
Nichtinvasive Pränataldiagnostik

Ein evangelischer Beitrag
zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung
Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD



Evangelische Kirche
in Deutschland

Nichtinvasive Pränataldiagnostik

Ein evangelischer Beitrag
zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung

Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD

Herausgeber
Evangelische Kirche in Deutschland (EKD)
Herrenhäuser Str. 12 | 30419 Hannover
www.ekd.de
Oktober 2018

Bestellung: versand@ekd.de
Download: www.ekd.de/publikationen
Satz: Büro Schroeder, Hannover
klimaneutral auf 100% Recyclingpapier gedruckt

INFO SERVICE
Evangelische Kirche

 **0800 - 50 40 60 2**

 **info@ekd.de**

Inhalt

Vorwort	6
Aufgabe und Zielrichtung des Beitrags	9
1. Freiheit und Verantwortung	15
2. Nichtinvasive Pränataltests – Chancen und Risiken	17
3. Grundlagen der ethischen Urteilsbildung	20
4. Individuelle Entscheidungen und normativer Rahmen	22
5. Auswirkungen der NIPD auf das Handeln werdender Eltern	23
6. Einbindung der NIPD in einen gesellschaftlichen Ordnungsrahmen	25
7. Die Freiheit zum Nicht-Wissen	27
8. Einbettung in einen gesellschaftlich verantworteten Beratungskontext	29
9. Lebensschutz und Menschenwürde	33
10. Elternschaft im Beziehungsgefüge von Gesellschaft, Glauben und ungeborenem Leben	35
Glossar	37
Anmerkungen	39
Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD	42

Vorwort

Die Mittel und Möglichkeiten moderner Medizin weiten sich ständig aus. Diagnostische und therapeutische Verfahren haben eine Tiefe und Genauigkeit erlangt, die für vorangegangene Generationen unerreichbar schienen. Die Leistungen der Medizin und die Heilkunst von Ärztinnen und Ärzten kommen vielen kranken und leidenden Menschen zugute. Dafür sind wir sehr dankbar! Mit den Möglichkeiten aber wächst auch der Sinn für die Ambivalenzen: Ist eigentlich alles, was möglich ist, auch gut und förderlich? Nicht nur, aber vor allem mit Blick auf den Zugriff auf das menschliche Leben an seinem Anfang und seinem Ende stellen sich Fragen. Die leidenschaftlichen Debatten etwa um den »assistierten Suizid« oder auch gegenwärtig wieder um den Schwangerschaftsabbruch und den § 219a des Strafgesetzbuches machen deutlich, wie hoch hier der Bedarf und die Notwendigkeit zu Austausch und auch Auseinandersetzung ist. Dabei geht es niemals nur um fachliche oder technische Fragen. So wichtig eine nüchterne, faktenbasierte Bewertung neuer Methoden oder Medikamente ist – hinter diesen Fragen melden sich immer auch die moralischen Grundfragen der persönlichen Lebensführung und des gesellschaftlichen Zusammenlebens.

Im Falle der Nichtinvasiven Pränataldiagnostik (NIPD) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der eine Aufnahme dieser genetischen Bluttests in die Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen hat, selbst eine solche umfassende gesellschaftliche Debatte um die ethischen Fragen angemahnt. Machen wir uns deutlich, worum es hier geht: Die Frage ist, ob die flächendeckende Einführung von genetischen Bluttests bei Risikoschwangerschaften dazu führen kann, dass Kinder mit Beeinträchtigungen, insbesondere mit Trisomien, künftig nicht mehr geboren werden. Wäre dann mit der Entscheidung für die Nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) auch eine Entscheidung für eine Gesellschaft ohne Kinder mit Trisomien verbunden? Wie aber wäre dies mit dem Schutz des ungeborenen Lebens und mit den Verpflichtungen der UN-Behindertenkonvention vereinbar? Spürbar ist, dass hier sehr drängende Fragen im Raum stehen, die auch die Grundlagen unserer liberalen rechtsstaatlichen Ordnung betreffen.

Der Rat der EKD hatte die Kammer für Öffentliche Verantwortung gebeten, zur Frage einer evangelischen Position in dieser gesellschaftlichen Debatte eine Stellungnahme zu erarbeiten. Ich danke der Kammer und besonders ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Reiner Anselm für den hier vorgelegten Beitrag. Die Kammer hat ihren Beitrag bewusst mit einer doppelten Zielrichtung versehen: Er ist positionell, insofern er eine klare Empfehlung in der anstehenden politischen Entscheidung abgibt. Und er ist diskursiv, insofern er Argumente einführt, abwägt und so zu einer eigenverantwortlichen ethischen Urteilsbildung anleiten und ermutigen will.

Der Rat der EKD hat sich in seiner Sitzung am 26. Mai 2018 diese Empfehlung der Kammer und ihre ethische Reflexion zu eigen gemacht. Die Kammer empfiehlt grundsätzlich, die Nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) aufgrund ihres für die schwangere Frau und das ungeborene Kind erheblich schonenderen Charakters in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Diese zustimmende Empfehlung ist allerdings daran geknüpft, dass eine neue psychosoziale, dem Lebensschutz verpflichtete Beratung eingeführt wird, die schwangere Frauen und Paare darin begleitet, eine individuell verantwortete Entscheidung darüber zu fällen, ob sie den genetischen Bluttest durchführen wollen und in der Lage sind, die sich daraus etwa ergebenden Folgen zu tragen. Ohne eine solche Beratung erscheint die Einführung der NIPT als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung der Kammer und dem Rat der EKD nicht als zustimmungsfähig.

In dieser konditionierten Zustimmung zu den NIPT im Rahmen eines gesellschaftlich verankerten Beratungskonzeptes zeigt sich: Die verantwortliche Selbstbestimmung der betroffenen Menschen wird für die evangelische Kirche immer besonderes Gewicht haben – ebenso aber auch der Blick auf die Würde des ungeborenen Kindes, das geliebtes Geschöpf des gnädigen Gottes ist. Diese besondere Perspektive des christlichen Glaubens ist auch, so unsere Überzeugung, tief verankert in den moralischen

und rechtlichen Grundlagen unseres Gemeinwesens und reicht damit in ihrer Bedeutung über den Kreis der Christinnen und Christen hinaus. Die hier vorgelegten evangelischen Impulse verstehen wir in diesem Sinne als einen Beitrag in den nun anstehenden öffentlichen Debatten um Nichtinvasive Pränataldiagnostik – und darüber hinaus um den künftigen Umgang mit dem ungeborenen Leben insgesamt.

Hannover, im Oktober 2018

A handwritten signature in black ink, reading "Heinrich Bedford-Strohm". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Heinrich Bedford-Strohm

Landesbischof

Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland

Aufgabe und Zielrichtung des Beitrags

Nichtinvasive Pränataldiagnostik sollte nur in einem verlässlichen Rahmen psychosozialer und ethischer Beratung angeboten und durchgeführt werden.

Im August 2016 wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)¹ ein Methodenbewertungsverfahren eingeleitet, auf dessen Grundlage darüber entschieden werden soll, ob in Zukunft bei Risikoschwangerschaften Blutuntersuchungen der Mutter zur Feststellung von autosomalen Trisomien (Trisomie 21, 18, 13) bei Föten von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) finanziert werden sollen. Diese Tests sind seit 2012 in Deutschland zugelassen, müssen jedoch in der Regel privat bezahlt werden. Dem G-BA ist bewusst, dass in dieser Entscheidung mehr zur Debatte steht als nur die Frage nach dem diagnostischen Nutzen, der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit dieses Verfahrens: Eine Finanzierung durch die solidarische Krankenversicherung könnte die Nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPD)² in der frühen Schwangerschaft zur Routine werden lassen, zumal diese Methode auch das Fehlgeburtsrisiko vermeidet, welches mit dem bisherigen invasiven Vorgehen einherging.

Das Methodenbewertungsverfahren sollte nach der Intention des G-BA daher bewusst Raum geben für eine breitere gesellschaftliche Debatte über die Konsequenzen einer Aufnahme der NIPD in die Regelversorgung. Denn der damit verbundene Übergang von einer ausschließlich individuell verantworteten und finanzierten zu einer durch die Solidargemeinschaft getragenen Praxis könnte deutliche Veränderungen im Umgang mit dem ungeborenen Kind mit sich bringen.

Das Anliegen, die Entscheidung über die Aufnahme der NIPD bei Risikoschwangerschaften in den Leistungskatalog der GKV mit einer breiten gesellschaftlichen Debatte zu verbinden, wird von der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) ausdrücklich begrüßt.

In ihren Augen haben die Nichtinvasiven Pränataltests zwar durchaus das Potenzial, die Wahrnehmung von Schwangerschaft, den Blick auf das ungeborene Kind sowie, allgemeiner, den Umgang mit der Unverfügbarkeit der jeweils genetischen Ausstat-

tung tiefgreifend zu verändern. Diese Einschätzung negiert aber nicht die positiven Seiten dieser Tests. Sie können – trotz manch bleibender Unsicherheiten – in vielen Fällen Informationen vermitteln, die von den schwangeren Frauen und ihren Partnern als hilfreich empfunden werden. Diesen Vorzügen steht jedoch die Sorge gegenüber, dass diese neue Form der pränatalen genetischen Diagnostik zu weitreichenden Verschiebungen im gesellschaftlichen Wertgefüge führen könnte. Solche Konsequenzen könnten die Chancen und die durchaus auch vorhandenen positiven Möglichkeiten der Pränataldiagnostik grundsätzlich infrage stellen. Darum ist darauf zu achten, dass deren Einsatz im Rahmen der durch die GKV vorgesehenen Leistungen nicht mit den Grundlagen einer am Schutz der Grundrechte jedes Einzelnen – und zwar auch der des ungeborenen Kindes – orientierten Gesellschaft unvereinbar ist. Dies wäre dann der Fall, wenn durch den verbreiteten Einsatz der NIPD die Entscheidung für oder gegen das ungeborene Kind nicht mehr auf der Grundlage eines unauflösbaren persönlichen Konfliktes getroffen würde, sondern zunehmend unter äußerem Druck erfolgte. Dabei wäre es irrelevant, ob solcher Druck objektiv – z. B. sozial oder ökonomisch – bedingt ist oder eher subjektiv empfunden.

Unvereinbar mit unserer liberalen Rechtsordnung und den mit ihr verbundenen Werten wäre es auch, wenn der verbreitete Einsatz der NIPD schrittweise dazu führte, dass einer ganzen Gruppe von ungeborenen Menschen mit bestimmten Eigenschaften (z. B. mit Trisomie 21) das Recht auf Leben verwehrt würde.

Der hier im Auftrag des Rates der EKD vorgelegte Beitrag nimmt die Anregung des G-BA auf, eine breitere gesellschaftliche Debatte zu führen. Er ist zu verstehen als ein Beitrag in der Diskussion über den gesellschaftlichen Wandel, der sich durch die neuen Möglichkeiten der NIPD ergibt. Er nimmt seinen Ausgangspunkt bei den durch das Methodenbewertungsverfahren des G-BA aufgeworfenen Fragen, lässt sich aber ohne Weiteres auf die in den letzten Jahren stark ausgeweitete Praxis der Pränataldiagnostik insgesamt übertragen.

Das Ziel dieser Stellungnahme ist es, Orientierung für die ethische Urteilsbildung und die politische Gestaltung angesichts der Möglichkeiten pränataler Diagnostik zu geben. Sie thematisiert aber auch den gesellschaftlichen und nicht zuletzt den politischen und rechtlichen Rahmen, innerhalb dessen eine solche Entscheidungsfindung erfolgt.

Zugleich fragt sie nach den Bedingungen, die für eine freie und verantwortliche Entscheidung notwendig sind.

Rechtspolitisch zielt diese Stellungnahme der EKD darauf, zusätzlich zur ärztlichen Aufklärung und Beratung im Rahmen der Pränataldiagnostik eine eigenständige ethisch und psychosozial orientierte Beratung zu etablieren.

Analog zur Schwangerenkonfliktberatung soll allen Schwangeren eine Beratung zur Verfügung stehen, die durch Beratungsstellen mit ethisch geschultem Personal erbracht wird und die dem Schutz des Lebens ebenso dient wie der Aufgabe, die schwangere Frau auf dem Weg zu einer gut abgewogenen Entscheidung zu begleiten. Ein entsprechendes Angebot sollte daher in den Katalog der bei Schwangerschaft und Mutterschaft vorgesehenen Leistungen aufgenommen werden. § 24c SGB V³ (Sozialgesetzbuch) wäre insoweit um eine Beratung im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik zu ergänzen, die ethische und psychosoziale Aspekte umfasst – und zwar ausdrücklich unabhängig von ihrer konkreten Inanspruchnahme und der schon jetzt in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Beratung gemäß § 2a Abs. 1 SchKG⁴ (Schwangerschaftskonfliktgesetz).

Da sich die im Rahmen der Schwangerenvorsorge aufgeworfenen ethischen Fragen nicht nur für die NIPD stellen, plädiert die EKD dafür, die angesprochene ethische Beratung in jedem Fall in die bei Schwangerschaft und Mutterschaftsvorsorge vorgesehenen Leistungen aufzunehmen – unabhängig von der Frage, ob die NIPD Bestandteil der Regelfinanzierung durch die GKV wird.

Die rechtspolitische Forderung, eine ethische Beratung in die für schwangere Frauen vorgesehenen Leistungen aufzunehmen, steht für die EKD im Zusammenhang der Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), zu deren Bedeutung für die evangelischen Kirchen sich der Rat der EKD bereits 2014 umfassend geäußert hat.⁵ Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert ausdrücklich dazu auf, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und Vorurteile oder schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen zu bekämpfen.⁶ Im Zentrum solcher Maßnahmen im Blick auf die Pränataldiagnostik sollen dabei die Stärkung der individuellen Entscheidungsfähigkeit und die Schärfung des Gewissens stehen. Zugleich ist die EKD davon überzeugt, dass von der Einrichtung einer entsprechenden solidarisch finanzierten Beratungspraxis auch ein Signal zur gesellschaftlichen Meinungsbildung ausgehen wird.

Die Frage, welche Methoden der Pränataldiagnostik angewandt werden, erscheint in dieser Perspektive zweitrangig.

Wenn die NIPD die Möglichkeit bietet, ebenso zuverlässige Informationen bei einem niedrigeren Risiko für die Schwangere und das Ungeborene zu erhalten, lassen sich durchaus Argumente dafür benennen, diese Form der Pränataldiagnostik den bisher üblichen invasiven Methoden vorzuziehen und sie in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen.

Das gilt nicht nur in einer medizinischen, sondern auch in einer sozialetischen Betrachtungsweise: Im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Schwangeren und ihrer

physischen und psychischen Integrität, dem Lebensschutz des Ungeborenen und dem Gebot der Nichtdiskriminierung geborener Menschen mit Behinderungen treffen stets individuelle und gesellschaftliche Aspekte zusammen. Denn auch wenn die Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik, für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch immer eine individuelle sein muss und sein wird, liegt doch das Umfeld, in dem diese Entscheidung getroffen werden muss und getroffen wird, in politischer und letztlich gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Aus Sicht dieser Stellungnahme sollte die Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik weder von der Methode der Untersuchung noch von der Frage der Finanzierung abhängig gemacht werden.

Inbesondere sollte vermieden werden, die Pränataldiagnostik der ökonomischen Logik und den Regularien des Marktes auszuliefern, wie es derzeit bereits in der durchaus verharmlosenden Werbung für die privat zu finanzierenden NIPTs geschieht.

Demgegenüber plädiert diese Stellungnahme dafür, den Einsatz der NIPTs strikt an einen medizinisch und ethisch beschriebenen Rahmen zu binden und die Tests in die gesellschaftlich verantwortete Schwangerschaftsvorsorge einzubinden – in ihre Finanzierung, ihre Durchführung und auch ihre Regulierung. Die Kombination von Kostenübernahme durch die GKV und dem Angebot einer umfassenden qualifizierten ethischen Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge soll schwangere Frauen dazu motivieren, die entsprechenden Beratungsangebote auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen und nicht nach finanziell günstigeren Angeboten zu suchen – sei es über Angebote im Direct-to-Consumer-Vertrieb im Internet oder im Ausland. Dass dafür auch die Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Kostenträgern nötig ist, die die Möglichkeiten der Beratung kommunizieren müssen, versteht sich von selbst.

Der folgende Beitrag ist aus evangelischer Perspektive heraus formuliert und will diese Perspektive in die gesellschaftlichen Debatten einbringen. Der christliche Glaube begreift den Schutz des individuellen Lebens, seiner Freiheit und seiner Unverfügbarkeit, auch die Anerkennung und Annahme seiner Zerbrechlichkeit und Ge-

brochenheit sowie die Aufforderung zum verantwortlichen Handeln als Konsequenz des Glaubens an den Gott, den Christinnen und Christen als Schöpfer, Versöhner und Erlöser der Welt bekennen. Der Beitrag bezieht sich auf ein grundlegendes Verständnis menschlicher Lebensführung im Horizont medizinethischer Herausforderungen, wie es von der Kammer für öffentliche Verantwortung wiederholt zum Ausdruck gebracht wurde – zuletzt in der umfangreichen Stellungnahme „Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen“ aus dem Jahr 2002.⁷

1. Freiheit und Verantwortung

Christliche Lebensführung ist durch das Zusammenspiel von Freiheit und Verantwortung gekennzeichnet: Christinnen und Christen sehen in der Freiheit eine Gabe, die sie mit Gott und den Mitmenschen verbindet und beiden gegenüber in die Verantwortung ruft.

Nach dem Bekenntnis des christlichen Glaubens ist der Mensch ein zum Bild Gottes geschaffenes Wesen. Diese Geschöpflichkeit markiert den Raum des menschlichen Lebens, dessen Eckpunkte Freiheit und Verantwortung sind.

Die mit seiner Geschöpflichkeit gegebene unverlierbare Würde des Menschen wurzelt nach christlichem Verständnis nicht in bestimmten Eigenschaften des Menschen, sondern resultiert aus Anerkennungsverhältnissen: Für Christinnen und Christen wurzelt die Anerkennung in der schöpferischen Liebe Gottes, die allen zwischenmenschlichen Beziehungen zugrunde liegt und vorausgeht.

Nach christlichem Verständnis verleiht sie jedem Menschen eine unveräußerliche Würde und lässt ihm im Glauben die Gnade zuteilwerden. Diese Gnade befähigt zu einem Leben aus Freiheit. Sie verpflichtet aber auch dazu, im Anderen ein Geschöpf Gottes zu sehen. Die bedingungslose Annahme des Menschen durch Gott spiegelt sich daher nach christlicher Überzeugung in der Anerkennung, die wir uns gegenseitig als Menschen schulden. Zu dieser Anerkennung gehört, dem anderen Menschen die Freiheit zu einer eigenständigen, selbstbestimmten Lebensführung zu gewähren. Zu ihr gehört es aber auch, Verantwortung für den anderen Menschen zu übernehmen. Christliche Freiheit meint nicht Beliebigkeit, sondern empfangene und verantwortete Freiheit. Umgekehrt stellt christliche Verantwortung keine Bevormundung dar, sondern Zuwendung, die dem Anderen ein Leben in Freiheit ermöglicht.

Menschliches Leben ist ein Leben in Beziehungen. Herausgefordert wird die Freiheit der Lebensführung immer dort, wo die eigenen Entscheidungen unmittelbare Auswirkungen auf andere zeigen. Herausgefordert ist sie aber auch da, wo – aus welchen

Gründen auch immer – das Recht des Einzelnen, sich eigene Ziele zu setzen und den eigenen Überzeugungen zu folgen, infrage gestellt wird.

Diese Freiheit der Lebensführung beinhaltet grundsätzlich auch die Freiheit, selbst darüber zu entscheiden, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchen Lebensformen Menschen Kinder bekommen wollen. Die Spielräume für das eigene Handeln, aber auch die Fragen, auf die eigene Antworten gefunden werden müssen, sind durch die Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin und der pränatalen Diagnostik größer geworden. Schon deren bloße Verfügbarkeit nötigt Paare und vor allem schwangere Frauen heute dazu, sich zu diesen Möglichkeiten zu verhalten. Deutlich ist aber auch, dass mit der Freiheit die Notwendigkeit einhergeht, die eigenen Entscheidungen zu verantworten – vor sich selbst und dem ungeborenen Kind, den Mitmenschen und, in christlicher Perspektive, vor Gott. Wenn Christinnen und Christen davon sprechen, dass sie ihr Leben und ihre Entscheidungen in letzter Konsequenz vor Gott verantworten müssen, dann drückt das genau jenen Respekt vor der Unverfügbarkeit des Lebens und der Unvertretbarkeit eigener Entscheidungen aus, die auch in der Rede von der Geschöpflichkeit des Menschen zur Sprache kommen. Zu dieser Geschöpflichkeit gehört dann allerdings auch, dass Menschen in der ernsthaften Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu sehr unterschiedlichen individuellen Entscheidungen gelangen können.

2. Nichtinvasive Pränataltests – Chancen und Risiken

Die Entwicklung der NIPD birgt das Potenzial zu einer grundsätzlichen Verschiebung in der Inanspruchnahme der pränatalen genetischen Diagnostik.

Methoden der pränatalen genetischen Diagnostik sind seit mehr als 30 Jahren fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Sie werden beim Vorliegen bestimmter medizinischer Befunde – Alter der schwangeren Frau, familiäre Erkrankungsrisiken oder subjektiv empfundene psychosoziale Belastungen – eingesetzt. Dabei werden primär Chromosomenstörungen untersucht, autosomale Trisomien 21, 18 und 13 sowie Veränderungen der Geschlechtschromosomenanzahl. Menschen mit autosomalen Trisomien haben verschiedene Fehlbildungen und Erkrankungen sowie eine verkürzte Lebenszeit, insbesondere ausgeprägt bei Trisomie 18 und 13. Der Überlebenszeitraum von Lebendgeborenen mit Trisomie 13 und 18 beträgt in der Regel nur wenige Tage bis Wochen, sodass die Notwendigkeit einer Abwägung zwischen den Risiken der Geburt und dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes auch medizinisch gegeben sein kann. Im Fall von Trisomie 21 hingegen stehen in der Regel die sozialen und psychischen Folgen des Lebens mit einem behinderten Kind im Vordergrund.

Allerdings sind die gängigen invasiven Verfahren im zweiten Schwangerschaftsdrittel mit einem Fehlgeburtsrisiko verbunden, weshalb eine sorgsame Abwägung über deren Einsatz erforderlich ist. Bei den NIPTs, die bereits jetzt als Ergänzung zum Erst-Trimester-Screening (ETS) angeboten werden, entfällt das Risiko der Fehlgeburt und es wird bei unauffälligem Befund eine invasive Diagnostik vermieden. Bei Vorliegen eines auffälligen Befundes wird wegen der Unsicherheit des Testergebnisses derzeit weiterhin eine anschließende invasive Diagnostik zur sicheren Abklärung empfohlen.

Die abschließende Bewertung⁸ der NIPTs durch das vom G-BA beauftragte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)⁹ hält fest, dass die Sensitivität und die Spezifität der NIPD zur Erkennung einer Trisomie 21 sehr hoch ist. Bei Trisomie 13 und 18 ist die Datenlage unklar, vermutlich aber liegt die Erkennungsrate deutlich niedriger. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Konsequenzen nur schwierig abschätzen, auch weil keine belastbaren Daten über die derzeitige Inanspruchnahme pränataler Diagnostik in Deutschland vorliegen. Überschätzungen und Verzerrungen werden aufgrund der Studienlage als möglich angesehen.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass unabhängig davon, ob man die NIPD als Erstlinien- oder Zweitlinienstrategie wählt – ob man also den Test bei allen Schwangerschaften oder nur im Fall einer diagnostizierten Risikoschwangerschaft durchführt –, die Zahl invasiver Untersuchungen verringert werden würde.

Dabei wird der Begriff der „Risikoschwangerschaft“ vom IQWiG nicht abschließend definiert, sondern auf die bisher übliche Praxis anamnestischer und diagnostischer Merkmale verwiesen. Wie stark die Verringerung invasiver Untersuchungen ausfällt, lässt sich allerdings auf der Grundlage bisheriger Daten nicht sicher sagen. Denn zum einen liegen eben nur für Trisomie 21, nicht aber für Trisomie 13 und 18 belastbare Daten vor, zum anderen ist die Möglichkeit falscher positiver Befunde zu berücksichtigen – das Szenario also, bei dem nach einem auffälligen Befund des NIPTs zur endgültigen Abklärung eine invasive Untersuchung durchgeführt wird. Für die ethische Bewertung ist trotz aller Unsicherheiten in den konkreten Auswirkungen festzuhalten, dass die Ergebnisse des IQWiG keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Nachfrage nach den NIPTs aufgrund der unsicheren Datenlage und einer daraus etwa zu schließenden mangelnden Zuverlässigkeit sinken könnte – jedenfalls nicht, wenn es vorrangig um den Ausschluss von Trisomie 21 geht.

Eine weitere für die ethische Beurteilung relevante Verschiebung könnte sich aus der geringeren Eingriffstiefe der NIPTs ergeben: Da diese nur eine Blutentnahme der Schwangeren voraussetzen, ist es denkbar, dass es – ungeachtet der bestehenden rechtlichen Regelungen – zu einer Entkoppelung des Zusammenhangs zwischen der ärztlichen Schwangerenvorsorge und der Durchführung genetischer Tests kommt. Die Möglichkeit, eigenständig eine Testung des ungeborenen Kindes auf eventuelle Anomalien in Auftrag zu geben, besteht bereits heute und könnte durchaus zu einer Privatisierung der NIPD führen. Denn die entsprechenden Tests können ohne große Zugangshürden online bestellt werden, sodass die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes hier nicht greifen: Dieses Gesetz kommt erst und nur im Rahmen einer vom Arzt eingeleiteten Untersuchung zur Anwendung.

Aus der Möglichkeit, ohne Fehlgeburtsrisiko und ohne ärztliche Untersuchung auf pränatale Diagnostik zugreifen zu können, sowie der damit einhergehenden Privatisierung der Testung und Befundmitteilung ergibt sich das besondere Potenzial der NIPTs, das zu einer grundlegenden Verschiebung im Umgang mit dem Wissen über das Ungeborene führen könnte: Erst einmal etabliert, könnte sich das Portfolio der über die NIPTs erhobenen Informationen schnell erweitern und die Möglichkeit früher Selektion eröffnen.

Die Sensitivität der Tests ist so hoch, dass Ergebnisse bereits vor Ablauf der Zwölf-Wochen-Frist für einen Schwangerschaftsabbruch bei psychosozialer Notlage vorliegen können und die schwangere Frau Selektionsgründe wie etwa das Geschlecht des ungeborenen Kindes nicht offenlegen müsste.

3. Grundlagen der ethischen Urteilsbildung

Die Verschiebungen, die mit der NIPD einhergehen könnten, lösen einen intuitiven sittlichen Widerspruch aus, der als solcher Anerkennung finden muss.

Der Gedanke, dass die Testung eines Embryos auf bestimmte Anomalien oder gar bestimmte Eigenschaften zum Regelfall werden könnte und damit mutmaßlich auch eine nicht gesellschaftlich oder politisch geplante, sondern auf individuellen Entscheidungen von werdenden Eltern beruhende, eugenische Tendenz motiviert, stößt bei vielen Menschen intuitiv auf sittlichen Widerspruch. Denn auch wenn jede einzelne Entscheidung, die daraus folgt, sich ein Leben mit einem behinderten Kind nicht ohne schwere seelische, körperliche oder soziale Einschränkung vorstellen zu können, zu respektieren sein wird, ist zu fragen:

Wird hier nicht ein Weg eingeschlagen, der die Solidarität mit nicht perfektem Leben infrage zu stellen bereit ist? Wird unsere Gesellschaft als Ganze nicht ärmer, wenn die Vielfalt menschlichen Lebens gezielt durch normative Unterscheidungen von angeblich nicht lebenswertem von lebenswertem Leben eingeengt wird?

Ist es richtig, die Vielzahl verschiedener Gesichter, Fähigkeiten und Möglichkeiten, Veranlagungen und Lebensperspektiven einzuschränken, darunter auch diejenigen von Menschen mit besonderer genetischer Veranlagung? Und rührten eugenische Tendenzen nicht am Fundament des Selbstverständnisses des Menschen als freie, individuelle Persönlichkeit, deren So-Sein unverfügbar gegeben und eben nicht intentional hergestellt ist? Diese Unverfügbarkeit ist es, die Christinnen und Christen damit verbinden, sich als Geschöpf Gottes zu verstehen.

Dieser Widerspruch lässt sich nicht durch die Tatsache entkräften, dass wir uns in unserer Existenz auch dem intentionalen Handeln unserer Eltern verdanken und dass die Bereitschaft, sich als Gesellschaft für die Bedürfnisse der Schwächeren zu engagieren und beträchtliche Ressourcen für die Inklusion aufzuwenden, eher zu- als abgenommen hat.

Die Einschätzung, hier könnte sich ein gesellschaftliches Klima verändern, verbindet sich auch mit starken individuellen Überzeugungen, nicht zuletzt mit starken Glaubensüberzeugungen. Gerade deshalb ist diese sittliche Intuition anzuerkennen, insbesondere dann, wenn der Eindruck besteht, es komme nicht nur zu einer Infragestellung der Solidarität, sondern auch zur gesellschaftlichen Erwartung, nur die Kinder auszutragen, die der gesellschaftlichen Norm entsprechen. Es gilt jedoch, weiterhin die Faktenlage im Blick zu behalten und mit der sittlichen Intuition abzugleichen.

In diesem Zusammenhang muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass der angesprochene intuitive Widerspruch zwar eine gesellschaftliche Debatte anstoßen kann, es aber schwerfallen dürfte, auf der Grundlage dieser sittlichen Intuition allgemeinverbindliche normative Konsequenzen anzustreben: Denn zum einen können solche Befürchtungen kaum eine belastbare Grundlage dafür liefern, den Einsatz der NIPD und der pränatalen genetischen Diagnostik insgesamt zu limitieren oder gar zu untersagen – wie übrigens im Umkehrschluss auch das intuitive Bedürfnis nach pränataler genetischer Diagnostik noch nicht deren solidarische Finanzierung legitimiert. Zum anderen lassen sich gesellschaftliche Verschiebungen zwar analysieren und auch diskutieren, sie aber über normative Vorgaben steuern zu wollen, erscheint nur in höchst eingeschränktem Maße möglich, wenn gesellschaftliche Trends und ein tief greifender Mentalitätswandel dem entgegenstehen. Und schließlich gilt auch hier, dass wohl abgewogen sein will, wo durch die Sorge vor einer Zwang ausübenden Verschiebung der gesellschaftlichen Grundüberzeugungen und dem Versuch diesem Zwang gegenzusteuern selbst ein gesellschaftliches Klima moralischer Bevormundung erzeugt wird.

Allerdings wird eine dem Lebensschutz verpflichtete Gesellschaft werdenden Eltern die, unter Umständen auch als Zumutung erfahrene, Konfrontation nicht ersparen können, über ein Beratungsangebot die eigene Entscheidung zu überprüfen.

4. Individuelle Entscheidungen und normativer Rahmen

Bei der Diskussion über die Auswirkungen der NIPD sowie auch allgemein der pränatalen genetischen Diagnostik auf die Gesellschaft darf nicht übersehen werden, dass die konkreten ethischen Konflikte unmittelbar bei den Handlungsoptionen der betroffenen Paare und insbesondere der schwangeren Frauen auftreten und sich auch mögliche normative Regelungen genau auf diese Optionen auswirken. Der Umgang mit pränataler genetischer Diagnostik und NIPD muss zwischen dem Respekt vor Optionen des Handelns und normativen Regelungen eine angemessene Balance wahren.

Konflikte im Rahmen der pränatalen Diagnostik haben existenziellen Charakter – unabhängig davon, welche Verfahren angewendet werden. Sie treffen werdende Eltern, in erster Linie schwangere Frauen, unmittelbar in ihrer Lebensplanung und in der Wahrnehmung ihrer eigenen Rolle, ihrer eigenen Zukunft und – nicht zuletzt – ihres eigenen Körpers. Diese existenzielle, höchstpersönliche Dimension des Konflikts ist ernst zu nehmen.

Denn so sehr Einzelne immer eingebunden sind in ein soziales Umfeld: Die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik, wie auch die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch, muss letztlich von der schwangeren Frau bzw. den werdenden Eltern selbst getroffen werden.

Die derzeit gültige Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch sieht vor, dass die Rechtsgemeinschaft am Schutz des ungeborenen Kindes festhält. Sie setzt sich über die Konfliktberatung und sozialpolitische Unterstützungsmaßnahmen auch selbst für diesen Schutz ein. Gleichzeitig aber wird der schwangeren Frau nicht die Pflicht auferlegt, ein Kind auch dann auszutragen, wenn ihr das in Blick auf ihre gegenwärtige und zukünftige Situation unzumutbar erscheint. Dies erfordert eine sensible Balance zwischen gesellschaftlichen Normvorstellungen auf der einen Seite sowie dem Respekt vor der existenziellen Situation der Einzelnen auf der anderen Seite. Es ist dringend geboten, auch im Blick auf die Pränataldiagnostik nach einer Balance zwischen diesen beiden Polen zu suchen.

5. Auswirkungen der NIPD auf das Handeln werdender Eltern

Die Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik kann werdende Mütter und Väter in die Lage bringen, sich angesichts eines auffälligen Ergebnisses dieser Diagnostik für oder gegen das Leben mit einem behinderten Kind entscheiden zu müssen.

Das grundsätzliche Ziel der Schwangerenvorsorge besteht in der frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Damit einher geht die Entwicklung von präventiven und teilweise kurativen Strategien, mit denen ein für Mutter und Kind bestmöglicher Verlauf von Schwangerschaft und Geburt ermöglicht werden soll. Werdende Eltern nehmen die pränatale genetische Diagnostik primär deshalb in Anspruch, weil sie sich die Gewissheit wünschen, dass ihr Kind ohne Fehlbildungen oder Erkrankungen, insbesondere ohne autosomale Trisomien, geboren wird. Lassen sich diese aufgrund der Untersuchungsbefunde nicht ausschließen, stellt sich für die schwangeren Frauen die Frage, ob sie auch unter diesen Umständen bereit sind, das in ihrem Körper heranwachsende Kind auszutragen. Das bedeutet zugleich, dass die Frage nach einem möglichen Schwangerschaftsabbruch eng mit der Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik verbunden ist.

Dieser Zusammenhang weist zugleich darauf hin, dass das subjektiv empfundene und das objektiv feststellbare Risiko bei einer Schwangerschaft nicht deckungsgleich sein müssen, möglicherweise auch nicht deckungsgleich sein können. Die Perspektive der schwangeren Frau kann nur von ihr selbst eingenommen werden, ebenso wie die entsprechenden Entscheidungen zur Inanspruchnahme pränataler Diagnostik nur von ihr getroffen werden können. Das bedeutet auch, dass die Klassifikation einer Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft nie nur aufgrund medizinischer Faktoren getroffen werden kann, sondern immer auch subjektive Faktoren mit einbeziehen muss.

Dieser Sachverhalt entspricht dem Respekt vor der Freiheit und dem Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Frau, gleichzeitig aber weist jede Schwangerschaft und damit eben auch jeder pränataldiagnostische Befund über deren Perspektive hinaus: Hier ist das ungeborene Kind mitbetroffen, sodass die schwangere Frau nicht nur eine Entscheidung über ihre eigenen Vorstellungen, sondern möglicherweise auch über das Leben des sich entwickelnden Kindes treffen muss.

Wird die genetische Diagnostik durch die NIPTs zum Regelbestandteil der Schwangerschaftsvorsorge bei Risikoschwangerschaften, so ist angesichts des derzeitigen Umgangs mit der pränatalen Diagnostik zu erwarten, dass auch der Schwangerschaftsabbruch beim Vorliegen eines auffälligen genetischen Untersuchungsbefunds zur Regel wird.

Die im Internet angebotenen Tests lassen die mögliche Konsequenz eines Schwangerschaftskonflikts grundsätzlich unerwähnt, ja, sie verschleiern diese Konsequenz mit Beschreibungen der Test als „ungefährlich“, „risikolos“, „schonend“ und „sicher“. Zudem wird verdeckt, dass die Ratio einer möglichst frühen Testung im Rahmen der NIPD darauf zielt, eventuelle Abbrüche unter den für die ersten zwölf Wochen geltenden Regeln durchzuführen und dadurch einer möglichen rechtlichen Regulierung für Schwangerschaftsabbrüche nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund zu entgehen.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach dem derzeit geltenden Recht gemäß § 218a Abs. 2 StGB nicht rechtswidrig, wenn

„der Abbruch der Schwangerschaft 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.“

Allerdings ist unbestreitbar, dass auch ein solcher nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch das Lebensrecht des ungeborenen Kindes negiert. Die schweren inneren Konflikte, vor die sich betroffene Paare und vor allem schwangere Frauen immer wieder gestellt sehen, resultieren aus diesem Sachverhalt.

6. Einbindung der NIPD in einen gesellschaftlichen Ordnungsrahmen

Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen, die mit der Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik verbunden sind, ist ein gesellschaftlicher Ordnungsrahmen zu schaffen, der fundierte, reflektierte und verantwortliche Entscheidungen ermöglicht.

Aufgrund der Konflikte, in die werdende Eltern geraten können, sollte die Möglichkeit pränataler genetischer Tests in jedem Fall mit einer umfassenden Aufklärung und Beratung verbunden sein, die über die medizinischen Aspekte hinaus auch die psychosoziale und ethische Dimension umfasst. Dazu erscheint es unabdingbar, dass diese Beratung zusätzlich und unabhängig von der ärztlichen Versorgung erfolgt. Denn das Wissen um die genetischen Eigenschaften des ungeborenen Kindes verlangt bei Vorliegen eines auffälligen Untersuchungsbefundes unausweichlich eine Entscheidung der werdenden Eltern über die Konsequenzen, die aus diesem Wissen zu ziehen sind. Da sich diese Entscheidung im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs unmittelbar auf das Lebensrecht des sich entwickelnden Kindes auswirkt, ist es notwendig, diese Perspektive in der individuellen Urteilsbildung mit zu berücksichtigen. Zwar darf nicht von vornherein unterstellt werden, dass eine Inanspruchnahme pränataldiagnostischer genetischer Untersuchungen unreflektiert und in Unkenntnis der möglichen Konsequenzen erfolgt.

Dennoch erscheint es geboten, darauf hinzuwirken, dass der Zusammenhang zwischen qualifizierter medizinischer Aufklärung, psychosozialer Beratung und genetischer Untersuchung in möglichst allen Fällen gewahrt bleibt. Das geltende Recht ist in dieser Hinsicht weiterzuentwickeln.

Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang von Aufklärung und Inanspruchnahme durch die Verfügbarkeit der NIPTs im Direct-to-Consumer-Verfahren über das Internet aufgebrochen werden könnte, insbesondere dann, wenn entsprechende Tests im Ausland durchgeführt werden. Es erscheint ungeachtet des Respekts vor der Privatsphäre der werdenden Eltern wünschenswert, dass die Übermittlung der Ergebnisse der Diagnostik in jedem Fall eingebettet bleibt in einen Gesprächskontext, in dem die Konsequenzen dieses Ergebnisses umfassend erwogen werden können.

7. Die Freiheit zum Nicht-Wissen

Die Möglichkeit, sich auch gegen die Inanspruchnahme von pränataler genetischer Diagnostik entscheiden zu können, ohne negative gesellschaftliche Konsequenzen fürchten zu müssen, ist als eine gleichberechtigte Option zur Geltung zu bringen.

Der Wunsch, über die genetische Disposition des ungeborenen Kindes Bescheid zu wissen, ist nachvollziehbar und lässt sich grundsätzlich ethisch rechtfertigen. Ebenso legitim ist es aber auch, über ein solches Wissen nicht verfügen zu wollen. Ob die eine oder die andere Möglichkeit die richtige ist, kann letztlich nur von den unmittelbar Betroffenen selbst entschieden werden. Die Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht der werdenden Eltern, das schon in der grundsätzlichen Entscheidung für oder gegen ein eigenes Kind im Vorfeld der Schwangerschaft zum Ausdruck kommt, schließt auch das Recht auf Nichtwissen ein. Freiheit und das Recht auf Selbstbestimmung begründen aber auch eine Verpflichtung zur Entscheidung. Diese Verpflichtung mag als Belastung empfunden werden, sie begründet jedoch gerade die besondere Stellung und die besondere Verantwortung der werdenden Eltern gegenüber dem ungeborenen Kind. Diese Verantwortung gilt für beide Elternteile, auch wenn werdende Mütter von diesen Entscheidungen besonders betroffen sind. Seitens der Gesellschaft ist dieser nicht an andere übertragbare Charakter der Entscheidung nicht nur zu respektieren und rechtlich zu garantieren, sondern es ist darüber hinaus den werdenden Eltern zu vermitteln, dass sie allein über die Inanspruchnahme oder die Ablehnung pränataler genetischer Diagnostik entscheiden können.

Es ist eine Bringschuld seitens der Gesellschaft, Bedingungen zu schaffen, unter denen die schwangere Frau ihre Freiheit realisieren kann, pränatale genetische Diagnostik ohne negative Konsequenzen ablehnen zu können.

Auch dies lässt es geboten erscheinen, die pränatale genetische Diagnostik in einen gesellschaftlich verantworteten und garantierten, qualifizierten Beratungskontext einzubetten. Das Eintreten für die Freiheit, pränatale genetische Diagnostik ablehnen zu können, muss jedoch auch einhergehen mit dem Verzicht auf eventuelle Schadensersatzansprüche gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

8. Einbettung in einen gesellschaftlich verantworteten Beratungskontext

Die effektive und verlässliche Einbettung der pränatalen genetischen Diagnostik in einen öffentlich garantierten und gesellschaftlich verantworteten Beratungskontext wird am besten durch das Angebot von NIPD für Frauen mit einer Risikoschwangerschaft im Rahmen der Schwangerenvorsorge sichergestellt.

Angesichts der Möglichkeit, im Direct-to-Consumer-Verfahren auf die NIPTs zuzugreifen und damit – wie bereits beschrieben – den Zusammenhang zwischen Beratung und Diagnostik aufzukündigen, erscheint es notwendig, nach Möglichkeiten zu suchen, den Zusammenhang von pränataler genetischer Diagnostik und einer unterstützenden Beratung sicherzustellen, welche die Konsequenzen einer Entscheidung für die Inanspruchnahme der Diagnostik berücksichtigt. Dabei sollte vorrangig auf Anreize auf der Angebotsseite, nicht aber auf Verbote gesetzt werden – auch deswegen, weil es nicht möglich und auch nicht vertretbar erscheint, Schwangeren das diagnostische Potenzial der NIPD vorzuenthalten.

Dementsprechend wird hier vorgeschlagen, dass eine umfassende, auch die ethischen Problemlagen aufnehmende Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen der Pränataldiagnostik, insbesondere der pränatalen genetischen Diagnostik, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden soll.

In dieser Beratung sollen auch die möglichen Folgen und Konflikte, die mit der Pränataldiagnostik und einem möglichen auffälligen Ergebnis verbunden sein können, angesprochen und reflektiert werden. Die Leistungen der GKV sollten auch den Rahmen für eine kontinuierliche Evaluierung und Qualitätssicherung dieser Beratung sicherstellen, für deren Finanzierung ebenfalls zu sorgen wäre. Eine solche Regelfinanzierung einer ethischen Beratung böte dann auch den Rahmen, um die NIPD, wie auch die anderen bereits praktizierten Methoden der Pränatalen Diagnostik, im Rahmen der nach § 24b II SGB V bzw. § 24c vorgesehenen Leistungen für alle gesetzlich Versicherten beim Vorliegen einer Risikoschwangerschaft zugänglich zu machen. Wann eine solche Risikoschwangerschaft vorliegt, ist dabei im Sinne des oben ausgeführten

Zusammenspiels zwischen subjektiven und objektiven Faktoren zu definieren, wobei der betroffenen Frau das letzte Entscheidungsrecht zukommen sollte.

Besonders zu betonen ist aber, dass die Forderung, die angesprochene ethische Beratung in die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 24 c SGB V aufzunehmen, unabhängig von der Entscheidung über die Aufnahme der NIPD in die Regelfinanzierung zu sehen ist.

Eine umfassende Beratung bildet allerdings die Voraussetzung dafür, dass eine solche Aufnahme ethisch vertreten werden kann.

Die Möglichkeit von NIPD sollte jedoch auf den Ausschluss autosomaler Trisomien bei Risikoschwangerschaften begrenzt bleiben, also auf den Anwendungsbereich, der durch das Prüfungsverfahren des G-BA untersucht wurde. Wo die NIPD eine Möglichkeit bietet, die Fehlgeburtsrisiken invasiver Methoden der Pränataldiagnostik zu vermeiden, ist es nicht vertretbar, diese Diagnostik schwangeren Frauen im Rahmen der gesetzlichen Krankversicherung grundsätzlich vorzuenthalten.

Zudem erscheint es wünschenswert, die NIPTs der Logik des Marktes zu entziehen, die sich nicht zuletzt in der bereits angesprochenen Werbung für die entsprechenden Tests zeigt.

Hier werden nur die Vorzüge, nicht aber die Probleme und ethischen Dilemmata, die aus ihrer Anwendung resultieren können, thematisiert. Auch wenn durch diese Regelung der Direct-to-consumer-Vertrieb und die offensive Vermarktung von NIPD tendenziell bereits weniger attraktiv sein dürfte, ist dennoch parallel nach angemessenen und effektiven Wegen zu suchen, diesen Vertriebskanal zu regulieren, durch den der notwendige Zusammenhang von Beratung und Durchführung pränataler genetischer Diagnostik zerstört werden kann.

Angesichts der Tragweite von Entscheidungen im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik sowie der Notwendigkeit, die Nicht-Inanspruchnahme als gleichberechtigte Option darzustellen, wird es dabei von entscheidender Bedeutung sein, dass in der Folge der oben angesprochenen Leistungsergänzungen in der Mutterschaftsvorsorge ausreichende Ressourcen für die Weiterentwicklung von Beratungsangeboten aufgewendet werden.

Denn im Hinblick auf die derzeitige Beratungspraxis, deren normativer Rahmen durch das Gendiagnostikgesetz, das Schwangerschaftskonfliktgesetz sowie die ärztliche Berufsordnung gegeben ist, ist sehr zu bezweifeln, dass die derzeit geforderte Qualifikation der ärztlichen Beraterinnen und Berater für den hier gebotenen Schutzauftrag tatsächlich ausreichend ist. Daher ist die derzeitige Praxis der Beratung im Zusammenhang insbesondere mit der pränatalen genetischen Diagnostik weiterzuentwickeln. Es sollte, wie eingangs bereits erwähnt, eine flächendeckende, leicht zugängliche Beratung zu ethischen und psychosozialen Aspekten der Pränataldiagnostik vorgehalten werden, deren Finanzierung im Rahmen der Leistungen bei Schwangerschaft durch die gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgt. Bei einer solchen Beratung sollen die Möglichkeiten und Konsequenzen der Pränataldiagnostik grundsätzlich offen thematisiert werden, ohne die werdenden Eltern moralisch zu bevormunden. Dieser Aufgabe kann nur entsprochen werden, wenn diese Beratung durch eigene, entsprechend zertifizierte Beratungsstellen geleistet wird, wie sie im Rahmen der Beratungspflicht gemäß § 218a Abs. 1¹⁰ sowie § 219 StGB¹¹ etabliert worden sind.

Gerade die Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft und die evangelischen Beratungsstellen sind hier gefordert, innovative und kooperative Beratungsmodelle zu entwickeln.

Aus christlicher Sicht – und entsprechend der Vorgaben der §§ 5ff SchKG¹² – sollte diese den Lebensschutz thematisieren, aber auch die existenzielle Situation der Schwangeren und ihrer Partner im Blick haben. Eine solche, auf den Schutz des Lebens zielende Beratung könnte zugleich als ein der deutschen Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch entsprechender Weg zur Umsetzung der Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention fungieren. Diese Art von Beratung würde auch zum Ausdruck zu bringen, dass die Rechtsgemeinschaft nicht nur für den Schutz des Lebens einsteht, sondern sich gemäß Art. 8 UN-BRK dazu verpflichtet hat, den vorurteilsfreien, nichtdiskriminierenden Umgang mit Behinderten zu fördern,¹³ gleichermaßen aber auch das Recht und die Nöte der betroffenen schwangeren Frauen und Paare achtet.¹⁴ Eine solche Beratung ist anspruchsvoll und bedarf hoher professioneller Standards. In ihr ist das Leben mit einem behinderten Kind in all seinen Facetten zu thematisieren – vorurteilsfrei, aber auch ohne Beschönigungen. Sowohl die Unterstützungsmöglichkeiten als auch die Nöte und Lasten einer entsprechenden Elternschaft sollten zur Sprache kommen. Die Entscheidung kann dann auch darin bestehen, eine Schwangerschaft abubrechen – im Wissen darum, dem ungeborenen Kind gegenüber schuldig zu werden. Christliche Beratung wird bei Schwangerschaftsabbrüchen immer auch die gebotene seelsorgliche Dimension berücksichtigen.

9. Lebensschutz und Menschenwürde

Durch die Verbindung von psychosozialer, auf den Schutz des Lebens abzielender Beratung und dem Angebot der NIPD als Bestandteil der Regelversorgung soll und muss dem Eindruck entgegengetreten werden, bei der Pränataldiagnostik handele es sich um eine nicht nur erlaubte, sondern sogar sozial erwünschte Praxis, mit dem Ziel, die Geburt von Kindern mit bestimmten Merkmalen, in der Regel autosomalen Trisomien, zu verhindern.

Es ist nicht zu leugnen, dass es in der Folge medizinischer Entwicklungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einer allmählichen Verschiebung im Umgang mit Geburt und Elternschaft gekommen ist: Elternschaft ist in einem so bislang noch nicht gekannten Umfang zum Gegenstand der Planung geworden. Diese Verschiebung ist im Wesentlichen für die gestiegene Nachfrage nach Pränataldiagnostik (vor allem nach NIPD) verantwortlich. So gilt es kritisch zu beobachten, ob mit einer Aufnahme der NIPD in die Regelfinanzierung bei Risikoschwangerschaften diese Tendenz weiter verstärkt und auf die erwünschten Eigenschaften des Kindes ausgedehnt wird. Nachdem die Alternative der invasiven Diagnostik bereits seit Längerem Bestandteil der Regelfinanzierung bei Risikoschwangerschaften ist, scheint dies allerdings nicht sehr wahrscheinlich.

In diesem Zusammenhang ist noch ein weiterer Gesichtspunkt zu bedenken: Nachvollziehbar ist das Bestreben derer, die sich für die gesellschaftliche Anerkennung von Menschen mit Beeinträchtigung einsetzen, durch die Zurückweisung der Aufnahme der NIPTs in die Regelversorgung ein Signal gegen eine mögliche Diskriminierung geborener Menschen mit Trisomie zu setzen. Es soll verhindert werden, dass die Pränataldiagnostik dazu führt, Schwangerschaftsabbrüche nach einem auffälligen Befund zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen. Das widerspräche dem Bekenntnis zu Lebensschutz und gleicher Würde eines jeden Menschen. Dennoch ist fraglich, ob es sich nicht letztlich kontraproduktiv auswirken würde, wenn die Entscheidung gegen eine Aufnahme der NIPD in den Leistungskatalog der GKV fallen würde und der Einsatz dieser für die betroffenen Frauen bzw. Paare schonenderen Diagnostik damit gänzlich in den Bereich des Privaten verlagert werden würde.

Denn die Finanzierung dieser Diagnostik durch die GKV bietet immerhin einen Rahmen, der das Bewusstsein dafür wachhält und schärft, dass solche Maßnahmen nicht einfach Privatsache sind. Vielmehr bleiben sie – in der Inanspruchnahme, der Finanzierung und den zu ziehenden Konsequenzen – eingebettet in einen Kontext gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, die über die ethische Beratung zum Ausdruck gebracht wird.

Diese Einbettung hebt die mit der Pränataldiagnostik verbundenen Dilemmata nicht auf, macht sie aber sichtbar und drängt sie nicht ins Private ab. Kontraproduktiv würde sich aber sicher auch der Versuch auswirken, eine ethische Beratung rechtlich zu erzwingen. Hier stände zudem der Vorwurf im Raum, den betroffenen schwangeren Frauen nicht mit der nötigen Empathie zu begegnen. In diesem Fall würde der Lebensschutz zwar auf der Ebene gesellschaftlicher Verständigung festgehalten, der Zugang zu den Betroffenen allerdings unter Umständen erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht. Damit würden auch die Möglichkeiten verfehlt, sich konkret für die werdenden Eltern ebenso wie die ungeborenen Kinder einzusetzen.

10. Elternschaft im Beziehungsgefüge von Gesellschaft, Glauben und ungeborenem Leben

Verantwortliche Elternschaft steht in evangelischer Perspektive in einem Beziehungsgefüge zwischen den Eltern, dem Ungeborenen, der Gesellschaft und dem Glauben an Gott. Eine Beratung in kirchlicher Verantwortung wird dazu ermutigen, alle Bezugspunkte in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Elternschaft hat immer eine soziale Dimension. Mit dem Entschluss für eigene Nachkommen entscheidet sich ein Paar, die Grenzen der eigenen Identität und des eigenen Lebens zu überschreiten und einem neuen Menschen das Leben zu schenken. Dieser Entschluss begründet eine Beziehung, die sich von allen anderen Beziehungen grundsätzlich unterscheidet: Sie ist unauflöslich. Die Verantwortung für das ungeborene Kind liegt daher zuvörderst bei den Eltern.

Der Entschluss zur Elternschaft betrifft jedoch nicht nur die eigene Zukunft, er hat auch Auswirkungen auf die Gesellschaft als Ganze. Es ist daher auch im Sinne des Gemeinwohls, Regelungen zu schaffen, die Eltern und Familien besondere Unterstützung anbieten und das ungeborene Leben schützen.

Die soziale Dimension von Elternschaft birgt darüber hinaus noch eine weitere Konsequenz: Es sind immer auch die Auswirkungen der eigenen Entscheidung für andere, gerade auch für die möglicherweise mit Behinderungen geborenen Menschen und die Gesellschaft als Ganze zu bedenken – bei allem Respekt davor, dass gerade auch aus evangelischer Perspektive festzuhalten ist: Die Entscheidung für ein Kind, für die Pränataldiagnostik und auch für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund kann letztlich nur von den Betroffenen selbst, besonders von den betroffenen Frauen, gefällt werden. Insbesondere ist hier darauf hinzuweisen, dass aus der Summe individueller Entscheidungen, die jeweils aus nachvollziehbaren und zumindest subjektiv empfundenen guten Gründen getroffen wurden, eine Tendenz entstehen kann, die insgesamt grundlegende gesellschaftliche Überzeugungen infrage stellt.

Diese – auch in unserer Rechtsordnung verankerte – Überzeugung von der unbedingten Schutzwürdigkeit gerade des auf besondere Fürsorge angewiesenen und besonders verwundbaren ungeborenen Menschen ist tief im christlichen Glauben verankert. Das gesellschaftliche Allgemeine und der universale Horizont des Glaubens kommen in diesem Respekt vor der Würde des Lebens überein. Für evangelische Christinnen und Christen bewegt sich zudem die Lebensform der Familie immer auch im Rahmen der Beziehung, die durch den Gottesglauben begründet ist. Aus diesem Glauben empfangen Christinnen und Christen die Kraft, die unveräußerliche Treue, mit der sie sich von Gott beschenkt wissen, auch im Verhältnis zu den eigenen Kindern zur Geltung zu bringen.

Das Bekenntnis zu Jesus Christus, dem Gekreuzigten und Auferstandenen, lehrt eine besondere Achtsamkeit für die Zerbrechlichkeit und Verletzlichkeit des menschlichen Lebens, dessen Würde auch durch Krankheit und Behinderung nicht beeinträchtigt wird.

Die Lebensplanungen, Wünsche und Träume gerade werdender Eltern haben ihr tiefes Recht. Und doch werden auch die am weitesten fortgeschrittenen diagnostischen und kurativen Möglichkeiten die Verwundbarkeit des Lebens nicht aus der Welt schaffen. Die Zerbrechlichkeit des Lebens wird erst durch das rettende und vollendende Handeln Gottes überwunden werden.

Glossar

Direct-to-Consumer-Verfahren: Internetbasierter Vertriebsweg von Medikamenten, Diagnostika und Medizinprodukten vom Erzeuger zum Patienten/Kunden außerhalb der üblichen Arzt-Patienten-Beziehung, teilweise auch außerhalb nationaler gesetzlicher Regelungen.

Erst-Trimester-Screening (ETS): Vorgeburtliche Untersuchungen in der 11.-13. Schwangerschaftswoche mit Ultraschall (Nackenfaltenmessung) und Bestimmung schwangerschaftstypischer Hormone und Eiweiße, woraus mit weiteren Angaben (u.a. Alter der Schwangeren) ein Wert, insbesondere für das Auftreten einer Trisomie 21 beim Kind berechnet werden kann. Die Kosten der Untersuchungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens (<https://www.g-ba.de>).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten untersucht. Das IQWiG informiert in Form von wissenschaftlichen Berichten und allgemein verständlichen Gesundheitsinformationen über die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. (<https://www.iqwig.de/>). Aufträge darf das IQWiG ausschließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) annehmen.

Nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPD): Umfassender Begriff für alle vorgeburtlichen Untersuchungen, die ohne Risiko für den Fetus bei Schwangeren durchgeführt werden können. Häufig werden darunter ausschließlich pränatale Bluttests fetaler Zellen bei der Schwangeren verstanden.

Nichtinvasive Pränataltests (NIPT): NIPTs sind diagnostische Untersuchungen von fetalen Zellen im mütterlichen Blut. Meistens wird auf bestimmte Chromosomen-Abweichungen des Kindes untersucht.

Preimplantation Genome Diagnostics (PGD) (Präimplantationsdiagnostik (PID): PGD/PID sind diagnostische genetische Untersuchungen eines Embryos vor seiner Implantation in die Gebärmutter. Sie können bei der künstlichen Befruchtung nach gesetzlicher Regelung angewandt werden.

Pränatale Diagnostik (PND): PND umfasst alle potentiell einsetzbaren vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden bei Schwangeren, Embryos und Feten.

Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

Sozialgesetzbuch (SGB)

Strafgesetzbuch (StGB)

Trisomien: Ein Chromosom oder Teile davon liegen dreifach vor. Eine Trisomie des Chromosom 21 ist die Ursache für das Down-Syndrom.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen / UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Anmerkungen

- 1 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens (www.g-ba.de).
- 2 Im weiteren Text wird unterschieden zwischen Pränataldiagnostik (PND) als umfassender Kategorie, pränataler genetischer Diagnostik im Allgemeinen, Nichtinvasiver genetischer Pränataldiagnostik (NIPD) im Besonderen und Nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) als dem Verfahren zur Anwendung der NIPD.
- 3 Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen 1. Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, 2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, 3. Entbindung, 4. Häusliche Pflege, 5. Haushaltshilfe, 6. Mutterschaftsgeld, § 24c SGB V.
- 4 „(1) Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.
(2) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Abs. 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuchs zu treffen hat, hat vor der schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Abs. 1 des Strafgesetzbuchs die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 zu vermitteln, soweit dies nicht auf Grund des Abs. 1 bereits geschehen ist. Die schriftliche Feststellung darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß Abs. 1 Satz 1 oder nach der Beratung gemäß Satz 1 vorgenommen werden. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.
(3) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung der Indikation zu treffen hat, hat bei der schriftlichen Feststellung eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die Beratung und Vermittlung nach den Abs. 1 und 2 oder über den Verzicht darauf einzuholen, nicht aber vor Ablauf der Bedenkzeit nach Abs. 2 Satz 2.“; § 2a SchKG.
- 5 Es ist normal, verschieden zu sein. Inklusion leben in Kirche und Gesellschaft. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), herausgegeben vom Kirchenamt der EKD, Gütersloh 2015, www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/orientierungshilfe_inklusion2105.pdf.

6 Art. 8 UN-BRK: Bewusstseinsbildung

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um
 - a. in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;
 - b. Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen;
 - c. das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.
- (2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören
 - a. die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel,
 - i. die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen,
 - ii. eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern,
 - iii. die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern;
 - b. die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an;
 - c. die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen;
 - d. die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.
- 7 www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/ekd_text_71_im_geist_der_liebe_mit_dem_leben_umgehen.pdf.pdf. Umfassend behandelt die Frage der Schwangerschaftskonflikte aus evangelischer Perspektive die 2017 neu herausgegebene Broschüre „Mit der Frau, nicht gegen sie“. Schwangerschaftskonfliktberatung, Schwangerenberatung und Sexualpädagogik aus evangelischer Sicht, Düsseldorf 2017; www.diakonie-rlw.de/sites/default/files/publikationen/2017-06-frau-nicht-gegen-sie.pdf.
- 8 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.): Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. IQWiG-Berichte Nr. 623, Berlin 2018. Online unter: www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte-301/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s16-06-nicht-invasive-praenataldiagnostik-zur-bestimmung-des-risikos-autosomaler-trisomien-13-18-und-21-bei-risikoschwangerschaften.7776.html.
- 9 www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele.2946.html.
- 10, „Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn 1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.“
- 11, „(1) Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muß der Frau bewußt sein, daß das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und daß deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, daß sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in

Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuwehren. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.

(2) Die Beratung hat nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Die Beratungsstelle hat der Schwangeren nach Abschluß der Beratung hierüber eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung nach Maßgabe des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auszustellen. Der Arzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vornimmt, ist als Berater ausgeschlossen.“

12. „§ 5 Inhalt der Schwangerschaftskonfliktberatung

(1) Die nach § 219 des Strafgesetzbuches notwendige Beratung ist ergebnisoffen zu führen. Sie geht von der Verantwortung der Frau aus. Die Beratung soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht befehlen oder bevormunden. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens.

§ 8 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

Für die Beratung nach den §§ 5 und 6 haben die Länder ein ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen sicherzustellen. Diese Beratungsstellen bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung nach § 9. Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger sowie Ärztinnen und Ärzte anerkannt werden.

§ 9 Anerkennung von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

Eine Beratungsstelle darf nur anerkannt werden, wenn sie die Gewähr für eine fachgerechte Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 5 bietet und zur Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 6 in der Lage ist, insbesondere

1. über hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes und der Zahl nach ausreichendes Personal verfügt,
2. sicherstellt, daß zur Durchführung der Beratung erforderlichenfalls kurzfristig eine ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkraft hinzugezogen werden kann,
3. mit allen Stellen zusammenarbeitet, die öffentliche und private Hilfen für Mutter und Kind gewähren, und
4. mit keiner Einrichtung, in der Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, derart organisatorisch oder durch wirtschaftliche Interessen verbunden ist, daß hiernach ein materielles Interesse der Beratungseinrichtung an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht auszuschließen ist.“

13 Dass sich die EKD dieses Ziel explizit zu eigen gemacht hat, ist in der Orientierungshilfe des Rates der EKD „Es ist normal, verschieden zu sein“ von 2014 dokumentiert (www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/orientierungshilfe_inklusion2105.pdf).

14 siehe Fußnote 6

Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD

Prof. Dr. Reiner Anselm, München (Vorsitzender)

Dr. Anthea Bethge, Neuwied

Michael Brand MdB, Berlin

Regionalbischöfin Susanne Breit-Keßler, München (Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. Peter Dabrock, Erlangen

Prof. Dr. Angelika Dörfler-Dierken, Hamburg

Dr. Andrea Dörries, Hannover

Prof. Dr. Christine Gerber, Hamburg

Prof. Dr. Hans-Michael Heinig, Göttingen

Dr. Georg Kalinna, Köln

Steffen Kern, Stuttgart

Prof. Dr. Rebekka Klein, Bochum

Dr. Christiane Kohler-Weiß, Stuttgart

Brigitte Lösch MdL, Stuttgart

Prof. Dr. Hans-Richard Reuter, Münster

Prof. Dr. Cornelia Richter, Bonn

Prof. Dr. Gerhard Robbers, Trier

Prof. Dr. Matthias Rogg, Hamburg

Staatsminister Michael Roth MdB, Berlin

Prof. Dr. Eva Senghaas-Knobloch, Bremen

Staatsrat a. D. Hans-Peter Strenge, Hamburg

Ständige Gäste

Vizepräsident Dr. Horst Gorski, Hannover

Prälat Dr. Martin Dutzmann, Berlin

Dr. Klára Tarr Cselovszky, Budapest

Präsident Ulrich Lilie, Berlin

Geschäftsführung

OKR Dr. Roger Mielke, Hannover

www.ekd.de
