des biografischen Interviews war geeignet, um die subjektiven Empfindungen der Interviewpartnerinnen zu erhalten und ausreichend Raum zur freien Erzählung der individuellen Biografien zu gewährleisten. Aufgrund der Strukturierung des Interviews konnten die verschiedenen Prozesse der Bewältigung von der Diagnose bis zur Gegenwart in den Blick genommen und eine Vergleichbarkeit hergestellt werden.

Sowohl in der Theorie als auch in der Forschung wird die belastende Funktion der Pränataldiagnostik deutlich. Dadurch, dass aus diesen Untersuchungen die Feststellung der Diagnose folgt, ist die Wahrnehmung der pränatalen Diagnostik negativ. Auch der bestehende defizitäre Blick auf das ungeborene Kind mit Down-Syndrom führte bei den Interviewpartnerinnen zu einer dauerhaften Belastung während der Schwangerschaft. Die pränatale Diagnostik kann als Spiegelbild der Gesellschaft angesehen werden, indem sie die Angst vor der Andersartigkeit ausdrückt und die Möglichkeit der Eliminierung dieser anbietet. Diese Perspektive stellte die befragten Frauen vor die Herausforderung das daraus resultierende ethische Dilemma zu lösen.

In der Entscheidungszeit, der Restschwangerschaft sowie der Zeit nach der Geburt hat eine Veränderung der Belastungen stattgefunden, wobei die Bewältigungsstrategien überwiegend beständig blieben. Die Belastungen waren im Entscheidungsprozess am größten. Das Vorhandensein der älteren Kinder erschwerte die Entscheidung, da die befragten Frauen die Auswirkungen dieser auf die Geschwisterkinder berücksichtigen mussten. Die Familie stellte in der Zeit keine Ressource dar, da deren Reaktionen eher dem defizitären gesellschaftlichen Blick entsprachen. Auch die hohe Abtreibungsquote verunsicherte die Interviewpartnerinnen in ihrem Entscheidungsprozess in großem Maße. Die Belastungen der Restschwangerschaft waren geprägt durch die Ungewissheit vor dem Ausmaß der Behinderung des Kindes. Nach der Geburt war hauptsächlich der Zeitmangel der Faktor, der belastend war.

Auffällig war, dass der Partner die wichtigste soziale Unterstützung im gesamten Bewältigungsprozess darstellte. Wie bereits in der Theorie deutlich wurde, ist der Partner der erste Ansprechpartner nach dem Aufkommen kritischer Ereignisse. Bei der Diagnose Down-Syndrom kommt die direkte Betroffenheit des Partners hinzu, was eine dyadische Bewältigung noch bedeutsamer macht. Auch das Vorhandensein der älteren Kinder konnte als Ressource genutzt werden, indem durch sie eine gewisse Normalität aufrecht erhalten werden

konnte und deren bedingungslose Liebe den Zukunftsoptimismus der befragten Frauen stärkte. Besonders wichtig erscheint auch die Entscheidung, die vor der Diagnose stattgefunden hat. Dadurch konnte der Schock der Diagnose nicht verhindert werden, aber die Entscheidungszeit wurde verkürzt, sodass die Interviewpartnerinnen ihre Handlungsfähigkeit schneller wieder erlangten. Obwohl das soziale Umfeld bei den meisten Frauen nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen wurde, stellte es in der Restschwangerschaft und nach der Geburt eine emotionale sowie instrumentelle Unterstützung dar. Darüber hinaus waren sowohl die Hebamme als auch die psychosozialen Beratungsstellen eine Unterstützung für die interviewten Frauen, die zur Bewältigung beitrug. Zu bemerken ist außerdem, dass vier der fünf Interviewpartnerinnen einen sozialen Beruf erlernt und ausgeübt haben. Dies konnte einerseits dazu führen, dass sie schon vor der Diagnose mit Menschen mit Down-Syndrom in Kontakt getreten sind, und andererseits dazu, dass sie über mögliche Hilfesysteme und die Kompetenz der Vernetzung verfügten.

Darüber hinaus haben die Interviewpartnerinnen folgende Bewältigungsstrategien verwendet. In einem assimilativen Prozess konnten die Frauen ihr Ziel, eine glückliche Zukunft mit der Familie, durch die Erweiterung ihrer Kompetenzen sowie den Einbezug externer Hilfen erreichen. Dazu gehörten unter anderem die Durchsetzungsfähigkeit, die einige Interviewpartnerinnen dazu gewonnen haben, sowie der Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen. Zudem hat eine *Akkommodation* stattgefunden. Dazu gehörte, dass das ursprüngliche Ziel, ein regelentwickeltes Kind zu bekommen, durch das neue Ziel, ein glückliches Kind großziehen zu können, ersetzt wurde. So fand eine Relativierung des ursprünglichen Ziels statt, indem die neue Situation positiv bewertet und das Kind als Bereicherung und Geschenk angesehen wurde. Das emotionale Gleichgewicht konnte durch das Zulassen des Schmerzes sowie den offenen Umgang mit der Diagnose im Sinne der *emotionszentrierten Bewältigung* wieder hergestellt werden. Die individuelle Einschätzung ihrer Situation verdeutlicht, dass die interviewten Frauen durch die Verwendung der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien ihr kritisches Lebensereignis bewältigt zu haben scheinen.

Lediglich der defizitäre gesellschaftliche Blick wird als zukünftige Herausforderung wahrgenommen. Daher sollte dieser Blick durch die Aufklärung der Gesellschaft über das Down-Syndrom und dessen Auswirkungen, aber auch Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten verändert werden. Da die Soziale Arbeit Teil der psychosozialen Beratung ist, kann auch diese zur Aufklärung beitragen. Dabei sollte vor allem das Prinzip der Ergebnisoffenheit gewahrt werden, um eine zusätzliche Beeinflussung der Frauen, die eine Beratungsstelle aufsuchen, zu

verhindern. Die ressourcenorientierte Arbeit scheint für die Bewältigung dieses Prozesses geeignet zu sein, da diese direkt zur Erweiterung der Bewältigungsstrategien beiträgt. Des Weiteren sollten die familiären Unterstützungsangebote nach der Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom erweitert werden. Dazu können sowohl die Hilfe im Alltag als auch die Informationsweitergabe über Möglichkeiten der Förderung gehören. Letztlich sollte die professionelle Hilfe im sozialen Kontext präsenter werden, um Frauen, die ebenfalls die Diagnose Down-Syndrom bei ihrem Kind erhalten, die Zukunftssorgen weitestgehend zu nehmen sowie dazu verhelfen, dass auch die Entscheidung für das Kind mit Down-Syndrom eine Option darstellen kann, die herausfordernd, aber auch zu bewältigen ist.

Da die vorliegende Arbeit sich in einem eingeschränkten Umfang mit der Thematik befassen konnte, erscheint es lohnenswert, in dem Bereich weiter zu forschen, um einen umfassenderen Blick zu erlangen. Die Bedeutsamkeit der Partner in dem Bewältigungsprozess ist ausgeprägt, weshalb auch eine Studie, die den Partner mit seinen Belastungen und Bewältigungsstrategien betrachtet, denkbar wäre. Unter der Berücksichtigung der Systemreferenz der Diagnose als kritisches Lebensereignis, erscheint der Einbezug beider Elternteile wichtig.

Zum Abschluss lässt sich mit den Worten einer Interviewpartnerin sagen, „manchmal begegnet man dem Glück auf Wegen, die man nicht vorhatte zu gehen“ (II, Z. 1232).

Inhaltsverzeichnis

Achtelik, K. (2015). *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung* (1., Aufl.). Berlin: Verbrecher.

Antor, G. (2006). Menschenrechte. In: G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarb. & erw. Aufl.). (S. 343-347). Stuttgart: Kohlhammer.

Baldus, M. (2006). Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom. Kempten: Klinkhardt.

Bijma, H. H., Van der Heide, A. & Wildschut, H. I. J. (2008). *Decision-Making after Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormality*. In: *Reproductive Health Matters*, Vol. 16, No. 31, S. 82-89.

Bodenmann, G. (2007). *Stress und Partnerschaft*. Bern: Huber.

Brandstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In: J. Brandstädter & Lindenberger, U. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (1., Aufl., S. 413-445). Stuttgart: Kohlhammer.

Brown, G. W. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A reply. *Psychological Medicine*, 8, 577-588.

Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (2014). *Down-Syndrom. Was bedeutet das?* (6., Aufl.). Lauf: Osterchrist.

Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (2017). *Down-Syndrom – Was ist das?*. Verfügbar unter: <https://www.ds-infocenter.de/html/dswasistdas.html> [Zugriff am: 04.12.2017].

Eppel, H. (2007). *Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen* (1., Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Filipp, S.-H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In: Brandstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 337-366). Stuttgart: Kohlhammer.

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens (1., Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Flick, U. (2017). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12., Aufl., S. 252-265). Hamburg: Rowohlt.

Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2017). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12., Aufl., S. 13-29). Hamburg: Rowohlt.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS.

Halder, C. (2012). Diagnosevermittlung. In: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (Hrsg.), *Diagnose Down-Syndrom, was nun?* (8., überarb. Aufl., S. 7). Nürnberg: Osterchrist.

Halder, C. (2012). Frühes Lesenlernen zur Sprachanbahnung. In: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (Hrsg.), *Diagnose Down-Syndrom, was nun?* (8., überarb. Aufl., S. 65-66). Nürnberg: Osterchrist.

Hargens, J. (2013). Also gut... lassen Sie uns über Ihre Ressourcen sprechen.... In: J. Schaller & H. Schemmel (Hrsg.), *Ressourcen... Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit* (2., vollst. überarb. & erw. Aufl., S. 47-56). Tübingen: dgvt.

Heimerl, B. (2013). Die Ultraschallsprechstunde. Eine Ethnografie pränataldiagnosotischer Situationen. Bielefeld: transcript.

Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5., erw. u. aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Herriger, N. (2017). *Empowerment.de. Potenziale nutzen. Materialien 8*. Verfügbar unter: <http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/Materialien-8-Biographieforschung.pdf> [Zugriff am: 04.12.2017].

Hopf, C. (2017). Qualitative Interviews – ein Überblick. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12., Aufl., S. 349-360). Hamburg: Rowohlt.

Kalmutzke, A. (2016). Kommunikation und Emotion. In: A. F. Zimpel (Hrsg.). *Trisomie 21. Was wir von Menschen mit Down-Syndrom lernen können* (S. 184-205). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
- Kowal, S. & O'Connell, D. C. (2003a). Datenerhebung und Transkription. In: Rickheit, G., Herrmann & Deutsch, W. (Hrsg.). *Psycholinguistik/Psycholinguistics. Ein internationales Handbuch/An International Handbook* (S. 92-106). Berlin: de Gruyter.
- Kowal, S. & O'Connell D. C. (2017). Zur Transkription von Gesprächen. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12., Aufl., S. 437-447). Hamburg: Rowohlt.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2., überarb. u. erg. Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material*. (6., überarb. Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz.
- Lazarus R. S. (1995). Streß und Streßbewältigung – ein Pradigma. In: S. H. Filipp (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse* (3., neubearb. Aufl.) (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Guilford.
- Lenhard, W. (2005). *Die psychosoziale Stellung von Eltern behinderter Kinder im Zeitalter der Pränataldiagnostik*. Würzburg.
- Loth, W. (2013). Ressourcen bewegen mit Sinn. In: J. Schaller & H. Schemmel (Hrsg.), *Ressourcen... Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit* (2., vollst. überarb. & erw. Aufl., S. 21-32). Tübingen: dgvt.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2017). Qualitative Inhaltsanalyse. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12., Aufl., S. 468-475). Hamburg: Rowohlt.
- Miethe, I. (2014). *Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis* (2., durchg. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Nohl, A.-M. (2017). Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis (5., aktual. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer
- Rajaei, M., Rajaei, F., Setoudeh, S., Nikuei, P. (2008). *The reasons why pregnant women wish to have prenatal ultrasound in low risk pregnancies*. In: *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, Vol. 32, No. 3, S. 360.
- Renner, I. (2006). *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*. Hennef: Kühn.
- Röhm, A. C. (2016). Imitation und Bewegungslernen. In: A. F. Zimpel (Hrsg.). *Trisomie 21. Was wir von Menschen mit Down-Syndrom lernen können* (S. 140-152). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rummer, A. (2013). *Selbstbestimmt entscheiden. Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Sachs, M. (2006). Diskriminierungsverbot. In: G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarb. & erw. Aufl.). (S. 336-339). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sacks, B. & Buckley, S. (2012). Die motorische Entwicklung. In: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (Hrsg.), *Diagnose Down-Syndrom, was nun?* (8., überarb. Aufl., S. 68-69). Nürnberg: Osterchrist.
- Sarimski, K. (2001). *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2015). Entwicklungsprofil, Verhaltensmerkmale und Familienerleben bei Kindern mit Down-Syndrom – Erste Ergebnisse der Heidelberger Down-Syndrom-Studie. In: *Empirische Sonderpädagogik* 7, 1, S. 5-23.
- Schaller, J. & Schemmel, H. (2013). Exkurs: Ressourcen, Ressourcenaktivierung und Ressourcenorientierung. In: J. Schaller & H. Schemmel (Hrsg.), *Ressourcen... Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit* (2., vollst. überarb. & erw. Aufl., S. 83-86). Tübingen: dgvt.
- Schroeder-Kurth, T. (2006). Pränatale Diagnostik. In: G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarb. & erw. Aufl.). (S. 323-326). Stuttgart: Kohlhammer.

Schrödter, W. (2007). Ethische Richtlinien für Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge* (2., Aufl., S. 453-467). Tübingen: dgvtv.

Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2008). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze* (3., Aufl.). Weinheim: Juventa.

Speck, O. (2006). Frühförderung. In: G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarb. & erw. Aufl.). (S. 413-416). Stuttgart: Kohlhammer.

Speck, O. (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung* (11., überarb. Aufl.). München: Reinhardt.

Steinke, I. (2017). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (12., Aufl., S. 319-331). Hamburg: Rowohlt.

Theunissen, G. (2006). Empowerment. In: G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarb. & erw. Aufl.). (S. 81-83). Stuttgart: Kohlhammer.

Thimm, W. (2006). Leid, Leiden. In: G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarb. & erw. Aufl.). (S. 103-105). Stuttgart: Kohlhammer.

Waldschmidt, A. (2003). Disability Studies als interdisziplinäres Forschungsfeld. In: T. Degen & E. Diehl (Hrsg.). *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe* (S. 334-344). Frankfurt: Zarbock.

Wey, S., Warth, A., Walther, A. & Litau, J. (2016). Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung – Einführung. In: J. Litau, A. Walther, A. Warth & S. Wey (Hrsg.), *Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung. Methodologische Vergewisserungen und empirische Befunde* (S. 7-17). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Wilken, E. (2012). „Jetzt ist alles ganz anders, als wir uns das vorgestellt haben!“. In: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (Hrsg.), *Diagnose Down-Syndrom, was nun?* (8., überarb. Aufl., S. 52-55). Nürnberg: Osterchrist.

Wilken, E. (2012). Gebärden-unterstützte Kommunikation. In: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (Hrsg.), *Diagnose Down-Syndrom, was nun?* (8., überarb. Aufl., S. 60-63). Nürnberg: Osterchrist.

Willutzki, U. (2013). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffserklärung. In: J. Schaller & H. Schemmel (Hrsg.), *Ressourcen... Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit* (2., vollst. überarb. & erw. Aufl., S. 61-82). Tübingen: dgvt.

Zimpel, A. F. (2016). *Trisomie 21. Was wir von Menschen mit Down-Syndrom lernen können*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Anhang

I Interviewleitfaden.....	II
II Kategorienschema.....	XI
III Kodierleitfaden	XVI
Eidesstaatliche Erklärung	XLII

ERKLÄRUNG

Die beiliegende CD enthält zusätzlich die Transkripte sowie alle vollständigen Internetquellen.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

I Interviewleitfaden

Diagnose Down-Syndrom in der Schwangerschaft

Erst einmal vielen Dank für Ihre Bereitschaft, mir heute für ein biografisches Gespräch zur Verfügung zu stehen. Im folgenden Gespräch möchte ich Sie einladen, mir über die Erfahrungen zu erzählen, die Sie in Ihrer schwierigen Lebensetappe, der Diagnose Down-Syndrom während Ihrer Schwangerschaft, gesammelt haben.

Ich wähle im folgenden Gespräch **das Bild der Lebensreise**. Das heißt: Ich möchte der Chronologie Ihres Lebenslaufes folgen. Hierbei sind mir folgende Stationen der Lebensreise wichtig:

1. **Die Vorbereitungszeit:** die Zeit unmittelbar vor Eintreten des belastenden Lebensereignisses
2. **Krisenzeit:** die akute Krisenzeit, also die Zeit, in der Ihr Leben sich veränderte
3. **Belastungszeit:** die Belastungen, die für Sie persönlich mit dieser Lebenskrise verbunden waren
4. **Bearbeitungszeit:** Ihr Umgang mit diesen Belastungen, aber auch die Unterstützung, die Sie von anderen Personen in Ihrem sozialen Umfeld bis zum heutigen Tag erfahren haben
5. **Gegenwart und Zukunftszeit:** eine kurze persönliche Bilanz – über positive Lebensveränderungen, auch heute noch fortbestehende Belastungen, noch offene Bearbeitungsaufgaben für die Zukunft.

Ich würde dieses Interview gerne mit einem Diktiergerät aufzeichnen. Es erleichtert mir hinterher die Wiederherstellung und Auswertung des Gesprächs. Ich versichere Ihnen auch, dass die Angaben, die Sie machen, absolut vertraulich behandelt werden und Ihr Name in der Arbeit nicht genannt wird. Das Interview wird nach meinen Erfahrungen ungefähr eineinhalb Stunden dauern. Noch ein Hinweis zur Interviewdurchführung: Es kann sein, dass Sie mit einer Antwort auf eine spätere Frage vorgreifen. Ich werde Sie dann bitten, diesen Gedanken noch ein wenig zurückzustellen und Ihre Argumente im Hinterkopf zu behalten. Dafür werde ich meine Hand heben. Dies erleichtert mir, den Plan unseres Interviews einzuhalten, und ermöglicht mir eine bessere Auswertung unseres Gesprächs. Damit es Ihnen leichter fällt meinen Fragen zu folgen, habe ich Karten vorbereitet, auf denen die Fragen notiert sind. Diese werde ich dann passenderweise vor Sie legen.

Beginnen wir mit den **Angaben zu Ihrer Person**

Alter

Familiensituation

Bildungsstatus

Berufsstatus

Wohnungssituation

1. Vorbereitungszeit

Ich möchte nun gerne erfahren, wie Mütter die Diagnose Down-Syndrom bei ihrem Kind erlebt haben und wie sie diese Situation empfunden haben. Hierbei interessiert mich Ihre ganz persönliche Geschichte.

Beschreiben Sie bitte einmal, wie Ihre Lebenssituation aussah, als der Wunsch nach einem (weiteren) Kind für Sie und Ihren Partner konkret wurde.

- *Kinderwunsch: Vorstellungen/Hoffnungen/Erwartungen im Hinblick auf das gemeinsame Leben mit dem Kind*
- *Welches Familienbild gab es in Ihrer Partnerschaft?*
- *Zukunftsvorstellungen z.B. spätere Rückkehr in den Beruf?*

Wie haben Sie die Nachricht über die Schwangerschaft erlebt? Was hat sich verändert?

- *Wie verlief die Schwangerschaft vor der Diagnose?*
- *Gab es bereits Probleme in der Schwangerschaft? Wenn ja, wie äußerten sich diese?*
- *Was für Zukunftserwartungen haben Sie mit dem Kind verbunden?*
- *Wie hat sich Ihre Lebenssituation verändert? Wohnung/Arbeit*

2.1 Die Belastungen der Entscheidungszeit (Ambivalenzzeit) (B1)

Nach einiger Zeit der Schwangerschaft kam dann die Diagnose, dass Ihr Kind das Down-Syndrom haben könnte. Beschreiben Sie bitte einmal, wann und wie Sie von der Trisomie 21 Ihres Kindes erfahren haben und was in der ersten Zeit nach der Diagnose geschah.

- *Wie war die erste Reaktion von Ihnen? (unmittelbare emotionale Antworten auf das Krisenereignis)*
- *Wie war die erste Reaktion von Ihrem Partner? (unmittelbare emotionale Antworten auf das Krisenereignis)*
- *Haben Sie ihr älteres Kind informiert? Wenn ja, wie war die erste Reaktion Ihres Kindes?*
- *Wie waren die Information und erste Reaktion des sozialen Umfelds (Eltern/Freunde)?*
- *Wie waren die Reaktionen durch professionelle Helfer (Ärzte/Therapeuten)?*

Nach der Diagnose stand dann die Entscheidung für oder gegen das Kind mit Trisomie 21 an. Bitte beschreiben Sie, was für Sie in dieser Zeit belastend war.

(1) Die Ebene der eigenen Person

Welche Sorgen und Ängste haben Sie während der Entscheidungszeit empfunden?

Welche weiteren Untersuchungen und Diagnosen fielen an?

Wie haben Sie nach einer Entscheidung gesucht? Foren / Bücher / Informationen / Bauchgefühl

(2) Die Ebene der Partnerschaft

Die Entscheidung für oder gegen ein Kind mit einer Behinderung kann eine herausfordernde partnerschaftliche Entscheidung sein. Welche Bedenken, Ängste und Unsicherheiten im Hinblick auf das spätere Leben mit einem behinderten Kind haben Sie mit Ihrem Partner in diesem Entscheidungsprozess ausgetauscht?

(3) Die Ebene der Eltern-Kind-Beziehung

Welchen Belastungen war nach der Diagnose die Beziehung zu Ihrem ungeborenen Kind ausgesetzt?

- *Veränderte Gefühlslage beim Spüren des Kindes?*

Welchen Belastungen war(en) das(die) Geschwisterkind(er) ausgesetzt? Was haben Sie dabei als belastend empfunden?

(4) Die Ebene des natürlichen Netzwerkes

Wie haben Sie Ihre Freunde/Familie in die Entscheidung involviert? Was erschien Ihnen dabei belastend?

(5) Die Ebene der professionellen Hilfe

Welche institutionelle Beratungsgespräche und professionelle Hilfe empfanden Sie als belastend?

2.2 Die Ressourcen der Entscheidungszeit (Ambivalenzzeit)(R1)

Bei Ihnen haben schließlich die Argumente für das Kind mit Trisomie 21 überwogen. Beschreiben Sie diese bitte.

(1) Die Ebene der eigenen Person

Welche Fähigkeiten und Stärken haben Sie bei der Bewältigung der Belastungen nutzen können?

(2) Die Ebene der Partnerschaft

Welche Unterstützung und Hilfe haben Sie durch Ihren Partner erfahren?

(3) Die Ebene der Eltern-Kind-Beziehung

Welche Unterstützung und Hilfe haben Sie durch das(die) Geschwisterkind(er) erfahren?

(4) Die Ebene des natürlichen Netzwerkes

Was haben Ihre Familie und Freunde zur Unterstützung beigetragen?

(5) Die Ebene der professionellen Hilfe

Wie sah die Unterstützung durch professionelle Hilfe (Ärzte/Psychologen/Sozialarbeiter) aus?

3.1 Die Belastungen nach der Entscheidung für das Kind (Veränderung des Erlebens der Rest Schwangerschaft vor dem Hintergrund der Entscheidung) (B2)

Nun würde ich gerne auf die Restzeit der Schwangerschaft schauen, die nach der positiven Entscheidung für das Kind begann. Das Wissen, ein Kind mit Trisomie 21 zu bekommen,

kann mit vielen persönlichen und familiären Belastungen verbunden sein. Ich würde nun mit Ihnen auf die Belastungsseite dieser Zeit blicken.

(1) Die Ebene der eigenen Person

Welche Belastungen haben Sie persönlich für sich erfahren? Und inwiefern haben sich diese Belastungen mit der Zeit verändert?

- *körperliche Einschränkungen?*
- *Psychische Einschränkungen?*
- *Soziale Einschränkungen?*
- *Vorbereitung auf die Behinderung des Kindes?*
- *Veränderung des Lebenssettings vor der Geburt?*

(2) Die Ebene der Partnerschaft

Welchen Belastungen war Ihre Partnerschaft in dieser Zeit ausgesetzt?

- *Mangelnde Unterstützung durch Partner?*
- *Rückzug des Partners?*
- *Emotionale Belastungen in der Beziehung?*
- *Veränderungen im alltäglichen Familienleben?*

(3) Die Ebene der Eltern-Kind-Beziehung

Welchen Belastungen war die Beziehung zu Ihrem Kind nach der Entscheidung ausgesetzt?

- *Welche Gefühle hatten Sie, als Sie das Kind in sich spürten?*
- *Welche Gefühle hatten Sie bei weiteren Ultraschalluntersuchungen?*

Schauen wir nun auf die Geschwister-Ebene. Welche Belastungen haben sich in Ihren Beziehung zu dem(den) Geschwisterkind(ern) ergeben?

- *Belastungen des(der) Geschwisterkindes(r)*
-

(4) Die Ebene des natürlichen Netzwerkes

Welchen Belastungen waren die Beziehungen zu Ihrer Familie und guten Freunden ausgesetzt?

- *Zurückhaltung und Ängstlichkeit der Personen?*
- *Schuldvorwürfe und mangelnde emotionale Unterstützung?*

(5) Die Ebene der professionellen Hilfe

Auch die Zusammenarbeit mit professionellen Helfern (Ärzte / Psychologen / Sozialarbeiter / etc.) kann zur Belastung werden. Welche Belastungen haben Sie auf dieser Ebene erfahren?

3.2. Ressourcen nach der Entscheidung für das Kind (Veränderung des Erlebens der Rest Schwangerschaft vor dem Hintergrund der Entscheidung) (R2)

Menschen, die in schwierigen Lebenssituationen stecken, entdecken vielfach neue eigene Stärken und erfahren Hilfe und Unterstützung durch andere nahestehende Personen.

(1) Die Ebene der eigenen Person

Welche Fähigkeiten und Stärken haben Sie bei der Bewältigung der belastenden Zeit Ihrer Restschwangerschaft nutzen können?

(2) Die Ebene der Partnerschaft

Welche Unterstützung und Hilfe haben Sie durch Ihren Partner erfahren?

(3) Die Ebene der Eltern-Kind-Beziehung

Was hat die Beziehung zu Ihrem Kind im Mutterleib gestärkt?

Welche Unterstützung haben Sie durch das(die) Geschwisterkind(er) erfahren?

(4) Die Ebene des natürlichen Netzwerkes

Was haben Ihre Familie und Freunde zur Unterstützung beigetragen?

(5) Die Ebene der professionellen Hilfe

Welche Unterstützung haben Sie durch professionelle Hilfe (Ärzte / Psychologen / Sozialarbeiter) erfahren?

4.1 Belastungen nach der Geburt (B3)

Nun würde ich gerne mit Ihnen auf die Zeit schauen, die nach der Geburt Ihres Kindes begann. Die Geburt eines Kindes mit Trisomie 21 kann auch mit persönlichen und familiären Belastungen verbunden sein. Ich würde nun gerne auf die Belastungen schauen, die sich aus dem Leben mit einem Kind mit Trisomie 21 ergeben.

(1) Die Ebene der eigenen Person

Welche Belastungen haben Sie persönlich für sich erfahren? Und haben sich diese Belastungen mit der Zeit verändert?

(2) Die Ebene der Partnerschaft

Welchen Belastungen war Ihre Partnerschaft in dieser Zeit ausgesetzt?

- *Mangelnde Unterstützung durch Partner?*
- *Rückzug des Partners?*
- *Emotionale Belastungen in der Beziehung?*
- *Veränderungen im alltäglichen Familienleben?*

(3) Die Ebene der Eltern-Kind-Beziehung

Welchen Belastungen war die Beziehung zu Ihrem Kind mit Trisomie 21 nach der Geburt ausgesetzt?

- *Welche Gefühle hatten Sie nach der Geburt Ihres neugeborenen Kindes?*
- *Welche Gefühle hatten Sie beim Erleben Ihres neugeborenen Kindes im Alltag?*

Schauen wir nun auf die Geschwister-Ebene. Welche Belastungen haben sich in Ihren Beziehungen zu dem(den) Geschwisterkind(ern) ergeben?

- *Belastungen der Geschwisterkinder*
- *Überlastung in der Elternrolle; Minderung der Aufmerksamkeit gegenüber den anderen Kindern; Schuldgefühle („den Kindern nicht angemessene Eltern sein können“)*
- *Veränderungen des Familienklimas (Streit, kurzer Geduldfaden)*

(4) Die Ebene des natürlichen Netzwerkes

Welchen Belastungen waren die Beziehungen zu Ihrer Familie und guten Freunden ausgesetzt?

- *Zurückhaltung und Ängstlichkeit der Personen?*
- *Schuldvorwürfe und mangelnde emotionale Unterstützung?*
- *Distanzierung und sozialer Rückzug?*
- *Enttäuschungen durch unerfüllte Hilfeerwartungen?*

(5) Die Ebene der professionellen Hilfe

Auch die Zusammenarbeit mit professionellen Helfern (Ärzte / Psychologen / Sozialarbeiter / etc.) kann mit einem Kind mit Trisomie 21 zur Belastung werden. Welche Belastungen haben Sie auf dieser Ebene erfahren?

4.2 Ressourcen nach der Geburt (R3)

Aus dem Leben mit einem Kind mit Trisomie 21, können vielfach neue eigene Stärken entdeckt und Unterstützung durch nahestehende Personen erfahren werden.

(1) Die Ebene der eigenen Person

Welche Fähigkeiten und Stärken haben Sie in ihrem Leben mit Ihrem Kind nutzen können?

Welche neuen Fähigkeiten haben Sie entwickeln können?

(2) Die Ebene der Partnerschaft

Welche Unterstützung und Hilfe haben Sie durch Ihren Partner erfahren?

(3) Die Ebene der Eltern-Kind-Beziehung

Was hat die Beziehung zu Ihrem Kind mit Trisomie 21 gestärkt?

Welche Unterstützung haben Sie durch das(die) Geschwisterkind(er) erfahren?

(4) Die Ebene des natürlichen Netzwerkes

Was haben Ihre Familie und Freunde nach der Geburt des Kindes zur Unterstützung beigetragen?

(5) Die Ebene der professionellen Hilfe

Welche Unterstützung haben Sie durch professionelle Hilfe (Ärzte / Psychologen / Sozialarbeiter) erfahren?

5. Gegenwart und Zukunft

Wenn Sie zum Abschluss unseres Gespräches noch einmal für die Gegenwart Bilanz ziehen und einen Blick in die Zukunft werfen:

Welche Veränderungen hat Ihr Familienleben durch das Leben mit Ihrem Kind erfahren?

Was haben Sie in dieser Zeit aufgeben müssen und was haben Sie gewonnen?

Eine oftmals getätigte Aussage lautet: In jeder Krise stecken auch immer Chancen und Ansatzpunkte für ein persönliches Wachstum. Menschen werden durch die Bewältigung von Lebenskrisen also stärker und entdecken neue persönliche Kompetenzen.

Welche positiven Veränderungen der eigenen Person (Einstellungen/Lebensperspektiven/Persönlichkeitsmerkmale) haben sich für Sie ergeben?

Wenn Sie heute in die Zukunft blicken:

Was glauben Sie, wie es mit Ihnen und Ihrem Kind weitergehen wird?

Welche Aufgaben und Herausforderungen werden auf Sie zukommen?

Glauben Sie, dass Sie diese zukünftigen Aufgaben und Herausforderungen mit den gewonnenen Erfahrungen und Fähigkeiten bewältigen können?

Gibt es noch einen abschließenden Gedanken, den Sie gerne loswerden möchten?

Ich danke Ihnen herzlich für das Gespräch.

II Kategorienschema

Oberkategorie	Unterkategorie	
OK 1 Vorbereitungszeit	UK 1.1 (induktiv) Kinderwunsch	
	UK 1.2 (induktiv) Reaktion über Schwangerschaft	
	UK 1.3 (induktiv) Erwartungshaltung	
	UK 1.4 (induktiv) Beruf	
OK 2 Diagnose	UK 2.1 Vorgespräch Pränataldiagnostik	
	UK 2.2 Fruchtwasseruntersuchung	
	UK 2.3 Schock	
OK 3 Belastungen Entscheidungszeit	UK 3.1 Eigene Person	UK 3.1.1 Dilemma
		UK 3.1.2 starke Emotionen
		UK 3.1.3 Überforderung
		UK 3.1.4 Bedrohung Zielerreichung
		UK 3.1.5 Einbruch des Organismus
		UK 3.1.6 Folgen für Alltag
		UK 3.1.7 Verantwortlichkeit
		UK 3.1.8 Entscheidungsunfähigkeit
		UK 3.1.9 (induktiv) Ablehnung
		UK 3.1.10 (induktiv) Rückzug
		UK 3.1.11 (induktiv) Abschied von gesundem Kind
	UK 3.2 Partnerschaft	UK 3.2.1 Ablehnung
		UK 3.2.2 (induktiv) Angst um Partnerschaft
	UK 3.3 Eltern-Kind-Beziehung	UK 3.3.1 Sorge vor Benachteiligung der Kinder
		UK 3.3.2 Überforderung
		UK 3.3.3 Systemreferenz
		UK 3.3.4 (induktiv) Trauer spüren
		UK 3.3.5 (induktiv) nicht in Entscheidung mit einbezogen
		UK 3.3.6 (induktiv) Einbezug
	UK 3.4 Natürliches Netzwerk	UK 3.4.1 Kritik
		UK 3.4.2 Vorwürfe

		UK 3.4.3 (induktiv) Betroffenheit
		UK 3.4.4 (induktiv) kein Einbezug
	UK 3.5 Professionelle Hilfe	UK 3.5.1 Konfrontation mit Abbruch
		UK 3.5.2 Ultraschalluntersuchungen
		UK 3.5.3 Gesellschaftlicher Druck
OK 4 Ressourcen Entscheidungszeit	UK 4.1 Eigene Person	UK 4.1.1 Anpassungsfähigkeit
		UK 4.1.2 Aktive Auseinandersetzung
		UK 4.1.3 Spiritualität
		UK 4.1.4 Optimismus
		UK 4.1.5 positive Grundstimmung
		UK 4.1.6 Erfahrungen
		UK 4.1.7 (induktiv) Entscheidung vor der Diagnose
		UK 4.1.8 (induktiv) Abtreibung keine Option
		UK 4.1.9 (induktiv) Informationsbeschaffung
		UK 4.1.10 Vernetzung
	UK 4.2 Partnerschaft	4.2.1 emotionale Unterstützung
		4.2.2 instrumentelle Unterstützung
		4.2.3 dyadisches Bewältigungsverhalten
		4.2.4 kommunikativer Austausch
		4.2.5 Optimismus
		4.2.6 (induktiv) Gemeinsame Entscheidung
	UK 4.3 Eltern-Kind-Beziehung	UK 4.3.1 (induktiv) bedingungslose Liebe
		UK 4.3.2 (induktiv) Lebensfreude
	UK 4.4 Natürliches Netzwerk	4.4.1 emotionale Unterstützung
		4.4.2 instrumentelle Unterstützung
		4.4.3 Zutrauen
		4.4.4 kommunikativer Austausch
	UK 4.5 Professionelle	UK 4.5.1 psychosoziale Beratung

	Hilfe	UK 4.5.2 (induktiv) Selbsthilfegruppe
		UK 4.5.3 (induktiv) Gynäkologin
		UK 4.5.4 (induktiv) Hebamme
OK 5 Belastungen Restschwangerschaft	UK 5.1 Eigene Person	UK 5.1.1 (induktiv) Ungewissheit über Ausmaß
		UK 5.1.2 (induktiv) Vergleich
		UK 5.1.3 (induktiv) Trauer um verlorenes, gesundes Kind
		UK 5.1.4 Starke Emotionen
	UK 5.2 Partnerschaft	UK 5.2.1 (induktiv) Hilflosigkeit
	UK 5.3 Eltern-Kind-Beziehung	UK 5.3.1 (induktiv) vorübergehende Abgabe des Neugeborenen
		UK 5.3.2 (induktiv) zukünftige Vorwürfe
		UK 5.3.3 (induktiv) Betreuung durch andere
	UK 5.4 Natürliches Netzwerk	UK 5.4.1 (induktiv) Mitleid
		UK 5.4.2 Überforderung
	UK 5.5 Professionelle Hilfe	UK 5.5.1 Transparenz
		UK 5.5.2 (induktiv) Untersuchungen
		UK 5.5.3 (induktiv) Angst vor weiteren Diagnosen
OK 6 Ressourcen Restschwangerschaft	UK 6.1 Eigene Person	UK 6.1.1 Einbezug externer Hilfe
		UK 6.1.2 Herstellung emotionales Gleichgewicht
		UK 6.1.3 Optimismus
		UK 6.1.4 Vernetzung
	UK 6.2 Partnerschaft	UK 6.2.1 kommunikativer Austausch
		UK 6.2.2 instrumentelle Unterstützung
		UK 6.2.3 Optimismus
	UK 6.3 Eltern-Kind-Beziehung	UK 6.3.1 (induktiv) Kindsbewegung
		UK 6.3.2 (induktiv) Freude
		UK 6.3.3 (induktiv) Unbekümmertheit
	UK 6.4 Natürliches Netz-	UK 6.4.1 kommunikativer Austausch

	werk	UK 6.4.2 (induktiv) kein Thema
		UK 6.4.3 Positivität
	UK 6.5 Professionelle Hilfe	UK 6.5.1 (induktiv) Ultraschall Bindung
		UK 6.5.2 (induktiv) Hebamme
OK 7 Belastungen nach der Geburt	UK 7.1 Eigene Person	UK 7.1.1 behaviorale Veränderung
	UK 7.2 Partnerschaft	UK 7.2.1 (induktiv) Elternschaft statt Partnerschaft
		UK 7.2.2 (induktiv) Konfliktpotential
	UK 7.3 Eltern-Kind-Beziehung	UK 7.3.1 (induktiv) Entfernung zu Kindern durch Krankenhausaufenthalt
		UK 7.3.2 (induktiv) Neugeborenes direkt in medizinischer Behandlung
		UK 7.3.3 Benachteiligung
		UK 7.3.4 (induktiv) Aufmerksamkeitssuche
	UK 7.4 Natürliches Netzwerk	UK 7.4.1 (induktiv) Zurückhaltung
		UK 7.4.2 (induktiv) Zeitmangel
	UK 7.5 Professionelle Hilfe	UK 7.5.1 (induktiv) Teil des Helfersystems
		UK 7.5.2 (induktiv) Bürokratie
		UK 7.5.3 (induktiv) Vielzahl an Helfersystemen
OK 8 Ressourcen nach der Geburt	UK 8.1 Eigene Person	UK 8.1.1 persönliches Wachstum
		UK 8.1.2 Prioritätenveränderung
		UK 8.1.3 Optimismus
		UK 8.1.4 Durchsetzungsfähigkeit
		UK 8.1.5 (induktiv) Geduld
	UK 8.2 Partnerschaft	UK 8.2.1 instrumentelle Unterstützung im Alltag
		UK 8.2.2 kommunikativer Austausch
	UK 8.3 Eltern-Kind-	UK 8.3.1 Eigenschaften

	Beziehung	UK 8.3.2 Offenheit
		UK 8.3.3 (induktiv) Bindung
	UK 8.4 Natürliches Netzwerk	UK 8.4.1 instrumentelle Unterstützung
		UK 8.4.2 (induktiv) Akzeptanz
		UK 8.4.3 kommunikativer Austausch
	UK 8.5 Professionelle Hilfe	UK 8.5.1 instrumentelle Unterstützung
		UK 8.5.2 (induktiv) Erfahrungsaustausch
		UK 8.5.3 (induktiv) Unterstützung Bürokratie
		UK 8.5.4 Förderung
		UK 8.5.5 Physiotherapie
OK 9 Gegenwart	UK 9.1 Krise als positive Weiterentwicklung	
	UK 9.2 Selbstwirksamkeit	
	UK 9.3 Erweiterung der Bewältigungskompetenzen	UK 9.3.1 Gelassenheit
		UK 9.3.2 (induktiv) Wertschätzung des Lebens
		UK 9.3.3 (induktiv) im Hier und Jetzt leben
		UK 9.3.4 (induktiv) Toleranz
OK 10 Zukunft	UK 10.1 Entwicklung	
	UK 10.2 defizitärer gesellschaftlicher Blick herausfordernd	
	UK 10.3 Optimismus	

III Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Kodierregel	Ankerbeispiel
UK 1.1 (induktiv)	Kinderwunsch <i>Subjektiver Kinderwunsch</i>	Jede Äußerung, in der der Kinderwunsch dargestellt wird	Wir hatten schon länger den Wunsch nach einem zweiten Kind [...] und wir dachten, es passt jetzt ganz gut [...] und wir waren auf jeden Fall glücklich zu dem Zeitpunkt [...]. (I3, Z. 25 ff.)
UK 1.2 (induktiv)	Reaktion über Schwangerschaft <i>Subjektive Reaktion auf die Schwangerschaft</i>	Jede Äußerung, in der die Reaktion auf die Schwangerschaft dargestellt wird	Ja, es war natürlich für uns ein Knaller. Das war wunderschön. (I4, Z. 62)
UK 1.3 (induktiv)	Erwartungshaltung <i>Subjektive Erwartungshaltung in Verbindung mit der Zukunft des Kindes</i>	Jede Äußerung, in der die Erwartungshaltung der Zukunft des Kindes dargestellt wird	Natürlich habe ich jetzt auch erwartet, dass der jüngere Sohn halt den Weg geht, den die ältere Tochter auch geht. Dass er nach einem Jahr auch in den Kindergarten kommt und seinen Weg macht, so wie ich mir das für die ältere Tochter auch vorstelle. (I3, Z. 54 ff.)
UK 1.4 (induktiv)	Beruf <i>Subjektive Darstellung der erwarteten beruflichen Zukunft</i>	Jede Äußerung, in der die erwartete berufliche Zukunft dargestellt wird	Mir war schon klar, dass ich nach der Schwangerschaft erstmal zu Hause bleibe. Mindestens ein Jahr und dann war [...] klar, dass ich relativ schnell, also so nach einem Jahr zurück in den Beruf muss. Das wollte ich auch zu dem Zeitpunkt total gerne. (I5, Z. 37 ff.)
UK 2.1	Vorgespräch Pränataldiagnostik <i>Subjektive Beschreibung des pränataldiagnostischen Vorgesprächs</i>	Jede Äußerung, in der das pränataldiagnostische Vorgespräch dargestellt wird	Ja, und dann sind wir [...] zu einer Dame ins Zimmer gekommen und die hat uns dann erstmal aufgeklärt, was die Trisomie 15, 18 und 21 mit

			sich bringt. [...] Sie hat uns das auch alles bildlich gezeigt und alles erklärt, obwohl ja noch gar keine Untersuchung stattgefunden hat und hat uns da auch anschließend den ganzen Katalog aufgezählt, was Kinder mit Trisomie 21 alles für Begleiterkrankungen häufig haben [...]. Also man wurde von A bis Z erstmal richtig abgeschreckt. (I5, Z. 128 ff.)
UK 2.2	Fruchtwasseruntersuchung <i>Subjektive Wahrnehmung der Fruchtwasseruntersuchung</i>	Jede Äußerung, in der die Wahrnehmung der Fruchtwasseruntersuchung dargestellt wird	Ja und dann habe ich halt einfach nur gehofft, dass alles irgendwie gut ist und ich fand es ganz fürchterlich. Ich fand es auch fürchterlich schmerzhaft, obwohl sie sagten, dass es überhaupt nicht weh tut. [...] Und ich hatte immer nur Angst, dass sie ihn treffen [...]. (I5, Z. 239 ff.)
UK 2.3	Schock <i>Subjektive Wahrnehmung der Diagnose als Schock</i>	Jede Äußerung, in der der Schock über die Diagnose dargestellt wird	Also es war schon irgendwie in dem Moment ein Schock und schon, wie soll man das beschreiben, der Boden wurde mir und meinem Partner da unter den Füßen weggezogen. Das war so ein bisschen wie in einem Film, als die Ärztin das dann alles aussprach, dachte ich irgendwie, die redet gar nicht mit mir. Also es war so, als wenn mich das gar nicht betrifft im ersten Moment. Und es war ja nicht nur die Diagnose Down-Syndrom, sondern

			noch einige andere Diagnosen dabei. (I3, Z. 67 ff.)
UK 3.1.1	Dilemma <i>Subjektive Wahrnehmung des Dilemmas der Freiheit und Selbstbestimmung gegenüber dem Recht auf Leben von Menschen mit einer Behinderung</i>	Jede Äußerung, in der das Dilemma nach der Diagnose dargestellt wird	Ja, belastend war dieser innere Konflikt, das war so ein Dilemma irgendwie. Ich wollte weder das eine noch das andere. Ich wollte weder mein Kind so bekommen, wie es war, mein Kind wegzuschicken konnte ich mir aber auch nicht vorstellen. Da überhaupt keinen Ausweg zu haben in einer Situation, die ich so gar nicht kannte. Auch wenn ich schon schwierige Situationen erlebt habe, gab es immer eine Lösung, die einigermaßen akzeptabel war und da konnte ich mir gar nichts von vorstellen. (I3, Z. 166 ff.)
UK 3.1.2	starke Emotionen <i>Beschreibung der Emotionen</i>	Jede Äußerung, in der die Emotionen nach der Diagnose dargestellt werden	Die Tür ging auf und dann brachen alle Dämme. (I1, Z. 143 f.)
UK 3.1.3	Überforderung <i>Beschreibung der Überforderung</i>	Jede Äußerung, in der die Überforderung dargestellt wird	Ja, natürlich fragt man sich auch, „schafft man das? Bin ich dem gewachsen? (I5, Z. 329)
UK 3.1.4	Bedrohung Zielerreichung <i>Subjektive Empfindung der Bedrohung der Zielerreichung</i>	Jede Äußerung, in der die Bedrohung der ursprünglichen Ziele dargestellt wird	Ich meine natürlich wird das auch so sein, ich sage mal wenn man jetzt so auf die zwanzig zugeht, dass man bei den großen Kindern sagt, gut, die werden dann ihr Leben allein hinbekommen. Das wird die jüngste Tochter dann vielleicht nicht. (I2, Z. 290 ff.)

UK 3.1.5	Einbruch des Organismus <i>Subjektive Darstellung des Einbruchs des Organismus</i>	Jede Äußerung, in der der Einbruch des Organismus dargestellt wird	[...] ich habe dann zwei Wochen lang vegetiert. Ich wollte mit keinem reden. Ich wollte nicht essen. Ich habe eigentlich nur gelegen und geweint und war total traurig und fix und fertig. (I5, 172 ff.)
UK 3.1.6	Folgen für Alltag <i>Darstellung der Ungewissheit über zukünftigen Alltag</i>	Jede Äußerung, in der die Ungewissheit über die Alltagsfolgen dargestellt wird	Wie schlimm wird das? Wie ist das im Krankenhaus? Was tue ich da diesem Zwerg an? [...] Was wird aus den anderen Kindern, die einen brauchen? Inwieweit schränkt das die gesamte Lebenssituation ein? Wie lebenswert ist das Leben? (I1, Z. 220 ff.)
UK 3.1.7	Verantwortlichkeit <i>Beschreibung der Schuldvorwürfe</i>	Jede Äußerung, in der die Schuldgefühle dargestellt werden	Also für mich war der Gedanke belastend, „so jetzt hast du es herausgefordert. Du hast das Schicksal jetzt herausgefordert. Nur weil du unbedingt noch ein Kind haben wolltest, bist du jetzt hier mit der Situation konfrontiert und kriegst ein Kind mit Down-Syndrom“. (I4, Z. 261 ff.)
UK 3.1.8	Entscheidungsunfähigkeit <i>Subjektive Wahrnehmung der Entscheidungsunfähigkeit</i>	Jede Äußerung, in der die Entscheidungsunfähigkeit dargestellt wird	Und ich war auch einfach wochenlang nicht in der Lage eine Entscheidung zu treffen. (I2, Z. 214 f.)
UK 3.1.9 (induktiv)	Ablehnung <i>Beschreibung der Ablehnung des Ungeborenen</i>	Jede Äußerung, in der die Ablehnung dargestellt wird	Weil erstmal war schon noch der Gedanke präsent, unser Kind nicht zu bekommen. (I3, Z. 162 f.)
UK 3.1.10 (induktiv)	Rückzug <i>Äußerungen, die den sozialen Rückzug der Inter-</i>	Jede Äußerung, in der der Rückzug dargestellt wird	Also es war halt so, dass ich mich [...] eine Zeit lang zurückgezogen habe, einfach [...]

	<i>viewpartnerinnen beschreiben</i>		aufgrund de[s] sich nicht erklären müssen [...] (I4, Z. 231 ff.)
UK 3.1.11 (induktiv)	Abschied von gesundem Kind <i>Darstellung des Abschieds von dem Ideal des gesunden Kindes</i>	Jede Äußerung, in der der Abschied des Idealkinds dargestellt wird	Trauer um das gesunde Kind, das man verabschiedet vom Kopf. (I1, Z. 230 f.)
UK 3.2.1	Ablehnung <i>Darstellung der ablehnenden Haltung des Partners</i>	Jede Äußerung, in der die Ablehnung des Partners dargestellt wird	Also manchmal gab es Konflikte mit meinem Partner, die auftauchten, die dann auch belastend waren, weil er war auf jeden Fall mehr dafür unser Kind nicht zu bekommen [...]. (I3, Z. 174 ff.)
UK 3.2.2 (induktiv)	Angst um Partnerschaft <i>Subjektive Darstellung der Angst um die Partnerschaft</i>	Jede Äußerung, in der die Angst um die Partnerschaft dargestellt wird	Ja, ich hatte auch schon irgendwie Angst um meine Partnerschaft, dass die daran zerbrechen könnte, weil eben dann diese Konflikte vermehrt auftraten zwischen uns. (I3, Z. 182 f.)
UK 3.3.1	Sorge vor Benachteiligung der Kinder <i>Beschreibung der Sorge um die Benachteiligung der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung in der die Sorge vor der Benachteiligung der Kinder dargestellt wird	Also ich hatte schon irgendwie Angst um meine Tochter, dass die total zurückstehen muss und ich gar nicht mehr für sie da sein kann. (I3, Z. 190 ff.)
UK 3.3.2	Überforderung <i>Beschreibung der Überforderung durch das stark sein müssen den Kindern gegenüber</i>	Jede Äußerung, in der die Überforderung der Frauen dargestellt wird	[...] dann trotzdem den Kindern versuchen, was vorzuspielen, was sowieso utopisch ist, weil keiner eine so feine Ader hat, wie die eigenen Kinder. (I1, Z. 369 f.)
UK 3.3.3	Systemreferenz <i>Beschreibung der Angst um die Familie</i>	Jede Äußerung, in der die Angst um das Familiensystem dargestellt wird	Und für uns war klar, wir möchten auch für unsere anderen Kinder, kein Kind, dass über Jahre hinweg operiert werden muss, im Krankenhaus

			sein muss. Wo die Familiensituation so auseinander bricht, dass einer der beiden Eltern vielleicht über Jahre hinweg mehr oder weniger gar nicht mehr hier ist, sondern nur noch in der Klinik. (I1, Z. 166 ff.)
UK 3.3.4 (induktiv)	Trauer spüren <i>Beschreibung der Sorge um das Ungeborene wegen der Trauer der Mutter</i>	Jede Äußerung, in der die mögliche Auswirkung der mütterlichen Trauer für das Ungeborene dargestellt wird	Man sagt ja auch immer, dass das Baby im Mutterleib das auch irgendwie mitbekommt, wie die Stimmung der Mütter ist. Denen war er sicherlich ausgesetzt [...]. (I3, Z. 250 ff.)
UK 3.3.5 (induktiv)	Nicht in Entscheidung mit einbezogen <i>Darstellung des nicht Einbezugs der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, in der der nicht Einbezug der Kinder dargestellt wird	Wir haben den älteren Sohn informiert, dass er eine Schwester bekommt und mehr nicht. (I4, Z. 222)
UK 3.3.6 (induktiv)	Einbezug <i>Darstellung des Einbezugs der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, in der der Einbezug der Kinder dargestellt wird	Also eigentlich haben wir sie da von vorneherein mit einbezogen so weit es irgendwie ging, weil sie ja schon mitbekommen hat, dass irgendwas nicht stimmt. (I3, Z. 116 ff.)
UK 3.4.1	Kritik <i>Beschreibung der Kritik des natürlichen Umfelds</i>	Jede Äußerung, in der die Kritik des Umfelds dargestellt wird	Also für meine Eltern war es schlimmer [...]. Die waren eher negativ gestimmt und haben eher gesehen, dass wir es nicht schaffen. (I3, Z. 298 ff.)
UK 3.4.2	Vorwürfe <i>Beschreibung der Vorwürfe des Umfelds</i>	Jede Äußerung, in der die Vorwürfe des Umfelds dargestellt wird	[...] viele haben dann auch gesagt, „ja ihr wusstet ja auch, dass ihr schon so alt seid und warum habt ihr das denn gemacht? Und egal wie ihr euch jetzt entscheidet, es wird immer quasi so ein Makel sein“.

			(I2, Z. 171 ff.)
UK 3.4.3 (induktiv)	Betroffenheit <i>Beschreibung der Betroffenheit des Umfelds</i>	Jede Äußerung, in der die Betroffenheit des Umfelds dargestellt wird	Ja, und das familiäre Umfeld. Die waren eigentlich alle ähnlich, haben alle geweint. (I1, Z. 178 f.)
UK 3.4.4 (induktiv)	Kein Einbezug <i>Beschreibung, dass das Umfeld nicht in die Entscheidung einbezogen wird</i>	Jede Äußerung, in der der nicht Einbezug des Umfelds dargestellt wird	Wir haben die gar nicht involviert, weil wir ja von Anfang an nach außen hin gezeigt haben, „so, wir haben uns entschieden, sind uns sicher und wir machen das“. (I5, Z. 391 f.)
UK 3.5.1	Konfrontation mit Abbruch <i>Beschreibung der Konfrontation mit einem Abbruch durch die Mediziner</i>	Jede Äußerung, die die Abbruchskonfrontation der Mediziner darstellt	Ich war eher empört, dass man uns bei der Pränataldiagnostik jedes Mal gefragt hat, ob wir uns sicher sind, dass wir das Kind bekommen möchten und dass wir, solange keine Wehen einsetzen oder die Fruchtblase platzt, die Chance haben, nein zu sagen. Das fand ich ganz empörend in der 30. Woche oder so das nochmal gesagt zu bekommen, immer wieder. Eigentlich so nach dem Motto, „jetzt treiben Sie doch endlich ab“. So fühlte sich das an. (I5, Z. 363 ff.)
UK 3.5.2	Ultraschalluntersuchungen <i>Beschreibung der Vielzahl an Untersuchungen</i>	Jede Äußerung, in der die Vielzahl an Untersuchungen dargestellt wird	Ja, die vermehrten Ultraschalluntersuchungen, die ich dann als Belastung empfunden habe, wenn die immer so stark rumgedrückt haben in meinem Bauch. (I3, Z. 255 f.)
UK 3.5.3	Gesellschaftlicher Druck <i>Beschreibung der subjektiven Wahrnehmung des gesellschaftlichen Drucks</i>	Jede Äußerung, in der die subjektive Wahrnehmung des gesellschaftlichen	Dann hat man schonmal gesagt, „sollten wir uns damit beschäftigen? Ist es doch so schlimm, ein Kind mit Down-

		Drucks dargestellt wird	Syndrom zu bekommen? Das muss ja total schlimm sein, wenn das total viele machen. [...] Und das Gefühl sagte eigentlich immer, „es ist richtig, dass dieses Kind da drin bleibt“ und das war eher der Verstand, der gesagt hat, „vielleicht sollte man doch mal überlegen. Das hat ja einen Grund, wieso 90 % das so machen“. (I4, Z. 283 ff.)
UK 4.1.1	Anpassungsfähigkeit <i>Darstellung der Anpassungsfähigkeit der Frauen</i>	Jede Äußerung, in der die Anpassungsfähigkeit dargestellt wird	Also ich bin ein Mensch, der sich gut mit Situationen abfinden kann.(I1, Z. 429)
UK 4.1.2	Aktive Auseinandersetzung <i>Darstellung des offenen Umgangs mit der Diagnose</i>	Jede Äußerung, in der die offene Auseinandersetzung mit der Diagnose dargestellt wird	Und es war klar, ich habe das auch ganz offen nach außen getragen, „da liegen so ein paar Auffälligkeiten vor. [...]“. (I5, Z. 224 ff.)
UK 4.1.3	Spiritualität <i>Darstellung der Spiritualität als Ressource</i>	Jede Äußerung, in der die Spiritualität als Ressource dargestellt wird	[...] das sind unsere Kinder und das sind unsere Geschenke und wir haben für uns den Eindruck, dass wir das stemmen, was der liebe Gott uns da schenken mag. Wir sind nicht ganz so christlich, aber das ist schon eine Verbindung dann. (I1, Z. 80 ff.)
UK 4.1.4	Optimismus <i>Darstellung des Optimismus</i>	Jede Äußerung, in der der Optimismus dargestellt wird	Ich glaube, eigentlich nur so, das Vertrauen an das Leben. Was anderes kann ich gar nicht sagen. Also irgendwie habe ich gedacht, „alles wird gut“. (I5, Z. 417 f.)
UK 4.1.5	Positive Grundstimmung	Jede Äußerung, in	Aber ich glaube, es ist dann

	<i>Darstellung der positiven Grundstimmung</i>	der die positive Grundstimmung dargestellt wird	doch eine überwiegend positive Art, die mir dann immer wieder zur Hilfe kommt. (I1, Z. 432)
UK 4.1.6	Erfahrungen <i>Darstellung der Erfahrungen mit vorherigen kritischen Lebensereignissen</i>	Jede Äußerung, in der die Erfahrung mit kritischen Lebensereignissen dargestellt wird	Außer, dass ich auch schon andere Situationen hatte, die schwierig waren in meinem Leben, die ich ja irgendwie auch geschafft habe. Daran habe ich mich erinnert [...]. (I3, Z. 349 ff.)
UK 4.1.7 (induktiv)	Entscheidung vor der Diagnose <i>Beschreibung der Entscheidung vor dem Erhalt der Diagnose</i>	Jede Äußerung, in der die Entscheidung vor der Diagnose dargestellt wird	Und für uns war dann, dass wir gesagt haben, „okay, selbst wenn unser Kind jetzt eine Auffälligkeit mit sich bringt. Wir werden das Kind bekommen. Das Kind hat uns ausgewählt. Wir wollen dieses Kind“. (I5, Z. 136 f.)
UK 4.1.8 (induktiv)	Abtreibung (Methode) keine Option <i>Äußerungen, die verdeutlichen, dass die Abtreibung keine Option ist</i>	Jede Äußerung, in der die Ablehnung einer Abtreibung dargestellt wird	Aber wir haben halt sehr schnell nach außen auch transportiert, dass es für uns überhaupt nicht, in keinsten Weise, in Frage käme, dieses Kind abzutreiben. (I5, Z. 283 ff.)
UK 4.1.9 (induktiv)	Informationsbeschaffung <i>Beschreibung der Informationsbeschaffung</i>	Jede Äußerung, in der die Informationsbeschaffung dargestellt wird	Dann fängst du an, dich zu informieren. Dann siehst du alles, was im Internet steht [...], was man mit fördern alles machen kann. (I4, Z. 264 ff.)
UK 4.1.10	Vernetzung <i>Beschreibung der frühzeitigen Vernetzung</i>	Jede Äußerung, in der die Vernetzung dargestellt wird	Wir haben uns ganz früh vernetzt. Also Kontakt aufgenommen mit anderen Familien. Das hat sehr früh stattgefunden und das hat uns sämtliche Ängste genommen. (I4, Z. 344 ff.)

UK 4.2.1	Emotionale Unterstützung <i>Beschreibung der emotionalen Unterstützung durch den Partner</i>	Jede Äußerung, in der die emotionale Unterstützung des Partners dargestellt wird	Wir haben auch viel zusammen geweint, die Kinder und ich. Der Papa ist da immer ein bisschen positiver, ein bisschen stärker. (I1, Z. 373 f.)
UK 4.2.2	Instrumentelle Unterstützung <i>Beschreibung der Unterstützung im Alltag durch den Partner</i>	Jede Äußerung, in der die alltägliche Unterstützung des Partners dargestellt wird	Als es mir schlecht ging, hat er viel geregelt im Haushalt, dass ich gar nicht großartig was machen muss, sondern ich konnte mich zurück ziehen, wann ich wollte und er hat dann viel funktioniert einfach. [...] Und er hat mich auch begleitet bei einigen Arztbesuchen. (I3, Z. 359 ff.)
UK 4.2.3	Dyadisches Bewältigungsverhalten <i>Beschreibung der wechselseitigen Unterstützung mit dem Partner</i>	Jede Äußerung, in der die wechselseitige Unterstützung dargestellt wird	Naja, mein Mann und ich haben das hier die komplette Zeit miteinander durchgestanden ist das falsche Wort, durchlebt. (I4, Z. 427 f.)
UK 4.2.4	Kommunikativer Austausch <i>Beschreibung des kommunikativen Austauschs mit dem Partner</i>	Jede Äußerung, die den kommunikativen Austausch darstellt	Also ich sage mal grundsätzlich haben wir erstmal alles ausgetauscht. (I2, Z. 282)
UK 4.2.5	Optimismus <i>Beschreibung des Optimismus des Partners</i>	Jede Äußerung, die den Optimismus des Partners darstellt	Also er hat dann immer gesagt, „wir kriegen das schon hin“. [...]Aber eigentlich war er da eine total starke Säule. (I2, Z. 140 ff.)
UK 4.2.6 (induktiv)	Gemeinsame Entscheidung <i>Beschreibung der gemeinsamen Entscheidungsfindung</i>	Jede Äußerung, die die partnerschaftliche Entscheidungsfindung darstellt	Wir haben immer an einem Strang gezogen und da gab es keine Einknicke. Wir entscheiden auch alles gemeinsam. (I4, Z. 825 f.)
UK 4.3.1 (induktiv)	Bedingungslose Liebe <i>Beschreibung der bedingungslosen Liebe</i>	Jede Äußerung, die die bedingungslose Liebe darstellt	Ja, diese unendliche Liebe. Dieses Zweifelsfreie, über-

	<i>gungslosen Liebe der älteren Kinder</i>	Liebe der Kinder darstellt	haupt nicht in Frage Stellende, das klare Gefühl – Wir sind eine Familie, wir lieben uns so wie wir sind und ob mit oder ohne Handicap. (I1, Z. 446 ff.)
UK 4.3.2 (induktiv)	Lebensfreude <i>Beschreibung der Lebensfreude der Kinder</i>	Jede Äußerung, die die Lebensfreude der Kinder darstellt	Also ich glaube was mir schon eine Hilfe war, war die ganze Zeit deren Lebensfreude einfach. Zu sehen, ja, die waren in allem total unbekümmert. (I2, Z. 412)
UK 4.4.1	Emotionale Unterstützung <i>Beschreibung der emotionalen Unterstützung des Umfelds</i>	Jede Äußerung, die die emotionale Unterstützung des Umfeld darstellt	Also die haben jetzt nicht versucht, mich zu beeinflussen, das nicht, aber sie haben schon Kraft gegeben mit positiven Gedanken. (I3, Z. 296 ff.)
UK 4.4.2	Instrumentelle Unterstützung <i>Beschreibung der praktischen Unterstützung des Umfelds</i>	Jede Äußerung, die die praktische Unterstützung darstellt	Als sie dann dafür waren, da war es dann auch so, dass sie unterstützt haben. Sie haben dann auf die ältere Tochter aufgepasst, wenn es irgendwie notwendig war [...]. (I3, Z. 378 f.)
UK 4.4.3	Zutrauen <i>Beschreibung des entgegengebrachten Zutrauens durch das Umfeld</i>	Jede Äußerung, die das Zutrauen des Umfelds in die Partner darstellt	Ich glaube, dass wir so häufig gehört haben, dass man glaubt, dass dieses Kind sich großartige Eltern ausgesucht hat und dass wir das schaffen, weil wir einfach tolle Menschen sind. [...] Dann einfach das Gefühl, dass andere um einen herum uns das zutrauen [...]. (I5, Z. 427 ff.)
UK 4.4.4	Kommunikativer Austausch <i>Beschreibung des kommunikativen Austauschs</i>	Jede Äußerung, die den kommunikativen Austausch mit dem Umfeld darstellt	Ja, meine Freunde, die waren halt jederzeit da, um zu reden. Das hat mir halt sehr gut getan. (I3, Z. 372)

	<i>mit dem Umfeld</i>		
UK 4.5.1	Psychosoziale Beratung <i>Beschreibung der Schwangerschaftskonfliktberatung als Ressource</i>	Jede Äußerung, in der die Beratung als Ressource dargestellt wird	Was super war, waren die Gespräche bei der Beratungsstelle [...]. Stellenweise hat man nämlich das Gefühl gekriegt, man macht da was Falsches und durch die Beratungsstelle [...] wurde das dann wieder zu sowas normalen. (I4, Z. 352 ff.)
UK 4.5.2 (induktiv)	Selbsthilfegruppe <i>Beschreibung der Unterstützung der Selbsthilfegruppe durch Erfahrungsberichte</i>	Jede Äußerung, die die Bereicherung der Selbsthilfegruppe darstellt	Und dann habe ich für mich den Entschluss gefasst, [...] dass ich zur Selbsthilfegruppe für Eltern mit Kindern mit Down-Syndrom [gehe]. [...] Da bin ich dann im schwangeren Kopf hingegangen im siebten Monat und habe gesagt, „so, jetzt brauche ich mal Mütter, denen ich in die Augen gucken kann, die mir zeigen, ach die lachen wieder, sie haben es überlebt [...]“. (I1, Z. 255 ff.)
UK 4.5.3 (induktiv)	Gynäkologin <i>Beschreibung der Unterstützung der Gynäkologin</i>	Jede Äußerung, die die Unterstützung der Gynäkologin darstellt	Wobei ich sagen muss, dass die Gynäkologin, bei der ich in Behandlung war von Anfang an in der Schwangerschaft, mir sehr geholfen hat. Also die hat immer wieder das Gespräch mit mir gesucht, als die Diagnose gestellt wurde. [...] Und die hat mir wirklich auch geholfen teilweise zwischen den Ärzten zu vermitteln. (I3, Z. 281 ff.)
UK 4.5.4	Hebamme	Jede Äußerung, die	Dieser Gedanke, dass ich mich

(induktiv)	<i>Beschreibung der Hebamme als Unterstützung</i>	die Unterstützung der Hebamme darstellt	nicht dafür oder dagegen entscheide, sondern einfach gucke, was passiert, [...] dass man das dann einfach dem Schicksal überlässt. (I3, Z. 226 ff.)
UK 5.1.1 (induktiv)	Ungewissheit über Ausmaß <i>Beschreibung der Ungewissheit um das Ausmaß der Behinderung</i>	Jede Äußerung, die die Ungewissheit über das Ausmaß der Behinderung des Kindes darstellt	Also ich glaube dieses ganz Große, was immer blieb, war die Frage, „wie wird das?“. Und dass es bei Trisomie eben auch einen ganz großen und breiten Spielraum gibt. [...] einfach dieses zu wissen, sie hat jetzt Trisomie, aber nicht zu wissen, wie auch dieses Kind jetzt wirklich ist. [...] dass ich auch dann irgendwie gedacht habe, „kann ich das Kind dann auch wirklich so lieb haben und wie wird das?“. (I2, Z. 448 ff.)
UK 5.1.2 (induktiv)	Vergleich <i>Beschreibung der Belastung wegen des Mangels an Vergleichbarkeit</i>	Jede Äußerung, die den Mangel an Vergleichbarkeit als Belastung darstellt	Mir fehlte so ein bisschen der Vergleich. Das ist ja schon so, wenn man schwanger ist. Man vergleicht, wenn man andere Kinder sieht und denkt, „so könnte mein Kind auch sein“. Das war gar nicht da, dieses Bild von, so wird mein Kind sein. (I3, Z. 408 ff.)
UK 5.1.3 (induktiv)	Trauer um verlorenes, gesundes Kind <i>Beschreibung der Trauer um das verlorene Idealkind</i>	Jede Äußerung, die die Trauer um das Idealkind darstellt	Also es war für mich immernoch da, dieses Gefühl, „also eigentlich hätte ich doch gerne ein anderes Kind und nicht dich“. (I3, Z. 459 ff.)
UK 5.1.4	Starke Emotionen <i>Beschreibung der negati-</i>	Jede Äußerung, die die negativen Emoti-	Aber ich war halt immer so, ich hatte immer so eine Angst

	<i>ven Emotionen</i>	onen darstellt	und dachte, wenn ich das auch in Betracht ziehe, dass es ganz schlimm werden könnte, dann bin ich hinterher nicht so schockiert. (I5, Z. 477 ff.)
UK 5.2.1 (induktiv)	Hilflosigkeit <i>Beschreibung der Hilflosigkeit des Partners</i>	Jede Äußerung, die die Hilflosigkeit des Partners darstellt	Ja, also das aushalten müssen, dass man dem Partner nicht helfen kann. Das ist für meinen Mann eigentlich das schlimmste. (I1, Z. 540 ff.)
UK 5.3.1 (induktiv)	Vorübergehende Abgabe des Neugeborenen <i>Beschreibung der Sorge um die Zeit direkt nach der Geburt</i>	Jede Äußerung, die die Sorge um die Zeit direkt nach der Geburt darstellt	Also die Vorstellung. Das war auch mit das schlimmste. Zu wissen, dass die mir nach der Geburt sofort das Kind wegnehmen. (I1, Z. 529 f.)
UK 5.3.2 (induktiv)	Zukünftige Vorwürfe <i>Beschreibung der Angst vor zukünftigen Vorwürfen der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, die die Angst vor möglichen zukünftigen Vorwürfen der älteren Kinder darstellt	Häufig habe ich auch gedacht, wenn die beiden mal älter sind, denken die dann wir haben das gut gemacht oder denken die dann warum habt ihr euch so entschieden. (I2, Z. 504 f.)
UK 5.3.3 (induktiv)	Betreuung durch andere <i>Beschreibung der Sorgen um die Betreuung der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, die die Sorge um die Betreuung der älteren Kinder darstellt	Dann war es so, dass wir auch seine Versorgung so regeln mussten. Es war klar, dass ich länger im Krankenhaus bin mit der jüngeren Tochter, „wo wird der ältere Sohn sein?“. (I4, Z. 506 ff.)
UK 5.4.1 (induktiv)	Mitleid <i>Beschreibung des Mitleids des sozialen Umfelds</i>	Jede Äußerung, die das Mitleid des Umfelds darstellt	Also was mir immer nicht weiterhilft ist, wenn Leute mich bedauern wollen. Wenn denen Leid tut, das mein Leben jetzt vielleicht in andere Bahnen gerät, als man das geplant hatte. (I1, Z. 563 f.)
UK 5.4.2	Überforderung <i>Beschreibung der Über-</i>	Jede Äußerung, die die Überforderung	Also die Familie muss ich da leider wirklich außen vor las-

	<i>forderung des Umfelds</i>	des Umfelds darstellt	sen. Ich glaube, die waren komplett überfordert mit der Situation. [...] Die kamen jetzt mit der Behinderung nicht so zurecht. (I1, Z. 650 ff.)
UK 5.5.1	Transparenz <i>Beschreibung der Transparenz durch die Medizin</i>	Jede Äußerung, die die Transparenz durch die Medizin darstellt	Diese Transparenz irgendwie. Dieses ständige Untersuchen. Das habe ich als belastend empfunden. (I4, Z. 466 f.)
UK 5.5.2 (induktiv)	Untersuchungen <i>Beschreibung der Belastung durch die Vielzahl an Untersuchungen</i>	Jede Äußerung, die die Belastung durch die Vielzahl an Untersuchungen darstellt	Die Ärztlichen Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen. Eine Zeit lang habe ich auch überlegt, ob ich das überhaupt noch machen soll. (I3, Z. 403 f.)
UK 5.5.3 (induktiv)	Angst vor weiteren Diagnosen <i>Beschreibung der Belastung der Fehlersuche beim Ungeborenen</i>	Jede Äußerung, die die Belastung der Fehlersuche darstellt	Also auf der Suche nach Fehlern. Es war wirklich so. Jede Untersuchung da im Spezialultraschall. [...] Und das war immer so dieser Fehlersuch Ultraschall. (I4, Z. 309 ff.)
UK 6.1.1	Einbezug externer Hilfe <i>Beschreibung der Fähigkeit des Hilfesuchens</i>	Jede Äußerung, die die Fähigkeit des Hilfesuchens darstellt	Oder auch die Fähigkeit, dass ich mir Hilfe holen kann. Das kann ich schon. (I3, Z. 520)
UK 6.1.2	Herstellung emotionales Gleichgewicht <i>Beschreibung des Zulassens der Trauer</i>	Jede Äußerung, die das Zulassen der Trauer darstellt	Ich glaube auch, dass ich es geschafft habe für mich, viel zu weinen, das rauszulassen, um dann auch wieder meinem Umfeld gegenüber genug Stärke ausstrahlen zu können und zu sagen, „mir geht’s gut. Alles gut“. (I1, Z. 622 ff.)
UK 6.1.3	Optimismus <i>Beschreibung des Optimismus</i>	Jede Äußerung, die den Optimismus der Frauen darstellt	Vielleicht die Fähigkeit, positiv zu denken, dass es irgendwie schon funktionieren wird. Das hatte ich so im Kopf, dass egal

			wie, auch wenn ich noch nicht genau weiß wie, es gibt da immer eine Lösung und dass ich das irgendwie hinkriegen werde. (I3, Z. 515 ff.)
UK 6.1.4	Vernetzung <i>Beschreibung der Fähigkeit des Vernetzens</i>	Jede Äußerung, die die Fähigkeit des Vernetzens darstellt	Ich habe mit beiden dann über Facebook Kontakt aufgenommen und das war auch hilfreich Frauen zu finden, die in meinem Alter waren und sich auch für das Kind entschieden haben. (I4, Z. 613 ff.)
UK 6.2.1	Kommunikativer Austausch <i>Beschreibung des kommunikativen Austauschs mit dem Partner</i>	Jede Äußerung, die den partnerschaftlichen kommunikativen Austausch darstellt	Einfach dadurch, dass er immer dabei war. Wir haben immer alles besprochen. (I4, Z. 574)
UK 6.2.2	Instrumentelle Unterstützung <i>Beschreibung der instrumentellen Unterstützung des Partners</i>	Jede Äußerung, die die instrumentelle Unterstützung des Partners darstellt	Also Begleitung zu Arztterminen und dass er hier Haushaltsdinge übernommen hat. (I3, Z. 523 f.)
UK 6.2.3	Optimismus <i>Beschreibung des Optimismus des Partners</i>	Jede Äußerung, die den Optimismus des Partners darstellt	Ja, dass der einfach unermüdlich positiv war und immer wieder versucht hat, mir klar zu machen, dass alles in bester Ordnung ist, um mir auch eine relativ normale Schwangerschaft zu ermöglichen [...]. (I5, Z. 536 ff.)
UK 6.3.1 (induktiv)	Kindsbewegung <i>Beschreibung der Bindung durch Kindsbewegung</i>	Jede Äußerung, die die Bindung durch Kindsbewegung darstellt	So die Bewegung, dass ich einfach weiß, der ist da. Dass er mich dann auch immer wieder daran erinnert hat, da wächst was Wunderbares in mir. Das ist mein Kind. Das war ganz toll. (I5, Z. 540 ff.)

UK 6.3.2 (induktiv)	Freude <i>Beschreibung der Freude der Geschwister auf das Ungeborene</i>	Jede Äußerung, die die Freude der Geschwister darstellt	Ja, auch einfach die absolut positive Einstellung. Das Freuen aufs Geschwisterchen. (I1, Z. 645)
UK 6.3.3 (induktiv)	Unbekümmertheit <i>Beschreibung der Unbekümmertheit der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, die die Unbekümmertheit der Kinder darstellt	Ich glaube das war es einfach. Dass die beiden einfach total fröhlich, unbekümmert und positiv sind. (I2, Z. 576 f.)
UK 6.4.1	Kommunikativer Austausch <i>Beschreibung des kommunikativen Austauschs mit dem Umfeld</i>	Jede Äußerung, die den kommunikativen Austausch mit dem Umfeld darstellt	Und die von der Unterstützung waren dann einfach Gespräche. Zeit, Gespräche oder ein aufmunterndes Klopfen, Anwesenheit. (I1, Z. 663 f.)
UK 6.4.2 (induktiv)	Kein Thema <i>Unterstützung des sozialen Umfelds durch die nicht Thematisierung</i>	Jede Äußerung, die die Unterstützung des Umfelds durch die nicht Thematisierung darstellt	Das wurde dann so angenommen und man hat mich wie eine Schwangere, wie jede andere auch behandelt. (I5, Z. 502 f.)
UK 6.4.3	Positivität <i>Beschreibung der Akzeptanz der Entscheidung durch das Umfeld</i>	Jede Äußerung, die die Akzeptanz des Umfelds darstellt	Also das kuriose ist auch, dass eigentlich sehr viele sehr positiv darauf reagiert haben, dass eigentlich keiner gesagt hat, „ja wie und das macht ihr jetzt?“. (I2, Z. 509 ff.)
UK 6.5.1 (induktiv)	Ultraschall Bindung <i>Darstellung des Ultraschalls als Möglichkeit der Mutter-Kind Bindung</i>	Jede Äußerung, die den Ultraschall als Mutter-Kind Bindung darstellt	Durch diese Untersuchungen, die da dauernd sattgefunden haben, habe ich die ja ständig gesehen [...]. Ja, da ist also schon so gesehen durch diese Untersuchungen sehr viel Kontakt entstanden. (I4, Z. 601 ff.)
UK 6.5.2 (induktiv)	Hebamme <i>Beschreibung der Unterstützung durch die Hebamme</i>	Jede Äußerung, die die Unterstützung der Hebamme darstellt	Naja, und dadurch, dass die Hebamme später dazu kam, hat sich das ein bisschen ausgeglichen. Die war da einfach so der Gegenpol, „das eine ist das medizinische und das bist du,

			als Frau, als Mutter“. (I4, Z. 468 f.)
UK 7.1.1	Behaviorale Veränderung <i>Beschreibung des sozialen Rückzugs der Frauen</i>	Jede Äußerung, die den sozialen Rückzug der Frauen darstellt	Da habe ich die jüngste Tochter ganz doll geschützt und [...] so ein bisschen versteckt. Aber ich konnte einfach die Blicke in den Kinderwagen nicht gut ertragen, die neugierig waren und es wussten und sehen wollten, „wie sieht denn das behinderte Kind jetzt aus?“. (I1, Z. 957 ff.)
UK 7.2.1 (induktiv)	Elternschaft statt Partnerschaft <i>Beschreibung der Veränderung der Beziehung</i>	Jede Äußerung, die die Veränderung der Beziehung darstellt	Mit jedem Familienmitglied, das neu hinzukommt, verändert sich die Familiensituation per se und auch die Partnerschaft. [...] Also man ist halt Partner und man funktioniert auf der Elternebene oder spricht sich da ab, aber Liebespaar ist man da überhaupt nicht. (I4, Z. 704 ff.)
UK 7.2.2 (induktiv)	Konfliktpotential <i>Beschreibung des Konfliktpotentials in der Partnerschaft</i>	Jede Äußerung, die das Konfliktpotential in der Partnerschaft darstellt	Da gibt es schon den Konflikt. Die haben dann damit zu tun, dass er nicht versteht, wie ich Dinge sehe und umgekehrt. Dass wir da vielleicht auch einfach anders das ganze verarbeiten, was den jüngeren Sohn betrifft. (I3, Z. 682 ff.)
UK 7.3.1 (induktiv)	Entfernung zu Kindern durch Krankenhausaufenthalt <i>Beschreibung der Belastung durch die Entfernung zu den älteren Kindern</i>	Jede Äußerung die die Entfernung zu den älteren Kindern als Belastung darstellt	Wir waren ja über zwei Wochen in der Klinik. Das fand ich schon belastend. Und auch von dem älteren Sohn so weit weg zu sein. (I4, Z. 668 ff.)
UK 7.3.2	Neugeborenes direkt in	Jede Äußerung, die	Dann sind sie nur so gekom-

(induktiv)	medizinischer Behandlung <i>Beschreibung der Belastung der medizinischen Behandlung des Neugeborenen</i>	die Belastung der medizinischen Behandlung des Neugeborenen darstellt	men, an mir vorbei gelaufen und das war es. Und das war für mich ganz, ganz fürchterlich, weil ich ihn ja bei mir haben wollte [...]. Dann ist er auf die Intensivstation gekommen, in den Brutkasten. (I5, Z. 604 ff.)
UK 7.3.3	Benachteiligung <i>Beschreibung der Sorge vor der Benachteiligung der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, die die Benachteiligung der älteren Kinder darstellt	Man wusste ja gar nicht, wem man jetzt gerecht werden sollte. Für wen man jetzt da ist. [...] Also bis heute stecken die glaube ich unheimlich viel zurück. (I1, Z. 907 ff.)
UK 7.3.4 (induktiv)	Aufmerksamkeitssuche <i>Beschreibung der Aufmerksamkeitssuche der älteren Geschwister</i>	Jede Äußerung, die die Aufmerksamkeitssuche der älteren Kinder darstellt	Aber die mittlere Tochter hat in der Zeit viel nur Junk Food und Schokolade gegessen [...]. Danach hat sie das Essen komplett eingestellt. Also ich bin mit ihr heute in einer Verhaltenstherapie. Ich bin nicht ganz sicher, ob ich das wirklich muss. Aber der mittleren Tochter gibt es auf jeden Fall das Gefühl, dass sie wieder mehr gehört wird. Den Warnschuss habe ich schon verstanden. (I1, Z. 924 ff.)
UK 7.4.1 (induktiv)	Zurückhaltung <i>Beschreibung der Zurückhaltung des Umfelds</i>	Jede Äußerung, die die Zurückhaltung des Umfelds darstellt	Die hatten auch Berührungsängste. [...] Ja, die waren natürlich alle ein bisschen bedrückt und verhalten. (I1, Z. 953 f.)
UK 7.4.2 (induktiv)	Zeitmangel <i>Beschreibung des Zeitmangels, um das Umfeld zu sehen</i>	Jede Äußerung, die den Zeitmangel, um das Umfeld zu sehen, beschreibt	Und da ging zwischendurch auch einfach gar nichts mehr. Und manche haben dann auch gesagt, „wir haben euch gar

			nicht mehr gesehen“ und ich so, „ja, dann überlege mal wie es hätte gehen sollen“. (I2, Z. 765 f.)
UK 7.5.1 (induktiv)	Teil des Helfersystems <i>Beschreibung der Missachtung des Familiensystems</i>	Jede Äußerung, die die Missachtung des Familiensystems darstellt	Alle Hilfen richten sich jetzt auf das behinderte Kind. Da wird man aufgefangen, da wird man unterstützt [...]. Aber der Rest der Familie ist zu sehr außen vor. (I1, Z. 933 ff.)
UK 7.5.2 (induktiv)	Bürokratie <i>Beschreibung der Vielzahl an Bürokratie</i>	Jede Äußerung, die die Belastung der Bürokratie darstellt	Ich sage mal, alles was mit der Bürokratie zu tun hat, das ist belastend. (I4, Z. 754 f.)
UK 7.5.3 (induktiv)	Vielzahl an Helfersystemen <i>Beschreibung der Überforderung durch die Vielzahl an Helfersystemen</i>	Jede Äußerung, die die Überforderung durch die Vielzahl an Helfersystemen darstellt	Aber am Anfang war es mir auch zu viel, wo fast täglich jemand hier in der Wohnung war und irgendwas mit uns besprechen wollte oder uns irgendwas zeigen wollte. Ich wollte erstmal ein bisschen Ruhe haben. (I3, Z. 594 ff.)
UK 8.1.1	Persönliches Wachstum <i>Beschreibung des persönlichen Wachstums der Frauen</i>	Jede Äußerung, die das persönliche Wachstum darstellt	Und das ist glaube ich, wirklich als Mama. Was kann man plötzlich für Kräfte und Möglichkeiten mobilisieren, um dann sein Kind zu sehen. (I5, Z. 634 ff.)
UK 8.1.2	Prioritätenveränderung <i>Beschreibung der Prioritätenveränderung</i>	Jede Äußerung, die die Prioritätenveränderung der Frauen darstellt	Und da habe ich gesagt, „ja, aber du musst irgendwann auch einfach Prioritäten setzen und dann ist ein aufgeräumtes Büro nicht mehr Priorität eins, sondern dann ist Priorität eins, dass erstmal alle Kinder versorgt sind und dass man mit denen auch Zeit verbringt“. (I2, Z. 806 ff.)

UK 8.1.3	Optimismus <i>Beschreibung des Zukunftsoptimismus</i>	Jede Äußerung, die den Zukunftsoptimismus darstellt	Absolute Zuversicht. [...] Wir sind da drin, Kopf in den Sand stecken nützt dann einfach nichts. (I1, Z. 1015)
UK 8.1.4	Durchsetzungsfähigkeit <i>Beschreibung der Durchsetzungsfähigkeit</i>	Jede Äußerung, die die Durchsetzungsfähigkeit der Frauen darstellt	[...] ich habe da schon sehr stark für alles gekämpft würde ich sagen. (I5, Z. 767)
UK 8.1.5 (induktiv)	Geduld <i>Beschreibung der Geduld als Ressource</i>	Jede Äußerung, die die Geduld als Ressource darstellt	Ja, Geduld ist so eine Stärke, die ich habe. Also darin kann ich mich ganz gut üben, in Geduld mit dem jüngeren Sohn. (I3, Z. 718 f.)
UK 8.2.1	Instrumentelle Unterstützung im Alltag <i>Beschreibung der alltäglichen Unterstützung des Partners</i>	Jede Äußerung, die die alltägliche Unterstützung des Partners darstellt	Ich würde sagen, dass mein Partner mir, gerade in der Zeit, [...] einfach bei allem den Rücken frei gehalten [hat]. (I5, Z. 785)
UK 8.2.2	Kommunikativer Austausch <i>Beschreibung des kommunikativen Austauschs mit dem Partner</i>	Jede Äußerung, die den partnerschaftlichen kommunikativen Austausch darstellt	Ja und ansonsten reden auf jeden Fall. Also, dass mein Partner mir auch zuhört, wenn mich irgendwas bedrückt, was den jüngeren Sohn und mich betrifft. (I3, Z. 738 ff.)
UK 8.3.1	Eigenschaften <i>Beschreibung der Eigenschaften des Neugeborenen</i>	Jede Äußerung, die die Eigenschaften des Neugeborenen beschreibt	Dadurch, dass die jüngere Tochter so ein emotional klarer Mensch ist. Man erkennt bei ihr einfach, was abläuft, wie sie emotional drauf ist. Da muss man nichts rum spekulieren oder interpretieren. (I4, Z. 808 ff.)
UK 8.3.2	Offenheit <i>Beschreibung der Offenheit der älteren Kinder</i>	Jede Äußerung, die die Offenheit der älteren Kinder dar-	Die kamen da rein und sagten so nach dem Motto, „hey, wir wollen jetzt mal unsere

		stellt	Schwester sehen, wo ist die denn?“ [...] Also ich glaube, das war echt das schönste in der Zeit, dass sie so offen und direkt waren. (I2, Z. 713 ff.)
UK 8.3.3 (induktiv)	Bindung <i>Beschreibung der Bindung zum Neugeborenen</i>	Jede Äußerung, die die Bindung zum Neugeborenen darstellt	Dann als so Sachen wie Blickkontakt und lächeln, so die Kommunikation anfang. Das hat natürlich auch nochmal unsere Beziehung gestärkt. (I5, Z. 803 f.)
UK 8.4.1	Instrumentelle Unterstützung <i>Beschreibung der instrumentellen Unterstützung des Umfelds</i>	Jede Äußerung, die die instrumentelle Unterstützung des Umfelds darstellt	Und meine Eltern, dass sie schon aufpassen, wenn was hier ansteht [...], dass sie dann auf die ältere Tochter aufpassen. (I3, Z. 770 f.)
UK 8.4.2 (induktiv)	Akzeptanz <i>Beschreibung der Akzeptanz des Neugeborenen durch das Umfeld</i>	Jede Äußerung, die die Akzeptanz des Neugeborenen durch das Umfeld darstellt	Also ich hatte nicht das Gefühl, dass irgendeiner meinen Sohn abgelehnt hat. Also es war so, unser Kind ist jetzt da, das wurde gefeiert in unserer Familie, so wie bei jedem anderen auch und so sollte das auch sein. (I5, Z. 817 ff.)
UK 8.4.3	Kommunikativer Austausch <i>Beschreibung des kommunikativen Austauschs mit dem Umfeld</i>	Jede Äußerung, die den kommunikativen Austausch mit dem Umfeld darstellt	Also meine Freunde, dass sie nach wie vor positiv gegenüber dem jüngeren Sohn gestimmt sind und ich jederzeit mit denen reden kann. (I3, Z. 767 ff.)
UK 8.5.1	Instrumentelle Unterstützung <i>Beschreibung der instrumentellen Unterstützung der professionellen Hilfe</i>	Jede Äußerung, die die instrumentelle Unterstützung der professionelle Hilfe darstellt	[...] bei den Sozialarbeitern, ich weiß jetzt nicht ob die bei den Frühen Hilfen Sozialarbeiter waren. Aber das war ja unterstützend. Also die waren dann vier Stunden in der Woche da und da konnte ich dann immer sagen, was die machen

			sollten. (I2, Z. 791 f.)
UK 8.5.2 (induktiv)	Erfahrungsaustausch <i>Beschreibung der Selbsthilfegruppe als Erfahrungsaustausch</i>	Jede Äußerung, die die Selbsthilfegruppe als Erfahrungsaustausch darstellt	Also der Verein ist auf jeden Fall gut, weil man eben viele Tipps bekommt. (I2, Z. 911)
UK 8.5.3 (induktiv)	Unterstützung Bürokratie <i>Beschreibung der professionellen Unterstützung bei der Bürokratie</i>	Jede Äußerung, die die professionelle Hilfe bei der Bürokratie darstellt	Oder eine der Sozialpädagoginnen dort speziell hat uns geholfen, eine Familienreha zu beantragen. Dass sie dann solche Dinge mit übernehmen oder mich entlasten, indem sie sich um sowas kümmern. (I3, Z. 776 f.)
UK 8.5.4	Förderung <i>Beschreibung der Unterstützung durch Förderung</i>	Jede Äußerung, die die Unterstützung durch Förderung darstellt	Wir wussten nicht, wann wird die jüngere Tochter sprechen, wann wird sie laufen, wann wird sie essen [...]. Wir wussten nichts. Aber wir wussten, wir würden alles tun, um sie zu fördern und alles andere müssen wir auf uns zukommen lassen. (I4, Z. 590 ff.)
UK 8.5.5	Physiotherapie <i>Beschreibung der Unterstützung durch Physiotherapie</i>	Jede Äußerung, die die Physiotherapie als Unterstützung darstellt	Ich muss sagen, ich hatte auch eine ganz, ganz große Stütze in der Krankengymnastik Praxis gefunden, wo ich war. [...] Und das war für mich immer dieses ankommen. Und wenn die mir sagen, „mit der jüngsten Tochter ist alles super“, dann war für mich alles super und wenn die sagen, „oh, da müssen wir aber mal was machen“, dann gingen die Alarmglocken an. (I1, Z. 1131 ff.)
UK 9.1	Krise als positive Weiterentwicklung	Jede Äußerung, die die positive Weiterentwicklung darstellt	Auch dieser Quatsch, ich gehe erstmal vom worst case aus,

	<i>Beschreibung der positiven Weiterentwicklung aufgrund der Diagnose</i>	entwicklung der Frauen aufgrund der Diagnose darstellt	weil ich dann hinterher nicht so enttäuscht bin. So habe ich wirklich gelebt und das tue ich jetzt nicht mehr. (I5, Z. 906 ff.)
UK 9.2	Selbstwirksamkeit <i>Beschreibung der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit</i>	Jede Äußerung, die die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit darstellt	Diese Erkenntnis habe ich schon dazu gewonnen. Es war ja schon eine schwierige Lebenssituationen, aus der ich dachte, „da komme ich nicht mehr raus. Das ist eine Sackgasse“. Und dann die Erfahrung zu machen, dass es doch irgendwie weiter geht, auch wenn es erstmal gar nicht danach aussieht. Das war schon die schlimmste Zeit in meinem Leben bisher und die schwierigste Entscheidung, die ich treffen musste. Aber letztendlich ist alles positiv geworden. (I3, Z. 799 ff.)
UK 9.3.1	Gelassenheit <i>Beschreibung der Gelassenheit als dazugewonnene Ressource</i>	Jede Äußerung, die die Gelassenheit der Frauen darstellt	Ja, also wie ich schon sagte so eine gewisse Gelassenheit. (I4, Z. 937)
UK 9.3.2 (induktiv)	Wertschätzung des Lebens <i>Beschreibung der erhöhten Wertschätzung des Lebens</i>	Jede Äußerung, die die erhöhte Wertschätzung des Lebens darstellt	Und dass ich versuche, das alles ein bisschen bewusster zu nehmen. Den Luxus, den ich überhaupt habe, dieses Kind großwachsen sehen zu dürfen. Die Zeit, die ich habe mit ihr zusammen, was ein riesen Geschenk ist. (I1, Z. 1189 ff.)
UK 9.3.3 (induktiv)	Im Hier und Jetzt leben <i>Beschreibung des im Hier und Jetzt leben</i>	Jede Äußerung, die das Leben im Hier und Jetzt darstellt	Das ist auch so ein Punkt, dass ich mir denke, immer dieses in die Zukunft sehen, bringt auch viele Ängste mit sich. Wir sind

			ja jetzt im hier und jetzt und ich habe da eh keinen Einfluss drauf. Wir können unser bestes geben. (I5, Z. 932 ff.)
UK 9.3.4 (induktiv)	Toleranz <i>Beschreibung der Vergrößerung der Toleranz in der Familie</i>	Jede Äußerung, die die Erhöhung der familiären Toleranz darstellt	Vielleicht lernen sie auch ein bisschen mehr, Rücksicht zu nehmen. [...] also das sind eher, für uns zumindest, positive Sachen. Weil vielleicht das Sozialverhalten noch gestärker wird, weil noch klarer wird, dass jeder irgendeine Schwäche hat und wie egal das eigentlich ist, was man vorher denkt, aber jetzt anders fühlt. (I1, Z. 1153 ff.)
UK 10.1	Entwicklung <i>Beschreibung der Entwicklung der Kinder mit Down-Syndrom</i>	Jede Äußerung, die die Entwicklung der Kinder mit Down-Syndrom darstellt	Jetzt kommen halt die nächsten Schritte. Müssen wir mal gucken, dass sie dann mal ans Sprechen kommt. Auf der anderen Seite ist das so, jedes Kind mit Down-Syndrom hat irgendwann sprechen gelernt, glaube ich. [...] Dann kommen natürlich irgendwann auch die Themen mit Einschulung und so die Frage, welche Schule. Regelschule oder doch lieber Förderschule? Das sind so die Dinge, mit denen werden wir uns in naher Zukunft beschäftigen. (I4, Z. 952 ff.)
UK 10.2	Defizitärer gesellschaftlicher Blick herausfordernd <i>Beschreibung des herausfordernden defizitären gesellschaftlichen Blicks</i>	Jede Äußerung, die den herausfordernden defizitären gesellschaftlichen Blick darstellt	Also für mich belastend [...] ist die Angst, wie begegnet die Gesellschaft meinem Kind. [...] Es ist so immer dieses große blablabla um Inklusion.

			Aber wie viele Menschen haben wirklich Vorurteile oder Berührungängste und wissen nicht damit umzugehen oder denken, es wäre ein gesonderter Mensch. [...] Das wichtigste ist für mich, dass mein Kind glücklich ist und so selbstständig wie möglich. (15, Z. 297 ff.)
UK 10.3	Optimismus <i>Beschreibung des Zukunftsoptimismus der Frauen</i>	Jede Äußerung, die den Zukunftsoptimismus der Frauen darstellt	Ja, doch da bin ich mir ganz sicher. Das habe ich dann doch auch gelernt, was auch auf uns zukommt, irgendwie gibt es eine Lösung und wenn nicht, dann jemanden, der uns hilft. Also auf jeden Fall geht es weiter. (13, Z. 841 ff.)

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Diagnose Down-Syndrom in der Schwangerschaft – Eine Entscheidung fürs Leben: Eine qualitative Analyse subjektiver Bewältigungsstrategien“

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angaben von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Düsseldorf, den 07.12.2017

Melanie Rohde