**Manfred Spieker**

**Pränataldiagnostik aus der Sicht der Sozialethik**

**Von der guten Hoffnung zur ängstlichen Distanz**

**AIESC, Chartres 30. August 2014**

Die Sozialethik fragt nach den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Gelingen des menschlichen Lebens. Sie versteht sich als Ordnungsethik. Sie erörtert die Frage, wie gesellschaftliche Strukturen und Institutionen aussehen sollen, damit menschliches Leben gelingt. Dies setzt nicht nur empirische Studien über den Zustand der Gesellschaft, sondern auch eine Vorstellung vom Gelingen des menschlichen Lebens voraus.Dieses Gelingenist nicht der Beliebigkeit überlassen. Es wird nicht „jeder nach seiner Fasson“ selig. Die menschliche Natur will beachtet werden, eine Natur, die durchaus ambivalent ist, mithin fähig zum konstruktiven wie auch zum destruktiven Handeln. Glaube und Vernunft sind die beiden Flügel, mit denen der Mensch sich der Wahrheit über diese Natur nähert.

**I. Folgen der Pränataldiagnostik für die Schwangere und das Kind**

Eine Schwangerschaft ist a priori eine soziale Beziehung, in die mit Mutter, Vater und Kind drei Personen eingebunden sind. Das Kind ist die Frucht der intimen Beziehung seiner Eltern, die Inkarnation ihrer Liebe. Im Laufe der neun Monate, die eine Schwangerschaft in der Regel dauert, dominiert in dieser Beziehung dann die Zweierbeziehung zwischen Mutter und Kind. Nach rund vier Jahrzehnten Erfahrungen mit der PND steht fest, dass sich diese Zweierbeziehung durch die PND gravierend verändert hat. Aber auch die PND selbst hat sich in diesen vier Jahrzehnten verändert. Die PND ist nicht a priori sittlich verwerflich. Sie ist moralisch erlaubt, solange sie „das Leben und die Integrität des Embryos und des menschlichen Fötus achtet“ und auf seinen individuellen Schutz oder seine individuelle Heilung ausgerichtet ist.[[1]](#footnote-1) Eine vergleichbare Bewertung der PND lag den Empfehlungen der WHO von 1996 zugrunde, die PND nur „im Interesse des Fötus“ durchzuführen. Auch die deutsche Bundesärztekammer schrieb in ihren Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen 1998, eine PND „ist sinnvoll und ärztlicherseits geboten, wenn dadurch eine Erkrankung oder Behinderung des Kindes intrauterin behandelt oder für eine rechtzeitige postnatale Therapie gesorgt werden kann“.[[2]](#footnote-2) Ganz anders aber, so die Glaubenskongregation der katholischen Kirche, sei die PND zu bewerten, , wenn sie „die Möglichkeit in Erwägung zieht, eine Abtreibung durchzuführen“. Eine Diagnose, „die das Bestehen einer Missbildung oder einer Erbkrankheit anzeigt“, dürfe „nicht gleichbedeutend mit einem Todesurteil sein“.[[3]](#footnote-3) Genau in diese Richtung aber entwickelte sich die PND – nicht nur in Deutschland. Bei ihrer Einführung 1970 sollte die PND nur Frauen mit hohem genetischem Risiko zugänglich sein, das heißt Frauen mit Chromosomenstörungen und hohem Altersrisiko im Hinblick auf Trisomie 21, das bei 38 Jahren angesetzt wurde. Sie sollte nur auf freiwilliger Basis nach entsprechender Beratung erfolgen. Sie sollte nicht zu einer Routineuntersuchung in der Schwangerenvorsorge werden. Ausschlaggebend dafür, dass die Altersgrenze für die PND in Deutschland 1987 auf 35 Jahre gesenkt und schließlich 1998 ganz aufgegeben wurde, die PND mithin doch zu einer Routineuntersuchung in der Schwangerenvorsorge wurde, waren drei Ereignisse:

1. Die Legalisierung der Abtreibung 1976, die die Straffreiheit bei einer Abtreibung nach eugenischer Indikation bis zur 22. Woche einführte. In der Reform des § 218 StGB nach der Wiedervereinigung 1992 wurde die eugenische Indikation durch die embryopathische Indikation ersetzt, die dann in der nächsten Reform 1995, die nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 notwendig wurde, in der weiten medizinischen Indikation aufging. [[4]](#footnote-4)

2. Die Aufnahme der PND in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit konnte die PND im Rahmen der ärztlichen Schwangerenbetreuung abgerechnet werden. Gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Analysen rechneten den Krankenkassen und dem Gesetzgeber vor, dass die Kosten der PND bei allen Müttern in Deutschland ab 38 Jahren deutlich niedriger wären als die der Pflege der statistisch zu erwartenden Kinder mit Trisomie 21.[[5]](#footnote-5)

3. Die Urteile des Bundesgerichtshofes ab 1983 zur ärztlichen Haftung für „vertragswidrig“ geborene Kinder, durch die Ärzte verpflichtetet wurden, nach der Geburt behinderter Kinder den Eltern Unterhalts- oder Schadenersatzzahlungen zu leisten, weil sie die Schwangere nicht zu pränataldiagnostischen Untersuchungen veranlasst haben und dadurch eine Abtreibung unterblieben war. Diese Urteile hätten zu einer „starken Beunruhigung der betroffenen Ärzteschaft geführt“, klagte die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) 2004. Gynäkologie und Geburtshilfe seien „heute die am stärksten vom Haftungsrisiko belastete Fachrichtung der Medizin“.[[6]](#footnote-6) Die Urteile des Bundesgerichtshofes führten dazu, dass Ärzte seitdem aus Angst vor Zahlungsverpflichtungen Schwangeren vorsorglich pränataldiagnostische Maßnahmen empfehlen.

Die PND wurde somit zur Routine und gleichzeitig zum Tor zur Abtreibung des Fötus mit pathologischem Befund. Ihr Ziel sei, so die Richtlinien der Bundesärztekammer, „Schwangeren Hilfe bei der Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft zu geben“.[[7]](#footnote-7) Die PND veränderte das Schwangerschaftserleben. Die „anderen Umstände“, in denen sich eine Schwangere befindet, die sich einer PND unterzieht, waren fortan nicht mehr die „guter Hoffnung“, sondern die des Abwartens, bis die Ergebnisse der PND vorliegen. Eine Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages stellte schon 2002 fest, dass die PND „das Schwangerschaftserleben … grundlegend verändert“ habe, weil die Schwangere ihr Kind erst akzeptieren will, wenn die PND ihr bescheinigt hat, dass ihr Kind medizinisch unauffällig ist. So verdrängt die Schwangere ihre natürliche Neigung, sich über das Kind zu freuen und es zu beschützen. Sie manövriert sich in eine „schwer erträgliche Distanz zur Schwangerschaft und zum ungeborenen Kind“.[[8]](#footnote-8) Der noch ausstehende Befund der PND zwingt sie „aus Selbstschutz dazu, möglichst distanziert zu den eigenen Gefühlen zu bleiben, um den schwer erträglichen Zustand einer Schwangerschaft auf Probe auszuhalten“.[[9]](#footnote-9) Die Schwangere liefert sich einer Diagnostik aus, die ihren Fötus zertifizieren soll.

Eine empirische Untersuchung kam schon Mitte der 90er Jahre zu dem Ergebnis, dass alle Frauen, die sich der PND unterziehen, „auf Distanz zu ihrer Schwangerschaft gehen“. Frauen mit hohem Risiko für eine monogenetisch bedingte Erkrankung hätten zu 86,2% das Gefühl gehabt, einen bestimmten Abstand zu ihrer Schwangerschaft wahren zu müssen, und Frauen, die sich wegen ihres Alters (über 35) der PND unterzogen, zu 68,6%.[[10]](#footnote-10) Frauen, die bereits eine Geburt ohne PND hatten, berichten, dass sie sich in einer weiteren Schwangerschaft, in der sie sich der PND auslieferten, ihrer früheren Schwangerschaftserfahrungen beraubt fühlten und ihr Vertrauen verloren hätten.[[11]](#footnote-11) Die PND verzögert mithin nicht nur den inneren Dialog der Schwangeren mit dem Kind, sie verwandelt die Schwangerschaft von einer natürlichen Lebensphase in einen Risikozustand, der durch ständige Überwachung zu kontrollieren sei. Dieser Risikozustand verwandelt die Selbstwahrnehmung der Schwangeren. Sie empfindet Schwangerschaft nicht mehr als einen passiven Zustand des Geschehen Lassens und des natürlichen und geschützten Heranwachsens des Kindes im Mutterleib, sondern als Produktionsprozess, der der Schwangeren die Illusion einer aktiven Produzentin vermittelt. Was in einer Schwangerschaft zählt, ist das Produkt und seine Qualität und weniger die Beziehung zwischen der Mutter und dem Kind.[[12]](#footnote-12) „Ein Leben im Wahn der Optimierung. Von Anfang an. Um jeden Preis. Eltern bekommen diesen Druck besonders zu spüren. Vollkommene Eltern von vollkommenen Kindern sollen sie sein“.[[13]](#footnote-13) Das behinderte Kind, das die Schwangerschaft übersteht und zur Geburt gelangt, gilt als „Versäumnis der Frau“.[[14]](#footnote-14) Damit wird der Schwangeren die Verantwortung für die Gesundheit des Kindes zugeschoben. Die Schwangerschaft bleibt eine Schwangerschaft auf Probe, bis die PND ihre Unbedenklichkeit bescheinigt. Von einer „Enteignung der Schwangerschaft durch die Medizin“ [[15]](#footnote-15), gar von ihrer „Pathologisierung“ ist deshalb die Rede.[[16]](#footnote-16)

Zur Veränderung des Schwangerschaftserlebens durch die PND gehört eine eigenartige Dialektik von Selbstbestimmung der Schwangeren und Verlust dieser Selbstbestimmung. Die Tragweite pränataldiagnostischer Befunde wird der Schwangeren oft erst bewusst, wenn sich ihre Handlungsoptionen darauf beschränken, die Schwangerschaft mit einem behinderten Kind fortzusetzen oder abzubrechen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen, die sich auf die PND einlassen, fühlt sich nach einer Untersuchung von Rohde/Woopen über die möglichen Konsequenzen der PND aufgeklärt.[[17]](#footnote-17) Wie dramatisch dieser Verlust der Selbstbestimmung sein kann, hat Monika Hey in ihrem autobiographischen Bericht „Mein gläserner Bauch. Wie die Pränataldiagnostik unser Verhältnis zum Leben verändert“ eindringlich beschrieben. Sie fühlt sich im System der PND gefangen und willigt in die Abtreibung ihres Kindes ein, eine Abtreibung, die sie zutiefst bereut, die sie in Depressionen stürzt und die sie nach 14 Jahren durch ihren autobiographischen Bericht aufzuarbeiten versucht, ähnlich wie 13 Jahre zuvor Rayna Rapp, die 1999 nach PND in eine Abtreibung einwilligte und ihre Erfahrungen zum Anlass soziologischer Forschung machte: „My personal pain and confusion as a failed mother led me to investigate the social construction and cultural meaning of amniocentesis“.[[18]](#footnote-18) Das von Hey geschilderte Bedürfnis einer psychosozialen Beratung außerhalb des Systems der PND blieb in den 90er Jahren noch weitgehend unbeachtet. Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen, die sich Mitte der 90er Jahre pränataldiagnostischen Untersuchungen unterzogen, wurde zuvor auch beraten.[[19]](#footnote-19) Rohde/Woopen kamen zu dem Schluss, dass eine fachlich und räumlich getrennte psychosoziale Beratung ein integrativer Bestandteil der PND sein müsse und dass der Schwangeren nach einer PND mit pathologischem Befund Zeit für einen Reflexionsprozess eingeräumt werden solle.[[20]](#footnote-20) Auch die DGGG plädierte in ihrem Positionspapier zur PND eindringlich für eine umfassende Beratung und eine Bedenkzeit von drei Tagen vor der Feststellung einer medizinischen Indikation.

Der deutsche Gesetzgeber zog daraus die Konsequenzen und beschloss eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, die am 1. Januar 2010 in Kraft trat. Er verpflichtete den Arzt, der der Schwangeren nach der PND einen pathologischen Befund mitteilt, zur ergebnisoffenen Beratung „in allgemein verständlicher Form“ sowie zur Information über ihren „Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung“, und den Arzt, der der Schwangeren eine medizinische Indikation für eine Abtreibung nach § 218a Absatz 2 ausstellt, dies „nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose“ zu tun, die Schwangere „über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten“ und sie ebenfalls auf ihren Anspruch auf eine vertiefende psychosoziale Beratung hinzuweisen. Gynäkologen und Genetiker fokussieren ihre Aufmerksamkeit in der Praxis der PND derart auf die Suche nach Defekten des Kindes, dass sie der Schwangeren vor allem bei einem pathologischen Befund häufig nicht gerecht werden. Monika Hey schildert in ihrem Bericht eindringlich die Unfähigkeit, ja den Widerwillen der Ärzte, sich auf ihre Not wegen der Abtreibung, zu der sie gedrängt wird, einzulassen, ja diese Not auch nur wahr zu nehmen. Ob das Gesetz, dessen erklärtes Ziel eine Verminderung der Spätabtreibungen war, Auswirkungen auf die Praxis der PND hat, ist drei Jahre nach seinem In Kraft Setzen nicht bekannt, da der Bundestag die statistische Erfassung von Spätabtreibungen nach PND ausdrücklich ablehnte.

Die Praxis der PND hat nicht nur das Schwangerschaftserlebnis, sondern auch die Stellung des Kindes verändert. Wenn das Kind zum Produkt wird, dessen Qualität durch die PND gesichert werden soll, verliert es seinen Status als Subjekt. Es wird zum Objekt, das durch die PND zu zertifizieren ist. Dem Menschen die Würde des Subjekts zu rauben, ihn zum Objekt zu degradieren, ist Kennzeichen jedes totalitären Systems. Die PND dient nicht der Therapie von Erkrankungen oder Behinderungen, sondern der Eliminierung der Behinderten. Insofern verletzt sie, gemäß dem angelsächsischen Denkhorizont und den Empfehlungen der World Health Organisation von 1996, das Recht des Kindes auf Privacy, das Recht also, in seinem privaten Lebensraum nicht gestört zu werden. Gemäß dem deutschen Denkhorizont verletzt sie seine Würde. Schwangere lassen sich nach einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrer großen Mehrheit (65%) auf eine PND ein, weil sie davon ausgehen, die PND trage dazu bei, „dass die Mutter ein gesundes Kind auf die Welt bringt“.[[21]](#footnote-21) Die PND soll Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abwehren. Dass die einzige Möglichkeit, Gefahren für die Gesundheit des Kindes abzuwehren, die Abtreibung ist, wird in der Regel verschwiegen oder hinter Begriffen wie Prävention, prophylaktische Maßnahmen, Verhinderung genetischer Anomalien oder eingeleitete Geburt verschleiert.[[22]](#footnote-22)

**II. Folgen der Pränataldiagnostik für die Gesellschaft**

Die PND hat erhebliche Konsequenzen für die Gesellschaft. Sie verschiebt zunächst die ärztlichen Aufgaben. Im Vordergrund steht nicht die Aufgabe der Therapie von Erkrankungen oder Behinderungen, sondern die Selektion der Behinderten. „In Abkehr vom ärztlichen Heilauftrag und unter dem Druck einer höchstrichterlichen Rechtsprechung wurde … die frühzeitige Auslese erkrankter Ungeborener zu einem der wichtigsten Ziele der vorgeburtlichen Medizin“.[[23]](#footnote-23) Dem Arzt, der sich an dieser Selektion beteiligt und der sein Interesse deshalb ganz auf mögliche Defekte des Kindes richtet, fehlt nicht nur der Blick für die Beziehung der Schwangeren zu ihrem Kind. Ihm fehlt der Blick für den einzelnen Menschen, ob geboren oder ungeboren, der seinem Heilungsauftrag anvertraut ist. Er unterwirft sich den Erwartungen einer Gesellschaft, die von „unzumutbaren“ Menschen entlastet werden will. Er opfert die Person des Ungeborenen einem Kollektiv, auch wenn er sich der Illusion hingibt, einer Schwangeren zu helfen. Ärzte, die sich für den bedingungslosen Schutz des menschlichen Lebens einsetzen, haben diese Perversion des ärztlichen Heilungsauftrages durch die „Medizinalisierung der vorgeburtlichen Tötung“ immer wieder beklagt und an das berühmte Diktum von Christoph Hufeland erinnert, dass der Arzt, der beginnt, das Leben in wertvoll und wertlos einzuteilen, „der gefährlichste Mann im Staate“ wird.[[24]](#footnote-24) Er wird zum Handlanger (Diener) eines technischen Totalitarismus.

Mit der Aufnahme der PND in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung verschieben sich auch die Aufgaben der Krankenversicherung. Im Vordergrund ihrer Aufgaben steht bei der PND nicht mehr die solidarische Finanzierung der Therapie, sondern die diskriminierende Reduzierung der von Behinderten oder Kranken verursachten Pflegekosten. In einer schon 1979 veröffentlichten und mit dem Hufeland-Preis[[25]](#footnote-25) ausgezeichneten Kosten-Nutzen-Analyse zur Prävention von Down-Syndrom wird die tödliche Zielsetzung der PND ohne Umschweife benannt: Durch PND „bei allen Müttern ab 38 Jahren würden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland die Kosten dieser Untersuchung nur etwa ¼ der erforderlichen Aufwendungen zur Pflege der Kinder mit Trisomie 21 betragen. In absoluten Zahlen ständen den Aufwendungen für die Pflege der Kinder von jährlich rund 61,6 Millionen die Aufwendungen für ihre Prävention in Höhe von rund 13,5 Millionen gegenüber“.[[26]](#footnote-26) Der Diagnose Trisomie 21 folgt inzwischen in rund 95% der Fälle die Abtreibung. Bekennen sich Eltern trotz einer solchen Diagnose zu ihrem Kind und setzen die Geburt gegen alle Widerstände durch,[[27]](#footnote-27) müssen sie sich immer wieder implizite oder explizite Vorwürfe gefallen lassen, dass „so etwas“ heute doch nicht mehr sein müsse. Der im August 2012 eingeführte Praena-Testes durch die Firma LifeCodexx, der durch eine Blutuntersuchung zahlreiche Anomalien feststellen kann, verstärkt den Charakter der PND als Embryonenscreening. Der technische Totalitarismus hat keine Bedenken gegen ein Embryonenscreening.

In der Logik der PND liegt die Präimplantationsdiagnostik (PID), die Ende der 80er Jahre entwickelt wurde, um im Labor erzeugte Embryonen vor der Übertragung in eine Gebärmutter auf bestimmte genetische Merkmale und Chromosomenstörungen zu untersuchen. Der PID liegt dieselbe eugenische Zielsetzung zugrunde wie dem Praena-Test und den invasiven Verfahren der PND: die Vermeidung der Geburt von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen. Unter Berufung auf eine nur die Mutter in den Blick nehmende „Ethik des Helfens“ legalisierte der Bundestag am 7. Juli 2011 die PID. Er setzte sich über alle verfassungsrechtlichen Schranken einer Legalisierung der PID durch die Menschenwürdegarantie, das Lebensrecht und das Diskriminierungsverbot Behinderter im Grundgesetz sowie im Embryonenschutzgesetz von 1990, in der UN-Konvention über Behindertenrechte von 2007 und im Gendiagnostikgesetz von 2010 hinweg.[[28]](#footnote-28)

Mit der Legalisierung der PID ermöglichte das deutsche Parlament, so der Abgeordnete Matthias Zimmer in der Debatte am 7. Juli 2011, „das endgültige und nicht mehr reversible Eindringen technischer Rationalität in das Geschenk der Schöpfung“.[[29]](#footnote-29) Das Parlament öffnete das Tor zu einer eugenischen Gesellschaft. Eine eugenische Gesellschaft ist eo ipso eine gespaltene Gesellschaft. In ihr gibt es die Produzenten und die Produzierten. Letztere sind von ersteren erzeugt, gewollt oder ausgewählt. Diese Spaltung gefährdet die für einen demokratischen Rechtsstaat zentrale Gleichheit der Menschen, die im naturwüchsigen Ursprung aller, der Gesunden und Kranken, der Leistungsstarken und Leistungsschwachen, der Klugen und der weniger Klugen gründet. Die PID und die von ihr vorausgesetzte assistierte Reproduktion zerstören die Symmetrie der Beziehungen, Sie errichten „eine Herrschaft der Technik über Ursprung und Bestimmung der menschlichen Person“ und widersprechen damit „in sich selbst der Würde und der Gleichheit, die Eltern und Kinder gemeinsam sein muss“.[[30]](#footnote-30) Die PID erzeugt gesellschaftliche Erwartungen, dass behindertes Leben vermeidbar sei. Sie verstärkt den bereits durch die Praxis der Pränataldiagnostik auf die Mütter ausgeübten Druck, gesunde Kinder zu gebären. Sie verstärkt die Vorstellung, die Medizin erfülle Optimierungswünsche. Der Pionier der assistierten Reproduktion und Träger des Medizinnobelpreises 2010 Robert Edwards verband genau dies schon in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts mit seinen Forschungen: Eltern sollten verantwortlich sein für die Gesundheit ihrer künftigen Kinder. Eine solche Entwicklung würde dazu führen, dass „eine ungetestete Elternschaft im Ruf der Verantwortungslosigkeit“ steht.[[31]](#footnote-31) Auch der Pionier der Genetik und Träger des Medizinnobelpreises 1962 James D. Watson forderte, Kinder, „deren Gene kein sinnvolles Leben zulassen, … sollten gar nicht erst geboren werden“. Keine Mutter (und keine Gesellschaft) soll „unter einem Kind mit furchtbaren Entwicklungsfehlern leiden“. Deshalb solle man „bis zwei Tage nach der Geburt warten, bevor man etwas als Leben deklariert, als ein Kind mit Zukunft“.[[32]](#footnote-32) Bis zwei Tage nach der Geburt zu warten würde ermöglichen, ein genetisches Neugeborenenscreening durchzuführen, PID und PND also durch eine Postnataldiagnostik zu ergänzen, an deren Ende erneut eine Entscheidung über die Qualität des Lebens stünde. Die „Abtreibung nach der Geburt“, wie in den Niederlanden diese Form der Neugeboreneneuthanasie seit dem Groningen-Protokoll 2004 genannt wird, wäre der nächste Schritt auf dem Weg in die eugenische Gesellschaft bzw. in einen technischen Totalitarismus.

PND und PID bedeuten zusammen mit der Legalisierung der Abtreibung einen Paradigmenwechsel vom unbedingten Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens zu einem bedingten Schutz. Der den Rechtsstaat konstituierende Lebensschutz wird abhängig gemacht vom Bestehen eines Eignungstests. Der Mensch wird zwischen Empfängnis und Geburt, also im frühesten Stadium seiner Existenz, einer Qualitätskontrolle unterworfen. Er wird vom gezeugten Geschöpf, dem Rechte zustehen, weil er gezeugt wurde und weil er Subjekt ist, zum Objekt, zum zertifizierten Produkt, dessen Rechte zur Disposition des Produzenten stehen.

1. Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen

   Leben und die Würde der Fortpflanzung „Donum Vitae“ vom 10.3.1987, I,2. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, in:

   Deutsches Ärzteblatt 95 vom 11.12.1998, A-3241. [↑](#footnote-ref-2)
3. Donum Vitae, a. a. O., I,2. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zu dieser Reform vgl. Manfred Spieker, Kirche und Abtreibung in Deutschland. Ursachen und Verlauf eines

   Konflikts, 2. Aufl., Schöningh, Paderborn (2008), S. 28ff. [↑](#footnote-ref-4)
5. Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin des 14. Deutschen Bundestages, Schlussbericht,

   Berlin (2002), S. 154. [↑](#footnote-ref-5)
6. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Positionspapier PND – Beratung und möglicher

   Schwangerschafsabbruch, 2004, S. 6ff. [↑](#footnote-ref-6)
7. Bundesärztekammer, a. a. O., A-3238. [↑](#footnote-ref-7)
8. Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin des 14. Deutschen Bundestages, a. a. O., S. 171. [↑](#footnote-ref-8)
9. Monika Hey, Mein gläserner Bauch. Wie die Pränataldiagnostik unser Verhältnis zum Leben verändert,

   Deutsche Verlags-Anstalt, München (2012), S. 144. [↑](#footnote-ref-9)
10. Irmgard Nippert, Was kann aus der bisherigen Entwicklung der Pränataldiagnostik für die Entwicklung von

    Qualitätsstandards für die Einführung neuer Verfahren wie der Präimplantationsdiagnostik gelernt werden?,

    in: Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 132,

    Nomos, Baden-Baden (2001), S. 298. [↑](#footnote-ref-10)
11. Rayna Rapp, Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America, Routledge,

    New York / London (1999), S. 316. [↑](#footnote-ref-11)
12. Theresia Maria de Jong, Babys aus dem Labor. Segen oder Fluch**?,** Beltz,Weinheim/Basel (2002), S. 64. [↑](#footnote-ref-12)
13. Monika Hey, a. a. O., S. 14. [↑](#footnote-ref-13)
14. Eva Schindele, Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Rasch und Röhring,

    Hamburg (1995), S. 13; Elisabeth Beck-Gernsheim, Genetische Beratung im Spannungsfeld zwischen

    Klientenwünschen und gesellschaftlichem Erwartungsdruck, in: Dies., Hrsg., Welche Gesundheit wollen

    wir?, Dilemmata des medizintechnischen Fortschritts, Suhrkamp, Frankfurt( 1995), S. 123ff. [↑](#footnote-ref-14)
15. Theresia Maria de Jong, a. a. O., S. 87. [↑](#footnote-ref-15)
16. Erika Feldhaus-Plumin, Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik. Konsequenzen für die psychosoziale

    und interdisziplinäre Beratungsarbeit, V&R unipress, Göttingen (2005), S. 59. [↑](#footnote-ref-16)
17. Anke Rohde/Christiane Woopen, Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der

    Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2007), S. 141; Erika

    Feldhaus-Plumin, a. a. O., S. 18. [↑](#footnote-ref-17)
18. Rayna Rapp, a. a. O., S. 318. Die bitteren Erfahrungen halten aber weder Rapp (a. a. O., S. 50f.) noch Hey

    (a. a. O., S. 14) davon ab, an einem „Recht auf Abtreibung“ festzuhalten. [↑](#footnote-ref-18)
19. Maria Theresia de Jong, a. a. O., S. 90. Sie nennt die Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen

    Bundesvereinigung für 1995. Danach standen 61.794 PND-Maßnahmen 32.777 Beratungen gegenüber. [↑](#footnote-ref-19)
20. Anke Rohde/Christiane Woopen, a. a. O., S. 133f. [↑](#footnote-ref-20)
21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik.

    Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik, Köln (2006), S. 41. [↑](#footnote-ref-21)
22. Elisabeth Beck-Gernsheim, a. a. O., S. 124; Erika Feldhaus-Plumin, a. a. O., S. 317f. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ingolf Schmid-Tannwald/Maria Overdick-Gulden, Hrsg., Vorgeburtliche Medizin zwischen Heilungsauftrag

    und Selektion, Zuckschwerdt, München (2001), Vorwort, S. VII. Nicht in allen Sprachen hat „Selektion“ den

    negativen Klang, den es im Deutschen hat. Im Portugiesischen hat es einen durchaus positiven Klang.

    „Selecao“ heißt in Brasilien die Fußballnationalmannschaft. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ingolf Schmid-Tannwald, Zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Zur Aufgabe des Arztes, in: Ders./Maria

    Overdick-Gulden, Hrsg., S. 15f.; Ders., Pränatale Diagnostik oder Kinder ohne Fehl und Tadel?, in:

    Ders./Maria Overdick-Gulden, Hrsg., S. 59. [↑](#footnote-ref-24)
25. Der mit 20.000 Euro dotierte Hufeland-Preis wird von der Deutschen Ärzte-Versicherung für Arbeiten auf

    dem Gebiet der Präventivmedizin verliehen. [↑](#footnote-ref-25)
26. Eberhard Passarge/Hugo W. Rüdiger, Genetische Pränataldiagnostik als Aufgabe der Präventivmedizin,

    Stuttgart 1979, S. 23, zitiert in Mareike Klekamp, Lücken im Lebensschutz. Humane Vorkernstadien und

    Präimplantationsdiagnostik aus der Sicht der Christlichen Gesellschaftslehre, Schöningh, Paderborn (2008), S.

    108. [↑](#footnote-ref-26)
27. Vgl. die Berichte von Müttern, die die Geburt ihrer Kinder gegen Widerstände durchsetzten, in: Melinda

    Tankard Reist, Hrsg., Defiant Birth. Women who resist medical Eugenics, Spinifex, Melbourne (2006). [↑](#footnote-ref-27)
28. Manfred Spieker/Christian Hillgruber/Klaus F. Gärditz, Die Würde des Embryos. Ethische und rechtliche

    Probleme der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung, Schöningh, Paderborn

    (2012). [↑](#footnote-ref-28)
29. Plenarprotkoll 17/120, S. 14184. [↑](#footnote-ref-29)
30. Donum Vitae, II,5 und Dignitas Personae vom 8.9.2008, Ziffer 17. [↑](#footnote-ref-30)
31. Dietmar Mieth, Genetische Frühselektion. In welcher Gesellschaft wollen wir leben?, in: Stimmen der Zeit,

    (2010), 228, S. 663-672. [↑](#footnote-ref-31)
32. James D. Watson, Interview mit der Süddeutschen Zeitung vom 1.6.2001, Magazin, S. 28ff. [↑](#footnote-ref-32)