

Zivilistisches Seminar der Universität Bern

Juristische Überlegungen zur pränatalen Diagnostik

W. Wiegand

Zusammenfassung: Die Vielfalt der Untersuchungsmethoden und die stets zunehmenden Möglichkeiten der Aufdeckung von Anomalien werfen für den Juristen eine Fülle von neuen Fragen auf, wobei naturgemäß die Problematik der Schwangerschaftsunterbrechung im Zentrum steht, die auch die im folgenden behandelten Themen beeinflusst. Vermehrte Bedeutung kommt der schrittweisen Beratung der Schwangeren zu, die ungeachtet der Betroffenheit des Fetus und des Erzeugers der eigentliche Ansprechpartner und Entscheidungsträger bleibt. Ähnliches gilt für die Durchführung der Untersuchung und die Mitteilung der Ergebnisse. Die Schwangere muss ihre Entscheidung selbst treffen und verantworten; der Arzt und die «Gesellschaft» haben jede Entscheidung zu respektieren. Der rechtlich erzwingbaren Einbeziehung Dritter in diesen Prozess stehen faktische und juristische Hindernisse entgegen. Die Schwangere, die sich für die pränatale Diagnose entscheidet, hat grundsätzlich das Recht, über alle Untersuchungsergebnisse informiert zu werden.

Résumé: Le diagnostic prénatal – considérations juridiques. La multiplicité des méthodes d'examen et les possibilités de plus en plus grandes de découvrir des anomalies du fœtus posent au juriste un tas de nouvelles questions.

Le problème de l'avortement y reste naturellement central et influence les thèmes ici traités, qui se portent spécifiquement sur les aspects juridiques du rapport médecin-patient. Au cours de successives consultations le principe du «nondirective counseling» est de

première importance. Grâce aux conseils successifs donnés à la femme enceinte, elle doit pouvoir décider indépendamment de l'exécution du test prénatal aussi bien que des éventuelles interventions. Elle reste le véritable interlocuteur et c'est à elle que finalement revient la décision, bien que le fœtus et le père soient strictement touchés par la question.

La décision lui revient en toute circonstance et ne doit en aucune manière être imposée; médecin et «société» doivent la respecter et la femme enceinte doit en assumer la responsabilité.

La femme enceinte qui se soumet au diagnostic prénatal a en principe le droit d'être informée sur tout résultat de l'analyse.

Summary: Prenatal diagnosis – legal aspects. The wide variety of tests and the ever increasing number of possibilities in discovering anomalies are confronting the lawyers with a multitude of new questions. Naturally, the problems of abortion are central to the issues and influence the discussed subjects. Notwithstanding the involvement of the fetus and the progenitor, particular importance is attached to the – step-by-step – counselling of the mother, as it is she who is the decision-maker and partner in the dialogue. Similar considerations appertain to the execution of tests and the communications of results. Since the mother must make the final decision and take responsibility, doctors and «society» have to respect it. Practical and legal reservations preclude an enforceable involvement of any third party in this process.

I

Alle rechtlichen Erwägungen zur pränatalen Diagnostik sind in irgendeiner Weise mit der Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs verknüpft. Es ist nicht die Absicht des Verfassers, und er wäre als Privatrechtler auch nicht dazu berufen, zu dieser in allen Rechtsordnungen umstrittenen Problematik grundsätzlich Stellung zu nehmen. Der Hinweis soll vielmehr nur deutlich machen, dass auch die im folgenden behandelten Fragestellungen ohne eine Beziehung zur Schwangerschaftsunterbrechung nicht dargestellt und verstanden werden können. Deshalb ist vorab ein Punkt hervorzuheben: Primäres Ziel jeder pränatalen Diagnose ist die Suche nach Anomalien des Embryos [1]. Werden solche entdeckt, stellt eine allfällige Schwangerschaftsunterbrechung – unabhängig von der Frage ihrer Erlaubtheit – eine *eugenische* oder, in der Terminologie des deutschen Strafrechts [2], eine «kindliche» Indikation dar. Diese an sich schon höchst problematische «Selektion im Mutterleib» [3] gewinnt nun eine völlig neue Dimension, wenn man sich die in den vorangegangenen Beiträgen dargestellten Möglichkeiten vor Augen hält. Inwieweit sich daraus Konsequenzen für die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch ergeben, ist noch nicht abzusehen [4]; die Vielfalt der Untersuchungsmethoden und die Nachweisbarkeit immer geringfügiger Anomalien wirft jedoch auch eine Fülle von Fragen auf, die das Verhältnis Arzt-Patient betreffen.

II

1. In der Praxis greifen Beratung und Behandlung in der Regel ineinander. Bei der pränatalen Diagnose ist das häufiger als sonst nicht der Fall. Dieses liegt einerseits daran, dass die Beratung nicht selten schon vor der Schwangerschaft einsetzt, etwa bei den humangenetischen Beratungsstellen, andererseits findet die Untersuchung überwiegend in Kliniken durch Spezialisten statt. Jedenfalls ist in rechtlicher Hinsicht zwischen Beratung und Behandlung zu unterscheiden, selbst wenn diese ausnahmsweise *uno actu* erfolgen sollte.
2. Die *Beratung* bildet an sich einen zentralen Teil des Arzt/Patient-Verhältnisses, das nach schweizerischer Rechtsauffassung dem Auftragsrecht unterstellt wird [5]. Indessen fragt es sich, inwieweit dieses Modell bei der pränatalen Diagnose überhaupt Anwendung finden kann.
 - a) Die Beratung erfolgt (auch in den humangenetischen Beratungsstellen) durch Ärzte, woran unbedingt festzuhalten ist. Als problematischer erweist sich aber die Verwendung des Begriffs *Patient*, und zwar in mehrfacher Hinsicht: Nach traditio-

ner Auffassung ist der Patient «krank», Ziel der ärztlichen Behandlung ist seine Heilung. Eine derartig enge begriffliche Betrachtungsweise lässt sich allerdings nicht mehr aufrechterhalten und darf der Anwendung der arztrechtlichen Regeln nicht entgegenstehen. Dieses ist gerade in der Gynäkologie eine Selbstverständlichkeit, ist doch weder die Schwangerschaft eine Krankheit noch die Schwangere selbst heilungsbedürftig [6]. Dieses führt unmittelbar zum zweiten Problem: Wer ist Patient? In der Praxis nimmt vielfach schon vor der Schwangerschaft, mit deren Beginn noch häufiger, auch der Erzeuger des Kindes an der Konsultation teil. Im Hinblick auf die Möglichkeiten und Erfordernisse genetischer Beratung ist die Teilnahme des Mannes oft unentbehrlich. Dieses schon deshalb, weil die Frau nicht ohne Zustimmung des Mannes über dessen medizinische «Daten» verfügen darf (abgesehen davon, dass ihr diese keineswegs immer geläufig sein werden). Schliesslich stellt sich die Frage, welche «Rolle» der Embryo spielt. Bei der normalen gynäkologischen Betreuung dienen alle ärztlichen Massnahmen dem Wohl von Mutter *und* Kind. Von der Beratung über die Möglichkeiten pränataler Diagnose kann man dies, auch wenn sie im Einzelfall Heilungschancen eröffnen mag, gewiss nicht sagen. Dem Embryo kommt deshalb, obwohl er im Mittelpunkt des Interesses steht, eine «Patientenrolle» nicht zu – einmal von dem Problem seiner Rechtsfähigkeit abgesehen.

- b) Die skizzierten Besonderheiten im Bereich der pränatalen Diagnose zeigen, dass die traditionelle Kategorie Arzt/Patient und die dafür von der Jurisprudenz entwickelten Regeln nicht schematisch angewendet werden können, sondern im Hinblick auf die besondere Konstellation neu überdacht und zum Teil auch neu formuliert werden müssen. Dass das im Rahmen einer knappen Skizze nicht möglich ist, liegt auf der Hand. Im folgenden gehe ich deshalb von dem *Grundmodell* aus, in dem *allein die (werdende) Mutter als Patientin* betrachtet wird, und versuche einige der angedeuteten besonderen Aspekte im Rahmen dieser Konzeption zu berücksichtigen.
3. Überblickt man die in den vorausgegangenen Beiträgen aufgezeigten diagnostischen Möglichkeiten, so stellen sich in bezug auf die Beratung folgende Fragen:
 - Soll der Arzt von sich aus auf diese Möglichkeiten hinweisen?
 - Wie hat die Information zu erfolgen?
- a) Prinzipiell hat der *Arzt als Beauftragter* des Patienten die Pflicht, diesem die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten zu erläutern; auf der

so gewonnenen Basis soll dann (im Idealfall gemeinsam) eine Entscheidung getroffen werden [7]. In der Praxis wird sich dieser Ablauf jedoch nur selten in so idealistischer Weise ereignen, vielmehr ist meist der einzuschlagende Weg durch das Krankheitsbild vorprogrammiert. Bei der pränatalen Diagnose liegen die Dinge komplizierter: Sieht man einmal von der heute praktisch obligatorischen und einfachen Ultraschalluntersuchung ab (deren Unterlassung meines Erachtens in jedem Fall ein Kunstfehler ist), so handelt es sich um komplizierte und zum Teil mit erheblichen Risiken behaftete Untersuchungsmethoden. Deren Ziel ist nicht die «Kontrolle» des Schwangerschaftsablaufs, sondern – wie bereits erwähnt – die Entdeckung von Anomalien.

b) Geht man davon aus, dass das Arzt/Patient-Verhältnis im Rechtssinne als ein «Interessenswahrnehmungsvertrag» anzusehen ist, so ergibt sich daraus, dass der Arzt die Patientin auch auf diese Möglichkeiten *hinweisen muss*. Dabei ist wie folgt vorzugehen:

aa) Die Patientin ist zunächst darüber zu orientieren, dass es neben den üblichen schwangerschaftsbegleitenden Untersuchungen spezielle Methoden gibt; deren Zielsetzung ist in allgemeiner Form zu erläutern.

bb) Die Patientin ist sodann zu befragen, ob sie detaillierte Informationen wünscht, um sich selbst ein Bild machen zu können. Bejaht sie das, so sind die einzelnen Methoden, ihre Verfügbarkeit sowie die Risiko- und Kostenfrage mit ihr zu erörtern. Verlangt die Patientin keine nähere Orientierung, so kann die weitere Beratung unterbleiben.

cc) Diese Grundsätze bedürfen jedoch der *Präzisierung*: Gehört die Patientin einer Risikogruppe an, so ist der Arzt *verpflichtet*, diesen Risikofaktor hervorzuheben; er darf sich nicht mit dem allgemeinen Hinweis begnügen. Meines Erachtens gilt dies selbst dann, wenn die Frau sich prinzipiell gegen weitere Abklärungen ausgesprochen hat. Dieser Entscheid kann erst «en connaissance de cause» akzeptiert werden.

c) Die soeben dargelegte Situation zeigt auf, worin die eigentliche Schwierigkeit für den Arzt besteht: *Beratung ohne Beeinflussung*. Diese sogenannte *nichtdirektive* Beratung [8] hat so zu erfolgen, dass der Patientin die Informationen, ohne eine Entscheidung zu präjudizieren, präsentiert werden. Vielmehr muss eine Selbstbestimmung einerseits ermöglicht und andererseits dann auch gewährleistet werden.

Kompliziert wird die Situation noch dadurch, dass dabei ebenso die Interessen des Erzeugers berücksichtigt werden müssen; denn die Durchfüh-

rung oder Unterlassung derartiger Untersuchungen betrifft auch ihn. In «normalen» Verhältnissen bereitet die Information und Beteiligung des Partners keine Probleme. In Zweifelsfällen aber wird man daran festhalten müssen, dass die Entscheidung letztlich allein der Frau überlassen bleibt.

d) Die vorstehenden Überlegungen bedürfen natürlich der *Relativierung*, weil sie weder die Verfügbarkeit noch die Finanzierung und schon gar nicht die sozialpolitischen Konsequenzen berücksichtigen. Es kann hier nicht erörtert werden, ob überhaupt und gegebenenfalls inwieweit der Jurist solche Faktoren bei der Anwendung des *geltenden* (nicht des zukünftigen) Rechts berücksichtigen soll und kann.

Immerhin wird man die nichtdirektive Beratung so zu verstehen haben, dass der Arzt sich durchaus dazu äussern darf, ob er eine Untersuchung im konkreten Fall für ratsam hält: Muss die gesunde 22jährige Schwangere etwa für eine Amniozentese eine dreitägige Reise auf sich nehmen, so darf der Arzt ihr im Hinblick auf den Risikofaktor und die (von der Patientin zu übernehmenden) Kosten [9] abraten. Es liegt keine unzulässige Beeinflussung vor; ebensowenig dürfte eine Pflichtverletzung wegen fehlerhafter Beratung anzunehmen sein, wenn tatsächlich eine Chromosomenanomalie vorliegt.

Gerade umgekehrt liegt es bei einer über 35jährigen Frau: Hier darf der Arzt in massvoller Form zuraten (wobei die Kosten von der Versicherung getragen werden) [9]. Ein Abraten von der Untersuchung wäre meines Erachtens als Beratungsfehler zu betrachten, der eine Haftung des Arztes auslösen könnte [10].

e) Die zuletzt aufgezeigte Konsequenz führt zu einem *grundsätzlichen Problem*, das auch schon die Gerichte beschäftigt hat [11]: Kann ein Arzt überhaupt verpflichtet sein, auf Untersuchungsmethoden hinzuweisen, wenn er die damit verbundenen Konsequenzen (Schwangerschaftsabbruch) aus religiösen oder ethischen Gründen missbilligt? Die Rechtslage ist eindeutig: Wer es übernimmt, Schwangere zu beraten und zu betreuen, kann sich der Erfüllung einzelner vertraglicher Verpflichtungen nicht aus individuellen Motiven entziehen. Im Ergebnis liefe das darauf hinaus, dass der Arzt seine Pflichten willkürlich definieren und reduzieren könnte. Dieses wäre mit dem Grundkonzept des Vertragsrechts unvereinbar. Dagegen steht es jedem Arzt frei, eine Patientin vor Beginn der Behandlung auf seine persönliche Einstellung hinzuweisen und den Vertragsinhalt dementsprechend festzulegen. Selbstverständlich ist schliesslich,

dass der Arzt nicht verpflichtet werden kann, derartige Untersuchungen selbst vorzunehmen.

III

Bei der *Behandlung* selbst sind drei Problembe-
reiche zu unterscheiden, in denen die Besonderheit
der pränatalen Situation überall, aber doch mit
wechselnder Intensität, relevant wird.

1. Für die medizinisch-technische Durchführung gel-
ten die allgemeinen Regeln, die bei jeder Untersu-
chung oder Operation zu beachten sind:

a) Der Eingriff hat mit der fachspezifischen Sorg-
falt auf der Basis der neusten zugänglichen Kennt-
nisse und mit den besten verfügbaren Hilfsmitteln
zu erfolgen [12]. Jede schuldhafte Abweichung
von diesen Standards stellt eine Pflichtverletzung
mit potentiellen Haftungsfolgen dar.

b) Wie bei jedem anderen Eingriff ist auch für die
pränatale Untersuchung (auch bei Ultraschall!)
eine *Einwilligung* erforderlich, die ihrerseits eine
angemessene *Aufklärung* voraussetzt. Hier wirken
sich nun wieder die Besonderheiten der pränata-
len Situation aus.

aa) Die Aufklärung verfolgt den Zweck, dem Pa-
tienten eine Basis für die Erteilung der Zustim-
mung zu verschaffen: sie muss den wesentlichen
Ablauf und die Zielsetzung des Eingriffs sowie
dessen Risiken umfassen. Gerade der letzte Punkt
erweist sich bei der pränatalen Untersuchung als
besonders problematisch, denn die weitaus gröss-
ten Risikofaktoren betreffen nicht die Mutter,
sondern vorwiegend den Fetus (Verletzungsgefahr
bei Amniozentese, Abortgefahr).

bb) Aufgrund dieser Sondersituation könnte man
sich fragen, ob der Fetus nicht eine Art «Sachwal-
ter» benötigt, der in den Aufklärungs- und Ent-
scheidungsvorgang einbezogen werden müsste,
um «egoistischen» Entscheiden der Mutter vorzu-
beugen. Zu denken wäre im Normalfall an den
Vater, in atypischen Fällen an eine Art vorwegge-
nommene Amtsvormundschaft.

Sowohl aus rechtlichen wie aus praktischen Grün-
den sind indessen derartige Konzepte abzulehnen:
Eine konsistente, wenn vielleicht auch nicht in je-
der Hinsicht befriedigende Lösung ergibt sich nur,
wenn sowohl die Aufklärung als auch die spätere
Entscheidungsbefugnis über allfällige Konsequen-
zen (siehe dazu unter 4.) letztlich auf die Frau als
die «natürliche Vertreterin» des Kindes be-
schränkt werden. In intakten Verhältnissen wird
der Partner sich beratend an diesem Prozess betei-
ligen. In allen atypischen Fällen ist eine Einbezie-
hung Dritter weder praktikabel noch justitiabel,

weil sie gegen den Willen der Mutter nicht durch-
gesetzt werden kann und darf.

c) Überträgt man die Verantwortung in diesem
Masse auf die Frau, so gewinnt die für die Einwil-
ligung erforderliche *Urteilsfähigkeit* gemäss Arti-
kel 16 ZGB besondere Bedeutung. Bei bestimmten
Risikogruppen (Alkohol- oder Drogenabhängi-
gen) kann sich die Frage stellen, ob die Vorausset-
zungen (Einsichts- und Steuerungsfähigkeit) vor-
liegen. Juristische Patentrezepte für derartige
Konstellationen gibt es nicht; vielmehr wird man
es der Beurteilung des Arztes überlassen müssen,
ob im konkreten Fall die Frau die Tragweite der
zu treffenden Entscheidung erfassen kann. Die
Einwilligung muss im Ergebnis als eine *eigene*
Entscheidung der Patientin bewertet werden kön-
nen, andernfalls sind die zuständigen Behörden
zu konsultieren.

2. Bei der *Bekanntgabe der Untersuchungsergebnisse*
ist zunächst vom Normalfall der medizinischen
Praxis auszugehen. Der Arzt erläutert die Befunde
und schlägt eine Therapie vor. Der Patient hat ei-
nen Anspruch auf diesen Rechenschaftsbericht
seines Beauftragten (vergleiche dazu Artikel 400
OR). Nur ganz ausnahmsweise und unter sehr um-
strittenen Voraussetzungen kann der Arzt im Hin-
blick auf das Wohl des Patienten bestimmte Er-
kenntnisse zurückhalten. Überträgt man diese Ge-
danken auf die pränatale Diagnose, so ergibt sich
folgendes:

a) Der Arzt hat der Schwangeren die Befunde zu
eröffnen und zu erläutern. Da die von der Frau
gewünschte Untersuchung dem Zweck dient, Ent-
wicklungsanomalien aufzudecken, kommt eine
Zurückhaltung von Informationen im Hinblick
auf das «Patientenwohl» nicht in Betracht. Denk-
bar ist allerdings, dass die werdende Mutter auf-
grund eines Meinungswandels ohne Rücksicht auf
den Befund das Kind austragen und deshalb auf
die Bekanntgabe der Ergebnisse verzichten will.
Gewinnt der Arzt den Eindruck, dass es sich um
eine wohlüberlegte Entscheidung handelt, so hat
er diesen Wunsch zu respektieren (sogenanntes
«Recht auf Nichtwissen») [4].

b) Weitaus häufiger werden sich allerdings Pro-
bleme bezüglich der *Grenzen der Auskunftspflicht*
ergeben.

aa) Fraglich ist, inwieweit der Arzt *Dritten* Aus-
künfte geben darf, etwa wenn die Entdeckung der
«Chorea Huntington» auch für andere Familien-
mitglieder von Bedeutung ist. Nach geltendem
Recht kann das nur mit Zustimmung der Frau ge-
schehen, die die Verfügungsbefugnis über die er-
mittelten Daten hat. Nach der hier durchgehend
vertretenen Konzeption gilt das auch für den *Va-*

ter, wobei meines Erachtens die Mutter zumindest aus familienrechtlichen Erwägungen zur Erteilung der Genehmigung verpflichtet ist.

bb) Als besonders bedeutsam und schwierig erweist sich bei näherer Betrachtung die Frage nach dem Umfang der Auskunftspflicht. Die naheliegende Antwort lautet: Der Arzt muss (ganz im Sinne von Artikel 400 OR) *alles* mitteilen, was die Untersuchung ergeben hat. Für die «Zufallsfunde» im Rahmen einer normalen ärztlichen Untersuchung trifft dies zu (zum Beispiel Entdeckung eines Karzinoms bei Herzuntersuchung).

Bei der pränatalen Diagnose liegen die Dinge komplizierter, und zwar in zweifacher Hinsicht: Einmal werden im Rahmen der Untersuchung Feststellungen gemacht, die zwar wichtig, aber für das Untersuchungsziel irrelevant sind. Schulbeispiel bildet die Ermittlung des Geschlechts. Zum andern werden mit der zunehmenden Verfeinerung der Methoden immer geringfügigere Anomalien feststellbar. Vom rechtlichen Standpunkt aus kann es hier nur eine klare Antwort geben: Der Arzt muss auch in diesen Fällen sämtliche Befunde eröffnen. Gerade im Zeitalter, in dem Schlagworte wie «Mündigkeit» und «Selbstbestimmung» die politische und rechtliche Diskussion prägen, lässt sich ein Konzept nicht vertreten, in dem der Arzt darüber entscheidet, welche der Befunde für die Schwangere relevant oder interessant sind. Die in diesem Zusammenhang vielfach ausgesprochene Befürchtung, dass Schwangerschaftsunterbrechungen wegen des «falschen» Geschlechts oder geringfügiger Erkrankungen vorgenommen würden, ist in doppelter Hinsicht verfehlt: Einmal kommt eine Interruptio nach geltendem schweizerischem Recht nicht in Betracht. Wichtiger aber ist, dass die eigentliche Ursache darin liegt, dass immer schneller und immer mehr entdeckt werden kann. Über kurz oder lang wird man sich darüber klar werden müssen, wer zu entscheiden hat, wonach überhaupt gesucht werden soll oder darf.

3. Im Normalfall wird das Behandlungsprogramm zwischen Arzt und Patient besprochen und damit im Rechtssinn zum Vertragsinhalt gemacht [5]. Nach den Grundsätzen des schweizerischen Auftragsrechts kann dabei der Patient – ähnlich wie beim Rechtsanwalt, beim Treuhänder oder beim Steuerberater – die Handlungsziele bestimmen, auch wenn das tatsächlich kaum vorkommt. In der Medizin sind dem Bestimmungsrecht des «Auftraggebers» jedoch Grenzen gesetzt, die teils standesrechtlicher, teils ethischer Natur sind. Mir erscheint es ratsam, im Bereich der pränatalen Diagnose Richtlinien zu entwickeln, die nicht die

Indikation generell [13], wohl aber die zulässigen Untersuchungsziele festschreiben. Aus der Sicht des Juristen haben derartige nichtstaatliche Regulierungen («soft law») den Vorteil der Sachnähe und Flexibilität. Jedenfalls erscheint es mir nicht zumutbar, dem einzelnen Arzt die Verantwortung dafür zu überlassen und aufzuerlegen, welche Ergebnisse zu ermitteln und bekanntzugeben seien. Damit könnte zugleich auch der Gefahr entgegen gewirkt werden, die in Schlagworten wie «Mensch nach Mass» [14] oder «perfect babies» zum Ausdruck kommt. Dieses führt zum letzten Punkt.

4. Die Schwangere muss auch nach Bekanntgabe des Befundes die volle Entscheidungsfreiheit behalten.

a) Das heisst zunächst, dass nicht der Eindruck entstehen darf, mit der Einwilligung in die Untersuchung sei bereits ein Vorentscheid für den Fall des ungünstigen Ausgangs getroffen worden. Vielmehr ist hier und jetzt erst recht die nichtdirektive Beratung durchzuführen; der Arzt darf und soll durch Erläuterung und Erklärung der Schwangeren helfen, eine Entscheidung zu finden, die aber ihre höchstpersönliche bleiben muss.

b) Dazu gehört schliesslich, dass die Gesellschaft keinen mittelbaren Zwang auf die Entscheidung ausübt. Gefahren liegen vor allem in finanzieller oder sozialer Diskriminierung, weil angesichts der Möglichkeiten der pränatalen Diagnose die Entscheidung für ein behindertes Kind als «Verschulden» betrachtet werden könnte.

c) Ob andererseits die Mutter das Recht oder die Pflicht hat, ein behindertes Kind zu gebären, ist eine Frage, die nicht mit juristischen Argumenten beantwortet werden kann, die sich durch die zunehmenden Möglichkeiten der pränatalen Diagnose aber immer intensiver stellen wird.

Literatur

1. Vergleiche Beiträge in diesem Heft.
2. § 218 a Abs. 2 Nr. 1 des deutschen Strafgesetzbuches.
3. Behrends M.: Selektion im Mutterleib. «Süddeutsche Zeitung», 23. Juni 1988.
4. Chancen und Risiken der Gentechnologie 12, Dokumentation des Berichtes an den Deutschen Bundestag, München, 1987.
5. Wiegand W.: Der Arztvertrag, insbesondere die Haftung des Arztes. In: Arzt und Recht, Berner Tage für die juristische Praxis 1984, S. 81 ff. (Für Ärzte in öffentlichen Spitälern gelten diese Grundsätze entsprechend.)
6. Vergleiche zum folgenden Rothmann B. K.: The tentative Pregnancy: Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood, New York, 1986.
7. Arzt G.: Die Aufklärungspflicht des Arztes aus strafrechtlicher Sicht. Bucher E.: Der Persönlichkeitsschutz bei ärztlichem Handeln. In: Wiegand, siehe [5].
8. Sogenanntes «nondirective counseling», [4] und [6].

9. Schmid W.: Krankenkassenpflicht bei vorgeburtlichen Analysen. «Neue Zürcher Zeitung», 21. April 1987.
10. Zur Schadensfrage: Wiegand, siehe [5].
11. Entscheid des deutschen Bundesgerichtshofs vom 22. November 1983. JZ 886, 1984 (dazu auch Wiegand unter [5]).
12. Zum folgenden vergleiche [5] und [7].
13. Dazu die Studie des französischen Conseil d'Etat: De l'éthique au droit, Paris, 1988.
14. Van den Daele W.: Mensch nach Mass? Ethische Probleme der Genmanipulation und Gentherapie. München, 1985.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. W. Wiegand, Direktor des Zivilistischen Seminars der Universität Bern, Falkenplatz 18, CH-3012 Bern