

1,80 Euro



Argumentations- und Arbeitshilfe zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches

DEF Deutscher Evangelischer Frauenbund e.V.
EFD Evangelische Frauenarbeit in Deutschland e.V.
EFHD Evangelische Frauenhilfe in Deutschland e.V.

Inhalt

1	Gesetzliche Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs	4
1.1	Der § 218 im Deutschen Reich	4
1.2	Schwangerschaftsabbruch im geteilten Deutschland	4
1.2.1	DDR	4
1.2.2	BRD	6
1.3	Bundesrepublik Deutschland nach der Wende	6
2	Statistisches Material	9
2.1	Schwangerschaftsabbrüche	9
2.2	Assistierte Reproduktion	13
2.3	Entwicklung der Pränataldiagnostik	16
3	Schwangerschaftsabbruch – Probleme und Positionen	16
3.1	Schwangerschaftsabbruch ist keine private Angelegenheit	17
3.2	Schwangerschaft – Zweiheit in Einheit	19
3.3	Menschliches Leben vor der Schwangerschaft	20
3.4	Schwangerschaftsabbrüche und Behinderung	23
3.5	Schwangerschaftsabbrüche an der Grenze zur Lebensfähigkeit	27
4	Du sollst nicht töten	30
5	Anmerkungen	32

1 Gesetzliche Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs

1.1 Der § 218 im Deutschen Reich

Den Paragraphen 218 RStGB gibt es in Deutschland seit der Reichsgründung 1871.⁽¹⁾ Zuchthaus bis zu 5 Jahren bzw. bei mildernden Umständen Gefängnis nicht unter 6 Monaten drohten einer Schwangeren, „welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleib tötet.“ Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft wurde nach § 219, wer „gegen Entgelt die Mittel hierzu verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.“

Bestrebungen von Teilen der Frauenbewegung Anfang des 20. Jahrhunderts zur Streichung des Paragraphen oder Einführung einer Fristenregelung sind im Bund Deutscher Frauenvereine nicht mehrheitsfähig. Die Frauen einigen sich schließlich auf einen Forderungskompromiss: medizinische Indikation, Herabsetzung des Strafmaßes und Abschaffung der Zuchthausstrafe. Im Reichstag durchgesetzt werden auf Antrag der SPD diese Änderungen des § 218 RStGB 1926.

Unter dem Einfluss nationalsozialistischen Denkens wird 1933 der § 218 wieder verschärft. Ab 1943 kann sogar die Todesstrafe ausgesprochen werden, wenn jemand „es unternimmt, die natürliche Fruchtbarkeit des deutschen Volkes zum Schaden der deutschen Nation künstlich zu hemmen“. Die Verurteilten werden „wegen Rassenverrat mit Zuchthaus, ... in besonders schweren Fällen mit dem Tod bestraft“. Fast zeitgleich zur Verschärfung des § 218 tritt 1934 das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in Kraft, auf dessen Grundlage Zwangsabtreibungen (und Zwangssterilisationen) durchgeführt werden.

1945 heben die Alliierten die Verschärfung des § 218 auf; er gilt zunächst in ganz Deutschland wieder in der Form von 1926.

1.2 Schwangerschaftsabbruch im geteilten Deutschland

1.2.1 DDR

In der Sowjetischen Besatzungszone sind zwischen 1946 und 1950 Schwangerschaftsabbrüche aufgrund medizinischer oder sozialer Indikation legal. 1950 wird in der DDR das *Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz*

und die Rechte der Frau erlassen, das den Schwangerschaftsabbruch aufgrund eugenischer und medizinischer Indikation erlaubt. Voraussetzung für die Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung ist die „Erlaubnis einer Kommission..., die sich aus Ärzten, Vertretern der Organe des Gesundheitswesens und des demokratischen Frauenbundes zusammensetzt.“

1965 veröffentlicht der Minister für Gesundheitswesen eine *Instruktion*, die die Indikationen differenziert. Berechtigung zum Schwangerschaftsabbruch besteht danach u.a. dann, wenn die Schwangere 40 Jahre oder älter bzw. jünger als 16 Jahre ist, wenn sie bereits vier Kinder geboren hat und die bestehende Schwangerschaft nicht später als sechs Monate nach der letzten Geburt begann. Darüber hinaus wird die Genehmigung zum Schwangerschaftsabbruch Schwangeren erteilt, „bei denen es infolge einer verbrecherischen Handlung zur Schwangerschaft gekommen ist, sowie wenn mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass das Kind an Geisteskrankheit oder anderen ernstlichen Abnormitäten leiden wird.“

§ 153 des Strafgesetzbuches der DDR von 1968 stellt Schwangerschaftsabbrüche entgegen den genannten gesetzlichen Vorschriften unter Strafe.

1972 verabschiedet die Volkskammer (mit 14 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen) die bereits ein Jahr zuvor angeordnete Fristenregelung, nach der die Schwangere berechtigt ist, „die Schwangerschaft innerhalb von 12 Wochen nach deren Beginn durch einen ärztlichen Eingriff in einer geburtshilflich-gynäkologischen Einrichtung unterbrechen zu lassen.“

Das *Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft* begründet das Recht der Frau, „über die Schwangerschaft und deren Austragung selbst (zu) entscheiden“, explizit mit deren Gleichberechtigung in Ausbildung und Beruf, Ehe und Familie. Das Anliegen, „der Frau entsprechend der in der sozialistischen Gesellschaft erreichten Gleichberechtigung ein Recht zu gewähren“, hebt der Minister in der Begründung des Gesetzes explizit hervor; „kirchlich gebundene Frauen in ihren Vorbehalten gegen die gesetzliche Regelung“, die sich „auf ihre religiös motivierte Moralauffassung berufen“, werden darauf hingewiesen, dass „es der Frau überlassen (bleibt), von diesem Recht Gebrauch zu machen oder darauf zu verzichten.“

§ 1, Abs. 1 des Gesetzes macht darüber hinaus deutlich, dass Frauen das Recht zur Schwangerschaftsunterbrechung „zusätzlich zu den bestehenden Möglichkeiten der Empfängnisverhütung“ übertragen wird. Nach § 4, Abs. 1 des Gesetzes ist die Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung „arbeits- und versicherungsrechtlich dem Erkrankungsfall gleichgestellt.“

1.2.2 BRD

In der BRD beginnt 1970 mit der öffentlichen Selbstbezeichnung von 300 Frauen („Ich habe abgetrieben“) der Kampf um die Abschaffung (Forderung weiter Teile der Frauenbewegung) bzw. Reform des § 218 StGB.

1974 beschließt der Bundestag eine Fristenregelung, die das Bundesverfassungsgericht aufgrund einer Verfassungsklage 1975 für verfassungswidrig erklärt. Daraufhin beschließt der Bundestag 1976 eine Indikationenregelung.

Durch die schnelle Entwicklung der Reproduktionsmedizin beginnt Mitte der 80er Jahre die öffentliche Diskussion um ein *Embryonenschutzgesetz*. Die Indikationsregelung von 1976 hatte den Schutz des menschlichen Lebens ab dem Zeitpunkt der Nidation (Einnistung der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter) angesetzt; durch die Technik der In-vitro-Fertilisation (IVF) stellte sich aber die Frage nach dem Beginn des menschlichen Lebens neu. Die Erzeugung „überzähliger“ Embryonen eröffnete bis dahin nicht vorhandene Möglichkeiten ihrer Verwendung, für die gesetzliche Regelungen zu treffen waren. Am 13. Dezember 1990 wird das Embryonenschutzgesetz (EschG) beschlossen, das die grundsätzliche Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens vom Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle an definiert und eine Verwendung menschlicher Embryonen zu einem anderen als ihrer Erhaltung dienenden Zweck verbietet.

1.3 Bundesrepublik Deutschland nach der Wende

In **Art. 31, Abs. 4 des Einigungsvertrages** von August 1990 wird der Gesetzgeber verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren eine bundeseinheitliche Regelung zu treffen, „die den Schutz des vorgeburtlichen Lebens und die verfassungskonforme Bewältigung von Konfliktsituationen schwangerer Frauen vor allem durch rechtlich gesicherte Ansprüche für Frauen, insbesondere auf Beratung und soziale Hilfe, besser gewährleistet, als dies in beiden Teilen Deutschlands derzeit der Fall ist.“⁽²⁾ 1991 liegen Gesetzentwürfe vor, die von einer Verschärfung des § 218 StGB über Ausweitungen der Indikationenregelung bis hin zum uneingeschränkten Recht auf Schwangerschaftsabbruch reichen.

Das Parlament entscheidet sich 1992 mit dem **Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG)** für eine *Fristenregelung mit Beratungspflicht*. Das Inkrafttreten der strafrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes verhindert das Bundesverfassungsgericht; daher gilt zunächst in den alten

Bundesländern weiterhin die Indikationenregelung, in den neuen Bundesländern die Fristenregelung.

Im Mai 1993 folgt das Urteil des BVerfG, das u.a. die strafrechtlichen Bestimmungen des SFHG - z.B. die fehlenden strafrechtlichen Sanktionen für verantwortungsloses Handeln des abbrechenden Arztes oder Personen des familiären Umfeldes - ebenso für verfassungswidrig erklärt, wie vor allem die fehlende Zielorientierung der Beratung auf den Schutz des ungeborenen Lebens hin. Grundsätzlich geht das BVerfG weiterhin davon aus, dass der Staat das ungeborene Leben - auch gegenüber seiner Mutter - zu schützen hat. Allerdings wird aufgrund der Erkenntnis, dass in der Frühphase der Schwangerschaft ein wirksamer Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens nur mit der Mutter, aber nicht gegen sie möglich ist, ein grundsätzlicher Wechsel des Schutzkonzeptes möglich: Das BVerfG akzeptiert eine gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, die die „Letztverantwortung“ in den ersten 12 Schwangerschaftswochen bei der Frau belässt - bei gleichzeitiger „Rechtspflicht zum Austragen des Kindes“. Auf dieser Grundlage beruht die derzeitige gesetzliche Regelung der Straffreiheit des beratenen Abbruchs innerhalb der ersten 12 Wochen nach der Empfängnis.⁽³⁾

Bei aktuellen Debatten um eine eventuell erneute Änderung der geltenden Rechtslage spielt es eine wichtige Rolle, dass das BVerfG im Urteil von 1993 mit Blick auf die Auswirkungen des neuen Schutzkonzeptes eine „Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht“ festgestellt hat. Dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche seit 1995 nicht nennenswert zurückgegangen ist, böte ggf. den Anknüpfungspunkt für entsprechende Forderungen.

Seit dem 1. Oktober 1995 wird der Schwangerschaftsabbruch in ganz Deutschland durch das **Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG)** geregelt, das ein **Schwangerschaftskonfliktgesetz (Art. 1)** enthält sowie eine **Änderung des § 218 StGB (Art. 8)**.

Das Gesetz lässt entsprechend dem Urteil des BVerfG vom 28. Mai 1993 die grundsätzliche Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs (§ 218 StGB) unberührt, sieht aber drei *Ausnahmen für die Anwendung des Paragraphen* vor:

(1) Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt *straffrei*, wenn nach der *Beratungsregelung* vorgegangen wird: nachgewiesene Beratung mindestens 3 Tage vor dem Eingriff innerhalb 12 Wochen nach der Empfängnis.⁽⁴⁾

(2) Ein Schwangerschaftsabbruch ist *nicht rechtswidrig im Falle einer medizinischen Indikation* (§ 218 a, Abs. 2 StGB), um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, *und im Falle einer kriminologischen Indikation*, weil die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt (§§ 176-179 StGB) beruht; in letzterem Falle ist ebenfalls die 12-Wochen-Frist einzuhalten.

Die in der Indikationenregelung von 1976 vorgesehene *embryopathische Indikation* (Abbruch aufgrund einer Erkrankung des Embryos) wurde nach Protesten vor allem von Behindertenverbänden und Kirchen abgeschafft. Fälle, in denen eine spät erkannte schwere Erkrankung oder Behinderung des Embryos zu einem Schwangerschaftsabbruch führen, wurden fortan unter die medizinische Indikation subsumiert; damit entfielen zugleich die für Schwangerschaftsabbrüche nach embryopathischer Indikation im alten Gesetz enthaltene Beratungspflicht und die 22-Wochen-Frist.

(3) Straffreiheit bei Schwangerschaftsabbruch wird schließlich einer Schwangeren zugesichert, sofern der Abbruch nach Beratung (§ 219) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von Strafe nach § 218 absehen, wenn die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

Die *Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch* aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation tragen die Krankenkassen. Kosten für den Abbruch aufgrund der Beratungsregelung trägt grundsätzlich die Schwangere. Aufgrund sozialer Bedürftigkeit werden die Kosten nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen übernommen.⁽⁵⁾

Die *Beratung* ist im SFHÄnG geregelt in Änderung des § 219 StGB und in Verbindung mit §§ 5-11 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). In § 219 StGB heißt es: „Die Beratung ... hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch

nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt.“ Dennoch ist die Beratung „ergebnisoffen zu führen“ und hat „von der Verantwortung der Frau“ auszugehen (SchKG § 5, Abs. 1). Zwar „wird erwartet, dass die schwangere Frau der sie beratenden Person die Gründe mitteilt, derentwegen sie einen Abbruch der Schwangerschaft erwägt“, allerdings soll die „Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frau“ nicht erzwungen werden (Abs. 2).

2 Statistisches Material

Die folgenden Statistiken und Tabellen werden an dieser Stelle nicht interpretiert; lediglich werden einige Erläuterungen zum Verständnis gegeben. In den Aussagen der folgenden Kapitel dieser Arbeitshilfe wird auf die Statistiken Bezug genommen.

Für die Bewertung mancher Zahlen bei Schwangerschaftsabbrüchen ist ein Vergleich mit der **Entwicklung der Geburtszahlen in Deutschland** nicht unerheblich.⁽⁶⁾ Zwischen 1998 und 2002 stellt sie sich folgendermaßen dar:

	1998	1999	2000	2001	2002
Lebendgeborene insgesamt	785 034	770 744	766 999	734 475	719 250

2.1 Schwangerschaftsabbrüche

Erhebungen zur **Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche** finden vierteljährlich statt. Seit Ende 1996 sind LeiterInnen von Krankenhäusern und InhaberInnen von Arztpraxen verpflichtet, mit Namen und Anschrift der Einrichtung durchgeführte Eingriffe an das Statistische Bundesamt zu melden. Diese Daten werden zentral aufbereitet und veröffentlicht.⁽⁷⁾

Wichtig für die Bewertung der Entwicklung von Schwangerschaftsabbrüchen ist – neben den absoluten Zahlen – die Unterscheidung nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangenen Lebendgeborenen:

	1999	2000	2001	2002	2003
Insgesamt	130 471	134 609	134 964	130 387	128 030
Rechtliche Begründung					
Medizinische Indikation	3661	3630	3575	3271	3421
Kriminologische Indikation	34	34	49	37	26
Beratungsregelung	126 776	130 945	131 340	127 079	124 583
Dauer der Schwangerschaft					
unter 13 Wochen	128 458	132 512	132 883	128 338	125 769
13 – 23 Wochen	1849	1943	1904	1861	2044
23 und mehr Wochen	164	154	177	188	217
Vorangegangene Lebendgeborene					
Keine	49 075	51 687	53 352	51 941	51 728
1	32 959	34 268	34 413	33 147	33 405
2	33 235	33 361	32 277	31 302	29 652
3	10 847	11 040	10 705	9992	9625
4	2980	2900	2883	2725	2435
5 und mehr	1375	1353	1334	1280	1185

Bedeutsam für die Auseinandersetzung bundesweit organisierter Frauenverbände mit Fragen des Schwangerschaftsabbruchs ist die **Unterscheidung nach dem Bundesland des Wohnsitzes** der Frauen. Die Zahlen werden in der folgenden Statistik nach ihrer **Quote je 1000 Geborene** aufgeführt. Die Zahlen in der Zeile „Deutschland“ sind der errechnete bundesweite Durchschnittswert.

Gegenstand der Nachweisung	1999	2000	2001	2002	2003*
Anzahl Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland					
Insgesamt	130 471	134 609	134 964	130 387	128 030
Quote je 1000 Geborene					
Deutschland	168,0	174,3	182,4	180,0	176,6
Baden-Württemberg	126,9	134,8	142,9	142,2	143,9
Bayern	126,8	137,0	141,6	139,1	136,3
Berlin	398,0	400,4	403,8	392,1	376,1
Brandenburg	307,0	273,9	279,3	255,8	252,1
Bremen	284,2	288,4	311,0	299,7	320,6
Hamburg	239,8	261,0	282,8	270,4	263,1
Hessen	163,9	182,8	189,1	190,3	200,4
Mecklenburg-Vorpommern	273,8	285,1	288,3	290,3	278,2
Niedersachsen	127,2	137,1	143,7	144,2	142,1
Nordrhein-Westfalen	151,7	156,3	162,9	163,6	158,7
Rheinland-Pfalz	119,5	125,7	132,8	132,8	127,8
Saarland	143,4	167,4	161,3	176,6	184,4
Sachsen	218,1	198,1	234,3	216,8	208,1
Sachsen-Anhalt	307,7	285,7	306,0	289,9	267,1
Schleswig-Holstein	137,0	146,1	148,1	149,3	147,0
Thüringen	297,2	286,6	280,3	271,1	251,0

* Vorläufige Berechnung für 2003

In Debatten um Schwangerschaftsabbrüche spielen oft Hinweise auf das (vermutete) **Alter der Frauen** eine Rolle.

Die folgende Statistik weist die Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland zwischen 1999 und 2003 unter diesem Kriterium aus – in der oberen Hälfte in **absoluten Zahlen**, anschließend in der **berechneten Quote je 10 000 Frauen** der Altersgruppe.⁽⁸⁾

	1999	2000	2001	2002	2003*
Insgesamt	130 471	134 609	134 964	130 387	128 030
unter 15 Jahren	467	574	696	761	715
15 – 18 Jahre	5266	5763	6909	6682	6930
18 – 20 Jahre	8493	9167	9544	9266	8980
20 – 25 Jahre	26 176	28 584	30 120	29 923	29 915
25 – 30 Jahre	29 022	29 212	27 897	26 550	26 299
30 – 35 Jahre	30 611	30 361	29 053	27 068	25 259
35 – 40 Jahre	22 193	22 359	22 091	21 405	20 869
40 – 45 Jahre	7583	7891	8025	8045	8307
45 – 55 Jahre	660	698	629	687	756
Quote je 10 000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe					
Insgesamt	77	80	80	78	76
unter 15 Jahren	X	X	X	X	X
15 – 18 Jahre	39	43	52	49	51
18 – 20 Jahre	93	99	104	102	98
20 – 25 Jahre	118	127	130	126	126
25 – 30 Jahre	110	117	117	114	113
30 – 35 Jahre	90	92	91	89	83
35 – 40 Jahre	64	64	63	61	59
40 – 45 Jahre	25	26	25	25	25
45 und mehr Jahre	X	X	X	X	X

* Vorläufige Berechnung für 2003

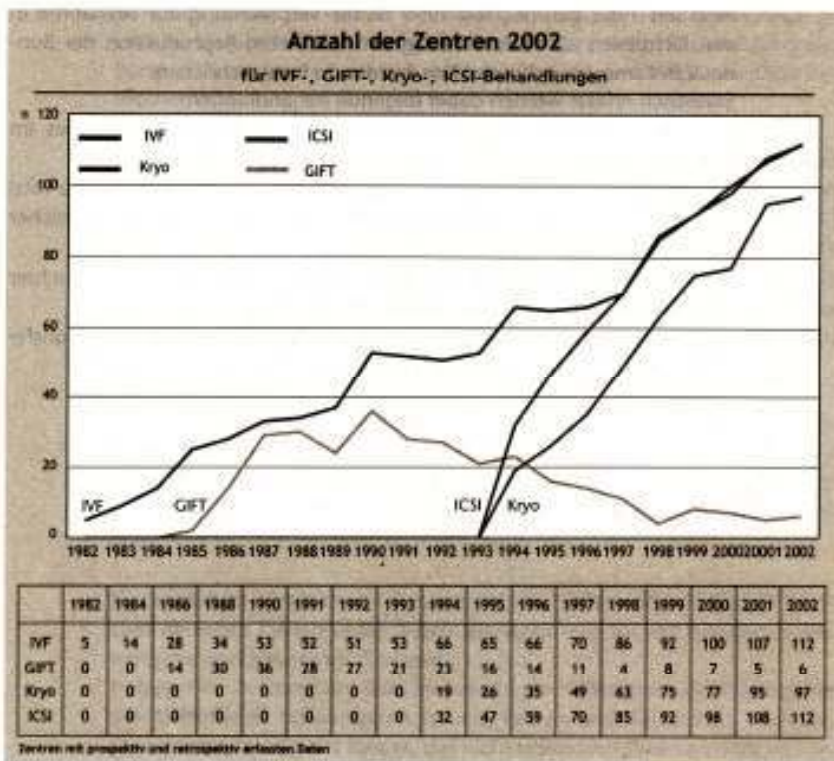
2.2 Assistierte Reproduktion

Zahlen zur **Entwicklung der assistierten Reproduktion**⁽⁹⁾ sind den Jahresberichten im Deutschen IVF-Register zu entnehmen.⁽¹⁰⁾ Das Register wird seit 1982 geführt, seit 1999 ist die Verpflichtung zur Teilnahme in den Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer und in der Berufsordnung festgeschrieben.

Statistisch erfasst werden dabei folgende Behandlungen:

- IVF: In-vitro-Fertilisation (Befruchtung außerhalb des Mutterleibes im Reagenzglas),
- ICSI: Intrazytoplasmatische Sperma-Injektion (einzelne Samenzelle wird in eine Eizelle injiziert – Anwendung bei eingeschränkter männlicher Fruchtbarkeit),
- Kryo bzw. Kryokonservierung (Tiefgefrierung überschüssiger befruchteter Eizellen für einen nächsten Behandlungszyklus),
- GIFT: Gamete intrafallopian transfer = intratubarer Gametentransfer (Eizellen und Spermien werden direkt in Eileiter eingebracht).

Aus der Fülle von Informationen⁽¹¹⁾ an dieser Stelle lediglich die Entwicklung der Anzahl der Zentren für die genannten Behandlungen und eine Kurzstatistik für das Jahr 2002:

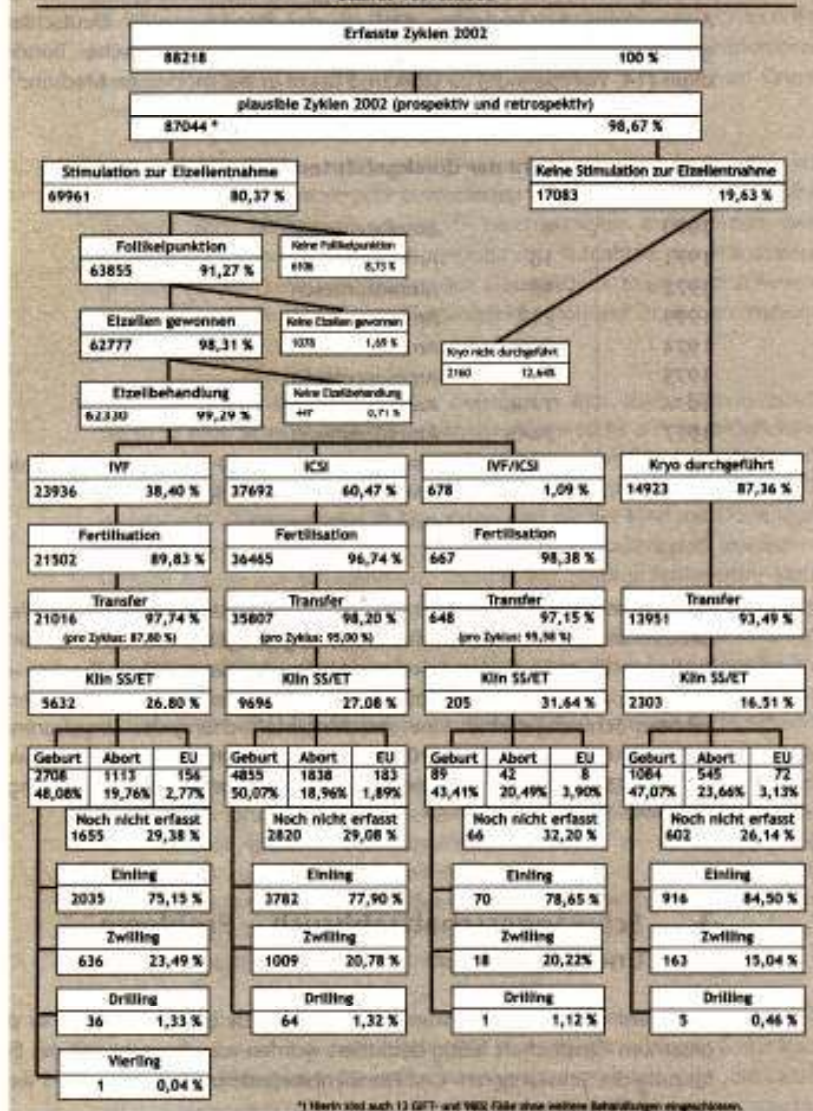


Rechts: Die Kurzstatistik geht aus von der Gesamtzahl der **Zyklen**, in denen Behandlungen stattgefunden haben.⁽¹²⁾ Anzahl der behandelten **Frauen** in 2002: 52.814 (2001: 46.055 / 2000: 38.442).

D.I.R.-Kurzstatistik 2002

Deutsches IVF-Register

Stand: 10.10.2003



* 11 Werte sind auch 12 GIFT- und 982 Fälle ohne weitere Behandlungen eingeschlossen.

2.3 Entwicklung der Pränataldiagnostik

Wichtige Hinweise auf die Entwicklung der Pränataldiagnostik bei der **Anwendung der invasiven PND** in der Bundesrepublik Deutschland geben Zahlen im Bericht der Enquetekommission des Deutschen Bundestages (14. Wahlperiode) zu Ethik und Recht in der modernen Medizin.⁽¹³⁾

Jahr	Zahl der durchgeführten PND	
1970	6	Amniozentesen ⁽¹⁴⁾
1971	16	Amniozentesen
1972	49	Amniozentesen
1973	112	Amniozentesen
1974	308	Amniozentesen
1975	893	Amniozentesen
1976	1796	Amniozentesen
1977	2648	Amniozentesen
1987	33 535	Amniozentesen / 3100 Chorionzottenbiopsien
1995	61 794	Amniozentesen / Chorionzottenbiopsien (alte Bundesländer)

Die Kommission weist in dem Zusammenhang darauf hin, dass in Westdeutschland die Zahlen kontinuierlich angestiegen sind, seit die Pränataldiagnostik 1975 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurde. 1998 wurde annähernd bereits in jeder zehnten Schwangerschaft eine invasive Untersuchung des Ungeborenen vorgenommen. Von den 785 034 Lebendgeburten des Jahres 1998 wurden an 752 555 Ungeborenen fetale Chromosomenanalysen durchgeführt.⁽¹⁵⁾

3 Schwangerschaftsabbruch – Probleme und Positionen

Nachdem das Thema Schwangerschaftsabbruch über Jahrzehnte in der gesamten Gesellschaft heftig debattiert worden war, herrscht seit der Einführung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes 1995 weitgehend öffentliche Ruhe.

Zwar wird hier und da in den Jahr für Jahr etwa gleich hohen Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen⁽¹⁶⁾ ein Grund gesehen, die vom Bundesverfassungsgericht festgelegte „Nachbesserungspflicht“ einzufordern. Aber die großen gesellschaftlichen Gruppierungen wie Parteien, Kirchen, Frauenverbände, Bundesärztekammer etc. halten sich erkennbar zurück mit Forderungen, die die so mühsam gefundene Regelung des Schwangerschaftsabbruchs grundsätzlich in Frage stellen. Zu lange und wohl auch zu schmerzhaft für alle Beteiligten war das Ringen um einen Kompromiss, der nur wenige ganz befriedigt, aber für die meisten erträglich ist. Allerdings spielt die derzeitige rechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Kontext anderer Debatten immer wieder eine wichtige inhaltliche Rolle, z.B., wenn die Lockerung des Embryonenschutzgesetzes gefordert wird, um Forschung an Embryonen oder Präimplantationsdiagnostik zuzulassen.⁽¹⁷⁾

EFD, EFHd und DEF sehen bezüglich der Regelung des Schwangerschaftsabbruchs keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf, etwa zur erneuten Reform des § 218 StGB. Sie sehen sich aber herausgefordert, sich erneut mit der Problematik auseinander zu setzen und dabei besonders die vielfältigen gesellschaftlichen Gründe der Entwicklung kritisch in den Blick zu nehmen.

3.1 Schwangerschaftsabbruch ist keine private Angelegenheit

In ihrer 2003 veröffentlichten Dissertation „Schutz der Menschwerdung“ weist die Theologin Christiane Kohler-Weiß darauf hin, dass die derzeitige rechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland breite Akzeptanz findet und das Thema als erledigt gilt. Ausführlich begründet sie, dass damit aber das Problem nicht als sozialpolitisch oder ethisch gelöst zu betrachten sei.

Ihre Beobachtungen⁽¹⁸⁾ decken sich mit den Erfahrungen in der Frauenverbandsarbeit: Die jahrelangen Abtreibungsdebatten zeitigten erhebliche Ermüdungserscheinungen. Eine schier unaufhörliche Folge von Gesetzen, Reformen, Änderungsgesetzen und deren Rücknahme aufgrund von Urteilen des Bundesverfassungsgerichts führte zunehmend Menschen zu der Überzeugung, eine allgemein gültige Lösung werde es nicht geben, und letztlich müsse jede und jeder für sich selbst entscheiden. Zudem gewöhnte sich eine breite Öffentlichkeit so sehr an die gleichbleibend hohen Zahlen des Statistischen Bundesamtes, dass aus der *Tatsache*

inzwischen fast eine *Norm* wurde: so ist es eben – dann muss bzw. darf es wohl so sein.

Das erklärte Ziel der Politik, zum Schutz des ungeborenen Lebens frauen-, kinder- und familienfreundliche Bedingungen zu schaffen, wurde im Laufe der Jahre unglaublich. Aktuelle Debatten und politische Entscheidungen zur Reform der kaum noch finanzierbaren Systeme der sozialen Sicherung schwächen weiter das Vertrauen, dass auf absehbare Zeit mit nennenswerten Verbesserungen z.B. im Bereich bezahlbarer ganztägiger Kinderbetreuung zu rechnen wäre.

Hinzu kommt, dass – anders als früher – Frauen heute weniger mit der Erwartung konfrontiert werden, ungeborenes Leben zu schützen, als „mit der Erwartung, Kinder in die berufliche Lebensplanung optimal einzupassen und mögliche Konflikte zwischen diesen beiden Erwartungen individuell, sozialverträglich und möglichst unauffällig zu lösen.“ Diese Erwartung erfüllend, reden Frauen nicht über Schwangerschaftsabbrüche.

Dass Frauen und Männer über einen erlebten Schwangerschaftsabbruch in der Regel höchstens mit engen Vertrauten sprechen, ist natürlich verständlich – schließlich handelt es sich um ein ausgesprochen intimes Geschehen. Darüber hinaus „ist der Schwangerschaftskonflikt im Zeitalter der Lebens- und Familienplanung aber auch mit der Scham verbunden, das eigene Leben nicht im Griff zu haben.“ Zudem meinen viele betroffene Frauen, sie dürften über ihre Probleme mit dem Schwangerschaftsabbruch nicht viel reden, weil sie sich selbst dazu entschieden hätten.

Es ist offenkundig, wie durch solche Mechanismen Probleme, die die Gesellschaft insgesamt zu lösen hätte, einzelnen Frauen bzw. Paaren zugeschoben werden. Ein Schwangerschaftsabbruch ist aber weder eine „Bagatelle“ noch ein ausschließlich „privates“ Problem. Die Entwicklung bleibt ein ethisches Problem auch im sozialen Kontext, „in dem die hohe Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen als Preis für unsere gesellschaftlichen Wertvorstellungen gesehen werden muss, den Frauen an ihrem Leib bezahlen. Denn der Eingriff in das Werden eines Menschen auf dem Wege eines Eingriffs in den Leib der Frau bleibt ein körperlich und seelisch belastendes Ereignis, auch wenn der Schwangerschaftsabbruch mehr und mehr als rationale Antwort auf die Anpassungsforderungen unserer Gesellschaft erscheint. Und je normaler der Schwangerschaftsabbruch wird, desto weniger Unterstützung erfahren Frauen sowohl in ihrer Entscheidung für ein Kind als auch bei ihrer Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs.“⁽¹⁹⁾

Die Tabuisierung bzw. Privatisierung der mit Schwangerschaftsabbrüchen verbundenen Probleme ist keine angemessene gesellschaftliche Reaktion. Nicht mit einem Hortplatz für das erwartete Kind rechnen zu können oder durch die Geburt eines dritten oder vierten Kindes ein Armutsrisiko einzugehen, ist kein individuelles Problem. Schwangerschaftsabbrüche wegen fehlender Perspektiven für ein Leben mit einem Kind oder mit mehreren Kindern sind keine private Angelegenheit. Probleme dieser Art sind vielmehr ethisch bedeutsam für eine gesellschaftliche Diskussion über Schwangerschaftsabbrüche. Notwendig ist daher eine Anstrengung dieser Gesellschaft insgesamt und ihrer Organisationen, diese Fragen zu diskutieren – und zwar vor dem Hintergrund der grundgesetzlich geschützten Werte und Normen.

3.2 Schwangerschaft – Zweiheit in Einheit

Im Urteil von 1993⁽²⁰⁾ hält das Bundesverfassungsgericht an der Schutzpflicht des Staates gegenüber dem einzelnen ungeborenen Leben fest, „auch gegenüber seiner Mutter“, und leitet daraus das grundsätzliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs für die ganze Dauer der Schwangerschaft ab. Zugleich prägt der Gedanke, dass die schwangere Frau und das vorgeburtliche Leben ein einzigartiges Lebensverhältnis bilden, das Urteil des Gerichts. Wegen dieser „Zweiheit in Einheit“ kommt das Gericht dann auch zu der Annahme, „in der Frühphase der Schwangerschaft sei ein wirksamer Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens nur mit der Mutter, aber nicht gegen sie möglich“.⁽²¹⁾

Das BVerfG macht sich damit ein Argument zu eigen, das auch die evangelischen Frauenverbände in der „218-Debatte“ immer wieder vorgebracht haben. Bereits 1987 betonte die Mitgliederversammlung der EFD in einer Stellungnahme zu § 218 und Embryonenschutz, dass sich aus dem engen Zusammenhang von Frau und Ungeborenem eine Selbstbestimmungspflicht der Frau ableite. Die Mitgliederversammlung 1991 bevorzugte eine Fristenlösung gegenüber einer Indikationsregelung, weil diese das Entscheidungsrecht der Frau besser gewährleiste. In einer gemeinsamen „Stellungnahme der Evangelischen Frauenhilfe Deutschland Ost und West zum Schwangerschaftsabbruch“ von Mai 1991 hieß es: „Der Schutz des ungeborenen Lebens kann wegen seiner physischen Abhängigkeit von der schwangeren Frau am besten von ihr selber gewährleistet werden. Sie trägt daher letztendlich die Verantwortung für die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft.“ Kurz zuvor hatte die damalige Bundesvorsitzende des Deutschen

Evangelischen Frauenbundes in einer Stellungnahme zum Lebensschutz bereits darauf hingewiesen, dass gesetzliche Regelungen nichts von der „Last der Entscheidung und der Verantwortung bei einem Schwangerschaftsabbruch“ nehmen könnten, die „letztlich die betroffenen Frauen (tragen)“.⁽²²⁾

Dass das besondere Lebensverhältnis von schwangerer Frau und ungeborenem Leben bedeutsam ist für die Bewertung von Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, führte in jüngerer Zeit zu neuen Überlegungen sowohl in der nicht-kirchlichen feministischen Debatte als auch in der feministisch-theologischen Ethik.⁽²³⁾ Zusätzlichen „Schub“ erhielten diese Überlegungen und Diskussionen aus der Reflexion darüber, was die zunehmende Auflösung der „Zweiheit in Einheit“ bedeutet, die in dem Moment begann, als zum ersten Mal die Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes gelang.

3.3 Menschliches Leben vor der Schwangerschaft

Das Bundesverfassungsgericht meint mit „Zweiheit in Einheit“, dass Schwangere und Embryo/Fötus in einem einzigartigen, mit keinem anderen zu vergleichenden Lebensverhältnis stehen: Sie sind *zugleich* „jemand Eigenes“ und einander gegenüber – und doch nicht unabhängig voneinander. Eine solches Verständnis von Schwangerschaft entspricht altem Wissen, das sich auch im Sprechen über Schwangerschaft ausdrückte. „Guter Hoffnung“ waren schwangere Frauen in der älteren Umgangssprache. Statt, wie heute üblich, von „Embryo“, „Fötus“ oder „Nasciturus“ sprachen die Menschen von der „Leibesfrucht“.⁽²⁴⁾ Schon die Entwicklung pränataldiagnostischer Möglichkeiten wie z.B. Ultraschall – mit dessen Hilfe Entwicklung und Lage eines ungeborenen Kindes zu erkennen war und sich die Geburt besser vorbereiten ließ – bedeutete *auch* einen folgenschweren Eingriff in die bis dahin einzigartige und ausschließliche Lebensbeziehung zwischen der schwangeren Frau und dem ungeborenen Kind.⁽²⁵⁾ Es ist noch nicht zu Ende erfahren und bedacht, was diese Trennung von ihrer Leibesfrucht für Frauen längerfristig bedeuten wird. Vieles weist darauf hin, dass durch die Veränderung des Geschehens „Schwangerschaft“ hin zu einem mehr und mehr medizin-technisch überwachten und gesteuerten „Prozess der Reproduktion“ die Freiräume und Rahmenbedingungen für Frauen in dieser Gesellschaft jedenfalls nicht erweitert bzw. verbessert werden.⁽²⁶⁾

Im Sommer 1978 wurde Louise Brown geboren: das erste in der Retorte gezeugte Baby. Die Befruchtung der weiblichen Eizelle außerhalb des

Mutterleibes⁽²⁷⁾ war de facto die bis dahin technisch (und somit auch gedanklich) unmögliche Auflösung der „Zweiheit in Einheit“ von schwangerer Frau und Embryo bzw. Fötus. Die Möglichkeit der In-Vitro-Fertilisation bildet daher die entscheidende Grundlage der ethischen Probleme im Zusammenhang der Reproduktionsmedizin, etwa die Frage nach der Präimplantationsdiagnostik und nach Forschung an „überzähligen“ oder eigens zu diesem Zwecke hergestellten Embryonen.

Die Gesetzgebung in Deutschland hat mit dem Embryonenschutzgesetz auf diese neuen technischen Möglichkeiten reagiert. Im Sinne des Grundgesetzes und der Intention der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, menschliches Leben entsprechend seiner Würde vom frühestmöglichen Zeitpunkt an zu schützen, definierte das ESchG den Beginn des menschlichen Lebens mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle.

Bevor menschliches Leben außerhalb des Mutterleibes erzeugt werden konnte, war die Schwangerschaft bzw. genauer die schwangere Frau sein (einzig denkbarer und somit auch bester) Schutz. Darum galt auch, dass das ungeborene Leben nur mit der Mutter, aber nicht ohne oder gar gegen sie geschützt werden konnte. Die Lebensform der Schwangeren wie des Embryos als „Zweiheit in Einheit“ war eine *Tatsache*, aus der die *ethische Norm* abgeleitet wurde, dass die letzte Verantwortung für das Leben des Ungeborenen bei der schwangeren Frau selbst liegt.

Im Falle der In-Vitro-Fertilisation aber besteht tatsächlich (noch) keine Schwangerschaft. Die befruchtete Eizelle bzw. der Embryo befindet sich (noch) nicht im Mutterleib – und ist daher auch noch nicht durch eine Schwangerschaft geschützt. Demzufolge *muss* er durch andere rechtliche Regelungen geschützt werden – es sei denn, diese Gesellschaft definierte anders als bisher den Beginn und damit die Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens jenseits der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Auch bevor eine Schwangerschaft besteht, hat also der Embryo – ebenso wie menschliches Leben nach der Geburt – Anspruch auf den gesetzlich garantierten Schutz seines Lebens und seiner Würde.

In diesem Kontext stellt sich auch die Frage nach der Bewertung von Präimplantationsdiagnostik (PID). In der Stellungnahme „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“ vom Januar 2003 argumentiert die Mehrheit des Nationalen Ethikrates für die Zulassung von PID, um „das antizipierte Leid der Eltern abzuwenden“ und eine spätere „Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden“.⁽²⁸⁾ Der Vorschlag des Ethikrates behandelt die Untersuchung des Embryos und bei auffälligem Befund ggf. Verwerfung analog zum Schwangerschaftsabbruch aufgrund

medizinischer Indikation und schlägt folgerichtig vor, dass die zu treffende Entscheidung über „das antizipierte Leid der Eltern bei Geburt eines kranken oder behinderten Kindes nicht nur dem subjektiven Ermessen der Eltern anheim zu stellen ist, sondern auch vom Arzt medizinisch nachvollziehbar sein muss.“⁽²⁹⁾

Dagegen ist einzuwenden, dass die analoge Anwendung der Argumente bei Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik wegen der unterschiedlichen Ausgangssituationen nicht stichhaltig ist: Bei der Pränataldiagnostik handelt es sich um eine medizinische Anwendung im Rahmen einer bestehenden Schwangerschaft. Bei der PID wird eine diagnostische Technik an einem Embryo angewandt, der per se Anspruch auf Leben und den Schutz seiner Würde hat. Weil tatsächlich noch keine Schwangerschaft besteht, der Embryo noch nicht „als Zweiheit in Einheit“ im natürlichen Schutzraum der Gebärmutter lebt, sind die Argumente aus der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nicht ohne Weiteres übertragbar.

Gegen die vorgeschlagene Lösung spricht aber vor allem die – nach den Erfahrungen in der Anwendung von pränataldiagnostischen Maßnahmen (siehe unten) – begründete Befürchtung, dass bei Zulassung von PID eine selektive Prüfung der Embryonen und ihre automatische Verwerfung bei genetischen Auffälligkeiten durch nichts mehr zu verhindern wäre. Die Annahme, dass auch nur ein PID-geprüfter und als von der Norm abweichend erkannter Embryo implantiert würde, ist wirklichkeitsfremd. Die Vorstellung des Ethikrates, dass aufgrund ärztlicher Ethik genetisch erkennbare zu erwartende „leichte Entwicklungsstörungen und als geringfügig einzuschätzende (oder behandelbare) Krankheiten“ oder die „Wahl des gewünschten Geschlechts“ kein Grund für die Verwerfung von Embryonen wären, würde schnell von der sich entwickelnden Praxis überholt werden.

EFD, EFHiD und DEF vertreten daher:

- Entsprechend der Intention des Embryonenschutzgesetzes darf die Herstellung von Embryonen ausschließlich zum Zweck der Fortpflanzung erlaubt sein. Menschliches Leben, das außerhalb seines natürlichen Schutzraumes Gebärmutter geschaffen wurde, muss durch eine starke Gesetzgebung vor Begehrlichkeiten etwa der Forschung geschützt werden.
- Eine selektive Überprüfung von Embryonen auf genetische Auffälligkeiten vor der Implantation darf aufgrund des grundgesetzlich garantierten Rechts auf Leben und auf Schutz der menschlichen Würde nicht freigegeben werden.

- Analogieschlüsse zwischen einem Schwangerschaftskonflikt und ggf. -abbruch und dem ethisch vertretbaren Umgang mit außerhalb des Mutterleibes erzeugten Embryonen vor der Schwangerschaft sind nicht möglich. Daher eignen sich die Argumente im Rahmen der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs weder dazu, eine Zulassung von PID einzufordern, noch rechtfertigt die Sorge vor Einführung von PID oder Erlaubnis zur Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken eine Verschärfung der rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. Die Debatte um den Embryonenschutz für eine Verschärfung des § 218 oder Änderungen des SFHÄndG zu instrumentalisieren, hilft weder den von Schwangerschaftskonflikten betroffenen Frauen noch den Frauen, die den körperlichen und seelischen Belastungen einer medizintechnisch assistierten Herstellung einer Schwangerschaft ausgesetzt sind. Am wenigsten aber hilft es den in vitro erzeugten Embryonen, die noch nicht in den Schutzraum des Mutterleibes implantiert sind.

3.4 Schwangerschaftsabbrüche und Behinderung

Seit der Abschaffung einer „embryopathischen Indikation“ (nicht rechtswidriger Abbruch einer Schwangerschaft *aufgrund* der zu erwartenden Behinderung oder schweren Krankheit eines Kindes) gibt es keine exakten Zahlen darüber, wie oft eine Behinderung oder Erkrankung des Fötus den Ausschlag gibt für die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch; die statistischen Erhebungen unterscheiden im Falle medizinisch indizierter Abbrüche nicht nach Gründen.

Unverkennbar mehrten sich allerdings die Hinweise, dass sich im allgemeinen gesellschaftlichen Bewusstsein festgesetzt hat: Behinderungen aufgrund genetischer Störungen „müssten heute nicht mehr sein“. Die Enquetekommission Ethik und Recht in der modernen Medizin des Deutschen Bundestages beobachtete, dass sich gesellschaftlich „eine Haltung durchzusetzen (scheint), die mit der Frage: ‚Wer will schon ein behindertes Kind?‘ zusammengefasst werden kann.“⁽³⁰⁾ In einem Positionspapier „Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ macht die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) – die ansonsten die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik durchweg positiv bewertet – darauf aufmerksam, dass die in diesem Bereich Tätigen „zunehmend ... mit dem Anspruch auf eine gesundes Kind konfrontiert (sind), zu dessen Verwirklichung ggf. ein Schwangerschaftsabbruch in Kauf genommen und

von Einzelnen gegenüber dem Arzt sogar im Sinne eines vermeintlichen Rechtsanspruchs postuliert wird.⁽³¹⁾ Dieses gesellschaftliche Bewusstsein prägt die derzeitige Praxis des Schwangerschaftsabbruchs mehr als alle gesetzlichen Bestimmungen zusammen.

Bereits vor einigen Jahren hat der Bund Deutscher Hebammen warnend auf die Entwicklung der vorgeburtlichen Diagnostik zur Routineuntersuchung in der Schwangeren-Vorsorge hingewiesen.⁽³²⁾ Hebammen beobachten, dass in der Konsequenz dieser Entwicklung „der lebendige Prozess der Schwangerschaft mit seinen körperlichen, seelischen und sozialen Anteilen immer mehr zu einem überwachungspflichtigen Produktionsprozess wird. Der medizinische Umgang mit dem sich entwickelnden Kind wird zur Qualitätskontrolle, die schwangeren Frauen die technische Machbarkeit von gesunden Kindern vortäuscht.“

Völlig aus dem Blick gerät dabei, dass zwar ca. 45 % der Menschen mit Behinderungen eine angeborene Behinderung haben, wovon aber nur der geringste Teil genetisch bedingt ist. Von diesen ist wiederum nur ein Bruchteil durch pränatale Diagnostik feststellbar.⁽³³⁾ Ungeachtet dessen setzt die medizintechnische Entwicklung Frauen unter den Druck, diagnostische Angebote in Anspruch zu nehmen, um nicht „selbst schuld“ zu sein an der Geburt eines behinderten Kindes. Hintergrund dieses Verhaltens ist eine selten so benannte, aber dennoch wirksame gesellschaftliche Erwartung, dass die Geburt kranker oder behinderter Kinder nicht „nötig“ sei. Folgerichtig führt in der Praxis ein auffälliger Befund in aller Regel zum Abbruch der Schwangerschaft.

Bestätigt wird diese Einschätzung dadurch, dass in Deutschland heute etwa 90 % aller Untersuchungen mit einer invasiven PND⁽³⁴⁾ aufgrund eines erhöhten Risikos für die Geburt eines Kindes mit Trisomie 21 durchgeführt werden.⁽³⁵⁾ Die Häufigkeit solcher Untersuchungen ist nach Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen 1976 kontinuierlich angestiegen, 1998 betraf die invasive Diagnostik bereits jede zehnte Schwangerschaft.⁽³⁶⁾ Zwar hat sich der Anstieg seit 1993 verlangsamt, möglicherweise, weil die mit diesen Untersuchungen verbundenen Risiken nicht von allen Frauen in Kauf genommen werden. Allerdings nehmen nach einem auffälligen Ultraschallbefund fast alle Frauen die invasive PND in Anspruch.⁽³⁷⁾ Der Nationale Ethikrat weist darauf hin, dass „die Ansicht, dass Personen mit einem bekannten genetischen Risiko von einer invasiven Pränataldiagnostik Gebrauch machen sollten, relativ weit verbreitet (ist). Auf die Aussage, „Personen mit einem hohen

Risiko für schwere Fehlbildungen sollten keine Kinder bekommen, es sei denn, sie machten Gebrauch von der pränatalen Diagnose und dem selektiven Schwangerschaftsabbruch, reagierten in Deutschland mit Zustimmung 64,8 Prozent der befragten Schwangeren und 61,5 Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung.⁽³⁸⁾ Diese Zahlen sind einer europäischen Studie entnommen und für Deutschland nicht repräsentativ – dennoch gibt es keinen Grund anzunehmen, dass sie nicht tendenziell stimmen.

Neben der Angst von schwangeren Frauen bzw. Paaren oder Familien vor der Geburt eines kranken oder behinderten Kindes, durch die die Nachfrage nach PND permanent anstieg,⁽³⁹⁾ beschleunigten insbesondere zwei Faktoren die Entwicklung des Angebots: die Aufnahme der Pränataldiagnostik in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (1975)⁽⁴⁰⁾ und ein Urteil des Bundesgerichtshofs zur ärztlichen Haftung von 1983.

Nach der Entscheidung des BGH begeht ein Arzt einen Pflichtverstoß, wenn er eine Schwangere mit erhöhtem Risiko nicht auf die Möglichkeit der Fruchtwasseruntersuchung zum Ausschluss einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) hinweist. Der Klägerin – eine Frau, der der behandelnde Arzt nicht ausdrücklich zu einer PND geraten und die ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt brachte – wurde Anspruch auf Schadenersatz zuerkannt, weitere Klagen auf Schadenersatz folgten, wo „infolge fehlerhafter ärztlicher Beratung oder Behandlung ein Kind geboren wurde, das nach dem Willen der Eltern entweder überhaupt nicht (fehlgeschlagene Sterilisation) oder nicht so (verpasste Abtreibung infolge fehlerhafter Beratung oder Pränataldiagnostik während der Schwangerschaft oder Geburt...) geboren werden sollte.“⁽⁴¹⁾ Die Enquetekommission hat ebenso wie Ärzteverbände darauf hingewiesen, dass durch die rechtlich ungeklärte Situation „Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerenvorsorge betreiben, ... sich unter einem erheblichen Druck (fühlen), selektive Diagnosemöglichkeiten anzubieten, um sich vor späteren Schadenersatzansprüchen zu schützen“⁽⁴²⁾. Sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass dabei „viel zu häufig die Beratung und Information der Schwangeren auf der Strecke (bleibt) und die selbstverständlich auch ... bestehende Möglichkeit der Schwangeren, auf einzelne Behandlungsmaßnahmen konkret zu verzichten.“⁽⁴³⁾

Aus Sicht evangelischer Frauenverbände ist zu diesen Beobachtungen zu sagen: Die Erwartung eines Kindes mit angeborener schwerer Erkrankung oder Behinderung kann für eine schwangere Frau zweifelsohne „die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen

Gesundheitszustandes“ sein und somit den Abbruch der Schwangerschaft nach § 218, Abs. 2 StGB aufgrund einer medizinischen Indikation rechtfertigen. Die ethische und/oder juristische Beurteilung einer solchen individuellen Entscheidung steht weder Frauenverbänden noch anderen gesellschaftlichen Organisationen zu. Wohl aber können und müssen sie sich zu den gesamt-gesellschaftlichen Entwicklungen verhalten, in deren Kontext einzelne Frauen ihre Entscheidung treffen.

- EFD, EFHID und DEF setzen sich dafür ein, dass die derzeitige Praxis des Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataldiagnostik sich im Sinne der Intention unserer Verfassung und der einschlägigen Gesetze zu Schutz des ungeborenen Lebens ändert.
- Das grundgesetzlich garantierte Recht auf Leben gilt vom Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle an und ist an keine Bedingung geknüpft, schon gar nicht an die Voraussetzung einer wie immer definierten „Norm“. Also kann es weder ein Recht der Gesellschaft noch ein Recht von Eltern auf ein gesundes Kind geben. Die Gesellschaft als ganze und ihre Organisationen sind gefordert, die notwendigen Bedingungen herzustellen, damit der Verfassungsanspruch in Verfassungswirklichkeit umgesetzt werden kann.

Aufgrund ihrer nationalsozialistischen Geschichte, in der die Unterscheidung von lebenswertem und lebensunwertem Leben verheerende Folgen für geborenes wie ungeborenes menschliches Leben hatte, ist die Bundesrepublik Deutschland in besonderer Weise verpflichtet, alles Menschenmögliche zu tun, um das Recht auf Leben zu verwirklichen. Es ist so heuchlerisch wie ineffektiv, diese Verpflichtung einseitig schwangeren Frauen zuzuschieben. Alle gesellschaftlichen Organisationen müssen sich herausgefordert fühlen, die Gewöhnung an die unter der Hand eingeführte Selektion behinderten Lebens zu erkennen und dem entgegenzusteuern – nicht zuletzt deswegen, weil sie in der Konsequenz eine unerträgliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen bedeutet.

- Schwangeren-Vorsorge ist etwas grundsätzlich anderes als die flächendeckende Fahndung nach Abweichungen eines Fetus oder Embryos von einer „gesunden“ Norm. Die Maßnahmen der pränatalen Diagnostik müssen daher aus der üblichen Schwangeren-Vorsorge herausgenommen und die dafür notwendigen Veränderungen der Mutterschaftsrichtlinien vorgenommen werden.
- Schwangere Frauen müssen vor jeder pränataldiagnostischen Maßnahme einschließlich der Ultraschalluntersuchungen, die der Suche nach Fehlbildungen dienen, rechtzeitig und umfassend informiert werden über die Art der Untersuchung, ihre möglichen Ergebnisse und die

möglichen (oder nicht möglichen) Therapien.⁽⁴⁴⁾ Dabei ist das Recht auf Nichtwissen in die Überlegungen und Beratungen einzubeziehen.

- Der faktische Automatismus von festgestellter „Auffälligkeit“ eines Embryos bzw. Fetus und Abbruch der Schwangerschaft muss beendet werden. Geeignete Maßnahme wären die Einführung einer Frist zwischen mitgeteiltem auffälligen Befund und Entscheidung der Schwangeren über die Konsequenzen sowie das Angebot einer umfassenden unabhängigen medizinischen und psychosozialen Beratung.

Nachdrücklich halten EFD, EFHID und DEF daran fest, dass diese Ziele nicht auf dem Rücken von Frauen im Schwangerschaftskonflikt – etwa durch eine erneute Verschärfung der strafrechtlichen Bestimmungen des § 218 StGB – zu erreichen sind. Hinter die Erkenntnis, dass ungeborenes Leben nicht gegen, sondern nur mit der schwangeren Frau geschützt werden kann, gibt es kein Zurück.

Es liegt in der Verantwortung dieser Gesellschaft, gute Lebensbedingungen auch für Menschen mit Behinderungen nicht nur verbal zu fordern, sondern durch Schaffung entsprechender politischer Rahmenbedingungen herzustellen. Dadurch entstünde der notwendige Raum, in dem schwangere Frauen, Paare und Familien den Mut aufbringen, sich auch bei zu erwartenden schweren Krankheiten oder Behinderungen für die Geburt des Kindes zu entscheiden. Die künftige seelische Gesundheit einer schwangeren Frau wird wehiger durch das möglicherweise behindert zur Welt kommende Kind gefährdet als dadurch, dass sie um die Kinder- und Behindertenfeindlichkeit der Umwelt weiß, in die hinein sie dieses Kind gebären soll. Ebenso realistisch ist die Annahme schwangerer Frauen, dass sie selbst einem enormen seelischen und auf Dauer krank machenden Druck ausgesetzt wären, wenn sie bewusst ein Kind mit angeborener schwerer Behinderung gebären.

3.5 Schwangerschaftsabbrüche an der Grenze zur Lebensfähigkeit

Eine besonderes Problem ist durch die Abschaffung der embryopathischen Indikation entstanden. Durch die Subsumierung der Fälle unter die medizinische Indikation, in denen eine schwangere Frau sich nach einer spät (ab der 13. SSW) festgestellten genetischen Abweichung des Fetus für einen Abbruch entscheidet, entfiel neben der Beratungspflicht auch die Befristung des zulässigen Abbruchs auf 22 SSW; etwa ab dieser Schwangerschaftswoche ist ein Fötus beim derzeitigen medizinischen Stand

außerhalb des Mutterleibes lebensfähig. Schwangerschaften dürfen aufgrund medizinischer Indikation bis unmittelbar vor der Geburt abgebrochen werden. Um die Geburt von lebenden Kindern bei einem Schwangerschaftsabbruch zu verhindern, wird in einzelnen Fällen vor der Einleitung der Geburt ein Fetozid durchgeführt, d.h., die Tötung des Fetus im Uterus. Es gibt hierzu keine gesicherten Daten, nach Beobachtung des Bundes Deutscher Hebammen wird der Fetozid seit 1995 „verstärkt betrieben“.⁽⁴⁵⁾

Ins öffentliche Bewusstsein und in die Diskussion – oft mit Hinweis auf die vom BVerfG festgestellte „Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht“ bzgl. legaler bzw. straffreier Schwangerschaftsabbrüche – geriet das Thema mit dem Fall des sogenannten „Oldenburger Babys“, das im Sommer 1997 nach einem späten Schwangerschaftsabbruch lebend zur Welt gekommen war. Der behandelnde Arzt hatte das Kind zunächst lediglich in eine Decke gewickelt und beobachtet, aber erst Stunden später weitergehend medizinisch versorgt.⁽⁴⁶⁾

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen einen kontinuierlichen Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen nach der 23. Woche pc (post conceptionem = nach der Empfängnis) von 26 (1994) auf 190 (1997). In den folgenden Jahren bis 2003 bleiben sie durchschnittlich auf diesem Stand.⁽⁴⁷⁾

Hinter den im Vergleich zur Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen eher geringen Zahlen verbirgt sich allerdings eine für alle Beteiligten dramatische und belastende Situation.

Hebammen beschreiben, dass sie sowohl die Hilflosigkeit im Umgang mit den betroffenen schwangeren Frauen, Paaren und Kindern als auch besonders den Fetozid des Kindes, das nicht lebend zur Welt kommen soll, als „unerträgliche Zuspitzung der ethischen Probleme pränataler Diagnostik“ erleben.⁽⁴⁸⁾ Das eigentlich außerhalb des Mutterleibes lebensfähige Kind erleidet durch den späten Schwangerschaftsabbruch „aufgrund der in dieser Phase vorhandenen Schmerzempfindung ein langsames Sterben durch Sauerstoffmangel“.⁽⁴⁹⁾

Schwangere Frauen, die sich – unter dem Schock der mitgeteilten Auffälligkeit des Embryos ohne psychosoziale Beratung und Bedenkzeit – für den späten Abbruch entscheiden, wissen oft nicht, dass eine „ganz normale Geburt“ auf sie zukommt. Zumal es sich im Falle später Abbrüche in aller Regel um Frauen handelt, die sich die Schwangerschaft gewünscht und sich auf das Kind gefreut haben, dessen Bewegungen sie bereits seit eini-

gen Wochen spüren können, werden sie durch die eingeleitete Fehlgeburt in besonderer Weise traumatisiert und erleben die Auswirkungen dieser Traumata auf ihre Gesundheit, auf folgende Schwangerschaften und Geburten.⁽⁵⁰⁾

In der gesellschaftlichen Debatte um das Problem der Spätabbrüche besteht weitgehend Konsens, dass Lösungen dringend sind. Deutliche Unterschiede gibt es allerdings bei den Lösungsvorschlägen.

EFD, EFHiD und DEF lehnen Vorschläge ab, die darauf hinauslaufen, die Methoden der pränatalen Diagnostik dahingehend zu verfeinern, dass die Feststellung der genetische Abweichung eines Embryos bzw. Fetus von der Norm in früheren Stadien der Schwangerschaft möglich ist, so dass ein Abbruch „rechtzeitig“ (vor der 13. bzw. 23 SSW) vorgenommen werden kann.⁽⁵¹⁾ Dies würde bedeuten, die offenkundige Verantwortung der Gesellschaft für Lebensmöglichkeiten auch für Menschen mit Krankheiten und Behinderungen wegzuschieben in die persönlichen, vermeintlich privaten Entscheidungen einzelner Frauen – und so das Problem mehr zu verschleiern, als angemessen darauf zu reagieren.

Ebenso lehnen EFD, EFHiD und DEF es ab, das Problem der späten Schwangerschaftsabbrüche durch gesetzliche Änderungen zu lösen. Eine Verschärfung z.B. strafrechtlicher Bestimmungen würde der besonderen Problematik, mit der alle Beteiligten in dieser Situation konfrontiert sind, nicht gerecht.

Es steht außer Frage, dass für schwangere Frauen, die durch die Information über eine schwere Krankheit oder Behinderung zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft in einen dramatischen Konflikt geraten, eine unabhängige psychosoziale Beratung und Begleitung hilfreich wäre. Betroffene Schwangere (und ihre Angehörigen) sollten von den behandelnden Ärzten eindringlich auf die vorhandenen Möglichkeiten im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung hingewiesen werden. Für eine Beratungspflicht, wie sie von manchen gefordert wird, treten EFD, EFHiD und DEF aber nicht ein, da dies den Druck auf die betroffenen Frauen zusätzlich erhöhen würde.

Es ist in den evangelischen Frauenverbänden sehr bewusst, dass mit den Schwangerschaftsabbrüchen an der Grenze zur Lebensfähigkeit eine vielfältige und schwierige Problematik verbunden ist, die betroffene Frauen/ Eltern ebenso wie die medizinisch Handelnden in ein kaum lösbares ethisches Dilemma stürzt. Daher erscheint EFD, EFHiD und DEF als einzig

sinnvoll der Appell an alle, in jedem einzelnen Fall nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden.

Bei näherer Betrachtung erscheinen die ethischen Probleme bei Schwangerschaftsabbrüchen an der Grenze zur Lebensfähigkeit eher vergleichbar mit denen, die sich am Ende des menschlichen Lebens stellen (vgl. die ethischen Debatten um Sterben in Würde und Sterbehilfe), als mit denen, die sich aus der Notwendigkeit einer rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs ergeben. Eine große Hilfe für betroffene Frauen/Eltern wie für die medizinisch Handelnden wäre es daher möglicherweise, wenn sie in ihren Entscheidungen von den Ethikkommissionen in Krankenhäusern beraten und unterstützt werden könnten.

4 Du sollst nicht töten

In allen Debatten um eine rechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland haben evangelische Frauenverbände eine embryo-zentrische Sichtweise vermieden, die die Rechte des ungeborenen Lebens losgelöst von der Schwangeren betrachtet. Entschieden traten sie daher immer auch für eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ein und für das Recht und die Pflicht der Schwangeren zur Entscheidung über die Fortsetzung der Schwangerschaft. Grundlegend für diese Position war die Erkenntnis, dass es aufgrund des besonderen Lebensverhältnisses „Schwangerschaft“ keine bessere Möglichkeit gibt, die Lebensrechte der schwangeren Frau wie des ungeborenen Lebens zu schützen, als mit der Schwangeren.

Völlig bewusst und unumstritten war dabei immer, dass jeder Schwangerschaftsabbruch ein Verstoß gegen das biblische Tötungsverbot und eine Missachtung des im Grundgesetz verankerten Rechts auf Leben ist.⁽⁵²⁾ Die Erfahrung in der Frauenverbandsarbeit bestätigt die Annahme, dass dies in aller Regel auch den Frauen bewusst ist, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Unweigerlich stellt sich den meisten von ihnen daher die Frage nach Schuld und nach den Möglichkeiten, damit weiter zu leben, christlich verwurzelten Frauen nach Vergebung. Dass die Gesellschaft Schwangerschaftsabbrüche bagatellisiert und als „harmlosen Eingriff“ definiert, verschärft das Problem für betroffene Frauen mehr, als dass es seelischen Druck lindern würde. Die unausgesprochene Erwartung, „das“ möglichst stillschweigend mit sich selbst abzumachen, führt dazu,

dass Frauen ihre Schuldgefühle verdrängen oder, wo dies nicht gelingt, für sich behalten.

Betroffene Frauen werden mit ihren Gefühlen von Schuld und Trauer nach Schwangerschaftsabbrüchen allein gelassen. Wenn sich, manchmal erst nach Jahrzehnten, verdrängte Schuldgefühle Bahn brechen, müssen sie damit rechnen, auf Unverständnis, bestenfalls Erstaunen zu stoßen. Manchenorts geht diese Gesellschaft zwar inzwischen menschenwürdig um mit Tot- und Fehlgeburten und es entstehen auf Friedhöfen Orte der Trauer für Eltern und Angehörige. Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch bleiben von solchen unterstützenden und begleitenden Angeboten aber oft ausgeschlossen.

Auch in den evangelischen Frauenverbänden wurden bislang viel zu selten Räume der Trauer eröffnet und eines Umgangs mit Schuld, der Hoffnung auf Heilung einschließt. Es müssen mehr Rituale entwickelt und praktiziert werden, durch die Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch Ängste und Nöte zum Ausdruck bringen und Vergebung erfahren können. Die evangelischen Frauenverbände sehen sich gefordert, dieses Defizit an praktizierter Seelsorge, die so dringend nötig wäre, auszugleichen.

Die Frage nach Schuld stellt sich aber nicht nur Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. Sie muss in aller Dringlichkeit und Ernsthaftigkeit auch den Menschen im persönlichen Umfeld der Schwangeren sowie der Gesellschaft insgesamt gestellt werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Gesellschaft sich angesichts der Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen nicht mit dieser Verweigerung von Lebensmöglichkeiten auseinandersetzt.

Sich für einen umfassenden Schutz ungeborenen Lebens einzusetzen schließt daher für evangelische Frauenverbände die politische Forderung nach sozialen Bedingungen ein, die zum Gebären von Kindern – auch „un-geplanten“ und „behinderten“ – ermutigen. Auch und gerade in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen. Zugleich schließt diese Position ein, dass evangelische Frauenverbände Lebensräume in all jenen Bereichen schaffen, die sie selbst beeinflussen und gestalten können.

5 Anmerkungen

(1) Informationen zur Geschichte des § 218 StGB und zu Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in der DDR aus einem unveröffentlichten Referat von Dr. Christiane Markert-Wizsla, Potsdam. Quellentexte zitiert nach Texten des Facharbeitskreises beim Bund Evangelischer Kirchen in der DDR: Frau und Mann in Kirche, Familie und Gesellschaft, Berlin 1987

(2) Vertrag über die Wiederherstellung der Einheit Deutschlands/Einigungsvertrag; zitiert nach: Bundeszentrale für politische Bildung, in: www.bpb.de

(3) Vgl. dazu die ausführliche Darstellung des Urteils sowie der zwei abweichenden Voten einzelner Richter bei: Christiane Kohler-Weiß, Schutz der Menschwerdung, Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt als Themen evangelischer Ethik, Gütersloh (Chr. Kaiser/Gütersloher Verlagshaus GmbH) 2003, 234–239. Die Herausgeberinnen dieses Papiers danken Frau Kohler-Weiß dafür, dass sie den Autorinnen die zum Zeitpunkt seiner Entstehung noch unveröffentlichte Arbeit zur Verfügung gestellt hat.

(4) Die offenbar bundesweit übliche Formulierung, ein Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung sei „grundsätzlich rechtswidrig, er bleibt aber straffrei“ – so u.a. in der Erläuterung zu den gesetzlichen Bestimmungen des § 218 auf der Internetseite des BMFSF – interpretiert die tatsächliche Formulierung des § 218. Wörtlich lautet der Paragraf (seit seiner Änderung durch das SFHÄndG 1995): § 218 (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird ... bestraft. § 218 a (1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn ... (Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung).

(5) Informationen aus dem „Ratgeber: Gesetzliche Bestimmungen § 218 StGB“ des BMFSF vom 7.8.2003

(6) Vollständige Angaben unter: www.destatis.de/Bevölkerung; hier: im März 2004 aktualisierte Statistik

(7) Diese Informationen sowie die folgenden drei Statistiken aus: www.destatis.de/Gesundheitswesen/Schwangerschaftsabbrüche. Die Statistiken wurden im März 2004 aktualisiert.

(8) Das heißt also z.B.: In 1999 haben von 10 000 Frauen der Altersgruppe von 18–20 Jahren 93 Frauen eine Schwangerschaft abgebrochen.

(9) „Assistierte Reproduktion“ bezeichnet die medizintechnisch unterstützte Entstehung von Schwangerschaften.

(10) Die folgenden Informationen und Tabellen sind den Jahresberichten des Deutschen IVF-Registers entnommen, die im Internet zugänglich sind unter: www.deutsches-ivf-register.de

(11) Zum Beispiel bietet das IVF-Register statistisch erfasste einschlägige Informationen zum Alter der behandelten Frauen/Männer, zu Behandlungserfolgen und -misserfolgen, Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaften etc.

(12) *Stimulation zur Eizellentnahme* bedeutet die Gabe von Fruchtbarkeitshormonen zur Stimulation der Eizellreife. Durch die Hormongabe reifen mehrere Eizellen heran, werden entnommen und außerhalb des Körpers befruchtet. Es besteht für die Frauen die Gefahr einer Überstimulation, d.h., die Eierstöcke produzieren sehr viele und zu große Eibläschen, die wiederum vermehrt Hormone ausschütten. Diese Überfunktion kann zu Übelkeit und Flüssigkeitsansammlung mit Schmerzen im Bauch führen; u.U. kann eine Behandlung im Krankenhaus notwendig werden. *Klin* SS/ET bedeutet: Klinische Schwangerschaft/Embryonentransfer. *EU* bedeutet:

Extraterine Gravidität (Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter, z.B. Eileiterschwangerschaft).

(13) Tabelle entnommen dem Abschlussbericht der Enquetekommission Ethik und Recht in der modernen Medizin/Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode: www.bundestag.de/Gremien, S. 73.

(14) Amniozentese: Untersuchung der Fruchtwasserzellkulturen nach Entnahme in der 13. oder 15./16. Schwangerschaftswoche: Durch die Bauchdecke wird unter Ultraschallkontrolle Fruchtwasser entnommen, in dem sich Zellen des Fetus befinden. Diese werden in Kultur angezchtet. Nach ca. 2-3 Wochen liegt der Chromosomensatz vor, der dem des ungeborenen entspricht.

Chorionzottenbiopsie: Vorgeburtliche Untersuchung in der 10.-12. Schwangerschaftswoche (SSW). Unter Ultraschallsicht wird entweder durch die Vagina oder durch die Bauchdecke eine Probe des kindlichen Teils der Plazenta entnommen. Diese Zellen sind in der Regel mit denen des Kindes identisch. Durch spezielle Präparation können die kindlichen Chromosomen innerhalb von 24 Stunden im Mikroskop sichtbar gemacht werden. In seltenen Fällen liegt jedoch ein sog. Mosaik vor, das heißt: in der Einheit Embryo/Plazenta finden sich Zellen mit unterschiedlichem Chromosomensatz. Daher muss der Befund durch eine weitere Untersuchung der entnommenen Gewebeprobe nach 2-4 Wochen bestätigt werden.

(15) wie Anm. 13, S. 74

(16) In 2002 war gegenüber den Vorjahren ein leichter Rückgang der Zahlen zu verzeichnen, der sich auch in 2003 fortsetzt. Nach Aussage des Statistischen Bundesamtes erreicht der Rückgang aber nicht die Maße, die es rechtfertigen würden, von einer echten Trendwende zu sprechen; eher handelt es sich um übliche leichte Wellenbewegungen.

(17) Auf eine ausführliche Auseinandersetzung mit den juristischen, ethischen und theologischen Fragen der modernen Bio- und Gentechnologie, insbesondere bezüglich der Reproduktionsmedizin, verzichten EFD-EFHID-DEF in diesem Papier. Die intensive Auseinandersetzung damit hat in den Verbänden bereits stattgefunden und wird fortgeführt.

(18) Kohler-Weiß, S. 14-16; im Folgenden zusammenfassend wiedergegeben oder wörtlich zitiert.

(19) ebd., S. 15

(20) Hierzu wie im Folgenden vgl. Kohler-Weiß, S. 234ff

(21) Diese Annahme war die Grundlage des für dieses Urteil und spätere Diskussionen bedeutsamen abweichenden Votums der Richter Mahrenholz und Sommer: Sie verstanden die „Zweifelheit in Einheit“ nicht lediglich als Tatsache, sondern normativ, d.h. als ethischen Grund für die daraus abzuleitenden Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. Ihr Argument: „Das einzigartige Zuordnungsproblem der ‚Zweifelheit in Einheit‘ kann grundrechtlich auch nicht annähernd in einer bloßen Gegenüberstellung von Embryo und Frau eingefangen werden. Ihre eigene grundrechtliche Lage ist vielmehr ihrem Wesen nach durch die Verantwortung für das andere Leben mitbestimmt, weil sie dieses Leben in sich trägt. Damit wird nicht ausgeklammert, dass der Frau dieses andere Leben mit eigener menschlicher Würde auch ‚gegenübersteht‘. Doch kommt erst in diesen beiden Aussagen das Spezifische des Ausgleichs zwischen der Grundrechtsposition der schwangeren Frau und der Schutzpflicht zum Ausdruck.“ zit. nach Kohler-Weiß, S. 237

(22) Brunhilde Fabricius, Stellungnahme zum Lebensschutz (Pressemittteilung DEF vom 4.8.1990)

(23) So weist z.B. Karin Ulrich-Eschemann darauf hin, dass angesichts der steigenden Anwendung von Reproduktionstechnologien zu fragen ist, „ob es nur ein Recht überhaupt zu leben gibt, sondern auch ein Recht auf die bestimmte Lebensgestalt/menschliche Lebensform des Geborenenwerdens“, das gegen Manipulations- und Machbarkeitsphantasien geschützt werden

muss, wenn die Menschlichkeit nicht auf der Strecke bleiben soll. (Karin Ulrich-Eichemann, Menschwerdung – ein lebensweltlicher und theologischer Zugang zum Phänomen, in: Rudolf Rehn u.a. (Hgg.), Der Traum vom besseren Menschen, Peter Lang Verlag 2003).

(24) Vgl.: Kohler-Weill, S. 309 ff: Das besondere Lebensverhältnis zwischen Schwangerer und ungeborenem Leben bildet in ihrem Konzept die entscheidende Grundlage einer Ethik des Schwangerschaftskonflikts.

(25) Die Historikerin Barbara Duden hat die Geschichte des Fetus als Geschichte einer Sichtbarmachung beschrieben und die Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts für Frauen erforscht (Barbara Duden, Der Frauenleib als öffentlicher Ort, Hamburg/Zürich 1991).

(26) Die Frage, wie Frauen angesichts der sich rasant entwickelnden Reproduktionsmedizin ihren Ort zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Normierung finden könne, wurde umfassend und kritisch bei einer Fachtagung im November 2001 reflektiert, deren Ergebnisse dokumentiert und veröffentlicht sind: ReproKult – Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin: Reproduktionsmedizin und Gentechnik. Frauen zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Normierung, Berlin 2001 (ISBN: 3-933191-83-1).

(27) lat.: „in vitro“, im Glas, daher: In-Vitro-Fertilisation, IVF

(28) Nationaler Ethikrat, Stellungnahme „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“, S. 33

(29) ebd.

(30) Abschlussbericht, S. 81f

(31) DGGG, Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 8f

(32) Bund Deutscher Hebammen e.V., Standpunkte zu pränataler Diagnostik (Juni 1996)

(33) Monika Knoche, Vom Kinderwunsch zum Wunschkind, in: M. Kumann, H. Wegener, Sichtwechsel. Schwangerschaft und pränatale Diagnostik, Düsseldorf (Verlag Selbstbestimmtes Leben) 1999, S. 65

(34) Durch „invasive“ („eindringende“) Methoden werden Zellen des Fetus direkt gewonnen und weiter untersucht, während nicht-invasive Untersuchungen z.B. den Ultraschall oder die mütterliche Blutentnahme meinen.

(35) Nationaler Ethikrat, Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft (Stellungnahme Januar 2003), S. 21

(36) Siehe Statistik oben, S. 11

(37) ebd., S. 26f

(38) ebd., S. 38f

(39) Der Bericht der Enquetekommission beschreibt die gesteigerte Nachfrage durch Schwangere als „psychologische Indikation“ (S. 77).

(40) Enquetekommission Ethik und Recht in der modernen Medizin, S. 74; vgl. Tabelle S. 11

- (41) ebd., S. 80; zur gesamten Debatte um das „Kind als Schaden“ vgl. ebd., 80–84
- (42) ebd., S. 81
- (43) ebd.
- (44) Diese und die vorherige Forderung stellt so auch der Bund Deutscher Hebammen.
- (45) Bund Deutscher Hebammen, Standpunkte zu pränataler Diagnostik, S. 4. Der nationale Ethikrat geht in der Stellungnahme „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“ Anfang 2003 bereits vom Fetozid als Regelfall aus: „Um zu verhindern, dass das Kind nach Durchführung des Abbruchs lebt, wird bei derartigen Spätabbrüchen zuvor meist ein Fetozid durchgeführt“ (ebd., S. 23).
- (46) Gisela Klinkhammer, Pränatale Diagnostik – Ein für Ärzte bedrückendes Dilemma, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 20 (21.5.99), S. A-1332
- (47) Die Zahlen der Abbrüche zwischen der 13. und 23. SSW liegen in den letzten Jahren bei durchschnittlich ca. 1900 (gegenüber ca. 130000 Abbrüchen nach Beratungsregelung). Wegen der nicht erfassten Gründe für die medizinische Indikation beinhalten sie aber höchstens Hinweise auf die Häufigkeit von Abbrüchen aufgrund festgestellter Erkrankung oder genetisch bedingter Behinderung des Fetus. Wegen der Grenze der Lebensfähigkeit außerhalb des Uterus (23. SSW) sind sie in diesem Zusammenhang allerdings nicht von Bedeutung. Vgl.: [www.destatis.de/Gesundheitswesen/Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft...](http://www.destatis.de/Gesundheitswesen/Schwangerschaftsabbrüche_nach_rechtlicher_Begründung_Dauer_der_Schwangerschaft...)
- (48) Es ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass dies den Ärztinnen, die den Abbruch der Schwangerschaft vornehmen, nicht anders ergeht. Im Positionspapier „Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird dieses Problem nicht in solcher Deutlichkeit benannt. Die Betroffenheit wird allerdings deutlich hinter der Forderung nach einem Weigerungsrecht gegen Mitwirkung an späten Abbrüchen (außer bei Gefährdung des Lebens der Mutter).
- (49) ebd., S. 22
- (50) Bund Deutscher Hebammen, Standpunkte
- (51) so z.B. die Tendenz der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- (52) Stellungnahme der Evangelischen Frauenarbeit in Deutschland e.V. zu § 218 und zum Embryonenschutz (1987): „Ein Embryo ist ein menschliches Wesen mit eigener Identität und eigenem Wert. Eine Abtreibung – in welchem Stadium auch immer – ist Tötung menschlichen Lebens. Das Recht und die Verantwortung der Mutter dürfen aber bei dieser Argumentation nicht ausgeklammert werden. Sie und das Kind stehen vor, während und nach der Geburt in einem unüberbietbar engen Zusammenhang: Die Frau ist nicht nur Medium oder Gefäß für das werdende Leben; ... Aus dem genannten engen Zusammenhang leitet sich eine Selbstbestimmungspflicht der Frau ab als eine Gewissensentscheidung in einem Konflikt, für den es keine gute Lösung gibt. Sie lässt in jedem Fall schuldig werden.“

An der Argumentations- und Arbeitshilfe zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches haben mitgearbeitet

für den DEF: Brunhilde Fabricius, Irmgard Pütter, Ulrike Krause,
für die EFD: Josefine Hallmann, Dr. Claudia Janssen, Dr. Hildburg Wegener,
für die EFHID: Dorothea Brachwitz, Margot Papenheim, Petra-Edith Pietz.

Verabschiedet im Mai 2004:

Vorstand des Deutschen Evangelischen Frauenbundes, Hannover
Präsidium der Evangelischen Frauenarbeit in Deutschland, Frankfurt/M.
Vorstand der Evangelischen Frauenhilfe in Deutschland, Düsseldorf-Kaiserswerth