

Woopen, Christiane

Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 9, S. 695-703

urn:nbn:de:bsz-psydok-43336

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determanation of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gusson</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik

Christiane Woopen

Summary

Ethical problems in prenatal diagnosis

With regard to the aim of prenatal diagnosis two types can be distinguished, a therapy-referring and an existence-referring one. In the context of both types goods are endangered. From an ethical point of view both types are differently justified. In the scope of ultrasound-screening both types are mixed and special problems of counselling and informed consent emerge. In the context of genetic prenatal diagnosis a possible preimpact of a right to privacy is discussed. Finally several proposals are made concerning a collaboration of medical care and psychosocial counselling in the frame of prenatal diagnosis. Probably they can contribute to a protection of the endangered goods.

Zusammenfassung

Bei der Pränataldiagnostik ist anhand der Zielsetzung eine therapiebezogene von einer existenzbezogenen Pränataldiagnostik voneinander zu unterscheiden. Beide Typen von Pränataldiagnostik stehen mit einer möglichen Gefährdung von Gütern in Zusammenhang und haben eine aus ethischer Perspektive unterschiedliche Rechtfertigungsgrundlage. Im Ultraschall-Screening der Mutterschaftsvorsorge vermischen sich die beiden Handlungstypen, so daß besondere Probleme bei der Beratung und Einwilligung entstehen. Im Zusammenhang mit genetischer Pränataldiagnostik wird nach der möglichen Vorwirkung eines Persönlichkeitsrechts des Ungeborenen gefragt. Abschließend werden Anregungen zu einem Zusammenwirken von ärztlicher Betreuung und psychosozialer Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik gegeben, die zur Sicherung der gefährdeten Güter beitragen sollen.

1 Einleitung

Die Pränataldiagnostik (PND) als Teil des umfassenderen Bereichs der Pränatalmedizin hat eine bemerkenswerte Entwicklung hinter sich. Mit Hilfe der Ultraschalltech-

nik wurde der Embryo bereits im frühen Stadium der Schwangerschaft sichtbar. Der Schwangeren wird so veranschaulicht, daß sie – obwohl sie es noch nicht spürt – menschliches Leben mit einem schlagenden Herzen in sich trägt. Die voranschreitende Entwicklung der Möglichkeiten bildgebender Verfahren, z.B. in Form der Dopplersonographie oder dreidimensionaler Ultraschallbilder, geht mit einer Zunahme an Erkenntnissen einher. So wurde etwa bekannt, daß das Zeichen einer verbreiterten Transparenz im Nackenbereich des Feten um die 11./12. Schwangerschaftswoche (SSW) herum ein Hinweiszeichen auf eine mögliche chromosomale Anomalie ist. Durch Amniozentese und Chorionzottenbiopsie wurde es möglich, in Abhängigkeit vom genetischen Kenntnisstand chromosomale und molekulargenetische Merkmale des Ungeborenen festzustellen. Die Chorionzottenbiopsie wird von vielen Schwangeren einer Amniozentese vorgezogen, da sie zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt und die Ergebnisse schneller vorliegen. Das Spektrum der feststellbaren genetischen Merkmale erweitert sich ständig, zunehmend liegen Kenntnisse über monogen vererbte Krankheitsanlagen vor. Techniken wie Nabelschnurpunktion und fetale Biopsien erweitern das diagnostische Spektrum. Zur Vermeidung eingriffsbedingter Risiken für Mutter und Kind ist man bemüht, nichtinvasive diagnostische Möglichkeiten zu entwickeln. Mit Hilfe eines Nachweises von Serummarkern zur Ermittlung eines Risikos – Stichwort Tripel-Test – versucht man auf der einen Seite, unnötige invasive Eingriffe zu vermeiden, hat aber auf der anderen Seite aufgrund falsch positiver Befunde den Preis unnötiger invasiver pränataldiagnostischer Eingriffe sowie einer großen emotionalen Belastung der Schwangeren zu zahlen. Die Isolation fetaler Zellen aus mütterlichem Blut stellt einen weiteren Ansatz zu nichtinvasiver Diagnostik bereit.

Durch die Routinisierung der Techniken und die Senkung eingriffsbedingter Risiken breitet sich die PND zunehmend aus. Als Ultraschall-Screening ist sie mit mindestens drei Untersuchungen im Laufe der Schwangerschaft in der Mutterschaftsvorsorge fest etabliert (Bundesausschuß 1999), die invasiven Methoden sind zwar an einzelne Indikationen gebunden, de facto haben sie sich aber bei Schwangeren fortgeschritteneren Alters als Screening etabliert. Gefördert wurde diese Entwicklung durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Haftungsfragen seit Mitte der 80er Jahre.

Am Beginn der die PND begleitenden ethischen Diskussion standen die Probleme rund um den Schwangerschaftsabbruch im Mittelpunkt. Das Recht der Schwangeren auf Selbstbestimmung und Schutz ihrer Gesundheit, das Recht des Ungeborenen auf Leben wurden diskutiert und sind nach wie vor Gegenstand ethischer und politischer Kontroversen. Mit zunehmender Ausweitung der PND hin zum Screening kamen Fragen bezüglich des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren hinzu: So wird die tatsächliche Möglichkeit der Frau, ein behindertes Kind auszutragen, von einigen angesichts eines zunehmenden gesellschaftlichen Drucks zur Selektion und unter Konstatierung eines behindertenfeindlichen sozialen Klimas bezweifelt. Vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklung sind weitere ethische Probleme hinzugekommen, die ich im folgenden in den Vordergrund stellen möchte.

2 Zwei Ziele der Pränataldiagnostik

Da die Ethik die wissenschaftliche Reflexion über die sittliche Qualität von Handlungen ist, lohnt es sich zunächst die unterschiedlichen Handlungstypen im Bereich der PND zu charakterisieren. Handlungen zeichnen sich im Unterschied zu einem Reflex durch Absichtlichkeit und Freiwilligkeit aus. Der Handelnde kann einen Grund dafür angeben, warum er gerade diese Handlung ausgeführt und nicht unterlassen hat. Wir schreiben dem Handelnden die Verantwortung für sein Handeln zu und erwarten, daß er Rechenschaft über seine Gründe ablegen kann. Die vielfältigen Gründe für das Handeln stehen in einer Beziehung zum Ziel des Handelns, auch wenn sie mit ihm nicht identisch sind.

Will man PND einer ethischen Analyse zugänglich machen, so muß man zunächst den Handlungstyp hinreichend genau beschreiben. Zu dieser Beschreibung gehört die Angabe des angestrebten Handlungsziels, da ohne diese Angabe Handlungen auf körperliche Bewegungen oder die Bezeichnung technischer Verfahren reduziert würden und die alleinige zusätzliche Benennung von Gründen nicht immer erkennen läßt, ob das angestrebte Ziel ethisch zulässig ist.

Bei der PND lassen sich anhand des Ziels zwei Handlungstypen voneinander unterscheiden:

1. Beim ersten Handlungstyp sollen Merkmale der Schwangerschaft und des Ungeborenen erkannt werden, um eventuelle Störungen vermeiden oder behandeln zu können. Das angestrebte Ziel ist die möglichst komplikationslos verlaufende Schwangerschaft und Geburt. Der Griffigkeit halber kann man diesen Handlungstyp als „therapiebezogene PND“ bezeichnen.

2. Beim zweiten Handlungstyp sollen Merkmale des Ungeborenen erkannt werden, die in eine Entscheidung zwischen Fortsetzung und Abbruch der Schwangerschaft einfließen. Das Ziel ist nicht die therapeutische Beeinflussung eines natürlichen Prozesses, sondern vielmehr die Entscheidungsfindung bezüglich der Existenz des natürlichen Prozesses überhaupt. Als Kurzformel kann man diesen Handlungstyp als „existenzbezogene PND“ charakterisieren. Zuweilen wird dieser Typ auch als „PND in selektiver Absicht“ bezeichnet. Diese Benennung hat zwar einerseits den Vorteil, daß sie dem Vorwurf entgeht, sie würde den selektiven Aspekt des Handelns verschleiern, andererseits versperrt sie aber den Blick auf die Möglichkeit, daß die Selektion nicht nur Ziel, sondern auch Mittel sein kann. So hat z.B. der Schwangerschaftsabbruch bei einem anenzephalen Feten zum Ziel, die Mutter vor den Belastungen einer fortgesetzten Schwangerschaft zu bewahren, bei der es keine Aussicht darauf gibt, daß ein lebensfähiges Kind zur Welt kommt. Die Selektion ist hier nur Mittel, aber nicht Ziel der PND. Nur für den Fall, daß die Selektion von Eigenschaften des Feten bzw. des zukünftigen Kindes tatsächlich Ziel der Maßnahme ist, beispielsweise vor der Hintergrundannahme einer uneingeschränkten elterlichen Verfügungsmacht über die Eigenschaften ihres Nachwuchses, wäre die Bezeichnung des Ziels als selektionsorientiert zutreffend. Da dieser Fall jedoch auch von der Charakterisierung der Zielsetzung als existenz-bezogen umfaßt wird, erscheint dieser weitere Begriff als geeigneter, um Handlungstypen voneinander zu unterscheiden.

In der Diskussion um die ethische Bewertung der PND wird häufig das Argument vorgetragen, sie rechtfertige sich aus dem Ziel, die Schwangere zu beruhigen und ihr zu versichern, daß das Ungeborene – soweit erkennbar – gesund sei. Meistens, so heißt es, trage die PND zu einer Entlastung der Schwangeren von Ängsten und Sorgen um den Gesundheitszustand ihres Kindes bei. Muß man also noch einen dritten Handlungstyp differenzieren, den man als „beruhigungsbezogene PND“ bezeichnen könnte? Betrachtet man den gesamten Handlungszusammenhang, ist die beruhigende Wirkung weniger das Ziel als eine gewünschte Folge der PND. Sie kann einer der Gründe für pränataldiagnostisches Handeln sein, Ziel aber bleibt, über Therapie oder Existenz der Schwangerschaft bzw. des Kindes entscheiden zu können, denn diese Fragen drängen sich in den Vordergrund, wenn die Hoffnung auf Beruhigung durch einen auffälligen Befund enttäuscht wird. Einen dritten Handlungstyp stellt die erhoffte Beruhigung demnach nicht dar.

3 Zur Legitimität der Ziele

Der erste Handlungstyp, also die therapiebezogene PND, ist ethisch grundsätzlich unproblematisch, da das Ziel, die Beeinflussung der Schwangerschaft zum Wohl von Schwangerer und Kind, gerechtfertigt ist. Als Beispiel seien die Ultraschalluntersuchungen in der Mutterschaftsvorsorge und die Nabelschnurpunktion zur Feststellung einer fetalen Infektion genannt. Die dazu benötigten Mittel, d.h. bestimmte Untersuchungstechniken, Medikamente oder invasive Eingriffe, sind – die Einwilligung der Schwangeren vorausgesetzt – bei angemessenem Nutzen-Risiko-Verhältnis vertretbar. Zu diskutieren wäre hier, ob bei invasiven Maßnahmen wie einer fetalen Transfusion die Mutter ein Weigerungsrecht hat, um Eingriffe in ihren Körper ablehnen zu können, auch wenn sie damit dem Feten seine Überlebenschance nimmt.

Problematischer ist der zweite Handlungstyp, die existenzbezogenen PND, da es um Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft geht, also um Leben oder Tod des Ungeborenen. Betrachtet man das ungeborene Leben als Mensch, der Träger von Menschenrechten ist, so steht seiner Tötung das grundsätzliche Tötungsverbot entgegen. Demnach wäre PND, die lediglich zum Ziel hat, über die Existenz des Ungeborenen entscheiden zu können, grundsätzlich nicht gerechtfertigt. Doch wie bei allem Grundsätzlichen gibt es auch hier Ausnahmen. Für den Fall, daß die Tötung des Ungeborenen gerechtfertigt oder das geringere Übel wäre, wäre auch die dahinführende Diagnostik zulässig. Aus dieser Überlegung folgt aber aus ethischer Perspektive, daß eine PND nur dann durchgeführt werden sollte, wenn die daraus folgende Konsequenz zulässig ist. Die denkbare Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs ist somit die Voraussetzung für die Billigung einer existenzbezogenen PND, zumindest wenn der Eingriff mit einem Risiko verbunden ist.

Zu bedenken wäre jetzt, in welchen Fällen ein Schwangerschaftsabbruch zulässig sein könnte. Da diese Diskussion intensiv geführt wurde und wird, da mögliche Szenarien gesellschaftlicher Folgen einer Praxis selektiver Abbrüche detailliert beschrieben sind, möchte ich hier nur ganz kurz darauf eingehen. Wenn das Leben des Ungebore-

nen ein schützenswertes Gut ist, dann kann es nur gegenüber gleichrangigen Gütern zurücktreten, wenn die Verletzung eines der konkurrierenden Güter unvermeidlich ist. Ein gleichrangiges Gut ist das Leben der Frau. Denkbar ist es darüber hinaus, das Entwicklungsstadium des Ungeborenen bei der Bemessung des Schutzanspruchs, nicht etwa der Schutzwürdigkeit, zu berücksichtigen. Dann würde auch das Gut der Gesundheit der Schwangeren und zukünftigen Mutter als konkurrierendes Gut in Frage kommen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung müßte dann allerdings so schwer sein, daß sie gleichsam existenzielle Ausmaße hat (Woopen 1999). Die Erfahrung lehrt uns, daß die Versorgung eines schwerkranken oder behinderten Kindes für die Mutter und die Familie in Einzelfällen tatsächlich eine so schwere Belastung darstellen kann, daß sie als existentielle Bedrohung empfunden wird. In diesen nur je nach Einzelfall zu beurteilenden Konstellationen kann ein Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer Güter- bzw. Übelabwägung als geringeres Übel angesehen werden. Das bloße Recht auf Selbstbestimmung schützt demgegenüber ein anderes Gut und findet seine Grenze an Rechten anderer, zumal wenn ein so fundamentales Gut wie das Leben geschützt wird. Nur, wenn man dem ungeborenen Leben keinen besonderen moralischen Status zuordnet, kann Selbstbestimmung ein überwiegendes Gut sein.

Was aber ist mit pränataldiagnostischen Verfahren, die beide Handlungstypen vereinen? Ein Beispiel hierfür ist die Ultraschalluntersuchung, die gemäß den Mutterschafts-Richtlinien als erstes Ultraschall-Screening in der 9. bis 12. SSW vorgesehen ist. Therapiebezogen ist diese Untersuchung, weil danach geschaut wird, ob die Schwangerschaft in der Gebärmutter angesiedelt ist, ob der Embryo bzw. Fetus lebt und altersgerecht entwickelt ist und ob es sich um eine Einlings- oder Mehrlingschwangerschaft handelt. Existenzbezogen wird die Untersuchung dann, wenn nach dem Zeichen der Nackentransparenz geschaut wird. Überschreitet die Nackentransparenz eine kritische Dicke, kann dies ein Hinweiszeichen auf eine chromosomale Anomalie des Ungeborenen sein. Die weitere pränataldiagnostische Abklärung erfolgt dann auf invasivem Weg und ist von ihrem Ziel her existenzbezogen, da eine Therapie, im Unterschied z.B. zu einer Infektion, nicht möglich ist. Natürlich gelten für diese existenzbezogene invasive Nachfolge-PND die gleichen Maßstäbe wie beschrieben, d.h. sie ist streng genommen nur für den Fall gerechtfertigt, daß je nach Ergebnis auch ein Schwangerschaftsabbruch zulässig sein könnte. Hier ist die Ausgangssituation aber eine andere: Die Schwangere, die konkret aufgrund einer Untersuchung um ein erhöhtes Risiko weiß, ist in hohem Maße verängstigt und spielt möglicherweise allein schon aufgrund dieser Risikoerhöhung mit dem Gedanken, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen, der in dieser Zeitspanne rechtlich noch nach der Beratungsregelung des § 218a Abs. 1 StGB, d.h. ohne Indikation, erfolgen könnte. Darüber hinaus ist bekannt, daß sich extreme und dauerhafte psychische Belastungen nachteilig auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken können, z.B. in Form von Frühgeburtlichkeit mit all den damit verbundenen Risiken kindlicher Erkrankungen. Unter diesen Umständen verwischen die Grenzen zwischen existenzbezogener und therapiebezogener PND. Erstrebenswert ist natürlich die Vermeidung einer solchen Situation, zumindest aber die Milderung der emotionalen Belastung. Dies ist nur möglich, wenn die Frau nicht von der Situation überrollt wird, sondern aktiv gestaltend und entscheidend in den

diagnostischen Prozeß eingebunden wird. Sie kann nur dann wirksam in die Untersuchung einwilligen, wenn sie neben der Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse über die möglichen Folgen hinreichend aufgeklärt und beraten worden ist. Es muß ihr die Möglichkeit bleiben, daß bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt werden wie z.B. Serumscreening-Untersuchungen, oder, falls die Befunde wie beim Ultraschall quasi nebenbei mit erhoben werden, ihr nicht mitgeteilt werden. Diese Aufklärung und Beratung ist höchst anspruchsvoll, da sie zum einen früh in der Schwangerschaft stattfindet und weder die Frau verunsichern noch die Schwangerschaft pathologisieren soll, zum anderen aber eine wirksame Einwilligung der Schwangeren in die Untersuchung erforderlich ist – und an die Wirksamkeit hohe Anforderungen zu stellen sind. Auf die Schwierigkeiten, die sich in diesem Zusammenhang haftungsrechtlich ergeben können, soll hier nur hingewiesen werden.

4 Vorwirkung eines Persönlichkeitsschutzes?

Neben den bereits in der Literatur hinreichend diskutierten Überlegungen, die das Nutzen-Risiko-Verhältnis der PND betreffen, scheint mir eine Frage von herausragender Bedeutung, die nach meiner Auffassung in bezug auf das ungeborene Leben bislang nicht ausreichend bedacht worden ist. Es ist die Frage nach der Zulässigkeit von Wissenserwerb über einen anderen. Hat die Schwangere, hat der Arzt ein Recht auf Wissen über bestimmte Eigenschaften des Ungeborenen oder wird damit dessen Privatsphäre verletzt (vgl. Botkin 1995)? Es drängt sich die Frage auf, ob denn ein ungeborener Mensch überhaupt so etwas wie eine Privatsphäre haben kann und ob sinnvoll von einem Recht des Embryos auf Schutz seiner persönlichen Daten als Teil des Schutzes der Persönlichkeit zu sprechen ist. Diese Frage berührt das grundsätzliche Verständnis des Eltern-Kind-Verhältnisses und insbesondere Art und Ausmaß dessen, was Eltern an Verfügungsmöglichkeiten über ihre Kinder zugemessen wird. Eine Sichtweise, die ausschließlich den aktuellen Augenblick und Entwicklungsstand des Ungeborenen berücksichtigt, geht hier ganz offensichtlich fehl, da all das, was Eltern für und mit ihren Kindern tun, immer auch mit Blick auf die Entwicklung der Kinder und ihre Zukunft erfolgt. Ein Ziel elterlicher Fürsorge ist das Glück des Erwachsenen, zu dem das Kind wird. Dieses Ziel ist als Maßstab an elterliches Handeln anzulegen. Daraus folgt nicht, daß das Kind bereits wie ein Erwachsener zu behandeln ist oder dieselben Rechte hat. Vielmehr ist all jenes zu vermeiden, das die Ermöglichung der zukünftigen Rechte verhindert oder einschränkt. Dieser Auffassung gemäß wären also für das Kind die Bedingungen der Möglichkeit, zukünftig seine Rechte überhaupt in Anspruch nehmen zu können, zu gewährleisten. Das Kind darf nicht ausschließlich für Zwecke der Eltern instrumentalisiert werden, seine autonome Verfaßtheit ist auch schon zu berücksichtigen, wenn sie aktuell noch nicht in vollem Umfang zum Ausdruck gebracht werden kann. Feinberg (1995) spricht von einem Recht des Kindes auf eine offene Zukunft.

Diese Auffassung spiegelt sich in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik wider, nach der genetische Diagnostik bei Minderjährigen, die nicht

im Hinblick auf medizinische Interventionen zum Wohl des Kindes notwendig sind, erst dann durchgeführt werden soll, wenn „das Kind nicht nur den genetischen Sachverhalt, sondern auch die emotionalen und sozialen Konsequenzen der verschiedenen möglichen Untersuchungsergebnisse verstehen kann.“ Der Respekt vor der individuellen Entscheidungsautonomie des Kindes habe Vorrang vor den eventuellen Wünschen Dritter und damit auch der Eltern (Kommission 1995). Warum sollte dies – so ist zu fragen – nur für Kinder und nicht auch für Ungeborene gelten?

Setzt man also voraus, daß ein Ungeborenes bereits mit Blick auf die spätere Möglichkeit freier Lebensgestaltung eine Art Abwehrrecht gegen unbefugten Wissenserwerb hat, dann bedarf genetische Pränataldiagnostik der Rechtfertigung, die nur im Wohl des Betroffenen oder in einer hinreichend qualifizierten Konfliktsituation bestehen kann.

5 Anregungen

Welche Relevanz haben die angestellten Überlegungen für die Kooperation in der medizinischen und psychosozialen Versorgung Schwangerer im Zusammenhang mit der PND? Die Wahrung der Selbstbestimmung der Frau, das Gut des Lebens des Ungeborenen sowie der Schutz seiner späteren Möglichkeit zur freien Lebensgestaltung und die Fürsorge- und Schadensvermeidungspflicht des Arztes führen mich zu folgenden Anregungen, die selbstverständlich einer weiteren Diskussion und Präzisierung bedürfen:

1. Da existenzbezogene pränataldiagnostische Maßnahmen nicht nur die Schwangerschaft und ihren Verlauf sowie das Leben des Ungeborenen, sondern durch die Tragweite möglicher Entscheidungen das gesamte Leben der Schwangeren in hohem Maße prägen können, ist es erforderlich, daß diese Entscheidungen nach eingehender Aufklärung und Beratung im Bewußtsein ihrer Tragweite getroffen werden. Dies ist ein anspruchsvoller Prozeß, der hohe fachliche Kompetenz und viel Zeit erfordert. In psychosozialen Beratungsstellen ist diese Kompetenz und Zeit vorhanden und sollte genutzt werden. Der Schwangeren sollte deswegen ein Angebot zu einer von der medizinischen Versorgung unabhängigen Beratung gemacht werden, bevor existenzbezogene pränataldiagnostische Maßnahmen vorgenommen werden.
2. Ein besonderes Problem stellt das Ultraschall-Screening dar, das therapiebezogen ist, aber gleichzeitig existenzbezogene Elemente enthalten kann. Eine sehr ausführliche Beratung kann hier verunsichern, eine fehlende Beratung kann ebenfalls großen Schaden anrichten. Hier liegt meiner Ansicht nach der größte Bedarf an Weiterentwicklung von Beratungskonzepten. Sie werden zwar vermutlich vor allem die ärztliche Beratung betreffen. Eine Kooperation oder ein Austausch mit psychosozialer Beratungskompetenz, z.B. in Qualitätszirkeln, kann aber auch hier von großem Nutzen sein.
3. Eine Kooperation zwischen Ärzten einschlägiger Fachrichtungen wie Gynäkologie, Humangenetik und Kinderchirurgie sowie psychosozialen Beraterinnen vor Ort ist

wünschenswert und sollte hohen qualitativen Standards genügen. Schwangere können durch unterschiedliche Beratungen mit unterschiedlichen Zwischentönen enorm verunsichert werden. Dies belastet ihre Möglichkeit der Selbstbestimmung mehr als sie zu stärken.

4. Der Aufbau von Kontakten zu Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der Frühförderung und Behindertenverbänden ist sinnvoll, um Möglichkeiten zu Information, Gespräch und Erfahrung vermitteln zu können. Liegt ein pathologischer pränataldiagnostischer Befund vor und erwägt die Schwangere einen Abbruch, so muß sie sich ausreichend über das infragestehende Krankheitsbild oder die Behinderungsform informieren, um überhaupt entscheiden zu können, ob die Versorgung dieses derart betroffenen Kindes tatsächlich eine so starke Belastung für sie darstellt, daß sie im Abbruch den einzigen Ausweg sieht. Der Aufbau und die Pflege eines diesem Anspruch genügenden Netzes an Kontakten ist in einer ärztlichen Praxis nur schwer zu leisten. Beratungsstellen mit psychosozialer Kompetenz sind dafür bestens gerüstet.
5. Das gleiche gilt für das Angebot und die Vermittlung von Hilfen im Falle der Fortsetzung der Schwangerschaft mit einem kranken oder behinderten Kind.
6. Für die Beratung im Verlauf der Schwangerschaft wäre im Zusammenhang mit PND demnach mein Vorschlag:
 - Am Beginn der Schwangerschaft sollte der Schwangeren das Angebot einer allgemeinen psychosozialen Beratung gemacht werden, nicht nur mit Blick auf PND, sondern im umfassenderen Sinne. Es gibt so viele Fragen, die im Laufe der Schwangerschaft entschieden werden müssen, daß eine oftmals ersehnte Unbefangenheit nicht mehr das Natürliche, sondern etwas Wählbares ist. Insbesondere die Problematik des routinemäßigen Ultraschall-Screenings mit der Verbindung therapie- und existenzbezogener Diagnostik macht das deutlich. Frauen, die im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft unsicher sind und Fragen haben, die sie nicht mit ihrem Arzt besprechen möchten, sollte bewußt sein, daß sie einen gesetzlich verankerten Anspruch auf psychosoziale Beratung haben.
 - Vor der Entscheidung zu einer invasiven existenzorientierten Diagnostik ist nochmals das Angebot einer psychosozialen Beratung zu machen. Zusätzlich sollte die ärztliche Beratung in diesem Kontext sowie die Zusammenarbeit mit psychosozialer Beratungskompetenz weiterentwickelt werden.
 - Nachdem ein pathologischer Befund beim Ungeborenen erhoben worden ist, müßte es eine Pflichtberatung zumindest zweier Ärzte mit Hinweis auf die Möglichkeit zu psychosozialer Beratung geben, da es um den Schutz des kranken und behinderten ungeborenen Lebens geht. Ressourcen der Frau und der Familie, das eigentlich gewünschte Kind auch mit einer Krankheit oder Behinderung annehmen zu können, können auf diese Weise freigelegt und entwickelt werden.
 - Das Angebot einer psychosozialen Beratung ist sowohl bei Fortsetzung der Schwangerschaft und nach der Geburt eines behinderten oder kranken Kindes als auch nach einem Abbruch sinnvoll.

Literatur

- Botkin, J.R. (1995): Fetal privacy and confidentiality. *Hastings Center Report* 25(5): 32-39.
- Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (1999): Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien). *Bundesanzeiger* Nr 16 vom 26. Januar 1999.
- Feinberg, J. (1995): The child's right to an open future. In: Aiken, W.; LaFollette, H. (Hg.): *Whose child? Children's rights, parental authority, and state power*, S. 124-153.
- Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V. (1995): Stellungnahme zur genetischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. *Medizinische Genetik* 7: 358-359.
- Woopen, C. (1999): Zum Anspruch der medizinisch-sozialen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Leben, körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung als konfligierende Rechte. *Gynäkologe* 32: 974-977.

Anschrift der Verfasserin: Dr. Christiane Woopen, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität zu Köln, Joseph-Stelzmann-Str. 9, Gebäude 29, 50931 Köln.