

Pränatalmedizin und
reformierter § 218 a StGB – oder:
die „versteckte Indikation“

H. Hepp

Universitäts-Klinikum Großhadern, Frauenklinik, München

Bei der im § 218 a StGB Abs. 2 Nr. 1 geregelten und bis zum 01.10. 1995 gültigen embryopathischen Indikation war gefordert, daß „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustands leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann.“

Hiermit hob der Gesetzgeber eindeutig auf die Zumutbarkeit für die Schwangere bzw. betroffenen Eltern ab. Die Zurücknahme der Strafdrohung beruht in verfassungsrechtlicher Sicht ausschließlich auf dem Gedanken der Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens. Nach dem Urteil des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 28.05. 1993 und der Neufassung des § 218 a im Sinne eines Kompromisses der 3 Fraktionen CDU, FDP, SPD wurde im Bundestag am 29.06. 1995 mit Streichung der embryopathischen Indikation diese dem § 218 a Abs. 2 StGB (medizinische Indikation) subsumiert. Die eine Kindesindikation bisher tragende Unzumutbarkeitsformel findet gleichsam als psychosoziale Notlage Eingang in die mütterlich-medizinische Indikation, die

ohne ausdrücklichen Verweis auf nicht behebbare Schädigungen des Kindes u. a. die „Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren“ zur Rechtfertigung ermöglicht. Das Zumutbarkeitskriterium beinhaltet also ausschließlich eine Bewertung durch die Schwangere. Mit diesem durch Subsumierung der „Kindes“ – in die medizinische (Mutter) Indikation reformierten § 218 a Abs. 2 ist auch die bisher gültige Zäsur von 22 SSW p. c. aufgehoben. Es besteht auch keine Pflicht zur Beratung mehr und die Dreitagesfrist zwischen Beratung und Abbruch ist gestrichen. Der Abbruch ist straffrei, nicht rechtswidrig und Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus ärztlicher Sicht zu fordern ist, daß die Freistellungsklausel (§ 12 Abs. 1) gültig bleibt, – die bekanntermaßen beim medizinisch indizierten Abbruch nicht greift.

Auch im reformierten § 218 a bestehen das Lebensrecht und der Würdeanspruch des Ungeborenen und u. U. behinderten Kindes uneingeschränkt fort. Die Qualität des Lebens steht nicht zur Diskussion und Disposition. Dem Gesetzgeber ist bewußt, daß weder die Gewißheit noch die bloße Möglichkeit einer noch so schweren Behinderung eines Menschen es nach der Wertordnung des Grundgesetzes rechtfertigen würde, diesem Menschen sein Lebensrecht abzuspochen. De jure handelt es sich nach wie vor um ein eindimen-

Prof. Dr. H. Hepp, Marchioninstr. 15, 81377 München

sionales Gesetz. Es umgeht das Problem der Selektion sowohl im Hinblick auf die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik wie auch im Hinblick auf die strafrechtliche Bewertung eines damit zusammenhängenden Schwangerschaftsabbruchs, indem es nur auf eine Dimension abhebt: die Zumutbarkeit der körperlichen und seelischen Belastung für die Mutter bzw. die Eltern und die Gesellschaft. Dieses Bewußtsein soll gerade durch die Neufassung mit Zuordnung zur mütterlich-medizinischen Indikation geschärft und gleichzeitig soll den von den Behindertenverbänden vorgebrachten Vorwürfen der Diskriminierung entgegengetreten werden.

Juristisch ist diese Zielsetzung zu verstehen. In einer Gesamtschau des Problemkreises sind wir jedoch mit einem politischen Trick konfrontiert, andere sprechen von einer Mogelpackung. Sicher ist es mehr als eine semantische Irreführung. Inhaltlich kann nach meinem Verständnis die embryopathische Indikation nur dann in der medizinischen Indikation aufgehen, wenn man die medizinische Indikation so ausweitet, daß die in der embryopathischen Indikation ruhende zweite Dimension, nämlich die Tötung eines Kindes um seiner Tötung willen, darin Platz hat. Bei der traditionellen mütterlich-medizinischen Indikation war nicht die Tötung des Kindes das Ziel der Tat. Inhalt dieser Indikation war und ist die Rettung von Leben und/oder Gesundheit der Mutter – was gelegentlich ohne den Tod des Kindes (Leben gegen Leben) nicht möglich ist. Das Ziel ist primär nicht der Tod des Kindes, sondern die Beseitigung der unmittelbaren Bedrohung der Mutter während der Schwangerschaft. Dieser Zusammenhang wird jedem klinisch Denkenden klar, wenn er sich eine konkrete klinische Situation vor Augen führt, z.B.: Es gelingt nicht selten, trotz gesundheitlicher Bedrohung der Mutter durch einen etwa in der 25. Woche diagnostizierten Gebärmutterhalskrebs die Schwangerschaft erst zu beenden – etwa in der 28. Woche –, wenn das Kind eine reelle Chance für ein gesundes Überleben hat. Das Ziel ist die Rettung der

Mutter und wenn irgend möglich das des Kindes oder in einem absolut unlösbaren Konflikt die Tötung des Kindes zur Rettung der Mutter.

Bei der embryopathischen Indikation ist nicht das Ziel, die Mutter aufgrund einer unmittelbaren medizinischen Bedrohung ihrer Gesundheit von der Last der Schwangerschaft, sondern eine in der Regel gesunde Mutter für die Phase *nach* der Geburt von der Last des geschädigten und/oder behinderten Kindes zu befreien. Dessen Tod ist das primäre Handlungsziel. Auf den Tod des Kindes kann nicht verzichtet werden, will man das inhaltliche Ziel (Unzumutbarkeit) erreichen. Dieses Ziel könnte man (theoretisch) auch durch die Tötung des Kindes nach der Geburt erreichen –, was jedoch strafrechtlich verfolgt würde, da die Geburt bzw. der Beginn von Eröffnungswehen oder bei einem Kaiserschnitt die Eröffnung des Uterus für die Bewertung der Tötung (noch) eine juristische Zäsur darstellt. Da die Zumutbarkeitsfrage sich neben der durch die Diagnose einer schweren Behinderung oder Fehlbildung ausgelösten psychosomatischen Belastung während der Schwangerschaft vor allem auch auf die Phase nach der Geburt bezieht, es sich also letztlich um eine schwere psychosoziale Notlage bei in der Regel primär erwünschtem Kind handelt, wird in Zukunft zu begründen sein, warum nicht auch die traditionelle psychosoziale Indikation, welche z.Z. durch eine Fristenlösung (12 Wochen) mit Beratung geregelt wird, nicht auch eine Auflösung der zeitlichen Begrenzung erfährt – ohne Beratung und auf Krankenschein; denn auch dieses Indikationsfeld zieht die Unzumutbarkeit nach der Geburt (schwere psychosoziale Notlage) zur Rechtfertigung der Kindstötung heran.

Mit Blick auf die zweite Dimension – die Tötung eines als krank diagnostizierten Kindes – müssen wir erkennen, daß bei jedem Abbruch aus sog. Kindesindikation – unabhängig der Indikationszuordnung – immer auch Selektion durch aktive Tötung geschieht, die intrauterin akzeptiert und praktiziert wird. Ich fürchte, daß

mit Streichung dieser Indikation und damit auch deren Benennung (Embryopathie) dieses Bewußtsein immer mehr schwindet. Ist dies sogar gewollt? – Oder sind die aufgezeigten Zusammenhänge und Folgewirkungen in der Eile der politischen Kompromißsuche einfach nicht bedacht worden?

Der Arzt könnte für sich und die Mutter den Konflikt mit ausschließlichem Blick auf die Zumutbarkeit lösen, in dem er den Abbruch aus psychosozialer Indikation (Mutter/Eltern) durchführt. Die Auslese gesunder und die Tötung kranker Kinder würde dabei gewissermaßen als „Nebenwirkung“ akzeptiert. Für den Arzt als Täter bleibt das ethische Dilemma augenscheinlich im Sinne des Wortes: Jede nach der Geburt eines Kindes gestellte Diagnose einer Krankheit oder Behinderung verfolgt den Zweck, durch therapeutische Maßnahmen die Gesundheit des Kindes wieder herzustellen oder zumindest seine Krankheit zu lindern. Bei einem Abbruch aus Kindesindikation behandeln wir nicht die intrauterin diagnostizierte Krankheit, sondern töten deren Träger.

Es ist zu beobachten, daß über die Zumutbarkeitsformel sich ändernde Wertungen in die Entscheidung der Eltern und des Arztes einfließen. Die von Schroeder-Kurth (1989) geäußerte Sorge ist nicht abwegig, daß in unserer Bevölkerung über das Geschehen der pränatalen Diagnostik mit selektivem Abort keine ethische Reflexion stattfindet und sich so etwas wie eine Pflicht zum unbehinderten Kind entwickelt. Und – so an anderer Stelle – bleibt es bei der Einschätzung von der Selbstbestimmung der Frau als ranghöchsten aller Werte, dann hat der beratende Arzt sich zunehmend als Serviceleistender den Forderungen der Betroffenen zu unterwerfen – (Schroeder-Kurth 1990).

Durch die Streichung der embryopathischen Kindesindikation und Subsumierung in die medizinische Indikation wird dieser Druck auf die Frauenärzte verstärkt werden. Es ist davon auszugehen, daß hiermit auch die im § 218a (§ 12 Abs.1) verankerte Freistellungsklausel unterlaufen ist.

Die Brisanz der „Indikation“ mit all ihren Auswirkungen auf die Gültigkeit humaner Inhalte der Medizin und des ärztlichen Berufsbildes wurde uns schon immer besonders augenscheinlich vorgeführt im Falle einer späten Abruptio mit der Geburt eines lebenden Kindes. Mit der Subsumierung der embryopathischen Indikation in die medizinische Indikation mit Auflösung der früher im Hinblick auf die Lebensfähigkeit des Kindes (etwa ab 24. Woche) gesetzten Frist wird die iatrogen ausgelöste, lebende Frühgeburt, die eine Totgeburt sein sollte, in Zukunft kein so seltenes Ereignis sein. Mit der bislang gültigen Abbruchgrenze von 22 Wochen p.c. oder 24 Wochen p.m. sollte einerseits die Ausnutzung der sicheren intrauterinen Diagnostik ermöglicht und andererseits verhindert werden, daß im Falle des Abbruchs eine Lebensfähigkeit des Kindes gegeben ist. Der biomedizinische Fortschritt der Neonatologie hatte schon bisher in das Ziel dieser gesetzlichen Begrenzung gleichsam eine Lücke gerissen. In Einzelfällen begegneten sich auch in den letzten Jahren schon Geburtshelfer und Neonatologen, die bei der spontanen Frühgeburt gemeinsam um das Überleben des Kindes gerungen haben und bei der iatrogen induzierten Geburt eines – überraschend – lebenden Frühgeborenen diametral entgegengesetzte Ziele verfolgt haben. Diese Situation wird nun durch den reformierten § 218a Abs.2 StGB häufiger zur ärztlichen Wirklichkeit – damit jedoch die 2. Dimension dieser „Indikation“, nämlich die aktive Tötung des Kindes, transparenter und bewußter. Mit der Geburt des lebenden Kindes darf der zuvor aktiv in Gang gesetzte Prozeß des Tötens nicht mehr fortgesetzt werden. Im Sinne einer aktiven Sterbehilfe bzw. Tötung durch Unterlassen wird das Kind nur beobachtet, bis es schließlich keine Atmung und keinen Herzschlag mehr zeigt (Hepp 1981). Behrens (zit. nach Hiersche 1990) hat diese Situation journalistisch mit der Überschrift versehen: „Eine späte Abtreibung ist manchmal eine Frühgeburt – für Ärzte und Helfer ein schreckliches Dilemma.“

Lee und Baggish haben unter dem Titel „Life birth as complication of second trimester“ bei 607 artifiziellen Aborten über 45 Kinder (7,3%) berichtet, die mit Zeichen des Lebens zur Welt gekommen waren. Bemerkenswert bei dieser Mitteilung ist, daß erstmal für eine Lebendgeburt der Begriff „Komplikation“ eingeführt wurde. Diese „Komplikation“ ist in Zukunft mit Auflassung der 24. Wochenfrist (p.m.) häufiger zu erwarten. Und hierbei wird der die Geburt betreuende Arzt und der das lebende Kind übernehmende Neonatologe umso intensiver in den Konflikt des Tuns oder Unterlassens geworfen, je näher zum erwarteten Geburtstermin die Beendigung der Schwangerschaft durch Einleitung der Geburt erfolgt.

In der juristischen Bewertung dieser Konfliktsituation hat Hanak (1984) den Standpunkt eingenommen, daß es einen unauflöselichen Widerspruch bedeutet, die Folgen seines „juristisch“ erlaubten und durch die schwere Schädigung bestätigten Tuns mit der Konsequenz zu korrigieren, daß die gesetzliche Entscheidung über den zulässigen Vorgang der Unzumutbarkeit zu Lasten der Mutter übersprungen würde. Solange bei der bisherigen Fristsetzung aufgrund der extremen Unreife eine längere Lebensfähigkeit des schwer erkrankten oder behinderten Kindes absolut nicht gegeben war, wurde auch nicht zu Lasten der Mutter eine aktive Reanimation oder weiterführende Therapie zur Lebensrettung des Kindes durchgeführt. Kommen wir dem zu erwartenden Wunsch oder gar Anspruch nach einer „späten“ Pränataldiagnostik nach, lassen wir uns letztlich auch auf das evtl. aus dem pathologischen Ergebnis resultierende Dilemma ein. Je näher zum Geburtstermin hin der Abbruch erfolgt, stellt sich die Problematik des Tuns oder Unterlassens jedoch ganz konkret, wie wir sie täglich aus der spontanen Frühgeburtmedizin kennen.

Die prospektiv zu treffenden Entscheidungen der Frühgeburtmedizin sind:

- Nichtstun im Sinne einer passiven Sterbebegleitung.

Dies setzt voraus, daß die intrauterin erhobenen und post partum bestätigten Befunde eindeutige Hinweise geben, die es verbieten, das Leben weiter zu erhalten und aktive Maßnahmen nur den sicheren Tod hinauszögern würden – zumal beim Schwangerschaftsabbruch der sichere Tod von seiten der Mutter bzw. der Eltern gewünscht war. Diese Haltung läßt jedoch nicht selten offen, ob das Kind im Sterben liegt und der Tod tatsächlich eintritt oder ob evtl. gerade durch die Entscheidung zur Passivität das behinderte Kind durch eine Sauerstoffnot noch schwerer erkrankt. Die Folge wiederum könnte sein, den Arzt – falls es einen Kläger gibt – zumindest einem Ermittlungsverfahren wegen unterlassener Hilfeleistung aussetzen.

- Aktivität um jeden Preis.

Diese Haltung würde die primäre Intention, nämlich den Tod des Kindes zu Lasten der Mutter überspringen. Hierbei bliebe ungewiß, ob durch die Aktivität Sterben verhindert und krankes Überleben induziert wird.

Nach Jähnke (1987), Richter am Bundesgerichtshof, gilt: Aus den gesetzlichen Regelungen zum Schutz des Lebens und den ärztlichen Pflichten am Lebensende folgt, daß bei lebensfähigen Neugeborenen keine Einschränkung der Behandlungspflicht möglich ist. Dennoch, so an anderer Stelle, sei es rechtlich grundsätzlich zulässig, mögliche Gesundheitsschäden bei den Überlegungen zur Behandlungspflicht zu berücksichtigen, sofern ärztliche Standards vorliegen.

Das Dilemma der durch die Reform der embryopathischen Indikation bewirkten Situation ist offenkundig und wird einerseits die mit dem Schwangerschaftsabbruch aus Kindesindikation betrauten Ärzte immer wieder auch post partum mit dem Konflikt des Tötens von krankem Leben konfrontieren, andererseits das ethische Problemfeld der Früheuthanasie endlich transparent machen. Wir sind nicht mehr nur wie bisher (bis auf sehr seltene Ausnahmen) mit der intrauterinen Früheuthanasie (ein irreführender Begriff, da es sich beim ungeborenen kran-

ken Menschen in der Regel nicht um einen sterbenden und schon gar nicht um einen einwilligungsfähigen handelt) konfrontiert, sondern mit der konkreten Frage der Früheuthanasie post partum. Die schon immer gestellte Frage wird mit dem lebend geborenen kranken Kind transparenter, warum das nachgeburtliche schwerkranke Leben plötzlich dem vollen Rechtsschutz unterstellt ist, so daß aktives Handeln von Passivität abgelöst wird. Es ist zu erwarten, daß, in logischer Konsequenz der Entwicklung dieses Indikationsbereichs im § 218, der Gesetzgeber – eines fernen (?) Tages – die postpartale Tötung geschädigter Kinder erlauben wird, sowie er mit Hinweis auf die Zumutbarkeit der Eltern (medizinische Indikation) die vorgeburtliche Tötung gestattet.

Bis dahin wird man das aufgezeigte Dilemma durch den Einsatz des intrauterinen Fetozids im Sinne der intrauterinen Früheuthanasie lösen. Hierbei ist mit allem Ernst darauf hinzuweisen, daß nach bisherigen Berichten über den selektiven und unselektiven (höhergradige Mehrlinge) Fetozid, dieser nicht in einem Sekundenherztod sich vollzieht, sondern bei mehrfachen Herzpunktionen ein qualvolles Sterben vermuten läßt. Wie mit Inkrafttreten des reformierten § 218a StGB (1.10.1995) zu erwarten, wurde uns bereits am 02.10.1995 eine 27jährige Zweitgebärende in der 32. SSW mit einem an einer Trisomie 13 erkrankten Kind überwiesen. Da nach einem Schwangerschaftsabbruch durch Geburtseinleitung in der 32. Woche mit einem sicher auf den Tod hin kranken, aber sehr wahrscheinlich noch lebenden Kind zu rechnen war, wurde im Wissen um die unausweichliche postpartale Belastung durch die Eltern an uns die Bitte nach dem intrauterinen Fetozid herangetragen. Es sollte durch uns Ärzte die intrauterine Tötung (Früheuthanasie) vorgenommen werden – zu einem Zeitpunkt also, wo diese noch erlaubt ist, um zu verhindern, daß nach einem medikamentösen (Prostaglandine) Abbruch das Kind evtl. lebend zur Welt kommt und die Tötung dann nicht mehr straffrei durchgeführt

werden kann. Das Ansinnen der Eltern ist verständlich, die Situation realistisch, dennoch nach meinem Berufsverständnis – „nicht zumutbar“. Dem Ansinnen, mit der Legalisierung der „beratenden“ Schwangerschaftsabbrüche bis zur 12. SSW (Fristenregelung) „rechtswidrig“, aber straffrei zu töten, wird anstelle der bisherigen befristeten embryopathischen Indikation eine „schräge“ medizinische Indikation angefügt. Beides verletzt die Würde des Frauenarztes und unseres ganzen Berufsstandes. Diese Aussage verstehe ich als Protest!

Wir haben den intrauterinen Fetozid abgelehnt. Das Kind kam mit Zeichen des Lebens und dem schweren Krankheitsbild der Trisomie 13 zur Welt. Es wurde in seinem Sterben kinderärztlich betreut, auf Wunsch der Eltern unmittelbar nach der Geburt getauft und verstarb in begleitender Trauerarbeit der Eltern 30 min nach der Geburt.

Im Vorfeld der Diskussion um die Reform des § 218 StGB habe ich erstmals 1972 auf die Gefahr einer Veränderung des allgemeinen Rechtsempfindens gegenüber dem in unserer Rechtsordnung verankerten Grundrecht „Unantastbarkeit des Lebens“ hingewiesen. Die Subsumierung der embryopathischen Indikation in die medizinische Indikation mit all ihren aufgezeigten Folgerungen steht nach meiner Bewertung dem in § 2, Abs. 2 GG, S. 1 Formulierten: „Jeder hat ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ entgegen. Peter Singer (1984) hat in konsequenter Logik mit Verweis auf die intrauterin praktizierte und akzeptierte Tötung auf die ethische Inkongruenz zwischen intrauteriner Früheuthanasie und der postpartalen strafrechtlichen Sanktionierung hingewiesen und zur öffentlichen Diskussion seiner These aufgerufen: „Sofern der Tod eines geschädigten Säuglings zur Geburt eines anderen Kindes mit besseren Aussichten auf ein glückliches Leben führt, ist die Gesamtsumme des Glücks größer, wenn der behinderte Säugling getötet wird.“ Es ist nicht mehr so abwegig zu vermuten, daß über die Früheuthanasie der Ungeborenen und der

nach Schwangerschaftsabbruch lebend geborenen Kinder unsere Sensibilität auch den Alten, Schwachen und Kranken gegenüber erlahmt und die Bereitschaft wachsen könne, in Zukunft auch das geborene Leben in die aktive Tötung einzubeziehen. Wir Frauenärzte sind bereits eingebunden in das Rechtsbewußtsein unserer Gesellschaft, am Beginn des Lebens nicht nur Helfer zum Leben, sondern auch Helfer zum Tod zu sein. Die Euthanasiedebatte wird u.a. auch von dieser Reform neue geistige Impulse erhalten.

Mehr am Rande sei noch auf ein weiteres Folgeproblem aufmerksam gemacht. In der 13. Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes nach § 29 der AVO spricht man von einer Lebendgeburt, wenn sie Zeichen des Lebens – Lungenatmung, pulsierende Nabelschnur, Herzschlag – hat und 500 g aufwärts wiegt. Bisher lag diese Grenze bei 1000 g. Dies bedeutete, daß man bei einem Kind ohne Zeichen des Lebens und einem Gewicht unter 1000 g nicht von einer Tod-, sondern von einer Fehlgeburt sprach und diese somit bisher nicht standesamtlich gemeldet und nicht bestattet werden mußte. Mit der Neuregelung des Personenstandsgesetzes stellt sich die Frage, wie mit Föten zu verfahren ist, die aus einem Abbruch hervorgehen und mehr als 500 g wiegen. – Nach der neuen Definition sind diese Kinder nicht als Fehl-, sondern als Totgeburten oder, falls lebend geboren, als Frühgeburten anzusehen. Auch die Totgeburten sind sie, falls sie mehr als 500 g wiegen, standesamtlich zu beurkunden und zu bestatten. Im Zusammenhang mit einem späten Schwangerschaftsabbruch und einem Kind über 500 g wird jedoch argumentiert, die Zielrichtung des Personenstandsgesetzes sei nur das „zur Geburt bestimmte Kind“ und nicht die Leibesfrucht als Gegenstand eines Schwangerschaftsabbruchs. Das Bundesinnenministerium stellt auf Anfrage des BVF am 10.04.1995 fest, der in den personenstandsrechtlichen Vorschriften verwendete Begriff „totgeborenes oder in der Geburt verstorbene Kind“ geht von einem natürlichen Geburts-

vorgang eines „zum Leben bestimmten Kindes“ aus. Diese Aussage ist eine demaskierende Wirklichkeit des Lebens mit Folgerungen. Man definiert eine neue Kategorie Mensch und ermöglicht so die Umgehung einer in der Tat „unzumutbaren“ Handlung (Bestattung, Beurkundung). Ein Kind nach einem späten Schwangerschaftsabbruch ist mithin – unabhängig vom Geburtsgewicht des Fötus – nicht in den Personenstandsbüchern zu beurkunden und damit auch nicht zu bestatten. Diese Auffassung wird offensichtlich nicht von allen Ländern geteilt. Auf Anfrage (Renziehausen, pers. Mitteilung 1996) wird vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie mit Verweis auf § 9 des Sächsischen Bestattungsgesetzes (identisch mit dem Bayerischen Bestattungsgesetz) am 21.12.1995 u. a. festgestellt: „... Die Ärzte und die Eltern oder sonstige zur Totensorge berufene Angehörige dürften bis dahin ‚auf der sicheren Seite‘ sein, wenn sie sich in Fällen dieser Art für eine Bestattung entscheiden...“. Das Bundesinnenministerium kann offenbar für die Länderbestattungsgesetze keine bindende Interpretation abgeben (Ratzel 1996).

Schlußbemerkungen

Wir haben zur Kenntnis zu nehmen, daß heute Legalität und Ethik in vielen Bereichen nicht mehr deckungsgleich sind, zumal eine Gesetzgebung immer von ethischen Minimalpositionen ausgeht. Dem einzelnen Arzt können Gesetze und Verordnungen die Bürde konkreter ethischer Entscheidungen, oft auch im Sinne von Güterabwägungen nicht abnehmen. Im Unterschied zu Rechtsnormen ist das Wesen ethischer Grundsätze, daß Gesetzesbestimmungen, Empfehlungen, Richtlinien und Entscheidungen Dritter, also auch der Patienten, immer nur Entscheidungshilfen anbieten, nie jedoch von der persönlichen und sittlichen Verantwortung zu entlasten vermögen. Die scheinbare Sicherheit des Rechts versagt in Grenzfragen. – Es läßt den Arzt im Stich. Er muß zurückgreifen auf sein Gewissen, die letzte Instanz sittlicher Entscheidungen. „Es gibt letzte Rechtssätze, die so tief in der Natur verankert sind, daß sich alles, was als Recht und Gesetz, Moral und Sitte gelten soll, im letzten nach diesem Naturrecht, diesem über den Gesetzen stehenden Recht auszurichten hat“ (Mitscherlich 1960). Ethik fragt letztlich nach dem Menschenbild und Weltbild, das unser Handeln und Verhalten bestimmt.

Ein positiver Wertewandel im Rechtsbewußtsein im Sinne eines Bewußtseinsumbruchs setzt eine neue, andere Sicht behinderten Lebens und seiner Qualität, seines Wertes voraus. Hier haben die Frauenärzte einen erheblichen Einfluß auf die Entscheidung, ein anderes Leben „zuzulassen oder eben nicht“. Jan Ross hat in seinem Beitrag „Leben gegen Leben“ (FAZ 29.06.1995) resignierend gesagt: „Was wächst, ist die Ehrfurcht vor dem eigenen Leben.“

Literatur

1. Hanak, E.-E.: Zum Schwangerschaftsabbruch aus sogenannter kindlicher Indikation als Grenzproblem. In: Hauser, R., Rehberg, J., Stratenberth, G. (Hrsg.). Gedächtnisschrift für Peter Noll. Schulthess, Zürich (1984)
2. Hepp, H.: Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation – anthropologisch-philosophische Aspekte des Arzt-Patienten-Konfliktes. In: Bohland, P., Krone, H.A., Pfeiffer, R.A. (Hrsg.). Kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Bamberger Symposium 12./14.6.1981. Wissensch. Inf. Milupa 7 (1981) 33
3. Hiersche, H.-D.: Perinatologie und Geburtshilfe unter medizin-rechtlichen Gesichtspunkten. Med. Recht 6 (1990) 309
4. Jähnke, B.: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen aus juristischer Sicht. MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Hrsg.: Hiersche, H.-D., Hirsch, G., Graf-Baumann, T. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1987)
5. Lee, W.H., Baggish, N.S.: Life birth as a complication of induced trimester abortion. Adv. Plan. Parenthood 13 (1978) 7
6. Mitscherlich, A., Mielke, F.: Medizin ohne Menschlichkeit. Fischer, Stuttgart (1960/1985)
7. Ratzel, R.: Referat: Symposium „Pränatalmedizin“. Frauenklinik vom Roten Kreuz Abtl. Pränatal-Medizin, München (1996)
8. Renziehausen K.: Pers. Mitt., 3.1.1996 Brief an das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie, 12.12.1995
9. Ross, J.: Leben gegen Leben. FAZ, Nr.148, 27.29.6.1995.
10. Schroeder-Kurth, T.M.: Ethische Überlegungen zur pränatalen Diagnostik. Der Frauenarzt 5 (1989) 489
11. Schroeder-Kurth, T.M.: Stand und zukünftige Entwicklung der pränatalen Diagnostik. In: Möglichkeiten und Grenzen der Forschung an Embryonen. Fuchs, Ch., (Hrsg.). Gustav Fischer Verlag Stuttgart (1990) 35–48
12. Singer, P.: Praktische Ethik. Stuttgart, 1984

H. Hepp