

# Das Wunder des Neubeginns und die Entscheidungszwänge der Pränataldiagnostik

Die Schwangerschaft ist heutzutage in ein Netz der Vorsorge integriert, die die vorgeburtlichen Untersuchungen selbstverständlich beinhalten.

Prof. Dr. Silja Samerksi beschreibt in folgendem Artikel, wie diese Untersuchungen die «gute Hoffnung» untergraben, welchen Einfluss Risikoberechnungen und technische Machbarkeit auf die Schwangere haben und wie die vorgeburtlichen Untersuchungen unweigerlich zur Entscheidungsfalle führen.

Von Prof. Dr. Silja Samerksi

Meine Mutter ging vor über vierzig Jahren risikolos mit mir schwanger. Keine Ärztin und kein Arzt hat ihr das attestiert: Sogenannte »persönliche Risiken«, die Patientinnen haben können, wie einen eitrigen Zahn oder eine Blinddarmentzündung, gab es damals in der ärztlichen Praxis noch nicht. Heute dagegen steht jede Schwangerschaft im Schatten des Risikos.

**Alles, was ein Neugeborenes statistisch gesehen haben könnte, vom offenen Rücken bis zum Down-Syndrom, wird der Schwangeren als ein beängstigendes Risiko attestiert.**

Etwa drei Viertel aller Schwangerschaften landen daher in der Schublade »risikoschwanger« – obwohl meistens weder der werdenden Mutter noch dem kommenden Kind etwas fehlt. Um die Risiken »abzuklären«, wie es im medizinischen Fachjargon heißt, bieten Medizinerinnen und Mediziner den Schwangeren zahlreiche Tests an:

Mehrfacher Ultraschall ist Routine; Nackenfaltenmessung und Ersttrimester-Test zur Risikoabschätzung von Chromosomenanomalien etablieren sich als Reihenuntersuchungen; und etwa jedes 12. Kind ist vor seiner Geburt bereits durch eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie genetisch examiniert worden. Seit Kurzem ist auch der sogenannte Bluttest auf dem Markt, der verspricht, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine kindliche Chromosomenveränderung im Blut der Mutter nachzuweisen. In Zukunft, so die Vision der Pränataldiagnostik, soll dieser Bluttest den

umfassenden genetischen Checkup des Ungeborenen ermöglichen – ohne jegliches Eingriffsrisiko.

## Die Entscheidungsfalle

Die vorgeburtlichen Tests stellen einen Patienten her, dem nicht zu helfen ist. Er kann in aller Regel nicht geheilt, sondern nur abgetrieben werden.

**Die Entscheidung darüber, welche Menschen auf die Welt kommen sollen und welche nicht, unterminiert jedoch den ärztlichen Heilauftrag.**

Gesetzgeber, Politikerinnen und Politiker, Ethikerinnen und Ethiker sowie Beraterinnen und Berater pochen deshalb auf die »selbstbestimmte Entscheidung« der Schwangeren. In der Praxis ist die Wahlfreiheit jedoch gering. Die medizinische Schwangerenbetreuung stellt die Weichen so, dass der vorgeburtliche Check-up samt eventuellem Schwangerschaftsabbruch geradezu vorprogrammiert ist. Viele Schwangere haben daher das Gefühl, etwas entscheiden zu müssen, was letztlich schon entschieden ist.

»Die Pränataldiagnostik lässt für alle Beteiligten kaum noch Entscheidungsspielräume zu«, resümiert Annegret Braun, Leiterin einer unabhängigen Schwangerenberatungsstelle. Psychosoziale Beratungsangebote sollen Schwangere dazu befähigen, sich ein Stückchen der verlorenen Entscheidungsfreiheit zurückzuerobern. Doch auch diese Beratungen laufen in diesem »etablierten System Gefahr, lediglich für den reibungslosen Ablauf zu sorgen« (Braun). Haben sich die Schwangeren erst

einmal auf einen Test eingelassen, dann gibt es kein Zurück mehr. Sobald der Befund nicht das erhoffte »grüne Licht« gibt, geraten sie in eine Kaskade von weiteren Untersuchungen und Maßnahmen, an deren Ende meist der Schwangerschaftsabbruch steht. Im Routineultraschall wird eine sogenannte »Auffälligkeit« gefunden, die vielleicht gar nichts zu bedeuten hat; oder der Ersttrimester-Test resultiert in statistischen Werten, die höher sind als erwartet – eine Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit Down-Syndrom von 1:275 statt 1:750.

**Über das kommende Kind sagt eine derartige Zahl nichts. Solche Ergebnisse verwandeln die »gute Hoffnung« jedoch jäh in »schlechte Erwartung«.**

Weitere Checkups, der Feinultraschall oder die Fruchtwasseruntersuchung sollen dann »Sicherheit« bringen. Die Gesundheit des kommenden Kindes können sie jedoch auch nicht garantieren und die Angst daher auch nicht ausräumen. Wird tatsächlich eine Anomalie festgestellt, so stellt sie das Kommen des Kindes zur Disposition: Anhand der Testbefunde und Risikoberechnungen müssen die Schwangeren entscheiden, ob sie es bekommen wollen oder nicht. Sie sollen, wie es Barbara Duden pointiert formuliert hat, ihr Kind »fast wie ein Aktienpaket« behandeln, »das je nach Wachstumschancen gehalten oder abgesetzt werden soll« (Duden, 1991, S. 38).

**Die meisten Frauen sehen sich nicht in der Lage, ein Kind anzunehmen, das noch nicht da ist, aber bereits in diagnostische Schulbladen gesteckt und mit schlechten Prognosen behaftet wurde.**

Die Ungewissheit darüber, was mit dem unbekanntem Kind auf eine werdende Mutter zukommt, können Risikovorhersagen und pränatale Checkups nicht ausräumen. Sie suggerieren jedoch, mithilfe von Risikokalkulationen und Tests könnte man sich der Zukunft bemächtigen. Dieser Glaube an technische Machbarkeit stellt der Schwangeren eine Falle, die »Entscheidungsfalle«. Medizinerinnen und Mediziner stellen heute nicht nur die Tests, sondern auch den Verzicht auf Tests als entscheidungsbedürftige Option dar. Einfach auf das Kind warten und »guter Hoffnung« sein, das kann die werdende Mutter dann nicht mehr. Selbst, wenn sie ihr Kind ohne Wenn und Aber bekommen möchte, muss sie sich ausdrücklich dafür entscheiden und die vorausgesagten Risiken eingehen.

Schwangere werden heute also systematisch dazu gedrängt, ihre »gute Hoffnung« aufzugeben und sich zu einer Risikoabwägung über ihr kommendes Kind zu entschließen. Lehnen sie ein Testangebot ab, und dem Kind sollte nachher tatsächlich etwas fehlen, dann kann ihnen dafür die Verantwortung aufgebürdet werden: Denn sie waren ja über die Risiken informiert und haben entschieden.

**Historisch war Geburt der Inbegriff von Neubeginn. Ein solcher Neubeginn ist nicht planbar und berechenbar, sondern eine Überraschung. Der Verzicht auf den Glauben an technische Machbarkeit wäre eine Voraussetzung dafür, dass Schwangere wieder Mut fassen könnten zur guten Hoffnung auf einen Neubeginn.**

### Über den Artikel

Dieser Artikel ist im Jahr 2014 im Magazin »impulse« erschienen. Quelle: <https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr85-web.pdf>

Literatur bei der Verfasserin Dr. Silja Samerski, DFG-Graduiertenkolleg »Selbst-Bildungen«, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät IV, 26111 Oldenburg

### Über die Autorin

Prof. Dr. Silja Samerski, Humangenetikerin und Sozialwissenschaftlerin, Professorin für Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Gesundheit an der Hochschule Emden/Leer, Autorin.

An der kommenden, dritten interprofessionellen Fachtagung [kindsverlust.ch](http://kindsverlust.ch) »Im Spannungsfeld zwischen perinataler Palliative Care und spätem Schwangerschaftsabbruch« wird sie das Einstiegsreferat halten: Die Entscheidungsfalle: über die Zumutungen der Pränataldiagnostik.



### Kontakt kindsverlust.ch

Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit  
Belpstrasse 24  
3007 Bern

Mail: [fachstelle@kindsverlust.ch](mailto:fachstelle@kindsverlust.ch)  
Tel: 031 333 33 60