

Der nichtinvasive Pränataltest. Versuch einer ethischen Kartografie

U. Liedke

Am 19. September 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die konditionierte Aufnahme des nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) zur Risikobestimmung autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschlossen. Gemeinsam mit einer noch zu erarbeitenden Versicherteninformation soll die veränderte Fassung der Mutterschaftsrichtlinien (MuRL) 2021 in Kraft treten. Die Beschlussfassung des G-BA ist ein sinnvoller Anlass, um auf die über längere Zeit zum NIPT geführte Fachdiskussion aus einer ethischen Perspektive zu blicken.

Chancen und Dilemmata invasiver Pränataldiagnostik

Seit der Einführung der Amniozentese und der Chorionzottenbiopsie in den 1970er Jahren stehen insbesondere die invasiven pränataldiagnostischen Methoden im Zentrum einer intensiven ethischen Diskussion. Gemäß den Mutterschaftsrichtlinien sollen mit der ärztlichen Begleitung der Schwangerschaft, „mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden“ [1]. So können beispielsweise pränatale Behandlungen eingeleitet oder postnatale Therapien vorbereitet werden. Schwangere können in ihrer Sorge beruhigt oder auf die Geburt eines kranken beziehungsweise behinderten Kindes vorbereitet werden. Seit Anbeginn aber besteht die besondere Herausforderung der Pränataldiagnostik (PND) darin, dass der Vielzahl diagnostizierbarer Erkrankungen nur begrenzte the-

rapeutische Möglichkeiten gegenüberstehen. Angesichts fehlender kurativer Optionen führen positive pränataldiagnostische Befunde Schwangere beziehungsweise Paare oft in einen Schwangerschaftskonflikt. Er stellt in ethischer Perspektive ein unlösbares Dilemma dar, weil in ihm zwei Grundrechte kollidieren. Das Persönlichkeitsrecht der Frau und ihr Anspruch auf reproduktive Selbstbestimmung, die in Art. 2, Abs. 2 Grundgesetz (GG) begründet sind, kollidieren mit dem Lebensrecht des Unge-

borenen, das neben Art. 2 auch Art. 1, Abs. 1 GG zur Grundlage hat. Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Entscheidung aus dem Jahr 1993 ausdrücklich betont, dass die Rechtsordnung die Entfaltung der Menschenwürde „im Sinne eines eigenen Lebensrechts des Ungeborenen gewährleisten“ muss. „Dieses Lebensrecht wird nicht erst durch die Annahme seitens der Mutter begründet“ [2]. Der Gesetzgeber hat auf die Unlösbarkeit dieses ethischen Konfliktes so reagiert, dass er den Schwangerschaftsabbruch bis zur Vollendung der zwölften Schwangerschaftswoche als rechtswidrig bezeichnet und zugleich, sofern zuvor eine Beratung in Anspruch genommen wurde, auf eine Strafverfolgung verzichtet. Nach der 12. SSW ist eine Abtreibung nur zulässig (und dann auch nicht rechtswidrig), „um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden“ (§ 218a, Abs. 2 StGB).

Neben dem möglichen Schwangerschaftskonflikt sind mit der Praxis der Pränataldiagnostik eine Reihe weiterer ethischer Herausforderungen verbunden, in denen sich teilweise die spezifische Betroffenheit einzelner Personengruppen niederschlägt. Zunächst ist mit Blick auf die Schwangere und den Fötus auf das Fehlgeburtsrisiko invasiver Untersuchungsmethoden hinzuweisen. Es wird bei der Amniozentese mit 0,5 bis 1 Prozent, bei der Chorionzottenbiopsie mit 0,5 bis zwei Prozent angegeben [3]. Bei 8.538 beziehungsweise 4.261 im Jahr 2018 durchgeführten Untersuchungen [3a] wäre demnach von circa 64 bis 170 Fehlgeburten auszugehen. Da die Untersuchungser-



© Archiv

Der G-BA hat die Aufnahme des nichtinvasiven Pränataltests zur Risikobestimmung autosomaler Trisomien in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschlossen.

gebnisse bei invasiven Untersuchungsmethoden erst in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsverlauf vorliegen, sind Entscheidungen gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft mit einem Spätabbruch verbunden, bei dem eine künstliche Geburt eingeleitet werden muss. Im Jahr 2018 sind 2.818 Abbrüche nach der 12. SSW vorgenommen worden, davon 655 ab der 22. SSW [4]. Vielfach sind solche Spätabbrüche mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Darüber hinaus empfinden Frauen vielfach einen „Druck, diese Tests durchführen zu lassen“ [5]. Das hängt möglicherweise mit veränderten Wahrnehmungsformen und Einstellungen in der Gesellschaft zusammen, durch die eine Schwangerschaft stärker in den Bereich persönlicher Verantwortung und Selbstbestimmung einrückt. Menschen mit Behinderung und ihre Interessenverbände sehen darüber hinaus in der gegenwärtigen Praxis der Pränataldiagnostik eine Form sozialer Diskriminierung und „routinierter Frühelektion“ [6]. Nicht zuletzt müssen aber auch die Konflikte genannt werden, die für Ärzte mit der invasiven Pränataldiagnostik verbunden ist. Ihre Aufgabe, „die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen“ (BO § 1, Abs. 2) wird insbesondere angesichts von Spätschwangerschaftsabbrüchen in Frage gestellt. Dazu kommt, dass sie das Haftungsrisiko für den Fall einer falschen beziehungsweise unvollständigen Beratung tendenziell unfreier macht.

Die genannten ethischen Herausforderungen der invasiven Diagnosemethoden sind bekannt. Durch den NIPT werden sie allerdings teilweise erheblich verändert. Deshalb macht das neue Verfahren auch eine neue ethische Justierung erforderlich.

Der nichtinvasive Pränataltest (NIPT)

Seit 2012 sind in Deutschland Testverfahren zugelassen, die anstelle der

invasiven Verfahren lediglich eine Blutabnahme bei der Schwangeren voraussetzen. Mittels der genetischen Analyse sogenannter zellfreier fetaler DNA im mütterlichen Blut lassen sich Chromosomenanomalien des Fötus nachweisen. Gegenwärtig wird der NIPT zur Risikoeinschätzung der drei autosomalen Trisomien 13 (Patau-Syndrom), 18 (Edwards-Syndrom) und 21 (Down-Syndrom) eingesetzt. Seine Sensitivität und Spezifität gelten für das Down-Syndrom als hoch. Sie liegen gemäß dem Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei 99,13 beziehungsweise 99,95 Prozent [7]. Für die Trisomien 13 und 18 geht das IQWiG von einer Spezifität von 99,97 beziehungsweise 99,94 Prozent aus [8], schätzt die Sensitivität hier aber „als nicht robust“ ein [9]. Der NIPT muss gegenwärtig von den Müttern beziehungsweise Paaren als sogenannte individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) selbst finanziert werden. Die Anbieter halten deshalb unterschiedlich umfangreiche Testoptionen vor, die gegen-

wärtig von 129 bis circa 500 Euro reichen. Die Zahl der durchgeführten Tests ist in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich auf mittlerweile mehr als 100.000 Anwendungen gestiegen. Parallel dazu ist die Zahl invasiver Untersuchungen auf etwa 13.000 zurückgegangen [10].

Die faktische Risikolosigkeit des Bluttestes ist eines der wichtigsten Argumente, die für seine Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV vorgebracht werden: invasive Testverfahren könnten deutlich reduziert und damit Fehlgeburten als deren Nebenfolge vermieden werden. Da der Test bereits ab der 10. SSW eingesetzt werden kann [11] und Testergebnisse schon nach wenigen Tagen vorliegen, könnten darüber hinaus Spätabbrüche und die mit ihnen verbundenen Belastungen verringert werden. Diesen Chancen stehen auf der anderen Seite unverkennbare Risiken gegenüber. Für keine der Trisomien 13, 18 und 21 stehen kurative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Die Niedrigschwelligkeit des Tests könnte über-



© Depositphotos/gpointstudio

Wenn positive Testergebnisse unweigerlich mit der Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft verbunden sind, sollte hinreichend Raum für eigene Abwägungsprozesse bestehen.

dies zu einer quantitativen Ausweitung seiner Anwendung führen. Kritiker befürchten in diesem Zusammenhang einen Dambruch und damit einhergehend einen Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen. Sie befürchten darüber hinaus eine Zunahme des sozialen Erwartungsdrucks zur Testdurchführung. Würde der Test als zunehmend selbstverständlich betrachtet, wüchsen auch die eugenischen Tendenzen in der Gesellschaft an.

Die ethische Herausforderung des NIPT

In der Diskussion über die Aufnahme des NIPT in den Leistungskatalog der GKV sind in den zurückliegenden Jahren Argumente zur Sprache gekommen, die von strikter Ablehnung bis klarer Zustimmung reichen. Ihre Einordnung innerhalb einer ethischen Kartografie ist nicht voraussetzungslos, sondern setzt ihrerseits eine Reflexion der ethischen Herausforderungen voraus, die zugleich auf der Grundlage der geltenden Rechtslage erfolgen muss. Dieser Horizont soll zunächst abgeschritten werden. Gegenüber den bisherigen invasiven Untersuchungsverfahren radikalisiert sich mit dem NIPT das Ungleichgewicht von Diagnose- und Therapiemöglichkeiten: für die Trisomien 13, 18 und 21 existieren keine kurativen Handlungsoptionen. Deshalb erlangt eine andere Handlungsalternative eine ungleich höhere Bedeutung; die Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft. Wird diese Frage zu einem Entscheidungskonflikt, so stellt dieser ein unauflösliches ethisches Dilemma dar, weil in ihm – wie oben dargestellt – zwei Menschenrechte kollidieren. Für alle unlösbaren Dilemmata gilt, dass sie sich nicht nach einer Seite hin auflösen lassen, ohne zugleich die ethischen Argumente der anderen Seite zu vernachlässigen. Ethische Dilemmata können nicht stillgestellt, entschärft oder in

Routinen überspielt werden. Ihre angemessene Bearbeitung erfordert vielmehr individuelle Gewissensentscheidungen und damit einen Raum zur Reflexion und persönlichen Urteilsbildung. Was für individuelle Gewissenskonflikte allgemein gilt, ist auch für den NIPT uneingeschränkt gültig. Wenn positive Testergebnisse unweigerlich mit der Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft verbunden sind, sollte hinreichend Raum für eigene Abwägungsprozesse bestehen. Eine Anwendung des NIPT ohne die Verknüpfung mit der Förderung individueller Entscheidungskompetenz erscheint aus ethischer Sicht problematisch.

Die Zulassung des NIPT im Pro und Contra der Argumente

Die in den zurückliegenden Jahren zur Sprache gebrachten Positionierungen lassen sich drei grundsätzlichen Handlungsempfehlungen zuordnen. Nach ihnen sollte der NIPT entweder keine,

eine regelmäßige oder eine konditionierte Leistung der GKV werden.

Verzicht auf den NIPT als Leistung der GKV

Die Forderung, auf den NIPT als Kasernenleitung zu verzichten, ist insbesondere von der Deutschen Bischofskonferenz, der Caritas und verschiedenen Verbänden von beziehungsweise für Menschen mit Behinderung (unter anderem Lebenshilfe e.V.) vertreten worden. Sie haben regelmäßig auf das Lebensrecht des Fötus, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung und den sozialen Druck zur Inanspruchnahme des Tests aufmerksam gemacht.

Pflichtenethisch werden hierbei das Lebensrecht des Ungeborenen und das Anerkennungspostulat in Bezug auf Menschen mit Behinderung gegenüber allen anderen Argumenten priorisiert. Tugendethisch verbindet sich damit eine – zumindest implizite – Entschei-

Eine in der Ethik verbreitete Einteilung unterscheidet zwischen tugend-, pflichten- und folgenethischen Begründungsformen für ethische Urteile.

In der **Tugendethik** stehen die Haltung und die ethische Überzeugung der handelnden Person im Mittelpunkt. Für die Beurteilung von Handlungsmöglichkeiten wird darauf geachtet, dass sie mit dem eigenen Gewissen beziehungsweise der persönlichen Haltung übereinstimmen.

In der **Pflichtenethik** stehen die ethischen Normen und Prinzipien im Mittelpunkt. Für die Beurteilung von Handlungsmöglichkeiten wird darauf geachtet, dass die maßgeblichen Normen und Gebote umgesetzt werden.

In der **Folgenethik** stehen die Konsequenzen einer Handlung im Mittelpunkt. Für die Beurteilung von Handlungsmöglichkeiten wird insbesondere auf die mit ihnen verbundenen Folgen geachtet.

In der ethischen Urteilsbildung erweist sich die Verabsolutierung einer der drei Begründungsformen problematisch. Vielmehr ist es sinnvoll, tugend-, pflichten- und folgenethische Argumente ausgewogen miteinander zu verbinden.

derungserwartung, nämlich den Test nicht in Anspruch zu nehmen. Für die eingangs genannten Akteure ist die Verzichtsforderung meist auch Teil einer grundsätzlichen Kritik an der Praxis pränataler Diagnostik. Sie fordern, den von ihnen vorgebrachten Argumenten mehr Raum einzuräumen und die Zahl der vorgeburtlichen Untersuchungen insgesamt zu reduzieren. Da die Entscheidung des G-BA allerdings innerhalb des bestehenden Rechtsrahmens erfolgen musste und dessen Änderung gegenwärtig nicht auf der politischen Agenda steht, bedeutet die Verzichtsforderung folgenethisch, dass die oben genannten Probleme und Folgen der invasiven Testverfahren unverändert blieben. Zugleich bliebe der NIPT ein frei erhältliches Produkt auf einem nichtregulierten Gesundheitsmarkt, zu dem einkommensschwache Paare einen erschwerten Zugang haben. Deshalb ist die Verzichtsforderung zwar eine Stimme, die auf gravierende ethische Probleme der Pränataldiagnostik hinweist. Sie löst aber tendenziell das ethische Dilemma nach einer Seite auf und gibt daher den Erleichterungen, die mit dem NIPT verbunden sind, ein geringeres Gewicht. Die individuelle Gewissensentscheidung wird bei dieser Position durch eine implizierte Verhaltenserwartung entschärft.

Der NIPT als Regelangebot für alle Schwangere

Der eben dargestellten Verzichtsforderung steht auf der anderen Seite die Handlungsoption gegenüber, den NIPT zu einem Regelangebot für alle Schwangeren zu machen. Der Möglichkeit, ihn als Erstlinienstrategie [12], das heißt im Sinne eines Screenings einzusetzen, standen von Anbeginn schwere Bedenken gegenüber, sodass diese Option nur am Rande eine Rolle gespielt hat. Dagegen hat eine Position, wie sie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik vertre-

ten hat, breitere Aufmerksamkeit erlangt. Sie setzt sich dafür ein, „dass die Untersuchung keiner Schwangeren vorenthalten werden kann, also allen Schwangeren verfügbar gemacht werden sollte“ [13]. Es bräuchte damit nicht erst die Feststellung eines Schwangerschaftsrisikos, um den NIPT durchführen zu können. Diese Position geht pflichtenethisch von der klaren Priorität des Selbstbestimmungsrechtes der Frau aus. Tugendethisch wird damit das Dilemma ebenso wie die damit verbundene Gewissensentscheidung entschärft, sodass sich tendenziell ein „Abwägungsfortfall“ (Christian Lenk) konstatieren lässt. Folgenethisch kann diese Position auf die quantitative Reduktion invasiver Untersuchungen und des damit einhergehenden Fehlgeburtsrisikos verweisen. Auch die Zahl der Spätabbrüche und der mit ihnen verbundenen psychischen Belastungen dürfte abnehmen. Allerdings würde andererseits die Zahl von Abtreibungen aufgrund falsch-positiver Testergebnisse erkennbar zunehmen. Der NIPT würde überdies in stärkerem Maße zu einer Routineuntersuchung. Es wäre zu befürchten, dass die soziale Erwartung zur Inanspruchnahme des Tests damit anwachsen würde. Zugleich würden eugenische Tendenzen in der Gesellschaft tendenziell verstärkt.

Der NIPT als GKV-Leistung bei Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf im Einzelfall

Der G-BA hat sich in seinem Beschluss vom 19. September 2019 für eine konditionierte Anwendung des NIPT entschieden. Der Test soll nur bei „besonderen Risiken oder zur Abklärung von Auffälligkeiten [...] im Einzelfall“ [14] angewandt werden. Ein Screening wird ausdrücklich ausgeschlossen. Darüber hinaus soll die schwangere Frau vor und nach der Durchführung des NIPT durch den Arzt nach den Vorgaben des

Gendiagnostikgesetzes (GenDG) und des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) beraten und aufgeklärt werden [15]. In einer inhaltlich vergleichbaren Weise haben sich zuvor auch die meisten medizinischen Fachgesellschaften, die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) und namhafte Verbände (unter anderem pro familia) geäußert. Diese dritte Position konditioniert den NIPT in doppelter Weise: medizinisch wird die Testdurchführung auf Schwangerschaften mit einem erhöhten Überwachungsbedarf beschränkt, der für den konkreten Einzelfall zu beurteilen ist. Psychosozial wird die Anwendung an das Ergebnis einer Beratung zurückgebunden. Tugendethisch zielt der Vorschlag damit ausdrücklich auf die Stärkung der Gewissensentscheidung, für die ein expliziter Gesprächs- und Abwägungsraum vorgehalten wird. Pflichtenethisch wird die Dilemmasituation berücksichtigt und wachgehalten. Folgenethisch lässt sich erwarten, dass die Zahl invasiver Untersuchungen sinkt und damit auch die Zahl der durch die Untersuchung ausgelösten Fehlgeburten. Ebenso ist erwartbar, dass die Zahl der Spätabbrüche reduziert wird. Aufgrund der Beschränkung auf Schwangerschaften mit einem besonderen Überwachungsbedarf beziehungsweise Risiko würde zugleich die Zahl der falsch-positiven Testergebnisse begrenzt. Nichtsdestotrotz bleiben die Bedenken, die eine Zunahme der Zahl von Testdurchführungen und eine allmähliche Routinisierung des Angebots befürchten, bestehen. Wie der Deutsche Ethikrat befürchtet, könnte „sich der von den Frauen empfundene Druck, diese Tests durchzuführen“ [16] auch bei diesem Vorschlag vergrößern.

Offene Fragen

Der Beschluss des G-BA vom 19. September 2019 korrespondiert mit den Stellungnahmen der meisten fachli-

chen Gremien und zivilgesellschaftlichen Akteure. Auch in ethischer Perspektive sprechen viele Argumente für ihn. Die doppelte Konditionierung durch einzelfallbezogene Risikodiagnose und Beratungspflicht kann dazu beitragen, dass latente Automatismen zu einer routinemäßigen Anwendung des NIPT durchbrochen und zugleich Reflexionsräume eröffnet werden. Gleichwohl gehört es zur ehrlichen Diskussion von Dilemmata, dass auch offene Fragen und bleibende Risiken bedacht werden.

1. Im Beschluss des G-BA ebenso wie im überwiegenden Teil der medizinischen Diskussion werden die drei Trisomien 13, 18 und 21 gemeinsam behandelt. Allerdings bestehen zwischen ihnen auch wichtige Unterschiede, insbesondere zwischen den Trisomien 13 und 18 auf der einen Seite und der Trisomie 21 auf der anderen Seite. Sowohl beim Patau- wie auch beim Edwards-Syndrom versterben eine überdurchschnittlich hohe Zahl der Kinder vor oder unmittelbar nach der Geburt. Beim Down-Syndrom besteht demgegenüber eine sehr viel bessere Prognose für die Betroffenen. Zwar treten auch hier bestimmte Komplikationen gehäuft auf – von einer stark erhöhten Letalität im Säuglings- oder Kindesalter kann aber keineswegs ausgegangen werden. Vielmehr liegt die durchschnittliche Lebenserwartung der Betroffenen mittlerweile bei 56 Jahren [17]. Angesichts dieser Differenzen ist es widersprüchlich, „dass ausgerechnet das Down-Syndrom die Leitbehinderung der Pränataldiagnostik ist, obwohl Menschen mit Down-Syndrom in unserer Gesellschaft ein glückliches und erfülltes Leben führen können – häufig weitgehend selbständig“ [18].

2. Die dargestellten Unterschiede geben weiterhin dazu Anlass, über die Frage der Indikation nachzudenken. Immerhin darf nach dem Gendiagnos-

tikgesetz eine genetische Untersuchung nur mit Blick auf Eigenschaften des Embryos beziehungsweise Fötus durchgeführt werden, die „seine Gesundheit während der Schwangerschaft oder nach der Geburt beeinträchtigen“ (§ 15, Abs. 1 GenDG). Es erscheint zweifelhaft, ob das Down-Syndrom in einer generellen Weise unter diese Bedingung fällt. Legt man die „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik“ der Bundesärztekammer zugrunde, fehlt die Indikationsgrundlage für alle drei Trisomien: „Eine pränatale Diagnostik“, heißt es hier, „ist [...] geboten, wenn dadurch eine Erkrankung oder Behinderung des Kindes intrauterin behandelt oder für eine rechtzeitige postnatale Therapie gesorgt werden kann. / Für das Kind fehlt es dann an einer Indikation für die pränatale Diagnostik, wenn [...] sich keine Therapiemöglichkeiten abzeichnen“ [19]. Angesichts der fehlenden Therapiemöglichkeiten greift eine allein auf den Gesundheitszustand des Kindes bezogene Indikation offenbar zu kurz. Vielmehr ist auch die physische und psychische Gesundheit der Schwangeren in die Indikation einzubeziehen. Danach wäre die Anwendung eines NIPT nur dann angezeigt, wenn neben dem Risiko für eine Trisomie zugleich auch die Gefahr „einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“ (§ 218a Abs. 2 StGB) besteht. In diese Richtung scheint auch die vom G-BA beschlossene Ergänzung der Mutterschaftsrichtlinien zu gehen, die den NIPT für Einzelfälle vorsieht, „um der Schwangeren eine Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Situation hinsichtlich des Vorliegens einer Trisomie im Rahmen der ärztlichen Begleitung zu ermöglichen“ [20]. Allerdings geht diese Formulierung inhaltlich nicht über die Zielbestimmung von § 10 Abs. 3 GenDG hinaus. Eine deutlichere Rückbindung an die im § 218a Abs. 2 genannte

Gefahr hätte hier für mehr Klarheit gesorgt und die Indikationsgrundlage mit der Risikobeurteilung für das Kind und die Schwangere verknüpft.

3. Der Beschluss des G-BA ist erkennbar von dem Interesse geleitet, einen Raum für individuelle Gewissensentscheidungen zu eröffnen und eine routinemäßige Anwendung des NIPT abzuwehren. Zu fragen bleibt dennoch, ob sich diese Intention angesichts der beträchtlichen Nachfrage nach dem NIPT und seiner – auch weiterhin – freien Verfügbarkeit auf dem Gesundheitsmarkt durchsetzen kann. In der Diskussion war es unverkennbar, dass der Zusammenhang des NIPT mit dem gesellschaftlich brisanten Thema des Schwangerschaftsabbruchs eher ausgeblendet wurde. Je mehr aber der NIPT als ein primär medizinisches Thema wahrgenommen wird, umso weniger erscheint seine Rückbindung an individuelle und gesellschaftliche Abwägungsprozesse erforderlich zu sein. Darüber hinaus könnte sich auch die bestehende Rechtslage zur Arzthaftung und Unterhaltungspflicht bei falscher oder unvollständiger Beratung als Beschleuniger in Richtung auf eine vermehrte Testdurchführung auswirken. Aus all diesen Gründen bleibt das Thema des NIPT nicht nur ein medizinisches, sondern stets auch ein gesellschaftliches Thema, dessen Chancen, Gefahren und Entwicklungstendenzen konstant wahrgenommen und kritisch diskutiert werden sollten. ■

Literatur beim Autor

Prof. Dr. theol. habil. Ulf Liedke
Evangelische Hochschule Dresden (ehs)
Dürerstraße 25, 01307 Dresden
E-Mail: ulf.liedke@ehs-dresden.de