

„Schwangerschaft als Entscheidungsfall: Wie viel Wissen tut uns gut?“
 Online-Fachforum der Pua-Fachstelle im Diakonischen Werk Württemberg und des
 Hospitalhofs Stuttgart am 2. Dezember 2020

Silke Koppermann

Frauenärztin und Psychotherapeutin (TP) in Hamburg, und Sprecherin des Netz-
 werks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
 (www.netzwerk-praenataldiagnostik.de)

Was wollen Schwangere wissen – und ist Pränataldiagnostik die Antwort darauf?

Beide Fragen kann ich nicht beantworten, ich würde sagen: Es kommt drauf an und manchmal weiß man es erst hinterher.

Wie sieht Beratung für mich in der gynäkologischen Praxis aus?

Ärztliche Beratung geht immer über rein medizinische Beratung hinaus. Kernaufgabe von psychosozialer Beratung ist es, mit der einzelnen Schwangeren/dem Paar herauszufinden, was sie wissen will – und welches Wissen ihr persönlich nützt. Und das stimmt nicht immer damit überein, was die Anderen wissen wollen, der Partner oder die Partnerin, Angehörige und Freunde, die vielleicht begeistert davon sind, was man alles wissen kann heutzutage und dazu raten, weil es ja gut ist, möglichst viel zu wissen.

Die professionellen Begleiter/Betreuer, Behandler wie Hebammen, Gynäkologinnen, Pränataldiagnostiker fühlen sich verpflichtet, auf alles hinzuweisen und es anzubieten – das müssen sie ja auch. Die Beraterin ist eigentlich die am wenigsten Befangene und unter Druck Stehende, möchte sich vielleicht aber auch als medizinisch fachlich kompetent darstellen und will sich eventuell nicht mit der kooperierenden PD-Abteilung überwerfen, weil die Schwangere nach ihrer Beratung weitere Untersuchungen ablehnt und die Abteilung sie dann nie wieder empfiehlt.

Was wollen Schwangere wissen?

Junge oder Mädchen ist egal, Hauptsache: gesund.

Das erscheint als selbstverständlicher Konsens, vernünftig, sogar aufgeklärt. Wir fühlen uns fortschrittlich, dass bei uns nicht wegen des falschen Geschlechts Schwangerschaften abgebrochen werden dürfen - aus anderen, im werdenden Kind liegenden Gründen aber ja. Für eine indische Frau kann das falsche Geschlecht des werdenden Kindes existentiell sein – für manche arme Schwangere ist es wichtig, sich beizeiten auf Flohmärkten auf die Suche nach der passenden Erstausrüstung zu machen – und auch das Geschlecht ist ja nicht immer eindeutig und konstant.

Manche Schwangere gehen auch davon aus, dass alles normal sein müsste und meinen, eine Garantie dafür zu haben, dass ihr Kind gesund sein wird. Die Beratung zu Pränataldiagnostik stellt diese Gewissheit in Frage – sonst bräuchte es sie ja nicht zu geben.

Alles gesund?

Die Vorstellung davon, was gesund ist, ist sehr verschieden. Verschiedene Menschen empfinden verschiedene Abweichungen als schwerwiegend. Häufig werden intellektuelle Einschränkungen als besonders schwerwiegend und nicht akzeptabel empfunden – aber diese wiederum sind besonders schwer in der PD darstellbar und vor allem nicht in ihrer Prognose.

Nicht alle beschreiben genetische Besonderheiten als Krankheiten, besonders Angehörige von genetischen Minderheiten können sich selbst als „normal“ beschreiben, manche Gehörlose wünschen sich gehörlose Kinder.

Aufgabe von Beratung in der gynäkologischen Praxis zu PD ist es nicht, zu Beginn der Schwangerschaft einen Vortrag über mögliche Pathologien zu halten, um dann die entsprechende Diagnostik und mögliche Konsequenzen zu erklären.

Schwangere kommen meist als Erstes in die gynäkologische Praxis, um die Schwangerschaft bestätigen zu lassen - erfreut, erstaunt, irritiert, entsetzt, meist irgendwie alles zusammen. Diese Erstuntersuchung in der Frühschwangerschaft ist ein denkbar schlechter Zeitpunkt für Aufklärung über PD, die Schwangere ist müde, leidet an Übelkeit, ist noch verwirrt über die Tatsache an sich, schwanger zu sein. Und da ist es schwer zu sagen, was man über sein Kind wissen will, das ja noch ganz abstrakt und erst „im Kopf“ ist.

Was kann ich tun?

Es gibt eine lange Liste an Fragen, was sie jetzt tun und lassen müssen, damit die Schwangerschaft gut gedeiht. Ich erkläre, dass grundsätzlich die Schwangerschaft von alleine wächst und dass das gerade das Einzigartige ist, dass es weitgehend unbeeinflussbar ist und man Vieles nicht wissen kann, von eindeutig schädigenden Handlungen oder Umgebungsbedingungen mal abgesehen.

Manche fragen, was sie aktiv tun können, andere fragen, was sie (passiv) alles über sich ergehen lassen müssen und vor allem, was sie jetzt alles nicht mehr essen, machen, oder genießen dürfen - von rohem Fleisch über Sport und Sauna bis Geschlechtsverkehr. Es geht darum, sie zu bestärken, auf ihre Bedürfnisse zu hören.

Ich möchte gesichertes Wissen darstellen (z.B. Schädlichkeit des Mitrauchens für Schwangere und Kinder, zusammen mit Hilfestellung zum Rauchverzicht), aber auch scheinbar Gesichertes in Frage stellen und Falschinformationen richtigstellen. Es ist ja unglaublich, was da so alles kursiert – zu viel Fenchel ist nicht gut.

Schwangerenvorsorge

Ich erkläre die vorgesehene Schwangerenvorsorge und den Mutterpass, die vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen und bespreche ein von uns selbst erstelltes Infoblatt, wo die meisten sich stellenden Fragen abgehandelt sind und stelle mögliche andere Ansprechpartnerinnen wie Hebammen, Beratung und Unterstützungsangebote vor sowie solide Informationsquellen, wie die Website der BzGA

Und dann frage ich: Gibt es aus Ihrer Sicht irgendetwas, was besonders zu beachten ist oder wovor sie besondere Angst haben? Das können spezielle Ängste sein bei bekannten anamnestischen Risiken bei der Schwangeren selbst oder in der Familie, aber auch irgendein Erlebnis im Umfeld der Schwangeren. Manches kann man ausräumen, manchmal gibt es aus meiner Sicht ganz andere anamnestische Risiken, z.B. Thrombosen in der Familie. Wir besprechen: Was können wir in dieser Hinsicht tun, um ihr ein Gefühl von Sicherheit zu geben, um das Herauszufinden oder zu verhindern – und was wäre, wenn? Das könnte dann ein frühzeitiger Zuckertest sein, spezielle Nahrungsergänzung, das Kennenlernen von psycho-

sozialen Unterstützungsangeboten/Familienhebammen - oder auch spezielle pränataldiagnostische Untersuchungen.

Wer sind ihre wichtigsten Bezugspersonen und ihr soziales Netz, was ist hilfreich? So versuche ich mich an die speziellen Fragen und Bedürfnisse der Schwangeren heranzutasten und ggf. die Begleitung mit einzubeziehen. Manchmal ist es auch der befristete Arbeitsvertrag oder „Wie sag ich´s meinem Chef?“. Es hilft natürlich, wenn man die Schwangere schon länger kennt.

Ich habe mir jedenfalls angewöhnt, nicht die ganzen zusätzlich möglichen Untersuchungen aufzuzählen, was auf manche schon wie eine Empfehlung wirken könnte, sondern den Auftrag zu klären und zu fragen: Haben Sie Interesse an weitergehenden Untersuchungen? Was haben sie schon gehört? Die Meisten kennen das Wort Nackenfalte und haben auch schon mal was von Bluttests gehört – im Internet oder von Freundinnen. Ich frage sie, ob sie die Schwangerschaft nochmal in Frage stellen würden. Wenn sie das verneinen, sind doch fast alle frühen Untersuchungen überflüssig (ausgenommen eventuell ein Screening auf Präeklampsie bei entsprechender Indikation), alles andere zur Vorbereitung auf die Geburt kann auch später festgestellt und geplant werden. Manche formulieren dann: Nur Untersuchungen, die dem Kind nützen! Ich erkläre, wonach überhaupt gesucht wird – wie häufig das ist und ich sage auch, dass man Kinder mit verschiedenen Chromosomenzahlen auch bekommen kann.

Es kommt drauf an...

Notwendig?

Manche finden, sie bräuchten keine Untersuchungen, weil sie sich ja gut fühlen, sie wollen nur Untersuchungen, wenn Sie notwendig sind. Ich sage ihr, dass ich sie gerne in diesem Gefühl bestärken möchte und dass sie ihr Kind so bekommen kann, wie es ist – ich muss aber auch sagen, dass das leider kein Garant dafür ist, dass beim Kind keine Besonderheiten vorliegen und ich natürlich nur das bestätigen kann, was ich auch mit meinem Handwerkszeug überprüft habe. Die Notwendigkeit kann nur sie selber entscheiden – und das weiß man manchmal erst, wenn die Untersuchung stattgefunden hat und man etwas gefunden hat oder eben nicht.

Ich bereite sie darauf vor, dass sie dann vielleicht in ihrem Umfeld auf Unverständnis stößt und sich scheinbar rechtfertigen muss. (Leporello Bauchentscheidungen)

Garantie?

Andere Schwangere sagen, sie können sich ein behindertes Kind gar nicht vorstellen. Die meisten Kinder kommen ja gesund zur Welt und die Häufigkeit von Pathologien wird überbewertet. Ich muss dazu sagen, dass sich das vollständig nie ausschließen lässt, auch nicht durch noch so viele Untersuchungen – außer sie bekommt gar kein Kind. Diese Schwangere sollte dann eben mehr Untersuchungen machen lassen – meine Aufgabe ist es zu erklären, was ihr das bringen könnte, und vielleicht, dass mit einer Schwangerschaft und der Geburt eines Kindes die Planbarkeit sowieso beendet ist.

Schaff ich das?

Häufig stehen aber andere Besorgnisse dahinter: schaffe ich das überhaupt mit einem Kind, wie steht der/die PartnerIn dazu und natürlich auch: was ist, wenn das Kind mehr Unterstützung braucht – wie kriege ich dann mein Leben hin, wie wird das in der Partnerschaft? Das sind ja durchaus reale Sorgen, wo mehr Untersuchungen aber nicht die eigentlichen Fragen

beantworten. Da geht es vielleicht eher um die Partnerschaft, Abklärung des sozialen Netzes, frühe Hilfen u.a. „Fürsorge ist auch Vorsorge!“

Als Ärztin ist es immer leicht und auch verführerisch, viele Untersuchungen einzuleiten. Dann hat man auf alle Fälle nichts versäumt und nichts unterlassen – denn wer macht mir schon Vorwürfe, rufschädigende oder sogar juristische, wenn ich eher zu viel als zu wenig veranlasst habe? Aber manchmal ist es besser, über die Sorgen selbst zu reden. Untersuchungen, besonders überflüssige, können auch verwirrende Ergebnisse hervorbringen, die Untersuchungen selber können auch schon verunsichernd oder sogar traumatisierend sein, auch wenn sie nicht invasiv sind.

Für zusätzliche Untersuchungen in der Schwangerschaft gelten offensichtlich andere Kriterien und Grenzwerte für die Durchführung als sonst in der Medizin, wo ein Qualitätskriterium die „Number to treat“ und die „Number to harm“ ist, also wie viele Untersuchungen / Interventionen muss ich machen, damit einmal etwas Relevantes/Nützliches rauskommt und wie vielen habe ich auf dem Weg dabei geschadet. Man sollte übrigens Zahlen, Häufigkeiten, Sensitivitäten in realen Zahlen erklären. Meist bleiben es aber Bauchentscheidungen, was die Frau möchte – und Einflüsse von außen.

Alles unter Kontrolle?

Neulich war eine gesunde 29-jährige promovierte Ingenieurin aus Russland in der 7 SSW da, ich konnte im Ultraschall gerade einen kleinen Embryo mit Herzaktionen sehen und sofort überschwemmte sie mich mit ihrer Sorge, etwas falsch zu machen, und sie hätte ein Glas Wein im Urlaub getrunken (wie ganz viele, wenn sie im Urlaub schwanger werden) und wollte den „Test auf fetale DNA“ deshalb machen und es war kaum klar zu stellen, dass das in der Beziehung nichts nützen würde. Ich konnte sie nicht beruhigen und ihr Kontrollbedürfnis nicht thematisieren. Ich gebe das sonst dann als Aufgabe auf, bis zum nächsten Mal darüber nachzudenken, was will oder muss ich wissen, und zu Hause zu besprechen usw.

Die meisten überlegen das sehr genau und sind dankbar für den Denkanstoß, aber manche kommen dann in der 11. Woche stolz an, dass sie schon ETS gemacht hätten, weil das ihre Freundinnen wichtig fanden. Dann bin ich ein bisschen frustriert – aber es ist ihre Entscheidung – ich habe ein Angebot gemacht. Vorgestern habe ich mich dann über diese Frau höchst unprofessionell geärgert und verheddert, weil sie es nicht hören wollte, dass ich einen Bluttest für sie nicht indiziert fand und ihr sowieso keine Überweisung für diese IGe-Leistung ausstellen wollte. Ich hätte mir die Zeit sparen sollen – zumal sie sich schon vorher über ihre eigene Wartezeit beschwert hatte.

Schwangerschaftskonflikt

Manchmal wünschen sich Frauen mehr Untersuchungen, wenn sie im Schwangerschaftskonflikt sind: ein drittes Kind kriegen wir auch groß, aber was ist, wenn es krank ist? Schaffen wir das dann auch? Oder die Frau weiß schon, dass sie alleinerziehend sein wird. Was braucht sie, um sich das zuzutrauen: Unterstützung? – Untersuchungen?

Darf ich das?

Eine Schwangere kam neu zu mir, weil sie wusste, dass ich kritisch gegenüber PD und den Bluttests eingestellt bin. Ihre erste Tochter hat das Down-Syndrom, sie ist im Elternverein aktiv, setzt sich gegen Diskriminierung von Menschen mit Down-Syndrom ein, ist gegen ein Screening darauf, und überlegte, genau diesen Test zu machen. Gerade wegen unserer gemeinsamen Haltung wollte sie das mit mir besprechen – ihre Frauenärztin fand es selbstverständlich, dass sie den Test machen sollte. Sie konnte sich dem Angebot, „es wissen zu

können“, nicht entziehen, auch wenn für sie ein Abbruch nicht in Frage kam. Wir sprachen darüber, ob und wie sie das ihrer geborenen Tochter und auch diesem Kind gegenüber erklären und rechtfertigen würde, sie wusste, dass es allen ihren moralischen Ansprüchen widersprach. Sie hat den Test mit schlechtem Gewissen gemacht - ich konnte das gut verstehen.

Wer ist der Vater?

Eine meist schamhaft gestellte Frage ist: Wann bin ich schwanger geworden? Das bedeutet, es kommen mehrere Männer als Kindsvater in Frage. Manchmal kann man das durch Berechnung klären, manchmal wird nach vorgeburtlicher Klärung gefragt, häufiger von den potentiellen gewollten oder ungewollten Kindsvätern. Das ist bis jetzt verboten, aber mit dem neuen Angebot der Rhesus-Faktorbestimmung kann ja schon ein teilweiser Abstammungstest gemacht werden.

Dabei gibt es ja ganz andere Fragen: warum ist das passiert– kann ich ihm das „unterjubeln“? Oder: hat es vielleicht mit dem „Offiziellen“ nicht geklappt? „Inoffizielle Samenspende“? Oder die Frau dachte, sie sei unfruchtbar. Kann man sich darauf einigen, dass der Vater der ist, der der Vater sein will oder sollte? Neulich habe ich leider erst sehr spät in der Schwangerschaft auf Hinweis einer Freundin der Schwangeren kapiert, dass ein Anlass für die Gewalt durch den Ehemann und ihr Erdulden war, dass beide dachten, jemand anders könnte der Kindsvater sein – was sich rein rechnerisch klar ausschließen ließ, da war erstmal Erleichterung - das Beziehungsproblem war natürlich nicht gelöst.

Bei Schwangerschaften nach Fruchtbarkeitsbehandlung wird in der Regel ausdrücklich ein ETS empfohlen. Bei ICSI sind ja auch vermehrt Fehlbildungen beschrieben, was aber kein Grund für die Einschränkung der Methode zu sein scheint – aber will man denn die so mühsam entstandene Schwangerschaft wieder in Frage stellen? Alles herstellbar und dann Qualitätskontrolle und was dann?

Verständigung?

Ganz schwierig ist es, wenn wir gar nicht klären können, was die Schwangere wissen will bei Verständigungsproblemen und angenommenen kulturellen Unterschieden. Dann wird leicht angenommen, dass eine Flüchtlingsfrau das entweder sowieso nicht wissen will und schicksalsergeben ist oder sie wird ungefragt irgendwo hingeschickt, ohne zu erklären, was passieren soll und welche Konsequenzen das haben könnte.

Was heißt das konkret für die Aufklärung und den Umgang in Bezug auf ETS und Blutteste?

Ich erkläre, dass wir ja bei dem sogenannten 1.Screening um die 11. SSW das Kind angucken und grobe Auffälligkeiten sichtbar würden. Manchmal erscheint es nämlich im Diskurs so, als würden wir gar nicht gucken und dass man das ETS braucht, wenn man überhaupt etwas wissen will. Ich sage, es gibt genauere Untersuchungen, von Spezialisten mit tollen Geräten, die mehr sehen können. Wenn die Frauen es wissen wollen, erkläre ich ihnen, dass die Pränataldiagnostiker, was mir auch einleuchtet, primär ein ETS empfehlen, aus sachlichen Gründen – und vielleicht auch, weil sie diese Leistung anbieten und verkaufen möchten. Ich erkläre, wonach beim ETS geguckt wird und was das Ergebnis sein kann: selten eine Diagnose, meist die Bestätigung, es sieht alles gut aus, und im Ergebnis eine Zahl: die Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie ist 1:10.000, 1:100, 1:10.

Was fänden Sie beunruhigend? Ab 1:100, manche nennen auch 1:300 als Grenze, gilt der Befund als überprüfungsbedürftig, obwohl bei diesem Ergebnis 99 Frauen von 100 ein in dieser Beziehung unauffälliges Kind haben. 1:10 ist hoch auffällig, aber auch da haben 9 von

10 Kindern nicht das, wonach man sucht. (Ganze Zahlen sind verständlicher als Prozentangaben). Sie müssen dann entscheiden, ob Sie eine Abklärung mit Punktion wollen. Sie machen ja schließlich das ETS, um eine Punktion zu vermeiden.

Ich erkläre die Blutteste, die aus dem Blut der Schwangeren Chromosomenschnipsel des werdenden Kindes herausfiltrieren und damit herausfinden können, ob von einer Sorte zu viel ist, was ein Hinweis auf eine Trisomie ist, was dann aber auch immer mit einer Punktion bestätigt werden muss, besonders wenn man Konsequenzen wie einen Abbruch ziehen würde.

Im Ultraschall könne man sich eben das ganze Kind angucken, die Blutteste sind eine Engführung auf die Chromosomen. Bei einer geringen Wahrscheinlichkeit kann man sowieso den Sinn der Untersuchung in Frage stellen, und vor allem steigt das Risiko für falsch positive Befunde – das ist Testmathematik (das erklärt Ihnen Prof Scharf noch genau), und je nach mathematischem Verständnis der Schwangeren versuche ich das zu erklären, was wahrscheinlich nicht immer gelingt.

Ich sage auch, dass solche Diagnosen nur so früh gestellt werden müssten, wenn man einen Abbruch in Erwägung ziehen würde. Wenn man das Kind sowieso kriege, bräuchte man sich darum eigentlich keine Gedanken zu machen.

„Muss ich das machen?“ fragen manche Frauen

Nein, alle Untersuchungen sind freiwillig, die Mutterschaftsvorsorge sind Empfehlungen, und Schwangere haben ein Recht auf manche Untersuchungen. ETS und Bluttest sind Zusatzuntersuchungen auf eigenen Wunsch, was man schon daran sieht, dass man sie selber bezahlen muss.

Und manchmal betone ich je nach persönlicher Gefühlslage oder auch Aufnahmefähigkeit der Schwangeren: Es gibt bei uns kein Screening auf Trisomien – schon vor unserem geschichtlichen Hintergrund nicht, unsere Gesellschaft ist da zum Glück sensibel. Und man darf hier auch jedes Kind kriegen! Das scheint mir manchmal notwendig zu sagen.

Manche empfinden das als direktiv oder nicht ergebnisoffen, aber eigentlich ist es ja nur ein kleines Gegengewicht zu dem Mainstream von angeblichen Selbstverständlichkeiten zu sagen: Nein, Sie müssen das nicht! Aber wappnen Sie sich vor gutgemeinten Ratschlägen, „für mehr Sicherheit“, „tu dir das nicht an“ usw.

Ich finde, sie haben das Recht und eigentlich auch die Pflicht, andere Sichtweise zu erleben und ich sehe das auch als meine Pflicht an, die zu eröffnen. Die Schwangeren nehmen das meist auch wahr und wertschätzen die Authentizität. Und wer das nicht tut, bei der mache ich meine Arbeit.

Bluttests als Kassenleistung?

Und wie wird es, wenn die Bluttest Kassenleistung werden? Erscheint das dann als Empfehlung zur Inanspruchnahme? Wem stehen sie zu und wem nicht, was soll ein „erhöhter Überwachungsbedarf“ sein? Wer entscheidet das? Ich oder die Schwangere? Wem soll ich das vorenthalten? Wer würde sich das trauen – wenn dann doch was ist?

Oder doch bei auffälligem Befund nach ETS? Also IGEL als Voraussetzung für Kassenleistung?? Oder dreht sich schlechtestenfalls die Reihenfolge der Untersuchungen um, erst NIPT und dann weitersehen, also möglicherweise ein Screening auf Trisomien? (Empfehlen ja manche Humangenetiker) In der Folge von erhöhter Inanspruchnahme ohne Risikoselektion vermehrte falschpositive Befunde?

Die Frage: „Wieviel Wissen tut uns gut?“ leitet sich ja auch ab aus der Frage von Sandra Schulz in ihrem Buch: „Das ganze Kind hat so viele Fehler“, welches die meisten von Ihnen wohl gelesen haben: „Zerbrechen wir an dem Wissen, das wir uns gewünscht haben?“ Sie selber stolperte über einen Test in ganz andere Diagnosen, die sie ursprünglich gar nicht wissen wollte und über die sie gar nicht entscheiden wollte.

Und was kommt mit weiteren, scheinbar vernünftigen Bluttests auf uns alle zu?

Weitere Tests auf genetisch verursachte Erkrankungen sind in Vorbereitung, die nichts über die Ausprägung einer Erkrankung sagen.

Ab nächstem Sommer: Bestimmung der Blutgruppe des Kindes (Rh-Faktor) – erscheint ja vernünftig, um Anti-D Prophylaxe einzusparen, aber damit macht man auch schon fast einen Vaterschaftstest??

Diese scheinbar einleuchtenden Tests sind ein Einfallstor für viele andere. Wenn schon ein Test gemacht wird, kann man ja auch noch was anderes dazu ankreuzen, da gibt es ja auch jetzt schon Sonderangebote und Mengenrabatt. Die Entwicklung und auch die Einführung der Tests finden nicht auf Antrag von medizinischen Fachgesellschaften statt, sondern auf Antrag der Hersteller. Wie bei den NIPT auf Trisomien.

Ist Pränataldiagnostik die Antwort?

In der Praxis bin ich in das System der Schwangerenvorsorge und auch Pränataldiagnostik eingebunden. Die Entscheidungen fallen häufig aus anderen, außenliegenden Gründen – selten sagt eine Frau, zumindest in unserer Praxis: ich finde, es soll keine Kinder mit Down-Syndrom geben.

Häufig stehen sie unter Druck von verschiedenen Seiten, das werdende Kind kontrollieren zu lassen, haben Angst, ein Leben mit einem behinderten Kind nicht zu schaffen, können auf zu wenig Unterstützung zählen, haben Angst, dass ihr Kind leiden könnte.

Auf alle diese verständlichen Sorgen bieten Pränataldiagnostik und besonders frühe Tests eine scheinbar einfache Antwort, die Sicherheit suggeriert. Sie beantwortet aber die wenigsten Fragen – und manchmal verhindert es die Auseinandersetzung, und das ärgert mich. Andere Antworten wären nötig, sicher eine größere Unterstützung von Schwangeren und ihren Familien durch uns alle, durch Gesellschaft und Staat.

Aber es braucht auch eine öffentliche Diskussion über diese Missstände, die auf den Bäuchen der Schwangeren ausgetragen werden. Diese versuchen wir zusammen mit anderen mit dem **Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik** am Leben zu erhalten.

Für mich persönlich ist das eine Ergänzung zu meiner täglichen Arbeit – auch eine Entlastung und auch der Versuch der Wiedergutmachung für die Teilnahme an diesem selektiven System.