

Spätabbrüche

nach medizinischer Indikation im
Zusammenhang mit Pränataldiagnostik

EFD Evangelische Frauenarbeit in Deutschland e.V.
EFHiD Evangelische Frauenhilfe in Deutschland e.V.

Spätabbrüche nach medizinischer Indikation im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik

Positionspapier
des Präsidiums der Evangelischen
Frauenarbeit in Deutschland e.V. (EFD) und
des Vorstands der Evangelischen
Frauenhilfe in Deutschland e.V. (EFHiD)

EFD und EFHiD sehen dringenden Diskussions- und Handlungsbedarf für eine Neuregelung der gesetzlichen Grundlagen für Schwangerschaftsabbrüche an der Grenze zur Lebensfähigkeit (sog. Spätabbrüche)

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Grundsatzurteil vom 28. Mai 1993 festgestellt, dass dem Staat eine Schutzpflicht für das ungeborene Leben obliegt, auch gegenüber der werdenden Mutter. Der Staat wird verpflichtet, zur Erfüllung seiner Schutzpflicht ausreichende Maßnahmen normativer und tatsächlicher Art zu ergreifen, die den angemessenen Schutz des ungeborenen Lebens sicherstellen.¹ Gleichzeitig wurde dem Gesetzgeber eine entsprechende Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht auferlegt.

Vor diesem Hintergrund gibt es in der derzeitigen Legislaturperiode Bestrebungen, die Regelung über Spätabbrüche in § 218 a Abs. 2 StGB zu novellieren. Dies hat einen kontroversen fach- und gesellschaftspolitischen Diskussionsprozess in Gang gesetzt, an dem sich die einschlägigen AkteurInnen, u.a. die ÄrztInnenschaft, Frauen-, Hebammen- und Behindertenverbände sowie Kirchen und Wohlfahrtsverbände, aktiv beteiligen.

Anknüpfend an ihre Stellungnahme zu § 218 StGB aus dem Jahr 2004² wollen sich auch EFD und EFHiD zur Frage der Spätabbrüche nach medizinischer Indikation im Zusammenhang mit Pränatal-

¹ BVerfGE 88, 203 ff., 28. Mai 1993

² § 218 – Argumentations- und Arbeitshilfe zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches, DEF/EFD/EFHiD 2004

diagnostik positionieren. Es ist den beiden Verbänden wichtig, die Grundpositionen evangelischer Frauenarbeit in diesen Diskussionsprozess einzubringen und sich durch aktive Informationsvermittlung und Lobbyarbeit in Kirche, Politik und Gesellschaft zu Wort zu melden.

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach der 22. Schwangerschaftswoche lag nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2006, vergleichbar den Zahlen in den Vorjahren, bei 183 Fällen.³ Spätabbrüche machen damit einen Anteil von ca. 0,1% aller Schwangerschaftsabbrüche aus. Trotz dieser vergleichsweise geringen Zahl bilden Schwangerschaftsabbrüche jenseits der 22. Schwangerschaftswoche einen besonderen ethischen Problemfall, der nach Meinung von EFD und EFHd unabhängig von anderen Fragen, die die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a StGB betreffen, neu diskutiert werden muss. Jeder Einzelfall ist für die Schwangere und deren Partner bzw. Familie sowie für die beteiligten ÄrztInnen, Hebammen und Pflegenden mit besonders schwer wiegenden ethischen Konflikten und psychischen Problemen verbunden, denn ab diesem Zeitpunkt ist der Fetus potenziell extrauterin, das heißt außerhalb des Mutterleibes, lebensfähig. Kommt es in dieser späten Phase der Schwangerschaft zu einem Abbruch, wird in manchen Fällen der Fetus im Mutterleib abgetötet, um sicher zu gehen, dass dieser den Abbruch nicht überlebt (Fetozid).

Die schwangere Frau muss für sich persönlich entscheiden, ob sie in der Lage ist, mit einem schwer kranken bzw. behinderten Kind zu leben. Auch wenn sie selbst nicht über die Fortsetzung der Schwangerschaft oder einen etwaigen Abbruch entscheidet – diese Entscheidung liegt letztlich auf Seiten der behandelnden ÄrztInnen – muss sie doch mit Blick auf ihre eigene psychische Belastbarkeit darüber reflektieren. Dazu gehört auch, sich mit den psychischen (Langzeit-) Auswirkungen eines Abbruchs auseinanderzusetzen. Sie ist damit einer besonderen emotionalen Belastung ausgesetzt.

Für Ärzte und Ärztinnen, Hebammen und Pflegepersonal kollidiert jeder Schwangerschaftsabbruch – insbesondere aber die gezielte Tötung des oftmals lebensfähigen Fetus in der späten Phase der Schwangerschaft – mit dem grundsätzlichen Auftrag medizinischen Handelns, Leben zu retten. Diese Konfliktsituation wird verschärft durch die praktische Erfahrung mit Frühgeburten aus der gleichen

³ www.destatis.de / Gesundheitswesen / Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 2000 bis 2006 nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangenen Lebendgeborenen: aktualisiert am 14. März 2007

Schwangerschaftswoche, für die medizinisch alles getan wird, um sie am Leben zu erhalten.

Diese Situation bringt alle Beteiligten in eine schwierige Konfliktlage. EFD und EFHID sehen daher dringenden gesellschaftlichen Diskussions- und Handlungsbedarf. Die Entscheidung, einen Spätabbruch vorzunehmen, berührt neben der individuellen auch eine gesellschaftliche ethische Verantwortung sowie rechtliche Aspekte und Verantwortungsbereiche, über die bei einer Neuregelung reflektiert werden muss. Ziel muss es sein, eine Balance zwischen den einander gegenüberstehenden Rechtsgütern und Verantwortungsbereichen zu finden, so dass diese extreme Konfliktsituation von allen Beteiligten – auch den Partnern bzw. Familien – besser bewältigt werden kann.

EFD und EFHID erklären deshalb, dass sie

- sich gegen die Ergänzung eines „embryopathischen Befundes“ in den Wortlaut des § 218a Abs. 2 StGB aussprechen;
- eine umfassendere ärztliche Aufklärung der Schwangeren und das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung bereits vor Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik befürworten;
- eine verpflichtende unabhängige psychosoziale Beratung der Schwangeren vor einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch nach der 22. Schwangerschaftswoche befürworten sowie die Sicherstellung eines Beratungsangebots unabhängig davon, ob die Schwangerschaft fortgesetzt oder abgebrochen wird;
- sich jenseits der Fragen zur rechtlichen Regelung von Spätabbrüchen für eine Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein Leben mit behinderten bzw. erkrankten Kindern einsetzen.

Schon nach der derzeitigen Gesetzgebung stellt die Behinderung bzw. Krankheit des Fetus keine ausreichende Begründung für eine medizinische Indikation dar. Vielmehr ist nach dem Gesetzeswortlaut des § 218a Abs. 2 StGB allein der Gesundheitszustand der Schwangeren – Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes – entscheidend. EFD und EFHID sehen daher keine Notwendigkeit, den Gesetzeswortlaut zu ändern.

EFD und EFHID sprechen sich gegen die Ergänzung eines „embryopathischen Befundes“ in den Wortlaut des § 218a Abs. 2 StGB aus

EFD und EFHID befürworten eine umfassendere ärztliche Aufklärung und das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung bereits vor Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (PND)

Der Einsatz von PND innerhalb der Schwangerenvorsorge ist heute weitgehend zur Routine geworden. Im Gegensatz zu der Selbstverständlichkeit der Durchführung von PND in der ärztlichen Praxis ist oftmals ein Mangel an umfassender

Aufklärung und Information über PND festzustellen. Die Tragweite der Entscheidung für die Durchführung von PND ist den Frauen daher meist nicht bewusst. Insbesondere durch die Weiterentwicklung nicht-invasiver diagnostischer Verfahren, allen voran der Ultraschall-Diagnostik, können sich bereits im Rahmen von Routineuntersuchungen (sog. Screenings) Hinweise auf Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen des Fetus ergeben. Hat bis dahin keine umfassende Aufklärung über die Leistungsfähigkeit und das Spektrum der Möglichkeiten dieser Methoden stattgefunden, werden die Frauen von einem von der Norm abweichenden Befund völlig unvorbereitet getroffen und oftmals stark verunsichert. Dieses könnte durch eine umfassendere Aufklärung vor der Durchführung der Screening-Maßnahmen vermieden werden.

Es wird oft angeführt, dass Schwangere in diesem frühen Stadium der Schwangerschaft nicht unnötig durch ein Zuviel an ärztlicher Aufklärung verunsichert und verängstigt werden sollten. Dem steht jedoch das Recht auf informierte Zustimmung zu wie auf informierte Ablehnung einer Untersuchung entgegen. Dieses Recht kann von der Schwangeren nur wahrgenommen werden, wenn eine umfassende Information über mögliche Folgen der Untersuchung erfolgt ist.

EFD und EFHID fordern daher eine Verbesserung der ärztlichen Aufklärung und das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung bereits vor der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Maßnahmen. Die ärztliche Aufklärung soll Frauen insbesondere über die Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der geplanten Methode informieren. Dazu gehört auch, sie auf mögliche Konsequenzen hinzuweisen, die nach einem auffälligen Befund zu bedenken wären, sowie auf etwaige Therapiemöglichkeiten bei diagnostizierbaren Fehlbildungen. Angesichts der Tragweite einer Entscheidung über pränataldiagnostische Maßnahmen sollte den Schwangeren zu diesem Zeitpunkt das Angebot einer kostenlosen, qualifizierten und unabhängigen Beratung zur Verfügung stehen. Die Beratung soll sie in die Lage versetzen, ihre Entscheidung selbstbestimmt und bewusst treffen zu können, d.h. ihre informierte Zustimmung zur Durchfüh-

zung der Untersuchung geben zu können bzw. diese Untersuchung abzulehnen.

Eine in diesem Sinne verbesserte ärztliche Aufklärung und psychosoziale Beratung erhöht die Entscheidungskompetenz der Schwangeren. Dies wirkt zugleich dem Drängen von ArztInnen auf Inanspruchnahme von PND-Maßnahmen und im Zweifelsfall zum Schwangerschaftsabbruch aufgrund von befürchteten Haftungsansprüchen entgegen.

Ein bloßer Hinweis auf ein psychosoziales Beratungsangebot nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) erfüllt nach Ansicht von EFD und EFHiD nicht die dem Gesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht auferlegte Pflicht, ungeborenes Leben zu schützen. Auch wird diese Form der Beratung nicht der schwierigen und belastenden Situation gerecht, in der sich die Schwangere befindet. Daher sprechen sich EFD und EFHiD in Ergänzung zu einer umfassenderen ärztlichen Aufklärung für die Einführung einer psychosozialen Pflichtberatung vor der Durchführung von Spätabbrüchen nach PND aus.

Dabei lehnen EFD und EFHiD nach wie vor eine rein embryozentrische Sichtweise ab. Schon in der Vergangenheit haben evangelische Frauenverbände es vermieden, die Rechte des ungeborenen Lebens losgelöst von der Schwangeren zu betrachten. Entschieden traten sie daher immer auch für eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ein und für das Recht und die Pflicht der Schwangeren zur Entscheidung über die Fortsetzung der Schwangerschaft. Grundlegend für diese Position war die Erkenntnis, dass es aufgrund des besonderen Lebensverhältnisses „Schwangerschaft“ keine bessere Möglichkeit gibt, die Lebensrechte der schwangeren Frau wie die des ungeborenen Lebens zu schützen, als mit der Schwangeren.

Bei der Frage nach einer Regelung von Spätabbrüchen ist aber von einem anderen Sachverhalt auszugehen, da es sich um die Entscheidung für oder gegen das Leben des potentiell extrauterin lebensfähigen Ungeborenen handelt. Dessen Schutzanspruch rechtfertigt die Verpflichtung zu einer professionellen psychosozialen Beratung. Mit

EFD und EFHiD befürworten eine verpflichtende unabhängige psychosoziale Beratung der Schwangeren vor einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch nach der 22. Schwangerschaftswoche und die Sicherstellung eines Beratungsangebots unabhängig davon, ob die Schwangerschaft fortgesetzt oder abgebrochen wird

dieser Verpflichtung zur psychosozialen Beratung käme der Staat der ihm auferlegten Schutzpflicht für das ungeborene Leben nach, liegt doch in jeder Beratung die Chance, dass sich die Frau die Fortsetzung der Schwangerschaft und eventuell ein Leben mit einem behinderten oder schwer kranken Kind zutraut.

EFD und EFHiD respektieren die Autonomie der Frau, die insbesondere in der Kontrolle über den eigenen Körper, der Freiheit in Entscheidungen der Fortpflanzung und der Zustimmung oder Ablehnung medizinischer Eingriffe ihren Ausdruck findet. EFD und EFHiD sehen, dass durch eine psychosoziale Pflichtberatung die Autonomie der Frau notwendigerweise begrenzt wird, sie aber zugleich durch die Unterstützung im Entscheidungsprozess darin gestärkt wird, zu einer selbst verantworteten Entscheidung zu finden.⁴

Die psychosoziale Beratung soll der Frau nicht nur bei ihrer Entscheidungsfindung helfen, sondern sie auch dabei unterstützen, mit der von ihr letztlich getroffenen Entscheidung zu leben. Dabei sollen alle möglichen Entscheidungsalternativen besprochen werden, und es soll im Interesse der Frau nach einer individuellen Lösung gesucht werden. Auch die Auswirkungen auf eine bestehende Partnerschaft bzw. die Familie sollen dabei mit einbezogen werden. Eine umfassende Aufklärung über staatliche Hilfsmöglichkeiten bei der Pflege und Erziehung eines behinderten bzw. erkrankten Kindes soll ebenfalls erfolgen. Die Hilfe besteht also darin, dass die Schwangere die die Entscheidung, zu der sie bereits gekommen war, gesicherter erlebt, oder dass sie zu einer anderen Einsicht kommt und vielleicht eine andere Entscheidung trifft.⁵

Um der Schwangeren diese unterstützende psychosoziale Beratung zuteil werden zu lassen, muss ein entsprechendes Beratungsangebot gewährleistet sein. Dies ist derzeit in Deutschland nicht der Fall. Wäre

4 EFD und EFHiD ist bewusst, dass die psychosoziale Pflichtberatung die Schwangere in einer ohnehin belastenden Situation existenzieller Konflikte trifft und sie zusätzlich unter Druck setzt. Ebenso nehmen EFD und EFHiD die Bedenken ernst, die von Vertreterinnen der Interessen von Frauen gegen eine Pflichtberatung angeführt werden: Diese verstoße nämlich gegen das professionelle Gebot der Freiwilligkeit. Die Freiwilligkeit sei jedoch vom fachlichen Standpunkt aus eine notwendige Voraussetzung zur Offenheit in der Beratung, deren Ziel es sein müsse, die Autonomie der Ratsuchenden zu fördern. In Kenntnis der Position anderer entscheiden EFD und EFHiD sich in Abwägung der unterschiedlichen Güter dennoch für die Forderung einer Pflichtberatung.

5 Scroch, Norma (1998): Erwünschte und unerwünschte Wirkungen der Beratungspflicht in der Praxis, in: Kettner (Hg.): Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft, Campus Verlag, S. 50

jedoch eine verpflichtende psychosoziale Beratung gesetzlich verankert, so stünde der Staat seinerseits in der Pflicht, ein umfangreiches und qualifiziertes Beratungsangebot zu schaffen. Nicht zuletzt deswegen liegt die geforderte Verpflichtung zur psychosozialen Beratung auch im Interesse der Schwangeren.

EFD und EFHiD vertreten die Auffassung, dass eine psychosoziale Pflichtberatung nicht von dem Arzt oder der Ärztin durchgeführt werden darf, der oder die zuvor die Krankheit bzw. Fehlbildung festgestellt hat. Die psychosoziale Beratung sollte zwischen Befund und medizinischer Indikation erfolgen. Sie sollte von hoch qualifizierten Personen durchgeführt werden und einen interdisziplinären Ansatz verfolgen; dies erfordert die Beteiligung von ÄrztInnen, PsychologInnen, Hebammen und SeelsorgerInnen. Eine Möglichkeit, dies zu gewährleisten, sehen EFD und EFHiD darin, Zentren zu schaffen, die auf die Beratung von Schwangeren spezialisiert sind.

Die psychosoziale Beratung sollte nach Möglichkeit in Wohnortnähe der Frau erfolgen. Zudem sollte ihr die Möglichkeit einer weiterführenden – also längerfristigen – psychosozialen Beratung zur Verfügung gestellt werden, ebenfalls unabhängig davon, ob sie sich für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheidet. Da sich die Entscheidung über Abbruch oder Fortführung der Schwangerschaft auch auf die Partnerschaft bzw. den Partner selbst auswirkt, sollte dieser – sofern dies gewünscht wird – in die psychosoziale Beratung einbezogen werden.

Ob eine Frau sich aufgrund eines pränataldiagnostischen Befundes jenseits der 22. Schwangerschaftswoche zu einem Abbruch nach medizinischer Indikation oder für die Geburt eines Kindes mit Behinderung oder schwerer Krankheit entscheidet, steht in engem

Zusammenhang mit dem familiären und gesellschaftlichen Umfeld der Schwangeren. Ihre individuelle Entscheidung wird in hohem Maße davon abhängen, ob sie von MedizinerInnen und Menschen aus ihrem sozialen Umfeld unterstützt wird, oder ob ihr – mehr oder weniger direkt – signalisiert wird, dass die Geburt dieses Kindes „doch nicht nötig“ oder gar unverantwortlich gegenüber der Gesellschaft sei.

EFD und EFHiD stehen dafür, dass die Menschenwürde auch der Kinder mit Behinderung oder schwerer Krankheit unantastbar ist. Es

EFD und EFHiD setzen sich ein für eine Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein Leben mit behinderten bzw. erkrankten Kindern

ist Aufgabe der Gesellschaft, deren Anspruch auf nicht aussondernde Förderung und Begleitung zu erfüllen und jede Form der Diskriminierung von Kindern mit Behinderung oder schwerer Krankheit sowie von deren Familien zu unterlassen bzw. zu unterbinden. Gesetzgeber wie Zivilgesellschaft sind gehalten, im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten eine barrierefreie Gesellschaft zu verwirklichen, in der Kinder mit Behinderung oder schwerer Erkrankung sich entfalten und entwickeln können.

EFD und EFHiD bezweifeln nicht, dass die Erwartung eines Kindes mit Behinderung oder schwerer Krankheit für die schwangere Frau „die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes“ bedeuten und somit den Abbruch der Schwangerschaft nach § 218a Abs. 2 StGB aufgrund einer medizinischen Indikation rechtfertigen kann. Sie gehen allerdings davon aus, dass diese Gefährdung weniger durch das behindert oder krank zur Welt kommende Kind besteht als durch das Wissen der Schwangeren um die Behindertenfeindlichkeit der Umwelt, in die hinein sie ihr Kind gebären soll. Unabhängig von der Entscheidungsfreiheit der Schwangeren haben daher Politik und Gesellschaft die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für ein Leben mit behinderten oder schwer kranken Kindern entscheidend zu verbessern. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Betreuung dieser Kinder kein Armutsrisiko für ihre Familien bedeutet und nicht mit Einschränkungen der Lebensplanung verbunden ist. Dies schließt ein, dass auch und gerade für Mütter und Väter eines Kindes mit besonderem Betreuungs- und Pflegebedarf Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, die es ihnen ermöglichen, Berufs- und Familienarbeit miteinander zu vereinbaren.

Düsseldorf und Frankfurt/Main im Mai 2007

Mitglieder der Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Stellungnahme

für die EFD: Josefine Hallmann, Dr. Beate Blatz, Regina Hartig

für die EFHiD: Brunhilde Raiser, Iris Susen, Margot Papenheim

Impressum:

**Spätabbrüche nach medizinischer Indikation
im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik**

Positionspapier

des Präsidiums der Evangelischen Frauenarbeit
in Deutschland e.V. (EFD) und

des Vorstands der Evangelischen Frauenhilfe
in Deutschland e.V. (EFHD)

Herausgeberinnen:

EFD, Dr. Beate Blatz (Generalsekretärin)

Emil-von-Behring-Str. 3

60439 Frankfurt/Main

www.evangelische-frauenarbeit.de

EFHD, Dagmar Althausen (Leitende Pfarrerin)

Zeppenheimer Weg 5

40489 Düsseldorf

www.efhd.de

Auflage: 2000

Herstellung: Henrich Druck+Medien GmbH

Frankfurt am Main

Der Umwelt zuliebe gedruckt mit mineralölfreier

Druckfarbe auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Bezug: bei den Herausgeberinnen

Preis: 2,- € einschl. MwSt. zzgl. Versandkosten



Evangelische Frauenhilfe
in Deutschland e.V.
Zeppenheimer Weg 5
40489 Düsseldorf



Evangelische Frauenarbeit
in Deutschland e.V.
Emil-von-Behring-Straße 3
60439 Frankfurt/Main