

Hauptsache, es ist gesund!

Über die Praxis der modernen vorgeburtlichen Diagnostik und Selektion

Artikel von Dr. Bartholomeus Maris

„Hauptsache, es ist gesund!“ ist der Satz, womit viele werdende Eltern über ihr ungeborenes Kind sprechen. Natürlich wünschen sich Eltern ein gesundes Kind, aber was ist, wenn dieser Wunsch dazu führt, ein ungesundes, oder behindertes, oder wahrscheinlich krankes Kind abzutreiben?

Heute wird im Rahmen der normalen Schwangerenvorsorge bei fast allen Ungeborenen nach Krankheiten, Fehlbildungen oder „Defekten“ gesucht. Wird es morgen „als unmoralisch gelten, die Geburt von Kindern mit gravierenden genetischen Defekten zuzulassen?“ fragt James Watson (Mitentdecker der DNA-Struktur). In unsere Gesellschaft ist ein behindertes Kind juristisch gesehen schon ein einklagbarer Schaden geworden. Was wird sein, wenn Kinder ihre Eltern verklagen, weil sie nicht aufgrund einer Krankheitsveranlagung oder Behinderung abgetrieben wurden?

Die Praxis der vorgeburtliche Diagnostik scheint gesellschaftlich von großen Mehrheiten akzeptiert zu sein, sie könnte aber der Vorbote einer noch weitreichendere eugenische Technik der Reproduktionsmedizin sein.

Vorgeburtliche Diagnostik

Vorgeburtliche Diagnostik hat als Ziel, so früh wie möglich während der Schwangerschaft fest zu stellen, ob das ungeborene Kind gesund ist oder ob Krankheiten, Fehlbildungen oder Krankheitsveranlagungen fest zu stellen sind. Die meiste so gestellten Diagnosen führen nicht zu einer Therapie (weil es die nur sehr selten gibt), sie erlauben aber unter Umstände eine Abtreibung. Es handelt sich dabei z.B. um Chromosom-Störungen (z.B. Trisomie-21/Downsyndrom, Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom), offenen Rücken (spina bifida), Fehlbildungen an innere Organe (Herz, Niere, Gehirn) oder auch Stoffwechsel- und Muskelerkrankungen (Mukoviscidose, Duchenne) die ggf. gentechnisch diagnostiziert werden können.

Die zur Zeit gängige Methoden der vorgeburtliche Diagnostik sind Ultraschall, Punktion (Fruchtwasser oder Mutterkuchen) und die Blutuntersuchung der schwangeren Frau (Triple-Test).

Ultraschall gilt heute als völlig unbedenklich, obwohl immer wieder Veröffentlichungen erscheinen, die eine gewisse Einwirkung auf die sich entwickelnde Gehirnstruktur vermuten lassen. Ultraschall passt in einer Zeit, in der alles sichtbar gemacht wird, die Sphäre der „Geborgenheit in der Verborgenheit“ in der eigenen Fruchtblase wird nicht respektiert. In Deutschland wird der Ultraschall meist sehr unkritisch und bei fast jeder Vorsorgetermin eingesetzt (Baby-Kino), dabei wird nicht nur nach Größe, Lage und Herzaktion geguckt, sondern es wird auch nach bestimmten Fehlbildungen sowie Hinweiszeichen für Krankheiten oder Syndrome gesucht.

Die Fruchtwasserpunktion sowie die Chorionzottenbiopsie (Gewebepunktion aus dem Mutterkuchen) dienen der Gewinnung fetaler Zellen, die dann chromosomal und genetisch untersucht werden können. Laut den Vorsorgerichtlinien muss allen Frauen über 35 J., sowie jenen mit einem anderswie erhöhtem Risiko, eine solche Punktion angeboten werden, da vor allem das „Risiko“ der Chromosomanomalien (wie z.B. Down-Syndrom, bei dem das 21. Chromosom 3x statt 2x vorkommt) mit dem mütterlichen Alter steigt.

Zu betonen ist hier der Sprachgebrauch in diesem Zusammenhang von „Risiko“ zu sprechen, womit direkt eine negative Bewertung hereingebracht wird. Neutral wäre es, nur von der Möglichkeit zu sprechen.

Bei 0.5% der Fruchtwasserpunktionen entsteht durch den Eingriff eine Fehlgeburt. Wenn die Abtreibung als Konsequenz eines „positiven“ Befundes nicht in Frage kommt, wird deshalb meistens von dieser invasiven Diagnostik abgeraten.

Neben der Chromosom-Analyse stehen inzwischen viele hunderte Gen-Tests zur Verfügung. Hierbei wird gezielt nach einem „fehlerhaften“ Gen gesucht, das mit einer Krankheit oder Krankheitsveranlagung in Verbindung gebracht wird. Die Zahl der so diagnostizierbaren Krankheiten steigt mit der weiteren Entschlüsselung des menschlichen Genoms rasch an. Zur Zeit kann z.B. auf Mukoviscidose, Chorea Huntington (eine Krankheit, die erst zwischen 30 und 55 mit ernsthafte körperliche und seelische Symptome einsetzt), Muskeldystrophie und noch etwa 200 andere Krankheiten untersucht werden. Meistens folgt die Entscheidung, die Schwangerschaft zu beenden, wenn eine solche Chromosom- oder Genstörung gefunden wird. Trotzdem gibt es immer wieder Frauen, die sich dazu entscheiden, das Kind doch zu bekommen, auch wenn schwere Fehlbildungen vorliegen und auch wenn das Kind höchstens einige Stunden oder Tage leben wird.

Der Triple-Test ist eine statistische Risikoberechnung für Down-Syndrom und offener Rücken. Es wird dazu in der 15.-17. Woche bei der schwangeren Frau Blut abgenommen um drei Substanzen darin zu bestimmen. Aufgrund von diesem Befund kann eine Wahrscheinlichkeits-Aussage über das Vorliegen von z.B. ein Kind mit offenem Rücken oder auch Down-Syndrom gemacht werden. Da es sich nur um eine statistische Aussage handelt, gibt es häufig falsch-positive und falsch-negative Befunde. Dieser Test verursacht deshalb viele unnötige Sorgen und extra Untersuchungen zur weiteren Abklärung. Trotzdem wird er leider sehr häufig und unabhängig vom Alter eingesetzt.

Bei der sogenannten Erst-Trimester-Test wird mit Ultraschall die Nackenfalte des Ungeborenen in der 12. Woche gemessen und in Zusammenhang mit einem mütterlichen Bluttest ausgewertet. Auch hierbei geht es um eine Wahrscheinlichkeitsaussage, die aber etwas präziser als der Triple Test ist und vor allem früher durchgeführt werden kann. Es wird zur Zeit intensiv geforscht nach weitere aussagekräftige, risikoarme und vor allem früh in der Schwangerschaft einsetzbare Tests, sodass eine eventuelle Abtreibung noch vor der 12. Woche als kleiner Eingriff durchgeführt werden kann. Wird eine Diagnose erst nach einer Fruchtwasserpunktion in der 15.-16. Woche durchgeführt, dauert es meistens ca. 2 Wochen bis der endgültiger Befund da ist und Beratungen bezüglich Konsequenzen eines eventuellen ungünstigen Befundes geführt wurden. Wenn die Frau oder das Paar sich dann gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden, wird die Abtreibung frühestens in der 18. Woche sein, das heißt zu einem Zeitpunkt, wo manchmal schon Kindsbewegungen spürbar sind. Eine solche späte Abtreibung verläuft wie eine eingeleitete Frühgeburt und kann über viele viele Stunden dauern. Die seelische Wunde, die hierdurch entstehen kann, bleibt häufig sehr lange offen.

Was meistens nicht klar gemacht wird, ist dass auf diese Weise nur ein relativ kleiner Teil (ca. 10 %) der Behinderungen oder Fehlbildungen gefunden werden kann, entweder weil manche Behinderung nicht vorgeburtlich feststellbar sind, oder erst im späteren Schwangerschaftsverlauf, während der Geburt oder auch nachher auftreten. Der Satz „alles ist in Ordnung“ ist zwar beruhigend gemeint, bietet aber höchstens eine Scheinsicherheit.

Präimplantationsdiagnostik

Eine besondere Form der vorgeburtliche Diagnostik ist die Prä-Implantations-Diagnostik (PID). Diese Untersuchung ist nur möglich bei Embryonen, die in der Retorte, im Rahmen einer künstliche Befruchtung (in-vitro-fertilisation, IVF) gezeugt sind. Es werden im Sechs- oder Achtzellstadium eine oder zwei Zellen diesen Embryonen entnommen, ohne das dies nachweisbare Folgen für deren Weiterentwicklung hat. Die entnommene Zellen werden auf bestimmte Chromosom- und Genmerkmale untersucht. Nur die Embryonen, bei denen der genetische Befund unauffällig ist, wenn also die gesuchte „Defekte oder Abweichungen“ nicht gefunden werden konnten, werden dann in die Gebärmutter eingesetzt (implantiert, daher die Prä-Implantations-Diagnostik). Die Embryonen mit auffälligem oder suspektem genetischen Befund werden verworfen.

Vor allem bei bekannten vererbaren Krankheiten (Mucoviscidose) wird diese Methode empfohlen. Da von immer mehr Krankheiten die mutmaßliche genetische Basis bekannt wird, wird es immer mehr Anlässe für PID geben. Zur Zeit ist aber in Deutschland diese Methode (noch) verboten.

Europaweit wurden zwischen 1993 und 2000 bei 6465 Embryonen von 886 Paare eine PID durchgeführt. Geboren wurden 162 Kinder, davon 37 Zwillinge. Dies ergibt ein enormer Embryonenverbrauch (auf diese Weise entstehen viele sogenannte überzählige Embryonen, die ggf. für Embryonenforschung benutzt werden könnten).

Die Gegner dieser Methode sprechen sich für die Schutzwürdigkeit des ungeborenen Menschen ab dem Zeitpunkt der Befruchtung aus und gegen eine Selektion auf Grund medizinischen Diagnosen. Ausserdem befürchten sie, dass die Möglichkeit der PID einen zunehmenden Druck auf Paare ausüben kann, die Geburt eines kranken oder behinderten Kindes auf diese Weise zu verhindern, sowie das jetzt auch schon für die übliche Pränataldiagnostik zutrifft. Argumente der Befürworter sind, dass mit der gängigen Praxis des Abbruchs nach positiver vorgeburtlichen Diagnostik doch auch selektiv das Wohl der Eltern über das des Ungeborenen gestellt wird; dass mit der PID die medizinisch und emotional schwerere Fruchtwasserpunktion und später Abbruch vermieden werden kann; und dass sowohl bei der Spirale wie bei der „Pille danach“ auch ggf. einen Abbruch einige Tage nach der Befruchtung in Kauf genommen wird.

In den meisten Nachbarländer ist diese Methode erlaubt.

Gesetzlicher Rahmen

Der gesetzliche Rahmen für eine Abtreibung nach vorgeburtliche Diagnostik ist in dem 1995 revidierten §218 Abs.2 StGB geregelt. Es wird dort zwischen der Fristenlösung und der medizinischen Indikation unterschieden. Bei der Fristenlösung siegt das Selbstbestimmungsrecht der Frau über den Schutz des Ungeborenen. Bei Abtreibungen in diesem Rahmen geht es um Kinder, die ungewollt und wahrscheinlich gesund sind. Diese Kinder genießen einen gewissen gesetzlichen Schutz durch die im Gesetz festgelegte Pflichtberatung, die 12.Wochengrenze und die Selbstzahlung der Abtreibung.

Der Eingriff ist unter diesen Umstände „rechtswidrig, aber straffrei“, so lautet die gesetzliche Kompromisslösung!

Bei der medizinischen Indikation gibt es weder eine gesetzlich erwähnte Pflichtberatung, noch eine zeitliche Begrenzung (ist formal erlaubt bis zum Ende der Schwangerschaft) und außerdem zahlt die Krankenkasse (die Gesellschaft) die Kosten für Diagnostik und Abtreibung. So misst der Gesetzgeber mit zweierlei Maß: die ungewollten Kinder werden deutlich mehr geschützt als kranke oder behinderte Kinder, wenn diese als „medizinische Indikation“ abgetrieben werden.

Mit der medizinischen Indikation soll eine „Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abgewendet“ (Zitat §218) werden, wenn diese Gefahr „nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“.

Ursprünglich bezog sich diese Formulierung auf Krankheiten der Schwangeren, wenn z.B. während der Schwangerschaft ein Krebsgeschwür der Gebärmutter entdeckt wird und möglichst bald operiert werden sollte. In dem Fall darf ein ungeborenes Kind so zu sagen geopfert werden, um das Leben der Frau zu retten, daher kommt die Bezeichnung „medizinische Indikation“. Die früher noch aufgeführte „embryopathische Indikation“ (eine krankhafte Veränderung des Embryos durfte als Indikation für die Abtreibung gelten) wurde 1995 teils auf Druck der Behindertenverbände gestrichen, findet nun aber Unterschlupf bei der medizinischen Indikation.

Wenn nämlich die Frau meint, dass das Leben mit einem behinderten Kind eine schwerwiegende Bedrohung ihres seelischen Gesundheitszustandes bedeutet, ist damit die medizinische Indikation für eine Abtreibung gegeben.

Bei einer solchen Abtreibungsindikation wird das behinderte oder kranke ungeborene Kind als Gefahr für die Gesundheit der werdende Mutter darstellt, die durch eine Abtreibung abgewendet werden kann. Formal gesprochen ist das Ziel der Abtreibung in diesem Fall nicht die Tötung des Kindes, sondern die „Rettung“ der Mutter. Und genau mit dieser feigen Formulierung will der Gesetzgeber und die Ärzteschaft sich von eventuellen eugenischen Vorwürfe freigesprochen wissen. Eugenisch war die frühere embryopathische Indikation, als das kranke oder behinderte Kind selber als Grund für die Abtreibung galt. Nach der jetzige Regelung gilt die Abtreibung des kranke oder behinderte ungeborene Kind als akzeptable Nebenwirkung einer medizinischen Behandlung zur Rettung der Gesundheit der Frau.

Es ist im übrigen nie nachgewiesen worden, dass Mütter von behinderten oder chronisch kranke Kinder durch diesen Umstand in ihrem seelischen Gesundheitszustand schwerwiegend beeinträchtigt sind oder werden. Trotzdem wird in der täglichen Praxis diese medizinische Indikation auf verlogene Weise mißbraucht für die Abtreibung eines behinderten oder kranken Kindes, weil es eigentlich einfach unerwünscht ist.

„Schwangerschaft auf Probe“

Abgesehen von körperlichen Nebenwirkungen oder Risiken haben die Verfahren der vorgeburtliche Diagnostik auch Nebenwirkungen auf seelischer Ebene. So wird die Beziehung zwischen werdender Mutter und ungeborenem Kind erheblich gestört, da es sich zuerst um eine „Schwangerschaft auf Probe“ handelt. Die Frau, die eine Fruchtwasserpunktion machen lassen will, traut sich während den ersten 3-4 Monate, bis das Ergebnis „alles ist in Ordnung“ gekommen ist, nicht richtig Kontakt mit dem Kind aufzubauen, aus Angst, diesen eventuell wieder abbrechen zu müssen.

Wer etwas von vorgeburtlicher Psychologie versteht, kann ahnen, was eine solche distanzierte „Probe-Phase“ für Auswirkungen hat. Ausserdem führen Störungen in dieser Beziehung nicht selten zu psychosomatisch verursachten Komplikationen wie vorzeitige Wehen, übermäßiges Erbrechen und andere.

Das Ziel einer modernen Schwangerenvorsorge kann wie folgt formuliert werden: Wie kann der Empfang eines neuen Erdenbürgers (ein Prozess, der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umschließt) so festlich, würdig und sicher wie möglich gestaltet werden, sowohl für die Mutter wie auch für das Kind?

Das Ziel der vorgeburtliche Diagnostik dagegen ist: Wie kann bei (oder nach) dem Empfang eines neuen Erdenbürgers beurteilt werden, ob dieser wirklich willkommen ist und angenommen werden kann oder ob er wieder gewaltsam vor der Tür gesetzt werden muss. Diese beide Ziele passen nicht zusammen, das ist einer der großen Probleme der heutigen Vorsorge.

Diese unselige Verquickung von Vorsorge für schwangere Frau und ungeborenes Kind, mit der selektiven Erfassung entwicklungsabweichender Embryonen, ist von dem Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen in den Mutterschaftsrichtlinien festgeschrieben worden. Hiermit werden viele Schwangerschaftsverläufe belastet und deshalb komplizierter. Dieses nicht demokratisch zusammengestellte Gremium hat als Aufgabe fachlich-medizinische Fragen im Gesundheitssystem zu klären und entsprechende verbindliche Richtlinien zu erstellen.

Mit der Aufnahme der Pränataldiagnostik in die Routine der Schwangerenvorsorge überschreitet er eindeutig seine Kompetenz, da es sich hier eindeutig um eine gesellschaftliche und ethische Frage handelt und nicht um eine fachlich-medizinische. Jede Frau hat aber die Möglichkeit und das Recht, selber über die Gestaltung ihrer Schwangerenvorsorge zu entscheiden.

So kann und darf sie z.B. die komplette Vorsorge von einer Hebamme machen lassen und jegliche Routine-Ultraschalluntersuchung ablehnen oder ggf. nur dann, wenn eine spezielle geburtshilfliche Fragestellung (Lage oder Größe) vorliegt. Niemand braucht sich heute mehr einem bestimmten Stil ausgeliefert zu fühlen, es liegt in der eigenen Entscheidungsfreiheit, die Vorsorge so zu gestalten, wie es zu einem passt.

Gesellschaftliches Klima

Wie kommt es aber, dass trotzdem die heutige Gesellschaft einen so fruchtbaren Boden für die Verbreitung der vorgeburtlichen Diagnostik und ihre Konsequenzen bietet? Es sind anscheinend nicht nur die medizinisch-technische Angebote, sondern es ist auch das gesellschaftliche Klima, das die heutige Entwicklung möglich gemacht haben. Wie werden in unsere Gesellschaft Krankheit und Kranken akzeptiert, wie werden behinderte oder kranke Menschen erlebt? Sind es nur Elemente, die unproduktiv, störend, kostspielig und belastend für die Gesellschaft sind?

Die moderne Medizin vermittelt, dass es möglich sei, die Geburt vieler behinderter Kinder zu verhindern. Dadurch haben Schwangere jetzt die Wahl (es ist nicht länger „Schicksal“, sondern eigene Wahl), ob ein solches Kind geboren oder verhindert wird. „Kinder sind zu wichtig, um sie einem zufälligen Zusammentreffen von Eizelle und Samenzelle zu überlassen“, wird scheinheilig von Fortpflanzungsmediziner behauptet.

Von einer schwangeren Frau wird nur verlangt, dass sie entscheidet über das Leben ihres ungeborenen Kindes, über Lebenswert oder Lebensunwert.

In der Seelenverfassung einer Schwangeren, die sowieso nicht sehr entscheidungsfreudig ist, muss unter Zeitdruck über einer der schwersten ethisch-philosophischen Fragen der Kultur entschieden werden.

Die Ärzte und Politiker drücken sich vor einer Stellungnahme und sagen tolerant, dass natürlich die Frau da selber entscheiden darf und soll. Die Medizin liefere nur eine Diagnose, diese sei wertfrei, was eine Frau damit macht, sei ihre Freiheit.

Aber in Freiheit und ohne Druck kann sie nicht entscheiden, da die Einflußnahme der Umgebung, Gesellschaft, Ärzte und nicht selten auch des Partners meistens in der Richtung der Abtreibung gehen. Wenn die Reaktion auf die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom Aussagen wie „so was ist doch heute nicht mehr nötig“ sind, kann kaum noch von einer freien Entscheidung gesprochen werden.

„Ich habe dich als Mutter ausgesucht, aber ich weiß es nicht mehr.“

Mit diesem einfachen Satz (aus dem schönen Büchlein von J.Klink, „Früher als ich groß war“) erinnert sich ein dreijähriges Mädchen noch etwas von der Zeit vor der Befruchtung, bevor es sich auf dem Weg zu ihrer neuen Mutter gemacht hat, und trotzdem weiß sie es nicht mehr ...

Nachdem Berichte über Erfahrungen aus einem Leben nach dem Tod seit einige Jahrzehnten nicht mehr so tabu sind, beginnt das Leben vor der Befruchtung nun auch vorsichtig bei immer mehr Menschen eine Realität zu werden.

Wie könnte die Intention einer Menschenseele sein, kurz vor oder während ihren Weg zu einem neuen Menschenleben? Mit der Weisheit, die eine Menschenseele dann noch inne hat, übersieht sie wo möglich das auf ihr zukommende Leben in großen Zügen und erlebt das eigentliche Anliegen ihrer Reise.

Könnten wir uns vorstellen, dass ihr wichtigster Wunsch wäre „Hauptsache, ich werde gesund!“ (oder „Hauptsache, ich werden den Erwartungen und Wünschen der Anderen entsprechen“) ? Wahrscheinlich nicht.

Die Bedeutung, die Krankheit, Leid oder Behinderung in einem Leben haben können, sieht aus übergeordneter Perspektive immer anders aus, als im Moment selber. Dies gilt auch für die Bedeutung für die direkte Umgebung, die mit einem Menschen mit Behinderung lange Jahre leben werden. Die Früchte, die durch die schwere Zeiten reifen können, sind in vielen Erfahrungsberichten nach zu lesen.

Natürlich wünscht sich niemand eine Krankheit, oder ein Kind mit einer Krankheit. Die moderne medizinische Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik scheinen uns aber eine Wahl zu ermöglichen. Diese Wahlfreiheit ist nur scheinbar, da das Kind mit seiner eigenen Veranlagung (gesund, oder behindert, oder krank) schon da ist. Es war wo möglich die Entscheidung des Kindes, so auf die Welt kommen zu wollen, weil es damit was wollte. Wenn wir es so nicht wollen und es zurückschicken, ist es die Frage, ob wir damit wirklich viel Leid verhindern oder eher noch mehr verursachen.

Weiterführende Literatur:

Hemmerich F.: In den Tod geboren. Ein Weg für Eltern und Helfer bei Fehlgeburt, Abbruch, Totgeburt. 2000

Klink, J.: Früher, als ich groß war. Reinkarnationserinnerungen von Kinder.

Leeuwen C.van, Maris B.: Schwangerschaftssprechstunde, 2. Auflage, 2002

Maris, B. (Hrsg.): Die Schöpfung verbessern? Möglichkeiten und Abgründe der Gentechnik - ein Weg ohne Umkehr? 1997.

Riewenherm S.: Die Wunschgeneration. Kritisches Basiswissen zur Fortpflanzungsmedizin. 2001

Schulz, D.: Besondere Wege. Welche Bedeutung haben Kinder mit Behinderung für die Biographie ihrer Eltern? 1999.