

Eine eng begrenzte Zulassung der PID ist unrealistisch, eine generelle Zulassung unverantwortlich

Mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) können Embryonen, die im Labor gezeugt wurden, in einem frühen Entwicklungsstadium genetisch untersucht werden. Dabei sollen unter anderem Dispositionen für Erbkrankheiten oder chromosomale Veränderungen wie zum Beispiel Trisomien festgestellt werden. Dafür müssen mehr Embryonen als bei einer „gewöhnlichen“ In-vitro-Befruchtung (IVF) erzeugt werden. Nach der Gendiagnostik werden nur diejenigen Embryonen in die Gebärmutter der Frau überführt, welche die gesuchte Eigenschaft nicht zeigen.

Die Methode ist nun rund 20 Jahre alt und wird in vielen europäischen Nachbarländern angeboten. In Deutschland war die PID von Anfang an ethisch und juristisch umstritten und wurde nach herrschender Rechtsmeinung nach dem Embryonenschutzgesetz für unzulässig erachtet. Der Bundesgerichtshof hat nun in seinem Urteil zur PID vom 6. Juli 2010 den Gesetzgeber zu einer gesetzlichen Klarstellung aufgefordert.

In der seitdem wieder geführten ethischen Diskussion wird die Schutzwürdigkeit menschlicher Embryonen gegen dramatische Einzelschicksale von Paaren mit einer sogenannten genetischen Belastung gestellt. Den Frauen soll, so wird argumentiert, eine Pränataldiagnostik (PND) und gegebenenfalls der Abbruch einer Schwangerschaft erspart werden.

Die Belastungen und Risiken der PID werden ausgeblendet

In der aktuellen Diskussion wird nicht thematisiert, dass auch die PID für die Frauen, die sich dafür einer IVF unterziehen müssen, mit großen Belastungen und Gesundheitsrisiken verbunden ist. Trotz mehrerer Behandlungszyklen ist es keineswegs sichergestellt, dass die Frau schwanger wird, und auf Grund der relativen Unzuverlässigkeit der Gendiagnostik an einzelnen Zellen kann nicht garantiert werden, dass das Kind auch tatsächlich gesund ist. Deshalb wird nach einer PID in aller Regel eine Pränatale Diagnostik angeschlossen. Dazu kommen das hohe Risiko von Schwangerschaftskomplikationen und die Gefahr der Schädigung von Kindern durch Mehrlingsschwangerschaften in Folge der IVF.

Die Praxis der Pränataldiagnostik und das Verbot der PID stellen keinen Wertungswiderspruch dar

Häufig sprechen die Fürsprecher einer Zulassung der PID von einem „Wertungswiderspruch“, weil die Diagnostik im Reagenzglas verboten sei, ein später Abbruch der Schwangerschaft nach einer Pränataldiagnostik aber erlaubt. Dabei sollten gerade die Erfahrungen mit der PND, die nicht auf sogenannte „schwere Fälle“ begrenzt blieb, zur Vorsicht bei der Zulassung einer neuen „Selektionstechnologie“ mahnen.

Der Gesetzgeber wollte schon 1995 mit der Streichung der embryopathischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch sicherstellen, dass die Krankheit oder Behinderung eines Embryos kein legitimer Grund für einen Schwangerschaftsabbruch ist. In der Praxis wird dieser Wille des Gesetzgebers jedoch unterlaufen. Die Pränataldiagnostik hat sich de facto zu einem allgemeinen Screening vor allem auf das Down Syndrom und Spina bifida entwickelt. Diese Entwicklung ist ethisch völlig inakzeptabel, aber niemand weiß einen Weg, die derzeitige

Praxis der PND enger zu regulieren. Auch die Diskussionen vor der Verabschiedung des Gendiagnostikgesetzes haben gezeigt, dass eine Begrenzung der PND auf sogenannte „schwere Fälle“ nicht möglich war. Selbst zu dem Ausschluss von spät manifestierenden Krankheiten konnte sich der Gesetzgeber nur mit Mühe durchringen.

Außerdem stellte sich bei einer begrenzten Zulassung der PID zwangsläufig in der Praxis die Frage, warum nicht, wenn schon eine PID durchgeführt wird, gleichzeitig auf weitere Abweichungen (z.B. Chromosomenveränderung) untersucht werden soll? Dazu kommt, dass eine Zulassung der PID unmittelbar bedeutet, dass neue Entscheidungsfragen, zum Beispiel über den Umgang mit „übrigbleibenden“ Embryonen aufgeworfen werden, für die es aus ethischer Sicht keine einfachen bzw. zufriedenstellenden Lösungen gibt.

Lebenswertentscheidungen sind ethisch nicht akzeptabel

Eine Zulassung der PID zur Identifikation genetischer Dispositionen von Embryonen für eine Krankheit oder Behinderung entspräche de facto einer gesetzlichen Festlegung, welcher Embryo als lebenswert oder nicht lebenswert charakterisiert wird, und enthält indirekt damit auch eine Aussage über den Lebenswert von Menschen, die mit diesen Krankheiten oder Behinderungen leben. Außerdem wird eine Begrenzung der Zulassung der PID für bestimmte „schwerwiegende“ Krankheiten nicht möglich sein.

Individuelle ärztliche Indikationen entsprechend der Regelung von späten Schwangerschaftsabbrüchen nach Pränataldiagnostik sind keine Lösung, das hat die Ausuferung der PND gezeigt. Letztlich zählt in der Praxis nahezu jede Beeinträchtigung des Kindes als medizinische Indikation für einen Abbruch. Dies wäre erwartungsgemäß bei der PID nicht anders. Die von einigen favorisierte Krankheitsliste würde diejenigen Menschen diskriminieren, die mit einer gelisteten Krankheit leben. Das wäre mit dem grundgesetzlichen Diskriminierungsverbot nach Art. 2 Abs. 3 GG nicht in Einklang zu bringen. Und eine Einzelfallprüfung durch eine medizinische Ethikkommission, wie es die Bundesärztekammer vorschlägt, wäre entweder eine kaum zu rechtfertigende Bevormundung der betroffenen Paare oder hätte keine praktisch wirksame Begrenzung zur Folge. Kurzum: Eine tragfähige Regelung für eine begrenzte Zulassung der PID gibt es nicht!

Der Gesetzgeber muss die Folgen für alle Bürgerinnen und Bürger im Blick haben

Wir bestreiten nicht, dass die PID im Einzelfall verständlicherweise als Hilfe aus einer als ausweglos empfundenen Situation angesehen werden kann. Hierbei ist aber immer auch der gesellschaftliche Druck mitzubedenken, dem Paare mit kranken oder behinderten Kindern ausgesetzt sind. Die subjektive Not potenzieller Eltern alleine kann daher keine generelle Zulassung der PID rechtfertigen. Der Gesetzgeber muss die Folgen auf alle Bürgerinnen und Bürger im Blick haben. Dazu gehört auch die gesellschaftliche Wertschätzung von Menschen, die mit einer Behinderung leben.

Ein klares Verbot der PID würde die Einsicht ausdrücken, dass die Medizin nicht alle individuellen Probleme lösen kann, und bei dem Versuch, dies zu tun, oft noch größere Probleme hervorbringt, auch für die betroffenen Paare selbst. Es wäre außerdem ein klares rechtspolitisches Bekenntnis dazu, dass die Verhinderung der Existenz behinderter Menschen kein legitimes Ziel der Medizin ist. Vielmehr sollte eine sozialstaatlich und demokratisch organisierte Gesellschaft so gestaltet werden, dass Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten darin ihren Platz finden.

Unterzeichner/innen:

Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF)

BioSkop - Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften e.V.

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau

Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e.V.

Deutscher Hebammenverband (DHV)

Gen-ethisches Netzwerk e.V. (GeN), Berlin

LV der Hebammen NRW

Christoph Abert, Krankenpfleger, Augsburg

Doris Arp, Köln

Dr. med. Edith Bauer, Frauenärztin/Psychotherapie, Mitglied im Vorstand des AKF e.V.,
Strausberg

Annemarie Bauersfeld, Soziologin und Sozialarbeiterin

Dr. Jutta Begenau, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizinische Soziologie,
Medizinische Fakultät der HUB, Berlin

Dr. Gisela Berg, Berlin School of Public Health, Charité Universitätsmedizin Berlin

Gisela Berger, Familienberaterin, Leipzig

Dr. Petra Blankenstein, Biologin, Leona e.V., Göttingen

Kerstin Blochberger, MASW (social work), Deutsche Klinefelter Syndrom Vereinigung,
Hannover

Agathe Blümer, Familienhebamme, Bonn

Dr. med. Frauke v. Bodelschwingh, Frauenärztin, Hamburg

Sylvia Bodes, Systemische Therapeutin, Bad Oeynhausen

apl. Prof. Dr. Kathrin Braun, Hannover

Annegret Braun, PUA-Beratungsstelle, Diakonie Württemberg, Stuttgart

Marion Brüssel, Hebamme, Berlin

Eva-Maria Chrzonsz, Familien-Hebamme und Systemische Therapeutin, Fulda

Dr. Barbara Dennis, Bremen

Inge Dotschkis-Hillejan, Dipl. Sozialpädagogin, Verden

Astrid Draxler, Familientherapeutin, München

Sangeeta Fager, Hamburg

Rita Faldey, Dipl. Sozialpädagogin, SKF, Mannheim

Gaby Frech, Dipl. Pädagogin, Bremen

Dr. Angelica Ensel, Hamburg

Erika Feyerabend, Journalistin, Essen

Monika Feuerlein, Berlin

Stellungnahme von Expertinnen und Experten zur geplanten gesetzlichen Regelung
der Präimplantationsdiagnostik – Februar 2011

Sylke Gamisch, Schwangeren und Schwangerschaftskonfliktberaterin, Kreisdiakonieverband Ostalbkreis, Aalen,

Hannah Geier, Dipl. Sozialpädagogin, Berlin

Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann, Philosophin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Gabriele Haberman, Frauenärztin, Wuppertal

Margret Hamm für die Arbeitsgemeinschaft Bund der "Euthanasie"-Geschädigten und Zwangssterilisierten

Prof. Dr. Wilfried Härle, em. Professor für Systematische Theologie/Ethik an der Universität Heidelberg

Mandy Harm, Rehabilitationspädagogin, Familienzentrum Halle

Ulrike Hauffe, Landesfrauenbeauftragte, Bremen

Christiane Hechler, Freiburg

Karin Hellauer, Elterngruppe kleinwüchsige Kinder, Burggen

Nadia Heming, Schwangeren -und Schwangerschaftskonfliktberaterin, Essen und Mülheim

Nadja Henning, Schwangeren und Schwangerschaftskonfliktberaterin, AWO, Essen und Mühlheim

Dr. Svea L.Herrmann, Politikwissenschaftlerin, Leibniz Universität Hannover

Dr. phil. Marianne Hirschberg, Behindertenpädagogin, Erziehungs- und Rehabilitationswissenschaftlerin, Berlin

Christel Hoping, Dipl. Sozialpädagogin, SKF, Freiburg

Brigitte Huber, Theologin, München

Susanne Ilg, Frauenärztin, Bünde

Christian Judith, bioethischer Sprecher der ISL e.V., Hamburg

Martina Keller, Journalistin, Hamburg

Dr. med. Anke Kleinemeier, Frauenärztin, Hamburg

Barbara Köhne, Elternbegleiterin der Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus und Mutter eines Kindes mit diesen Behinderungen, Meldorf

Dr. theol. Christiane Kohler-Weiß, Pfarrerin, Mitglied der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD

Silke Koppermann, Frauenärztin, AKF und Sprecherin im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Hamburg

Dr. Mechtild Kuhlmann-Weßeling, Frauenärztin, Münster

Dr. Harry Kunz, Journalist, Kall

Inge Kunz, Dipl.-Sozialpädagogin, Bocholt

Margaretha Kurmann, Jeddelloh, Mitglied im Vorstand des AKF

Manuela Lehmann, Dipl. Psychologin, Quedlinburg

Claudia Lissewski, Dipl. Pädagogin, Berlin

Annett Lorenz, Hebamme, Dresden

Ilse Maresch, Bonn

Marion Meister, SKF, Fulda

Ingrid Reutemann, Referentin für Soziale Arbeit

im Diakonischen Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e.V., Karlsruhe

Ninette Rothmueller

Adelheid Schmitz, Dipl. Sozialpädagogin, FH Düsseldorf

Dr. habil Ingrid Schneider, Privatdozentin Politikwissenschaft, FSP BIOGUM/FG Medizin,
Universität Hamburg

Dr.med.Claudia Schumann, Frauenärztin / Psychotherapie, Mitglied im Vorstand der
DGPFGNortheim

Dr. Dorothea Schuster, Frauenärztin / Psychotherapie Dresden, Mitglied im Vorstand der
DGPFNG, Mitglied im AKF

Ernst Ulrich Schüle, Pfarrer und Heilpädagoge, Schwäbisch Hall

Andrea Singer, Kulturwissenschaftlerin, Beraterin, München

Dr. Alexander v. Schwerin, Historiker, TU Braunschweig

Barbara Spachmann-Bückers, Dipl. Sozialpädagogin, Beraterin, Anzing

Barbara Spachmann-Bückers, Dipl. Sozialpädagogin, Beraterin, Anzing

Martina Stengert, Essen

Gerdi Stoll, Pädagogin und Pfarrfrau, Oma von 10 Enkelkindern, darunter ein wunderbares
Down-Syndrom-Mädchen, Sulz am Neckar

Uta Wagenmann, Soziologin, Berlin

Prof. Dr. Anne Waldschmidt, Lehrstuhl für Soziologie und Politik der Rehabilitation,
Disability Studies, Universität zu Köln

Hildburg Wegener, Frankfurt a.M.

Dr. med. Susanne Zickler, Frauenärztin, Köln

Kontakt:

Silke Koppermann

Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bahrenfelder Straße 242

22765 Hamburg

Koppermann@frauenaerztinnen-bahrenfelderstrasse.de