



Bundesverband e.V.

Positionen und ethische Fragestellungen zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft

Impressum

Herausgeber: AWO Bundesverband e.V.

Verantwortlich: Wolfgang Stadler, Vorsitzender des Vorstandes

Redaktion: Claudia Lissewski, Ullrich Wittenius

Satz: Typografie Marx, Andernach

© AWO Bundesverband e.V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstr. 62/63
10961 Berlin
Telefon: 030 26309-0
Telefax: 030 26309-32599
Email: info@awo.org
Internet: awo.org

Oktober 2012

Abdruck, auch in Auszügen, nur mit ausdrücklicher Genehmigung
des Verlages oder Herausgebers.

Alle Rechte vorbehalten.

Vorwort

Mit diesen Positionen möchte die Arbeiterwohlfahrt eine Orientierung geben zu ethischen Fragen in Bezug auf die Themen Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft. Anlässlich der breiten öffentlichen und kontrovers geführten Diskussion um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik im Jahr 2011 beschloss das Präsidium des AWO Bundesverbandes, sich intensiver mit ethischen Fragestellungen zu beschäftigen, die den Beginn des Lebens betreffen. Der AWO-Ethikrat wurde daher beauftragt, diese Positionen zu erarbeiten.

Angesichts der Breite des Themenspektrums ging es zum einen darum, altbewährte Positionen wie beispielsweise die Freigabe des Schwangerschaftsabbruches zu überprüfen. Zum anderen lag ein besonderer Fokus der Diskussion auf der Weiterentwicklung der medizinisch-technischen Möglichkeiten im Rahmen der vorgeburtlichen genetischen Diagnostik. Die rasante Entwicklung solcher Diagnoseverfahren wirft neue ethische Fragestellungen auf. Die AWO befürwortet eine kritische Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Pränataldiagnostik und steht ihrer routinemäßigen Anwendung zur Diagnose nicht therapierbarer genetischer Auffälligkeiten ablehnend gegenüber.

Die AWO fordert stattdessen, gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen zu schaffen, die Familien mit behinderten Kindern Unterstützung und Akzeptanz und eine gleichberechtigte Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglichen.

Wir wünschen uns, dass die Broschüre die Auseinandersetzung mit diesen komplexen Fragen anregt und fördert. Diese Positionen richten sich insbesondere an Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung und der Einrichtungen und Diensten für Menschen mit Behinderungen, aber auch an Kunden/innen und Nutzer/innen sowie haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen in anderen Arbeitsbereichen wie auch an die Mitglieder der Arbeiterwohlfahrt.

Wir danken allen Beteiligten für ihre Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Broschüre und haben großes Interesse an Rückmeldungen, Anregungen und Kritik zu den AWO-Positionen, die das Büro des Ethikrates (ullrich.wittenius@awo.org) gern entgegen nimmt.

Berlin, im Oktober 2012

Wilhelm Schmidt
Vorsitzender des Präsidiums

Brigitte Döcker
Mitglied des Vorstandes

Positionen und ethische Fragestellungen zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft

Die AWO versteht sich als wertegebundener Wohlfahrtsverband. Soziale Arbeit und Beratungsleistungen sind ohne Orientierung und Reflexion von Grundwerten nicht verantwortlich leistbar. Dies trifft auch zu auf die Bereiche Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft, die sehr persönliche Themen für jede Frau und jeden Mann darstellen und darüber hinaus gesellschaftliche Fragestellungen berühren.

Der Umgang mit und die Einstellungen zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft haben sich im letzten Jahrhundert entscheidend verändert. Die mögliche Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung hat gerade für Frauen weit reichende Veränderungen zugelassen. Schwangerschaft muss kein unabänderliches Schicksal mehr sein, wie Marie Juchacz es beschrieben hat: *„Es stellte sich bald bei den Diskussionen heraus, daß wir immer wieder bei den das Leben der Frauen berührenden Schwierigkeiten des Tages landeten ... Ehekonflikte, zu große Kinderzahl und Furcht vor neuem Zuwachs durch die Geburt.“*¹ Seit den Zeiten Marie Juchacz' haben sich die gesellschaftlichen, individuellen, rechtlichen und medizinischen Bedingungen und Einstellungen zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft vielfach geändert. Medizinisch-technische Entwicklungen und einhergehende gesellschaftliche und gesetzliche Liberalisierungen haben einerseits größere Selbstbestimmung und Freiheit bei der Familienplanung ermöglicht. Andererseits werfen solche Entwicklungen auch die Frage auf, ob alles das, was technisch möglich, auch ethisch und gesellschaftlich sinnvoll und verantwortbar ist.

Dieses Papier greift Positionen der AWO und ethische Fragestellungen auf. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf ethischen Fragestellungen und der kontroversen Diskussion im Jahr 2011 um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland. Die AWO macht damit deutlich, dass sie sich als nicht konfessioneller Verband erneut – 14 Jahre nach ihrer Erfurter

¹ AWO-Bundesverband e.V.; Neue Kraft aus der Erfahrung, 2009

Erklärung – mit ethischen Fragestellungen im Kontext bio- und reproduktionsmedizinischer Verfahren auseinandersetzt. Die AWO ist sich dabei bewusst, dass die Diskussion dieser Themen neben ihrer gesellschaftspolitischen Bedeutung auch immer individuelle Meinungen und Werte berührt, die so unterschiedlich und vielfältig wie die einzelnen Menschen sind. Darin sieht sie eine große Herausforderung für die innerverbandliche Diskussion dieser Themen.

Sexualität und Familienplanung

Sexualität ist ein wesentlicher und positiver Aspekt im Leben aller Menschen. Die AWO geht davon aus, dass Menschen ihre Sexualität und ihre Lebens- und Sexualpartner/innen selbst bestimmen. Die AWO engagiert sich für eine Vielfalt der Lebensformen und Partnerschaften. Aus diesem Grund fordert die AWO die volle rechtliche Gleichstellung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften.

Sexualität und Reproduktion sind zwar eng miteinander verbunden, bedingen sich aber nicht. Sexuelle Selbstbestimmung schließt daher ein, dass sich alle Frauen und Männer selbstverantwortlich für oder gegen ein Leben mit Kindern entscheiden können.² Verhütung dient dem Zweck der Verwirklichung der eigenen Sexualität, der bewussten Familienplanung und der Vermeidung von ungewollter Schwangerschaft sowie von sexuell übertragbaren Krankheiten. Die AWO fordert daher, dass alle Menschen einen Zugang zu Verhütungsmitteln haben.³ Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen sollen kostenfrei Verhütungsmittel erhalten. Die derzeitige Regelung, dass Verhütungsmittel aus dem ALG II-Regelsatz finanziert werden müssen, ist ein Einschnitt in die sexuelle Selbstbestimmung und die Gesundheitsförderung von finanziell benachteiligten Frauen und Männern und widerspricht den Vorgaben des § 49 SGB XII.

² Dass die AWO Menschen mit Kinderwunsch und Menschen mit Kindern unterstützt und daher für ausreichende Erziehungs- und Bildungsangebote und das Aufwachsen von Kindern mit bester Bildung, ohne Armut und Gewalt eintritt, braucht an dieser Stelle nicht betont zu werden.

³ Das schließt einen einfachen, rezeptfreien Zugang zur sogenannten „Pille danach“ mit ein.

Darüber hinaus setzt sich die AWO für Aufklärung und Information, das heißt für sexuelle Bildung ein. Deren Aufgabe ist es, ab frühester Kindheit – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – Menschen auf ihrem Weg zu sexueller Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit zu begleiten und zu unterstützen. Sexuelle Bildung bietet – altersgerecht – neben Wissensvermittlung, auch Orientierung und Reflexionsmöglichkeiten zu Sexualität, Geschlechterrolle und Partnerschaft sowie zu den eigenen Werthaltungen. Die AWO steht zum Recht von Menschen mit Behinderung auf sexuelle Bildung, Zugang zu freiwilliger Verhütung, auf Partnerschaft, Ehe und Kinder.

Sexuelle Selbstbestimmung bedingt einen respektvollen Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen anderer Menschen und findet dort ihre Grenzen. Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Genderidentität, sexueller Orientierung, kulturellem Hintergrund oder Behinderung ist genauso wenig akzeptabel wie sexuelle Ausbeutung und Gewalt. Diskriminierung, Ausbeutung und Gewalt muss aus Sicht der AWO geächtet werden. Alle Menschen haben das Recht, ihre Sexualität ohne Zwang und Gewalt zu leben.

Intersexualität

Menschen, deren Geschlecht nicht eindeutig als „weiblich“ oder „männlich“ zugeordnet werden kann, werden als intersexuell bezeichnet. Die Ursachen können dabei unterschiedlich sein (genetisch, anatomisch, hormonell).

Bis in die 1990er Jahre hinein wurde intersexuellen Menschen bereits in der frühen Kindheit ein Geschlecht zugewiesen, sie wurden dann durch Operationen und langfristige Nachbehandlung wie Hormontherapien medizinisch „behandelt“. Diese Vorgehensweise besteht bis heute, wenngleich mittlerweile deutlich zurückhaltender therapiert wird. Die medizinische Behandlung und der tabuisierte Umgang mit Intersexualität haben für die betroffenen Menschen massive physische, psychische und soziale Auswirkungen. Selbsthilfverbände haben die Kritik am Umgang mit intersexuellen Menschen öffentlich gemacht und erreicht, dass der UN-Ausschuss zur Überwachung des Abkommens zur Beseitigung jeder Diskriminierung der Frau (CEDAW) die Bundesregierung aufgefordert hat, Maßnahmen zum Schutz

der Menschenrechte der Betroffenen zu ergreifen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung und das Bundesministerium für Gesundheit haben daher den Deutschen Ethikrat beauftragt, sich intensiv mit dem Thema zu beschäftigen. Die Stellungnahme⁴ des Deutschen Ethikrates wurde im Februar 2012 veröffentlicht.

Die AWO begrüßt die Empfehlung des Deutschen Ethikrates, Menschen mit nicht eindeutig feststellbarem weiblichem oder männlichem Geschlecht vor medizinischen Eingriffen und Diskriminierungen zu schützen. Dies gilt insbesondere für den Vorschlag der verbesserten Beratung und Begleitung betroffener Kinder und ihrer Eltern und für die Aufstellung hoher Hürden an geschlechtsanpassende medizinische Eingriffe vor der Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen. Auch die Empfehlung sich personenstandsrechtlich nicht als „weiblich“ oder „männlich“ eintragen zu müssen, sondern die Möglichkeit „anderes“ zu wählen bzw. den Eintrag bis zu einer Entscheidung im Erwachsenenalter offen zu lassen, sollte zügig umgesetzt werden.

Schwangerschaftsabbruch

In der langjährigen Auseinandersetzung um den Schwangerschaftsabbruch hat sich die AWO für die Abschaffung des § 218 StGB und das Selbstbestimmungsrecht der Frauen eingesetzt. Bereits in der Weimarer Republik gab es Versuche, den § 218 zu streichen oder mindestens zu liberalisieren. Die Frauenbewegung der 1960er und 70er Jahre forderte erneut die Abschaffung des § 218 StGB. Es folgten mehrere Entwürfe zur Reform des Paragrafen. 1974 wurde die Fristenlösung beschlossen, nach der der Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen straffrei sein sollte. Diese Änderung trat jedoch aufgrund eines Antrags beim Bundesverfassungsgericht nicht in Kraft. Erst 1976 gab es eine Neufassung des § 218 StGB. Der Schwangerschaftsabbruch blieb demnach verboten. Vier Indikationen wurden jedoch straffrei gestellt: medizinische, kriminologische, eugenische und die Notlagenindikation. Nach der Wiedervereinigung wurde die Diskussion um die Regelung des Schwangerschaftsabbruches erneut geführt, da es unter-

⁴ Stellungnahme Intersexualität, Dt. Ethikrat 2012
<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf>

schiedliche Regelungen in West-(Indikationenmodell) und in Ostdeutschland (Fristenlösung) gab. Die bis 1995 geführte Debatte zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs führte zu einem gesellschaftspolitischen Kompromiss. Der Abbruch bleibt rechtswidrig, ist aber unter drei Voraussetzungen straffrei: bei medizinischer und kriminologischer Indikation sowie bis zur 12. Schwangerschaftswoche, sofern eine Beratung in einer anerkannten Beratungsstelle stattgefunden hat. Darüber hinaus wurde der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz eingeführt.

Die AWO hat in der Debatte zur Neuregelung die Rücknahme der Rechtswidrigkeit des Schwangerschaftsabbruches gefordert und insbesondere die verpflichtende Beratung – Zwangsberatung – scharf kritisiert. Psychosoziale Beratung muss aus Sicht der AWO freiwillig sein. An diesen Positionen halten wir grundsätzlich fest. Für die letzten Jahre sind allerdings eine Befriedung der gesellschaftlichen Debatte und eine Akzeptanz für die getroffene Regelung festzustellen. Wir sehen deshalb derzeit keinen Anlass, eine Neuauflage der Diskussion zur Regelung des Schwangerschaftsabbruches zu fordern oder für gesellschaftlich geboten zu halten.

Dem im Gesetz enthaltenen Widerspruch zwischen ergebnisoffener Beratung und Schutz des ungeborenen Lebens begegnen wir in unserer Beratungspraxis mit einem wertschätzenden und ganzheitlichen Beratungsansatz. Wir respektieren die vielfältigen und komplexen Bedingungen und Motive, die der Entscheidung schwangerer Frauen für oder gegen das Austragen einer Schwangerschaft zugrunde liegen. Als sozialpolitischer Verband setzt sich die AWO für entsprechende soziale und ökonomische Rahmenbedingungen ein, die es Frauen und Männern erleichtert, sich für ein Leben mit Kindern zu entscheiden.

Pränataldiagnostik

Schwangere Frauen haben ein besonderes Anrecht auf medizinische Vorsorge. Diese Leistungen sind in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt: *„Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt*

*und der Behandlung zugeführt werden.*⁵ Vorgeburtliche Untersuchungen sind mittlerweile fester Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen.

Pränataldiagnostik (PND) wird genutzt, um nach morphologischen und genetischen Auffälligkeiten beim Ungeborenen zu suchen. Dazu gehören nichtinvasive Methoden wie der Ultraschall und bestimmte Bluttests sowie invasive Methoden wie die Fruchtwasseruntersuchung, bei der kindliche Zellen entnommen und genetisch untersucht werden. Für alle Untersuchungen, bei denen nach genetischen Veränderungen gesucht wird, hat eine ärztliche Aufklärung zu erfolgen und der Diagnostik muss schriftlich zugestimmt werden. Auf nicht medizinische Beratung muss zudem hingewiesen werden.⁶ Gerade beim Ultraschall verwischen sich die Grenzen zwischen Vorsorge und PND. Die gesetzlichen Regelungen zur Aufklärung und Beratung (die in der Ärzteschaft allerdings als überzogen kritisiert werden) sollen sicherstellen, dass die Frauen eine informierte Zustimmung geben bzw. ihr Recht auf Nichtwissen wahrnehmen können.

Allerdings ändert die geforderte Aufklärung und Beratung nichts an der Tatsache, dass PND in der Regel nach nicht therapierbaren genetischen Veränderungen sucht. Nur ein geringer Teil der diagnostizierten Auffälligkeiten ist pränatal behandelbar oder hat Auswirkungen auf die Gestaltung der Geburt. Die meisten der anfänglichen Verdachtsmomente, die auf Wahrscheinlichkeitsberechnungen und/oder Auffälligkeiten im Ultraschall beruhen, bestätigen sich im weiteren Verlauf der Diagnostik nicht. Die Mehrheit der betroffenen schwangeren Frauen und ihre Partner erhalten damit die durch die PND erhoffte Bestätigung, dass mit dem ungeborenen Kind „alles in Ordnung“ ist. Allerdings kann unzureichende oder fehlende Beratung vor Durchführung einer PND auch zu großer Verunsicherung der (künftigen) Eltern führen.

Die Frauen und Paare, bei denen die Diagnose bestätigt wird, geraten jedoch häufig in eine Krisensituation. Eine bis dahin in der Regel gewünschte Schwangerschaft kann in Frage gestellt und ein (später) Schwangerschafts-

⁵ Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2008

⁶ Gendiagnostikgesetz §§ 8, 9, 10

abbruch erwogen werden. Durch die Streichung der embryopathischen Indikation 1995 stellt das alleinige Vorliegen eines Befundes beim Ungeborenen rechtlich gesehen keine Indikation für einen Abbruch dar. Zulässig ist der Abbruch der Schwangerschaft, wenn er „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden.“⁷ Die medizinische Indikation bezieht sich auf die Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Frau, nicht des Fötus.

Im Jahr 2011 gab es in Deutschland 3.485 Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation.⁸ Da in der Statistik in Deutschland keine Diagnosen aufgeführt werden, lässt sich nur vermuten, dass auffällige Befunde des Fötus bei einem Großteil der Abbrüche eine entscheidende Rolle darstellten. Vor dem Hintergrund, dass es bei den meisten Diagnosen eines „auffälligen“ Befundes fast keine Therapiemöglichkeiten gibt, wird Frauen aus medizinischer Sicht oft ein Schwangerschaftsabbruch nahe gelegt.

Trotz der ethisch schwierigen Situation der Praxis der späten Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation sieht die AWO keinen gesetzlichen Handlungs- oder gar Verschärfungsbedarf. Die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch hat gezeigt, dass Verbote und Strafandrohungen keine Lösung darstellen. Die AWO befürwortet eine kritische Auseinandersetzung mit der routinemäßigen Anwendung und den Konsequenzen der PND. Problematisch sieht die AWO die Tendenz, dass Kliniken und Zentren PND zwar anbieten und anwenden, aber zunehmend nicht bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation durchzuführen. Betroffene Frauen und Paare, die in Konfliktsituationen nach auffälligen Befunden für sich keine andere Perspektive sehen, aber auch Kliniken und Mediziner/innen, die diese Abbrüche durchführen, werden dadurch zunehmend stigmatisiert.

⁷ § 218a, Abs. 2 StGB

⁸ Quelle: <https://www.destatis.de>

Die Anwendung von PND wird seit ihrer Einführung kontinuierlich ausgeweitet und weiterentwickelt.⁹ So entwickelt das Unternehmen LifeCoddex den Praena-Test, der aus einer Blutprobe der schwangeren Frau eine Trisomie 21 zuverlässig ausschließen oder bestätigen können soll. Das Produkt soll 2012 auf den Markt kommen. Dieses LifeCodexx-Verfahren nutzt die Tatsache, dass sich im Blut einer schwangeren Frau Teile der Erbinformation des Ungeborenen (DNA-Fragmente) befinden, die analysiert werden können. Ursprünglich angekündigt¹⁰ als ein Test, der schon ab der 10. Schwangerschaftswoche eine sichere Diagnose ermöglicht, wirbt das Unternehmen mittlerweile damit, dass der Test eine risikofreie Alternative darstellt zu herkömmlichen invasiven Untersuchungsmethoden, wie z. B. der Fruchtwasseruntersuchung¹¹, und geeignet sein soll für Schwangere, die ein erhöhtes Risiko für chromosomale Veränderungen beim Ungeborenen tragen und sich in der 12. Woche der Schwangerschaft oder darüber befinden.¹²

Die Erfahrungen mit der Entwicklung der PND lassen vermuten, dass diese Art von Test weder auf die Trisomie 21 noch auf den Zeitpunkt ab der 12. Schwangerschaftswoche beschränkt bleibt. Die mögliche Anwendung des Bluttests als Screeningverfahren sieht die AWO als problematisch an. Die rasanten Entwicklungen dieser Verfahren laufen immer mehr darauf hinaus, die genetische Beschaffenheit des Ungeborenen hinsichtlich seiner „Abweichung vom Normalen“ festzustellen. Eine Schwangerschaft auf Probe abhängig vom „genetischen Check“ könnte zukünftig realistisch sein. Dies wäre eine Überschreitung ethisch vertretbarer Grenzen. Die AWO sieht diese Entwicklung kritisch und mit großer Besorgnis.

⁹ Im September 2010 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Änderung der Mutterschaftsrichtlinie beschlossen, nach der künftig allen werdenden Mütter eine Ultraschalluntersuchung zwischen der 19. und 22. Schwangerschaftswoche mit Beurteilung einzelner kindlicher Organe angeboten werden soll. Ab 2012 soll die so genannte „Feindiagnostik“ eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge werden. Bislang muss diese Untersuchung außer bei „Risikoschwangerschaften“ als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) selbst bezahlt werden.

¹⁰ z. B. Die ZEIT vom 18.8.2011

¹¹ bei der Fruchtwasseruntersuchung besteht das Risiko der Fehlgeburt

¹² Quelle: /www.lifecodexx.com

Die Zunahme pränataldiagnostischer Methoden hat bereits jetzt dazu geführt, dass die Verantwortung für die Geburt eines Kindes mit Behinderung oder gesundheitlicher Beeinträchtigung verstärkt als „privates Verschulden“ betrachtet wird. Behinderung und Entwicklungsauffälligkeiten gelten zunehmend als vermeidbar. Zu Recht weisen Kritiker/innen in diesem Zusammenhang auf die Gefahr von Entsolidarisierung hin. Die Anwendung der PND wird oft als eine Erweiterung der Selbstbestimmung wahrgenommen und nicht als Anpassung an einen erhöhten gesellschaftlichen Erwartungsdruck. Aus Sicht der AWO kann es nicht Ziel sein, grundsätzlich bestimmte genetische Auffälligkeiten durch PND zu diagnostizieren und letztlich die Möglichkeit zu schaffen, sie zu verhindern. Der routinemäßigen Anwendung von PND zur Diagnose nicht therapierbarer genetischer Auffälligkeiten steht die AWO daher ablehnend gegenüber.

Es gilt vielmehr inklusive Ansätze zu entwickeln, um die gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie Kontextfaktoren so zu entwickeln, dass Familien mit behinderten Kindern Unterstützung und Akzeptanz und allen Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe und barrierefreie Zugänge in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglicht werden. Die AWO engagiert sich aktiv an der Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft.

Assistierte Reproduktion

Etwa jedes 7. Paar, das einen Kinderwunsch hat, bleibt ungewollt kinderlos. Für viele dieser Paare kann die assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung) die Chance bieten, eigene Kinder zu bekommen. Es stehen unterschiedliche Methoden der künstlichen Befruchtung zur Verfügung, die in der Regel von einer hormonellen Stimulation begleitet werden.

Insemination wird die Übertragung des männlichen Samens in den Genitaltrakt der Frau genannt. Dabei wird die homologe Insemination (Samen vom Partner der Frau) von der heterologen Insemination (Übertragung des Samens eines anderen Mannes im Rahmen einer Samenspende) unterschieden. Bei anderen Verfahren werden Eizellen mit zuvor gewonnenen Samenzellen außerhalb des Körpers im Reagenzglas zusammengebracht. War die Befruchtung erfolgreich, so wird eine, manchmal auch zwei oder

drei befruchtete Eizellen in die Gebärmutter der Frau eingebracht, von der die Eizellen stammen.

Für die einzelnen reproduktionsmedizinischen Verfahren werden pro Behandlungszyklus durchschnittliche Geburtsraten von 8 bis 20% angegeben.¹³ Nach den Zahlen des Jahresberichtes der deutschen IVF Zentren werden 40% aller Paare, die drei komplette Behandlungen mit IVF oder ICSI (Spermieninjektion in die Eizelle) durchlaufen, ein Kind bekommen. Bei vier Behandlungen sind es 50%. Allerdings bleiben 50% bis 60% aller Paare trotz intensiver Behandlung dauerhaft ungewollt kinderlos.

Künstliche Befruchtungen sind für die Paare, insbesondere für die Frauen, mit erheblichen physischen, psychischen und sozialen Belastungen verbunden.

Erfolgreiche Sterilitätsbehandlungen sind mit gesundheitlichen Risiken für die Frau und die Kinder verbunden. Mehrlingsschwangerschaften kommen häufiger vor als nach einer Zeugung auf natürlichem Weg. Es gibt zudem Hinweise, dass das Sterilitätsproblem der Paare eventuell im Zusammenhang mit der ICSI-Behandlung zu vermehrten Auffälligkeiten der Kinder führt.

Neben den bereits genannten physischen und psychischen Belastungen sowie den eingeschränkten Erfolgsaussichten der künstlichen Befruchtung, ist eine Sterilitätsbehandlung teuer. Die Kosten für die Therapie werden nicht oder nur zu 50 % für maximal drei Behandlungszyklen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Kostenübernahme ist für gesetzlich Versicherte an bestimmte Voraussetzungen gebunden, z. B. Alter und Familienstand „verheiratet“. Behandlungen mit fremden Spendersamen werden grundsätzlich nicht von den Kassen finanziert.

Aufgrund der erheblichen Belastungen bei der Kinderwunschbehandlung sieht die AWO einen medizinunabhängigen Beratungsbedarf für die Betrof-

¹³ IVF: 15 bis 20 Prozent, ICSI: 15 bis 20 Prozent, MESA/TESE: 8 bis 12 Prozent, Kryotransfer von Vorkernstadien: 8 bis 12 Prozent

Quelle: <http://www.familienplanung.de/kinderwunsch/chancen-behandlung/>

fenen. Die AWO ist der Auffassung, dass die Kosten künstlicher Befruchtungen bei maximal drei Behandlungszyklen von den Kassen übernommen werden sollten, vorausgesetzt, die Behandlung ist medizinisch angezeigt. Damit könnten sich auch finanziell schlechter gestellte Paare diese Behandlung leisten. Auch sollte der familialen Vielfalt Rechnung getragen werden und künstliche Befruchtungen nicht an die Ehe gekoppelt werden.¹⁴

Die aktuelle Diskussion, dass Bund und Länder die Kosten der Behandlung finanziell fördern, wird auch mit der demografischen Entwicklung begründet, um damit zur Erhöhung der Geburtenrate in Deutschland beizutragen. Die bislang geringen Erfolgchancen der Reproduktionsmedizin lassen dies eher fraglich erscheinen. Kinderlosigkeit, ob gewollt oder ungewollt, muss als eine mögliche Lebensform akzeptiert und nicht stigmatisiert werden.

Im Gegensatz zur Fremdsamenspende (heterologe Insemination) ist die Eizellenspende in Deutschland verboten. Diese Regelung wurde vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) 2011 für Österreich nach einer zunächst anders lautenden Entscheidung bestätigt. Die AWO hält es einerseits für richtig, an der Einheitlichkeit der genetischen und leiblichen Mutterschaft festzuhalten und sieht andererseits die Gefahr eines möglichen Eizellhandels nach einer Zulassung. Sie unterstützt daher auch weiterhin das Verbot der Eizellspende in Deutschland.

Allerdings entstehen im Rahmen der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren im Ausland, die dort wie die Eizellenspende oder Leihmutterschaft z. T. zugelassen sind, ähnliche praktische Fragestellungen wie bei der Fremdsamenspende, die auch an Beratungsstellen herangetragen werden: Wie sollen/wollen Paare dem Kind seine biologische Herkunft erklären? Wie kann mit intrapersönlichen Konflikten umgegangen werden? Trotz des Verbotes der Eizellenspende muss in Beratungen über das Für und Wider gesprochen werden können, ohne dass sich die Berater/innen in eine rechtliche Grauzone begeben. Bei anonymen Eizellenspenden wird den so gezeugten Kindern in der Regel ihr Recht auf Wissen ihrer genetischen Abstammung vorenthalten. Das gilt zum Teil auch für die Samenspende. In

¹⁴ z. B. nicht verheiratete Paare, lesbische Paare

Deutschland müssen mittlerweile die Spenderdaten dreißig Jahre aufbewahrt werden.¹⁵ Dennoch bleiben rechtliche Grauzonen in Bezug auf erb- und unterhaltsrechtliche Fragestellungen. Hier gibt es aus Sicht der AWO einen unabhängigen Informations- und Beratungsbedarf für die Beteiligten sowie einen rechtlichen Klärungsbedarf.

Präimplantationsdiagnostik

Präimplantationsdiagnostik (PID) ist ein Verfahren, das es ermöglicht, im Labor hergestellte Embryonen in einem frühen Entwicklungsstadium auf genetische Abweichungen zu untersuchen. PID kann nur unter Zuhilfenahme einer künstlichen Befruchtung durchgeführt werden. Ziel ist es, nur diejenigen Embryonen in die Gebärmutter einer Frau zu übertragen, welche die gesuchten Eigenschaften (genauer gesagt: Gendefekte) nicht zeigen.

Als Folge des Grundsatzurteils des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 6. Juli 2010¹⁶ wurde das Embryonenschutzgesetz 2011 geändert und die PID unter bestimmten Bedingungen zugelassen: wenn bei einem oder beiden zukünftigen Eltern eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit besteht. Die PID kann auch ohne weitere Vorbedingungen zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos vorgenommen werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führt. Die PID darf nur nach vorheriger Aufklärung und Beratung mit schriftlicher Zustimmung und dem Votum einer Ethikkommission in dafür zugelassenen Zentren durchgeführt werden.¹⁷ Der gesetzlichen Regelung vorausgegangen war eine kontroverse gesellschaftliche Diskussion mit

¹⁵ Zur Wahrung des Rechts des Kindes auf Erlangung von Informationen über seine genetische Herkunft ist der Arzt/die Ärztin, der/die die Befruchtung mittels Samenspende vorgenommen hat, unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet, die Identität des Samenspenders bekannt zu geben (z.B. zur Vermeidung inzestuöser Partnerschaften, zur Feststellung und Vermeidung von Erbkrankheiten, bei gerichtlichen Vaterschaftsfeststellungsverfahren u.ä.).

¹⁶ (BGH, Az 5 StR 386/09)

¹⁷ Die im Rahmen der PID durchgeführten Maßnahmen, einschließlich der von den Ethikkommissionen abgelehnten Fälle, werden von den zugelassenen Zentren an eine Zentralstelle in anonymisierter Form gemeldet und dort dokumentiert. Die Bundesregierung wird alle vier Jahre einen Bericht über die Erfahrungen mit der PID erstellen.

drei verschiedenen fraktionsübergreifenden Gesetzentwürfen, die sich für ein Verbot, ein Verbot mit Ausnahmeregelung bzw. für eine begrenzte Zulassung ausgesprochen haben. Auch der Deutsche Ethikrat war in seiner umfangreichen Stellungnahme zu verschiedenen Voten gekommen.

Die AWO hatte grundsätzlich für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik mit eng begrenzten Ausnahmen bei Frauen/Paaren mit genetischer Vorbelastung zu Fehl- oder Totgeburten plädiert. Sie hat Verständnis für die subjektive Situation betroffener Frauen und Paare, sieht aber auch, dass es weder eine Garantie noch ein Recht auf gesunde Kinder gibt. Staatliche Regelungen müssen die gesellschaftlichen Folgen in den Blick nehmen. Eine Zulassung der PID aufgrund einer genetischen Veranlagung eines oder beider Elternteile verstärkt die bereits vorhandene Tendenz, Behinderungen als vermeidbar zu betrachten und erhöht potentiell den Druck auf (werdende) Eltern, gesunde Kinder zu bekommen.

Bereits die Definition und Abgrenzung, was unter einer schwerwiegenden Erbkrankheit zu verstehen ist, ist kaum leistbar, ethisch schwierig und letztendlich diskriminierend. Auch der Gesetzgeber hat sich seiner Verantwortung entzogen, eine eingrenzende Definition zu formulieren. Stattdessen ermöglicht das Gesetz sogar das Screening von Embryonen bei IVF, wenn auf die Wahrscheinlichkeit auf Tot- oder Fehlgeburt untersucht werden soll.¹⁸ Jede Entscheidung wird Signale setzen, wonach bestimmte genetische Behinderungen bzw. chromosomale Veränderungen als vermeidbar und nicht lebenswert betrachtet werden.

Auch der Argumentation, dass es einen Widerspruch zwischen dem Verbot der PID und der Zulassung von Spätabbruch nach medizinischer Indikation gibt, so dass durch die PID Spätabbrüche nach Pränataldiagnostik (PND)

¹⁸ Es sind weitere Aspekte in der Gesetzesänderung nicht zufriedenstellend geklärt worden. So ist zwar die PID nun im Embryonenschutzgesetz (ESchG) § 3a geregelt, gleichzeitig blieb die sog. 3-Regel (es dürfen nicht mehr als Embryonen pro Zyklus genutzt werden) in § 1 unverändert geblieben. Für eine PID werden aber nach Stand der Wissenschaft mindestens sieben Embryonen pro Zyklus benötigt. Dass es ein erhebliches Interesse der Wissenschaft an der Forschung mit embryonalen Stammzellen und Kritik an den Einschränkungen des ESchG gibt, ist bekannt. Die Zulassung der PID darf nicht dazu führen, die gesetzlichen Bestimmungen zur embryonalen Stammzellenforschung zu unterlaufen.

vermieden werden könnten, konnte sich die AWO nicht anschließen. Eine zu erwartende Behinderung oder Krankheit ist nach geltender Rechtslage kein Grund für eine medizinische Indikation. Diese ist an die körperliche und psychische Gesundheit der Frau – unter Berücksichtigung zukünftiger Lebensverhältnisse – geknüpft. Die gesetzlichen Grundlagen sind eindeutig, auch wenn dies in der Öffentlichkeit teilweise anders verstanden wird. Eine Konfliktsituation aufgrund eines auffälligen Befundes nach PND während einer schon bestehenden, fortgeschrittenen Schwangerschaft ist nicht gleichzusetzen mit der Situation zum Zeitpunkt einer möglichen PID vor dem Transfer der befruchteten Eizelle.

Die derzeitige Praxis zeigt zudem, dass Frauen, die durch künstliche Befruchtung schwanger geworden sind, im Verlauf der Schwangerschaft auch zu PND geraten wird, da sie in der Regel als Risikoschwangere gelten. Die Praxis ist demgemäß also nicht PID oder PND, sondern PID und PND. Anders als im Gendiagnostikgesetz (GenDG) wurde zudem die „prädiaktive“ (also vorher sagende) Diagnostik von Erkrankungen, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen werden, bei der PID nicht ausgeschlossen. Hier bleibt zu beobachten, wie mit den unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben in der Praxis verfahren werden wird und ob gesetzliche Klarstellungen erforderlich sind. Die AWO bedauert die gesetzliche Regelung zur Zulassung der PID und wird die weitere Entwicklung und Umsetzung kritisch beobachten.

Schlussfolgerungen

Wir unterstützen Menschen, ihr Leben eigenständig und verantwortlich zu gestalten und fördern alternative Lebenskonzepte.

Aus diesem Selbstverständnis heraus sind sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung für die AWO wichtige Werte. Die AWO setzt sich dafür ein, dass Menschen ihre Sexualität verantwortlich leben können. Die selbstverantwortliche Entscheidung für die Form der Partnerschaft sowie für ein Leben mit oder ohne Kinder ist dabei von zentraler Bedeutung.

Wir fördern demokratisches und soziales Handeln. Wir haben gesellschaftliche Visionen.

Die Visionen der AWO gehen von einer Gesellschaft aus, die die Würde des Menschen garantiert, Vielfalt wertschätzt und Teilhabe sicherstellt. Wir wollen eine Gesellschaft, die den Menschen um seiner selbst Willen Wert schätzt und ihn nicht an seiner genetischen Ausstattung, Leistungsfähigkeit oder Nützlichkeit bemisst.

Den vorgeburtlichen diagnostischen Verfahren liegt eine defektorientierte Sichtweise von Behinderung zugrunde, die den Wert des Menschen einseitig über das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Eigenschaften bemisst. Übersehen wird dabei, dass Behinderungen nicht nur als individuelle Schädigung und Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen sind, sondern immer im Zusammenhang stehen mit sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen, die beschränkenden und ausgrenzenden Charakter haben. Behinderung wird nach wie vor jedoch vorrangig mit Leiden und eingeschränkter Leistungsfähigkeit gleichgesetzt und nicht mit Vielfalt und Andersfähigkeit.

Die Entwicklung und Umsetzung von Bedingungen, die es Familien ermöglichen, sich für ein Leben mit Kindern zu entscheiden und Menschen mit Behinderung gleichberechtigte Teilhabe sicherstellt, ist eine gesellschaftliche Aufgabe.

Die Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin und Gentechnologie erfordern neue Grenzziehungen. Dies allein der Medizin zu überlassen, ist unverantwortlich und den betroffenen Frauen und Männern und deren Ängsten und Vorbehalten gegenüber unsolidarisch.

Wir sind fachlich kompetent, innovativ, verlässlich und sichern dies durch unsere, ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die AWO setzt sich für eine kritische und offene Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und deren gesellschaftlichen Auswirkungen ein. Sie sichert ihren Klientinnen und Klienten fachlich kompetente Beratung zu, die ihre Haltungen, Ängste und Vorbehalte ernst nimmt und Raum für selbstverantwortliche Entscheidungen bietet.

Zusammenfassung der AWO-Positionen zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft

Sexualität und Familienplanung

Sexualität ist ein wesentlicher und positiver Aspekt im Leben aller Menschen. Die AWO geht davon aus, dass Menschen ihre Sexualität und ihre Lebens- und Sexualpartner/innen selbst bestimmen. Die AWO engagiert sich für eine Vielfalt der Lebensformen und Partnerschaften. Aus diesem Grund fordert die AWO die volle rechtliche Gleichstellung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften.

Die AWO setzt sich für Aufklärung und Information, das heißt für sexuelle Bildung ein: deren Aufgabe ist es, ab frühester Kindheit – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – Menschen auf ihrem Weg zu sexueller Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit zu begleiten und zu unterstützen.

Die AWO steht zum Recht von Menschen mit Behinderung auf sexuelle Bildung, Zugang zu freiwilliger Verhütung, auf Partnerschaft, Ehe und Kinder. Sexuelle Selbstbestimmung schließt ein, dass sich alle Frauen und Männer selbstverantwortlich für oder gegen ein Leben mit Kindern entscheiden können. Die AWO fordert daher einerseits gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die die Entscheidung für Kinder fördern und Familien unterstützen. Andererseits müssen alle Menschen einen Zugang zu Verhütungsmitteln haben. Die AWO setzt sich dafür ein, dass Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen kostenfrei Verhütungsmittel erhalten.

Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Genderidentität, sexueller Orientierung, kulturellem Hintergrund oder Behinderung ist genauso wenig akzeptabel wie sexuelle Ausbeutung und Gewalt und muss aus Sicht der AWO geächtet werden.

Intersexualität

Die AWO begrüßt die Empfehlung des Deutschen Ethikrates, Menschen mit nicht eindeutig feststellbarem weiblichem oder männlichem Geschlecht

vor medizinischen Eingriffen und Diskriminierungen zu schützen und personenstandsrechtlich eine frühzeitige Zuordnung auf ein Geschlecht zu vermeiden.

Schwangerschaftsabbruch

Die AWO setzt sich für die freie Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt, für die Abschaffung der Pflichtberatung und für die Streichung des § 218 StGB ein. Als sozialpolitischer Verband setzt sich die AWO für entsprechende soziale und ökonomische Rahmenbedingungen ein, die es Frauen und Männern erleichtert, sich für ein Leben mit Kindern zu entscheiden.

Pränataldiagnostik

Die AWO befürwortet eine kritische Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Pränataldiagnostik.

Die AWO sieht die medizinische Entwicklung, die genetische Beschaffenheit des Ungeborenen hinsichtlich seiner „Abweichung vom Normalen“ festzustellen, kritisch und steht der routinemäßigen Anwendung von PND zur Diagnose nicht therapierbarer genetischer Auffälligkeiten ablehnend gegenüber.

Die AWO setzt sich dafür ein gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen sowie Kontextfaktoren so zu entwickeln, dass Familien mit behinderten Kindern Unterstützung und Akzeptanz und allen Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe, barrierefreie Zugänge sowie Inklusion in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglicht werden.

Assistierte Reproduktion

Die assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung) kann für ungewollt kinderlose Paare die Chance bieten, eigene Kinder zu bekommen. Aufgrund der erheblichen Belastungen bei der Kinderwunschbehandlung sieht die

AWO einen medizinunabhängigen Beratungsbedarf für die Betroffenen. Die AWO ist der Auffassung, dass die Kosten künstlicher Befruchtungen bei maximal drei Behandlungszyklen bis einschließlich der dritten Behandlung von den Krankenkassen übernommen werden sollten, vorausgesetzt, die Behandlung ist medizinisch angezeigt. Damit könnten sich auch finanziell schlechter gestellte Paare diese Behandlung leisten. Auch sollte der familialen Vielfalt Rechnung getragen werden und künstliche Befruchtungen nicht an die Ehe gekoppelt werden.

Kinderlosigkeit, ob gewollt oder ungewollt, muss als eine mögliche Lebensform akzeptiert und nicht stigmatisiert werden.

Die AWO unterstützt das Verbot der Eizellspende in Deutschland. Im Zusammenhang mit Fremdsamenspenden und reproduktionsmedizinischen Maßnahmen im Ausland gibt es aus Sicht der AWO einen unabhängigen Informations- und Beratungsbedarf für die Beteiligten und einen rechtlichen Klärungsbedarf.

Präimplantationsdiagnostik

Die AWO hatte sich für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik mit eng begrenzten Ausnahmen bei Frauen/Paaren mit genetischer Vorbelastung zu Fehl- oder Totgeburten ausgesprochen. Die AWO bedauert daher die gesetzliche Regelung zur Zulassung der PID aufgrund einer genetischen Veranlagung eines oder beider Elternteile. Die Definition und Abgrenzung, was unter einer schwerwiegenden Erbkrankheit zu verstehen ist, ist kaum leistbar, ethisch schwierig und letztendlich diskriminierend.

Berlin, 24.08.2012

Präsidium des AWO Bundesverbandes



