

Diagnostik in der Schwangerschaft

JA, NEIN, VIELLEICHT?

Dr. med. Mira Pankratz

Wenn die Frau voller Erwartung und mit Herzklopfen den Teststreifen in den Urinbecher taucht und dieser nach wenigen Minuten zwei Balken zeigt, macht die Seele einen Freudensprung. Die überwältigende Vorstellung, dass kürzlich im eigenen Körper neues Leben entstanden ist, lässt sich gar nicht richtig fassen. Am liebsten würde man es in die ganze Welt hinausjubeln. Viele Paare behalten diese Freudenbotschaft jedoch einige Wochen noch ganz für sich. Denn mit der Freude wächst gleichwohl die Sorge; die Sorge, es könnte doch noch schiefgehen mit dem neuen Leben – insbesondere

in den ersten zwölf Wochen, wenn das Risiko einer Fehlgeburt am höchsten ist.

Schon zu Beginn einer Schwangerschaft, bevor man dieses Wunder selbst realisiert hat und während man sich emotional ordnen muss, wird man beim Frauenarzt mit diversen Untersuchungen konfrontiert, der sogenannten Pränataldiagnostik (prä = vor; natal = geburtlich; Diagnostik = Untersuchung).

Im weiteren Sinne umfasst die Pränataldiagnostik jegliche Untersuchungen, die während der Schwangerschaft an der Schwangeren oder am Kind durchgeführt werden.

Einerseits gibt es zum Beispiel Blutdruck-, Urin- und Gewichtskontrollen, sowie die drei Standard-Ultraschalluntersuchungen entsprechend der Mutterschaftsrichtlinien. Und andererseits erstreckt sich, oft auf hübschen Flyern beworben, eine Palette an möglichen Untersuchungen, die überwiegend selbst bezahlt werden müssen. Hierbei handelt es sich in der Regel um Untersuchungen, die eine Aussage darüber treffen sollen, inwiefern das Kind im Bauch auch dem gesunden, fehlerbildungsfreien Wunschkind entspricht. Auf diese Art der Pränataldiagnostik im engeren Sinne und insbesondere auf ihre ethische Beurteilung und praktischen Auswirkungen wird im Folgenden näher eingegangen.

Gängige pränataldiagnostische Methoden

Als ungefährliche, nicht-invasive Diagnostik wird den Schwangeren in der Regel das Ersttrimester-Screening, der Feinultraschall und ein molekulargenetischer Bluttest, auch Nicht-Invasiver-Pränataltest (NIPT) genannt, angeboten. Zu betonen ist hier, dass sich das Adjektiv „ungefährlich“ darauf bezieht, wie niedrig die Wahrscheinlichkeit ist, dass das Kind im Mutterleib beim Durchführen der Diagnostik Schaden nimmt.

Beim Ersttrimester-Screening wird aus verschiedenen Faktoren (Hormonspiegel, Nackenfaltentransparenz und weiteren Parametern wie Alter der Mutter, medizinische Vorgeschichte, Raucherstatus, gegebenenfalls Nasenbeinverknöcherung, etc.) eine Wahrscheinlichkeit errechnet, mit der eine Veränderung des kindlichen Erbgutes oder andere Fehlbildungen auftreten könnten. Findet sich ein auffälliges Ergebnis, wird zu weiterer invasiver Diagnostik geraten.

Beim Feinultraschall werden die Organe des Kindes, sowie Nabelschnur, Plazenta und umgebende Gefäße von einem Spezialisten besonders genau und intensiv beurteilt und ausgemessen. Empfohlen wird dieser Ultraschall bei Auffälligkeiten im Rahmen der Untersuchungen gemäß der Mutterschaftsrichtlinien, beziehungsweise entsprechenden Risikoschwangerschaften. Er wird häufig auch ohne diese vorherige Risikokalkulation auf eigene Kosten der Schwangeren durchgeführt. Wo besonders viele Messdaten erhoben werden, ohne dass im Vorhinein von einem erhöhten Risiko auszugehen ist, muss man sich immer dessen bewusst sein, dass Abweichungen von der Norm nicht zwangsweise mit Krankheit einhergehen, aber dennoch Unsicherheit zurücklassen. Relativ neu im Portfolio der Pränataldiagnostik ist der

NIPT. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Blutentnahme bei der Mutter. Es werden dann Häufigkeiten verschiedener fetaler DNA-Fragmente im mütterlichen Blut ausgezählt. Darüber können Rückschlüsse auf den fetalen Rhesusfaktor, sowie auf eventuelle Erbgutabweichungen gezogen werden (Trisomie 13, 18, 21 und Abweichungen der X- und Y-Chromosomen).

Durch das Ermitteln des Rhesusfaktors des Kindes kann bei einer Rhesus-D-negativen Mutter die Gabe von möglicherweise nicht notwendigen Immunglobulinen verhindert werden. Die molekulargenetischen Bluttests haben eine recht genaue Vorhersagekraft. Aber auch hier muss beachtet werden, dass ein Ergebnis bei einer Schwangeren, die vorher kein Risikoprofil für das Gebären eines kranken Kindes hat, nur eine eingeschränkte Aussagekraft bietet.^{1,2}

Invasive Pränataldiagnostik kommt in der Regel nur dann zum Einsatz, wenn sich bei der nicht-invasiven Diagnostik ein erhöhtes Risiko für eine Erbkrankheit oder Fehlbildung ergibt. Jede dieser invasiven Methoden erhöht das Fehlgeburtsrisiko – wenn auch oft nur in geringem Ausmaß – eines möglicherweise gesunden Kindes.

Am häufigsten wird eine Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) durchgeführt. Aber auch eine Chorionzottenbiopsie (Plazentapunktion) oder Chordozentese (Nabelschnurpunktion) kann erfolgen.

Bei letzterem Eingriff können nicht nur Aussagen über genetische Stoffwechselerkrankungen oder Chromosomenveränderungen getroffen werden, sondern es können auch Tests auf bestimmte Antikörper und Bluterkrankungen, sowie in therapeutischer Hinsicht eine Bluttransfusion für das Ungeborene erfolgen.^{3,4}

Umgang mit Pränataldiagnostik als Christ

Zugespitzt kann man sagen, dass der Großteil der pränatalen Diagnostik im engeren Sinne auf eine Abtreibung eines möglicherweise kranken Kindes abzielt. Als Christ ist man zwar nach dem Prinzip aus dem 14. Kapitel des Römerbriefes in vielen Alltagsentscheidungen seinem von Gott gegebenen Gewissen unterworfen. Das Ermorden eines Menschen, egal ob geboren oder ungeboren, fällt aber nicht in diese Kategorie. Hier finden wir in 2. Mose 20,13 eine klare Aussage: „Du sollst nicht töten!“ Damit wird von Gott jedes Leben als lebenswert eingestuft.

Auch wenn für christliche Paare feststeht, dass sie ihr Kind unter keinen Umständen abtreiben würden, klingt

„Zwischen Ersttrimester-Screening und weiterführender Diagnostik liegen quälende Tage bis Wochen voller Ungewissheit und Sorge und man unterzieht Mutter und Kind einer medizinischen Maßnahme, die bei einem (oft kerngesunden) Kind ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko in Kauf nimmt.“

es verlockend, vorher wissen zu können, ob das Kind gesund ist oder man sich auf ein krankes Kind einstellen muss. Bevor man sich dafür entscheidet eine risikoarme, nicht-invasive Pränataldiagnostik, wie zum Beispiel den NIPT oder das Ersttrimester-Screening, in Anspruch zu nehmen, sollte man sich folgender Umstände bewusst sein: Eine solche Diagnostik kann lediglich 4,5 % aller Behinderungen überhaupt erkennen. 95,5 % der körperlichen und geistigen Einschränkungen entstehen erst im Laufe des Lebens. Was die Untersuchungen ebenfalls nicht leisten können, ist eine Aussage darüber zu treffen, wie hoch das Maß der Auswirkung einer gefundenen Auffälligkeit im Leben des noch nicht geborenen Menschen sein wird. Sowohl das Ersttrimester-Screening als auch der NIPT zeigen nur ein Risiko für eine Erkrankung an, begründen aber keine Diagnose.

Tritt der Fall ein, dass ein Testergebnis ein erhöhtes Risiko für eine angeborene Erkrankung angibt, wie zum Beispiel das Down-Syndrom, dürfte das Gefühl der Angst und Sorge im Vordergrund stehen. Falsch-positive Ergebnisse sind insbesondere beim Ersttrimester-Screening aber leider keine Seltenheit. Deshalb wird bei einem auffälligen Ergebnis eine invasive Folgediagnostik (zum Beispiel eine Amniozentese, Chorionzottenbiopsie oder Chordozentese) empfohlen, die das bereits oben erwähnte Fehlgeburtsrisiko mit sich bringt. Nur in ca. 4 % der Fälle zeigen sich in dieser Folgediagnostik tatsächlich genetische Veränderungen.⁵ Konkret bedeutet dies: Zwischen Ersttrimester-Screening und weiterführender Diagnostik liegen quälende Tage bis Wochen voller Un-

gewissheit und Sorge und man unterzieht Mutter und Kind einer medizinischen Maßnahme, die bei einem (oft kerngesunden) Kind ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko in Kauf nimmt.

Werden bereits bei den Standard-Vorsorgeuntersuchungen gemäß der Mutterschaftsrichtlinien Anzeichen für eine Erkrankung des Kindes gefunden, wird der Gynäkologe zu weiteren, angemessenen Untersuchungen raten. Wird in dieser Situation beispielsweise ärztlicherseits ein Feinultraschall empfohlen und durchgeführt und die Hinweise auf eine Fehlbildung festigen sich, sollte zum Wohl des Kindes in einer größeren Klinik mit Neonatologie entbunden werden.

Die Therapie eines nachweislich kranken Kindes vor der Geburt ist nur enorm selten, zum Beispiel im Rahmen einer fetalen Bluttransfusion, möglich und nötig. Genetische Veränderungen sind aktuell pränatal nicht therapierbar und die operative Fetalmedizin ist risikoreich und befindet sich in einem experimentellen Stadium.³

Um dem Für und Wider jeglicher Diagnostik in der Schwangerschaft aus dem Weg zu gehen, könnte man sich auch dafür entscheiden, diese vollständig abzulehnen. Man darf hierbei aber nicht außer Acht lassen, dass Eltern schon vor der Geburt Verantwortung für ihr Kind tragen. Wenn die medizinischen Mittel zur Verfügung stehen, das Wohl von Mutter und Kind zu fördern, dann sollte dies im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen auch wahrgenommen werden.

Abseits der Frage, ob ein Kind im Mutterleib getötet werden sollte, bleibt es am Ende die Entscheidung der

Wenn man sich aller Konsequenzen im Vorhinein bewusst ist, kann man die Motivation für die Untersuchungen wie folgt zuspitzen:
„Ich möchte kein behindertes Kind haben und bin bereit, dafür menschliches Leben zu töten.“

Eltern, welche diagnostischen Optionen sie in der Schwangerschaft durchführen lassen wollen. Bei dieser Entscheidung unterliegen sie keinem menschlichen Gesetz, sondern ihrem Gewissen vor Gott. Wichtige Prinzipien, die dabei einbezogen werden sollten, sind, ob ein therapeutisches Ziel aus dem Ergebnis der Diagnostik erfolgen kann oder ob das Leben des Kindes und das der Mutter unnötig gefährdet werden.

Einfluss der Pränataldiagnostik auf unsere Gesellschaft

Die Möglichkeit, eine pränatale Diagnostik durchzuführen, stellt nicht nur werdende Eltern in ihrer konkreten Situation vor viele Fragen, sondern sie hat auch Auswirkungen auf unsere Gesellschaft und den Zeitgeist und umgekehrt. Mithilfe der Pränataldiagnostik kann man schon vor der Geburt eines Kindes Informationen über dessen Gesundheitsstatus erlangen. Die Frage, die sich zwangsläufig daraus ergibt, ist, welche Konsequenzen eine Nation oder auch Einzelpersonen daraus ziehen.

In unserem Grundgesetz steht, dass die Würde des Menschen und somit auch sein Leben unantastbar sind. Dennoch wurde von den Volksvertretern unseres Landes festgelegt, dass in bestimmten Fällen Leben im Mutterleib getötet werden darf. Darunter fällt das Leben, bei dem es Hinweise auf bestimmte Gendefekte, wie zum Beispiel Trisomie 21, gibt.

Durch den bereits vorherrschenden Zeitgeist geprägt wurde in Deutschland entschieden, dass die Lebensqualität der Mutter gegen das Leben des Kindes abgewogen werden darf. Die Idee, dass diese zwei Güter überhaupt gegeneinander abgewogen werden dürfen,

entsteht dadurch, dass die Selbstbestimmung rechtlich wie moralisch höher gewertet wird als das Leben. Dies wurde kürzlich durch ein Urteil vom Bundesverfassungsgericht in Bezug auf die deshalb jetzt gestattete Suizidbeihilfe bestätigt. Die überaus hohe Wichtigkeit, die der Selbstbestimmung beigemessen wird, lenkt den Blick der Einzelnen weg vom Nächsten und weg von der Gesellschaft als Ganzes hin zu sich selbst und nährt infolgedessen den Egoismus dieser Einzelnen. Die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik ist folglich häufig ein Ausdruck dieser starken Selbstbezogenheit. Wenn man sich aller Konsequenzen im Vorhinein bewusst ist, kann man die Motivation für die Untersuchungen wie folgt zuspitzen: „Ich möchte kein behindertes Kind haben und bin bereit, dafür menschliches Leben zu töten.“

Beim Umhören unter werdenden Eltern oder jenen, die es gerne werden wollen, trifft man oft auf weniger eindeutige Aussagen zu diesem Thema. Während die meisten „zur Beruhigung, dass alles in Ordnung ist“ eine pränatale Diagnostik durchführen lassen wollen, stößt man auf enorme Unsicherheit bei der Frage, ob sie ein vermeintlich krankes Kind abtreiben würden. Diese Unsicherheit entpuppt sich als lebensgefährlich für das ungeborene Kind, denn einer aktuellen Studie zufolge werden in Europa geschätzt mehr als die Hälfte der Kinder mit entsprechender pränataler Diagnose beziehungsweise pränatalem Risiko abgetrieben. In Medienberichten der Welt oder des Spiegels wird erwähnt, dass es sogar noch deutlich mehr sind.⁶

Die meisten Schwangeren würden die Veranlassung einer Pränataldiagnostik vielleicht sogar mit dem Kindeswohl begründen, indem sie behaupten zu wissen, das

Sterben im Mutterleib sei für das Kind besser als ein womöglich kurzes Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen. Menschen entscheiden hier in einem Land der Selbstbestimmung über Lebensqualität und Leben anderer.

Natürlich gibt es auch Eltern, die auf die pränatale Diagnostik verzichten und ein Kind mit abnormaler Genetik zur Welt bringen oder die ihr Kind trotz auffälligen, pränatalen Befunds zur Welt bringen. Sie bejahen das Leben und maßen sich nicht an, über die Würde und Lebensqualität eines anderen Menschen zu urteilen. Wenn man sich in Internetforen oder gar in seinem privaten Umfeld unter Betroffenen umhört, die ein Kind mit Behinderung, wie dem Down-Syndrom, zur Welt gebracht haben, findet man quasi niemanden, der im Nachhinein sagt, er hätte lieber abgetrieben. Im Gegenteil sehen sich viele dieser Paare unter einem Rechtfertigungsdruck ausgehend von der Gesellschaft, wieso sie das Leben ihres gesundheitlich eingeschränkten Kindes nicht verhindert haben.⁷ Hier kristallisiert sich heraus, wie es in unserem Land wirklich um die überall propagierte und von der Politik stolz vor sich her getragene „Toleranz und Gleichberechtigung“ steht.

Eine Frage, die sich aus der gesetzlichen Legalität des Tötens eventuell kranker, ungeborener Kinder ergibt, ist, wieso Leben mit Behinderung nicht generell beendet wird, wenn es entsprechend der Mehrheitsmeinung nicht lebenswert erscheint? Wo ist der Unterschied, ob es vor oder nach der Geburt geschieht?

Wer kann und darf Entscheidungen über die Menschenwürde und das Leben anderer treffen? Abgeordnete im Bundestag, die sich möglicherweise keine tiefgehenden Gedanken über diese Situationen gemacht haben und ihnen ferner stehen denn je? Emotional aufgeriebene Eltern, denen es bei einem „schlechten Ergebnis“ der Pränataldiagnostik kaum möglich ist einen einzigen klaren Gedanken zu fassen? Angehörige am Rande der Belastungsgrenze?

Das Leben von jedem von uns ist in Gefahr, wenn es derartiger menschlicher Willkür unterliegt. Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab, dass es eine übergeordnete (göttliche) Macht geben muss, um Leben und Menschenwürde zu garantieren. Als Christen dürfen wir wissen, dass dies der Gott der Bibel ist. In seinem Wort lässt er uns unmissverständlich wissen, dass wir uns für das Leben – insbesondere von Kindern – und gegen den Mord einsetzen sollen:

Aus dem Mund von Kindern und Säuglingen hast du ein Lob bereitet um deiner Bedränger willen, um den Feind und den Rachgierigen zum Schweigen zu bringen. (Psalm 8,3)

Was ist der Mensch, dass du an ihm gedenkst, und der Sohn des Menschen, dass du auf ihn achtest? (Psalm 8,5)

Aber Jesus rief sie zu sich und sprach: Lasst die Kinder zu mir kommen und wehrt ihnen nicht, denn solcher ist das Reich Gottes. (Lukas 18,16)



Fazit

Bevor man sich Gedanken über medizinische Diagnostik im Rahmen einer Schwangerschaft macht, sollte man sich als Christ zweier Dinge bewusst sein:

1. Jedes noch so kurze Leben ist in Gottes Augen würdig und vollendet; auch das Leben eines Kindes mit genetischen Auffälligkeiten, die nur eine geringe Lebenserwartung erhoffen lassen.

2. Jedes Ehepaar sollte bereit sein auch ein behindertes Kind (gegebenenfalls mit Hilfe) zu lieben und nach Gottes Willen groß zu ziehen. Man sollte darüber nachdenken, darüber mit seinem Ehepartner sprechen und kein Tabu-Thema daraus machen. Gleichzeitig müssen wir als Christen immer wieder darauf achten, dass unser Bild von Familie nicht durch Mainstream-Medien und eine Schein-Idylle, wie sie oftmals in den sozialen Netzwerken zu finden ist, geprägt wird, sondern durch die Bibel.

Um in diesem Zusammenhang auf die pränatale Diagnostik zurückzukommen, sollten wir uns folgendes vor

Augen führen: Mit dem Verschmelzen von Eizelle und Spermium entsteht neues Leben und ab diesem Zeitpunkt besteht auch eine elterliche Fürsorgepflicht. Das Wohl des Kindes sollte höchste Priorität haben. Alle pränatale Diagnostik, die das Leben und die Gesundheit des Ungeborenen und der Schwangeren fördert, kann dazu beitragen. Pauschal zusammengefasst fallen darunter alle Untersuchungen, die im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien durchgeführt werden.

Pränatale Diagnostik im engeren Sinne, die die Existenz des Kindes durch eine Abtreibung zur Diskussion stellt, sollte als Christ abgelehnt werden. Der Weg zum Designer-Baby scheint heute nicht mehr allzu weit zu sein. Doch der Gläubige steht immer wieder vor der Frage: Vertraue ich Gott oder vertraue ich der Medizin, und damit Menschen, um Sicherheit, Beruhigung oder erfüllte Wünsche zu erlangen.

¹ Deutsches Ärzteblatt, „Nichtinvasive Pränataltests: Warum diagnostische Tests oft...“, Deutsches Ärzteblatt, 29. Januar 2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108646/Nichtinvasive-Praenataltests-Warum-diagnostische-Tests-oft-fehlinterpretiert-werden> (zugegriffen 20. Mai 2022).

² „Rechnung mit vielen Unbekannten“, Deutsche Hebammen Zeitschrift. <https://www.dhz-online.de/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-leseprobe/artikel/rechnung-mit-vielen-unbekannten/> (zugegriffen 20. Mai 2022).

³ „Vorgeburtliche Therapien: Pränataldiagnostik | Was? Wie? Wozu?“ <http://www.xn--prnatal-info-hcb.at/de/moeglichkeiten-bei-auffaelligen-befunden/vorgeburtliche-therapien-der-ungeborene-patient.html> (zugegriffen 13. November 2021).

⁴ „Was ist Pränataldiagnostik?“ <https://www.pnd-beratung.de/was-ist-praenataldiagnostik/#zahlen-und-fakten> (zugegriffen 10. November 2021).

⁵ „Ersttrimester-Screening: Untersuchungen zur Risikoeinschätzung“. <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/risikoeinschaetzungen/> (zugegriffen 21. Mai 2022).

⁶ G. de Graaf, F. Buckley, und B. G. Skotko, „Estimation of the number of people with Down syndrome in Europe“, Eur J Hum Genet, Bd. 29, Nr. 3, Art. Nr. 3, März 2021, doi: 10.1038/s41431-020-00748-y.

⁷ Spiegelautorin - anonym, „Die Angst vor dem eigenen Kind“, DER SPIEGEL, Bd. 30, S. 32–34, Juli 2022.

Dr. med. Mira Pankratz (Hannover) ist verheiratet und Vollzeitmutter von zwei Kindern. Nach dem Medizinstudium hat sie als Ärztin in den Bereichen Allgemeinmedizin und Innere Medizin gearbeitet.

