

Johannes Reiter

Genetische Beratung und vorgeburtliche Diagnostik als ethische Problemfelder

Der Wandel in der Einstellung zur Sexualität und Fortpflanzung hat auch das Bewußtsein verstärkt, daß der Mensch nicht nur für die Quantität, sondern auch für die Qualität des neuen Lebens verantwortlich ist. Immer mehr Paare machen sich Sorgen um die Gesundheit ihrer künftigen Kinder. Von hundert Neugeborenen weisen mindestens fünf einen genetischen Schaden auf. Dieser Defekt kann, wie etwa eine Fehlbildung, aber schon vor der Geburt erkannt werden.

In diesem Zusammenhang kommt dem im vergangenen Jahr von der Bundesärztekammer ergangenen Aufruf zur genetischen Beratung und pränatalen Diagnostik besondere Bedeutung zu, da durch die genannten Methoden die Verhütung und Ausschaltung von Erbschäden verfolgt wird. Durch genetische Beratung und vorgeburtliche Diagnostik soll zum einen, so heißt es in dem genannten Aufruf, „in manchen Fällen die Geburt eines schwerbehinderten Kindes vermieden und so menschliches Leid verhindert“ werden und „zum anderen... die häufig unnötige Angst junger Eheleute vor der Geburt eines schwerbehinderten Kindes zerstreut werden, die vorher den Kinderwunsch unterdrückt hatte“¹.

In den folgenden Ausführungen wird auf die ethische Problematik der genannten Methoden hingewiesen und der Versuch einer ethischen Bewertung unternommen. Dies ist um so dringlicher, als der Aufruf der Bundesärztekammer eine gewisse Defizienz an ethischen Argumenten erkennen läßt. Der Aufweis des ethischen Problemfeldes setzt jedoch eine Information über die medizinischen Fakten voraus, die hier aufgrund der vorliegenden Fachliteratur in gebotener Kürze zusammengefaßt wird.

Medizinische Grundlegung²

1. *Genetische Beratung*

In der genetischen Beratung soll durch Familienanamnese und durch Untersuchung der Ratsuchenden festgestellt werden, ob bei gewünschten Kindern das Risiko einer Erbkrankheit besteht. Hierzu werden im Verwandtenkreis (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Vettern, Kusinen, Neffen und Nichten) Nachforschungen über Erbkrankheiten durchgeführt, Todesfälle und Todesursachen werden auf ihren möglichen Zusammenhang mit einer Erbkrank-

heit überprüft. Es ist auch wichtig festzustellen, ob bei den Eltern eine Blutsverwandtschaft vorliegt.

Eine genetische Beratung gehört jedoch nicht zur Routineuntersuchung vor jeder Schwangerschaft, sondern bedarf aufgrund des Mangels an Beratungsstellen bestimmter Indikationen. Solche sind: bereits vorhandene behinderte Kinder, eine genetische Krankheit in der Familie, fortgeschrittenes Alter des Ehepaares, Blutsverwandtschaft des Ehepaares, bereits erfolgte Totgeburten oder Spontanaborte sowie Strahleneinwirkung und Zytostatika vor oder in der Schwangerschaft.

2. *Pränatale genetische Diagnostik*

Die medizinische Wissenschaft hat in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Untersuchungsmethoden zur vorgeburtlichen Erkennung von Krankheiten entwickelt. Dieser Forschungsprozeß dauert auch heute noch an. Die nachfolgend vorgestellten diagnostischen Maßnahmen werden ständig erweitert und verbessert, um Gefahren für Mutter und Kind auszuschalten.

Die *Ultraschalldiagnostik*, auch Sonographie genannt, gehört heute zur Routineuntersuchung während der Schwangerschaft. Die Ultraschalltechnik kann im Prinzip als verfeinerte Form der Perkussion aufgefaßt werden, deren Ergebnis sichtbar ist. Hierbei werden zwei bis vier Sinuswellen mit einer Frequenz zwischen 0,5 und 10 Megahertz je nach Anwendungsgebiet ausgesandt, die beispielsweise an den Schädelwänden des Fötus reflektieren und unter Beachtung eines bestimmten Winkels ein Echo erzeugen. Mittels des Echos ist es möglich, den Schädeldurchmesser festzustellen, und aufgrund dieser Information lassen sich Rückschlüsse auf den Fötus ziehen. Bereits ab der siebten Schwangerschaftswoche erhält man ein Embryobild, ab der zwölften Woche kann man eine fetale Herzaktion registrieren. Durch Ultraschall lassen sich außerdem Alter, Gewicht, Länge, Wachstumsraten und voraussichtlicher Geburtstermin bestimmen. Ab der siebten Woche kann eine eventuell vorhandene Mehrlingsschwangerschaft nachgewiesen werden. Ferner können Stoffwechselstörungen wie Diabetes, die sich auf das Schädelwachstum auswirken, fetale Mißbildungen im Schädelbereich und intrauteriner Fruchttod festgestellt werden. Bei pathologischem Befund werden diese Ergebnisse durch weitere diagnostische Maßnahmen abgesichert.

Die heute leicht durchzuführende Ultraschalldiagnose ist mit geringem Zeitaufwand und minimalen Kosten verbunden. Die Weltgesundheitsorganisation erklärte 1979, daß ihre Durchführung bei Beachtung der festgelegten Frequenz keine Chromosomenschäden hervorruft, also ohne Risiko für Mutter und Kind sei.

Bei der pränatalen Diagnostik durch *Amniozentese*, die am günstigsten in der 14. bis 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, wird unter Ultraschallsicht der Schwangeren 10 bis 15 ml Fruchtwasser, meist durch die Bauchdecke, entnommen. Zu diesem Zeitpunkt sind im Fruchtwasser genügend fetale Zellen

enthalten, die im weiteren Verlauf der Untersuchung kultiviert und analysiert werden. Diese Diagnostikmethode ist angebracht, wenn der behandelnde Arzt vermutet, daß eine aus dem Fruchtwasser erkennbare Krankheit vorliegt. Vor allem ist sie angezeigt, wenn die Mutter das 35. Lebensjahr überschritten hat, da sich ab diesem Alter das Risiko für mongoloide Kinder ebenso erhöht wie das für chromosomale Fehlverteilungen. Eine Amniozentese sollte auch vorgenommen werden, wenn ein Elternteil Träger einer balancierten Strukturaberration ist, d. h., wenn ein Chromosom oder Chromosomenabschnitt fehlt, ferner wenn bereits ein Kind mit einer Chromosomenaberration geboren wurde oder sich bei einem Elternteil ein Chromosomenmosaik nachweisen läßt. Bei x-rezessiven Krankheiten ist eine Geschlechtsbestimmung mit Hilfe der Amniozentese indiziert. Ist der Fötus männlich, so muß mit 50%iger Sicherheit eine Erbkrankheit befürchtet werden, was manche Mediziner die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs in Betracht ziehen läßt. Des weiteren können heute ca. 50 genetisch bedingte Stoffwechselkrankheiten durch Amniozentese erkannt werden. Außerdem ist eine Amniozentese angezeigt, wenn beide Eltern heterozygote Anlageträger für ein autosomal erbliches Stoffwechselleiden sind und wenn die Gefahr eines Neuralrohrdefektes zu befürchten ist.

Durch Amniozentese läßt sich in den ersten vier Monaten der Schwangerschaft relativ sicher feststellen, ob eine der beschriebenen Krankheiten vorliegt³. Derzeit sind die Heilungsmöglichkeiten noch begrenzt, andererseits können aber, wie schon der Aufruf der Bundesärztekammer betont, grundlos beunruhigte Eltern von ihren Befürchtungen befreit werden.

Die Einschätzung der Risiken bei der Amniozentese gehen in der medizinischen Literatur auseinander. Das Risiko der Verletzung des Fötus kann jedoch durch Ultraschallsicht bei der Punktion verringert werden. Die Mediziner neigen dazu, das Abortrisiko zu vernachlässigen; dennoch liegt es bei 1,6%. Die Frühgeburtenrate erhöht sich durch Amniozentese nicht, wohl wird in manchen Fällen ein Fruchtwasserabgang diagnostiziert. Abgesehen von einer gewissen Infektionsgefahr ist ein Risiko für die Mutter nahezu ausgeschlossen. Die Entwicklung des Kindes wird nicht gestört. Nachuntersuchungen an Kindern, die nach Amniozentese geboren wurden, ergaben im Vergleich zu anderen Kindern keine auffallenden Unterschiede.

Mit den bisher genannten vorgeburtlichen Diagnostikmethoden kann nicht erkannt werden, ob das Kind im Mutterleib eine äußere Mißbildung aufweist, die nicht auf erkennbare genetische Defekte zurückzuführen ist. Neben ihnen gibt es andere folgenschwere Krankheiten, die ebenfalls schon vor der Geburt angelegt, aber nur erfaßbar sind, wenn man fetales Blut untersucht. Für diese Bereiche hat die Perinatalmedizin die *Fetoskopie* entwickelt. Die ersten fetoskopischen Untersuchungen wurden 1956 durchgeführt. Nachdem 1971 die Biopsie fetaler Haut gelungen war, wurde in den 70er Jahren ein Fetoskop mit einer Kanüle entwickelt,

um fetales Blut aus einer peripheren Plazentavene zu erhalten. Eine Fetoskopie ist nur dann indiziert, wenn eine Mißbildung des Fötus an einer Stelle befürchtet wird, die mit dem Fetoskop eingesehen werden kann. Durch Fetoskopie gelingt es, im fetalen Blut Sichelzellenanämie⁴, homozygote b-Thalassämie und a-Thalassämie⁵ zu diagnostizieren; doch gibt es noch große Probleme, wenn zur Krankheitserkennung fetale Leukozyten oder Serum untersucht werden müssen. Die Fetoskopie darf kein größeres Risiko als das schon vorhandene für den Fötus darstellen, und es darf keine andere, ungefährlichere Methode zugunsten der Fetoskopie nicht genutzt werden.

Aufgrund der derzeitigen Größe der Instrumente ist ein hohes Abortrisiko gegeben. Außerdem gibt es keine 100%ige Sicherheit, daß es sich bei der Punktion um fetales Blut handelt; wird das punktierte Plazentagefäß durchbohrt oder rutscht die Nadel ab, erhält man mütterliches Blut. Künftig, nach Weiterentwicklung der technischen Geräte, wird der Fetoskopie eine bedeutende Stellung in der pränatalen Diagnostik zukommen. Zur Zeit aber unterliegt sie wegen ihrer Gefahren noch einer strengen Indikation.

Nach den ersten drei Schwangerschaftsmonaten dient die *Amniographie* zur Ergänzung der Ultraschalluntersuchung. Nach vorausgegangener Amniozentese wird ein Kontrastmittel gespritzt, das sich im Fruchtwasser auflöst und teilweise vom Fötus getrunken wird. Auf diese Weise lassen sich Einzelheiten im Bereich der Haut und des Magen-Darmtraktes durch Röntgenstrahlen erkennen. Fehlbildungen am Schädel und weitere Gehirnerkrankungen sind feststellbar. Bei dieser Untersuchungsmethode sind keine Abortrisiken zu verzeichnen. Eine Schädigung durch Röntgenstrahlen ist ausgeschlossen, da diese Untersuchung erst durchgeführt wird, wenn die Organbildung beendet ist.

Der Vollständigkeit halber sei noch die *Diagnose aus mütterlichem Blut* erwähnt, der aber wegen der nur geringen Anzahl der darin enthaltenen fetalen Zellen keine größere Bedeutung zukommt.

3. Medizinische Konsequenzen

In der genetischen Beratung wägt der Arzt das Risiko ab, das mit einer möglichen Schwangerschaft für den Fötus gegeben ist. Die Gefahr einer Erbkrankheit wird dabei nach den Mendelschen Erbgesetzen errechnet. Obwohl fast jeder Mensch Mutationsträger ist, sind die meisten Abweichungen jedoch nicht von Bedeutung. Gefährlich werden diese Abweichungen erst bei dominanten Erbweisen. Heterozygote Träger von Erbkrankheiten sind meist selbst gesund, erst bei den Kindern tritt möglicherweise eine Schädigung auf. In beiden Fällen wird der Arzt raten, von einer Schwangerschaft abzusehen.

Für die Zukunft befürchtet man eine Verschlechterung des menschlichen Erbgutes, da immer mehr Menschen, die mit einer Erbkrankheit belastet sind, aufgrund medizinischer Hilfe das Fortpflanzungsalter erreichen, während sie sonst

gestorben wären. Bedenken, die gegen eine genetische Beratung wegen der sinkenden Geburtenziffer vorgebracht wurden, sind mittlerweile verflüchtigt, da viele Eheleute sich nach eingehender Beratung ohne Angst vor einem eventuellen Risiko für ein Kind entscheiden können.

Die Heilungschancen nach pränataler Diagnostik sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch sehr gering. Werden Stoffwechselkrankheiten festgestellt, die durch einen Enzymdefekt bedingt sind, so besteht die Chance, dieser Krankheit durch Diät entgegenzuwirken. Bei Stoffwechselkrankheiten, die auf einer Störung der Hormonbildung beruhen, ist eine Heilung durch Cortisoninjektion erzielbar. Anämien können durch Zufuhr der mangelnden Substanzen behoben werden. Durch Injektion von Rhesus-Globulin für die Rhesus-negative Mutter bei Rhesus-positivem Fötus wird in der Mutter die Wucherung von Antikörpern verhindert. Der medizinischen Literatur über pränatale Diagnostik ist wenig über Heilungsmethoden zu entnehmen. Dadurch entsteht der Eindruck, daß ein Teil der Ärzte den Schwangerschaftsabbruch als Alternative zur Heilung ansieht.

Nach geltendem Recht (§ 218 a) ist in der Bundesrepublik ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 22. Woche straffrei, wenn „dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung des Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann“. Aufgrund medizinischer Fachliteratur ist dies der Fall bei der Diagnose von Chromosomenaberrationen, wie dem fetalen Down-Syndrom, dem fetalen Edwards-Syndrom, dem fetalen Turner-Syndrom⁶ und weiteren selteneren Mißbildungen. Die Wahrscheinlichkeit eines Spontanabortes ist bei diesen Risikoschwangerschaften recht hoch. Auch postnatal läßt sich für Säuglinge mit Chromosomenaberration eine hohe Mortalitätsrate nachweisen.

Die medizinische Literatur erweckt den Eindruck, daß für viele Ärzte der Schwangerschaftsabbruch bei den genannten Krankheiten eine Selbstverständlichkeit ist. Über die Belastung der betroffenen Frau durch einen Schwangerschaftsabbruch gibt die medizinische Literatur wenig Auskunft. Eine Dissertation über „Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs“ wertet allgemein die Nachwirkungen eines Abbruchs aus und gelangt zu dem Resultat, daß in rund 41% der Fälle Störungen im Verhalten der Frau auftreten. Allerdings ist hierbei nicht nach Indikationen spezifiziert worden.

Ethische Bewertung⁷

1. Genetische Beratung

Als Maßstab für die ethische Beurteilung bietet sich ein Prinzip an, das nicht nur allgemein akzeptiert ist, sondern auch zu den „neuen Grundworten unserer Sprache“ gezählt wird, weil sich in ihm echte Welt- und Lebenserfahrung ausspricht. Es ist das Prinzip „Verantwortung“. Jeder Mensch hat bei Handlungen in freier Selbstbestimmung das unüberwindliche Bewußtsein, deren personaler Grund zu sein: Er weiß sich für sie verantwortlich. Zum Wesen der Verantwortung gehört es, daß sie nicht nur für die Folgen der Handlung aufkommt, sondern auch schon die voraussehbaren Folgen der Handlung beachtet.

Für den Glaubenden erhält die Verantwortung eine besondere Qualität, weil er sich von Gott geschaffen und mit einem bestimmten Auftrag in die Welt und Zeit gestellt weiß. In Gott sieht er die absolute Person, auf deren schenkende Gnade und verpflichtenden Anruf er zu antworten und vor der er sich zu verantworten hat.

Von dem Prinzip Verantwortung her ist die genetische Beratung vor der Schwangerschaft geradezu gefordert, weil durch sie die Folgen aufgewiesen werden, für die der Mensch Verantwortung trägt. Lassen sich in der genetischen Beratung keine negativen Folgen erkennen, kann sich das Paar, das bisher wegen eines befürchteten Erleidens auf ein Kind verzichtet hat, nunmehr sorglos für ein Kind entscheiden. Überwiegen die negativen Folgen (etwa schwere Anomalie) die positiven, wird ein verantwortungsbewußtes Paar von dem Kinderwunsch zurücktreten. Da die genetische Beratung schon *vor* der Schwangerschaft und nicht, wie die pränatale Diagnostik, erst während der Schwangerschaft über (mögliche) Erleiden informiert, trägt sie zudem zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen bei.

Eine von Verantwortung getragene genetische Beratung setzt aber voraus, daß sie sachkundig, exakt und objektiv vorgenommen wird und wissenschaftlich fundiert ist. In dem Beratungsgespräch sollte der Genetiker bzw. der Arzt seine Informationen so formulieren, besser noch schriftlich fixieren, daß sie den Ratsuchenden verständlich sind. Der Berater sollte dabei die verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten aufweisen; die eigene Meinung und die Bedenken sollten als solche ausdrücklich erkennbar gemacht und getrennt vom objektiven Befund dargestellt werden. Der Information des Genetikers bzw. Arztes kommt ausdrücklich der Charakter der *Beratung* zu. Primäres Ziel muß die Information über das Krankheitsrisiko eines eventuell zu zeugenden Kindes sein. Die Beratung kann den Betroffenen nicht die eigene Entscheidung abnehmen, denn die Verantwortung für die Entscheidung tragen die Ratsuchenden, während die Verantwortung für die richtige Beratung dem Genetiker bzw. dem Arzt obliegt.

Die Entscheidung für oder gegen ein Kind wird verschiedenen Faktoren

Rechnung tragen müssen, etwa dem Erkrankungsrisiko, der Art und Schwere der Anomalie sowie der Therapiemöglichkeit. Der bei dem Entscheidungsprozeß auftretende Interessenkonflikt hat bestimmte Faktoren (Folgen) zu beachten und gegeneinander abzuwägen: die Interessen des Kindes (diese sollten nicht nur unter Berücksichtigung der körperlichen Gesundheit gesehen werden, sondern auch im Hinblick auf die Aussichten für ein einigermaßen sinnvolles und glückendes menschliches Leben; hierbei ist zu bedenken, daß körperliche und psychische Krankheiten dem menschlichen Leben nicht einfach seinen Wert nehmen); die Interessen der Eltern (welche Bedeutung hat die Nachkommenschaft für ihr Lebensglück? Auch geschädigte Kinder können den Eltern viel bedeuten), und schließlich die Interessen der Gesellschaft (hierbei dürften finanzielle und personelle Überlegungen wie etwa lebenslange Pflege keine entscheidenden Kriterien sein).

2. Die pränatale Diagnostik

Insofern die pränatale Diagnostik bei negativem Befund zur Beruhigung der grundlos besorgten Eltern und bei pathologischem Befund zur Heilung des Fötus beiträgt, kann man von ethischer Seite keine Einwände formulieren. Daß der Arzt die zum Teil nicht risikolosen Diagnostikmethoden so anwenden soll, daß für den Menschen so wenig Schaden wie nötig entsteht, braucht wohl nicht eigens betont zu werden.

Anders stellt sich das Problem dar, wenn die pränatale Diagnostik von vornherein bei pathologischem Befund auf Abtreibung zielt. Hier handelt es sich um den bekannten Tatbestand einer Abtreibung aufgrund eugenischer bzw. genetischer Indikation.

Es sind nicht wenige, die einen Schwangerschaftsabbruch aus eugenischen Gründen für ethisch vertretbar halten. Als Argumente werden angeführt: die zukünftigen Interessen des Kindes, das man nicht zwingen dürfe, mit einer Behinderung und damit unglücklich geboren zu werden, die Interessen der Eltern, insbesondere die der Mutter, der das Fortbestehen der Schwangerschaft nicht zugemutet werden dürfe, und schließlich die Interessen der Gesellschaft.

Die ethische Beurteilung stellt sich in einem zweifachen Problemzusammenhang dar. Zum einen erhebt sich die Frage, ob einem menschlichen Lebewesen schon vor der Geburt das Recht auf Leben zukommt und dieses dem Lebensrecht nach der Geburt entspricht. Zum anderen stellt sich das Problem der Beurteilung der Qualität des noch ungeborenen Lebens. Die eigentliche ethische Problematik der genetischen Indikation liegt in dem letzten Problempunkt. Im Gegensatz zu den anderen Indikationen, bei denen es sich meist um einen Konfliktfall handelt, bei dem die Interessen der Schwangeren und des Fötus gegeneinander abgewogen werden, handelt es sich in diesem Fall nicht um eine solche Entscheidung, obwohl auch hier die Interessen der Eltern, der Familie und Gesellschaft aus den

Überlegungen nicht ausgeschaltet werden dürfen. Der Kern der Entscheidung liegt vielmehr darin, daß das Kind grundsätzlich gewollt wird, aber nur, wenn es den Vorstellungen der Eltern oder denen der Gesellschaft von einem gesunden und damit „lebenswerten Leben“ entspricht.

Es sind vor allem zwei biologisch-anthropologische Überlegungen, die die ethische Urteilsbildung bestimmen und zum Teil auch erschweren: die Frage nach dem Beginn des menschlichen Lebens und die nach der Personwerdung der Leibesfrucht. Aufgrund der Einsichten der heutigen Biologie ist es unbestrittene Tatsache, daß menschliches Leben im Augenblick der Verschmelzung einer männlichen Samen- und einer weiblichen Eizelle vorliegt. Da es sich vom Augenblick der Befruchtung an um artspezifisches, unverwechselbares menschliches Leben handelt, muß diesem auch das dem Menschen als solchem zustehende Recht auf Leben zukommen, das seine biologische Existenz sichert und ihn dadurch befähigt, sich in seiner leib-geistigen Einmaligkeit zu verwirklichen. In den ersten beiden Entwicklungswochen ist der Keim aufgrund seiner fehlenden Individualität – in dieser Zeit entscheidet es sich, ob ein einziges Kind oder eineiige Mehrlinge entstehen – noch kein Rechtsträger im eigentlichen Sinn.

Was nun den Menschen wesensmäßig von anderen Lebewesen unterscheidet, ist seine Fähigkeit zu Selbstbesitz und Selbstverfügung, mit anderen Worten seine Personalität. Die Frage nach dem Beginn dieses *menschlich-personalen Lebens* ist nun im Gegensatz zur Frage nach dem Beginn des *menschlichen Lebens* bis heute noch nicht eindeutig beantwortet. Eine begründete und immer mehr Anhänger findende Ansicht nennt den Zeitraum vom 15.–40. Tag. Und zwar werde in dieser Zeit der Embryonalentwicklung die entscheidende Grundstruktur des materiellen Substrats für die Geistigkeit als das Spezifische des menschlichen Lebens, des Gehirns, insbesondere des Großhirns, gebildet. Da sich jene Hirnanlage in der Folgezeit nahezu notwendig zu dem Gehirn als der Grundvoraussetzung für geistig geprägtes Verhalten entfaltet, könne die Zeit ihrer Bildung als eigentliche „Menschwerdung menschlichen Lebens“ bezeichnet werden. Hier wäre dann auch der „Umschlagpunkt“ bzw. der „Überstieg“ zur personalen Existenz anzunehmen.

Das bedeutet nun freilich nicht, daß dem Keim vor der Personwerdung ein Recht auf Schutz seiner Existenz abgesprochen werden darf, und zwar deshalb nicht, weil der Werdeprozeß in seiner Artspezifität weitgehend programmiert ist; aber andererseits ist auch das Lebensrecht des Keims noch nicht mit dem eines sicher personal menschlichen Lebewesens voll identisch. Das bedeutet, daß es in einem Konfliktfall während der ersten Entwicklungszeit, in der ein „Überstieg“ des Keims zur personhaften Existenz mit großer Wahrscheinlichkeit noch nicht anzunehmen ist, gewichtige Gründe (hohe personale Werte) geben kann, hinter die der Schutz jenes noch nicht personalen Lebens zurücktreten müßte⁸. Dieser genannte Konfliktfall trifft aber nicht auf den Schwangerschaftsabbruch aufgrund

pränataler Diagnostik bzw. eugenischer Indikation zu. Der Schwangerschaftsabbruch fällt hier, da die Untersuchung (Amniozentese) während der 14.–16. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird und für den Ansatz der Zellkultur und Diagnose wiederum zwei bis vier Wochen benötigt werden, in die Phase, in der der Übergang zur personhaften Existenz mit Sicherheit schon erfolgt ist.

Da nun, wie aus obigen Darlegungen hervorgeht, beim Schwangerschaftsabbruch aufgrund eugenischer Indikation eigenständiges menschliches Leben getötet wird, muß sich die sittliche Bewertung am Tötungsverbot orientieren. Dieses gründet in dem allgemein anerkannten Recht auf Leben. Artikel 3 der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ der Vereinten Nationen hat das unmißverständlich formuliert: „Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.“

Diese Menschenrechte lassen sich aus der der menschlichen Person innewohnenden Würde herleiten. Die unantastbare Menschenwürde gilt als der zentrale Orientierungspunkt der Verfassung und ist daher nach Art. 1 des Grundgesetzes zu achten und zu schützen. Sie ist weder durch die Geburt noch durch die Mitgliedschaft in einem Sozialsystem begründet, sondern mit dem Menschsein als solchem gegeben⁹.

Ihren letzten Grund hat die dem Menschen als Person zukommende Würde in seiner Transzendenzbezogenheit. In dieser Konkretion besagt Transzendenz, daß der Mensch seinen Grund und Sinn nicht in sich selber hat, sondern sowohl als Individuum als auch als Gesellschaftswesen über sich hinaus verwiesen ist. Damit wäre auch die Unantastbarkeit der Menschenwürde jedem denkbaren politischen und gesellschaftlichen Einfluß entzogen. Nach christlichem Verständnis ist die Transzendenz des Menschen seine Verwiesenheit auf Gott. Als ein zur Erkenntnis und Liebe Gottes Berufener ist er Gottes Ebenbild. Als sein Geschöpf hat er ein Gebrauchsrecht, aber kein unbegrenztes Verfügungsrecht über sich selbst¹⁰.

Die obige These, daß die Menschenwürde weder durch die Geburt noch durch die Mitgliedschaft in einem Sozialsystem, sondern mit dem Menschsein als solchem begründet ist, kann sich auf die Tatsache stützen, daß die Geburt keine wesentliche Zäsur im Menschwerdungsprozeß darstellt, d. h. daß das menschliche Individuum als solches durch die Geburt biologisch nicht verändert wird. Sieht man nun die Geburt als einen Übergang innerhalb der Lebenskontinuität an, in dem Sinn, daß zwischen dem ungeborenen und dem neugeborenen Leben nur ein gradueller, nicht aber ein wesentlicher Unterschied besteht, muß die Tötung des noch nicht Geborenen grundsätzlich gleich beurteilt werden wie die Tötung des Geborenen.

Jegliche Ausnahme von diesem Werturteil führt zu schwerwiegenden Konsequenzen. Wer bei einem schweren Schaden der Frucht eine Abtreibung im Interesse des Kindes für erlaubt hält, kann konsequenterweise kaum etwas gegen eine aktive Euthanasie bei diesem Neugeborenen einwenden. Hält man beispielsweise einen Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation für ethisch

vertretbar, was geschieht dann im Fall der Geburt eines behinderten Kindes, wenn keine pränatale Diagnostik vorgenommen, oder aber, wenn sie vorgenommen wurde und dabei die Diagnose gestellt wurde, daß das Kind gesund sei? Darf dann nach der Geburt die unterlassene Abtreibung „nachgeholt“ und so dem schon geborenen Kind das Leben genommen werden?

Der Lebenswert stellt sich als ein nicht empirisch abgrenzbarer Sachverhalt dar, der nicht auf empirisch beschreibbaren Qualitäten des Menschen beruht, sondern mit dem Dasein von menschlichem Leben an sich schon gegeben ist. Deshalb kann er auch nicht durch Krankheit oder Behinderung in Verlust geraten bzw. in Frage gestellt werden. Sieht man darüber hinaus, wie hier geschehen, die Geburt nicht als eine wesentliche Zäsur im Menschwerdungsprozeß an und hält ebenso aktive Euthanasie an einem Neugeborenen für ethisch unzulässig, so muß man auch einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund eugenischer Indikation aus ethischer Sicht ablehnen.

Im Hinblick auf die pränatale Diagnostik bedeutet dies: Zielt sie auf die Beruhigung grundlos besorgter Eltern und auf Heilung des Fötus, ist sie ethisch vertretbar, zielt sie jedoch von vornherein bei pathologischem Befund auf Abtreibung, ist sie ethisch nicht zu rechtfertigen.

Die aufgewiesene Problematik läßt die Dringlichkeit der genetischen Beratung (vor der Schwangerschaft) erkennen, um eventuelle riskante Schwangerschaften von vornherein auszuschließen. Daneben muß aber eine Sensibilisierung erfolgen, die bereit macht, behindertes Leben, da dieses niemals ganz ausgeschlossen werden kann, in Liebe aufzunehmen.

In diesem Zusammenhang wären noch andere ethisch relevante Fragen zu stellen, wie etwa: Welcher Grad der Wahrscheinlichkeit einer Mißbildung ist für eine Fruchtwasserindikation erforderlich: eine Wahrscheinlichkeit von 25% oder mehr, wovon die derzeitige Rechtslage ausgeht, oder eine von nur 10%, wie sie von Humangenetikern und einigen Strafrechtlern gefordert wird? Von wem werden die Kriterien bzw. der Kanon der Krankheiten zur Rechtfertigung der Abtreibung aufgestellt? Inwieweit besteht die Pflicht, das Leben eines erblich belasteten bzw. eines mißgebildeten Kindes, das kaum die Dimension des bloß Vegetativen überschreitet, künstlich zu erhalten?

Aufgrund der Komplexität der hier sich stellenden Fragen ist die medizinische Sachkompetenz allein nicht ausreichend. Der Dialog mit den anderen Disziplinen, vor allem mit der Ethik ist dringlicher denn je.

ANMERKUNGEN

¹ Wissenschaftl. Beirat der Bundesärztekammer. Genetische Beratung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Dt. Ärztebl., H. 4 (1980) 183.

² Vgl. hierzu: *Genetics and the Quality of Life*, hrsg. v. Ch. Birch u. P. Albrecht (Genf 1975); W. Fuhrmann, *Genetik. Moderne Medizin und Zukunft des Menschen* (München 1970); W. Fuhrmann, F. Vogel, *Genetische Familienberatung. Ein Leitfaden für den Arzt* (Berlin 1968); W. Lenz, *Medizinische Genetik. Grundlagen, Ergebnisse und Probleme* (Stuttgart 1970); *Pränatale Diagnostik*, hrsg. v. J. D. Murken u. S. Stengel-Rutkowski (Stuttgart 1978); G. G. Wendt, U. Theile, *Humangenetik und genetische Beratung* (München 1974).

³ „Aus dem Fruchtwasser lassen sich nur bestimmte Krankheiten des Feten diagnostizieren. Die meisten Erbkrankheiten sind nicht aus dem Fruchtwasser zu erkennen. Eine Fruchtwasseruntersuchung ist daher nur dann indiziert, wenn ein begründeter Verdacht besteht, daß bei dem Feten eine der wenigen, überhaupt aus dem Fruchtwasser diagnostizierbaren Krankheiten vorliegen könnte“ (Wiss. Beirat der Bundesärztekammer, a. a. O. 188).

⁴ Schwere Form einer erblichen Anämie, bei der sich infolge Störung der Homoglobininbildung sichelförmige rote Blutkörperchen bilden.

⁵ Vornehmlich im Mittelmeerraum auftretende erbliche hämolytische Anämie.

⁶ Das Down-Syndrom (Mongolismus) ist die häufigste der chromosomalen Fehlbildungen. Das Edwards-Syndrom ist eine Schwachsinnform; das Turner-Syndrom eine Art Minderwuchs mit Unfruchtbarkeit, oftmals auch mit Herzdefekten und Skelettanomalien einhergehend.

⁷ Vgl. hierzu: A. Auer, *Zur Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch. Überlegungen aus der Sicht der kath. Moraltheologie*, in: *Das Abtreibungsverbot des § 218*, hrsg. v. J. Baumann (Neuwied 1971) 106–134; F. Böckle, *Probleme um den Lebensbeginn. Medizinisch-ethische Aspekte*, in: *Hb. d. christl. Ethik*, Bd. 2 (Freiburg 1978) 36–59; J. Gründel, *Abtreibung – pro und contra* (München 1971); B. Häring, *Heilender Dienst. Ethische Probleme der modernen Medizin* (Mainz 1972); W. Ruff, *Das embryonale Werden des Menschen*, in: *dieser Zschr.* 181 (1968) 321–337; ders., *Individualität und Personalität im embryonalen Werden*, in: *ThPh* 45 (1970) 24–59; ders., *Die Menschwerdung menschlichen Lebens. Anthropologische Reflexionen über die Individualentwicklung*, in: *Arzt und Christ* 17 (1971) 129–138; P. Sporken, *Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik* (Düsseldorf 1977).

⁸ Vgl. F. Böckle, a. a. O. 44f.

⁹ Gebräuchlich geworden ist die folgende, vom BayVerfGH gefundene Formulierung: „Der Mensch als Person ist Träger höchster geistig-sittlicher Werte und verkörpert einen sittlichen Eigenwert, der unverlierbar und auch jedem Anspruch der Gemeinschaft, insbes. allen rechtlichen und politischen Zugriffen des Staates und der Gesellschaft gegenüber eigenständig und unantastbar ist. Würde der menschl. Persönlichkeit ist dieser innere und zugleich soziale Wert- und Achtungsanspruch, der dem Menschen um dessentwillen zukommt.“

¹⁰ Vgl. F. Böckle, a. a. O. 54.