

Pränataldiagnostik (PND): Grenzen erfahren – Grenzen überschreiten

von Dr. Heike Knops, 2004

Die PND hat ein neues Feld menschlicher Grenz-Erfahrung geschaffen. Der Segen der vorgeburtlichen Diagnostik verkehrte sich in der Praxis der Geburtshilfe in sein Gegenteil. Frauen, die mit einem pathologischen Befund ihres Ungeborenen konfrontiert werden, geraten in eine Krise. Die Krise wird auch nicht durch den darauf folgende Schwangerschaftsabbruch bewältigt, sondern in den meisten Fällen noch intensiviert. Mit dem NRW Modellprojekt „Psychosoziale Beratung vor, während und nach PND“ sollte die Problematik abgefedert werden. Das aufwendige Projekt berät und stützt die Betroffenen vor, während und nach der vorgeburtlichen Diagnostik sowie dem möglichen Schwangerschaftsabbruch. Ähnliche Unterstützung braucht auch das medizinische Fachpersonal, das mit den potentiellen Tötungen beauftragt wird. Hebammen und Schwestern werden durch Supervision getragen und fit gehalten für die tägliche Grenzüberschreitung.

Viel Aufwand und kostenintensive Betreuung im Nachgang von PND und entsprechendem Schwangerschaftsabbrüchen!

Anlage und Ausrichtung des NRW Modellprojekt belegen, dass eine seelische Beeinträchtigung der Schwangeren schon angesichts der Inanspruchnahme von PND besteht, sodann aufgrund der Mitteilung der durch PND erstellten Diagnose und erst recht nach einem darauf folgenden Schwangerschaftsabbruch.

Die PND selbst scheint schon ins Dilemma zu führen.

Eine daraus resultierenden Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch löst dieses offenbar nicht auf, anders als es der Abtreibungsparagraph vorsieht. Denn die so genannte medizinische Indikation des § 218 erfolgt zum erklärten Wohl der werdenden Mutter, der eine Fortsetzung der Schwangerschaft nicht zugemutet werden kann. Der Schwangerschaftsabbruch ist danach nicht rechtswidrig, wenn er „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“ (§ 218 a Abs. 2 StGB)¹

Welche Berechtigung hat also die medizinische Indikation des § 218 in dieser Situation?

Lässt sich überhaupt bei Frauen mit einem Kind mit Behinderung eine „schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes“ nachweisen? So dass man daher gewissermaßen präventiv einer Frau die Fortsetzung der Schwangerschaft nach entsprechendem unerwünschten Befund beim Ungeborenen nicht zumuten kann?

Aufgrund einschlägiger, vor allem anglo-amerikanischer Studien aus den 60er Jahren liegt die Annahme nahe, dass Mütter behinderter Kinder eine sozial, psychisch und physisch besonders benachteiligte Gruppe bilden.

Auf der Suche nach neueren Studien für den Raum der BRD bin ich auf die Untersuchung von Frau Prof. Dr. Irmgard Nippert gestoßen, der Leiterin der Frauengesundheitsforschung am Institut für Humangenetik in Münster.

¹ Zitiert nach Abschlussbericht der Modellprojekte „Psychosoziale Beratung vor, während und nach PND“, S.7
Hg: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW

Ihre Studie geht von der Fragestellung aus, wie sich heute, aus Sicht der betroffenen Mütter, die Geburt eines behinderten Kindes auswirkt. Im Vordergrund stehen dabei frauenpolitische Interessen, nämlich, ob die Selbstverwirklichung von Frauen unmöglich wird, wenn sie lebenslanglich für ein Kind mit Behinderung sorgen müssen. Und ob die Geburt eines behinderten Kindes die traditionelle Frauenrolle reaktualisiert und verstärkt. Die Frage nach körperlicher und seelischer Gesundheitsbelastung dieser Mütter klärt sich durch die Studie jedoch auch.

Im Ergebnis formuliert Frau Prof. Dr. Nippert: „Wir haben in unserer Untersuchung keinen Anhaltspunkt für die Bestätigung der These gefunden, dass ein Kind mit Behinderung zwangsläufig eine behinderte Familie erzeugt.“

Allen Frauen gelingt die Überwindung der sog. anomischen Phasen, allen die Etablierung einer normalisierten Alltags- und Lebensroutine. Die Mehrzahl der Frauen gibt an, dass sich ihre Belastung im Vergleich zum Anfang verringert hat und dass sie keine Belastung mehr empfinden.

Den meisten Frauen gelingt gerade aufgrund der im Zusammenhang der Behinderung erworbenen Handlungs- und Bewältigungskompetenz eine positive Re-Definition ihrer Lebenssituation. Besonders Frauen aus der Mittelschicht wachsen in die Rolle aktiver Anwältinnen für die Belange ihrer Kinder hinein. In diesem Kreis trifft man auf einen ausgesprochen selbstbewussten Typus betroffener Frauen. Indem sie für mehr soziale Teilhabe und Lebensqualität ihrer Kinder kämpfen, gehören diese Frauen sicherlich zu den Hauptinitiatoren sozialer Veränderung des Umgangs mit Menschen mit Behinderung. Primär subjektiv benachteiligt fühlt sich laut dieser Untersuchung nur die Gruppe von Frauen, von der sowohl von ihrem sozio-kulturellen Umfeld als auch von ihren Ehemännern eine strikte traditionelle Arbeits- und Rollenverteilung verlangt wird. (Weniger als 10 % der Frauen)

Die Untersuchung zeigt, dass die wahrgenommene subjektive Belastung betroffener Eltern prozesshaften Verläufen unterliegt. Die Belastung verringert sich in den überwiegenden Fällen. Für die meisten Familien ist das Leben mit dem Kind mit Behinderung handhabbar geworden und es verhindert nicht automatisch die Möglichkeit persönlicher Verwirklichung und sozialer Teilhabe der Betroffenen. Dennoch erschien zu Anfang den meisten Familien die Belastung unerträglich und kaum zu bewältigen.

Die von einer Behinderung ausgehende Belastung wird von Außenstehenden überschätzt und die Sichtweise von Belastung durch Behinderung von manchen unhinterfragten Klischees geleitet.

Die Bewertung der mit einer Behinderung verbundenen Belastung ist primär sozial vermittelt und damit immer variabel!

Aufgrund dieser Ergebnisse² der Nippert-Studie stellt sich die Frage nach der Berechtigung der Anwendung der medizinischen Indikation des § 218 umso dringlicher.

Nachdem die so genannte eugenische Indikation offiziell abgeschafft ist, gilt es als ausgemacht, dass eine Abtreibung nicht wegen eines schwierigen embryopathischen Befundes vorgenommen werden darf. Wenn nun der pathologische Befund nicht der Abtreibungsgrund sein darf und gleichzeitig empirisch nicht nachweisbar ist, dass das zukünftige Leben mit einem Kind mit Behinderung ein Risiko für Leib, Leben oder Seele der Mutter bedeutet, weshalb wird dann nach pathologischem PND-Ergebnis abgetrieben?

² Die Ergebnisse der Nippert-Studie decken sich mit folgenden anglo-amerikanischen Untersuchungen:

Hewett, S., The Family and the handicapped child: A study of cerebral palsied children in their homes, London 1970

Voysey, M., A constant burden: The reconstruction of family life. London 1975

Darling, R.B., Families against society: A study of reactions to children with birth defects. Beverly Hills 1979

Ein ausschließlicher Bezug auf die gegenwärtige – nachweislich vorübergehende – Krise der Schwangeren nach Erhalt einer pathologischen Diagnose erscheint mir ein zu seichter Grund für eine Abtreibung nach medizinischer Indikation.

Hier scheint mir dringender Klärungsbedarf zu sein.

Hat sich eine Praxis eingeschlichen, die nicht wirklich juristisch abgesichert ist und, bei der im Dunkeln bleibt, wem sie nützt? Liegt die Grenzüberschreitung vielleicht nicht nur im menschlich emotionalen Bereich, sondern auch im Überschreiten von Kompetenzen?

Oder liegt der Schlüssel zum Problem in der von Prof. Nippert nachgewiesenen These, dass „die Bewertung der mit einer Behinderung verbundenen Belastung primär sozial vermittelt und damit immer variabel“ ist?