

Medizinische und ethische Aspekte der Pränatal- und Frühgeburtsmedizin

Pränatalmedizin ist ein Gebiet der Geburtshilfe, das die Betreuung von Mutter und Kind in allen Phasen der Schwangerschaft bis zur Geburt betrifft. Mit der Entwicklung vielfältiger und hochzuverlässiger diagnostischer Methoden ist das Ungeborene für den Geburtshelfer im Fall einer diagnostizierten Erkrankung und/oder Fehlbildung zum Patienten geworden. Besteht ein therapeutischer Ansatz, so müssen die Risiken der fetalen Erkrankung gegen die Risiken ihrer Behandlung abgewogen werden, wobei die Interessen der Mutter bzw. der Eltern, des Föten, der Familie und der Gesellschaft zu berücksichtigen sind. Dies gilt in besonders konflikthafter Weise dann, wenn die „Therapie“ in einem Abbruch der Schwangerschaft bzw. in der Tötung des Kindes besteht. Damit wird bereits deutlich, daß pränatale Medizin elementare Fragen der Qualität von Leben, das der Mutter, des ungeborenen Kindes – und auch des Arztes berührt.

Lebensqualität ist ein auch in der Medizin explodierendes Wort und, wie wir wissen, schwer zu definieren. Unter dem schillernden Begriff „Lebensqualität“ wird ein multidimensionales Konstrukt verstanden, das die subjektive Bewertung seelischen, körperlichen und sozialen Erlebens enthält – bezogen auf einen definierten Zeitraum. Gemeint ist die Befindlichkeit des Menschen im umfassenden Sinn, auf die auch Spiritualität, Sexualität etc. einwirken. Alle Versuche einer Definition umgreifen also die körperliche Verfassung ebenso wie das psychische Befinden (Angst, Depression) und die soziale Dimension (Beruf, Haushalt, Familie, Gesellschaft, Umgebung, Freizeit, Freunde). Im englischen Schrifttum werden fünf „d“ (White, 1967): death, disease, discomfort, disability, dissatisfaction als Zielkriterien formuliert, mit denen die klinische Forschung den Effekt einer Intervention auf die Lebensqualität beschreiben kann.

Dennoch – letztlich bleibt Lebensqualität etwas, was nur der einzelne Mensch für sich selbst in seiner ganzen Individualität bestimmen kann. Spätestens dann, wenn es beim erwachsenen wie beim ungeborenen Menschen um Leben und Tod geht, stößt die Bewertung der Lebensqualität auf die Frage nach dem (noch) Lebenswerten: „Schlechte Lebensqualität und Leid sind nicht einfach ‚Unwerte‘“ (Sehnürch u.a., 1988). Im Kern geht es stets um eine Wertbestimmung des Menschen. Beim Ungeborenen, Säugling und komatösen Erwachsenen erfolgt sie im Sinn einer Fremdbestimmung durch die Eltern bzw. Angehörigen und die betreuenden Ärzte.

Fortschritt der pränatalen Diagnostik

Mit der erstmaligen ultrasonographischen Darstellung des ungeborenen Kindes durch Jan Donald (1958) war die Basis für die Entwicklung der vorgeburtlichen Medizin gelegt. Diese nichtinvasive Technik wurde durch die invasiven Untersuchungsmethoden der Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) und der Chorionzottenbiopsie (1983), die Punktion fetaler Gefäße und fetaler Organe, erweitert. Neben der zytogenetischen Diagnostik können heute auch schwere Stoffwechselerkrankungen sowie Einzelgenerkrankungen durch DNA-Analyse, somit ein immer größeres Spektrum fetaler Erkrankungen diagnostiziert werden. Die Punktion fetaler Gefäße eröffnet den Zugang zur vorgeburtlichen Blutanalytik und stellt die Basis einer bislang nur in wenigen Fällen möglichen vorgeburtlichen Behandlung dar (s. u.). Weiterhin kann die Punktion von fetalen Organen in Einzelfällen auch Voraussetzung für vorgeburtliche operative Maßnahmen sein. Durch Fortentwicklung der Ultrasonographiegeräte ist es möglich geworden, mit hoher Detailauflösung fast jeden Strukturdefekt fetaler Organe zu erkennen. Der Geübte kann eine diagnostische Sicherheit von 90 Prozent erreichen, was zum Beispiel das Erkennen eines Bauchwandbruchs, einer Zwerchfellhernie, einer Verlagerung der Herzachse, einer Lungendysplasie, einer Agenesie der Nieren, von Zystennieren, Phokomelien, Obstruktionen im Magen-Darm-Trakt etc. ermöglicht. Durch die Technik der Chorionzottenbiopsie wurde es möglich, die Diagnostik genetischer Erkrankungen in die 9.–11. Schwangerschaftswoche vorzuverlegen – in Einzelfällen auch mit dem „Konflikt der frühen Diagnose“: Bei einer Trisomie 18 kommt es in 60 Prozent und bei der Trisomie 21 (Down-Syndrom oder Mongolismus) in immerhin noch 30 Prozent zur spontanen Fehlgeburt.

Die jüngste und – eventuell – revolutionierende Entwicklung ist die nichtinvasive Technik an fetalen Zellen aus mütterlichem Blut. Diese von der Arbeitsgruppe um Holzgreve entwickelte Technik befindet sich im Stadium wissenschaftlicher Erprobung und wurde als Verfahren patentiert. Es ist derzeit offen, ob dieses Verfahren zu einem Screening-Test oder zur gezielten Diagnostik einsetzbar sein wird.

Parallel zur wissenschaftlichen Evaluierung hinsichtlich Sensibilität und Spezifität wird seit 1993, von Holzgreve und Mitarbeitern initiiert und thematisiert, eine sehr differenzierte Debatte über mögliche Anwendungsprobleme geführt: Wegfall der medizinischen Indikation bzw. des Abwägens von Risiko (Kind) und Nutzen und dadurch Induktion eines Anspruchs durch jedermann, Fragen der Qualitätssicherung unter Einschluß der prädiagnostischen Beratung, Wahlmöglichkeit der chromosomalen Testung, Fragen des Mißbrauchpotentials (Geschlechtsdiagnostik), Druck auf die schwangere Frau zur Inanspruchnahme, Problem eventueller Diskriminierung von Nichtanspruchnehmerinnen.

Schließlich ist noch auf die klinisch-experimentelle Embryonenforschung hin-

zuweisen. Die In-vitro-Fertilisation (IVF) als Methode moderner Reproduktionsmedizin ermöglicht gleichsam als Einstiegstechnik eine Pränataldiagnostik in der Präimplantationsphase. Durch die Technik der Polymerase Chain-Reaction (PCR) aus einer vom frühen Embryo abgespalteten „totipotenten“ Zelle oder auch aus einer Blastomere nach dem 8-Zell-Stadium ist die Diagnostik von etwaigen Chromosomenstörungen oder Erbkrankheiten möglich. Unter totipotenter Zelle (Zwillingsembryo) versteht man die Möglichkeit dieser Zelle zu einer vollkommenen, individuellen Entwicklung und Reifung als Embryo. Dies setzt allerdings eine intakte Zona pelucida (Eihülle) voraus.

Am besten bewährt hat sich bisher die Zellentnahme im 8- bis 10-Zell-Stadium mittels Haltepipette unter dem Stereomikroskop, das sogenannte Zonadrilling. Bis zur Diagnosestellung über die molekularbiologische und genetische Diagnostik muß der für die Implantation vorgesehene Embryo tiefgefroren aufbewahrt werden, um je nach Befundergebnis transferiert oder verworfen zu werden. Die Kryokonservierung ist nicht mehr zwingend notwendig, da das Untersuchungsergebnis bereits nach 24 Stunden vorliegen kann. Erst die Fortschritte der Molekularbiologie und Molekulargenetik haben diese Möglichkeit früher genetischer Präimplantationsdiagnostik eröffnet. Diese Technik wurde bereits bei Ehepaaren mit dem Risiko einer x-chromosomal gebundenen mentalen Retardierung und einer Adreno-Leukodystrophie erfolgreich praktiziert, die Restblastozyste entwickelte sich bis zur Geburt eines gesunden Kindes komplikationslos fort. Als eine weitere Methode wird die Trophoblastbiopsie angewandt. Nach Schlitzung der Zona pellucida, der Eihülle, kommt es zu einer Hernie von Trophoblastzellen, die entnommen und molekularbiologisch und genetisch analysiert werden.

Nach dem am 1. Januar 1991 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getretenen Embryonenschutzgesetz ist nach § 8 Abs. 1 die Entnahme einer totipotenten Zelle ebenso wie die an ihr vorgenommene Diagnostik unzulässig. Durch das Zerstören der noch totipotenten Zelle im Zug der Diagnostik wird gegen § 2 Abs. 1 Embryonenschutzgesetz verstoßen, da die Diagnostik den Embryo „verbraucht“. Nach dem Embryonenschutzgesetz ist in unserem Land eine Präimplantationsdiagnostik lediglich und erst an ausdifferenzierten Zellen des Trophoblasten, das heißt nach dem 8-Zell-Stadium, möglich – ab dem Zeitpunkt, an dem die Diagnostik nicht mehr an einer totipotenten Zelle (Zwillingsembryo) erfolgt und somit auch kein diagnostischer Embryoverbrauch resultiert. Zuvor hat eine eingehende humangenetische Beratung hinsichtlich der Indikation zum Ausschluß schwerwiegender geschlechtsgebundener Erkrankungen im Sinn des § 3 Embryonenschutzgesetz zu erfolgen. Eine weitere Voraussetzung ist, daß der Arzt vorab die für ihn zuständige Ethikkommission befragt und an dem zur Diagnostik eingesetzten Embryo (totipotente Zelle) keine Forschung erfolgt, der Embryo auch nicht gelagert (Embryonenbank durch Kryokonservierung), sondern vernichtet wird.

Das im Embryonenschutzgesetz ausgesprochene Verbot der Präimplantationsdiagnostik schließt also alle diagnostischen Eingriffe ein, die nicht die Implantation des Embryos zum Ziel haben. Es wird auch eine Zeugung auf Vorbehalt abgelehnt. Diesbezüglich ist die gesetzliche Regelung jedoch nicht bundesweit gleich. Einzelne Länder verbinden das „grundsätzliche“ Nein mit einem Vorbehalt (z. B. Diagnostik x-chromosomal vererbter Erkrankungen, s. o.). In der Diskussion steht neuerdings, ob über die Ländergesetzgebung eine Präimplantationsdiagnostik *nach* dem 8-Zell-Stadium bewilligt werden könnte. Grundsätzlich bleiben die aus einer Auflösung der Grenze zwischen Pränatal- und Reproduktionsmedizin eventuell resultierenden Folgerungen zu bedenken. Mit der Möglichkeit der Selektion eines Embryos nach Diagnostik in der Präimplantationsphase könnten auch gesunde, zeugungsfähige Eltern die In-vitro-Fertilisation einer natürlichen Empfängnis vorziehen.

Das Spektrum der heute erkennbaren Erkrankungen ist in vier Kategorien zu teilen: 1. Behandelbare fetale Erkrankungen, die nach der Geburt einer kinderärztlichen Betreuung zugeführt werden. 2. Fetale Erkrankungen, die derzeit vor der Geburt medikamentös und/oder operativ behandelt werden können. 3. Fetale Erkrankungen, die den Geburtsmodus bestimmen oder zumindest beeinflussen. 4. Erkrankungen, die zur Zeit nicht zu therapieren sind und in der Neugeborenen- oder Säuglingsperiode zum Tod führen, oder, wenngleich nach der Geburt therapierbar (nicht heilbar), aufgrund der „Unzumutbarkeit“ für die Eltern zum Schwangerschaftsabbruch durch Tötung des ungeborenen Kindes führen.

Als Beispiele für fetale Erkrankungen, die intrauterin behandelt werden können (Punkt 2), sind heute 6 Krankheitsgruppen zu nennen:

1. *Blutgruppenunverträglichkeit im Rhesussystem.* Trotz verbesserter Präventivmedizin durch eine Anti-D-Prophylaxe kommt es auch heute durch einen Abfall der Hämoglobinkonzentration des Föten zum klinischen Bild des Hydrops (Ödem), der schließlich über eine kardiale Dekompensation zum intrauterinen Tod des Kindes führt. Durch Punktion fetaler Gefäße der Nabelschnur und den sonographischen Nachweis des beginnenden Hydrops mit Ascites (Bauchwassersucht) kann der Grad der Gefährdung im Verlauf der Schwangerschaft exakt bestimmt werden. Die sonographisch kontrollierte Bluttransfusion in die Nabelschnurvene gilt heute als die Therapie der Wahl. In bis zu 80 Prozent der Fälle kann ein gesundes Überleben ermöglicht werden. Es bedarf selbstverständlich – und das gilt für alle intrauterinen Therapieverfahren – einer sehr sorgfältigen Beratung und Aufklärung über Nutzen und Risiko der Therapie.

2. *Kardiale Erkrankung.* Einzelne Erkrankungen des kindlichen Herzens sind über die Placenta der Mutter medikamentös zu behandeln. Zum Einsatz kommen Digitalispräparate und/oder Antiarrhythmika. Diese sind erfolgreich einsetzbar, so lange durch die kardiale Störung noch kein starker Hydrops des Kindes ausgebildet ist. In schweren Fällen mit Aszitesbildung wird dieser durch Punktion

(„Needling“) abgelassen. Ein in allen Fällen drohendes Herzversagen des Kindes ist auf diese Weise zu verhindern.

3. *Infektion.* Eine Infektion durch das Parvovirus B 19 (Ringelröteln) ist für das Ungeborene besonders bedrohlich. Die Kinder sterben in einem hohen Prozentsatz durch die Entwicklung einer hochgradigen Blutarmut. Mittels intrauteriner Transfusion können in vielen Fällen die Kinder gerettet werden.

4. *Obstruktive Uropathie.* Therapierbar sind vor allem Abflußbehinderungen des Urogenitaltrakts, die unbehandelt in etwa 80 Prozent der Fälle zum Tod des Föten führen. Bei drei und mehr zusätzlichen Fehlbildungen ist die Prävalenz chromosomaler Störungen mit etwa 60 Prozent besonders hoch. Durch sonographisch und/oder fötoskopisch geführte Punktion und/oder Einbringen eines Umgehungsweges können künstliche Abflußverhältnisse herbeigeführt werden. Die Hydronephrose ist heute keine Indikation mehr für einen Shunt. Eine Sackniere wird punktiert. Dies gilt auch für eine Megazystis. Die einmalige Punktion erfolgt etwa in der 12. Schwangerschaftswoche. Es handelt sich hierbei jeweils um eine lebenserhaltende passagere Therapie, die nach pränatalem Konzil mit dem Kinderchirurgen unmittelbar nach der Geburt zur definitiven operativen Korrektur führt.

5. *Zysten und Tumore.* Auch hier sind erste endoskopische (Fetoskopie) Verfahren in Erprobung. Über einzelne Fälle einer sonographisch geführten Punktion und Ableitung von Blutgeschwülsten im Gehirn, einer fetoskopischen Laserchirurgie der Vena Galeni, oder eines Hydrozephalus wurde berichtet. Die intrauterine Tumorchirurgie, zum Beispiel Steißbeinteratom, ist derzeit nur über eine Chirurgie am offenen Uterus (Bergung des Tumors nach Resektion) möglich.

6. *Fetofetales Transfusionssyndrom (FFTS).* Bei diesem Transfusionssyndrom kommt es ohne Therapie in etwa 90 Prozent zum intrauterinen Fruchttod, zumindest eines Zwillings. Zwei Verfahren sind in klinisch-experimenteller Erprobung: die fetoskopisch geführte Laserkoagulation (Neodym-Yag) der anastomatisierenden Placentagefäße oder die fetoskopische Nabelschnurligatur.

Der größte pränatal-therapeutische Erfolg ist das Verhindern einer „Therapie“ durch Schwangerschaftsabbruch. Durch die Möglichkeit des sicheren und direkten Nachweises schwerer Fehlbildungen (Zwerchfellhernie, Bauchwandbruch, Spina bifida etc.), welche nach der Geburt kinderchirurgisch vollständig oder zumindest weitgehend behoben werden können, ist die pränatale interdisziplinäre Beratung und Planung der weiteren Schwangerschaftsbetreuung und des Geburtszeitpunkts und -modus von zunehmender klinischer Bedeutung.

Arzt und Patient im Konflikt

1. *Zumutbarkeit.* Pränatale Medizin hat heute zu Recht einen hohen und positiven Stellenwert in der Geburtsmedizin und in unserer Gesellschaft erhalten.

Durch das Erkennen einer ungestörten Fetalentwicklung kann der überwiegenden Mehrzahl der Schwangeren die Angst vor einem kranken und/oder fehlgebildeten Kind genommen werden. Durch die Möglichkeit des sicheren und direkten Nachweises schwerster Erkrankungen entwickeln Patienten immer seltener ein Abbruchbegehren aus bloßer anamnestischer Angst. Insofern hat sich die Pränatalmedizin in nicht wenigen Fällen zu einer Methode des Lebensschutzes entwickelt. Beispielhaft hierfür ist der früher recht häufige Abbruch bei Verdacht auf eine Rötelninfektion der Mutter. Es ist heute möglich, durch fetale Blutentnahme und rötelnspezifischen IgM-Nachweis bzw. Choriondiagnostik über eine Hybridisierung mit spezifischen Komplementären, sogenannten c-DNA, den direkten Nachweis einer Rötelninfektion des Kindes zu führen. Bei 92 Schwangerschaften, die zum Abbruch wegen mütterlicher Infektion überwiesen wurden, gelang es in über 90 Prozent der Fälle, einen vorgesehenen Abbruch zu verhindern, da nur in 9,8 Prozent der Nachweis einer Viruspassage zu führen war (Holzgreve, 1993). Für weitere ähnlich gelagerte Krankheitsbilder, zum Beispiel Duchenne-Muskeldystrophie, erfolgt heute der direkte Ausschluß, während früher bei genetisch männlichen Föten oft ein sogenannter rein anamnestischer Abbruch durchgeführt wurde und dabei in 50 Prozent der Fälle gesunde Kinder getötet wurden.

Der positive Stellenwert moderner Pränatalmedizin wird auch durch die Zahlen des Statistischen Bundesamts bestätigt. Erfolgten 1977 noch 2348 (4,3 Prozent) gemeldete Abbrüche aus embryopathischer Indikation, so waren es 1994 noch 838 (0,8 Prozent).

Zweifellos haben aber die Fortschritte der Pränatalmedizin auch Ansprüche und Begehrlichkeiten geweckt und vertieft. Zunehmend sind wir mit dem „Anspruch auf ein gesundes Kind“ konfrontiert, zu dessen Verwirklichung gegebenenfalls ein Schwangerschaftsabbruch in Kauf genommen und von einzelnen gegenüber dem Arzt sogar im Sinn eines vermeintlichen Rechtsanspruchs postuliert wird. Viel Wissen erzeugt gesellschaftlichen Druck auf Patient und Arzt. Spätestens dann beginnt das ethische Dilemma der pränatalen Medizin.

In der ethischen Bewertung sind intrauterine diagnostische Maßnahmen mit ihnen wenn auch geringen Risiken solange fragwürdig, als eine intrauterine Therapie der diagnostizierten Krankheit (s. o.) nicht möglich ist und nur die Tötung des Kindes als „Therapie“ folgt.

Ausgehend von Art. 2 Abs. 3 des Grundgesetzes hat jeder das Recht auf Leben. „Jeder“ in diesem Sinn ist jedes Leben besitzende Individuum, auch das noch ungeborene menschliche Leben, das zudem unter dem Schutz der Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz steht.

Bei der im § 218 a StGB Abs. 2 Nr. 1 geregelten und bis zum 1. Oktober 1995 gültigen embryopathischen Indikation war gefordert, daß „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme spre-

chen, daß das Kind infolge Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes 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. die betroffenen Eltern ab. Die Zurücknahme der Strafandrohung beruht in verfassungsrechtlicher Sicht ausschließlich auf dem Gedanken der Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens. Nach dem Urteil des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 und der Neufassung des § 218 a im Sinn eines Kompromisses der drei Fraktionen CDU, FDP und SPD wurde im Bundestag am 29. Juni 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 „Betrachtung 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 Schwangerschaftswochen nach der Empfängnis 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 (Recht auf Verweigerung eines Schwangerschaftsabbruchs) – die bekanntermaßen beim medizinisch indizierten Abbruch nicht greift.

Auch im reformierten § 218 a bestehen das Lebensrecht und der Würdeanspruch des Ungeborenen und unter Umständen behinderten Kindes uneingeschränkt fort. Die Qualität des Lebens steht nicht zur Diskussion und Disposition. Dem Gesetzgeber war 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 abzusprechen. De jure handelt es sich nach wie vor um ein eindimensionales 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, zum Beispiel: 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 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 zur Zeit 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 sogenannter Kindesindikation – unabhängig von 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, indem 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 Sinn des Wortes: Jede *nach* der Geburt eines Kindes gestellte Diagnose einer Krankheit oder Behinderung verfolgt den Zweck, durch therapeutische Maßnahmen die Gesundheit des Kindes wiederherzustellen oder zumindest seine Krankheit zu lindern. Bei einem Abbruch aus Kindesindikation behandeln wir nicht die intrauterin diagnostizierte Krankheit, sondern töten deren Träger.

Diesem Konflikt kann der Arzt mit dem Hinweis auf die dieses Gesetz tragende Zumutbarkeit nicht ausweichen. So befinden sich der Arzt und die den Abbruch wünschende Mutter stets in einem *unlösbaren Konflikt* bzw. in einem echten ethischen Dilemma. Drei Pole bzw. Autonomien begegnen sich: Mutter, Kind, Arzt. Die Tötung des Ungeborenen kann nicht gerechtfertigt, allenfalls als eine Ausnahme im Einzelfall toleriert werden. Das heißt wiederum, daß der Entschluß zum Abbruch nicht einfach aus einem Katalog von Schädigungen gefolgert und gerechtfertigt werden kann, sondern allenfalls als das Ergebnis einer sorgfältigen Analyse des Einzelfalls hinzunehmen ist (Wuermeling, 1984).

Nach meinem Verständnis und nach unserer Berufsordnung ist die Tötung Ungeborener daher nur über den Ansatz der Notstandshilfe möglich: Verbindung mit der Mutter gegen die von ihr nicht zu tragende Belastung (unzumutbare „Opfergrenze“) durch das wachsende Kind. Nur dieses Verwobensein, dieses sich Einlassen im tiefsten emotionalen Sinn, eben das Gegenteil des bloßen medizintechnischen Handelns, kann in ausweglos erscheinender Situation zur Schuldannahme im Töten führen. So verstanden kann auch die Verweigerung eines Abbruchs einmal nicht frei von Schuld sein. „Nicht Schuldlosigkeit, sondern die Bereitschaft, Befähigung zur Schuldübernahme (ist) die Bedingung dafür, daß ein Mensch diesen Beruf annehmen darf“ (Grewel, 1993). Diese Erkenntnis, Ergebnis einer geistigen Auseinandersetzung mit dem „Inhalt“ dieses Bereichs pränataler Medizin, wurde in den letzten Jahren nicht nur theoretisch, sondern auch in ihren

Folgerungen von den handelnden Ärzten und zum Teil auch von der Öffentlichkeit in ihrer Tragweite erfaßt.

Es ist aber auch 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 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 § 218 a (§ 12 Abs. 1) verankerte Freistellungsklausel unterlaufen ist.

2. *Lebensqualität und Zumutbarkeit.* Ein ernster und bisher zu wenig beachteter Aspekt ist der Einsatz der pränatalen Diagnostik im Hinblick auf die *Prognose* bzw. die Länge der Lebenserwartung menschlichen Lebens.

Die Frage ist: Wird die Lebenserwartung, zum Beispiel nach der Diagnostik eines Edwards-Syndroms oder einer Fanconi-Anämie, zum Selektionsmaßstab? Ist Nichtsein besser als ein kurzes Dasein mit Defekt? Wer befindet darüber? Nicht nur der durch die Diagnose einer schweren Behinderung bewirkte Konflikt der Zumutbarkeit des Erwartungsleids der Eltern, des (nichtwissenden) Kindes und der Gesellschaft – also deren *Lebensqualität* – stehen hierbei im Zentrum des ethischen Problems, sondern das noch weniger lösbare der akzeptablen *Lebensquantität*. Ein wesentlicher Unterschied zur Intensivmedizin Erwachsener besteht darin, daß diese einen Teil des Lebens oder das Leben vollendet gelebt haben. Für das neugeborene Kind geht es um „etwas Leben“ (Tage, Wochen, Monate, Jahre) oder „überhaupt nicht leben“. Wir wissen nicht, ob gar nicht leben besser ist als schwerkrank nur kurze Zeit. Und ist das befristete Leben eines schwerbehinderten Neugeborenen nur aus der Innenperspektive des Kindes (ohne Interesse für das Kind!) zu „bewerten“? Die Bejahung dieser Frage verneint die positiven Aspekte einer Begleitung durch Zuwendung und Nähe, des Abschieds und der Trauerarbeit und muß konsequent zur Forderung nach aktiver Euthanasie führen.

Mit dem Problemfeld der unsicheren Prognose – Qualität und Quantität – konfrontiert sind wir heute in zunehmendem Maß durch die sich immer mehr nach unten, das heißt auf die 24. Woche zubewegende Frühgeburtsmedizin. Im Zusammenhang mit der pränatalen Diagnostik bewirken wir sogar gelegentlich selbst diesen Konflikt, wenn es etwa in Verbindung mit einer Amniozentese zum vorzeitigen Blasensprung kommt und die Patientin spätestens nach zweiwöchiger

Bettruhe, etwa in der 20. Woche, den Geburtshelfer bohrend nach der Prognose der weiteren Schwangerschaft und damit des Kindes befragt. Die Diagnostik hat zu einer mütterlichen Bedrohung (Infektion) mit unsicherer Prognose (Frühgeburt) des Kindes geführt. Immer öfter werden wir in dieser Situation mit der offenen oder versteckten Aufforderung zum Schwangerschaftsabbruch konfrontiert – gleichsam zur Korrektur der im Zug der Diagnostik aufgetretenen mütterlichen und kindlichen möglichen „Komplikationen“, wobei die auf das Kind hin bezogene „Komplikation“ in der ungewissen Prognose besteht. Dies gilt natürlich auch nach einem spontanen vorzeitigen Blasensprung in der 18.–20. Schwangerschaftswoche.

Eine defensivmedizinische und sich vor Haftungsprozessen fürchtende Position des Arztes wird hier leicht zur Verführung. Bei einer schweren Behinderung des Kindes und/oder einer mütterlichen Bedrohung durch ein Amnioninfektionssyndrom hat der Arzt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Klage zu erwarten. Bei Tötung des Kindes aufgrund der dubiosen Prognose wird eine Klage ausbleiben, handelt der Arzt doch auf Wunsch der Patientin. Die Beratung vor der Durchführung der Pränataldiagnostik hat die Mutter *und* Kind bedrohenden Konsequenzen und deren Handhabung einzubeziehen.

Die Akzeptanz der ungewissen Prognose menschlichen Lebens als „Indikation“ würde zweifellos weitere Folgerungen hinsichtlich des Bewußtseins für das Leben nach der Geburt haben. So bleibt, ganz abgesehen davon, daß wir eine nicht bestimmbare Prognose für die Rechtfertigung des Tötens heranzögen, in der juristischen Bewertung nur die medizinische/mütterliche Indikation – was neuerdings legalisiert ist.

Schließlich haben wir uns zu vergegenwärtigen, daß wir an der Schwelle zu pränatalen Voraussagemöglichkeiten von Erbkrankheiten stehen, die erst im Erwachsenenalter manifest werden. An geringen Mengen Zellmaterial kann festgestellt werden, ob im genetischen Programm krankmachende Gene vorhanden sind, deren Wirkung erst spät im Leben einsetzt. Bei dieser prädiktiven Medizin geht es dann nicht mehr um die mütterliche oder elterliche Belastung (Zumutbarkeit) durch die Krankheit des Kindes, sondern es geht um eine Entscheidung gegen den potentiellen Kranken, gegen den – später – leidenden Menschen selbst, der besser nicht erleben sollte, was ihm sein genetisches Programm befiehlt (Schroeder-Kurth, 1990). Im Klartext heißt das: Die Zeitspanne der Entwicklung der Erkrankung im nachgeburtlichen Leben soll dem Menschen nicht zugemutet werden. Die Zeit des Menschen, sein Leben ist bedroht durch Wissen. Wer aber befindet hierüber? Das Argument der Nichtzumutbarkeit eines kranken Kindes für die Eltern entfällt. Das Leiden des Nachkommens, das Leiden des „Kindes“ ist jenseits der elterlichen Fürsorge im Erwachsenenalter.

3. *Pränatale Geschlechtsdiagnostik.* Ein Wandel im Bewußtsein dessen, was wir als human anerkennen, ist, induziert durch technischen Fortschritt, auch zu be-

obachten in der Diskussion über die pränatale Geschlechtsdiagnose – einem Normmerkmal – mit geschlechtsselektivem Abbruch. Es wird vielerorts in dieser Welt ernsthaft darüber diskutiert, ob dem ungewünschten Geschlecht Krankheitswert zuzumessen sei und mit in die Zumutbarkeitserwägungen eingehen müsse. Wurde vor wenigen Jahren ein diesbezüglicher Hinweis noch als Mißbrauch pränataler Diagnostik im Sinn inhumanen Denkens und Handelns mit Empörung zurückgewiesen, brechen die Fronten auf. In Kenntnis dieser Bedrohung weigern sich zwar einzelne Untersucher, die Geschlechtsdiagnose mitzuteilen bzw. tun dies erst nach Ende des dritten Trimenons. Andere plädieren jedoch für eine rückhaltlose Aufklärung und beziehen sich hierbei auf das Vertrauensverhältnis Arzt–Patient. Außerdem sei es jedem Patienten möglich, eine Offenlegung der Krankenakte zu erzwingen. Was der Patient dann mit dieser Information anfangen, sei ausschließlich seine Sache (Martin, 1989).

Auch das „FIGO Standing Committee on Ethical Aspects of Human Reproduction“ (1989) konnte keine Einigung über die Abtreibung nach Geschlechtsselektion erzielen. Einige Ausschußmitglieder wollten im völligen Verbot der Abtreibung nach Geschlechtsselektion eine Verletzung des Prinzips der Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit der Frau sehen. Der Rückzug auf diese anerkannt bedeutende Freiheit der Frau bedeutet für den Arzt nichts anderes, als daß er diese Indikation letztlich akzeptiert. Stellt ein Arzt auf Wunsch der Eltern die Indikation für eine Chorionbiopsie ausschließlich zur Geschlechtswahl des Kindes, so dokumentiert er, daß er einen Schwangerschaftsabbruch aus diesen Gründen gutheißt. International befürworten 25 Prozent der Humangenetiker Geschlechtswahl, 17 Prozent schicken die Patienten weiter und 58 Prozent lehnen dies strikt ab (Wertz und Fletscher, 1989). Zu den letzteren gehören deutsche Humangenetiker mit 94 Prozent; 6 Prozent jedoch halten den Wunsch nach einem Sohn oder einer Tochter für eine ausreichende Begründung für eine Chorionbiopsie oder Amniozentese und einen Schwangerschaftsabbruch. Fletscher (1986) sagt voraus, daß, wo technisch Machbares auch bezahlbar ist, Druck ausgeübt werden wird, um sogenannte autonome Wünsche zu verwirklichen. Ablehnung aber erfordert ethische Reflexion und Bekenntnis von seiten des Arztes, die über das alltägliche Maß hinausgeht, das heißt Verweigerung des technisch Machbaren unter rein utilitaristischen Maßgaben ohne geistige Reflexion auf das *Bonum humanum*.

Pränatale Diagnostik eröffnet noch eine weitere Perspektive: die Schwangerschaft auf Probe (Hepp, 1981). Man kann die Geburt eines gesunden Kindes gleichsam erzwingen, indem man aufeinanderfolgende Schwangerschaften so lange abbricht, bis ein nachweislich gesundes Kind empfangen wurde. Das geltende Recht jedenfalls verbietet der Frau nicht, das Risiko eines kranken Kindes unter den Vorbehalt einer Korrektur zu stellen (Hanak, 1984). Mit Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik läßt sich ein Embryo mit der ausschließlichen

Absicht erzeugen, ihn nach Diagnostik an der entnommenen Blastomere nur unter der Bedingung nachgewiesener Gesundheit zu transferieren, anderenfalls ihn jedoch zu selektieren, das heißt zugrunde gehen zu lassen. Oder: Zur Prävention bei x-gekoppelter Vererbung erfolgt die x-selective Spermainjektion mit Chorionzottenbiopsie in der 10./11. Schwangerschaftswoche mit nachfolgendem Abbruch bei dennoch entstandener x-chromosomal vererbter Erkrankung des Föten. In diesen Fällen handelt es sich vom ersten Gedanken an ein gewünschtes Kind um eine unter Vorbehalt stehende (bedingte) Zeugung. Im ethischen Diskurs ist diese die Tötung (auch Verbrauch oder Aussondern) in das Therapiekonzept einbeziehende Handlungsweise anders zu beurteilen, als wenn die Patientin durch die pränatale Diagnose in Not und Panik gerät (Zumutbarkeit) und der Abbruch nach § 218 a Abs. 2 die Not wendet (Wuermeling, 1990) – wie auch immer.

Besonders seit dem Röteln- und Mongoloismus-Urteil des Bundesgerichtshofs sind pränatale Beratung und Diagnose nicht mehr isoliert zu sehen, sondern sind zu beziehen auf den möglichen Abbruch der Schwangerschaft. Das Außerachtlassen der Beratung und der eventuell davon abgeleiteten Diagnostik bedrohen den Arzt, bei Geburt eines geschädigten Kindes für den schadensbedingten Mehraufwand (Rötelnurteil) oder für die gesamten Unterhaltsaufwendungen (Mongoloismusurteil) herangezogen zu werden. Die Urteile haben zweifellos die Beratungspraxis und besonders die Einstellung zur pränatalen Diagnostik dahingehend beeinflusst, daß wir in der ethischen Reflexion nicht mehr nur fragen, ob wir tun dürfen, was machbar ist, sondern ob wir letztlich tun müssen, was medizinisch möglich ist.

Pränatalmedizin und reformierter § 218 a StGB

Die Brisanz der „Indikation“ mit all ihren Auswirkungen auf die Gültigkeit humaner Inhalte der Medizin und des ärztlichen Berufsbilds wurde uns schon immer besonders augenscheinlich vorgeführt im Fall 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 nach der Empfängnis oder 24 Wochen nach der letzten Menstruation (p.m.) sollte einerseits die Ausnutzung der sicheren intrauterinen Diagnostik ermöglicht und andererseits verhindert werden, daß im Fall 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 218 a Abs. 2 StGB häufiger zur ärztlichen Wirklichkeit – damit jedoch die zweite 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 Sinn 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. 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 Prozent) berichtet, die mit Zeichen des Lebens zur Welt gekommen waren. Bemerkenswert bei dieser Mitteilung ist, daß erstmals 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 werden der die Geburt betreuende Arzt und der das lebende Kind übernehmende Neonatologe um so 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 unauflöslchen 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 eventuell 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 Frühgeburtsmedizin kennen.

Die prospektiv zu treffenden Entscheidungen der Frühgeburtsmedizin sind:

a) *Nichtstun im Sinn einer passiven Sterbebegleitung.* Dies setzt voraus, daß die intrauterin erhobenen und nach der Geburt 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 eventuell 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 auszusetzen.

b) *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, nach der Geburt 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 kranken 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. (Auf die Problematik dieser Passivität post partum habe ich im Zusammenhang mit möglichen Haftungsrisiken hingewiesen.) Es ist zu erwarten, daß, in logischer Konsequenz der Entwicklung dieses Indikationsbereichs im § 218, der Gesetzgeber – eines fernen (?) Tages – die nachgeburtliche Tötung geschädigter Kinder erlauben wird, wie 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 Sinn der intrauterinen Früheuthanasie lösen. Hierbei ist mit allem Ernst darauf hinzuweisen, daß, nach bisherigen Berichten über den selekti-

ven und unselektiven (höhergradige Mehrlinge) Feto-*zid*, dieser sich nicht in einem Sekundenherztod vollzieht, sondern bei mehrfachen Herzpunktionen ein qualvolles Sterben vermuten läßt. Wie mit Inkrafttreten des reformierten § 218 a StGB (1. Oktober 1995) zu erwarten, wurde uns bereits am 2. Oktober 1995 eine 27-jährige Zweitgebärende in der 32. Schwangerschaftswoche 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 nachgeburtliche Belastung durch die Eltern an uns die Bitte nach dem intrauterinen Feto-*zid* 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 eventuell 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 „beratenen“ Schwangerschaftsabbrüche bis zur 12. Schwangerschaftswoche (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 Feto-*zid* 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 Minuten 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 Art. 2 GG 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 nachgeburtlichen 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 auch von dieser Reform neue geistige Impulse erhalten.

Mehr am Rand sei noch auf ein weiteres Folgeproblem aufmerksam gemacht. In der 13. Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes nach § 29 der Ausführungsverordnung 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 Tot-, 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 lebendig geboren, als Frühgeburten anzusehen. Auch als 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 Bundesverbands der Frauenärzte am 10. April 1995 fest, der in den personenstandsrechtlichen Vorschriften verwendete Begriff „totgeborenes oder in der Geburt verstorbene Kind“ gehe von einem natürlichen Geburtsvorgang 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. Dezember 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 Sinn 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.

Ich versuchte, den Januskopf der „Pränatalmedizin“ zu zeichnen: Auf der einen Seite die durch die errungenen Erfolge bewirkten positiven Effekte hinsichtlich Angstbefreiung und Schutz des Lebens, auf der anderen Seite das durch diesen Fortschritt induzierte ethische Dilemma. Entscheidend scheint mir zu sein, daß wir nicht dem Wahn des Machbaren unreflektiert unterliegen, sondern uns dieses Dilemmas täglich voll bewußt sind. Susanne Ehrlich ruft in ihrem sehr differenzierten Buch „Denkverbot als Lebensschutz? Pränatale Diagnostik, fötale Schädigung und Abbruch“ zu Recht dazu auf, anstelle von Denkverbot eine ehrlichere Auseinandersetzung zu setzen – in der Hoffnung auf Verarbeitung des Verdrängten, Akzeptanz individueller und kollektiver Aggressionen mit einer konsequenten Besserversorgung von Behinderten ohne „Zwangsnormalisierung“. Es gilt, auch die Grenzen des Zumutbaren für uns Frauenärzte zu beschreiben und zu verteidigen, will uns die hypokratische Medizin nicht vollends entgleiten.

Ein positiver Wertewandel im Rechtsbewußtsein im Sinn 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. Juni 1995) resignierend gesagt: „Was wächst, ist die Ehrfurcht vor dem eigenen Leben.“ Ein seit über zehn Jahren

Querschnittsgelähmter mahnte mit Blick auf die eventuell zukünftige Übernahme unserer Handlungsmaxime aus der Pränatalmedizin in die nachgeburtliche Medizin, jegliche Bewertung der Qualität von Leben zu Lasten der uns anvertrauten Patienten zu unterlassen, indem er sagte: „Wie wollen Sie jeweils beurteilen, welchen Stellenwert für die Lebensqualität des Behinderten die Menschen haben, die er liebt?“ (Kürten, 1995).

Literatur: FIGO Standing Committee, On Ethical Aspects of Human Reproduction, in: Mitt. Dt. Ges. Gynäk. Geburtsh. 1 (1989) 6; I. C. Fletscher, Moral problems and ethical guidance in prenatal diagnosis. Past, present, and future, in: Genetic disorders and the fetus. Plenum publishing corporation, hg. v. A. Milunsky (New York, London 1986) 819; H. Grewel Medizin am Scheidewege – krit. Anfragen an eine technolog. orientierte Med., in: Ethik Med. 5 (1993) 170; E.-E. Hanak, Zum Schwangerschaftsabbruch aus sog. kindl. Indikation als Grenzproblem, in: Gedächtnisschrift f. Peter Noll (Zürich 1984); H. Hepp, Ärztl. Überlegung zur Reform des Paragraphen 218, in dieser Zs. 189 (1972) 375; ders., Schwangerschaftsabbruch aus kindl. Indikation – anthropol.-philos. Aspekte des Arzt-Patienten Konfliktes, in: Kindl. Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, hg. v. P. Bohland u. a., in: Wissensch. Inf. Milupa 7 (1981) 33; H.-D. Hiersche, Perinatologie u. Geburtshilfe unter med.-rechtl. Gesichtspunkten, in: Med. Recht 6 (1990) 309; W. Holzgreve, H. S. P. Garritsen, B. Gänshirt-Ahlert, Fetal cells in the maternal circulation, in: J. Reprod. Med. 37 (1992) 410; W. Holzgreve, Der Schwangerschaftsabbruch aus sog. „ kindl.“ Indikation, in: Zs. f. ärztl. Fortbildg. 10 (1993) 837; B. Jähnke, Grenzen d. ärztl. Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen aus jurist. Sicht (Berlin 1987); C. Kürten, Unerhörte Patientenwünsche, T. III (München 1995); W. H. Lee, N. S. Baggish, Life birth as a complication of induced trimester abortion, in: Adv. Plan. Parenthood 13 (1978) 7; A. O. Martin, USA – today, in: Münch. Med. Wschr. 31 (1989); A. Mitscherlich, F. Mielke, Med. ohne Menschlichkeit (Stuttgart 1960, 1985); R. Ratzel, Referat: Symposium „Pränatalmedizin“, Frauenklinik vom Roten Kreuz Abtl. Pränatal-Med. (München 1996); K. Renziehausen, Pers. Mitt., 3. 1. 1996, Brief an d. Sächs. Staatsministerium f. Soziales, Gesundheit u. Familie, 12. 12. 1995; J. Ross, Leben gegen Leben, in: FAZ 29. 6. 1995, 27; H. G. Schnürch, H. Molinsky, H. G. Bender, Lebensqualität in d. gynäkolog. Onkologie, in: Gynäkologie 21 (1988) 323; T. M. Schroeder-Kurth, Eth. Überlegungen zur pränatalen Diagnostik, in: Der Frauenarzt 5 (1989) 489; ders., Stand u. zukünftige Entwicklung d. pränatalen Diagnostik, in: Möglichkeiten u. Grenzen d. Forschung an Embryonen, hg. v. Ch. Fuchs (Stuttgart 1990) 35–48; P. Singer, Prakt. Ethik (Stuttgart 1984); D. C. Wertz, I. C. Fletscher, Ethical problems in prenatal diagnosis, in: Prenatal. Diagn. 9 (1989) 145; K. E. White, Improved medical care statistics and health services system, in: Public Health, Rep. 82 (1967) 847; H.-B. Wuermeling, Die eth. Herausforderung, in: Münch. Med. Wschr. 126 (1984) 6; ders., Rechtspflichten d. Schwangeren für d. ungeborene Kind? Bamberger Symposion 1990 (Wissensch. Inf. Milupa 1990).