

Problemfeld Spätabtreibung*

von Konrad Hilpert

Der Beitrag bespricht ausführlich eine wichtige Neuerscheinung zur aktuellen Problematik der Spätabtreibung.

Über die sogenannten Spätabtreibungen ist Empörung rasch zur Hand. Sie erlaubt denen, die sowieso jegliche Form rechtlicher Duldung von Schwangerschaftsabbrüchen für eine Anmaßung des Staates halten, das Skandalöse zu öffentlicher Evidenz zu bringen; und sie kostet denen, die für einen rechtlich geregelten Raum der Entscheidungsfreiheit vor allem der Mütter eintreten, nicht allzu viel Abstriche, weil zu keinem Zeitpunkt der Gesetzgebung intendiert war, Spätabbrüche zu legitimieren.

Solche Rhetorik des Grauens und fixe Forderungen nach einer Revision der geltenden Abtreibungsbestimmungen vermeidet dieses schmale, aber gehaltvolle Büchlein, das der für seine Gründlichkeit und Besonnenheit bekannte Erfurter Moralthologe Josef Römelt besorgt hat. In den vier Beiträgen wird schnell klar, wie tragisch und für alle Beteiligten belastend die Situationen meistens sind, in denen es zu entsprechenden Entschlüssen bzw. Handlungen kommt, und auch, wie begrenzt die Möglichkeiten sind, die zugrunde liegenden Konflikte mit dem Instrument des Strafrechts zu lösen.

Welches aber sind solche zugrunde liegenden Konflikte (wenn man einmal von möglichen Fällen von leichtfertigem oder willkürlichem Umgang mit ungeborenem menschlichen Leben absieht)? In den vier Beiträgen, die nicht wie Puzzlestücke zueinander passen, sondern in ihren unterschiedlichen Zugangsweisen und Akzentuierungen ziemlich sperrig neben- (und manchmal auch über-)einander stehen, werden folgende sichtbar:

1. *Die Erweiterung der pränatalen Diagnostik* (s. u.a. S. 20): Bedingt vor allem durch die Fortschritte der Gentechnik und bildgebender Verfahren haben sich die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik innerhalb der letzten drei Jahrzehnte enorm entwickelt. Damit aber steigt natürlich auch die Zahl der Fälle, in denen Risiken und pathologische Befunde erkannt werden. Obschon jedenfalls der ärztlich verantwortete Einsatz dieser Diagnostik von sich aus nicht auf Schwangerschaftsabbrüche aus ist (sie wird weder als Mittel der Geburtenplanung noch zur Geschlechtsselektion eingesetzt!), kommt es doch vor, dass sich Schwangere wegen des erkannten pathologischen Befundes ihres Kindes und dem gleichzeitigen Fehlen therapeutischer Optionen zu einer Abtreibung entschließen. Allerdings verdient im Zusammenhang der Feststellung dieser Entwicklung zum einen der Hinweis Beachtung, dass die Durchführung der Pränataldiagnostik in den 97% der Fälle, wo der Befund negativ ist, den Entschluss zur Annahme des Kindes erleichtert. Und zum anderen der Hinweis, dass in Folge der viel genaueren Pränataldiagnostik die Zahl der Abbrüche zurückgegangen ist, die ehemals auf Verdacht oder nur gestützt auf die Wahrscheinlichkeit der Mendel'schen Gesetze vorgenommen wurden.

* Zu: Josef Römelt (Hg.), Spätabbrüche der Schwangerschaft. Überlegungen zu einer umstrittenen Praxis, Leipzig: St. Benno 2005 (Erfurter Theologische Schriften 33), 83 S., Broschur, ISBN 3-7462-1819-5, € 16,-.

2. *Die Transformation der embryopathischen Indikation* (s. u.a. S. 18f.28f.): Bei der letzten „Reform“ des §§ 218ff. StGB im Jahr 1995 wurde, vor allem auf Drängen der Behindertenverbände und der Kirchen, die embryopathische Indikation beseitigt mit der Begründung, die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs wegen einer nicht behebbaren Schädigung des Gesundheitszustandes eines Kindes bringe eine Geringschätzung des Lebensrechtes geschädigter Kinder überhaupt zum Ausdruck. Mit diesem Entschluss wurde zwar deutlich gemacht, dass die befürchtete Behinderung eines Kindes als solche kein anerkannter Rechtfertigungsgrund für einen Abbruch ist, doch wurde zugleich auch ermöglicht, die Belastung der Mutter durch die zu erwartende Schädigung des Kindes als einen Fall von medizinischer Indikation umzudefinieren. Als Fall einer medizinischen Indikation aber ist der Abbruch im Gegensatz zur bis dahin geltenden Regelung für die embryopathische Indikation ohne Beratung und ohne Fristbindung möglich.

3. *Die Reichweite ärztlicher Aufklärungspflicht* (s. u.a. S. 22f.): Eine Reihe von Gerichtsurteilen, die inzwischen höchstrichterliche Bestätigung gefunden haben, haben zum Ergebnis, dass der Arzt die Schwangere über die Möglichkeit einer humangenetischen Beratung und Untersuchung aufklären muss, wenn sich in der Begleitung der Schwangerschaft Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko ergeben. Für den Fall, dass er dies unterlässt oder dass er Ergebnisse solcher Untersuchungen der Patientin vorenthält oder sie fehlerhaft interpretiert mit der Folge, dass ein möglicher Abbruch unterbleibt, begeht er einen Behandlungsfehler, für dessen Folgen er haften muss. Diese Haftung kann sich auf den gesamten Unterhalt eines Kindes erstrecken, das mit Behinderungen zu leben hat, die durch vorgeburtliche Diagnostik erkennbar gewesen wären.

4. *Die voraussichtliche Schwere eines Lebens mit einem Kind mit Behinderung* (eine spezielle Gruppe, nämlich Kinder mit Anencephalie, wird im letzten Beitrag, S. 45–82, ausführlich behandelt): Auch wenn der Wegfall der ehemaligen embryopathischen Indikation ein deutliches Zeichen für den Rang des Lebensschutzes von Menschen mit Behinderungen darstellen will und es auch ist, steht die Aussicht auf ein Leben mit einem Kind mit Behinderungen auch immer im Konflikt mit den Ressourcen an Akzeptanz, an Zuwendung, Fürsorge und Zeit, die die betroffenen Eltern bzw. Familien erbringen können. Dieser Konflikt spitzt sich noch zu in dem Maße, wie die Schwere der Behinderung oder der Fehlbildungen bzw. Störungen zunimmt, bei denen eine Aussicht auf Heilung oder Besserung nicht besteht. Sie kann sogar bis zu dem extremen Fall reichen, dass medizinisch vorweg absehbar ist, dass das Kind seine eigene Geburt nur um Stunden oder allenfalls Tage überleben kann.

5. *Der Zeitdruck* (s. u.a. S. 32f.): Für den Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation gibt es keine Frist, da die Schwangerschaft ja bis zur Geburt mit Risiken für das Leben der Mutter verbunden sein kann. Dies bedeutet einerseits, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation auch dann noch rechtlich zulässig ist, wenn der Fetus außerhalb des Mutterleibs bereits lebensfähig wäre. Diese Freiheit von einer Frist bietet unter anderem die Möglichkeit, dass Eltern im Falle eines Befundes mehr Zeit haben, um zu einer gut überlegten und gemeinsam getragenen Entscheidung zu kommen. Manche Erkrankung oder Schädigung ist sogar erst in der fortgeschrittenen Schwangerschaft diagnostizierbar. Andererseits besteht immer dann, wenn die medizinische Indika-

tion nicht eine vitale, sondern eigentlich eine embryopathische ist, die Notwendigkeit, den Abbruch der Schwangerschaft vorzunehmen, bevor die Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung greift. Denn wenn die in Gestalt einer künstlich provozierten Geburt durchgeführte Spätabtreibung mit der Frühgeburt eines Kindes endet, das spontan lebensfähig ist, besteht für den Arzt die Verpflichtung zu lebenserhaltenden Maßnahmen. Dass ein Kind bei einem zu spät durchgeführten Eingriff den Abbruch mittels eingeleiteter Frühgeburt wider Erwarten überlebt, kommt allerdings immer wieder vor.

Bei der öffentlichen Befassung mit diesem ganzen Problemkomplex der Spätabtreibung sollte man von vornherein zwei Dinge nicht aus dem Blick verlieren: Bundesweit lag die Anzahl von Spätabtreibungen (das sind nach den geltenden rechtlichen und medizinischen Standards Abtreibungen nach der 22. Schwangerschaftswoche) im Jahr 2003 bei 217, im Jahr 2004 bei 200. Es ist wohl anzunehmen, dass zu diesen amtlich gemeldeten auch noch eine Reihe solcher Fälle hinzuaddiert werden müssen, die als Tot- oder Frühgeburt kategorisiert wurden oder bei denen eine Meldung unterblieb. Die genannten Zahlen sind bedrückend genug, aber sie stellen doch auch kein Massenphänomen dar und keinen Trend, als was sie von interessierter Seite bisweilen hingestellt werden. Es stimmt einfach nicht, wenn die Pränataldiagnostik, wie sie seit den 1970er-Jahren eingeführt wurde, in globo beschuldigt wird, der Hauptgrund der Spätabtreibungen zu sein. Eine erhebliche Zahl embryopathisch veranlasster medizinischer Indikationen i.S. der derzeitigen Rechtslage (nach der 22. Schwangerschaftswoche) taucht schon in den offiziellen Abbruch-Statistiken vor 1995 auf! Und das Zweite: Diese Spätabbrüche sind Teil der insgesamt etwa dreieinhalbtausend Abbrüche, die pro Jahr in Deutschland auf der Grundlage einer medizinischen Indikation erfolgen. Diesen 3.500 stehen circa 124.500 gemeldete Abbrüche gegenüber, bei denen keine medizinische Indikation vorliegt, sondern die lediglich aufgrund vorausgehender Beratung nach §§ 218ff. StGB erfolgen und die rechtswidrig, aber straffrei sind. Die Bedeutung der embryopathischen Indikation ist demnach – so empörend und bedauerlich jeder einzelne Fall ist – zahlenmäßig im Verhältnis zur allgemeinen Notlagenindikation nicht exorbitant groß. Diese Feststellung entschuldigt nichts, aber sie gibt einen Hinweis darauf, wo der eigentliche Skandal liegt.

Die Maßnahmen, die politisch diskutiert werden, um die Spätabtreibungen einzuschränken – bisher ohne durchschlagenden Erfolg –, konzentrieren sich vor allem auf drei Vorschläge: die Einführung einer obligatorischen psychosozialen Beratung, die Einführung einer verpflichtenden mehrtägigen Bedenkzeit zwischen Diagnose und Abbruch sowie die Feststellung durch ein größeres Ärztegremium, ob es sich um eine medizinische Indikation handelt.

Bei allen Differenzen über die Eignung bestimmter rechtlicher Maßnahmen, Einschränkungen und Verbote besteht doch weitgehend Einigkeit in dem Ziel, Schwangerschaftsabbrüche insgesamt und solche im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft, wo der Fetus beim heutigen Stand der Medizin schon extruterin lebensfähig ist, im Besonderen zu vermeiden. Gesucht sind also jene Mittel, die zur Erreichung dieses Ziels wirkungsvoller sein könnten als das Instrument des Strafrechts. Was die vier Autoren dieses Büchleins (eine Gynäkologin, ein Jurist, ein Moralphilosoph und ein Heilpädagoge) hierzu vorschlagen und ausführen, lässt sich vielleicht am besten durch die Stich-

wörter charakterisieren: qualitativ bessere Beratung (vgl. S. 10–13), Engagement für eine gesellschaftliche Umgebung, die Familie und Mütter stärker unterstützt und Kinder annimmt (vgl. S. 25), das Gewährwerden und Deuten der grundsätzlichen Begrenztheit des menschlichen Lebens, wie es in Behinderung und der Möglichkeit von Schuld existenziell sichtbar wird (vgl. S. 40–42), sowie der Wechsel von einer defizitorientierten hin zu einer kompetenzorientierten Wahrnehmung (vgl. besonders S. 62–64).

This article comprehensively reviews an important recent arrival on the complex of problems related to late abortion.