

Josef Römelt

Spätabtreibung aus ethischer Sicht

(Aus: Josef Römelt, *Christliche Ethik in moderner Gesellschaft. Band 2: Lebensbereiche [Grundlagen Theologie]*. Freiburg 2009, Kapitel 3, Punkt 2.3.4.)

Die Schwierigkeiten, die sich für die Mütter und Eltern, für die behandelnden Ärzte und Hebammen, für die Krankenhäuser und das Pflegeteam stellen, welche von den Gesetzen zur medizinisch-sozialen Indikation betroffen sind, erscheinen komplex. Letztlich sind es aber die Probleme der späten Abbrüche nach pränataler Diagnostik, die menschlichen und die ethischen Konflikte, die sich daraus ergeben, welche in vielfacher Weise belasten.

Zwischen Lebensschutz für das Kind und Rechten der Schwangeren

Im Blick auf alle medizinisch relativ eindeutigen Fakten, also etwa in Bezug auf Krankheitsdispositionen genetischer, chromosomaler und entwicklungsbedingter Störungen *des Kindes* oder psychischer, somatischer und psychosomatischer Risiken *der Schwangeren*, lässt die moderne Rechtslage offen, wie schwer die Belastung der Mutter durch das Kind sein muss, damit der Sachverhalt einer medizinischen Indikation erfüllt ist. Objektive Indikationen sind nirgendwo kasuistisch fixiert (etwa aus einer pränatal diagnostizierten Trisomie 21 folgt medizinisch nicht zwingend die Notwendigkeit einer Abtreibung). Aufgrund der unterschiedlichen subjektiven Belastungsfähigkeiten der Mütter ist diese Fixierung auch gar nicht möglich. Damit tritt die Feststellung der Indikation in das kommunikative Interaktionsgefüge zwischen Arzt und Patientin ein¹. Im Zueinander zwischen ärztlicher Mitteilung von Diagnosen und prognostischen Vermutungen z.B. über die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes, zwischen Phantasien der Mutter über ihr künftiges Leben mit dem (behinderten) Kind, den damit verbundenen Ängsten und der versuchten realistischen Selbsteinschätzung in diesem Konflikt muss die Frage nach der Begründung der medizinisch-sozialen Indikation geklärt werden.

Weil es sehr schwer ist, in diesem Ineinander von medizinischem (nicht nur sicherem) Wissen und persönlicher Einschätzung tatsächlich objektiv zu bleiben, machen sich viele Einrichtungen die Indikationsstellung auch nicht einfach². Die Lösung besteht in modernen Kliniken häufig darin, dass die Indikationsstellung nicht nur von einem einzelnen Arzt, also dem Frauenarzt, vorgenommen wird, sondern im Team besprochen wird³. In das Urteil sollen nicht nur die »harten« Fakten beispielsweise der humangenetischen und der schwangerschaftsdiagnostischen Einschätzungen eingehen, sondern auch die psychosozialen Abwägungen psychologischer und beratender Sachverständigkeiten. Die Ärzte erleben sich aber auch dabei in der schwierigen Situation, dass sie wegen der subjektiven Mehrdeutigkeit der Indikationsstellung entscheiden müssen, welcher Frau mit welchen Befunden in Bezug auf ihre Schwangerschaft und in Bezug auf ihre persönlichen Risiken sie die erwünschte Indikation zuerkennen, welcher nicht. Schwangere müssen gelegentlich »auf die Suche gehen« oder »machen sich« von sich aus »auf die Suche« nach einer Klinik, die den Abbruch »auf ihren Fall hin« vornimmt. Die Berechtigung der Indikation erscheint mitunter umstritten. Hier zeigt sich nicht selten die durch die Gesetzgebung kaum gemeisterte Spannung zwischen dem Lebensschutz für das Kind und den Rechten der Schwangeren.

Lebenshilfe und Sterbebegleitung

Hinzukommt, dass das abgetriebene Kind in manchen Fällen auch nach einer normalen Geburt nicht lebensfähig wäre. Schwerste neurologische Fehlbildungen (z.B. Anencephalie), fehlende Funktionsfähigkeit von Organen (Herzfehler usw.) lassen Arzt und Eltern mit Hilfe moderner Medizintechnik schon vor der Geburt erkennen, dass das Kind nur wenige Augenblicke, Tage, Wochen oder Monate leben können. Deshalb wird der Schwangerschaftsabbruch manchmal als eine Art Sterbebegleitung für das Kind verstanden. Die Einleitung einer Geburt zu einem Zeitpunkt, zu dem das Kind noch nicht lebensfähig ist, soll die Konflikte nach der Geburt des ausgereiften Kindes vermeiden.

Häufig müssen schwierigste medizinische Versorgungsmechanismen greifen, wenn das Kind als für eine Zeit lebensfähig zur Welt kommt. Bei Defekten des Herzens, des Neuralrohres und ähnlichen schwersten Behinderungen gibt es komplizierte prognostische Situationen für eine Heilungschance für das Kind. Die Heilungschancen können gering sein. Kinder

¹ Vgl. Strafgesetzbuch. Mit Erläuterungen, bearb. von K. Lackner/K. Köhl. München ²⁴2001, 817.

² Die Möglichkeit der Suggestion durch den Arzt, dass die Schwangere nur behaupten müsse, sie würde sich umbringen, wenn sie das Kind austragen müsse, um eine medizinische Indikation ausstellen zu können, macht die Manipulierbarkeit dieser Situation deutlich.

³ Vgl. den Bericht aus der Universitätsklinik Jena: Chr. Kähler, Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation – medizinisch-diagnostische Aspekte und Praxis in der Universitätsfrauenklinik Jena, in: J. Römelt (Hg.), Spätabbrüche der Schwangerschaft. Überlegungen zu einer umstrittenen Praxis (Erfurter Theologische Schriften 33). Leipzig 2005, 8-14.

überleben nur eine ungewisse Zeit mit größten Behinderungen und Einschränkungen. Langwierige klinische und medizinische Eingriffe zerstören das familiäre Zusammensein zwischen Eltern und Kind.

Angesichts solcher harten Nöte kann man den Gedanken nicht einfach von der Hand weisen, dass der späte Schwangerschaftsabbruch wie eine Form der Sterbebegleitung ähnlich dem Abschalten von Geräten am Ende des Lebens aufgefasst werden kann. Die Trennung zwischen Kind und lebenserhaltendem mütterlichem Umfeld ermöglichte das Sterben in rascher und schonender Weise, bevor sich die diffizilen, häufig kaum eindeutig zu durchschauenden Situationen einstellen, in denen versuchte lebenserhaltende Maßnahmen in Konkurrenz zum bewussten Behandlungsverzicht treten.

Zeitdruck und Entscheidungsautonomie der Eltern

Ein Problem stellt der Zeitdruck dar, unter dem auch die späten Abbrüche stehen. Juristisch gesehen ist der mögliche medizinisch indizierte Abbruch an keine Fristen gebunden. Denn medizinisch kann die Schwangerschaft bis zur Geburt mit Risiken für das Leben der Mutter verbunden sein. Weil Spätabtreibungen häufig nur durch eine künstlich eingeleitete Geburt vorgenommen werden können, darf das Kind aber nicht als überlebensfähige Frühgeburt zur Welt kommen, sondern muss im unmittelbaren Zusammenhang des Abtreibungsvorgangs sterben.

So entstehen Zwänge, die das Geschehen der Spätabtreibungen häufig dominieren. Die Festlegungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften binden den Vorrang der Behandlungspflicht vor dem Behandlungsverzicht bei Frühgeburten an bestimmte Altersgrenzen der Schwangerschaft⁴. » Nach landesrechtlichen Regelungen [ist zudem] bei der Abtreibung von Feten von mehr als 500 Gramm ein ärztlicher *Totenschein* auszustellen und das Kind zu *bestatten*«⁵. Solche praktischen und juristischen Hintergründe führen u.a. dazu, dass der klinische Alltag darauf drängt, den Abbruch der Schwangerschaft möglichst früh vorzunehmen, bevor die Pflicht zur Lebenserhaltung und personenstandsrechtlichen Meldung greift. Die rasche Abtreibung soll den unangenehmen (und nicht nur für die Schwangere belastenden) Anforderungen zuvorkommen.

Ja gänzlich paradox wird die Situation dann, wenn das Kind bei zu spät durchgeführtem Eingriff den Abbruch über die eingeleitete Frühgeburt wider Erwarten überlebt. » Die Überlebensrate bei Abtreibungen nach der 20. Schwangerschaftswoche soll bei 30% liegen; danach kommen jährlich etwa 100 Kinder nach Spätabtreibungen lebend zur Welt... Der die *Spätabtreibung* vornehmende Arzt kann hier leicht in die Situation geraten, unmittelbar nach Beendigung der gerechtfertigten (!) Abtreibungshandlung als Garant dem >frühgeborenen< Kind ggf. Lebenshilfe oder, falls es nicht lebensfähig ist, Leidhilfe gewähren zu müssen. Um dem *vorzubeugen*, wird als eine von mehreren möglichen Abbruchmethoden der sog. *Fetozid* praktiziert, d.h. die Tötung des Kindes im Mutterleib durch Injektion von Kaliumchlorid oder Fibrinkleber in das Herz (vgl. BÄK, DÄBL 98, 3).«⁶ Auch hier soll der frühe Abbruch solche Paradoxien und >Risiken< umgehen.

Zeitdruck ist aber immer ein belastender Faktor, wenn es um wirklich reife und personal integrierte Entscheidungen von biographischem Gewicht geht⁷. Die Entscheidung bei einer Spätabtreibung ist von solchem Gewicht. Die Auseinandersetzung etwa mit dem Gedanken, sein Leben mit einem Kind zu gestalten, das schwere Behinderungen tragen muss, braucht Verarbeitungsspielräume. Die persönlichen Phantasien und Ängste, die realen Möglichkeiten und Grenzen eines solchen Lebens müssen sachlich erfasst und emotional bearbeitet werden. Eine solche Bearbeitung wäre jedoch die Voraussetzung gerade im Blick auf die Lebensintegration für die Mutter. Es geht ja – nach der Konstruktion der medizinisch-sozialen Indikation – um den Schutz für sie und ihre Lebensbalance.

Schutz gegen das Trauma einer Abtreibung

Im Blick auf die Mutter des Kindes ist aber die mögliche Traumatisierung durch eine Abtreibung nach pränataler Diagnostik das schwerwiegendste Problem. In Bezug auf die späten Abbrüche gilt, dass der gesamte emotionale Prozess und äußere physische Vorgang eindeutig mit der Tatsache konfrontiert, dass hier ein Kind stirbt, weil es für die Gesundheit der Mutter so indiziert ist. Das Kind ist im Körper der Frau über eine Zeit herangereift. Auch wenn vor den pränatalen Diagnostiken manche Frau emotionale Distanz zum Kind zu halten versucht⁸, wachsen die » Fäden« der seelischen Verbindung mit dem Schwangerschaftsalter mit. Der Ab-

⁴ Vgl. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/019.

⁵ Strafgesetzbuch und Nebengesetze. Erl. v. Th. Fischer (Beck'sche Kurzkommentare 10). München ⁵⁰2001, 1274, Rdnr 22a.

⁶ Ebd. Rdnr 21.

⁷ E. Hildt, Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung (Kultur der Medizin 19). Frankfurt a. M. 2006.

⁸ » „70,7 % der befragten Frauen bejahten, daß die Äußerung >Bevor ich das Untersuchungsergebnis hatte, hatte ich das Gefühl, einen bestimmten Abstand zu meiner Schwangerschaft wahren zu müssen, falls es durch das Untersuchungsergebnis Probleme geben würde< mit ihren persönlichen Erfahrungen übereinstimmt. 52,7 % erklärten, daß ihre persönliche Erfahrung mit der Äußerung » Ich hatte ei-

bruch muss – wenn die Entscheidung dazu gefallen ist – eben meist durch einen eingeleiteten Geburtsvorgang vorgenommen werden, der sich über mehrere Tage hinziehen kann. All das stellt eine enorme psychische, biographische und existentielle Belastung für die betroffene Frau dar.

» Die meisten Frauen erleben den Schwangerschaftsabbruch als Alptraum, als *Höllenfahrt* (Schwangerschaftsabbrucherfahrung einer ledigen Mutter). Die meisten Frauen erfahren extreme Schuldgefühle und sind nach dem Schwangerschaftsabbruch therapiebedürftig.«⁹

Der moderne medizinisch-sozial indizierte Schutz für die Frau sucht angesichts dieser Fakten eine nachhaltige Traumatisierung durch eine Spätabtreibung zu verhindern. Denn eine solche würde ja gerade den Erfolg der >therapeutischen Abtreibung<, den Schutz der Mutter gegenüber den Gesundheitsrisiken durch die Schwangerschaft und nach der Geburt, unmittelbar in Frage stellen. Psychosoziale Maßnahmen zur >Enttraumatisierung< setzen deshalb schon bei den Prozessen der Diagnostik ein und verbinden sich mit dem Versuch, durch die beratend begleitete Verarbeitung von pränatalen Diagnoseverfahren, positiven Befundungen, Entscheidungsfindung vor Abbruchentscheidungen Eltern einerseits zum Austragen von Kindern mit Krankheitsdispositionen zu befähigen, andererseits die Entscheidung zur Abtreibung des Kindes psychisch integrierbar zu machen. Psychosoziale Beratung sieht dabei – anders als die medizinische Beratung und auch noch einmal anders als die mittlerweile etablierten Konzepte humangenetischer Beratungen – einen Handlungsbedarf in Bezug auf die *existentielle* Hilfestellung, die schon vor dem Beginn einer pränatalen Diagnostik, während der Erwartung der Befundung und schließlich bei der Entscheidung, wie mit dem aus der Diagnostik über die Gesundheit des Kindes gewonnenen Wissen umgegangen werden soll, greift.

Die von den Konfliktberatungsstellen auf einen konkreten Hilfebedarf hin entwickelten Konzepte fassen die Reihe von psychosozialen Maßnahmen, welche die gegenwärtige rechtliche Regelung der Abbrüche nach solcher Diagnostik durch die medizinische Indikation im Rahmen des Paragraphen 218a StGB notwendig macht, nach dem beraterischen Selbstverständnis als Versuch, die Notwendigkeit eines solchen Eingriffs abzuwenden bzw. seine psycho-sozialen Folgen aufzufangen. Hier kommen also die beiden tragenden Elemente der modernen *Konfliktberatung* ins Spiel, wie sie die ergebnisoffene, auf das Ziel des Lebensschutzes angelegte Beratungsstruktur kennt: Sicherung der Selbstbestimmung der Frau im Konflikt und Sicherstellung des Lebensschutzes für das Kind *mit dem und über den Konsens der Frau*.

So werden Beratung vor der pränatalen Diagnostik, während der laufenden Diagnostik und nach einem auffälligen Befund unterschieden und in ihren unterschiedlichen Beratungsqualitäten differenziert zu fassen versucht.

Ganz knapp dargestellt, werden innerhalb der pränatalen Diagnostiken nicht-invasive Verfahren, die indirekte oder bildgebende Methoden der Schwangerenvorsorge beinhalten, angewandt. Zum anderen existieren invasive Verfahren, die stets mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind. Während bei den nicht-invasiven Verfahren für die Mutter und das ungeborene Kind keine Gefährdung besteht, sind die invasiven Methoden in unterschiedlichem Ausmaß mit dem Risiko einer Fehlgeburt verbunden.

Die zwei zentralen Untersuchungsmethoden im Bereich der *nicht-invasiven* Verfahren sind Ultraschalluntersuchungen und der so genannte Triple-Test. Ultraschalluntersuchungen dienen der Lagebestimmung des Kindes im Mutterleib und der Prüfung der Vitalität des ungeborenen Kindes. Um die Schwangerschaft in ausreichendem Maße überwachen zu können, werden diese bildgebenden Untersuchungen in jedem Schwangerschaftsdrittel, jedem Trimenon, angeboten. Während der Untersuchung im ersten Trimenon zwischen der 9. und 12. Schwangerschaftswoche wird die frühe Organentwicklung des Fötus überprüft. Die Untersuchungen im zweiten und dritten Trimenon zielen darauf ab, die zeitgemäße Entwicklung des Ungeborenen zu verfolgen und dabei eventuelle Entwicklungsstörungen festzustellen. Der Triple-Test wird zwischen der 14. und 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt und dient der Bestimmung des Alpha-1-Fetoproteins, des humanen Choriongonadotropins und des Östriols. Die Konzentration dieser drei Proteine im Blut der Schwangeren dienen zusammen mit dem Alter der Frau als Indikatoren für das Risiko ein Kind mit Down-Syndrom auszutragen. Dabei kann der Triple-Test keine tatsächliche Chromosomenstörung des Fötus diagnostizieren, sondern nur eine altersabhängige Wahrscheinlichkeit für eine Chromosomenstörung ermitteln.

Die *invasiven* Verfahren der Pränataldiagnostik zielen auf die Untersuchung fötaler Zellen ab, die entweder von der Plazenta stammen oder aus dem fötalen Serum. Da es sich bei diesen Untersuchungsmethoden stets um körperliche Eingriffe handelt, besteht eine erhöhte Gefahr zu einer Fehlgeburt. Ein sehr verbreitetes invasives Verfahren ist die

ne ausgesprochene Abneigung dagegen, Umstandskleider zu kaufen, bevor ich das Ergebnis der vorgeburtlichen Untersuchung hatte» übereinstimmt. Immerhin 34,9 % (n= 400) haben keinem erzählt, bevor sie das Untersuchungsergebnis hatten, daß sie schwanger sind. 66 % der Frauen, die sich einer invasiven PD unterzogen haben, bestätigen die Erfahrung, daß die PD die Schwangerschaft in zwei sehr unterschiedliche Phasen einteilt: in die Zeit vor dem Untersuchungsergebnis und in die Zeit der Schwangerschaft danach.“ I. Nippert, Wie wird im Alltag der pränatalen Diagnostik tatsächlich argumentiert? Auszüge aus einer deutschen und einer europäischen Untersuchung, in: M. Kettner (Hg.), Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt a. M. 1998, 153-172; hier: 169.

⁹ Ebd. 171.

Chorionzottenbiopsie. Dabei wird eine Punktionsnadel entweder transcervikal durch die Scheide oder transabdominal mittels Katheter durch die Bauchdecke eingeführt, die eine Probe der kindlichen Plazenta, das heißt vom Zottensaum der Fruchtanlage, entnimmt. Von dieser Zeltprobe werden verschiedene Zellkulturen angelegt, die durch Nährmedien zum Wachstum angeregt werden. Somit ist es möglich, die kindlichen Chromosomen so zu präparieren, dass eine Chromosomenanalyse möglich ist. Vorteilhaft an dieser Untersuchungsmethode ist ihr früher Einsatz in der Schwangerschaft. Nachteilig sind das deutlich erhöhte Fehlgeburtsrisiko von etwa 0,3%-3% und die beschränkten Untersuchungsmöglichkeiten, da beispielsweise eine Neuralrohrverschlussstörung der so genannte offenen Rücken, nicht festgestellt werden kann. Die Amniocentese, auch Fruchtwasseruntersuchung genannt, erfolgt zwischen der 15. und 18. Schwangerschaftswoche. Es sind jedoch auch Frühamniocentesen möglich, die schon zwischen der 9. und 14. Schwangerschaftswoche erfolgen können. Dabei werden etwa zwanzig Milliliter Fruchtwasser mittels Punktionsnadel transabdominal entnommen, wobei dieser Vorgang mittels Ultraschall überwacht wird. Die aus dem Fruchtwasser gewonnenen Zellen stammen von den Schleimhäuten der inneren Organe wie der Mundhöhle, der Harnblase oder dem Magen-Darm-Trakt oder von der Hautoberfläche. Nach einer Kultivierung stehen diese Zellen molekulargenetischen-, cytogenetischen- und biochemischen Untersuchungen zur Verfügung. Von der Entnahme bis zum Befund vergehen bei der Amniocentese bis zu drei Wochen, wobei die Ergebnisse, anders als bei der Chorioncentese, meist mit einer genauen Aussagekraft verbunden sind. Dabei erreicht auch diese invasive Methode ein eingriffsbedingtes Risiko zur Fehlgeburt von 0,3% -1%. Ein weiteres invasives Untersuchungsverfahren besteht in der Nabelschnurpunktion, der Cordocentese. Dabei handelt es sich um die transabdominal durchgeführte Punktion einer Nabelschnurvene. Es werden ein bis zwei Milliliter Blut des Babys entnommen, wobei die Punktionsnadel durch die Plazenta an den Nabelschnuransatz geführt wird, was unter Kontrolle des Ultraschalls erfolgt. Die Cordocentese dient der Diagnose von Chromosomenveränderungen, kindlicher Infektionen, selten auftretender Erbkrankheiten und Stoffwechsel-, Blut- und Muskelkrankheiten. Die Untersuchung kann frühestens ab der 16. Schwangerschaftswoche, in der Regel aber erst ab der 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Der schnellen Ergebnislieferung nach wenigen Tagen steht ein Fehlgeburtsrisiko von 1% - 7% entgegen. Die Fetoskopie ist ein invasives Verfahren, dass wegen dem erhöhten Risiko einer Fehlgeburt von bis zu 5% und der Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt, die sie mit sich bringt, nur sehr selten angewandt wird¹⁰.

Beratung *vor* der pränatalen Diagnostik muss in diesem Sinne, weil die auf dem Spiel stehenden Entscheidungen von so weit reichender Bedeutung sind, ein möglichst hohes Maß an Information, existentieller Verarbeitung und Entscheidungsautonomie vor allem bei den schwangeren Frauen erschließen¹¹. Die Beratung *während* der pränatalen Diagnostik wird notwendig, weil häufig die einzelnen Untersuchungsmethoden nur einen begrenzten Aussagewert haben und in einer Kaskade aufeinander aufbauen¹². Existentiell bedeutet dieser Vorgang für die Schwangeren die Zeit großer Belastung durch das Warten auf die Befundung aus den verschiedenen Untersuchungen. Ganz entscheidend wird die Beratung *im Falle der endgültig positiven Feststellung einer genetischen Belastung* des ungeborenen Kindes¹³. Hier muss die Frage geklärt werden, ob die Schwangere und ihre Familie den Mut und die Kraft haben, das Kind auszutragen oder nicht.

Die Beratung bei einem Schwangerschaftsabbruch nach pränataler Diagnostik sieht sich schließlich vor die Aufgabe gestellt, das harte medizinische und existentielle Geschehen in irgendeiner Weise tragbar zu machen. Die säkularisierte Beratung versucht dabei, über Abschiedsrituale und andere symbolische Handlungen die Hilflosigkeit in dieser Situation zu meistern.

An den Abbruch » schließt sich die Frage an, was mit dem Kind geschehen soll, ob die Eltern es sehen möchten, ob es beerdigt werden soll oder nicht, oder ob sie in irgendeiner Form Abschied nehmen möchten. Diese für alle Beteiligten sehr schmerzlichen Fragen werden oftmals ausgeblendet. Für viele Betroffene hat sich aber eine rechtzeitige Auseinandersetzung damit im Nachhinein als sehr hilfreich herausgestellt.«¹⁴

Theologisch-ethische Bewertung: Widerstand gegen (unbewusste) Abwertung des Lebens mit Behinderung

Wenn man sich diese Zusammenhänge vor Augen hält, erscheinen pränatale Diagnostik und späte Schwangerschaftsabbrüche ethisch gesehen in einem sehr unterschiedlichen Licht. Auf der einen Seite stehen erschreckende Möglichkeiten des Missbrauchs: die gedankenlosen Mechanismen zwischen der Diagnose behinderter Kinder, der ängstlichen Mutlosigkeit ihrer Mütter und dem feigen Selbstschutz der Gesellschaft, die sie zur

¹⁰ Vgl. Vgl. *Nationaler Ethikrat*, Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme. Berlin 2003, 20-24; V. Lux, Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Handreichung, erstellt im Auftrag des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) (IMEW Expertise 3). Berlin 2005.

¹¹ Vgl. *Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikums Heidelberg*, Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien zur Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zwischenbericht Februar 2000, 27.

¹² Vgl. ebd. 29. A. Strachota, Zwischen Hoffen und Bangen. Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrungen mit pränataler Diagnostik. Frankfurt a. M. 2006.

¹³ Vgl. *Deutscher Caritasverband e.V.*, Ja zum Leben. Rahmenkonzeption für die Arbeit katholischer Schwangerschaftsberatungsstellen, Freiburg i. Br. 2000, 18.

¹⁴ Ebd.

Abtreibung drängt. De facto standardisiert der klinische Alltag bestimmte Diagnosen als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch nach medizinisch-sozialer Indikation. » Wenn auch in ca. 97% der Fälle pränataler Diagnostik die befürchtete Anomalie ausgeschlossen wird, so lehrt die Praxis in den verbleibenden Fällen, dass der Schwangerschaftsabbruch fast immer Folge der Diagnose ist.«¹⁵ » Dies gilt umso mehr, als sich die häufig vertretene These, die Durchführung einer PND diene in erster Linie der »Beruhigung« der Schwangeren bzw. Eltern und wirke damit gleichsam mittelbar lebenserhaltend, angesichts bereits vorliegender Zahlen kaum halten lässt. So hat eine Befragung von 1997 in zwölf europäischen Ländern ergeben, dass von 954 Föten, bei denen mittels PND das so genannte Down-Syndrom (Trisomie 21) identifiziert wurde, 857 und somit knapp 90% (!) abgetrieben wurden.«¹⁶ Auf der anderen Seite steht die Sorge um das Schicksal der Schwangeren, die ein behindertes Kind erwarten und der Last dieser Tatsache nicht gewachsen sind. Es ist wahr, dass Frauen auch auf Grund der psychischen Belastung durch ein behindertes Kind in lebensbedrohliche Konflikte geraten können (Suizidgefahr, psychogene lebensbedrohliche Krankheiten). Die Frage ist allerdings, ob durch die gesellschaftlichen Erwartungen Frauen nicht immer schneller an ihre psychischen Grenzen geraten. Das sensible kommunikative Netz zwischen Arzt und Patientin ist offenbar einem Druck ausgesetzt, der in seiner immer liberaleren Auffassung zunehmende Hilflosigkeit der Beteiligten zurückzulassen scheint.

Ethische Dilemmata lassen sich nur lösen, wenn die Werte, die im Konflikt stehen, durch einen Kompromiss aufeinander bezogen werden. Dilemmata dieser Art konfrontieren mit der Begrenztheit der moralischen Kraft. Sie widersprechen eigentlich tiefsten moralischen Intuitionen, in denen sich der Mensch im Gewissen angehalten erfährt: » Das Gute zu tun und das Böse zu meiden«¹⁷. Die fehlende Eindeutigkeit für das Verhalten hinterlässt in manchen Lebenssituationen die Erfahrung tiefer Ohnmacht in der Suche nach der moralischen Eindeutigkeit. Die theologische Ethik geht im Blick auf die ethische Beurteilung der medizinisch-sozialen Abtreibungsindikation vom eindeutigen Vorrang des Lebensschutzes für das Kind vor den Rechten der Mutter aus, wenn es sich nicht um eine medizinisch-vitale Notlagensituation im strengen Sinne handelt¹⁸. Aber auch die Moraltheologie nimmt dabei das Bemühen der gegenwärtigen Gesetzgebung wahr zu helfen, wo in extremen Fällen vielleicht die erwartete Behinderung eines Kindes fundamentalste Lebensinteressen seiner Mutter bedrohen kann.

» Wird bei einer vorgeburtlichen Diagnostik ein auffälliger Befund erhoben, müssen die Eltern in einem weiteren Beratungsgespräch über das Ergebnis eingehend informiert und beraten werden. Häufig setzen sich erst dann die Eltern mit den Handlungsalternativen Annahme des Kindes und Austragen der Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch auseinander. Dabei ist zu berücksichtigen, daß ein auffälliger Befund und die sich hieraus ergebenden Aussagen zu der zu erwartenden Entwicklung des Kindes keine ausreichende Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen. Alleiniger Grund hierfür kann nach geltendem Recht die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Mutter sein, wenn diese Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann (sog. medizinische Indikation). In diesem Fall ist nach dem Wortlaut des § 218a Abs. 2 StGB ein Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig.«¹⁹

In den 1970er Jahren wurde das Problem unter dem Begriff einer » psychiatrischen Indikation« reflektiert: Danach » ist diese psychiatrische Indikation nichts anderes als eine medizinische Indikation, nur daß hier der Hauptakzent nicht auf einer Bedrohung der körperlichen, sondern der seelischen Gesundheit der Frau liegt, die so groß sein kann, daß das Leben als solches bedroht ist. Wenn sich eine solche Betrachtungsweise als stichhaltig erweisen sollte, so würden für die psychiatrische Indikation die gleichen Maßstäbe gelten wie für die medizinische. Dabei ist mit Nachdruck darauf zu verweisen, daß natürlich immer alle sonstigen Möglichkeiten, die Bedrohung von Leben und Gesundheit zu beseitigen, voll ausgeschöpft werden müssen: ... Jedenfalls kann, darüber ist man sich wohl allgemein einig, der Schwangerschaftsabbruch in solchen extremen Fällen nur als letzte, unausweichliche Therapiemaßnahme ethisch gerechtfertigt werden.«²⁰

¹⁵ F. Herzog, Präimplantationsdiagnostik – im Zweifel für ein Verbot?, in: ZRP 34 (2001) 393-397; hier: 394.

¹⁶ K. Faßbender, Präimplantationsdiagnostik und Grundgesetz. Ein Beitrag zur verfassungsrechtlichen und dogmatischen Strukturierung der aktuellen Diskussion, in: NJW 54 (2001) 2746-2753; hier: 2747.

¹⁷ Vgl. Thomas von Aquin, STh I-II, q. 94 a. 2.

¹⁸ » Oft ... wird der Embryo, wenn bei ihm eine Krankheit oder Behinderung festgestellt wurde, abgetrieben. Ein solcher Entschluss ist ethisch nicht zu billigen.« Der Mensch: sein eigener Schöpfer? Wort der Deutschen Bischofskonferenz zu Fragen von Gentechnik und Biomedizin. Bonn 2001, 6.

¹⁹ Wieviel wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin. Gemeinsames Wort der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Woche für das Leben 1997 (Gemeinsame Texte 11). Bonn 1997, 10.

²⁰ C. M. Genewein/P. Sporken, Ungeborenes Leben bejahen – ethische Überlegungen zum Schwangerschaftsabbruch aus katholischer Sicht, in: M. Koschorke/J. F. Sandberger (Hg.), Schwangerschaftskonfliktberatung. Ein Handbuch. Göttingen 1978, 339-346, 343f.

Mit Sicherheit stellt die gesundheitliche Einschränkung des erwarteten Kindes bei gegebener Schwere eine radikale Belastung und mitunter brutale Bedrängnis für die Eltern dar. Doch die Versuchung ist groß, über die Tötung des Kindes einen einfachen Weg zu gehen, der den Schwächsten schlicht eliminiert. Selbst Kompromisse müssen so beschaffen sein, dass die Bejahung der Werte durch die Lösung gestärkt werden kann und nicht verdunkelt wird. Sonst verliert die Kultur ihren ethischen Schwung und gerät auf die schiefe Ebene des Verlustes tragender Fundamente des Zusammenlebens.

Die theologische Ethik drängt deshalb auf ein umfassendes psychosoziales Engagement der Gesellschaft, das Frauen (und Familien) mit ihren behinderten Kindern ein Netz zur Entfaltung ihrer eingeschränkten Lebensmöglichkeiten bereit stellt.

Es » braucht ... vielfältige Unterstützungsmaßnahmen, um der Frau und ihrer Familie zu helfen, mit dem behinderten Kind ein neues Lebensgleichgewicht familiärer Kultur zu finden. ... Die Entwicklung tragfähiger Verhaltensweisen, die Entdeckung von Ressourcen existenzieller und materieller Art sind entscheidend.«²¹

Und die Theologie wirbt für eine Deutung der tiefen Grenzerfahrungen, die damit – bei allen Anstrengungen der Linderung der Lasten – verbunden bleiben, welche den Leidenden nicht ihre Würde nimmt und die Wertschätzung der behinderten Kinder und ihrer Eltern nicht untergräbt.

Im Blick auf nicht lebensfähige Kinder stellt sich nach pränataler Diagnostik die Frage, ob nicht ein würdevolles Sterbenlassen nach der Geburt die am wenigsten technikintensive Form der Sterbebegleitung wäre. Sie würde den Familien eine angemessene Haltung ermöglichen. Verstärkt suchen gerade Mütter eine solche Form, die ihnen weder den Vorwurf, ihr Kind frühzeitig getötet zu haben, noch einer Übertherapierung nach der Geburt, noch einer Vernachlässigung nach der Geburt machen lässt.

Eine solche Vorstellung setzt allerdings voraus, dass die komplizierten Rechtsfragen des Behandlungsverzichts nach der Geburt des Kindes sowohl für den Arzt als auch für die Eltern verantwortlich und eindeutig gelöst sind. Die moralische Entscheidung, um die es hier geht, meint – bei Frühgeburten und schwerst geschädigten Neugeborenen – letztlich die Balance zwischen Achtung des Sterbeprozesses für das Kind und der Pflicht zur Hilfe zum Leben – trotz der zu erwartenden Behinderungen des Kindes. Die Eltern und die Ärzte müssten unterscheiden, wo sie den Verlust ihres Kindes akzeptieren müssen und sein Leiden nicht verlängern dürfen und wo sie mit allen ihren Kräften » Ja« zu einem Leben mit dem behinderten Kind sagen müssen. Hier spielt das persönliche Gewissen der Eltern und Ärzte eine unersetzbare Rolle.

Es ist aber ein wichtiges Anliegen, dass die moderne Kultur in ihrem klinischen Alltag angesichts der schwierigen Entscheidungssituationen nach pränataler Diagnostik Widerstand gegen den unbewussten Mechanismus leisten muss, nach dem das kurze Leben eines Kindes oder seine schwere Behinderung nach seiner Geburt seinen Wert vermindert²². Es ist schwer, mit der Enttäuschung und Verzweiflung angemessen umzugehen, die das kurze und gesundheitlich schwer belastete Leben eines Kindes bei den Eltern, Angehörigen und auch Ärzten und Pflegenden hinterlässt. Ethisch gesehen gilt: Auch das kürzeste und schwer belastete Leben ist wertvoll. Eine Rechtskultur, die es zulässt, ein Kind als Schaden zu verstehen, macht es schwer, dieser Einsicht zu ihrer Geltung zu verhelfen²³.

Rechtlich gesehen hilft es allen Beteiligten, wenn sie dem Zeitdruck zur Umgehung von Meldepflichten und medizinischen Entscheidungen zugunsten des Kindes nicht nachgeben. Nicht nur, dass dadurch die Eltern mehr Zeit für eine wirklich integrierte Entscheidung gewinnen: Auch das ärztliche Handeln kann in der Objektivität des Rechts einen Schutz vor einem wachsenden Anspruchsdenken von Eltern gewinnen, die von der Medizin unbedingt ein gesundes Kind verlangen²⁴.

²¹ J. Römel, Pränatale Diagnostik, 293.

²² » Es ist zu beobachten, daß die Bereitschaft schwindet, von Geburt an behinderte Menschen anzunehmen und in ihnen eine Lebensaufgabe zu sehen.« Wieviel wissen tut uns gut? (Gemeinsame Texte 11), 13.

²³ So sehr auch in der Begleitung einer Schwangerschaft medizinische Fehler Rechtsfolgen haben müssen. Vgl. U. Riedel, » Kind als Schaden«. Die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Arzthaftung für den Kindesunterhalt bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes. Frankfurt a. M. 2003.

²⁴ Der » Angabe der Todesursache [kommt] schon im Hinblick auf § 159 StPO erhebliche Bedeutung zu, um der StA wenigstens die Möglichkeit einer Kontrolle der Rechtmäßigkeit von Spätabtreibungen zu geben. Selbst diese klaren gesetzlichen Regelungen werden, soweit ersichtlich, in der Praxis weitestgehend ignoriert, Mitteilungen der Standesämter nach § 159 StPO fast durchweg unterlassen oder schon durch unklare oder unzutreffende Angaben verhindert. Die hierfür von Gesundheits- und Innenverwaltungen vorgetragene Begründung, die Spätabtreibung belaste die Mutter (und den Arzt?) idR so stark, dass schon eine Prüfung durch die StA » unverhältnismäßig« sei, erscheint unververtretbar und steht in klarem Widerspruch zu geltenden Recht.« Strafgesetzbuch und Nebengesetze. Erl. v. Th. Fischer (Beck'sche Kurzkommentare 10). München ⁵⁰2001, 1274 Rdnr 22a.

Die Entwürfe, die für die Novellierung der betreffenden Teile des § 218a StGB und des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes eingebracht worden sind, betreffen in diesem Sinne gerade die juristische Festschreibung des medizinischen und psycho-sozialen (Konflikt-)Beratungsangebotes sowie die damit zusammenhängenden zeitlichen Fristen und die Bewusstmachung der Würde und der Möglichkeiten eines Lebens mit Behinderung.

Dort, wo die Kraft zur Bejahung des Lebens mit den Einschränkungen durch ein krankes Kind nicht ausreicht, fragt der christliche Glaube die Erfahrung von menschlicher Begrenztheit und die Schuldgefühle, die eine Abtreibung mit sich bringt, radikaler an: Die in der Erfahrung von Behinderungen erlebten Begrenzungen menschlichen Lebens bedürfen einer tieferen Sinnvermittlung, wie sie die Beziehung zu Gott vermitteln kann. An den Grenzen des Lebens steht die Frage der Transzendenz des Lebenssinns unmittelbar an. Und auch im Blick auf die radikale Schuld erfahrung gibt es letztlich nur den Hinweis auf Gott, der Vergebung auch da schenken kann, wo nach menschlichem Ermessen Lebensschuld und unabweisbares Versagen den Menschen bedrückt.

Hier aber wird das größte Anliegen einer theologischen Ethik angesichts der Probleme von pränataler Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik deutlich. Es geht letztlich um die Frage, aus welchen Ressourcen eine Gesellschaft lebt, um mit Behinderung und Leid, mit Leben in Grenzen menschlich umzugehen. Die Theologie bietet in ihrer Deutung des Lebens als Geschenk Gottes und mit dem Hinweis auf die Geborgenheit seiner Grenzen in Gott einen Rahmen, der auch in heftigen Konflikten den Menschen nicht alleine lässt im Umgang mit den Einschränkungen seines Lebens. Neben der Hoffnung, dass der weitere medizinische Fortschritt eine baldige Entwicklung ermöglicht, die die Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik unnötig macht, ist es dieser Rahmen, der eine Humanisierung gegenwärtiger Kultur gegenüber ihrer Praxis der pränatalen Diagnostik mit entwickeln helfen muss²⁵.

²⁵ Vgl. C. Mock, Stellungnahmen zur Pränataldiagnostik. Handreichung, erstellt im Auftrag des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) (IMEW Expertise 8). Berlin 2007.