GENDER OPEN REPOSITORIUM

# Die Neuregelungen zu PND und PID in Deutschland - biopolitische Verschiebungen und Verwerfungen

**Achtelik, Kirsten**

**2012**

**https://doi.org/10.25595/1881**

**Veröffentlichungsversion / published version**
**Zeitschriftenartikel / journal article**

**Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Achtelik, Kirsten: *Die Neuregelungen zu PND und PID in Deutschland - biopolitische Verschiebungen und Verwerfungen*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 21 (2012) Nr: 1, 128-130. DOI: https://doi.org/10.25595/1881.

**Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.**

**Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

**Terms of use:**

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

# Die Neuregelungen zu PND und PID in Deutschland – biopolitische Verschiebungen und Verwerfungen

KIRSTEN ACHTELIK

In den letzten drei Jahren hat sich in Deutschland einiges bewegt im Hinblick auf die gesetzlichen Regelungen von Abtreibung und Reproduktionsmedizin. In den Debatten um Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik wurde der Wert des (behinderten) Lebens gegen das Selbstbestimmungsrecht von Frauen ausgespielt.

## Gesetzesverschärfung bei medizinischer Abtreibung

Die Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG), das den Paragrafen 218 ergänzend regelt, wurde in Öffentlichkeit und Politik 2009 im Rahmen der „Spätabtreibungsdebatte“ verhandelt. Problematisiert wurden dabei Abtreibungen nach der 23. Schwangerschaftswoche, die in Folge einer mittels Pränataldiagnose (PND) festgestellten fötalen Missbildung vorgenommen werden.
Diese Ergänzung des SchKG verpflichtet ÄrztInnen, nach einer solchen PND eine „allgemein verständliche und ergebnisoffene Beratung“ durchzuführen und die betroffenen Frauen auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinzuweisen. Tun sie das nicht oder nicht ausreichend, können sie mit einer Geldbuße von bis zu 5.000 Euro belangt werden. Zudem müssen ÄrztInnen jetzt eine Bedenkzeit von drei Tagen zwischen der PN-Diagnose und der Indikationsstellung einhalten. Dies gilt nur dann nicht, wenn das Leben der Frau unmittelbar bedroht ist.
Angesichts der geringen Fallzahlen wirkt eine Gesetzesverschärfung unangemessen: Im Jahr der Gesetzesänderung wurden lediglich 240 Schwangerschaftsabbrüche nach der 23. Schwangerschaftswoche, so genannte Spätabtreibungen, durchgeführt (Statistisches Bundesamt 2010). Die Gründe für die Abtreibungen werden dabei nicht statistisch erfasst. Eine genauere Betrachtung der „Spätabtreibungsdebatte“ offenbart weitere Ungereimtheiten. Anders als in der Debatte suggeriert, sind Abtreibungen wegen einer diagnostizierten Missbildung des Fötus in Deutschland sowieso verboten. Bereits 1995 wurde bei der letzten Reform des Paragrafen 218 die embryopathische oder „eugenische“ Indikation abgeschafft. Möglich sind solche Schwangerschaftsabbrüche seitdem nur noch, wenn aufgrund der erwarteten Missbildung Gefahr für das Leben der Frau besteht oder schwerwiegende psychische oder physische Einschränkungen für sie zu erwarten sind, also nach medizinischer Indikation (§218a II StGB). Die Gesetzesverschärfung richtet sich also gegen eine ohnehin verbotene Handlung.
Sie ergibt nur Sinn, wenn davon ausgegangen wird, dass über die medizinische Indikation das Verbot embryopathischer Abtreibungen regelmäßig umgangen wird.

Diese Annahme wurde nie offen ausgesprochen, sie schien aber durch in den Darstellungen von Schwangeren, die in Panik entscheiden würden, und dem medialen Gemunkel über einen angeblichen Automatismus zwischen einer Behinderungs-Diagnose per PND und einer Abtreibung, den es zu durchbrechen gelte (z.B. Siems, Die Welt, 15.1.2012). Es ist vorstellbar, dass diese Annahme zutrifft, ÄrztInnen also ein behindertes Kind per se für eine „schwerwiegende Beeinträchtigung" halten und Frauen die damit verbundenen Schwierigkeiten sowie das gesellschaftliche Stigma für untragbar halten. Diesem Phänomen ist aber mit Geldstrafen und Wartefristen nicht beizukommen.

## Freigabe der Präimplantationsdiagnostik

Präimplantationsdiagnostik (PID), also die Untersuchung von künstlich befruchteten Eizellen auf genetische Schäden vor dem Einsetzen in die Gebärmutter, galt in Deutschland als durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Zumindest war das die allgemeine und juristische Meinung, bis der 5. Strafgerichtssenat des Bundesgerichtshofs in Leipzig am 6. Juli 2010 entschied, dass Voruntersuchungen zur Erkennung von Gendefekten bei Embryonen in manchen Fällen zulässig seien. Verhandelt wurde der Fall eines Berliner Gynäkologen, der die PID in den Jahren 2005 und 2006 angewandt und sich daraufhin selber angezeigt hatte.

Dieses Urteil machte eine gesetzliche Regelung für die PID nötig, die am 7. Juli 2011 mit dem Präimplantationsgesetz erfolgte. Bei der ohne Fraktionszwang durchgeführten Abstimmung im Bundestag erhielt der permissivste Entwurf die meisten Stimmen. Künftig dürfen künstlich hergestellte Embryonen vor der Einpflanzung in die Gebärmutter auf Genschäden untersucht werden, wenn aufgrund der genetischen Veranlagung der Eltern eine schwerwiegende Erbkrankheit beim Kind oder eine Tot- oder Fehlgeburt wahrscheinlich scheint.

Schon die BGH-RichterInnen hatten ihren Freispruch damit begründet, dass ein Verbot der Untersuchungsmethode „hohe Risiken" berge, dass „sich die Schwangere im weiteren Verlauf nach einer ärztlicherseits angezeigten und mit denselben Diagnosemethoden durchgeführten Pränataldiagnostik (…), für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet" (Bundesgerichtshof 2010), ein Argument, das im Laufe der Debatte unzählige Male wiederholt wurde. Diese Begründung schließt also nahtlos an die Argumentationsweise der „Spätabtreibungsdebatte" an, wieder in Verkennung der rechtlichen Grundlage, dass sich nämlich eine Schwangere nach der Diagnose, dass der Fötus voraussichtlich eine Behinderung habe, keineswegs für eine Abtreibung entscheiden kann.

In der Debatte gab es darüber hinaus ungewöhnliche Allianzen: In der Forderung nach einem PID-Verbot trafen sich der Abtreibungsgegner Johannes Singhammer (CSU) und die sich als Feministin verstehende Katrin Göring-Eckardt (Grüne). Das Hauptargument des Verbotsantrags war die mit einer Zulassung drohende Unterteilung in „wertes" und „unwertes" Leben. Tatsächlich kann das beschlossene Gesetz als Türöffner für Selektionsmechanismen gesehen werden. Zwar ist auf dieser

Grundlage die Auswahl eines in der Debatte vielbeschworenen „Designerbabys“ nicht möglich, die Formulierungen sind jedoch hinreichend vage, um von einer strengen Regelung nicht reden zu können. Vor allem der Begriff „schwerwiegende Erbkrankheit“ ist dehnbar und für Interpretationen offen.

## Gesellschaftliche Implikationen der Debatten

Für die feministische Analyse und Praxis bergen beide Debatten und Gesetze vielfältige Schwierigkeiten, die noch nicht ausreichend reflektiert und diskutiert wurden. Das gravierendste Problem ergibt sich aus der schleichenden Bedeutungsverschiebung des Selbstbestimmungsbegriffs. Der alte Kampfbegriff der Selbstbestimmung, mit dem die zweite Frauenbewegung für eine Liberalisierung von Verhütung und Abtreibung stritt, erweist sich bei diesen Problemen als tückisch. In den 1970er Jahren forderten Frauen das Recht zur Entscheidung über ihre eigenen Körper und ihre Lebensgestaltung, jenseits patriarchaler Beeinflussung und Entmündigung. Da der Paragraf 218 weiterhin im Strafgesetzbuch steht, ist dieses Recht immer noch nicht umgesetzt. In den 1970er Jahren wäre Selbstbestimmung aber nicht als ein Recht auf ein gesundes Kind oder auf Kinder überhaupt interpretiert worden. Durch die Institutionalisierung der Bewegung und dem damit verbundenen Wegfall kollektiver alltagsnaher Organisationsstrukturen kam es zu einer Individualisierung von emanzipatorischen Bestrebungen. Selbstbestimmung wird weniger als kollektive Befreiung von gesellschaftlichen Zwängen denn als Möglichkeit zur individuellen Selbstverwirklichung gesehen.

Dieser Bedeutungswandel lässt sich beispielsweise an der Pressemitteilung von pro familia zum BGH-PID-Urteil ablesen. Die Familienplanungs- und Beratungsorganisation, die sich bis dahin vehement gegen eine PID-Zulassung ausgesprochen hatte, begrüßte nun das Urteil „als Ausdruck der Reproduktionsfreiheit von Frauen und Paaren“ (pro familia 2010). Die gesetzliche Zulassung der PID wurde gar als Garantie für die „verfassungsgemäßen Grundrechte auf selbstbestimmte Familienplanung und auf Gesundheitsschutz“ (pro familia 2011) bezeichnet. An diesen Bewertungen lassen sich die (verbreitete) Sinnentleerung sowie die Grenzen des Begriffs festmachen. Der Wunsch nach einem eigenen, gesunden Kind mag nachvollziehbar sein, kann aber schwerlich den Rang eines Rechtes beanspruchen. Eine Ausweitung des Selbstbestimmungsbegriffs auf das Recht nach Wunscherfüllung macht den Begriff beliebig und individualistisch.

Ohne eine gesellschaftliche Kritik an der Ausgrenzung behinderter Menschen und ohne eine politische Praxis, die für reale Veränderung der diskursiven Zuschreibungen von „krank“ und „gesund“, von „normal“ und „behindert“ streitet, dient der Selbstbestimmungsbegriff zunehmend dazu, das Recht einzufordern, sich selbst individuell möglichst gut in den bestehenden gesellschaftlichen Zwängen einzurichten, ohne diese noch in Frage zu stellen. Das Selbst kann nur insofern über sich selbst bestimmen, wie die Verhältnisse es zulassen. In einer Leistungsgesellschaft sind die Beeinträchtigungen, die Menschen mit Behinderung und deren Angehörige erfahren, tatsächlich „schwerwiegend“.