

Arbeitsgruppe

Vernetzung und Kooperation

Leitung: Rut Wilcken und
Professor Dr. Cornelia Helfferich

Kooperation setzt Wissen voraus. Wissen, welche Einrichtungen zum Verband gehören, welche Hilfen sie anbieten...

Kooperation lebt vom Austausch, vom Informationsfluss von oben nach unten – und umgekehrt. Aber nicht nur vertikal, auch horizontal müssen Informationen fließen: Mit welchen Konzepten arbeiten andere Beratungsstellen? Welche Erfahrungen haben sie gemacht?

Die einen diskutieren über ein Weiterbildungskonzept für Verwaltungskräfte in Beratungsstellen, die anderen haben nicht einmal eine Verwaltungskraft, die sich weiterbilden könnte. Für sie ist wichtig zu erfahren: „Wie habt ihr es geschafft, eine Verwaltungskraft finanziert zu bekommen.“

Der AWO-Bundesverband hat für die Beratung zwar gute Standards erarbeitet, doch die Beratungsstelle vor Ort kann sich daran nicht so recht erfreuen: Sie kämpft darum, einen Computer zu bekommen. Das waren Praxisprobleme, die in der Arbeitsgruppe zur Sprache kamen. Sich vernetzen, Ressourcen erschließen, zielgerichtet kooperieren hießen Schlagworte, die mögliche Lösungswege andeuteten.

Die Finanzierung der Schwangerschaftsberatung ist Ländersache – und entsprechend unterschiedlich fällt sie aus: mal zufriedenstellend, mal defizitär. Hier politisch Druck zu machen, auch das kann dem Beratungsstellen-Team viel Energie abverlangen.

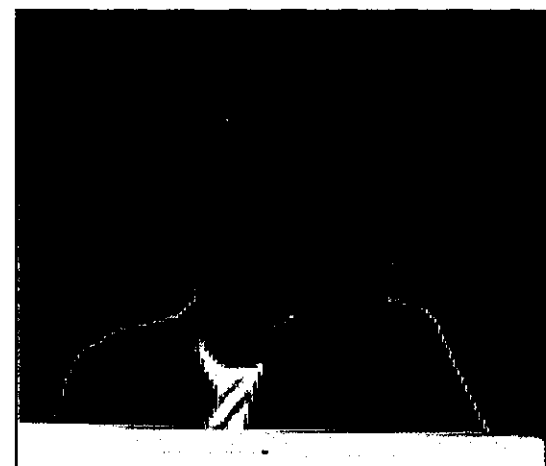
Akzeptable Rahmenbedingungen für die Beratung zu schaffen, das ist eine Sache. Den Begriff Beratung mit Leben zu füllen, eine andere. „Wenden wir uns nur an Menschen, die für sich selbst schon einen Konflikt definiert haben oder setzen wir früher an und erreichen auch mehr Menschen?“ fragte eine Teilnehmerin. Der Begriff psychosoziale Beratung schreckte viele ab: „Ich bin psychisch gesund, ich hab' nichts.“ Oft werde psychosozial mit Therapie verwechselt. „Die Frauen haben schon Beratungsbedarf, aber nicht den Bedarf, Probleme zu wälzen“, zeigte sich eine andere Teilnehmerin überzeugt. „Wir müssen uns fragen: Was haben wir den Frauen zu geben, was brauchen sie?“ lautete eine weitere Anregung. Frauen seien an Informationen interessiert, an einer kritischen Verbraucherinnenberatung. „Wir können ihnen Dinge sagen, die ihnen im Medizinbetrieb keiner sagt“, betonte eine Beraterin. Das bedeute nicht, Widersprüche zu lösen, die nicht lösbar seien. Eher sei es wichtig herauszuarbeiten, dass die Fragen, die Frauen in der Beratung beschäftigen, keine Spezialthemen sind, die von ihrem Leben abgespalten sind. „Die Weise, wie sie sich damit beschäftigen, spiegelt auch wider, wie sie sich sonst im Leben verhalten.“

Wichtig sei vor allem auch, menschliche Beziehungen anzubieten und Räume für Solidarität zu schaffen, betonte eine Teilnehmerin. „Da hätten wir auch etwas zu gewinnen an Lebendigkeit“.

Sinnvoll sei es auch, sich zu fragen: Wie sind Männer an der Familienplanung beteiligt, wie können wir sie verstärkt in die Beratung einbinden.

**Rohstofflieferantin Frau
- zwischen Medizin und
Wirtschaft****Eine Frauensicht auf die aktuelle
Diskussion um
Reproduktionsmedizin und
Stammzellforschung**

Dr. Ingrid Schneider, Hamburg



Wer in den vergangenen Monaten aufmerksam Fernsehen, Radio oder Zeitungen verfolgt hat, ist um das Thema Biomedizin und Embryonenforschung nicht „herumgekommen“. Denn seit Bundeskanzler Schröder sich im Dezember 2000 mit einem Artikel in der Zeitschrift „Die Woche“ gegen „ideologische Scheuklappen“ und „gesetzliche Verbote“ in der Biopolitik aussprach, wurde ein Kurswechsel in der bundesdeutschen Politik hinsichtlich Gentests an Embryonen und des international als restriktiv geltenden Embryonenschutzgesetzes eingeleitet. Die vergangenen Monate lassen sich daher dank der äußerst umstrittenen Einsetzung eines „Nationalen Ethikrats“ durch die Regierung und des „Krimis“ um embryonale Stammzell-Importe als riesiger Volkshochschulkurs in Sachen Präimplantationsdiagnostik (PID) und Embryonenforschung bezeichnen.

Welchen Stand die Debatte mittlerweile erreicht hat, wird in einer Karikatur aus der Welt am Sonntag vom 15.7.2001 deutlich: Sie zeigt einen Wissenschaftler, der einen vierzelligen Embryo in der Petrischale unter dem Mikroskop untersucht. Er fragt: „Was willst Du einmal werden, wenn Du ausgereift bist? Der Embryo „antwortet“: „Talkmaster“. Dies scheint dem Forscher zu missfallen, denn daraufhin bringt er den Embryo ins Nachbarlabor, in dem Wissenschaftler in Schutzkleidung an Embryonen werkeln und ordnet an: „Macht' ne Ersatzniere aus ihm“.

Die Karikatur, die mit „die Schrecken der Bioselektion“ untertitelt ist, bringt auf den Punkt, worum es in der aktuellen Debatte geht: Zum einen um Gendiagnostik am Embryo mit prädiktivem, vorhersagenden Charakter – hier auf die Spitze getrieben mit der Berufswahl, die in die Gene als „Berufung“ gelegt wird. Tatsächlich geht es bei der PID zunächst „nur“ um den Wunsch nach einem gesunden Kind und die Auswahl von Embryonen bei Paaren mit hohem Risiko für eine schwere, ererbte Erkrankung. Allerdings erhebt die Humangenetik und insbesondere das internationale Humangenomprojekt zur Entschlüsselung der menschlichen Erbanlagen den Anspruch, immer mehr Krankheiten, aber auch Eigenschaften bis hin zu Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmalen von Menschen auf ihre Gene zurückzuführen. Diese Merkmale wären genetischen Tests zugänglich, die auch vorgeburtlich bzw. beim im Reagenzglas erzeugten Embryo angewandt werden können.

Die „überzähligen“ und „aussortierten“ Embryonen, deren genetisches Profil nicht erwünscht wird, können noch „nutzbringend verwertet“ werden, indem sie für die Stammzellforschung eingesetzt werden. Deren Heilungsversprechen wird in der Karikatur ebenfalls auf die Spitze getrieben: denn zwar gehen die Medien – und einige Forscher – teilweise so weit, die Organzucht aus der Retor-

te zu versprechen. Doch machen seriöse Wissenschaftler klar, dass es nach bisherigem Ermessen nicht möglich sein wird, aus Stammzellen ganze Organe, wie Niere oder Herz zu züchten, sondern allenfalls spezialisierte Zellen.

Bevor ich detaillierter auf die Verheißungen, die mit der embryonalen Stammzellforschung verbunden sind, zu sprechen komme, und auf den Preis, den insbesondere Frauen dafür zu zahlen haben, gestatten Sie mir noch eine persönliche Anmerkung zu diesem Thema. Ich weiß nicht, wie es Ihnen ergangen ist, als Sie im Juli 2001 die Meldungen aus den USA vernommen haben. Zum einen waren Frauen und Männer angeworben worden, um gegen Zahlung einer „Aufwandsentschädigung“ Eizellen und Sperma zu spenden. Daraus wurden Embryonen hergestellt, die für die Stammzellforschung verbraucht wurden (Lanzendorf et al 2001; Weiss 2001a). Zum anderen hat die Firma Advanced Cell Technology (ACT) in Worcester, Massachusetts, begonnen, das „therapeutische“ Klonen an menschlichen Eizellen zu erproben (Weiss 2001b). Bisher hatte sie dies „nur“ an Eizellen von Kühen versucht. Anfang Dezember 2001 wurde über erste Versuche dieses Klonens menschlicher Embryonen berichtet. Dabei wurden von sieben Frauen 71 Eizellen entnommen und daraus unter anderem durch das Verschmelzen mit Hautzellen 19 Embryonen erzeugt. In drei Fällen entwickelte sich die Eizelle weiter und teilte sich, allerdings bis maximal zum 6-Zellstadium, dann waren alle abgestorben (FAZ, 27.11.01; Kolata 2001). Nüchtern betrachtet, ist das Experiment gescheitert. Allerdings werden weiterhin Frauen gegen Zahlung von 2000 bis 4000 Dollar angeworben, um sich Eizellen für solche Experimente entnehmen zu lassen.

Man darf gespannt sein, ob der US-Senat nun der Entscheidung des US-Repräsentantenhauses vom August 2001 folgt, ein ge-

setzliches Verbot sowohl des „reproduktiven“ wie auch des „therapeutischen“ Klonens zu verabschieden. Zumindest haben die vollmundigen Ankündigungen von ACT ihr Ziel erfüllt, den Senat davon abzuhalten, bis zu einer endgültigen Entscheidung der Politik ein Moratorium für die Erprobung des „therapeutischen“ Klonens von Embryonen zu erlassen (SZ, 11.12.2001: V2/9).

Ich muss gestehen, für mich ist die Vorstellung beklemmend, dass meine Kinder in eine Welt hineinwachsen, in der es selbstverständlich werden könnte, dass Menschen ihr Keimgut – ihre Eizellen und ihr Sperma – gegen Geld verkaufen, um daraus Embryonen für potenzielle Transplantationstherapien an alten und kranken Menschen herzustellen. Und ich weiß, dass ich die Antwort auf die Frage meiner Kinder, „Wann fing es denn hier zu Lande mit der verbrauchenden Embryonenforschung an?“ mit dem Heute beginnen lassen müsste und der Debatte, die wir gegenwärtig über PID und Stammzellenforschung führen.

Embryonale Stammzellenforschung: Transformation der In-vitro-Befruchtung

Während in den Feuilletons seit Monaten eine Debatte um den moralischen Status des Embryos entbrannt ist und heftig diskutiert wird, ob Embryonen Menschenwürde und damit verfassungsrechtlich umfassender Schutz zukommt oder nicht, möchte ich mich aus einer anderen Perspektive der Stammzellenforschung widmen. Der Embryo erscheint in diesen Debatten seltsam losgelöst von seiner Herkunft und allen sozialen und leiblichen Bezügen. Nur selten wird in den Kontroversen thematisiert, welche Folgewirkungen diese Forschung für Frauen hat. Dies will ich in den Mittelpunkt stellen. Denn wir werden heutzutage Zeuginnen einer tiefgreifenden Transformation: Die Reagenzglasbe-

fruchtung (In-vitro-Befruchtung, IVF) wandelt sich von einer Prozedur, im Labor auf technischem Wege Kinder zu erzeugen, hin zu einer Rohstoffbasis für Forschungs- und Behandlungszwecke. Der Embryo verwandelt sich statt zum zukünftigen Wunschkind in ein Forschungsgut, und Frauen (sowie – in eingeschränkterem Maße – Männer) werden zu Materiallieferant/innen für wissenschaftliche und wirtschaftliche Interessen am Embryo.

Der US-amerikanische Rechtsprofessor John Robertson (1994: 197) hat einen drastischen Ausdruck für diesen Transformationsprozess geprägt. Er spricht im Zusammenhang mit „nicht-reproduktiven Nutzungen der Fortpflanzungsfähigkeit“ von „farming the uterus“, also der Bewirtschaftung der Gebärmutter – korrekter wäre heutzutage: der Eierstöcke – durch die Gesellschaft.

Dass ein Embryo „das zukünftige Kind zukünftiger Eltern und sonst nichts“ ist, so die apodiktische Aussage von Margot von Renesse, Vorsitzende der Bundestags-Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ könnte sich jedenfalls bald als überholt erweisen.

Embryo in vivo und in vitro: Die § 218-Kontroverse

In der öffentlichen Diskussion wird die Debatte um die embryonale Stammzellforschung oft überlagert durch die § 218-Kontroverse. Manche Frauen scheuen die Auseinandersetzung, weil ihnen zum Vorwurf gemacht wird, sie missachteten ja genauso – wenn nicht „noch schlimmer“, da „eigennützig“ – das Lebensrecht des Embryos durch einen Schwangerschaftsabbruch. Frauen sollten sich von solchen Argumenten nicht mundtot machen lassen und diese Analogie zurückweisen.

Denn solche Argumentationen verschließen die Augen bewusst vor grundlegenden Unterschieden zwischen der in vitro-Situation von Embryonen und dem in vivo-Sein im Körper von Frauen: Die körperliche Integrität der Frau und Schwangerschaft als Erfahrung mit weitreichender Bedeutung für den eigenen Lebensentwurf ist nicht mit der intentionalen Herstellung und dem zweckgerichteten Vernutzen von Embryonen durch Dritte in eins zu setzen. Es ist ein erheblicher Unterschied, ob eine Frau entscheidet, ob sie in ihrer Lebenssituation ein Kind austragen kann, oder ob Forscher als dritte Personen Ansprüche auf den Embryo erheben. Der Embryo ist zum Verwirklichen seines Potentials, Kind zu werden, auf die Frau, ihren Körper und ihre Zustimmung zu der damit bestehenden Beziehung angewiesen. Es ist m.E. das Recht von Frauen zu entscheiden, ob sie ihren Körper dafür zur Verfügung stellen und diese Fürsorgebeziehung eingehen, oder nicht. Wenn Frauen bei einer – aus welchen Gründen auch immer bereits eingetretenen – Schwangerschaft sich gegen das Austragen eines Kindes entscheiden, ist das etwas anderes, als absichtlich einen Embryo im Labor herzustellen und später zu entscheiden, ihn für die Forschung zu vernichten. Gerade die in-vitro-Situation rechtfertigt einen besonderen Schutz des Embryos vor Zugriffen, denn Embryonen sind ansonsten in der Frau und durch sie geschützt. Frauen in einer singulären Situation, nämlich einem Schwangerschaftskonflikt, ein Abwehrrecht gegenüber ihrem eigenen Embryo zuzugestehen, bedeutet, Frauen keine Gebärpflicht aufzuerlegen. Forscher stehen aber nicht in diesem leiblichen Sonderverhältnis zum Embryo (vgl. Koch 2001; Graumann 2001). Frauen sollten sich m.E. verstärkt unter frauenpolitischem Vorzeichen in die Debatte einmischen.

Bevor ich auf die Kritik der Stammzellforschung aus frauenpolitischer Sicht eingehe, will ich kurz einige Erklärungen zum natur-

wissenschaftlichen und rechtlichen Sachstand vorausschicken.

Naturwissenschaftlicher Sachstand

Die Stammzellforschung hat in den vergangenen Jahren viel Euphorie und hochgesteckte Erwartungen hervorgerufen. Ende 1998 war es zwei Forschergruppen aus den USA erstmals gelungen, aus menschlichen Embryonen Stammzellen zu schaffen und in undifferenziertem Zustand monatelang in Laborkultur zu halten (Thomson u.a. 1998; Shambloot u.a. 1998). Inzwischen haben Forscher in Israel, Australien, Singapur, Schweden und den USA weitere embryonale Stammzell-Linien produziert. Diese Verfahren sind in Deutschland verboten, da Embryonen dabei vernichtet werden. Auch das „therapeutische“ Klonen verstößt gegen das im Embryonenschutzgesetz (§ 6) verankerte Klonverbot, da zunächst ein totipotenter Embryo entsteht. Die Forschung an adulten Stammzellen (aus dem Körper von Erwachsenen) hingegen ist gesetzlich nicht eingeschränkt.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft spricht sich inzwischen nicht nur für den Import embryonaler Stammzelllinien aus dem Ausland aus, sondern fordert als einen künftigen „zweiten Schritt“ sogar die Herstellung von embryonalen Stammzelllinien, die aus deutschen IVF-Zentren stammen (DFG 2001).

Anwendungspotenziale

Die kultivierten embryonalen Stammzelllinien werden von Biologen als „unsterblich“ und „pluripotent“ bezeichnet, weil die Zellen sich noch in jede der über 200 Zelltypen des menschlichen Körpers ausdifferenzieren

können. Manche Wissenschaftler wollen allerdings nicht ausschließen, daß die embryonalen Stammzellen möglicherweise doch „totipotent“ sein können, sich also in der Gebärmutter einer Frau zum Kind entwickeln könnten (vgl. Schwägerl 2001).

Die Verheißung aller Stammzell-Techniken liegt darin, „eine potenziell unerschöpfliche Quelle von Zellen für die Medikamentenentwicklung und für Transplantationstherapien bereitzustellen“ (Thomson 1998, S.1146) – ein Füllhorn also, das nie versiegt. Man hofft, u.a. blutbildende Zellen, Herzmuskelzellen, neuronale Zellen für Parkinson-Patienten sowie Insulin-produzierende Zellen für Typ I-Diabetiker herzustellen.

Zweifelsohne handelt es sich bei der Regenerationsfähigkeit und Plastizität von Zellen um ein faszinierendes Gebiet. Doch werden noch viele Jahre Grundlagenforschung nötig sein, bevor klinische Versuche an Menschen akzeptabel wären. Wissenschaftlich weiß man bisher weder, wie man Stammzellen in großen Mengen kultivieren kann, noch wie man sie dazu bringt, sich exakt in einen – und nur diesen einen – Zelltyp des menschlichen Körpers zu differenzieren. Denn dieser gerichtete Differenzierungsprozess ist von einer Vielzahl von in Wechselwirkung stehenden Faktoren der Zellen und extrazellulären Signalen abhängig, die man noch kaum kennt, geschweige denn beherrscht.

Ob die Zellen nach einer Transplantation überleben, ist noch genauso wenig geklärt, wie die Frage, ob sie sich langfristig und funktional in den Körper des Transplantierten eingliedern werden. Möglich ist auch, dass sie absterben und keine Wirkung zeitigen. Riskanter noch wäre, wenn die Zellen nicht in reiner Form vorliegen oder sich in andere Zelltypen umwandeln und damit Schaden beim Empfänger anrichten. Weitere unerwünschte Risiken bestehen darin, dass die verpflanzten Zellen ihr Wachstum nicht

stoppen und gar tumorös entarten oder dass sie durch Viruskontamination Gefährdungen hervorrufen (vgl. REM 2001).

Die Kontroverse um die embryonale Stammzellforschung

Befürworter/innen verweisen auf das vielversprechende therapeutische Potenzial der Stammzellen, das kranken und leidenden Menschen nicht vorenthalten werden dürfe. Dabei müsse man alle Herkunftsarten von Stammzellen erproben und sich für den wissenschaftlich erfolgreichsten Weg entscheiden. Der Forschungsstandort Deutschland dürfe nicht von der internationalen Entwicklung abgekoppelt werden. Es handele sich außerdem „nur“ um den Verbrauch „überzähliger“ IVF-Embryonen, die ohnehin vernichtet würden.

Ich kann mich aufgrund der Kürze der Zeit nicht mit allen Gegenargumenten zu diesen Auffassungen beschäftigen (vgl. REM 2001; Hauskeller 2001; Schneider 2001b,c). Für eine Kritik erscheint es mir jedoch zentral, den grundlegenden Politikwechsel zu betonen, den die Zulassung der verbrauchenden und fremdnützigen Embryonenforschung für die Bundesrepublik bedeuten würde. Es läge darin ein radikaler Bruch mit dem Embryonenschutzgesetz und dessen gesellschaftlichem Anliegen, die IVF zu regulieren. Denn der Kinderwunsch von Paaren würde somit zur Voraussetzung und zur Ressource für vollkommen andere Interessen.

Implikationen der embryonalen Stammzell-Forschung für die Praxis der Reproduktionsmedizin

Embryonale Stammzellen werden derzeit oft verknüpft mit Jungbrunnenträumen. Vor al-

lem in den Medien geraten Stammzellen zum Stoff der ewigen Jugend, der Leidensfreiheit, der Überwindung von Alter, Krankheit und Tod. Und selbst das wissenschaftliche Fachjournal „Science“ bezeichnete die Stammzellen nicht nur als „Durchbruch des Jahres 1999“, sondern überschrieb einen Artikel mit dem Titel „Capturing the Promise of Youth“ (Vogel 1999) – man will das „Versprechen der (ewigen) Jugend einfangen“.

Ich will mich nun dem Preis widmen, der gegenwärtig – und zukünftig – für die Träume oder Visionen zu zahlen ist. Dabei geht es zum einen um die Wirkungen und Folgen, welche die Zulassung der verbrauchenden Embryonenforschung für die Reproduktionsmedizin und die Praxis der IVF hätte. Damit verbunden sind Umbrüche in den kulturellen Bezugssystemen und moralischen Wertorientierungen. Zum anderen geht es um die hauptsächlichen Lieferantinnen dieses Forschungsrohstoffs, nämlich Frauen, die sowohl für die embryonale Stammzellforschung, mehr noch und insbesondere aber beim so genannten „therapeutischen“ Klonen in großer Zahl Eizellen zur Verfügung zu stellen hätten.

Jede verantwortungsvolle politische Abwägung muß daher auch die Frage beantworten, ob diese Implikationen angemessen, akzeptierbar und legitim sind.

„Überzählige Embryonen“

Befürworter der embryonalen Stammzellforschung bringen vor, man solle doch „überzählige Embryonen“ lieber nutzen, statt sie jahrelang gefroren aufzubewahren und dann absterben zu lassen oder wegzuwerfen. Dieses Argument unterwirft Embryonen dem Nützlichkeitsimperativ. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass man in ökonomischen Termini von „überschüssigen“ Embryo-

nen spricht, die damit zu einem verwertbaren Gut, zu einer Art Recyclingobjekt erklärt werden. Hierzu ist festzuhalten, dass das deutsche Recht „überzählige Embryonen“ nicht vorsieht.

Laut Embryonenschutzgesetz dürfen nicht mehr Eizellen einer Frau befruchtet werden, „als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen“ (§ 1.1.5), und es dürfen maximal drei Embryonen transferiert werden (§ 1.1.3.). Diese Regelung liegt auch im Wohl der Klientin der IVF: Es schützt sie vor Überstimulation mit Hormonen und vor Mehrlingsschwangerschaften. (1)

Mittlerweile wurde vom Bundesgesundheitsministerium bekanntgegeben, dass derzeit 15 Embryonen in den Kühlbehältern deutscher IVF-Kliniken lagern. Das Dt. IVF-Register (2001) hat vermeldet, es gebe 71 Embryonen von 29 Paaren aus IVF-Behandlungen zwischen 1998 und 2000, die kryokonserviert lagerten. Ob diese tatsächlich „überzählig“ sind, also das Paar seine Familienplanung abgeschlossen hat und keine Ansprüche mehr darauf erhebt, ist nicht bekannt. Diese Zahl dürfte für die Etablierung einiger deutscher embryonaler Stammzelllinien nicht ausreichen. Denn eine dauerhafte embryonale Stammzellkultur herzustellen, verlangt offenbar beträchtliches Geschick. Während manche Forscher nur wenige Embryonen dafür aufbrauchen, hat etwa der britische Forscher Austin Smith bereits über 200 IVF-Embryonen zerstört, ohne dass es ihm gelang, daraus eine Stammzelllinie zu gewinnen.

„Überzählige“ Vorkernstadien

Bedauerlicherweise ist erst seit der Diskussion um die Begehrlichkeiten der Stammzellforscher die Praxis deutscher IVF-Mediziner, unter Ausnutzen einer Lücke im Embryonen-

schutzgesetz so genannte „Vorkerne“ tiefgekühlt aufzubewahren, in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt. „Vorkernstadien“ sind Eizellen, in die ein Spermium bereits eingedrungen ist, bei dem die Zellkerne jedoch noch nicht verschmolzen sind. Diese werden konserviert und sollen beim nächsten IVF-Zyklus eingesetzt werden, falls es beim ersten Versuch nicht zu einer Schwangerschaft kam.

Mittlerweile haben sich zwischen 30 000 bis 60 000 solcher „Vorkerne“ in deutschen IVF-Kliniken angesammelt. Es ist davon auszugehen, dass sich darunter etliche befinden, die als „überzählig“ zu gelten haben, weil Frauen sie nicht mehr austragen möchten.

In diesen Pronuklei ist ein veritabler politischer Sprengsatz eingelagert. Juristisch gesehen handelt es sich dabei (noch) nicht um Embryonen im Sinne des Embryonenschutzgesetzes. Deswegen kann man sie auch schlicht wegwerfen, wenn sie nicht mehr für die IVF benötigt werden. Reproduktionsmediziner sprechen davon allerdings in einer anderen Sprache: Sie sagen etwa, es gehe darum, das „Kryodepot aufzulösen“. Es ist m.E. kein Zufall, dass sich eine solch abstrakte, ökonomische Sprache hier einschleicht: Als ginge es um ein Aktienanlage, die man bei der „Vorkern-Bank“ hat. Paare, die tiefgefrorene Vorkerne gelagert haben, werden jährlich kontaktiert, ob sie ihre Vorkerne weiter einlagern lassen wollen. Auch finanzielle Gründe können diese Entscheidung beeinflussen, schließlich kostet das Aufbewahren 200 bis 400 Euro im Jahr.

Dass Vorkerne im juristischen Sinne keine Embryonen sind, ist für die gesetzliche Debatte sehr relevant. Für die Paare allerdings ist dieser Unterschied wohl weniger wichtig, vielleicht sogar kaum nachvollziehbar – schließlich handelt es sich nur um wenige Stunden, binnen derer aus einem Vorkern ein Embryo werden kann. In der emotionalen Bindung, die Paare an den Vorkern bzw.

Embryo haben können, dürfte vermutlich kaum eine Differenz bestehen. Manche betrachten die Vorkerne bereits als eine Art Miniatur-Baby. Kürzlich berichtete ein Reproduktionsmediziner auf einer Tagung in Tübingen von einer 45-jährigen Frau, die über IVF ein Kind bekommen hatte, aber noch Vorkerne gelagert hatte. Sie hatte eigentlich keinen weiteren Kinderwunsch mehr, offensichtlich ließ ihr jedoch die Tatsache, potenzielle zukünftige Kinder noch „auf Eis“ zu haben, keine Ruhe. Sie bat deshalb um die Übertragung der Vorkerne in ihre Gebärmutter, um zu einem „richtigen Abschluss“ zu kommen.

Jede Nutzung für die Gewinnung von Stammzellen erfordert das Auftauen der Vorkerne und das Weiterführen des Befruchtungsprozesses, womit Embryonen entstehen, die (bisher) gesetzlich absolut geschützt sind. Die Zugriffsbegehrlichkeiten auf Vorkerne werden wohl wachsen. Forschungsministerin Edelgard Bulmahn hat sich bereits dafür ausgesprochen „überzählige befruchtete Eizellen“ für Stammzell-Forschungszwecke „freizugeben“. Dies klingt ganz so, als sollten nicht nur Embryonen, sondern womöglich auch „überzählige“ Vorkerne für die Forschung genutzt werden.

Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass bei der Verwendung von Vorkernstadien diese notwendigerweise erst einmal zu Embryonen kultiviert werden müssten. Dies wäre jedoch als Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken zu betrachten. Eine Erzeugung von Embryonen für die Forschung wird bisher international nahezu einhellig abgelehnt. Doch auch die „bloße“ Zulassung der verbrauchenden Embryonenforschung an „überzähligen“ Embryonen würde wahrscheinlich eine veränderte IVF-Praxis nach sich ziehen.

Während es die Intention des Embryonenschutzgesetzes ist, „überzählige“ Embryonen

unter allen Umständen zu verhindern, sollen diese mit der embryonalen Stammzellforschung gerade zur Voraussetzung der Therapieabsicht und damit zum Ausgangspunkt einer neuen Normalität werden. Dies führt zu einer gravierenden Perspektivverschiebung: Zukünftig müssten Ärzte sie also nicht zu vermeiden suchen, sondern befürworten, dass sie entstehen.

Es verläuft m.E. keine scharf zu ziehende Grenze zwischen der bloßen „Nutzung“ von „überzähligen“ Embryonen und der gezielten Erzeugung von Embryonen für Forschungszwecke, sondern ein fließender Übergang. Denn jede gesellschaftlich legitimierte weitere Verwendung von Embryonen schafft einen Anreiz, diese zu erzeugen. Die Versuchung wäre groß, solche „überzählige“ Embryonen womöglich gezielt zu schaffen.

Gynäkologen als Makler und Zulieferer

Indem ihnen die Forschung eine Maklerrolle für Embryonen zuweist, würden die behandelnden Mediziner in neue professionsethische Dilemmata gestürzt. Kürzlich haben sich Reproduktionsmediziner dagegen verwahrt und erklärt, sie wollten nicht zur Zulieferindustrie für die Stammzellforschung gemacht werden (Spiegel 20/2001).

Ethisch gesehen ist die Produktion „überzähliger“ Embryonen abzulehnen. Denn sie bedeutet eine stärkere hormonelle Stimulation der Frau, um mehr Eizellen zu gewinnen – was diese einer größeren Gesundheitsgefährdung aussetzt. Die Frau hat aber einen Anspruch darauf, erstens schonend und zweitens um ihrer selbst und ihres Kinderwunsches willen behandelt zu werden, und nicht, um Forschungsembryonen gewinnen zu können.

Embryonen verbrauchende Forschung bedeutet für das Paar, von dem Eizelle und Sperma stammen, dass es als Rohstofflieferant für die Forschung instrumentalisiert wird. Die Embryonen wurden indes hergestellt, um einem ungewollt kinderlosen Paar auf diesem Weg zu einem Kind zu verhelfen. Mit der IVF wurde die Zeugung eines Menschen von Sexualität getrennt. Nun würde aber mit der verbrauchenden Forschung die Zeugung sogar von der Fortpflanzung abgekoppelt und verwandelt sich retrospektiv in ein Mittel zur Produktion biologischer Ersatzteile.

Soziokulturelle Umcodierung des Embryos

Mit der Transformation der IVF zur Materiallieferantin für die Forschung geht zwangsläufig eine kulturelle und soziale Umcodierung des Embryos einher: Zukünftig würde es zwei Klassen von Embryonen geben: zum einen solche, die zum Kind werden sollen und Menschenwürdegarantien erhalten, zum anderen eine Kategorie von Nutzembryonen, die für Dritte verbraucht werden können. Sprachlich drückt sich dies bereits in der Bezugnahme auf Embryonen einerseits als unantastbares „menschliches Leben“ und andererseits als verwertbarer „Zellhaufen“ aus.

Der Embryo wird aus seinen bisherigen historisch tradierten Bezügen der Menschwerdung, der Einbindung in Sexualität, Schwangerschaft, Familie, Verwandtschaftsverhältnisse, Generationenfolgen gelöst und zu einer medizinischen Ressource umgewandelt. Er wird zu einer disponiblen Sache verdinglicht, die besitzrechtlich angeeignet werden kann, patentierbar, verwertbar, vernutzbar ist.

Paare, die erhoffen, per IVF (Reagenzglasbefruchtung) ihren Kinderwunsch zu erfüllen, sehen sich Erwartungen von Forschern aus-

gesetzt, „überzählige“ Embryonen „freizugeben“. Was einmal ihr Kind werden sollte, sollen nun „heilende Zellen“ für andere sein, Zellen die „unendlich“ vermehrt, international verteilt und anderen Menschen eingepflanzt werden sollen. Embryonen tauchen hierbei als „Gabe“ auf, die erwartet wird. Pointiert ausgedrückt kann man sie auch als „Ablass“ oder als „Naturallohn“ betrachten, den die Paare der Gesellschaft „schulden“ – im Gegenzug für die von der Gesellschaft übernommenen Kosten für die IVF. Die technisierte Reproduktion wird damit in Sozialpflichtigkeitslogiken eingebunden.

Embryonale Stammzell-Forschung ist de facto der Einstieg in die verbrauchende Embryonenforschung. Werden Embryonen erst einmal dafür genutzt, dann müssten sie auch für andere Zwecke freigegeben werden. Mit dieser Entscheidung würde sich auch das Fundament des Embryonenschutzgesetzes verändern: Dieses basiert auf einem absoluten Schutz für den Embryo, nicht auf einem relativen oder prozeduralen Schutz. Bei Einführung eines Konzepts, das eine grundlegend neue Architektur des Gesetzes hin zu einem „Embryoverbrauchsgesetz“ erforderte, kann der Embryo in vitro also auch gegen andere „hochrangige Forschungsgüter“ abgewogen und verrechnet werden.

Das intuitive Unbehagen, das viele Menschen verspüren, wenn sie erfahren, dass Embryonen zu Forschungszwecken verbraucht werden, verweist m.E. darauf, dass Embryonen mit Respekt und Ehrfurcht behandelt werden sollten, nicht wie eine eigentumsfähige Sache, über die verfügt werden kann. Reproduktive Körpersubstanzen, also neben Embryonen auch die Keimzellen, sollten meines Erachtens grundsätzlich für Dritte unverfügbar sein. Denn sie sind persönlichkeitsrechtlich an ihre Urheber/innen gebunden. Daraus ergibt sich, dass sie weder verschenkt noch verkauft werden sollten. Denn

es gibt keine körperliche Verpflichtung von Menschen gegenüber Dritten.

Psychosoziale Beraterinnen sollten sich m.E. bereits jetzt Gedanken darüber machen, wie sie selbst und Ihr Verband zur Embryonenforschung stehen. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass zukünftig Embryonen auch hier zu Lande für Forschungszwecke freigegeben werden, man dies jedoch möglicherweise an eine Informations- und Beratungspflicht knüpft. Können Sie sich vorstellen, dass eine Ihrer zukünftigen Aufgaben in der Beratung und Aufklärung zur Erlangung des informed consent zur Embryonenspende liegen könnte? Welche Bedingungen würde Sie an eine solche Beteiligung setzen?

Dem überzähligen Embryo „noch einen Sinn abgewinnen“, wird oft als Argument für die Freigabe der so genannten „totgeweihten“ Embryonen gebracht. Ich will nicht in Zweifel stellen, dass es Menschen gibt, die dies so empfinden. Doch wissen gerade in Beratungssituationen geschulte Menschen, dass es wichtig ist, wenn Situationen ihren Abschluss finden. Von einem Embryo, der für die Stammzellforschung „verbraucht“ wurde, kann man sich aber schwerlich ganz verabschieden, da er – formverändert – gewissermaßen ein Eigenleben weiterführt.

Sie wissen aus Ihrer Beratungspraxis selbst, welche Phantasien Frauen und Männer oft an den Embryo knüpfen. Für manche Paare mag die Situation, dass das, was kein Kind werden sollte, nun jahrzehntelang aufbewahrt, millionenfach vervielfältigt und auf der ganzen Welt verteilt wird, etwas Monströses haben.

Daher sollten m.E. Embryonen, die – aus welchen Gründen auch immer – von der Frau und dem Mann, welche ihre Entstehung initiiert haben, nicht mehr als ihr Nachwuchs gewollt werden, dem Absterben preisgegeben werden.

Zwar würde sich für die embryonale Stammzellforschung der Embryonenverbrauch, vom bisherigem Stand der Wissenschaft ausgegangen, wohl zahlenmäßig in Grenzen halten. Dies bedeutet allerdings keine Relativierung in moralischer Hinsicht, denn die Frage des Embryonenschutzes ist keine quantitative, sondern eine qualitative Frage. Die quantitative Seite der Transformation von Menschen in RohstoffproduzentInnen für die Wissenschaft ist jedoch bei einem weiteren Verfahren der Stammzellproduktion umso stärker hervorzuheben.

„Therapeutisches“ Klonen

„Therapeutisches“ Klonen bedeutet, dass man die beim Schaf „Dolly“ erstmals gelungene Klontechnik mit der embryonalen Stammzellforschung verbinden will. Man würde dabei den Zellkern einer beliebigen somatischen Körperzelle eines Erwachsenen in eine entkernte Eizelle einfügen und sie fusionieren. Aus dem so geklonten, totipotenten Embryo will man nach ein paar Tagen, im Blastozysten-Stadium, embryonale Stammzellen entwickeln und diese in die gewünschte Richtung ausdifferenzieren, somit ein „individuelles“ Ersatzteilreservoir an Zellen schaffen. Der Begriff „therapeutisch“ ist jedoch als irreführend zu kritisieren. Bisher handelt es sich ausschließlich um das Nutzen der Dolly-Klontechnik für Forschungszwecke. Kein Mensch wurde bisher damit behandelt oder gar geheilt. Die über-eilte Freigabe dieser Forschungsrichtung ist auch insofern zu kritisieren, als man noch nicht einmal weiß, wie denn die Stammzellen zu dem gewünschten Zelltypus ausdifferenziert werden können.

Doch zeichnet sich bereits eine Legitimation für die Zulassung des „therapeutischen“ Klonens ab: Denn die so erzeugten embryonalen Stammzellen würden – im Gegensatz zu

den aus IVF-Embryonen stammenden Stammzellen – nicht als immunologisch „fremd“ abgestoßen. Transplantatempfänger müssten daher keine immununterdrückenden Medikamente einnehmen, die mit schweren Nebenwirkungen verbunden sind und Krebs hervorrufen können.

Das „therapeutische“ Klonen wurde in Großbritannien Anfang 2001 gesetzlich zugelassen. In den USA soll es verboten werden. Hier zu Lande ist das therapeutische Klonen bereits verboten – bisher jedenfalls. Allerdings haben sich der Vorsitzende des Stiftungsvorstandes des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin in Berlin, Detlev Ganten, sowie – verhaltener – auch die Koordinatorin des DFG-Schwerpunktprogramms Stammzellenforschung, Anna Wobus, inzwischen dafür ausgesprochen, das „therapeutische“ Klonen gesetzlich zu erlauben (Ärzte Zeitung, 27.09.2001). Dass sich deutsche Forscher offiziell vom „therapeutischen“ Klonen distanzieren, hält sie nicht davon ab, sich in ihren Patentanträgen diese Option offen zu halten und Claims darauf zu beanspruchen. Der Bonner Neuroforscher Oliver Brüstle ist bundesweit bekannt geworden, da er mit Finanzmitteln der aus Steuergeldern finanzierten Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) embryonale Stammzelllinien aus Israel für sein Forschungsprojekt importieren will. Brüstles bereits erteiltes deutsches Patent ebenso wie sein internationaler Patentantrag umfassen unter anderem auch die Herstellung von Nervenvorläuferzellen, die durch Zellkerntransfer aus einer entkernten Eizelle gewonnen wurden (vgl. Schneider 2001b).

Ökonomische und wissenschaftliche Interessen

An dieser Stelle soll ein kurzer Einschub zu den Interessen und der Ökonomie der

Stammzellforschung stehen. Denn es ist keineswegs allein die „Ethik des Helfens und Heilens“, die unser Bundeskanzler in seiner Bundestagsrede am 31. Mai 2001 bemüht hat, welche die Stammzellforschung vorantreibt.

Zu den Triebfedern der Stammzellforschung zählen der Wettlauf um Patente an den neuen Verfahren (Kollek/Schneider 2001; Schneider 2001b), aber auch wissenschaftliche Profilierungsambitionen und Karrieremotive, sowie industrielle Nutzungs- und Gewinnperspektiven. Diese wissenschaftlichen und kommerziellen Interessen sind keineswegs illegitim, aber sie sollten offen gelegt und als solche gekennzeichnet werden, und nicht unter der Rubrik „Ethik“ abgehandelt werden. Es besteht außerdem keine Pflicht des Gesetzgebers, diese zu bedienen, sie können nur in eine Güterabwägung einfließen.

Auch dem Argument, es gehe bei der Stammzellforschung um „Arbeitsplätze und Wohlstand“, wie der Bundeskanzler im Spiegel als Reaktion auf die kritische Rede des Bundespräsidenten Johannes Rau verlautete, soll als zweitem Mythos hier kurz erwidert werden:

Die großen Pharmakonzerne sind bisher kaum in der Stammzellforschung engagiert, da sie wissen, dass noch 10 bis 15 Jahre Grundlagenforschung zu leisten sind, bevor – wenn überhaupt je – marktfähige Produkte daraus entstehen können. Diese Grundlagenforschung überlassen sie lieber zunächst der aus Steuergeldern gezahlten öffentlichen Forschung. Zudem ist Stammzellforschung im Gegensatz zum „Pillendreher“ eine eher individuelle Therapieform und damit für „Big Pharma“ ebenfalls weniger attraktiv. Ob sich unser Gesundheitssystem die Stammzellforschung überhaupt „leisten“ könnte, ist übrigens eine weitere unbeantwortete Frage. Denn die Behandlung mit Stammzellen dürf-

te eine sehr teure Therapie sein. Wenn sie eine Kassenleistung würde, könnte das die Etats sprengen oder es könnten andere Leistungen – wie etwa psychosoziale Beratung – noch weiter an den Rand bzw. herausgedrängt werden. Es ist daher auch eine forschungs- und gesundheitspolitische Frage, welche Ressourcen welche Forschung bekommt und wie die Gelder gesundheitspolitisch verteilt werden.

Inzwischen haben sich zwei maßgebliche Industrieverbände zum Thema geäußert. Der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA) bleibt hinsichtlich seiner Positionsbestimmung und aktueller politischer Forderungen sehr vorsichtig. Zwar werden die potenziellen Heilungschancen mit Stammzellen hervorgehoben, doch wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes abgelehnt. Man solle zunächst das Potenzial adulter Stammzellen stärker erforschen (VfA 2001).

Der Vorsitzende des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Bernd Wegener, hat sich in einem Interview der Katholischen Nachrichtenagentur (KNA) sogar explizit gegen die embryonale Stammzellforschung ausgesprochen. „Wissenschaftliche Neugier“ sei kein ausreichender Grund für Embryonenforschung. Wegener erklärte, „derzeit werden in der Diskussion um die verbrauchende Embryonenforschung viele Thesen verbreitet, die keiner Überprüfung standhalten. So ist bis heute nirgendwo auch nur ansatzweise nachgewiesen, dass aus der Forschung mit embryonalen Stammzellen zumindest in zehn Jahren irgendein Heilmittel geschaffen werden kann.“ Seiner Meinung nach mahnen die bisherigen Versuche jedoch „eher zur Vorsicht, wie Experimente aus den Vereinigten Staaten zeigen...“ Zunächst sollte im Bereich der adulten Stammzellen weitergeforscht werden. Ihre Gewinnung ist ethisch unbedenklich und auch aus Nabelschnurblut möglich. Diese Zellen ha-

ben Eigenschaften, an denen Forscher hervorragend arbeiten können. Wir müssen also nicht an Embryonen rangehen.“

Ebenso dürfte sich das Argument, ein Festhalten am Embryonenschutzgesetz schade dem deutschen Wirtschaftsstandort, mit den jüngsten Entscheidungen von Präsident Bush und dem US-Repräsentantenhaus weitgehend erledigt haben. Denn Bush gab öffentliche Forschungsgelder nur für embryonale Stammzelllinien frei, die vor dem 9. August 2001 bereits hergestellt waren. Somit sollen keine Anreize gegeben werden, weiterhin Embryonen zu verbrauchen. Zwar ist Embryonenforschung in den USA nicht verboten, sie wird jedoch nicht aus Steuergeldern gefördert. Und sie ist – wie fast überall – heftig umstritten.

Der BPI-Vorsitzende Wegener äußerte zu vermeintlichen ökonomischen Anschlusszwängen: „Ich kann hier keinen Standortnachteil erkennen... In der angewandten Forschung müssen Produkte in drei, vier oder fünf Jahren auf dem Markt sein. Mit uneingelösten Verheißungen können wir wenig anfangen... Ich meine sogar, dass die Diskussion so, wie sie geführt wird, für die Wirtschaft und Pharmaindustrie eher schädlich ist. Da argumentieren Halblaien oft mit Halbwissen.“ Dies ist durchaus als eine deutliche Spitze gegen Gerhard Schröder und Wolfgang Clement zu verstehen, die sich gewissermaßen mit aufgekrepelten Hemdsärmeln der Förderung der embryonalen Stammzellforschung verschrieben haben.

Manche Industrievertreter fürchten inzwischen gar, die hochgeschlagenen Wellen könnten das ganze Boot der roten Gentechnik (Medikamentensektor), die sich eigentlich im Gegensatz zur grünen Gentechnik (Pflanzenbereich) hoher Akzeptanz erfreut, leck schlagen. Damit würden, so Wegener „die gesamten Errungenschaften gefährdet“, mit denen es „der Pharmaindustrie und den Ver-

bänden ... unter großen Anstrengungen ... gelungen (ist), ein positives Bild der Gentechnologie in der Öffentlichkeit zu schaffen. Inzwischen begrüßen etwa 80 Prozent der Bevölkerung gentechnisch veränderte Arzneimittel.“ (Alle Zitate lt. Geyer 2001a)

Erzeugung eines geklonten Embryos zur Verwertung

Doch zurück zum therapeutischen Klonen: Mit dem Zellkerntransfer in eine entkernte Eizelle würde ein Embryo gezielt und allein für Verwertungszwecke erzeugt. Ob dies ethisch vertretbar ist, bleibt umstritten. Denn es handelte sich dabei noch um eine Steigerung in der Nutzbarmachung und Instrumentalisierung von Embryonen. Bundespräsident Rau hat sich in seiner Rede vom 18. Mai 2001 zur Embryonenforschung unmissverständlich geäußert:

„Bei uns in Deutschland darf an Embryonen nicht geforscht werden. Das haben die Abgeordneten des Deutschen Bundestages aus ganz unterschiedlichen Überzeugungen heraus im Jahre 1990 beschlossen. Sie haben als Beginn des schutzwürdigen menschlichen Lebens die befruchtete Eizelle festgelegt.“

Wer die Auffassung nicht teilt, dass menschliches Leben mit diesem Zeitpunkt beginnt, der muss die Frage beantworten: Ab welchem anderen Zeitpunkt sollte menschliches Leben absolut geschützt werden? Und warum genau erst ab diesem späteren Zeitpunkt?

Wäre nicht jede solche andere Grenzziehung willkürlich und dem Druck auf neuerliche Veränderung ausgesetzt? Bestünde nicht die Gefahr, dass andere Interessen dann höher rangierten als der Schutz des Lebens? Nicht jedem scheint klar zu sein, was das über diese spezielle Debatte hinaus bedeu-

tet. Es würde bedeuten, das ethisch Verantwortbare stets neu den technischen Möglichkeiten anzupassen. Auch hochrangige Ziele wissenschaftlicher Forschung dürfen nicht darüber bestimmen, ab wann menschliches Leben geschützt werden soll.“ (Rau 2001: VIII.)

Rau spricht sich hier deutlich gegen jegliche Embryonenforschung und gegen eine „Bedarsethik“ aus, die bestimmte Entwicklungsstadien oder Herstellungsweisen von Embryonen aus dem umfassenden gesetzlichen Schutz ausklammert.

Eizellen für die Forschung gesucht

Über die Problematik der Embryo-Erzeugung für die Forschung hinaus ist das „therapeutische“ Klonen jedoch darauf angewiesen, dass Frauen Eizellen für das Verschmelzen mit Körperzellkernen per Elektrofusion bereitstellen. Alan Colman von der Firma PPL Therapeutics in Roslin und Alexander Kind (2000) – einer der wissenschaftlichen „Väter“ des geklonten Schafes „Dolly“ – haben auf der Basis von Tierversuchen errechnet, dass für die Herstellung jeder einzelnen geklonten menschlichen Stammzelllinie für die Behandlung eines einzigen Patienten mindestens 280 Eizellen erforderlich wären. Das bedeutet, dass ein massenhafter, serieller Verbrauch von weiblichen Eizellen bei dieser Forschung programmiert ist. Es fragt sich, wie dieser Bedarf gedeckt werden sollte.

Der Verdacht drängt sich auf, dass das Zulassen der bisher in Deutschland verbotenen Eizellspende derzeit auch vor diesem Hintergrund propagiert wird.

So setzt sich etwa ein gemeinsames Positionspapier (2001) der gynäkologischen Fachgesellschaften und des Bundesverbandes der reproduktionsmedizinischen Zentren

für eine Zulassung der Eizellspende ein. Darin wird vermerkt, die „Instrumentalisierung und Kommerzialisierung des Körpers der Frau als ‚biologische Ressource‘“ solle ausgeschlossen werden. Im Papier wird jedoch nicht angegeben, wie dies geschehen soll. Es müsse „intensiv erörtert werden, welche Frau (Freiwillige, IVF-Patientin unter Therapie) Eizellen spenden will oder kann, und ob diese Spende rein altruistisch sein soll oder eine Vergütung (z.B. i.S. einer basalen Aufwandsentschädigung z.B. für Arbeitsausfall, Reisekosten etc. erfolgt“ (Pkt.6) Selbstverständlich sollte die Eizellspende „nur nach Auflage eines intensiven Beratungs- und Prüfwegs zugelassen werden“.

In demselben Schriftstück ist auch zu lesen: „Optionen zum therapeutischen Klonen für embryonale Stammzellforschung/therapie sollten offengehalten werden“ (Pkt. 15).

Reproduktionsmediziner wittern Morgenluft, seit die Gesundheitsministerin Andrea Fischer im Januar 2001 wegen der BSE-Krise zurücktrat und ihre Nachfolgerin Ulla Schmidt prompt verkündete, sie sei für die Zulassung der PID. In Sachen Eizellen und „therapeutisches“ Klonen hat sich Ulla Schmidt allerdings bisher eher zurückhaltend und skeptisch geäußert. Es bleibt zu hoffen, dass sie zumindest in dieser Hinsicht als frühere frauenpolitische Sprecherin der SPD einer frauenfreundlichen Haltung verpflichtet bleibt.

Bei der Eizellentnahme handelt es sich um einen invasiven, gesundheitsbelastenden und risikobehafteten Eingriff. Die Eizellspende setzt wochenlange Hormonbehandlungen voraus. Diese können in ein bis vier Prozent der Behandlungen das Überstimulationssyndrom hervorrufen, dabei kann es zu Zysten an den Eierstöcken, Flüssigkeitsansammlungen im Bauch und der Lunge, in schweren Fällen zu Nierenversagen, Thrombosen, Bluteindickung mit Gerinnungsstörungen

oder Embolien kommen und eine stationäre Behandlung erforderlich sein, in Extremfällen kann es sogar tödlich verlaufen. Auch die Entnahme der Eizellen durch Follikelpunktion ist mit der Gefahr von Verletzungen, Blutungen und Entzündungen verbunden.

Dieser Eingriff ist in diesem Fall – im Gegensatz zur IVF als Kinderwunschbehandlung – mit keinerlei Nutzen oder therapeutischen Zwecken für die Frau selbst gegenüber abzuwägen. Er dient ausschließlich potenziellem Nutzen für Dritte, nämlich Forscher und potenzielle künftige Patientengruppen. Als fremdnütziger Eingriff stellt er aber medizinisch einen Bruch mit dem Gebot der Schädigungsfreiheit medizinischen Handelns dar. Er ist daher standesethisch nicht mit dem ärztlichen Heilauftrag zu rechtfertigen und m.E. selbst bei Vorliegen einer Einwilligung der Frau rechtlich als Körperverletzung zu bewerten (Vgl. Pichlhofer, G./Groß, J./Henke, C. 2000:43). Mit der Zulassung des Klonens für Forschungszwecke müssten Frauen zu Auftragsproduzentinnen von Eizellen werden.

Sozialpflichtigkeit des weiblichen Körpers

Der Klonforschung, die ohne Eizellen nicht auskommt, ist damit eine unausgesprochene Tendenz zur Sozialpflichtigkeit des weiblichen Körpers immanent. Am Horizont zeichnet sich ein neuer Geschlechter- und Generationenvertrag ab, in dem junge, fruchtbare Frauen die materiellen Ressourcen für die Behandlung alter und kranker Menschen bereitstellen sollen. Normativ ließe sich dagegen postulieren, dass Eizellen von Frauen für Dritte und außerhalb von Fortpflanzungszwecken unverfügbar sein sollten. Sie sollten daher weder verkauft noch verschenkt werden dürfen. Denn bisher sind Eizellen an den Kontext weiblicher Leiblichkeit, an Zusammenhänge von Sexualität und Fortpflan-

zung gebunden. Die britische Entscheidung, Eizell„spenden“ auch für Forschungszwecke außerhalb des reproduktiven Bereichs zu ermöglichen, hebt bisherige kulturelle und psychosoziale Grenzen aus den Angeln. Denn bisher sind Eizellen – und auch Spermium – an sexuelle Intimität und potenziell an Generativität, also an Nachwuchs und Generationenfolgen, gebunden. Es fragt sich, ob es wünschenswert ist, mit dieser kulturellen Tradition zu brechen. Hier handelt es sich m.E. nicht um „Muff aus tausend Jahren“, sondern durchaus um eine sinnvolle Grenzziehung.

Offen bleibt, wie Eizell„spenderinnen“ rekrutiert werden sollen. Es würde die IVF-Praxis nachhaltig verändern, wenn aus der Behandlungspraxis ungewollt kinderloser Paare Eizellspenden „abgezweigt“ werden sollen – und daher womöglich von vorneherein eine „Überschuss“-Produktion einkalkuliert wird.

Kommerzialisierung der Eizellspende

Alternative wäre die Kommerzialisierung: Eizellen gegen Geld. Wie weit die Kommerzialisierung der Eizellbeschaffung bereits fortgeschritten ist, zeigen die USA. In vielen Universitäts-Campus-Zeitschriften sind Anzeigen zu finden, in denen junge „Eizellspenderinnen“ gesucht werden. Meistens handelt es sich bei den Eispenderinnen um Frauen, die Anfang 20 Jahre alt sind und sich bspw. ihr Studium oder auch einen Teil des Lebensunterhalts für sich und ihre Familie finanzieren. Ob sie sich realistisch vergegenwärtigen, dass sie riskieren, nach mehreren Eizellspenden vernarbte Eierstöcke zu haben und bei späterem Kinderwunsch womöglich unfruchtbar und selbst auf die Dienste einer „Eizellspenderin“ angewiesen zu sein, ist fraglich.

Es wird in den USA kaum noch hinterfragt, ob Menschen überhaupt Eizellen oder Spermium gegen Geld „abgeben“ sollten. Doch während es bei der Eizellspende für andere Paare noch um ein Kind geht, wurden bereits neue Grenzen überschritten. Dazu zählt die bereits anfangs erwähnte Herstellung von embryonalen Stammzelllinien aus eigens dafür erzeugten Embryonen am Jones Institute in Virginia. Dabei wurden die „Eizellspenderinnen“ mit einer „Aufwandsentschädigung“ von rund 2000 Dollar entlohnt. Für reproduktive Zwecke werden oft 3000 bis 5000 Dollar pro „Ernte“, wie es im Fachjargon abschätzig heißt, geboten.

Bei diesem US-Projekt wurden von zwölf Frauen nach der Hormonbehandlung 162 reife Eizellen – also durchschnittlich 13,5 pro „Spenderin“ – gewonnen, die mit dem Spermium von zwei Samenspendern befruchtet wurden. Die Befruchtung und Entwicklung des Embryos für etwa sechs Tage im Labor gelang im Schnitt bei 4,2 Blastozysten (Embryonen) je Frau. Von den 40 erfolgreich erzeugten Embryonen konnten drei Stammzelllinien entwickelt werden (Lanzendorf et al 2001:135).

Das Forschungsprojekt wurde von einem Ethik-Komitee des privaten Instituts genehmigt und begleitet. Dieses „kam überein, dass das Schaffen von Embryonen für Forschungszwecke gerechtfertigt ist und es unsere Aufgabe ist, die Menschheit mit dem besten Verständnis der frühen menschlichen Entwicklung zu versorgen“ (ibid: 136). Die Wissenschaftler/innen halten es sogar für ethisch überlegen, dass die Spenderinnen und Spender von vorneherein wussten, dass ihre Keimzellen zu Embryonen für Stammzell-Forschungszwecke verwendet würden und nicht, um eine Schwangerschaft zu erzielen.

Für die „Spende“ wurden nicht eigens Anzeigen geschaltet, sondern die Eizell-Spenderinnen setzten sich aus folgenden Gruppen

zusammen: Zum einen aus Frauen, die aufgrund einer „ungewünschten familiären Geschichte“ – also vermutlich beispielsweise einer „erblichen Belastung“, nicht ins reguläre Eispende-Programm aufgenommen wurden. Zum anderen waren es Frauen, die zwar als „geeignet“ aufgenommen waren, die aber nicht von einem entsprechenden „Empfängerpaar“ ausgewählt wurden. Eine dritte Gruppe hatte von anderen Eispenderinnen von dem Projekt erfahren (ibid: 133).

Dies klingt fast, als wären diese Frauen eine Art Eizell-Spenderinnen „zweiter Klasse“ gewesen. Nicht zuletzt spricht das geringere Entgelt für diese Annahme. Denn während für die „reproduktive“ Eispende i.d.R. gutaussehende, gesunde Frauen mit hohem Intelligenzquotienten gesucht werden, scheinen diese Kriterien keine Rolle für die Stammzellgewinnung zu spielen. Allerdings macht der Fachartikel bereits darauf aufmerksam, dass für spätere Transplantations-therapien sowohl die Eizell-Spenderinnen wie auch die Spermiaspender „extensiv klinisch getestet“ werden müssten, damit keine bekannten Krankheiten übertragen würden. Außerdem müssten die Spender/innen darauf aufmerksam gemacht werden, dass das medizinische Personal „persönliche Interessen, haben könnte, die in keinem Zusammenhang zur Gesundheit der Patientin stehen und die in einem wissenschaftlichen oder ökonomischen Nutzen resultieren könnten“ (ibid: 136). Dies betrifft etwaige Patentrechte an den so entstandenen Stammzelllinien, die nicht nur Lizenzgebühren abwerfen, sondern sich durchaus auch gegen gutes Geld an Pharmafirmen verkaufen lassen.

Ein zweites Forschungsprojekt greift bereits auf gekaufte Eizellen zurück. Die Firma Advanced Cell Technology in Worcester, Massachusetts, betreibt seit Jahren Forschungen zum „therapeutischen“ Klonen, bei denen menschliche Körperzellen mit Eizellen von Kühen verschmolzen werden. Mittlerweile

wurden Forschungsvorhaben durchgeführt, geklonte Embryonen mit Eizellen von Frauen herzustellen, um daraus Stammzelllinien zu gewinnen.

Die Firma selbst hat einen „unabhängigen“ Ethikbeirat eingerichtet, in dem anerkannte Wissenschaftler und Ethiker sitzen, um „klare moralische Standards“ zu entwickeln. Dazu wird gezählt, dass die angeworbenen „Spenderinnen“ darüber aufgeklärt werden, dass sie ihre Eizellen für Klonierungszwecke verkaufen und sie selbst keinen Nutzen von dieser Forschung haben.

Außerdem beschäftigt sich der Ethikbeirat seit langem damit, einen neuen Begriff für die zu Forschungszwecken geklonten Embryonen zu suchen, da die so erzeugten nicht aus einer Befruchtung von Eizelle und Spermium hervorgingen und der Begriff „Embryo“ zu „aufhetzerisch“ klinge (Weiss2001b).

M.E. ist es gefährlich, die Frage der Zulässigkeit der Eizellspende darauf zu reduzieren, ob die Frauen voll informiert sind über den Forschungszweck und die für sie selbst entstehenden Risiken und ob sie der Entnahme freiwillig zugestimmt haben. Wenn man sich gesellschaftlich dafür entscheiden sollte, diesen Weg einzuschlagen, müsste institutionell zumindest eine Transparenz und Absicherung der Personen, von denen das Körpermaterial stammt, gewährleistet werden.

Der individuelle informed consent müsste m.E. jedoch ergänzt werden durch eine Politik, in der zunächst einmal öffentlich diskutiert wird, ob das Forschungsziel überhaupt legitim ist und die dabei verwendeten Mittel ethisch zu rechtfertigen sind. Insgesamt müssen gesellschaftlich die Rahmenbedingungen festgelegt werden, ob eine Eizellspende für nicht-reproduktive Zwecke überhaupt akzeptabel ist oder gesetzlich verboten sein sollte.

Wenn Geld für die Eizell-Entnahme gezahlt wird, kann dies die Freiwilligkeit einschränken. Ökonomisch unterprivilegierte Frauen könnten sich dadurch zum Verkauf ihrer Eizellen genötigt sehen. Das ethische Prinzip der Nicht-Kommerzialisierbarkeit des menschlichen Körpers wird damit gebrochen, auch wenn man es nie „Verkauf“ von Eizellen nennt, sondern als „Aufwandsentschädigung“ für die „Dienstleistung“ der Eizellabgabe deklariert.

Eizell-Abgabe aus Nächstenliebe

Doch auch wenn kein Geld im Spiel ist, kann die Freiwilligkeit der Eizellspende in Zweifel gezogen werden. Dies gilt zum Beispiel, wenn emotionale Abhängigkeiten bestehen. Denn der dritte Weg der Eizellbeschaffung wäre die „altruistische Spende“ im Kreis der Familie. Dieses Modell ist bereits erprobt bei der sog. „Lebendspende“ von Organen.

Hier sind es zu zwei Dritteln Frauen, die ihrem Partner oder ihrem Kind eine Niere oder einen Teil ihrer Leber spenden. Fatal erscheint hier nicht nur, dass dies klassische Rollenerwartungen an Frauen – die Übernahme unentgeltlicher Pflegeleistungen für Kinder, Alte, Kranke – verlängert, sondern um die Zumutung der körperlichen Aufopferung von Keimzellen radikal erweitert. Auf junge Frauen innerhalb eines Familienverbands könnte beträchtlicher sozialer Druck lasten, für den Parkinson-kranken Vater, die Schwiegermutter oder den Onkel Eizellen für das therapeutische Klonen zu spenden. Möglicherweise trägt diese Vorstellung nicht nur für mein Empfinden einen verstörend inzestuösen Beigeschmack.

Die Lebendspende von Organen wird von der Sozialforschung seit langem problematisiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass

Gebende und Nehmende sich in starke emotionale Abhängigkeiten verstricken können. Zwar sind Eizellen gewissermaßen „regenerierbar“ und nicht, wie bei Niere und Leber nur einmal spendbar. Doch die Gabe eines Teils des eigenen Körpers ist in jedem Fall ein Geschenk, das nicht durch eine gleichermaßen einzigartige, entsprechende „Gegengabe“ erwidert werden kann. Da sie deshalb „ewige Dankbarkeit“ des Empfängers verlangt, können sich beide Seiten in ein „Gläubiger-Schuldner-Verhältnis“ verstrickt fühlen, so dass das aus Liebe geschenkte sich letztlich als „Tyrannei der Gabe“ erweisen kann, wie es Renee Fox und Judith Swazey (1974; 1992:40) genannt haben. Anteilnahme und Solidarität mit Kranken darf jedoch m.E. keine Bringschuldigkeit des Körpers nach sich ziehen. Vielmehr sind Menschen staatlicherseits vor solchen neuen sozialen Verpflichtungsverhältnissen zu schützen.

Wer diese Szenarien als unhaltbare Horrorvision bezeichnet und darauf verweist, der massenhafte Verbrauch von weiblichen Eizellen sei nur eine „Übergangstechnologie“, bis die Wirkstoffe zur Reprogrammierung eines menschlichen Zellkerns isoliert und chemisch synthetisiert wären, muß sich vorhalten lassen, wiederum mit der Verheißung künftiger wissenschaftlicher Durchbrüche gegenwärtige Tabubrüche zu verharmlosen und zu kaschieren. Außerdem wäre zu fragen, wieviele tausende Eizellen denn eine „angemessene“ und „akzeptable“ Zahl für die wissenschaftliche Forschung wäre und wer die Autorität besäße, solches zu definieren.

Jedoch sollte man sich nicht weismachen lassen, für die embryonale Stammzellforschung käme man mit einigen wenigen Embryonen aus, wie oft behauptet wird. Dies ist zum einen aus verschiedenen Gründen nicht haltbar (siehe dazu: Schneider 2001b). Denn Stammzelllinien können altern, nach einer größeren Zahl von Kulturpassagen

Chromosomenfehler produzieren und sich erschöpfen. Einige sind wahrscheinlich besser für die Ausdifferenzierung in Herzmuskelzellen, andere für Nervenzellen, dritte für weitere Ausdifferenzierungsformen geeignet.

Die embryonale Stammzellforschung stellt jedoch darüber hinaus den Türöffner für die verbrauchende und fremdnützige Embryonenforschung insgesamt dar. Großbritannien ist in dieser Hinsicht ein beredtes Beispiel: 1990 wurde dort die Forschung an Embryonen bis zum 14. Tag nach der Befruchtung für streng definierte Zwecke gesetzlich zugelassen. Seither wurden zwischen 1991 und 1999 nicht weniger als 53.497 „überzählige“ Embryonen für die Wissenschaft verbraucht (vgl. Keller 2001).

Adulte Stammzellen

Zu guter Letzt will ich auf eine andere Quelle für Stammzellen verweisen: Als Alternative zur Embryonalen Stammzellforschung können an „adulten“ Stammzellen – gewonnen aus dem Körper von Erwachsenen – potenziell die gleichen therapeutischen Ziele erreicht werden. In den letzten beiden Jahren wurden in Fachartikeln vielversprechende Ergebnisse veröffentlicht. Das Transdifferenzierungspotential adulter Stammzellen scheint erheblich zu sein: Beispielsweise sind aus Knochenmarkszellen Muskel- und Leberzellen zu gewinnen. Aus Hirnzellen erwachsener Mäuse konnten Herz-, Lungen-, Darm-, Nieren, Leber und verschiedene Nervenzellen entwickelt werden (Clarke 2000). Daher nimmt man an, dass extrazelluläre Signale die größte Rolle für das Schicksal einer adulten Stammzelle spielen. Auch eine Reprogrammierung erwachsener Zellen, ohne den vorherigen Transfer in entkernte Eizellen, wird inzwischen für möglich gehalten, man spricht also potenziell allen Zellen diese charismaleonartigen Eigenschaften zu. Adulte

Stammzellen sind zwar zunächst schwerer gewinn- und vermehrbar. Doch auch wenn deren Erforschung langwieriger ist, wäre diese Lösung ungleich eleganter, da diese Stammzellen immunologisch gut verträglich wären. Denn die adulten Stammzellen sollten möglichst demjenigen Patienten transplantiert werden, von dem sie auch entnommen sind. Damit stellen sich zudem viele der problematischen Fragen nicht, die mit der drittnützigen Verwertung verbunden sind.

Die embryonale Stammzellforschung stellt einen Präzedenzfall dar: Ihre Zulassung würde eine Kaskade von Folge-Entscheidungen nach sich ziehen. Es wäre m.E. fatal, das Embryonenschutzgesetz aufzubrechen, wenn es Alternativen gibt, die ethisch weitaus unbedenklicher, potenziell jedoch genauso erfolgreich sind. Denn wenn die Tür zur Embryonenforschung erst einmal aufgestoßen ist, wird sie sich nicht mehr schließen lassen.

Um eine gesellschaftspolitische Entscheidung über die embryonale Stammzellforschung zu treffen, ist es daher entscheidend, die angeschnittenen soziokulturellen und frauenpolitischen Gesichtspunkte einzubeziehen und sich nicht alleine von spekulativen Heilungsversprechen (ver)leiten zu lassen.

Insgesamt sollten die an Stammzellen geknüpften Heilungserwartungen nicht überschätzt werden. Es wäre folgenschwer, wenn die Stammzellforschung zu kollektiven Heilmythen und Unsterblichkeitsträumen verführen würde, gleichzeitig aber die Bedürfnisse von kranken und behinderten Menschen nach menschlicher Zuwendung und guter pflegerischer und psychosozialer Betreuung vernachlässigt würden.

1) Der Gesetzgeber wollte damals auch nicht, daß Embryonen tiefgekühlt konserviert werden. Sog. Vorkerne werden gelagert und sollen beim nächsten IVF-Zyklus eingesetzt werden, falls es beim ersten Versuch nicht zu einer Schwangerschaft kam. (Im Embryonenschutzgesetz unter § 9.3. Arztvorbehalt angesprochen.) M. E. bedarf auch das Lagern von Vorkernen einer gesetzlichen Regelung, insbes. was eine zeitliche Befristung und Verfügungsrechte danach angeht.

Glossar - Glossar - Glossar - Glossar - Glossar

Stammzellen: Zellen, die sich noch in verschiedene Organe ausdifferenzieren können. Sie können sich durch Zellteilung beliebig oft selbst reproduzieren. Zu finden sind sie z.B. im Knochenmark, in Organen wie Leber, Niere oder Gehirn.

Werden sie einem Embryo entnommen (dies ist in Deutschland verboten), sind es embryonale Stammzellen, stammen sie von einem Säugling (Nabelschnurblut), Kind oder Erwachsenen, sind es adulte Stammzellen.

Pluripotenz, Totipotenz: Nach der Verschmelzung von Samen und Eizelle und der ersten Teilung sind beide Zellen totipotent (allseitig entwicklungsfähig): Aus beiden könnte sich ein ganzer Mensch entwickeln.

Die Totipotenz dauert WissenschaftlerInnen zufolge bis zum 8- bzw. 16-Zellstadium (der Embryo ist dann vier Tage alt). Jetzt spricht man von pluripotenten (vielseitig entwicklungsfähigen) Zellen, aus denen sich noch unterschiedliche Zellarten entwickeln können, aber nicht mehr alle.

In-vitro-Fertilisation (IVF): Befruchtung einer Eizelle im Reagenzglas.

Zelllinie: Eine aus Körpergewebe etablierte Zellkultur, die in spezifischen Nährmedien zum Teil über Jahrzehnte hinweg kultiviert werden kann.

Klonen: Klone sind eine Gruppe genetisch identischer Zellen oder eines genetisch identischen Organismus, die durch künstliche Teilung aus einer einzigen Zelle/Organismus entstanden sind bzw. hergestellt wurden.

Therapeutisches Klonen: Dieser irreführende Begriff beschreibt die Verbindung von Klonentechnik und Stammzellforschung. Ein beliebiger Zellkern eines Menschen, der ein neues Organ erhalten soll, wird in die entkernte Eizelle eingefügt und zum Verschmelzen gebracht. Aus dem geklonten Embryo sollen nach einigen Tagen Stammzellen entnommen und ausdifferenziert werden. Für die geklonten Embryonen ist die Methode alles andere als „therapeutisch“, denn sie werden für die Entnahme der Stammzellen vernichtet.

(red)

Literatur

Brüstle, Oliver et al (1999) : Embryonic stem-cell derived glial precursors: A source of myelinating transplants, in: Science, vol. 285, S. 754-756

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2001): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Band 132, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden

Clarke, Diana L. et al. 2000: Generalized Potential of Adult Neural Stem Cells, in: Science, vol.288, 2. June 2000, S. 660-1663

Colman, Alan/Kind, Alexander (2000): Therapeutic Cloning. Concepts and Practicalities, in: Tibtech, vol. 18, May 2000: 192-196

DFG 2001: Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Forschung mit menschlichen Stammzellen. 3.Mai 2001

DIR (Deutsches IVF Register) 2000: Jahrbuch 1999, Bad Segeberg

DIR (Deutsches IVF Register) 2001: Offizielle Angaben des Deutschen IVF-Registers zu kryokonservierten Eizellen im Vorkernstadium und zu kryokonservierten Embryonen in den Jahren 1998-2000, Stand 17.6.01

Embryonenschutzgesetz v. 13.12.1990, Bundesgesetzblatt I, S. 2747

Fox, Renee/Swazey, Judith (1974): The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis. Chicago

Fox, Renee/Swazey, Judith (1992): Spare Parts: Organ Replacement in American Society. New York

Fuchs, Ursel (2000): Die Genomfalle: die Versprechungen der Gentechnik, ihre Nebenwirkungen und Folgen, Düsseldorf

Geyer, Christian (2001): Halbwissen. Die Industrie widerspricht dem Kanzler in der Embryonenfrage, in: FAZ, 28.7.2001

Graumann, Sigrid (2001): Zwischen Zeugung und Erzeugung von menschlichem Leben besteht ein ethisch relevanter Unterschied, in: dies. (Hrsg.) 2001: Die Genkontroverse. Grundpositionen, Freiburg, S. 88-94

Greenpeace (2001): Zootiere, Rennpferde und Menschen. Patente auf Leben: Dokumentation auf Anmeldungen am Europäischen Patentamt 1999-2000, Hamburg

Hauskeller, Christine (2001): Die Stammzellforschung – Sachstand und ethische Problemstellungen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 29.6.01, B 27/ 2001, S. 7-16

Hauskeller, Christine (2002): Bedeutungsgenerierung und Bedeutungsneutralisation. Die Macht der Sprache, in dies. (Hg.): Humane Stammzellen, Pabst Publishers

Koch, Hans-Georg (2001): Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs – Restriktionen für den Umgang mit In-vitro-Embryonen: Ein Widerspruch? Expertise im Auftrag des Pro Familia Bundesverbandes, www.profamilia.de

Kolata, Gina (2001): Company says it produced human embryo clones, in: New York Times, 26.11.2001

Kollek, Regine/ Schneider Ingrid (2001): Verschwiegene Interessen. Die DFG-Position zur Stammzellforschung und der Streit um den Import embryonaler Zellen, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 152, 5.7.2001, S. 19

Lanzendorf, Susan E. et al (2001): Use of human gametes obtained from anonymous donors for the production of human embryonic stem cell lines, in: *Fertility and Sterility*, vol. 76, no.1, July 2001: 132-137

Lanz-Zumstein, Monika (1990): Die Rechtsstellung des unbefruchteten und befruchteten menschlichen Keimguts, München

NIH (National Institutes of Health) (2000): Guidelines for Research Using Human Pluripotent Stem Cells. www.nih.gov/news/stem-cell

Pichlhofer, G./Groß, J./Henke, C. (2000): Medizinische, rechtliche und kulturelle Aspekte der Eizellspende, Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums

Positionspapier 2001: Dt. Ges. für Gynäkol. Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin; Dt. Ges. für Gynäkologie und Geburtshilfe, Dt. Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands: Positionspapier zu den Vorbereitungen für ein Fortpflanzungs-Medizingesetz (FMG) als Ergebnis einer Konsensustagung am 6.10.2000 in Freiburg i.Br., 10.4.2001

REM 2001: Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ Zwischenbericht Stammzellforschung, November 2001, www.bundestag.de/medizin

Reprokult 2000: Frauenforum Reproduktionsmedizin. Position zur Forschung an Embryonen und Embryonalen Stammzellen. www.reprokult.de

Robertson, John (1994): *Children of choice: freedom and the new reproductive technologies*, Princeton

Schneider, Ingrid (1995): *Föten - der neue medizinische Rohstoff*, Frankfurt/New York

Schneider, Ingrid (1999): Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung und Keimbahntherapie. Thesen und Argumente, in: Gen-ethisches Netzwerk/ Pichlhofer, Gabriele (Hg.): *Grenzverschiebungen. Politische und ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin*, Frankfurt am Main (Mabuse-Verlag), S. 49-62

Schneider, Ingrid (2001) a: Von „anderen Umständen“ zur Embryonenforschung: veränderte Blicke auf Schwangerschaft und Geburt, in: *epd-Dokumentation*, (Evang. Pressedienst), Nr. 15, 9.4. 2001, S. 25-46

Schneider, Ingrid (2001) b: Beschleunigung - Merkantilisierung - Entdemokratisierung? Zur Rolle von Patenten in der embryonalen Stammzellforschung, in: Oduncu/Schroth/Vossenkuhl (Hg.): *Stammzellforschung und therapeutisches Klonen*, Göttingen.

Schneider, Ingrid (2001) c: Embryonale Stammzellforschung – eine ethische und gesellschaftspolitische Kritik, in: Graumann, Sigrid (Hrsg.) (2001): *Die Genkontroverse. Grundpositionen*, Freiburg, S. 128-147

Schneider, Ingrid (2001) d: Kurswechsel in der Biopolitik (2001), www.politik-im-netz.com

Schwägerl (2001): Die Geister, die sie riefen. Was hinter der embryonalen Stammzellforschung steckt, in: Geyer, Christian (Hrsg.) 2001: *Biopolitik. Die Positionen*, Frankfurt/M., S. 164-176

Shamblott, Michael J. u.a. (1998): Derivation of pluripotent stem cells from cultured human primordial germ cells, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 95, Nov. 1998, S. 13726-31

Thomson, James A. u.a. (1998): Embryonic Stem Cell Lines derived from Human Blastocysts, in: *Science*, vol. 282, 6.11.1998, S.1145-47

cysts, in: *Science*, vol. 282, 6.11.1998, S.1145-47

VfA (Verband forschender Arzneimittelhersteller) (2001): *VfA Positionspapier Forschung mit humanen Stammzellen*. Berlin 30.4.2001

Vogel, Gretchen (1999): Capturing the Promise of Youth, in: *Science*, vol. 286, 17.12.1999: 2238-2239

Weiss, Rick (2001) a: Scientists Use Embryos Made Only for Research, in: *Washington Post*, 10.7.2001: A01

Weiss, Rick (2001) b: Firm Aims to Clone Embryos for Stem Cells, in: *Washington Post*, 12.7.2001: A01

Medizinische und psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

Ein Vergleich der Systeme der Niederlande, flämisch Belgiens und Deutschlands

Ilka Schwidde, Essen und
Els Geelen, Maastricht

Der ALMA-Verband unterstützt Forschungsarbeiten zu Themen, die die Euregio Maas-Rhein im sog. Drei-Ländereck Niederlande, Belgien und Deutschland betreffen. Das ALMA-Projekt „Network on ethical issues in prenatal diagnosis in the Euregio Meuse-Rhine“, von dem wir Ihnen berichten möchten, hat sich zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit der Universitäten Aachen, Lüttich (wallonisch Belgien), Diepenbeek (flämisch Belgien) und Maastricht innerhalb der Euregio ein Netzwerk zu ethischen Fragestellungen in der Pränataldiagnostik aufzubauen. Die Koordination des Projektes übernimmt die Arbeitsgruppe Gesundheitsethik und Philosophie der Universität Maastricht unter der Leitung von Herrn Prof. Guy Widdershoven.

Zunächst möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick über die verschiedenen pränataldiagnostischen Tests geben, auf die sich das Projekt bezieht.

Es gibt in der Pränataldiagnostik nicht-invasive und invasive Methoden.

Zu den nicht-invasiven Methoden (s. Tabelle 1) gehören der Triple-Test, die Messung der Nackentransparenz und das Ersttrimester-screening. Diese Methoden ermöglichen eine genauere Risikoabschätzung für eine Chromosomenabweichung, insbesondere des Down-Syndroms als es nur auf Basis des

mütterlichen Alters möglich war. Eine statistische Risikoabschätzung ist jedoch nur eine Berechnung von Wahrscheinlichkeiten und kann keine Aussage über tatsächliche Sachverhalte machen (wie z.B. über den Schweregrad oder die Ausprägung einer Behinderung).

Oftmals dienen diese Methoden als Entscheidungsgrundlage für weitere und damit invasive Untersuchungen.

Zu den invasiven Methoden (s. Tabelle 2) gehören die Amniozentese und die Chorionzottenbiopsie. Auf die Nadelschnurpunktion wird im folgenden nicht näher eingegangen werden.

Diese Methoden bergen ein durch die Untersuchung ausgelöstes Fehlgeburtsrisiko, das zwischen 0,3 und 2 Prozent liegt. Bei der Standarduntersuchung ermöglichen sie nur die Feststellung einer Chromosomenabweichung wie z.B. eines Down-Syndroms. Aufgrund einer speziellen Indikation (z.B. positive Familienanamnese) können auch weitere Zelluntersuchungen vorgenommen werden, die verschiedene vererbte Krankheiten oder Behinderungen wie z.B. Muskel- und Stoffwechselerkrankungen beim Ungeborenen feststellen lassen.

Allerdings kann keine Aussage über den Schweregrad oder die Ausprägung einer Abweichung gemacht werden. Bei auffälligen Befunden, die eine Chromosomenabweichung betreffen, gibt es keine Therapiemöglichkeiten, die das betroffene Kind gesund machen können. Eine Therapie bei einer zugrunde liegenden Chromosomenabweichung kann nur symptomatisch sein, und es kann sich für die Schwangere die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch stellen. Fehldiagnosen können auch bei diesen Untersuchungstechniken vorkommen.

Tabelle 1: Nicht-invasive Methoden der Pränataldiagnostik

Untersuchung	Wie?	Wann?	Besonderheiten
Triple-Test	Blutuntersuchung (Risikoabschätzung)	14.-18. SSW	kann auch einen Hinweis auf Neuralrohrdefekte (z.B. einen offenen Rücken) geben
Messung der Nackentransparenz	Messung der sog. Nackenfalte beim Ungeborenen (im Mutterpass: dorso-nuchales Ödem) mittels Ultraschall (bei Überschreiten einer bestimmten Dicke Überweisung an Spezialisten)	10.-14. SSW	in Deutschland im Mutterpass im Rahmen des 1. Ultraschall-Screenings für jede Frau vorgesehen
1.-Trimester-Screening nach Nicolaides	Blutuntersuchung (Berechnung des Risikowertes mittels eines Computerprogrammes unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren u.a. Dicke der Nackentransparenz, Alter der Frau...)	11.-14. SSW	hat nach Nicolaides als einzige Methode eine integrierte Qualitätssicherung

SSW = Schwangerschaftswoche

(nach: Faltblatt „Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln)

Abb. 1: Chorionzottenbiopsie

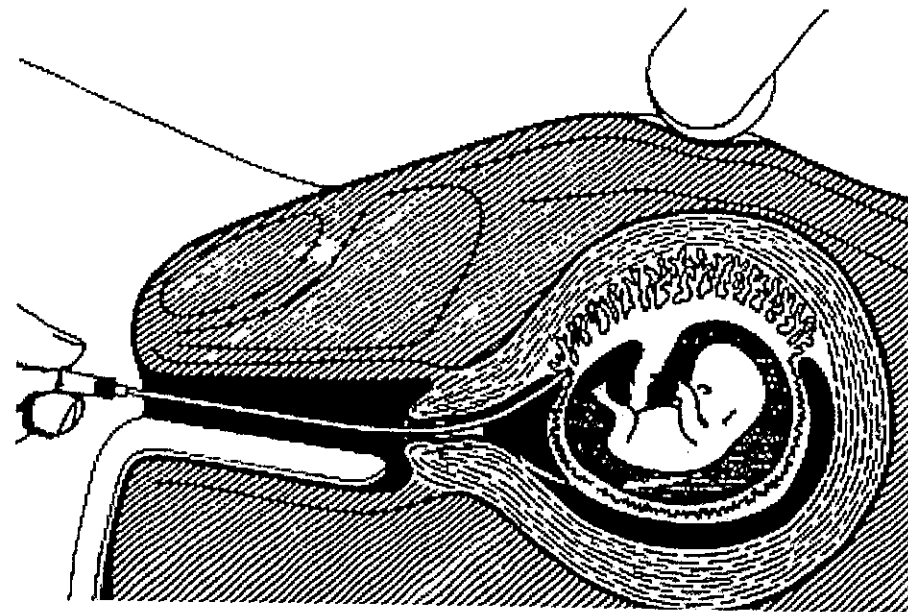
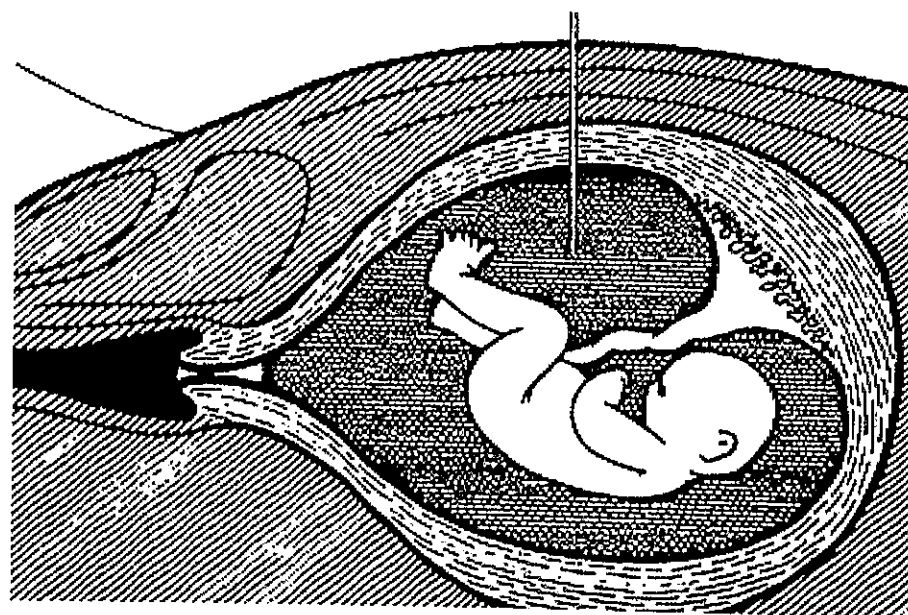


Abb. 2: Amniozentese



(Quelle: Humangenetik, hrsg. v. I. Murken/H. Cleve, Stuttgart, 4. Neubearb. Auflage 1988)

Tabelle 2: Invasive Methoden der Pränataldiagnostik

Untersuchung	Wie?	Wann?	Besonderheiten
Chorionzottenbiopsie (s. Abb. 1)	<p>Einstich mit einer Hohlnadel durch die Bauchdecke der Frau</p> <p>Entnahme von Chorionzottengewebe (später: Mutterkuchen)</p> <p>Untersuchung der Zellen auf ihren Chromosomensatz, evt. DNA-Analyse</p>	10. - 12.SSW	Fehlgeburtswisiko von 0,5 bis 2 Prozent
Amniozentese (Fruchtwasser-Untersuchung) (s. Abb. 2)	<p>Einstich mit einer Hohlnadel durch die Bauchdecke der Frau und durch die Fruchtblase</p> <p>Entnahme von ca 15-20 ml Fruchtwasser mit abgelösten Zellen des Ungeborenen</p> <p>Untersuchung des Chromosomensatzes; bei gezielten Fragestellungen eine DNA-Analyse</p>	13. - 20. SSW	<p>Fehlgeburtswisiko von 0,3 bis 0,8 Prozent</p> <p>(= eine von 200 Frauen hat eine Fehlgeburt)</p>

SSW = Schwangerschaftswoche

(nach: Faltblatt „Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln)

In den letzten Jahren ist die Pränataldiagnostik mit ihren nicht-invasiven und invasiven Tests zu einem grundlegenden Bestandteil der Schwangerenvorsorge geworden.

Innerhalb der Länder der Maas-Rhein Region bestehen signifikante Unterschiede, was die Organisation und die Sichtweise der Pränataldiagnostik betrifft. Diese Unterschiede beziehen sich auf

- die Verwendung von pränataldiagnostischen Tests,
- den organisatorischen und kulturellen Hintergrund der einzelnen Länder und auf
- die daraus resultierenden Probleme und Fragestellungen aus ethischer Sicht.

Neben den unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen und Leitlinien gibt es auch Unterschiede in den einzelnen Ländern, was die Rolle der verschiedenen Berufsgruppen in der Schwangerenvorsorge (Hebamme, Hausarzt, Gynäkologe, Psychologin, Schwangerschaftskonfliktberaterin...) betrifft. Daraus folgen Unterschiede in der Art und Weise, wie die Tests angeboten und wie die Ergebnisse durch die Berater mitgeteilt werden. Dies impliziert verschiedene ethische Probleme zur Autonomie der Patientin im Prozess der Entscheidungsfindung und zum Umgang mit iatrogenen Risiken. (1)

Im Rahmen des ALMA-Projektes werden diese Unterschiede in der Maas-Rhein Region erforscht, wobei die ethischen Aspekte der pränatalen Gesundheitsfürsorge von besonderem Interesse sind.

Als Methoden dienen hierzu in den drei verschiedenen Ländern Feldstudien zu den üblichen Verfahren der Pränataldiagnostik und Interviews mit relevanten Fachleuten.

Außerdem sollen die Ergebnisse der Feldstudien und der Interviews als Beschreibung der gegenwärtigen Situation und damit als Ausgangspunkt von Seiten der Praxis im Rahmen einer Doktorarbeit über ethische Aspekte der Beratungssituation in der Pränataldiagnostik im Vergleich zwischen Deutschland und den Niederlanden verwendet werden. In besonderem Maße sollen hier die Entscheidungsprozesse der Schwangeren betrachtet werden.

Eine Diskussion über ethische Probleme der Schwangerenvorsorge auf euregonaler Ebene ist sicherlich nicht nur wegen des zunehmenden Grenztourismus sondern auch aus wissenschaftlichen und ethischen Gründen wichtig.

Das ALMA-Projekt will ein größeres Maß an Reflexion über die bestehenden Verfahren erreichen, wie auch starke und schwache Punkte jedes Systems verdeutlichen. Dies soll schließlich dazu beitragen, dass die Qualität der Schwangerenvorsorge wie auch die Ausbildung der Berater und Beraterinnen in den beteiligten Ländern verbessert werden kann. Das Netzwerk wird eine Plattform bilden, um allgemeine Antworten auf ethische Fragen zu entwickeln, die sich zweifelsfrei der Wissenschaft und der Gesellschaft angesichts des zunehmenden Einflusses von genetischen Kenntnissen und Techniken stellen werden.

Da sowohl das oben beschriebene ALMA-Projekt als auch die medizinische Doktorarbeit noch nicht abgeschlossen sind, können wir hier lediglich einen kurzen Überblick geben.

Die Ergebnisse sollen voraussichtlich Ende 2002/Anfang 2003 veröffentlicht werden.

Essener Konstellation

Die menschlichen, ethischen und juristischen Probleme der Pränataldiagnostik erfordern fachliche Erfahrung und Kompetenz sowie in der Regel eine frühzeitige Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen, Humangenetikern, Neonatologen und gegebenenfalls Spezialisten anderer Fachgebiete wie z.B. Psychologen. Diese Zusammenarbeit findet oft nicht in ausreichendem Maße statt.

Für einen Großteil der Schwangeren, die pränataldiagnostische Untersuchungen erwägen, erscheint eine das medizinische Angebot ergänzende psychosoziale Beratung sinnvoll und notwendig.

Am Universitätsklinikum Essen erleichtert die direkte räumliche Anbindung durch die Unterbringung sowohl der Abteilung für Pränataldiagnostik als auch der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle der AWO im selben Gebäude der Frauenklinik die Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Psychologinnen immens.

Das gleiche Angebot einer räumlich von der Untersuchung getrennten Beratungsstelle

Literatur/Quellen:

Project report: „Network on ethical issues in prenatal diagnosis in the Euregion Meuse-Rhine“ (bisher noch nicht veröffentlicht)

wird von den Schwangeren äußerst selten genutzt.

Sicherlich gibt es für dieses Phänomen verschiedene Erklärungsmöglichkeiten:

- Schwellenangst der Frau,
- erhöhter zeitlicher und räumlicher Aufwand zum Aufsuchen der Beratungsstelle und
- die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Untersuchers von der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen, die es ihm eher gestattet, die Schwangere ausführlich vor der Untersuchung zu beraten und falsche Erwartungen an die Untersuchung zu korrigieren oder der Schwangeren einen Besuch in der Beratungsstelle zu empfehlen.

1) iatrogen bedeutet: durch die medizinische Untersuchung ausgelöst

Faltblatt „Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Arbeitsgruppe

Entwicklungen im Bereich Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin und deren Bedeutung für die Praxis

Leitung: Margaretha Kurmann
und Ilka Schwidde

„Wir hinken immer hinterher!“ Ein Satz einer Beraterin, der resignativ klingen könnte. Doch bei der Diskussion in der Arbeitsgruppe war er mehr Ausdruck einer Forderung: nach grundsätzlichen Positionen. Wer die gefunden hat, so die Hoffnung, muss nicht bei jeder neuen Entwicklung – von Pränatal- über Präimplantationsdiagnostik bis hin zur Stammzellenforschung – immer wieder neu definieren, wo sie steht.

Reproduktive Techniken, das war schnell klar, spielen derzeit in der Beratung kaum eine Rolle. Was zurzeit „dran“ ist, das ist eher die vorgeburtliche Diagnostik. Als Ziele der Arbeitsgruppe kristallisierten sich daher folgende Aspekte heraus:

- Welchen Beratungsbedarf gibt es?
- Welche Frauen haben Beratungsbedarf (Zielgruppe)?
- Welchen Frauen haben wir als Beraterinnen etwas anzubieten?
- Was wollen wir ihnen anbieten?

Ein wichtiges Ergebnis der Debatte war:

Beraterinnen müssen das klassische Bild von psychosozialer Beratung im Bezug auf die Beratung zum Thema Pränataldiagnostik überprüfen. Der Begriff „psychosozial“ – als

Merkmal von Fachlichkeit – weckt bei vielen Frauen eher falsche Assoziationen. Sie wollen sich nicht als defizitäre, hilfsbedürftige Wesen sehen. Was sie in der Regel wünschen, ist Information – eine Leistung, die vielleicht treffender mit dem Begriff „Service“ beschrieben ist. Demnach könnte es für Beratungsstellen sinnvoll sein, an ihrem Profil zu feilen und es nach außen besser zu verkaufen.

Dies fordert die Beraterinnen aber auch heraus, sich auf die Fragen einzulassen:

- Was ist unser Problem?
- Was ist das Problem der Frauen?
- Ist unser Profil „Konfliktberatung“ das Richtige, damit sie zu uns kommen? Oder brauchen wir ein offeneres, niedriger-schwelligeres Angebot?
- Wollen wir diese Art von Beratungsarbeit machen?
- Ist es unsere Aufgabe, Behinderung und Abbruch zum Thema zu machen?

Fragen, auf die es auch Antworten gab:

- Für die Beraterin ist es wichtig, sich ihre eigene ethische Haltung bewusst zu machen und sie von der jeweiligen Haltung der Frau abzulösen. Die oberste Prämisse lautet: Was will die Frau?
- Der Wunsch der Frau nach einer reinen Serviceleistung ist berechtigt. Was die Frau aus den angebotenen Informationen macht, ist ihre eigene Entscheidung.
- Wenn Beraterinnen die Selbstbestimmung der Frau ernst nehmen, können sie diese auch mit Themen wie Behinderung und

Abbruch konfrontieren – Themen, mit denen Mediziner und Medizinerinnen das Verhältnis zu ihren Patientinnen nur ungern belasten wollen.

- Beraterinnen können Frauen, die der Pränataldiagnostik nicht kritisch gegenüber stehen, andere Sichtweisen anbieten.

Was Beraterinnen sich zudem wünschen:

- Fortbildungen, bei denen sie ihr Fachwissen erweitern können
- einen verstärkten kollegialen Erfahrungsaustausch
- Änderung des Mutterpasses, der Frauen aus ihrer Sicht „degradiert“
- Ein dichtes Netz von Beratungsstellen zum Thema Pränataldiagnostik

Politik braucht Praxis - Praxis braucht Politik

Schwangerschaftsberatung im politischen Diskurs

*Diskussion über Funktion und
Funktionalisierung von Beratung*

Präimplantationsdiagnostik und Stammzellenforschung sind Themen, die keinesfalls nur den Nationalen Ethikrat und die Enquetekommission Recht und Ethik der modernen Medizin beschäftigen und beschäftigt haben. Auch Schwangerschaftsberatungsstellen der AWO sind gefordert, sich verstärkt mit ihnen auseinander zu setzen. Sie können nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung der Betroffenen leisten, sondern auch die politische Diskussion vor Ort fördern. Dies betonten Teilnehmerinnen der Diskussion zum Thema „Politik braucht Praxis – Praxis braucht Politik“, die im Rahmen der Arbeitstagung stattfand. Zur Diskussion eingeladen waren zwei Frauen, die sich auf politischer Ebene mit PND und PID beschäftigen: Helga Kühn-Mengel, SPD-Bundestagsabgeordnete und Mitglied der Enquetekommission Recht und Ethik der modernen Medizin, sowie Sabine Fischer-Theobald, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen (ASF) im Saarland. Moderatorin der Diskussion war AWO-Bundesvorstandsmitglied Christiane Reckmann.

Helga Kühn-Mengel, die vor einer „Pathologisierung natürlicher Lebensphasen wie der Schwangerschaft warnt“ und hinter der Präimplantationsdiagnostik auch massive wirtschaftliche Interessen wittert, gab zum Auftakt der Diskussion eine Einschätzung zur Arbeit der Enquetekommission: „Die meisten dort haben eine feste Haltung und bewegen sich nur noch in gewissen Spielräumen“,

sagte sie. „Dennoch sind wir in der Kommission gezwungen, unsere eigenen Position neu zu bewerten und inne zu halten.“ Sie selbst habe in einem Bereich ihre Meinung verändert, bekannte die Politikerin: „In bin in die Kommission mit der festen Absicht gegangen, nach einem Kompromiss bei der Präimplantationsdiagnostik zu suchen. Aber ich bin zu der Haltung gekommen, dass der Preis eines Kompromisses zu hoch ist. Ich bin heute eher in der Gegnerschaft zu PID, weil ich sie als Instrument der Selektion und Diskriminierung sehe.“

„Bedingungen für behinderte Menschen verbessern“

Auch Sabine Fischer-Theobald berichtete von schwierigen Meinungsbildungsprozessen. Der ASF-Bundesausschuss habe sich nur mit knapper Mehrheit gegen PID ausgesprochen. „Wir möchten keine Änderung des Embryonenschutzgesetzes und keine PID. Stattdessen möchten wir, dass die Bedingungen für behinderte Menschen verbessert werden“, betonte sie. Gerade ein Paar erst einmal in die diagnostische Tretmühle, habe es in der Regel überhaupt keinen Entscheidungsspielraum mehr. Da diagnostische Verfahren sich aber immer stärker etablierten, sei es wichtig, ein flächendeckendes Beratungsstellen-Netz aufzubauen und Ärzten die Pflicht aufzuerlegen, Frauen auf dieses Beratungsangebot hinzuweisen.

„Boden unter die Füße kriegen“

Wie aber sollen Beratungsstellen der AWO Betroffene beraten, wenn ihr Verband sich noch nicht auf eine konkrete Position festgelegt hat? Fachbereichsleiterin Karin Schüller vom AWO-Bundesverband ist überzeugt: „Jede Beraterin muss sich unabhängig von der Verbandsposition mit diesem Thema auseinander setzen. Es hat auch eine positive Seite, dass die AWO keine Position vorgibt.“ Die Beratungsstellen könnten durch In-



Blick in die Diskussionsrunde: Karin Schüller, Helga Kühn-Mengel, Christiane Reckmann und Sabine Fischer-Theobald (von links)

formation und psychosoziale Beratung der Frau eine realistische Einschätzung ermöglichen, die zur Entscheidung für oder gegen einen Abbruch führen könne. „Sie können die Frauen darin bestärken, dass sie Boden unter die Füße kriegen – wenn die Gesellschaft das schon nicht hat“, so Karin Schüller.

Helga Kühn-Mengel forderte, in diesem Zusammenhang auch frauenpolitischen Aspekte angemessen zu beleuchten. „Ich will auf keinen Fall die Möglichkeit zur Pränataldiagnostik nehmen. Aber wir müssen genauer beleuchten, was sie an Ausuferungen hat.“ Damit war auch wieder der Bogen zur Präimplantationsdiagnostik geschlagen. Moderatorin Christiane Reckmann warf die kritische Frage ein: „Gehört es zum Frausein dazu, Mutter zu sein?“ Der schloss Sabine Fischer-Theobald gleich eine weitere an: „Ist uns, um dieses Ziel zu erreichen, jedes Mittel recht?“ Helga Kühn-Mengel, selbst Mutter von drei Adoptivkindern, gab zu bedenken: „Wir dürfen den Kinderwunsch von Frauen nicht diskriminieren.“ Ein Kind zu adoptie-

ren, sei in Deutschland sehr schwer. Und so manches Paar, das bislang kinderlos geblieben sei, verbinde mit In-vitro-Fertilisation und Präimplantationsdiagnostik große Hoffnungen. „Wo darf ich eine Grenze ziehen und Möglichkeiten verwehren, die es gibt?“ fragte Kühn-Mengel. Frauen und Männer müssten die Möglichkeit haben, ihre eigene Position zu finden. „Da muss Politik Beratung ermöglichen.“

*„Weibliche Selbstbestimmung“
thematisieren*

Hier sieht Karin Schüller auch eine wichtige Aufgabe von Schwangerschaftsberatungsstellen: Sie könnten beispielsweise zu öffentlichen Diskussionveranstaltungen einladen und so zur Aufklärung beitragen. „Aufklärung ist ja ohnehin ihr Aufgabengebiet.“

Margaretha Kurmann vom Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik fand es wichtig, das Schlagwort „weibliche Selbstbestimmung“ zu thematisieren. „Der Begriff der

Selbstbestimmung ist teilweise verkommen. Den sollten wir wieder neu füllen, weil er so nicht mehr ausdrückt, was wir wollen.“ Selbstbestimmung sei ein schwieriger Begriff, kontierte Kühn-Mengel. „Es hat mich total fertig gemacht, dass in in der Bundestagsdebatte eine jüngere Kollegin gesagt hat, 'Wer gegen PID ist, ist frauenfeindlich'. Ich selbst bin gegen PID, weil da überzählige Embryonen in der Hand Dritter anfallen.“ Und eine Rangskala der Behinderungen aufzustellen, die für eine Indikation in Frage kämen, hält Kühn-Mengel für unmöglich.

„Wahlzwang statt Wahlfreiheit“

„Die Frauen sollen entscheiden, was die Gesellschaft nicht entscheiden will“, kritisierte Karin Schüler. „Es ist arrogant, zynisch und gemein, in diesem Zusammenhang von Wahlfreiheit zu sprechen. Das ist ein Wahlzwang.“

Sabine Fischer-Theobald stört besonders, „dass immer wieder suggeriert wird, dass die diagnostischen Verfahren ein Teil des Heilens sind und Frauen, die sich gegen Pränataldiagnostik wenden, verantwortungslos sind.“

Professor Dr. Cornelia Helfferich vom Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstitut Freiburg kritisierte: „Der Fokus wird sehr stark auf den Embryo gerichtet. Es wird mehr die biologische Elternschaft gesehen. Dabei kommt die soziale Elternschaft zu kurz. Die Debatte um Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, betonte sie, sei auch Teil der Familienpolitik und nicht „nur“ eine Ethikfrage.“

Helga Kühn-Mengel appellierte an Beratungsstellen, politischen Gremien und Funktionsträgern ihre Stellungnahmen zuzuleiten. Dabei finde sie den Ansatz durchaus akzeptabel, wenn keine eindeutige Position zu finden sei, stattdessen zumindest Ausschei-

dungskriterien zu formulieren und sagen, was auf keinen Fall geschehen solle. Dabei müsste beispielsweise die Frage angesprochen werden, wie Gesellschaftsprozesse verändert werden.

„Die Politik braucht Zeit“

Margaretha Kurmann riet dazu, den Druck aus der Debatte zu nehmen: „Warum muss das Thema so gepowert werden?“ fragte sie. „Die Politik braucht Zeit. Wir müssen die Stillfrage stellen: Differenzierung statt Plattmachung!“

Kurz gestreift wurde in der Debatte auch das Thema Stammzellenforschung. Dem Argument, Deutschland verpasse den wissenschaftlichen Anschluss, wenn es sich der Forschung an embryonalen Stammzellen verperrte, stellte Sabine Fischer-Theobald ein anderes entgegen: „Wir lassen uns auf die Standortfrage ein, aber in Bezug auf adulte Stammzellen.“ Hier könne Deutschland eine Spitzenposition auf einem Gebiet erringen, das anderen Ländern zu schwierig sei.

Referentinnen, Podiumsgäste, Arbeitsgruppen-Leiterinnen:

Sabine Fischer-Theobald,

Diplom-Sozialarbeiterin, Seniorenmoderation, Frauenhausleiterin, seit 2000 Schwangeren- und Sexualberatung. Landesvorsitzende der ASF Saar, Jahrgang 1966, alleinerziehend, ein Kind.

Drs. E.G.M. (Eis) Geelen,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Gesundheitsethik und Philosophie der Universität Maastricht, Mitarbeit am ALMA-Projekt „Network on ethical issues in prenatal diagnosis in the Euregion Meuse-Rhine“; Mitglied der Arbeitsgruppe „Pränatale Beratung“, seit Dez. 2002: Mitarbeit an einer Studie zur Kommunikation zwischen Schwangeren und Schwangerschaftsbetreuenden rund um das Thema risikoabschätzende Tests.

Dr. Doris Jansen-Tang,

Referatsleiterin beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, zuständig für Schwangerenberatung, Sexualaufklärung, Familienplanung und Frauengesundheit, 45.

Helga Kühn-Mengel,

Diplompsychologin, Mitglied des Vorstands des AWO-Bezirks Mittelrhein; Mitglied des

Bezirksvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, Mitglied des Deutschen Bundestages, seit 2001 Behinderten-Beauftragte der SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied der Bundestags-Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin, Jahrgang 1947, verheiratet, drei Kinder.

Prof. Dr. Cornelia Helfferich,

Soziologin, Professorin für Soziologie an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg und Leiterin des Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts Freiburg, Jahrgang 1951.

Prof. Dr. Barbara Kavemann,

Soziologin, langjährige Arbeit zum Thema Gewalt im Geschlechterverhältnis und sexualisierte Gewalt, Mitarbeit u. a. in der wissenschaftlichen Begleitung des ersten Berliner Frauenhauses, Wildwasser Berlin und PETZE – schulische Prävention von sexuellem Missbrauch, Kiel, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Osnabrück, Mitarbeit im Vorstand des Bundesvereins zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen, Jahrgang 1949.

Margaretha Kurmann,

Diplomtheologin, zwei Kinder, seit vielen Jahren im Frauengesundheits- und Fortbildungsbereich tätig, langjährige Mitarbeiterin bei Cara e.V./Kritische Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik in Bremen, Referentin der Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/

Reproduktionsmedizin beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Christiane Reckmann,

Dezernentin im niedersächsischen Landesjugendamt, seit 1968 in der SPD, Kommunalpolitikerin und ASF-Landesvorsitzende in Niedersachsen. Mitglied des AWO-Bundesvorstandes und Vorsitzende des Fachausschusses Familie, Frauen, Jugend und Senioren, Jahrgang 1949, verheiratet, zwei Söhne.

Meral Renz,

Diplom-Sozialarbeiterin, tätig im Lore-Agnes-Haus in Essen (AIDS-Prävention, Sexualpädagogik, Schwangerschaftskonfliktberatung, Schwangerschaftsberatung, Sexualtherapie). Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die interkulturelle Beratung von Migrantinnen und Migranten, Jahrgang 1949, verheiratet, zwei Söhne.

Dr. Ingrid Schneider,

Politologin, Lehrbeauftragte der Universität Hamburg. Beschäftigt sich seit vielen Jahren mit neuen Medizintechnologien und ihren Auswirkungen auf Frauen sowie auf gesellschaftliche Verhältnisse. Ihre Arbeitsthemen sind unter anderen Gen- und Reproduktionstechnologien, Pränataldiagnostik und Transplantationsmedizin. Jahrgang 1962, zwei Kinder.

Ilka Schwidde,

Humanmedizinstudentin an der Universität Essen im 5. klinischen Semester, (9.FS),

2001: Auslandsstudienjahr an der Universität Maastricht in den Niederlanden und dreimonatiges Research Elective in der Abteilung für Gesundheitsethik und Philosophie der Universität Maastricht; seit März 2001: Doktorarbeit über ethische Aspekte in der Pränataldiagnostik im Vergleich zwischen Deutschland und den Niederlanden; seit Oktober 2001: Studium der Philosophie, Jahrgang 1977.

Rut Wilcken,

Seit Mai 1998 Leiterin und Beraterin des AWO-Beratungszentrums in Kassel. Studium an der Universität Kassel im Fachbereich Sozialwesen, Erfahrungen in der Heimerziehung, Erlebnispädagogik, Gruppenpädagogik mit Jugendlichen – speziell mit Mädchen – und mit Frauenberatung. Jahrgang 1960, verheiratet, zwei Kinder.