

## **Aktuellen Entwicklungen und Perspektiven der Pränataldiagnostik (PND)**

### **Eingangsstatement zur Anhörung der Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ am 30.5.2005**

von Diakonin **Annegret Braun**, PUA-Beratungsstelle Stuttgart

Der größte Teil des Fragenkatalogs, der als Raster zu dieser Anhörung dienen soll, befasst sich mit Fragen zu Statistiken, Studien, medizinischen Forschungen und Entwicklungen zu PND und deren Anwendbarkeiten. Ebenfalls wird nach dem Angebot und der Nachfrage gefragt, und wie diese, an welchen Orten mit welchen Zielrichtungen und Vorgaben sich auswirken.

Die meisten der Forschungsergebnisse, Studien und Statistiken, werden von Kliniken mit Pränataldiagnostischen Schwerpunkten und von PND-Zentren erhoben und vorgelegt. In den hoch spezialisierten Zentren findet man andere Erkenntnisse und Einstellungen als im Bereich der niedergelassenen Frauenärzte/innen.

Der größte Teil der Schwangerenvorsorge und der damit unmittelbar verbundenen PND findet nicht in Kliniken und in auf PND spezialisierten Zentren statt sondern im Bereich der niedergelassenen Frauenärzte/innen. Die Anfänge der Schwangerschaften werden hier festgestellt, und die Untersuchungswege für die Schwangerschaften sowie der Einsatz von PND geplant und gebahnt. Hier findet der normale Konkurrenz- und Verteilungskampf auch unter Gynäkologen/innen statt. Wer kann den Schwangeren am meisten bieten, wer hat die besten Geräte für die Ultraschalluntersuchungen.

Hier in diesen Praxen finden die ersten Untersuchungen mit den Ausmessungen und dem Auffinden von Unregelmäßigkeiten und Auffälligkeiten statt. Hier wird empfohlen, aufgeklärt, geraten, eventuell auch mit Druck durchgesetzt, was in einer Schwangerenvorsorge von medizinischer Seite aus für notwendig und sinnvoll gehalten wird.

Allein in dem für mich überschaubaren Raum erklären sich immer mehr Frauenärzte zu Spezialisten für PND. Sie halten die erforderlichen Ultraschallgeräte in ihrer Praxis vor, und es erstaunt mich, an wie vielen Orten/Praxen invasive und nicht invasive PND angeboten wird. Viele von ihnen beteiligen sich mehr oder weniger, an der Nikolaidischen (englischen) Forschungsstudie, von der Fachleute behaupten, dass sie auf die Verhältnisse und Gegebenheiten der deutschen Schwangerenvorsorge nicht ohne weiteres übertragbar sind. Trotzdem werden sie in den Normierungen und Berechnungen übernommen und angewandt. Man kann nur ahnen und vermuten, wie diese vorgegebene Software die Schwangeren in Zwänge bringt, die durch die Studienvorgaben bedingt sind. Die Nachfrage und Forderung nach Beweisen durch Statistiken und Studien, die m.E. zuerst auf die Zielrichtungen und deren Interessenvertreter hin mehr geprüft werden müssten, hat eine dunkle Kehrseite.

#### **Studien, Statistiken und deren Auswüchse**

Das Anwenden von vorgegebenen Statistiken, Normen und Werten, an denen sich Schwangere mit den in ihnen wachsenden Kindern messen lassen müssen oder nach denen sie angeblich zu handeln haben, kann zu ganz grotesken Beurteilungen führen:

- Da bestimmt der Computer das Alter des Kindes und das elterliche Wissen um die Zeugung, wird in Frage gestellt.
- Da wird gemessen, zum Teil mit unterschiedlichen Risikoberechnungsgrundlagen. Man kann den Eindruck bekommen, es fände geradezu ein Wettlauf statt, das Risiko der betroffenen Schwangeren möglichst hoch zu treiben. Die einen berechnen es vom derzeitigen Zeit-

punkt der Schwangerschaft aus, die anderen gehen von dem, was sich schlussendlich bei der Geburt als Ergebnis darstellt, aus.

- Da kann es sein, dass das Labor eine andere Berechnungsgrundlage als der Arzt hat. Die Schwangere muss dann mit verschiedenen Berechnungen, die zum Teil einen erheblichen Unterschied in der Risikoeinschätzung aufweisen, klar kommen.

- Da wird versucht natürliche Prozesse in Schemata und Gewichtsklassen zu pressen und die Normen immer enger anzulegen.

- Wenn ein Frauenarzt in der 9. SSW einer Frau sagen kann, dass ihr Kind im Wachstum um einen Tag zurück sei, und er ihr deshalb dringend zu einem Ersttrimester-Test rät, dann muss so eine Entwicklung kritisch hinterfragt werden.

Das Schwierige ist dabei, dass eine einmal gesetzte Verunsicherung als Angst bei der Schwangeren unterschwellig bleibt. Häufig kann auch kein Spezialist ihr diese mehr nehmen, denn keiner kann mit absoluter Sicherheit sagen, ob das Kind gesund sein wird.

Kritisch sehe ich diese Statistiken auch, weil ich erlebe, wie und wo sie ihre fragwürdige Anwendung finden. Allein die Information, dass im Falle eines Befundes z.B. bei Downsyndrom über 95 % der Paare sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden würden, gibt dem betroffenen Paar bereits eine wegweisende und damit fremdbestimmte Entscheidung mit auf den Weg. Studien und Statistiken werden wenig nach den Gründen ihrer Verfasser befragt, doch wenn sie häufig genug zitiert und mit der gewünschten Zielrichtung verstärkend eingesetzt werden, dann folgt eine nahezu unausweichliche Pflicht, sich nach ihnen zu richten und sie zum gültigen Maßstab für Handlungsweisen werden zu lassen, die umstritten sind ( z.B. in der Altersrisikodarstellung, Softmarkerbewertungen).

### **3.1. - 3.3., 3.13 Auswirkungen von PND auf Frauen und deren Einstellungen zu PND**

Stimmen und Meinungen von Frauen, die ich Ihnen zitieren möchte, geben einen besonderen Einblick in deren Empfindungen und Erlebnisweisen:

- „Eigentlich fühlte ich mich ausreichend informiert und aufgeklärt, bis ich merkte, dass ich vieles gar nicht wusste und deshalb auch nicht bedacht hatte...“

- „Wenn mir das einer vorher gesagt hätte... – das ist ja ein Wahnsinn...!“

- „Ich dachte immer, wenn ich diese Untersuchungen nicht mache, dann versäume ich was für mein Kind, und jetzt merke ich, was ich versäumt hätte... diese schreckliche Entscheidung...“

- „Ich dachte, ich muss das in meinem Alter machen..., das wäre das Beste für mein Kind“ und so eine Nackenmessung ist ja nichts Schlimmes..., - und jetzt ist es das Schlimmste!“

- „Ich werde noch ganz verrückt,

- einmal ist es zu klein, dann wieder zu groß,

- dann ist der Blutzucker vielleicht nicht in Ordnung, dann stimmt er doch wieder,

- dann habe ich vielleicht eine Infektion, von der ich nichts weiß,

- dann sieht man das Nasenbein nicht so,

- das Nierenbecken ist vergrößert - an der oberen Grenze,

- ein Hormonwert stimmt nicht so ganz,
  - der große Zehe steht ab
  - ein kleines Loch im Herz, das wahrscheinlich aber nichts zu bedeuten hat,
  - nur eine Nabelschnurarterie, statt zwei
  - er hat eine Cyste vermutet usw.
- „Ich habe einfach nur noch Angst, was alles sein könnte...“

Im Gespräch mit Frauen der derzeitigen Schwangerengeneration überwiegend bei denen, die über 30 Jahre alt sind, ziehen diese nicht selten im Verlauf bzw. am Ende einer Schwangerschaft nach der Geburt eines gesunden Kindes ihr Resümee: „Also diesen „Trouble“ und diese Ängste, dieses Hin und Her, mal ist es was, dann ist es wieder weg, diesen Stress in einer Schwangerschaft mache ich kein zweites Mal mehr mit!“

Eine Überfrachtung von Untersuchungen vor allem in der ersten Schwangerschaftshälfte zeichnet sich ab. Der Trend geht immer mehr in Richtung: Je früher umso besser auch mit der in Kaufnahme vieler unklarer und ungenauer Befunde.

### **3.13 Schädliche Folgen von Verunsicherungen und Belastungen durch PND**

Es gibt kaum statistische bzw. Studienmäßige Untersuchungen, die die möglichen Folgeschäden dieser Verunsicherungen und Fehlalarme erfassen. Wie viele zu frühe Geburten durch unterschwellige Ängste der Mütter ausgelöst werden, weil natürliche Reaktionen dazu führen können, sich unbewusst von dem zu lösen, was Angst macht? Wie viele verzögerte Geburtsverläufe und Geburtskomplikationen bedingen sich durch die in der Schwangerschaft gesetzten Ängste und die dadurch bedingten Verkrampfungen? Welche seelischen Auswirkungen haben diese die Schwangerschaft so belastenden Ängste für die Mutter-Kind-Elternbeziehung und für die Entwicklung der Kinder selbst? Wer kann von heute aus beurteilen, welche Nachteile diese vielen und vor allem langen Ultraschalluntersuchungen mit den extrem hochauflösenden bildlichen Darstellungsmöglichkeiten noch nach sich ziehen können? Wie sehr können die Belastungen aus dem vielen unklaren Wissen und nur schwer zu ertragenden Vorherwissen die psychische Gesundheit der Frauen beeinträchtigen?

Was passiert, wenn eines der natürlichsten Geschehen, wie es eine Schwangerschaft nun mal ist, zum medizinisch kontrollierten Zustand/Umstand degradiert wird? Wenn Schwangere bald nur noch zu wandelnden „Risikozeitbomben“ werden, wo ständig etwas losgehen und losgetreten werden kann, und Kinder, die zur Welt kommen, immer mehr dem Gütesiegel „medizinisch geprüft und für gut befunden“ unterzogen werden?

Dies ist eine gesellschaftspolitische Frage, die bundespolitische Aufmerksamkeit braucht.

Meinungsäußerungen der Generation der heute über 60ig-Jährigen, die nun bei den eigenen Töchtern und Schwiegertöchtern die Schwangerschaften miterleben, lauten dann so:

„Gott sei Dank gab es damals das alles nicht, wir waren einfach schwanger, hatten natürlich auch Ängste, aber nicht so wie das heute ist. Wir haben uns nicht so verrückt gemacht. Es war eben irgendwie Schicksal, und das war leichter, als das, was da heute geboten und gemacht wird. Ich wollte so was nicht entscheiden müssen. Was machen die da alles aus einer ganz normalen Schwangerschaft?“

Da nimmt sich die Stimme einer Minderheit eher verschwindend aus, die der Meinung ist: „Was für ein Glück, was man da heute schon alles sehen und helfen und machen kann“.

Die Faszination der Ultraschallbilder und deren technischen Einstellungsmöglichkeiten ist groß.

### **zusätzlicher Ultraschall, Frühscreening und IGeL-Leistungen, inzwischen selbstverständliche und feste Bestandteile der Schwangerenvorsorge**

Trotz der kritischen Diskussion auch in den Fachkreisen der Ärzteschaft und deren ansatzweisem Umdenken in Stellungnahmen und trotz vieler aufklärerischer Aktionen von Frauenseite hat sich dennoch eine immer selbstverständlichere Inanspruchnahme von PND entwickelt.

Die Etablierung der Frühscreeningprogramme, das Überangebot und die Durchführung von speziellen Ultraschalluntersuchungen, die für Laien bald nicht mehr überschaubare Flut von IGeL-Leistungen in Form von Bluttests u.ä. lassen die invasiven Untersuchungen wie Fruchtwasseruntersuchungen anscheinend etwas in den Hintergrund treten.

**3.3** Pränataldiagnostik wird immer mehr als ein fester und unausweichlicher Teil der Schwangerenvorsorge dargestellt. In der Vorstellung vieler Schwangerer ist die Anwendung der Tests zur Bedingung für ein gesundes Kind geworden. Dies ist eine auf Missverständnissen beruhende fatale Entwicklung. Dass von Seiten der Medizin größtenteils dieser Entwicklung eher halbherzig entgegengewirkt wird, könnte auf deren Eigeninteressen zurückzuführen sein. Was damals zur Beruhigung der Schwangeren auf den Markt kam, hat sich immer mehr zu einem Geschäft mit der Angst entwickelt.

**3.8** Die Verantwortungsübertragung auf Frauen, dass es an Ihrem Tun und Lassen liegen könnte mit welchen Eigenschaften, mit welchen Einschränkungen oder Erkrankungen ihr Kind zur Welt kommen würde, lässt diese Spirale von Testanwendungen und bei Nichtanwendung der Angst vor eventuellen haftungsrechtlichen Ansprüchen an Ärzte ins Unermessliche weiterdrehen. Besonders die Grauzone der so genannten IGeL-Leistungen treiben Ärzte immer mehr in die haftungsrechtliche Schlinge, die sie sich allerdings größten Teils selbst gelegt haben.

### **1.8., 2.25 - 2.29, 3.2, 3.6, Frühscreening / IGeL-Leistungen**

Knapp 50% der Anfragen an die PUA-Beratungsstelle betreffen Fragen **vor** bzw. **zu** den Untersuchungen. Zunehmend häufen sich die Fragen zu den IGeL-Leistungen, denen die Frauen hilflos ausgeliefert sind, da sie den dazu ratenden und empfehlenden Arzt nicht um Rat fragen können. Dieses Angebot abzulehnen ist für viele Schwangere schwierig, da sie in einen Interessenskonflikt mit ihrem behandelnden Arzt geraten, wenn sie seiner Empfehlung nicht nachkommen wollen. Dass 34% aller IGeL-Leistungen von Gynäkologen/innen erbracht werden, sollte kritisch bemerkt werden.

### **Aufklärung zum Frühscreening:**

Eine telefonische Anfrage einer Schwangeren bei PUA kann am besten verdeutlichen, wohin diese Entwicklungen der PND derzeit führen. Ihre Frage bezog sich auf die Preisüberprüfung für das Ersttrimesterscreening, also NT.- Messung und PAPP-A-Test. 170.- Euro sollte sie dafür bezahlen, und ihre Kollegin hätte dieselbe Untersuchung vor kurzem bei einem anderen Arzt um einiges günstiger bekommen. Nach der Klärung der Preisunterschiedlichkeit, stellte sich die Frage, was für ein Wissen sie für diesen Preis denn bekommt. Dass es sich nur um eine Risikoeinschätzung handele und dass sie danach keine genaue Diagnose haben werde, erstaunte sie. Auch eine vielbeschworene 85%ige Detektionsrate ist eben keine Diagnose. Dies brachte sie ins Nachdenken. Sie war sich nicht im Klaren, ob sie überhaupt eine Fruchtwasseruntersuchung wollte auch wegen des Eingriffsrisikos, und über mögliche Konsequenzen hat sie noch nicht nachgedacht. Sie war bis dahin der Meinung mit diesem Test würde man feststellen können, ob ihr Kind ein Downsyndrom haben würde oder nicht.

## **2.1 - 2.8. Ultraschalluntersuchungen**

Mein Beratungsalltag spiegelt wieder, wie sehr der Ultraschallmarkt geradezu boomt, und wie selbst Frauenärzte/innen, die bisher diesbezüglich eine eher zurückhaltendere Anwendungsweise bevorzugt haben, nun auch in diesen Sog geraten.

Die massenhafte Anwendung von Ultraschalluntersuchungen führt nicht selten zu einer Überdiagnostizierung von Auffälligkeiten. Da diese Untersuchungen zu einem Zeitpunkt stattfinden, in dem der Reifungsprozess des Kindes noch in vollem Gang ist, kommt es in einem hohen Maß zu „Fehlalarmen“.

Peinlich wird es, wenn bei diesen Auffälligkeiten die Schwangeren in ihrer verzweifelten Suche nach Überprüfungsmöglichkeiten andere Ärzte und Spezialisten konsultierten, und dann diese erhobenen Befunde widerlegt werden, dafür aber etwas anderes diagnostiziert wird. Schlussendlich steht in aller Regel bei kleinsten Normabweichungen dann doch die invasive Diagnostik an. Bei über circa 97-98% dieser Fälle können gemäß der Statistiken keine pathologischen Befunde erhoben werden.

**2.3, 2.6** Der Prozentsatz der Schwangeren, die einen Fehlbildungultraschall durchführen lassen, ist m. E. Bundesländer bezogen verschieden. Dass in den neuen Bundesländern nahezu alle Schwangeren diesen Spezialultraschall wahrnehmen, müsste den Krankenkassenträgern eigentlich schon längst aufgefallen sein. So viele Risikoschwangerschaften kann es eigentlich bei einer Quote von 96-97% gesund geborener Kinder gar nicht geben.

Seit es immer mehr bekannt wird, dass werdende Mütter und Eltern bereit sind für diesen Fehlbildungultraschall auch hohe Summen von 200-300.-Euro aus der eigenen Tasche zu bezahlen, floriert auch dieses Angebot. Nichts versäumt zu haben, den Empfehlungen des Arztes und auch der „erfahrenen“ Kolleginnen, Freundinnen und Mitschwangeren zu folgen, hat hier einen fast kulthaften Untersuchungsmodus in Gang gebracht.

### **Medizinische Information und Beratung:**

Beobachtungen zeigen je mehr Tests umso ungenauer, abgekürzter und undifferenzierter sind die medizinischen Aufklärungen und Beratungen. Das Ausweichen auf schriftliche, absichernde Informationen, die den Schwangeren meist schon gleich nach Feststellung der Schwangerschaft mitgegeben werden, ersetzt nicht die erforderliche Beratung. Oft ohne begleitende Erklärungen und Beratung mit dem Hinweis: „Wenn Sie Fragen dazu haben, können wir das das nächste Mal besprechen“, wird sie mit einem freundlich gestalteten Programm eines Untersuchungskatalogs auf sich selbst verwiesen. Außerdem fällt der nächste Arzttermin meistens schon mit der Durchführung des Frühscreenings zusammen.

Bei der Aufklärung zu invasiver Diagnostik zur Chromosomenanalyse findet höchst selten ein Hinweis statt, dass auch hier unklare Diagnosen zu fast nicht auszuhaltenden Verzweiflungen der Eltern führen können. Beim Auffinden von so genannten Bruchstellen an Chromosomen wenn die medizinische Beurteilung dieser Analysen ergibt, dass mit einem 15%-igen Risiko mit der Geburt eines möglicherweise schwerstbehinderten Kindes zu rechnen ist. Auch hier wird die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch gestellt, obwohl der Befund eine 85%-ige Chance auf ein nicht derart behindertes Kind beinhaltet. Mit solchen Befunden rechnet keine/r.

### **Ausführliche Beratung vor PND führt zu weniger Inanspruchnahme von PND**

Interessant ist und wird auch von frauenärztlicher Seite so bestätigt, dass Frauen nach einer ausführlichen Beratung vor PND im Abwägen von Für und Wider, im Erkennen von der Begrenztheit der Aussagekraft vieler Tests und der geringen therapeutischen Breite sowohl von den invasiven Tests als auch von den Frühscreenings eher Abstand nehmen. Wenn sie die-

sen „Dschungel“ von Untersuchungen, Studien und Statistiken durchschauen, relativieren sich für viele nicht nur ihre Ängste sondern auch ihre Sicherheitsbedürfnisse. Diese Entscheidungen einer Nichtinanspruchnahme von PND auf Grund von genauerer Information und spezifischer Aufklärung und Beratung dürfte auch ein Grund sein, warum das Angebot einer persönlichen, von Medizin und Humangenetik unabhängigen Beratung vielen Frauenärzten/innen und Pränatalmedizinerinnen nicht als erstrebenswert bzw. empfehlenswert erscheint. Von Interesse könnte diese Beobachtung aber für die Krankenkassen sein.

### **3.6 - 3.8, 3.11 Medizinische Beratung**

Es darf kritisch angefragt werden, ob das Zusammentreffen von Aufklärungspflicht, Empfehlungsverhalten und wirtschaftlichem Interesse von Ärzten/innen und deren eigenem haftungsrechtlichen Absicherungsbedarf die gebotene unabhängige Entscheidungsfreiheit der Betroffenen gewährleisten kann.

### **3.13. Eine Empfehlung zur Beratung bleibt oft aus**

Deshalb notwendig, den Schwangeren den Zugang zu dieser Art von Beratung zu ermöglichen. Es rechtfertigt die besondere Art der Inanspruchnahme von Frauenärzten/innen, diese Beratung zu empfehlen, auch wenn sie selbst von der Notwendigkeit nicht überzeugt sein sollten.

### **Reduzierung von Spätabbrüchen durch Beratung vor PND**

Meiner Ansicht nach könnten den möglichen Konsequenzen der PND z.B. in Form von Spätabbrüchen wirksamer begegnet werden durch eine Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung vor PND. Diese könnte gefördert werden, indem Ärzte verpflichtet werden, Schwangeren vor Durchführung von PND die Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung zu empfehlen.

Diese Empfehlungspflicht für Ärzte wäre durchsetzbar, wenn psychosoziale Beratung als ein fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen werden würde.

Diese Lösung würde voraussichtlich zu einer Reduzierung von Spätabbrüchen nach der 12.SSW. führen, ohne den § 218 ändern zu müssen.

### **Thesen für eine Inpflichtnahme der Anbieter/innen von PND zur Empfehlung psychosozialer und unabhängiger Beratung als Ergänzung zur medizinischen Beratung**

- 1. These: PND ist eine medizinische Diagnostik, die aber in über 75 % ihrer Anwendungen keine medizinische, sondern eine persönliche Entscheidung voraussetzt. Folglich handelt es sich bei einem Befund, bei dem eine Beendigung der Schwangerschaft erwogen werden würde, dann auch eher um eine persönliche als eine medizinische Indikation.**
- 2. These: Eine Medizin, die ein Untersuchungsangebot wie die PND anbietet, das die Möglichkeit der Entscheidung über Leben und Tod eines Menschen in sich birgt, muss ein entsprechendes Beratungs- und Aufklärungsangebot vorschalten. Die inhaltliche Komplexität und das Gewicht der Entscheidung erfordern einen entsprechenden Zeitaufwand.**
- 3. These: Wenn PND ein fester Bestandteil einer medizinisch betreuten Schwangerenvorsorge ist und nach gängiger ärztlicher Auffassung und Praxis nicht mehr davon getrennt werden kann, dann muss eine psychosoziale Beratung (das heißt eine von Medizin und Humangenetik unabhängige, persönliche Beratung) vor jeglicher PND als fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen werden.**

4. These: Darum ist der behandelnde Frauenarzt/ärztin, bzw. Pränatalmediziner darauf zu verpflichten, eine solche, die persönlichen Aspekte der PND betreffende, unabhängige Beratung für die Schwangere vor jeglicher Anwendung von PND zu empfehlen.

5. These: Die medizinische Schwangerenvorsorge wird quartalsweise pauschal abgerechnet. D.h. nur wenn alle in den Mutterschaftsrichtlinien aufgeführten Leistungen erbracht wurden, bekommt der behandelnde Frauenarzt/ärztin die Pauschalvergütung. Fehlt eine der aufgeführten Untersuchungen, z.B. wenn die Schwangere eine Ultraschalluntersuchung ablehnt oder den Arzt innerhalb des Abrechnungszeitraumes wechselt, kann der betreffende Arzt nur noch die erbrachten Einzelleistungen abrechnen. Dies bringt aber eine finanzielle Einbuße mit sich.

Das würde bedeuten, dass die Ärztin/der Arzt die Schwangerenvorsorge nur pauschal abrechnen kann, wenn sie/er diese psychosoziale Beratung vor jeglicher Anwendung von PND entsprechend empfohlen und dadurch herbeigeführt hat.

6. These: Eine Trennung zwischen empfehlendem medizinischem Angebot mit der Aufklärung zu PND und einer Beratung für oder gegen eine Inanspruchnahme von PND ist dringend geboten. Wirtschaftliche Interessen, Interessen an der Mitwirkung von Studien und Forschung und haftungsrechtliche Absicherungsinteressen von Ärzten laufen Gefahr, eine selbst bestimmte Entscheidung und unabhängige Wahl der Schwangeren zu beeinträchtigen. Einem "Geschäft mit der Verunsicherung und Angst" kann durch unabhängige Beratung entgegengewirkt werden. Besonders beim Angebot der so genannten IGeL-Leistungen, die ganz erheblich vom finanziellen Eigennutzen der Ärzte geprägt sind, kann es zu solchen Interessenverschiebungen kommen. Für Frauen ist es schwierig, die ihnen vom Arzt empfohlenen Untersuchungsangebote kritisch zu hinterfragen.

7. These: Diese ärztliche Empfehlung zur Beratung im Vorfeld von PND gibt den Untersuchungen ein größeres Gewicht und beugt so einem Automatismus der Testdurchführungen vor.

8. These: In den Mutterschaftsrichtlinien sind bereits viele verpflichtende Aufklärungsinhalte verankert. Dort spricht keiner von medizinischer Zwangsaufklärung und Zwangsberatung. Der mögliche Einwand, bei diesem Beratungsmodell handele es sich um Zwangsberatung wäre deshalb auch nicht statthaft.

9. These: Diese persönliche Beratung vor PND ermöglicht Schwangeren und deren Partnern, dass sie im Ernst- und Notfall, wenn beim werdenden Kind tatsächlich eine geistige und/oder körperliche Beeinträchtigung, Behinderung oder Erkrankung zu erwarten wäre, auf die ihnen bereits bekannte Beratungsstelle zurückgreifen können. Damit wäre der Weg zu einer Beratung vor einem „medizinisch indizierten“ Schwangerschaftsabbruch geebnet. Die Diskussion um die Notwendigkeit für eine Pflichtberatung würde sich damit erübrigen. Es bedürfte dann nur noch eines erneuten Hinweises von ärztlicher Seite auf diese Beratungsmöglichkeit.

10. These: Die Inanspruchnahme psychosozialer Beratung vor PND könnte in Ergänzung zur medizinischen Beratung bei Ärzten/innen den Druck der haftungsrechtlich vorgegebenen Aufklärung reduzieren.

## 2.32 DNA-Chips und Schlussbemerkung

Was geschieht, wenn der Mensch medizinischen Normierungen unterstellt wird, die immer enger gezogen werden, dass kaum einer sie noch erfüllen kann.

„Wenn Dein Kind Dich morgen fragt...“, so lautet die Losung des diesjährigen

Evangelischen Kirchentags:

Vielleicht könnte es auch eines Tages einmal heißen, „wenn kein Kind dich morgen fragt...“, weil keines mehr den Normansprüchen einer Medizin genügt. DNA-Chips und andere gen-

diagnostischen Möglichkeiten können an allen Menschen irgendwelche Defekte oder drohende Dispositionen für Krankheiten oder „Abnormalitäten“ aufspüren. Die vorgeburtliche Anwendung von diesen Testverfahren birgt die Gefahr in sich, dass die Geburt der Kinder, bei denen solche Auffälligkeiten festgestellt wurden, sicherheitshalber verhindert wird, selbst wenn deren Auswirkungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht genau beurteilt werden können. Diese Tendenz lässt sich schon bei den bisherigen Testverfahren feststellen und wird sich voraussichtlich verschärfen.

Dass dies nicht so kommen mag, ist mein Wunsch an Sie als Mitglieder dieser Enquete-kommission bei der Bearbeitung dieser Anhörung.