

umstandslos

Recht auf reproduktive Selbstbestimmung

Dokumentation der Fachtagung vom 22.02.2019 in Rostock



Dokumentation der Fachtagung des Landesfrauenrates M-V e.V.

umstandslos

Recht auf reproduktive Selbstbestimmung

Freitag, 22.02.2019
Rathaus Rostock,
Bürgerschaftssaal
9:30 – 17:00 Uhr

Mein Bauch gehört mir! Wirklich? Bestimmen nicht patriarchale Strukturen, Normen und Gebote weiterhin ganz selbstverständlich über den Körper und die Sexualität von Frauen? Auf unserer Tagung wollen wir uns mit aktuellen Fragen und Entwicklungen rund um das Thema "Reproduktive Selbstbestimmung" auseinandersetzen. Damit wollen wir uns in die öffentliche Debatte um die Selbstbestimmungsrechte von Frauen einmischen und klären, was wir gegen den immerwährenden Versuch, diese zu begrenzen und zu beschneiden, tun können bzw. müssen.

9:30 9:45	Ankommen Begrüßung durch den Vorstand des Landesfrauenrates M-V		
10:00	Eröffnungsvortrag Reproduktive Rechte und Bedürfnisse – Spannungslinien in den aktuellen Debatter DIPLSOZ. WISS. KIRSTEN ACHTELIK (AUTORIN, JOURNALISTIN)		
11:00	WS 1:	Aktuelle Situation der Geburtshilfe in M-V KATHRIN HEROLD / SIGRID EHLE (VORSITZENDE LANDESHEBAMMENVERBAND M-V)	

WS 2: Der Kampf um sexuelle Selbstbestimmung – politisch-gesellschaftliche Auswirkungen der Paragrafen 218 und 219a StGB JOHANNA WARTH (BÜNDNIS FÜR SEXUELLE SELBSTBESTIMMUNG)

WS 3: Familiengründung durch Leihmutterschaft?!

DR. KATHARINA BEIER (UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN)

13:00 Galeriespaziergang13:15 Mittagspause

14:00 WS 4: Spannungsfeld pränatale Diagnostik
DIPL.-SOZ. WISS. KIRSTEN ACHTELIK (AUTORIN, JOURNALISTIN)

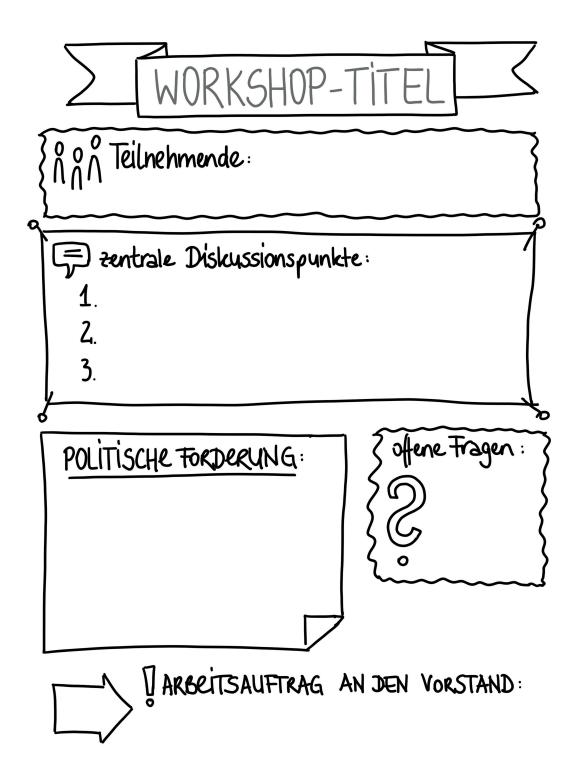
WS 5: Der Kampf um sexuelle Selbstbestimmung – politisch-gesellschaftliche Auswirkungen der Paragrafen 218 und 219a StGB JOHANNA WARTH (BÜNDNIS FÜR SEXUELLE SELBSTBESTIMMUNG)

WS 6: Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung REGINA SCHÖNOWSKI (AWO LANDESVERBAND M-V)

16:30 Ausblick durch die Vorsitzende des Landesfrauenrates M-V17:00 Beginn "Landesfrauenrat M-V intern"



Schema der Ergebnissicherung





Einführungsvortrag

REFERENTIN: DIPL. SOZ.WISS. KIRSTEN ACHTELIK (AUTORIN, JOURNALISTIN, MITARBEITERIN IM GEN-ETHISCHEN NETZWERK UND BEI DER INTERDISZIPLINÄREN NACHWUCHSFORSCHER* INNENGRUPPE "POLITIKEN DER REPRODUKTION" [PRINA])

Reproduktive Rechte und Bedürfnisse – Spannungslinien in den aktuellen Debatten

(ES GILT DAS GESPROCHENE WORT)

Herzlichen Dank für die Einladung, ich freue mich auf einen Tag voller spannender Diskussionen. Heute wollen wir über reproduktive Gesundheit und Rechte reden: Gut, dass dafür ein ganzer Tag Zeit ist. Die Lage ist nämlich komplex – in manchen Bereichen scheinen sich die (berechtigten) Interessen sogar zu widersprechen.

Um etwas Übersicht zu gewinnen, müssen wir uns zuerst darüber verständigen, welche Worte wir in welchen Kontexten benutzen. Das ist in diesem sensiblen und umkämpften Feld besonders wichtig.

- Nicht nur "Frauen" können schwanger werden, sondern auch manche Transmänner und nichtbinäre Personen. Ich finde es daher wichtig, nicht nur von Frauen, sondern auch von "schwangeren Personen" zu sprechen, auch im Beratungskontext, auf Webseiten und in Informationsmaterialien.
- Schwangere Frauen sind manchmal Mütter, wenn sie bereits ein Kind haben, aber nicht, weil sie schwanger sind. Hier ist es besser von "werdenden Müttern" zu sprechen.
- ▶ Ich schlage vor, von Föten und werdenden Kindern zu sprechen, aber nicht von ungeborenen Kindern oder gar von Babys. Diese Begriffe sollten in der politisch-gesellschaftlichen Auseinandersetzung vermieden werden, da sie eine Individualisierung von erst werdenden Menschen suggerieren und ungewollt Schwangeren Schuldgefühle machen können. (Das kann aber in einer Beratungssituation nach pränataler Diagnostik anders sinnvoll sein.)

Feministinnen seit Jahrzehnten fordern das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung – was das bedeutet ist aber so klar nicht. Was als bloßes Bedürfnis und was als Recht formuliert wird verändert sich, wessen Recht auf was wahrgenommen wird und Diskursmacht bekommt, ist umkämpft.

Zu Beginn der Debatten in den 1970er Jahren wurde das Recht auf Selbstbestimmung als Abwehrrecht verhandelt: Niemand sollte über den Körper und das Leben einer Frau entscheiden können als sie selbst. Das ist immer noch ein wichtiger Teil des Konzeptes, dazugekommen sind aber Elemente des positiven Rechts, des "Rechts auf" z. B. der Finanzierung bestimmter Leistungen bis hin zu einem vermeintlichen Recht auf eine mögliche Verfügung über andere Körper. Das halte ich für problematisch.

Wenn wir in die Details gehen wird aus dieser scheinbar einfachen und emanzipatorischen Forderung nach Selbstbestimmung ein diskursives Gestrüpp. Ich werde das exemplarisch anhand einiger Fragen aufzeigen:

Bedeutet sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung ein Recht auf

▶ ein (genetisch) eigenes Kind?

Keine eigenen Kinder bekommen zu können, scheint ein größeres Problem zu sein, als wenn einer Frau die Kinder weggenommen werden. Frauen mit Behinderung passiert das weiterhin häufig. Besonders Frauen mit Lernschwierigkeiten sind betroffen, aber auch Frauen mit körperlichen Behinderungen haben Angst, dass das Jugendamt ihnen das Kind wegnimmt, wenn sie Elternassistenz beantragen. Wenn es hingegen um die Liberalisierung reproduktiver Technologien wie Eizellen"spende" geht, wird häufig betont, wie sehr die Betroffenen an der Nichterfüllung ihrer Wünsche leiden würden. Der Kinderwunsch wohlhabender, westlicher Frauen und Paare ist die entscheidende Größe in der Debatte, die Lebensbedingungen der "Spenderinnen" oder "Leihmütter" werden ausgeblendet oder idealisiert.



▶ ein gesundes Kind?

Pränatale Diagnostik (PND) ist Teil der standardisierten Schwangerenversorgung geworden, die Untersuchungen dienen vermeintlich dem Wohl des späteren Kindes, sie alle "mitgenommen" zu haben gilt als verantwortungsvoll. Damit wächst der Druck auf die werdende Mutter, die aber weitgehend alleine gelassen wird mit den durch die Angebote nötigen Entscheidungsprozesse. Die "Sicherheit", die der Schwangeren versprochen wird, ist eine scheinbare: Ob "alles in Ordnung" ist, kann kein Test herausfinden, durch die Suche nach Auffälligkeit werden individuell und gesellschaftlich Ängste verstärkt statt abgebaut.

Der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzt*innen und Krankenkassen berät aktuell über die Aufnahme von nichtinvasiven Tests (NIPT) auf die Trisomien 13, 18 und 21 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Dies würde die Diagnosespirale für Schwangere heiter anheizen. Auf Grund der politischen, ethischen und gesellschaftlichen Tragweite soll in Kürze auch eine Orientierungsdebatte im Deutschen Bundestag erfolgen.

Da tatsächlich nur ein geringer Prozentsatz der Beeinträchtigungen genetisch bedingt ist bzw. pränatal festgestellt werden kann, ein nicht unbeträchtlicher Teil der Beeinträchtigungen aber bei der Geburt passiert, sind der stattfindende Abbau der Hebammenversorgung und Geburtsbetreuung bei gleichzeitigem Ausbau des Angebots und der Finanzierung von PND gesundheitspolitisch widersinnig.

Das sind nur einige der Fragen, die sich hier stellen. Zudem geht es oft nicht nur um gesetzlich garantierte Rechte, sondern auch um Zugang und Finanzierung – um Gerechtigkeitsfragen. Soll alles, was sich manche Frauen leisten können, für alle finanziert werden? Wie weit trägt das Gerechtigkeitsargument? Besonders diskutiert im Bereich künstliche Befruchtung, pränatale Diagnostik.

Wir können uns den Unterschied zwischen Abwehrrecht und positiven Recht exemplarisch an dem Slogan "den Frauen vertrauen" anschauen, der jetzt gerade in der Kampagne gegen den § 219a wieder häufig verwendet wird:

- ► Als Abwehr bedeutet der Satz, dass eine Frau selber wissen kann, ob sie eine ungeplante Schwangerschaft austragen oder abbrechen will und nicht der Staat, ein Ehemann oder Richter es besser weiß: Frauen ist bei ihren Entscheidungen genauso zu vertrauen wie allen anderen Menschen.
- ▶ Als positive Forderung bekommt der Satz etwas Absolutes und fordert, dass wir als Feministinnen einer Frau in allen ihren reproduktiven Entscheidungen vertrauen sollen, sie nicht kritisiert werden darf und sie bei der Umsetzung unterstützen werden sollte (das gilt dann eben auch für einen Kinderwunsch, der die Ausbeutung anderer Frauen in Kauf nimmt): Frauen ist mehr zu vertrauen als anderen Menschen.

Oder ein anderes Beispiel:

- ► Lesben, nichtverheirateten Paaren und alleinstehenden Frauen die Familiengründung zu erschweren, indem ihnen der Zugang zu legalen Samenspenden verweigert wird und sie von der staatlichen Finanzierung für künstliche Befruchtung ausgeschlossen werden, ist Diskriminierung.
- ► Schwulen Paaren die Familiengründung zu erschweren, weil man Eizellabgabe und Leihgebären verbietet, ist hingegen keine Diskriminierung.

Das ganze Feld wird noch komplexer, wenn wir die derzeitigen politischen Protagonisten und ihre Agenda betrachten.

Der Gesundheitsminister Jens Spahn gilt in der CDU als eher rechts, es ist aber komplizierter: Sein Vorstoß, die auch als "Homoheilung" bezeichnete Konversionstherapie verbieten zu lassen, stieß bei christlichen Rechten und "Lebensschützern" auf Widerstand, genauso wie sein inzwischen zurückgezogener Vorschlag, Präimplantationsdiagnostik (PID) von den gesetzlichen Krankenkassen finanzieren lassen. Für die sehr teure Studie zu den vermeintlich negativen psychischen Folgen



von Abtreibung wurde er hingegen in diesen Kreisen hoch gelobt. Mit einem solchen Gesundheitsminister ist schwer zu kalkulieren – da ist kein Programm, nicht mal eine Richtung erkennbar. Außer: Das was im Gesundheitsbereich dringend ansteht wird nicht angegangen.

Auf der politischen Ebene haben wir außerdem Probleme, weil die Gesetzeslage teilweise widersprüchlich und unlogisch ist, wie wir an der absurden Regelung zum §219a gesehen haben. Die Lage verschlimmert sich durch neue Initiativen und Beschlüsse jedoch eher als dass sie verbessert wird.

Wir stehen vor großen Herausforderungen in unübersichtlicher Lage:

Die berufliche Situation für Hebammen ist sehr schlecht, was negative Folgen für die Geburtsversorgung hat. Und obwohl die beiden damit verbundenen Topoi (mögliche psychische Schäden für die Frau und die Vermeidung von Beeinträchtigungen werdender Kinder) in den Diskussionen um den §219a bzw. die Studie zu den vermeintlichen negativen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen und um die Kassenzulassung für nichtinvasive pränatale Bluttests breit erörtert werden, ist die Hebammenfrage davon abgekoppelt.

Wir werden dieses Jahr intensive Diskussionen um die Kassenzulassung für NIPT bekommen. Da gibt es Ansätze der Kooperation zwischen frauen- und behindertenpolitisch Aktiven, manche Feministinnen möchten das jedoch nur als Gerechtigkeitsproblem behandeln.

Die Versorgungslage für Schwangerschaftsabbrüche wird schlechter – aber statt hier genaueres zu erfahren und Konzepte dagegen entwickeln zu können, wird mit viel Geld eine Studie zu den vermeintlich negativen Folgen von Abbrüchen in Auftrag gegeben.

In Europa und mehreren Bundesländern stehen Wahlen an. Hier ist zu befürchten, dass nationalistische, rechte und antiemanzipatorische Parteien zulegen werden, was den Spielraum für gesundheits- und frauenpolitische Forderungen weiter verkleinert.

Was können wir also tun?

Um neue Antworten auf die aktuellen Probleme zu entwickeln, sollten wir uns fragen:

- ▶ Wessen Bedürfnisse und Lebensbedingungen werden in den Mittelpunkt der Debatte gerückt?
- ▶ Womit begründen wir welche Forderung, was finden wir warum gut und erkämpfenswert?
- ▶ Was ist der Nutzen, und könnte das Argument oder die Stoßrichtung auch schaden?

Ich hoffe, dass wir an diesem Fachtag einige Antworten finden.

Workshop 1

REFERENTINNEN: SIGRID EHLE, KATHRIN HEROLD, FRANZISKA ROESSLER VOM HEBAMMENVERBAND M-V

Teilnehmende: 18

Aktuelle Situation der Geburtshilfe in M-V

Die freie Wahl des Geburtsortes ist ein Grundrecht. Wie kann dieses Recht sichergestellt werden, ohne dass Frauen sich und ihre Kinder dabei gefährden? Selbstbestimmte Geburt – durch Informationen! Was spricht für und was gegen außerklinische Geburtshilfe / Entbindung in einer Klinik? Wie sieht es aktuell in M-V aus? Wieviele außerklinisch arbeitenden Hebammen und wieviel geburtshilfliche Kliniken gibt es bei uns im Land? Was kann konkret von uns allen getan werden?

Zentrale Diskussionspunkte:

- 1. Arbeitsbelastung der Hebammen (Betreuungsschlüssel, zeitliche Vorgaben etc.)
- 2. Wirtschaftlichkeit des Berufes (Versicherung, Pauschalen u.a.)
- 3. Sensibilisierung für den Beruf (Öffentlichkeitsarbeit, Projekte, Aufklärung)
- 4. Akademisierung des Berufes
- 5. Wahlfreiheit für Gebärende



Politische Forderungen:

- Betreuungsschlüssel 1:1
- · Versorgung flächendeckend im ländlichen Raum sicherstellen
- Strukturen verändern
- Pauschalen für Hebammenleistungen erhöhen
- Akademisierung voranbringen

Arbeitsauftrag an den Vorstand:

- Über welche Kanäle kann das Thema weiter gestreut werden?
- Forderungen bündeln und an die Landes- und Bundesebene herantragen

Offene Fragen:

- Interkulturelle Kompetenz?
- Wie kann für das Thema sensibilisiert werden? Idee: Projekt "Hebammen an Schulen"

WIE WURDEN BISLANG ERGEBNISSE UMGESETZT?

- Gespräche zwischen dem Landeshebammenverband M-V und dem LFR M-V, um das Vorgehen abzustimmen
- Stellungnahme der LFR-Vorstandsfrau Dr. Cathleen Kiefert-Demuth in Kooperation mit dem Landeshebammenverband M-V für die Arbeitsgemeinschaft Gleichstellung beim Städte- und Gemeindetag
- 3. Brief des LFR M-V an die Ministerpräsidentin des Landes Mecklenburg-Vorpommern und die Präsidentin des Landtages Mecklenburg-Vorpommern vom 9. Mai 2019 (siehe Anlage 1), um die Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen

Workshop 2 und 5

REFERENTIN: JOHANNA WARTH VOM BÜNDNIS FÜR SEXUELLE SELBSTBESTIMMUNG BERLIN

Teilnehmende: 34 aus den Mitgliedsverbänden, Beratungsstellen, Politik

Der Kampf um sexuelle Selbstbestimmung – politisch-gesellschaftliche Auswirkungen der §§ 218 und 291a StGB

In diesem Workshop wurden die Paragrafen, die in Deutschland den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen regeln, erläutert und kritisch betrachtet. Wir haben einen Blick auf den fortwährenden Kampf der feministischen Bewegung gegen diese Paragrafen bzw. vor allem Paragraf 218 StGB geworfen – angefangen in den 70er Jahren bis in die Gegenwart, wo vor allem 219a StGB Gegenstand einer öffentlichen Debatte geworden ist. Wer will Frauen* den Zugang zu sicheren und legalen Abbrüchen verwehren? Wer ist die sogenannte "Lebensschutzbewegung" und mit welchen Strategien geht sie vor? Diese und andere Fragen waren Gegenstand des Workshops und natürlich auch Überlegungen, wie wir uns vernetzen und was wir für unser Recht auf sexuelle Selbstbestimmung tun können.

Zentrale Diskussionspunkte:

- 1. Das Thema mehr in den öffentlichen Diskurs rücken und enttabuisieren
- 2. Mehr Aufklärung bei jungen Menschen
- 3. Enttabuisierung: Durch die Tabuisierung des Themas wird wenig dazu gelehrt und geforscht; das führt z.B. dazu, dass Deutschland in den Methoden rückständig ist und bei Mediziner*innen eine große Wissenslücke in diesem Bereich herrscht.



- 4. Es braucht Schutz und Unterstützung für das geborene Leben; nicht nur für das Ungeborene.
- 5. Spannungsfeld Schwangerschaftskonfliktberatung als Zwangsberatung
- 6. Lebensschützer*innenbewegung im Kontext von Antifeminismus und Rechtspopulismus
- 7. Alte weiße Männer und Frauen entscheiden über den Körper von jungen Frauen.
- 8. In dem Gesetz und der Debatte darum wird ein problematisches Frauenbild gezeichnet: Die Frau, die vor ihren eigenen Entscheidungen geschützt werden muss.

Politische Forderungen:

- Abschaffung des § 219a
- Schwangerschaftsabbruch als reguläres Angebot in der medizinischen Ausbildung
- Aufklärung und Tabu brechen
- · Mehr medizinische Forschung zu Abbruch und Verhütung

Arbeitsauftrag an den Vorstand:

- am Frauen*streiktag am 8. März auf das Thema aufmerksam machen
- · Vernetzung zum Thema fördern / Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung in M-V gründen
- Informationskampagne / Ausstellung
- Beteiligung am Aktionstag für sexuelle Selbstbestimmung

Offene Fragen:

- (Wie) Ist eine Abschaffung des § 218 StGB möglich?
- · Kann diese ethische Frage rechtlich geklärt werden?

WIE WURDEN BISLANG ERGEBNISSE UMGESETZT?

- 1. Am Frauen*streiktag am 8. März wurden die Themen "Sexuelle Selbstbestimmung", "§§218 und 219a StGB" sowie unsere Forderungen auf vielfältige Weise öffentlichkeitswirksam vorgestellt (u.a. im Frauen*streikmagazin CLARA unter https://www.yumpu.com/de/document/read/62421325/clara, auf Facebook unter https://de-de.facebook.com/frauenstreikrostock/ und über die sozialen Kanäle siehe u.a. unter https://stadtgestalten.org/frauenstreik, in den Redebeiträgen, auf Transparenten und in Medienbeiträgen)
- 2. Das Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung M-V befindet sich in Gründung. Auf der Delegiertenkonferenz des Landesfrauenrates M-V am 19.9. in Barth wird das Bündnis vorgestellt.
- 3. Am 21.9. wird ein Bus für die Fahrt nach Berlin gechartert, um gegen den "Marsch für das Leben" zu demonstrieren.
- 4. Am 28.9. ist der bundesweite Aktionstag für sexuelle Selbstbestimmung. Es werden an diesem Tag Aktionen in M-V durchgeführt.
- 5. Eine Vernetzung des LFR M-V mit dem AStA der Hochschulen wird nach Bündnisgründung angestrebt.
- In der Klausurtagung der LAG der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten am 10.5. in Stralsund wurden die Ergebnisse der Fachtagung vorgestellt und die Bündnisgründung erörtert.



Workshop 3

DR. KATHARINA BEIER, ASSOZIIERTE MITARBEITERIN AM INSTITUT FÜR ETHIK UND GESCHICHTE DER MEDIZIN, UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN, KATHARINA.BEIER@MEDIZIN.UNI-GOETTINGEN.DE

Teilnehmende: 19 aus den Mitgliedsverbänden, Beratungsstellen

Familiengründung durch Leihmutterschaft?!

Leihmutterschaft ist in Deutschland ein wenig diskutiertes Thema. Sie ist verboten, deswegen zieht es deutsche Paare immer wieder ins Ausland. Doch einfach die Frage zu stellen, soll Leihmutterschaft rechtlich erlaubt werden oder nicht, klammert viele, auch ethische Fragen aus. Wie steht es mit der reproduktiven Autonomie aller Beteiligten? Ist Leihmutterschaft nicht Kommerzialisierung von Fortpflanzung? Werden Frauen, die als Leihmütter agieren, ausgebeutet? Und was bedeutet es für Kinder, von einer Leihmutter zur Welt gebracht worden zu sein? Diese und weitere Aspekte wurden im Workshop diskutiert.

PRAXIS DER LEIHMUTTERSCHAFT

Formen

- genetisch (voll/traditional)
- · gestational (partial/Tragemutterschaft)

Verfahren

- Insemination
- Eizellentnahme nach Hormonstimulation (bei Wunschmutter/Eizellspenderin) mit nachfolgender IVF/ICSI

Ursachen für Nachfrage

- med. Gründe, die Schwangerschaft verbieten/unmöglich machen
- Leihmutterschaft als "letzter Ausweg"
- beschränkte Möglichkeiten zur Adoption
- · Wunsch nach genetischer Beziehung zum Kind
- homosexuelle Paare

Unterscheidung

- altruistisch vs. kommerziell
- transnational vs. inländisch

Gründe für transnationale Leihmutterschaft

- · Umgehung inländischer Verbote
- Möglichkeit gestationaler Leihmutterschaft
- Kostengründe
- "Verfügbarkeit" von Leihmüttern und entsprechender "Infrastruktur" -> "reproductive hubs" (König 2017)
- unsichere Datenlage
- Rechtslage



- Weltweit unterschiedliche Regelungen:
 - verboten (Deutschland, Schweiz, Italien)
 - keine rechtliche Regelung (Tschechien, Polen, Rumänien, Japan)
 - erlaubt unter bestimmten Bedingungen
- Altruistische Leihmutterschaft ohne Entgelt (UK, Griechenland, Portugal, Australien, Kanada, Südafrika, Dänemark, Portugal)
 - öffentliche Suche/Werbung unzulässig (Niederlande)
 - Paare müssen selbst eine Leihmutter finden (Belgien)
 - nur heterosexuelle Paare (Israel)
 - Leihmutter muss bereits ein eigenes Kind haben (Portugal)
 - nur für eigene Staatsbürger*innen (Griechenland)
- kommerzielle Leihmutterschaft gegen Entgelt (Kalifornien, Ukraine, Russland)
 - nur für eigene Staatsbürger*innen (Indien)
 - Verträge nichtig, wenn Leihmutter Kind behalten will (Spanien)
- Anerkennung der Elternschaft
 - Kind von Geburt an Kind der Wunscheltern (Kalifornien, Ukraine, Griechenland)
 - Adoptionsverfahren nach Geburt (UK, Dänemark, Niederlande)

Hintergrund dt. Rechtslage

- "Auseinanderfallen" von genetischer/gestationaler bzw. gestationaler/sozialer Beziehung
- "gespaltene Mutterschaft" als unerwünschter Zustand (vgl. ESchG (1990), Adoptionsvermittlungsgesetz (2001), Kindschaftsreformgesetz (1998)) – jedoch: kein Verbot der Embryonenspende …
 - Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahre für Ärzt*innen schränkt auch Beratungsmöglichkeiten ein ...
 - Wunscheltern/Leihmütter bleiben straffrei
- Geburtsmutter gilt als Mutter des Kindes (§1519 BGB)
 - Anerkennung der Wunscheltern unter bestimmten Voraussetzungen jedoch möglich Verweis auf Kindeswohl (BGH-Beschluss vom 10.12. 2014 (XII ZB 463/13))

Reflexionsbedarf

- Rechtliche Verbote verhindern Leihmutterschaft nicht und bieten keine Lösung für die Praxis.
- Damit verbunden sind ethische, soziale und gesellschaftspolitische Herausforderungen!
- Diversität als Herausforderung für ethische Bewertung und rechtliche Regulierung:
 DIE Leihmutterschaft gibt es nicht!

Beier, K (2018): Ethical objections about surrogacy in German debates: a critical analysis. In: S Mitra/T Patel/S Schicktanz (Hg.): Cross-comparative perspectives on surrogacy and gamete donations: The Entanglements of Macro- and Micro-politics in India, Israel and Germany. Palgrave Macmillan.



DREIMAL LEIHMUTTERSCHAFT - UND DOCH GANZ VERSCHIEDEN ...

Fall I (USA)

- · Maja und Jens (dt. Wunschelternpaar); unerfüllter Kinderwunsch nach mehreren Fehlgeburten
- finden Leihmutter Lisa, Mutter von zwei Kindern, verheiratet, Hausfrau, mittlerer Bildungsgrad und Einkommensklasse, über eine Agentur in den USA
- persönliches Kennenlernen, Leihmutter entscheidet, ob sie Leihmutterschaft für das Paar übernimmt, dann vertragliche Aushandlung aller Details
- Kosten ca. 120.000 Euro aufwärts
- Lisa wird hormonell stimuliert und mit Gameten der Wunscheltern befruchtet (u.U. stammt Eizelle auch von einer Eizellspenderin)
- Wunscheltern und Leihmutter stehen in persönlichem Kontakt während Schwangerschaft (Skype, E-Mails etc.) und sind bei der Geburt dabei
- Wunscheltern sind von Geburt an Eltern des Kindes
- Kind erfährt, wer die Leihmutter ist; Kontakt zwischen Leihmutter und der Familie besteht auch nach Geburt fort
- Wissen über Eizellspenderin/Kontakt mit dieser ist deutlich seltener, wenngleich nicht ausgeschlossen

Fall II (Indien)

- Sina und Peter (dt. Wunschelternpaar); unerfüllter Kinderwunsch nach mehreren Fehlgeburten
- · finden auf ausländische Patientinnen spezialisierte Klinik in Kalkutta
- Wunscheltern wählen eine Leihmutter, Nandini, aus den von der Agentur vorgeschlagenen aus.
- Nandini hat selbst 2 Kinder, kurze Schulbildung, ihre Familie hat ein Einkommen, lebt aber in angespannten finanziellen Verhältnissen; Nandini möchte die Zukunft ihrer Kinder sichern, findet, dass Leihmutterschaft besser ist als andere Tätigkeiten; sie kann damit ein Vielfaches ihres Jahreseinkommens verdienen
- Möglicherweise begegnen sich Nandini und Sina und Peter kurz, möglicherweise aber auch nicht – Agenturen unterbinden das; Sprach- und kulturelle Barrieren kommen hinzu
- Vertragliche Bedingungen werden von Agentur und Wunscheltern diktiert (z.B. Geburt per Kaiserschnitt, ggf. Mehrlingsreduktion etc.) Nandini versteht diese nicht unbedingt, der Vertrag ist auf Englisch.
- Nandini wird mit den Gameten der Wunscheltern nach hormoneller Stimulation befruchtet; auf die Anzahl der transferrierten Embryonen hat sie keinen Einfluss
- Schwangerschaft wird eng durch das klinische Regime der Klinik überwacht; Nandini zieht in ein "surrogacy home" zusammen mit anderen Leihmüttern fern ihrer Familie ein
- Nandini wird instruiert, dass das Kind nicht ihr Kind sei; sie selbst spielt die Komponente des Gelderwerbs selbst herunter, um gesellschaftliche Stigmata abzuwehren
- Von ihrer Schwangerschaft weiß nur ihr Partner, vor anderen Personen hält sie diese geheim, da Leihmutterschaft in Indien z.T. mit Ehebruch oder Prostitution assoziiert wird
- Für ihre "Leistung" wird Nandini schrittweise bezahlt voller Betrag erst nach Übergabe (22.000-30.000 Euro); u.U. bekommt sie gar kein Geld, wenn es zu einer Fehlgeburt kommt



- die Übergabe des Kindes führt zu keinen größeren Schwierigkeiten, aber sie wünscht sich sehr, ab und zu von den Wunscheltern zu hören, Fotos vom Kind zu bekommen – leider bricht der Kontakt ab; ob und was die Wunscheltern dem Kind erzählen, entzieht sich Nandinis Kenntnis
- eine medizinische Nachsorge existiert für Nandini nicht; gesundheitliche Risiken trägt sie allein

Fall III (Großbritannien)

- Kim und John (britische Staatsbürger); unerfüllter Kinderwunsch; Kim hat nach einer Hysterektomie keine Gebärmutter mehr
- Bis sie eine Leihmutter, Lucy, finden vergehen 2 Jahre
- Lucy ist unverheiratet, hat bereits zwei Kinder; mittlerer Bildungsabschluss; Wunsch, anderen zu helfen; zugleich: Aufbesserung des eigenen Einkommens
- Lucy trifft sich mit Kim und John mehrfach; bevor sie den Prozess beginnen, lassen sich beide Seiten unabhängig voneinander psychosozial und rechtlich beraten
- Lucy, Kim und John legen einvernehmlich die Rahmenbedingungen fest (z.B. Geburtsmodus etc.) und unterzeichnen eine Leihmutterschaftsvereinbarung – rechtlich jedoch nicht bindend, da Lucy qua Geburt als Mutter gilt
- Lucys Entscheidungen über ihren Körper haben im Zweifelsfall Vorrang, auch wenn anderes vereinbart wurde
- Aufwandsentschädigung für Lucy bis zu 18.000 Euro; Gesamtkosten bis zu 60.000 Euro
- Nach der Geburt müssen Kim und John eine "parental order" stellen frühestens 6 Wochen, spätestens 6 Monate nach der Geburt; Lucy muss dem zustimmen; sollten Kim und John das Kind nicht annehmen, bleibt Lucy rechtlich gesehen die Mutter des Kindes
- Beratungsangebote auch nach der Geburt für beide Seiten; Fortsetzung der Gesundheitsfürsorge für Lucy
- Fortsetzung des Kontakts und Information des Kindes über seine Herkunft ist wahrscheinlich

THEMEN FÜR DIE DISKUSSION

1. Gruppe:

 Die Situation der Leihmütter – zwischen reproduktiver Autonomie und Ausbeutung

2. Gruppe:

 Leihmutterschaft und Kindeswohl: Verantwortliche Elternschaft oder Kinderhandel?

3. Gruppe:

Gesellschaftspolitische Konsequenzen:
 Vor- /Nachteile einer Legalisierung von Leihmutterschaft



LITERATUR

Arbeitskreis Abstammungsrecht. (2017). Abschlussbericht. Empfehlungen für eine Reform des Abstammungsrechts. Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), ed., Köln: Bundesanzeiger Verlag

Arvidsson . A. et al. (2015): Views of Swedish commissioning parents relating to the exploitation discourse in using transnational surrogacy. PLOS 10(5) e0126518.

Beier, K (2018): Ethical objections about surrogacy in German debates: a critical analysis. In: S Mitra/T Patel/S Schicktanz (Hg.): Cross-comparative perspectives on surrogacy and gamete donations: The Entanglements of Macro- and Micropolitics in India, Israel and Germany. Palgrave Macmillan.

Beier, K. (2015). Surrogate motherhood – a trust-based approach. Journal of Medicine & Philosophy, 40(6), pp.631–652.

Bleisch, B. (2013). Leihmutterschaft als persönliche Beziehung. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 17(1), pp.5-28.

Blyth, E. 1995. 'Not a primrose path': commissioning parents' experiences of surrogacy arrangements in Britain. Journal of Reproductive and Infant Psychology 13: 185–196.

Ciccarelli/Beckmann (2005): Navigating rough waters: an overview on psychological aspects of surrogacy. J Soc Issues 61: 21-43. Dept. of Health & Social Care (2018): Care in Surrogacy. Guidance for the care of surrogates and intended parents in surrogate births in England and Wales.

Freeman, T., Bourne, K., Jadva, V. and Smith, V. (2014). Making connections. Contact between sperm donor relations. In: T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj and M. Richards, ed. Relatedness in Assisted Reproduction, Cambridge: Cambridge University Press, pp.270–295.

Golombok, S. (2015): Modern Families. Cambridge University Press.

Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G. and Jadva, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of child adjustment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54, pp.653–660.

Horsey, K., 'Surrogacy in the UK: Myth busting and reform' Report of the Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform (Surrogacy UK, November 2015).

Jadva/Imrie (2014): The significance of relatedness for surrogates and their families. In: Tabita Freeman et al.: Relatedness in Assisted Reproduction.

Lane, M. (2003). Ethical issues in surrogacy arrangements. In: R. Cook, S.D. Sclater and F. Kaganas, ed. Surrogate Motherhood: International Perspectives. Oxford/Portland: Hart Publishing, pp.121–139.

MacCallum, F., E. Lycett, C. Murray, V. Jadva, and S. Golombok. 2003. Surrogacy: The experience of commissioning couples. Human Reproduction 18:1334–1342.

Mitra, S. (2018): An ethnography of risks and failures during commercial surrogacy in India. Dissertation Göttingen.

Pande, A. (2011): Transnational commercial surrogacy in India: gifts for global sisters? Reprod Biomed Online 23(6), 618-625.

Readings, J et al. (2011): Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. Reprod Biomed Online 22, 485-495.

Söderström-Anttila et al. (2016): Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systematic review. Human Reproduction Update 22(2),260-276.

Teman, E. (2008). The social construction of surrogacy research: an anthropological critique of the psychological scholarship on surrogate motherhood. Social Science & Medicine, 67, pp.1104–1112.

Tieu, M.M. (2009). Altruistic surrogacy: the necessary objectification of surrogate mothers. Journal of Medical Ethics, 35, pp.171–175.

Zentrale Diskussionspunkte:

- 1. Situation der Leihmütter
- 2. Leihmutterschaft und Kindeswohl
- 3. Geld, Empathie
- 4. Kann eine Bindung zwischen Eltern und Kind aufgebaut werden?
- 5. aus Sicht der Eltern ein Wunschkind
- 6. Kinderhandel aus Sicht der Leihmutter, wenn viele Geld verdienen
- 7. Eltern werden alles zum Wohle des Kindes tun
- 8. aus Sicht des Kindes: Identität wichtig; Recht des Kindes, zu wissen, wo es herkommt



Gesellschaftspolitische Konsequenzen der Legalisierung der Leihmutterschaft

Positiv:

- Reduzierung von Leihmutterschaft im Ausland und mehr Transparenz
- "Bestmögliche" Rahmenbedingungen
- · Klare rechtliche Regelungen raus aus der Grauzone
- · Bereits vorhandene Kriminalisierung kann reduziert werden

Negativ:

- Gefahr der Kriminalisierung
- Gefahr der Ausbeutung
- Verstärkung sozialer Ungleichheit
- Schwangerschaftsrisiken der Mutter

Arbeitsauftrag an den Vorstand:

· Das Thema weiter diskutieren

Offene Fragen:

• Gibt es ein "Recht" auf ein Kind?

WIE WURDEN BISLANG ERGEBNISSE UMGESETZT?

Die Mitgliedsverbände des LFR M-V ASF und das Frauenwerk der Nordkirche bereiten eine Veranstaltung zu diesem Thema vor und der LFR ist Kooperationspartner.

Workshop 4

REFERENTIN: DIPL. SOZ.WISS. KIRSTEN ACHTELIK (AUTORIN, JOURNALISTIN, MITARBEITERIN IM GEN-ETHISCHEN NETZWERK UND BEI DER INTERDISZIPLINÄREN NACHWUCHSFORSCHER* INNENGRUPPE "POLITIKEN DER REPRODUKTION" [PRINA])

Teilnehmende: 26 aus den Mitgliedsverbänden, Hebammen, Gleichstellungsbeauftragte, Vertreter*innen der Selbsthilfe, Politik, Beratungsstellen

Spannungsfeld pränatale Diagnostik

Das Recht auf Selbstbestimmung ist noch lange nicht erkämpft. Das liegt auch daran, dass die Debatte komplexer ist als die Parole "Mein Körper, meine Entscheidung!". Was ich wollen und entscheiden kann, ist immer auch gesellschaftlich geprägt. Was bedeutet das in einer Gesellschaft, die trotz allem Reden von Inklusion, Menschen mit Behinderung diskriminiert und benachteiligt in Bezug auf pränatale Diagnostik? Zwischen feministisch und behindertenpolitisch Engagierten kommt es über diese Fragen zu Konflikten – das muss aber nicht sein. Feministinnen müssen in bioethischen Fragen nicht den "Lebensschützern" das Feld überlassen. Angst vor Behinderung zu haben, scheint normal zu sein – normal heißt aber nicht, dass es gut so ist und so bleiben soll. Angst ist ein schlechter Ratgeber für selbstbestimmte Entscheidungen – die Normalität pränataler Diagnostik hat negative Auswirkungen auf schwangere Frauen und auf Menschen mit Behinderung. Und wenn wir feststellen, dass die angebotenen Möglichkeiten die Angst verstärken, statt sie zu verringern, dann sollten wir über Alternativen nachdenken und diskutieren.

Ich werde versuchen, das komplexe Feld der pränatalen Diagnostik (PND) und der damit verbundenen Schwangerschaftsabbrüche aufzuschlüsseln und die Dichotomie, den vermeintlichen Gegensatz zwischen Frauen- und Lebensrechten aufzulösen.

Es ist wichtig zu unterscheiden, dass wir von zwei unterschiedlichen Motivationen für Abtreibungen reden. Der Großteil der Abbrüche erfolgt auf Grund von ungewollten Schwangerschaften. Warum die schwangere Person kein Kind will bzw. die Schwangerschaft nicht austragen will, ist dabei unerheblich.



Dann gibt es eigentlich gewollte bzw. angenommene Schwangerschaften, die aber nach PND und der Feststellung einer Beeinträchtigung des Fötus nicht mehr fortgesetzt werden.

Der wichtige Unterschied ist, dass es hier eben darum geht, ein bestimmtes werdendes Kind nicht bekommen zu wollen, was ein implizites Werturteil beinhaltet.

Problem pränatale Diagnostik

Pränatale Untersuchungen sind längst zum Standard der Schwangerenversorgung geworden. Sie sind aber nicht einfach medizinischer Fortschritt, sondern oft problematisch. Auch hier möchte ich eine Unterscheidung vorschlagen, nämlich die zwischen sinnvollen und eher schädlichen Untersuchungen:

Nur ein Bruchteil der pränatalen Untersuchungen richtet sich auf die Gesundheit des werdenden Kindes und der werdenden Mutter, diese haben einen medizinischen bzw. therapeutischen Zweck und sind somit sinnvoll.

Mit den meisten Tests wird aber nach Abweichungen oder Behinderungen gesucht, deren Feststellung keine medizinische Intervention ermöglichen, sondern die Frage aufwerfen, ob man das werdende Wunsch-Kind, für das man eben noch alles getan hat, nun unter den neuen Umständen überhaupt noch bekommen will. Diese bezeichne ich als "selektive Untersuchungen": Bewertet wird der Zustand des Fötus, es ist eine Suche nach Anzeichen für Behinderungen und Abweichungen von einer gedachten und festgelegten Norm (z.B. des Wachstums oder der Proportionen). Das trifft auch auf die Suche nach Trisomien zu. Wenn eine Trisomie 21 (Down-Syndrom) feststellt wird, dann gibt es nichts zu behandeln. Solche Tests dienen also nicht der Prävention.

Dies wird aber in der Untersuchung und Beratung gar nicht thematisiert. Werdende Eltern und die Ärzt*innen stellen ganz andere Fragen:

Die werdenden Eltern wollen wissen, ob "Alles in Ordnung" ist (eine Frage, die gar nicht beantwortet werden kann), die Frauenärzt*innen und Pränataldiagnostiker*innen suchen nach Auffälligkeiten und Markern für Beeinträchtigungen und können eigentlich nur sagen: Bis hierhin gab es keine Auffälligkeiten, was aber eine andere Aussage ist.

So ist das Angebot pränataler Diagnostik und vor allem der Ultraschall zu einem dauernden Selbstvergewisserungsmechanismus geworden, dem manche Frauenärzt*innen ja auch mit Ultraschall-"Flatrates" entgegenkommen.

Neben diesen kategorialen Problemen haben wir auf der eher praktischen Ebene noch Probleme der mangelnden Aussagekraft von Tests, der teilweise hohen Rate von falsch-positiv Ergebnissen und der hohen Varianz der meisten pränatal feststellbaren Beeinträchtigungen.

Der medizinische Blick auf Behinderung

Behinderung wird trotz allem Reden von "Inklusion" vielfach immer noch ausschließlich mit Sorgen, Leid, Belastung und Schmerzen assoziiert. Dies entspricht dem auch gesellschaftlich weit verbreiteten medizinischen Modell von Behinderung. Stattdessen wird in den Disability Studies das soziale Modell verwendet, das die körperlichen und geistigen Besonderheiten nicht außer Acht lässt, die Behinderung jedoch in der Umwelt und Gesellschaft verortet (Der dazu passende Slogan der Behindertenbewegung lautet: Wir sind nicht behindert, sondern werden behindert).

Dies bedeutet in Bezug auf pränatale Diagnostik häufig: Durch die Defektorientierung der PND, die sowieso verbreitete Angst von Behinderung und den Schock der Diagnose wird das werdende Kind nur noch mit dieser identifiziert, alle anderen Vorstellungen treten dahinter zurück.

Die allgemein angenommene Andersartigkeit macht Menschen mit Behinderungen zur Projektionsfläche für Ängste vor Schmerzen, Abhängigkeit, Immobilität und Verlust von Kontrolle. Behinderung fungiert so als Chiffre für ein großes Unglück, das einer*m erspart bleiben möge (indem man das Kind mit Behinderung vermeidet). In den auf Mängel ausgerichteten Blick gerät nur, was "so ein Kind" vermeintlich alles nicht können wird.



Problem Selbstbestimmung

Schwangere werden heutzutage in eine pränatale Diagnosespirale hineingezogen: Das Angebot an Untersuchungen dient vermeintlich dem Wohl des späteren Kindes, sie alle mitgemacht zu haben, gilt als verantwortungsvoll. Gemeint ist die Verantwortung, dem zukünftigen Kind optimale Startchancen bieten zu müssen. Damit wächst der Druck auf die werdende Mutter, die aber alleine gelassen wird mit den durch die Angebote nötigen Entscheidungsprozessen. Die "Sicherheit", die der Schwangeren versprochen wird, ist eine scheinbare: Ob "alles in Ordnung" ist, kann kein Test herausfinden, Ängste werden verstärkt statt abgebaut.

Die gesellschaftliche Bereitstellung von Ressourcen für die gezielte pränatale Suche nach Abweichungen und Behinderungen (via Regelfinanzierung durch die Krankenkassen) zeigt, dass es weiterhin als normal und unproblematisch gilt, Behinderung vermeiden zu wollen.

Beeinträchtigungen und Abweichungen gelten als beschwerlich und eigentlich unzumutbar. Darum greift die medizinische Indikation des § 218, die ja eigentlich auf die Gesundheit der Schwangeren zielt, auch meist so problemlos: Es wird davon ausgegangen, dass ein behindertes Kind nicht zumutbar ist. Schwangere gehen hingegen oft davon aus, dass die Behinderung für ihr werdendes Kind nicht zumutbar wäre und das auch bei kleineren Abweichungen. Oft wird eine Angst vor Diskriminierung als Grund für den Schwangerschaftsabbruch angegeben.

Das gesellschaftlich dominante Bild von Behinderung erschwert es, sich vorzustellen, dass das Kind, käme es mit dieser Beeinträchtigung zur Welt, ein ganz gutes Leben haben könnte. Die zunehmende Normalisierung der PND, auch durch den Bluttest auf Trisomie 21, verstärkt diese Dynamik.

Nach der Logik des sozialen Modells sagt uns eine Beeinträchtigungsdiagnose des werdenden Kindes dagegen eben nichts über sein erwartbares Lebensglück – nicht vorhandene oder kaputte Aufzüge oder ein Abbau sozialer Leistungen hingegen schon. Durch einen Blickwechsel vom einzelnen Körper auf gesellschaftliche Fragen fällt auch auf, dass "Anderssein" eine weitverbreitete Lebenserfahrung darstellt, statt eine vermeidenswerte Ausnahme zu sein.

Schock, Abwehr und Ambivalenzen sind normale Reaktionen auf eine pränatale Behinderungsdiagnose. "Normal" heißt allerdings nicht, dass das auch so bleiben muss. Schließlich sind negative Reaktionen auf Menschen mit Behinderungen oder negative Annahmen über ein Leben mit einer Behinderung zwar "normal" im Sinne von weit verbreitet, aber nicht im Sinne von gesellschaftlich erwünscht. Genauso wie gegen Rassismus oder Homophobie sollten auch in diesem Bereich Anstrengungen unternommen werden, um diese feindlichen oder abwehrenden Einstellungen zu bekämpfen und abzubauen.

Ob selektive pränatale Diagnostik tatsächlich der Inklusion entgegenwirkt, ist eine offene Fragezu schlecht ist die Datenlage in Bezug auf die unterschiedlichen Motivationen für pränatale Tests und ihre gesellschaftlichen Auswirkungen. Umgekehrt könnte aber Inklusion dazu beitragen, Unkenntnis über und Angst vor Behinderung abzubauen und so einiges an pränatalen Tests überflüssig erscheinen lassen.

Ausblick

Aktuell gibt es wieder eine gesellschaftliche Diskussion um PND, die sich vor allem um den nicht-invasiven Bluttest auf die Trisomien 21, 13 und 18 und eine mögliche Finanzierung durch die Krankenkassen dreht. Im Sommer will der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) darüber entscheiden, ob der Test in die Krankenkassenversorgung übernommen wird. Einige kritische Abgeordnete haben dafür gesorgt, dass es dazu auch eine Orientierungsdebatte im Bundestag geben wird. Ich würde mir wünschen, dass diese dazu beiträgt, die Vorurteile über und die Ängste vor Behinderung abzubauen.



Zentrale Diskussionspunkte:

- Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Schwangeren und Diagnostiker*innen verbessern auch vor dem Hintergrund, dass Pränataldiagnostik ausschließlich mit medizinischem Blick geschieht (Vorstellungen von Leid und Belastung werden mit der Idee in Zusammenhang gestellt, dass Behinderungen damit verbunden sind – Steigerung der Angst vor Behinderungen; es sollte alternativ darum gehen, Behinderung als soziale Beeinträchtigung anzusehen "Wir sind nicht behindert, wir werden behindert")
- 2. Angst abbauen und Aufklärung und Beratung von Schwangeren, Ärzt*innen, Eltern und Jugendlichen verbessern
- Druck lastet auf Frauen (1. Pränataldiagnostische Tests zu machen, 2. Sich zu optimieren,
 Verantwortung für die Entscheidung wird individualisiert)

Politische Forderungen:

- Angst abbauen durch bessere Inklusion und mehr Akzeptanz
- Korrekte Einhaltung der Mutterschafts-Richtlinie (unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/19/)
- Frühzeitige Aufklärung u.a. im Ethikunterricht
- Thema / Themenwoche in den Medien Politik soll darauf hinwirken
- Beratungslandschaft verbessern und finanzieren

Arbeitsauftrag an den Vorstand:

- Der Landesfrauenrat führt ein Gespräch mit Mitgliedern der SPD-Fraktion und des Bundestages
- Die Vertreterin des LFR M-V bringt dieses Thema in den Rundfunkrat ein
- Kooperation mit den Frauenbeauftragten in den Behinderteneinrichtungen
- Informationen und Öffentlichkeitsarbeit für das Thema und Dokumentation

Offene Fragen:

· Wie können wir dem Optimierungstrend entgegenwirken?

WIE WURDEN BISLANG ERGEBNISSE UMGESETZT?

- 1. Mit der frauen- und gleichstellungspolitischen Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion läuft die Terminfindung für ein Gespräch unter Beteiligung von Sonja Steffen (MdB) im Herbst 2019.
- Die Vertreter*innen der LAG der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten besprechen mit der Vertreterin der LAG und des LFR M-V im Rundfunkrat, wie das Thema im Rundfunkrat und in den Medien platziert werden kann.
- 3. Vertreter*innen des Mitgliedsverbandes "LAG der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten" haben Gespräche mit Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten in Behinderteneinrichtungen geführt. Ein regelmäßiger Austausch wurde verabredet.



WORKSHOP 5 SIEHE WORKSHOP 2

Workshop 6

REFERENTIN: REGINA SCHÖNOWSKI VOM AWO LANDESVERBAND M-V

Teilnehmende: 7 aus den Mitgliedsverbänden

Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

Die Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung unterstützt Frauen und Mädchen dabei, Sexualität und Fortpflanzung selbstbestimmt zu leben. Das Angebot der Beratungsstellen ist viel breiter, als es der Name vermuten lässt. Dieses breite Spektrum wird, zusammen mit den angewandten Methoden, im Workshop dargestellt – hierzu wird auch eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle aus ihrem Alltag berichten. Gleichzeitig wird es angesichts der Personalstellen, die zur Verfügung gestellt werden, immer schwieriger, das umfangreiche Angebot in allen Teilen des Landes "an die Frau" zu bringen. Darüber und über Möglichkeiten für die Zukunft soll im Workshop gesprochen werden.

Zentrale Diskussionspunkte:

- 1. Angebotsvielfalt der Beratungsstellen wenig bekannt
- 2. Wahrnehmung von außen häufig nur als SchwangerschaftsKONFLIKTberatungsstellen, Statistik: 14% Konfliktberatung und 86% Sozialberatung
- Kultursensible Beratung zunehmend notwendiger, jedoch mit den vorhandenen Personalressourcen schwer realisierbar

Politische Forderungen:

- 100%-Finanzierung durch das Land
- Änderung des Versorgungsschlüssels von 1:40.000 (Beratungsfachkraft pro Einwohner*innen) auf 1:25.000
- Festschreiben von Qualitätsstandards, z.B. mind. 2 Beraterinnen pro Beratungsstelle
- Mehr sexualpädagogische Angebote in Schulen
- · Angebotsvielfalt der Beratungsstellen bekannter machen

Arbeitsauftrag an den Vorstand:

keinen

Offene Fragen:

- Vernetzung mit Gynäkolog*innen
- Ist Schwangerschaftsberatungsstelle der richtige Name für dieses Angebot?
- Kooperationsbündnisse zwischen Schwangerschaftsberatungsstellen und Migrationsvereinen

WIE WURDEN BISLANG ERGEBNISSE UMGESETZT?

Der LFR ist mit dem Mitgliedsverband AWO und den Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen über Maßnahmen im Gespräch.



Anlagen:

Zum Workshop 1:

- 20 Brief an die Ministerpräsidentin des Landes M-V und die Landtagspräsidentin vom 9.5.2019
- 22 Antwortschreiben der Landtagspräsidentin vom 5.6.2019

Zum Workshop 4:

23 Veranstaltung "Auftragsbezogene Pränataldiagnostik" am 18.9.2019 im Klinikum Südstadt Rostock

Umfangreiche Zusatzinformationen vom Gen-ethischen Netzwerk zum Thema:

- 24 Websitescreenshot der Seite https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/fortpflanzung-und-schwangerschaft/praenataldiagnostik
- 25 Stellungnahme zum Downsyndromtag https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/ stellungnahmen/maerz-2019/ja-zur-vielfalt-des-menschlichen-lebens
- 27 Bauchentscheidungen aber mit Köpfchen: Hintergrundinformationen zu vorgeburtlichen Tests http://www.netzwerkpraenataldiagnostik.de/fileadmin/web_data/pdf/Praenataldiagnostik/ Bauchentscheidung_Finale080911_A.pdf



Landesfrauenrat MV e.V. / Heiligengeisthof 3 / 18055 Rostock

An die Ministerpräsidentin des Landes Mecklenburg-Vorpommern - Staatskanzlei -Schloßstr. 2-4 19053 Schwerin Ulrike Bartel Vorsitzende Claudia Kajatin Geschäftsführerin

Heiligengeisthof 3 18055 Rostock

Telefon: 0381-490 24 42 Fax: 0381-37 77 54 97 info@landesfrauenrat-mv.de www.landesfrauenrat-mv.de

AmtsG Neubrandenburg VR 436

09.05.2019

Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern sicherstellen

Sehr geehrte Ministerpräsidentin,

der Landesfrauenrat M-V e.V. sendet Ihnen zur Kenntnis und mit der Bitte um Weiterleitung an die für Bildung, Soziales und Gesundheit zuständigen Ressorts der Ministerien sowie die Fachausschüsse des Landtages Mecklenburg-Vorpommern die Forderungen für bessere Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern.

Der Landesfrauenrat M-V e.V. hat auf seinem Fachtag ""Umstandslos – Recht auf reproduktive Selbstbestimmung!?" am 22.02.2019 mit ca. 75 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und dem Landeshebammenverband M-V e.V. eingehend die Situation des Hebammenberufes diskutiert und dabei den nach wie vor dringenden Handlungsbedarf zur Sicherung des Hebammenberufes auf Ebene der Landes- und Bundespolitik herausgestellt.

Der Landesfrauenrat M-V e.V. wendet sich an die Landesregierung und den Landtag Mecklenburg-Vorpommern mit dem Appell, die notwendigen Schritte einzuleiten, um die erforderlichen Rahmenbedingungen für den Hebammenberuf für die Gegenwart und Zukunft sicherzustellen, eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung zu ermöglichen, die flächendeckende Versorgung und Betreuung für Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt zu gewährleisten und Bedingungen zu schaffen, damit die gesetzlich verankerte Wahlfreiheit des Geburtsortes auf Grundlage des § 24f SGB V im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern tatsächlich gewährleistet werden kann.

Der Landesfrauenrat M-V e.V. – Dachverband von 48 Mitgliedsverbänden – richtet sich insbesondere mit folgenden Forderungen an die Abgeordneten des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, mit der Bitte umgehend gesetzgeberisch tätig zu werden:





- Die Hochschulausbildung von Hebammen in Mecklenburg-Vorpommern auf Grundlage der EU-Richtlinie 2013/55EU, die ab dem Jahr 2020 eine vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung fordert, zügig voranzubringen und hierfür die gesetzlichen Regelungen und rechtlichen Grundlagen sowie die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen zu schaffen.
- 2. Mit Blick auf die Einführung der akademischen Ausbildung von Hebammen in Mecklenburg-Vorpommern für eine auskömmliche Finanzierung der Hochschulausbildung zu sorgen, die anfallenden Mehrkosten im Doppelhaushalt 2020/2021 abzudecken und bei den Verhandlungen zu den Zielvereinbarungen des Landes mit der jeweiligen Hochschule für die Jahre 2021 bis 2025 die Akademisierung des Hebammenberufes zu berücksichtigen.
- 3. Maßnahmen einzuleiten, um den Fachkräftemangel und die enorme Arbeitsbelastung in der Geburtshilfe zu entschärfen.
- 4. Die Arbeitsbedingungen der Hebammen zu verbessern und die Betreuungsschlüssel mit dem Ziel der Eins-zu-eins-Betreuung anzupassen.
- 5. Der Schließung von Einrichtungen der Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern entgegenzuwirken.
- 6. Dafür Sorge zu tragen, dass die Ausübung des Hebammenberufes wirtschaftlich angemessen erfolgen kann, die Leistungen der Hebammen adäquat vergütet werden und hierfür auf die Erhöhung der Pauschalen und Zeitkontingente für Hebammenleistungen wie Hausbesuche und Wochenbettbetreuung hinzuwirken.
- 7. Die flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen, inklusive der aktiven Geburtshilfe mit den gesetzlich verankerten Wahlmöglichkeiten einer "ambulanten oder stationären Entbindung in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt" auf Grundlage § 24f SGB V im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen.
- 8. Die Versorgungsstruktur mit Hebammenleistungen in regelmäßigen Abständen einer Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zu unterziehen, Handlungsnotwendigkeiten herauszuarbeiten und diese zeitnah umzusetzen.

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ulrike Bartel

USall

(Vorsitzende des Landesfrauenrates M-V e.V.)

Landtag Mecklenburg-Vorpommern

Die Präsidentin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Präsidentin Lennéstraße 1, Schloss, 19053 Schwerin

Vorsitzende des Landesfrauenrates Mecklenburg-Vorpommern e.V. Frau Ulrike Bartel Heiligengeisthof 3 18055 Rostock 19053 Schwerin Lennéstraße 1 (Schloss) Telefon: (03 85) 5 25-(0) 21 00

Telefax: (03 85) 5 25 21 07 E-Mail: <u>Birgit.Hesse@landtag-mv.de</u>

Internet: www.landtag-mv.de

5 . Juni 2019

Sehr geehrte Frau Bartel,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 9. Mai 2019, mit dem Sie Ihre Forderungen für bessere Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern übersandt haben.

Ich habe Ihr Schreiben an das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, an das Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung und an das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit weitergeleitet.

Um auch eine Befassung mit diesem Thema im parlamentarischen Raum zu ermöglichen, habe ich Ihr Schreiben dem Bildungsausschuss, dem Sozialausschuss und dem Wirtschaftsausschuss des Landtages übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen



"Auftragsbezogene Pränataldiagnostik"

Die pränatale Diagnostik ermöglicht es, schon sehr früh in der Schwangerschaft viel über das ungeborene Kind zu erfahren. Die aktuelle Debatte um die NIPD ("Nicht-invasive pränatale Diagnostik") fordert die Gesellschaft und jeden Einzelnen von uns auf und heraus, Haltung zu einer Weiterentwicklung der Medizin zu entwickeln, die unser Leben in der Zukunft betrifft.

Werdende Eltern brauchen vorab Informationen, damit sie sich befähigt fühlen, für ihre individuelle Situation differenzierte Entscheidungen über die Inanspruchnahme von pränatalen Untersuchungsmethoden zu treffen.

In Anbetracht der seelischen Überforderung, die wir als Vertreter/-innen betreuender Berufsgruppen bei Frauen und Paaren nach Befundmitteilung im Rahmen von PND und den dann zu treffenden Entscheidungen miterleben, wollen wir uns folgenden Fragen stellen:

- Wie können Ärzte, Berater und Hebammen in ihren unterschiedlichen Ansätzen und Kompetenzen hier konstruktiv zusammen wirken?
- Wenn werdende Eltern kritischer und selbstbestimmter, vielleicht auch intuitiver diese Entscheidungen treffen würden, inwieweit würde dies unser Handeln als professionelle Begleiter beeinflussen?
- Könnten späte Schwangerschaftsabbrüche und die teilweise dramatischen Folgen vermieden werden?

In unserer berufsgruppenübergreifenden Veranstaltung möchten wir Ihnen neue Ansätze und Forschungsergebnisse zur ärztlichen Beratung vor Inanspruchnahme von PND vorstellen. Die Rolle von Aufklärung und gesellschaftlichem Diskurs werden ebenso Raum finden wie die Fragen nach den Einflüssen von Pharmaindustrie und Medizintechnik und deren Auswirkungen.

Referate und Diskussionen mit Ärztinnen, Hebammen, Beraterinnen sowie einem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung M-V unter der Leitung von Chefarzt Dr. D.M. Olbertz und Miriam Scharnweber.

Ort: Klinikum Südstadt Rostock, Südring 81, 18059

Rostock, Hörsaal

Datum: 18.09.2019

Zeit: 13:30 bis 18:00 Uhr

Veranstalter: Netzwerk vorgeburtliche Diagnostik Rostock

Klinikum Südstadt Rostock

Ministerium für Soziales, Integration und

Gleichstellung M-V

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Dirk M. Olbertz, Chefarzt Neonatologie und Neonatologische Intensivmedizin, Klinikum Südstadt

Anmeldungen bitte bis zum 11.09.2019:

e-Mail: neonatologie@kliniksued-rostock.de

Telefon unter: 0381 4401 5500

(Frau A. Kollow/Chefarztsekretariat der Abt. Neonatologie) oder

Die Teilnahme ist **kostenfrei**. Die Veranstaltung ist bei der Ärztekammer MV für das Fortbildungszertifikat registriert.

"Zerbrechen wir an dem Wissen, das wir uns gewünscht haben?"

Zitat: Sandra Schulz, Mutter einer Tochter mit Trisomie 21, Journalistin und Autorin "Das ganze Kind hat so viele Fehler"



Gen-ethisches Netzwerk e.V.

Themen

Publikationen -

Über uns -

Spenden und Fördern -

Kontakt

Pränataldiagnostik

Seit der Einführung des Ultraschalls in die Regelversorgung von Schwangeren 1979 hat sich die pränatale Suche nach vermeintlichen Beeinträchtigungen des Fötus zu einem normalen Bestandteil der Schwangerenversorgung entwickelt. Selektive Pränataldiagnostik (PND) verbessert weder die Versorgung der Schwangeren noch die Gesundheit des werdenden Kindes, sondern erzeugt und verstärkt Ängste - die versprochene Sicherheit ist so nicht zu erreichen. Oft steht die Schwangere vor der Entscheidung, das gewollte Kind "trotzdem" zu bekommen oder abzutreiben.

Die ausufernde Risikoabschätzung wird durch eine Logik von Angebot und Nachfrage bestimmt. Zurzeit wird die Einführung der neuen, nichtinvasiven Tests (NIPT) in die Krankenkassen-Regelversorgung geprüft, der sich das Gen-ethische Netzwerk entgegenstellt. Denn die selektive Fahndung nach Abweichungen von einer gedachten Norm verstößt gegen die UN-Behindertenrechtskonvention. Das GeN tritt in der Tradition der feministischen Kritik an Gen- und Reproduktionstechnologien für ein Recht auf Abtreibung ein, wendet sich aber gegen die behindertenfeindliche pränatale Suche nach Behinderungen.

Beiträge zu diesem Thema

aus dem Jahr



Auswählen

Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik

Von GeN, 5. Juni 2019

Neuer Bericht des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB) zu PND unter Mitarbeit des GeN veröffentlicht

Kommt der Test?

Von Kirsten Achtelik, 21. Mai 2019

Die Entscheidung um die Kassenzulassung der Bluttests auf Trisomien rückt näher, der Diskurs um die gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Folgen nimmt Fahrt auf.

Das GeN ist Teil des Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik ₪

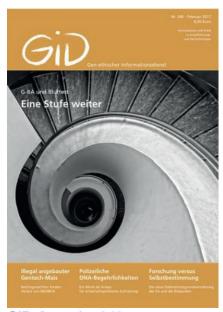
Für einen Überblick zum Thema sind folgende Publikationen geeignet:

Moratorium für den Bluttest! Stellungnahme Juli 2018

G-BA und Bluttest

Die Möglichkeit, aus dem Blut der Schwangeren DNA des Fötus zu isolieren und zu testen, ist ein Instrument der selektiven Pränataldiagnostik (PND).

Obwohl dessen Auswirkungen erst ansatzweise diskutiert sind, soll es bereits in die Krankenkassenversorgung integriert werden.



GID-Ausgabe 240

Beratung in Gen- und Pränataldiagnostik

"JA" zur Vielfalt des menschlichen Lebens!

Gemeinsame Stellungnahme gegen die Kassenfinanzierung des Bluttests auf Trisomie 21.

Update: Die Orientierungsdebatte zur ethischen Dimension der nicht-invasiven Pränataldiagnostik will der Bundestag in der 15. Kalenderwoche führen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 22.3. getagt. Sein Vorschlag: Eine Anerkennung der NIPT soll "im Einzelfall", bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken, möglich sein



Logos der Organisationen, die die gemeinsame Stellungnahme gezeichnet haben.

Anlässlich des Welt-Down-Syndrom-Tags am 21.03.2019 haben 27 Organisationen eine gemeinsame Stellungnahme unterzeichnet, in der sie sich gegen die Krankenkassenfinanzierung von Bluttests auf genetische Abweichungen (NIPT – Nicht Invasive Pränatale Tests – aktuell vorrangig auf Trisomie 21) aussprechen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzt*innen und Krankenkassen berät aktuell über die Aufnahme dieser Tests in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Auf Grund der politischen, ethischen und gesellschaftlichen Tragweite soll in Kürze auch eine Orientierungsdebatte im Deutschen Bundestag erfolgen.

Die unterzeichnenden Organisationen fordern statt der Finanzierung eines Tests zur genetischen Selektion mehr und bessere Beratungsangebote durch die Beteiligung der Behindertenselbsthilfe vor, während und nach vorgeburtlichen Untersuchungen.

"JA" zur Vielfalt des menschlichen Lebens!

Gemeinsame Stellungnahme

Den Bluttest auf genetische Abweichungen (NIPT) in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen würde bedeuten:

- · Die Angst vor Behinderung zu verstärken.
- Die Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen zu verschärfen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen in unserer Gesellschaft als "vermeidbar" und nicht willkommen zu bewerten.
- Die Verpflichtungen der UN Behindertenrechtskonvention nicht zu beachten.
- Mit dem Eindruck, dieser Test sei medizinisch sinnvoll, falsche Hoffnungen bei werdenden Eltern zu wecken.
- Den Druck auf Schwangere "alles zu tun, alles zu testen" zu erhöhen.
- Die Tür für die Kassenzulassung weiterer Tests auf genetische Merkmale zu öffnen.

Deshalb

- Aufklärung über das Leben mit Beeinträchtigungen!
- Keine Bluttests auf genetische Abweichungen (NIPT) auf Kassenkosten!
- Mehr und bessere Beratungsangebote vor, während und nach vorgeburtlichen Untersuchungen mit Beteiligung der Behindertenselbsthilfe!

Die Stellungnahme ist ein gemeinsamer Beitrag zur dringend notwendigen gesellschaftlichen Debatte über unser Zusammenleben und Aufklärung über ein Leben mit Beeinträchtigungen.

Unterzeichner der Stellungnahme

- · Arbeitskreis Down-Syndrom Deutschland e.V.
- Arbeitskreis DOWN-Syndrom e.V.
- Arbeitskreis Down-Syndrom Kassel e.V.
- Bioskop Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
- Bundesverband autismus Deutschland e.V
- Bundesverband Ehlers-Danlos-Selbsthilfe e.V.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
- Bundesvereinigung Selbsthilfe im anthroposophischen Sozialwesen e.V.
- Deutsche Epilepsievereinigung e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
- Deutsches Down-Syndrom InfoCenter
- downsyndromberlin e.V.
- down-syndrom-Köln e.V.
- Down-Syndrom-Netzwerk Deutschland e.V.
- Eltern beraten Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung e.V.
- Gen-ethisches Netzwerk e.V.
- GESUNDHEIT AKTIV e.V.
- inclution gUG
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.
- KIDS Hamburg e.V. Kompetenzund Infozentrum Down-Syndrom
- Lebenshilfe e.V. Berlin
- Menschen mit Down-Syndrom, Eltern & Freunde e.V.
- Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
- Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V.
- Unser Kind mit Down-Syndrom Münster
- Zentrum f
 ür bewegte Kunst e.V.

Bauchentscheidungen – aber mit Köpfchen



Hintergrundinformationen zu vorgeburtlichen Tests

| Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. | AWO Bundesverband e.V.

| Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

Vorwort

Streit um die Einführung der Präimplantationsdiagnostik, Diskussionen um das Gendiagnostikgesetz - auch drei Jahrzehnte nach der breiten Einführung vorgeburtlicher Diagnostik bleibt diese Technik umstritten. In weiten Teilen der Gesellschaft ist im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt aber noch immer der Glaube dominierend, durch medizinische Kontrolle und aufwändige Diagnostik sei eine existenzielle Sicherheit und Beruhigung für werdende Eltern zu erreichen. Doch die medizinische Entwicklung auf diesem Gebiet bedingt neue Unsicherheiten und wirft ethische Fragestellungen auf. Deshalb hat das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik zusammen mit dem Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) und dem Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) e.V. das Leporello "Bauchentscheidungen - wissen, was jetzt gut ist" entwickelt. Es will schwangere Frauen mit gut verständlichen Texten und pfiffigen Cartoons ermutigen, die routinehafte Nutzung vorgeburtlicher Diagnostik zu hinterfragen und in der Schwangerschaft stärker ihren eigenen Ressourcen und Intuitionen zu vertrauen. Ergänzend wurde diese Broschüre erstellt. Sie richtet sich an MultiplikatorInnen, die schwangere oder potenziell schwangere Frauen begleiten: an BeraterInnen, ÄrztInnen, Hebammen sowie in Selbsthilfe- und Behindertenorganisationen, in der Bildungsarbeit und in Wissenschaft und Politik engagierte Menschen.

____Die Broschüre beleuchtet kritisch Positionen und Hintergründe des Booms pränataler Diagnostik und möchte Anstöße für die Auseinandersetzung mit diesem sensiblen Thema geben. Die dargestellten Meinungen stellen keine abgestimmten AWO-Positionen dar und werden auch in den kooperierenden Organisationen teilweise kontrovers diskutiert. Für die einzelnen Beiträge sind die Autorlnnen verantwortlich. Außerdem haben viele andere KollegInnen der AWO, des AKF und Netzwerks Pränataldiagnostik mitgedacht und mitgearbeitet. Wir danken ihnen allen und insbesondere Claudia Schumann, Margaretha Kurmann, Silke Koppermann, Gaby Frech und Jutta Schulz herzlichst.

___Wir danken außerdem der Aktion Mensch für die finanzielle Förderung.

Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e.V.
Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.
Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

Inhalt

Vorwort2	
Inhalt3	II. Pränatale Diagnostik: Neue Trends und Verfahren37 Harry Kunz
I. Tests in der Schwangerschaft 4	Grenzverschiebungen pränataler Diagnostik37
Erläuterung zum Leporello "Bauchentscheidungen"	Frühscreening und Ultraschall: Umfassender. Früher. Genauer. Professioneller39
Einfach schwanger ?4	Nichtinvasive diagnostische Tests41
Schwangerschaftsvorsorge heute4 Maria Beckermann	Präimplantationsdiagnostik42
Exkurs: Schwangerenbetreuung durch Hebammen10 Angelica Ensel Beate Abert Agathe Blümer	Präkonzeptionelle Gentests44
Nur sehen, ob alles normal ist ?11	Tests für multifaktorielle Erkrankungen46
Hildburg Wegener Tests zur Risikoabschätzung11 Risiko und Risikokommunikation16	Exkurs: Das Gendiagnostikgesetz49
Hauptsache gesund?18	
Harry Kunz	III. Kindsein in den Zeiten der
Gene sind nicht alles18	Pränataldiagnostik51
Behinderung - Krankheit oder Lebensform ?21	Harry Kunz
Angst vor Krankheit und Behinderung23	Window at home of Cutting Inc.
Inklusion - Leitbegriff der UN- Behindertenrechtskonvention25	Kinder – ein knappes Gut in der Leistungsgesellschaft51
Schwangerschaft und Gesundheitsmarkt27 Harry Kunz	Medikalisierung der Schwangerschaft55
Gesundheit: Ein Heilsversprechen als Ware ?27 Individuelle Gesundheitsleistungen29 Aus eigener Tasche30	Droht eine neue Eugenik ?59
Ratschläge – Ist guter Rat teuer ?31	
Psychosoziale Beratung31	
Claudia Lissewski	
Exkurs: Beratung durch Hebammen35	
Angelica Ensel Beate Abert Agathe Blümer	
nformationen aus dem Internet 36	