

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Schmid M, Husslein P

**Das Leid durch Schwangerschaft auf Probe - ein
Plädoyer für die Freigabe der
Präimplantationsdiagnostik in Österreich**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2011; 29 (2)
(Ausgabe für Österreich), 6-7*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2011; 29 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 8-9*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Das Leid durch Schwangerschaft auf Probe – ein Plädoyer für die Freigabe der Präimplantationsdiagnostik in Österreich

M. Schmid, P. Husslein

Der Leidensweg der Frau P. – ein Beispiel von Vielen

Frau P. hat unglaubliches Pech. Ihre Tochter verstirbt wenige Monate nach der Geburt im Rahmen einer neurodegenerativen Erkrankung. Nach nur wenigen Lebenswochen zeigte sich ein Entwicklungsstillstand, dann kam es zu zerebralen Krampfanfällen im Rahmen einer progredienten Enzephalopathie und schließlich zum leidvollen Ableben. Die Diagnose ist lange unklar. Mehr als 2 Jahre dauert es, bis letztlich molekulargenetisch nachgewiesen werden kann, dass die Tochter an der infantilen Form der GM1-Gangliosidose erkrankt war. Bei dieser seltenen, autosomal rezessiven Erbkrankheit kommt es durch einen Defekt des Enzyms β -Galaktosidase zur Anhäufung von GM1-Gangliosid, einem zuckerhaltigen Lipid, das indirekt einen neuronalen Apoptoseweg aktiviert. Frau P. und ihr derzeitiger Partner werden kurz nach Diagnosefindung als Überträger für die Erbkrankheit identifiziert. Das empirische Wiederholungsrisiko für weitere Nachkommen aus der Verbindung beträgt 25 %.

Frau P. hat bereits einen gesunden Sohn aus einer früheren Verbindung. Ohne zu ahnen, dass ihre Tochter so früh versterben wird, ließ sie im Rahmen der Geburt ihrer Tochter (Sectio cesarea wegen frühem vorzeitigem Blasensprung) eine Sterilisation mittels Tubenligatur durchführen. Frau P. hat nach dem Tod der Tochter jedoch weiteren Kinderwunsch. Sie wendet sich an ein Fertilitätszentrum und es werden ihr im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation (IVF) 3 Embryonen transferiert. Die IVF ist erfolgreich. Es wird eine intakte Zwillingsschwangerschaft festgestellt und Frau P. wendet sich in der 6./7. SSW mit dem Wunsch nach in-

vasiver pränataldiagnostischer Abklärung auf Vorliegen einer GM1-Gangliosidose an unser Zentrum, weil sie auf keinen Fall ein weiteres betroffenes Kind haben möchte. Vor dem invasiven Eingriff zeigt sich nur mehr ein Fetus mit positiver Herzaktion. 10 Tage danach kommt es schließlich zum intrauterinen Fruchttod des verbleibenden Mehrlings. Dieser wäre nicht erkrankt, nur Überträger für die GM1-Gangliosidose gewesen. Wenige Monate später wird wieder eine IVF durchgeführt. Diesmal wird nur ein Embryo transferiert. Im Rahmen einer invasiven pränataldiagnostischen Abklärung wird festgestellt, dass der Fetus an der GM1-Gangliosidose erkrankt ist. Frau P. wünscht sich einen Schwangerschaftsabbruch. Bei der Aufnahme zum Schwangerschaftsabbruch gibt sie bekannt, dass sie noch einmal eine IVF machen möchte.

Präimplantationsdiagnostik in Österreich

Frau P. hat unglaubliches Pech – auch weil sie in Österreich lebt. Obwohl in Österreich die Präimplantationsdiagnostik (PID) nicht explizit verboten ist, lässt sich ein implizites Verbot der PID aus dem geltenden Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) 1992 ableiten. Gemäss § 9 Abs 1 FMedG ist eine Untersuchung und Behandlung von entwicklungsfähigen Zellen nur zulässig, wenn dies zur „Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist“, was im Zusammenhang mit der PID regelmäßig nicht zutrifft, da ja bei Diagnose eines erkrankten Embryos eine Schwangerschaft verhindert werden soll. Trotz dieses Gesetzestexts, der generell als implizites Verbot der PID ausgelegt wird, fordern die Gegner der PID ein weitreichendes explizites Verbot aller genetischer

schen Untersuchungen an in vitro gezeugten Embryonen. Der Versuch, die PID eingeschränkt im Rahmen der Novellierung des Gentechnikgesetzes (GTG) 2005 zuzulassen, scheiterte letztlich am massiven Widerstand von Behindertenvertretern und Lebensschutzorganisationen. Es wird befürchtet, dass die PID zu einer gängigen Methode werden könnte, um künstliche Selektion und Eugenik zu betreiben. Das Nichteinsetzen von Embryonen, bei denen eine genetische Erkrankung nachgewiesen wird, wird als Abwertung von Behinderungen und als inakzeptable Diskriminierung empfunden. Der Vorwurf ist schon wegen der langen Geschichte der Diskriminierung Behinderter in unserer Gesellschaft unbedingt ernst zu nehmen. Letztlich geht es jedoch nicht um die Aussage über bereits geborene Behinderte und ihre Rechte, sondern um die gesellschaftliche Wertung der weiblichen Autonomie vor dem frühen embryonalen Leben. Nimmt man die weibliche Autonomie ernst, so sind genetische Untersuchungen an Ungeborenen umso eher vertretbar, je weniger weit die Entwicklung des Ungeborenen fortgeschritten ist [siehe auch Konsensus-Statement „Bedingungen spezieller pränataler genetischer Diagnostik“; *Speculum* 2007; 25 (2): 20–4].

Eltern den psychischen und körperlichen Belastungen einer „Schwangerschaft auf Probe“ aussetzen zu müssen, halten viele in Zeiten der Anwendbarkeit der PID nicht mehr für gerechtfertigt. Tatsächlich ist aus ethischer und rechtspolitischer Sicht der gravierende Wertungswiderspruch zwischen PID und Pränataldiagnostik (PND) in Österreich nicht zu übersehen. Die PND ist weit verbreitet und gängige medizinische Praxis. Ein Schwangerschaftsabbruch aus „embryopathischer“ Indikation ist gemäß § 97 Abs 1 Z 2 StGB bis kurz vor der Geburt möglich. Ab Nidation des Embryos im Mutterleib bestehen letztlich keine rechtlichen Schranken für eine PND, auch für eine pränatale genetische Diagnostik nicht. Es ist ferner zulässig, einen Embryo in den ersten 3 Monaten nach der Befruchtung auf Wunsch der Mutter – auch nach einer pränatalen genetischen Diagnostik – abzutreiben (§ 97 Abs 1 Z 1 StGB), nicht weil er genetisch geschädigt (potentiell „behindert“), sondern weil er ein früher Embryo ist. Es fällt

schwer zu akzeptieren, dass das Schutzniveau eines In-vitro-Embryos in Österreich wesentlich höher ist als das eines In-vivo-Embryos oder Feten.

Die Tatsache, dass die PID in Österreich implizit verboten, in vielen EU-Staaten jedoch erlaubt ist, birgt weiteres Konfliktpotential in sich. Frau P. hat nicht die finanziellen Möglichkeiten, eine IVF mit PID im Ausland durchführen zu lassen. Zahlungskräftige Paare reisen gegenwärtig, zum Teil auch von heimischen Fertilitätszentren vermittelt, ins benachbarte EU-Ausland, um sich den Wunsch nach einem gesunden Kind, trotz einer hohen familiären Belastung für eine bestimmte schwerwiegende Erkrankung, zu erfüllen. Ihnen bleibt der leidvolle Weg von Frau P. erspart. Ist das „Zweiklassenmedizin“? Folge dieses „PID-Tourismus“ ist nicht zuletzt auch, dass der Einfluss auf Qualitätsstandards und das Ausmaß der Untersuchungen vollkommen verloren geht. Die unglaubliche körperliche und seelische Belastung beiseite gestellt, ist der Fall der Frau P. auch medizinökonomisch schwer zu verstehen. Für die IVF, nachfolgende invasive PND, die pränatale genetische Diagnostik und letztlich auch für den Schwangerschaftsabbruch besteht Leistungsanspruch – auch mehrfach. In Zeiten knapper Ressourcen könnte man zumindest im Fall der Frau P. auch medizinökonomisch ein starkes Argument für die Freigabe der PID sehen.

Zusammenfassend bleibt die Feststellung, dass zwischen der grundsätzlich unbeschränkten Zulässigkeit der pränatalen genetischen Diagnostik und der derzeit gültigen gesetzlichen Einschränkung der PID ein sachlich nicht gerechtfertigter Wertungswiderspruch besteht. Dieser sollte vom Gesetzgeber bereinigt werden und die PID explizit erlaubt werden.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Maximilian Schmid
Abteilung für Geburtshilfe und
feto-maternale Medizin,
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail:
maximilian.schmid@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)