

**Universität Passau
Katholisch-Theologische Fakultät**

**Diplom-Ergänzungsstudium
Caritaswissenschaften und Angewandte Theologie**

**Pränataldiagnostik
aus sozioethischer und caritastheologischer Sicht**

Diplomarbeit

Prof. Dr. Isidor Baumgartner

**WS 2005/2006
Passau, im Dezember 2005**

vorgelegt von:
Matthias Wagner
Altenstein 21
94234 Viechtach
Matrikelnummer: 41810

Die Maßnahmen

Die Faulen werden geschlachtet,
die Welt wird fleißig.

Die Häßlichen werden geschlachtet,
die Welt wird schön.

Die Narren werden geschlachtet.
die Welt wird weise.

Die Kranken werden geschlachtet,
die Welt wird gesund.

Die Alten werden geschlachtet,
die Welt wird jung.

Die Traurigen werden geschlachtet,
die Welt wird lustig.

Die Feinde werden geschlachtet,
die Welt wird freundlich.

Die Bösen werden geschlachtet,
die Welt wird gut.

(Erich Fried)

Pränataldiagnostik aus sozialetischer und caritastheologischer Sicht

Einleitung	4
1. Sehen	5
a. Begriffsdefinition.....	5
b. Geschichte	7
c. Methoden der PND	9
1. Bildgebende Verfahren – Ultraschall	9
2. Blutuntersuchungen.....	11
3. invasive Verfahren	12
d. Praxis der PND (Statistik)	15
e. Rechtliche Situation.....	18
1. Mutterschafts-Richtlinien.....	18
2. Strafgesetzbuch	19
3. Schwangerschaftskonfliktgesetz	21
4. Grundgesetz.....	22
5. Haftungsrecht	23
2. Urteilen - Sozialetische Analyse anhand der Grundprinzipien	25
a. Personalität	27
b. Gemeinwohl	31
c. Solidarität.....	34
d. Subsidiarität.....	36
e. Gerechtigkeit	40
f. Nachhaltigkeit	43
3. Handeln - Caritastheologische Sicht – Hilfe für Schwangere und die Angehörigen	46
a. Strukturelle, kontextuelle und institutionelle Interessengruppen	46
1. Die Enquete-Kommission und der nationale Ethikrat.....	47
2. Die Christlichen Kirchen.....	50
3. Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik.....	53
4. Mediziner	55
b. Projekte / Initiativen	56
c. Konkrete Begleitung - Beratung.....	57
Schluss	61
Literatur	63

Einleitung

Als Sozialpädagoge an der staatlich anerkannten Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen am Landratsamt Regen bin ich mit Pränataldiagnostik immer wieder im Rahmen der Beratung schwangerer Frauen und deren Partnern befasst.

Im Bereich der Pränataldiagnostik gibt es sehr viele Wünsche und Hoffnungen, die aber - und da möchte ich der folgenden Arbeit nicht vorwegreifen - leider bzw. Gott sei Dank unerfüllt bleiben.

Zudem bestehen auch sehr viele Ängste und Vorurteile, die ebenfalls mitbeleuchtet werden sollen.

Der Wunsch nach einem gesunden Kind ist verständlich; warum sollte man sich auch ein krankes, geschädigtes, verkrüppeltes Kind wünschen?

In der nun folgenden Auseinandersetzung mit dem Thema Pränataldiagnostik geht es mir um die grundlegende sozialetische Sicht; konkrete Fallbeispiele aus meiner Praxis werde ich nicht mit einbringen.

Für die Herangehensweise an diese Thematik werde ich mit dem Modell der Christlichen Sozialethik als Leitfaden arbeiten.

Im Dreischritt: Sehen – Urteilen – Handeln soll das umfassende Gebiet der Pränataldiagnostik beobachtet, bewertet und schließlich Handlungsoptionen herausgearbeitet werden.

Aus Sicht der Praktischen Theologie würde man diese Vorgehensweise mit dem Dreischritt: Kairologie – Kriteriologie – Praxeologie beschreiben.

1. Sehen

Im ersten Teil soll nun ein kurzer Überblick über den derzeitigen Stand der Pränataldiagnostik gegeben werden.

Um einen Eindruck zu bekommen, worum es sich bei der Pränataldiagnostik konkret handelt, ist es wichtig, vorab die Fachbegriffe zu erklären, die in diesem Bereich vorhanden sind bzw. verwendet werden.

a. Begriffsdefinition

Der Begriff „prae“ stammt aus dem Lateinischen und kann mit der deutschen Vorsilbe „vor“ übersetzt werden. „Natus“ stammt ebenfalls aus dem Lateinischen und heißt im Deutschen Geburt.

Die Bezeichnung Diagnose kommt aus dem Griechischen (diagnossi = Durchforschung). Der Begriff wird in der Medizin schon seit jeher verwendet.

Zur Pränataldiagnostik gehört jede Art von Schwangerenvorsorgeuntersuchung.

Der Begriff der Pränataldiagnostik wird in Fachkreisen abgekürzt als PND.

Es ist wichtig zu wissen, dass kaum eine Frau, die ein Kind in sich trägt, sich einer dieser Untersuchungen entziehen kann, außer wenn sie nicht in ärztlicher Betreuung ist. Zumindest die Ultraschalluntersuchung ist bereits seit langem Standard¹ und wird auch im Mutter-Pass² als selbstverständlich erachtet (erste Untersuchung zur Errechnung des genauen Geburtstermins).

Es soll hiermit verdeutlicht werden, wie normal und scheinbar selbstverständlich³ diese Art der Vorsorgeuntersuchung angewendet wird. Kaum ein Gynäkologe oder eine schwangere Frau stellen sie in Frage.

Zusätzliches Wissen um den Schwangerschaftsverlauf wird hauptsächlich als Absicherung, ein gesundes Kind im Mutterleib zu tragen, empfunden. Der Ultraschall (das erste Foto des eigenen Kindes) kann zur frühen emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind führen.

1 Mutterschafts-Richtlinien, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, zuletzt geändert am 24. März 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 126 vom 11. Juli 2003.; Nr. A.5

² wie Anm.1, Nr. H

³ Kühn Dorothea, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND)“, Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/247

Gleichzeitig kann alleine der Umstand, dass es sich um eine Untersuchung handelt, dazu beitragen, dass Spekulationen auftreten.

Die Bundesärztekammer nennt als Ziele der Pränataldiagnostik:

- Störungen der embryonalen und fetalen Entwicklung zu erkennen,
- Durch Früherkennung von Fehlentwicklungen eine optimale Behandlung der Schwangeren und des (ungeborenen) Kindes zu ermöglichen,
- Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren zu objektivieren, abzubauen und
- Schwangeren Hilfe bei der Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft zu geben.⁴

Die katholische und evangelischen Kirche in Deutschland haben im Jahre 1997 die PND folgendermaßen definiert:

„Pränatale Diagnostik umfasst alle diagnostischen Maßnahmen, durch die Erkrankungen oder Fehlentwicklungen des ungeborenen Kindes vorgeburtlich erkannt und gegebenenfalls ausgeschlossen werden können. Sie setzt im weitesten Sinne mit jeder Schwangerenvorsorgeuntersuchung ein, die jeder Frau angeboten wird, und dient ausschließlich der individuellen Betreuung von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und bei der Geburtsvorbereitung. Ziel aller pränatalen Diagnostik ist es, durch geeignete Untersuchungsverfahren Entwicklungsstörungen zu erkennen, durch Früherkennung eine optimale Behandlung der Schwangeren und des ungeborenen Kindes zu gewährleisten, Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren zu objektivieren oder abzubauen.“⁵

Im folgenden soll nun kurz auf die Geschichte der PND und dann auf die einzelnen Methoden eingegangen werden.

⁴ Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 9, S. A583

⁵ Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Wie viel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin, Gemeinsames Wort der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Woche für das Leben 1997: "Jedes Kind ist liebenswert. Leben annehmen statt auswählen.", Gemeinsame Texte 11, 1997. S. 8

b. Geschichte

Bis zum 17. Jahrhundert war man der Meinung, dass die Zeugung im wesentlichen Sache des Mannes sei. Die Frau wurde im gesamten Fortpflanzungsmechanismus nur als passiv betrachtet. Erst die Entdeckung der weiblichen Eierstöcke und der daraus resultierenden Annahme, dass es doch von beiden, Mann und Frau, abhängt, führte zur Entstehung der Vererbungslehre. Der wohl bekannteste Vertreter ist Georg Mendel, der die Vererbung systematisch erforschte. 1953 wurde die DNA (Desoxyribonukleinsäure) mit samt der Doppelhelixstruktur entdeckt, was wiederum zur Entstehung weiterer medizinischer Fachgebiete führte.

Die Pränataldiagnostik ist noch ein sehr junges Fachgebiet in der Medizin, wenn bedacht wird, dass sie erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert entstand.

Die naturwissenschaftlichen Fortschritte und technischen Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass man heute bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt des menschlichen Lebens Aussagen über die Gesundheit des werdenden Menschen treffen kann.

Aufgrund dieser Entwicklungen in der Pränatalmedizin wurde im Jahre 1974 das „Risikokzept“ in die Schwangerenvorsorge eingeführt. Vier Jahre später wurde das „genetische Altersrisiko“ in die Vorsorge aufgenommen. Seither wird Frauen ab 35 Jahren eine Fruchtwasseruntersuchung empfohlen.

Seit 1995 sind drei Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft vorgesehen.⁶

In den Achtziger Jahren entstanden die sog. „Einbecker Empfehlungen“. Es fanden sich Mediziner, Theologen und Humangenetiker zusammen und legten fest, wann eine ärztliche Intervention zum Lebenserhalt behinderter Neugeborener nicht mehr nötig ist.

Es handelt sich um eine Auflistung von Behinderungsarten bzw. von Säuglingen mit bestimmten Behinderungen, die „liegen gelassen werden sollen“.

Die Mutterschaftsrichtlinien haben die vorgeburtliche Diagnostik in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen. Diese werden später genauer beschrieben.

Verwiesen wird auf die nun folgende Tabelle, die die Geschichte der PND kurz zusammenfasst:

⁶ Vgl. Anm. 1, Nr. A.5

1950er	Korrekte Bestimmung der Chromosomenzahl
1961	Contergan-Skandal: Geburt von Kindern mit Schädigungen nach Einnahme des Schlafmittels Thalidomid Erste Humangenetik-Institute an deutschen Universitäten errichtet
1964 bis 1972	Bundesweites Projekt der Dt. Forschungsgemeinschaft (DFG): Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung: Systematische Untersuchung von 20.000 Frauen während ihrer Schwangerschaft und ihrer Kinder bis zum dritten Lebensjahr; Ergebnis: ca. 4% der Kinder haben angeborene Behinderungen/Beeinträchtigungen. Hinweise auf ein Altersrisiko der Frau. Folge: Empfehlung, Schwangere laufend zu überwachen (Abschlussbericht 1977)
1966	Novellierung des Mutterschutz-Gesetzes und Einführung der Mutterschaftsrichtlinien (MSR), seitdem ist Vorsorge Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen, zu der nur Ärzte und Hebammen berechtigt sind; Ziel: Senkung der Erkrankungs- und Sterbeziffern der Neugeborenen
1968	Erstmalige pränatale Diagnose einer Trisomie 21
1969	Erste Veröffentlichung zum Ultraschall
1970	Erste Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese=AZT) in der BRD (Ulm)
1971-1975	Modellprogramm "Humangenetische Beratung" in Marburg und Frankfurt/M., finanziert durch VWStiftung und BMJFG
1973-1978	DFG-Schwerpunktprogramm zur pränatalen Diagnostik genetisch bedingter Defekte: schuf die wissenschaftlichen Voraussetzungen zur routinemäßigen Anwendung der AZT und in Folge deren Einsatz in der Schwangerenvorsorge
1973-1978	7000 Fruchtwasserpunktionen, davon 3000 wegen Altersindikation
1974	Risikokonzept in die MRS: 52 definierte Risiken; ein definiertes Risiko berechtigt zu weiteren Untersuchungen der schwangeren Frau
1975	§ 218-Reform: Indikationsregelung; Schwangerschaftsabbruch aus embryopathischer Indikation ist bis zur 24.SSW möglich
1978	Genetisches Altersrisiko wird in die MRS aufgenommen mit der Empfehlung, Frauen ab 39 zur Fruchtwasseruntersuchung zu raten
1979	Aufnahme des Ultraschall-Screening (2x) in die MRS
1980er Jahre	Empfehlung in DFG-Studie, PND ab 35 durchzuführen Fetoskopie, Nabelschnurpunktion, Chorionbiopsie entwickelt Bis Mitte der 80iger Fruchtwasseruntersuchung zu 80% wegen Altersindikation, seitdem stetiger Anstieg der sog. Angst-Indikation und Folgeuntersuchungen nach Ultraschall; ein sog. spezifisches genetisches Risiko liegt nur bei wenigen Frauen vor
1984	Bundesforschungsministerium finanziert einen Forschungsverbund zur Entwicklung molekulargenetischer Analysen des menschlichen Genoms
1990	42 humangenetische Institute mit molekulargenetischem Angebot
1984	AFP (Alpha-Fetoprotein) im Blut oder Fruchtwasser
1988	Triple-Test
1995	Änderung der MRS: 3x Ultraschall bei schwangeren Frauen fast 62.000 invasive PND und rd. 34.000 humangenetische Beratungen bundesweit durchgeführt
1995	Reform des § 218: Beratungsregelung, Wegfall der embryopathischen Indikation, keine Fristbegrenzung bei der med. Indikation
1996	Aufnahme des NT-Screening in den Mutterpass
1999	Kombination von NT-Screening und Bluttests
2000	Seit Jahren werden genetische Tests an fetalen Zellen aus dem mütterlichen Blut erforscht; Tendenz in der PND: hin zu Vorselektion durch nicht invasive Methoden, dadurch früherer Beginn, höhere Effektivität, höhere Akzeptanz, Verteilung der PND auf alle Altersstufen

(M. Heider; M. Kurmann; A. Waldschmidt)⁷

⁷ Heider M., Kurmann M., Waldschmidt A., Pränataldiagnostik in der Schwangervorsorge in: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik: Rundbrief 13, 2002, S.5

c. Methoden der PND

In der PND wird grundsätzlich zwischen ungezielten und gezielten Verfahren unterschieden. Die ungezielten Untersuchungen dienen der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge. Bei den gezielten wird, wie der Name schon sagt, gezielt nach Auffälligkeiten gesucht.

Eine weitere Unterscheidung der Untersuchungen wird vorgenommen, indem von nichtinvasiven und invasiven Untersuchungen gesprochen wird. Bei den nichtinvasiven Methoden kommt es, im Gegensatz zu den invasiven Methoden, zu keinem Eingriff in das Mutter-Kind-System.

Generell kann von einem Stufenmodell ausgegangen werden, d.h. es kommt zuerst immer zur Anwendung der nichtinvasiven Methoden. Erhärtet sich der Verdacht einer Diagnose, werden die invasiven Methoden durchgeführt.

Im folgenden werden zuerst die nichtinvasiven, dann die invasiven Methoden vorgestellt.

1. Bildgebende Verfahren – Ultraschall

Bei der Ultraschalluntersuchung werden mittels eines Schallkopfes Schallwellen ausgestrahlt. Diese werden resorbiert und stellen dann ein Bild auf einem Monitor dar.⁸

Mit diesem Verfahren können sichtbare Fehlbildungen des Embryos erkannt werden.

Diese Untersuchung zeichnet sich dadurch aus, dass kein Risiko für die Mutter und das Kind besteht.

Diese Untersuchungsmethode fand nicht nur in der Schwangerenvorsorge Einzug, sondern wird in der Inneren Medizin standardmäßig angewendet.

Die Ultraschalluntersuchung wird in der Regel dreimal während der Schwangerschaft durchgeführt. Sie ist im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien verankert; es findet in der 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche eine Untersuchung statt.⁹

Bei der ersten Ultraschalluntersuchung ist die Herzaktivität des Kindes bereits deutlich sichtbar. Es wird der Geburtstermin festgelegt und Mehrlingsschwangerschaften können

⁸ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Faltblatt Pränataldiagnostik: Beratung, Methoden und Hilfen, Köln 2/2002 Bestellnummer: 13625100.

⁹ wie Anm. 1, Nr. A.5

entdeckt werden. Es wird auf eine ausgeprägte Flüssigkeitsansammlung im Nacken geachtet. Dies kann ein Hinweis auf eine Entwicklungsstörung sein.

Bei der zweiten Ultraschalluntersuchung sind bereits alle Organe des Kindes zu erkennen. Sollten ungewöhnliche Fruchtwassermengen oder Auffälligkeiten beim Kind erkennbar sein, so wird eine weitere Diagnostik empfohlen.

Bei der dritten Ultraschalluntersuchung wird das Wachstum des Kindes, seine Lage, der Sitz der Plazenta, und die Menge des Fruchtwassers untersucht.

Spezielle Ultraschalluntersuchungen:

- Beim vaginalen Ultraschall wird der stabförmige Schallkopf in die Scheide eingeführt. Dieser wird vor allem in der frühen Schwangerschaft angewendet.¹⁰
- Eine Variante der Ultraschalluntersuchung ist die Nackentransparenzmessung, bei der eine Aussage über das Vorliegen einer Chromosomenveränderung getroffen werden kann. In der 10.-12. Woche, wenn das Scheitelsteißbein eine Länge von ca. 9 cm hat, wird diese Untersuchung durchgeführt. Es gibt auch gesunde Embryonen mit einer erhöhten Nackendichte, so dass nur eine Wahrscheinlichkeitsaussage getroffen werden kann.¹¹ Zusammen mit den Blutuntersuchungen spricht man hier auch von den Ersttrimesteruntersuchungen.
- Mit dem Organ-Ultraschall oder Großen Ultraschall (20.-22. SSW) können die Organentwicklung und das Wachstum des Kindes untersucht werden. Mit der Farbdoppler-Sonographie lassen sich durch optische und akustische Darstellung mögliche Herzfehler diagnostizieren und die Blutversorgung in der Gebärmutter und Nabelschnur kann überprüft werden.¹²

Die Ultraschalluntersuchungen sind in den Mutterschaftsrichtlinien sehr genau beschrieben.

¹⁰ vgl. Anm. 8

¹¹ vgl. Anm. 8

¹² vgl. Anm. 8

2. Blutuntersuchungen

AFP-Test

Der AFP (Alpha-Feto-Protein)-Test wird in der 16.-19. SSW durchgeführt. Dabei wird der Eiweißwert im Blut der Mutter gemessen. Ist dieser erhöht, so steigt das Risiko für eine chromosomale Anomalie, insbesondere Trisomie (v.a. Morbus Down). Liegt der Wert niedriger als der Normwert so besteht ein erhöhtes Risiko für einen Neuralrohrdefekt, z.B. ein offener Rücken (spina bifida occulta bzw. aperta).¹³

Triple-Test

Es werden drei Eiweißwerte im mütterlichen Blut (Alpha-Fetoprotein, Choriongonadotropin, Östriol) gemessen. Anhand dieser Werte wird das Risiko für Veränderungen am Embryo abgeschätzt. Eine Chromosomenanomalie kann dabei nicht festgestellt werden. Der Test ist nicht sehr aussagekräftig und liefert kein sicheres Ergebnis. Erst nach der 15. SSW liefert der Test ein verwertbares Ergebnis. Mit dem Testergebnis kann nur eine rein statistische Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Veränderung im negativen Sinne bzw. für ein gesundes Kind ermittelt werden.¹⁴

PAPP-A und Beta-HCG-Bestimmung

Bei dieser Untersuchung (11-13. SSW) wird das Schwangerschaftseiweiß PAPP-A (Pregnancy associated plasma protein A) und das Schwangerschaftshormon Beta-HCG (Beta Human Choriongonadotropin) gemessen. Mit dem Ergebnis kann die Nackentransparenzmessung ergänzt werden, weil die Wahrscheinlichkeit (rein statistisch) für ein Kind mit Down-Syndrom zuverlässiger ermittelt werden kann.¹⁵ Diese Untersuchung ist als Ersttrimester-Untersuchung bekannt. In der Zukunft wird ein großer Fortschritt erwartet, um die Pränataldiagnostik aus dem zweiten Drittel in das erste Drittel der Schwangerschaft vorzuverlegen.

¹³ vgl. Anm. 8

¹⁴ vgl. Anm. 8

¹⁵ vgl. Anm. 8

3. invasive Verfahren

Wie die Bezeichnung „invasiv“ (vom lat. *invadere* = eindringen (gewaltsam)) zeigt, handelt es sich um Verfahren, bei denen nicht nur beobachtet, sondern zur Diagnostik aktiv eingegriffen wird.

Diese Methoden werden in der Regel nur dann durchgeführt, wenn die nichtinvasiven Tests bei der Risikoabschätzung ein erhöhtes Risiko für eine Normabweichung ergeben. Eine Beratung durch den behandelnden Arzt sollte jeder invasiven Diagnostik vorausgehen.

Fruchtwasseruntersuchung

Bei der Fruchtwasseruntersuchung wird durch eine Fruchtwaspunktion (Amniozentese) Fruchtwasser entnommen. Diese Untersuchung wird in der 14.-20. SSW durchgeführt. Seit kürzerem wird auch in Ausnahmefällen eine Frühamniozentese ab teilweise der 11. SSW durchgeführt. Durch einen Nadelstich mit einer Hohlnadel (0,7 mm) wird unter Ultraschall (Freihandtechnik) in die Bauchdecke der Schwangeren gestochen und Fruchtwasser entnommen. Dieses beinhaltet Zellen von Haut und Harntrakt des Kindes.

Danach wird eine Chromosomenkultur aus Amnionzellen angelegt und das AFP (Alphafetoprotein) gemessen. Des Weiteren kann eine Infektionsdiagnostik (z.B. Toxoplasmose) und im höheren Gestationsalter eine Insulinbestimmung durchgeführt werden.¹⁶ Der endgültige Befund ist nach 2-3 Wochen zu erwarten.

Mittlerweile gibt es den FISH-Test (Fluoreszenz in situ Hybridisierung), eine Fluoreszenz-Technik, die bereits nach 1-2 Tagen eine Aussage über die Chromosomen 13, 18 und 21 und die Geschlechtschromosomen macht.¹⁷ Es wird aber in jedem Fall eine Kultur angelegt, weil erst diese ein genaues Ergebnis liefert.

Seit kurzer Zeit kann mit den Zellen, die bei einer Amniozentese gewonnen werden auch ein pränataler Vaterschaftstest durchgeführt werden.

¹⁶ vgl. Anm. 8

¹⁷ vgl. www.genetik-regensburg.de/amniozentesen.htm

Durch die Amniozentese kann Folgendes diagnostiziert werden¹⁸:

- Chromosomenabweichungen
- Neuralrohrdefekte
- nach der DNA-Analyse können vererbte Krankheiten und Behinderungen festgestellt werden, z.B. Muskel- und Stoffwechselerkrankungen.

Bei der Amniozentese liegt das Fehlgeburtsrisiko bei ca. 0,5-1%.

Chorionzottenbiopsie

Unter Ultraschallsicht wird, entweder analog der Fruchtwasserpunktion durch die Bauchdecke der Schwangeren gestochen oder durch transvaginalen Zugang: hierbei wird Gewebe aus der Vorform der Plazenta (Chorion) entnommen. Diese Zellen bilden sich ab der vierten Schwangerschaftswoche und breiten sich dann aus. Die Zellen, die entnommen werden, sind vital und können daher sofort einer ersten Diagnostik zugeführt werden.

Die Untersuchung ist ab der 11. SSW möglich, transvaginal noch etwas früher. Ein erster Befund liegt bei dieser Untersuchung bereits nach wenigen Tagen vor. Es wird jedoch immer eine Kultur angelegt, die nach 2-3 Wochen in der Regel (in 98% der Fälle) das erste Ergebnis bestätigt. Bei 2 % der Fälle wird das Ergebnis nicht bestätigt; es liegt ein sogenannter „Mosaik-Befund“ vor, der noch genauer untersucht werden muss.

In diesen Fällen wird in der Regel eine Amniozentese angeraten.

Mit den Zellen die bei einer Chorionzottenbiopsie gewonnen werden kann ein pränataler Vaterschaftstest durchgeführt werden.

Durch die Chorionzottenbiopsie kann Folgendes diagnostiziert werden¹⁹:

- Chromosomenabweichungen
- nach der DNA-Analyse können vererbte Krankheiten und Behinderungen festgestellt werden, z.B. Muskel und Stoffwechselerkrankungen.

Bei der Chorionzottenbiopsie liegt das Fehlgeburtsrisiko bei ca. 0,5-2%. Es variiert je nach Methode.

¹⁸ vgl. Anm. 8

¹⁹ vgl. Anm. 8

Nabelschnurpunktion

Die Nabelschnurpunktion (Chordozentese) wird ab der zweiten Hälfte der Schwangerschaft (18.-20. SSW) durchgeführt. Unter Ultraschallsicht wird mit einer Hohlnadel die Nabelvene punktiert und fetales Blut gewonnen. Es findet dann eine Anämiediagnostik, Blutgruppenbestimmung und Infektionsdiagnostik statt.

Durch die Chordozentese kann Folgendes diagnostiziert werden²⁰:

- Chromosomenabweichungen
- Neuralrohrdefekte
- nach der DNA-Analyse können vererbte Krankheiten und Behinderungen festgestellt werden, z.B. Muskel und Stoffwechselerkrankungen
- Rhesus-Unverträglichkeit.

Bei der Chordozentese liegt das Fehlgeburtsrisiko bei ca. 1-3 %.

²⁰ vgl. Anm. 8

d. Praxis der PND (Statistik)

Durchführung der Untersuchungen:

In Bayern wurden 2004 lt. der Bayrischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) 106.792 Schwangerschaften dokumentiert.

67,1 % aller Schwangerschaften wurden als Schwangerschaft mit Risiko erfasst²¹. In diesen Fällen wäre eine Pränataldiagnostik lt. Mutterschaftsrichtlinien möglich.

Die Ultraschalluntersuchung wird bei jeder schwangeren Frau, die sich in gynäkologischer Behandlung/Betreuung befindet durchgeführt. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die Ultraschalluntersuchungen meist öfter durchgeführt werden, als dies in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschrieben ist. So haben 2004 in Bayern 25 Prozent der Schwangeren zwischen 6 und 30 Ultraschalluntersuchungen wahrgenommen²².

Nachdem die invasiven Methoden zu Beginn (erste Amniozentese in Deutschland 1970) nur in sehr begrenzten Fällen zur Anwendung kamen, haben sich die Untersuchungen in den letzten Jahrzehnten immer mehr durchgesetzt, was sich vor allem auch an den Zahlen ablesen lässt. Die Statistik für Bayern ist in den letzten Jahren sehr stabil:

Jahr	Geburten	% Amniozentese	% Chorionzottenbiopsie
1999	110.269	7,9	1,0
2000	107.762	8,7	1,4
2001	104.391	8,4	1,4
2002	101.208	8,0	1,5
2003	103.626	7,9	1,4
2004	106.792	7,2	1,5

Tabelle 1 (Datenmaterial der BAQ)²³

Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland legten zuletzt folgende Zahlen vor:

Im Jahr 1990 kamen auf 1000 Lebendgeburten 49,6 Chromosomenuntersuchungen, im Jahr 1998 waren es bereits 95,7 und 2001 schließlich 101,8.

²¹ Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, Statistik 2004, Modul 16/1, S. 7, URL: http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_2004_online.pdf

²² wie Anm. 21, S. 40

²³ Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, Statistik 1999-2004, Modul 16/1

Die Zahl der humangenetischen Gutachten ist von 1990 bis 1998 um das 6,5-fache gestiegen. Die Krankenkassen weisen auch darauf hin, dass sich die Diagnosemöglichkeiten um ein vielfaches schneller entwickeln als die Therapiemöglichkeiten.²⁴

Risiko einer Fehlgeburt nach Pränataldiagnostik:

Die Werte liegen bei der Amniozentese bei ca. 0,5 - 1%, bei der Chorionzottenbiopsie bei ca. 0,5 - 2 % und bei der Chordozentese bei ca. 1 - 3 %.

Eine Gefahr für das Leben der Mutter besteht bei keiner der Untersuchungen. Es kann jedoch zu Infektionen kommen.

Annegret Braun wies bei der Anhörung im Deutschen Bundestag zum Thema Pränataldiagnostik drauf hin, dass genau darauf zu achten ist, wie die Statistik bzgl. des Fehlgeburtsrisikos zustande kommt. In den meisten Fällen werden nur die Fehlgeburten in die Statistik aufgenommen, die nach max. 48 Stunden nach der Untersuchung eintreten.

Ein internationaler Vergleich zeigt, dass die deutschen Zahlen um ca. 0,3 - 0,5 % unter den Zahlen anderer Länder liegen.²⁵

Anzahl der PND-Zentren:

In Deutschland gibt es ca. 50 Zentren an den Universitäten und ca. 100 humangenetische Praxen. Die invasive Diagnostik kann auch ohne Beteiligung von Humangenetikern erfolgen, z.B. in den Praxen der niedergelassenen Gynäkologen.

Eine genaue Qualitätsregelung ist in den Mutterschaftsrichtlinien nicht enthalten.

Kosten der PND:

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für die verschiedenen Tests, gemäß den Mutterschafts-Richtlinien.

Für die Ersttrimester-Untersuchung (Bestimmung des PAPP-A und freies BETA-HCG) und für den Fish-Test sind die Kosten von den Patientinnen selbst zu tragen. Es handelt sich um sogenannte IGEL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen).

Prof. Dr. Claus Bartram schätzt die Kosten für die laborchemischen Untersuchungen im Rahmen der Pränataldiagnostik, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, auf ca. 26,1 Millionen Euro im Jahr.²⁶

²⁴ vgl. Bruns Johannes, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/244.

²⁵ vgl. Braun Annegret, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/245.

Schwangerschaftsabbrüche:

Im Jahr 2004 wurden vom statistischen Bundesamt 129.650 Schwangerschaftsabbrüche registriert. 3308 Abbrüche erfolgten aufgrund medizinischer Indikation, 29 aufgrund kriminologischer Indikation.

Im ersten Quartal des Jahres 2005 wurden in Deutschland 32.600 Schwangerschaften abgebrochen. 98 % der Abbrüche erfolgten nach der Beratungsregelung (Fristregelung mit Beratung gem. § 219 StGB). Medizinische oder kriminologische Indikationen waren die Begründung für die restlichen 2 %.²⁷

Die nachfolgende Tabelle des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass die Zahlen in den letzten Jahren relativ stabil geblieben sind. Ein Anstieg ist bei den Spätabtreibungen zu erkennen.

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1999 bis 2004 nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangenen Lebendgeborenen						
Gegenstand der Nachweisung	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Insgesamt	130 471	134 609	134 964	130 387	128 030	129 650
Rechtliche Begründung						
Medizinische Indikation	3 661	3 630	3 575	3 271	3 421	3 308
Kriminologische Indikation	34	34	49	37	26	29
Beratungsregelung	126 776	130 945	131 340	127 079	124 583	126 313
Dauer der Schwangerschaft						
Dauer von ... bis unter ... Wochen						
unter 13	128 458	132 512	132 883	128 338	125 769	127 445
13 – 23	1 849	1 943	1 904	1 861	2 044	2 005
23 und mehr	164	154	177	188	217	200
vorangegangene Lebendgeborene						
Keine	49 075	51 687	53 352	51 941	51 728	52 334
1	32 959	34 268	34 413	33 147	33 405	34 030
2	33 235	33 361	32 277	31 302	29 652	30 330
3	10 847	11 040	10 705	9 992	9 625	9 434
4	2 980	2 900	2 883	2 725	2 435	2 382
5 und mehr	1 375	1 353	1 334	1 280	1 185	1 140
Aktualisiert am 09. März 2005						

Tabelle 2: Statistisches Bundesamt²⁸

²⁶ vgl. Bartram Claus, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/240

²⁷ vgl. <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p2510093.htm>

²⁸ <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab16.htm>

e. Rechtliche Situation

1. Mutterschafts-Richtlinien

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) erarbeitet.

Zu Beginn der Richtlinien lautet es:

“ Die vom Bundesausschuss [...] beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.“²⁹

Dadurch soll die schwangere Frau optimal versorgt werden.

Im Folgenden sollen kurz entscheidende Passagen herausgegriffen werden, die den rechtlichen Rahmen der ärztlichen Behandlung bei Schwangeren regeln:

„Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist der Arzt gehalten, die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären.“³⁰

Die Ultraschalluntersuchung ist als Soll-Leistung aufgeführt. Sie dient vor allem:

- der genauen Bestimmung des Gestationsalters
- der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Fötus
- der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen
- dem frühzeitigen Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften³¹

Die Modalitäten der Ultraschalluntersuchung sind in den Anlagen 1 a-d der Richtlinien genau geregelt.

Im Teil B der Richtlinien werden die Definition und die Maßnahmen bei einer Risikoschwangerschaft sehr genau beschrieben. Liegt eine Risikoschwangerschaft vor, werden die invasiven Diagnosemethoden von der gesetzlichen Krankenkasse getragen.

²⁹ wie Anm. 1, S. 2

³⁰ wie Anm. 1, Nr.A.3.

³¹ wie Anm. 1, Nr.A.5.

2. Strafgesetzbuch

Mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 21.08.1995 wurde auch das Strafgesetzbuch verändert. Bis dahin war im § 218a StGB alter Fassung die embryopatische Indikation verankert.

Die heftige Diskussion um die Neugestaltung des „Abtreibungsparagraphen“ fand Anfang der neunziger Jahre statt, weil die beiden Rechtsnormen (Ost- und Westdeutschland) vereinigt werden mussten. Am Ende schaltete sich das Bundesverfassungsgericht ein und gab schon fast eine neue Lösung vor.

Die nunmehr geltende Fassung des § 218a II StGB lautet:

„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“.³²

Sie wird in juristischen Fachkreisen als medizinisch-soziale Indikation bezeichnet, weil sie im juristischen Sinne die embryopatische Indikation aufzufangen hat.

Peter Fonk bezeichnet sie als „Sammelindikation“³³.

Mit dieser Änderung kam es zu drei wesentlichen Folgen:

- Wegfall der Frist (22. SSW)
- Wegfall der Beratungspflicht
- Wegfall der statistischen Erfassung

Die Bundesärztekammer hat 1998 eine „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ erstellt, um die juristischen Vorgaben in ärztliches Handeln umzusetzen. Es handelt sich hierbei um einen Leitfaden, der jedoch im konkreten Einzelfall immer wieder der Rechtssprechung zugeführt werden kann.

³² Tröndle, Fischer, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, München, ⁴⁹1999, S. 1185

³³ Fonk Peter, Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderung; in: Ethica 1999, Heft 7(1) 29-46 und Heft 7(2) 143-171, Innsbruck, S. 40

Die Medizinerin Christiane Kähler erläutert die drei Voraussetzungen, die für eine medizinische Indikation vorzuliegen haben:

1. „Abbruch der Schwangerschaft um:
 - eine Gefahr für das Leben der Schwangeren oder
 - die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden
2. dabei Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren, und
3. die Unmöglichkeit, die Gefahr auf eine andere Art und Weise abzuwenden, die der Schwangeren zumutbar ist.“³⁴

Der Wegfall der Frist erlaubt einen Abbruch der Schwangerschaft praktisch bis zum Beginn der regulären Geburt.

³⁴ Kähler Christiane, Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation – medizinisch-diagnostische Aspekte und Praxis an der Universitätsfrauenklinik Jena, in: Spätabbrüche der Schwangerschaft – Überlegungen zu einer umstrittenen Praxis aus: Erfurter theologische Schriften, Band 33, Römelt Josef (Hrsg.), Leipzig 2005 S. 16

3. Schwangerschaftskonfliktgesetz

Das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz) wurde am 27. Juli 1992 beschlossen. Mit dem Schwangeren- und Familienhilfeergänzungsgesetz vom 21.08.1995 wurde auch das Schwangerschaftskonfliktgesetz geändert.

Gemäß § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hat jeder Mann und jede Frau das Recht sich in allen einer Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen beraten zu lassen.

Hierzu zählen Informationen über:

- Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft (§ 2 Abs. 2, Nr.2),
- die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien , die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen (§ 2 Abs. 2, Nr. 5)
- die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken (§ 2 Abs. 2, Nr. 6)
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (§ 2 Abs. 2, Nr. 7)³⁵

Mit dem § 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz wird ein wohnortnahes Angebot für die Beratung sichergestellt, so dass alle Bürger die Möglichkeit haben, eine Beratungsstelle zu finden, ohne größere Entfernung zurücklegen zu müssen.

³⁵ wie Anm. 32, S. 1950

4. Grundgesetz

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist die Verfassung unseres Staates. In ihm sind die grundlegenden Rechte des Menschen verankert. Für die Thematik dieser Arbeit sind vor allem die Artikel 1, 2, 3 und 6 von sehr großer Bedeutung. Sie werden im Folgenden kurz aufgezeigt:

- Art. 1 (1): Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- Art. 2 (1): Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- Art. 2 (2): Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.
- Art. 3 (3): Niemand darf wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden.
- Art. 6 (4): Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.³⁶

Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe fungiert als Hüter dieses Grundgesetzes. Das Gericht kann jederzeit angerufen werden. Es prüft, ob im Rahmen des Grundgesetzes gehandelt wird bzw. wurde.

³⁶ <http://www.bundestag.de/gesetze/gg>

5. Haftungsrecht

Das Haftungsrecht, hier speziell das Arzthaftungsrecht, hat in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Vor allem die Rechtsprechung der Oberlandesgerichte und des Bundesgerichtshofs (BGH) sind von sehr wichtiger Bedeutung. Nachdem der § 218 StGB geändert und das Bundesverfassungsgericht entschieden hatte, änderte sich auch das Haftungsrecht nach Pränataldiagnostik.

Zwischen dem behandelnden Arzt und der schwangeren Frau besteht ein Vertragsverhältnis, das im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert ist. Zum 1.8.2002 wurde der § 253 II BGB geändert, so dass sich auch aus dem Vertragsrecht Schadensersatzansprüche ableiten lassen.³⁷

Der BGH hat mit Urteil vom 23.11.1983 klargestellt, dass der Arzt gegen seine Aufklärungspflicht verstößt, wenn er eine schwangere Frau nicht auf die Möglichkeit einer Fruchtwasseruntersuchung aufmerksam macht, die dazu dient, dass eine mögliche „Down-Erkrankung“ erkannt werden kann. Aufgrund dieses Urteils wird die Pränataldiagnostik vermehrt durchgeführt, weil sich auch der behandelnde Arzt absichern möchte, bzw. muss.³⁸

Im Rahmen der Diskussion sind die beiden aus Amerika stammenden Begriffe

- wrongful birth
- wrongful life

zu unterscheiden.

Bei der Gruppe wrongful birth lassen sich zwei Fallgruppen unterscheiden:

1. Ein nichtbehindertes Kind wird geboren, obwohl sich ein Elternteil sterilisieren ließ. Die Sterilisation wurde fehlerhaft durchgeführt.
2. Ein behindertes Kind wird geboren, dass abgetrieben oder nicht gezeugt worden wäre, wenn die ärztliche Betreuung vor oder während der Schwangerschaft nicht fehlerhaft gewesen wäre. Das fehlerhafte ärztliche Verhalten kann in einer unterlassenen oder vorgenommenen genetischen Beratung oder Pränataldiagnose liegen.³⁹

³⁷ Riedel, Ulrike, „Kind als Schaden“ – Die höchstrichterliche Rechtssprechung zur Arzthaftung für den Kindesunterhalt bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes, Frankfurt am Main 2003. S. 23

³⁸ vgl. Nippert Irmgard, Was kann aus der bisherigen Entwicklung der Pränataldiagnostik für die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Einführung neuerer Verfahren wie der Präimplantationsdiagnostik gelernt werden? in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Baden-Baden 2001. S.295

³⁹ Degener Theresia, Die Geburt eines behinderten Kindes als Schaden? in: Gen-ethisches Netzwerk, Gabriele Pichelhofer (Hrsg.) Grenzverschiebungen, Frankfurt am Main 1999. S. 81

In beiden Fallgruppen klagt die Mutter bzw. klagen die Eltern gegen den behandelnden Arzt bezüglich des Unterhaltes für das Kind. Vom BGH wurde durch verschiedene Urteile immer wieder sehr deutlich herausgestellt, dass es sich lediglich um einen finanziellen Unterhaltsschaden handelt, der eingeklagt werden kann. Das Kind darf niemals als Schaden bezeichnet werden.

Dieser mögliche Unterhaltsanspruch setzt im Falle der Pränataldiagnostik voraus, dass:

- ein Kind geboren wird und
- eine medizinische Indikation vorlag bzw. vorliegt.

Nachdem bisher nur der Unterhaltsschaden von den Gerichten beurteilt wurde, kann durchaus die These vertreten werden, dass der Arzt im Zweifel möglicherweise eher für die Abtreibung eintritt um einen möglichen Rechtsstreit erst gar nicht aufkommen zu lassen.

Im Urteil des BGH vom 8.6.2002 heißt es bzgl. des Vertragszwecks, dass pränatale Untersuchungen auch zur Vermeidung der Geburt eines schwer vorgeschädigten Kindes erfolgen.⁴⁰

In der Gruppe wrongful life wäre die Situation so, dass das Kind als Klageführer auftritt und:

- den Arzt oder
- seine Eltern

auf Schadensersatz wegen seines Daseins oder Soseins verklagt.

Der BGH hat sich bereits 1983 eindeutig gegen diese Art der Klagen ausgesprochen.

⁴⁰ vgl. Bundesgerichtshof: Urteil vom 8.6.2002 (Az: VI ZR 136/01) S. 6, abrufbar unter: <http://www.bundegerichtshof.de>

2. Urteilen - Sozialethische Analyse anhand der Grundprinzipien

„Ethik ist das Nachdenken über das gute und richtige Urteil, bezogen auf die Entscheidungen des Menschen, die er für sein Handeln zu treffen hat, bezogen auf seine Grundeinstellungen und Haltungen, schließlich auf seine Institutionen.“⁴¹

Zu Beginn der nun folgenden Überlegungen mag die Frage aufkommen, was die Sozialethik in einem medizinischen Fachgebiet zu suchen hat. Die Auswirkungen, die die Medizin auf unsere soziale Gemeinschaft hat, legen nahe, dass auch andere Professionen mit eingeschaltet werden müssen.

Sozialethik ist vor allem dann gefragt, wenn es um die Einbeziehung von Kontexten und von Folgeproblemen der PND geht, die im Kontext sichtbar werden.⁴² Die sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen der PND sind von besonderer Bedeutung.

Für die Sozialethik heißt dies, dass das sozial positive Verhalten für den Einzelnen nur dann als sinnvoll erscheint, wenn andere ebenfalls die für die Gesellschaft angezielten Ziele verfolgen.⁴³

Die Ziele der Pränataldiagnostik sind bei der Bewertung von entscheidender Bedeutung.

Dietmar Mieth trifft folgende Unterscheidung:

- Forschung (Verbesserung der Grundlagenforschung und der Techniken)
- Diagnostik (Früherkennung, Präzision)
- Information als Basis von Lebensentscheidungen
- Selektion.

Eine qualitative Studie mit schwangeren Frauen stellte 2004 fest:

„Die ‚Angst vor einem behinderten Kind‘ scheint das Hauptmotiv der Frauen für eine Inanspruchnahme einer Pränatal-Diagnostik zu sein.“⁴⁴

⁴¹ Mieth Dietmar, Was wollen wir können? : Ethik im Zeitalter der Biotechnik. Freiburg im Breisgau 2002. S. 81

⁴² vgl. Anm. 41, S. 135

⁴³ vgl. Müller Wolfgang Erich, Argumentationsmodelle der Ethik – Positionen philosophischer, katholischer und evangelischer Ethik. Stuttgart 2003. S. 175

⁴⁴ Ayerle G., Kethler U., Krapp C., Lohmann S., Erleben und Bedeutung von subjektiven Wohlbefinden in der Schwangerschaft: Eine qualitative Studie, Zwickau 2004. S. 289

Christiane Woopen spricht von zwei Handlungstypen im Bereich der PND⁴⁵:

1. Therapiebezogene PND: es sollen Merkmale der Schwangerschaft und des Ungeborenen erkannt werden, damit eventuelle Störungen vermieden oder behandelt werden können.
2. Existenzbezogene PND: es sollen Merkmale des Ungeborenen erkannt werden, die dann die Entscheidung - Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft nach sich ziehen.

Im Folgenden möchte ich nun anhand der sechs Grundprinzipien in der Sozialethik (Personalität, Gemeinwohl, Solidarität, Subsidiarität, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit) die Pränataldiagnostik auf die sozialen Auswirkungen hin untersuchen.

⁴⁵ Woopen Christiane, Ethische Fragestellung in der Pränataldiagnostik, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 9/10 (2001) 695-703. S. 697

a. Personalität

Was versteht die Christliche Sozialethik unter Personalität?

Der Mensch als Person ist Träger und Ziel aller gesellschaftlichen Institutionen⁴⁶, so dass er als persona humana zur Selbstreflexion, Selbstüberschreitung und planenden Vorausschau fähig ist.⁴⁷

Ursprung dieses Prinzips ist die Schöpfungsgeschichte im Buch Genesis. Der Mensch wird nach dem Ebenbild Gottes geschaffen.⁴⁸

Die Personalität hat sich vor allem auch durch die Überlegungen Immanuel Kants deutlich positioniert, der in seinem von ihm geprägten kategorischen Imperativ spricht:

„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als auch in der Person eines jeden anderen jedwederzeit als Zweck, und niemals bloß als Mittel gebrauchst.“⁴⁹

Alois Baumgartner fasst dies in einem Satz zusammen:

„Menschen- bzw. Personenwürde heißt nach christlichem Verständnis, dass jedem, der Menschenantlitz trägt, in jeder Phase seines individuellen Entwicklungsstandes und unabhängig von seinen Eigenschaften und Leistungen ein unabdingbarer Wert zukommt, der – negativ – jede instrumentalisierende Verrechnung verbietet.“⁵⁰

Mit dem Personenbegriff verbinden sich nach Kerber⁵¹ acht grundlegende Elemente:

- die Einmaligkeit des Ich,
- sein Selbstbestand, also nicht Teil eines Größeren zu sein
- die eigene Trägerschaft der Handlungen
- die Handlungsfreiheit
- die Verantwortlichkeit für die Handlungsfolgen
- das Gewissen als zur Verantwortung rufende Instanz
- die Unvertretbarkeit vor dem Gewissen
- die Geworfenheit in das Leben

konkret:

Wann ist der Mensch ein Mensch:

Zu Beginn der Überlegungen stellt sich die Frage, wann von menschlichem Leben die Rede ist. Hierzu ist es notwendig, die Naturwissenschaften heranzuziehen.

⁴⁶ vgl. „Gaudium et spes“ in: Rahner Karl, Vorgrimler Herbert, Kleines Konzilskompendium. Freiburg im Breisgau ³¹2004. Nr. 25

⁴⁷ vgl. Baumgartner Alois, Personalität, in: Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch (Hrsg.) Marianne Heimbach-Steins. Regensburg. 2004 265-269.

⁴⁸ vgl. Gen 1,27 in: Die Bibel, Einheitsübersetzung, Altes und neues Testament, Stuttgart 1980.

⁴⁹ Kant Immanuel, Metaphysik der Sitten, Weischedel-Ausgabe, Bd. 4, Darmstadt ³1966 , 54 f, B 66 f

⁵⁰ wie Anm. 47, S. 268

⁵¹ vgl. Kerber, Walter, Sozialethik (Grundkurs Philosophie 13), Stuttgart 1988. S. 28-31

Die Befruchtung dauert beim Menschen ca. 24 Stunden. Sie beginnt mit dem Eindringen des Sperma in die Eizelle, es folgt das Verschmelzen der Membran, die Vereinigung der Vorkerne. Als abgeschlossen wird sie gesehen, wenn sich der normale, diploide menschliche Chromosomensatz gebildet hat.⁵²

Die katholische Kirche ist mit den Naturwissenschaften einer Meinung, wenn es in der Erklärung zur vorsätzlichen Abtreibung von 1974 heißt: „Von dem Augenblick an, in dem die Eizelle befruchtet wird, beginnt ein neues Leben [...]“.⁵³

Dies war nicht immer so. An dieser Stelle möchte ich einen kurzen Blick auf die Geschichte werfen, der zeigt, dass es auch innerhalb der Kirche früher andere Positionen gab.

Lange Zeit war die Seelenlehre für den Beginn des Schutzes menschlichen Lebens herangezogen worden. Zu Zeiten Thomas von Aquins wurde der männliche Embryo am 40. Tag, der weibliche am 80. Tag nach der Empfängnis beseelt. Dies hatte zur Folge, dass eine Abtreibung vorher nicht unter Strafe stand. Die Lehre von der Beseelung wurde erst 1869 endgültig aufgegeben.⁵⁴ Seither herrscht die oben ausgeführte Ansicht.

Der Beginn menschlichen Lebens wird äußerst kontrovers diskutiert und soll nun kurz aufgezeigt werden.

Die restriktivste Auffassung deckt sich mit der der katholischen Kirche, nachdem das menschliche Leben mit der Befruchtung/Verschmelzung beginnt. Andere vertreten die Meinung, dass dies der Fall sei, wenn sich menschliches Leben nicht mehr teilen kann (Zwilling), was ca. auf den 14. Tag nach der Verschmelzung zutrifft.

Wieder andere glauben erst mit der einsetzenden Gehirnbildung ab der 5. Woche könne von menschlichem Leben die Rede sein.

Die extremste Form bilden diejenigen, die erst bei bzw. nach der Geburt von menschlichem Leben sprechen. Hier sei der Australier Peter Singer genannt, der mit seinen Überlegungen für heftige Diskussionen sorgt.

⁵² vgl. Knoepfler Nikolaus, Was definiert den Anfang des Menschen? In: Menschenleben – Menschenwürde interdisziplinäres Symposium zur Bioethik, aus der Reihe: Ethik interdisziplinär Band 3, Kaatsch Hans-Jürgen, Kress Hartmut (Hrsg.), Münster 2003.

⁵³ Hl. Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur vorsätzlichen Abtreibung, 12-13: AAS 66 (1974) 738.

⁵⁴ vgl. Kress, Hartmut, Menschenwürde vor der Geburt. Grundsatzfragen und gegenwärtige Entscheidungsprobleme, in: Menschenwürde, Medizin und Bioethik: Heutige Fragen medizinischer und ökologischer Ethik / Kress Hartmut, Kaatsch Hans-Jürgen (Hrsg.), Münster 2000. S. 20

Peter Fonk stellt in seinem Artikel „Ab wann ist der Mensch ein Mensch?“⁵⁵ drei Modelle vor:

1. Soziologisches Modell: Menschliches Leben hängt davon ab, ab wann man Beziehungen aufnehmen kann.
2. Entwicklungsbiologisches Modell: Menschliches Leben hängt von einem Mindestmaß an körperlichen und geistigen Fähigkeiten ab.
3. Genetisches Modell: Menschliches Leben beginnt bei der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle.

Vor allem die ersten beiden Modelle stellen nicht klar, wer die Maßstäbe/Norm festlegt, was bedeutet, dass die Festlegung von menschlichen Maßstäben abhängt.

Gerade diese Positionen zeigen, dass die Diskussion über den Lebensbeginn sofort auch Auswirkungen hat auf die Diskussion über das Lebensende.

Was heißt es, ein Mensch zu sein?

In der Schöpfungsgeschichte ist die Rede davon, dass Gott den Menschen beauftragt, über die Erde zu hüten, nicht wie sehr oft fälschlicherweise gesagt wird, zu herrschen.

In der Pränatalmedizin ist diesbezüglich immer wieder vom Wissen die Rede:

„Die Frage, wem eine Vergrößerung des Wissens zugute kommt, verschärft sich außerdem noch, wenn man bedenkt, dass Wissen Macht bedeutet und verleiht. Die These, je mehr man an Wissen und Information besitze, desto weniger müsse man nach ethischer Beurteilung entscheiden und verantworten, ist also umzukehren. Mit dem Ausmaß des Zuwachses an Wissen wächst auch die Verantwortung für den Gebrauch von und für den Umgang mit Wissen. Denn ein höheres Maß an Wissen erweitert die Möglichkeit der Wahl und nötigt zur Entscheidung“⁵⁶

Manchmal hat man fast den Eindruck, als solle durch Wissen und Selbststimmung Zufall und Familienschicksal zurückgewiesen werden. In unserer heutigen Zeit mit Trends wie Fitness, Aktiv-Sein, Jugendlichkeit(swahn) besteht immer mehr auch der Wunsch bzw. die Forderung nach einem perfekten Nachwuchs. Nicht selten soll in Akademikerkreisen das Kind das „Sahnehäubchen“ im persönlichen Werdegang werden, dass mit vielen Erwartungen empfangen wird. Oft ist dies aber erst der Fall, wenn die „Biologische Uhr“ fast abgelaufen ist (meist um die 40 Jahre).

⁵⁵ vgl. Fonk Peter, Ab wann ist der Mensch ein Mensch? In: Ethica 12. Jhg. Heft 4, 2004 Innsbruck 227-258. S. 239-252

⁵⁶ wie Anm. 5, S. 19

In jedem Falle darf die persönliche Freiheit, die jede Person hat, auch hier nicht enden, wenn die schwangere Frau erklärt, dass sie eine Pränataldiagnostik nicht wünsche.

Wie kann der Mensch seinem Hüterauftrag gerecht werden?

Sobald vom Menschen die Rede ist, stellt sich die Frage, ob es überhaupt möglich ist, dass ein Mensch eine Entscheidung über das Leben eines anderen Menschen treffen darf. Mit welcher Legitimation entscheidet die Mutter gegen das Kind? Wie wird das Lebensrecht des Kindes geschützt, das doch Träger der Menschenwürde ist, sobald die Befruchtung stattgefunden hat?

Gerade im Bereich der Pränatalmedizin haben wir es mit zwei Personen zu tun, die alle beide Würde besitzen. Wer mag hier entscheiden, welche Würde mehr wiegt, bzw. sollte man die Moralethik zum Zuge kommen lassen, wäre die Entscheidung schon gefallen, denn sie ließe eine Güterabwägung in diesem Fall erst gar nicht zu.

Hier sei wiederum Peter Fonk zitiert:

„Wer aber darf dann den Anspruch advokatorischer Kompetenz erheben, wer verfügt über jene tiefere Einsicht und jenes umfassende Wissen, das es ihm ermöglicht, über den Wert eines Lebens zu urteilen, das nicht er selbst, sondern ein anderer Mensch führen muss, der als Ungeborener noch nicht in der Lage ist, seine Stimme zu erheben und selbst für seine Rechte und Interessen einzutreten?“⁵⁷

Die Pränatalmedizin wirft auch die Frage auf, wie mit Personen umzugehen ist, die nicht dem Ideal entsprechen. Zunächst stellt sich die sehr provokante Frage, wie dieses Ideal auszusehen hat?

Jeder wird zustimmen, dass zwischen einem schwerstpflegebedürftigen Kind, dem Teile des Gehirns fehlen und einem Neugeborenen, das an einer Hand nur vier Finger hat ein Unterschied besteht. Grundsätzlich besitzen alle Menschen die gleiche Würde, doch wo würde die Grenze gezogen, falls doch eine Abwägung erfolgen sollte?

⁵⁷ wie Anm. 33, S.153

b. Gemeinwohl

Was versteht die Christliche Sozialethik unter Gemeinwohl?

Auf den ersten Blick als schwierig gestaltet sich die Definition von Gemeinwohl. Der die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts prägende Sozialethiker Oswald von Nell-Breuning formuliert es folgendermaßen:

„Gemeinwohl ist der Inbegriff alles dessen, was an Voraussetzungen, Vorbedingungen oder Veranstaltungen in einem Gemeinwesen verwirklicht sein muss, damit die Einzelnen durch Regen ihrer eigenen Kräfte ihr individuelles und gesellschaftliches Wohl (ihre Teilnahme am Gemeingut) zu erringen vermögen.“⁵⁸

In einem modernen Rechtsstaat wird das Gemeinwohl durch die Verfassung und die einzelnen Gesetze festgeschrieben und durch die verschiedenen staatlichen Institutionen mittels des Gewaltmonopols des Staates bewahrt. In einer Demokratie wird die Regierung durch die Wahlentscheidung der Bürger legitimiert.

konkret:

Zu Recht führt Gerhard Höver in seinem Aufsatz: „Zielkonflikte – Menschenbild und Pränataldiagnostik“⁵⁹ an, dass das Gemeinwohl in unserer Gesellschaft zunehmend in ein Spannungsfeld verschiedener Interessen und Ziele gerät, in dem es immer schwerer wird herauszufiltern, was denn nun das Gemeinwohl darstellt.

Mit dem Wegfall der Pflichtberatung bei medizinischer Indikation hat die Gesellschaft eine Möglichkeit, der Schwangeren Raum für Entscheidungsfragen zu geben, verloren. Die Entscheidung, die zu fällen ist, wird zwischen der schwangeren Frau und dem behandelnden Gynäkologen getroffen, was häufig zu erheblichen Interessenskonflikten führen kann. Man denke nur an die Problematik der Haftungsfragen.

Die Änderung des § 218 StGB wurde in Fachkreisen sehr ambivalent beurteilt. Die Gesellschaft hat in einem modernen System nur die Möglichkeit durch Gesetze einzugreifen. Durch die Beratung, die jetzt nur noch in den Fällen des § 219 StGB notwendig ist, hat sich die Gemeinschaft aus dem Feld der Pränatalmedizin geschickt verabschiedet.

⁵⁸ Nell-Breuning, Oswald von, Gemeingut, Gemeinwohl, in: Ders./Hermann Sacher (Hrsg.): Wörterbuch der Politik, Heft 1. Freiburg im Breisgau 1954. S.55

⁵⁹ vgl. Höver Gerhard, Zielkonflikte – Menschenbild und Pränataldiagnostik; in: Christliche Sozialethik im Dialog. Zur Zukunftsfähigkeit von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft, Festschrift zum 65. Geburtstag von Lothar Roos / Glazel Norbert, Nothelle-Wildfeuer Ursula (Hrsg.) 2000 557-571. S. 558-559

Die Rechtsprechung, vor allem im Bereich Haftungsrecht und die Publikationen der Gerichtsentscheidungen tragen dazu bei, dass bei Diskussionen oft Beiträge eingebracht werden, wie: „Ein behindertes Kind, heutzutage?

Solchen Äußerungen können mit aller Schärfe die Worte von Peter Fonk entgegengehalten werden:

„Wer hat das Recht zu beurteilen, ob die Freuden eines behinderten Menschen es `wert` sind, erfahren zu werden oder nicht; wer kann ermessen, ob die Liebe, die er empfängt und weitergibt, es `wert` ist, erlebt zu werden oder nicht? Wer möchte einem behinderten Kind ins Angesicht sagen: Du schreibst phantastische Geschichten, aber du bist es eigentlich gar nicht `wert`, sie zu Papier zu bringen?! Wer kann den Anspruch erheben zu wissen, dass das Leben eines behinderten Menschen weniger `wert` sei als das Leben eines sog. `Normalen`?!“⁶⁰

Die Entscheidung wird in die Hände der schwangeren Frau und des behandelnden Arztes gelegt, so dass man den Eindruck haben möchte, als ob sich die Gemeinschaft durch ihre Passivität rein waschen wolle.

Aus diesem Grunde fordert die katholische Kirche zu Recht:

„Wenn der Gesetzgeber, der für das Gemeinwohl verantwortlich ist, nicht wachsam ist, könnte er seiner Vorrechte von Forschern beraubt werden, welche die Menschheit im Namen von biologischen Entdeckungen und von angeblichen Verfahren zur `Verbesserung`, die sich davon ableiten, zu beherrschen sich anmuten.“⁶¹

Die medizinische Indikation zeigt, dass beim ungeborenen Leben eine Konfliktlösung zu dessen Ungunsten zugelassen wird, die bei einem Konflikt mit lebenden Personen niemals akzeptabel wäre. Norbert Hoerster hat es auf den Punkt gebracht: „Wenn der Gesetzgeber etwa anordnen würde, dass man Kleinkinder, die für ihre Eltern eine psychische Belastung darstellen, töten darf, so wäre dies mit dem Recht auf Leben dieser Kinder sicher nicht vereinbar“⁶²

Im Zeitalter der Globalisierung und der zunehmenden Auflösung der Grenzen obliegt es nicht nur dem Staat, sondern auch zunehmend überstaatlichen Gremien, dafür zu sorgen, dass das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit von der Empfängnis bis zum Tod geschützt ist.

⁶⁰ wie Anm. 33, S.154

⁶¹ Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg.), Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Bonn. 10.03.1987, 5. redaktionell überarbeitete Auflage 2000, S. 37

⁶² Hoerster Norbert, Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay, 2002. S. 47

Bei der Reform des § 218 StGB war eigentliches Ziel, dass die Behinderung eines Kindes niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen sollte. In der Begründung ist zu lesen:

„Von einer embryopathischen Indikation ist abgesehen worden. Vor allem die Äußerungen von Behindertenverbänden hatten nämlich aufgezeigt, dass eine derartige Regelung zu dem Mißverständnis geführt hat, die Rechtfertigung ergebe sich aus einer geringeren Achtung des Lebensrechtes eines geschädigten Kindes.“⁶³

Nach der heutigen Gesetzeslage berechtigt die Unzumutbarkeit für die Mutter zur Abtreibung, auch dann noch, wenn das Kind schon lebensfähig wäre.

Bei der notwendigen Umgestaltung des Grundgesetzes nach der Deutschen Einheit wurde Artikel 3 ergänzt, mit dem zynisch anmutenden Wortlaut ergänzt: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

Provokant formuliert könnte man sagen, dass die Abweichung des Kindes von der Norm zum Problem/ zur Krankheit der Mutter wird bzw. werden muss, wenn ein Schwangerschaftsabbruch stattfinden soll.

Manfred Spieker unterstreicht mit seiner Aussage, die er bezüglich der Debatte um den § 218 StGB machte, was er unter Gemeinwohl versteht:

„Solange ein demokratischer Gesetzgeber, der seine Legitimität nicht nur aus der Wahlentscheidung der Bürger, sondern auch aus der Respektierung der Menschenrechte bezieht, glaubt, Ausnahmen vom Tötungsverbot `regeln` zu können, stellt sich selbst in Frage.“⁶⁴

Irgard Nippert, die die Belastungen von Mütter nach der Geburt eines behinderten Kindes untersuchte, fordert:

„Gerade in einer Zeit, in der die sich ständig erweiternden Möglichkeiten der pränatalen Diagnose im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stehen, sollte daran erinnert werden, dass eine angemessene Lösung des Problems angeborener Behinderungen darin zu suchen ist, wie wir, die Gesellschaft mit Behinderten leben, wie wir uns bemühen Vorurteile über Behinderungen und Belastungen zu erkennen und abzubauen.“⁶⁵

Das Gemeinwohl ist besonders in dieser Frage gefordert, weil die Entwicklungen oft schleichend vorangehen und dann auch andere Bereiche tangieren (vgl. Euthanasiethematik).

⁶³ Bundestagsdrucksache 13/1850, S.25

⁶⁴ Spieker Manfred, Kirche und Abtreibung in Deutschland – Ursachen und Verlauf eines Konflikts, Paderborn 2001. S. 15

⁶⁵ Nippert Irgard, Die Geburt eines behinderten Kindes: Belastung und Bewältigung aus der Sicht betroffener Mütter und ihrer Familien, Stuttgart 1988. S. 143

c. Solidarität

Was versteht die Christliche Sozialethik unter Solidarität?

Die Solidarität wird als Wechselbeziehung zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft verstanden. Beide haben zum Wohlergehen das Ihrige beizutragen, weshalb dieses Grundprinzip oft mit dem Satz: „Einer für alle, alle für einen“, beschrieben wird.

Solidarität heißt aber auch, dass ich mich in die Lage des anderen versetzen kann, um dessen Situation zu verstehen.

Ihren Ursprung findet die Solidarität ebenfalls in der Schöpfungsgeschichte, wo von der Gottebenbildlichkeit die Rede ist. Sie setzt an keinen Vorleistungen an, denn sie wird allen zuteil, die Menschen sind.

konkret:

Der Anspruch der Solidarität sollte grundsätzlich universell sein, „denn die Solidarität ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die Schwangere in der Notlage, ein krankes Kind in sich zu tragen, überhaupt eine freie Entscheidung treffen kann. Dabei muss selbstverständlich sein, dass eine Schwangere das Recht hat, sich für das Leben ihres schwer behinderten Kindes zu entscheiden.“⁶⁶

Erst das universelle Vorhandensein von Solidarität in der Gemeinschaft, in der man lebt, ermöglicht es dem Einzelnen, sich frei entscheiden zu können. Hier spielt sicher der behandelnde Arzt eine sehr wichtige Rolle, der dafür Sorge zu tragen hat, dass die schwangere Frau eine freie Entscheidung treffen kann.

Diese Entscheidung wird aber maßgeblich beeinflusst von Fragen, die oft nur hinter vorgehaltener Hand diskutiert werden:

„Wie stark darf ein Mensch behindert sein, damit er noch das Eintrittsbillett in das Leben erhält? Welches Maß an Abweichung vom `Normalen` sind wir überhaupt noch bereit zu tolerieren?“⁶⁷

Es ist daher sehr erschreckend, wenn vor allem im anglo-amerikanischen Raum ernsthaft an wrongful-life-Klagen gedacht wird.

⁶⁶ Fritsch U.-Mühlhaus, K., Pränataldiagnostik und Regreß, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 68 (1996), Heft 9, S. 12

⁶⁷ wie Anm. 33, S. 151

Wie weit es mit der Solidarität teilweise schon ist bzw. wo sie gänzlich zu fehlen scheint, zeigen die Aussagen der Nobelpreisträger Francis Crick und James Watson, die sich dafür aussprachen, dass die Kinder am dritten/vierten Tag ihres Lebens einem genetischen Test unterzogen werden sollten und erst dann wird ihnen das Lebensrecht zuerkannt.⁶⁸

Eine andere Bewertung würde sich möglicherweise ergeben, wenn wir uns vor Augen führen würden, wie schnell wir doch alle auf die Solidarität anderer angewiesen sein können. Wie leicht kann es doch passieren, dass man nach einem Autounfall oder Ähnlichem nicht mehr so „funktioniert“ wie vorher. Jeder von uns würde dann wahrscheinlich froh sein, wenn ein „barmherziger Samariter“ des Weges kommen und die Schmerzen lindern würde.

Zu Recht führt Josef Römelt aus, dass die Gesellschaft mit all ihrer menschlichen und materiellen Solidarität gefordert ist, wenn es um die Begleitung und den Beistand für betroffene Familien geht.⁶⁹

⁶⁸ Piegsa, Eckhard, Die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens, Deutsches Ärzteblatt 89 (1. Mai 1992) Heft 18 und siehe auch Anm. 53, S. 241

⁶⁹ vgl. Römelt Josef, Spätabbrüche nach pränataler Diagnostik – Ein ethisches Dilemma? In: Spätabbrüche der Schwangerschaft – Überlegungen zu einer umstrittenen Praxis aus: Erfurter theologische Schriften, Band 33, Römelt Josef (Hrsg.), Leipzig 2005. S. 42

d. Subsidiarität

Was versteht die Christliche Sozialethik unter Subsidiarität?

Das Subsidiaritätsprinzip ist in den letzten Jahren immer mehr zum Schlagwort für sozialwirtschaftliche Einschnitte geworden.

Es besagt, dass die Personen alles, was sie können, selbst entscheiden sollen. Eine nächsthöhere Ebene darf dies erst übernehmen, wenn die Person es alleine nicht schafft. Die Gesellschaft ist dann aber auch verpflichtet, aktiv zu werden d.h. Hilfe zu leisten, wenn der Einzelne alleine nicht fähig ist, sich selbst zu helfen.

Die beiden Stichworte, die bei der Diskussion über Subsidiarität immer mit berücksichtigt werden müssen, sind Hilfestellungsgebot und Kompetenzanmaßungsverbot.

Der Einzelne ist bei seinen Entscheidungen keiner übergeordneten Ebene verantwortlich. Es handelt sich bei diesem Prinzip um ein Gegengewicht gegenüber staatliche Machtkonzentrationen.⁷⁰

konkret:

Kann in einer Gesellschaft wie der unseren eine Entscheidung über Leben und Tod eines anderen Menschen in die Hände von Individuen gelegt werden oder nicht? Sind die Personen wirklich noch frei in ihrer Entscheidung oder ist der gesellschaftliche Druck zu groß, um wirklich eine freie Entscheidung treffen zu können?

Subsidiarität meint, dass jeder in seinem Bereich die Dinge eigenständig regeln und handhaben kann. Im Falle der Pränataldiagnostik und der daraus resultierenden Handlungsoptionen ist eine Grenze erreicht, wo meines Erachtens nur die höhere Ebene eine Regelung treffen kann. Die derzeitige rechtliche Situation ist unbefriedigend, weil sie die gesamte Last den Frauen auferlegt.

Zu Recht fragt Fonk an, ob in dieser Situation noch von einer freien Wahl die Rede sein kann.⁷¹

Er fügt an, dass von einer freien Wahl im Rahmen der Pränataldiagnostik nur zu Beginn der Untersuchung gesprochen werden kann, wenn sich die Frage stellt, ob überhaupt weitere Untersuchungen als die, die ärztlich notwendig sind, durchgeführt werden sollen.

⁷⁰ vgl. Anm. 43

⁷¹ vgl. Anm. 33

Damit die schwangere Frau hier im Sinne der Subsidiarität wirklich gut für sich entscheiden kann, ist es notwendig, dass es zu einem „informed consent“ kommt, das heißt, dass die schwangere Frau umfassend aufgeklärt wird. Wenn ihr alle Informationen und auch die weiteren Fragen, die sich durch die Ergebnisse erst ergeben, bereits vor der Inanspruchnahme der PND vorliegen, kann sie eine Entscheidung treffen.

Die PND läuft in einem sogenannten Dreischritt ab: Diagnose – Prognose – mögliche Therapieoptionen.

Ein schwieriges Feld stellt vor allem die Prognose dar, weil sie großen Schwankungen ausgesetzt ist. Für die Vorhersagbarkeit von Prognosen formuliert Christiane Kähler, Privatdozentin an der Uniklinik Jena, vier Faktoren:⁷²

1. Pränatal diagnostizierte Fehlbildungen unterliegen einer Dynamik, d.h. dass ein Befund nicht über die ganze Schwangerschaftszeit gleich bleibt.
2. Es kann die Rückbildung von pränatal diagnostizierten Befunden geben.
3. Berücksichtigung finden muss die Variabilität des Befundes, z.B. kann ein Loch im Zwerchfell zu ganz verschiedenen Entwicklungen führen.
4. Genauer Befund bei Hirnfehlbildungen nur sehr schwer möglich. Kleine Fehlbildung heißt nicht automatisch kleine Behinderung.

Bereits jetzt wird deutlich, wie umfassend die Informationen für die schwangere Frau ausfallen müssen, damit sie wirklich eine Entscheidung treffen kann.

Aus christlicher Sicht muss jedoch klargestellt werden, dass eine Abtreibung nie als Therapieoption bezeichnet werden darf.

Bestimmte Lebenssituationen, in denen jemand selbst nicht leben, in die jemand aber auch nicht als Pfleger oder als Steuerzahler eingebunden sein möchte, werden kurzerhand als so schrecklich und dramatisch definiert, dass schnell von nicht lebenswert die Rede sein kann. Pauschale Definitionen für Leiden sind häufig der Argumentationstrick bioethischer Werbung für „rationale“ Lösungen. Von außen wird betrachtet und gewertet; die eigene Einstellung wird sozusagen verallgemeinert.

Subsidiarität würde hier aber heißen, den Einzelnen zu Wort kommen zu lassen; zu fragen, wie er die Situation empfindet. Bei der Anhörung der Enquete-Kommission am 30.05.2005 kam auch Dr. Peter Radke zu Wort, der selbst Betroffener ist und der in seinen Schilderungen

⁷² vgl. Anm. 34, S. 10

auch darauf eingeht, dass er mit seiner Mutter gesprochen habe, die ihm sagte, dass sie, wenn die PND damals schon aktuell gewesen wäre, möglicherweise einen Abbruch in Erwägung gezogen hätte.⁷³ Anhand seiner weiteren Ausführungen hatte man aber den Eindruck, als ob ihn das Leben erfreute.

Eugen F. Diamond führte bereits 1977 in der Diskussion um Abtreibung eines behinderten Kindes Folgendes ein:

„Es gibt keinerlei Beweis dafür, dass das behinderte Kind lieber nicht mehr weiterleben würde. Tatsächlich begehen behinderte Menschen viel seltener Selbstmord als gesunde Menschen. Eine interessante Untersuchung wurde im Anna-Stift in Hannover durchgeführt. Dies ist ein Pflegeheim, wo zahlreiche Kinder, die infolge von Thalidomid an Phokomelie leiden, betreut werden. Eine psychologische Untersuchung dieser Kinder ergab, dass sie ihr Leben schätzen, dass sie froh sind zu leben und dass sie voller Hoffnung und positiver Erwartung in die Zukunft blicken.“⁷⁴

Hans Grewel schreibt bezogen auf die vermeintlich objektive Sicht des „So nicht leben Wollens“:

„Indem dies auf den Betroffenen übertragen wird, erscheint seine Situation objektiv als nicht lebenswert, so dass geradezu eine gute Tat daraus wird, wenn wir ihn von diesem Elend erlösen – und niemand muss sich mehr die Mühe machen zu prüfen, ob die Situation wirklich aussichtslos war.“⁷⁵

Lassen wir uns nicht leiten von dem was „man“ glaubt zu wissen. Die Situation aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten zeigt nicht selten, dass es Unterschiede gibt. Schon die Betrachtung und Beschreibung eines halbgefüllten Glases macht es uns deutlich. Sagen wir halb voll oder halb leer?

Ein genauere Auseinandersetzung mit dem Gesetzgebungsprozess bzgl. der Änderung des § 218 StGB hat ergeben, dass damals einige Abgeordnete der PDS den Vorschlag brachten, den § 218 StGB gänzlich abzuschaffen und die Entscheidung nur der schwangeren Frau zu überlassen. Sie berufen sich auf das Selbstbestimmungsrecht.⁷⁶

⁷³ vgl. Radtke Peter, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND)“, Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/241.

⁷⁴ Schwarz Stephen, Die verratene Menschenwürde: Abtreibung als philosophisches Problem. Köln. 1992. S. 206, ursprünglich : Diamond Eugene: The Deformed Child's Right to life. In: Death, Dying and Eutanasia. Hrsg. V. Dennis Horan und David Mall. Washington D.C., S.127-138 1977. S.133

⁷⁵ vgl. Grewel Hans, Die gefährliche Logik der Bioethik, in: Junge Kirche, 7/8 1996 390-397

⁷⁶ vgl. Bundestagsdrucksache 13/397.

Schwierig wird es jedoch, wenn es um Entscheidungen geht und „diejenigen, die es in aller erster Linie angeht, werden nicht gehört.“⁷⁷

Aus diesem Grunde stößt die Subsidiarität in diesem Bereich an ihrer Grenze, denn „kein Umstand, kein Zweck, kein Gesetz wird jemals eine Handlung für die Welt statthaft machen können, die in sich unerlaubt ist, weil sie dem Gesetz Gottes widerspricht, dass jedem Menschen ins Herz geschrieben ist, mit Hilfe der Vernunft selbst erkennbar und von der Kirche verkündet worden ist.“⁷⁸

⁷⁷ wie Anm. 33, S. 152

⁷⁸ Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg.), Enzyklika *Evangelium vitae* von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens (25. März 1995), Bonn ⁵2001. Nr. 62, S. 77

e. Gerechtigkeit

Was versteht die Christliche Sozialethik unter Gerechtigkeit?

Die Gerechtigkeit ist nicht nur ein Maßstab für die äußeren Beziehungen untereinander, sondern auch eine Tugend des Menschen.⁷⁹ Im Laufe der Zeit hat sich eine Differenzierung ergeben:

- Gesetzesgerechtigkeit
- Tauschgerechtigkeit
- Verteilungsgerechtigkeit
- Soziale Gerechtigkeit

Die Soziale Gerechtigkeit, als jüngste in der Gruppe zielt darauf ab, dass die anderen mit berücksichtigt werden, jedoch in neuen Kontexten.

konkret:

Bezogen auf das Lebensrecht, das im Falle eines auffälligen Befundes im Rahmen der PND zur Disposition steht führt Wuermeling aus:

„Zu allererst ist Lebensrecht ein Defensivrecht, ein Verteidigungsrecht, das besagt: Niemand darf mir mein Leben nehmen. Das gilt ohne Einschränkung. Die gesellschaftliche Entsprechung dieses defensiven Lebensrechtes ist das Tötungsverbot. Defensives Lebensrecht und Tötungsverbot gelten unabhängig von den Umständen, also unbedingt. Lässt man die drei klassischen Ausnahmen außer Acht, also Todesstrafe, Krieg und Notwehr, dann könnte man das defensive Lebensrecht und das Tötungsverbot als absolut bezeichnen.[...] Erst in zweiter Linie gewährt das Recht auf Leben, obwohl es verbal davon gar nicht unterschieden wird, einen Anspruch, an den Gütern und Leistungen anderer Menschen teilzuhaben.[...] Lebensrecht ist also über das Defensivrecht hinaus Teilhabeanspruch.“⁸⁰

Zudem erläutert er, dass dieser Teilhabeanspruch im Sinne sozialer Gerechtigkeit zu erfolgen hat, was dann heißt, dass die Tatsache, „dass ich etwas lebensnotwendig brauche, mir via defensives Lebensrecht noch lange nicht den Anspruch darauf verleiht, sondern, dass sich ein solcher Anspruch erst nach gerechter Abwägung meiner und der Interessen anderer und der Gesamtumstände begründen lässt.“⁸¹

⁷⁹ vgl. Veith Werner, Gerechtigkeit; in: Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.), Regensburg 2004 315-328. S. 316

⁸⁰ Wuermeling H. B., Behandlungsanspruch des schwerstgeschädigten oder gefährdeten Neugeborenen und des Ungeborenen aus ethischer Sicht, in: Würde, Recht und Anspruch des Ungeborenen: Klausur- und Arbeitstagung Kloster Banz, 8.-12. Mai 1992 / Hrsg.: D.Berg –München. 1992. S. 159-160

⁸¹ wie Anm. 80, S. 160

Dies hat dann zur Folge, „dass die Güterabwägung nicht nur legitim sein kann, sondern legitim sein muss.“⁸²

Bereits 1992 stellte er klar und deutlich heraus: „Die Medizin wird also in naher Zukunft, und das beginnt schon jetzt, mehr können als die Gesellschaft bezahlen kann“⁸³.

Es kann nach der Geburt eines schwer geschädigten Kindes soweit kommen, dass medizinische Leistungen nicht mehr angezeigt sind. Für diese Fälle wurden von den Medizinerinnen die „Einbecker Empfehlungen“ erarbeitet.

In diesen Fällen muss der Arzt nicht alles tun, was aus medizinischer Sicht möglich wäre.

„Die Situation ist gegeben, wenn nach aktuellem Stand der medizinischen Erfahrung und menschlichem Ermessen das Leben des Neugeborenen nicht auf Dauer erhalten werden kann, sondern ein in Kürze zu erwartender Tod nur hinausgeschoben wird“⁸⁴

Diskutiert wird der Vorschlag, durch die PND und die sich dann anschließende Abtreibung, Fälle, wie sie oben beschrieben wurden nicht mehr bzw. nicht mehr so oft haben zu müssen. Hier muss jedoch auf die Ausführungen im Punkt Subsidiarität verwiesen werden, wo deutlich gemacht wurde, dass die Prognose durchaus nicht immer eindeutig ist. Aus diesem Grunde kann dies in keinem Fall zur Rechtfertigung der PND mit anschließender Abtreibung verwendet werden.

Hier führt Josef Römelt zu Recht an: „Im Blick auf nicht lebensfähige Kinder stellt sich nach der pränatalen Diagnostik die Frage, mit welchem Recht der Arzt und die Eltern zu einem früheren Zeitpunkt eingreifen als es der natürliche Lebensbogen des Kindes selbst vorgibt.“⁸⁵

Es stellt sich die Frage ob es gerecht sein kann, dass jemand über das Leben eines anderen entscheidet und bei genauem Nachdenken wird man wie Hartmut Kress argumentieren:

„Die Schutzwürdigkeit von einzelnen Menschen zu begrenzen und die Achtung vor dem menschlichen Leben von Vorbedingungen abhängig zu machen, widerspricht sowohl intuitiven moralischen Standards wie den ethiktheoretischen Reflexionen über den Gleichheitsgrundsatz oder das Diskriminierungsverbot.“⁸⁶

Die Genetik erhält in unseren Tagen Einzug in sehr viele Felder und immer wieder wird man sich die Frage stellen müssen, ob wir in der Zukunft noch alle gleich behandelt werden oder nicht.

⁸² wie Anm. 80, S. 160

⁸³ wie Anm. 80, S. 162

⁸⁴ „Einbecker Empfehlungen“ zu den „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“, MedR 1992, S.206, Nr. V.

⁸⁵ wie Anm. 59, S. 40

⁸⁶ wie Anm. 54, S. 25

Trifft bald zu, was Dietmar Mieth beschreibt: „Möglicherweise werden Behinderungen, die aus Unfällen entstehen, anders behandelt als Behinderungen, die durch genetische Defekte bedingt sind.“⁸⁷

Welche Auswirkungen dies auf unser Gesellschaftssystem haben kann, insbesondere wenn sich die finanzielle Situation der sozialen Sicherungssysteme weiter verschlechtert, skizziert Peter Fonk:

„Auf Seiten der Krankenkassen und Versicherungen können Begehrlichkeiten entstehen, die vorhersehbare Behinderung und damit zusammenhängende Kostenverursachung zu vermeiden, indem etwa Eltern eines Mukoviszidose erkrankten Kindes bei einer erneuten Schwangerschaft der Mutter der Zwang zur Pränataldiagnose auferlegt wird.“
Werden Kinder, die „abgetrieben werden hätten können“ später noch in der Krankenversicherung aufgenommen?“⁸⁸

Die Diskussion über Gerechtigkeit im Bereich der Pränatalmedizin zeigt, dass wir kurz davor stehen, unsere über Jahrhunderte teils schwer erkämpften Prinzipien aufzugeben, so dass man manchmal fast den Eindruck gewinnen möchte, als habe Hartmut Kress Recht, wenn er sagt: „Die Grundwerte der humanistischen abendländischen Ethik waren Mitmenschlichkeit, Gleichheit, sowie die Befriedung, der soziale Ausgleich in der Gesellschaft.“⁸⁹

⁸⁷ wie Anm. 41, S. 150

⁸⁸ wie Anm. 33, S. 167

⁸⁹ wie Anm. 54, S. 14

f. Nachhaltigkeit

Was versteht die Christliche Sozialethik unter Nachhaltigkeit?

Wie der Begriff Nachhaltigkeit bereits vermuten lässt, geht es hierbei darum, wie die Lösungen von heutigen Herausforderungen morgen gesehen werden bzw. welche Folgen sie morgen mit sich bringen.

Dietmar Mieth bringt dies deutlich zum Ausdruck, wenn er sagt: „Man soll Probleme demnach nicht so lösen, dass die Probleme, die durch die Problemlösung entstehen, nicht größer sind als die Probleme die gelöst werden.“⁹⁰

Die Nachhaltigkeit ist zu prüfen auf den Gebieten der:

- Umweltverträglichkeit
- Sozialverträglichkeit
- Individualverträglichkeit.

Eine abschließende Zusammenschau aller drei Faktoren ermöglicht eine ausgewogene Beurteilung.

konkret:

Welche Auswirkungen die Prüfung des Faktor Nachhaltigkeit haben kann, vor allem, wenn sie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten stattfindet, soll das folgende Zitat verdeutlichen. Es liegt bereits mehr als 25 Jahre zurück, aber es passt durchaus auch in unsere heutige Zeit, in der die finanziellen Spielräume immer enger werden:

„...durch Pränataldiagnostik bei allen Müttern ab 38 Jahren würden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland die Kosten dieser Untersuchung nur etwa ¼ der erforderlichen Aufwendungen zur Pflege der Kinder mit Trisomie 21 betragen. In absoluten Zahlen ständen Aufwendungen für die Pflege der Kinder von jährlich 61,6 Mill. den Aufwendungen für ihre Prävention in Höhe von rund 13,5 Mill. gegenüber. Dies würde bei einer Kosten/Nutzen-Relation von 0,25 jährlich eine Einsparung von rund 48 Mill. bedeuten.“⁹¹

⁹⁰ wie Anm. 41, S. 92

⁹¹ Passarge Eberhard, Rüdiger Hugo, Genetische Pränataldiagnostik als Aufgabe der Präventivmedizin. Ein Erfahrungsbericht mit Kosten/Nutzen-Analyse, Stuttgart 1979. S.23

Wenn man bedenkt, dass diese Aussage schon ein Vierteljahrhundert zurückliegt, also zu einer Zeit getroffen wurde, in der die sozialen Sicherungssysteme noch auf sehr stabilen Säulen standen, dann wird deutlich, welche Ausmaße dies haben könnte.

Um die wirtschaftliche Dimension zu verdeutlichen, die hinter der Humangenetik bezogen auf Pränataldiagnostik stehen kann, möchte ich Anne-Dore Stein zitieren die 1989 in ihrem Artikel im Sozialmagazin ausführte:

„Der Humangenetiker Wendt stellte z.B. 1975 in Marburg Berechnungen auf, nach denen die Kosten für eine humangenetische Beratungsstelle, bezogen auf etwa drei Millionen Einwohner pro Jahr, auf 650.000 Mark belaufen. Nachdem er diese Kosten in Beziehung setzt zu den lebenslangen Betreuungskosten von geschätzten 100.000 Mark für ein schwerkrankes Kind, rechnet er dann aus, dass bei voller Inanspruchnahme der Beratungsmöglichkeit 200-250 Kinder hätten verhindert werden können, was zu einer Kostenersparnis von 20 bis 25 Millionen Mark geführt hätte.“⁹²

Um diese Äußerung in seiner Tragweite und Entstehungsgeschichte nachvollziehen zu können, muss man sich ein Bild dessen machen, was der damals in Münster tätige Humangenetiker Wendt dachte. Er war Mitbegründer der ersten humangenetischen Beratungsstelle in Deutschland. Widukind Lenz zitiert Wendt in seinem Artikel:

„Die überzufällige Häufung von Genen für Debilität bei einzelnen Familien und die auf einzelne Familien konzentrierte Fortpflanzung der leicht Schwachsinnigen liefern günstige Voraussetzungen für eine genetische Prophylaxe. Wenn es nämlich gelänge, die verheirateten Schwachsinnigen zu einer Familienplanung zu veranlassen, wie sie in einer durchschnittlichen Familie bereits selbstverständlich geworden ist, so würde das zu einer fühlbaren Abnahme der Zahl der leicht Schwachsinnigen führen. Durch das System der Kinderbeihilfen trägt der Staat aber leider dazu bei, dass die Dummen nicht nur alle werden, sondern sogar zunehmen.“⁹³

Man mag nur hoffen, dass es sich hierbei um eine Einzelmeinung handelt, jedoch sollte die Wirkung solcher Aussagen nicht unterschätzt werden.

Die Kosten-Nutzen-Betrachtung menschlichen Lebens unter ökonomischen Vorzeichen ist sehr gefährlich und dürfte unter ethischen Gesichtspunkten eigentlich nicht stattfinden. Die Folge einer solchen Denkweise ist die, dass Konsequenzen folgen sollen oder gar müssen, wenn kein oder nur geringer Nutzen feststellbar ist.

Die angespannte Haushaltsslage in allen Bereichen trägt dazu bei, dass der Faktor Nachhaltigkeit in den nächsten Jahren immer mehr herangezogen werden wird.

⁹² Stein Anne-Dore, „Ein Kongreß findet nicht satt“, in: Sozialmagazin Heft 11 1989. S. 76

⁹³ Lenz Widukind, Genetische Ursachen körperlicher und geistiger Behinderung, in: Der behinderte Mensch und die Eugenik / Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ e.V. (Hrsg), Karlsruhe. 1969 44-69, S. 52

Unsere demokratisch verfasste Gesellschaft ist dazu aufgerufen, die Bewertung ihrer Mitglieder auszuklammern und jedem ein Existenzrecht zu sichern.

In den nächsten Jahren wird vor allem auch die Rechtsprechung dazu beitragen, ob mit einem weiteren Ausbau der PND schon alleine wegen der Absicherung des Arztes zu rechnen ist.

Mutig stimmt einen die Bemerkung, die Ulrike Riedel am Ende ihrer Abfassung zum Thema „Kind als Schaden“ anführt:

„Die Rechtsprechung bewirkt keine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung oder eine Verletzung der Menschenwürde des Kindes, für das ein Unterhaltsschadenersatz zu zahlen ist. Der Unterhaltsschadenersatz im Falle eines ärztlichen Fehlverhaltens knüpft nicht an der Behinderung des Kindes an, sondern gewährt – für ein behindertes Kind – Schadenersatz für materielle Folgen einer ärztlichen Pflichtverletzung, wenn eine prognostische Beurteilung ergibt, dass ohne das ärztliche Fehlverhalten unter der Voraussetzung der Beachtung der Rechtsordnung kein Kind zur Welt gekommen wäre und wenn die Vermeidung von Unterhaltsbelastungen für das Kind vom- rechtmäßigen – Behandlungsvertrag umfasst war.“⁹⁴

Nachhaltigkeit darf nicht dazu führen, dass die ökonomische Sicht über die menschliche Beziehung gestellt wird. An dieser Stelle sei nochmals an Immanuel Kant und den kategorischen Imperativ erinnert. Eine ökonomische Verrechnung menschlichen Lebens scheidet unter diesen Gegebenheiten aus.

⁹⁴ wie Anm. 37, S. 150

3. Handeln - Caritastheologische Sicht – Hilfe für Schwangere und die Angehörigen

Nach der Vorstellung dessen, um was es sich bei Pränataldiagnostik handelt und der sozialetischen Bewertung geht es jetzt im dritten Teil darum, konkrete Handlungsschritte abzuleiten.

Dies soll in drei Schritten passieren, indem ich zuerst die einzelnen Interessengruppen zu Wort kommen lasse, dann kurz drei Projekte vorstelle und schließlich auf die konkrete Begleitung der schwangeren Frauen eingehe.

a. Strukturelle, kontextuelle und institutionelle Interessengruppen

Die Flut der Stellungnahmen, Meinungen und Vorschläge im Bereich der Pränataldiagnostik ist beinahe unendlich. Gibt man den Begriff Pränataldiagnostik in die gängigen Suchmaschine „Google“ im Internet ein, so kommen (Stand: 12.10.2005) ca. 476.000 Ergebnisse.

Fast keine Institution hat es in den letzten Jahren versäumt, sich bzgl. dieses Themas in die Diskussion einzubringen.

Ich möchte mich auf vier Gruppen beschränken, was zur Folge hat, dass nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was auf dem Gebiet der PND veröffentlicht und gefordert wird, von mir beleuchtet werden kann.

1. Die Enquete-Kommission und der nationale Ethikrat

Der Deutsche Bundestag hat mit der Zustimmung aller Fraktionen am 24.03.2000 die Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ eingesetzt. Der Kommission gehörten zu Beginn 13 parlamentarische Mitglieder sowie 13 sachverständige Mitglieder an. Nachdem sich drei Arbeitsgruppen mit jeweils unterschiedlichen Themen eingehend beschäftigt hatten, wurde am Ende der 14. Legislaturperiode ein Abschlussbericht (14.05.2002) vorgelegt. In der 15. Wahlperiode wurde die Arbeit fortgesetzt und am 30.05.2005 fand eine öffentliche Anhörung zum Thema: „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND)“ in Berlin statt. Aufgrund der verkürzten Legislaturperiode liegt noch kein Abschlussbericht vor.

Die Empfehlungen, die 2002 ausgesprochen wurden, werden im Folgenden aufgezeigt:

1. Als Voraussetzung für alle Maßnahmen im Bereich der Pränataldiagnostik ist sicherzustellen:
 - Methoden der Risikospezifizierung (selektive PND) müssen aus der regulären Schwangerschaftsvorsorge herausgenommen und lediglich als Einzelfallangebot, nicht jedoch als Routinemaßnahme, bereitgehalten werden.
 - Die selbstbestimmte und informierte Entscheidung der Frauen bzw. der Paare durch eine rechtzeitige und umfassende Aufklärung und Beratung vor jeder pränataldiagnostischen Maßnahme, die der Suche nach Fehlbildungen dient.
 - Ein ausreichendes medizinisch-humangenetisches und psychosoziales Beratungsangebot, das über mögliche Konsequenzen des Befundes – sowohl in medizinischer als auch in psychosozialer Hinsicht vor und gegebenenfalls nach der Diagnostik – informiert. Dabei sollen eine Unterscheidung zwischen therapierbaren und nicht therapierbaren Auffälligkeiten vorgenommen und Informationen über konkrete Hilfen durch therapeutische Interventionen, familienentlastende Maßnahmen sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen vermittelt werden.
2. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen für das Angebot der PND ist:
 - den Organen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eine Überarbeitung ihrer Richtlinien im Sinne einer Beschränkung der PND zu empfehlen, sowie im Rahmen des Sicherstellungsauftrages die Qualität und Durchführung einer humangenetischen Beratung zu gewährleisten;
 - dem Bundesausschuss sowie dem Koordinierungsausschuss die Befassung mit der Praxis der PND hinsichtlich einer Überversorgung zu empfehlen.
3. Die folgenden politischen Maßnahmen können zur Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas beitragen, das es Eltern ermöglicht/erleichtert, auch Kinder mit Behinderung zur Welt zu bringen:
 - Die Mutterschafts-Richtlinien sollten überprüft werden. In einer Präambel sollte ein klärender Hinweis auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Betreuung einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien aufgenommen werden;

- Die gesetzliche Krankenversicherung sollte gerade in diesem Bereich die Patientinneninformation ausweiten. Im Mutterpass sollten die verschiedenen Optionen der Schwangerschaftsbegleitung, beispielsweise durch Hebammen, dargestellt werden;
- Die Schaffung qualifizierter Beratungskonzepte sowie deren Implementierung in die Schwangerschaftsvorsorge – Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte eine breite Informationskampagne über die Rechte der Patientinnen, die Bedingungen der Schwangerschaftsvorsorge sowie die mit PND verbundenen Risiken initiieren und insbesondere über den hier erforderlichen informed consent aufklären;
- Eine gesetzliche Regelung der sog. Spätabbrüche;
- Verstärkte Forschung über therapeutische Interventionen bei Symptomen oder Syndromen, aufgrund derer es nach einer PND am häufigsten zu einem Schwangerschaftsabbruch kommt;
- Die Gleichstellung von Kindern mit Behinderung und das Zusammenleben in den Familien zu unterstützen;
- Dem Deutschen Bundestag wird empfohlen, gesetzlich zu regeln, dass Ärztinnen und Ärzte für die Existenz eines Kindes und die Folgekosten dann nicht haften, wenn die Geburt eines Kindes nicht durch einen Schwangerschaftsabbruch verhindert wurde und wenn sie pränataldiagnostische Tests, die mit keinem präventiven oder therapeutischen Nutzen für das ungeborene Kind verbunden sind, der Schwangeren nicht von sich aus angeboten oder nicht auf solche Tests hingewiesen haben. Es wird weiter empfohlen, durch eine Versicherungslösung oder eine Fondslösung oder durch Verbesserung der öffentlichen Leistungen für kranke oder mit Behinderungen geborene Kinder einen Ausgleich zu schaffen, damit Eltern unterstützt werden, sich für die Geburt eines kranken oder behinderten Kindes zu entscheiden.⁹⁵

Die letzte Bundesregierung (Rot-Grün) setzte den Nationalen Ethikrat ein, der sich seine Meinung bilden und sich zu verschiedenen Problemfeldern unabhängig von der Politik äußern soll; schwerpunktmäßig soll er sich mit den Weiterentwicklungen in den Lebenswissenschaften beschäftigen. Ziel des nationalen Ethikrates ist es, möglichst alle Meinungen in einem Expertenkreis zu bündeln und dann Empfehlungen zu geben.

In einer Untergruppe des Ethikrates wurde das Thema „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“ bearbeitet. Die Mitglieder des Nationalen Ethikrates führten zwei Sachverständigenanhörungen durch, die am 8.10.2002 und 08.12.2002 in Berlin stattfanden.

Im Jahr 2003 wurde durch den Nationalen Ethikrat eine 188 Seiten umfassende Stellungnahme zum oben erwähnten Thema veröffentlicht.

⁹⁵ Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14.05.2002; Bundestagsdrucksache 14/9020. S. 83-84

Aufgrund der Stellungnahme wird vorgeschlagen:

„Ungeachtet aller Wertungsunterschiede schlagen die Mitglieder des Nationalen Ethikrates einmütig vor, alle mit der Reproduktionsmedizin zusammenhängenden wesentlichen Fragen in einem speziellen Fortpflanzungsmedizingesetz zu regeln.“⁹⁶

Für die Praxis der PND werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Eine invasive PND sollte nur durchgeführt werden, wenn die nicht invasive Diagnostik Auffälligkeiten ergeben hat und die Frau sie ausdrücklich verlangt.
- Vor einer PND und nach einer PND, die einen entsprechenden Befund ergeben hat, muss der Schwangeren der Zugang zu einer umfassenden sachverständigen Beratung eröffnet werden, die auch humangenetische und psychosoziale Aspekte umfasst. Zudem muss der Schwangeren nach der Beratung für die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch eine angemessene Bedenkzeit verbleiben.
- Die sogenannten Spätabbrüche sollten unter Berücksichtigung der für Schwangere gegebenenfalls auch im späten Schwangerschaftsstadium bestehenden gesundheitlichen Gefahren insbesondere für die Fälle neu geregelt werden, in denen der Fötus bereits überlebensfähig ist. Sie sollten nur zulässig sein, wenn eine unmittelbare Gefahr für das Leben der Mutter besteht, oder wenn der Fötus an einer unbehandelbaren Krankheit oder Entwicklungsstörung leidet, bei der nach der Geburt entsprechend den anerkannten Regeln der Medizin keine lebenserhaltenden Maßnahmen ergriffen würden. Vorzusehen ist auch eine statistische Erfassung der Spätabbrüche, die unter Wahrung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht die Indikation für den Abbruch und das Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt des Abbruchs dokumentiert.
- Die Möglichkeiten, sich für ein Leben mit einem kranken oder behinderten Kind zu entscheiden, müssen weiter verbessert werden. Dazu gehört ein umfassender Ausgleich für die durch die Behinderung oder Krankheit eines Kindes entstehenden zusätzlichen Unterhaltskosten aus öffentlichen Mitteln.⁹⁷

⁹⁶ Nationaler Ethikrat (Hrsg.), „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“, Stellungnahme des Nationalen Ethikrates, Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Spiros Simitis; Jägerstraße 22/23 D-10117 Berlin; Berlin, 2003, S. 9

⁹⁷ wie Anm. 96, S. 103

2. Die Christlichen Kirchen

Das Lebensrecht ungeborener Kinder wird in den Christlichen Kirchen seit jeher verteidigt.

Die Katholische Kirche hat sich mit der „Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und der Würde der Fortpflanzung“ wieder in die aktuelle Diskussion eingeschaltet. Die katholische Kirche billigt die Inanspruchnahme der Diagnostik, lehnt aber jegliche Form der Tötung menschlichen Lebens ab. In der Schlussbemerkung heißt es:

„Im Licht der Wahrheit über das Geschenk des menschlichen Lebens und der Moralprinzipien, die daraus folgen, ist jedermann eingeladen, in seinem eigenen Verantwortungsbereich wie ein barmherziger Samariter zu handeln, und auch das kleinste unter den Menschenkindern als seinen Nächsten anzuerkennen (vgl. Lk 10,29-37).“⁹⁸

Was dies für uns Christen bedeutet, zeigt ein Ausspruch unseres derzeitigen Papstes, den er bereits vor 20 Jahren tätigte:

„Auch hier müssen wir zu einem neuen Mut zum Nonkonformismus gegenüber den Tendenzen der Wohlstandsgesellschaft zurückfinden. Anstatt dem Zeitgeist zu folgen, müssten gerade wir ihm von neuem mit evangelischem Ernst entgegentreten. Wir haben den Sinn dafür verloren, dass die Christen nicht wie >jedermann< leben können. Die törichte Ansicht, der zufolge es keine spezifische Christliche Moral mehr geben würde, ist nur ein Ausdruck dafür, dass ein Grundkonzept verlorengegangen ist. Das >unterscheidend Christliche< gegenüber den Modellen der >Welt<.“⁹⁹

Die Enzyklika „Evangelium vitae“, die Papst Johannes Paul II 1995 verkündete, beschäftigt sich mit der Thematik des ungeborenen Lebens.

Darin wird nochmals und in sehr ausführlicher Weise die Einzigartigkeit jeder menschlichen Person unterstrichen, wenn der Appell erfolgt: „achte, verteidige, liebe das Leben, jedes menschliche Leben und diene ihm!“¹⁰⁰

Die katholische Kirche und die evangelischen Kirchen in Deutschland führen einmal jährlich die „Woche für das Leben“ durch. Es geht immer wieder um den Lebensschutz, vor allem der Personen, die ihre Rechte noch nicht oder fast nicht mehr wahrnehmen können.

⁹⁸ Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg.), Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Bonn. 10.03.1987, 5. redaktionell überarbeitete Auflage 2000, S.41-42

⁹⁹ Ratzinger, Josef Kardinal, Zur Lage des Glaubens. München 1985. S. 117

¹⁰⁰ wie Anm. 78, S. 12

Die Woche für das Leben im Jahr 1997 stand unter dem Motto "Jedes Kind ist liebenswert. Leben annehmen statt auswählen."

Im gemeinsamen Wort der beiden Kirchen: "Wieviel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin", stellen sie ihre Positionen klar und deutlich heraus:

- Die Gesellschaft hat kein Verfügungsrecht über Embryonen. Verbrauchende Forschungen an Embryonen sind daher ethisch nicht zu verantworten.
- Die Inanspruchnahme von pränataler und prädiktiver Diagnostik kann in Entscheidungskonflikten führen, die das Lebensrecht eines anderen Menschen, nämlich des Ungeborenen, betreffen. In dieser bedrängenden Lebenssituation von Mutter und Kind kommt der Beratung eine wichtige Funktion zu. Sie hilft, Prioritäten festzulegen und Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch zu suchen und zu finden. Beratung kann die Eigenkräfte der Frau, die für das Kind sprechen, stärken. Wertorientierte Beratung kann und soll die Orientierungs- und Entscheidungsfähigkeit der Ratsuchenden verbessern.
- Die Auswirkungen solcher Entscheidungen von einzelnen Frauen und Männern betreffen auch die Einstellung der Gesellschaft zu Behinderung und das Selbstgefühl von behinderten Menschen. In Deutschland wirkt noch besonders belastend die Erfahrung aus der Zeit der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft mit der "Tötung lebensunwerten Lebens" und mit eugenischen Zwangsmaßnahmen nach. Im Blick auf die Einschätzung von Behinderungen ist erneut darauf hinzuweisen, dass Behinderung ein Teil unserer Lebenswirklichkeit ist und bleiben wird. Die Ursachen von Behinderungen sind vielfältig. Nicht nur genetische Defekte und vorgeburtliche Schädigung verursachen Behinderungen. Viel häufiger sind Unfälle, Erkrankungen oder normale Alterungsprozesse verantwortlich. Nur ein geringer Prozentsatz von Krankheit und späteren Behinderungen kann also überhaupt vorgeburtlich entdeckt werden. Christlicher Glaube bezeugt, dass Krankheit, Leid und Behinderung die Menschen oft vor die Sinnfrage stellen. Der Glaube an die Solidarität Gottes mit Kranken und Leidenden, wie sie in Jesu Leben und Handeln und vor allem in seinem Sterben und in seiner Auferweckung deutlich geworden ist, eröffnet die Chance, im Glauben zu wachsen und zu reifen, aber auch für leidende Menschen tätig zu werden.
- Es ist eine Illusion zu meinen, man könne eine behindertenfreie Gesellschaft oder eine Welt ohne Leid schaffen. Das Zusammenleben mit behinderten oder kranken Menschen gehört auch zukünftig zur gesellschaftlichen Wirklichkeit. Das schließt mit ein, dass Hilfen für behinderte Menschen nach wie vor von der Solidargemeinschaft getragen werden. Eugenischen Tendenzen ist entschieden und nachdrücklich zu widersprechen und zu widerstehen.
- Bei der prädiktiven Diagnostik, der Voraussage über künftige Erkrankungen oder Risiken, ist die Wahrung folgender Prinzipien ausschlaggebend: die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, das "Recht auf Nichtwissen" der eigenen genetischen Ausstattung und damit auch das Recht auf Selbstbestimmung, welche genetischen Daten über einen selbst erhoben werden, sowie die Berücksichtigung der besonderen psychischen Situation, wenn eine Person ein Krankheitsrisiko befürchtet. Wissen kann nicht nur entlasten, sondern auch belasten. Zusätzliches Wissen macht Entscheidungen nötig, wo vorher keine möglich waren. Der Zuwachs an Kenntnissen aufgrund prädiktiver Diagnostik fordert darum auch einen Zuwachs an der Fähigkeit zu ethischen Entscheidungen und an Verantwortung. Deshalb darf eine prädiktive Diagnostik nicht als klinische Routinediagnostik, sondern nur in einem Kontext durchgeführt werden, der eine ausreichende Vorbereitung und Nachbetreuung mit umfassender Beratung

gewährleistet. Als Screening auf Bevölkerungsebene wäre eine Untersuchung auf bestimmte Gene bzw. Dispositionen nur dann vertretbar, wenn es eine gesicherte Vorbeugung oder wirksame Behandlung gäbe. Gesellschaft und Staat dürfen keinen Zwang und Druck zu prädiktiver Diagnostik und genetischen Tests ausüben. Unerlässlich ist die Wahrung der Vertraulichkeit von Diagnosen und der Schutz genetischer Daten gegenüber Dritten.

- Prädiktive genetische Diagnostik birgt die Gefahr, dass Krankheit nicht mehr als individuelles Leiden aufgefasst, sondern auf den genetischen Befund reduziert wird. Krankheit ist jedoch nicht naturwissenschaftlich objektivierbar, vielmehr ergänzen sich objektiver Befund und soziale Wertungen zum Begriff von Krankheit. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die technische Entwicklung immer auch zu einem Wandel der sozialen Wertung führt. Ein Befund bedarf immer der Deutung und wird in der Regel immer auf Fragen wie die der individuellen Belastbarkeit und Zumutbarkeit zurückgeführt.¹⁰¹

Aus diesem Grunde ist eine Begleitung der betroffenen schwangeren Frauen und deren Familien von besonderer Bedeutung, denn „die Beratung der Schwangeren auch in Konfliktlagen ist integraler Teil der Verkündigung des Lebens. Sie ist eine Realisierung der Option für die Armen, die allen christlichen Kirchen als Leitlinie für ihr diakonisches Handeln aufgetragen ist.“¹⁰²

Die einzelnen Laienorganisationen der christlichen Kirchen haben sich in den vergangenen Jahren immer wieder mit dieser Thematik beschäftigt und dazu Stellung bezogen. Eine Aufführung ist angesichts der Fülle der Aussagen nicht möglich.

¹⁰¹ wie Anm. 5, S. 16-17

¹⁰² Spieker Manfred, Kirche und Abtreibung in Deutschland – Ursachen und Verlauf eines Konflikts. Paderborn. 2001. S. 231

3. Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

Im Jahre 1995 wurde das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik durch die „Frankfurter Erklärung“ ins Leben gerufen. Die Organisation übernimmt der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, der 1959 von Eltern behinderter Kinder, insbesondere Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen, gegründet wurde. In über 200 Ortsvereinen sind heute ca. 25.000 Familien mit behinderten Kindern bzw. Angehörigen zusammengeschlossen.

Am 1. September 1999 hat die Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin ihre Arbeit aufgenommen. Sie wird finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit sowie aus Mitteln des Bundesverbandes für Körper und Mehrfachbehinderte e.V..

„Aufgabe der Arbeitsstelle ist es, die fachliche, fachpolitische und öffentliche Auseinandersetzung zum Themenfeld Pränataldiagnostik und seinen Verschränkungen und Verquickungen mit den unterschiedlichen Angeboten der Reproduktionsmedizin zu unterstützen und voranzutreiben. Dies bedeutet, Berufsgruppen, Organisationen und Verbände, die in ihrer Arbeit mit den Folgen und Implikationen der Thematik konfrontiert sind, in ihrem Berufsalltag durch Kontakte, Kooperation, Vernetzung, Fortbildung und Materialien Unterstützung anzubieten sowie eine breite Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam zu machen.“¹⁰³

Ca. 90 Gruppen, Organisationen, Institutionen und 150 Einzelpersonen haben sich inzwischen dem Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik angeschlossen.

Das Netzwerk gibt in der Regel zweimal jährlich einen umfangreichen Rundbrief heraus, in dem zu sehr aktuellen Themen rund um das Thema Pränataldiagnostik Stellung bezogen wird. Die Arbeitsstelle wird auch von der Politik immer wieder zu Stellungnahmen und Gutachten herangezogen.

Das Netzwerk fordert:

- eine Schwangerenvorsorge, die die Frau in den Mittelpunkt stellt und sie stärkt,
- Schwangerenvorsorge durch Hebammen,
- Herausnahme vorgeburtlicher selektiver Diagnostik aus dem Regelangebot der Schwangerenvorsorge,
- umfassende ärztliche Information und Aufklärung vor jeder diagnostischen Maßnahme, die zur Selektion genutzt werden kann, auch vor Ultraschall und Bluttests,
- konsequente Umsetzung des Prinzips der informierten Zustimmung,
- Bereitstellung eines psychosozialen Beratungsangebotes, das unabhängig ist von der Durchführung von Pränataldiagnostik,

¹⁰³ Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Rundbrief 8, November 1999, S. 3

- freiwillige Inanspruchnahme des Beratungsangebotes vor, während und nach Pränataldiagnostik und Verpflichtung der Anbietenden von PND, im Rahmen ihrer Information und Aufklärung auf dieses Angebot hinzuweisen,
- Zusammenarbeit der mit Schwangerenbegleitung befassten Personen/Einrichtungen und der Selbsthilfe im Interesse der betroffenen Frauen und Paare,
- Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass Familien, die Kinder mit Behinderungen haben, gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können,
- Wahrung der Intentionen des Embryonenschutzgesetzes, insbesondere des Verbotes von PID [Präimplantationsdiagnostik] und anderen Verfahren der Selektion,
- Einbeziehung aller betroffenen Berufsgruppen und demokratische Kontrolle der Gremien, die über die Ausgestaltung der Schwangerenvorsorge und über medizinische Standards und Leistungen entscheiden.

Tätigkeitsfeld:

- Das Netzwerk ermöglicht und fördert den Austausch unter den Verknüpften. Es veranstaltet Tagungen und Fortbildungen, veröffentlicht Rundbriefe und Materialien.
- Das Netzwerk diskutiert die aktuelle Entwicklung in der Pränataldiagnostik und Fortpflanzungsmedizin und präzisiert einen eigenen politischen Standpunkt.
- Das Netzwerk beteiligt sich an der konkreten Entwicklung von Alternativen zur medizinisch-technischen Schwangerenvorsorge.
- Das Netzwerk nimmt Einfluss auf den politischen und öffentlichen Diskussionsprozess und die Gesetzgebung im Zusammenhang mit Fortpflanzungsmedizin und Schwangerenvorsorge.¹⁰⁴

Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik ist im Zeitalter der rasant wachsenden Pränatalmedizin ein wichtiger Beobachter der Bedürftigkeit der betroffenen Frauen.

¹⁰⁴ Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Rundbrief 15, 2003, S. 32

4. Mediziner

Die Bundesärztekammer hat 1998 eine „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ verabschiedet und 2003 die „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ überarbeitet.

Im Jahre 2002 präsentierte die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) erstmals einen Diskussionsentwurf zur Pränataldiagnostik, Beratung und möglichem Schwangerschaftsabbruch („Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“).

Der Vorstand der Bundesärztekammer nahm sich vor, im Herbst 2004 das Positionspapier der DGGG aufzugreifen und weiterzuverfolgen. Bisher stockt die Diskussion.

Die wesentlichen Aspekte für eine politische Neuorientierung umfassen

- die Beratungssituation,
- die Qualitätssicherung der Pränataldiagnostik,
- die Klärung von Haftungsansprüchen an den Pränataldiagnostiker,
- die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs bei zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes,
- die definitive Formulierung der Weigerungsmöglichkeit des Arztes, an einem Schwangerschaftsabbruch teilzunehmen
- die exakte statistische Erfassung aller durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche.

Die DGGG setzt sich vor allem für eine sehr umfassende Beratung und Aufklärung vor der Durchführung einer PND ein. Sie fordert deshalb, dass folgende Inhalte immer angesprochen werden müssen:

- Art und Anlass für die Untersuchung,
- Ziel der Untersuchung,
- Risiko der Untersuchung,
- Grenzen der pränatalen diagnostischen Möglichkeiten,
- Sicherheit der Untersuchungsergebnisse,
- Art und Schweregrad möglicher oder vermuteter Störungen,
- Möglichkeiten des Vorgehens bei einem pathologischen Befund,
- Psychisches und ethisches Konfliktpotential bei Vorliegen eines pathologischen Befundes,
- Alternativen zur Inanspruchnahme weiterführender Diagnostik,
- Möglichkeit der Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung und
- Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG, Diskussionsentwurf zur Pränataldiagnostik, Beratung und möglichem Schwangerschaftsabbruch („Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“). Stand September 2004, S. 13

b. Projekte / Initiativen

In den vergangenen Jahren sind verschiedenen Projekte und Aktionen im Bereich der Pränataldiagnostik entstanden. Im Folgenden möchte ich nun ganz kurz drei davon vorstellen:

Datenbank der BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln hat eine Datenbank für das Thema unerfüllter Kinderwunsch/Pränataldiagnostik geschaffen. Sowohl Ärzte und Fachkräfte als auch betroffene Frauen und Männer haben hier die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren. Es wird auf alle Initiativen und Interessengruppen verwiesen, so dass allen ein umfassender und pluraler Informationsdienst geboten wird.

Die Datenbank ist über die Homepage des BZgA zu erreichen: www.bzga.de.

1000fragen

Die Aktion 1000fragen ist ein Diskussionsforum im Internet. Jeder kann und soll zu bioethischen Themen mit diskutieren.

Ein Diskussionsforum lautet z.B.: „Wären Sie beim Vorgeburtstest durchgekommen?“ Für die einzelnen Themen gibt es jeweils Paten, die die Frage betreuen.

So sind Politiker wie Heiner Geißler oder Norbert Blüm genauso vertreten wie die evangelische Bischöfin Margot Käßmann.

Mittlerweile haben schon Tausende von Nutzern einen Beitrag erstellt.

Die Diskussion erfolgt unter: www.1000fragen.de

„Bitte nicht stören“

Mit dieser Aktion wollte und will das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik die Pränatalmedizin einer breiteren Öffentlichkeit und vor allem Frauen und Männern näher bringen, für die Kinderkriegen ein Thema ist.

Es sollte die Botschaft vermittelt werden, dass die Selbstverständlichkeit von Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge von jedem selbst überdacht werden sollte.

Es fanden verschiedene Workshops statt und durch Postkarten- und Plakataktionen wurde Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Die Dokumentation dieser Aktion kann auf der Homepage des Netzwerkes gegen Selektion abgerufen werden.

c. Konkrete Begleitung - Beratung

In allen Äußerungen wird immer wieder die Wichtigkeit der Beratung im Kontext der Pränataldiagnostik herausgestellt. Vor allem die unabhängig von den behandelnden Ärzten angebotene Beratung möchte ich nun beleuchten. Was diese Beratung konkret ausmacht, stelle ich im Folgenden kurz dar, indem ich zuerst die Standards definiere und dann die Ziele der Beratung herausarbeite.

Standard:

Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik hat bereits vor Jahren formuliert, was eine gute psychosoziale Beratung im Rahmen der Pränataldiagnostik erfordert:

1. Grundvoraussetzungen
 - a. Ausbildung in einem einschlägigen Beruf, z.B.: Sozialpädagoge/-pädagogin, Psychologe/Psychologin, Pädagoge/Pädagogin, Hebamme; Arzt/Ärztin
 - b. Grundqualifikation in psychosozialer Beratung
 - c. Beratungserfahrung
 - d. Verpflichtung zu regelmäßiger Fortbildung
 - e. Weiterbildung; Supervision
2. Zusatzqualifikation für Beratung zu PND unter folgenden Aspekten:
 - a. medizinisches Fachwissen: Verfahrensweisen, Aussagekraft und Grenzen der Techniken und Verfahren
 - b. Konsequenzen von Pränataldiagnostik, Risiken und Nebenwirkungen
 - c. sozialmedizinisches Wissen: Kenntnisse über Behinderungen, über das Leben mit Behinderungen, den gesellschaftlichen Umgang und Bewertungen
 - d. soziale Kompetenz: Kenntnis über die Lebenswelt von Frauen mit den Bereichen Recht, Gesundheit, Familie, Partnerschaft, Arbeitsbedingungen, gesellschaftliche Zusammenhänge
 - e. psychologische Kompetenz: Gesprächsführung, Selbsterfahrung, Empathie, Wertschätzung in Bezug auf Schwangerschaft und Mutterschaft
 - f. interdisziplinäre Kooperation
 - g. Kennen der eigenen, fachlichen und persönlichen Grenzen
 - h. Auseinandersetzung mit Werten und Normen, mit Leben und Tod; Öffentlichkeitsarbeit
3. Bereitschaft, Engagement und Fähigkeit zur Öffentlichkeitsarbeit und zu gesellschaftlicher Stellungnahme.¹⁰⁶

Eine Beratung soll durch dafür speziell ausgebildetes Personal erfolgen. Wie wichtig eine professionelle Beratung ist, stellt eine qualitative Studie fest, wenn es da heißt, „dass oftmals Empathie und kommunikative Kompetenz bei ÄrztInnen fehlen.“¹⁰⁷

¹⁰⁶ wie Anm. 104, S. 19

¹⁰⁷ wie Anm. 44, S. 297

Spezielle Anlaufstellen sind die PUA – Beratungsstelle zur Pränatalen Untersuchung und Aufklärung in Stuttgart oder auch die Beratungsstellen von Cara e.V. im norddeutschen Raum. Ansonsten leisten die staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen die Grundversorgung an unabhängiger psychosozialer Beratung.

Ziele:

Ziel der Beratung im Kontext der Pränataldiagnostik ist, durch Aufklärung und Information die Komplexität der neuen Techniken zu begreifen und nicht nur die im Vordergrund stehenden Heilsversprechen, sondern auch die unerwünschten Wirkungen und Konsequenzen zu sehen.

Hier ist vor allem zu beachten, dass verschiedene Berufsgruppen verschiedene Sichtweisen haben.

Die behandlungsunabhängige Beratung muss Frauen und Männern die Möglichkeit eröffnen, ihre Ängste, Fragen und Unsicherheiten anzusprechen, um so eine für sie vertretbare Position zu finden.

Die psychosoziale Beratung muss Frauen mit ihren Partnern den Raum bieten, unabhängig von den unterschiedlichen Einflüssen wie Medien, Ärzten und Politik, über die Form ihrer medizinischen Betreuung vor und während der Schwangerschaft nachzudenken, um zu entscheiden, ob und welche der Techniken sie in Anspruch nehmen wollen.

Frauen und ihre Partner müssen die Möglichkeit haben, sich die Konsequenzen ihrer Entscheidung bewusst zu machen, um danach eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, welche die Würde aller Beteiligten berücksichtigt.

Die Beratung soll der schwangeren Frau helfen, eine für ihre Situation entsprechende Entscheidung zu finden, denn „der einmalige Mensch ist und bleibt für seine Lebensgeschichte verantwortlich.“¹⁰⁸

Wichtigstes Ziel der Beratung muss es sein, dass die schwangere Frau vor der Pränataldiagnostik eine detaillierte Aufklärung von unabhängiger Seite erfährt, um dadurch Interessenskonflikte zu vermeiden.

¹⁰⁸ Zuhlechner Paul, Beratung und Seelsorge im gesellschaftlichen Kontext; in: Handbuch der Pastoralpsychologie, Hrsg.: Baumgartner Isidor, Regensburg 1990 121-131. S126

Silvia Wiedebusch spricht von Variablen, die bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik von Bedeutung sind.¹⁰⁹ Sie unterscheidet vier große Hauptvariablen, die es im Kontext der Beratung immer zu berücksichtigen gilt:

1. Personenvariablen, wie z.B. Risikowahrnehmung, persönliche Einstellung zu Abtreibung, Ängstlichkeit, Informiertheit etc.
2. Umweltvariablen, wie z.B. gesellschaftlicher Handlungsdruck, Einfluss von Medien, Einstellungen, Rat von Bezugspersonen etc.
3. Soziodemographische Variablen, wie z.B. Alter, Familiengröße, Ausbildungsstand, sozialer Status etc.
4. Situationsvariablen, wie z.B. Zeitdruck, persönlicher Aufwand, Verfügbarkeit genetischer Beratung etc.

In der Beratung ist es wichtig zu wissen, dass die Entscheidung, die die Frau zu treffen hat, aufgrund verschiedener Einflüsse (Variablen) geschieht.

Die Beratung soll so wenig wie möglich interessengeleitet sein. Welche Herausforderungen dies an den Berater stellt soll das folgende Zitat verdeutlichen:

„Wenn empfohlen wird, dass die Beratung weder ´direktiv´ noch ´aktiv´ sein soll, um Freiwilligkeit und Selbstbestimmung zu gewährleisten, dann scheint mir eine Illusion vorzuliegen. Eine interpersonelle Beratung kann de facto nicht von jedweder Beeinflussung freigehalten werden, weil auch die Information über die Fakten immer schon bei einem Adressaten oder bei seinem Umfeld in einem bewerteten Kontext steht. Es wäre eine Überforderung des Beraters, wenn man von ihm erwarten würde, die Interaktion auf möglichst große Neutralität hin kontrollieren zu können.“¹¹⁰

Die Beratung ist vor allem dann besonders notwendig, wenn die Pränataldiagnostik ergeben hat, dass mit dem werdenden Kind etwas nicht in Ordnung ist.

Die Mitteilung einer solchen Diagnose stellt für die Betroffenen ein kritisches Lebensereignis dar. Derartige Ereignisse wurden in der psychologischen Literatur bislang schon ausführlich beschrieben.

¹⁰⁹ Wiedebusch Silvia, Die Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik, in: Perspektiven der Humangenetik: medizinische, psychologische und ethische Aspekte, Petermann Franz, Wiedebusch Silvia, Quante Michael (Hrsg.), Paderborn 1997 127-151, S. 135

¹¹⁰ wie Anm. 41, S. 143

Hahlweg-Wildmoser erfuhr in ihrer Untersuchung, dass die Mitteilung des pathologischen Befundes zu einer psychischen Dekompensation führte, die begleitet war von Schock, Weinen und Verzweiflung.¹¹¹

Gerade kritische Lebensereignisse erfordern eine professionellen Begleitung.¹¹²

„Eine adäquate emotionale Begleitung muss in der Lage sein, auf Schockreaktionen zu reagieren und gleichzeitig die Entscheidungsautonomie der Betroffenen positiv zu fördern. Im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes ginge es darum, persönliche Bewältigungsstrategien der Frau zu reaktivieren und externe Ressourcen bereitzustellen.“¹¹³

Eine Studie zu Beratungsinhalten hat ergeben, dass die Zielsetzungen, unter denen die Beratung fällt sehr davon abhängen, zu welchem Zeitpunkt die Beratung einsetzt.¹¹⁴

Die professionelle Begleitung muss auch dann noch da sei, wenn sich die schwangere Frau für einen Abbruch der Schwangerschaft entschieden hat. Hier sind vor allem Formen der Trauerbewältigung notwendig. Die Untersuchung von Hahlweg-Wildmoser zeigt, dass der überwiegende Teil der Frauen auch 6 Monate nach dem Abbruch, diesen noch als bedeutungsvoll und belastend ansehen. Das psychische Befinden wird von den Frauen als instabiler beschrieben.¹¹⁵

Nachdem die Beratung eine schlecht honorierte ärztliche Leistung ist, wird deutlich, dass sich der behandelnde Arzt auch nicht die dafür notwendige Zeit nehmen kann, die er eigentlich bräuchte. Aus diesem Grunde muss die unabhängige psychosoziale Beratung sichergestellt sein, denn „das ist überhaupt das Wichtigste: ein Mensch, der Zeit hat für ein Gespräch und für viele Gespräche, begrenzt zwar, aber zuverlässig.“¹¹⁶

¹¹¹ vgl. Hahlweg-Wildmoser Brigitte, Schwangerschaftsbeendigung nach pränataler Diagnostik: Reaktionen und Befinden in den Tagen der Entscheidungsfindung, nach Beendigung der Schwangerschaft und 6 Monate später, Dissertation, München 1998, S. 179

¹¹² vgl. Baldus M., Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 9/10, 2001 736-752, S. 737

¹¹³ wie Anm. 111, S. 745

¹¹⁴ vgl. Pauli-Magnus Claudia, Dewald Axel, Cierpka Manfred, Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 9/10, 2001 771-784, S. 782

¹¹⁵ vgl. wie Anm. 110, S. 169

¹¹⁶ Wachtinger Lorenz, Wie in Psychotherapie und Beratung Seelsorge geschieht, in: Handbuch der Pastoralpsychologie, Hrsg.: Baumgartner Isidor, Regensburg. 1990. S. 106-120. S. 109

Schluss

Nachdem ich in einem Dreischritt: Sehen – Urteilen – Handeln das Themenfeld Pränataldiagnostik beleuchtet habe, geht es mir am Ende darum, welche Erkenntnisse sich für mich ergeben haben.

Als Berater bei einer Schwangerenberatungsstelle ist es überaus wichtig, sich mit den Fragestellungen, die sich im Laufe der vorliegenden Arbeit ergeben haben, auseinander zu setzen. Ohne sich der eigenen Position bewusst zu sein, ist die Beratung anderer nicht möglich. Wenn man sich die Aussagen bzgl. der Nondirektivität von Beratung (dies ist wahrscheinlich fast unmöglich) nochmals vor Augen hält, wird deutlich, wie wichtig die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema als Grundvoraussetzung für die Tätigkeit in der Beratung anzusehen ist.

In unserer heutigen Zeit sind wir oft von Dichotomien umgeben, was bedeutet, dass wir uns für eine Seite zu entscheiden haben.

Bei der Frage, sind sie für oder gegen PND fällt es schwer, eine Antwort zu geben.

Es zeigt sich, dass bei allen, die eine „schwarz-weiss Argumentation“ (entweder - oder) in dieser Thematik heranziehen, die Bereitschaft verloren geht, sich auch auf die Argumente der anderen Seite einzulassen.

Die Forderung nach einer Pflichtberatung, analog der Beratung im Rahmen des § 219 StGB erscheint auch für den Bereich Pränataldiagnostik überlegenswert, denn die Aussage von Hahlweg-Wildmoser, die die Vermutung aufstellte, dass durch das gesellschaftliche Vorurteil gegenüber der Psychologie viele ein Beratungsangebot erst schätzen, wenn sie es wahrgenommen haben¹¹⁷ zeigt, dass durch die Pflicht zur Beratung die Schwellenangst abgebaut werden könnte. Andererseits jedoch könnte dies dazu führen, dass Widerstände („ich muss dorthin und will eigentlich nicht“) aufgebaut werden, die dann erst zu überwinden sind.

Mit der Ausweitung der PND im medizinischen Sektor sollte auch eine Ausweitung im psychosozialen Sektor erfolgen. Es wird in Zukunft zu überlegen sein, ob nicht auch die psychosoziale Betreuung und Beratung eine Leistung der Krankenkasse darstellen muss. Die

¹¹⁷ vgl. wie Anm. 110, S. 176

Gynäkologen sollten das Angebot an psychosozialer Beratung auf alle Fälle an die schwangeren Frauen weitergeben

Ferner sollte die Betreuung der Schwangeren durch Hebammen bereits im frühen Stadium der Schwangerschaft ausgebaut werden. Hebammen verfügen über eine ganz andere Herangehensweise als die Gynäkologen und dies sollte positiv für die schwangeren Frauen genutzt werden.

Bei allem sollte jedoch immer mitüberlegt werden, ob sich eine quasi Routineuntersuchung wirklich auszahlt. Die Zeit der Schwangerschaft wird immer noch beschrieben als die Zeit der „guten Hoffnung“. Bei der genaueren Beschäftigung mit der Pränatalmedizin könnte man fast den Eindruck gewinnen, als ob diese Bezeichnung sich in den nächsten Jahren immer mehr aus unserem Sprachgebrauch verabschieden wird.

Eva Schindle formuliert dies in ihrem Buch „Schwangerschaft: zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko“ folgendermaßen:

„Vorgeburtliche Diagnostik verhilft nicht zu gesunden Kindern. Sie heilt keine kranken Föten und beseitigt keinen genetischen Defekt. Vorgeburtliche Diagnostik filtert normabweichende Föten heraus, um anschließend der werdenden Mutter freizustellen, wie sie sich mit diesem Wissen um ihr Neugeborenes verhalten will.“¹¹⁸

Es liegt an uns allen, die Frauen in dieser Phase zu begleiten.

¹¹⁸ Schindele Eva, Schwangerschaft: zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg. 1995. S. 293

Literatur

Ayerle G., Kethler U., Krapp C., Lohmann S., Erleben und Bedeutung von subjektiven Wohlbefinden in der Schwangerschaft: Eine qualitative Studie, Zwickau 2004.

Baldus Marion, Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Heft 9/10 (2001) 736-752.

Bartram Claus, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/240, URL:

http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/anhoerungen1/05_05_30_pnd/stellg_bartram.pdf

Baumgartner Alois, Persönlichkeit, in: Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch (Hrsg.) Marianne Heimbach-Steins. Regensburg 2004 265-269

Braun Annegret, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/245, URL:

http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/anhoerungen1/05_05_30_pnd/stellg_braun.pdf

Bruns Johannes, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/244, URL:

http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/anhoerungen1/05_05_30_pnd/stellg_bruns.pdf

Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 9 (28.02.2003), S. A583

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Faltblatt Pränataldiagnostik: Beratung, Methoden und Hilfen, Köln 2/2002 Bestellnummer: 13625100.

Die Bibel, Einheitsübersetzung, Altes und neues Testament, Stuttgart 1980.

Degener Theresia, Die Geburt eines behinderten Kindes als Schaden? in: Gen-ethisches Netzwerk, Gabriele Pichelhofer (Hrsg.) Grenzverschiebungen, Frankfurt am Main 1999.

„Einbecker Empfehlungen“ zu den „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“, in: Medizinrecht 1992 Düsseldorf.

Fried Erich, Gesammelte Werke, Bd. 1, München 1993.

Fonk Peter, Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderung; in: Ethica 7.Jhg. Innsbruck. 1999. Heft 1 29-46 und Heft 2, S. 143-171.

Fonk Peter, Ab wann ist der Mensch ein Mensch? In: Ethica 12. Jhg. Innsbruck. 2004. Heft 3. S.227-258.

Fritsch U., Mühlhaus K.: Pränataldiagnostik und Regreß, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 68 Heft 9 (1996).

Grewel Hans, Die gefährliche Logik der Bioethik, in: Junge Kirche, 7/8 (1996) 390-397

Hahlweg-Wildmoser Brigitte, Schwangerschaftsbeendigung nach pränataler Diagnostik: Reaktionen und Befinden in den Tagen der Entscheidungsfindung, nach Beendigung der Schwangerschaft und 6 Monate später, Dissertation, München 1998.

Heider M. Kurmann M., Waldschmidt A., Pränataldiagnostik in der Schwangervorsorge in: Rundbrief 13, Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, S.5, URL: <http://www.bvkm.de/pranataldiagnostik/netzwerk/rundbrief13.pdf>

Heimbach-Steins Marianne (Hrsg.), Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Regensburg 2004.

Hl. Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur vorsätzlichen Abtreibung, AAS 66 (1974) 738.

Hoerster Norbert, Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay., 2002.

Höver Gerhard, Zielkonflikte – Menschenbild und Pränataldiagnostik; in: Christliche Sozialethik im Dialog. Zur Zukunftsfähigkeit von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft, Festschrift zum 65. Geburtstag von Lothar Roos / Glazel Norbert, Nothelle-Wildfeuer Ursula (Hrsg.), 2000 557-571.

Kähler Christiane, Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation – medizinisch-diagnostische Aspekte und Praxis an der Universitätsfrauenklinik Jena, in: Spätabbrüche der Schwangerschaft – Überlegungen zu einer umstrittenen Praxis aus: Erfurter theologische Schriften, Band 33, Römelt Josef (Hrsg.), Leipzig 2005.

Kant Immanuel, Metaphysik der Sitten, Weischedel-Ausgabe, Bd. 4, Darmstadt³1966.

Kerber Walter, Sozialethik (Grundkurs Philosophie 13), Stuttgart 1988.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Wie viel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin, Gemeinsames Wort der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Woche für das Leben 1997: "Jedes Kind ist liebenswert. Leben annehmen statt auswählen.", Gemeinsame Texte 11, 1997

Knoepfler Nikolaus, Was definiert den Anfang des Menschen? in: Menschenleben – Menschenwürde interdisziplinäres Symposium zur Bioethik, aus der Reihe: Ethik interdisziplinär Band 3, Kaatsch Hans-Jürgen, Kreß Hartmut (Hrsg.), Münster 2003.

Kress Hartmut, Menschenwürde vor der Geburt. Grundsatzfragen und gegenwärtige Entscheidungsprobleme, in: Menschenwürde, Medizin und Bioethik: Heutige Fragen medizinischer und ökologischer Ethik / Kress Hartmut, Kaatsch Hans-Jürgen (Hrsg.), Münster 2000.

Kühn Dorothea, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/247, URL:
http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/anhoerungen1/05_05_30_pnd/stellg_kuehn_00.pdf

Lenz Widukind, Genetische Ursachen körperlicher und geistiger Behinderung, in: Der behinderte Mensch und die Eugenik / Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ e.V. (Hrsg), Karlsruhe. (1969) 44-69.

Mieth Dietmar, Was wollen wir können? : Ethik im Zeitalter der Biotechnik. Freiburg im Breisgau 2002.

Müller Wolfgang Erich, Argumentationsmodelle der Ethik – Positionen philosophischer, katholischer und evangelischer Ethik. Stuttgart 2003.

Mutterschafts-Richtlinien, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, zuletzt geändert am 24. März 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 126 vom 11. Juli 2003.

Nationaler Ethikrat (Hrsg.), „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“, Stellungnahme des Nationalen Ethikrates, Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Spiros Simitis; Jägerstraße 22/23 D-10117 Berlin; Berlin. 2003

Nell-Breuning Oswald von, Gemeingut, Gemeinwohl, in: Ders./Hermann Sacher (Hrsg.): Wörterbuch der Politik, Heft 1. Freiburg im Breisgau 1954.

Nippert Irmgard, Was kann aus der bisherigen Entwicklung der Pränataldiagnostik für die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Einführung neuere Verfahren wie der Präimplantationsdiagnostik gelernt werden? in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Baden-Baden 2001.

Nippert Irmgard, Die Geburt eines behinderten Kindes: Belastung und Bewältigung aus der Sicht betroffener Mütter und ihrer Familien, Stuttgart 1988.

Piegsa Eckhard Dr., Die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens, Deutsches Ärzteblatt 89 (1. Mai 1992) Heft 18

Pauli-Magnus Claudia, Dewald Axel, Cierpka Manfred, Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 9/10, 2001 771-784.

Passarge Eberhard, Rüdiger Hugo, Genetische Pränataldiagnostik als Aufgabe der Präventivmedizin. Ein Erfahrungsbericht mit Kosten/Nutzen-Analyse. Stuttgart 1979

Radtke Peter, Anhörung am 30.05.2005 zum Thema „Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND), Deutscher Bundestag, Kommissionsdrucksache 15/241, URL:
http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/anhoerungen1/05_05_30_pnd/stellg_radtke.pdf

Rahner Karl, Vorgrimler Herbert, Kleines Konzilskompodium. Freiburg im Breisgau ³¹2004.

Ratzinger Josef Kardinal, Zur Lage des Glaubens: ein Gespräch mit Vittorio Messori. München 1985.

Riedel, Ulrike, „Kind als Schaden“ – Die höchstrichterliche Rechtssprechung zur Arzthaftung für den Kindesunterhalt bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes, Frankfurt am Main 2003.

Römelts Josef, Spätabbrüche nach pränataler Diagnostik – Ein ethisches Dilemma? In: Spätabbrüche der Schwangerschaft – Überlegungen zu einer umstrittenen Praxis aus: Erfurter theologische Schriften, Band 33, Römelts Josef (Hrsg.), Leipzig 2005.

Schindele, Eva, Schwangerschaft :zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Hamburg 1995.

Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14.05.2002; Bundestagsdrucksache 14/9020.

Schwarz Stephen, Die verratene Menschenwürde: Abtreibung als philosophisches Problem, Köln 1992.

Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg.), Enzyklika Evangelium vitae von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens (25. März 1995), Bonn ⁵2001

Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg.), Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Bonn. 10.03.1987, 5. redaktionell überarbeitete Auflage 2000.

Spieker Manfred, Kirche und Abtreibung in Deutschland – Ursachen und Verlauf eines Konflikts, Paderborn 2001.

Stein Anne-Dore, „Ein Kongreß findet nicht satt“, in: Sozialmagazin, 14. Jg., Heft 11 1989

Veith Werner, Gerechtigkeit; in: Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.); Regensburg 2004 315-326.

Wachtinger Lorenz, Wie in Psychotherapie und Beratung Seelsorge geschieht, in: Handbuch der Pastoralpsychologie, Hrsg.: Baumgartner Isidor, Regensburg 1990 106-120.

Wiedebusch Silvia, Die Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik, in: Perspektiven der Humangenetik: medizinische, psychologische und ethische Aspekte, Petremann Franz, Wiedebusch Silvia, Quante Michael (Hrsg.), Paderborn 1997 127-151

Woopen Christiane, Ethische Fragestellung in der Pränataldiagnostik, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 9/10 (2001) 695-703.

Tröndle Herbert, Fischer Thomas, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, München ⁴⁹1999.

Zuhlechner Paul, Beratung und Seelsorge im gesellschaftlichen Kontext; in: Handbuch der Pastoralpsychologie, Hrsg.: Baumgartner Isidor, Regensburg 1990 121-131.

Internet:

BAQ (Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) (1999-2004): Projekte –Geburtshilfe – Jahresauswertung.

Online verfügbar unter:

http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_1999_online.pdf

http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_2000_online.pdf

http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_2001_online.pdf

http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_2002_online.pdf

http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_2003_online.pdf

http://www.baq-bayern.de/downloads/files/16_1_2004_online.pdf

Zugriff: 01.11.2005

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG: Diskussionsentwurf zur Pränataldiagnostik, Beratung und möglichem Schwangerschaftsabbruch (,Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik'). Stand September 2004

Online verfügbar unter:

<http://www.dggg.de/pdf/pranataldiagnostik-2004-09.pdf>

Zugriff. 01.11.2005

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.5.1949,

Online verfügbar unter:

<http://www.bundestag.de/gesetze/gg/>

Zugriff: 01.11.2005

Bundesgerichtshof

Urteile seit 2001

Online verfügbar unter:

<http://www.bundesgerichtshof.de>

Urteil vom 8.6.2002

Zugriff: 01.11.2005

Bundestagsdrucksachen sind über den Informationsdienst des Deutschen Bundestages erhältlich.

Online verfügbar unter:

<http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm>

Bundestagsdrucksache 13/397

Bundestagsdrucksache 13/1850

Bundestagsdrucksache 14/1045

Bundestagsdrucksache 14/4656

Zugriff: 01.11.2005

Statistisches Bundesamt Deutschland (2003): Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1999 bis 2004.

Online verfügbar unter:

<http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab16.htm>

Zugriff: 01.11.2005

www.1000Fragen.de
1000Fragen-Projekt – Über dieses Projekt
Online verfügbar unter:
<http://www.1000fragen.de>
Zugriff: 01.11.2005

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
Dokumentation der Aktion „Bitte nicht stören“
Online verfügbar unter:
http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/bitte_nicht_stoeren_dokumentation.pdf
Zugriff: 01.11.2005

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
Rundbriefe 8-18
Online verfügbar unter:
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief8.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief9.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief10.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief11.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief12.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief13.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief14.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief15.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief16.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief17.pdf>
<http://www.bvkm.de/praeenataldiagnostik/netzwerk/rundbrief18.pdf>
Zugriff: 01.11.2005

Informationen der Humangenetischen Praxis Regensburg
Online verfügbar unter:
<http://www.genetik-regensburg.de>
Zugriff: 01.11.2005

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Passau, Dezember 2005

Matthias Wagner