

UMSCHAU

Nehmen oder lassen?

Zum verantwortlichen Umgang mit einem neuen Abtreibungsmittel

Die Diskussionen um die sittliche Erlaubtheit und über die strafrechtliche Verfolgung des Schwangerschaftsabbruchs (§ 218a Strafgesetzbuch) gehen weiter. Zündstoff bietet nicht nur die innerhalb der Regierungskoalition umstrittene Frage, ob der „legale“ Schwangerschaftsabbruch – nach Eintreten der Gesundheitsreform – von der Krankenkasse weiterhin bezahlt werden soll. Heftige Kontroversen hat ferner die Ankündigung des französischen Gesundheitsministers Claude Evin ausgelöst, das Präparat RU 486 (genaue Bezeichnung: Mifepriston) für einige spezialisierte gynäkologische Zentren unter dem Namen „Mifegyn“ freizugeben.

Überraschend zog dann am 25. Oktober 1988 – nach massiven Protesten eines Teils der öffentlichen Meinung in Frankreich und im Ausland – die Firma RU selbst das Präparat weltweit zurück. Vier Tage später erklärte sich RU bereit, den Vertrieb wieder aufzunehmen, nachdem das französische Gesundheitsministerium (der französische Staat hält 36,25 Prozent des Aktienkapitals) gemahnt hatte, der Gebrauch des Mittels sei „im Interesse der öffentlichen Gesundheit“. Es ist also damit zu rechnen, daß dieses oder ähnliche Pharmaka, die eine medikamentös verursachte Abtreibung bewirken, weiterentwickelt, erprobt und dann auch vertrieben werden.

Da die Auseinandersetzungen noch nicht beendet erscheinen, stellen sich vor allem zwei Fragen: Welche wahrscheinlichen Folgen hat diese Einführung für die Diskussion und die Praxis der Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik? Welche ethischen Überlegungen und Imperative ergeben sich nach christlicher Verantwortung aus dieser Situation?

Genese und Wirkweise des Präparats. Das französische Pharmaunternehmen Roussel Uclaf (RU), an dem die Firma Hoechst AG mit 54,5 Prozent des Aktienkapitals beteiligt ist, beschäf-

tigt sich seit Jahrzehnten mit der Hormonforschung. Es wurden im Verlauf der Jahre nicht nur Präparate mit starken hormonalen Wirkungen, sondern auch solche mit antihormonalen Effekten entwickelt. Auf der Suche nach einem Wirkstoff zur Behandlung der Überfunktion der Nebennierenrinde (Cushing-Syndrom) und bestimmter kardiovaskulärer Erkrankungen wurde festgestellt, daß die Substanz RU 486 (Mifepriston) sowohl eine antiglykokortikoide Wirkung (zum Beispiel gegen eine bestimmte Form der Erhöhung des Blutzuckers) als auch eine starke Antiprogesteron-Eigenschaft hat. Das heißt, RU 486 hemmt den Effekt des Schwangerschaftshormons Progesteron und verhindert durch eine Abbruchblutung die endgültige Einnistung eines befruchteten Eies in die Gebärmutter.

Ferner haben Ärzte des US-National Institute of Health herausgefunden, daß hohe Dosen von RU 486 helfen, die Symptome des Cushing-Syndroms (zum Beispiel Hypertonie, Osteoporose, Muskelschwäche, Amenorrhoe etc.) zurückzubilden. Geringe Dosen von RU 486 können wahrscheinlich während der Geburt den Gebärmutterhals weichmachen und dehnen, so daß durch das Präparat die Zahl der Kaiserschnitte (in den USA fast vier Millionen jährlich) und damit die Geburtskomplikationen verringert werden könnten. Weitere therapeutische Indikationen für RU 486 – die Hemmung des Wachstums bei Brustkrebs und die Behandlung der Endometriose (Tiefenwucherung der Uterusschleimhaut) – werden vermutet, sind aber noch nicht empirisch abgesichert.

Die französische Pharmafirma Roussel Uclaf ging von der Annahme aus, daß Mifepriston eine alternative Methode zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch (durch Abrasio oder Aspiration) sein könnte – unter der Voraussetzung, daß der Abbruch in dem jeweiligen Staat gesetzlich erlaubt sei. Durch diese „schonende-

re“ Methode würden angeblich schwere organische und psychische Folgen der chirurgischen Eingriffe vermieden. Dieser Meinung haben sich offenbar die nationale Ethikkommission in Frankreich und die staatliche Gesundheitsbehörde angeschlossen.

Wie wird das Mittel in Frankreich angewendet? Das Präparat soll nur in den ersten 42 (maximal nach 49) Tagen nach der letzten Regelblutung eingenommen werden. Wenn ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden soll, dann nimmt eine Frau 3 x 200 mg Mifepriston als Einmaldosis in Anwesenheit des verordnenden Arztes in einer Spezialklinik ein. Ein Verkauf in Apotheken ist untersagt. Der Abbruch der Schwangerschaft und das dadurch erfolgte Absterben des Embryos geschieht allein durch Anwendung von RU 486 in 80 Prozent der Fälle. Gewöhnlich wird ca. 40 Stunden nach Einnahme von RU 486 zusätzlich ein Prostaglandinpräparat (hormonähnliche Substanz mit u.a. Wirkung auf glatte Muskulatur) gegeben. Diese „Zusatzanwendung“ ermöglicht den Abbruch in 95 Prozent der Fälle. Bei den restlichen fünf Prozent der Schwangeren wird der Abbruch operativ vorgenommen, weil sonst die Gefahr besteht, daß ein erheblich mißgebildetes Kind zur Welt kommt.

Als Nebenwirkungen sind starke Blutungen (ca. drei Prozent der Frauen), Bauchkrämpfe und Hautjucken bekannt geworden. Wegen dieser Nebenwirkungen und wegen der wahrscheinlich mangelnden ärztlichen Betreuung will die Firma RU vom Einsatz in Entwicklungsländern absehen.

Die klinischen Prüfungen mit RU 486 für die Indikation Schwangerschaftsabbruch werden – unter Regie der Weltgesundheitsorganisation und nach Absprache mit RU – bisher in China, Indien, Italien, Schweden, Singapur und Ungarn durchgeführt.

Anwendung in der Bundesrepublik? Nachdem Mitte August 1988 die Firma Hoechst AG erklärt hat, daß RU 486 in der Bundesrepublik nicht in den Handel kommt (auch die offizielle Registrierung beim Bundesgesundheitsamt in Berlin ist nicht beantragt), könnte man meinen, der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch sei kein deutsches Problem. Aber es ist sehr

fraglich, ob nicht das Präparat für viele Schwangere so „attraktiv“ ist, daß es über die Grenzen hinweg und unter Schwarzmarktbedingungen auch in die Bundesrepublik kommt. Schon wird von der „Aktion Leben e.V.“, Abtsteinach, vermutet, daß es „mit dieser Pille abtreibungswilligen Frauen möglich“ sei, „im Do-it-yourself-Verfahren... noch nicht geborene Kinder zu töten“. Es könnte sein, daß in der Bundesrepublik die Proteste gegen das Präparat wirksamer sind als in Frankreich. Immerhin haben Proteste und Boykottdrohungen der Liga „National Right to Life“ in den USA bewirkt, daß die Firma RU darauf verzichtet hat, das Präparat dort auf den Markt zu bringen. In Frankreich aber haben zahlreiche und massive Protestschreiben der Confédération Nationale des Associations Familiales Catholiques und der deutschen Bewegung für das Leben u.a. an den Vorsitzenden der französischen Ethikkommission die Zulassung des Präparats durch das Gesundheitsministerium nicht verhindern können.

Bedenkt man ferner, daß das Präparat dadurch auch „attraktiv“ ist, daß es weitere therapeutische Chancen eröffnet, so ist sehr unwahrscheinlich, daß die Produktion von RU 486 in Frankreich eingestellt und die weltweite Verbreitung gestoppt wird, zumal einflußreiche Kreise der WHO das Präparat einsetzen wollen, um die Überbevölkerung der Erde zu steuern.

Schließlich dürfte es nur eine Frage der Zeit sein, bis die Substanz von anderen Firmen nachentwickelt und auf den Markt gebracht wird. Die Firma Schering AG, Berlin, arbeitet angeblich schon an ähnlichen Produkten. In Amsterdam testen derzeit holländische Ärzte das Präparat „Epistophane“ aus den USA, das ebenfalls zur Abbruchblutung und so zur Tötung des Embryos führt.

Das Problem der medikamentösen Abtreibung erscheint also für die Bundesrepublik zunächst nur aufgeschoben, aber nicht aufgehoben. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß alle pharmazeutischen Firmen sich generell zu einem freiwilligen „Ausstieg“ aus der weiteren Entwicklung und der klinischen Erprobung von Mifepriston entschließen. Wir werden also mit dem Präparat leben müssen. Daher stellt sich erneut die Frage, ob wir das dürfen, was wir

könnten: Welche ethischen Normen und Prinzipien, die sich aus christlicher Verantwortung für das Leben ergeben, müssen beachtet werden, damit die *Conditio humana* nicht schweren Schaden nimmt?

Ethische Überlegungen und Imperative. Forschungen, die dem Leben schaden, weiterverfolgen oder abbrechen; die Pille einnehmen oder sie liegenlassen; Konsum (oralen Genuß) oder Verzicht; individuelle „Lebensqualität“ oder Sorge für kindliches Leben – das sind Alternativen, um die es geht.

Die entscheidende Antwort hat Kardinal Lustiger, Erzbischof von Paris, in der anstehenden Frage gegeben, als er erklären ließ: „Ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch bleibt für die Kirche ebenso verboten wie ein chirurgischer“ (Die Welt, 29. 9. 1988). Weiter wurde erklärt, zum ersten Mal werde eine Substanz als „Medikament“ legalisiert, deren Aufgabe es nicht sei, Leben zu retten, sondern zu töten. Es gilt noch, einen wichtigen Unterschied zu der sogenannten „Pille danach“ hervorzuheben: Während zum Beispiel das Präparat „Tetragynon“ (Schering, Berlin) die Möglichkeit der Einnistung des Eies bis zu 48 Stunden nach der Befruchtung verhindern kann, kommt es bei der Anwendung von RU 486 zu einer Antiprogesteron-Wirkung, die letztlich dazu führt, daß die schon aufgebaute Schleimhaut im Uterus abgestoßen wird und der so unversorgte Embryo – bis zu sieben Wochen nach der Befruchtung – getötet wird.

Eine solche medikamentöse Abtreibung tötet einen individuellen, einmaligen Menschen, bei dem zu diesem Zeitpunkt bereits alle wichtigen Organe angelegt, wenn auch noch nicht vollständig entwickelt sind: So beginnt das Herz eines Embryos bereits in der 3. Woche zu pulsieren. In der 5. Woche wäre intrauterin ein Elektrokardiogramm möglich, und von der 7. Woche an könnten in einem Elektroenzephalogramm vom Gehirn ausgehende elektrische Potentiale gemessen werden. Freilich ist dabei die Einbettung in den mütterlichen Uterus und die Ernährung über den Blutkreislauf der Mutter unabdingbar. Dennoch kann man die biologische Eigenständigkeit u. a. daran erkennen, daß der Embryo den mütterlichen Organismus „ver-

giften“ kann, falls fötale Abfallprodukte in das mütterliche Blut gelangen.

Auffassungen, nach denen erst nach etlichen Wochen Schwangerschaft von individuellem menschlichem Leben gesprochen werden kann, entbehren jeder empirischen, embryologisch faßbaren Grundlage. Es muß vielmehr daran festgehalten werden, daß nach der Vereinigung beider Keimzellen zu einer befruchteten Zygote von Anfang an arttypisches menschliches Leben in Entwicklung vorhanden ist. Es zeigt sich dabei ein Werdeprozeß des Menschen, der inkarnierter Geist bzw. beseelter Leib ist. Er ist (spätestens nach Teilung in eine „Achtzellenmorula“) auch individualspezifisch determiniert. Die Auffassung, daß zuerst eine Phase lebendiger, menschlich strukturierter Körperlichkeit bestände, zu der in einer späteren Entwicklungsphase das menschliche Lebensprinzip „hinzu“-käme (Epigenese), ist durch die moderne Embryologie widerlegt. Der gesamte Menschwerdungsprozeß von der befruchteten Zygote an läßt solche einschneidenden Zäsuren nicht erkennen.

Aus diesen beiden Zusammenhängen folgt, daß beginnend individuell-menschlichem Leben (auch wenn es noch zu einer Differenzierung in Mehrlinge käme) von Anfang an, das heißt nach vollständiger Ausprägung zur befruchteten Zygote, höchster Wert zukommt, den zu schützen alle verantwortlich Beteiligten – Schwangere, „zeugender“ Mann, Familie, Freunde, Staat und Kirchen – sittlich verpflichtet sind. Gegen diese grundsätzliche ethische Position werden vor allem drei Einwände und Argumentationen vorgebracht:

1. Die schwangere Frau allein müsse entscheiden, ob sie ihr Kind akzeptieren und austragen wolle. Dabei kann nicht übersehen werden, daß sich der Wunsch nach Abbruch einer Schwangerschaft meist aus einer ernsten, oft existentiell bedrohlichen Situation ergibt. Das bedeutet, daß die freie Entscheidung der Schwangeren sehr eingeschränkt ist. Der Entscheidungsprozeß ist u. a. geprägt durch massive Ängste, Druck von außen und (auch unbewußte) Aggressionen: „Der Schwangerschaftsabbruch wird oft als das letzte Mittel gesehen, um – im Konkurrenzfall – andere, wichtiger erscheinende Güter nicht zu verlieren“ (F. Böckle).

Dennoch kann nicht gezweifelt werden, daß das vom Grundgesetz (Art. 1 und Art. 2,2) geschützte Lebensrecht Ungeborener und ihre Menschenwürde und damit die sittliche Pflicht der Schwangeren zur Austragung der Schwangerschaft eindeutigen Vorrang hat gegenüber der freien Entfaltung der Persönlichkeit der Schwangeren. Das hat auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil gegen die Fristenlösung im Jahr 1975 festgestellt. Prof. H. Tröndle hat die Tradition und die heutige verfassungsrechtliche Position zusammengefaßt: „Der Lebensschutz der Ungeborenen ist also nach seiner Tradition und von der Sache her ein immanenter Bestandteil der ‚droits inaliénables‘, also der unveräußerlichen Menschenrechte, seit der Zeit der Aufklärung.“ Auch die zivilrechtliche Abteilung des deutschen Juristentags habe 1986 „fast einstimmig dem Embryo ‚unabhängig von der Art der Zeugung‘ von der Verschmelzung von Ei und Samenzelle an den Schutz der Verfassung zugestanden“ (FAZ, 3. 8. 1988).

2. Das ungewollte Kind befinde sich in der Position des „ungerechten Angreifers“, der das Leben der schwangeren Frau bedrohe. Daher könne das Kind in einer Art „Notwehr“ getötet werden. Doch ist diese Argumentation und die Parallelisierung mit dem Defensivnotstand keineswegs schlüssig: Das sich entwickelnde Kind ist doch an der Entstehung der Notsituation gänzlich unschuldig. Diese „Unschuld“ sollte mit dem Verlust des Lebens bestraft werden? Das Kind wehrt sich ja gar nicht gegen die Mutter; es will (nur) selbst leben! Dagegen ist die Schwangere für das Entstehen der Notsituation mindestens mitverantwortlich, und sie ist damit auch sittlich verpflichtet, das Leben des Embryos zu schützen.

3. Es handle sich um den Konflikt zweier Leben. Daher sei dem Leben der Mutter grundsätzlich Vorrang zu geben. Dagegen gilt festzuhalten, daß das Leben der Mutter (abgesehen von der medizinischen Indikation) keineswegs vital gefährdet ist. Es geht (nur) um die „Lebensqualität“ der Schwangeren – natürlich auch für die Zukunft –, während bei einem Ab-

bruch der lebende Embryo selbst getötet wird. Deshalb ist der Schwangerschaftsabbruch aus sogenannter sozialer Indikation und damit die Tötung menschlichen embryonalen Lebens ethisch unverantwortlich. Soziale Probleme (schwierige Wohnverhältnisse, Erziehungsprobleme, finanzielle Defizite etc.) sind nicht dadurch zu lösen, daß individuell menschliches Leben vernichtet wird. In solchen sozialen und psychosozialen Problemen (so massiv sie subjektiv auch empfunden werden) ist kein Mensch gezwungen, sich für die Preisgabe eines von zwei Leben zu entscheiden.

Wie aber soll die medizinische Indikation ethisch beurteilt werden? In einem „Pastoralen Wort“ der deutschen Bischöfe vom 7. Mai 1976 zur Novellierung des Abtreibungsrechts heißt es: „Es gibt Konfliktsituationen, in denen nach menschlichem Ermessen zwischen dem Verlust des Lebens sowohl der Mutter als auch des ungeborenen Kindes einerseits und dem Verlust nur eines menschlichen Lebens auf der anderen Seite zu entscheiden ist. ... Hier ist die sorgfältige Gewissensentscheidung des Arztes in der konkreten Einzelsituation gefordert. Einer solchen Gewissensentscheidung wird niemand die Achtung vorenthalten.“

Diese Aussage impliziert, daß eine besondere Form der medizinischen Indikation als sittlich erlaubt angesehen wird, wenn sich Schwangere, Vater und Arzt vor ihrem Gewissen dafür entscheiden. Auch hier geht es nicht um eine einfache Güterabwägung: Leben gegen Leben. Sondern es gilt, das eine rettbar gegenüber zwei nicht rettbar Leben zu erhalten. Wenn in diesem besonderen Sinn ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation sittlich erlaubt wäre, käme auch eine Anwendung von Mifepriston und anderen Abtreibungsmitteln unter gegebenen Bedingungen in Frage. In diesem Fall würden die Präparate nicht nur töten, sondern auch helfen, Leben zu retten. Auch das würde zum verantwortlichen Umgang mit neuen Abtreibungsmitteln gehören.

Ulrich Niemann SJ