

Vivian Weigert

Bekommen wir ein
gesundes Baby?

Vivian Weigert

Bekommen wir ein
gesundes Baby?

**Was Sie über
pränatale Diagnostik
wissen sollten**

Kösel

Copyright © 2006 Kösel-Verlag, München,
in der Verlagsgruppe Random House GmbH

Illustrationen auf den Seiten 77, 80, 90, 91, 97, 98, 99,
120, 127: Julia Beltz, Wiesbaden

eISBN 978-3-641-55910-6

www.koesel.de

Inhalt

Vorwort	11
1 Eine wichtige Entscheidung	13
Hoffnungen in der Schwangerschaft	13
<i>Ein genetisches Risiko?</i> 14	
<i>Der seelische Gesundheitszustand</i> 14	
<i>Der Weg zu einer guten Entscheidung</i> 16	
Der Altersfaktor	19
<i>»Späte« Schwangerschaft – na und?</i> 20	
<i>Ein unzertrennliches Chromosomenpaar</i> 22	
<i>Die Fruchtbarkeit nimmt ab</i> 22	
Ärztliche Empfehlung	23
<i>Im Vorfeld einer vorgeburtlichen Untersuchung</i> 23	
<i>Nach einem belastenden Befund</i> 25	
Beratung	28
<i>Humangenetische Beratung</i> 28	
<i>Psychosoziale Beratung</i> 30	
Gesellschaft und Moral	32
<i>Andere Länder, andere Sitten</i> 33	
<i>Vorwürfe, Schande, gesellschaftlicher Druck – ein Wertewandel</i> 34	
<i>Wessen Wunschkind?</i> 38	
<i>Gen-Tests und Krankenversicherung</i> 39	

Die Partnerschaft	41
<i>Das können Männer tun</i>	42
Das Risiko	44
<i>Verwirrende Zahlen – leicht zu erklären</i>	44
<i>Was nährt mein Vertrauen?</i>	45
<i>Risiken, die sich vermeiden lassen</i>	47
Sorgen und Ängste	51
<i>Wie geht es unserem Kind?</i>	52
<i>Rituale gegen die Angst</i>	53
2 Die Methoden vorgeburtlicher Diagnostik	57
Die Methoden im Überblick	57
<i>Recht auf Aufklärung und Nicht-Wissen</i>	59
Ultraschall	62
<i>Das Frühscreening</i>	63
<i>Der »große« Ultraschall und weitere Organ-Diagnostik</i>	67
<i>Untersuchungsverlauf und Risiken</i>	69
<i>Geht es auch ohne Routine?</i>	70
<i>Argumente gegen Ultraschalluntersuchungen</i>	70
Blutuntersuchungen	72
<i>Blutuntersuchung des Frühscreenings</i>	73
<i>Triple-Test</i>	74
<i>AFP-Test</i>	77
Amniozentese – Fruchtwasseruntersuchung	78
<i>Untersuchungsverlauf und Risiken</i>	79
<i>Das kann die Untersuchung zeigen</i>	80
<i>Erfahrungen mit der Amniozentese</i>	81
<i>Komplikationen nach dem Eingriff</i>	81
<i>Das Fehlgeburtsrisiko</i>	82
<i>Mögliche Folgen für das Kind</i>	82
<i>Die lange Wartezeit</i>	83
<i>Wenn der Befund da ist</i>	86
<i>Fehldiagnosen und Mosaikbefunde</i>	87

Chorionzottenbiopsie	88
<i>Untersuchungsverlauf und Risiken</i>	89
<i>Das kann die Untersuchung zeigen</i>	90
<i>Zeitpunkt und Wartezeit</i>	90
<i>Komplikationen nach dem Eingriff</i>	92
<i>Das Fehlgeburtsrisiko</i>	92
<i>Mögliche Folgen für das Kind</i>	92
<i>Fehldiagnosen und Mosaikbefunde</i>	93
Nabelschnurpunktion	94
Genetische Analysen	96
<i>Chromosomenanalyse</i>	96
<i>FISH-Diagnostik</i>	97
<i>DNA-Analyse</i>	98
<i>Stoffwechseluntersuchung</i>	99
Unklare genetische Befunde	100
<i>Mosaikbefund</i>	100
<i>Pseudomosaik</i>	100
<i>Fehldiagnosen</i>	101
<i>Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Diagnostik</i>	102
Präimplantations-Diagnostik	105
3 Mögliche Diagnosen und ihre Bedeutung	107
Der »positive« Befund	107
<i>»Was Verkehrtes im Bauch«</i>	108
<i>Im Labyrinth der Gefühle</i>	109
<i>Die schwerste Entscheidung des Lebens</i>	111
Angeborene Fehlbildungen	113
Vererbungswege	115
Chromosomenveränderungen	117
<i>Strukturelle Veränderungen</i>	117
<i>Numerische Veränderungen</i>	117

Trisomie 21 – Down-Syndrom	119
<i>Häufigkeit</i>	120
<i>Auswirkungen</i>	121
<i>Kim</i>	124
<i>Tobias</i>	124
<i>Michaela</i>	126
Trisomie 13 und Trisomie 18	126
Geschlechtschromosomen-Veränderungen	129
<i>Klinefelter-Syndrom: 47, XXY</i>	130
<i>47, XYY-Syndrom</i>	131
<i>Triplo-X-Syndrom: 47, XXX</i>	132
<i>Turner-Syndrom: 45, X</i>	132
<i>Dominic: Erhoffte Diagnose ohne Gewähr</i>	134
Spina bifida und Hydrocephalus	135
<i>Spina bifida</i>	136
<i>Hydrocephalus</i>	138
<i>Antonia Egger: Mein Leben als Spina-bifida-Patientin</i>	140
Lippen-Gaumen-Spaltbildung	141
<i>Die Phasen der Behandlung</i>	143
<i>Die Ernährung eines Babys mit LKGS-Spalte</i>	143
4 Verlust und Trauer	146
Fehlgeburt nach invasiver Diagnostik	146
Der Abbruch der Schwangerschaft	150
<i>Steht die Entscheidung unausweichlich fest?</i>	150
<i>Die medizinische Indikation</i>	151
<i>Die Abtreibung nach pränataler Diagnostik</i>	152
<i>Die psychische Belastung</i>	154
<i>Abschied vom Baby</i>	155
<i>Die Zeit danach</i>	156
<i>Kerstin Bauer: Eine glücklose Schwangerschaft</i>	158
Leere Wiege – Rückbildung	162

Diagnose: Nicht lebensfähig	164
<i>Geburt als Ende des Lebens</i>	164
Abschied nehmen	170
5 Besondere Kinder	172
Die Hoffnung ist stärker	172
Anke Walendzik: Elias (Down-Syndrom)	174
Tanja Hardeman: Anniek (Spina bifida)	181
Gisela Hinsberger: Sofie (Spina bifida)	187
Erna Strauß: Julia (Down-Syndrom)	193
Kraft schöpfen in der Schwangerschaft	198
<i>Nach erschreckender Diagnose: Atemtherapie</i>	199
6 Gute Vorsorge	202
Gut vorsorgen lohnt sich	202
<i>Weniger ist mehr</i>	203
Frühgeburt verhindern	205
<i>Die schulmedizinische Behandlung</i>	207
<i>Die ganzheitliche Behandlung</i>	209
<i>Psychosoziale Begleitung</i>	211
Anhang	213
Glossar	213
Literatur	215
Adressen	217
Kontakt zu Vivian Weigert	223

Vorwort

Ein Baby ist »unterwegs« – wird es gut ankommen? Die Schwangerschaft ist eine ganz besondere Zeit, denn als werdende Eltern erleben Sie jetzt vieles zum ersten Mal im Leben. Ähnlich wie Ihr Baby sind auch Sie selbst »unterwegs« ... und Ihr Weg ist nicht immer genau vorgegeben, Sie machen sich viele Gedanken. Um einen Weg so zu gehen, wie es einem selbst entspricht, ist Reflexion wichtig und notwendig: Welche Möglichkeiten oder Richtungen stehen offen, von welchen Wünschen oder Fantasien werden sie gelenkt, was versprechen sie und welche Erfahrungen werden wohl zu erwarten sein ...?

Es ist richtig, keine unüberlegten Schritte zu tun, die vielleicht neue, bleibende Fakten schaffen. Besonders in Bezug auf die Pränataldiagnostik. Sie wird mit dem Versprechen von Sicherheit empfohlen – und Sicherheit, auch wenn es nur ein Zipfelchen ist, wünschen sich alle werdenden Eltern mehr als vieles andere. Denn die Schwangerschaft ist ja eine Zeit der Erwartung, der »guten Hoffnung«, eine Zeit der Ungewissheit und des Wandels. Eine geheimnisvolle Zeit.

Alle Kulturen dieser Welt haben Traditionen, die schwangere Frauen während dieser Zeit vor unnötigen Sorgen bewahren und sie darin bestärken, sich immer wieder voller Vertrauen der Freude auf das neue Leben zu überlassen. Bei uns scheint die Pränataldiagnostik heute den Platz einer solchen Tradition einnehmen zu wollen – aber ist sie dafür geeignet? Oder belastet ihr distanzierender Blick auf das Ungeborene in Wirklichkeit die frühe Phase einer Mutter-Kind-Bindung? Die Pränataldiagnostik ist ein noch recht junger medizinischer »Industriezweig«, dessen Knospen und Blüten jedoch den vielfältigsten Interessen dienen, das ist unübersehbar.

Sie tun deshalb als werdende Eltern sehr gut daran, Empfehlungen zunächst in einem hellen, kritischen Licht zu betrachten. Es ist meine Hoffnung, Ihnen mit all den Informationen in diesem Buch dabei zu helfen, den vor Ihnen liegenden Weg in aller Ruhe aus den verschiedensten Perspektiven zu beleuchten. Ihrem einzigartigen Baby zuliebe!

Vivian Weigert, Sommer 2006

1 Eine wichtige Entscheidung

Hoffnungen in der Schwangerschaft

Noch nie war es so sicher wie heute, ein gesundes Kind zu bekommen. Medizinische Fachblätter, wissenschaftliche Studien, Statistiken – überall wird bestätigt: werdende Eltern haben heute jeden Grund, im wahrsten Sinne des Wortes »guter Hoffnung« zu sein. Die Situation für Frauen, die ein Kind erwarten, ist niemals besser gewesen. Die medizinischen Möglichkeiten, bei Schwierigkeiten einzugreifen, sind optimal. So kann der Berufsverband der Frauenärzte stolz verkünden: »Trotz des im Durchschnitt höheren Gebäralters ist die perinatale Sterblichkeit in Deutschland auf früher unvorstellbar niedrige Werte gesunken.«

Etwas mehr als 30 Jahre beträgt heute bei uns das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes, doch perinatal – »um die Geburt«, genau genommen vom Geburtsbeginn bis zum 7. Lebenstag – tragen die Kinder von älteren Frauen mit guter Gesundheit geringere Risiken als die Kinder von jüngeren Frauen mit schlechter Gesundheit. Die gesunden Lebensbedingungen haben sich für die meisten schwangeren Frauen verbessert und dazu tragen neben der medizinischen Versorgung viele Faktoren bei, darunter auch ein stark erweitertes Angebot an psychosozialer Beratung und Betreuung rund um die Geburt. All dies sorgt dafür, dass es den Babys bei der Geburt und danach heute besser geht denn je.

Wird somit die Zeit der Schwangerschaft heute unbeschwerter erlebt? Man könnte meinen, diese positiven Veränderungen würden das Leben von schwangeren Frauen und ihren Partnern erleichtern, sodass sie ihrer Zukunft mit rosigeren Gefühlen entgegensehen können als früher. Doch von allen, die mit werdenden Eltern beruflich befasst sind – Hebammen, Gynäkologen, Gynäkologin-

nen und Geburtsvorbereiterinnen – wird einhellig das Gegenteil behauptet: Schwangere Frauen machen sich heute mehr Sorgen als früher darüber, ob sich ihr Baby gesund entwickelt.

Ein genetisches Risiko?

Obwohl die Aussichten auf ein gesundes Kind kaum besser sein könnten, stehen werdende Mütter und ihre Partner unter stärkerer psychischer Anspannung und leben mit mehr Seelenstress denn je. Gesundheit hat eine neue Dimension bekommen: Ein genetisches Risiko ist der Punkt, um den die angstvollen Gedanken werdender Eltern nun am meisten kreisen. Wird unser Kind eine Behinderung haben? Wie können wir vorsorgen? Ist mit unserem Baby alles in Ordnung? Fast täglich steht etwas über »die Gene« in den Zeitungen, aber was sie in unserem Leben wirklich bedeuten, ist bislang offenbar auch durch Wissenschaftler kaum einzuschätzen.

Ob das Baby wohl gesund ist, war zu allen Zeiten die tiefste Sorge von werdenden Müttern. Dass diesbezügliche Befürchtungen in periodischen Abständen auftauchen, gehört zu jeder normalen Schwangerschaft. Die genetische Perspektive öffnet aber heutzutage neue Wege für diese natürlichen Sorgen und stellt sie in den ungewohnten Zusammenhang einer Art *Qualitätskontrolle* für das Ungeborene.

Neu ist heute auch, dass von gesetzlicher Seite einem Schwangerschaftsabbruch bis kurz vor der Geburt nichts im Wege steht, wenn die medizinische Indikation gegeben ist. Dazu zählt laut § 218 »die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren«, sofern sie nicht »auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann«.

Der seelische Gesundheitszustand

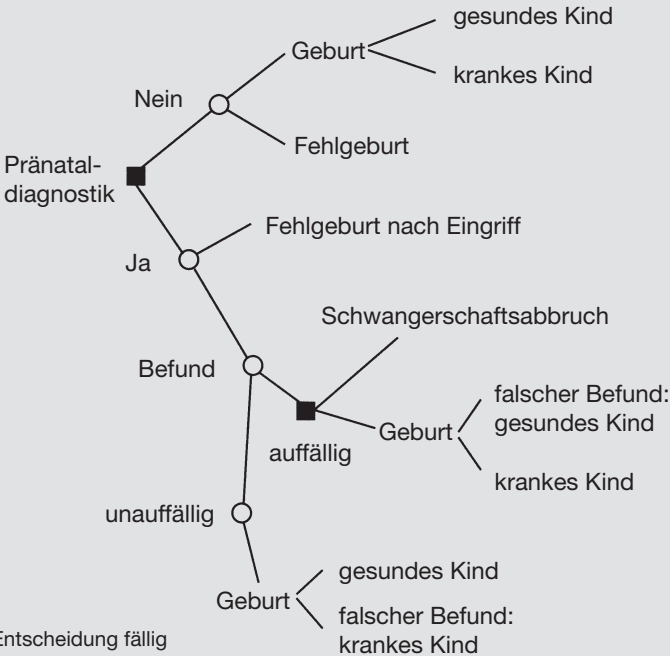
All das stellt schwangere Frauen und ihre Partner vor ganz schwierige Entscheidungen. Sie sehen sich sowohl mit ethischen Fragen über »lebenswertes Leben« als auch mit grundsätzlichen Fragen

zum Schwangerschaftsabbruch konfrontiert. Zum Beispiel muss eine Frau, die eine Amniozentese in Erwägung zieht, fürchten, dass eine schwerwiegende Behinderung bei ihrem Baby entdeckt wird oder dass der Eingriff eine Fehlgeburt auslöst und sie ihr gesundes Baby verliert bzw. auch, dass ein falsches Untersuchungsergebnis sie zur Abtreibung ihres gesunden Babys verleitet.

So viele ungeklärte Fragen – die Freude über die Schwangerschaft, die Vorfreude auf das Leben mit dem Baby werden meist erst einmal so weit wie möglich auf Eis gelegt. Die Beziehung zum Ungeborenen wird verschoben.

Mögliche Wege

Ein konsequentes Durchdenken der möglichen Entscheidungsfolgen lohnt sich von Anfang an, schon vor der Antwort auf die erste entscheidende Frage: Pränataldiagnostik – ja oder nein?

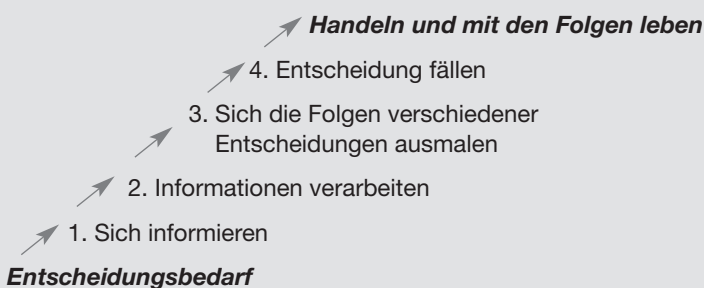


Der Weg zu einer guten Entscheidung

Mit der Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik sehen sich werdende Eltern heute in jedem Fall konfrontiert, ob sie es wollen oder nicht. Mehr als zwei Drittel aller schwangeren Frauen leiden dabei unter Entscheidungsproblemen. Das ergab eine wissenschaftliche Studie 1997, wahrscheinlich fällt dieser Anteil inzwischen schon höher aus. Einerseits fühlen sich werdende Eltern unter Druck, ihr ungeborenes Kind einer genetischen Analyse zu unterziehen, andererseits haben sie Angst, ihr Baby durch den Eingriff zu verlieren oder zu schädigen. »Und was machen wir, wenn das Ergebnis zeigt, dass unser Kind tatsächlich eine Behinderung haben wird?« – Dies ist eigentlich die erste Frage, die vor einem genetischen Test geklärt werden sollte. Und gerade damit fühlt man sich in der Regel überfordert.

Eine Entscheidung, mit der es sich leben lässt

Dieses Schaubild zeigt, wo's langgeht:

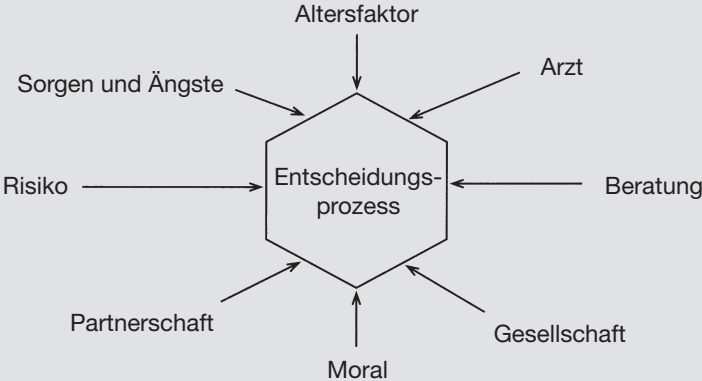


Ein britisches Forscherteam untersuchte 1993 die Art, wie schwangere Frauen bei der ärztlichen Vorsorge über genetische Tests aufgeklärt werden. Sie stellten fest, dass die Informationen, aufgrund derer die Schwangeren sich für oder gegen eine Amniozentese entscheiden sollten, viel zu allgemein und vage gehalten waren und dass manche sehr wesentliche Einzelheiten überhaupt nicht zur Sprache kamen.

Wem wichtige und nötige Informationen fehlen, der kann keine wohlüberlegte Entscheidung fällen. Doch nur nach einer fundierten, freien Entscheidung kann man mit den Folgen auch gut leben. Im Zusammenhang mit genetischen Tests sind bei werdenden Eltern Entscheidungen fällig, die Auswirkungen auf ihr ganzes weiteres Leben haben. Sie sollten sich deshalb ausreichend Informationen beschaffen, und zwar so früh wie möglich, denn auch Zeitdruck kann einer zufriedenstellenden Entscheidung im Wege stehen. »Sich informieren« kann viel bedeuten. Erfahrene Beraterinnen schlagen vor, sich zuerst der Faktoren bewusst zu werden, die auf die persönliche Entscheidungsfindung Einfluss nehmen. Auf die acht häufigsten dieser möglichen Einflussfaktoren (siehe Grafik) gehe ich hier im 1. Kapitel ausführlich ein. Bei eingehender Betrachtung fallen Ihnen vielleicht etliche Ungereimtheiten auf – und Sie haben es in der Hand, wie viel Gewicht Sie einzelnen Faktoren in Ihrem eigenen besten Interesse geben wollen.

Informieren Sie sich ausreichend – und zwar so früh wie möglich.

Faktoren, die Einfluss haben



Welche Faktoren beeinflussen in *Ihrem* Leben die bedeutenden Entscheidungen, die vor Ihnen liegen?

Quelle: Kerstin Wüstner, Genetische Beratung. Psychiatrie Verlag, Bonn, S. 226

Aber zunächst: eine kleine Übung, die sich in der Beratungspraxis bewährt hat, um sich die Folgen einer jeden möglichen Entscheidung ganz konkret auszumalen und sich richtig bildhaft hineinzuversetzen. Angenommen, es geht um die Amniozentese. Man kann damit beginnen, dass man sich fragt: »Was hindert mich denn, die Amniozentese machen zu lassen?« Oder auch: »Was brauche ich, um die Amniozentese nicht machen zu lassen?«

Hinspüren

Stellen Sie zwei Stühle bereit, einen für »Pro«, einen für »Contra«. Setzen Sie sich abwechselnd darauf und lassen Sie sich die jeweilige Situation dazu ausführlich durch den Kopf gehen. Nein, nicht nur durch den Kopf: Malen Sie sich die Situation so lebendig aus, dass Sie richtig spüren können, wie es Ihnen dabei geht. Die Frage ist: Womit kann ich mir vorstellen zu leben, womit nicht? Es ist gut, zu merken, wo noch gezielte Fragen bestehen oder was noch belastet.

Ein Beispiel:

Stuhl 1: Ich bin jetzt in der 15. Woche. Heute ist Freitag, nächsten Mittwoch lasse ich die Amniozentese machen. Ich habe mir einen guten Platz ausgesucht, nur Gutes gehört, die Leute haben echt Erfahrung dort. Wie fühle ich mich jetzt? Wie ist meine Atmung? Jetzt ist Mittwoch, mein Mann und ich sind in der Klinik angekommen. Die Schwestern sind nett. Ich lege mich auf die Untersuchungsliege und warte ... Wie fühle ich mich? Hindert mich etwas, mich wohl zu fühlen?

Stuhl 2: Ich bin jetzt in der 16. Woche. Ich habe mich gegen die Amniozentese entschieden. Ich möchte mich nicht mehr von diesem Kind trennen, ich meine schon zu spüren, wie es sich bewegt. Ich habe mich informiert, ich bin mit meinem Partner einig. Wir wollen das Baby so annehmen, wie es ist. Er denkt sich schon Namen aus. Morgen gehe ich mir Schwangerschaftsachen kaufen. Wie fühlt sich mein Körper an, wie ist meine Atmung, wie ist der Kontakt zu meinem Kind? Welche Unterstützung werde ich in dieser Schwangerschaft brauchen, damit ich sie genießen kann?

Nehmen Sie sich Zeit, experimentieren Sie ganz in Ruhe und wechseln Sie ruhig öfters hin und her. Versuchen Sie, einfach mal beide Situationen anzunehmen und hinzuspüren: Was fühlt sich leichter an für mich, wo ist mehr Hoffnung?

Der Altersfaktor

Über Familienplanung machte sich schon Platon in seinem Entwurf des perfekten Staates im 4. Jahrhundert v. Chr. Gedanken und hielt es für das Beste, wenn der Staat die »Zusammenpaarung« von Mann und Frau regelt. Ganz entscheidend fand er das Alter, in dem nach »göttlichem und menschlichem Recht« für Nachwuchs gesorgt werden darf: Frauen sollten zwischen 20 und 24 Jahren ihre Kinder bekommen, Männer im Alter von 30 bis 55 Jahren sollten sie zeugen. Späte Heiraten wurden 700 Jahre v. Chr. auch in Sparta verboten. Das erklärte Ziel dieser staatlichen Regelungen in Hellas war die Heranzucht von »herrlichen Kindern«, von zahlreichen, starken und »wohl gebildeten« Kriegern.

Schon damals wurde also eine Verbindung hergestellt zwischen dem mütterlichen und väterlichen Alter und einem gesunden Nachwuchs, und diese Assoziation hat sich bis heute gehalten.

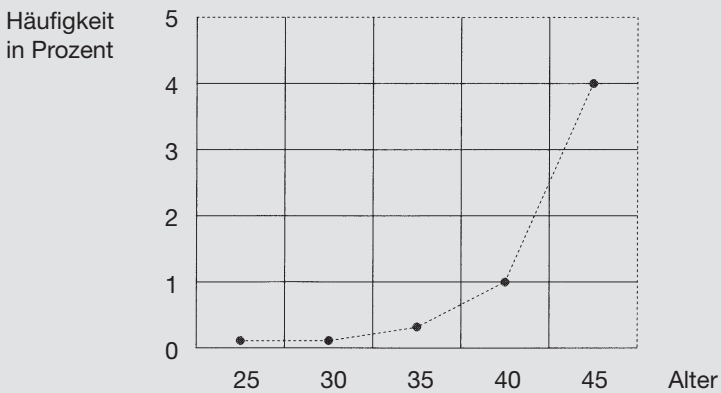
Im Kontrast dazu hat unsere Wissenschaft jedoch herausgefunden: Die Zahl der genetischen Veränderungen, bei denen ein Altersfaktor mitspielt, ist im Vergleich mit allen bekannten Fehlbildungen in der Bevölkerung sehr klein, und die Beeinträchtigungen gehören hier zu den mildesten in der Genetik überhaupt. Für Geburtsfehler, die nicht genetisch bedingt sind, besteht bei älteren Müttern sogar eine geringere Wahrscheinlichkeit. Das ergab eine umfangreiche neuere Studie aus Kanada, bei der mehr als eine halbe Million Geburten erfasst wurden. Von genetischen Ursachen abgesehen, wurden 43 verschiedene Arten von Fehlbildungen gefunden. Nur drei davon hatten mit dem mütterlichen Alter zu tun: je eine Form von

Das Risiko von nichtgenetischen Fehlbildungen beim Kind sinkt mit zunehmendem Alter der Schwangeren.

Herzfehler, Magenerkrankung und Hüftfehlstellung (orthopädische Fehlstellungen könnten aber die Folge der Amniozentese sein. Mehr dazu im 2. Kapitel). Von allen anderen Arten waren Kinder mit Müttern unter 35 Jahren häufiger betroffen.

Down-Syndrom

Häufigkeit von Down-Syndrom im Verhältnis zum Alter der Mutter. Das Alter des Vaters ist in weniger als 10 Prozent der Fälle relevant.



»Späte« Schwangerschaft – na und?

Für die meisten Frauen über 35 kommt eine »späte« Schwangerschaft durchaus nicht spät, sondern zeitlich passend – gerade beim ersten Baby war oft bis dahin kein besserer Moment in Sicht.

Schwangerschaften in dieser Lebensphase zeugen eher von Verantwortungsbewusstsein als von Säumigkeit, wie sie dem Wort »spät« anhaftet. Für späten Nachwuchs ist oft besser gesorgt: Zum einen sind die meisten Frauen in diesem Alter stabiler in den Arbeitsmarkt integriert, die Nachteile des Kinderkriegens in Bezug auf Berufslaufbahn und finanzielle Altersvorsorge treffen sie weniger hart als jüngere Frauen. Zum andern ist oft erst dann eine trag-

fähige Partnerschaft erreicht, sodass sowohl materiell als auch emotional eine gute Basis vorhanden ist, um den Kinderwunsch in die Tat umzusetzen. Vielfach wird es dann als etwas besonders Kostbares erlebt, wenn – noch – ein Kind kommt. So auch bei Renate F., einer 43-jährigen Lehrerin im Beamtenstand, seit fünf Jahren verheiratet:

»Wir haben schon ein paar Jahre auf ein Kind gewartet und als es jetzt ganz überraschend doch noch geklappt hat, haben wir uns riesig gefreut. Meine Kolleginnen sagen zu mir: ›Du traust dich was!‹ Und ich mache mir auch Sorgen, weil ›Risikoschwangerschaft‹ im Mutterpass steht. Aber abgesehen davon – beruflich habe ich überhaupt nichts zu befürchten, ich bin unkündbar. Ich bin ganz froh, das Berufsleben ist ausgereizt und wird allein auf die Dauer auch mal etwas öde. Da fragt man sich schon, ob das jetzt alles im Leben war.«

Sind erhöhte Sorgen aus Anlass der späten Mutterschaft also unbegründet? Der *Berufsverband der Frauenärzte*: »Beim Apgar-Test, mit dem der Gesundheitszustand der Kinder unmittelbar nach der Geburt beurteilt wird, schneiden die Kinder älterer Mütter nicht schlechter ab.« Und: »Auch die Kinder von Müttern über 35 kommen nicht häufiger zu früh zur Welt als die anderen Babys.« (Interessante Fakten über Frühgeburtslichkeit erfahren Sie im 6. Kapitel.) Außerdem: Mit zunehmendem Alter sind wir psychisch eher fit. Wir lassen uns nicht so leicht von anderen Meinungen beeinflussen und sind für irrationale Ängste weniger anfällig. Bei schwangeren Frauen zwischen 30 und 42 Jahren wurde außerdem mehr Flexibilität und mehr Kompetenz nachgewiesen.

Das Wort »Risiko« muss genau hinterfragt werden.

Welchen Sinn hat dann die Klassifizierung »Risikoschwangerschaft«? Sie erlaubt es, im Rahmen der Schwangerenvorsorge häufigere Untersuchungen in Rechnung zu stellen. Das mag vorteilhaft sein, birgt aber auch vermehrte Risiken iatrogenen Art (iatrogen = durch ärztliche Tätigkeit verursacht).

Übrigens: Die vielbeschworene magische Grenze von 35 Jahren ergibt sich daraus, dass dann zwei statistische Zahlen dasselbe Niveau erreichen. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass die

Amniozentese eine Fehlgeburt auslöst, und die statistische Wahrscheinlichkeit, dass das erwartete Kind ein Down-Syndrom hat, erreichen beide ungefähr ein Prozent. **Bis zu diesem Alter ist die Gefahr, dass die Frau durch die invasive Amniozentese ihr Kind verliert, größer als die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ihr Kind ein Down-Syndrom hat!** Aus diesem Grund darf die Amniozentese Frauen erst ab 35 Jahren empfohlen werden.

Ein unzertrennliches Chromosomenpaar

Was ändert sich mit dem Alter? Nur ein einzelner Faktor: Das Risiko eines Chromosomen-Teilungsfehlers in den Keimzellen, der zu einer Trisomie führt, steigt an. Das heißt: Ein Chromosomenpaar, das sich vor der Vermischung des mütterlichen und väterlichen Erbguts teilen sollte, versäumt dies, und das Kind hat statt 46 Chromosomen dann 47: Es hat zum Beispiel drei Chromosomen 21 statt zwei, also eine Trisomie 21, das Down-Syndrom.

Eine wissenschaftlich eindeutige Erklärung gibt es bisher nicht. Als Grund wird Altersschwäche der Eizellen vermutet. Es könnte auch sein, dass sich schädigende Umwelteinflüsse mit der Zeit summieren. Vielleicht reifen auch die »besten« Eizellen zuerst heran. Eine andere Vermutung: Möglicherweise werden nicht ganz perfekte Embryonen von der Gebärmutter mit zunehmendem Alter weniger eifertig ausgestoßen, und es kommt daher zu einer höheren Zahl beeinträchtigter Neugeborener. Dieser These widerspricht allerdings die erhöhte Fehlgeburtsrate in den späteren Jahren der Fruchtbarkeit.

Die Fruchtbarkeit nimmt ab

Dass die Fehlgeburtenrate in den reiferen Jahren zunimmt, liegt nicht nur an den Hormonen (mögliche Gelbkörperinsuffizienz), sondern eben auch daran, dass sich das Risiko von Chromosomen-Teilungsfehlern erhöht. Und die meisten numerischen Chromosomenveränderungen sind mit der embryonalen Entwicklung nicht vereinbar. Die Fehlgeburtenrate liegt heute laut einer Untersuchung in den westlichen Industrienationen bei Frauen

- unter 35 Jahren bei 5 Prozent;
- zwischen 35 und 37 Jahren bei 10 Prozent;
- über 40 Jahren bei ca. 30 Prozent.

Die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung steigt mit jeder Fehlgeburt – nach der ersten liegt die Wiederholungsrate bei 13,2 Prozent, nach der zweiten steigt sie auf 36,9 Prozent. Nach mehr als zwei ungeklärten Fehlgeburten wird häufig eine genetische Beratung empfohlen, da man heute davon ausgeht, dass 60 Prozent aller Fehlgeburten auf Chromosomenveränderungen zurückgehen. Davon wiederum sollen 96 Prozent zahlenmäßige Veränderungen sein, in der Hauptsache also Teilungsfehler ohne erblich-genetische Ursache.

Ärztliche Empfehlung

In einer großen europäischen Untersuchung gaben 63,9 Prozent der befragten Frauen an, ihr Frauenarzt bzw. ihre Frauenärztin hätte Einfluss auf ihre Entscheidung zur Pränataldiagnostik gehabt und 17,6 Prozent der Frauen fühlten sich gegen ihre eigenen Bedenken vom Arzt dazu gedrängt.

Im Vorfeld einer vorgeburtlichen Untersuchung

Da immer mehr Eltern den Arzt erfolgreich auf Schadenersatz verklagen, wenn ihr Kind mit einer Behinderung geboren wird, steht in den Mutterschafts-Richtlinien: »Bei einem mütterlichen Alter von 35 Jahren oder darüber ist es derzeit, auch nach der geltenden Rechtsprechung, zwingend notwendig, mit den Eltern die Frage der pränatalen genetischen Diagnostik ausführlich zu diskutieren.« Und: »Im Übrigen ist der Arzt auch bei jüngeren Frauen angehalten, eine Schwangere auf die Möglichkeiten einer genetischen Beratung und Diagnostik auf-

Ärzte sichern sich ab, weil immer mehr Eltern sie auf Schadenersatz verklagen.