

Christa Wewetzer, Thela Wernstedt (Hg.)

Spätabbruch der Schwangerschaft

Praktische, ethische und rechtliche
Aspekte eines moralischen Konflikts

Kultur der
Medizin

campus

Inhalt

Vorwort <i>Christa Wewetzer, Thela Wernstedt</i>	7
Einleitung	
Spätabbrüche: Aktuelle Problemstellung und gesellschaftliche Debatte 1996–2007 <i>Christa Wewetzer</i>	15
Diagnostischer Prozess: Einflüsse und Verläufe	
Fallbeispiele und Anmerkungen zur Problematik der Spätabbrüche aus der pränatalmedizinischen Praxis <i>Robin Schwerdtfeger</i>	37
Neue Entwicklungen in der pränatalen Therapie <i>Max Wüstemann</i>	45
Pränataltherapie oder »Früheuthanasie«?: Moralische Dilemmata an der Grenze zur Lebensfähigkeit	
Später Schwangerschaftsabbruch und passive Sterbehilfe beim Neugeborenen: Moralische Dilemmata zur Lebensfähigkeit <i>Alfred Simon</i>	57
Späte Schwangerschaftsabbrüche: Individual-, organisations- und sozialethische Überlegungen aus theologischer Perspektive <i>Ralph Charbonnier</i>	66

Regelungskonzepte zur Spätabtreibung im europäischen Vergleich: Ansätze zur Lösung des Schwangerschaftskonflikts? <i>Gunnar Dutge</i>	86
Maximaltherapie und Sterbebegleitung an der Grenze zur Lebensfähigkeit bei Früh- und Neugeborenen mit Fehlbildung <i>Rolf Schläpfer</i>	122
Entscheidungsfindung	
Invasive Pränataldiagnostik und Spätabbrüche: Bioethische Diskussionen und lebensweltliche Ansichten <i>Tanja Krones</i>	137
Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen: Annäherungen an gute Verfahrensweisen <i>Thela Wernstedt</i>	172
Das Erlanger Beratungsmodell bei späten Schwangerschaftsabbrüchen und seine Entwicklung in den Jahren 2005 und 2006 <i>Uve Fabr, Katharina Link und Ralf R. Schild</i>	185
Qualitätsanforderungen an die Humangenetische Beratung <i>Friedmar R. Kreuz</i>	209
Implementierung von psychosozialer Beratung in Belastungs- und Krisensituation – aber wie? <i>Martina Weiß</i>	232
Autorinnen und Autoren.....	251

Spätabbrüche: Aktuelle Problemstellung und gesellschaftliche Debatte 1996–2007

Christa Wewetzer

Durch die Fortschritte der Perinatalmedizin ist der Zeitpunkt der Überlebensfähigkeit Frühgeborener kontinuierlich vorverlegt worden. Damit verbunden ist jedoch, dass bei einem Abbruch in einem fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft etwa nach der 22. beziehungsweise 24. Schwangerschaftswoche (SSW)¹ – einem sogenannten Spätabbruch – von einer potenziellen Lebensfähigkeit des Kindes auszugehen ist, was für alle Beteiligten eine besondere emotionale Belastung und einen ethischen Konflikt darstellt: für die Schwangere, weil mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft die Beziehung zum Kind gewachsen ist, für den Arzt, weil er häufig, um das Ziel – Vermeidung der Geburt eines so nicht gewollten Kindes – zu erreichen, das Kind vor der Einleitung der Geburt im Mutterleib tötet (Fetozid). Denn sollte das Kind lebend zur Welt kommen, wäre er verpflichtet, lebenserhaltende Maßnahmen einzuleiten.

Obwohl das Problem des Fetozids bereits vor der Gesetzesreform 1995 bestand, fand eine öffentliche Diskussion hierüber kaum statt. Erst die Gesetzesänderung trug dazu bei, dass die Ärzteschaft, vor allem die Bundesärztekammer 1998, und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) eine Auseinandersetzung auf gesellschaftlicher Ebene anstieß. Zahlreiche Stellungnahmen und Vorschläge politischer, kirchlicher und anderer in der Beratungsarbeit engagierter Organisationen folgten mit dem gemeinsamen Ziel, die Zahl der Spätabbrüche zu senken. Umstritten sind jedoch die Maßnahmen, mit denen dieses Ziel zu erreichen ist. In der Schwangerenberatung im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik stellt sich die Frage, wie eine Entscheidung in diesem Konflikt gefunden werden kann, die einerseits für die Schwangere tragfähig ist, andererseits das wachsende Lebensrecht des Feten in angemessener Weise berücksichtigt und ärztlich zu verantworten ist.

¹ Die 22. SSW entspricht der 24. SSW insofern, als sich erstere auf die Empfängnis und letztere auf die letzte Menstruation bezieht.

Wesentliche Folgen der Reform

Verlust an Transparenz

Im Jahr 1995 entfiel die eigenständige embryopathische Indikation als Voraussetzung für einen straffrei durchführbaren Schwangerschaftsabbruch. Mit der Reform des Paragraphen 218a StGB wurde sie in die bestehende medizinische Indikation integriert, indem die »gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren« zu berücksichtigen sind.² Da eine Gefährdung der Frau zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft entstehen kann, ist die medizinische Indikation zeitlich nicht befristet und ein Schwangerschaftsabbruch kann theoretisch bis zum Einsetzen der Geburtswehen erfolgen. Sollte die bevorstehende Geburt und Versorgung eines fehlgebildeten Kindes eine solche schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren darstellen, bleibt ein Abbruch der Schwangerschaft aufgrund dieser medizinischen Indikation straffrei. Dabei können für die medizinische Indikation sowohl physische als auch psychische Probleme ausschlaggebend sein. Dem Arzt kommt die schwierige Aufgabe zu, zu erkennen, ob in Zukunft eine schwere Beeinträchtigung der Gesundheit der Frau entstehen könnte.³ Mit der Neufassung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch entfielen die Beratungspflicht und damit verbunden die dreitägige Bedenkzeit zwischen durchgeführter Beratung und Abbruch, die Zäsur der 22. SSW für einen Abbruch aus embryopathischer Indikation sowie die statistische Erfassung der diagnostizierten Fehlbildungen für Abbrüche nach der 12. Schwangerschaftswoche. Daher wurde das Problem des Schwangerschaftsabbruchs nach einer pränatalen Diagnostik eher verschärft.⁴ So hebt die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme hervor, dass »bei der traditionellen mütterlich-medizinischen Indikation die Tötung des Kindes nicht das Ziel, immer aber die unvermeidliche Konsequenz ist, während bei der jetzt integrierten »embryopathischen« Indikation wegen der Unzumutbarkeit für die Schwangere durchaus die Tötung des Kindes gemeint ist.«⁵

2 Vgl. Paragraph 218a Abs. 2 StGB.

3 Vgl. Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V./Berufsverband Medizinische Genetik e.V. (1995)

4 Vgl. Koch (2005)

5 Vgl. Bundesärztekammer (1998)

Wurden bei der embryopathischen Indikation noch die Fehlbildungen und Erkrankungen der Feten erfasst, ist diese im Rahmen der Neufassung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes von 1995 nicht mehr vorgesehen, wodurch eine differenzierte Analyse der zu der Entscheidung beitragenden Gründe nicht erfolgen kann. Auf diese Weise ist zwar die mögliche Behinderung des ungeborenen Kindes als Ursache für einen Schwangerschaftsabbruch als eigenständige Indikation gestrichen worden, ihr Fortbestand im Rahmen der medizinischen Indikation ist jedoch unbestritten. Über den Beitrag, den die zu erwartende Behinderung im Rahmen der Befunderhebung einnimmt und letztlich zu einer medizinischen Indikation führt, lassen sich keine statistisch gesicherten Aussagen treffen, da sie gemeinsam mit den psychischen Belastungen der Schwangeren unter den Begriff der »Zumutbarkeit« gefasst werden.⁶ In einer offenen gesellschaftlichen Debatte wäre jedoch eine differenzierte Erfassung der Ursachen wünschenswert, die auch davor nicht die Augen verschließt, dass mit einer zu erwartenden Behinderung des Kindes ein Schwangerschaftsabbruch begründet wird. Eine Bemäntelung der in einer diagnostizierten Fehlbildung oder Erkrankung des Feten liegenden Mit-Ursache behindert eine sachliche Diskussion der damit verbundenen sozialen und ethischen Herausforderungen.⁷

Potenzielle Lebensfähigkeit und Fetoizid

Die Frage eines Spätabbruchs stellt sich, wenn sich in einer späten Phase der Schwangerschaft Hinweise für Entwicklungsstörungen des ungeborenen Kindes ergeben oder die Absicherung einer Diagnose erst zu einem Zeitpunkt erfolgt, in der das Kind bereits potenziell lebensfähig ist. Eine für die Problematik des Spätabbruchs bedeutsame Entwicklung besteht darin, dass die Überlebenschancen für Frühgeborene in den vergangenen Jahren durch die Fortschritte der Perinatalmedizin wesentlich verbessert werden konnten. So geht die DGGG von einer zwischen 1995 und 1997 gestiegenen Überlebenschance von etwa zehn auf 50 Prozent nach einer Geburt zwischen der 22. und 24. Schwangerschaftswoche aus, wobei je-

⁶ In diesem Sinne vgl. DGGG (2004: 9)

⁷ So weist die Kommission für Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (1994) auf die Schwierigkeiten der Befunderhebung und ihrer Bewertung hin und spricht sich für die Beibehaltung der ursprünglichen Fassung aus.

doch 20–30 Prozent der Kinder schwere körperliche und geistige Behinderungen aufweisen. Nach der 24. SSW Geborene haben eine Überlebenschance von 60–80 Prozent.⁸ Obwohl die Angaben verschiedener Autoren über die Überlebenschancen voneinander abweichen, bleibt festzuhalten, dass die Feten ab etwa der 24. SSW potenziell lebensfähig sind.⁹ Wenn ein Abbruch nach der 22. SSW erfolgt, ist also nicht ausgeschlossen, dass ein lebensfähiges Kind geboren wird, das eigentlich nicht gewollt wird. In diesem Fall steht der Arzt vor der Entscheidung, dieses Kind entsprechend den Leitlinien der DGGG intensivmedizinisch zu versorgen oder es angesichts der schweren Behinderungen und in Erwartung eines früh eintretenden Todes palliativmedizinisch zu versorgen und sterben zu lassen.¹⁰

Bereits vor der Reform des Schwangerschaftskonfliktgesetzes konnten bei vorliegender medizinischer Indikation Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer künftigen gesundheitlichen Gefährdung der Schwangeren infolge der Versorgung eines behinderten Kindes durchgeführt werden. So wurden 1993 dem Statistischen Bundesamt 90 Abbrüche nach der 22. SSW p.c. gemeldet. Im Jahr nach der Gesetzesänderung, 1996, stieg ihre Zahl auf 159.¹¹ Jedoch hat vor allem der Fall des »Oldenburger Babys«, Tim, im Jahr 1997, die mit einem späten Schwangerschaftsabbruch verbundenen Entscheidungskonflikte in das öffentliche Bewusstsein gerückt. In diesem Fall schien ein Schwangerschaftsabbruch medizinisch indiziert, da die 35 Jahre alte Schwangere nach der pränatal gestellten Diagnose eines Down-Syndroms mit Selbstmord gedroht hatte, wenn ihr der Abbruch versagt geblieben wäre. In der 25. SSW wurde die Geburt eingeleitet. Wider Erwarten überlebte Tim den Eingriff. In Erwartung seines baldigen Todes aufgrund der vorliegenden Behinderungen wurden zunächst keine intensivmedizinischen Maßnahmen ergriffen. Als der Tod nach zehn Stunden noch nicht eingetreten war, wurde Tim medizinisch behandelt. Für Tim hatte die verspätete medizinische Versorgung weitere schwere Behinderungen zur Folge; der betreuende Arzt wurde zu einer Geldstrafe wegen unterlassener Hilfeleistung verurteilt.¹²

Um diese durch die unerwartete Lebensfähigkeit des Feten entstehenden Probleme zu vermeiden, kann der Arzt den Fetus vor dem Einleiten

8 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2006)

9 Davon abweichende, geringere Überlebenschancen s. z. B. Eaton (2006)

10 Vgl. DGGG (2006)

11 Vgl. Statistisches Bundesamt (1983)

12 Vgl. AG Oldenburg (2004)

des Abbruchs töten. Dazu kommt vor allem die Injektion von Kaliumchlorid in das Herz oder die Unterbrechung der Blutversorgung durch die Nabelschnur in Betracht.¹³ Diese Praxis ist für alle Beteiligten emotional sehr belastend und ethisch umstritten. Die Erklärung der BÄK bringt das Problem der Rechtfertigung dieses Verfahrens zum Ausdruck: »Ein Fetozid, bei dem die beschriebene Methode nur gewählt würde, um den »Erfolg« eines späten Abbruchs bei gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit des Ungeborenen zu ermöglichen, wird *als nicht akzeptabel* angesehen. Vertretbar ist die Methode aber *möglicherweise*, wenn sie bei ohnehin indiziertem Abbruch für das Ungeborene je nach dessen Entwicklungsstand das geringste verfahrensbedingte Leiden mit sich bringt.«¹⁴

Einerseits ist ein Abbruch im Spätstadium der Schwangerschaft bei vorliegender medizinischer Indikation gesetzlich legitimiert. Die Sicherstellung des Ergebnisses – der Tod des nicht gewollten Kindes – ist jedoch mit einer Tötungshandlung verbunden. Dabei stellt die Geburt die rechtliche Grenze dar, die den straffrei bleibenden Fetozid von einer vorsätzlichen Tötung trennt (Paragraph 212 StGB). Der Fetozid stellt für die durchführenden Ärzte eine besondere emotionale Belastung dar, und wird im Klinikalltag häufig nicht thematisiert. Hierauf deuten unter anderem Berichte, denen zufolge in einigen Kliniken die Feten nach Spätabbrüchen als Totgeburten registriert werden.¹⁵ Vor allem die beteiligten Ärzte, aber auch Hebammen und Pflegende sind verunsichert und fühlen sich mit den Konflikten allein gelassen. Denn eine offene gesellschaftliche Diskussion über diese mit den Gesetzesänderungen verbundenen Folgen hat bisher kaum stattgefunden. Obwohl ein Arzt aus juristischer Perspektive die Methode des Fetozids zur Sicherstellung des Ziels des Abbruchs anwenden darf, widerspricht es dem Selbstverständnis ärztlichen Handelns, ein potenziell lebensfähiges Kind zu töten. Ärzte fordern daher mehr Rechtssicherheit durch Rahmenbedingungen, die den Fetozid in »äquivalenter Form« mit einbeziehen.¹⁶ Auf Grund dieser von den beteiligten Ärzten empfundenen emotionalen Belastungen sowie der für sie bestehenden rechtlichen Unsicherheiten und moralischen Problematik ist es wenig verwunderlich, dass der Anstoß für eine breite gesellschaftliche Diskussion von Seiten der Ärzte erfolgte. Unmittelbar im Anschluss an den Beschluss über die Neu-

13 Vgl. Bundesärztekammer (1998)

14 Vgl. Bundesärztekammer (1998), Hervorhebung durch die Autorin

15 Vgl. DGGG (2006)

16 Vgl. DGGG (2001)