



Leben annehmen statt auswählen

zum Problem der pränatalen Diagnostik



Gesprächsimpulse zur
sozialen Verantwortung

MITGEDACHT

1/2002

2. Jahrgang

Was wir wollen

Mit der dritten Ausgabe von **MITGEDACHT** will der „Gesprächskreis für soziale Fragen im Bund Freier evangelischer Gemeinden“ dazu ermutigen, sich zu einem hochaktuellen medizin-ethischen Thema eine begründete Meinung zu bilden. Mit differenzierter Argumentation statt mit vereinfachenden Parolen versuchen die Verfasser, auf der Grundlage des biblischen Evangeliums Hilfestellung zu praktischem Handeln zu geben. Am Schluss des Heftes finden sich eine Erklärung von Fachbegriffen sowie Hinweise auf weiterführende, hilfreiche Literatur.

Dr. Johannes Demandt

Leben annehmen statt auswählen

Zum Problem der pränatalen
Diagnostik

„Gott ist ein Freund des Lebens“ - so die 1989 in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen erschienene gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, an die unser spezifischer Beitrag anknüpft. Mindestens ebenso wichtig wie die thematische Auseinandersetzung sind allerdings konzentrierte Bemühungen um mehr Miteinander mit Behinderten in unseren Gemeinden - Worte ohne Taten überzeugen weder in unserer Gesellschaft noch bestehen sie vor Gott, dem Herrn und Schöpfer allen Lebens.

Dr. med. Birgitt van Oorschot

Dr. med. Detlev Katzwinkel

1. Einführung in die Thematik

Eine Schwangerschaft verändert das Leben. Die Frage „Wird mein Kind, wird unser Kind gesund sein?“ bewegt jede Schwangere, jedes „schwangere Paar“. Gesundheit ist in unserer Gesellschaft ein sehr hohes Gut. Die durch die Krankenkassen finanzierten Vorsorgeuntersuchungen wurden eingeführt, um vorhersehbare Schäden zu vermeiden und eine ärztliche Betreuung der Rat suchenden werdenden Mutter und des ungeborenen Kindes abzusichern. In den letzten Jahren wurden immer neue, detailliertere vorgeburtliche Untersuchungsmethoden entwickelt, um eine eventuelle Störung in der vorgeburtlichen Entwicklung des Kindes möglichst frühzeitig herauszufinden. Durch Analysen von Ultraschallbildern, Blutwerten der Mutter, Blutwerten des Föten, Fruchtwasserproben und Mutterkuchenproben sammeln Ärzte/-innen erste Zeichen von Störungen, Erkrankungen oder auch Fehlbildungen des noch nicht geborenen Kindes. Die pränatale Medizin hilft in einigen Fällen schon jetzt dabei, Krankheiten des Ungeborenen zu behandeln. Erkenntnisse aus der vorgeburtlichen Diagnostik helfen dazu, die Entbindung zu planen und eine optimale Versorgung des Neugeborenen vorzubereiten.

Die moderne Pränatalmedizin erweckt allerdings vielfach den Eindruck, als könne man unter allen Umständen rechtzeitig erkennen, ob das Ungeborene sich normal oder krankhaft entwickelt. Infolgedessen werden unauffällige Befunde in der Pränataldiagnostik¹ als Garantie für ein gesundes Kind missdeutet. Es gibt zwar einige Erkrankungen von Kindern im Mutterleib, die auch vor der Geburt schon erfolgreich therapiert werden können, die überwiegende Mehrheit möglicher Störungen und Erkrankungen kann durch pränatale Diagnostik festgestellt, jedoch nicht therapiert werden. Die Untersuchungsmethoden bedeuten in wenigen Fällen für Mutter und Kind sogar eine Gefährdung. Bei auffälligen Befunden erfolgt heute statistisch gesehen in den meisten Fällen der Abbruch der Schwangerschaft.

Christen aus Freien evangelischen Gemeinden wollen sich diesem Thema stellen. Aus ihrer persönlichen Glaubens- und Lebenserfahrung sowie ihrer Orientierung an Gottes wegweisendem Wort wagen sie eine ethische Bewertung. Die Würde des Menschen als Individuum nimmt in dieser Diskussion eine zentrale Stellung

¹ Erklärung von Fachbegriffen siehe unter „Glossar“ (Seite 15)

ein. Geht es doch um die Frage, wie wir heute diese Würde für uns und den anderen definieren und nach welchen Kriterien wir eine Verletzung dieser Würde konstatieren. Muss Menschenwürde erst zuerkannt werden oder ist sie von vornherein gegeben? In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Beurteilung der Kriterien zur Unterscheidung von normal angelegten Föten von solchen, die auffällig sind.

2. Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik - eine begriffliche Klärung

Die nach dem 2. Weltkrieg eingeführten und von den Krankenkassen finanzierten Untersuchungen zur Schwangerenvorsorge dienen dem Ziel, die Säuglings- und Müttersterblichkeit zu minimieren. Dazu gehören die regelmäßigen Untersuchungen beim Frauenarzt mit Messung von Blutdruck und Puls, die Bestimmung der Gewichtskurve, Kontrolle von Blut- und Urinbefunden, die Überprüfung der Blutgruppe der Mutter zur frühzeitigen Erfassung möglicher Blutgruppenunverträglichkeiten und (möglichst vor Konzeption) die Bestimmung des Röteln-Antikörpertiters. Die Ultraschalldiagnostik hat die bis dahin üblichen indirekten Untersuchungen des ungeborenen Kindes abgelöst. Regelmäßige Ultraschallkontrollen dienen dazu, die kindliche Größenentwicklung zu beobachten und die Menge des Fruchtwassers zu erfassen. In Abhängigkeit von der Qualität des Untersuchungsgerätes und der ärztlichen Erfahrung sind durch diese Routineuntersuchungen auch kindliche Fehlbildungen zu entdecken. Neben diesen allen Schwangeren zur Verfügung stehenden Untersuchungsverfahren werden bestimmten Gruppen von Schwangeren, den sog. „Risikogruppen“, weitere Untersuchungsverfahren angeboten, die z.T. auch den Charakter von Screeningverfahren aufweisen. Derartige gezielte Maßnahmen werden zumeist unter dem Stichwort „Pränataldiagnostik“ zusammengefasst. Man unterscheidet die nicht-invasive Pränataldiagnostik (= Untersuchungsverfahren ohne Risiko für das Ungeborene, da die Fruchthöhle nicht eröffnet wird) von der invasiven Pränataldiagnostik, bei der infolge der für die Informationsgewinnung notwendigen Eröffnung der Fruchthöhle ein - je nach Verfahren unterschiedlich hohes - Risiko für eine Fehlgeburt, eine Infektion bzw. für eine Verletzung des Kindes besteht.

2.1 Nicht-invasive Pränataldiagnostik:

2.1.1 Blutuntersuchungen der Schwangeren auf Alpha-Fetoprotein (AFP): als Hinweis auf mögliche Chromosomenstörungen bzw. auf Neuralrohrdefekte („offe-

nes Rückenmark“) in der 14.-16. Schwangerschaftswoche (SSW). Konsequenz bei auffälligen Befunden: üblicherweise Amniozentese zur weiteren Abklärung empfohlen.

2.1.2 Triple-Test (16. SSW): Bestimmung von drei chemischen Stoffen im Blut der Schwangeren, aus deren Konzentrationen unter Berücksichtigung des Alters der Schwangeren das individuelle Risiko für Chromosomenstörungen ermittelt wird. Es handelt sich hier um Wahrscheinlichkeitsaussagen - wenn das für die jeweilige Schwangerschaft ermittelte individuelle Risiko deutlich das altersgemäße übersteigt, wird in der Regel zur Klärung des Chromosomenbefundes eine Amniozentese empfohlen.

2.1.3 Spezial-Ultraschall (18.-22. SSW): Diese Untersuchung dient der gezielten Erfassung bzw. dem Ausschluss fetaler Fehlbildungen, z.B. Herzfehler, Nierenabnormitäten, Fehlentwicklungen im Bereich des Gesichts, des Gehirns, von Rückenmark und Skelett und im Bereich der Extremitäten und der Bauchorgane. Sie findet auch Einsatz zum Ausschluss von Störungen nach speziellen Belastungen der Frühschwangerschaft (z.B. nach Infektionskrankheiten, Medikamenten- und Drogennutzung oder Röntgenuntersuchungen). Die weitere ursächliche Klärung auffälliger Befunde erfolgt durch Chromosomenanalyse (Amniozentese) bzw. durch die Bestimmung spezifischer Antikörper an Nabelschnurblut.

2.2 Invasive Pränataldiagnostik

2.2.1 Chorionzottenbiopsie (18.-22. SSW): Entnahme von Eihaut (= Chorion) durch die Scheide oder die Bauchdecke mit dem Ziel, teilungs- und kulturfähiges kindliches Zottengewebe zu gewinnen. Nach Zellkultur lassen sich die Chromosomen mikroskopisch oder molekulargenetisch analysieren. Risiko der Untersuchung: 2 - 5 % Fehlgeburten, deshalb heute nicht mehr generell empfohlen.

2.2.2 Amniozentese (Fruchtwasserpunktion; 13.-18. SSW): Fruchtwasserentnahme aus der Fruchthöhle durch die Bauchdecke der Schwangeren unter Ultraschallsicht mit dem Ziel, kulturfähige fetale Zellen zu gewinnen sowie biochemische Marker für Nierenschäden oder Neuralrohrdefekte („offenes Rückenmark“). Nach 2-3 Wochen Kultur mikroskopische Chromosomenanalyse bzw. molekulargenetische Diagnostik. Risiko: 0,5 - 1 % Fehlgeburten, bei auffälligem Befund: in wenigen Fällen pränatale Therapie möglich, ansonsten Auseinandersetzung mit der Frage nach Schwangerschaftsabbruch.

2.2.3 Chordozentese (Nabelschnurblutentnahme, 21.-23. SSW): Unter Ultraschallsicht Entnahme von Nabelschnurblut zur Chromosomenanalyse, zum Nachweis/Ausschluss von Stoffwechselerkrankungen, Blutgruppenunverträglichkeit oder Infektionen. Risiko: 2 % Fehlgeburten. Risikoreiche Untersuchung, die zunehmend häufiger mit echten Therapieoptionen verknüpft ist (z.B. Blutaustausch).

2.2.4 Präimplantationsdiagnostik (PID): Gezielte genetische Diagnostik im Rahmen einer künstlichen Befruchtung im Reagenzglas (In-vitro-Fertilisation; IVF). Bei der PID werden dem künstlich erzeugten Embryo im 6-10-Zell-Stadium ein bis zwei Zellen entnommen, kultiviert und einer mikroskopischen Chromosomenanalyse und/oder einer gezielten molekulargenetischen Diagnostik auf Chromosomenfehlverteilungen, Chromosomenschäden oder sonstigen Erbkrankheiten unterzogen. Die als genetisch unbelastet eingestufteten Embryonen werden selektioniert und in die Gebärmutter der Frau übertragen. Die Embryonen, bei denen man eine genetische Erkrankung oder Behinderung festgestellt hat, werden vernichtet. Diese neue Form der pränatalen Diagnostik außerhalb des Mutterleibes ist in Deutschland verboten.

3. Wertmaßstäbe des Lebens aus christlicher Sicht

Nach der Bibel ist menschliches Leben das Ergebnis der großartigen Schöpfungsarbeit Gottes. Sein eigentlicher Wert besteht darin, dass Gott den Menschen so zu seinem Abbild und Partner bestimmt hat, dass dem Menschen in seinem Mitmenschen immer auch etwas von Gott begegnet (1.Mo 1,26 ff.; Ps 8,5 ff.). Im biblischen Denken hat der Mensch nicht eine Seele, sondern er ist als ganzer Mensch Seele. Die zeitliche Begrenzung des Menschen durch den Tod bedeutet jedoch, dass der natürliche Leib eines Tages zerfällt. Mit der Auferwekung Jesu Christi von den Toten demonstriert Gott beispielhaft seinen Willen, jenseits des Todes eine neue Leiblichkeit zu schaffen (Mt 28,9 ff.; 1.Kor 15,3 ff. 42 ff.). Darauf weisen gelegentlich bereits diesseits des Todes Krankenheilungen zeichenhaft hin. Eine Idealisierung körperlicher Unversehrtheit, wie sie am Beginn des 21. Jahrhunderts von großen Teilen unserer Gesellschaft und sogar von einigen christlichen Gruppierungen vorgenommen wird, wird dem Menschen als ganzem jedoch nicht gerecht. Nicht ein „perfekter Körper“ macht den Menschen zum Menschen, sondern seine Bestimmung zur Gemeinschaft mit Gott. Seine Qualität als ein mit Willen und einem großen Maß an Freiheit ausgestattetes Wesen lässt ihn Mitmensch und Partner Gottes sein.

Dass Gott den Menschen unabhängig von dessen körperlicher Verfassung achtet

und liebt, hat er in Jesus Christus eindrücklich unter Beweis gestellt. Während viele seiner Zeitgenossen solche Menschen mieden, die wegen körperlicher Gebrechen nur am Rande der Gesellschaft existieren durften, ging Jesus direkt auf sie zu und reichte ihnen die Hand. Sogar den „Aussätzigen“ und anderen Behinderten brachte er seine Wertschätzung entgegen. Die damals übliche „Logik“, eine Krankheit sei immer durch die Schuld des Betroffenen oder seiner Eltern verursacht, hat Jesus zerbrochen (Joh 9). Körperliche Abweichung von einer angeblichen „Norm“ ist aus biblischer Sicht kein Grund dafür, einem Menschen das Lebensrecht abzuspreehen. Unabhängig von körperlicher Leistungsfähigkeit hat jedes menschliche Leben einen hohen Wert.

4. Die rechtliche Situation

Nach der Wiedervereinigung 1990 ist es in Deutschland zu einer Neubewertung des § 218 und anderer gesetzlicher Bestimmungen im Zusammenhang mit dem Umgang mit ungeborenem Leben gekommen. Die unterschiedlichen Konzepte gesetzlicher Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Ost- und Westdeutschland haben die Neufassung der Gesetzestexte geprägt und zu weitreichenden Konsequenzen geführt.

Nach der 1995 verabschiedeten Neuregelung ist ein Schwangerschaftsabbruch unverändert generell strafbar (§ 218 StGB), jedoch nicht wenn er von der Schwangeren verlangt wird, sie nach § 219 StGB beraten worden ist und der Abbruch durch einen Arzt vor vollendeter 12. SSW durchgeführt wurde.

Die frühere embryopathische Indikation (= Schwangerschaftsabbruch bei zu erwartender Schädigung des Ungeborenen) wurde mit dem Ziel der Überwindung einer behindertenfeindlichen Rechtfertigung der Abtreibung bei zu erwartender kindlicher Schädigung abgeschafft und durch eine allgemeine medizinische Indikation ersetzt. Der Abbruch einer Schwangerschaft ist heute demnach auch dann nicht strafbar, wenn die Schwangere sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen hat beraten lassen und wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder eine sonstige schwere Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Schwangeren abzuwenden. (§§ 218a Abs. 2 StGB) Dem Gesetzestext nach erfüllt die Wahrscheinlichkeit einer Behinderung des Kindes allein somit nicht die Voraussetzung für einen Schwan-

gerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation, wenn auch in der Praxis häufig der Schritt von der Diagnose oder gar dem Verdacht einer Schädigung oder Behinderung des ungeborenen Kindes hin zur Abtreibung sehr schnell und nahezu automatisch erfolgt. Es hat sich durchgesetzt, dass - um des Risikos des Überlebens des Kindes - derartige Eingriffe nicht nach der 22. SSW durchgeführt werden.



Eine ausführliche gesetzliche Regelung zur Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz festgehalten. Die Beratung geschieht im Spannungsfeld zwischen dem gesetzgeberischen Auftrag der Ermutigung zur Fortsetzung der Schwangerschaft einerseits und der Pflicht, diese individuelle Beratung ergebnisoffen durchzuführen, andererseits. Die Ausstellung eines Beratungsscheines ist lediglich an die Teilnahme an einem solchen Beratungsgespräch gebunden. Eine Wertung der Beweggründe, die zum unüberwindbaren Konflikt und damit zum Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch führen, ist nicht vorgesehen. Allerdings muss sich der abtreibende Arzt von der Indikation zum Abbruch überzeugen - eine Pflicht, der in sehr unterschiedlicher Weise nachgekommen wird. Mit Urteil vom 18.6.2002 hat der deutsche Bundesgerichtshof Eltern Recht gegeben, die gegen eine Frauenärztin geklagt hatten, die schweren Fehlbildungen ihres Kindes während der Schwangerschaft „pflichtwidrig nicht erkannt zu haben“.

In der Realität einer von Individualismus und Selbstverwirklichung geprägten Gesellschaft tritt das grundsätzliche Recht auf Leben des Ungeborenen zunehmend in den Hintergrund. Die Belastung einer werdenden Mutter oder werdender Eltern durch die eventuelle Behinderung ihres Kindes wiegt in der täglichen Praxis schwerer als das Lebensrecht des Ungeborenen, das eben nicht für sich selber sprechen kann. Der zahlenmäßige Rückgang der mongoloid geborenen Neugeborenen um mehr als den Faktor 10 verdeutlicht dies. Auch die Zahl der Spätabtreibungen insgesamt ist seit der Gesetzesänderung angestiegen.

Die neuen rechtlichen Regelungen haben insgesamt - konträr zu der ursprünglichen Intention - zu einem Verlust des Lebensschutzes gerade für das nicht gesunde ungeborene Leben geführt. Auch aus Angst vor Regresspflicht im Falle eines nicht entdeckten Gesundheitsdefektes beim Ungeborenen werden Wissenschaftler und Mediziner weiter an der Perfektionierung selektierender Untersuchungsmethoden in der Schwangerschaft forschen und im Zweifelsfall für den Abbruch plädieren.

5. Folgerungen

5.1 Schwangerschaftsvorsorge / Pränataldiagnostik darf nicht als Selektionsinstrument missbraucht werden, keine Eugenik durch die Hintertür!

In einzelnen Staaten der westlichen Hemisphäre erhöht die Ablehnung einer Absicherung des vorgeburtlich als fehlerhaft diagnostizierten ungeborenen Kindes durch die Kranken- und Sozialversicherungen den Druck in Richtung Selektion. In England erstritt beispielsweise eine Krankenversicherung 2001 gegen den Willen der Eltern die Inkennntnissetzung über die Diagnose einer vorgeburtlichen Untersuchung. Die Versorgung „nicht normalen Lebens“ wird der auf solidarischer Finanzierung der Sozial- und Krankenversicherungen beruhenden Gesellschaft zu teuer, einmal davon abgesehen, das die finanzielle Unterstützung von Familien mit behinderten Kindern schon heute unzureichend ist (s.u.).

Im Laufe der Weiterentwicklung medizinischer Feindiagnostik sind zunehmend mehr Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen erkennbar geworden, die relativ schlecht oder überhaupt nicht therapierbar sind. Dies führt die betroffenen Eltern (vor allem die werdenden Mütter) meist in eine Konfliktsituation. Die Diagnose einer Behinderung ohne Therapiemöglichkeit erzeugt in unserer heutigen Gesellschaft unausgesprochen (z.T. auch schon offen ausgesprochen) Druck in Richtung Abbruch. Vielschichtige gesellschaftliche Interessen versuchen der werdenden Mutter den Eindruck zu vermitteln, das Beste für das ungeborene Kind sei seine Nicht-Existenz. Die nicht „normkonforme“ Schwangerschaft ist für den Einzelnen und für die moderne Solidargemeinschaft finanziell und sozial belastend und in gewisser Hinsicht störend. Rechtsunsicherheit und Absicherungsmentalität führen vielfach dazu, dass seitens der behandelnden Ärzte mehr die Wünsche und Nöte der Schwangeren beachtet werden als die Gesundheit und das Leben beider Betroffener (d.h. der werdenden Mutter und des ungeborenen Kindes). Ärzte, die Paare nach auffälliger Pränataldiagnostik betreuen, stehen vielmehr in Gefahr, unter Umständen auch ungewollt zum Wegbereiter der Beseitigung von vermeintlich „Kranken“ zu werden.

5.2 Vom Recht auf Nicht-Wissen

Jede werdende Mutter und jedes werdende Elternpaar hat ein Recht auf Information, aber auch ein Recht auf Nicht-informiert-werden. Welcher Weg der richtige für sie ist, kann niemand von außen für sie entscheiden. Insofern gehört zur Schwangerenvorsorge die umfassende Beratung über die geplanten Maßnahmen. Auch die ungezielten nicht-invasiven vorgeburtlichen Untersuchungsverfahren wie z.B. die im Mutterpass verankerten Ultraschalluntersuchungen auf Entwicklungsstörungen bedürfen einer fachlich kompetenten aufklärenden Beratung und des Einverständnisses der Schwangeren. Das Gleiche gilt für Blutuntersuchungen und darunter insbesondere für sog. Raster-Tests wie den Triple-Test. Wir halten es für nicht verantwortbar, einen solchen Test ohne Wissen und Einwilligung der Schwangeren im Zusammenhang mit sonstigen Blutentnahmen durchzuführen. Das eventuell auffällige Ergebnis beeinflusst gegebenenfalls die Einstellung der werdenden Mutter zu ihrem Kind existenziell. Vor einer gezielten pränatalen Diagnostik muss die Schwangere ausführlich über Nutzen und Risiken der geplanten Untersuchung beraten werden. Vor Eintritt in die Beratung muss auch darüber gesprochen werden, ob die Schwangere überhaupt eine ausführliche Beratung und weitergehende Untersuchungen wünscht.

5.3 Pränataldiagnostik ist als wertvolle Hilfe im Einzelfall ein wichtiges Instrument

Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik haben sich als wichtige Instrumente zur Senkung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit erwiesen. In den meisten Fällen sind die erhobenen Befunde unauffällig - und viele Schwangere sind erleichtert und beruhigt. Vor allem bei Paaren mit erhöhtem Risiko für genetische Störungen oder sonstigen pränatal zu diagnostizierenden Erkrankungen oder Störungen sind die positiven Auswirkungen der beruhigenden Nachrichten nicht zu unterschätzen. Darüber hinaus ist Pränataldiagnostik wegen der zunehmenden Möglichkeiten der vorgeburtlichen intrauterinen Behandlung und der bei bestimmten Erkrankungen notwendigen optimalen Geburtsplanung (z.B. bei kindlichen Herzfehlern, Wasserkopf oder offenem Rückenmark) eine unverzichtbar wichtige Methode.

Das Ergebnis vorgeburtlicher Therapie ist oft ein Segen für die betroffenen Kinder bzw. die ganze Familie. Darüber hinaus kann auch die Kenntnis nicht therapierbarer Krankheiten hilfreich sein, wenn die Kenntnis zur Vorbereitung und Schulung

der Eltern in der Begleitung ihres Kindes genutzt wird. Hier sind viele christliche Gruppierungen aktiv und praktizieren Nächstenliebe am Ungeborenen und der Familie.

5.4 Die Annahme körperlicher und /oder geistiger Behinderungen hilft uns die Grenzen menschlichen Lebens zu erfassen

Für die gesamte überschaubare Menschheitsgeschichte ist von der Existenz von Menschen auszugehen, die sich durch Krankheit oder Unregelmäßigkeiten von der übrigen Bevölkerung abheben. Immer wieder wurden solche Unterschiede zum Anlass für Ausgrenzung, Verfolgung oder gar Vernichtung. Wo allerdings die Lehre Jesu Christi und sein Gebot der Nächstenliebe Einfluss gewann, wandelte sich langsam über die Jahrhunderte die Einschätzung der Betroffenen. Sie wurden nicht mehr als Dämonen oder von Gott Bestrafte, sondern als vollwertige Menschen behandelt. Es wurde deutlich: Keine körperliche Versehrtheit ändert etwas an der Wertschätzung durch Gott den Schöpfer selbst. Es ist Aufgabe der Christen, mit ihrem Verhalten dieser Wertschätzung zu entsprechen.

Die sich ändernden Wertmaßstäbe unserer Gesellschaft lassen befürchten, dass unser bisheriges christlich geprägtes Menschenbild immer mehr zurückgedrängt wird. Nicht zuletzt durch die rasch voranschreitenden Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik entsteht der Eindruck, Gesundheit habe absolute Priorität. Insbesondere die Kostenträger wie Krankenkassen, Rentenkassen etc. könnten schon bald auf eine Offenlegung der pränatalen Informationen drängen, um so vor der Geburt eines Menschen schon die Versicherungspflicht ablehnen zu können (wie in anderen Ländern bereits geschehen). Der „behinderte Neugeborene“ rechnet sich in unserer Gesellschaft nicht mehr. Unreflektiert propagierte Pränataldiagnostik steht in der Gefahr, zum Bahnbrecher einer neuzeitlichen radikaleren Euthanasie mit dem rechtsstaatlichen Segen der Unzumutbarkeit zu werden.

Ein solch unbarmherziges, materialistisch ausgerichtetes Menschenbild widerspricht der Würde des Menschen, die nach christlicher Überzeugung ein unveräußerliches Gut darstellt. Deshalb wollen wir uns als praktizierende Christen mit aller Deutlichkeit für die Gleichbehandlung allen menschlichen Lebens auf unserem Globus einsetzen. Es gilt, jeder Aufweichung der Unantastbarkeit menschlichen Lebens entgegen zu wirken.

5.5 Zur Akzeptanz von Behinderung

Die Vorstellung, dass das Kind krank sein könnte oder eine Behinderung tragen müsste, setzt auf der anderen Seite aber auch bei vielen werdenden Müttern / Eltern versteckte Ängste frei. Wie Menschen mit einer Behinderung selbstverständlich umgehen können, glücklich ihr Leben meistern, wie sehr sie ihr Leben lieben, ist für viele Unbeteiligte nicht im Bewusstsein. Krankheit und Behinderung bedeuten für den Gesunden dann oft Unglück, obwohl das tägliche Leben Behinderter uns häufig das Gegenteil lehrt.

Nur wenige Fälle von schweren Erkrankungen oder Behinderungen sind angeboren oder vor der Geburt diagnostizierbar. Die große Masse der schwerwiegenden Störungen wird im Laufe des Lebens erworben. Das Glück zu leben steht in den wenigsten Fällen für die betroffenen Menschen überhaupt in Frage.

5.6 Behindertenfreundliche Gemeinde

Gottes uneingeschränktes Ja zu menschlichem Leben mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen muss uns als christlichen Gemeinden eine Herausforderung sein. Dabei erfolgt die Integration behinderter Menschen in unsere Gemeinschaft nur bedingt über Hilfsmittel wie den neuen Aufzug oder die Rampe im Eingangsbereich des Gemeindezentrums, sie geschieht vor allem über die persönliche Begegnung.

Wenn wir einen anderen sehen, ordnen wir ihn häufig ein. Etwa so: Ach ja, das ist der, der im Rollstuhl sitzt ... Unser Gegenüber wird dabei über seine Behinderung definiert. Gemeinde ist der gottgewollte Raum, um ein neues Verhältnis zu trainieren, nämlich den ganzen Menschen wahrzunehmen, der viel mehr ist als seine Behinderung. Wie das geschieht? Indem wir mehr voneinander wissen und herausfinden, was den anderen ausmacht, wofür er sich interessiert, was er überhaupt nicht mag, was er besonders gut kann ...

Integration beruht auf Gegenseitigkeit. Die Gemeinde sagt und lebt: Du gehörst zu uns. Der behinderte Mensch betont seinerseits: Ich will dazu gehören und mich nach meinen Möglichkeiten am gemeinsamen Leben beteiligen. Nur so werden wir füreinander zum echten Gegenüber.

Oft werden behinderte Menschen unterschätzt, weil sie für manches mehr Zeit brauchen als andere. Nichtbehinderte sind schnell dabei, ihnen Dinge abzunehmen, die die Behinderten gern selber machen würden. Für Hilfestellung, wo sie nötig ist, aber vor allem für Ermutigung, das Leben gemäß den eigenen

Fähigkeiten selbst in die Hand zu nehmen, werden einfühlsame Mitarbeiter in ausreichender Zahl gebraucht - das gilt besonders für die Kinder- und Jugendgruppen der Gemeinde.

Ein Beispiel: Oliver ist seit seiner Geburt spastisch gelähmt und sitzt im Rollstuhl. Ein engagiertes Mitarbeiter-Team ermöglichte ihm jahrelang die Teilnahme am Kindergottesdienst. Oliver fuhr nach guter Vorbereitung der Betreuer mit zur Jungscharfreizeit der Gemeinde, obwohl er mehrfach am Tag gewickelt werden muss. Im Biblischen Unterricht lernten alle, so lange zu warten, bis auch Oliver seine Gedanken zum Thema in Worte gefasst hat. Für den behinderten Jungen ist Gemeinde damit auch zu einem Raum geworden, in dem er beim Umgang mit Gleichaltrigen Maßstäbe und Meinungen entwickeln kann, die seiner Altersstufe entsprechen - eine wichtige Ergänzung zu Eltern und Erziehern. Ein offener Umgang schließt ein, dass einander nichts vorgemacht wird. Die Grenzen akzeptieren, die ihm seine Behinderung setzt, musste Oliver, als ein gemeinsamer Urlaub mit anderen Teenagern daran scheiterte, dass die gebuchte Unterkunft nicht behindertengerecht ausgestattet und eine Teilnahme an einer mehrtägigen Wanderung durch die abgeschiedene Bergwelt für ihn nicht möglich war. Zu Hause macht er natürlich wieder beim wöchentlichen Teen-Treff mit. Nur „der, der im Rollstuhl sitzt“ ist der heute 13-Jährige für die anderen in der Gemeinde, Junge wie Alte, schon lange nicht mehr. Denn sie kennen Oliver von klein auf - mit seinen ganz persönlichen Stärken, Schwächen und Bedürfnissen.

6. Fazit

- ***Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik sind unverzichtbare und wichtige Instrumente zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind.***
- ***Auch die invasive Pränataldiagnostik erweist sich im Einzelfall als hilfreich und sinnvoll, es darf allerdings keinen Automatismus und keine Zwänge geben - weder hinsichtlich der Durchführung der Untersuchungen noch im Blick auf Abtreibungen.***
- ***Kinder sind eine Gabe Gottes. Jeder Mensch hat Würde, unabhängig von seiner Gesundheit, seinem Aussehen, seinen Eigenschaften oder (Nicht-)Leistungen. Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit - es gibt keinen Anspruch auf gesunde Kinder und kein Recht auf Tötung.***
- ***Wir unterstützen alle Bemühungen, Leben anzunehmen statt auszuwählen.***

7. Glossar

Amniozentese: Entnahme von Fruchtwasser durch die Bauchdecke unter Ultraschall-Kontrolle

Biochem. Marker: chemische Verbindung, deren Vorhandensein oder erhöhte Konzentration im Blut bzw. Fruchtwasser auf eine bestimmte Störung/Veränderung hinweist

Chromosomen: Träger der menschlichen Erbinformationen (Gene)

Chorionzotten: Kindlicher Anteil am Mutterkuchen

Chorionzottenbiopsie: Entnahme einer Probe dieses Gewebes

Chordozentese: Blutentnahme aus der Nabelschnur des Ungeborenen

Down-Syndrom / Trisomie 21: Störung durch Chromosomenfehlverteilung, d.h. durch das Vorliegen von 3 Chromosomen 21 in jeder Zelle anstelle von 2; frühere Benennung: Mongolismus

Embryo: Bezeichnung für das ungeborene Kind in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten

Erythroblastose: Blutgruppenunverträglichkeit, das Kind wird beeinträchtigt

Fet oder Foet(us): Bezeichnung für das ungeborene Kind vom 4. Schwangerschaftsmonat bis zum Tag der Geburt

Gen: Abschnitt eines Chromosoms, auf dem eine Erbinformation gespeichert ist

Hydrocephalus: Wasserkopf (Volksmund)

Invasive Verfahren: In den Körper bzw. seine Gefäße eingreifende Verfahren, Eröffnung der Fruchthöhle

Kongenitale Störung: Angeborene Störung

Konzeption: Empfängnis

Pränatale Diagnostik: Vorgeburtliche Untersuchungsverfahren

Röteln-Antikörpertiter : Höhe der Antikörper gegen Röteln-Viren als Maß für eine aktuelle bzw. stattgehabte Infektion

Screeningverfahren: gezielte, breit angewandte Untersuchungsverfahren zum Abschluss bestimmter Erkrankungen

Selektion: Auswahl

SSW: Schwangerschaftswoche

Triple-Test: siehe unter 1.2

Trisomie: Statt der üblicherweise doppelt vorhandenen genetischen Informationen auf zwei Chromosomen Vorliegen dreier Chromosomen

8. Weitere Informationen (eine Auswahl von Erklärungen und Verlautbarungen)

- *Wenn Menschen Menschen machen ...* Pro Vita - Freikirchliche Initiative für das Leben
Öffentlichkeitsarbeit, Kirchröder Str. 46, 30559 Hannover (Tel. 0511 / 9549877)
www.pro--vita.de.
- „Gott ist ein Freund des Lebens.“ Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz und vom Kirchenamt der

EKD in Deutschland, Bonn/Hannover 1989, Neuauflage 2000, Bezugsadresse: Kirchenamt der EKD, Herrenhäuser Str. 12, 30419 Hannover.

- *„Wieviel Wissen tut uns gut?“* Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin, Gemeinsames Wort der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Woche für das Leben 1997 = GT 11, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz und vom Kirchenamt der EKD in Deutschland, Bonn/Hannover 1997; Bezugsadresse: s.o.
- *„Von Anfang an das Leben wählen statt auswählen.“* Arbeitshilfe für die „Woche für das Leben 2002“, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz und vom Kirchenamt der EKD in Deutschland, Bonn/Hannover 2002. Bezugsadresse: s.o.
- Erklärung des Bundesverbandes Evang. Behindertenhilfe e.V. (BEB) zu den aktuellen Herausforderungen durch die Biomedizin und Biogenetik: *„Entschieden für das Leben - zur Menschenwürde gehört das Ja zur Verschiedenheit des Menschen“* vom 11.12.2001, Bezugsadresse: BEB e.V, PF 10 111 42, 70010 Stuttgart.
- Die Deutschen Bischöfe, Nr. 69: *„Der Mensch - sein eigener Schöpfer?“* Zu Fragen von Gentechnik und Biomedizin (2001), Bezugsadresse: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstr. 163, 53113 Bonn
- *„Hauptsache gesund ... ? Chancen und Risiken der Pränataldiagnostik.“* Bezugsadresse: Esperanza - Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.v., Georgstrasse 7, 50676 Köln (Tel. Christa Pesch 0221/ 2010-144).

„Selbst die allerschlechteste christliche Welt würde ich der besten heidnischen vorziehen, weil es in der christlichen Welt Raum gibt für die, denen keine heidnische Welt je Raum gab: Für Krüppel, Kranke, Alte und Schwache.“

Heinrich Böll

MITGEDACHT wird in loser Folge herausgegeben vom „Gesprächskreis für soziale Fragen im Bund Freier evangelischer Gemeinden KdöR“; v.i.S.d.P.: Dr. Johannes Demandt, Bendemannstr. 16, 40210 Düsseldorf. E-mail: gsf@bund.feg.de

© **MITGEDACHT** 2002

IMPRESSUM

Bereits erschienene Ausgaben von **MITGEDACHT**:

Ausgabe 1/2001: *Zur Aufnahme und Integration von Migranten in Deutschland*

Ausgabe 2/2001: *Sonntagsruhe - Sonntagsarbeit*

Ausgabe 1/2002: *Leben annehmen statt auswählen.
Zum Problem der pränatalen Diagnostik.*

Ausgabe 1/2003: *Gewalt*

MITGEDACHT ist zu beziehen bei der
Geschäftsstelle des Bundes Freier evangelischer Gemeinden,
Goltenkamp 4, 58452 Witten, oder:
Postfach 4005, 58426 Witten,
oder per E-mail: **Dueser@bund.feg.de**

Einzelpreis: 1,- €; ab 5 Stück: 0,80 € pro Heft; ab 10 Stück: 0,60 € pro Heft.
Spenden zur Unterstützung der Arbeit des „Gesprächskreises für soziale Fragen“ sind jederzeit willkommen: Kto. Nr. 140 900 bei der SKB Witten, BLZ 452 604 75, Stichwort „GsF“.