

PDF von der Webseite [www.paedagogik-klick.de](http://www.paedagogik-klick.de)

© Claudia Schmitt

**„Verunsicherung von Frauen durch die Pränataldiagnostik“ oder  
„Warum Frauen sich von einer konstruierten -35- Altersgrenze verabschieden dürfen.“**

*Barbara Duden schreibt: „Das Verblassen des Verbuns Schwangergehen und sein Ersatz durch die technisch visualisierte und medizinisch-technologisch ausgesteckte entitative Schwangerschaft ist ein Indiz für den Untergang des Kontrastes zwischen somatischer Wahrnehmung und kategorialer Zuschreibung.“*

(„Zwischen ‚wahrem Wissen‘ und Prophetie“ 2002)

Zunächst stellt sich die Frage was Frauen mit den "Vorsorgeuntersuchungen" erreichen wollen bzw. sich davon versprechen. Sozialwissenschaftler diskutieren in der Hinsicht, dass Unsicherheit und Angst von Humangenetikern durchaus auch bewusst und unbewusst erzeugt wird (- von der Eugenik zur Neuen Eugenik), schließlich leben wir in einer sog. Risikogesellschaft, welcher „durch“ Technik begegnet werden muss. Dabei liegen die Risiken nicht mehr in der Natur, sondern in unserem eigenem Handeln, ein Zeitalter der Nebenfolgen (der Technik). Ein sehr interessanter Artikel dazu ist "Die soziale Konstruktion des Risikos - das Beispiel Pränataldiagnostik" von Elisabeth Beck-Gernsheim. Hier ist von einer Akzeptanzrhetorik der Humangenetiker die Rede - also, verkürzt dargestellt, von einer Bedrohungsrhetorik ("alle sind betroffen"), über die Rettungsrhetorik ("die Technik kann dir aber helfen") zur Verantwortungsrhetorik ("wenn du dich nicht dafür entscheidest bist du für das behinderte Kind verantwortlich"). Die Verantwort liegt also ganz bei dem Paar (-wobei die Frau durchaus mehr betroffen ist, es geht um ihren Körper, ihre endgültige Entscheidung, ihre gesellschaftliche Verantwortung, ...).

Das Problem ist in besonderem Maße, dass eine Frau sich ganz bewusst dagegen entscheiden muss. Denn wenn ein Arzt sie nicht auf die evtl. Risiken hinweist macht er sich strafbar! Er könnte verklagt werden, also wird er (im eigenem Sinne) natürlich immer eher zu Untersuchungen raten, als dagegen. Aber die Frau muss sich entscheiden, sie hat kein Recht mehr auf sog. Nicht-Wissen. Sie muss sich aufklären lassen und dann eine Entscheidung fällen und das Folgende gesellschaftlich vertreten. Die Frau, mit Emotionen, dem Kind im Bauch, muss wissen was zu tun ist.

Auch wenn es gar kein "falsch" oder "richtig" im eigentlichen Sinne gibt. Der Arzt, welcher schon x solcher Fälle hatte, jahrelang studiert und sich auf dem Gebiet spezialisiert hat, darf (und muss) sich aus der Verantwortung ziehen. Da lastet ein sehr großer Druck auf die Frauen sich bezüglich der PD (Pränataldiagnostik) zu entscheiden.

(Bei DFG-PD-Studie/Nippert stimmten der Aussage "Eine Frau, die ein Kind mit einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung zur Welt bringt, weil sie die vorgeburtliche Untersuchung nicht durchführen lassen wollte, handelt unverantwortlich" 41,8 % der Befragten "mit Einschränkungen/völlig überein" zu!)

Eigentlich ist es doch super, werden viele glauben, endlich hat man die Sache selbst in der Hand, kann selbst für sein Leben (und des Kindes) entscheiden, für Selbstbestimmung wurde jahrelang – nun scheinbar erfolgreich- gekämpft. Aber genau das ist fraglich. (Interessant dazu auch "Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt.", Silja Samerski. „Die Entscheidung, zu der eine schwangere Frau in der genetischen Beratung befähigt werden soll, ist in vierfacher Hinsicht paradox: Sie ist erzwungen, technikabhängig, dienstleistungsbedürftig und beratungsvermittelt. Das sind vier Eigenschaften, die genau diejenigen Fähigkeiten zerstören, für die der Begriff ‚Selbstbestimmung‘ bisher stand: Sie machen eine eigensinnige Wahrnehmung, ein unabhängiges Urteil und selbstständiges Handeln unmöglich.) Des Weiteren sind die Risiken sozial konstruiert. Nicht die Natur selbst bringt nun das Risiko in der heutigen Zeit (reflexiven Moderne), sondern die Technik, welche versucht Risiken auszuschließen. Viele Untersuchungen erhöhen Risiken, wie beispielsweise das Gefahr einer Fehlgeburt (0,5%-1%) bei Mitt-trimester-Amniozentese, (6%) bei Cordozentese, (0,6%-0,8%) bei der Chorionzottenbiopsie..... (Quelle: Tabelle 3 bei "Entwicklung der pränatalen Diagnostik", Irmgard Nippert).

Das Entscheidende ist aber, dass das Alter von 35 Jahren nicht wirklich ausschlaggebend für eine *Risikoschwangerschaft* ist, obwohl es gesellschaftlich erfolgreich in den Köpfen eingetrichtert wurde.

Warum dies so ist, erklärt beispielsweise der Text "Genetische Beratung und Diagnostik" von Anne Waldschmidt. Hier ein Auszug:

"Mit der Alterskurve, einer weiteren normalistischen Landschaft, die in der Humangenetik Anwendung findet, wird die ratsuchende Person nicht mehr auf ihren familiären Hintergrund bezogen. Stattdessen wird nun die Beziehung der Schwangeren zu ihrem Fötus statistisch gedeutet. Bereits seit Anfang der 1930er Jahr ist bekannt, daß es eine Verbindung zwischen dem mütterlichen Alter und angeborenen Chromosomenstörungen, insbesondere dem Down-Syndrom gibt. Je älter die Schwangere ist, desto mehr scheinen sich chromosomale Veränderungen beim Embryo zu ereignen. Als Ursache wird eine Fehlerhäufung bei der Eireife älterer Frauen vermutet. Zwar können alle Schwangeren, unabhängig von ihrem Alter, ein chromosomengeschädigtes Kind bekommen. Ab dem Alter von 30 Jahren jedoch gilt die Eintrittswahrscheinlichkeit als erhöht. In der Humangenetik sind deshalb zahlreiche Erhebungen durchgeführt worden, um die Häufigkeitsraten der geborenen Kinder mit Down-Syndrom und anderen Chromosomenstörungen bezogen auf die Gesamtzahl der Geburten zu berechnen. Bezieht man diese Raten auf das Alter der Schwangeren und trägt die gewonnen Punkte in eine Graphik ein, so erhält man die sogenannte 'Alterskurve'.

Die Alterskurve - die Relation zwischen dem Alter der Schwangeren und der Häufigkeit der Geburten von chromosomengeschädigten Kindern - hat insofern Handlungsrelevanz, als mit ihr der Zugang zur Pränataldiagnostik reguliert wird. Als Grenze gilt ein Lebensalter von 35 Jahren. Ab diesem Alter kann die Schwangere die pränatale Diagnostik routinemäßig in Anspruch nehmen. (...) Die vermeintlich objektive Grenze von 35 Jahren ist entstanden als 'eine ärztlich vertretbare Relation zwischen Eingriffsrisiko und Diagnosewahrscheinlichkeit'. Ihre Festsetzung erfolgte 1985 auf der Basis eines rechnerischen Konstrukts. Das Altersrisiko für das Down-Syndrom wurde gegen das Abortrisiko der Fruchtwasseruntersuchung aufgerechnet. Ab dem Alter von 35 Jahren werden beide Risiken mit etwa 1 % eingeschätzt. Es wurde also Nutzen, diagnostische Erkenntnisse über den Gesundheitszustand des Ungeborenen zu erlangen, abgewogen gegen das Risiko, das ungeborene Kind ganz zu verlieren. Zusätzlich ging in die Festlegung auch die vorhandenen Laborkapazitäten sowie die den Krankenkassen entstehenden Kosten mit ein. Die Altersgrenze scheint auf den ersten Blick eine feste Orientierungslinie darzustellen. Jedoch kann ein und dieselbe Wahrscheinlichkeit in durchaus unterschiedlicher Weise präsentiert werden. Beispielsweise

kann die Beraterin das Risiko für Down-Syndrom bei einer 35jährigen Schwangeren in acht verschiedenen Formulierungen ausdrücken:

1. 'Das Risiko beträgt 1:370'
2. 'In etwa 1 von 370 Fällen kommt ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt.'
3. 'Etwa 3 Kinder von 1000 haben bei der Geburt ein Down-Syndrom.'
4. 'Zu 0,27% ist das Kind am Down-Syndrom erkrankt.'
5. 'Zu 99,7% ist es gesund, nur in ca. 0,3% der Fälle ist es erkrankt.'
6. 'In ca. 0,3% der Fälle ist das Kind an Down-Syndrom erkrankt, aber zu 99,7% ist es gesund.'
7. 'Ihr Risiko liegt noch weit unter 1%.'
8. 'Gegenüber einer Frau mit 27 Jahren, die ein Risiko von 0,1% hat, ist Ihr Risiko um das 2,7fache erhöht.'

(...)

**Die Grenze von 35 Jahren ist willkürlich festgelegt worden** und hat im Endeffekt zu einer eher rigiden Handhabung geführt, die sich im Laufe der 1980er Jahre für die Pränataldiagnostik als zunehmend einengend erwies."

→ *Frauen bleibt weiterhin das Recht, sich gegen eine PD zu entscheiden, nur die Spirale dreht sich unaufhörlich. Je mehr Verfahren es gibt, desto mehr Beratung wird nötig sein. Je mehr Beratung und Selbstbestimmung nötig ist, desto mehr wird sich der Arzt abgrenzen (müssen). So wird der gesellschaftliche Druck auf Frauen weiterhin steigen, statt durch die Technik minimiert zu werden.*

*Denn was die PD (bisher) nicht wirklich kann ist heilen bzw. therapieren. Bei einem Befund stehen die Frauen vor der Entscheidung: Tod oder Leben (für das defizitär diagnostiziertem Baby). Für diese Frage mit neuen technischen Gefahren für Kind und Mutter begegnen?*

© Claudia Schmitt (Forenprofil: <http://www.paedagogik-klick.de/forum/memberlist.php?mode=viewprofile&u=2>)

*Literaturvorschläge:*

Beck-Gernsheim Elisabeth (1996): Die soziale Konstruktion des Risikos – das Beispiel Pränataldiagnostik. Soziale Welt 47: 284-296

Daele Wolfgang van den (2005): Vorgeburtliche Selektion: Ist die Pränataldiagnostik behindertenfeindlich? Leviathan Sonderheft 23: S. 97-122

Duden Barbara (2002): Zwischen `wahren Wissen` und Prophetie. Konzeptionen des Ungeborenen. In: Barbara Duden, Jürgen Schlumbohm, Patrice Veit (Hg.), Geschichte des Ungeborenen: zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. - 20. Jahrhundert. S. 11-48.

Köbsell Swantje (1992): Humangenetik und pränatale Diagnostik: Instrumente der „Neuen Eugenik“. In: Theresia Degener, Swantje Köbsell (Hg.), „Hauptsache, es ist gesund“? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle. Hamburg, S. 11-66.

Nippert Irmgard (1999): Entwicklung der pränatalen Diagnostik. In: Gabriele Pichlhofer, gen-ethisches Netzwerk (Hg.), Grenzverschiebungen. Politische und ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin. Frankfurt/Main, S. 63-80.

Samerski Silja (2003): Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt. In: Sigrid Graumann, Ingrid Schneider (Hg.), Verkörperte Technik – entkörperte Frau: Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt/Main, S. 214-229.

Waldschmidt Anne (2003): Normierung oder Normalisierung: Behinderte Frauen, der Wille zum `Normkind` und die Debatte um die Pränataldiagnostik. In: Sigrid Graumann, Ingrid Schneider (Hg.), Verkörperte Technik – Entkörperte Frau: Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt/Main, S. 95-109.

Weinart Peter, Kroll Jürgen, Bayertz Kurt (1992, 1. Auflage): Rasse, Blut und Gene – Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am Main, S. 631-684