

Liebe NetzwerkerInnen,
sehr geehrte Damen und Herren,

nach der Sommerpause kommt nun der Rundbrief 8, der erstmals – allerdings in aller Eile - von der neu eingerichteten Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin erstellt werden konnte. Nachdem im letzten Rundbrief die Ideen für die Beantragung einer Fach- und Koordinationsstelle zu Fragen der Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin vorgestellt wurden, können wir nun mit großer Freude bereits über die neue Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin berichten, die im September ihre Arbeit aufgenommen hat.

Daß diese Stelle mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit eingerichtet werden konnte, ist ein Erfolg der Arbeit des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik ebenso wie die Einladungen zu ExpertInnengesprächen und zum Beirat des Bundesmodellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“.

Neben aktuellen Informationen, Materialien und Terminen wird in diesem Rundbrief noch einmal das Thema „Späte Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik“ aufgegriffen. Hierzu gab und gibt es eine breite Diskussion, vor allem auch auf politischer Ebene.

Für die nächste Netzwerktagung im Februar 2000 in Magdeburg wurde das Thema „Was tut sich bei der vorgeburtlichen Diagnostik? Medizinische Entwicklung – alternative Ansätze – politische Handlungsmöglichkeiten“ gewählt. Als Vorbereitung auf diesen Schwerpunkt sind Artikel dazu abgedruckt.

Zur Broschüre „Schwanger sein – ein Risiko?“ haben wir viele positive Rückmeldungen bekommen. Die Nachfrage war so groß, daß sie nun fast vergriffen ist. Ende des Jahres wird sie deshalb überarbeitet und nachgedruckt. Wir bitten um Verbesserungsvorschläge und Korrekturen bis Ende November an Margaretha Kurmann, Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin. Das Serviceheft wird im Frühjahr überarbeitet und nachgedruckt. Korrekturen bitte an Ebba Kirchner-Asbrock, Cara e.V.,

Bremen. Die Unterrichtsmaterialien für die Ausbildung von Hebammen und Angehörigen medizinischer Fachberufe, die Angelika Ensel und Silke Mittelstädt erarbeitet haben, werden bald zur Verfügung stehen. Ein Folder über die Materialien des Netzwerkes liegt dem Rundbrief bei.

So weit – so gut!

Wir wünschen allen eine gute Zeit und freuen uns auf die Netzwerktagung in Magdeburg.

Margaretha Kurmann

Impressum

Rundbrief 8
des Netzwerkes gegen Selektion durch
Pränataldiagnostik
November 1999

c/o Bundesverband für Körper- und
Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Tel.: 0211/ 64004-0
Fax: 0211/ 64004-20
Email: BV-KM@t-online.de

Sprecherinnen

Ebba Kirchner-Asbrock, Bremen, Mareike Koch, Witten, Roswitha Schwab, München, Dr. Hilburg Wegener, Frankfurt

Verantwortlich für diese Ausgabe

Margaretha Kurmann

Die Arbeit des Netzwerkes kann durch eine Spende auf das Konto 7 034 200 bei der Bank für Sozialwirtschaft, BLZ 370 205 00, unterstützt werden. Stichwort „Netzwerk“ vermerken. Kontoinhaber ist der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.. Eine Spendenquittung kann ausgestellt werden.

Der nächste Rundbrief erscheint im Februar/März 2000

Über Eure/Ihre Anregungen und Beiträge für den Rundbrief freuen wir uns sehr!

INHALT

<u>ARBEITSSTELLE PRÄNATALDIAGNOSTIK/REPRODUKTIONSMEDIZIN</u>	3
<u>SCHWERPUNKT: NEUE TECHNOLOGIEN</u>	5
<u>SCHUTZ DER EMBRYOS, FREIHEIT DER FORSCHER: REGINE KOLLEK</u>	5
<u>FRAUEN –HELFERINNEN DER EMBRYONENFORSCHUNG: CLAUDIA STELLMACH</u>	12
<u>PRÄNATALDIAGNOSTIK UND DER § 218</u>	17
<u>EXPERTINNENGESPRÄCH ZU DEN PROBLEMEN DES SPÄTEN SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS. BERICHT</u>	17
<u>NACHLESE ZUR EXPERTENANHÖRUNG DER CDU/CSU BUNDESTAGSFRAKTION ZUR PROBLEMATIK DER SPÄTABTREIBUNGEN.</u>	18
<u>ANHÖRUNG DER CDU/CSU BUNDESTAGSFRAKTION ZUR PROBLEMATIK DER SPÄTABTREIBUNGEN. STATEMENT DES BUNDESVERBANDES FÜR KÖRPER UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V.</u>	20
<u>BERICHTE</u>	25
<u>SCHWANGERSEIN IN HAMBURG – SICHTWEISEN E.V.</u>	25
<u>„KIND NACH MAß – PRÄNATALDIAGNOSTIK IM KRITIKFELD“</u>	28
<u>„NOCH PLÄTZE FREI IM NETZWERK.....“</u>	28
<u>KLAUSURTAGUNG DER BERATUNGSSTELLE MÜNCHEN</u>	29
<u>STANDPUNKTE ZU PRÄNATALER DIAGNOSTIK/BUND DEUTSCHER HEBAMMEN</u>	29
<u>THEMEN- UND REGIONALE GRUPPEN</u>	31
<u>INFORMATIONEN – HINWEISE – MATERIALIEN – BÜCHER</u>	34
<u>TERMINE</u>	37
<u>NETZWERKTAGUNG 2000</u>	39

ARBEITSSTELLE PRÄNATALDIAGNOSTIK/ REPRODUKTIONSMEDIZIN

Wir freuen uns, bekannt geben zu können:

Am 1. September 1999 konnte die Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin mit Simone Bahr (Verwaltung) und Margaretha Kurmann (Referentin) ihre Arbeit aufnehmen. Sie wird finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit sowie aus Mitteln des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Aufgaben und Ziele

Aufgabe der Arbeitsstelle ist es, die fachliche, fachpolitische und öffentliche Auseinandersetzung zum Themenfeld Pränataldiagnostik und seinen Verschränkungen und Verquickungen mit den unterschiedlichen Angeboten der Reproduktionsmedizin zu unterstützen und voranzutreiben. Dies bedeutet, Berufsgruppen, Organisationen und Verbände, die in ihrer Arbeit mit den Folgen und Implikationen der Thematik konfrontiert sind, in ihrem Berufsalltag durch Kontakte, Kooperation, Vernetzung, Fortbildung und Materialien Unterstützung anzubieten sowie eine breite Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam zu machen.

Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen pränataler Diagnostik, die ethische Verantwortung im sozialen Zusammenleben müssen sichtbar gemacht werden: Eine fortschreitende Normierungen und Ausgrenzungen von Menschen, die nicht, noch nicht oder nicht mehr den Funktions- und Leistungsanforderungen des jeweiligen Arbeitsmarktes entsprechen, und ein Umgang mit Schwangerschaft, in dem weibliche Fruchtbarkeit und Frauen ausblendet und immer unsichtbarer gemacht werden.

Um diese Ziele zu erreichen, soll die Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin folgende Aufgaben übernehmen:

1. Kontakte – Vernetzung – Kooperation/Koordination

Bestehende Kontakte sollen vertieft, neue Kontakte aufgenommen und gepflegt werden. Der Transfer zwischen den beteiligten Berufsgruppen sowie den hauptamtlichen MitarbeiterInnen und den betroffenen Menschen, den Verbänden der Selbsthilfe soll unterstützt und vertieft werden. Interdisziplinarität soll gefördert und Kooperationen in diesem Bereich entwickelt und unterstützt werden.

Dies gilt zum Themenfeld Pränataldiagnostik besonders für Berufsgruppen, die traditionellerweise nicht miteinander in Kontakt stehen wie MedizinerInnen und MitarbeiterInnen aus der psychosozialen Arbeit und gesellschaftliche Gruppen und/oder Bewegungen wie die Frauen-Gesundheitsbewegung und Selbsthilfe/Behindertenarbeit.

2. Öffentlichkeitsarbeit

Eine Öffentlichkeitsarbeit, die den Auswirkungen, die Pränataldiagnostik auf behinderte Menschen und schwangere Frauen und ihre PartnerInnen hat, gerecht wird, erfordert eine Auseinandersetzung auf breiter Ebene, um im Vorfeld und abseits des zeitlichen Drucks einer Schwangerschaft Haltungen und Umgangsweisen zum Thema klären zu helfen. Als Fachstelle zum Themenfeld sollen kollegiale Beratung und Weitergabe von Informationen an MitarbeiterInnen von Medien angeboten werden. Dazu gehören auch andere Personen, die mit Bildung/Weiterbildung und politischer/-fachpolitischer Arbeit befasst sind.

3. Unterstützung und Weiterentwicklung der berufsbezogenen, fachlichen Arbeit zum Themenfeld.

Die inhaltliche und konzeptionelle Arbeit von Beratung/Unterstützungsangeboten und kritische Öffentlichkeitsarbeit gilt es zu fördern. Dies geschieht durch die Organisation von fachlichem Austausch. Die vorhandenen beruflichen Erfahrungen sollen gebündelt und durch Rückkoppelung an die Praxis anderen verfügbar gemacht werden. Dazu müssen Fachinformationen zusammengetragen,

aufgearbeitet und zur Verfügung gestellt werden. In bezug auf die berufliche Alltagspraxis bietet die Arbeitsstelle Unterstützung und kollegiale Beratung für Einzelanfragen von Menschen aus Aus- und Fortbildung, Medien, Aus- und Weiterbildung, Beratungsstellen etc.

Anbindung der Arbeitsstelle

Die Einrichtung der Arbeitsstelle beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. hat ihre Wurzeln in seinem Engagement für das und im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, dessen erfolgreiche inhaltliche und politische Arbeit und Präsenz zum Themenfeld Pränataldiagnostik diese Stelle ermöglicht hat.

Viele Frauen/einige Männer sind im Netzwerk engagiert - eine besonders enge Verbindung gab es mit Cara e.V., kritische Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik in Bremen. Für die Aufgabenstellung der Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin bedeutet es, dass sie dem Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik sowie dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte verpflichtet ist und von diesen Unterstützung und Anregungen erfährt. Die Anbindung an den Bundesverband ermöglicht den Kontakt und die Vertiefung der Arbeit im Hinblick auf Behindertenarbeit und Selbsthilfe. Die Anbindung an das Netzwerk beinhaltet eine überverbandliche und institutionsübergreifende Arbeit sowie den Frauenblick auf Pränataldiagnostik. Gerade diese Arbeit war der kreative und produktive Motor im Netzwerk und hat es zu einem öffentlich/politisch anerkannten Gesprächspartner gemacht. Diese Arbeit gilt es fortzusetzen und voranzutreiben.

Konkret ergibt sich aus dieser Eingebundenheit die räumliche Anbindung der Stelle sowohl an die Geschäftsstelle des Bundesverbandes in Düsseldorf (Verwaltung/ Sekretariat) als auch an Cara e.V. in Bremen (Referentin/ Bremer Büro). Dies ermöglicht der Referentin eine inhaltliche Anbindung an die Praxis der Beratung zur vorgeburtlichen Diagnostik sowie den Austausch und die Kooperation mit Fachkolleginnen. Darüber hinaus richten sich viele inhaltliche Anfragen

aus dem deutschsprachigen Raum an Cara e.V., weil Cara lange Zeit die Anlaufstelle zum Thema Pränataldiagnostik war und zum Teil noch ist.

Für die Stelle wird ein **Beirat** eingerichtet werden, der die Kooperation mit dem Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik institutionalisiert. Ein Faltblatt zur Arbeitsstelle liegt dem Rundbrief bei.

Erste Anlaufstelle der Arbeitsstelle ist Simone Bahr im Bundesverband. Das Bremer Büro ist, soweit es die anfallenden Außentermine erlauben, am Dienstag und Mittwoch besetzt.

Wir freuen uns auf eine rege und lebendige Zusammenarbeit!

Für die Arbeitsstelle
Margaretha Kurmann

Sie erreichen uns:

Beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstrasse 5-7
40239 Düsseldorf
Tel.: 0211/ 64004-10
Fax: 0211/ 64004- 20
Email: BV-KM@t-online.de
Bürozeiten:
Montag – Freitag 9 – 17 Uhr
Ansprechpartnerin: Simone Bahr
(Verwaltung)

im Bremer Büro:
Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin
Große Johannisstraße 110
28199 Bremen
Tel.: 9421/ 5978480
Fax: 0421/ 5978481
Email: ArbeitsstellePND@t-online.de
Ansprechpartnerin: Margaretha Kurmann
(Referentin)

SCHWERPUNKT: NEUE TECHNOLOGIEN

Regine Kollek
Schutz der Embryos, Freiheit der Forscher

1. Einschränkung der Forschungsfreiheit?

Anfang der 80er Jahre war die künstliche Befruchtung weltweit etabliert. Dadurch wurden aus wenigen Zellen bestehende menschliche Embryonen im Reagenzglas verfügbar und der Forschung prinzipiell zugänglich. Um die Verwendung der Embryonen zu anderen Zwecken als zur Etablierung einer Schwangerschaft zu unterbinden, verabschiedete der deutsche Bundestag 1990 das Embryonenschutzgesetz. Das Gesetz schützt den *in vitro*, also mit Hilfe künstlicher Befruchtungstechniken, erzeugten Embryo außerhalb des weiblichen Körpers. Danach ist beispielsweise jede Forschung, bei der Embryonen zerstört werden, die sogenannte "verbrauchende" Embryonenforschung, verboten. Forschung, die darauf abzielt, die Lebensfähigkeit der Embryonen zu erhalten oder sie zu verbessern, ist hingegen gestattet. Zusammen mit den Bestimmungen der §§ 218 und 219 StGB, die den Embryo *in utero* schützen, ist damit ein umfassender rechtlicher Schutz menschlicher Embryonen gewährleistet. Vor allem das Embryonenschutzgesetz wird von vielen Wissenschaftlern als Einschränkung der Forschungsfreiheit wahrgenommen. Versuche, weniger restriktive Bestimmungen zu erreichen, scheiterten schon während der Gesetzgebungsphase, da weder normative Vorbehalte gegen die Embryonenforschung ausgeräumt, noch überzeugend nachgewiesen werden konnte, dass die vorgeschlagene "hoch-

rangige Forschung" nicht auch an Embryonen von Tieren gemacht werden kann.

Seit in verschiedenen Ländern jedoch die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID) praktiziert wird, hat sich diese Situation geändert. Bei diesem Verfahren werden den etwa drei Tage alten Embryonen, die durch künstliche Befruchtung entstanden sind und aus durchschnittlich acht Zellen bestehen, eine oder zwei Zellen entnommen und daran eine genetische Untersuchung durchgeführt. Embryonen, die sich nicht als Träger der gesuchten Erbkrankheiten oder genetischen Veranlagungen erweisen, werden zum Zwecke der Herstellung einer Schwangerschaft einer Frau übertragen. Diejenigen Embryos, die sich als Träger unerwünschter genetischer Veränderungen erweisen, werden in den Ländern, in denen die PID praktiziert wird, entweder verworfen oder, wie überzählige Embryonen von den Paaren, von denen die Keimzellen stammen, in vielen Fällen für Zwecke der Forschung gespendet. Mittels dieser Methode wurden weltweit inzwischen über 160 Kinder geboren.

In Deutschland sind diese Entwicklungen zum Anlass genommen worden, die strikten Regelungen des Embryonenschutzgesetzes erneut zur Diskussion zu stellen und zu versuchen, das Embryonenschutzgesetz zu verändern oder zumindest Ausnahmeregelungen für die PID zu schaffen. Kennzeichnend für die Diskussion ist, dass zwar auch die Frage nach der Vereinbarkeit der PID mit der Würde menschlichen Lebens behandelt wird, dass in ihrem Zentrum aber die Forschungsfreiheit steht. Damit wurde eine spezifische Agenda für die Debatte gesetzt, die den Konflikt zwischen zwei hochrangigen Rechtsgütern, der Menschenwürde und der Forschungsfreiheit, ins Zentrum rückt.

Angesichts derzeit bereits realisierter und in nicht allzu ferner Zukunft zu erwartender Forschungsaktivitäten ist zu vermuten - und dies wäre die erste These - dass mit der PID und dem Versprechen, Erbkrankheiten vermeiden zu können, eine Erosion von Normen einsetzt, die zu einer zunehmenden Entmoralisi-

sierung des Umgangs mit menschlichen Embryonen führt. Diese Erosion wird unter anderem - und das ist die zweite der hier zu diskutierenden Thesen - dadurch verschleiert, dass Schwangerschaftsabbruch und Embryonenforschung gleichgesetzt werden. Es drängt sich der Eindruck auf, dass in der Auseinandersetzung um die PID nicht nur die Angst vor Krankheiten, sondern auch die Möglichkeit, Abtreibungen vermeiden zu können, für die Interessen der Wissenschaft und für eine Durchsetzung der Forschungsfreiheit auch im Bereich der Embryonenforschung instrumentalisiert wird.

2. Explizite und implizite Forschungsziele

Mit Hilfe der PID können durch künstliche Befruchtung erzeugte Embryonen bereits im Reagenzglas untersucht werden. Da nur diejenigen, die die gesuchten genetischen Veränderungen nicht tragen, implantiert und die anderen Embryonen verworfen werden, können die betroffenen Eltern weitgehend, wenn gleich auch nicht vollständig, sicher sein, dass das so entstehende Kind die befürchtete Erbkrankheit nicht trägt. Obwohl dieses Verfahren für Frauen und Paare mit einem Risiko von Erbkrankheiten bestimmte Vorteile bietet, gehen die Initiativen für die Durchsetzung der PID nicht in erster Linie von dieser Gruppe, sondern hauptsächlich von Wissenschaft, Reproduktionsmedizin und Forschungspolitik aus. Einschlägige Stellungnahmen zur Forschungsfreiheit lassen kaum einen Zweifel daran aufkommen, dass es neben der Vermeidung von Erbkrankheiten und Schwangerschaftsabbrüchen auch darum geht, am menschlichen Embryo oder an embryonalen Zellen forschen zu können.

Dabei treten viele Akteure aus Forschung und Politik nicht offen für die Embryonenforschung ein. So wehrte Wolfgang Frühwald, letztes Jahr noch amtierender Präsident der DFG, den Vorwurf, dass es bei der PID nicht nur um Diagnostik, sondern auch um eine zukünftige Embryonenforschung ginge, mit dem Hinweis ab, man wolle nicht an Embryonen forschen, sondern verwahre sich nur

gegen die diskriminierende Funktion einer strafrechtlichen Regelung. Der Gedanke, dass es doch um Embryonenforschung gehen könnte, wird allerdings wenige Sätze später nahegelegt. Hier prangert Frühwald an, dass man zwar in Deutschland von den Ergebnissen der Embryonenforschung Gebrauch machen dürfe, aber zu den Ergebnissen dieser Forschung in Deutschland nichts beitragen könne. Eine ähnliche Argumentation wird von einer Arbeitsgruppe der DFG zur Forschungsfreiheit vertreten. Der Reproduktionsbiologe Henning Beier verweist in einem Gutachten darauf, dass es in Deutschland keine embryologischen Forschungslabors gibt, in denen "grundsätzliche Forschungsarbeiten, die eine Präimplantationsdiagnostik ermöglichen oder verbessern könnten", möglich sind, und bedauert an anderer Stelle, dass in Deutschland die Notwendigkeit hochrangiger Forschung am Embryo bislang leider nicht erkannt worden sei, und dass viele Forschungsziele heute konkreter benannt werden könnten als noch vor einigen Jahren. Wie anders sind solche Aussagen zu verstehen als (indirekte) Plädoyers für eine Embryonenforschung?

Angesichts solcher Äußerungen drängt sich der Eindruck auf, dass die Initiativen für die PID sich nicht nur aus altruistischen Motiven, also wegen ihrer angenommenen, aber in der Gesamtbilanz der Abwägung keineswegs gesicherten Vorteile für die Frauen und Paare speisen, sondern dass damit die Möglichkeit geschaffen werden soll, Forschungen an Embryonen oder an ihnen entnommenen Zellen durchzuführen. Es ist nicht zu übersehen, dass die Wissenschaft ein explizites Eigeninteresse daran hat, auch in Deutschland ein Feld zu besetzen, in dem - wenn die Forschung nicht durch ethische oder rechtliche Grenzen beschränkt wird - in den nächsten Jahren mit einiger Sicherheit viele wissenschaftliche Meriten zu gewinnen sein werden. Denn je mehr Informationen über die Embryonalentwicklung der Säugetiere verfügbar geworden sind, desto mehr Forschungsbedarf ist entstanden. Jedes durchgeführte Experiment schafft hier wie in anderen Forschungsfeldern auch den Bedarf an weiteren Untersuchungen.

Neben grundlegenden Fragen der Embryonalentwicklung und der Weiterentwicklung reproduktionsmedizinischer Methoden stehen zumindest auf der internationalen Forschungsagenda eine Reihe weiterer Themen und Ziele. Dazu gehört die Entwicklung neuer Therapien gegen Erbkrankheiten, Krebs oder andere verbreitete Leiden, die fast immer an erster Stelle genannt werden, wenn es um die Legitimation der Embryonenforschung geht. Praktiziert wird in den USA bereits der Transfer von Eizellflüssigkeit inklusive der darin enthaltenen Erbsubstanz aus gespendeten Eizellen in die einer Empfängerin. Dies Verfahren hat sich im Fall einer Frau, deren Eizellen ein Faktor für die Entwicklung des Embryos fehlte, als erfolgreich erwiesen; der aus den manipulierten Eizellen entstandene Embryo entwickelte sich normal weiter und der Eingriff führte zu der Geburt eines Mädchens. Zu nennen sind auch die zwar noch nicht praktizierten, aber als Möglichkeit breit diskutierten gentechnischen Eingriffe in die menschliche Keimbahn, die Teilung menschlicher Embryonen oder die Perspektive, dass eines Tages die Klonierung erwachsener Individuen machbar sein könnte. Betont werden auch zukünftige Möglichkeiten der Nutzbarmachung embryonaler Zellen für die Entwicklung von regenerationsfähigen Geweben für die Transplantation. Damit könnten, so die Vorstellung, eines Tages versagende Organe ersetzt oder Krankheiten wie Parkinson oder Alzheimer behandelt werden. Und glaubt man dem britischen Wissenschaftler Sacks, soll die Knappheit von Organen für die Transplantation über die Züchtung von kopflosen Embryonen als "Organsäcke" beseitigt werden.

Jeder der sich wissenschaftlich in diesem Feld bewegt weiß, dass für die Entwicklung dieser und anderer Verfahren umfangreiche Forschungen an Embryonen notwendig sind. Ob aus den Experimenten jemals relevante therapeutische Optionen entwickelt werden, ist offen. Dennoch scheint schon das Versprechen auf Heilung für viele Rechtfertigung genug zu sein, um mit der Forschung an Embryonen zu beginnen oder damit fortzufahren. Die PID würde es erlauben, die durch solche Techniken entstandenen Embryonen vor ihrer Übertragung in

den Körper einer Frau auf bestimmte genetische Schäden oder durch die Eingriffe eventuell entstandene Schäden hin zu untersuchen. Von daher könnte sie zu einer Art von Schlüsseltechnologie werden, mit deren Hilfe eine Vorselektion nicht nur von reproduktionstechnisch erzeugten - wie heute schon praktiziert - sondern auch von technisch manipulierten Embryonen stattfinden kann, um die Resultate fehlgeschlagener Experimente schon vor der Implantation zu erkennen. Die Weichen dafür werden in der wissenschaftlichen Forschung bereits heute gestellt.

3. Entmoralisierung des Umgangs mit menschlichen Embryonen

Angesichts dieser Entwicklungen stößt heute jede Initiative, das ESchG zu verändern, auf Widerstand bei verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen. Dazu gehören vor allem Kirchen und wertkonservative Politiker und Politikerinnen aus unterschiedlichen Parteien, aber auch Juristen und Juristinnen sowie verschiedene Frauengruppen und -verbände. Deshalb wurde vorgeschlagen, die PID so durchzuführen, dass sie nicht mit den gesetzlichen Bestimmungen kollidiert. Der Lübecker Reproduktionsmediziner Klaus Dietrich wollte beispielsweise dem Embryo die Zellen für die Diagnostik in einem Stadium entnehmen, in dem sie nicht mehr totipotent sind. Totipotente Zellen besitzen noch ein vollständiges Entwicklungspotential. Bei Vorliegen geeigneter Bedingungen kann sich eine solche Zelle zu einem Embryo weiterentwickeln. Demzufolge wird sie vom Embryonenschutzgesetz auch als Embryo angesehen. Ihre Zerstörung im Rahmen einer Diagnostik oder zu anderen Zwecken ist untersagt, da sie der Vernichtung eines Embryos gleichkäme. Wissenschaftlich besteht jedoch Unsicherheit darüber, wann die Totipotenz der Embryonalzellen genau endet und ob dies im Stadium von acht, zwölf oder sechzehn Zellen der Fall ist. Wird die PID darüber hinaus in einem zu späten Entwicklungsstadium durchgeführt, besteht die Gefahr, dass das Entwicklungspotential des Embryos durch die lange Kultivierungsdauer *in vitro* beeinträchtigt wird und die ohnehin schon niedrigen

Schwangerschaftsraten nach künstlicher Befruchtung noch weiter sinken.

Die PID ist dem Embryonenschutzgesetz zufolge aber nicht nur deshalb verboten, weil dabei totipotente Zellen und damit definitionsgemäß Embryonen vernichtet werden, sondern auch weil die Entnahme einer totipotenten Zelle einer Teilung des Embryos und somit einer künstlichen Zwillings- oder Mehrlingsbildung ("Klonierung") gleichkommen würde. Das entscheidende, oft vernachlässigte Argument ist jedoch, dass zur Durchführung der PID Embryonen unter einem "Prüfvorbehalt" erzeugt werden, denn diejenigen, die nach der genetischen Untersuchung als für die Herstellung einer Schwangerschaft ungeeignet bezeichnet werden, werden verworfen. In dieser Herstellung von Embryonen "auf Probe" sieht das Gesetz eine missbräuchliche Verwendung der Reproduktionsmedizin und einen Verstoß gegen die Würde menschlichen Lebens.

Interessanterweise wird die Tatsache, dass es sich bei der PID um ein Selektionsinstrument handelt, das unter mehreren verfügbaren Embryonen die für die Herstellung einer Schwangerschaft geeigneten auswählt, zumeist diskret verschwiegen. In den Vordergrund wird vielmehr gestellt, dass die Methode nur bei von schweren Erbkrankheiten Betroffenen eingesetzt werden soll, um Schwangerschaften mit erblich geschädigten Embryonen und somit auch Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern. Die internationalen Entwicklungen sprechen jedoch dagegen, dass eine solche Beschränkung auf Menschen mit einem hohen Risiko für genetische Erkrankungen realistisch ist. Denn schon heute stellt sich heraus, dass die Methode in über 60 Prozent der Fälle als Suchstrategie bei Embryonen von Frauen eingesetzt wird, die sich zur Behandlung unerwünschter Kinderlosigkeit einer *in vitro* Fertilisation unterzogen haben. Anders als bei Paaren mit einem Risiko für eine Erbkrankheit ist das Risiko für das Auftreten einer Chromosomenveränderung wie z.B. einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) bei dieser Gruppe in Abhängigkeit vom Alter der Mutter gegenüber dem Durchschnittsrisiko nur vergleichsweise leicht erhöht und beträgt bei-

spielsweise im Alter von 35 Jahren 1 zu 350 und im Alter von 40 Jahren 1 zu 100 Geburten.

Angesichts der internationalen Entwicklung gibt es also gute Gründe anzunehmen, daß die PID auf lange Sicht nicht auf einen kleinen Anwendungsbereich beschränkt bleiben wird. Nach absehbaren technischen Weiterentwicklungen, durch die die Untersuchungen der Embryonen schneller, umfangreicher, sicherer und kostengünstiger durchgeführt werden können, könnte sie zu einem Screeninginstrument für *in vitro* gezeugte Embryonen werden, das dazu beiträgt, zwei Gruppen von Embryonen voneinander zu unterscheiden: solche, denen eine Weiterentwicklung erlaubt ist, und solche, die aufgrund ihrer genetischen Ausstattung als nicht entwicklungswürdig befunden werden.

So gesehen ist die PID eben nicht nur eine bereits im Reagenzglas mögliche Ergänzung der Pränataldiagnostik, sondern, um es zugespitzt zu formulieren, technische wie moralische Einübung in die Forschung an und Manipulation von Embryonen. Dadurch, dass die Embryonen vorbehaltlich einer "Qualitätsprüfung" erzeugt und einer Selektionsstrategie unterworfen werden, in der die entwicklungswürdigen von den nicht für die Entwicklung geeigneten oder vorgesehenen getrennt werden, kann die PID zu einer Entmoralisierung des Umgangs mit menschlichen Embryonen beitragen, und sie so für weitere Verwendungszwecke wie die Forschung leichter zugänglich machen. Vor diesem Hintergrund ist es durchaus gerechtfertigt, wenn das Recht dem Embryo, der sich außerhalb des mütterlichen Körpers befindet, in Form des Embryonenschutzgesetzes einen besonderen Schutz zur Seite stellt, der dem vergleichbar ist oder entspricht, den der Embryo *in utero* durch die bestehende physische und psychische Beziehung zur Schwangeren genießt. bzw. erfährt.

4. Instrumentalisierung des Schwangerschaftsabbruches

Die Verteidiger der PID halten dagegen, dass der Embryo im Reagenzglas besser

geschützt ist als im Mutterleib, da Embryonen zwar abgetrieben, aber noch nicht einmal totipotente Zellen für die PID entnommen oder zum Zwecke der Forschung verwendet werden dürften. Darin wird ein fundamentaler Widerspruch gesehen. Die Konstruktion dieses Widerspruchs erweist sich bei genauerer Betrachtung jedoch als nicht besonders stabil. Zwar trifft es zu, dass die Beendigung einer Schwangerschaft anders als die Vernichtung von *in vitro* gezeugten Embryonen unter bestimmten Bedingungen straffrei ist. Dadurch wird jedoch nicht die Schutzwürdigkeit des Embryos oder Fötus zur Disposition gestellt. In dieser spezifischen, nur von Frauen physisch erfahrbaren Situation akzeptiert der Gesetzgeber vielmehr, dass die Lebensinteressen der betreffenden Frau grundlegend betroffen sind. Deshalb wird mit den derzeitigen Regelungen des Paragraphen 218 der Tatsache Rechnung getragen, dass es sich bei der Schwangerschaft um eine einmalige Situation der körperlichen Verbundenheit zwischen Frau und Embryo bzw. Fötus handelt und der Fötus ohne eine Frau, die gewillt ist, ihn zu akzeptieren und auszutragen, nicht existieren kann. Von daher kann sie auch nicht gezwungen werden, die Schwangerschaft ohne ihr Einverständnis auszutragen.

Eine bestehende Schwangerschaft ist jedoch die einzige Situation, in der die Frau - und nur sie - das Recht hat, sich gegen die Weiterexistenz des Fötus zu entscheiden und die Schwangerschaft straffrei zu beenden. Im Gegensatz dazu liegt jedoch bei einer künstlichen Befruchtung solange keine Schwangerschaft vor, bis der Embryo implantiert ist. Demzufolge geht es im Zusammenhang mit einer PID auch nicht um die Auseinandersetzung mit einem physisch und psychisch erfahrbaren Prozess körperlicher Verbundenheit, sondern um eine Entscheidung über abstrakte, wissenschaftlich-medizinisch repräsentierte Embryonen, die vorbehaltlich einer genetischen Überprüfung und einer positiven Entscheidung zur Implantation keinen moralischen Status zu besitzen scheinen. Nur unter dieser Voraussetzung können sie einer mit der Würde - auch potentiellen - menschlichen Lebens kaum zu vereinbarenden Selektions-

strategie unterworfen werden. Angesichts dieser Unterschiede kann kaum von einer moralischen Gleichwertigkeit beider Verfahren gesprochen werden.

Unter anderem aus diesem Grunde kann auch die Frau nicht über den Embryo außerhalb einer bestehenden Schwangerschaft verfügen. Auch mit ihrer Einwilligung dürfen nicht mehr Embryonen erzeugt werden, als für die Etablierung einer Schwangerschaft benötigt werden, und sie hätte auch nicht das Recht, solche Embryonen für die Forschung zur Verfügung zu stellen. Wie die Kommentatoren des Embryonenschutzgesetzes Keller, Guenther und Kaiser konstatieren, stehen "die von § 1 Abs. 1 Nr. 5 (ESchG) geschützten Rechtsgüter nicht zu ihrer Disposition" und, so wäre zu ergänzen, auch nicht zu der anderer.

Trotz fundamentaler Unterschiede zwischen einer bestehenden Schwangerschaft und der Verfügbarkeit von Embryonen außerhalb des weiblichen Körpers entsteht in der Diskussion der Eindruck, dass die Lebensinteressen, die Frauen im Konfliktfall gegenüber dem Fötus zur Geltung bringen können, mit den von der Wissenschaft vertretenen Interessen an der Verfügbarkeit von Embryonen oder (totipotenten) Embryonalzellen direkt oder indirekt gleichgesetzt werden. Der Forschung wird sogar Priorität vor anderen Grundrechten eingeräumt. Die schon erwähnte Arbeitsgruppe der DFG vertritt in diesem Zusammenhang die Position, "dass das Zurücktreten zum Beispiel des Grundrechts auf Leben (...) gegenüber dem Grundrecht auf Forschungsfreiheit letztlich zu deren eigenen Schutz (zum Beispiel zur Entwicklung von Therapiemöglichkeiten) geboten sein kann." Zur Begründung der Aufhebung von Beschränkungen werden nicht nur zukünftige Therapiemöglichkeiten ins Feld geführt - so vage sie auch begründet sein mögen - sondern auch die Interessen zukünftiger Generationen, die von einer solchen Forschung profitieren könnten.

In der Gleichsetzung von Schwangerschaftsabbruch und verbrauchender Embryonenforschung werden in verschiedener Hinsicht fundamental unterschiedliche Situationen aller sozialen, rechtli-

chen und moralischen Spezifität entkleidet und auf den Streit um die Existenz des Embryos reduziert. Damit erfolgt nicht nur eine Instrumentalisierung der nachvollziehbaren Nöte und gerechtfertigten Interessen von Frauen oder Paaren mit Erbkrankheiten, sondern auch die der Möglichkeit, eine Schwangerschaft abbrechen zu können. Nur vor dem Hintergrund einer so undifferenzierten und enggeführten Betrachtung kann der fast zynisch zu nennende Gedanke entstehen, dass die Möglichkeit und das Recht, eine ungewollte Schwangerschaft beenden zu können, das sich Frauen in langen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen mühsam erkämpft haben, zur Legitimation einer verbrauchenden Embryonenforschung herangezogen werden kann.

5. Der männliche Blick

Die Ausblendung der Tatsache, dass der Embryo ein physisch, psychisch und sozial kontextualisiertes, potentiell menschliches Leben ist, dessen Entstehung zwar heute nicht mehr unmittelbar an die körperliche Vereinigung von Mann und Frau gebunden ist, dessen Entwicklung aber ohne die Einbettung in den weiblichen Körper nicht realisierbar ist, ist charakteristisch für viele der Debatten, die in der vehement geführten Diskussion um den Embryonenschutz geführt werden. Charakteristisch ist auch, dass die Frauen, die solche Eingriffe ermöglichen oder an deren Körpern sie vorgenommen werden, anders als "die Wissenschaft" als involvierte und direkt betroffene Gruppe kaum zu Wort kommen. Aus ihrer Sicht sind jedoch spezifische Argumente geltend zu machen, die nicht die prinzipielle Schutzwürdigkeit des Embryos in Frage stellen, aber eigenständige Gültigkeit in Anspruch nehmen.

Eines der zentralen Argumente dabei ist, dass die Entwicklung von Embryonen und Föten zumindest solange, wie kein künstlicher Uterus zur Verfügung steht, auf den weiblichen Körper angewiesen ist, und dass praktisch alles, was den Embryo und damit auch die Forschung an Embryonen betrifft, an irgendeiner Stelle auch eine Frau betrifft. So ist die

PID zum Beispiel nicht möglich, ohne dass vorher eine künstliche Befruchtung und im Vorfeld davon eine Hormonbehandlung erfolgt, die, obwohl in der Regel komplikationsfrei, nicht ohne Risiken ist. Auch liegt die Wahrscheinlichkeit, mit Hilfe der *in vitro* Fertilisation eine Schwangerschaft zu etablieren und beim ersten Versuch ein Kind zu bekommen, im besten Fall bei etwa 25 Prozent. In der Regel sind also mindestens vier Versuche notwendig, um eine Schwangerschaft herzustellen, was mit einer erheblichen physischen und vor allem psychischen Belastung der betroffenen Frauen verbunden ist. Aufgrund der Fehleranfälligkeit der PID wird den Frauen darüber hinaus geraten, zusätzlich eine Fruchtwasseruntersuchung vorzunehmen, damit bei der PID nichtentdeckte Chromosomenveränderungen oder Fehlbildungen ausgeschlossen werden können. Das bedeutet, dass die Schwangerschaft auch nach einer PID bis zum Ergebnis der Fruchtwasseruntersuchung weiterhin mit Unsicherheit behaftet ist. Aufgrund der Belastungen durch die Hormonbehandlung und die Prozeduren der künstlichen Befruchtung ist fraglich, ob der Vorteil, der in der möglichen, aber nicht sicheren Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die PID vermutet wird, die beschriebenen Nachteile und Risiken aufwiegt.

Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß durch die Schaffung immer neuer technischer Möglichkeiten zur Beeinflussung der Befruchtungsvorgänge und der frühen Lebensstadien des Embryos für Frauen auch neue Handlungszwänge entstehen. Mit den technischen Möglichkeiten wachsen die Erwartungshaltungen zur vorbeugenden Gesundheitskontrolle des Nachwuchses schon im Stadium seiner Entstehung. Inzwischen ist es gut belegt, dass die Nutzung beispielsweise der vorgeburtlichen Diagnostik nicht nachfrage-, sondern angebotsgesteuert ist, und dass in der Gesellschaft ein subtiler Zwang zur Nutzung solcher Angebote entsteht, wenn sie erst einmal verfügbar sind.

Angesichts wachsender technischer Möglichkeiten zur Kontrolle der Fortpflanzung geraten Frauen in immer neue Dilemmata. Zunächst hat es lange genug ge-

dauert, bis sie ihre Ansprüche auf Selbstbestimmung und Gestaltung ihres eigenen Lebens durch Kontrolle des ob, wann und wie oft Gebärens gegen eine patriarchale Gesellschaft durchsetzen konnten. Die in der Formulierung "mein Bauch gehört mir" verbal zugespitzten Anstrengungen, sich von alten Reproduktionszwängen zu befreien, drohen jedoch angesichts wachsender reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten in neue Zwänge transformiert zu werden. Denn wenn Frauen auf der Möglichkeit eines straffreien Schwangerschaftsabbruches bestehen und sich gegen eine Überhöhung des moralischen Status des Embryos wehren, weil sich eine solche Argumentation letztlich gegen sie und ihr Selbstbestimmungsrecht wenden könnte und in vielen Fällen auch gewendet hat, scheinen ihnen die Argumente aus der Hand genommen zu werden, die gegen die Instrumentalisierung der Fortpflanzungsprozesse und des Embryos für die Forschung geltend gemacht wurden. Wenn sie umgekehrt dafür plädieren, dass Embryonen utilitaristischen Nützlichkeitsabwägungen entzogen werden sollen, müssen sie mit Angriffen gegen die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches rechnen.

Die Tatsache, dass jeder Schwangerschaft zumindest potentiell der Konflikt zwischen zwei unterschiedlichen Lebensinteressen innewohnt, für den es letztlich vermutlich keine vollständig widerspruchsfreie Lösung gibt, wird von denjenigen, die Embryonen der Forschung zugänglich machen wollen, mit großem taktischen Geschick für ihre Zwecke eingesetzt und damit instrumentalisiert. Darin liegt nicht nur - wie aus der Position des Embryonenschutzes geltend gemacht - ein auf den Embryo bezogenes moralisches Problem. Vielmehr muss sich eine solche auf formale Widerspruchsfreiheit zielende Argumentation auch den Vorwurf gefallen lassen, zutiefst feindlich gegenüber der Komplexität von Lebensprozessen und Lebensvollzügen zu sein, die sich einem solchen Diktum nicht fügen wollen.

6. Fazit

Angesichts der weitreichenden Versprechungen, die mit der Forschung an Embryonen verbunden werden, ist davon auszugehen, dass - wenn die ersten Schritte zur Embryonenforschung über die PID erst einmal etabliert sind - Frauen oder Paare "übriggebliebene" oder vielleicht auch zuviel erzeugte Embryonen für die Forschung zur Verfügung stellen werden, ohne dass sie oder ihr Nachwuchs unmittelbar davon profitieren würden. Das individualistische Paradigma moderner westlicher Gesellschaften, das Gesundheit und Verantwortung zu zentralen Maximen individuellen und gesellschaftlichen Handelns macht, arbeitet dabei den Interessen der Wissenschaft direkt, aber denen der Frauen nur vordergründig in die Hände. Eine Schranke gegen diese Entwicklung bietet zur Zeit nur das Embryonenschutzgesetz. Zwar ist es richtig, dass diejenigen, die trotz bestehenden Risikos für Erbkrankheiten dann, wenn sie auf keinen Fall ein krankes oder behindertes Kind akzeptieren wollen, sich einer Pränataldiagnostik und einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch unterziehen müssten. Vielleicht würden sie auch zum Zwecke einer PID ins Ausland reisen. Angesichts der weitreichenden Konsequenzen, die eine Öffnung des Embryonenschutzgesetzes im Hinblick auf eine Embryonenforschung und Embryonen-selektion hätte, scheinen dies zwar schwierige, aber bei einer umfassenden Güterabwägung letztlich doch akzeptable Kosten zu sein.

Auch das sogenannte Forschungsdilemma, das darin gesehen wird, dass in Deutschland durch Embryonenforschung gewonnenes Wissen eingesetzt, aber nichts zu seiner Erzeugung beigetragen wird, erweist sich bei genauerem Hinsehen als weniger dramatisch als allgemein angenommen. Denn angesichts der Tatsache, dass entscheidende Fragen und Prozesse der Embryonalentwicklung noch nicht einmal an Tieren gründlich erforscht worden sind, gibt es für die Embryologen und Reproduktionsbiologen auch in Deutschland noch genug zu tun, um das Grundlagenwissen über die Embryonalentwicklung zu erweitern. Dazu bedarf es keiner Forschung an menschlichen Embryonen.

Literatur

Hohlfeld, R., Kollek, R.: Menschenversuche? Zur Kontroverse um die Forschung mit Reagenzglasembryonen.

In: Osnowski, R. (Hrg.): Menschenversuche. Wahnsinn und Wirklichkeit. Köln 1988, S. 146-171.

Beier, Henning M.: Forschung an menschlichen Embryonen: Die wissenschaftliche und rechtliche Situation in Ländern außerhalb Deutschlands.

In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 10/11, 1993, S. 40-50.

Kollek, R.: Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht, Tübingen, Herbst 1998.

Keller, R., Günther, H. L., Kaiser, P.: Embryonenschutzgesetz. Stuttgart 1991, S. 171.

Prof. Dr. Regine Kollek
FSP Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt
Universität Hamburg
Forschungsgruppe Medizin
Falkenried 94
20251 Hamburg

Artikel zuerst erschienen in: Gegenworte. Zeitschrift für den Disput über Wissen. Hrg. von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. 1. Heft, Frühjahr 1998, S. 52-56

Claudia Stellmach

Frauen –Helferinnen der Embryonenforschung

Der fehlerfreie Mensch. Von der Genanalyse während der Schwangerschaft zur Qualitätskontrolle vor der Einsetzung künstlich befruchteter Embryonen

Frauen sind Ursprungsort, Ausbeutungsobjekte und Anwendungsfelder biomedizinischer Praktiken von der Pränataldiagnostik bis zur Embryonenforschung. Den nächsten Schritt hat die Medizin bereits geplant – Frauen wurden bisher nur am Rande gehört.

Im Juni machte eine rheinland-pfälzische „Bioethik“-Kommission unter Leitung des Landesjustizministers von sich reden. Sie legte Thesen zu Präimplantationsdiagnostik (PID) und deren „medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen“ vor, die PID für „ethisch vertretbar und rechtlich zulässig“ erklären. Präimplantationsdiagnostik umfasst die genetischen Diagnosemethoden zur Prüfung künstlich gezeugter Embryonen. Deren Zellen werden genetisch auf erbliche „Defekte“ getestet. „Belastete“ Embryonen werden demnach „verworfen“, „gesunde“ können in die Frau eingesetzt werden. Dafür, so die Thesen, bestehe „medizinischer Anwendungsbedarf“, zum Beispiel bei erbkranken Paaren, die ein gesundes Kind bekommen wollen. Der abgelehnte Antrag auf Genehmigung einer PID an der Uniklinik Lübeck war vor einigen Jahren medienweit bekannt geworden.

Was sich so glatt liest, ist freilich hochproblematisch. Schon das Verfahren enthält eine Crux. Je früher die Reimplantation der befruchteten Eizellen in die Frau

vorgenommen wird, umso höher sind die Einnistungs- und Entwicklungschancen der Embryos, die Schwangerschafts- und „baby-take-home“-Rate; je später, umso geringer. Dies widerspricht dem erklärten Ziel der Reproduktionsmedizin. Also muss die PID-Prozedur früh vorgenommen werden, noch in der Spanne des „totipotenten“ Embryo: All seine Zellen haben noch die Fähigkeit, einen Menschen auszubilden. Dabei werden aber die Testzellen zerstört, was mindestens rechtlich problematisch ist.

Für Frauen wäre PID noch belastender als die seit einem Vierteljahrhundert etablierte Pränataldiagnostik (PND) - gegen deren Schönreden durch Human-genetik und Gynäkologie. Da PID nur an künstlich gezeugten Embryonen durchgeführt werden kann, bleibt es bei den körperlich belastenden Hormonstimulierungen für hinreichende Eizell-„Produktion“ und -Entnahme sowie den entwürdigenden Prozeduren meist wiederholter Einsetzungen künstlich befruchteter Eizellen in die Gebärmutter. Gegen die Behauptung der rheinland-pfälzischen „Thesen“, PID vermeide einen Abbruch, bliebe es auch bei PND-Tests, der damit verbundenen „Schwangerschaft auf Probe“ und einer eventuell folgenden Abtreibung. Denn tatsächlich wird Frauen, die sich der in einigen Staaten erlaubten PID unterziehen, wegen ungeklärter Schädigungsrisiken zur vorgeburtlichen Gen-Kontrolle des Fetus geraten.

Ebenso problematisch sind die gesellschaftlichen Konsequenzen von PID. Sie intensiviert das schon in vorgeburtlicher Diagnostik angelegte gesellschaftliche Eugenik-Angebot. PID stellt nämlich eine sowohl individuell wie gesellschaftlich neue Frage gegenüber PND. Nicht mehr auf Krankheit und Behinderung als Eigenschaften eines (entstehenden) Menschen würde reagiert, sondern das Auftreten von Krankheit und Behinderung selbst und damit Menschen mit solchen Eigenschaften würden im Ansatz verhindert. Sie führte so noch weiter weg vom Konzept des genetisch als krank oder behindert definierten Kindes, das ohnehin willkürlich ist, denn wer definiert die „Defekte“? Sie leitet definitiv über zum Konzept der „Risiko-“ oder „Anlageträ-

gerschaft“ und damit zu weiteren Umwälzungen, zum Beispiel hinsichtlich der Lebens- und Krankenversicherungs-Konditionen.

Ist in PND negative Selektion angelegt, die Beseitigung eines Kindes mit prognostizierbarer Erkrankung, so bedeutet die Auswahl einzelner „gesunder“ Embryonen durch PID nun positive Selektion, denn das bisherige genetisch definierte PND-Angebot: *Dieses voraussichtlich behinderte oder kranke Kind brauchst Du nicht zu bekommen* wird nun ersetzt durch das PID-Angebot: *Du brauchst überhaupt kein krankes oder behindertes Kind zu bekommen*. Es kippt zudem das bisherige Tätigkeitsziel der Reproduktionsmedizin selbst um. Es war bisher legitimiert mit einem Sterilitätsbefund und dem von den Reproduktionstechnikern als unabweisbar dargestellten Kinder- und Mutterschaftswunsch: *Du willst ein Kind - greif zu künstlicher Befruchtung*. Ob das gewünschte Kind krank oder behindert sein durfte, blieb eine gesonderte Frage. PID bündelt nun beide Angebote: *Du willst auf keinen Fall ein behindertes Kind. Nimm also PID in Anspruch - und zuvor künstliche Befruchtung*.

All das stört weder die „Bioethik“-Kommission noch die Regierung von Rheinland-Pfalz. Wenn es stimmt, dass Medizinforschungspolitik Skandalisierung strategisch dafür einsetzt, der Öffentlichkeit angeblich mangelnde Regulierung vorzuhalten, um soziale und kulturelle Brüche vorzubereiten und neue Deregulierungen zu erzwingen, dann ist der Bericht ein solcher Bruch. Dass „ethische Grenzsetzungen“, die der Kommissionsbericht als sein Ziel ausgibt, eben diese Grenzen erst zur beweglichen Diskursmasse machen und so zu ihrer Auflösung beitragen, ist historisch verbürgt. Nur Deutschland verfügte Anfang der 30er Jahre über staatliche Richtlinien zu Grenzen medizinischer Menschen-Experimente ... Kaum anders ist der Bericht zu deuten: Er leitet die Beseitigung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) von 1991 ein. Es wird von der *scientific community* seit Jahren bekämpft, bestenfalls zähneknirschend akzeptiert. Angezielt wird ein umfassendes Gesetz zu Fortpflanzungstechnik.

Die Kommission freilich geht verdeckt vor: Sie erwähnt das ESchG kaum. Stattdessen nutzt sie die Methode, mitleidheischende Einzelfälle vorzustellen – „erbkrank“ Paare, denen zum gesunden Kind verholfen werden müsse –, um daraus einen allgemeinen Bedarf zu schlussfolgern. Techno-logisch verdreht sie die angebotsinduzierte Verbreitung der PND, die den Embryo im Mutterleib vorgeburtlich zu untersuchen erlaubt, zur Frage, warum PID am Embryo im Reagenzglas nicht erlaubt sein sollte. Dreister noch ist die Behauptung, es bestehe kein Widerspruch zum ESchG, da PID auf „die Herbeiführung der Schwangerschaft“ und ein Kind abziele, das einen bestimmten Gendefekt nicht habe. Sie verschweigt, dass die angestrebte Schwangerschaft jedenfalls nicht die mit dem PID-getesteten Embryo ist. Denn in den Uterus werden nur Zellen eines Embryo reimplantiert, von dem *andere* Zellen untersucht und für gesund befunden wurden – die Test-Zellen selbst werden dabei ja zerstört.

Genau dies verbietet das Embryonenschutzgesetz. Jeder Zugriff auf Embryonen hat nach Wortlaut und Sinn deren Erhaltung zu dienen. Ohne ihre Zerstörung aber ist PID nicht zu haben. Der Bericht definiert sie als nicht strafbar um. Auch die Annahme, wann die embryonale Totipotenz erlösche – die Fähigkeit der Einzelzellen, einen biologisch ganzen Menschen auszubilden – zielt gegen das ESchG. Die internationale Forschung geht vom 12-Zell-Stadium aus; eine frühere PID widerspricht also dem ESchG. Die Konsequenz: Entweder wird PID, wie international üblich, an 8-Zell-Embryonen durchgeführt; dann verstößt sie gegen das ESchG. Soll das vermieden und PID später durchgeführt werden, was wegen der geringen Schwangerschaftsrate den Interessen von Reproduktionsmedizin und Klientinnen zuwiderliefe, müsste das ESchG geändert werden. Trickreich nimmt der Bericht das 8-Zell-Stadium an.

Dass er PID für „ethisch vertretbar und rechtlich zulässig“ erklärt, dass sein Ministerium diese Arbeit von ExpertInnen aus Medizin, Recht, Theologie, Naturwissenschaften und Ethik stolz vorstellt und eine Landesregierung sie akzeptiert, hat demnach ziemlich eigenwillige Qualität.

Bisher hatte sich vor allem die Forschung gegen das ESchG ausgesprochen; staatliche Institutionen und Politik hatten sich eher zurückgehalten. Die rheinland-pfälzischen Sozialliberalen, auch anderwärts geübt in Deregulierungsinitiativen, preschen auf das bundesweite Feld rot-grüner Forschungsoffenheit.

Zu den Interessenten an Forschung und Nutzung von Embryonen und der völligen Beseitigung des ESchG gehört insbesondere die *scientific community*, die Keimbahnveränderung, Klonierung und Embryonalzellen-Transplantation im Sinn hat. Für all das werden lebende menschliche Embryonen gebraucht. Entsprechend klagt die mächtigste Forschungsvertretung, die Deutsche Forschungsgemeinschaft, seit Jahren über angeblich unververtretbare Forschungsbeschränkungen. Auch die Anbieter praktischer Anwendungen kämen nicht schlecht weg. Die durchgängig privat organisierten Kliniken, die die sog. „assistierte Reproduktion“ gegen Unfruchtbarkeit anbieten, florieren. Die Ursachen tatsächlich steigender Unfruchtbarkeit sind dagegen weitgehend ungeklärt bzw. werden mit deutlich knapperen Mitteln erforscht. Ärztliche Standesvertretungen gehören ebenfalls zu den Interessenvertretern „verbrauchender“ (Embryonen zerstörender) Embryonenforschung. So hatte die Bundesärztekammer schon 1985, lange vor Verabschiedung des ESchG, Richtlinien verabschiedet, die – für die Öffentlichkeit – in-vitro-Fertilisation und Embryotransfer erlaubten und für die Forschung Keimbahn-Manipulation, Embryonen-Klonierung, ihr Tiefgefrieren, Präimplantationsdiagnostik bzw. entsprechende Forschung, den Einsatz embryonaler Zellen in neuen, experimentellen „Therapie“verfahren wie Embryonenverbrauch nicht ausschlossen.

Gegenakteurinnen

Auf der anderen Seite stehen seit inzwischen mehr als anderthalb Jahrzehnten unterschiedlichste AkteurInnen, die den Zugriff auf Embryonen verstellen wollen; auch Konservative und LebensschützerInnen. Früher wandten sich viele von ihnen ausschließlich gegen den Schwangerschaftsabbruch als solchen und spar-

ten den Abbruch nach einem „Befund“ aus ihrer Kritik aus. Heute wenden sie sich teilweise auch gegen Embryonenforschung, eugenische Tendenzen und Behindertenfeindlichkeit. Die historisch erste Gruppe, die grundsätzliche Kritik an Embryonenforschung übte, war jedoch die feministische und Frauenbewegung. Seit Anfang der 80er Jahre sprach sie sich in ihrer Kritik an Gen- und Reproduktionstechniken ebenso eindeutig gegen Embryonenforschung aus. Diese Position wurde aus unterschiedlichen Gründen breit und teilweise offensiv geteilt. Ob Deutscher Frauenrat und Mitgliedsverbände, ob Gewerkschaftsfrauen, autonome feministische Gruppen, behinderte oder nicht behinderte Frauen, Frauengesundheitszentren oder andere Einrichtungen – keine einzige forderte jemals Embryonenforschung und –nutzung. Bis heute hat die gesamte Breite der Frauenorganisationen klare Beschlusslagen gegen Embryonenforschung und für strenge Regulierungen der Reproduktionstechnik.

Dahinter steht die Einsicht, dass Reproduktionstechniken sich weniger dem uneigennütigen Einsatz ihrer (männlichen) Erfinder fürs Mutterglück anderer verdanken als dem Interesse an Embryonen für gentechnische und erbgutverändernde Laborexperimente. Die alten „Träume der Genetik“ haben die „Väter“ der Reproduktionsmedizin nie verhehlt. Der Weg zu Embryonen aber führt über Frauen. Ohne sie keine Eizellen, ohne Eizellen keine künstlich gezeugten Embryonen, ohne Embryonen keine Experimente. Frauen sind Ursprungsort, Ausbeutungsobjekte und Anwendungsfelder biomedizinischer Praktiken von Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik bis zu Embryonenforschung.

Bei den politischen ExpertInnendebatten zu deren Einführung wurden sie und ihre Vertretungen freilich ignoriert. Als „fetales Umfeld“, als Objekte des gesellschaftlichen Drucks in Richtung Mutterschaft und der Reproduktionsmedizin, die sich Hormonstimulation und entwürdigende Befruchtungsprozeduren aufdrängen lassen; als größte gesellschaftliche Gruppe, an der genetische Diagnostik praktiziert wird; als Schwangere, die

pränataldiagnostische Untersuchungen angeboten bekommen und in Erwartung des Befundes die Schwangerschaft auf Probe erleben; als EntscheiderInnen, die sich zwecks Wahl zwischen Austragung oder Abbruch durch unübersichtliche Kaskaden genetisch definierter Gesundheitsbewertungen durcharbeiten sollen, galten Frauen nicht als sprach- und urteilsfähig. Als Menschen, deren soziales Schwangerschaftserleben nachhaltig pathologisiert und technologisch durchgesetzt wird; als Sprecherinnen für sich und ihre Interessen waren sie so wenig gefragt wie als früh kritische Expertinnen für Gen- und Reproduktionstechniken. Bis heute fehlt einschlägigen Expertengremien jedes Unrechtsbewusstsein für dieses Demokratiedefizit. Auch dem rheinland-pfälzischen.

Die andere Seite dieser Ignoranz ist die Rede über angebliche weibliche Akzeptanz der vorgeburtlichen Gentests. Tatsächlich wurde Pränataldiagnostik an Frauen vorbei etabliert. Heute drängen viele GynäkologInnen sie Schwangeren unter Androhung kindlicher „Defektrisiken“ auf, um höchstrichterlich gesetzter Arzthaftung für die Geburt eines behinderten Kindes zu entgehen. Es wird Zeit, dass Frauen wieder lauter werden. PID würde die Pathologisierung der Schwangerschaft, die durch vorgeburtliche Diagnostik produziert wird, ebenso verstärken wie den sozialen Druck zur „gesunden Mutterschaft“. Frauen würden noch weiter in die Rolle der ExekutorInnen gesellschaftlicher Eugenisierung gedrängt. Das nützt ihnen so wenig wie die Liquidierung des Embryonenschutzgesetzes, die Rheinland-Pfalz einläutet.

Claudia Stellmach ist Sozialwissenschaftlerin und arbeitet u.a. im Rahmen der Forschungsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen „Ethik in der Gesundheitsversorgung“, zu einschlägigen Themen der sog. Biomedizin.

Erschienen in: Freitag. Die Ost-West-Wochenzeitung; Ausgabe 39, 24. September 1999.



PRÄNATALDIAGNOSTIK UND DER § 218

ExpertInnengespräch zu den Problemen des späten Schwangerschaftsabbruchs

im Bundesjustizministerium am 1. Juli
1999

Die wichtigsten Ergebnisse der Netzwerktagung 1999 sind von den SprecherInnen, wie immer, an die Landesorganisationen der Ärzteschaft und an die zuständigen Ministerien geschickt worden. Bundesjustizministerin Herta Däubler-Gmelin hat unsere Stellungnahme zu selektiven Schwangerschaftsabbrüchen und unseren Offenen Brief an die Bundesärztekammer "mit Interesse gelesen", wie sie schreibt. Zu einem Gespräch mit medizinischen und juristischen ExpertInnen über die Probleme des späten Schwangerschaftsabbruchs hat sie daraufhin mich als eine der SprecherInnen des Netzwerkes sowie Annet Braun von der Beratungsstelle Pua (siehe ihren Beitrag auf der folgenden Seite) und Antje Kehrbach als Hebammenvertreterin eingeladen.

In den Statements der ersten Runde ließ die Ministerin zunächst uns drei Frauen zu Wort kommen. Auch später hörte sie unseren Diskussionsbeiträgen sehr aufmerksam zu, und griff in ihren kritischen Fragen zuweilen auf unsere Argumente zurück. Anschließend sprachen zunächst Neonatologen und Kinderärzte, die sich überaus kritisch mit der derzeitigen Praxis der Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch und des Fetocid auseinandersetzten. Es folgte Professor Hansmann, Pränatalmediziner aus Bonn. In seinem Zentrum seien in den letzten 3 1/2 Jahren rund 500 Abbrüchen nach der

22. Woche vorgenommen worden. Die Zahl der Spätabbrüche sei aber prozentual von 18% auf 12% gefallen. Hauptproblem sei, dass die niedergelassenen ÄrztInnen häufig zu spät überwiesen, aber das würde sich lösen lassen durch mehr Fortbildung und den Trend zu früherer Diagnostik. Für ihn sei die Pränataldiagnostik der größte neuere Fortschritt in der Medizin, das Bild des Kindes, das die Mutter erhält („visuelle Begegnung“), wirke sich lebensschützend aus.

Nach Professor Hansmann sprachen noch eine Reihe von Gynäkologen und Humangenetiker. Problematisiert wurde vor allem, dass nach derzeitiger Gesetzeslage späte Schwangerschaftsabbrüche nicht zentral registriert werden, dass es Einrichtungen gäbe, die ohne ein fundiertes Beratungskonzept arbeiten und dass Suizidgefährdung als Begründung für eine medizinische Indikation nach Pränataldiagnostik in eine rechtliche "Grauzone" führe. Wenn Selbstmordgedanken der Mutter das Problem wären, wäre eine Psychotherapie sinnvoller als ein Abbruch. Abschließend sprach Christiane Woopen für die Bundesärztekammer. Wie schon auf der letzten Netzwerktagung unterschied sie zwischen der mütterlich-medizinischen und der kindlich-medizinischen Indikation und forderte für letztere eine Befristung. Sie schlug dafür eine Ergänzung des § 218 vor, derzufolge "Abbrüche, bei denen keine vitale Gefährdung der Mutter vorliegt, nur bis zur extrauterinen Überlebensfähigkeit des Kindes zulässig" sein sollten.

In der anschließenden Diskussion herrschte große Übereinstimmung in der Forderung nach mehr Beratung, der sich sehr deutlich auch die Ministerin anschloss. Wir im Netzwerk werden sehr genau beobachten müssen, was für eine Beratung damit gemeint ist und wem diese letztlich nutzt. Außerdem plädierten die Ärzte dafür, dass späte Abbrüche an der Grenze zur Überlebensfähigkeit nur in großen Zentren und nach Einholung einer "zweiten Meinung" durchgeführt werden sollten. Auch diese Position hat die Ministerin einige Tage nach die-

sem Gespräch öffentlich vertreten, und das Netzwerk wird dazu eine Position erarbeiten müssen.

In einer zweiten Gesprächsrunde waren die Juristen gefragt. Sie stellten fest, dass eine Befristung der medizinischen Indikation in den Fällen, in denen es nicht konkret um das Überleben der Mutter, sondern um diagnostizierte Eigenschaften des Kindes geht, eine Wiedereinführung der embryopathischen Indikation wäre. Die sei inzwischen unvereinbar mit dem Nichtdiskriminierungsgebot des Grundgesetzes in Artikel 3,3. Sie problematisierten außerdem die derzeitige rechtlich relevante Unterscheidung zwischen einem legalem Abbruch mit intrauterinem Fetocid und einer strafbaren Tötung nach dem Durchschneiden der Nabelschnur. In anderen Ländern sei der juristisch entscheidende Unterschied die Überlebensfähigkeit des Kindes und nicht, ob es sich zur Zeit der Tötung innerhalb oder außerhalb des Uterus befinde. Die Ministerin fand das bedenkenswert, fragte aber zurück, ob sich dann die Rechtslage nicht abhängig mache von den Möglichkeiten der Frühgeborenenmedizin.

Anders als in der ersten Gesprächsrunde schloss die juristische Diskussion mit einer unübersehbaren Ratlosigkeit. Die Ministerin kündigte an, dass sie bis zum Herbst in dieser Frage tätig werden solle. Erforderlich seien vor allem noch mehr Daten, z.B. über das zahlenmäßige Verhältnis von Diagnosen, die auf Therapiezielen, und Diagnosen von nichttherapierbaren Schädigungen. Wenn sie die heutigen Informationen geprüft habe, werde sie den Kreis eventuell noch einmal zusammenrufen.

Das war im Sommer. Jetzt ist der Herbst bald vorbei, und, soweit ich sehe, hat sie sich inzwischen weder in der Öffentlichkeit zur Frage der späten Abbrüche geäußert noch zu einem zweiten Gespräch eingeladen. Bis zur Netzwerktagung im Februar 2000 werden wir aber weitere Informationen haben oder zumindest nachfragen und auf Informationen über den Stand der Dinge drängen.

Hilburg Wegener, 28. 10 1999

Nachlese zur Expertenanhörung der CDU/CSU Bundestagsfraktion zur Problematik der Spätabtreibungen.

Am 16. September 1999 waren VertreterInnen der Kirchen (EKD/ EKful; Caritasverband), der Bundesärztekammer, des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte, der Gesellschaft für Humangenetik sowie eine Vertreterin aus der Beratungsarbeit und ein Kinderarzt zur „Expertenanhörung zur Problematik der Spätabtreibungen“ nach Berlin gekommen, um Auskunft zu geben über die Folgen der Abschaffung der embryopathischen Indikation und die Auswirkungen der Pränataldiagnostik und des ärztlichen Haftungsrechts auf die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen.¹

Lediglich die Vertreterinnen der BÄK und – allerdings sehr eingeschränkt – die Vertreterin des Caritasverbandes forderten eine Änderung des §218 StGB, eine Befristung von Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation. Alle anderen VertreterInnen stellten fest, dass aus ihrer Sicht die Problematik der späten Schwangerschaftsabbrüche nicht durch gesetzliche Regelungen gelöst werden kann. Beratung vor allem **vor** Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik wurde ebenso gefordert wie eine breite Diskussion über Pränataldiagnostik.

Im Nachgang zu dieser Anhörung sind mir Fragen und Gedanken gekommen, die ich in Kürze wiedergeben und zur Diskussion stellen möchte.

In der Beschäftigung mit der medizinischen Indikation wird deutlich, dass sie

¹ Die Stellungnahme des Bundesverbandes ist im Rundbrief abgedruckt. Eine ausführliche Stellungnahme der EKful (Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V.)/ Familienberatung beim DWEKD (15 Seiten) lag vor.

auf viele Weise auslegbar ist und die Auslegung letztendlich im „Belieben“ der beteiligten MedizinerInnen liegt. Die unterschiedliche Praxis in den jeweiligen Kliniken bestätigt dies eindeutig. In diesem Zusammenhang wird über „enge“ Indikationsstellung oder eine Indikationsstellung, die der Intention der Abschaffung der embryopathischen Indikation gerecht wird, diskutiert. Was sind unsere Vorstellungen über die Handhabung der medizinischen Indikation im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik unter Berücksichtigung der Abschaffung der embryopathischen Indikation? Kann es überhaupt eine Lösung innerhalb eines Gesetzes geben, das Frauen nicht erlaubt, selbstbestimmt über Fortsetzung oder Abbruch einer Schwangerschaft zu entscheiden, sondern sie abhängig von medizinischen Gutachtern macht?

Ein anderer Aspekt: In der Auseinandersetzung mit (späten) Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund eines Befundes über eine zu erwartende Behinderung-/Beeinträchtigung beim Ungeborenen beziehen wir uns auf die Praxis von selektiver Pränataldiagnostik und identifizieren diese als das Problem. Was heißt das für unsere Lösungsansätze? Wollen wir eine „enge“ bzw. keine Indikationsstellung bei selektiver Pränataldiagnostik? Denn auch wenn alle Frauen „gut beraten“ werden, wird es Wünsche nach (späten) Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik geben.

Und als letzten Gedanken: Wenn wir ernstnehmen, dass die medizinische Indikation sich auf eine akute Notsituation einer schwangeren Frau bezieht, was heißt das für den Umgang mit Pränataldiagnostik, von der wir sagen, dass sie eine solche Notlage ja gerade erst provoziert? Welche Anforderungen sind damit auch an Beratung und Aufklärung gestellt? Muss eine schwangere Frau nicht über die selektiven Absichten **und** über die medizinische Indikation mit allen ihren Offenheiten und Ungereimtheiten aufgeklärt werden? Darf ihr überhaupt vorher ein Schwangerschaftsabbruch als mögliche Therapie im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik in Aussicht gestellt werden? Der Umgang, einer Frau vorher zu sagen, **sie** müsse – d.h.

auch könne - über einen möglichen Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen Befund entscheiden, ist sehr fragwürdig; er entspricht nicht der Gesetzeslage und je nach Einzelpersonen /Kliniken auch nicht in jedem Fall der konkreten Praxis von Indikationsstellung/Anerkennung einer Indikation/eines Schwangerschaftsabbruchs. Und vor dem Hintergrund der Beratungspraxis bin ich mir sicher, dass viele Frauen der – invasiven – Entnahme von Fruchtwasser z.B. nicht zustimmen würden, wenn sie bei einem auffälligen Befund nicht die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs hätten.

Müssen wir noch einmal über den §218 streiten – obwohl alle über den jetzigen mühevoll erreichten Kompromiss froh zu sein scheinen?

Margaretha Kurmann
Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/ Reproduktionsmedizin

Anhörung der CDU/CSU Bundestagsfraktion zur Problematik der Spätabtreibungen am 16.9.1999 in Berlin. Statement des Bundesverbandes für Körper und Mehrfachbehinderte e.V. Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin

Einleitung

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte wurde 1959 von Eltern behinderter Kinder, insbesondere Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen, gegründet. In über 200 Ortsvereinen sind heute ca. 25.000 Familien mit behinderten Kindern bzw. Angehörigen zusammengeschlossen. Die örtlichen Selbsthilfevereinigungen verfolgen selbstständig ihre Ziele und haben im Laufe ihrer Entwicklung ein breites Angebot an Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe geschaffen. Es umfasst Frühförder- und Beratungsstellen, ambulante Dienste, Kindergärten, Schulen, Wohneinrichtungen, Integrationsfachdienste sowie Freizeit- und Betreuungsstätten. Als Selbsthilfeorganisation fördert der Bundesverband die gegenseitige Unterstützung und den Erfahrungsaustausch der Betroffenen in den örtlichen Zusammenschlüssen. Er versteht sich als sozialpolitische Interessenvertretung für körper- und mehrfachbehinderte Menschen und ihre Angehörigen auf allen Ebenen des Verbandes. Als Fachverband ist es seine Aufgabe, Konzepte der Behindertenhilfe und -selbsthilfe weiterzuentwickeln und das aktuelle Fachwissen aus Medizin, Pädagogik, sozialer und beruflicher Rehabilitation mit der Praxis der Arbeit für körper- und mehrfachbehinderte Menschen zu verknüpfen. Das oberste Ziel des Bundesverbandes ist es, behinderte, insbesondere körper- und mehrfachbehinderte Menschen so zu fördern, dass diese zu einem möglichst selbständigen Leben befähigt werden.

Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin werden zunehmend bestimmend für die Lebenssituation behinderter Menschen. In Anerkennung dieser Entwicklung hat der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte eine Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin eingerichtet, die zur Aufgabe hat, die fachliche, fachpolitische und öffentliche Auseinandersetzung um Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin zu unterstützen und voranzutreiben. Die Arbeitsstelle ist eingebunden in das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik.

Pränataldiagnostik berührt in seinen Fragestellungen alle gesellschaftlichen Gruppen und fordert sie zum Handeln heraus. Mit Beginn der 90er Jahre haben sich Mitarbeiterinnen aus Frauen- und Gesundheitsprojekten, Frauen/Männer aus der Behindertenarbeit und Selbsthilfe, aus Kirchen, aus psychosozialen Einrichtungen, Hebammen, MedizinerInnen sowie Menschen mit anderen, unterschiedlichen Hintergründen zu einem interdisziplinären und institutionsübergreifenden Austausch zusammengefunden. Daraus hat sich das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik entwickelt, in dem heute viele Institutionen und Einzelpersonen engagiert sind. Der Bundesverband hat in seinem Engagement im und für dieses Netzwerk einen Ort gefunden, an dem er die Problematik für sich weiterentwickeln kann.

Wie Wunschkinder zu unerwünschten Kindern werden. Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüche

1995 wurde die embryopathische Indikation nicht zuletzt dank der Bemühungen der Behindertenverbände und der Kirchen aus dem § 218 StGB gestrichen. Sie war und ist mit den Vorstellungen der Behindertenverbände von Menschenwürde nicht zu vereinbaren, weil sie zu einer Bewertung menschlichen Lebens herausfordert. Die Erwartung war, dass die Herausnahme zu einem Innehalten der unkontrollierten und ungebremsten Anwendung der pränatalen Diagnostik führt. Diese Erwartung hat sich nicht erfüllt. Die Abschaffung der

embryopathischen Indikation hat die Probleme nicht gelöst, sondern nur verschoben, indem sie diese in die medizinische Indikation zu integrieren versuchte. Am Wegfall der zeitlichen Begrenzung, der Beratungs- und der Dokumentationspflicht wurden die Widersprüche deutlich; hier entzündeten sich folgend viele Diskussionen, oft verbunden mit der Forderung nach rechtlichen Regelungen/Gesetzesänderungen. Dies verkennt, dass die Widersprüche und Probleme nicht mit dem späten Schwangerschaftsbruch entstehen und hier auch nicht gelöst werden können. Nicht Einzelfälle bedrohen die Menschenwürde von Menschen mit Behinderungen, sondern die alltägliche und selbstverständlich angewandte, durch Mutterschaftsrichtlinien etablierte und in jedem Mutterpass dokumentierte pränatale Diagnostik ist es, die mit ihrem an gesundheitlichen Normen ausgerichteten selektiven Blick unser Menschenbild zunehmend in Richtung eines Normmenschen verschiebt und weitere Entsolidarisierung befürchten lässt.

Deshalb möchten wir deutlich machen, dass im Hinblick auf Spätabtreibungen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik zuerst die Frage nach der ethischen und gesellschaftlichen Bewertung von selektiven Eingriffen in die Schwangerschaft gestellt werden muss. Ist es gesellschaftlich und politisch gewollt, dass die Geburt behinderter/beeinträchtigter Kinder durch gezielte, breit angewandte, vorgeburtliche Untersuchungen und Tests verhindert wird?

Pränataldiagnostik ist Teil einer Schwangerenvorsorge, in der alle Beteiligten, die schwangeren Frauen, ihre Partner wie auch die ÄrztInnen, sich um das Wohl des zu erwartenden Kindes sorgen und „alles“ dafür tun wollen. In krassem Widerspruch dazu steht jedoch, dass es bei einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund in den meisten Fällen keine Therapie für das Ungeborene gibt, es sei denn, man betrachtet eine künstlich eingeleitete Frühgeburt, die das Ungeborene nicht überleben soll, als Therapie zum „Wohle des Kindes“.

Nicht zu Lasten der Frau

Pränataldiagnostik ist selbstverständlicher Bestandteil in der Schwangerenvorsorge, verstanden wird sie als Prävention: Dabei findet eine Umdeutung statt: Nicht potentielle Krankheiten, Schädigungen oder Behinderungen sollen verhindert werden, sondern potentielle KrankheitsträgerInnen/Menschen mit Behinderungen. In dem scheinbar privaten Beziehungsgeflecht von schwangerer Frau/werdendem Vater und GynäkologIn konnten und können sich selektive diagnostische Techniken, die sich auf die genetische und gesundheitliche Ausstattung des Ungeborenen richten, so etablieren, dass Forderungen nach deren Einschränkung oder gar Herausnahme aus der Schwangerenvorsorge heute häufig als Zumutungen der „ewig Gestrigen“ angesehen werden. Auch schwangere Frauen und ihre Partner sind in ihrem Schwangerschaftserleben und in ihren Wünschen und Ängsten Teil dieser „Normalität“. Wenn am Ende einer Kette von Untersuchungen und Tests, die Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge routinemäßig angeboten und oftmals ohne umfassende Aufklärung, manchmal sogar ohne ihr Wissen durchgeführt werden, ein auffälliger Befund steht, entstehen Widersprüche, die für die einzelne Frau und ihren Partner nicht lösbar sind. Der einzelnen betroffenen Frau in dieser Situation die ethisch-moralische Verantwortung aufzubürden ist unlauter und verkennt, dass eine Frau auf dem Hintergrund ihrer von Sachzwängen geprägten Lebensrealität nur eine sehr begrenzte „Entscheidungsfreiheit“ hat.

Die medizinische Indikation bezieht das zukünftige Leben von Frauen mit einem Kind ein. In einer fortgeschrittenen Schwangerschaft kann es immer zu einer Situation kommen, die es einer Frau unmöglich macht, diese fortzusetzen. Eine solche Situation kann durch viele Umstände, auch einen pränataldiagnostischen Befund geprägt sein. Die Lösung eines solchen Konflikts kann den Abbruch der Schwangerschaft bedeuten. Im Einzelfall lassen sich diese Grenzfragen nicht durch Gesetze regeln, sondern erfordern immer einen Auseinandersetzungsprozess aller Betroffenen.

Eine gesetzliche Einschränkung der medizinischen Indikation stellt daher keine Lösung dar. Das Problem in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik sehen wir nicht in der Möglichkeit einer medizinischen Indikation im Einzelfall, sondern darin, dass Pränataldiagnostik, wie sie heute praktiziert wird, „Schwangerschaftskonflikte“ in der Spätschwangerschaft provoziert. Es geht aus unserer Sicht darum, wozu die medizinische Indikation im Zusammenhang mit selektiver Diagnostik benutzt werden soll und wird. Unabhängig davon ist es natürlich notwendig, sich mit zeitlichen Grenzen für einen Schwangerschaftsabbruch auseinanderzusetzen, die der Tatsache Rechnung tragen, dass es zur Geburt eines lebenden Kindes kommen kann.

Individuelle Not und gesellschaftliche Verantwortung

Wenn *eine* Frau sich für eine Fruchtwasseruntersuchung in einer spezifischen Situation entscheidet, ist das ein Umstand, der eine spezifische Umgangsweise erfordert: ein Einzelfall. Wenn aber *jede* schwangere Frau selbstverständlich auch mit selektiven Untersuchungen des Ungeborenen konfrontiert und bedrängt wird, und das wird sie mit Ultraschall (Suche nach dem dorsonuchalen Ödem in der Frühschwangerschaft/Suche nach Fehlbildungen), Tripletest und als Frau über 35 mit der Fruchtwasseruntersuchung, so ist das eine gesellschaftliche Norm, die auf alle wirkt und die es schwer macht, sich ihr zu entziehen. Gesellschaftlich-politische Verantwortung bedeutet, der normativen Wirkung einer immer schneller voranschreitenden medizinischen Technik Grenzen zu setzen. Um im Einzelfall Entscheidungen zu Grenzfragen fällen zu können, bedarf es eines gesellschaftlichen Rahmens, der Lösungen ermöglicht, ohne Grundwerte in Frage zu stellen. Diesen Rahmen bilden im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik die Sicherung der Menschenwürde unabhängig von Gesundheit, Behinderung und Leistungsfähigkeit sowie die praktische Solidarität mit Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen und

Eltern behinderter/beeinträchtigter Kinder.

Wir sehen in der Verbreitung und der scheinbaren gesellschaftlichen Akzeptanz vorgeburtlicher Untersuchungen und Tests, daß diese ethischen Grundsätze immer mehr in Frage gestellt werden. Eine öffentliche Auseinandersetzung in Bezug auf eine ethische Bewertung von Pränataldiagnostik ist daher notwendig, um zu verhindern, daß es immer mehr zu einer Verrechtlichung dessen kommt, was individuelles ethisches Handeln im sozialen Kontext ist, und der Raum und die Bereitschaft für individuelle moralische Entscheidungen immer enger wird.

Pränataldiagnostische Untersuchungen und Tests dürfen nur in besonderen Fällen und auf ausdrücklichen Wunsch einer Frau vorgenommen werden. Es darf bei der Indikation nicht um die Verhinderung der Geburt eines kranken oder beeinträchtigten Kindes gehen. Das bedeutet eine Änderung der Schwangerenvorsorge. Untersuchungen wie die Suche nach dem dorsonuchalen Ödem durch Ultraschall, Triple Test und der verpflichtende Hinweis auf das sog. Altersrisiko mit dem Angebot einer Fruchtwasseruntersuchung sind aus Mutterschaftsrichtlinien und Mutterpass herauszunehmen, da sie nicht nach in Schwangerschaft behandelbaren Behinderungen/Beeinträchtigungen suchen. Sie dienen nicht einer auf die schwangere Frau und das Ungeborene ausgerichteten Fürsorge. Hebammenarbeit in der Vorsorge und Begleitung schwangerer Frauen sollte ebenso gestärkt werden wie die Selbstkompetenz von Frauen.

Beratung und Aufklärung tut not

Über eine Diskussion über selektive Pränataldiagnostik und ihre Verankerung im Alltag der Schwangerenvorsorge hinaus ist ein Beratungs- und Aufklärungsangebot im Rahmen der Anwendung notwendig. Schwangerschaft ist ein weiblicher Lebensprozess, in dem Frauen sich mit ihrem Selbstverständnis, ihrer Körperlichkeit, ihrer Beziehung zu ihrem schwangeren Körper, zu einem möglichen Kind neu auseinandersetzen können und/oder müssen. Unabhängig da-

von, wie die einzelne Frau den Schwangerschaftsabbruch ethisch bewertet oder wie er bewertet wird haben viele schwangere Frauen in einer erwünschten Schwangerschaft eine besondere „individuelle“ Beziehung zu ihrem Ungeborenen, mit dem sie schwanger gehen. „Mütterliche“ Gefühle, die Schutz und bedingungslose Liebe beinhalten, werden über die eigenen Empfindungen hinaus auch von außen an Frauen herangetragen und von Frauen erwartet. In der Anwendung pränataler Diagnostik werden diese Beziehungsaspekte, die wesentlich zur Schwangerschaft im Leben einer Frau dazugehören, kaum berücksichtigt; für viele Frauen würde sich die Anwendung der Untersuchungen deutlich relativieren, wenn sie sie in ihre Überlegungen konsequent einbeziehen würden. Dafür einen Rahmen zu schaffen ist in der Anwendungspraxis über Beratungs- und Unterstützungsangebote notwendig.

Eine solche Beratung und Aufklärung erfordert beraterische Kompetenz und Handwerkszeug, was weit über die Weitergabe von Informationen hinaus geht. Sie erfordert einen Rahmen (Ressourcen: Zeit; Kompetenz; institutionelle Absicherung und Einbindung), der es ermöglicht, Frauen/ Männer darin zu begleiten, dass sie eigene Bewertungen und Entscheidungen in Bezug auf die Anwendung/Nichtanwendung von Pränataldiagnostik fällen können. Sie sollte als Angebot vorgehalten und Frauen/ Paaren niedrigschwellig zugänglich sein. Diese Beratung/Aufklärung vor jeder Pränataldiagnostik muss immer auch ethische Fragen mit einbeziehen. Beratung/Aufklärung ist ein kommunikativer Prozess und nicht Mittel zum Zweck; sie darf daher nicht dazu missbraucht werden, mit ihr die ethischen und gesellschaftlichen Widersprüche von Pränataldiagnostik lösen zu wollen und gesellschaftliche Verantwortung auf die einzelnen betroffenen Frauen/Männer abzuwälzen. Wenn schwangere Frauen ihren eigenen Blick auf Schwangerschaft, ihre eigene Ethik, Haltungen und Bewertungen wahr- und ernstnehmen können, und wenn sie in einem solidarischen sozialen Netz aufgehoben sind, werden Frauen/ Paare in ihren Entscheidungen unterstützt.

Verantwortung übernehmen

Die für betroffene Individuen und die beteiligten Berufsgruppen beunruhigenden Veränderungen, die Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin mit sich bringen, brauchen Zeit, Kompetenz und Sorgfalt, damit sie Teil des individuellen Lebens, des eigenen beruflichen Selbstverständnisses und des gesellschaftlichen Miteinanders werden können. Um Sicherheiten im Umgang mit einer solch brisanten Technik zu gewinnen und Überforderungen zu vermeiden, braucht es Regeln, gemeinsame Bewertungen, Grenzsetzungen, Strukturen und Selbstverständlichkeiten, auf die die/der Einzelne sich im Konfliktfall beziehen kann. Die Zeit, Kompetenz und Sorgfalt dafür finden sich selten. Was stattfindet, ist die immer alltäglicher und selbstverständlicher voranschreitende Anwendung und Ausweitung der technischen Möglichkeiten. Diese Entwicklung braucht eine Korrektur. Nicht Frauen haben Pränataldiagnostik gefordert, sondern diese ist von und im Interesse von MedizinerInnen in die Schwangerenvorsorge hineingetragen worden. Die heute sichtbare Nachfrage hat sich auch aus dem immer größer werdenden Angebot und den Versprechungen von „gesunden Kindern“ entwickelt. Mit dazu beigetragen hat sicherlich auch deren zunehmende Selbstverständlichkeit und die Schaffung neuer Normen darüber, was schwangere Frauen für das Gelingen einer Schwangerschaft tun müssen. Aus dieser Geschichte ergibt sich eine besondere Verantwortung von MedizinerInnen/ForscherInnen, die Folgen dieser technischen Entwicklungen in den Blick und in die Verantwortung zu nehmen. Der Behandlungsvertrag zwischen GynäkologIn und schwangerer Frau muss neu überdacht und umgestaltet werden: Die Verhinderung der Geburt eines beeinträchtigten/ behinderten Kindes durch selektive diagnostische Methoden darf nicht ihr Gegenstand sein. Dies entbindet GynäkologInnen nicht von ihrer Verantwortung für ärztliche Sorgfalt.

Die Grenzen dessen, bis wann ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Sicht vertretbar ist, sind von den

betroffenen Berufsgruppen (Hebammen; ÄrztInnen; Pflegepersonal) zu suchen.

Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung, die auch die „betroffenen“ Menschen, Menschen mit Behinderungen, Frauen, die schwanger sind oder werden möchten, einbezieht, hat erst begonnen. Sie gilt es zu fördern. Eine Gesetzesänderung kann dies nicht leisten.

Zusammenfassung und Forderungen

Die embryopathische Indikation ist mit der Würde des Menschen nicht zu vereinbaren und wird daher abgelehnt. Die Einführung einer Befristung von Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund der medizinischen Indikation nach Pränataldiagnostik kommt einer faktischen Wiedereinführung der embryopathischen Indikation gleich. Lösungen müssen daher außerhalb des Strafrechts gesucht werden.

Die Dramatik der späten Schwangerschaftsabbrüche darf den Blick auf die eigentlichen Ursachen für die bestehenden Probleme nicht verstellen. Die liegen in der Anwendung und Verbreitung von Pränataldiagnostik, die sich nicht auf Therapie beziehen. Hier müssen Lösungen ansetzen, wenn Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik verhindert werden sollen.

Wir halten für nötig:

- eine umfassende ärztliche Aufklärung vor Anwendung von Pränataldiagnostik (Standards)
- die Zustimmungspflicht zur gezielten und ungezielten Pränataldiagnostik
- Bedenkzeit und der Hinweis auf vom Medizinbetrieb unabhängige Beratungsangebote
- Aufbau eines niederschweligen Beratungs- und Unterstützungsangebotes unabhängig von den Anbietern von Pränataldiagnostik
- Veränderung der Mutterschaftsrichtlinien/des Mutterpasses
- Förderung von Schwangerenbetreuung durch Hebammen
- Klärung des beruflichen Selbstverständnisses in Bezug auf mögliche Grenzen für einen Schwangerschaftsabbruch sowie in Bezug auf die Bedeutung selektiver vorgeburtlicher Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge
- Förderung einer öffentlichen Auseinandersetzung zu Fragen der Pränataldiagnostik
- Bereitstellung von Informationsmaterialien für schwangere Frauen und ihre Partner sowie für MultiplikatorInnen zum Thema
- Wege zu suchen, die das „Recht auf Nichtwissen“ sicherstellen
- konkrete Solidarität mit Frauen/Familien, die mit behinderten/kranken Kindern leben

Hinweis

Weitere Stellungnahmen wurden auf der Anhörung abgegeben: Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (EKful)/EKD Referat für Familienberatung; Caritasverband; Deutsche Gesellschaft für Humangenetik; Bundesärztekammer; Beraterin aus der Schwangerenberatung; Kinderarzt. Die Anhörung wurde organisiert durch Hannelore Rönsch MdB, Bundesministerin a.D., Stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Unter den Linden 71, 11011 Berlin, Tel.: 030/ 22751260-62

BERICHTE

Schwangersein in Hamburg – Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker...

... oder Sie wenden sich an

Sichtweisen e.V., Hamburger Initiative für unabhängige Beratung zu pränataler Diagnostik

Unsere als gemeinnützig anerkannte Initiative ist ein Zusammenschluss von Menschen verschiedener sozialer, sozialwissenschaftlicher und medizinischer Professionen, die sich über Jahre mit der Problematik und den Konsequenzen vorgeburtlicher Untersuchungen beschäftigt haben. Nach einem Jahrzehnt kontroverser Diskussion in verschiedenen Hamburger Arbeitskreisen (vor allem mit der Hamburger autonomen Behindertenbewegung über das strategische Vorgehen zur Thematik) haben wir im März 1998 den Verein gegründet, endlich entschlossen konkrete Arbeitsziele gesetzt und die Arbeit aufgenommen.

Gemeinsam ist uns eine kritisch hinterfragende Haltung gegenüber dem pränataldiagnostischen Angebot moderner Medizintechnologie.

Zum Beispiel Ultraschall...

Ultraschall-Untersuchungen, von einschlägigen (Eltern-)Zeitschriften sowohl in ihrer körperlichen Wirkung als auch ihrem Zweck regelmäßig verharmlost und verkannt, werden von vielen werdenden Eltern, insbesondere von Vätern, als besondere Höhepunkte der Kontaktaufnahme mit dem Ungeborenen gesehen und in gewisser Weise euphorisiert. Stolz oder etwas verschämt – je nach dem – wandern die Schwarz-Weiß-Ausdrucke ins erste Foto-Album. Manche

wissen sich auch glücklich im Besitz einer Videocassette, mitgeschnitten beim Schall nach "Golden Standard-Scan" (keine Kassenleistung zwar, aber in Hamburg jetzt angeboten für 980 DM).

Immer wieder aber berichten uns Frauen, dass sie nie explizit über Sinn und Zweck der Untersuchung per Ultraschall aufgeklärt wurden – manchmal, wenn die Arzthelferin "die Patientin vorbereitet" und es schnell gehen soll, ist das Gleitmittel noch vor der Begrüßung durch den Arzt auf dem Bauch. Dass das Ultraschall-Screening ausdrücklich der Suche nach Normabweichungen, möglichen Behinderungen oder Krankheiten des Fötus dient und ggf. weitere pränataldiagnostische Tests zur Abklärung undeutlicher Befunde nach sich zieht, wird oft erst dann wahrgenommen, wenn "nicht alles okay ist" bzw. ein abweichender Befund mitgeteilt wird. Dies ist in den meisten Fällen der Moment, in welchem sich schwangere Frauen, aber auch werdende Väter an uns wenden.

Moderne Schwangerschaften

Der Einsatz pränataldiagnostischer Verfahren verändert das Erleben von Schwangerschaft entscheidend: Jede Frau, jedes Paar wird mit Anwendung der Pränataldiagnostik in die Situation gestellt, während der Zeit der Schwangerschaft *immer wieder Entscheidungen treffen zu müssen*: über die Inanspruchnahme (weiterer) vorgeburtlicher Untersuchungen, über mögliche Konsequenzen bei Feststellung einer kindlichen Fehlbildung.

Erstes Bedürfnis der Eltern ist, so unsere Erfahrung, Informationen über die prognostizierte Behinderung des Kindes zu erhalten – differenzierte Informationen. Vieles klärt sich schon im Gespräch; oft geben wir aber auch Broschüren von Elternverbänden weiter.

Konflikthafte Entscheidungen

Nur in seltenen Fällen stehen für festgestellte Befunde Therapien zur Verfügung. Unter Zeitdruck vor die folgenschwere Wahl gestellt, sich bewusst für ihr als behindert diagnostiziertes Kind oder den Abbruch der Schwangerschaft zu ent-

scheiden, geraten viele werdende Eltern in eine schwere, manchmal traumatische Krise. Ein Vater beschrieb es „wie ein Gefangensein zwischen Himmel (= Hoffnung) und Hölle“.

Der späte Abbruch der Schwangerschaft, die vorzeitig eingeleitete Geburt eines (Wunsch-) Kindes, das nicht leben soll, ist ein seelisch und körperlich sehr schmerzhaftes Ereignis und oft mit einem tiefen Trauerprozess verbunden. Darüber wird in der Öffentlichkeit wenig gesprochen.

Wir vermitteln Kontakte zu Nachsorge-Hebammen, die in unserem Verein organisiert sind und Erfahrung haben.

Schwangerschaft als Verunsicherung

Auch wenn die Entscheidungen in einzelnen Fällen nicht so schwerwiegend oder existenzieller Natur sind, kann die anhaltende Verunsicherung für die gesamte Dauer der Schwangerschaft *eine* Nebenwirkung der Pränataldiagnostik sein.

Vorgeburtliche Untersuchungen können ein "perfektes Kind" nicht garantieren, sondern treffen nur bestimmte Aussagen und geben damit immer nur "begrenzte Sicherheit, die terrorisiert".

Viele Frauen kennen das: Nach der in der ärztlichen Praxis häufig unter Zeitdruck abgewickelten Vorsorge entstehen zuhause tausend Fragen und Ängste – z.B. aufgrund eines nicht eindeutigen Ultraschallbefundes...

Daher erreichen uns auch viele Anrufe, in denen sich Frauen empört Luft machen, manchmal ihre Position klären und anschließend sich in anderer Weise in der Verantwortung für ihre Schwangerschaft sehen. Manchen erscheint die Inanspruchnahme zusätzlicher Vorsorge durch eine Hebamme, die sie ggf. auch beim Gebären (im Krankenhaus) begleitet, als ein Ausweg, der mehr Unterstützung verspricht als die Abhängigkeit, die sie in der Beziehung zu GynäkologInnen erfahren. Andere suchen Hilfe bei der Argumentation für eine Schwangerschaft ganz ohne Ultraschall.

Wie ein Überfall...

Die allermeisten Frauen haben sich *vor* ihrer Schwangerschaft nie mit der Pro-

blematik und den Entscheidungszwängen pränataler Diagnostik auseinandergesetzt.

Gerade schwanger, müssen sie sich nun nicht nur informieren, sondern gleich auch existenzielle Entscheidungen treffen, die Konsequenzen haben für die eigene Biografie. Pränatale Diagnostik verlangt, die Schwangerschaft im Verlauf immer wieder infragezustellen. Emotional wird dies von vielen als Zumutung empfunden.

Gesellschaftliche Interessen

Pränataldiagnostik hat eine persönliche und eine politische Dimension: In der konkreten Situation sind werdende Eltern mit ihren Zweifeln und Ängsten beschäftigt und brauchen Unterstützung und Beratung; übergeordnet werden mit ihr bestimmte gesellschaftliche Interessen nach Gesundsein und Perfektion deutlich - bestimmte Formen des Lebens werden zunehmend als "nicht mehr zumutbar" ausgegrenzt. Dagegen beziehen wir in unserer Öffentlichkeitsarbeit Position.

Selbstbewusstes Umgehen mit Schwangerschaft

Mit Sichtweisen e.V. als Hamburger Fachstelle wollen wir der persönlichen und politischen Dimension der Pränataldiagnostik einen Raum bieten. Unsere Arbeit hat zwei Schwerpunkte: Zum Einen beteiligen sich einzelne Personen des Vereins an Tagungen und Forschungsprojekten, wirken – so weit es ihre Zeit erlaubt - als MultiplikatorInnen und organisieren Vorträge zum Thema. Zum Anderen stützen und beraten wir schwangere Frauen und werdende Eltern konkret in ihrer Auseinandersetzung rund um die Pränataldiagnostik.

"Sichtweisen"

als Name unseres Vereins ist programmatisch zu verstehen: Maxime unserer Beratungsarbeit ist, verschiedene Sichtweisen auf Pränataldiagnostik zu ermöglichen und ggf. nebeneinander stehen zu lassen. Im Zentrum der Gespräche steht

die Betrachtung individueller Tabus, Ängste und Widersprüche als Hilfe bei der Suche nach einer für die Schwangere/das Paar auch in Zukunft tragbaren Wegentscheidung.

Es geht darum,

- Diagnoseergebnisse zu verstehen und ihre persönliche Bedeutung zu erkennen,
- Diagnosewissen in lebensnahe Alltagskategorie zu übersetzen,
- Ängste und Erwartungen zu einem Leben mit behindertem Kind auszusprechen,
- eigene Positionen zu überprüfen und evtl. infragezustellen,
- eigene Widerstände auch als Herausforderung zuzulassen,
- sich anregen zu lassen, versuchsweise andere Perspektiven einzunehmen,
- verschiedene Umgehensweisen mit Pränataldiagnostik kennenzulernen – und für sich zu beanspruchen,
- sich ggf. auszutauschen mit Eltern behinderter Kinder,
- sich einen individuellen Weg in einem gesellschaftlichen Konflikt zu weisen.

Neben Information und psychosozialer Beratung bieten wir Vernetzung: Wir haben Kontakte zu medizinischen Institutionen, sozialen Einrichtungen und Beratungsstellen, zu Eltern behinderter Kinder und Selbsthilfegruppen.

Bisher führen die im Verein organisierten Hebammen und Sozialwissenschaftlerinnen mit Beratungsausbildung diese Beratung durch. Für die Zukunft wünschen wir uns, dass das Thema mit seiner Problematik in Hamburg einen identifizierten Ort erhält und forcieren die Installierung einer Beratungsstelle. Politisch wird unser Anliegen aufgenommen und unterstützt von der GAL-Fraktion, aber auch wahrgenommen von Teilen der SPD-Fraktion. Eine Förderung steht aber bisher nicht in Aussicht.

KooperationspartnerInnen

Wir arbeiten zusammen mit

- Hamburger Hebammen
- dem Geburthaus Hamburg e.V.
- Eltern mit Diagnoseerfahrung
- dem Elternverein "Leben mit Behinderung"
- dem Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
- der Selbsthilfegruppe AmbeKi – Alleinerziehende mit behinderten Kindern
- Psychologinnen und Sozialpädagoginnen
- MitarbeiterInnen Hamburger Beratungsstellen wie z.B. Pro familia
- KinderärztInnen, NeonatologInnen und GynäkologInnen, Hamburger Krankenhäusern und Praxen.

Diese Zusammenarbeit hat sich in der Vergangenheit sehr bewährt. Seit unser Faltblatt eine relative Verbreitung in Hamburg gefunden hat, werden wir deutlich über unsere Kapazitäten angefragt.

Kontaktadresse/Spenden

Unsere Vereinsadresse ist (noch) die der 1. Vorsitzenden

Silke Mittelstädt
Lauenburger Str. 19a
22049 Hamburg
Tel. 040/ 68 84 90.

Wir sind auf Spenden angewiesen. Wer unsere Aktivitäten finanziell unterstützen möchte, überweist bitte auf das folgende Konto mit der Nr. 1010 / 214 284, das wir bei der Hamburger Sparkasse eingerichtet haben (BLZ 200 505 50).

„Kind nach Maß – Pränataldiagnostik im Kritikfeld“

Stand auf dem Kirchentag vom 16. – 20. Juni 1999 in Stuttgart

ELTERNGRUPPE DOWN-SYNDROM BEIM DEUTSCHEN EVANGELISCHEN KIRCHENTAG IN STUTTGART

Drei Tage lang, jeweils von 10-18 Uhr, wurde das Publikum von einem unvollständigen Puzzle angezogen, in das ein passendes (= gesundes) oder ein unpassendes (= behindertes) Puzzleteil in Babyform eingefügt werden sollte. Nun stellte sich die Frage: "Nehmen Sie auch das Nichtpassende = Behinderte, oder wollen Sie Es lieber umtauschen bzw. zurückgeben?"

Schon aus dieser Situation ergaben sich viele Gespräche über medizinische Möglichkeiten in der Schwangerschaftsbetreuung, Abtreibung, lebenswertes Leben, Behinderungen, und, und, und ... Beim Deutschen Evangelischen Kirchentag vom 16.-20. Juni 1999 arbeitete die Elterngruppe Down-Syndrom Ludwigsburg auf dem "Markt der Möglichkeiten" an einem Stand mit.

Unter dem Motto "Kind nach Maß - Pränataldiagnostik im Kritikfeld" gab es einen gemeinsamen Stand von:

- Bund deutscher Hebammen
- Schwangerschafts-Konflikt-Beratungsstellen
- Genetische Beratungsstellen
- Elterngruppe Down-Syndrom Ludwigsburg
- Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
- Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrozephalus

Anschließend wurden die Besucher von Vertretern der verschiedenen Gruppen über die Diagnosemöglichkeiten in der Schwangerschaftsvorsorge aufgeklärt, über die verschiedenen Beratungsstellen in Kenntnis gesetzt und von Mitgliedern unserer Selbsthilfegruppe über das Down-Syndrom informiert.

Das Publikum war sehr zahlreich und interessiert. Wir konnten viele Menschen über das Down-Syndrom aufklären, vielen weiterhelfen, gezielt Infomaterial und Literatur sowie Handzettel mitgeben.

Vielen Dank der Arbeitsgemeinschaft Down-Syndrom Esslingen, die uns am Samstag bei der Standbetreuung mithalf, und allen Gruppen, die uns ihr Infomaterial zur Verfügung stellten.

Ein besonderer Dank geht an Frau Braun von der PUA-Beratungsstelle beim Diakonischen Werk in Stuttgart, die diesen Stand initiiert und geleitet hat.

Isabel Köber

„Noch Plätze frei im Netzwerk.....“

Liebe NetzwerkerInnen,

das Jahr(tausend) nähert sich seinem Ende und wir nähern uns damit gleichzeitig unserer nächsten Jahrestagung. Anlass genug, einmal innezuhalten und sich ein paar Gedanken zu machen:

Das Netzwerk wächst und wächst - mittlerweile umfasst es 125 Einzelpersonen und 73 Institutionen - Menschen, aus unterschiedlichsten Berufsgruppen und mit unterschiedlichem Zugang zum Thema. Dazu zählen MitarbeiterInnen aus dem medizinischen System (Hebammen, ÄrztInnen), Beraterinnen, VerbandsvertreterInnen aus Kirche und Wohlfahrt, MitarbeiterInnen aus dem Frauengesundheits- und Erwachsenenbildungsbereich, aus Wissenschaft und Politik, aus Einrichtungen der Behindertenhilfe und - nur ganz vereinzelt - Angehörige von Selbsthilfegruppen.

Das bedeutet, im Netzwerk ist ausgerechnet die Gruppe von Menschen unterrepräsentiert, die sehr direkt von den Auswirkungen pränataler Diagnostik berührt ist. Das gilt - wenn auch sicher in unterschiedlicher Weise - für Menschen, die selber eine Behinderung haben, wie auch für Eltern behinderter Kinder.

Worauf ist diese Zurückhaltung dem Netzwerk gegenüber zurückzuführen?

Die Vermutung liegt nahe, dass wir den einen zu wenig radikal in unserer Kritik an Pränataldiagnostik sind, dass sie Anstoß an unserer Befürwortung eines Beratungsangebots nehmen - den anderen sind wir vielleicht zu kritisch, weil sie sich als betroffene Eltern die Möglichkeit der Nutzung von Pränataldiagnostik offen halten wollen.

Ich schlage vor, dass wir dieser Frage auf der nächsten Netzwerk-Tagung noch mal nachgehen.

Bis dahin könnte jede/jeder von uns die eigenen, regionalen Kontakte zu Menschen mit Behinderungen beziehungsweise Angehörigen von Selbsthilfegruppen nutzen, um Werbung für das Netzwerk zu machen. Das kann bedeuten, über unsere Arbeit, die Ziele und Positionen zu informieren, noch besser wäre es aber, wenn es gelänge Interessierte, zur Teilnahme an der nächsten Tagung zu motivieren.

Denn: das Netzwerk braucht die kritische Auseinandersetzung auch und gerade innerhalb der eigenen Reihen!

In diesem Sinne grüßt Euch bis zur nächsten Tagung ganz herzlich,
Ebba Kirchner-Asbrock
(Sprecherin)

Klausurtagung der Beratungsstelle für natürliche Geburt und Eltern-Sein München

20 Frauen der Münchner Beratungsstelle haben sich vom 1.-2. Oktober 1999 in Brixen zu einer Klausurtagung zurückgezogen und zum Schwerpunkt „Pränataldiagnostik“, insbesondere Ultraschalltechnik in der Schwangerenvorsorge nachgedacht, diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht.

Fragestellungen waren: Wann, mit welchen Fragestellungen und mit welchen Ergebnissen wird Ultraschall gemacht?

Ausgangspunkt waren Erfahrungen in der eigenen Schwangerschaft, die sowohl unterstützend als auch belastend erlebt wurden, und die Konfrontation mit der Bedeutung dieser Technik in der alltäglichen, professionellen Arbeit mit schwangeren Frauen: Hier standen die Belastungen, Verwirrungen und Beunruhigungen durch Ultraschall im Vordergrund.

Auf diesem Hintergrund suchten die Frauen der Beratungsstelle nach ihren Einschätzungen und Bewertungen.

Am Ende stand eine Infragestellung routinemäßiger Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Eine Stellungnahme dazu wird von den Münchner Frauen erarbeitet.

Kontakt: Roswitha Schwab; Edeltraut Edlinger.

Standpunkte zu Pränataler Diagnostik

Bund Deutscher Hebammen e.V.

Vorgeburtliche Diagnostik ist im Verlauf ihrer Entwicklung zur Routineuntersuchung in der Schwangerenvorsorge geworden. Wir Hebammen sind zunehmend mit den Konsequenzen dieser risikoorientierten Schwangerenvorsorge konfrontiert.

Wir beobachten, dass der lebendige Prozess der Schwangerschaft mit seinen körperlichen, seelischen und sozialen Anteilen immer mehr zu einem überwachungspflichtigen Produktionsprozess wird. Der medizinische Umgang mit dem sich entwickelnden Kind wird zur Qualitätskontrolle, die schwangeren Frauen die technische Machbarkeit von gesunden Kindern vortäuscht.

Wir meinen, Pränatale Diagnostik mit dem Ziel der Selektion als abweichend diagnostizierter Ungeborener dient nicht der Vorsorge und nur sehr selten der Therapie kindlicher Erkrankungen. Wir wissen, dass es keine Therapie genetischer Abweichungen gibt und dass in der heutigen Praxis ein solcher Befund in der Regel zum Abbruch der Schwangerschaft führt.

Wir nehmen eine Entwicklung wahr, mit der Frauen durch immer mehr und immer früherer Diagnostik in große Verunsicherungen gestürzt werden. Frauen fühlen sich unter Druck gesetzt, das Angebot der Diagnostik in Anspruch zu nehmen. Frauen befürchten, für die Geburt eines behinderten Kindes verantwortlich gemacht zu werden und „selbst schuld“ zu sein.

Im Prozess der Diagnostik erleben Frauen emotionale und soziale Veränderungen, die ihre Schwangerschaft erheblich beeinträchtigen: ein „Schwangersein auf Probe“, eine Störung der sich entwickelnden Mutter-Kind-Beziehung.

Hebammen begleiten seit Jahren die dunkelsten Seite von Pränataler Diagnostik, den Schwangerschaftsabbruch durch Geburtseinleitung. Am Ende der Kette der Diagnostik ohne Therapiemöglichkeit, die mit hohem Aufwand betrieben wird, erfahren wir einen unwürdigen, konzeptlosen Umgang mit den betroffenen Frauen, Paaren und Kindern. Wir wissen um die Traumatisierung dieser Frauen, um die Auswirkungen der Traumata auf ihre Gesundheit, auf folgende Schwangerschaften und Geburten.

Wir erleben den seit 1995 verstärkt betriebenen Fetozyd (intrauterine Tötung) des Kindes, das nicht lebend zur Welt kommen soll, als eine für uns unverträgliche Zuspitzung der ethischen Problematik Pränataler Diagnostik.

Das routinemäßige Angebot Pränataler Diagnostik mit ihren selektiven Konsequenzen stellt für uns Hebammen das Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen in Frage. Wir sehen, dass es die Entwicklung einer „Eugenik von un-

ten“, die Selektion kranker und behinderter Menschen fördert.

Wir verurteilen genetische Normierung und jede Ausgrenzung behinderter Menschen. Wir setzen uns für ein gleichberechtigtes Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung und für die Unterstützung betroffener Familien ein. Angesichts dieser Entwicklung, deren gesellschaftliche Brisanz in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wird, setzen wir uns ein für:

- Den Beginn der längst fälligen breiten Diskussion über das Welt- und Menschenbild Pränataler Diagnostik. Die sozialpolitischen und menschlichen Konsequenzen sollen öffentlich thematisiert werden mit dem Ziel, Pränatale Diagnostik als unreflektierte Routineuntersuchung rückgängig zu machen.
- Die Herausnahme der Pränatalen Diagnostik aus der üblichen Schwangerenvorsorge und die dafür notwendigen Veränderungen der Mutterschaftsrichtlinien.

In Bezug auf die derzeitige Praxis fordern wir:

- Eine rechtzeitige und umfassende Aufklärung vor jeder pränataldiagnostischen Maßnahme (auch vor Ultraschalluntersuchungen), die der Suche nach Fehlbildungen dient.
- Überprüfbare Standards für die Aufklärung, die den Hinweis auf unabhängige Beratungsangebote enthält und die mangelnde Therapiemöglichkeiten ebenso wie den Schwangerschaftsabbruch bei positivem Befund thematisiert.
- Die Bereitstellung eines breiten psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsangebots vor, während und nach Pränataler Diagnostik.
- Die Einhaltung einer angemessenen Frist zwischen der Mitteilung eines auffälligen Befundes und der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches.
- Die Befristung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Pränataler Diagnostik bis zur extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes (24 SSW pm) unter der Berücksichtigung be-

sonderer Ausnahmefälle, bei denen postnatal keine Überlebenschancen bestehen.

- Die Ablehnung der intrauterinen Tötung Ungeborener (Fetozid) und unabhängig zum Fetozid führender Maßnahmen wie z.B. Rivanol-Einleitungen.
- Die professionelle medizinische und psychosoziale Betreuung jeder betroffenen Frau/jedes Paares – unabhängig von ihrer individuellen Entscheidung.
- Die Fortbildung und Supervision für alle Berufsgruppen, die Frauen und ihre Partner mit induziertem Spätabort/Geburtseinleitung begleiten.
- Die Einführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung im gesamten Arbeitsgebiet von pränataler Diagnostik (z.B. statistische Erfassung der Komplikationen nach Amniozentese, statistische Differenzierung der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche, die Initiierung von Forschungsvorhaben, die sich mit den Langzeitfolgen aller pränataldiagnostischen Maßnahmen beschäftigen).

Wir Hebammen wollen Frauen in der Auseinandersetzung mit Pränataler Diagnostik bestärken, ihren eigenen Blick auf ihre Schwangerschaft, ihre Ethik, Haltungen und Gefühle ernst zunehmen.

Wir ermutigen Frauen, sich von einer einseitig medizinisch-technischen Sichtweise des Lebensabschnittes Schwangerschaft/Geburt abzugrenzen.

Wir wünschen uns, dass sich Frauen in die gesellschaftliche Diskussion um Pränatale Diagnostik aktiv einmischen.

Juni 1999

Bund Deutscher Hebammen e.V.
Postfach 17 24
76006 Karlsruhe
Tel. 0721/981 89-0;
Fax. 0721/981 89-20

THEMEN- UND REGIONALE GRUPPEN

(Stand Oktober 1999)

Arbeitsgruppe "Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik"

Die AG hat sich auf der Netzwerktagung im Mai 1996 in Rolandseck gebildet. Sie hat 1996 und 1997 zu den Themen Pränataldiagnostik und Vorsorge, Pränataldiagnostik und Mutterschutzrichtlinien und Mutterpass, Pränataldiagnostik und Ultraschall gearbeitet (s. Rundbriefe 3 ;4 ,5) und in Vorbereitung auf die Netzwerktagung im Februar 1999 eine Stellungnahme zu den BÄK-"Richtlinien zur pränatalen Diagnostik" und Vorschläge zur Struktur des Netzwerkes und zur Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit ("Pressepatenschaften") vorgelegt. Zu diesem Schwerpunkt wird die Gruppe künftig weiter arbeiten, d.h. es sollen zum Beispiel konkrete Vorschläge für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit erarbeitet werden.

Die AG tagt "im Norden", d.h. abwechselnd in Hamburg und Bremen.

Ansprechpartnerinnen: Ebba Kirchner-Asbrock, Bremen, c/o CARA Tel.:0421 / 59 11 54, und Silke Mittelstädt, Hamburg, Tel.:040 / 68 84 90 (pr.)

Arbeitsgruppe "Frauenpolitische/Feministische Bewertung der Pränataldiagnostik "

Die AG hat sich auf der Netzwerktagung im Mai 1996 in Rolandseck gebildet. Sie hat 1996 zu den Themen "PD und Schwangerschaftsabbruch" und "PD und Selbstbestimmung" gearbeitet (Rundbriefe 3 ,4) und sich 1997/1998 auf das Thema „Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und Beratungsstandards“ konzentriert (Rundbrief 5). Für 1999 und darüber hinaus soll das Thema

Fortpflanzungstechniken noch einmal auf einer breiteren theoretischen und frauenpolitischen Basis diskutiert werden.

Die AG tagt in Bonn, AWO-Bundesverband, und ist nicht auf eine Region begrenzt. Einmal im Jahr werden wir uns zur vertiefenden Arbeit zwei Tage treffen. Der nächste Termin ist der 30. März 2000.

Ansprechpartnerinnen: Mareike Koch, Bochum, Tel. 0234 / 94 09 395, und Karin Schüler, Bonn, Tel. 0228/6685-249 (d.)

Arbeitsgruppe "Psychosoziale Beratung zu Pränataldiagnostik "

Die AG hat sich auf der Netzwerktagung im Februar 1999 gebildet. Sie tagt im süddeutschen Raum und wendet sich an Interessierte aus dieser Region. Der Schwerpunkt der Arbeit in dieser Gruppe liegt auf dem Austausch über Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik. Der nächste Termin wird auf der Netzwerktagung in Magdeburg festgelegt.

Ansprechpartnerin: Roswitha Schwab, München, Tel. 089 /53 2076 (d., vormittags)

Regionalgruppe Nordrhein-Westfalen

Ende September gründete sich in Dortmund eine Regionalgruppe Nordrhein-Westfalen des Netzwerks. Die TeilnehmerInnen aus Beratungseinrichtungen und der Behindertenarbeit diskutierten dabei neben aktuellen politischen und rechtlichen Entwicklungen im Bereich von Spätabtreibungen auch kontrovers über die "Frankfurter Erklärung" des Netzwerks. Allgemeine Zustimmung fand der kritische Blick auf die zunehmende Medikalisierung von Fortpflanzung und Schwangerschaft. Kritisch erörtert wurde

hingegen die Fixierung auf die Technik der Pränataldiagnostik; es sei weniger die Technik als solche das Problem, sondern eher die sie begleitende Ideologie umfassender Machbarkeit. Die der Anwendungspraxis vorgeburtlicher Diagnostik heute immanenten Verheissungen einer angst- und sorgenfreien Schwangerschaft und vom Kind als perfektem Produkt gelte es durch eine verbesserte und außerhalb der Medizin angesiedelte psycho-soziale Beratung zu hinterfragen, bei der die betroffene Frau/das Paar im Mittelpunkt steht. Die Forderung nach "Zurückdrängung der Pränataldiagnostik" sei in diesem Zusammenhang aber - auch jenseits ihrer Realitätstauglichkeit - missverständlich. Andererseits wurde betont, dass die heutige Anwendungspraxis und die sich abzeichnenden Tendenzen vorgeburtlicher Diagnostik eindeutig einen selektierenden Charakter besitzen. Diese Technik sei nicht neutral und auch nicht gänzlich von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unabhängig. Vielmehr besitze sie eine behindertenfeindliche Eigenlogik, etwa mit der Suggestion, genetisch bedingte Behinderungen seien vermeidbar. Um den inhaltlichen Klärungsprozess über diese Fragen zu fordern, soll auf dem nächsten Treffen der Regionalgruppe mit Margaretha Kurmann (Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin) schwerpunkthaft über Struktur, Arbeitsweise und Ziele des Netzwerks gesprochen werden. Im Anschluss daran sollen Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit örtlichen Volkshochschulen oder (kirchlichen) Akademien vorbereitet werden, die die Arbeit des Netzwerks einer breiteren Öffentlichkeit in Nordrhein-Westfalen vorstellen.

Dieses Treffen, zu dem alle Interessierten eingeladen sind, findet am **Samstag, dem 4. Dezember 1999 von 10.00 - 16.00 Uhr im AWO-Beratungszentrum; Lützowstrasse 32; 45141 Essen** statt.

Kontakt: *Dr. Harry Kunz*, Kapellenstraße 16 , 53925 Golbach, Tel./Fax.: 02441/61 49; E-mail: Harry.Kunz@t-online. de

Kommentar zum Gründungstreffen der Regionalgruppe des

Netzwerkes gegen Selektion durch PD in NRW²

Der folgende Kommentar beleuchtet die Diskussion des Gründungstreffens aus einer anderen Sicht; er verdeutlicht auch einen Auseinandersetzungsprozess, wie er an unterschiedlichen Stellen immer wieder entsteht.

Ich war ziemlich irritiert und frustriert darüber, dass viele Inhalte kritisch thematisiert wurden, die ich für eine selbstverständliche Basis des Netzwerkes gehalten habe.

Angefangen über die Diskussion des Namens des Netzwerkes, bis hin zur Frage der Neutralität der Technik und des Zurückdrängens der pränatalen Diagnostik.

Selektion

Pränatale Diagnostik erweckt den Eindruck, genetisch bedingte Behinderung in Zukunft vermeiden zu können. Die Anwendung wird zunehmend ausgeweitet, und der Druck auf Schwangere steigt, sich bei minimalem Verdacht genetisch untersuchen zu lassen. Die Aussagekraft der derzeit möglichen Untersuchungen ist gering und zudem immer noch gefährlich für den Embryo/ Fötus. Es gibt einen steigenden Druck, in vitro gezeugte Embryonen pränatal zu testen. Möglicherweise wird es bald eine Gesetzesänderung geben, die entsprechende Untersuchungen erlaubt. Dies zusammengekommen ist aktuell und von der Tendenz her Selektion.

Dadurch wird das Klima für Behinderte, das schon derzeit nicht gerade positiv ist, weiter verschlechtert. Es ist für uns unverständlich, dass gerade dieser Teil des Namens, der für uns schon eine Ein-

schränkung der Kritik an pränataler Diagnostik ist, kritisiert wird. Für uns ist es wichtig, dass der Name des Bündnisses Selektion konkret benennt und dagegen angeht.

Neutralität der Technik

Die technikkritische Diskussion der letzten 15 – 20 Jahre hat verschiedentlich herausgearbeitet, dass Technik nicht neutral ist, sondern immer in einem gesellschaftlichen Umfeld entwickelt wird. Sie ist immer Ausdruck der aktuellen Machtverhältnisse und der ideologischen Grundlage einer Gesellschaft. Schon die ersten Gedanken (Ende letzten Jahrhunderts) an Vererbung und die Gene waren an Vorstellungen gekoppelt, eine erbgesunde Gesellschaft zu erzeugen. Auch ein Großteil der heutigen Forschung dient dem Zweck, genetische Anteile von Erkrankungen und Behinderungen auszumachen. Mit Hilfe der pränatalen Diagnostik und deren rasanter Weiterentwicklung schafft man das Werkzeug, um die erbgesunde Gesellschaft zu züchten. Deshalb ist diese Technik nicht neutral. In einer sozialeren Gesellschaft würde sie möglicherweise gar nicht erst entwickelt, weil man Formen des Zusammenlebens ohne Ausgrenzung praktiziert.

Zurückdrängen der pränatalen Diagnostik

Das Ziel des Netzwerkes, die PD zurückzudrängen, halten wir angesichts der beschriebenen Tendenzen und aktuellen Anwendungen für notwendig. Auch eine Beratungsstelle, die im Vorfeld Menschen berät, die dann auf PD verzichten, folgt diesem Ziel. Wir teilen auch die Auffassung, dass es schwierig bis utopisch oder für manche Menschen sogar unerwünscht ist, PD zu verbieten.

Gezeichnet:

Katja Poppensieker; Gregor Bornes
Gesundheitsladen köln e.v.

² Wir bitten, diese Kommentare zur ersten Sitzung des Netzwerkes gegen Selektion durch PD in NRW allen Teilnehmenden an der Gründungssitzung zuzusenden. Außerdem haben wir dieses Schreiben als Fax an die Rundbrief – Redaktion des Netzwerkes geschickt.

Regionalgruppe Ost

Kontakte über:

Anja Lohaus, Erfurt, Tel. 0361/2228351 (pr.) oder 0361/56681 (d.)
 Oder: Sybille Siebert, Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. (Ekful) , Tel.: 030/283039-29

Regionalgruppe Göttingen/ Südniedersachsen

Für Göttingen/ Südniedersachsen hat sich eine eigene Gruppe gebildet. Bisher hat sich die Gruppe etwa einmal im Monat getroffen und eine Veranstaltung für MultiplikatorInnen (Hebammen; ÄrztInnen; Beraterinnen; Interessierte) zum Thema „Triple-Test“ durchgeführt.

Neue Termine sind bei Marina Weidenbach zu erfragen.

Ansprechpartnerin: Marina Weidenbach
 c/o ISIS Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft e. V., Groller-Tor-Str. 12, 37073 Göttingen, Tel. 0551/485828. Bürozeiten: Montag – Freitag, 10 – 12 Uhr.

Regionalgruppe Hannover

Die Regionalgruppe Hannover arbeitet zur Zeit nicht. Kolleginnen haben sich zum Teil der Regionalgruppe Göttingen zugeordnet.

INFORMATIONEN – HINWEISE – MATERIALIEN – BÜCHER

BioSKOP – Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften. Herausgeber: Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien e.V.-erscheint

Anschrift: Bochumer Landstraße 144a, 42276 Essen; Telefon: 0201/ 5366706

Ankündigung

Ende des Jahres wird vom BioSKOP ein **Denkzettel zum Thema „Embryo“** erscheinen. Denkzettel erscheinen unregelmäßig und haben einen Umfang von ca. 10-12 Seiten. Die Kosten können beim BioSKOP erfragt werden.

Anschrift:

Gen-ethischer Informationsdienst (GID)

Erscheint alle zwei Monate. Herausgeber, Verlag & Vertreib: Gen-ethisches Netzwerk e.V., Brunnenstraße 4, 10119 Berlin, Tel: 030/ 6857073, Fax: 030/ 6841183, Email: genberlin@aol.com

Das Heft Okt./Nov. 1999 hat den Schwerpunkt Bioethikk-Konvention

Die Bioethik-Konvention: Ein Angriff auf die menschliche Würde.

Eine umfangreiche Broschüre mit Gesetztexten und Stellungnahmen. Herausgegeben vom Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen, Postfach 141, 30001 Hannover. Kann über diese Anschrift kostenfrei bestellt werden.

Das **Büro für Technikfolgen-Abschätzung** beim Deutschen Bundestag (TAB) berät das Parlament und seine Ausschüsse in Fragen des gesellschaftlich-technischen Wandels. Die Anschrift lautet: TAB Büro für Technikfol-

gen-Abschätzung beim deutschen Bundestag

Rheinweg 121 , 53129 Bonn; Telefon: 0228/ 233583; Fax: 0228/ 233755; E-Mail: buero@tab.fzk.de; internet: <http://www.tab.fzk.de>

Das TAB gibt regelmäßig **TAB-Briefe** und Arbeitsberichte heraus, die kostenlos, schriftlich beim Sekretariat, Frau Lippert, angefordert werden können. Der TAB Nr. 16 hat den Schwerpunkt „Klonen“.

Neue Materialien der BZgA

Zu bestellen bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln. Fax: 0221/ 8992-300; E-Mail: order@bzga.de

Informationen für Migrantinnen in Deutschland zu Beratung und Hilfen bei Schwangerschaft

Eine Broschüre der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. für Frauen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Sie gibt es in den Sprachen serbokroatisch/deutsch, türkisch/ deutsch, englisch/deutsch, arabisch/ deutsch und französisch/ deutsch.

Medienpaket ungewollte Kinderlosigkeit

Die BZgA bietet folgende Broschüren in deutscher und türkischer Sprache an, die kostenlos bestellt werden können:

- 1 Ein „kleines Wunder“: Die Fortpflanzung. Fruchtbarkeit bei Mann und Frau
- 2 Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht... Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit
- 3 Sehnsucht nach einem Kind

Möglichkeiten und Grenzen der Medizin
4 „Warum gerade wir?“
Wenn ungewollte Kinderlosigkeit die Seele belastet

Zusätzlich zu den Broschüren wurden Videos erarbeitet, die ab Januar 2000 über die Landesfilmdienste, Kreis- und Stadtbildstellen auszuleihen oder gegen eine Schutzgebühr bei der BZgA zu beziehen sind.

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/ BZgA

Bericht der Enquetekommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“.

Schleswig-Holsteinischer Landtag, 14. Wahlperiode; Drucksache 14/2373(neu)
Der Bericht referiert über die Arbeit der Enquetekommission, die von 1997 bis 1999 arbeitete, und enthält Sachberichte und Empfehlungen zu folgenden Themenkomplexen: Gesundheit; Ernährung, Landwirtschaft und Umwelt; Technikfolgenabschätzung und Öffentlichkeit; Ökonomie und Recht.

Gen-ethisches Netzwerk, Gabriele Pichhofer (Hrsg.): Grenzverschiebungen. Politische und ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin. Tagungsbericht

Mit Beiträgen von: Helga Satzinger, Giselind Berg, Ingrid Schneider, Irmgard Nippert, Theresia Degener, Karin Griese, Monika Fränznick, Thomas Uhlemann, Ursula Ferdinand.
Mabuse Verlag 1999

Ein guter Start macht vieles leichter!

Dokumentation zum zwanzigjährigen Bestehen der Beratungsstelle für natürliche Geburt und Eltern-Sein e.V. München.

Diese Dokumentation beschreibt Entwicklungen, gibt inhaltliche Anregungen zu Schwangerschaft, Geburt und Fruchtbarkeit und macht Mut. Sie kann für DM 10 bei der Beratungsstelle für natürliche Geburt und Eltern-Sein bestellt werden. Die Anschrift: Häberlstraße 17, 80337 München. Telefon: 089/ 532076; Fax: 089/ 5328901; E-mail: naturliche-geburt@t-online.de

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum ist 25 Jahre alt geworden. Zu diesem Jubiläum gibt es die **Dokumentation Frauengesundheit in Bewegung**. Sie stellt die Arbeit des FFGZ mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten vor und gibt einen geschichtlichen Rückblick über 25 Jahre Frauengesundheitsbewegung. Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Bamberger Straße 51, 10777 Berlin. Telefon: 030/ 2139597; Fax: 030/ 2141927; E-mail: ffgzberlin@snafu.de; Internet: www.snafu.de/~ffgzberlin

Das Buch von **Eva Schindele, Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko** ist für DM 8,80 beim Versandbuchhandel in Selbsthilfe GmbH i.G., Alexanderstraße 2, 70184 Stuttgart, Telefon: 0711/ 2348501, Fax: 07117 2348502 zu erwerben. Solange der Vorrat reicht.

Heidi Hofmann: Die feministischen Diskurse über Reproduktionstechnologien. Positionen und Kontroversen in der BRD und den USA. Campus Frankfurt/ New York 1999
Heidi Hofmann geht der Frage nach, welchen Beitrag Feministinnen zu einer normativen Orientierung im Hinblick auf die Bewertung der neuen Reproduktionstechnologien geleistet haben. Dazu zeichnet sie die politische Bewegung nach, stellt Theoretikerinnen (Shulamith Firestone; Gena. Corea; Donna Haraway; Maria Mies; Gerburg Treusch-Dieter; Barbara Duden) vor und beschäftigt sich vor allem mit den Vorstellungen von „Körper“, „Natur“, „Autonomie/ Menschenwürde“ und feministischer Ethik.

Michael Emmrich (Hrsg.): Im Zeitalter der Bio-Macht. 25 Jahre Gentechnik – eine kritische Bilanz. Mabase Verlag Frankfurt am Main 1999.

Ulrich Tröhler, Stella Reiter-Theil(Hrsg.): Ethik und Medizin 1947 –1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik?

Andrea Arz de Falco: Töten als Anmaßung - Lebenlassen als Zurechnung: Die kontroverse Diskussion über Ziele und Konsequenzen der Pränataldiagnostik. Universitätsverlag Freiburg, Schweiz

A. Arz de Falco trägt in ihrer Dissertation die unterschiedlichen Diskussionsmuster zu Pränataldiagnostik zusammen. Sie erfasst dabei auch feministische Positionen.

Adressen

BioSKOP – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien e.V., Bochumer Landstraße 144a, 42276 Essen; Telefon: 0201/ 5366706

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover; Fax: 0511/3505595
Die Landesvereinigung gibt regelmäßig *impulse*, Newsletter zur Gesundheitsförderung heraus, die kostenlos bezogen werden können.

Arbeitskreis Bioethik Braunschweig

Kontaktpersonen: Martin Vogt, Gerstärkerstraße 22, 38102 Braunschweig, Tel: 0531/ 794474; Angelika Wessels, Wedderkopsweg 4, 28118 Braunschweig, Tel/ Fax: 0531/ 506515

Weibernetz e.V.

Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigung. Kölnische Straße 99, 34119 Kassel, Tel.: 0561/ 72885-47 (Mittwochs 17-19 Uhr); Fax: 0561/ 7288529

TERMINE

Paritätische Akademie

Fachtagung 41/99

Start ins Leben. Neue Konzepte der Begleitung und Unterstützung von Schwangeren und ihren Familien zur Prävention von Frühgeburtlichkeit.

26. – 28. November 1999

Haus am Maiberg, 64646 Heppenheim;

Tel.: 069/ 6706-224

23. November 1999 um 19.30 h – Sichtweisen e.V. lädt ein zu einem Vortrag mit anschließender Diskussion. Theresia Maria de Jong spricht zum Thema

Schwanger auf Probe?

Ort: Vortragssaal Leben mit Behinderung Hamburg, Südring 36, 22303 Hamburg

5 Jahre Niedersächsisches Netzwerk behinderter Frauen

27. November 1999 von 13 – 17 Uhr

Landesmuseum Hannover, Willy-Brand-Allee 5, Hannover

Informationen: Büro des Behindertenbeauftragten, Renee Krebs, Postfach 141, 30001 Hannover

26. und 27. November 1999

10 bis 16 Uhr

AmbeKi – Selbsthilfegruppe Alleinerziehende mit behinderten Kindern lädt ein zu einer Fachtagung

„Spezialmütter“

Beleuchtet wird die Situation der Mütter behinderter Kinder; es geht darum, mit ÄrztInnen, Therapeuten und Behörden die Belastungen zu diskutieren, aber auch einen Austausch über mögliche Entlastungen zu haben. In AGs werden konkrete Vorschläge erarbeitet

Ort: Blinden- und Sehbehindertenschule Borgweg 17 a 22303 Hamburg (am Stadtpark)

Fortbildung für Beraterinnen aus der Schwangerenberatung

„Hilfen für Eltern behinderter Kinder“

1.12.1999 – Universität Heidelberg

Eine Veranstaltung des Bundesmodellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung eines Kindes“

Information und Anmeldung: Sozialdienst kath. Frauen e.V., Frau Pingentrainer, Mühlenweg 88; 48249 Dülmen
Tel.: 02594/ 950-266

4. - 5. 12. 1999

Medizinethik und Rechtsentwicklung.

Informationen: Zentrum für Gesundheitsethik, Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel: 0511/ 1241 496

Schöne heile Welt? Aktuelle Formen des Sozialrassismus

10. – 11. Dezember 1999

Eine Tagung der Arbeitsstelle Neonazismus, Fachhochschule Düsseldorf. In Kooperation mit dem Aktionsring Frau und Welt e.V..

Information und Anmeldung: Aktionsring Frau und Welt e.V., Haus der Kirche, Bastionsstraße 6, 40213 Düsseldorf, Tel.: 9211/ 8985234, Fax: 0211/ 8985201

Fachtag: Pränataldiagnostik – was sonst?

Schwangerenvorsorge im Spannungsfeld von eigenem Anspruch, alltäglicher Routine und Alternativen.

10. 12.1999 in Bremen

Cara e.V., kritische Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik in Kooperation mit der Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/ Reproduktionsmedizin

Themenschwerpunkte sind: Anwendungspraxis pränataldiagnostischer Methoden in gynäkologischen Praxen in Bremen – Auswertung einer Befragung von GynäkologInnen in Bremen, durchgeführt von Eva Elmshäuser; Alternative Modelle zur Pränataldiagnostik; Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Information und Anmeldung über: Cara e.V., Tel.: 0421/ 591154, Fax: 0421/ 5978495

Lust versus Last

Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in der Schwangerschafts- und Sexualitätsberatung

14. – 16. Dezember 1999 in der Landjugend Akademie Bonn.

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Bonn. Kosten: DM 300

Information und Anmeldung: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Postfach 410163, 53023 Bonn. Anmeldeschluss ist der 16. November 1999.

Beratung und Begleitung für Frauen und Paare im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Diagnostik – im interdisziplinären Dialog

Arbeitstagung der EKFuL vom 21. – 22. Januar 2000 in Berlin.

Informationen über: EKFuL, Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstraße 30, 10117 Berlin, Tel.: 030/ 283039-27/28, Fax: 030/ 283039-26, e-mail: EKFuL@t-online.de

29. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie DGPGG e.V., gemeinsam mit der Ostdeutschen Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie vom 16. – 19. Februar in Dresden unter dem Motto „**Lebens-Erwartungen**“ Themenschwerpunkte sind: Psychosomatik als gesellschaftliche Kraft?; Die alte Frau in der Gynäkologie; Psychosomatik in der Schwangerschaft. Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik wird mit einem Stand vertreten sein. Über Unterstützungen bei der Standbesetzung freuen wir uns sehr – bitte beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte in Düsseldorf melden.

Gesundheitstag 2000

Vom 31. Mai bis 4. Juni 2000 wird es in Berlin voraussichtlich einen Gesundheitstag 2000 geben!

Infos und Kontakt über:

Gesundheitstag 2000

Sarrazinstraße 3

12159 Berlin

Fon: 030/ 85999779,

Fax: 030/ 85999778 oder

E-Mail: info@gesundheitstag.de

Bioethik aktuell

Der Arbeitskreis Bioethik Braunschweig informiert:

Enquete-Kommission zu Fragen der Bioethik

Laut Frankfurter Rundschau vom 11. und 30.09.99 haben sich die Parlamentarischen Geschäftsführer der Fraktionen sowie die Bundestagsfraktion der SPD gegen die Einsetzung einer Enquete-Kommission zu Fragen der Zukunft der Menschenrechte, Ethik und Medizin (kurz: Bioethik) ausgesprochen. Erwogen wird scheinbar nun die Initiierung eines "Nationalen Ethik-Rates", der dem politischen Handlungsbedarf gerecht werden soll.

Auf ein Protestschreiben des Arbeitskreises Bioethik Braunschweig an die Geschäftsführer und sämtliche Bundestagsabgeordnete schreibt uns Wilhelm Schmidt (Parl. Geschäftsführer der SPD-Fraktion), dass in einer "ad.hoc-Arbeitsgruppe" noch beraten werden müsse, "ob die Einsetzung einer Enquete-Kommission zur Behandlung der schwierigen Fragen der Bioethik eine zweckmassige Form ist. In Gesprächen mit diversen Abgeordneten wurde deutlich, dass mit einem Ergebnis der Arbeitsgruppe dieses Jahr noch zu rechnen ist. Bei der ersten Sitzung waren sechs Abgeordnete anwesend. Das nächste Treffen findet Ende Oktober statt.

BÄK-Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik (PID)

Aus einer Pressemitteilung der Bundesärztekammer (BÄK) vom 05. Oktober geht hervor, dass ihr Wissenschaftlicher Beirat zur Zeit eine Standortbestimmung zur PIDM erarbeitet. Geprüft wird auch, ob Richtlinien zur Präimplantationsdiagnostik bis zum Frühjahr erarbeitet werden sollen. Der angekündigte "Dialog" erschöpft sich laut Telefonat mit einer Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Beirates in den Mitteilungen im Bundesärzteblatt. Einen offenen Verteiler gibt es nicht, könnte aber eingerichtet werden, sofern die Nachfrage besteht. Adresse: Bundesärztekammer Wissenschaftlicher Beirat Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln

NETZWERKTAGUNG 2000

Was tut sich bei der vorgeburtlichen Diagnostik?

Medizinische Entwicklung – alternative Ansätze – politische Handlungsmöglichkeiten

Jahrestagung des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
4. – 6. Februar 2000 in Magdeburg

Vorläufiges Programm

Freitag, 4. Februar 2000

- 14.00 Uhr Anreise
- 14.30 Uhr Kaffeetrinken
- 15.00 Uhr Begrüßung; Vorstellung; Berichte aus den Arbeits- und Regionalgruppen, aus der Arbeitsstelle
- 16.00 Uhr „5 Jahre Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik – was hat sich verändert – in meinem Arbeitsfeld, in meinen Einstellungen, im Netzwerk?“ Austausch in Kleingruppen
- 18.00 Uhr Abendessen
- 19.30 Uhr „5 Jahre Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik – was hat sich verändert – in den Vorgaben von Ärzteschaft und Krankenkassen, Gesundheitspolitik und Rechtsprechung?“ Kurzberichte zu aktuellen Entwicklungen und Plenumsdiskussion.
- 21.00 Uhr Gemütlicher Ausklang (Es schadet nicht, wenn Musik zum Tanzen und Bewegen mitgebracht würde.)

Samstag, 5. Februar 2000

- 9.00 Uhr Einstimmung und Einführung in die Arbeitsgruppen
- 9.30 Uhr
 1. Ein Behandlungsvertrag, der das Recht auf Nichtwissen wahrt (Sabine Heinke, Juristin, Bremen)
 2. Modelle alternativer Schwangerenbegleitung (Andrea Bosch, Hebamme; Roswitha Schwab, Beratungsstelle für natürliche Geburt, München)
 3. Veränderungen in den Mutterschaftsrichtlinien und im Mutterpass (Arbeitsgruppe Nord/ CARA, Bremen)
- 12.30 Uhr Mittagessen
- 14.30 Uhr Kaffeetrinken
- 15.00 Uhr **Regine Kollek, Lehrstuhl für Technikfolgenabschätzung, Uni Hamburg**
„Neuere Entwicklungen in der Forschung und der Anwendung der vorgeburtlichen Diagnostik und ihre gesellschaftlichen Auswirkungen“
Referat – Arbeitsgruppen – Plenum
- 18.00 Uhr Abendessen
- 19.30 Uhr Das Abendprogramm wird noch bekannt gegeben

Sonntag, 6. Februar 2000

- 9.00 Uhr Berichte aus den Arbeitsgruppen
- 10.00 Uhr 5 Jahre Frankfurter Erklärung des Netzwerkes – Netzwerk 2000. Aufgaben und Schwerpunkte für die nächsten Jahre.
Netzwerkversammlung, Wahlen, Beschlüsse
- 11.30 Uhr Verabredungen, Auswertung
- 12.00 Uhr Mittagessen und Abreise

Organisatorische Hinweise

Veranstaltungsort:

Roncalli-Haus, Max-Josef-Metzger-Straße
12/13, 39104 Magdeburg

Unterbringung und Verpflegung

Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind im Tagungspreis enthalten. Für die Übernachtung sind Einzel- und beschränkt Doppelzimmer reserviert. TeilnehmerInnen, die einen Rollstuhl benutzen, vermerken dies bitte auf der Anmeldekarte.

Teilnahmebeitrag:

190DM/110 DM ermäßigt für TeilnehmerInnen ohne festes Einkommen.

Bitte überweisen Sie den Teilnahmebeitrag mit dem beiliegenden Überweisungsträger.

Anreise:

Die Anreisebeschreibung mit dem PKW und mit der Bahn erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung. Das Roncalli-Haus ist in wenigen Minuten vom Hauptbahnhof zu erreichen.

Anmeldung:

Senden Sie die beiliegende Anmeldekarte an: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik c/o Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf; Fon: 0211/ 6400410; Fax: 0211/ 6400420; E-Mail: BV-KM@t-online.de

Wegen der begrenzten TeilnehmerInnenzahl empfehlen wir eine frühzeitige Anmeldung. **Anmeldeschluß ist der 7.1.2000**