

# Heftig bestritten – routiniert durchgeführt – vielfach nachgefragt Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge

Margaretha Kurmann  
Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin  
Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

## Zur Praxis der Anwendung

Pränataldiagnostik ist den Frauen aber auch den HelferInnen im sozialen System auf den Leib gerückt. Für die Einen eine zu begrüßende Technik auf hohem Niveau, die immer wieder verbessert wurde, für die Anderen eine Zumutung, die immer mehr Menschen in ihre Widersprüche verstrickt und einbindet und grundsätzlich in Frage zu stellen ist: In ihrem Umgang mit schwangeren Frauen und in ihren selektiven Absichten und Konsequenzen.

Die in der Bundesrepublik vorherrschende Form der Begleitung im Schwangerschaftsprozess ist die Schwangerenvorsorge in der gynäkologischen Praxis; Pränataldiagnostik ist hier selbstverständlicher Bestandteil: Bildgebende Verfahren (Ultraschall), invasive Verfahren zur Gewinnung und Untersuchung von Zellen des Ungeborenen (Fruchtwasserpunktion/Chorionzottenbiopsie), Risikospezifizierungen über Blutuntersuchungen der schwangeren Frau (Triple-Test; 1.Trimester Test). Möchten Frauen die Vorsorge in der gynäkologischen Praxis für sich in Anspruch nehmen, kaufen sie keine Einzelleistungen, sondern ein „Vorsorgepaket“ ein. Auf der anderen Seite müssen GynäkologInnen dieses „Paket“ durchführen, um ihre Vorsorge abrechnen zu können. In diesem Schwangerenvorsorgesystem ist eine jeweilige Aufklärung und informierte Zustimmung nicht vorgesehen:

- vom Abrechnungsverfahren her nicht: die Vorsorge kann nicht abgerechnet werden, wenn z.B. nicht alle drei vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen stattgefunden haben<sup>1</sup>
- vom zeitlichen Rahmen der Anwendung her nicht
- von der inneren Logik dessen, worauf Pränataldiagnostik in der Regel ausgerichtet ist, nicht .

Die Angebote des „alles tun“ für ein gesundes Kind werden

- immer früher (z.B. mit der Suche nach dem dorsonuchalen Ödem ca. 11. SSW – wenn Frauen gerade mal schwanger und unter Umständen sicher sind, dass sie schwanger bleiben wollen)
- teilweise sehr spät in der Schwangerschaft
- zunehmend als „Serviceleistungen“ angeboten.

Die alltägliche Anwendung von Pränataldiagnostik ist den Anbietern und den

Nutzerinnen selbstverständlich geworden. Sie bedient die Verantwortung von MedizinerInnen, Frauen und ihren Partnern, alles für die Geburt eines „gesunden“ Kindes zu tun. Die Nachfrage ist in erster Linie angebotsgesteuert<sup>2</sup>. Der jüngste TAB-Bericht<sup>3</sup> stellt fest: „Die Pränataldiagnostik ist das größte Arbeitsfeld genetischer Diagnostik, kann aber auch als das umstrittenste gelten, ist doch die Konsequenz eines positiven Testergebnisses in der Regel die Abtreibung. Pränataldiagnostik ist als Teil der Schwangerenvorsorge etabliert“ (S.68)

„Wie der Ultraschall, so hat sich auch die Pränataldiagnostik (PD) mittels Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie in den letzten beiden Jahrzehnten zum **Standardangebot der Schwangerenvorsorge** entwickelt.“ (S. 69)

„Die weitere Ausweitung der Inanspruchnahme lässt durchaus den Schluss zu, dass der Schritt zu einer quasi **routinemäßigen Nutzung pränataler Diagnostik** nicht mehr fern ist.“ (S. 70)

Inzwischen ist unter den professionellen AkteurInnen allgemein anerkannt,

- dass eine umfassende Aufklärung und Beratung vor jeder pränatalen Untersuchung erforderlich ist<sup>4</sup>,
- dass pränatale Diagnostik eine Vielfalt an Risiken und Nebenwirkungen hat,
- dass Pränataldiagnostik „ethisch brisant“ ist und Frauen und ihre Partner, aber auch diejenigen, die sie anwenden, in schwerwiegende Konflikte bringen kann

## Kritische Sichtweisen

Die kritische Sichtung von Pränataldiagnostik bezieht sich auf Risiken und Nebenwirkungen in den einzelnen Methoden selbst und auf die strukturellen Gegebenheiten ihrer Anwendung. Diese sind unter anderem:

- Wehen, Blutungen, Fehlgeburten nach invasiven Eingriffen
- Ängste und schlaflose Nächte beim Warten auf den Befund
- Verunsicherungen bei Befunden, die ungenaue Aussagen machen
- Traumatisierungen und Schwangerschaftskonflikte nach auffälligen Befunden
- Keine oder nicht ausreichende Aufklärung und Beratung
- keine ausreichend kommunikativen und beraterischen Kompetenzen bei den Anwendenden
- durch Einbindung in die Schwangerenvorsorge Routinemaßnahmen statt informierter Einzelentscheidungen
- Verschieben von rechtlichen Absicherungsbestrebungen auf die Frauen
- keine Zeit für eine adäquate Anwendung
- Konfrontation der Frauen zu für diese unzumutbaren Zeitpunkten (früh oder spät in der Schwangerschaft)
- Eigeninteressen der AnwenderInnen: Forschungsinteresse; Weiterbildungsinteressen (z.B. NT-Screening); finanzielle Interessen

Einige dieser Kritikpunkte sind veränderbar und verbesserbar und viele, die mit

Pränataldiagnostik in ihrer Arbeit zu tun haben, bemühen sich um Verbesserungen im System. Ein Teil der Kritikpunkte lassen jedoch sich in dem Anwendungssystem nicht bereinigen.

Neben den Risiken und Nebenwirkungen gibt es eine grundsätzliche Kritik an einem Angebot vorgeburtlicher Diagnostik, die nicht der Gesundheit der schwangeren Frau und ihres Ungeborenen dient. Kritisiert werden die selektiver Diagnostik zugrunde liegenden Sichtweisen, Selbstverständlichkeiten und Normierungen: eine bestimmte Weltsicht dominiert und wird über jede schwangere Frau gestülpt und damit zur Norm für alle. Die Haltungen/Deutungen berühren verschiedene Ebenen:

- Der Glaube an die Machbarkeit und Planbarkeit menschlichen Lebens und daraus folgender Umgang mit Frauen, die schwanger sind, mit Kinder-kriegen
- Die Orientierung an Wahrscheinlichkeiten und am „Risiko“
- Die selektiven Absichten der Diagnostik: die Tendenz, zu verhindern, dass Kinder mit bestimmten, ausgewählten Merkmalen geboren werden. Vermeidung wird zur Strategie positiver Lebensgestaltung.
- Die Dominanz von Lebensentwürfen, die sich an Entscheidungen orientieren
- Die Bewertung von Krankheit, Behinderung und Beeinträchtigung als leidvoll und zu vermeiden
- Die Dominanz und Eigendynamik der Techniken

## Gewöhnung und Ratlosigkeit der Professionellen

Nachdem es zunächst so schien, als finde die Auseinandersetzung zwischen klaren „Fronten“, den Natur- und GeisteswissenschaftlerInnen statt, zeigt sich in der aktuellen Diskussion um Pränataldiagnostik eine Differenzierung der Haltungen quer durch alle Berufs- und Interessengruppen. Überlagert werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede jedoch oft von vermeintlichen und tatsächlichen Interessen der Berufsverbände und unterschiedlichen Institutionen und von jeweiligen Empfindlichkeiten. In der Auseinandersetzung um Pränataldiagnostik ist die Rede von Dilemmata: auf der einen Seite der Widerspruch zwischen individuellen Wünschen von Frauen und ihren Partnern und den sozialen Implikationen und Konsequenzen von selektiven medizinischen Techniken, auf der anderen Seite der Widerspruch zwischen dem Gewinn an Gestaltungsmöglichkeiten, einem Mehr an Selbstbestimmung und einem neuen Ausmaß an Zugriff und Zuschreibungen von medizinischen ExpertInnen auf Schwangerschaft, Kinder-kriegen und Menschenbild. Diskussionen enden dabei oft in Hilflosigkeit, Sprachlosigkeit oder in Sackgassen.

Die kritischen Sichtweisen an selektiver Diagnostik als Zumutung an Frauen und Menschen mit Behinderungen gleichermaßen sind nicht entkräftet. Die Kritik an den Risiken und Nebenwirkungen hat dazu geführt, die Techniken zu verfeinern, zu einem mehr vom Gleichen: Integrierter Test; 1. Trimester-Test. Aus dem Desaster Triple - Test wurde keine Lehre gezogen.<sup>5</sup> Das Ergebnis ist eine Ausweitung vorgeburtlicher Untersuchungen und Tests auf das Gesamtklientel „schwangere Frau“: Eine weitere Steigerung der Anwendung von nicht-invasiven Tests und dem Vollendungsautomatismus folgend eine Steigerung der invasiven Untersuchungen.

Dennoch ist Gewöhnung eingetreten. Die Beteiligten scheinen genug der Kritik und wollen zum Handeln, zum Händeln kommen. Es drängt sich die Frage auf: Ist Pränataldiagnostik abgesehen von einem Engagement zur Verbesserung der Anwendung (früher, schneller, genauer) und der Aufklärung nur noch Thema für einige Unverbesserliche, die nicht begreifen, dass sie längst zum Alltag gehört wie das Auto und die Eisenbahn oder gibt es noch die Möglichkeit, auch eine etablierte Technik in Frage zu stellen und zurück zu fahren?

Auswege?

## **Beratung und Aufklärung**

Waren es zunächst die schwangeren Frauen, die entscheiden und verantworten sollten, sind es heute zunehmend auch diejenigen, die beraten und aufklären, welche die Problemstellung und Widersprüche von Pränataldiagnostik lösen und auflösen sollen. Beratung wird zum Königsweg.

Im Kontext von Pränataldiagnostik sind vielfältige Beratungsangebote gefordert. Vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Fachlichkeit und Kompetenzen haben die unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen jeweils unterschiedliche Aufgaben und Funktionen. Die Art und Weise ihrer Eingebundenheit in die Anwendung der Diagnostik spielt dabei eine wesentliche Rolle. Auswirkungen davon sind beispielsweise die Angst vor Schadensklagen bei MedizinerInnen, aber auch Zeitknappheit in der Praxis.

- Anwendungsbezogene medizinische Aufklärung und Beratung durch GynäkologInnen, HumangenetikerInnen, FachärztInnen vor einer Anwendung bilden die Voraussetzung für die informierte Zustimmung, ohne die eine Untersuchung, ein Eingriff nicht durchgeführt werden darf.
- Medizinische Beratung ist bei der Erhebung von Befunden wie in der Hebammenarbeit nötig.
- Darüber hinaus wird ein vielfältiges, an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientiertes behandlungsunabhängiges psychosoziales Beratungsangebot entwickelt.

Wie die Beratung/Aufklärung im Eigeninteresse der Anwendenden dazu dient, eine „informierte Zustimmung“ einzuholen und somit das eigene professionelle Handeln abzusichern, muss sich psychosoziale Beratung selbstkritisch fragen, wo und wann sie sich zur Akzeptanzbeschaffung funktionalisiert und wo sie sich an der Sicherung eigener Ressourcen ausrichtet. Für alle Formen der Beratung gilt, dass sie Einzelfallhilfe anbieten und kein Instrument zur Lösung gesellschaftlicher Widersprüche zwischen Selektionswünschen und Diskriminierungsverbot sein können.

## **Interdisziplinäre Kooperation**

Das zweite Zauberwort zur Lösung von Problemen im Kontext selektiver Diagnostik ist

Kooperation. Beratungsanfragen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik entstehen an den Schnittstellen zwischen Medizintechniken und deren psychischen/sozialen Auswirkungen im Alltagsleben. BeraterInnen, GynäkologInnen, HumangenetikerInnen, Hebammen – sie alle sind in ihrer Haltung zu Pränataldiagnostik gefragt. In diesem Zusammenhang haben jedoch alle Berufsgruppen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen unterschiedlichen Fachlichkeit und Kompetenzen unterschiedliche Aufgaben und Funktionen zu erfüllen. Sie tun dies unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Nähe und Eingebundenheit in den Anwendungsalltag pränataler Diagnostik. Die Angst vor „Schadensklagen“ nach der Geburt eines Kindes mit einer Behinderung spielen für den Umgang mit Pränataldiagnostik ebenso eine Rolle wie die Struktur von Schwangerenvorsorge oder humangenetischer Beratung (übliche Verfahren; Zeit; Abrechnungsmodalitäten etc.). Allen Berufsgruppen gemeinsam ist die Notwendigkeit, einen Zugang und eine Sprache für medizinische Sachverhalte zu finden, die der Lebensrealität schwangerer Frauen und ihrer PartnerInnen gerecht wird. Für alle steht eine Auseinandersetzung um eigene Haltungen zum Leben mit einer Behinderung/ Beeinträchtigung/Krankheit an.

Es zeigt sich, dass erfahrungsgemäss in Einzelfällen zur Unterstützung der Ratsuchenden eine Kooperation oft gut möglich ist. Sie setzt allerdings voraus, dass man voneinander weiß, die Kompetenzen und Beratungsangebote kennt und so auf einander verweisen kann. Dadurch können im Sinne der Ratsuchenden unkomplizierte Wege gegangen werden. Darüber hinaus ist offen, wie eine kollegiale, interdisziplinäre, nicht-hierarchische Zusammenarbeit im Kontext von Pränataldiagnostik möglich ist und wie gemeinsame Ziele für eine Kooperation zu finden sind.

Alle beteiligten Berufsgruppen haben das gemeinsame Ziel, die Eigenkompetenz schwangerer Frauen und ihrer Partner zu stärken und grenzen sich in ihren Ansprüchen eindeutig von eugenischen Tendenzen ab. Aber das Wollen ist das Eine, die Realität das Andere. In der Bewertung pränataler Diagnostik und der Einschätzung von Technikfolgen sowie im jeweiligen beruflichen Selbstverständnis enden denn auch oftmals die Gemeinsamkeiten. Wer trägt die Verantwortung nicht nur für den individuellen Menschen, sondern für gesellschaftliche Trends? Es gibt, sieht man von Lebensschutzinitiativen ab, kaum eine Verständigung über gemeinsame Ziele, die über die Einzelfallhilfe hinausgehen.

## Streitpunkte

### **Streitpunkt Technik**

Im Umgang mit Pränataldiagnostik ist ein Streitpunkt die Bewertung und Haltung zur „Technik“. Im Blick auf pränatale Medizintechnik sind deren Eigenleben und Eigendynamik Seiten, die auch von den „guten Absichten“ der AnwenderInnen nicht gelöst werden können. Vielfach wird argumentiert, die Techniken seien neutral und erhielten erst in der Art der Anwendung ihren Gehalt und ihren Wert. Dazu schreibt B. Maier<sup>6</sup>: „Die innere Logik von Technologien zielen darauf ab, zu tun, was getan werden kann. Diese innere Logik muss ethisch herausgefordert und kritisiert werden.“ (S. 37) Technik kann Interessen verbergen und schafft Distanz. Die Attraktion von Techniken kann zu einem unkontrollierten, irrationalen Mehr an Anwendung führen, als dies

innerhalb des eigenen Systems für sinnvoll gehalten wird. Dies ist bei Pränataldiagnostik mehr als deutlich. Zu einem weiteren Aspekt B. Maier: „ Ein wesentliches Motiv für den intensiven Einsatz von Techniken ist die Macht, die Ärzten und Institutionen, die diese Techniken besitzen, zugeschrieben wird. Ihr Einsatz bedeutet eine Demonstration von Wirksamkeit und Modernität.“ (S.50) Das Eigenleben der Technik hat auch bei Pränataldiagnostik dazu geführt, dass Fragen nach Bewertungen und Werten hinter den Alltag der technischen Möglichkeiten zurückfallen.

### **Streitpunkt: Selbstbestimmung – Autonomie**

Auf das Selbstbestimmungsrecht von Frauen berufen sich Anbieter ebenso wie Nutzerinnen: diejenigen, die ein Interesse an den Untersuchungen und an der aktiven Teilnahme von Frauen - als Zulieferinnen von Forschungsmaterial und als zahlende Kundinnen - haben, und in der gesellschaftlich-ethischen Diskussion FrauenpolitikerInnen und Frauen, die in diesen Untersuchungen einen Gewinn für Frauen sehen und sie für sich nutzen wollen.

Pränatale selektive Diagnostik, wenn sie die Geburt eines behinderten Kindes ausschließen kann, wird verstanden als qualitative Reproduktionskontrolle, als ein Instrument für Frauen, ihre Teilhabe am Arbeitsmarkt zu sichern und ihre Sexualität und Fruchtbarkeit kontrollierend zu gestalten. Dabei wird der Selbstbestimmungsbegriff zunehmend individualistisch und losgelöst von inhaltlichen Bezügen benutzt. Der geschichtliche Hintergrund des Selbstbestimmungsbegriffs als Abgrenzungsbegriff gerät aus dem Blick. Der Preis für diese Selbstbestimmung ist ein weitgehender Zugriff von medizinischen ExpertInnen und deren Deutungen auf Schwangerschaft und damit auf Frauen. Der Alltag der Anwendung von Pränataldiagnostik ist geprägt von hierarchischen Strukturen und Automatismen; er bietet keine Rahmenbedingungen, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Frauen ermöglichen, fördern und erweitern. Bei Selbstbestimmung ist darüber hinaus differenziert zu schauen, wer dieses „Selbst“ ist (vgl. Birgit Rommelspacher<sup>7</sup>). Dafür, dass einige Frauen Selektion durch Pränataldiagnostik für sich positiv in Anspruch nehmen können, zahlen andere Frauen/Menschen einen Preis. Für schwangere Frauen bedeutet dieser Präventionsansatz, dass **alle** Frauen sich dem Risikoblick aussetzen müssen, damit bei einigen Frauen Ungeborene mit z.B. dem Down Syndrom „erfasst“ werden wie es heißt. Die Entwicklung dieser Techniken geschieht zu Lasten von Frauen: derjenigen, bei denen nicht „alles gut geht“, die in Konflikte geraten, die schlaflose Nächte, „versaute Schwangerschaften“, Fehlgeburten und Abbrüche haben, die Entwertungserfahrungen im medizinischen System machen und die für sich Chancen verpassen, ihre Ängste und Unsicherheiten für die Entwicklung eigener Lebensgestaltung zu nutzen. Viele zahlen einen hohen Preis und sie werden mit ihren Erfahrungen oft nicht wahrgenommen und missachtet. Diese Selbstbestimmung geschieht auch zu Lasten von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen, die in Frage gestellt, bewertet und gekränkt werden und/oder sich so erleben. Die Auswirkungen auf das soziale Klima in Bezug auf die selbstverständliche Annahme von Kindern/Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ist auch ein Preis für die Erweiterung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten einzelner Frauen.

## Streitpunkt: Leidvermeidung

Ein weiteres Argument ist „... weil Pränataldiagnostik Leid verhindert“. Von welchem Leiden wird in der Argumentation gesprochen. Um beurteilen zu können, ob das technische Angebot die richtige Antwort ist, muss konkret überprüft werden, welches Leid es verhindern will und welches dabei in Kauf genommen wird. Oftmals wird suggestiv ein Bild vom Leiden heraufbeschworen, ohne dass es konkret angeschaut wird. Es ist zum Einen das tatsächliche oder vorweg genommene, erwartete Leiden der Angehörigen: Dieses Leiden meint die Angst vor einer zu großen Belastung, die durch die Verantwortung für Menschen mit einer Behinderung, Beeinträchtigung, Krankheit entstehen kann. Hier gibt Pränataldiagnostik ihre Antwort: Selektion als Strategie zur Lebensgestaltung und – bewältigung.

Es ist aber auch das vorweg genommene Leiden der „noch-Gesunden“, die Angst, zu denen zu gehören, die vermeintlich leiden und/oder abhängig werden von der Unterstützung durch andere. Und es ist das Leiden der Menschen, die mit einer Behinderung, Beeinträchtigung, Krankheit leben. Die Angebote der Medizintechnik können aber für dieses „Leid“ kaum eine Antwort geben. Der Focus auf Leidvermeidung meint bestimmtes Leid, anderes wird nicht beachtet oder gar billigend in Kauf genommen. Für die Sicherheit „kein behindertes Kind“ wird die Traumatisierung von Frauen/ Paaren mit einem Befund „behindertes Kind“ ebenso in Kauf genommen wie die Kränkung und Diskriminierung von Menschen, die ein Kind mit einer Behinderung/ Merkmal haben, nach dem gefahndet wird oder selbst mit einem solchen Merkmal leben. Pränataldiagnostik bietet nicht nur die Vermeidung von Leid an, sondern schafft auch Leid. Die Abwägungen fallen in der Regel zugunsten des Einsatzes selektiver Techniken aus.

## Einstieg in den Ausstieg?

Wenn wir von Frauen/ Männern erwarten, dass sie Pränataldiagnostik, auch wenn sie gesellschaftlich erwünscht wird und für selbstverständlich gehalten wird, ablehnen können, sollen, dürfen, wenn diese ihren Überzeugungen widerspricht, dann muss dies auch für andere Beteiligte/Betroffene von Pränataldiagnostik gelten:

GynäkologInnen, Beraterinnen, Institutionen und deren Überzeugungen und Haltungen. Welche Formen von Ablehnung, Widerstand, Verweigerung gibt es bei den professionellen Akteuren? Wie übernehmen sie Verantwortung für ihr Handeln im Kontext von selektiver Pränataldiagnostik?

- Beratungs- und Unterstützungsangebote für schwangere Frauen und ihre PartnerInnen dürfen diese nicht mit einer Aufklärung über das vielfältige „pränatale Angebot“, die sie vielleicht gar nicht wollen, in die innere Logik dieses Umgangs mit Schwangerschaft, dieses „Hauptsache gesund!“ zwingen.
- Eine adäquate Anwendung verlangt die Berücksichtigung des Schwangerschaftsprozesse der Frauen und eine umfassende Aufklärung und Beratung, die im üblichen Setting nicht geleistet werden kann. Der Bezug auf den informed consent muss dazu führen, die Anwendung von Pränataldiagnostik im

Rahmen der Schwangerenvorsorge zu stoppen. GynäkologInnen z.B. könnten die Zumutung der Verquickung von Schwangerenvorsorge und selektiver Diagnostik, die ein „wildes Screening“ beinhaltet, zurückweisen.

- Die Schwangerenvorsorge durch GynäkologInnen muss auf ihren Behandlungsvertrag hin überprüft werden. Zu klären ist, ob die Verhinderung der Geburt eines Kindes mit einer Beeinträchtigung/Behinderung/Krankheit Aufgabe der Ärztin/des Arztes in der Schwangerenvorsorge ist bzw. sein soll. Wie ist das medizinische Selbstverständnis für diese Arbeit? Was schulden ÄrztInnen: Gesundheit oder Hilfe bei Krankheit und Not? Die Selbstverständlichkeiten, die mit dem Argument „Leiden verhindern“, transportiert werden, müssen hinterfragt und genauer ausgeleuchtet werden.
- Es ist nötig, Grenzen wahrzunehmen und zu respektieren: für das Machbare sowie für individuelle Selbstbestimmung. Selbstbestimmung ist nur möglich in einem Rahmen, der sicherstellt, dass Autonomie und Selbstbestimmung für alle möglich wird bzw. bleibt. Wir brauchen andere Sichtweisen und Formen der solidarischen Unterstützung für schwangerer Frauen.

Vortrag auf dem IPPNW Kongress Mai 2001 in Erlangen

---

<sup>1</sup>vgl. Urteil des Landessozialgericht Baden Württemberg vom 24.1.2001/ LSKA 409/00

<sup>2</sup>Nippert Irmgard (2000): Vorhandenes Bedürfnis oder induzierter Bedarf an genetischen Testangeboten? In: Schmidtke, J. (Hg) (2000): Guter Rat ist teuer. Was kostet die Humangenetik, was nutzt sie? München/Jena; dies. (1999): Entwicklung der pränatalen Diagnostik. In: Pichlhofer Gabriele (Hg.) (1999): Grenzverschiebungen: Politische und ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin. Frankfurt am Main

<sup>3</sup>L. Hennen, Th. Petermann, A. Sauter (2000): Stand und Perspektiven der genetischen Diagnostik. Sachstandsbericht. TAB-Arbeitsbericht Nr. 66

<sup>4</sup>siehe Richtlinien der Bundesärztekammer sowie Standards zur Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft (DGGG)

<sup>5</sup>„Der Triple-Test kann als Beispiel dafür gelten, wie schwierig es ist, ein bestehendes Testangebot, selbst dann, wenn es von Fachleuten als wenig (oder nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen) medizinisch sinnvoll erachtet wird, einzudämmen.“ (TAB S. 72)

<sup>6</sup>Barbara Maier (2000): Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Berlin. Heidelberg 2000

<sup>7</sup>Birgit Rommelspacher (1995): Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Orlanda 1995; dies. (1997): Emanzipation und Dominanz. Zur Bedeutung von Selbstbestimmung im westlichen Feminismus. in: 20 Jahre Feministische Beratung, Therapie, Supervision. Dokumentation 20 Frauentherapiekongre