https://mail.gen-ethisches-netzwerk.de/node/4917

Gen-ethischer Informationsdienst

Widersprüchliche Vorsorge

Späte Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik

AutorIn
Sasha Kirsten Achtelik

Pränatale Tests versprechen Schwangeren Sicherheit. In der Realität aber landen sie häufig in einer Diagnosespirale, deren weiteren Verlauf sie kaum überblicken können und der am Ende eher mehr Unsicherheiten erzeugt. Was verbirgt sich hinter dieser widersprüchlichen Logik der Vorsorge?

Bei der Schwangerschaftsvorsorge geht es – anders als der Begriff vermuten lässt – nicht bei allen hierunter fallenden Maßnahmen um Gesundheit und Wohlergehen der Schwangeren. Eine Vielzahl von Maßnahmen richtet sich tatsächlich auf den Zustand des Fötus und die Frage nach einer etwaigen Behinderung. Die pränatale Diagnostik umfasst verschiedene Verfahren, mit denen während der Schwangerschaft gezielt nach Auffälligkeiten in der Entwicklung des werdenden Kindes gesucht wird. Die Praxis zeigt, dass pränatale Diagnostik längst ein routinisierter, normalisierter Teil der Schwangerenversorgung geworden ist – teilweise institutionalisiert und über die Krankenkassenversorgung abgedeckt durch die Mutterschaftsrichtlinien, teilweise als selbst zu zahlendes Angebot im Rahmen der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).1 Seit Einführung der Mutterschaftsrichtlinien 1967 ist die Zahl der pränatalen Untersuchungen gestiegen, sie sollen dem „Abbau […] von Befürchtungen und Sorgen“ der Schwangeren dienen.2 Vielfach wird jedoch beschrieben, dass durch eine „Überproduktion von Risiken durch übermäßige Überwachung während der Schwangerschaft“ Beunruhigungen erst entstehen bzw. verstärkt werden.3

Die Diagnosespirale – ein unübersichtlicher Prozess

Bei auffälligen Befunden wird Schwangeren zur Abklärung der Ursache geraten. Weitere Untersuchungen können wiederum Unsicherheiten erzeugen, weswegen auch von einer Angst-Kontroll-Spirale gesprochen werden kann. Der Prozess zeichnet sich dadurch aus, dass immer nur über den nächsten Schritt informiert wird. Die Dynamik einer so in Gang gesetzten Diagnosespirale ist für Schwangere nicht zu überblicken. Eine Darstellung des ganzen Prozesses ist nicht vorgesehen. Stattdessen ist er fragmentiert, sodass die möglichen Konsequenzen der jeweiligen Entscheidungen an den unterschiedlichen Punkten der Diagnosespirale systematisch verschleiert werden. Die Soziologin und Biologin SiljaSamerski weist nach, dass selbst in Beratungsgesprächen zur Fruchtwasseruntersuchung die Möglichkeit einer Abtreibung nicht erwähnt wird, obwohl bei dieser Untersuchung über die Gefahr eines spontanen Aborts aufgeklärt werden muss.4 Auch die Aufklärung darüber, dass der Abbruch als Geburt erfolgen muss, erfolgt regelhaft erst nach der Entscheidung für die Beendigung der Schwangerschaft.5 Diese Fragmentierung begünstigt die Abwehr von Ängsten und Ambivalenzen anstatt eine Auseinandersetzung zu fördern. Es kommt häufig zu einem Schock bei auffälligen

Ergebnissen, wenn die Verdrängung der im Raum stehenden Abbruchsmöglichkeit nicht mehr aufrechterhalten werden kann.6 Das liegt auch daran, dass die pränatale Diagnostik scheinbar der Logik der Vorsorge folgt, nach der Untersuchungen gemacht werden, um ein bestimmtes Gesundheitsrisiko zu vermeiden.7 Aber das Leben mit einem behinderten Kind ist per se kein Gesundheitsrisiko und die Behinderung durch Untersuchungen nicht zu vermeiden. Daher führt die Vorsorgelogik in die Irre. Sie kann nur eine „Illusion von Sicherheit“ herstellen.6 Zwar ist es möglich, sich dieser zu entziehen, es erfordert jedoch erheblichen Eigeneinsatz, ein beträchtliches Vorwissen und die Konfrontation mit dem medizinischen Personal und dem sozialen Umfeld.

Die Hauptmotivation für Schwangere zur Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik (PND) ist laut einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2004 8 die „Sicherstellung der Gesundheit des Babys“, wie über 60 Prozent der Befragten angaben. Dies durch die angebotenen Untersuchungen zu garantieren, ist jedoch überhaupt nicht möglich. Als Nichtmediziner*in zu entscheiden, welche Untersuchungen notwendig, welche sinnvoll und welche ethisch-moralisch fragwürdig sind, ist eine nahezu unmögliche Aufgabe. Eine Orientierung für die Unterscheidung bietet die Frage, wonach in der jeweiligen Untersuchung eigentlich gesucht wird und was ein Ergebnis bedeuten würde. Richtet sich der Test auf die Gesundheit des späteren Kindes und gibt es Therapiemöglichkeiten, ist die Untersuchung als medizinisch sinnvoll einzustufen. Auch kann es sinnvoll sein, Behinderungen wie Spina bifida und Wachstumsabweichungen wie außenliegende Organe pränatal zu erkennen, da in solchen Fällen ein Kaiserschnitt empfohlen ist. Der Großteil der Tests sucht jedoch nach Normabweichungen, aus deren Feststellung sich keinerlei therapeutische Möglichkeiten ergeben, sondern Schwangere nur vor die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch stellen.

Einige Untersuchungen, zum Beispiel die Fruchtwasseruntersuchung, können erst zu einem relativ späten Zeitpunkt in der Schwangerschaft durchgeführt werden, sodass bei einer Abbruchsentscheidung eine sogenannte Spätabtreibung vorgenommen wird. Späte Schwangerschaftsabbrüche werden in Deutschland regelhaft „medikamentös eingeleitet und als Geburt durchgeführt“. In den Niederlanden und den USA werden späte Abbrüche dagegen unter Narkose durchgeführt und der Fötus operativ vaginal entfernt. Ein Kaiserschnitt wird nicht eingesetzt, da die damit verbundene Verletzung als unnötig gilt 9 – angesichts der hohen Kaiserschnittrate in Deutschland ist diese Begründung jedoch nicht ganz schlüssig. In Deutschland ist die Annahme verbreitet, dass die Geburt für die Verarbeitung des Abbruchs wichtig sei.9 Welches Verfahren schonender ist, wurde bisher nicht wissenschaftlich untersucht.10Späte Abbrüche bilden den Schlusspunkt dieser Diagnosespirale, in deren Dynamik von einer selbstbestimmten Entscheidung kaum die Rede sein kann.

Den Entscheidungen der Schwangeren liegt kein Automatismus zugrunde. Das Gesundheitssystem und die darin wirkenden gesellschaftlichen, medizinischen und individuellen Ableismen legen jedoch einige Entscheidungen näher als andere. Als relevante Faktoren nennt die Sozialpädagogin Jeannine Sabine Peters unter anderem: „Zeitdruck und die Einflussnahme durch Partner, Familie, soziales Umfeld sowie das gesellschaftliche Klima und die eigenen Vorurteile und Ängste“.11 Auch die Einstellung der diagnostizierenden Ärzt*innen habe einen Einfluss. Die Vorstellung, die Anwendung pränataler Tests gehe auf „bewußte, selbstbestimmte und weitgehend rationale […] Entscheidungen der Schwangeren zurück“, bezeichnen Hannes Friedrich, Karl H. Henze und Susanne Stemann-Acheampong als „fragwürdig“, darauf deuteten die „kurzschlüssig, brüchig und widersprüchlich“ erscheinenden Begründungen hin.6

Die Wirkung der PND ist ambivalent: So wird die Wartezeit auf ein Ergebnis zwar als „besonders belastend und stressreich“ wahrgenommen.12 Im Nachhinein sind aber über zwei Drittel der Befragten froh, PND in Anspruch genommen zu haben. 69 Prozent würden in einer erneuten Schwangerschaft wieder so handeln – anzunehmen ist, dass diese Personen ein unauffälliges Ergebnis hatten und daher für den Rest der Schwangerschaft beruhigt waren.8 Die von Herstellern versprochene und vielfach angenommene Sicherheit für Schwangere ist in der Realität so nicht zu finden.

Die Vorsorgelogik durchbrechen

Entscheidungen zu pränataler Diagnostik und späten Schwangerschaftsabbrüchen werden unter komplexen, teilweise undurchsichtigen Bedingungen und im Spannungsfeld von gesetzlichen Ver- und Geboten, medizinischen Paradigmen sowie gesellschaftlichen Diskursen um Selbstbestimmung und Behinderung getroffen. Das beeinträchtigt die Selbstbestimmtheit des Prozesses. Die ableistische Logik der pränatalen Suche nach Behinderungen wird von der Logik der Vorsorge für die Gesundheit des werdenden Kindes verdeckt, die Fragmentierung des Prozesses erleichtert das Aufrechterhalten dieser Illusion. Dies erschwert es, die verdrängten Ambivalenzen nach einer Behinderungsdiagnose zugunsten des werdenden Kindes aufzulösen.

Krisen, Abwehr und Ambivalenzen sind normale Reaktionen auf eine pränatale Behinderungsdiagnose. Sich diesen Ambivalenzen zu stellen und die Trauer um das eigentlich erwartete nicht behinderte Kind zuzulassen, kann eine Wiederannäherung an das werdende Kind sowie die neue Lebenssituation ermöglichen. Wenn die (erneute) Bindungsentwicklung zum werdenden Kind eine wichtige Rolle bei der Entscheidung gegen den Abbruch spielt, bedeutet das auch, dass die Überwindung der eigenen Angst vor Behinderung ein entscheidender Faktor dafür ist, nach einer pränatalen Diagnose eine Entscheidung gegen einen Abbruch zu treffen. Die Überwindung der „Denormalisierungsangst“ könnte hingegen dazu beitragen, auf die vermeintliche Sicherheit der pränatalen Untersuchungen verzichten zu können.

Die Vorsorgelogik zu durchbrechen und sich den eigenen Ängsten zu stellen, ist sowohl für die einzelne schwangere Person als auch für die Gesellschaft insgesamt eine Herausforderung. Eine gesellschaftliche Reflexion der bestehenden „Politik der Geburt“ in Bezug auf Pränataldiagnostik und Spätabtreibungen ist dringend nötig, um die jetzige Unsichtbarkeit aufzuheben und die komplexen Prozesse verhandel- und veränderbar zu machen.

- 1

  Für einen Überblick über die verschiedenen Techniken der pränatalen Diagnostik und ihre Einführung in die Schwangerenversorge vgl. Achtelik (2015: 39ff.).

- 2

  Bundesärztekammer (1998): Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. www.kurzlinks.de/gid276-la.

- 3

  Erikson, S. (2009): Wer sucht, der findet: die Überproduktion von Risiko. Deutsche Ultraschallpraxis in der Schwangerschaft.In: Margaretha Kurmann (Hg.): Da stimmt doch was nicht. Kongressdokumentation, S.44-47.

- 4

  Samerski, S. (2003): Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt. In: Schneider, I./Graumann, S. (Hg.): Verkörperte Technik – entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. Campus, S.213-233.

- 5

  Henrich, W. (2016): Mitschrift eines Telefonates am 24. Februar.

- 6a6b6c

Friedrich, H./Henze, K.-H./Stemann-Acheampong, S. (1998): Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen. VW.

- 7

  Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik.

- 8a8b

  Stepan, H. (2016): Beim Spätabbruch zählt nur die Gesundheit der Frau. Online: www.kurzlinks.de/gid276-lb.

- 9a9b

  Bereits 2013 warnte eine Studie des Bundesfamilienministeriums vor einer Verschlechterung der Versorgungslage bei Spätabbrüchen, siehe dafür BMFSFJ (Hg.) (2013): Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§ imb-pnd), Abschlussbericht. Online: www.kurzlinks.de/gid276-lc.

- 10

  Peters, J.S. (2011): Spätabbruch: Schwangerschaftsabbruch nach der Pränataldiagnostik. Psychosoziale Beratung zwischen Recht auf Leben und Recht auf Selbstbestimmung. Diplomica-Verlag.

- 11

  Nippert, I. (1997): Psychosoziale Folgen der Pränataldiagnostik am Beispiel der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie. In: Petermann, F. et. al. (Hg.): Perspektiven der Humangenetik: medizinische, psychologische und ethische Aspekte. Schöningh, S.107-127.

- 12

  Rost, K. (2015): Wenn ein Kind nicht lebensfähig ist. Das Austragen der Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose. Erfahrungen betroffener Frauen. V & R unipress.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 276 vom Februar 2026
Seite 18 - 19