

Manfred Spieker

Von der zertifizierten Geburt zur eugenischen Gesellschaft

From Certified Birth to a Eugenics Society

Zusammenfassung

Pränataldiagnostik (PND) ist solange legitim, solange sie im Interesse des Fötus durchgeführt wird. Erfahrungen in vier Jahrzehnten PND zeigen, dass sie nicht im Interesse des Fötus, sondern im Interesse einer Gesellschaft durchgeführt wird, die der Geburt behinderter Kinder durch deren Abtreibung zuvorkommen will. Ziel der PND ist nicht die Therapie von Erkrankungen oder Behinderungen, sondern die Selektion der Behinderten vor der Geburt. Die PND hat deshalb gravierende Auswirkungen auf das Schwangerschaftserleben und auf die Stellung des Kindes, aber auch auf das Selbstverständnis des Arztberufes und die Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. In der Logik der selektiven PND liegen die Entwicklung nicht-invasiver Verfahren wie des Bluttestes und die Präimplantationsdiagnostik. Am Ende steht die eugenische Gesellschaft, die eine ungetestete Schwangerschaft für verantwortungslos hält.

Schlüsselwörter: Pränataldiagnostik, Schwangerschaft, Abtreibung, Präimplantationsdiagnostik, Eugenik

Abstract

Prenatal diagnosis (PND) is legitimate as long as it is done in the foetus' interest. Yet, the last forty years of experience with PND show that they are precisely not done in the foetus' interest, but in the interest of a society which wants to prevent the birth of disabled children by aborting them. Thus, the aim of PND is not therapy of diseases or disabilities, but antenatal selection of disabled persons. Therefore, PND affects massively the way women experience their pregnancy and the status of the child, but also the self-conception of doctors and the duties of statutory health insurance. Developing non-invasive tests, e.g. blood tests and preimplantation genetic diagnosis, can be viewed as a consequence of the PND's mind-set. In the end there is a eugenic society that considers an untested pregnancy to be irresponsible.

Keywords: Prenatal Diagnosis, Pregnancy, Abortion, Preimplantation Genetic Diagnosis, Eugenics

em. Univ.-Prof. Dr. Manfred Spieker
Institut für Katholische Theologie
Fachgebiet Christliche Sozialwissenschaften
Universität Osnabrück
Privat: Südstr. 8, D-49124 Georgsmarienhütte
mspieker@uos.de

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, Verfassungs- und Rechtsordnungen aussehen sollen, damit menschliches Leben gelingt. Dies setzt nicht nur empirische Studien über den Zustand der gesellschaftlichen Strukturen und Institutionen, der Verfassungs- und Rechtsordnungen, sondern auch eine Vorstellung vom Gelingen des menschlichen Lebens voraus. Eine sozialetische Untersuchung der Praxis der Pränataldiagnostik (PND) richtet ihren Focus somit auf die Konsequenzen dieser Diagnostik für die vielfältigen sozialen Beziehungen. Diese Beziehungen beginnen mit der Beziehung der Schwangeren zu ihrem Kind und ihrer Familie und reichen über ihre Beziehungen zu den Personen und Institutionen des Gesundheitssystems bis zu den Beziehungen zu ihrer gesellschaftlichen Umwelt.

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 mindestens 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, solange sie es mithin möglich macht, den vorgeburtlichen Zustand des Embryos und des Fötus zu erkennen und therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.¹ Eine vergleich-

bare Bewertung der PND lag den Empfehlungen der WHO von 1996 zugrunde, die PND nur „im Interesse des Fötus“ durchzuführen. Auch die 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 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 Genau in diese Richtung aber entwickelte sich die PND – nicht nur in Deutschland. Bevor die Veränderungen im Schwangerschaftserleben erörtert werden, sind diese Entwicklungen der PND zu skizzieren. 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 zunächst auf 35 Jahre gesenkt (1987) und schließlich ganz aufgegeben wurde (1998), die PND mithin doch zu einer Routineuntersuchung in der Schwangerenvorsorge wurde, waren drei Ereignisse:

1. Die Legalisierung der Abtreibung durch den Deutschen Bundestag mit der Reform des Abtreibungsstrafrechts in § 218 StGB 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

2. Die Aufnahme der PND in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit konnte die PND im Rahmen der ärztlichen Schwangerenbetreuung durchgeführt und 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 nur ein Viertel der Aufwendungen ausmachen würden, die die Pflege der statistisch zu erwartenden Kinder mit Trisomie 21 betragen würden.⁵

3. Urteile des 6. Senats des Bundesgerichtshofes ab 1983 zur ärztlichen Haftung für „vertragswidrig“ geborene Kinder, die Ärzte verpflichteten, 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) in ihrem Positionspapier „Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch“ 2004. Gynäkologie und Geburtshilfe seien „heute die am stärksten vom Haftungsrisiko belastete Fachrichtung der Medizin“. Die Urteile des Bundesgerichtshofes führten dazu, dass Ärzte seitdem aus Angst vor Zahlungsverpflichtungen Schwangeren vorsorglich die Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen empfehlen.

Die PND wurde somit zur Routine und gleichzeitig zum Tor zur Abtreibung des Fötus mit pathologischem Befund. Sowohl die Richtlinien der Bundesärztekammer als auch das Positionspapier der DGGG gehen davon aus, dass es ein Ziel der PND sei, „Schwangeren Hilfe bei der Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft zu geben“. Die PND veränderte das Schwangerschaftserleben. Die „anderen Umstände“, in denen sich eine Schwangere befindet, die sich ei-

ner PND unterzieht, waren fortan nicht mehr die „guter Hoffnung“, sondern die des Abwartens, bis die Ergebnisse der PND vorliegen. An die Stelle der „guten Hoffnung“ trat das Bangen und Sich Ängstigen, wenn nicht gar „die helle Aufregung“.⁸ Die Enquete-Kommission des 14. Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ stellte schon 2002 fest, dass die PND „das Schwangerschaftserleben in westlichen Gesellschaften 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“. 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“. Die Schwangere liefert sich der Diagnostik aus, die ihren Fötus zertifizieren soll.

In einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Untersuchung kam Irmgard Nippert schon Mitte der 1990er 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%. Frauen, die bereits eine Geburt ohne PND hatten, berichteten, dass sie sich in einer weiteren Schwangerschaft, in der sie sich der PND auslieferten, ihrer früheren Schwangerschaftserfahrungen beraubt fühlten und ihr Vertrauen verloren hätten.¹² Aber auch Frauen, die nach einer Schwangerschaft mit PND erneut schwanger wurden, berichteten in einer empirischen Untersuchung von Anke Rohde und Christiane Wopen, dass sie in der folgenden Schwangerschaft ängstlicher waren als früher (69,6%), sich mehr Sor-

gen machten (65,2%) und distanzierter gegenüber dem Kind waren (27,3%). Nur 9% der Frauen sahen die erneute Schwangerschaft gelassener und selbstsicherer als die frühere.¹³

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.¹⁴ „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“.¹⁵ Das behinderte Kind, das die Schwangerschaft übersteht und zur Geburt gelangt, gilt als „Versäumnis der Frau“.¹⁶ Damit wird der Schwangeren die Verantwortung für die Gesundheit des Kindes zugeschoben. Die Geburt eines behinderten Kindes durch PND und Abtreibung zu verhindern, gilt als „kategorischer Imperativ“.¹⁷ Das in Deutschland offenkundig hohe „Qualitätsbewusstsein“ hat in Verbindung mit den Urteilen des Bundesgerichtshofes zur Arzthaftung eine fatale Folge: 60 bis 75 Prozent der Schwangerschaften werden hier zu Risikoschwangerschaften erklärt, während es in vergleichbaren Ländern wie den Niederlanden nur 25 Prozent sind. Für die Mutter bleibt die Schwangerschaft eine Schwangerschaft auf Probe, bis die PND ihre Unbedenklichkeit bescheinigt. Von einer „Enteignung der Schwangerschaft durch die Medizin“,¹⁸ gar von ihrer „Pathologisierung“ ist deshalb die Rede.¹⁹

Zur Veränderung des Schwangerschaftserlebens durch die PND gehört eine eigenartige Dialek-

tik von Selbstbestimmung der Schwangeren und Verlust dieser Selbstbestimmung. Die Schwangere begibt sich in die gynäkologische Praxis, um die allgemeine Schwangerenvorsorge wahrzunehmen – aus eigenem Entschluss und in der Überzeugung, dass dies gut sei für ihr Kind. Ihr Mutterpass fordert sie auf, die Ratschläge des Arztes zu befolgen und die ihr gebotenen Möglichkeiten zu nutzen, „um sich und ihrem Kind Sicherheit zu verschaffen“. Legt ihr der behandelnde Arzt eventuell wegen ihres Alters nahe, weitere pränatale Untersuchungen vornehmen zu lassen, willigt sie immer noch selbstbestimmt ein, weil sie auch diese Untersuchungen als Teil der Schwangerenvorsorge betrachtet. Die Tragweite pränataldiagnostischer Befunde wird ihr erst bewusst, wenn es zu spät ist, wenn sich ihre Handlungsoptionen darauf beschränken, die Schwangerschaft mit einem behinderten Kind fortzusetzen oder abubrechen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen, die sich auf die PND einlassen, fühlt sich nach der Untersuchung von Rohde/Wopen über die möglichen Konsequenzen der PND aufgeklärt.²⁰ Die Untersuchungsspirale, in die sie durch die Ärzte gedrängt wird, bis sie die Entscheidung über Leben oder Tod des Kindes treffen muss, beraubt die Schwangere zunehmend ihrer Selbstbestimmung.²¹ 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 bereit, 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“.²²

Das von Hey geschilderte Bedürfnis, um nicht

zu sagen ihr verzweifelter Schrei nach einer psychosozialen Beratung außerhalb des Systems der PND blieb in den 1990er Jahren noch weitgehend unerhört. Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen, die sich Mitte der 1990er Jahre pränataldiagnostischen Untersuchungen unterzogen, wurde zuvor auch beraten.²³ Empirische Untersuchungen im vergangenen Jahrzehnt zeigten die Notwendigkeit einer solchen externen Beratung. 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.²⁴ 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.

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 von der CDU/CSU-Fraktion und auch der DGGG gewünschte statistische Erfassung von Spätabtreibungen nach PND ausdrücklich ablehnte.

Die Aufgaben, zu denen das Schwangerschaftskonfliktgesetz die Ärzte seit 2010 verpflichtet, lassen sich auch als ganz normale Arztspflichten betrachten, die sich bereits aus dem ärztlichen Ethos ergeben. Aber 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, diese Not auch nur wahrzunehmen. Die Ärzte sind deshalb selbst auf diese über medizinische Informationen hinausgehenden Beratungspflichten hinzuweisen und sie haben sich die Erfüllung dieser Pflichten von der Schwangeren schriftlich bestätigen zu lassen.

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. 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. Robert Spaemann nennt eine PND, die ein Wissen verschafft, dessen einzige Anwendung ein Verbrechen sei, deshalb „Beihilfe zum Verbrechen“.²⁵

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“.²⁶ Die PND soll Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abwehren. Dass die einzige Möglichkeit, um Gefahren für die Gesund-

heit 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.²⁷ Der Schwangeren wird die Last der Entscheidung oft erst bewusst, wenn sie zwischen Leben und Tod „wählen“ soll, wenn sie vor der Entscheidung steht, „neues Leben zuzulassen oder nicht“.²⁸ Dass ihre Entscheidung aber, „egal in welche Richtung sie ausfällt, zu ... Schuldgefühlen führt, sei es weil man sich vorwirft, Krankheit und Leid nicht verhindert zu haben, sei es weil man sich vorwirft, ein Kind nur wegen einer Behinderung getötet zu haben“,²⁹ ist moraltheologisch ein Irrtum. Ein Kind zu töten ist ein gravierender Verstoß gegen ein unbedingtes Unterlassungsgebot, nämlich Unschuldige nicht zu töten. Krankheiten und Leiden zu vermeiden ist ein verständlicher Wunsch jeder Mutter, ein Handlungsgebot, soweit der Mensch die Macht hat, sie durch sein Handeln zu vermeiden. Eine Schwangere, die sich nach einem pathologischen Befund der PND zu ihrem kranken oder behinderten Kind bekennt und seine Geburt gegen alle Widerstände durchsetzt, wird nicht schuldig. Sie beachtet das Unterlassungsgebot, dem im Falle einer Kollision mit einem Handlungsgebot immer der Vorrang zukommt.

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 Heil Auftrag und unter dem Druck einer höchstrichterlichen Rechtsprechung wurde ... die frühzeitige Auslese erkrankter Ungeborener zu einem der wichtigsten Ziele der vorgeburtlichen Medizin“.³⁰ 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 Schwange-

ren 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.³¹ 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, dem Leibarzt von Goethe, Schiller und Herder, aus dem Jahr 1806 erinnert, dass der Arzt, der beginnt, das Leben in wertvoll und wertlos einzuteilen, „der gefährlichste Mann im Staate“ wird.³² Dass die PND „elementare Fragen der Qualität von Leben berührt“, gesteht auch die DGGG ein.³³

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 von Therapiekosten, sondern die diskriminierende Reduzierung der von Behinderten oder Kranken verursachten Pflegekosten. In einer schon 1979 veröffentlichten und mit dem Hufeland-Preis³⁴ 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 1/4 der erforderlichen Aufwendungen zur Pflege der Kinder mit Trisomie 21 betragen. In den absoluten Zahlen ständen den Aufwendungen für die Pflege der Kinder von jährlich rund 61,6 Millionen den Aufwendungen für ihre Prävention in Höhe von rund 13,5 Millionen gegenüber“.^{35,36} In manchen Ländern werden die Konsequenzen aus diesen Kosten-Nutzen-Analysen deutlicher ausgesprochen als in Deutschland. So will die Stadtver-

waltung von Kopenhagen durch die „Vermeidung“ der Geburt von zehn Kindern mit Down-Syndrom, mithin ihre vorgeburtliche Tötung, jährlich 100 Millionen Kronen einsparen. Neuseeland führte 2010 ein Screening für ältere Schwangere ein, weil dies kostengünstiger sei als Menschen mit Down-Syndrom ein Leben lang zu fördern und weil darüber hinaus Frühabtreibungen „sicherer“ seien als Spätabtreibungen.³⁷ 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,³⁸ müssen sie sich immer wieder implizite oder explizite Vorwürfe gefallen lassen, dass „so etwas“ heute doch nicht mehr sein müsse.³⁹

Die Einführung des Praena-Testes durch die Firma LifeCodexx im August 2012 verstärkt den Charakter der PND als Embryonenscreening. Für den Test ist nur eine Blutentnahme bei der Schwangeren ab der 12. Schwangerschaftswoche notwendig. Er ermöglicht die genetische Feststellung der Trisomie 21 und vermeidet somit die Risiken invasiver pränatal-diagnostischer Maßnahmen, die in 0,5 bis einem Prozent der Fälle zu einer Fehlgeburt führen. Dies veranlasst den Hersteller, den Test als „lebensrettend“ darzustellen, weil er „bis zu 700 Kindern“ das Leben retten könne. Dass er für die Kinder mit einem positiven Befund ein sicheres Todesurteil zur Folge hat, verschweigt die Firma, die mittlerweile auch eingestanden hat, dass sich durch den Test auch Trisomie 13 und 18 feststellen lasse. Die Einführung dieses Testes und seine vom Bundesforschungsministerium geförderte Entwicklung hätte rechtlich nicht erlaubt werden dürfen, da „eine Zulassung von Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik, die der gezielten Tötung von ungeborenem Leben mit Behinderung dienen, ... mit Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG unvereinbar“ ist.⁴⁰ Von der Verbreitung und allgemeinen Zugänglichkeit von immer mehr und immer früher einsetzbaren diagnostischen Verfahren fürchteten die Behindertenverbände schon lange vor der

Einführung des Praena-Bluttestes die Abwertung des Lebens mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Sie kritisierten, dass Genetiker und Ärzte zu wenig über das Leben mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen wissen und deshalb oft leichtfertig ein Votum für die Abtreibung abgeben. Sie kritisierten die „biologistische“, mehr noch, die eugenische Orientierung der Humangenetik, die das Lebensrecht Behinderter und chronisch Kranker bedroht.⁴¹

In der Logik der PND liegt die Präimplantationsdiagnostik (PID), die Ende der 1980er 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. Bei der Legalisierung der PID im Deutschen Bundestag wurde ebenso mit falschen Karten gespielt wie bei der Verbreitung der PND. Ihre Befürworter sahen in ihr eine medizinische Dienstleistung und ein Mittel „zur Vermeidung gravierender Gesundheitsrisiken“, das man Frauen nicht verweigern dürfe.⁴² Sie ignorierten die Mahnung der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“, die in ihrem Schlussbericht 2002 empfohlen hatte, „vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit pränataler genetischer Diagnostik (...) alle schon heute absehbaren bzw. diskutierten möglichen Anwendungsoptionen der PID, einschließlich des routinemäßigen Chromosomen-Screenings von Embryonen in vitro, in die Diskussion einzubeziehen und diese nicht (...) auf die Indikationen bei sog. Hochrisikopaaren zu verengen“.⁴³ Diese Kommission war noch mit 16 zu 3 Stimmen der Überzeugung, „dass die PID nach geltendem Recht verboten ist“.⁴⁴ 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 rechtlichen Schranken einer Legalisierung der

PID in den ersten drei Artikeln des Grundgesetzes, der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1), dem Lebensrecht (Art. 2 Abs. 2) und dem Diskriminierungsverbot Behinderter (Art. 3 Abs. 3) sowie im Embryonenschutzgesetz von 1990, in der UN-Konvention über Behindertenrechte von 2007 und im Gendiagnostikgesetz von 2010 hinweg.⁴⁵

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“.⁴⁶ Es öffnete das Tor zu einer eugenischen Gesellschaft. Eine eugenische Gesellschaft ist eo ipso eine gesplante 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“.⁴⁷ 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. Eine solche Entwicklung entspricht dem, was der Pionier der assistierten Reproduktion und Träger des Medizinernobelpreises 2010 Robert Edwards schon in den 1970er Jahren des 20. Jahrhunderts mit seinen Forschungen verband, nämlich den Eltern zu ermöglichen, die Verantwortung für die Gesundheit ihrer künftigen Kinder zu übernehmen. Eine solche Entwicklung würde dazu führen, dass „eine unge-

testete Elternschaft im Ruf der Verantwortungslosigkeit“ steht.⁴⁸ Auch der Pionier der Genetik und Träger des Medizinernobelpreises 1962 James D. Watson forderte, Kinder, „deren Gene kein sinnvolles Leben zulassen, ... sollten gar nicht erst geboren werden“. Keine Mutter 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“.⁴⁹ Bis zwei Tage nach der Geburt zu warten würde ermöglichen, ein genetisches Neugeborenencreening 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 Neugeborenenethanasie seit dem Groningen-Protokoll 2004 genannt wird, wäre der nächste Schritt auf dem Weg in die eugenische Gesellschaft.

Kein Zweifel: PND und PID bedeuten zusammen mit der Legalisierung der Abtreibung einen Paradigmenwechsel vom unbedingten Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens hin zu einem bedingten Schutz und für den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren vor dem Lebensrecht des Kindes. Der den Rechtsstaat konstituierende Lebensschutz wird aufgegeben. Er 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, zum zertifizierten Produkt, dessen Rechte zur Disposition des Produzenten stehen.

Referenzen

- 1 Kongregation für die Glaubenslehre, *Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung* (Donum Vitae), 10.3.1987, I,2
- 2 Bundesärztekammer, *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*, Dtsch Arztebl (1998); 95(50): A-3241
- 3 Kongregation für die Glaubenslehre, siehe Ref. 1, I,2

- 4 Zu dieser Reform vgl. Spieker M., *Kirche und Abtreibung in Deutschland. Ursachen und Verlauf eines Konflikts*, 2. Aufl., Schönningh, Paderborn (2008), S. 28 ff.
- 5 Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin des 14. Deutschen Bundestages, *Schlussbericht*, Berlin (2002), S. 154
- 6 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, *Positionspapier PND – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch* (2004), S. 6 ff.
- 7 Bundesärztekammer, siehe Ref. 2, A-3238
- 8 Spiwak M., *Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin*, Eichborn, Frankfurt (2002), S. 214
- 9 Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin des 14. Deutschen Bundestages, siehe Ref. 5, S. 171
- 10 Hey M., *Mein gläserner Bauch. Wie die Pränataldiagnostik unser Verhältnis zum Leben verändert*, Deutsche Verlags-Anstalt, München (2012), S. 144
- 11 Nippert I., *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
- 12 Rapp R., *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*, Routledge, New York/London (1999), S. 316
- 13 Rohde A., Woopen C., *Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2007), S. 89
- 14 de Jong T. M., *Babys aus dem Labor. Segen oder Fluch?*, Beltz, Weinheim/Basel (2002), S. 64
- 15 Hey M., siehe Ref. 10, S. 14
- 16 Schindele E., *Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko*, Rasch und Röhring, Hamburg (1995), S. 13; Beck-Gernsheim E., *Genetische Beratung im Spannungsfeld zwischen Klientenwünschen und gesellschaftlichem Erwartungsdruck*, in: dies. (Hrsg.), *Welche Gesundheit wollen wir? Dilemmata des medizinischen Fortschritts*, Suhrkamp, Frankfurt (1995), S. 123 ff.
- 17 de Jong T. M., siehe Ref. 14, S. 81
- 18 ebd., S. 87
- 19 Feldhaus-Plumin E., *Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik. Konsequenzen für die psychosoziale und interdisziplinäre Beratungsarbeit*, V&R unipress, Göttingen (2005), S. 59
- 20 Rohde A., Woopen C., siehe Ref. 13, S. 141; Feldhaus-Plumin E., siehe Ref. 19, S. 18
- 21 Feldhaus-Plumin E., siehe Ref. 19, S. 56
- 22 Rapp R., siehe Ref. 12, S. 318. Die bitteren Erfahrungen halten aber weder Rapp (siehe Ref. 12, S. 50 f.) noch Hey (siehe Ref. 10, S. 14) davon ab, an einem „Recht auf Abtreibung“ festzuhalten.
- 23 de Jong M. T., siehe Ref. 14, S. 90. Sie nennt die Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für 1995. Danach standen 61.794 PND-Maßnahmen 32.777 Beratungen gegenüber.
- 24 Rohde A., Woopen C., siehe Ref. 13, S. 133 f.
- 25 Spaemann R., *Kommentar zur Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre „Donum Vitae“*, Herder, Freiburg (1987), S. 82
- 26 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*, Köln (2006), S. 41
- 27 Beck-Gernsheim B., siehe Ref. 16, S. 124; Feldhaus-Plumin E., siehe Ref. 19, S. 317 f.
- 28 So die DGGG in ihrem Positionspapier zur PND, siehe Ref. 6, S. 10
- 29 So Ernst S., *Ethische Fragen im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik*, in: *„Hauptsache gesund?“ Elternschaft im Zeitalter der Pränataldiagnostik*, Dokumentation einer Fachtagung vom 8.4.2006 in Würzburg, Manuskript, S. 52
- 30 Schmid-Tannwald I., Overdick-Gulden M. (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.
- 31 vgl. Gerl-Falkovitz H.-B., *Über die Zumutbarkeit des Lebens. Religionsphilosophisches Nachdenken*, Imago Hominis (2012); 19(4): 305-314; vgl. Spindelböck J., *Das ärztliche Aufklärungsdilemma bei pränatalen Untersuchungen*, Imago Hominis (2012); 19(4): 293-303
- 32 Schmid-Tannwald I., *Zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Zur Aufgabe des Arztes*, in: ders., Overdick-Gulden, siehe Ref. 30 S. 15 f.; Schmid-Tannwald I., *Pränatale Diagnostik oder Kinder ohne Fehl und Tadel?*, in: ders., Overdick-Gulden M., siehe Ref. 30, S. 59
- 33 DGGG, Positionspapier zur PND, siehe Ref. 6 S. 6
- 34 Der mit 20.000 Euro dotierte Hufeland-Preis wird von der Deutschen Ärzte-Versicherung für Arbeiten auf dem Gebiet der Präventivmedizin verliehen.
- 35 Passarge E., Rüdiger H. W., *Genetische Pränataldiagnostik als Aufgabe der Präventivmedizin*, Stuttgart (1979), S. 23, zitiert in: Klekamp M., *Lücken im Lebensschutz*.

- Humane Vorkernstadien und Präimplantationsdiagnostik aus der Sicht der Christlichen Gesellschaftslehre*, Schöningh, Paderborn (2008), S. 108
- 36 vgl. Kritik Rella W., Radner K., *Neuere Entwicklungen in der Pränatalmedizin*, *Imago Hominis* (2012); 19(4): 271-291
- 37 McLeod S., *Pre-natal Screening: where is the debate?*, MercatorNet, 15.12.2010
- 38 vgl. die Berichte von Müttern, die die Geburt ihrer Kinder gegen Widerstände durchsetzten, in: Tankard Reist M. (Hrsg.), *Defiant Birth. Women who resist medical Eugenics*, Spinifex, Melbourne (2006)
- 39 vgl. Retzlaff R., *Leben mit einem Kind mit Behinderung*, in: Weilert K. (Hrsg.), *Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?*, Mohr Siebeck, Tübingen (2011), S. 247 ff.; Lenhard W., *Hauptsache Gesund? Forschungsergebnisse zur Akzeptanz der Pränataldiagnostik bei Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung*, in: „Hauptsache Gesund?“, siehe Ref. 29, S. 42
- 40 Gärditz K. F., *Gutachterliche Stellungnahme zur Zulässigkeit des Diagnostikprodukts „PraenaTest“*, hrsg. vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Berlin (2012), S. 14
- 41 Neuer-Miebach T., *Zwang zur Normalität. Pränatale Diagnostik und genetische Beratung*, in: Emmrich M. (Hrsg.), *Im Zeitalter der Bio-Macht. 25 Jahre Gentechnik – eine kritische Bilanz*, Mabuse, Frankfurt (1999), S. 76 ff.
- 42 So die Bundesjustizministerin in der Bundestagsdebatte am 14.4.2011, in: Deutscher Bundestag, *Plenarprotokoll 17/105*, S. 11970
- 43 *Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin*, Schlussbericht, Berlin (2002), siehe Ref. 5, S. 181
- 44 ebd., S. 247
- 45 Spieker M., Hillgruber C., Gärditz K. F., *Die Würde des Embryos. Ethische und rechtliche Probleme der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung*, Schöningh, Paderborn (2012)
- 46 Deutscher Bundestag, *Plenarprotokoll 17/120*, S. 14184
- 47 vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, siehe Ref. 1, II,5; Kongregation für die Glaubenslehre, *Instruktion Dignitas Personae über einige Fragen der Bioethik*, 8.9.2008, Ziffer 17
- 48 Mieth D., *Genetische Frühselektion. In welcher Gesellschaft wollen wir leben?*, *Stimmen der Zeit* (2010); 228: 663-672
- 49 Watson J. D., Interview mit der Süddeutschen Zeitung vom 1.6.2001, *Magazin*, S. 28 ff.