

14 Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch

14.1	Ethik der Pränataldiagnostik	223
14.2	Schwangerschaftsabbruch	225
	Literatur	230
	Weiterführende Literatur	230

»Das Wunder, das den Lauf der Welt und den Gang der menschlichen Dinge immer wieder unterbricht und vor dem Verderben rettet, das als Keim in ihm sitzt und als ›Gesetz‹ seine Bewegung bestimmt, ist schließlich die Tatsache der Natalität, das Geborensein, welches die ontologische Voraussetzung dafür ist, dass es so etwas wie Handeln überhaupt geben kann.«

Hannah Arendt

Das Kapitel vermittelt einen differenzierenden Blick auf die Pränataldiagnostik und benennt die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um von einem guten Umgang mit der Pränataldiagnostik sprechen zu können. In einem zweiten Teil wird auf das schwierige Problemfeld des Schwangerschaftsabbruchs eingegangen und erläutert, warum dieser eine besondere Herausforderung für die moderne Medizin darstellt.

Patientengeschichte (15)

Schwangerschaftsabbruch bei Wachstumsretardierung?

Eine 29-jährige Patientin hat während ihrer ersten Schwangerschaft ein HELLP-Syndrom (Schwangerschaftsgestose) entwickelt mit damals bedrohlicher Thrombopenie und Hypertonie. Diese damalige Lebensgefahr der Patientin konnte zwar abgewendet werden, aber es kam zu einer Frühgeburt. Die Patientin gebar in der ersten Schwangerschaft ein Kind in der 24. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von unter 500 Gramm. Dank der medizinischen Technik konnte das Kind damals alle Komplikationen überstehen und entwickelte sich gut. Seit Beginn der nunmehr zweiten Schwangerschaft wird die Patientin mit Antihypertensiva behandelt. In der 18. Schwangerschaftswoche stellt sich im

Rahmen einer Pränataldiagnostik heraus, dass das Kind deutlich unterversorgt ist und eine ausgeprägte Wachstumsretardierung hat. Die untersuchende Gynäkologin betont, dass das Kind höchstwahrscheinlich nicht überleben könne. Sie rät der Patientin zu einem Schwangerschaftsabbruch, da das Warten auf den Tod im Mutterleib zu belastend sei. Die Patientin lehnt einen Schwangerschaftsabbruch aus Überzeugung ab und stellt sich in einer größeren Klinik vor. Dort bestätigt man zwar die ernste Prognose für das Kind, lässt aber offen, ob ein Schwangerschaftsabbruch die richtige Entscheidung in dieser Situation sei. Die Patientin entschließt sich nach diesem Gespräch umso überzeugter, die Schwangerschaft, wenn auch unter strenger ärztlicher Beobachtung, fortzusetzen.

Die weitere Entwicklung der Schwangerschaft verläuft zunächst unter medikamentöser Behandlung komplikationslos. In der 22. Schwangerschaftswoche muss aber aufgrund der schlechten Versorgungslage des Kindes ein Kaiserschnitt vorgenommen werden, um zu verhindern, dass das Kind im Mutterleib verstirbt. Das Kind kommt mit einem Geburtsgewicht von 430 Gramm auf die Welt, muss beatmet und im Inkubator versorgt werden. Die Überlebenschance ist gering, aber es besteht zumindest eine kleine Hoffnung, dass das Kind auf Dauer gerettet werden könnte, zumal sich das erstgeborene Geschwisterkind auch so gut entwickelt hatte. Das Bild sieht zunächst stabil aus, aber am dritten Tag verschlechtert sich der Befund dramatisch. Man entscheidet sich schließlich, auf weitere Maßnahmen zu verzichten, und ermöglicht dem Kind, in Ruhe zu sterben. Die Eltern nehmen mit großem Schmerz von dem Kind Abschied, empfinden aber – im Hinblick darauf, dass eine dritte Schwangerschaft bei der Konstellation geradezu ausgeschlossen scheint – die drei gelebten Tage mit ihrem Sohn als große Bereicherung.

Kommentar

Diese Patientengeschichte zeigt die Janusköpfigkeit der Pränataldiagnostik deutlich auf. Die Möglichkeit der Pränataldiagnostik ist für diese Patientin sicher von großem Wert gewesen; ohne eine solche Diagnostik hätte sich das Kind womöglich in einer noch bedrohlicheren Situation befunden. Ferner ermöglichte die Diagnostik der Patientin, ein realistisches Bild der zu erwartenden Komplikationen zu gewinnen. Auf der anderen Seite hat allein die Existenz der Diagnostik ihr eine Entscheidung abgenötigt, die ohne Diagnostik überhaupt nicht hätte gefällt werden müssen: die Entscheidung, ob dieses Kind weiterleben oder ob sein Leben frühzeitig aktiv beendet werden soll. Diese Patientin hat sich entschieden der ärztlichen (!) Empfehlung eines Schwangerschaftsabbruchs widersetzt; die Geschichte

macht jedoch deutlich, wie leicht es geschehen kann, dass Betroffene in die Entscheidung eines Abbruchs hineingedrängt werden, wenn sich in der vorgeburtlichen Untersuchung Negativbefunde häufen. Was ohne Pränataldiagnostik faktisch der Fall gewesen wäre (nämlich, dass das Kind so lange lebt, wie es leben kann), wird mit der möglichen Diagnostik zur persönlichen Wahlentscheidung.

Der Ausgang dieser tragischen Patientengeschichte zeigt, welchen Unterschied es macht, ob man selbst ein Kind tötet oder ob man ein Kind sterben lässt. Dieses Paar hat sich überzeugt dafür entschieden, den weiteren Verlauf abzuwarten und es der Natur, dem Schicksal oder Gott zu überlassen, ob das Kind weiterleben darf oder nicht. Der ärztlich angeratene Schwangerschaftsabbruch hätte zumindest dieser Mutter enorme Schuldgefühle aufgebürdet und hätte ihr zugleich die Erfahrung verwehrt, ihr eigenes Kind, wenn auch nur für wenige Tage, erleben zu dürfen.

14.1 Ethik der Pränataldiagnostik

Sinnvolle Pränataldiagnostik ist Bestandteil einer guten Frauenheilkunde. Sie erfüllt mehrere wichtige Funktionen. Zum einen dient sie dazu, Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen, um damit gegebenenfalls eine Frühbehandlung des Kindes zu ermöglichen. Ferner dient sie bei richtiger Handhabung dazu, die Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren abzubauen und sie auf den weiteren Verlauf der Schwangerschaft vergewissernd einzustimmen. Es gehört also zur Sorgfaltspflicht des Arztes, die Pränataldiagnostik anzubieten. Trotzdem hat sie ihre Schattenseiten. Diese Schattenseiten ergeben sich aber nicht aus der Pränataldiagnostik per se, sondern resultieren genau genommen aus ihrer Handhabung. Je mehr nämlich das Durchmustern des Ungeborenen zur Routine wird und je detaillierter die Informationen sind, die man über das Kind bekommt, desto eher wird das Gegenteil dessen erreicht, was eine sinnvolle Pränataldiagnostik bewirken sollte. Denn bei einer unreflektierten oder schematischen Handhabung führt die Pränataldiagnostik nicht zu der erwünschten Vergewisserung, sondern allzu oft zu einer Verunsicherung der Schwangeren. Dies kann zu einer schweren Belastung werden, und nicht selten führt die kleinste diagnostische Unsicherheit zur Beendigung einer Schwangerschaft (Hepp 2002).

Mit dem neuen Gendiagnostikgesetz, das am 1. Februar 2010 in Kraft getreten ist, wurde speziell die genetische Pränataldiagnostik umfassend gesetzlich geregelt (vgl. Eberbach 2010). Der Blick auf diese Bestimmungen ist wichtig, weil in der Öffentlichkeit – und auch in der Medizin – die genetische Pränataldiagnostik zuweilen als Dienstleistung auf Wunsch betrachtet wird. Dies ist jedoch nicht die gesetzliche Grundlage. So wird in § 15 Abs. 1 des Gendiagnostikgesetzes festgeschrieben, dass eine vorgeburtliche Gendiagnostik nur zulässig ist, wenn ein medizinischer Zweck vorliegt, d. h., dass man für eine Chorionzottenbiopsie (Gewebeentnahme am »Mutterkuchen«) oder eine Fruchtwasseruntersuchung eine medizinische Indikation braucht. Ferner ist die vorgeburtliche Gendiagnostik nur für die Fälle zulässig, in denen der Genbefund die Gesundheit des Fetus während der Schwangerschaft oder kurz danach gefährden könnte. Die Untersuchung müsste also auf jene Fälle beschränkt bleiben, bei denen sich eine therapeutische Option aus dem Testergebnis ableiten ließe. Eine Testung auf eine sich spät manifestierende genetische Erkrankung ist ausdrücklich gesetzlich verboten.

Die Kehrseite der für sich genommen segensreichen Pränataldiagnostik zeigt sich also dort, wo der Zustand der guten Hoffnung, wie man die Schwangerschaft früher genannt hat, zum Problemzustand wird. Mit einer unreflektierten Handhabung der Pränataldiagnostik wird der Verlust eines unbefangenen Umgangs mit der Schwangerschaft erreicht, was nicht selten dazu führt, dass die Schwangerschaft gedanklich in zwei Phasen eingeteilt wird: Zunächst kommt eine Schwangerschaft auf Vorbehalt, die erst nach einer unauffälligen Pränataldiagnostik zur akzeptierten Schwangerschaft wird. Schon daraus wird deutlich, welche hohe Verantwortung der Arzt zu tragen hat, wenn er Pränataldiagnostik durchführt. Denn bereits über die Art und Weise, wie er die Befunde vermittelt, wird er die Entscheidung der Schwangeren zum Schwangerschaftsabbruch oder zum Austragen entscheidend mitprägen. Eine ethische Verantwortung der modernen Medizin wäre es, ihren Teil dazu beizutragen, dass die Unbeschwertheit des Schwangerseins nicht komplett aufgegeben wird.

■ **Fazit:** Die Pränataldiagnostik ist grundsätzlich sinnvoll. Sie kann sich aber bei unreflektierter oder schematischer Handhabung negativ auf die Einstellung der Mutter zum Kind auswirken und dann zum vorschnellen Schwangerschaftsabbruch führen. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass der Arzt die Diagnosestellung ohne eigene (negative) Wertung vornimmt und sich im Gespräch darüber im Klaren bleibt, dass seine Aufgabe