

**DOKUMENTATION DER JAHRESTAGUNG 2007****PRÄNATALDIAGNOSTIK – IMMER FRÜHER, EFFEKTIVER, PROFITABLER?****MEDIZINISCHE TRENDS, GESELLSCHAFTLICHE FOLGEN, KONSEQUENZEN FÜR UNSERE ARBEIT**

Erika Feyerabend, Pränataldiagnostik als Geschäft. Wirtschaftliche und forschungspolitische Hintergründe des Booms	2
Ulrich Sancken, Aktuelle Entwicklungen bei der Nicht-invasiven Diagnostik. Notizen für das vorgesehene Fachreferat auf der Netzwerktagung	9
Protokoll der Jahrestagung 2007 in der Bildungs- und Ferienstätte Eichsfeld in Uder / Thüringen	13
Pressemitteilung, Februar 2007: Umfassend, effektiv - und behindertenfeindlich: Kritische Fachleute warnen vor heimlicher Revolution in der Schwangerenvorsorge	19
<b>PRENET:</b> Netzwerk für kritische Auseinandersetzung mit Pränataldiagnostik	20

**ZU DEN METHODEN DER PRÄNATALDIAGNOSTIK – AKTUELLE ENTWICKLUNGEN**

Leo oder Leon? Geschlechtsbestimmung in der Frühschwangerschaft	23
DfH Stellungnahme zur pränatalen Geschlechtsbestimmung aus mütterlichem Blut	24
In Großbritannien können Embryonen auf Brustkrebs getestet werden	24

**PND IN DER SCHWANGERENVORSORGE**

Die Diskussion um eine Schwangeren-Erstberatung	25
Antwort der Landesregierung Baden-Württemberg auf Große Anfrage der CDU	25
Landtag berät über Gesetz zur Ausführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes	27
Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung der BZgA	28
BZgA-Forum 1 - 2007 zum Thema Pränataldiagnostik	28
BÄK / DGGG zu Spätabbrüchen: Vorschlag für eine Änderung von § 218 / 219 StGB	30

Erika Feyerabend

## **PRÄNATALDIAGNOSTIK ALS GESCHÄFT.** WIRTSCHAFTLICHE UND FORSCHUNGSPOLITISCHE HINTERGRÜNDE DES BOOMS

---

Die Pränataldiagnostik als Geschäft wird von vielen als Realität angesehen. Viele betrachten die erkannten ökonomischen Regeln als einen Nebeneffekt. Sie werden interpretiert im Sinne einer Dienstleistung, die auf „Gesundheit“ und „Sicherheit für Mutter und Kind“ gerichtet ist und halt etwas kostet. Oder sie werden als Preis für eine gesellschaftlich und politisch gewollte Selektion betrachtet. In beiden Fällen werden dominierende, gesundheitspolitische Ziele angenommen, die die Gestalt der Versorgung schwangerer Frauen bestimmen sollen und der Ökonomie diffus übergeordnet sind.

Ob diese Gewichtung tatsächlich stimmt – also ob politische Absichten tatsächlich kalkulierte Versorgungskonzepte hervorbringen und die dafür erforderlichen Geldflüsse gezielt fließen, das können und sollten wir durchaus diskutieren. Derzeit scheint die Kontrolle von Geldströmen in der Gesundheits- und Forschungspolitik eines der wenigen, wirkungsvollen Steuerungsinstrumente zu sein. Das muss aber nicht heißen, dass diese Steuerung immer auch gezielte Effekte erzeugt, die alle beteiligten Akteure auch alle gemeinsam vor Augen haben. Es gibt auch sich verselbständigende Prozesse, gegenläufige Wirkungen, widersprüchliche Interessen und unterschiedliche Ziele.

Die Regeln **im Forschungsbereich** – das alles überschattende Gebot ständiger **Innovation** mit möglichst anwendungsorientierter Ausrichtung – können beim Laborunternehmen und in der Gynäkologenpraxis freudig aufgenommen, aber gesundheitspolitisch ein Ärgernis werden. Ein Krankenhaus, das im Konkurrenzkampf mit anderen Kliniken steht, wird die Innovation als Wettbewerbsvorteil nutzen wollen. Eine Gynäkologenpraxis, die unter dem Budgetierungsgebot „leidet“, könnte sich davon ebenfalls Vorteile versprechen, ebenso wie das privatwirtschaftliche Laborunternehmen oder der Gerätehersteller, die beide ihre



Angebotspalette erweitern. Für die Krankenkassen und den öffentlichen Gesundheitsetat können sich hier aber Probleme ergeben. Soll das Angebot in den Leistungskatalog aufgenommen werden – also von den Kassen bezahlt werden oder nicht? Dieses Budget ist offensichtlich limitiert. Arbeitslosigkeit und Lohndumping haben zu einem Einnahmeproblem der Kassen beigetragen. Endlos können hier also keine Innovations- und Wachstumsgebote widerspruchslos greifen.

In Debatten um Gesundheitsreformen – und nun auch der drohenden Pflegeversicherungsreform – wird vor allem und auf den ersten Blick die Kostensenkung und das Kostensparen als Perspektive gehandelt. Bislang werden 70% aller Gesundheitsausgaben von den Kassen bezahlt. Das ist eine enorm komfortable Position für die Pharmaindustrie, die Gerätehersteller, zum Teil

sicher auch für die, als UnternehmerInnen tätigen, niedergelassenen ÄrztInnen und die Krankenhäuser, die zunehmend in gemeinnützige Firmen verwandelt oder von Klinikkonzernen geführt werden. Unter den gegebenen Umständen können sie mit festen Absatzmöglichkeiten rechnen und kalkulieren.

Doch der Prozentsatz öffentlich finanzierter Gesundheitsdienstleistungen wird sinken. Zugleich werden und sollen die Angebote in Diagnose und Therapie weiterentwickelt und gesteigert werden. Das ist aber nur in einem wachsenden privaten Sektor möglich, der tatsächlich im Entstehen begriffen ist. Das Feld der **Gesundheitsversorgung ist ein Wirtschaft- und Wachstumsfaktor** erster Güte. Hier werden die forschungspolitisch auf den Weg gebrachten Innovationen aller Art ihren Absatz finden. Nicht nur private Anbieter profitieren davon. Auch die Politik hofft auf Wachstumsimpulse in einen Wirtschaftszweig, der in den Industrienationen zwischen 12% und 15% des Bruttoinlandproduktes erwirtschaftet. Politisch attraktiv ist nicht nur eine bessere, öffentliche Gesundheit, sondern auch die internationale Konkurrenzfähigkeit und ein Arbeitsmarkt, der nach Aussagen des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen mehr als 4,2 Millionen Arbeitsplätze aufweist. In diesem Gebiet geht es um die Verteilung von sehr viel Geld. Gigantische Zahlungsströme von rund 314 Milliarden Euro kursieren hier jährlich. Dahinter verbergen sich Gesundheitsausgaben vielfältiger Art: Sozialversicherungsabgaben, Behandlungskosten, Renten, Ausgaben für Ausbildung und Forschung. Zur Kasse gebeten werden mittlerweile vor allem die privaten Haushalte. Sie bezahlen 47 Prozent dieses Finanzvolumens. Die privatwirtschaftlichen Arbeitgeber steuern nur noch 36% bei, die öffentlichen Haushalte 17%.

### ***Symbolische und tatsächliche Märkte***

Die Sprechweisen eilen der neuen Realität vorweg – und bilden sie ab. Ganz selbstverständlich sind „PatientInnen“ heute „KundInnen“, „Krankenhäuser“ sind „Unternehmen“ und „ÄrztInnen“ sind „DienstleisterInnen“. Nicht von ungefähr ist die gerade verabschiedete Gesundheitsreform als Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) tituliert worden. Besonders offensichtlich wird die Ökonomisierung des Denkstils,

wenn die Manager im Gesundheitswesen über die nahe Zukunft spekulieren. Gesundheitsökonomien wie Jürgen Zerth von der Universität Bayreuth sind optimistisch. Eine „stärkere Vergreisung“, ein gesteigertes „Gesundheitsbewusstsein“ lassen Nachfrage und private Zuzahlungsbereitschaft wachsen. Der „freie Gesundheitsmarkt“ könnte bis zu einer Billion Euro wert sein. Bei einem geschätzten Gesamtgeldvermögen von 4 Billionen Euro könne einiges für Gesundheit mobilisiert werden. Für Zerth stehen dafür nicht allein Angebote, die unter dem Begriff „Wellness“ das Wohlbefinden und eine genormte Körperästhetik betreffen. Sein Fazit: Wer nicht selbst zahlen kann, müsse unter Umständen früher sterben. Aber: Auch wer sich einen Mercedes leisten könne, würde einen Unfall eher überleben als ein Golffahrer. Sein „Bayreuther“ Versicherungsmodell: ein „wettbewerbliches und europataugliches Gesundheitssystem“ mit individuellen, risikoorientierten Versicherungsprämien. (zitiert aus: ver.di Krankenhausinfo Dezember 2006, 3-4)

Der Bayreuther Fachbereich „Gesundheitsökonomie“ ist Ende der 1990er Jahre gegründet worden, in Kooperation mit dem Krankenhauskonzern Rhön-Klinik AG. 45 der insgesamt rund 2.200 Krankenhäuser werden mittlerweile von dieser Firma geleitet. Seit Ende 2005 zählt das Universitätsklinikum Gießen/Marburg dazu. Auch der Vorstandsvorsitzende Wolfgang Pföhler sieht in der „an Kraft gewinnenden Privatisierungswelle“ unternehmerische Chancen. Die „Eigenbeteiligung“ der Patienten ist ihm da eine willkommene „Wachstumsstimulanz“. Die „Sozialverwaltung entwickelt sich zum Gesundheitsmarkt“, in dem das „Konsumgut Gesundheit“ zirkuliert, „Wertschöpfungsketten“ und „medizinische Manufakturfertigungen“ verfolgt und „Patientenströme“ über neueste Geräteparks und Versicherungsangebote gegen Wartelisten ins Unternehmen „Krankenhaus“ gelockt werden. (Wolfgang Pföhler: Rede zur Ordentlichen Hauptversammlung/Frankfurt/M. am 19. Juli 2006)

Innovationen und forschungspolitische Subventionen sollen sich lohnen. Das „Konsumgut Gesundheit“ soll gesteigert werden. Die Neuigkeiten auf dem Gesundheitsmarkt können patentiert, exportiert werden. Verkaufen lassen sie sich zunehmend auf den erwähnten privaten Marktplätzen. Wenn die

öffentlichen Kostenträger ihre Ausgaben in Budgets packen, für KassenpatientInnen auf das interpretationsoffene „medizinisch Notwendige“ begrenzen oder das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit die Qualität, aber auch die Kosteneffektivität der medizinischen Angebote prüft, wachsen diese privaten Angebotssektoren. Je mehr aus dem öffentlichen Leistungskatalog gestrichen wird, desto mehr wachsen die privat zu zahlenden Dienstleistungen. Nicht nur in ausgewiesenen Privatkliniken oder Wellness-Parks werden die „KundInnen“ umworben. Im Arzt-PatientInnen-Gespräch in der Praxis, innerhalb der gängigen, öffentlich finanzierten Räume, werden die medizinischen „Maufakturfertigungen“ privat vermarktet. Spitzenreiter sind die Gynäkologiepraxen, in denen so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IgeL) angeboten werden, die nach der üblichen Gebührenordnung taxiert, aber privat bezahlt werden.

### **Ökonomie am „Risiko“**

Enorme Ausdehnungsmöglichkeiten folgen auch einer dominierenden Umorientierung innerhalb der Medizin. Die Krankenbehandlung weicht dem Risikomanagement und der Prävention – i.d.R. als individualisierbare, auf Gene und persönlichen Lebensstil orientierte Krankheitsvermeidung und Früherkennung. Die Gynäkologie hat hier lange Zeit eine Vorreiter-Rolle gespielt. Schwangere Frauen sind „Patientinnen“ und unfruchtbare Paare neue „KundInnen“ geworden. Jede Lebensphase einer Frau gilt als kontroll- und behandlungsbedürftig. Heute potenzieren Gewichtsmanagement, Body- and Skin-Modellings und Anti-Aging-Kontrolle, die jeden Anschluss an ärztliche Tätigkeiten im ursprünglichen Sinne verloren haben, die Angebote der niedergelassenen Praxen. Solche sich steigernden Verfahren sind mittlerweile in sehr vielen Bereichen aufzufinden. Die Logik: Nicht die Geldmittel sind knapp sondern die Kranken.

Der Medizinjournalist Jörg Blech hat dies eindrucksvoll recherchiert: Das Unternehmen Pfizer hat einen großen LKW, der durch die Städte tourt. Darin befinden sich Untersuchungskabinen und Fachpersonal, das Cholesterinspiegel, Blutdruck, Gewicht u.a.m. kontrolliert. Schnell fallen viele BesucherInnen aus dem Normbereich und werden behandlungsbedürftig, was die Fir-

ma Pfizer erfreuen dürfte. Der Cholesterinwert ist ein ganz besonders fragwürdiger aber auch dankbarer Parameter. Der Grenzwert wurde hierzulande so definiert, dass nur noch eine Minderheit über „normale“ Werte verfügt und eine Mehrheit als behandlungsbedürftig gilt. Wie das kam? Ein privater Interessenverband von 13 Medizinprofessoren schlug 1990 einen Grenzwert vor (200 Milligramm pro Deziliter Blut) und konnte ihn politisch durchsetzen. Die Professoren waren u.a. mit Lobbyverbänden wie der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks oder der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin verbunden. Die Folge: Die Mehrheit der BürgerInnen zwischen 30 und 39 – nämlich 68% der Männer und 56% der Frauen – und zwischen 50 und 59 sogar 84% der Männer und 93% der Frauen sind RisikopatientInnen geworden. (vgl. Jörg Blech: Die Krankheitserfinder. Frankfurt/M., S. Fischer 2003)

Die Erzählung könnte hier ohne Schwierigkeiten fortgesetzt werden, von riskant erklärten Frauen in der Menopause bis hin zu den nunmehr auch in den Wechseljahren angekommenen alternden Männer. Aufgezählt werden könnten auch verschiedenste Untersuchungen zu so genannten Früherkennungsprogrammen, die viele Ergebnisse, aber auch unbegründete Ängste durch falsch positive Testresultate zeitigen.

Ich betrachte diese Präventionsstrategien als aktive Markterweiterung. Diese Logik wird derzeit noch gesteigert über genetische Risiko-Konstellationen, die Brustkrebs-Darmkrebs-, Herzinfarkttrisiken u.a.m. in die Individuen hineinverlagern und zu lebenslanger Kontrolle und Behandlung aufordern. Mehr noch: Die früher getrennten Sphären der Public Health ExpertInnen, die sich um öffentliche Gesundheit, Lebensstil und anderes mehr kümmerten, und der GenetikerInnen fusionieren in einer neuen Expertenriege: Public Health Genetics. Hier wird es dann richtig gefährlich für die Riskanten – nicht nur in Bezug auf ein angemessenes Fortpflanzungsverhalten. Einige Public-Health-SpezialistInnen haben die sozialpolitischen Konsequenzen im Blick und denken schon heute darüber nach, „ob durch die Berücksichtigung eines genetischen Risikobegriffs das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung in der Sozialpolitik neu bestimmt werden muss.“ (Angela Brand u.a.: Gesundheitssicherung

im Zeitalter der Genomforschung. Gutachten i.A. der Friedrich-Ebert-Stiftung 2004, 28) Kranke werden so nicht besser versorgt, sondern verantwortlich für ihr Leiden gemacht und perspektivisch zur Kasse gebeten. Auch so könnte die Harmonisierung zwischen Markterweiterung und Reduzierung öffentlicher Ausgaben aussehen.

### **Korruptionen im Gesundheitswesen**

Für alle Behandlungskontexte – also auch für das Thema „Pränataldiagnostik als Geschäft“ – ist, neben den bereits erwähnten Regeln der Markterweiterung durch Innovation, der privatisierten Angebote und ausufernder Krankheitsbegriffe, die attraktive Belohnung der BehandlerInnen systemprägend und oft schwer von der Korruption zu unterscheiden. Ärzte und Ärztinnen sind empfänglich für Geld- und Sachleistungen.

MedizinerInnen bekommen von geschätzten 15.000 – 20.000 PharmareferentInnen Besuch. Diese hinterlassen pro Besuch 1 kg Papier mit Produktwerbungen und nicht selten Geschenken. Die Selbstverpflichtung der Industrie, solche Geschenke nicht mehr machen zu wollen, wird die gängige Praxis kaum ändern. (Kristina Läsker: Hoch dosiert und genau kalkuliert in: SZ 20.7.06) Eine Studie in den USA kommt zu einem menschlich sehr verständlichen Ergebnis: Je mehr „Geschenke“ jemand erhält, desto häufiger glaubt er oder sie, dass PharmareferentInnen keinen Einfluss auf ihr Verschreibungsverhalten haben. (JAMA 2000;

283: 373-80) Vorteilsgewährung gegenüber ÄrztInnen, so ein ermittelnder Oberstaatsanwalt in Bayern kürzlich, betreffen geschätzte 2.700 Fälle. Weiterbildungsseminare werden nahezu durchgängig von der Industrie finanziert. 4,5 Mrd Euro fließen schätzungsweise in Fortbildung und Beratungsleistungen. Intensive Kontakte zu den AutorInnen von medizinischen Leitlinien werden gepflegt. Sie kooperieren zu 87% mit jenen Pharmafirmen, deren Produkte sie empfehlen (Ökonomie&Praxis, Mai 2004, Sonderausgabe, 7).

Klinische Studien sind für Pharmafirmen vorteilhaft als Joker im Marketing. Deshalb werden gerne vorteilhafte Ergebnisse veröffentlicht. Meist ist die zu testende Substanz schon patentiert worden. Die Zeit der klinischen Studie frisst sozusagen am Patentschutz. Deshalb gibt es ca. 1000 Dienstleistungsfirmen, die möglichst schnell StudienteilnehmerInnen finden wollen. An Studien beteiligte PrüfärztInnen können bis zu 7.000 Dollar pro Probandin erwirtschaften, die sie zur Teilnahme bewegen können. Das spornt viele an. Die erwähnten Firmen vermarkten auch gleich die Studienergebnisse. 10% der Fachaufsätze über die Resultate der klinischen Studien sollen von Ghostwritern geschrieben werden, die positive Aussagen über die getesteten Medikamente und Verfahren verkaufen. (vgl. Philip Mirowski/Robert van Horn: The Contract Research Organization and the Commercialization of Scientific Research, in: Social Studies of Science, Vol 35, No.4, 503-548)



*Plenum, mit Bilderwand aus der Malwerkstatt der Netzwerktagung 2007*

Auch sehr beliebt und ein weiteres Indiz für die Anfälligkeit der meist im Dienst an PatientInnen tätigen ÄrztInnen und PharmareferentInnen: Die Pharmaindustrie bezahlt ÄrztInnen dafür, dass sie teure Medikamente verschreiben. Getarnt ist das ganze als „Anwendungsbeobachtung“ (AWB). Konkret: Ein Pharmareferent fragt den Arzt, ob er nicht an einer AWB teilnehmen möchte. Das sind Studien zu zugelassenen Medikamenten. Macht er mit, bekommt er für jede Verschreibung mal 50, mal 1.000 Euro. Ein solches Zubrot soll laut Wissenschaftlichem Institut der Techniker Krankenkasse pro Jahr 930 Mio Euro ausmachen. Meist sind solche Studien getarnte Marketingstrategien, um das Verschreibungsverhalten der Ärzte zu beeinflussen. (vgl. Marukus Grill: Die Schein-Forscher, in: Stern 5/2007, 108-112)

Erfreulicherweise diskutieren mittlerweile Selbsthilfe- und Patientenorganisationen über die Problematik dieser Methoden. Eine kleine Initiative für „unbestechliche Ärztinnen und Ärzte“, die gegen die allgegenwärtigen Geschenke und Beeinflussungen der Pharmahersteller vorgehen will, gibt neue Hoffnung. (vgl. BioSkop-Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften Nr. 37, März 2007, 11)

### ***Pränatales Risikomanagement***

Soziale Techniken der Markterweiterung inklusive Privatisierung und Ausdehnung des Krankheitsbegriffs sind auch in der pränatalen Diagnostik zu erkennen.

Zunächst sind im Mutterpass die „medizinisch notwendigen“ Leistungen festgelegt worden. Damit wurde die Versorgung der Schwangeren zu einer flächendeckenden Suche nach pränatalen Auffälligkeiten. Die Anzahl der bezahlten Angebote lässt sich durch Risiko-Vermutungen, Normabweichungen wie das Überschreiten des optimalen Reproduktionsalters der Frau oder Auffälligkeiten beim Ungeborenen erheblich erweitern. Nachdem der Risikodenkstil in die Köpfe aller Einzug gehalten hat, werden zusätzlich „individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) angeboten, die privat hinzu gekauft werden können und mehr Sicherheit versprechen.

Ein Beispiel: die Frühdiagnostik in der Schwangerschaft. Die „neuen Wege in der Frühschwangerschaft“, so die Fetal Medicine

Foundation in Deutschland (FMF), führen in die ultraschallgestützte Vermessung der Nackenfalte des Ungeborenen, kombiniert mit Labortests und dem „Basisrisiko Alter“, um die übliche Suche nach Trisomie 21 und anderen Normabweichungen zu effektivieren. In den öffentlich geförderten Gynäkologiepraxen, Kliniken und Labors wird dieses Frühscreening Frauen zusätzlich als privat zu zahlende Dienstleistung angeboten.

Beworben wird das neue Wahrscheinlichkeitskalkül von der Fetal Medicine Foundation als „die künftige Form einer zertifizierten, qualitativ hochwertigen Pränataldiagnostik“. Computerprogramme, die nach festgelegten Standards die angesprochenen Risikoziffern verrechnen, bekommen jene Einrichtungen, die bei der FMF Kurse belegt haben und regelmäßig ihre Diagnosen prüfen lassen. Dafür bekommen sie ein Zertifikat, eine neue Software und die Berechtigung, mit ebenfalls registrierten Laborunternehmen das so genannte Ersttrimester-Screening vermarkten zu dürfen. Ein gemeinnütziger Verein, in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), ordnet die Verhältnisse rund um das Erst-Trimester-Screening, mit dem große Bevölkerungsteile konfrontiert werden, ganz nach eigenem Gusto. Dieser Verein hat Einfluss, weil er eine Lobbyorganisation ist, die alle relevanten Interessenten unter das FMF-Dach vereinigen konnte: FrauenärztInnen, PränataldiagnostikerInnen, Labore, HumangenetikerInnen, Software-Firmen und nicht zuletzt die Industrie haben erstmalig eine innovative Verbindung untereinander geschaffen – und das unter der Schirmherrschaft der englischen Muttergesellschaft FMF-London“, so Prof. Dr. med. Rüdiger Osmers, Chefarzt der Frauenklinik in Hildesheim und Vorstandsmitglied der FMF-Deutschland. Wirklich neu ist die Zusammenarbeit zwischen diesen AkteurInnen nicht. Als „innovativ“ könnte man das wohlgeordnete Vorgehen und den Wille zur Privatinitiative der Diagnose-Lobbyisten bezeichnen. Die politische Praxis der FMF folgt ansonsten den Regeln des Gesundheitsmarktes, auf dem es viele Gewinner gibt, die jenseits von Gesundheitsversprechen oder Sicherheitsgarantien ganz gegenwärtige Profite verfolgen – mit aller verfügbaren Macht.

Geworben wird – wie immer – damit, dass die Diagnostik ausgefeilter sei und deshalb Fehldiagnosen und unnötige Fruchtwasser-

untersuchungen vermieden werden könnten. Es darf bezweifelt werden, dass es tatsächlich darum geht, Diagnosen, Fehldiagnosen und Abbrüche zu minimieren. Mehr abrechenbare Leistungen anbieten zu können und zwar im Rahmen der öffentlich geförderten Schwangerenvorsorge, das ist der Motor der Expertenvereinigung und der interessierten, zertifizierten Ärzteschaft. Einmal verunsichert, können Frauen leicht überzeugt werden, diese neue, noch „qualitätsvollere“ Diagnostik zu kaufen.

In den Jahren 2000 und 2001 hatten sich verschiedene VertreterInnen von Laborunternehmen, gynäkologischen Praxen und Kliniken, humangenetischen Instituten sowie der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) und von anwendungsbezogenen Firmen zusammen gefunden, um die FMF aus der Taufe zu heben. Der Biochemiker Helmut Wagner war dabei. Das FMF-zertifizierte Labor Wagner, Stibbe + Partner unterhält beste Beziehungen. Helmut Wagner sitzt im Vorstand der FMF. Sein Partner Werner Stibbe ist Leiter des Bereichs Labormedizin im Zentrum für IVF und Reproduktionsmedizin in Bad Münde. Die Klinik pflegt seit zwei Jahren eine „überörtliche Partnerschaft“ mit dem Laborunternehmen. Eine ideale Verbindung: Der Zugang zu den KonsumentInnen könnte nicht besser sein. Weitere Laborunternehmen und Firmen sind im Vorstand und an der Gestaltung des Frühscreenings beteiligt, die „einfache kostengünstige Bluttests“ oder Datensysteme für Frauengesundheit anbieten. Die wissenschaftliche Kompetenz in der deutschen Sektion der FMF wird unter anderem von Bernd-Joachim Hackelöer repräsentiert. Er gehört gemeinsam mit Manfred Hansmann zu den Initiatoren des Ultraschallscreenings in den 1980er Jahren. Als langjähriger Präsident der DEGUM hat er viel Erfahrung mit Zertifizierungsstufen und Qualitätskontrollen. Die allerdings werden heute, angesichts des neuen Screeningprogramms als unzureichend deklariert. Mangelnde Qualität und hohe Fehlerquoten kommen immer erst dann zur Sprache, wenn Innovationen in Aussicht stehen und „Qualität“ zum Werbeslogan werden kann. Vorstandsvorsitzender Eberhard Merz, ebenfalls Gynäkologe und in der DEGUM tätig, verspricht bessere Ergebnisse und weniger falsche Diagnosen – und Kostenersparnisse für die Krankenkassenversicherer. Das Diagnoseangebot zur vor-

geburtlichen Qualitätsprüfung wird nicht kleiner oder gezielter werden. Es wird durch einen privat organisierten Markt aufgebläht, von dem vor allem die erwähnten Anbieter, die Laborgemeinschaften, Softwareanbieter und Facharztpraxen profitieren. Als private Initiative können sich die Diagnoselobbyisten, weitgehend unabhängig von Kassen, politischen Entscheidungen und Standesorganisationen für die kommende Zeit der privatisierten Gesundheitsversorgung ausrüsten.

### ***Diagnostisches Perpetuum mobile***

Mein leider ja wegen Krankheit verhandelter Vorredner Ulrich Sacken folgt dieser Logik ebenfalls seit Jahren. In der Fachzeitschrift „Frauenarzt“ rief er im Juli 2002 GynäkologInnen dazu auf, Schwangere zur freiwilligen Teilnahme an der ITA-Studie zu motivieren. Die Reihenuntersuchung sollte klären, wie aussagekräftig ein neues, in den USA entwickeltes Diagnose-Verfahren ist. Gesponsert wurde der Massentest durch die Bad Nauheimer Firma Nichols Institute Diagnostika GmbH. Die Abkürzung ITA steht für „Invasives Trophoblast Antigen“ – ein Molekül das im Urin und Blut Schwangerer vorkommt. Sind die ITA-Konzentrationen von einer Norm abweichend, wird ein Trisomie-Risiko beim Ungeborenen angenommen.

Diese Suche nach Risikoparametern für Trisomie 21 ist für Ulrich Sacken weiter handlungsleitend, heute nicht mehr in einem universitären humangenetischen Institut, sondern im Zentrum für Humangenetik der GmbH Bioscientia, die mit 13 Niederlassungen in der BRD und einem internationalen Bereich im Mittleren Osten zu den großen Laborunternehmen gehört. Angeboten werden von der Firma zwei neue Screenings – als IGeL-Leistung - und natürlich werden viel exaktere Ergebnisse versprochen: Integriertes und sequenzielles Screening als neue Methoden der Risikoabschätzung fetaler Chromosomenanomalien. Diese Angebote machen sich die schon vorhandenen Untersuchungen zunutze und kombinieren sie neu. Das Integrierte Screening bietet an, über Nackenfalten-Messung und PAPP (biochemischer Marker) im 1. Trimenon und hCG im zweiten eine bessere Erkennungsrate erzielen zu können und weniger falsch-positive Ergebnisse. All das ist in großen europäischen und US-amerikanischen Stu-

dien erprobt worden, die öffentlich finanziert wurden. Nur Frauen, die im ersten Trimenon ein erhöhtes Risiko hätten, würden Folgeuntersuchungen angeboten. Die Anbieter setzen sich positiv vom FMF ab und behaupten auch, das Problem der Fruchtwasseruntersuchung und Spätabbrüche technologisch minimieren zu können. Auch auf der Firmen-Homepage ist zu lesen, was viele im Gesundheitssektor wissen und beflügelt: „Während es in der Gesetzlichen Krankenversicherung kein Wachstum mehr gibt, wächst der freie Markt um 8-10 Prozent.“ Allein nach „individuellem Wunsch der Schwangeren“ werden die eingeführten Untersuchung im ersten Trimester für 29,14 Euro angeboten, plus Gebühren für Beratung und Interpretation. Das integrierte Screening kostet 104,92 Euro, das sequenzielle Screening 90,35 Euro. Leiter der Bioscientia Healthcare GmbH ist übrigens Dr. Lothar Krimmel. Als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte er das IGeL-Konzept und gründete verschiedene Unternehmen mit so klingenden Namen wie „MedWell“. Die GmbH schickt Starterpakete an niedergelassene MedizinerInnen. Im Angebot sind 12 Labor-IGeL - Untersuchungen zum genetischen Thrombose-Risiko oder eine Hormondiagnostik im Rahmen von Anti-Aging-Programmen.

### Politische Ausblicke

Wenn also nicht nur eugenische, auf vorgeburtliche Selektion orientierte Politik das Feld der pränatalen Diagnostik bestimmt, müssten auch die hier diskutierten Systemregeln in der Debatte berücksichtigt werden: Die Dynamik der Markterweiterung über technologische Innovationen, über laufend privatisierte Angebote und die immer selbstverständlicher werdende Haltung, dass „Gesundheit“ und „Sicherheit“ Waren sind, die man kaufen kann und muss. Wie kann unter diesen Bedingungen und an welchen Stellen, die Pränataldiagnostik inklusive (Spät)Abbrüchen eingedämmt werden?

Die Bundesärztekammer schlägt Zwangsberatungen vor, die von ÄrztInnen durchgeführt werden sollen, weil medizinische Probleme in der Schwangerenvorsorge überwiegen würden. Eine unabhängige Beratung *könne*, so die LandesvertreterInnen, zusätzlich einbezogen werden. Die ökonomische Dynamik, die in den Labors und Pra-

xen greift, wird mit diesem Vorschlag sicher nicht außer Kraft gesetzt. Die Probleme des Risikomanagement werden weiterhin rein individuell am Ende der „Wertschöpfungskette“ – bei der einzelnen Schwangeren – platziert und ausgetragen.

Annegret Braun von der unabhängigen Beratungsstelle PUA in Stuttgart fordert, dass die pränatalen Reihenuntersuchungen aus den Mutterschaftsrichtlinien und den Richtlinien der Bundesärztekammer herausgenommen werden sollten. Eine unabhängige Beratung müsste schon vor den Untersuchungen ansetzen – und nicht erst, wenn das abweichende Ergebnis vorliegt. Das ist ein überlegenswerter Ansatz, der die Dynamik der pränatalen Untersuchungen über ein verändertes, medizinisches Angebot bremsen möchte. Der etablierte Trend, privatisierte Dienstleistungen im gesamten Gesundheitswesen als selbstverständlich anzusehen, ist damit nicht außer Kraft gesetzt. Die Gesundheitsgesellschaft folgt zunehmend dem Motto: Wer zahlen kann, kauft sich die Diagnostik hinzu.

Eine grundsätzliche Debatte über die Aufgaben, Orientierungen und vor allem über die Grenzen der Medizin, sie bleibt unerlässlich.



Bild aus der Malwerkstatt zum Thema PND

## ULRICH SANCKEN, AKTUELLE ENTWICKLUNGEN BEI DER NICHT-INVASIVEN DIAGNOSTIK NOTIZEN FÜR DAS VORGESEHENE FACHREFERAT AUF DER NETZWERKTAGUNG

---

*Für das Fachreferat auf der Netzwerktagung 2007 hatte Dr. Ulrich Sancken zugesagt, einen Überblick über die aktuellen Entwicklungen in der nicht-invasiven Diagnostik zu geben und sich der Diskussion mit den TagungsteilnehmerInnen zu stellen. Er ist Biologe, hat zunächst an der Universität Göttingen in der Humangenetik gearbeitet und arbeitet jetzt bei Bioscentia – Zentrum für Humangenetik in Ingelheim. Wenige Tage vor der Netzwerktagung erkrankte er. Mit Hilfe seiner Frau ließ er uns die Notizen, die er für seinen Vortrag vorbereitet hatte, zukommen. Dafür sind wir ihm sehr dankbar. Wir konnten Birgit Scharnowski, Mitglied der Initiative Regenbogen „Glücklose Schwangerschaft“ e.V. und der Regionalgruppe Göttingen des Netzwerks, dafür gewinnen einzuspringen und uns das Material von Sancken vorzustellen. Sie ist Medizinerin und arbeitet in der frauenärztlichen Qualitätskontrolle. Da sie in der Kürze der Zeit kein Referat ausarbeiten konnte, drucken wir eine von ihr autorisierte Zusammenfassung ab.*

*Von Ulrich Sancken stammen die mit  beginnenden Überschriften und alle Spiegelstrich-Listen, das Schaubild und die Erläuterung zu den Integrierten Screeningmethoden sowie die Karikatur. Die Führungszeichen bei Begriffen, die im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik nicht unwidersprochen bleiben können, stammen von uns.*

### Unterschiede und Relationen invasive - nicht invasive PD

Invasive, in den Körper der Frau „eindringende“ Untersuchungsmethoden werden vorgenommen, um Zellen des Ungeborenen zu gewinnen und zu analysieren (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie). Sie sind mit Belastungen und Risiken für die schwangere Frau und auch für das Ungeborene verbunden. Nicht-invasiv sind biochemische Untersuchungen am Blut der

schwangeren Frau und Ultraschalluntersuchungen. Sie sind risikolos, aber weniger aussagekräftig, da mit ihnen keine direkte Information über das Ungeborene erhoben, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen z. B. eines Down Syndroms errechnet wird. Nicht-invasive Untersuchungsmethoden sind z. B. der „Triplettest“, ein biochemischer Bluttest im zweiten Schwangerschaftsdrittel, und der neuere „Ersttrimestertest“, bestehend aus einem Bluttest und einer Ultraschalluntersuchung.



### Alte und neue Indikationen

Die bekannteste und bislang häufigste Indikation für eine invasive Diagnostik ist die Altersindikation für Frauen über 35. Heute tritt an diese Stelle zunehmend eine individuelle, altersunabhängige „Risikobestimmung“ aufgrund von nicht-invasiven Untersuchungen. Die nicht-invasiven Methoden werden eingesetzt, um aufgrund der ermittelten Wahrscheinlichkeiten zu entscheiden, ob eine invasive Diagnostik angezeigt erscheint.



### Altersprogression und Verlagerung bei der PD

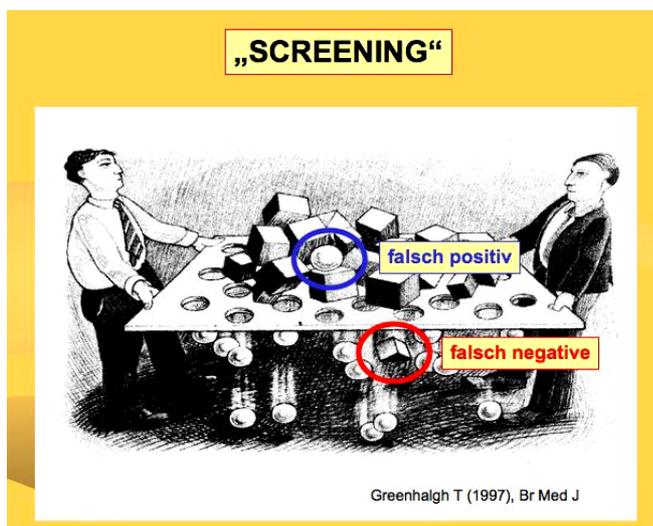
Die nicht-invasiven Methoden werden allen, nicht nur den älteren Frauen angeboten. Jüngere Frauen, denen bisher keine invasive Diagnostik angeboten wurde, können sich bei einem relativ hohen „Risiko“ aufgrund des nicht-invasiven Tests für eine invasive Diagnostik entscheiden, während ältere Frauen zunächst einen nicht-invasiven Test machen lassen und sich bei einem relativ geringen „Risiko“ gegen eine invasive Diagnostik entscheiden können. Das führt dazu, dass insgesamt weniger invasive Untersuchungen durchgeführt werden, obwohl der Altersdurchschnitt der Frauen bei ihrer ersten Schwangerschaft weiterhin steigt. Zugleich ergeben die vorgenommenen invasiven Untersuchungen aber immer öfter einen „positiven Befund“, d.h. sie werden jetzt gezielter eingesetzt.

## Entwicklung zum Screening

Da die nicht-invasive Pränataldiagnostik niedrigschwellig ist, kein gesundheitliches Risiko für die Frau und das Ungeborene birgt und sich an Frauen aller Altersgruppen ohne eine spezielle Indikation richtet, liegt die Tendenz zu einem „Screening“ (Reihenuntersuchung) aller Schwangeren nahe.

### Voraussetzungen für ein Medizinisches Screening sind:

- Das Ergebnis sollte für die „Volksge-sundheit“ von Bedeutung sein
- das Testverfahren soll eine hohe Sensitivität und Spezifität aufweisen, d.h. der Test soll die gesuchte Erkrankung (hier: die „Risikofaktoren“) mit möglichst großer Sicherheit nachweisen oder ausschließen können.
- Die Untersuchung soll zeit- und kosten-günstig sein.
- Die Untersuchung soll die zu Untersu-chenden möglichst wenig belasten.



Wie also funktioniert ein „Screening“, speziell das Erstsemester-Screening als Berechnung einer Risikowahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Trisomie?

- Ansprechen der Reihenuntersuchung meist beim ersten Arztbesuch.
- „Risikoermittlung“ mittels Ultraschall und Blutuntersuchung.

## Marker zur „Risikoberechnung“

- Alter und Gewicht der Schwangeren
- das genaue Alter der Schwangerschaft (Scheitel-Steiß-Länge)
- vorangegangene Schwangerschaften mit Chromosomenstörungen
- die Breite der Nackentransparenz des Ungeborenen
- die Konzentration des Eiweißstoffs PAPP-A und des Schwangerschaftshormons  $\beta$ -HCG im Blut der schwangeren Frau

### Weitere Marker, die die „Risikowahr-scheinlichkeit“ beeinflussen können

- Nasenbeinhypoplasie (Nasenbeinunter-entwicklung)
- erhöhter Widerstand im Ductus venosus (Verbindung zwischen Nabelvene und Hohlvene)
- Trikuspidalklappeninsuffizienz/Tricus-pidalregurgitation (mangelhafter Ver-schluss der Klappe zwischen rechtem Vorhof und rechter Herzkammer)

### relevante Softmarker im Ultraschall

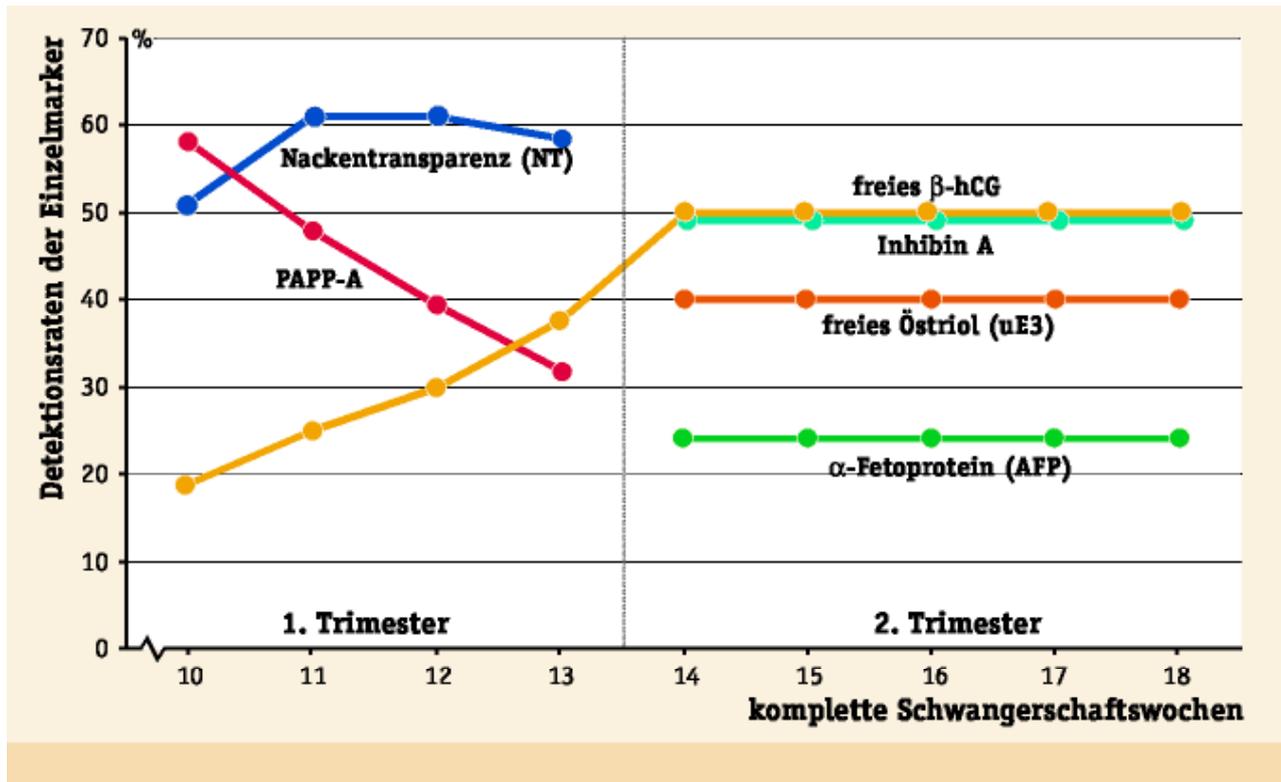
- verkürzter Humerus bzw. Femur (Oberarm-, Oberschenkelknochen)
- kalzifizierende Herde im Herzen (white spots, Kalkeinlagerungen)
- Darmschlingen
- Pyelektasie/Nierenbeckenerweiterung
- Verkürzungen der oberen Gliedmaße
- Sandalenlücke (Verbreiterung der Lücke zwischen 1. und 2. Zehe)

### Integriertes Screening – ein neues Verfahren zur „Risikopräzisierung“ fetaler Chromosomenanomalien

Das „Integrierte Screening“ vereint Vorteile und vermeidet Nachteile bisher bekannter Verfahren und führt zu einer Erhöhung der „Entdeckungsrate“ und vor allem zu einer deutlichen Verringerung falsch-positiver Screening-Ergebnisse. Innovativ ist, dass der optimale Zeitpunkt für die Analyse der einzelnen Marker genutzt wird.

Bei dem bisherigen Ersttrimesterscreening wird die Messung der Nackenfalte und die Blutabnahme in den Schwangerschaftswochen 11+1 bis 13+6 durchgeführt. Beim „Integrierten Screening“ sind eine Blutabnahme in den Schwangerschaftswochen 10+0 bis 11+6 sowie eine zweite Blutab-

nahme ab der Schwangerschaftswoche 14+0 sowie eine Ultraschalluntersuchung vorgesehen. Marker der Methode sind die fetale Nackentransparenz (NT) und die im Blut nachgewiesenen Werte für Inhibin A, PAPP-A, hCG und freies Östriol, sowie das alpha-Fetoprotein (AFP)



Wie in der Abbildung dargestellt, nimmt die Aussagekraft des PAPP-A von der 10. bis zur 13. Schwangerschaftswoche kontinuierlich ab, um sie ab der 14. Woche komplett zu verlieren. Das freie beta-hCG gilt dagegen in der 10. Schwangerschaftswoche als schwächster biochemischer Marker. Seine Aussagekraft steigert sich kontinuierlich und erreicht erst nach der 14. Woche, also im zweiten Trimester, ihr Optimum. Aus diesem Grund kann jede gleichzeitige Untersuchung dieser beiden Parameter immer nur einen Kompromiss darstellen, wobei durch die höhere Relevanz des PAPP-A ein Screening in der 11. Woche jenem in der 13. Woche vorzuziehen ist.

An dieser Feststellung ändert auch der wichtigste Screening-Marker, die im Ultraschall ermittelte Nackentransparenz, nichts. Im Gegenteil, zumindest zur „Detektion“ einer Trisomie 21 scheint eine frühe Messung

der Nackentransparenz eher beizutragen als eine späte.

Für den Einsatz der neuen Methode gibt es zwei Möglichkeiten

#### 1. Integriertes Screening

Das vollständige integrierte Screening (full integrated test) bezieht fünf biochemische Marker und einen Ultraschallmarker ein. Die Aussagekraft dieser Untersuchung ist größer als die in Deutschland bisher bekannten Untersuchungen Ersttrimester-Screening und „Triple-Test“. Die schwangere Frau erhält das Ergebnis erst im 2. Schwangerschaftsdrittel, meist in der 14./15. Woche. Ihr würde also ein beunruhigendes Ergebnis aufgrund der Messung der Nackentransparenz und der ersten Blutabnahme zunächst vorenthalten.

#### 2. Sequentielles Screening

Während die Ergebnisse aller Marker beim integrierten Screening in eine einzige Risikoziffer einfließen, wird der „Patientin“ beim sequentiellen Screening bereits nach der Untersuchung im 1. Trimester ein „Risiko“ mitgeteilt, von dessen Höhe eine weiterführende Untersuchung im 2. Trimester abhängig gemacht wird. Bei einem „hohen Risiko“ nach der ersten Untersuchung wird direkt eine invasive Diagnostik angeboten. Bei einem „niedrigen Risiko“ wird vorgeschlagen, auf weitere Untersuchungen zu „verzichten“. Bei einem „mittleren Risiko“ wird die komplette Analyse unter Einbeziehung aller Marker im 2. Trimester fortgesetzt.

Auf diese Weise wird versucht, die hohe „Sicherheit“ des kompletten Screenings mit einer „frühen Option“ für eine invasive Diagnostik im Falle besonders „hoher Risikoergebnisse“ aus dem ersten Teil der Untersuchung zu verbinden. Allerdings kann ein solches sequentielles Screening bedeuten, dass Werte, die nach der ersten Untersuchung noch als „erhöhte Risiken“ qualifiziert werden, sich im zweiten Schwangerschaftsdrittel als „Falsch-positiv“ erweisen.

#### Weitere neue Entwicklungen und Zukunftsperspektiven

Zu erwarten ist, dass die Forschung an "fetalen Zellen im mütterlichen Blut" abgelöst wird durch die Forschung an "fetaler DNA/RNA im mütterlichen Blut". Einige Arbeitsgruppen sind schon sehr weit und können fetale von mütterlicher DNA trennen. Das Ganze geht Richtung Bio-Chip-Technologie.

#### Quintessenz:

**Was wurde im Laufe dieser Entwicklung vernachlässigt?**

**Die Schwangere selbst.**

**Wie wird Screening heute vermittelt?  
"Gesundheitscheck für Ihr Kind"**

*Diese beiden Probleme, die Sancken seinen Notizen zufolge am Schluss seines Vortrags benannt hätte, konnten leider nicht mit ihm selber diskutiert werden.*

*In der Diskussion mit ihm wären von uns vermutlich außerdem folgende Probleme angesprochen worden:*

*Gibt es nicht einen – ethischen und politisch bedeutsamern – Unterschied zwischen einem „Screening“ auf therapierbare Krankheiten, z.B. beim Neugeborenen Screening, und einem vorgeburtlichen Screening auf angeborene Merkmale, das nicht auf eine Therapie ausgerichtet ist?*

*Bedeutet das von ihm favorisierte „sequentielle Screening“ nicht, dass eine Frau aufgrund des Ergebnisses der ersten Untersuchung einen Schwangerschaftsabbruch „auf Verdacht“ innerhalb der 12-Wochenfrist durchführen kann?*

*Was sagt die Verwendung von Begriffen wie „Detektionsrate“ und „Risiko“ aus über unser Verhältnis zu Menschen, die eine Behinderung haben?*



Petra Blankenstein, Roswitha Schwab und Birgit Scharnowski

## PROTOKOLL DER JAHRESTAGUNG 2007

IN DER BILDUNGS- UND FERIENSTÄTTE EICHSFELD IN UDER / THÜRINGEN

---

### Freitag, den 9. Februar 2007

Petra Blankenstein eröffnet die 12. Jahrestagung und begrüßt die TeilnehmerInnen, auch im Namen der MitsprecherInnen Christian Judith, Anouschka Kötzler, Harry Kunz und Hildburg Wegener. Besonders begrüßt werden die drei aus Österreich angereisten Frauen und die zum ersten Mal teilnehmenden Frauen.

Hildburg Wegener trägt den **Bericht der SprecherInnen** vor:

Die fünf SprecherInnen trafen sich zu Sitzungen am 5. Mai, am 4. Juli und am 30. September/1. Oktober 2006. Für die Detailplanung der Netzwerktagung trafen sich die drei Sprecherinnen am 16. November.

Die Netzwerktagung 2006 „Pränataldiagnostik: Zerreißprobe zwischen persönlicher Betroffenheit und gesellschaftlicher Dimension“ wurde dokumentiert in Rundbrief 19 (Juni 2006); er enthält das Protokoll, das Referat von Sigrid Graumann, die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sowie aktuelle Texte zu Methoden der Pränataldiagnostik.

Auf der Basis des Referats von Sigrid Graumann wurde ein Positionspapier „Vermeidung von Spätabbrüchen durch Begrenzung der Pränataldiagnostik“ erarbeitet. Es richtet sich an die Mitglieder des Netzwerkes und die Fachöffentlichkeit. Es wurde u.a. im Gen-ethischen Informationsdienst, in Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (AWO), im Hebammenforum (BDH) und auf den Homepages von Reprokult.de, muetterbesonderer-Kinder.de (link) abgedruckt und über verschiedene Mailing-Listen verbreitet: Hubert Hüppe MdB; Diakonisches Werk - § 218-Beratung; AWO – Bundesweiter Arbeitskreis; Bundesverband Evangelischer Behinderteneinrichtungen.

Den Fraktionsvorsitzenden von CDU/CSU und SPD und den leitenden Bischöfen der evangelischen und der katholischen Kirche wurde das Papier vor dem „Spitzengespräch“ über Spätabbrüche vom 19. September 2006 mit einem persönlichen Brief geschickt. Gleichzeitig wurde eine Kurzfassung als Pressemitteilung verbreitet.

Im Herbst 2006 wurden erstmals zwei eRundbriefe mit aktuellen Informationen verschickt.

Hildburg Wegener beantwortete eine Reihe von Anfragen (Mitgliedschaft im Netzwerk, ReferentInnensuche, Informationen für schriftliche Arbeiten, Interviewpartnerinnen); sie arbeitet im Ethikforum des IMEW mit. Harry Kunz koordiniert die Schulkampagne zur Pränataldiagnostik in NRW. Er beantwortete für das Netzwerk eine Anfrage der Fraunhofergesellschaft zur individualisierten Medizin. Christian Judith koordiniert das ISL-Forum Bioethik, er arbeitet ebenfalls im IMEW-Ethikforum.

Margaretha Kurmann berichtet von der Planung der **Fachtagung Pränataldiagnostik**, die auf der Netzwerktagung 2006 zusätzlich zu der regulären Netzwerktagung beschlossen wurde.

Träger: Die Fachtagung wird gemeinsam vom Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL), dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, dem Bund Deutscher Hebammen, dem Gen-ethischen Netzwerk, dem FrauenForumFortpflanzungsmedizin Reprokult, der AG Frauenheilkunde im AKF, dem Weibernetz, der EkFuL und der Arbeiterwohlfahrt (Bundesverband) durchgeführt. Die Planungsgruppe hat sich im Dezember 2006 konstituiert. Weitere Organisationen können zu einem späteren Zeitpunkt als gleichberechtigte Mitträger oder als Unterstützende dazu kommen.

Die Zielsetzung der Veranstaltung besteht in einer Reflexion der individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen vorgeburtlicher Diagnostik sowie der Entwicklung berufsbezogener und politischer Konzepte, die einer Tendenz zunehmender vorgeburtlicher Selektion begegnen. Die Tagung soll neben Vorträgen und plural zusammengesetzten Podien Veranstaltungsformen bieten, die Werkstattcharakter haben.

Zielgruppe: Die Veranstaltung richtet sich an die interessierte Öffentlichkeit, an Ange-

hörige von Behindertengruppen und Selbsthilfeeinitiativen und insbesondere an Angehörige der Berufsgruppen, die an dem Angebot und der Durchführung pränataler Diagnostik beteiligt sind: ÄrztInnen und MedizinstudentInnen, Hebammen, Beraterinnen und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe. Angestrebt werden 150 bis 200 Teilnehmende.

Termin und Ort: Die Fachtagung soll eine Übernachtung umfassen und von Freitag auf Samstag stattfinden. Angestrebt wird ein Termin Ende Februar/Anfang März 2008. Der Veranstaltungsort soll attraktiv, „symbolgeladen“ und gut erreichbar sein. Angefragt wird zunächst das Hygienemuseum in Dresden.

Finanzierung und Organisation: Die Tagung wird vom Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte verantwortet. Ein Zuschussantrag bei der Aktion Mensch wurde gestellt. Für Organisation und Vorbereitung wurde ein Honorarvertrag mit dem Journalistenbüro Harry Kunz und mit Margaretha Kurmann geschlossen.

Harry Kunz berichtet von der **Schulkampagne** der Netzwerk-Regionalgruppe **NRW**, die ein Nachfolgeprojekt der Kampagne „Bitte nicht stören“ ist. Es wurden etwa 600 SchülerInnen und 60 MultiplikatorInnen an rund 20 Schulen erreicht, wobei ein Schwerpunkt auf ohnehin engagierten LehrerInnen in Fächern wie Religion, Biologie oder Ethik lag. Die SchülerInnen erwiesen sich als sehr aufgeschlossen für ethische und gesellschaftspolitische Auseinandersetzungen mit PraktikerInnen von außerhalb der Schule. Die Resonanz auf die angebotenen Video-Filme war groß. Die Informationsmappen werden auch nach Abschluss der Kampagne von Beratungsstellen, Hebammen, LehrerInnen usw. nachgefragt. Eine eigenständige Durchführung vor Ort muss aber mit erheblichen Hürden seitens der Schulbürokratie rechnen. Solange der Vorrat reicht können Materialien angefordert werden bei [Harry.Kunz@t-online.de](mailto:Harry.Kunz@t-online.de). Der Schlussbericht steht unter [www.netzwerk-praenataldiagnostik.de](http://www.netzwerk-praenataldiagnostik.de).

Schwester Clara Hennig berichtet aus der **Netzwerkgruppe Nord**. Initiiert von der römisch-katholischen Arbeitsstelle für pastorale Dienste wurde im September 2006 in Hamburg, in Kiel und in Rostock die Ausstellung „Hauptsache gesund“ mit einem 10-tägigen Begleitprogramm gezeigt. Mit-

gearbeitet hat u. a. auch Pro Familia, was zu Konflikten führte. Im Ergebnis mussten jeweils zwei unterschiedliche Flyer für die Aktionstage gedruckt werden, und Clara Hennig konnte nur als Privatperson, nicht als Vertreterin ihrer kirchlichen Dienststelle mitarbeiten. Es wurden nicht so viele Menschen erreicht wie gehofft, es wurde aber eine gemeinsame Plattform verabschiedet, und es wird eine Reihe von Nachfolgeveranstaltungen geben. Für die Liste der Kooperationspartnerinnen, Termine der Netzwerktreffen und Sonderveranstaltungen siehe [www.pndnetz hamburg.de](http://www.pndnetz hamburg.de)

In diesem Zusammenhang weist Margaretha Kurmann auf die Bedeutung von Homepages und Links hin. Die Netzwerk-Homepage ist zugleich eine Unterseite des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte (BVKM). Aus der Netzstatistik wissen wir deshalb, dass die Seiten des Netzwerks immerhin an 12. Stelle unter den 30 000 Zugriffen auf [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) stehen.

Roswitha Schwab berichtet aus der **Netzwerkgruppe Süd**. Die Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein – ab jetzt: „Zentrum Häberlstraße“ – hat das 25-jährige Bestehen und zugleich 13 Jahre Fachstelle PND mit einem gut besuchten Fachtag und einer Ausstellung gefeiert, zu dem auch VertreterInnen der Stadt geladen waren. Einer der drei Vorträge betraf „Pränataldiagnostik zwischen Gewöhnung und Entrüstung“, außerdem wurde das Buch von Vivian Weigert, „Bekommen wir ein gesundes Baby? Was Sie über pränatale Diagnostik wissen sollten“ (Kösel-Verlag) vorgestellt. Durch die Existenz der Beratungsstelle PND werden die MitarbeiterInnen und BesucherInnen der verschiedenen Abteilungen im Haus mit den Fragen der Pränataldiagnostik konfrontiert.

Susanne Haslinger von der Lebenshilfe Wien berichtet aus **Österreich**. Das geplante Netzwerk Österreich wurde – mit Geburtshilfe von Margaretha Kurmann – inzwischen zur Welt gebracht. Die Feier der Namensgebung und, wenn möglich, die Adoption durch einen unterstützenden Trägerverband wird auf einer Tagung im April vorgenommen. Im Mai 2006 fand an der Universität Wien eine (auf das Studium angerechnete!) Tagung mit 200 Teilnehmerinnen statt, auf der für das Netzwerk geworben wurde.

### Weitere Berichte und Hinweise

Brigitte Faber vertritt den Deutschen Frauenrat, in dessen Vorstand sie gewählt wurde und der sie auf die Netzwerktagung delegiert hat. Der Deutsche Frauenrat umfasst insgesamt 52 Frauenverbände, darunter die großen konfessionellen Verbänden, Gewerkschaftsfrauen, Sportverbände, Parteien, Berufsgruppen und viele kleiner Gruppierungen, und ist die umfassendste Lobby für Frauen bei der Bundesregierung und in der Öffentlichkeit. Er vertritt profilierte frauenpolitische Standpunkte u.a. zu bioethischen und gesundheitspolitischen Fragestellungen. Die Positionierung bedarf der Zustimmung der Mitgliedsverbände, was gelegentlich eine Herausforderung in einem so breit angelegten Verband darstellt. Der Frauenrat ruft zur Zeit auf zu einer Mailaktion - Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung auf. Muster-Protestbriefe unter: [www.frauenrat.de](http://www.frauenrat.de) und dann „Gesundheitsreform ohne Gender“.

Brigitte Faber ist für das Weibernetz und damit für den Deutschen Behindertenrat PatientInnenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) der Kassenärztlichen Vereinigung, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der G-BA legt fest, was als Kassenleistung anerkannt wird, d.h. unter anderem auch die Inhalte der Mutterschaftsrichtlinien. Brigitte Faber erläutert Struktur und Arbeitsweise des Entscheidungsgremiums und der 24 Unterausschüsse des G-BA, in dem die PatientInnenvertreterInnen seit der Gesundheitsreform im Jahr 2004 Beratungsstatus haben. Sie arbeitet mit auf der Entscheidungsebene und im Unterausschuss Familienplanung. Dieser Unterausschuss hat im Mai 2005 eine Umfrage mit Blick auf das Fehlbildungsscreening in der Schwangerenvorsorge an Verbände und Gruppen geschickt, den auch das Netzwerk beantwortet hat. Die Sprecherinnen werden beauftragt, in einem Brief nach Ergebnis und Konsequenzen zu fragen.

Karin Schüler verweist auf ein EU-Programm, über das Mittel für Projekte zur gesundheitlichen Förderung benachteiligter Gruppen beantragt werden können: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), (dann weiter zu „Regionale Knoten“). Sie weist außerdem hin auf „Liebe(r) selbstbestimmt“, ein Leitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit

für Menschen mit geistiger Behinderung. Das Material umfasst einen DIN A 4 Arbeitsordner für Fachkräfte in der Schwangerschafts -(konflikt-)beratung, Familienplanung und Sexualpädagogik und eine CD (€ 15,95). Bestellen: AWO-Bundesverband, Verlag & Vertrieb, Postfach 41 01 63

Margaretha Kurmann teilt mit, dass das Schulmaterial zu Bioethik jetzt vorliegt. Einzelexemplare oder auch ein Klassensatz plus Lehrerheft können unentgeltlich angefordert werden bei: Aktion Mensch, Stichwort „Lebensfragen“, Heinemannstr. 36, 53175 Bonn, Fax 0228 / 2092-333, oder: [www.1000fragen.de/lebensfragen](http://www.1000fragen.de/lebensfragen)

Für den Abend werden „Kreative Zugänge zum Tagungsthema“ in Gruppenarbeit angeboten: eine Malwerkstatt (Petra Blankenstein), eine Theaterwerkstatt (Edeltraut Edlinger, Roswitha Schwab) und zwei Schreibwerkstätten: Journalistisches (Harry Kunz) und Lyrisches (Hilburg Wegener).

### Samstag, 10. Februar 2007

Dr. Ulrich Sancken, Ingelheim, der als Referent vorgesehen war, ist eine Woche vor der Netzwerktagung erkrankt. Netzwerkmitglied Birgit Schwarnowski-Huda, Göttingen, ist dankenswerterweise kurzfristig eingesprungen und referiert auf der Basis von Materialien, die Ulrich Sancken ihr zur Verfügung gestellt hat, über „Aktuelle Entwicklungen in der nicht-invasiven Pränataldiagnostik“. Sie ist Mitglied der Gruppe Regenbogen und der Regionalgruppe Göttingen des Netzwerks. Sie ist Medizinerin und arbeitet in der frauenärztlichen Qualitätskontrolle. Der Nachmittag beginnt mit dem Referat von Dr. Erika Feyerabend, Bioskop, Essen, „Pränataldiagnostik als Geschäft. Wirtschaftliche und forschungspolitische Hintergründe des Booms vorgeburtlicher Diagnostik“. (s. oben S.2)

Am Nachmittag tagen Arbeitsgruppen zu:

- AG 1 Vertiefende Diskussion des Referats „Aktuelle Entwicklungen in der nicht-invasiven Pränataldiagnostik“
- AG 2 Pränataldiagnostik als Geschäft. Interessengruppen, Strategien und Gegenstrategien (Bericht s.u. S. 18)
- AG 3 Pränataldiagnostik im ersten Schwangerschaftsdrittel – Erfahrungen aus der Praxis und Konsequenzen

**Sonntag, 15. Februar 2007**

## Netzwerkversammlung

### Wahl der NetzwerksprecherInnen

Anouschka Kötzel und Christian Judith treten als SprecherIn aus beruflichen und persönlichen Gründen zurück, Harry Kunz lässt sein Amt bis nach der Fachtagung im Frühjahr 2008, die er auf Honorarbasis organisieren wird (s. o.), ruhen. Gabriele Kemmler und Agathe Blümer danken den scheidenden SprecherInnen.

Nachgewählt wird per Akklamation Gabriele Kemmler aus Frankfurt/Main, vom Frauengesundheitszentrum. Sie ist Diplompädagogin, Beraterin und Geburtsvorbereiterin (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung).



Gabriele Kemmler Petra Blankenstein Hildburg Wegener



Christian Judith



Anouschka Kötzel



Harry Kunz

### Bericht: „Das Netzwerk in Zahlen“

#### Verknüpfungen mit dem Netzwerk:

Verknüpfte Institutionen:	89
Verknüpfte Einzelpersonen:	158
Neuverknüpfungen:	
Einzelpersonen:	5
Institutionen:	1

#### Austritte:

Einzelpersonen:	2 (+ 2 unbek. verzogen)
Institutionen:	2 (+ 1 unbek. verzogen)

#### Anfragen nach Info-Material:

Erstkontakte:	34 (2005: 44; 2004: 79)
Folgekontakte:	10 (2005: 12; 2004: 60)

Sonderverteiler „Interessierte“: 70

#### Spenden an das Netzwerk 2006:

€ 4.434,00 (zum Vergleich: 2005 € 2.904; 2004: € 3.955,50; 2003: € 3.642)

Die SprecherInnen danken für die Spenden und heben die gestiegene Spendenbereitschaft positiv hervor. (Richtwert: Einzelpersonen € 50; Einrichtungen € 100)

#### Ausgaben:

Reisekosten SprecherInnen	€ 1.336,00
Druckkosten Rundbrief 19	€ 683,30
Versandkosten Rundbrief	€ 445,00
Versandkosten Tagung	€ 445,00
Fiberboardkoffer für Stellwand	€ 143,50
Nachdruck Netzwerkbriefbögen	€ 231,70

#### Umsatzzahlen der Broschüren:

	2006	2005	2004
Sichtwechsel	73	69	87
Hebammenmaterialien	10	14	19
Beratungsstandards	9	22	2

Die TagungsteilnehmerInnen danken dem Bundesverband für seine Unterstützung und Simone Bahr für ihre gute und zuverlässige Arbeit im Sekretariat. Die SprecherInnen sollen diesen Dank in einem Brief an den Geschäftsführer zum Ausdruck bringen.

Es werden die Namen der seit der letzten Netzwerktagung *Neuverknüpfen* vorgelesen. Es wird kein Widerspruch laut und alle werden willkommen geheißen.

### **Termin der nächsten Netzwerktagung**

Auf der Netzwerktagung 2006 war beschlossen worden, eine Fachtagung zu organisieren. Fachtagung und Netzwerktagung sollten aber unabhängig voneinander stattfinden, um die Netzwerktagung als einen geschützten Raum und als Plattform für die Diskussion unter Gleichgesinnten zu erhalten. Aufgrund eines längeren Klärungsprozesses über die finanziellen und personellen Voraussetzungen und unter Berücksichtigung des möglichen Förderzeitraums muss die Fachtagung Ende Februar/Anfang März 2008 stattfinden. Damit stellt sich die Frage, ob die Netzwerkversammlung an dem regulären Termin, dem 2. Februarwochenende 2008, oder doch in Zusammenhang mit der Fachtagung oder erst in einem Abstand von der Fachtagung im Laufe des Jahres 2008 stattfinden sollte.

Ein erstes Meinungsbild ergibt, dass die Mehrheit eine verkürzte Netzwerktagung im Anschluss an die Fachtagung vorzieht. Ausschlaggebend ist, dass sich die meisten die Wahrnehmung von zwei dicht aufeinander folgende Terminen für die Netzwerkarbeit nicht leisten könnten und zu befürchten sei, dass die Netzwerktagung nicht gut besucht wird. Eine substantielle Minderheit entscheidet sich für die Verschiebung der Netzwerktagung auf Mai oder September.

Um arbeitsfähig zu bleiben, wird folgender Kompromiss formuliert: Im Anschluss an die Fachtagung findet eine verkürzte Netzwerktagung statt. Sie dient dem Zusammenhalt des Netzwerkes und der persönlichen Auseinandersetzung mit den Ergebnissen. Wenn möglich, wird die SprecherInnenwahl und die formale Netzwerkversammlung durchgeführt. Auf dieser Netzwerktagung wird der Termin der nächsten Tagung festgelegt, die entweder schon im Laufe des Jahres 2008 oder erst am 2. Februarwochenende 2009 stattfindet.

### **Haiku Gedichte**

*aus der Schreibwerkstatt „Lyrik“ auf der Netzwerktagung 2007 in Uder*

schwängere Frauen  
traut nicht dem technischen Blick  
glaubt an euch selber

Vorfreude

hoffen und bangen  
wird es sein, wie ich's erträumt  
täglich neu warten

streichelnde Hände  
über den Bauch der Mutter  
schwere Entscheidung

Schwangersein heute  
alles nur Technik und Angst  
wo bleibt die Hoffnung

nicht lebensfähig  
sagten sie gestern früh  
es bleibt bei mir – jetzt

die Hoffnung bewahren  
austragen will ich das Kind  
aber Angst kommt und geht

ich will es wissen  
Pränataldiagnostik  
nur ein Leben für mich!

Risikozahlen  
bannen doch gar nicht die Angst  
die liegt woanders

Graue Haare  
Aber mir fehlen die Jungen  
Netzwerk mit Zukunft ?

**Bericht der AG 2:****Pränataldiagnostik als Geschäft: Interessengruppen, Strategien, Gegenstrategien**

mit Erika Feyerabend, Bericht: Martina Puschke

**A) Zunächst wurden die Akteurinnen der Pränataldiagnostik benannt:**schwängere Frau

und werdender Vater

Ärzeschaft

niedergelassene ÄrztInnen (KV)

Bundesärztekammer

Fachgesellschaften

Humangenetik/PND

Labore

Public Health Genetics

andere mit PND befasste Berufsgruppen, z.B. Beraterinnen, HebammenKrankenkassenInteressengruppen

Forschung

Fetal Medical Foundation

Netzwerk gegen Selektion durch PND

Selbsthilfegruppen

Kirchen

Industrie

Pharma

Gerätehersteller

Krankenhäuser (Deutsche Krankenhausgesellschaft)

Unikliniken

Politik

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Frauen, für Familien

Bundesministerium für Justiz

Parlament und Parteien

Europäische Union

In einem zweiten Schritt müsste untersucht werden, welche Interessen die AkteurInnen verfolgen, welche Interessenkonflikte genutzt werden können, wo BündnispartnerInnen sind und wo die Hebel sind, mit deren Hilfe politisch eingegriffen werden kann.

**B) Die wesentlichen Faktoren und Strategien sind:**

Geld – Macht – Angst

Eugenik – Leidvermeidung – Machbarkeitswahn

finanzieller Gewinn – fehlende Verantwortlichkeiten und Kontrolle

**C) Was tun? – einige Stichworte zum Weiterdenken**

Mut zum Leben, Mut zu Verschiedenheit

die Bindung zum Ungeborenen stärken, Schwangerschaft als Schatz

durch Kampagnen Irritationen schaffen und dadurch Distanz ermöglichen, z.B.

die „Extremsportart Schwangerschaft und Geburt“ propagieren

für den „Kick des Nichtwissens“ eintreten

„Anti-Perfekt-Kontrolle“ in einem Comic thematisieren

Das Ganze ist ver-rückt, wir brauchen gerade-rückende Strategien

Pressemitteilung, im Februar 2007:

**Umfassend, effektiv - und behindertenfeindlich:**

**Kritische Fachleute warnen vor heimlicher Revolution in der Schwangerenvorsorge**



Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, ein bundesweiter Zusammenschluss von rund 300 engagierten Organisationen und Einzelpersonen aus den Bereichen Schwangerenkonfliktberatung, medizinischen Berufe (Ärztinnen und Hebammen) und Selbsthilfe, befasste sich auf seiner Jahrestagung am 9. – 11. Februar 2008 mit dem Trend, schon in einer frühen Phase alle Schwangeren auf eine Fehlbildung zu testen.

Eine Frau, die am Beginn einer Schwangerschaft eine gynäkologische Praxis aufsucht, wird dort mit dem Angebot eines Frühscreenings konfrontiert: Dahinter verbergen sich eine Ultraschalluntersuchung, bei der die so genannte Nackentransparenz beim Ungeborenen gemessen wird und eine Untersuchung des Bluts der Schwangeren. Ziel dieser mittlerweile routinemäßig angebotenen und von den Schwangeren privat zu zahlenden Tests bildet eine „Risikoabschätzung“ für bestimmte Fehlbildungen (z.B. Down-Syndrom). Bei Messwerten, die von der Norm abweichen, wird eine Fruchtwasseruntersuchung empfohlen, die bei einem auffälligen Befund in der Regel zu einem Schwangerschaftsabbruch führt.

In Deutschland wird seit über 20 Jahren mit dem Ausbau der vorgeburtlichen Diagnostik eine Praxis etabliert, die bewirkt, dass Menschen mit einer angeborenen Behinderung vorgeburtlich ausgesondert werden. In der bisherigen Praxis wurden vor allem ältere Schwangere Tests auf Fehlbildungen unterzogen, die etwa bei einem vermuteten Down-Syndrom in neun von zehn Fällen in einen sog. späten Schwangerschaftsabbruch mündeten. Kinder mit Down-Syndrom wurden daher in den letzten Jahren überwiegend von jüngeren Schwangeren geboren. Jetzt sollen über das Frühscreening alle Schwangeren unabhängig vom Alter oder einer speziellen Indikation in das Testverfahren einbezogen werden.

Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik beobachtet mit Sorge, dass in Fachveröffentlichungen immer häufiger die Forderung nach einer Totalerfassung aller Schwangeren im Hinblick auf das Down-Syndrom erhoben wird. Nicht ohne Grund hatten sich in den 80er und 90er Jahren die deutschen Humangenetiker – auch in der Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit – noch deutlich von Reihenuntersuchungen ganzer Bevölkerungsgruppen auf erblich bedingte Anomalien distanziert und entsprechende Untersuchungen allein an die informierte Zustimmung der individuell betroffenen Schwangeren geknüpft.

Zwar entspringen die aktuellen Forderungen nach einem „Down-Screening“, also die Untersuchung aller Schwangeren auf das Down-Syndrom, überwiegend finanziellen Interessen der beteiligten Laborgemeinschaften, GynäkologInnen und PränataldiagnostikerInnen und wurzeln nicht in einer eugenischen Weltanschauung. Dennoch käme ein auf alle Schwangere ausge dehntes Frühscreening den Wirkungen einer eugenisch motivierten Bevölkerungspolitik nahe: Das Selbstbestimmungsrecht von Frauen würde ignoriert, und Behindertenfeindlichkeit und Diskriminierung würden als salonfähig erscheinen.

Die weit verbreitete Annahme, dass die Geburt eines behinderten Kindes vermeidbar ist und vermieden werden sollte, geht dabei eine fragwürdige Liaison mit den Geschäftsinteressen der Frühscreening-Anbieter ein: Vielfach wird das Frühscreening als allgemeiner Gesundheitscheck und als Gesundheitsvorsorge missverstanden.. Häufig wird auch suggeriert, dass die Tests zum Wohle des Kindes bestimmt seien. Dabei dienen sie ausschließlich der Aussonderung von Ungeborenen mit unerwünschten Eigenschaften und sind ohne jeden therapeutischen Nutzen. Das Netzwerk kritisiert deshalb auch die Bemühungen, das Frühscreening und weitere spezielle Ultraschalluntersuchungen als reguläre Krankenkassenleistungen zu etablieren.

**Unsere Forderungen sind :**

- Herausnahme aller Maßnahmen aus der allgemeinen Schwangerenvorsorge, die auf eine vorgeburtliche Selektion hinauslaufen;
- Kontrolle und Regulierung des Marktes für privatwirtschaftlich angebotene Methoden der Pränataldiagnostik; dazu gehört ein Werbeverbot für den Ersttrimestertest (Frühscreening) und für ähnliche ‚Individuelle Gesundheitsleistungen‘ (IGeL);
- Erfordernis der informierten Zustimmung der Frau vor jeder pränataldiagnostischen Maßnahme,
- umfassende Aufklärung und Beratung vor allen pränataldiagnostischen Maßnahmen, die in ihrer Konsequenz zu einem Schwangerschaftskonflikt führen können;
- die Verpflichtung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, auf unabhängige psychosoziale Beratungsangebote empfehlend hinzuweisen.

---

**PRENET:  
NETZWERK FÜR KRITISCHE AUSEINANDERSETZUNG  
MIT PRÄNATALDIAGNOSTIK (IN ÖSTERREICH)**

---

*In Österreich hat sich als Ergebnis zweier interdisziplinärer Arbeitstagen am 21. April 2007 das Netzwerk PRENET konstituiert. Der Zusammenschluss ist auch durch die Arbeit des „Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik“ inspiriert, in dem Personen und Institutionen aus Österreich Mitglied sind. Das Netzwerk ist offen für alle Interessierten, die sich kritisch mit dem Thema PND auseinandersetzen möchten. Einmal im Jahr ist die Gestaltung einer öffentlich zugänglichen Fachtagung geplant, die zum Diskurs und zur Bewusstseinsbildung beitragen soll.*

*Über die nächsten Arbeits-Schritte des Netzwerkes, eine Mitgliedschaft sowie die derzeitigen Mitglieder informieren die SprecherInnen:*

*Edeltraud Voill / Susanne Haslinger / Helga Reichmann-Gitschthaler / Robert Mittermair  
Kontakt: Edeltraud Voill, Tel.: 523 17 11 [prenet-sprecherinnen@gmx.at](mailto:prenet-sprecherinnen@gmx.at)*

**POSITIONSPAPIER**

Das Netzwerk steht für eine kritische Auseinandersetzung mit pränataler Diagnostik und möchte durch umfassende Information zu einer Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung beitragen.

**Pränataldiagnostik**

Pränataldiagnostik (PND) ist in den letzten Jahren zu einem selbstverständlichen Bestandteil der medizinischen Schwangerenvorsorge geworden. Sie erweckt den Anschein der Kontrollierbarkeit von Schwangerschaft und Geburt, der Machbarkeit gesunder bzw. nicht-behinderter Kinder sowie

der zuverlässigen Vermeidbarkeit von Krankheit und Behinderung.

97% aller Kinder kommen gesund bzw. nicht - behindert zur Welt. Die wenigsten Krankheiten und Behinderungen sind vorgeburtlich diagnostizierbar oder gar heilbar. Dessen ungeachtet ist es häufig nicht nur „normal“ geworden, das pränataldiagnostische Angebot in Anspruch zu nehmen, es wird vielfach erwartet. Schwangere Frauen, die trotz des sozialen Drucks diese Erwartung nicht erfüllen, laufen Gefahr als verantwortungslos zu gelten. Der individuelle Wunsch nach einem gesunden bzw. nicht-

behinderten Kind kann zum Zwang werden, ein „perfektes“ Kind zu gebären. Dies zeigt sich auch darin, dass PND großteils selbstverständlich und oft ohne ausreichende Information und Beratung durchgeführt wird. Durch niederschwellige, nicht-invasive Verfahren (z.B. Nackenfaltenmessung) wird diese Tendenz noch begünstigt.

### **Pränataldiagnostik verändert das Schwangerschaftserleben**

Ein medizinisch-technisch orientierter Blick auf die Schwangere prägt das Erleben von Schwangerschaft und Geburt nachhaltig. Im Vordergrund steht nicht mehr die Förderung der Gesundheit der schwangeren Frau, sondern die Überwachung der normgerechten Entwicklung des Ungeborenen.

Um Angst vor und Risiko von einem kranken bzw. behinderten Kind zu verringern, werden so viele pränataldiagnostische Verfahren in Anspruch genommen wie möglich. Diese Untersuchungen können einerseits schwangere Frauen beruhigen, andererseits selbst neue Ängste erzeugen. Angst kann jedoch durch technisierte Untersuchungen nicht aus der Welt geschafft werden.

Exakte Auskunft über die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes kann PND nicht geben. Sie kann eine geringe Zahl von Abweichungen entdecken, eine Garantie für ein gesundes bzw. nicht-behindertes Kind ist sie nicht. Dennoch verlagern viele Frauen ihr Vertrauen auf biologisch-statistische Messdaten. Das Netzwerk wendet sich gegen eine Schwangerenvorsorge, die vorwiegend dem Auffinden embryonaler Fehlbildungen und Behinderungen dient.

### **Pränataldiagnostik und Selbstbestimmung der Frau**

Entscheidungen im Zusammenhang mit PND sollen von Frauen/Paaren selbstbestimmt getroffen werden. Selbstbestimmung heißt, bewusst und informiert Entscheidungen zu treffen. Jede individuelle Entscheidung ist jedoch immer in bestimmte gesellschaftliche Strukturen eingebettet.

Wenn bestimmte Handlungsoptionen gesellschaftlich hochgradig favorisiert werden, ist in Frage gestellt, wie selbstbestimmt Entscheidungen sein können. „Zu wollen, was man soll“, hat nichts mit Selbstbestimmung zu tun.

Pränataldiagnostik macht unabhängige medizinische und psychosoziale Beratung erforderlich. Vor der Durchführung von PND bedarf es einer frühzeitigen Aufklärung über Möglichkeiten, Risiken und Grenzen von PND.

Frauen haben Anspruch auf eine bestmögliche medizinische und psychosoziale Begleitung und Unterstützung, unabhängig davon, welche Entscheidung sie treffen.

### **Pränataldiagnostik und existentielle Grundfragen**

Sowohl auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene besteht ein Handlungsbedarf in Bezug auf Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung über PND. Die Häufigkeit und Selbstverständlichkeit, mit welcher pränatale Tests einerseits gewünscht, andererseits angeboten und angewendet werden, verändern unsere Vorstellungen von Normalität sowie das Bild von Krankheit und Behinderung. Dies hat Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Umgang mit Menschen, die von Normen abweichen.

PND wirft existentielle Grundfragen über Gesundheit und Krankheit, Nicht-Behinderung und Behinderung, Lebenswert und „Lebensunwert“ auf. Mit der PND ist eine Technologie gegeben, die die Erwartung weckt, Behinderung an sich sei zu verhindern. Fehlende Erfahrung oder falsche Vorstellungen führen dazu, Menschen mit Behinderung ein erfülltes, glückliches Leben von vornherein nicht zuzutrauen. Dies kann zur Folge haben, dass ihnen das Lebensrecht abgesprochen wird.

Vorgeburtliche Diagnostik wird von vielen behinderten Menschen als existentielle Bedrohung erlebt – als Ablehnung ihres Daseins. Sie sehen sich mit einer neuen Euthanasiedebatte konfrontiert, weil sie den Wert ihres Lebens grundsätzlich infrage gestellt sehen. Das Ersparen von vermutetem Leid des Kindes sowie der Eltern durch den Abbruch der Schwangerschaft gilt auch heute vielfach als Akt der Humanität. Das Netzwerk kritisiert die Tendenz, dass die Existenz eines Menschen mit Behinderung vielfach legitimationsbedürftig geworden ist. Es wendet sich gegen die nur bedingte Annahme von Kindern, die von deren biologischer Ausstattung abhängig gemacht wird.

## Ziele des Netzwerkes

- Förderung der öffentlichen Diskussion über die ethische und gesellschaftspolitische Problematik der PND; Aufzeigen der Wechselwirkung von individuellem und gesellschaftlichem Handeln
- Hinterfragen der Selbstverständlichkeit pränataler Diagnostik und deren möglichen Konsequenzen
- Hinterfragen zugrunde liegender Werte, Normen und Handlungsmaximen, die zu der massiven Nachfrage nach PND führen
- Thematisieren der selektiven Aspekte von Pränataldiagnostik
- Verbesserung der medizinischen sowie psychosozialen Beratungssituation vor, während und nach PND
- Aufbrechen von Vorurteilen gegenüber behinderten Menschen
- Abwenden des gesellschaftlichen Drucks auf Frauen, eine PND durchzuführen und allenfalls eine Schwangerschaft abzubrechen
- Aufzeigen, dass ein Spätabbruch ein integraler Bestandteil von Pränataldiagnostik und ein zu erwartendes Ergebnis bei einem auffälligen Befund ist
- Veröffentlichung der inhaltlichen Arbeit des Netzwerkes
- Veröffentlichung von Erfahrungen von Frauen ohne PND bzw. mit PND
- Aufzeigen der wirtschaftlichen Hintergründe und Interessenslagen, die mit PND verbunden sind
- Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der PND Praxis
- Politische Einflussnahme, um die Forderungen des Netzwerkes umsetzen zu können

## Forderungen des Netzwerkes

- Anerkennung von Vielfalt und Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung
- Erhebung von Daten über die Häufigkeit der Durchführung bzw. der Ablehnung verschiedener Untersuchungen der PND sowie über die Durchführung von Spätabbrüchen
- Gewährleistung eines bundesweiten flächendeckenden psychosozialen Beratungsangebotes
- Umfassende und frühzeitige Aufklärung und Information über Möglichkeiten, Risiken, Grenzen und Konsequenzen von PND
- Ganzheitliche Schwangerenbetreuung mit frühzeitiger Einbindung von Hebammen
- Hinweis auf Schwangerenberatungsstellen und Beratungsstellen zur PND im Mutter-Kind-Pass
- Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen, die PND durchführen, über das Leben mit Krankheiten und Behinderungen, die sie diagnostizieren
- Entwicklung von geeigneten Informationsmaterialien
- Entwicklung bzw. Einhaltung von Qualitätsstandards für die medizinische und psychosoziale Beratung zur PND
- Erhebung von Ist-Zustand und Bedarf an Beratungsangeboten
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Durchführung empirischer Untersuchungen zur Frage, ob durch PND ausgelöste Verunsicherungen und Ängste Auswirkungen auf das Ungeborene haben oder die Eltern-Kind-Beziehung verändern

Im Netzwerk arbeiten Gruppen, Institutionen und Einzelpersonen zusammen. Es steht für gemeinsame Arbeit an Veränderungen, gegenseitige Stärkung und Solidarisierung, interdisziplinären Austausch und Kontaktpflege sowie für Meinungsbildung, Auseinandersetzung und kollegiale Qualifizierung.

*Verabschiedet als Basis für die Zusammenarbeit aller Mitglieder des Netzwerkes am Netzwerkgründungstreffen 20.4.2007*

## ZU DEN METHODEN DER PRÄNATALDIAGNOSTIK

### — AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

---

#### **LEO ODER LEON? GESCHLECHTSBESTIMMUNG IN DER FRÜHSCHWANGERSCHAFT**

Die Firma PlasmaGen AG in Köln wirbt seit einigen Monaten mit einem Faltblatt für einen „Gendertest“.

„Als Schwangere unterliegen Sie einer regelmäßigen medizinischen Kontrolle. Nutzen Sie einfach eine dieser Untersuchungen mit routinemäßiger Blutabnahme ab der 8. Schwangerschaftswoche p.c., um von Ihrem Arzt zusätzlich **gendertest** durchführen zu lassen.“ Das Verfahren basiert auf einem „zum Patent angemeldeten“ Labortest, mit dem Geschlechtschromosomen im Blut der schwangeren Frau herausgefiltert und bestimmt werden. Finden sich Y-Chromosomen, können sie nicht von der Frau stammen, sondern weisen auf einen männlichen Fötus hin, finden sich keine, ist sie mit einem Mädchen schwanger. „Das Labor ermittelt in zwei bis acht Tagen (nach Zahlungs- und Probeneingang) das Geschlecht Ihres Kindes.“

Der Test wird als „einfach – frühzeitig - risikolos“ und „zu 99% zuverlässig“ beworben. Er kostet € 149 inkl. MwSt und aller Arzt- und Laborkosten. Es gibt eine Geld-zurück-Garantie. „Sollte der unwahrscheinliche Fall eintreten, dass das Ergebnis nicht stimmt“, werden der Frau die Kosten „nach Übersendung einer Kopie der Geburtsurkunde oder eines eindeutigen Ultraschallbildes mit Bestätigung Ihres Frauenarztes komplett zurückerstattet.“

Besonders problematisch erscheint die Werbung mit der Frühzeitigkeit des Tests. Zwar heißt es im Sinne des ärztlichen Ethikodex: „Ihr Arzt soll Ihnen das Ergebnis aus Respekt vor dem ungeborenen Leben frühestens nach der 12. Woche mitteilen.“ Wer aber „ab der 8. Woche“ und „Ergebnis in 2 bis 10 Tagen“ zusammenrechnet, fragt sich, warum dann die 8. Woche erwähnt wird bzw. wie ernst die Soll-Bestimmung „nach der 12. Woche“ gemeint ist. Und wie sichergestellt werden kann, dass dieser Text nicht auch in Indien oder China vermarktet wird.

Die auf dem Faltblatt angegebene Homepage [www.maedchenoderjunge.de](http://www.maedchenoderjunge.de) bietet eine elektronische Suchhilfe, um einen der inzwischen rund 500 GynäkologInnen im Bereich der eigenen Postleitzahl zu suchen.

Das Faltblatt der Firma PlasmaGen begründet den Test ganz im Sinne heutiger Elternideale. Wenn Eltern früh wissen, ob es „ein Mädchen oder ein Junge“ wird, wird ihnen „die Wahl des Namens, der Kauf geeigneter Babyartikel oder die Einrichtung einer passenden Babywelt“ erleichtert.

ForscherInnen verweisen dagegen auch auf die medizinischen Nutzungsmöglichkeiten früher Geschlechtsbestimmungen. So wurde in Großbritannien vor kurzem das Blut von über 70 schwangeren Frauen in der 7. Schwangerschaftswoche auf das Geschlecht des Ungeborenen getestet. Aufgrund der genetischen Konstellation beider Elternteile bestand bei ihnen die Möglichkeit, dass Jungen mit einer – unheilbaren - Bluterkrankung und Mädchen mit einer – vorgeburtlich therapierbaren - Fehlbildung der Genitalien (CAH) zur Welt kommen würden. Die frühe Geschlechtsbestimmung erspare, so die Begründung für die Tests, den Frauen, die mit einem Mädchen schwanger sind, eine Fruchtwasseruntersuchung zur genaueren genetischen Abklärung (die Absicht, einen Jungen mit einer Bluterkrankheit abzutreiben, wird vorausgesetzt!) und den männlichen Föten und ihren Müttern eine vorsorgliche medikamentöse Behandlung gegen CAH.

([news.bbc.co.uk/1/hi/health/5349386.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/5349386.stm); [www.guardian.co.uk/medicine/story/0,,1875528,00.html](http://www.guardian.co.uk/medicine/story/0,,1875528,00.html).)

Entwickelt wurde „Gendertest“ von PlasmaGen-Vorstandsmitglied Robert Maiwald, Facharzt für Humangenetik und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik. Die DfH hat sich auf ihrer Mitgliederversammlung am 9. März 2007 dagegen scharf von frühen Geschlechtsbestimmungen ohne einen definierten medizinischen Nutzen distanziert:

*Deutsche Gesellschaft für Humangenetik*  
**Stellungnahme zur pränatalen Geschlechtsbestimmung aus mütterlichem Blut in der Frühschwangerschaft**

Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) nimmt mit Sorge zur Kenntnis, dass kommerzielle Anbieter Untersuchungen mütterlicher Blutproben in der Frühschwangerschaft anbieten, die alleine die Geschlechtsbestimmung des erwarteten Kindes zum Ziel haben und bereits zu einem Zeitpunkt erfolgen, der eine missbräuchliche Verwendung des Testergebnisses für einen Schwangerschaftsabbruch aus nichtmedizinischer Indikation ermöglicht. Zu Werbezwecken werden pränatalmedizinisch tätige Ärzte kontaktiert, denen für die Durchführung des Testes bei ihren Patientinnen eine Vergütung durch das Labor in Aussicht gestellt wird.

Die GfH erklärt ihre ausdrückliche Missbilligung der angebotenen Untersuchung. Sie lehnt pränatale Testverfahren, die keinen medizinischen Zwecken dienen, ab.

Für eine frühe pränatale Geschlechtsbestimmung außerhalb definierter medizinischer Fragestellungen ist eine sinnvolle Zielsetzung nicht erkennbar. Dagegen besteht ein schwerwiegendes Missbrauchspotenzial, dem, wie Erfahrungen auf anderen Gebieten der Medizin immer wieder gezeigt haben, auch durch Verpflichtungserklärungen und Arztvorbehalte nicht hinreichend entgegengewirkt werden kann.

Die GfH verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Erklärung zur pränatalen Geschlechtsdiagnostik von 1990 (Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V., medgen 2/2-3/1990, 8).

Die GfH fordert ihre Mitglieder und auch alle anderen pränatalmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte auf, keine Untersuchungen durchzuführen oder zu unterstützen, die der pränatalen Geschlechtsbestimmung ohne medizinische Indikation dienen, und mit den Anbietern solcher Untersuchungen nicht zusammenzuarbeiten.

Der Gesetzgeber ist dringend aufgerufen, alle invasiven und nicht-invasiven Formen vorgeburtlicher genetischer Untersuchungen zu untersagen, für die es keine medizinische Begründung gibt.

**IN GROßBRITANNIEN KÖNNEN EMBRYONEN AUF BRUSTKREBS GETESTET WERDEN**

In Großbritannien hat ein Arzt erstmals die Zulassung eines Gentests beantragt, um Embryonen im Rahmen einer Präimplantationsdiagnostik auf eine erbliche Disposition für Brustkrebs zu testen. Den Frauen würden dann nur solche Embryonen implantiert, die keine Mutationen in einem der BRCA-Gene haben. Vor einem Jahr hatte die zuständige Behörde (Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA) ihr grundsätzliches Einverständnis zu einem solchen Screening erklärt.

Bislang war in Großbritannien ein genetisches Screening von Embryonen auf Genveränderungen beschränkt, die zu 90 bis 100 Prozent eine lebensbedrohliche Erkrankung bei den TrägerInnen hervorrufen, wie zum Beispiel zystische Fibrose. Das Risiko für Frauen mit BRCA-Mutationen, Brustkrebs zu bekommen, liegt zwischen 55 und 85 Prozent, das Risiko für Eierstockkrebs ist ebenfalls erhöht.

Zwei britische Paare sind die ersten Anwärter auf das Embryoscreening. Im einen Fall hat eine 22jährige Frau ein errechnetes Brustkrebsrisiko von 80 Prozent. Ihre Mutter, Großmutter und Urgroßmutter sind jung an Brust- und Ovarialkarzinomen gestorben. Im zweiten Fall hat ein Mann die Genmutation geerbt. Mehrere weibliche Verwandte, darunter Mutter und Schwester, sind an Krebs gestorben. Das Risiko, dass er die Genmutation an ein Kind vererbt, beträgt 50 Prozent.

Obwohl sich das HFEA bei der Entscheidung, das Embryoscreening auf Brustkrebs zuzulassen, Umfragen zu Folge auf eine breite Akzeptanz der Bevölkerung stützen kann, hat es doch auch Kritik gegeben: Eine Embryonenselektion auf der Basis von mehr oder weniger großen statistischen Wahrscheinlichkeiten sei ethisch nicht akzeptabel. Die „Times“ sieht Großbritannien bereits auf dem Weg zu Designerbabys.

In Deutschland ist die Präimplantationsdiagnostik nicht erlaubt. Daher weichen viele Frauen nach England oder Belgien aus.

Zusammengefasst nach:  
Deutsches Ärzteblatt, 30. April 2007

## PRÄNATALDIAGNOSTIK IN DER SCHWANGERENVORSORGE

### DIE DISKUSSION UM EINE SCHWANGEREN-ERSTBERATUNG

---

Annegret Braun von der PND-Beratungsstelle PUA des Diakonischen Werks Württemberg hat im Juli 2006 vorgeschlagen, eine Beratung vor der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik in die Mutterschaftsrichtlinien aufzunehmen<sup>1)</sup>. Bevor die eigentliche Schwangerenvorsorge beginnt, sollen Schwangere über die verschiedenen Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge und das Angebot und die Konsequenzen der PND-Untersuchungen informiert und beraten werden. Diese Erstberatung soll unabhängig von der ärztlichen Schwangerenvorsorge in Schwangerenberatungsstellen stattfinden. Durch Aufnahme in die Mutterschaftsrichtlinien erhält sie denselben Status wie z.B. die von der Kasse bezahlten drei Ultraschalluntersuchungen. Den gesetzlichen Rahmen für diesen Vorschlag bietet § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, demzufolge Schwangere in allen Fragen und Belangen einer Schwangerschaft ein Recht auf Beratung haben.

Im September 2006, vor dem Spitzengespräch der Regierungsfractionen mit den Kirchen über eine Neuregelung des Problems der Spätabbrüche, hat das Diakonische Werk Württemberg diesen Vorschlag erneut öffentlich gemacht<sup>1)</sup>. Im Dezember 2006 wurde der Vorschlag in einer von der Fraktion der CDU beantragten Aktuellen Debatte „Vorrang für den Lebensschutz – Spätabtreibungen verantwortungsvoll regeln“ im Landtag Baden-Württemberg aufgegriffen<sup>2)</sup> und wenig später in einer Großen Anfrage der CDU-Landtagsfraktion Baden-Württemberg erneut angesprochen.

Wir drucken im Folgenden auszugsweise die Antwort der Landesregierung vom 20. März 2007 ab sowie eine Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg vom 26. April 2007.

<sup>1)</sup> [www.diakonie-wuerttemberg.de/direkt/pua](http://www.diakonie-wuerttemberg.de/direkt/pua)

<sup>2)</sup> [http://www3.landtag-bw.de/Wp14/Plp/14\\_0013\\_06122006.pdf](http://www3.landtag-bw.de/Wp14/Plp/14_0013_06122006.pdf)

<sup>3)</sup> [http://www3.landtag-bw.de/WP14/Drucksachen/0000/14\\_0757\\_D.PDF](http://www3.landtag-bw.de/WP14/Drucksachen/0000/14_0757_D.PDF)

*Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 14 / 757, 14. Wahlperiode 29. 12. 2006*

#### **Verstärkter Schutz des Lebens: Kritische Betrachtungen zur Praxis der Pränataldiagnostik und bei Abtreibungen<sup>3)</sup>**

#### **Große Anfrage der Fraktion der CDU und Antwort der Landesregierung**

Mit Schreiben vom 20. März 2007 Nr. 55-0141.5/14/757 beantwortet das Ministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Justizministerium im Namen der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

*Der Landtag wolle beschließen, die Landesregierung zu ersuchen zu berichten, (...)*

*8. wie und in welchem Umfang eine psychosoziale Beratung vor und nach der Pränataldiagnostik stattfindet*

Statistische Daten liegen nicht vor. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik enthalten einzelne Elemente eines psychosozialen Beratungsangebotes vor und nach pränataler Diagnostik wie etwa die Beratung über psychologische und ethische Konfliktpotenziale bei einem möglichen pathologischen Befund, Hinweise auf Kontaktmöglichkeiten zu gleichartig Betroffenen und Selbsthilfegruppen oder die Beratung über Möglichkeiten einer eventuell erforderlichen psychotherapeutischen Nachsorge.

Nach den Berichten der Schwangerenberatungsstellen werden diese in nur sehr eingeschränktem Umfang vor und nach pränataldiagnostischen Untersuchungen aufgesucht. Denn eine institutionalisierte Kooperation zwischen dem ärztlich/medizinischen Bereich und den Schwangerenberatungsstellen existiert derzeit nicht.

Auch die (...) Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik“ aus dem Jahr 2006 stellt fest, dass Schwangere größtenteils nicht wissen, dass es Beratungsstellen zum Thema Schwangerenvorsorge und den damit ver-

bundenen Fragestellungen gibt. Auch ist ihnen regelmäßig nicht bekannt, dass sie einen Rechtsanspruch auf Beratung haben. Weiterhin wurde festgestellt, dass Ärztinnen und Ärzte oftmals nicht umfassend auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinweisen.

*9. ob sie eine von Medizin und Humangenetik unabhängige Schwangerschaftsinformation für sinnvoll hält, die Grundlage für den Umfang der vorgeburtlichen Untersuchungen sein kann;*

Die Landesregierung hält eine Verbesserung der Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik, insbesondere auch vor deren Inanspruchnahme sowohl innerhalb als auch außerhalb des medizinischen Bereichs für sinnvoll („frühzeitige Schwangerschaftsinformation“). Die ärztliche Entscheidung darüber, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang pränataldiagnostische Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchgeführt werden, ist zusammen mit der schwangeren Frau zu treffen. Diese sollte vor Beginn pränataldiagnostischer Untersuchungen durch eine frühzeitige Beratung umfassend aufgeklärt werden. Hierbei ist es wichtig, dass die Schwangere und ihr Partner über deren Sinn, Zweck, Methode und eventuell daraus entstehende Konsequenzen informiert werden.

Eine frühzeitige und umfassende Beratung im Sinne einer „Schwangerschaftsinformation“ könnte es der schwangeren Frau ermöglichen, sich bewusst unter Abwägung eines möglicherweise sich ergebenden pathologischen Befundes für oder gegen pränatale Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge zu entscheiden. Sie kann damit informiert und selbstbestimmt an der ärztlichen Entscheidung über pränataldiagnostische Untersuchungen mitwirken.

Eine „frühzeitige Schwangerschaftsinformation“ könnte damit jeder schwangeren Frau vor dem Einsatz pränataldiagnostischer Untersuchungen die Möglichkeit geben, die Art und Wahl der Schwangerenvorsorge für sich besser treffen zu können. Ein die Medizin und Humangenetik ergänzendes selbstständiges Beratungsangebot könnte durch die räumliche, zeitliche und personelle Trennung zudem einen bewussten Einschnitt in dem Diagnostikprozess ermöglichen. Hierdurch könnte ergänzend zu medizinischen Fragestellungen schon vor dem

Einsatz von Pränataldiagnostik die Auseinandersetzung auch mit den damit verbundenen psychosozialen Fragestellungen zu einem frühen Zeitpunkt ermöglicht werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, den nötigen Freiraum zur persönlichen Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik zu schaffen.

In diesem Zusammenhang führt die Landesregierung derzeit Gespräche, um zu prüfen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um ein entsprechendes Angebot „frühzeitiger Schwangerschaftsinformation“ als integrativen Bestandteil der Schwangerenvorsorge auszugestalten. Hierzu bedarf es auch einer Abstimmung mit den Ärzten, Fachärzten und Hebammen, um eine derartige „frühzeitige Schwangerschaftsinformation“ im System der pränatalen Diagnostik mit der ärztlichen Beratung und Aufklärung zu verzahnen.

(...)

*15. welche Haltung sie bei der Änderung der Gesetze und Bestimmungen auf Bundesebene einnimmt und wie sie sich aktiv in diesen Prozess einbringt.*

Wie zu Frage 9 ausgeführt, wird die Landesregierung sich dafür einsetzen, eine „frühzeitige Schwangerschaftsinformation“ vor Pränataldiagnostik einzurichten und mit der medizinischen Beratung und Aufklärung zu verzahnen.

Die Landesregierung wird daher in Gesprächen erörtern, wie eine Information der Ärzte im Hinblick auf eine „frühzeitige Schwangerschaftsinformation“ zu Beginn der Schwangerenvorsorge sichergestellt werden kann und welche Konsequenzen sich hieraus für die in Betracht kommenden Beratungsinstitutionen ergeben. Darüber hinaus sollte auch bei einem Befund *nach* Pränataldiagnostik aus Sicht der Landesregierung das Informationsangebot für die Schwangere und ihren Partner weiter verbessert werden. Auch insoweit ist eine enge Verzahnung zwischen ärztlicher/fachärztlicher und psychosozialer Beratung erforderlich. Dies setzt voraus, dass die Ärzte über die bestehenden Angebote psychosozialer Beratungsstellen informieren. Die Landesregierung sieht in diesem Zusammenhang auch Handlungsbedarf für die Aufnahme entsprechender Regelungen zum Beispiel in die Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND  
SOZIALES - PRESSEMITTEILUNG

**Landtag berät in erster Lesung über  
Gesetz zur Ausführung des  
Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

*Sozialministerin kündigt Maßnahmen für eine verbesserte Information und Beratung Schwangerer über pränataldiagnostische Untersuchungen an*

"Unser vorrangiges Ziel ist es, ungeborenes Leben zu schützen. Deshalb müssen wir alles tun, um Frauen in Notsituationen bestmöglich zu helfen und jede Unterstützung anzubieten", so Sozialministerin Dr. Monika Stolz bei der ersten Beratung des Gesetzes zur Ausführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes im baden-württembergischen Landtag am 26. April 2007. Mit dem Landesgesetz soll der den Ländern zugewiesene Sicherstellungsauftrag zum Schutz des ungeborenen Lebens konkretisiert und die Kriterien zur Auswahl der vom Land zu fördernden Beratungsstellen festgelegt werden. (...)

Die Ministerin verwies auf die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik und hob hervor, dass sie eine bessere Aufklärung und Beratung von Schwangeren und ihrer Partner über Fragen pränataler Diagnostik für notwendig halte. Diese verbesserte Information soll dabei sowohl bereits vor Beginn pränataldiagnostischer Untersuchungen als auch nach deren Durchführung erfolgen, wenn ein Befund festgestellt worden ist. Stolz sieht also Handlungsbedarf in zwei Phasen. Schon vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik sollen Frauen mit einer „frühzeitigen Schwangereninformation“ in die Lage versetzt werden, sich bewusst für oder gegen entsprechende Untersuchungen zu entscheiden. „Die schwangere Frau kann damit informiert und selbstbestimmt an der gemeinsam mit dem Arzt zu treffenden Entscheidung über pränataldiagnostische Untersuchungen mitwirken“, erläuterte die Ministerin. Über die frühzeitige Schwangereninformation hinaus soll nach Mitteilung eines pathologischen Befundes und vor einer Entscheidung über einen Abbruch der Schwangerschaft ebenfalls eine qualifizierte psychosoziale Beratung stattfinden. Nicht zuletzt ist der Schwangeren in dieser Phase aber auch eine ausreichende "Bedenkzeit" einzuräumen.

Stolz kündigte an, in jedem Regierungsbezirk zwei Pilotprojekte zu starten. Damit solle ausgelotet werden, wie die frühzeitige Schwangerschaftsinformation vor Beginn pränataler Untersuchungen und die Beratung und Unterstützung der werdenden Eltern nach der Pränataldiagnostik verbessert werden können. „Im Ergebnis geht es mir darum, die Information und Beratung dadurch zu verbessern, dass psychosoziale und ärztliche Beratung enger verzahnt werden und noch besser zusammenarbeiten“, sagte die Ministerin.

**Zur Diskussion im Netzwerk**

Zu den grundlegenden Kritikpunkten des Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik gehört, dass Frauen oft unreflektiert in das Angebot pränataldiagnostischer Untersuchungen einbezogen werden und dass die Lösung der Problematik der Pränataldiagnostik allein in verstärkter Beratung nach einem Befund gesucht wird. Insofern ist zu begrüßen, dass das Land Baden-Württemberg sich jetzt, dank des Engagements von Annegret Braun, um eine „frühzeitige Schwangereninformation“ vor Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik bemüht. Es ist absehbar, dass die GesundheitsministerInnenkonferenz das Thema Anfang Juli behandeln und eventuell bundesweite Regelungen diskutieren wird.

Das Netzwerk wird die Entwicklung verfolgen und darauf achten, dass das neue Angebot nicht mit der Diskussion um „Verringerung der Spätabbrüche“ vermischt wird und dass es wirklich medizinunabhängig und freiwillig bleibt. Dabei sind eine Reihe von Fragen noch ungeklärt, z.B.

- wie die Information zeitlich zwischen Feststellung der Schwangerschaft und Beginn der Schwangerenvorsorge eingepasst werden kann
- wie Frauen zu der Erstinformation motiviert werden können, ohne dass direkter oder indirekter Zwang ausgeübt wird
- wie „Information“ erteilt werden kann, ohne dass eine umfassende psychosoziale Beratung aller Schwangeren daraus entsteht – bzw. ob das wünschenswert wäre.

Angesichts dieser und anderer ungeklärter Fragen ist vor allem die Initiierung von Pilotprojekten zu begrüßen.

## VERÖFFENTLICHUNGEN DER BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG ZU PND

---

### ***Schwangerschaftserleben und PND. Repräsentative Befragung 2006***

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in einer repräsentativen Befragung Frauen zu ihrem Schwangerschaftserleben, der Inanspruchnahme von PND und ihren Erfahrungen mit ärztlicher Beratung befragt.

Einige Ergebnisse:

- 15 % haben auf PND „verzichtet“
- 85 % ließen mindestens eine Pränataldiagnostik durchführen, davon
- 70,5 % einen zusätzlichen Ultraschall zum Ausschluss von Fehlbildungen
- 40,5 % eine Messung der Nackentransparenz
- 34 % den Tripletest
- 29 % den Ersttrimestertest
- 11,5 % eine Amniozentese
- 3,3 % eine Chorionzottenbiopsie.

Gründe für die Inanspruchnahme einer PND:

- 61,6 % Gesundheit des Kindes sicherstellen
- 44,0 % Entscheidungshilfe für einen Abbruch im Fall einer Behinderung
- 41,6 % Hinweis auf gesundheitliche Probleme
- 36,8 % gehört zur allgemeinen Vorsorge
- 25,6 % Arzt/Ärztin wollte es so

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass für die schwangeren Frauen die psychologische Bedeutung der Pränataldiagnostik und deren tatsächlicher medizinischer Sinn weit auseinanderklaffen. Sie wollen dafür sorgen, dass „das Kind gesund ist“. Obwohl 85 % eine oder mehrere „gezielte“ Pränataldiagnosen gemacht haben, kennt etwa die Hälfte der Befragten den Begriff „Pränataldiagnostik“ nicht oder versteht darunter etwas Falsches, nämlich die allgemeine Schwangerenvorsorge. Die BZgA folgert aus der Befragung einen „hohen Bedarf an qualifizierter und umfassender Beratung“ (Ausblick, S. 53).

Andererseits sagen nur 18 % Frauen im Rückblick, sie hätten gern mehr Informationen über Pränataldiagnostik gehabt. Fragen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik gehören zu den Themen, die die schwangere Frauen am wenigsten interessieren. Das wird als eine Abwehrhaltung gegenüber negativen Gefühlen interpretiert, die dazu führt, dass Frauen die Empfehlungen ihrer ÄrztInnen nicht in Frage stellen und selten zusätzliche Beratung wünschen.

### ***BZgA-Forum „Pränataldiagnostik“ Informationsdienst der BZgA 1 - 2007***

Das neue Heft des BZgA-Forum enthält eine Reihe von Artikeln über Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik als Methode, um die Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Beraterin und anderen Gesundheitsberufen zu verbessern. Qualitätszirkel bestehen im Wesentlichen aus regelmäßigen gemeinsamen Fallbesprechungen und gelegentlichen Hospitationen in dem jeweils anderen Berufsbereich. Eine durchgehende Beobachtung: ÄrztInnen wissen im Allgemeinen nicht, was psychosoziale Beratung ist bzw. inwiefern sie ihre Arbeit entlasten und ergänzen könnte. Ziel von Qualitätszirkeln kann es deshalb sein, gegenseitige Vorurteile und Stereotypen abzubauen und langfristig das Überweisungsverhalten von ÄrztInnen zu verändern. An einigen Orten wird mit psychosozialen Sprechstunden in Kliniken und PND-Zentren experimentiert. Daneben finden sich Beiträge von Eberhard Merz über Geschichte und Bedeutung der PND, ein Interview mit Klaus König vom Berufsverband der Frauenärzte und ein Bericht über psychosoziale Beratung nach Befund in drei Kliniken in NRW von Anke Rohde und Christiane Woopen. Im Schlussteil tauchen dann viele aus dem Netzwerk bekannte Namen als Autorinnen eher pnd-kritischer Beiträge auf: Hanna Geier, Claudia Heinkel, Angelica Ensel, Claudia Schumann, Hildburg Wegener.

### ***PND - Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen***

Als Ergänzung zu dem Informations-Faltblatt der BZgA zu den Methoden der Pränataldiagnostik ist endlich die gemeinsame Broschüre der Wohlfahrtsverbände zur PND erschienen.

*Alle drei Veröffentlichungen können kostenlos bezogen oder herunter geladen werden:*

Post: BZgA, 51101 Köln  
 Fax: (0221) 8992-257  
 eMail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

## BÄK / DGGG

## SPÄTABBRÜCHE: VORSCHLAG FÜR EINE GESETZESÄNDERUNG

*Das Thema des Schwangerschaftsabbruchs und vor allem der Spätabbrüche wird auf der Tagesordnung bleiben, auch wenn es in der öffentlichen Diskussion etwas in den Hintergrund getreten ist. Das Netzwerk kritisiert an der Diskussion, dass nicht bei der Begrenzung des Angebots der Pränataldiagnostik, sondern bei ihrem logischen Endpunkt, dem späten Schwangerschaftsabbruch, angesetzt wird. Dadurch wird die Lösung der Probleme, die durch die Pränataldiagnostik geschaffen worden sind, der einzelnen schwangeren Frauen aufgebürdet.*

**Koalitionsvereinbarung**

In der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und SPD von Ende 2005 heißt es:

„Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber im Jahr 1992 in seinem Urteil bezüglich der Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch eine Beobachtungs- und eventuelle Nachbesserungspflicht auferlegt. Wir werden dieser Verpflichtung auch in der 16. Legislaturperiode nachkommen und wollen prüfen, ob und gegebenenfalls wie die Situation bei Spätabtreibungen verbessert werden kann.“

Seitdem wurde verschiedentlich angekündigt, dass sich die Regierung diesem Problem bald zuwenden werde, aber ob und wann das sein wird, ist derzeit nicht absehbar. Ein Problem scheint zu sein, dass in der vorigen Legislaturperiode die CDU/CSU und die SPD (zusammen mit den Grünen) sehr unterschiedlich votiert haben.

**Union: Beratungspflicht**

Die Union will die medizinische Indikation beim Schwangerschaftsabbruch schärfer fassen. Nach einer pränatalen Diagnose mit Befund soll sowohl eine ärztliche Beratung als auch eine psycho-soziale Beratung erfolgen. Beurteilt werden soll die medizinische Indikation nicht von einem einzelnen Arzt, sondern einem Fachgremium verschiedener Disziplinen. Zwischen der Diagnose und der Entscheidung über einen Abbruch sollen mindestens drei Tage Bedenkzeit liegen. In § 218 StGB soll der Satz eingefügt werden (sinngemäß): „Ein embryopathischer Befund allein ist kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch.“

**Rot-Grün: mehr Beratungsangebote**

Rot-Grün will psycho-soziale Beratungsangebote bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation ausbauen,

aber nicht zur Pflicht machen. Geändert werden sollen dafür keine Gesetze, schon gar nicht der § 218, sondern die Richtlinien der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Beratungsstellen und GynäkologInnen sollen verstärkt zusammenarbeiten. Der Bundesausschuss soll sicherstellen, dass Schwangere auf ihren Anspruch auf eine psychosoziale Beratung und auf eine angemessene Bedenkzeit für eine Entscheidung hingewiesen werden.

**Bundesärztekammer (BÄK) und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**

Anfang 2007 hat die BÄK gemeinsam mit der DGGG einen Entwurf für eine Gesetzesänderung vorgelegt, die sich sowohl auf § 218 StGB als auch auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz bezieht. Über diesen Entwurf wurde öffentlich kaum diskutiert. Wenn das Thema wieder auf die Tagesordnung kommt, wird dieser Entwurf aber sicher einer Rolle spielen.

Der Titel lautet: „Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrecht aus medizinischer Indikation insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Pränataldiagnostik“. In der Einleitung zur Begründung wird ausdrücklich festgestellt, dass durch das Wissen, das die vorgeburtliche Diagnostik bereitstellt, „vielfältige Konflikte entstehen. Spätestens hier wird das ethische Dilemma der Pränatalmedizin deutlich.“ (S. 3)

Der Gesetzesentwurf bringt keine grundsätzlichen Änderungen, sondern unternimmt es, die geltende Rechtslage und die ärztliche Praxis im Strafrecht festzuschreiben. Es wird an der Übereinkunft festgehalten, dass ein Schwangerschaftsabbruch nach der 12-Wochenfrist allein aus Gründen der Gesundheit der Frau, nicht etwa wegen

**Entwurf für eine Neueinführung der §§ 218 a Abs. 2 b sowie 219 a StGB****§218a - Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs**

(1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn

1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,
2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und
3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

**(2 a) - neu –**

*Ist die Schwangerschaft so weit fortgeschritten, dass die Möglichkeit extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes anzunehmen ist, ist der Schwangerschaftsabbruch dann nicht rechtswidrig, wenn nach ärztlicher Erkenntnis unter Berücksichtigung des Alters des ungeborenen Kindes und seiner extrauterinen Lebensfähigkeit eine Gefahr für das Leben oder eine unzumutbare Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren besteht und die Gefahr auf andere für die Frau zumutbare Weise nicht abgewendet werden kann.*

**(2 b) - neu –**

*Soweit keine unmittelbare Gefahr für das Leben der Frau besteht, hat sich die Schwangere mindestens drei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch nach den Absätzen 2 und 2 a gemäß § 219 ärztlich beraten zu lassen.*

**§ 219 - Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktslage**

(1) Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens .... die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen ... ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen ... dass das Ungeborene in jedem Stadium Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat ... ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann ... durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die ... Konfliktslage zu bewältigen .... .

(2) Die Beratung hat nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Die Beratungsstelle hat der Schwangeren ... eine ... Bescheinigung ... auszustellen. Der Arzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vornimmt, ist als Berater ausgeschlossen.

**§219a Beratung der Schwangeren nach § 218a Abs. 2b (neu)**

*(1) Die Beratung dient dem Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, der Schwangeren eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zwischen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und dem Fortsetzen der Schwangerschaft zu ermöglichen. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktslage zu bewältigen. Im Beratungsgespräch ist der besonderen Konfliktslage bei möglicher extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes Rechnung zu tragen. Auf das Angebot einer psychosozialen Betreuung vor, während und nach dem Schwangerschaftsabbruch (§ 2 SchKG) muss hingewiesen werden. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.*

*(2) Die Beratung nach Abs. 1 erfolgt durch den Arzt, der die Indikation nach § 218a Abs. 2 u. 2a zum Schwangerschaftsabbruch stellt. Der beratende Arzt hat der Schwangeren über die erfolgte Beratung eine Bescheinigung auszustellen.*

der Ablehnung eines behinderten Kindes vorgenommen werden kann. Der Vorschlag impliziert also keine Wiedereinführung der embryopathischen Indikation durch die Hintertür. Es wird nicht nach mehr oder weniger erwünschten Merkmalen des Ungeborenen differenziert, sondern allein nach dem Zeitpunkt des Abbruchs, d. h. der möglichen Lebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibs. Damit trägt der Entwurf dem ethischen Empfinden Rechnung, dass ein Schwangerschaftsabbruch, den das Ungeborene nicht überlebt, und das Töten des Ungeborenen im Mutterleib unterschiedlich gewertet werden sollten, dass die Rechtsgemeinschaft hier sozusagen eine größere Verantwortung hat. Aber auch hier gilt in dem Entwurf grundsätzlich die medizinische, auf die Gesundheit der Frau bezogene Indikation.

Die wichtigsten Änderungen gegenüber dem Entwurf von CDU/CSU sind:

- Die ärztliche Beratungspflicht für einen Abbruch nach medizinischer Indikation wird ausdrücklich im § 218 StGB verankert (§ 218a, Abs. 2b). Dabei werden, so die Begründung des Gesetzentwurfs, medizinische Aspekte im Vordergrund stehen (S. 17). Insoweit entspricht diese Verpflichtung der auch medizinrechtlich erforderlichen ärztlichen „Beratung“ nach einem Befund und vor einem Abbruch.
- Der Inhalt der Beratung bei medizinischer Indikation wird im Gesetzestext aber analog zu den Beratungsinhalten bei Abbrüchen in der 12-Wochenfrist formuliert (§ 219a, Abs. 1). D.h. in der ärztlichen Beratung sollen auch die Lebenssituation der Frau und ihre Einstellungen und Werthaltungen thematisiert werden und auch „Rat und Hilfe“ für den Fall, dass sie sich für das Kind entscheidet, vermittelt werden.
- Damit wird ÄrztInnen ein Beratungsauftrag erteilt, der beim frühen Schwangerschaftsabbruch psychosozial geschulten Schwangerschaftskonfliktberaterinnen vorbehalten ist. Dazu heißt es in der Begründung: „Da jede medizinische Indikation eine Vielzahl von medizinischen und psychosozialen Aspekten umfasst, kann die Beratung über die rein medizinischen Aspekte hinaus sinnvoll sein. Es ist eine genuine ärztliche Aufgabe, auch psychosoziale Aspekte mit

anzusprechen und zu verfolgen.“ (S. 18) An diesem Punkt wird kritisch nachzufragen sein, ob der/die indikationsstellende ÄrztIn die erforderliche Kompetenz mitbringt und die dafür geeignete Instanz ist.

- Neu ist, dass zusätzlich eine freiwillig wahrzunehmende psychosoziale Beratung angeboten werden muss (§ 219a Abs. 1). Dazu heißt es in der Begründung: „Zugleich sollte der Arzt erkennen, dass seine psychosoziale Kompetenz an Grenzen stoßen und es daher sinnvoll sein kann, eine unabhängige auf psychosoziale Aspekte hin focussierende ergänzende Beratung in Anspruch zu nehmen.“ (S. 18)
- Ein Abbruch nach medizinischer Indikation bei möglicher Lebensfähigkeit des Ungeborenen wird gesondert – und schärfer als die allgemeine medizinische Indikation – behandelt (§ 218a Abs. 2a). Zu diesem Zeitpunkt ist allein eine „unzumutbare“ gesundheitliche Beeinträchtigung, aber nicht die Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der Frau in Gegenwart und Zukunft maßgeblich.
- Die Beratung muss in diesem Fall die zusätzliche Konfliktdimension, die durch die mögliche Lebensfähigkeit des Ungeborenen entstehen, thematisieren.

Was würde es bedeuten und bewirken, wenn eine derartige strafrechtliche Präzisierung der ärztlichen Beratungspflicht und des Umgangs mit Abbrüchen an der Grenze zur Lebensfähigkeit umgesetzt wird? Wir werden diese Frage im Netzwerk diskutieren und versuchen, eine gemeinsame Position zu erarbeiten. Deutlich ist aber jedenfalls, dass eine gesetzlich verpflichtende Thematisierung der ethischen Probleme des Fetozids die betroffene Frau in der Beratung unter einen zusätzlichen Druck stellen wird. Damit wird wieder ein Problem, das vor allem ÄrztInnen und PflegerInnen zu verantworten haben (und das sie zu recht belastet), der einzelnen schwangeren Frau aufgebürdet.

*Hilburg Wegener*

**INSTITUTIONEN UND GRUPPEN IM NETZWERK GEGEN SELEKTION DURCH PND – STAND 2007**

Neben über 100 Einzelpersonen haben sich folgende Gruppen und Institutionen mit dem Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik verknüpft:

- AG querschnittsgelähmter Kinder, EEH-Büro Kinderklinik Mainz
- Arbeitskreis gegen Gentechnologie, Göttingen
- AKGG Beratungszentrum, Kassel
- AK Pränataldiagnostik, Lebenshilfe Reutlingen
- Aktion Leben Österreich, Wien
- Appella, Zürich
- Arbeitskreis Frauengesundheit e.V., Bremen
- Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V. Bundesverband, Dortmund
- Autonom leben e.V., Hamburg
- AWO Beratungsstelle, Bonn
- AWO Beratungsstelle, Homburg/Efze
- AWO Bezirksverb. Niederrhein e.V. Beratungszentrum LAH, Essen
- AWO Bundesverband e.V., Bonn
- AWO Kreisverband Kleve e.V., Kleve
- AWO Kreisverband Leverkusen e.V. Familien- und Lebensberatungsstelle, Leverkusen
- AWO KV Wesel e.V. , Beratungsstelle für Schwangerschaft u. Schwangerschaftskonflikte, Familienplanung, Sexualität u. Partnerschaft, Dinslaken
- AWO KV Wesel e.V. Beratungsstelle für Schwangerschaft u. Schwangerschaftskonflikte, Familienplanung, Sexualität und Partnerschaft, Moers
- BAG der Clubs Behinderter u. ihrer Freunde e.V., Mainz
- Beratungsstelle Ev. Jugendhilfe, Hannover
- Beratungsstelle für natürliche Geburt u. Elternsein e.V., München
- "besondere Umstände" - Selbsthilfe bei Fragen der vorgeburtlichen Diagnostik, Ulm
- Bildungs- und Erholungsstätte Langau, Steingaden
- BioSkop - Forum Biowissenschaften, Essen
- Bund Deutscher Hebammen e.V., Fulda
- Bund Deutscher Hebammen e.V., Karlsruhe
- Bundesverband für Körper- u. Mehrfachbehinderte e.V., Düsseldorf
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V., Frankfurt /M
- BV Kleinwüchsige Menschen und Ihre Familien e.V., Bremen
- CARA e.V. – Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik, Bremen
- Dachverband der selbstverwalteten und feministischen Frauengesundheitsprojekte, Göttingen
- Diakonisches Werk NOK Beratungsstelle § 219, Mosbach
- Die Lebenshilfe Wien, Wien
- Diakonisches Werk des Ev. Kirchenbezirkes, Müllheim
- Ev. Akademikerschaft in Deutschland./LV Westfalen, Dortmund
- Ev. Beratungsstelle der Stadtmission, Halle
- Ev. Beratungsstelle für Familien und schwangere Frauen, Zeitz
- Ev. Frauenarbeit in Deutschland e.V., Frankfurt/M
- Familien Planungs Zentrum, Hamburg
- Familien- und Lebensberatung der Bremischen Ev. Kirche, Bremen
- FeD an Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen e.V., Filderstadt
- Feministisches Frauen GesundheitsZentrum, Berlin
- fib e.V, Verein zur Förderung der Integration Behinderter, Marburg
- Frauen beraten e.V., Beratungsstelle, München
- Frauen helfen Frauen e.V., Bad Oldesloe
- Frauenberatungsstelle Verden
- Frauen helfen Frauen e.V., Verden
- Frauengesundheitszentrum Stuttgart, Stuttgart
- FrauenGesundheitsZentrum für Frauen und Familien, Frankfurt/M
- Frauen- und Mädchengesundheitszentrum, Freiburg
- FreundInnen des Gesundheitsladen e.V., Köln
- Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt e.V., Berlin
- Geburtshaus Kiel e.V., Kiel
- Geburtshilfe Praxis, Fischerhude
- Gen-ethisches Netzwerk e.V., Berlin
- Gesellschaft für Geburtsvorbereitung BV e.V., Berlin
- Haus der Familie Heilbronn e.V., Heilbronn
- Hebammenpraxis in der Häberlstraße, München
- Hebammen-Praxis In der Mitte, Hannover
- Hebammenverband Baden-Württemberg e.V., Bad Wildbad
- Hebammen Verband Hamburg e.V., Hamburg
- Hebammenzentrum - Verein Freier Hebammen, Wien
- Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen, Kassel
- Initiativ Liewensufank, Itzig, Luxemburg
- Interessengemeinschaft für Behinderte e.V., Wiesbaden
- IRIS e.V., Familienzentrums Halle
- ISIS e.V., Göttingen
- Katharina-Kasper-Stiftung, Dernbach
- Kath. Schwangerschaftsberatungsstelle, Dortmund
- Kölner Geburtshaus e.V., Köln
- Konvent Ev. Theologinnen in Württemberg, Weilderstadt
- Koordinations- und Beratungsstelle für behinderte Frauen in Rheinland-Pfalz, Mainz
- LAG Hilfe für Behinderte Bremen e.V., Bremen
- LV der Hebammen NRW e.V., Meckenheim
- LV der Hessischen Hebammen, Alheim
- LV der Hessischen Hebammen, Freigericht
- Menschen mit Down-Syndrom e.V., Würzburg
- Mütter besonderer Kinder, Melle
- Nanaya-Beratungsstelle für natürliche Geburt, Wien
- pro familia Nürnberg e.V., Nürnberg
- pro familia Ortsverband München e.V., München
- Projekt Soziallotse e.V., Winsen/Luhe
- SHG für Menschen mit Down-Syndrom und ihre Freunde, Lauf
- Sozialdienst Kath. Frauen e.V. Bremen, Bremen
- Sozialdienst kath. Frauen e.V., Paderborn
- Sozialdienst Kath. Frauen e.V. Dortmund-Hörde, Hamm
- Schwangerenberatungsstelle, Marburg
- Tagesstätte Fuchsstadt, Fuchsstadt
- Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V., Norderney
- Verein Beratung u. Information zu pränataler Diagnostik, Zürich
- Verein für psychosoziale Versorgung e.V. Beratungs- und Therapiezentrum, Hannover
- Zentrum Kobergerstraße e.V., Nürnberg

