

Vortrag im Rahmen der Veranstaltung:

Wieviel vorgeburtliche Diagnostik brauchen wir – wieviel wollen wir?
Der Umgang mit Pränataldiagnostik in Deutschland und in
europäischen Nachbarländern in interdisziplinärer Perspektive

Am 13.7.2000 in der Christuskirche Hannover

Pränataldiagnostik in evangelischen Krankenhäusern?

Verehrte Damen und Herren,
seit 1986 bin ich Mitglied der Betheler Ethikkommission. Aus dieser Perspektive will ich versuchen zu berichten. Es ist die Perspektive eines Laien, der an Beratungen zu diesem und anderen ethischen Themen teilgenommen hat und versucht hat, sich einzuarbeiten. Beruflich bin ich zwar in Bethel tätig, aber auf einem völlig anderen Gebiet als der Frauenheilkunde, nämlich der Psychiatrie.

Mein Laiesein macht mich an vielen Stellen unsicher und hat mich zunächst sehr zögern lassen, hier zu sprechen. Andererseits ist die Tatsache, dass Laien, also Bürgerinnen und Bürger, sich nicht mehr an ethischen Diskussionen öffentlich beteiligen, möglicherweise schon ein Teil des Problems. Also habe ich meine Ängstlichkeit überwunden und bin jetzt hier.

Ich erlaube mir meinen Beitrag mit einem kurzen Exkurs zu beginnen, ehe ich die Entwicklung der Diskussion zur Pränatalen Diagnostik in Bethel von 1981 bis 2000 skizziere.

Am 18. Juni 2000 wurde in Bethel unter dem Motto *Erinnern-Gedenken-Verantwortlich handeln* ein Mahnmal in Form einer Stele für die mindesten 1.176 Opfer von Zwangssterilisationen in Bethel während der NS-Zeit in einem Festakt übergeben.

Die Stele enthält in einem Glaskubus einen Gedenktext, der von einem kleinen Arbeitskreis, bestehend aus Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitern Bethels entworfen wurde. Dieser Text wurde unter großer Anteilnahme Bielefelder Bürgerinnen und Bürger im Vorfeld 1.176 mal geschrieben.

Der Gedenktext lautet:

Zwischen 1933 und 1945 sind in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel Sterilisationen als rassenhygienische Maßnahmen gebilligt worden. Mindestens 1.176 Frauen und Männer wurden zwangssterilisiert.

**Ich gedenke dieser Opfer.
Jeder Mensch ist gefordert,**

- > **die menschliche Würde über die Freiheit von Forschung und Wissenschaft zu stellen.**
- > **einem Denken entgegenzutreten, das den Wert eines Menschen von Eigenschaften abhängig macht.**
- > **dem Geist eines wissenschaftlichen und technologischen Fortschritts zu widerstehen, der menschlich gebotene Grenzen nicht erkennt.**
- > **kritisches und unabhängiges Denken und Handeln einzuüben und sich nicht von politischen, weltanschaulichen und wissenschaftlichen Autoritäten einschüchtern zu lassen.**

Niels Pörksen, ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Gilead IV in Bethel, stellte in seiner Rede während der Feier Folgendes fest: „Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde zwar im Juli 1933 von den Nationalsozialisten verabschiedet. Es fand aber damals breite gesellschaftliche Zustimmung als Ergebnis einer weltweiten eugenischen und rassenhygienischen Diskussion. Die Innere Mission, Vorläufer der heutigen Diakonie, war bereits seit den 20er Jahren an der Entwicklung eines Sterilisationsgesetzes aktiv beteiligt...

Was uns heute befremdet, das war damals die übereinstimmende Haltung und Meinung in nahezu allen gesellschaftlichen Gruppen. Nennenswerten Widerstand gab es nicht. Bethel, mit seinen Pastoren und Ärzten, lag voll im Trend, schwamm mit im Mainstream von Wissenschaft und gesellschaftlicher Überzeugung.“ ...Pörksen fügte hinzu: “Ich gehe davon aus, dass eine Betheler Ethikkommission, überwiegend mit Ärzten und Pastoren besetzt, -wie heute- nicht anders entschieden hätte als die damaligen Erbgesundheitsgerichte, die verantwortlich waren für alle Entscheidungen zur Zwangssterilisation.“

Mich selbst bewegt eigentlich dauernd die Frage in welchem Mainstream wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Überzeugungen wir heute mitschwimmen. Ob das Gedenken an die Opfer einer vergangenen Zeit uns hilft, heute verantwortlicher zu handeln? Letztendlich werden dies unsere Nachkommen beurteilen.

Nun im engeren Sinne zum Thema: Die Frage der Pränatalen Diagnostik beschäftigte die Betheler Entscheidungsgremien seit 1981. Zur Diskussion stand damals die Einführung der Amniozentese.

Im Dezember 1982 wurde folgendermaßen entschieden: „Unter Berücksichtigung aller Faktoren meint der erweiterte Vorstand, derzeitigdie Einführung der Amniozentese nicht empfehlen zu können.“ Trotz dieser Entscheidung wird protokollarisch festgehalten, dass in dieser existentiellen Fragestellung mehrere Antworten möglich seien. Der damalige Anstaltsleiter Pastor Busch schreibt in der Mitarbeiterzeitschrift *Der Ring*: Viel mehr kann „die Verantwortung vor Gott uns zu der einen wie zu der anderen Antwort

führen.“ Wer die Einführung der Amniozentese in den hiesigen Kliniken verneine, bliebe genauso wenig unschuldig, wie der, der sie bejahe (*Der Ring* Nr. 1/1982).

Vorausgegangen waren lange Abwägungsprozesse. Als positive Ziele der Amniozentese wurden damals gesehen:

1. Müttern bzw. Eltern, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass ein behindertes Kind zur Welt kommt erhöht ist, die Gewissheit geben zu können, dass sie sich auf ein gesundes Kind freuen können. Dies wäre bei etwa 96 % bis 97% der untersuchten Frauen der Fall.

2. Mütter bzw. Eltern im Falle eines zu erwartenden schwer kranken oder behinderten Kindes auf die vor ihnen liegende Aufgabe vorzubereiten.

Jedoch, ließe man wegen dieser Ziele die Amniozentese in Bethel zu, was sollte geschehen wenn Mütter oder Eltern danach nicht zur Annahme eines kranken oder behinderten Kindes bereit wären und einen Schwangerschaftsabbruch forderten?

Ist es dann vertretbar, die Eltern wegzuschicken zu Institutionen, in denen Beratung und Seelsorge nicht in der Ausführlichkeit stattfinden, wie es in Bethel versucht wird?

Andererseits hat sich Bethel in seiner bisherigen Geschichte stets als ein Ort verstanden, an dem Menschen insbesondere, wenn sie schwach, behindert und krank sind, geschützt werden sollen und wo es nicht Ziel sein kann ein ungeborenes Kind, gleichviel ob gesund, krank oder behindert durch Abtreibung zu töten.

Sollte es dennoch verantwortbar sein, in seltenen Ausnahmefällen Abbrüche vorzunehmen und sie dann auf einen Katalog bestimmter Krankheiten und Behinderungen zu beschränken? Nach langem Abwägen der Konsequenzen, die sich sowohl aus Einführung als auch aus Nichteinführung der Amniozentese ergeben würden, kam der vorgenannte damalige Beschluss zu Stande.

Er wurde verbunden mit der Mahnung, sich besonders intensiv um das behinderte oder kranke Kind zu bemühen, und darauf hinzuwirken, dass Eltern solcher Kinder nicht durch den Vorwurf diskriminiert werden, den Schwangerschaftsabbruch aufgrund Pränataler Diagnostik versäumt zu haben und demzufolge der Gesellschaft eine Last aufgeladen zu haben.

Die einfache, eher gesetzlich fundamentale Haltung, beruhend auf dem Gebot: „Du sollst nicht töten“, stand eher nicht hinter dieser Entscheidung. Diskutiert wurde mehr die Radikalisierung dieses Gebots im Neuen Testament z. B. in Matthäus 5, 21 ff. *„Ihr habt gehört, dass zu den Alten gesagt worden ist, du sollst nicht töten, wer aber tötet, soll dem Gericht verfallen sein. Ich dagegen sage euch, wer seinem Bruder zürnt, soll dem Gericht verfallen sein und wer zu seinem Bruder Dummkopf sagt, soll dem hohen Rat verfallen sein und wer du Narr zu ihm sagt, soll der Feuerhölle verfallen sein“*.

Wer kann also wagen, seine Mitmenschen ihrer persönlichen Entscheidungen oder Ansichten wegen zu verdammen oder seine Kollegen in den Kommissionen als Ethiknarren und moralische Dummköpfe zu beschimpfen. Auch Römer 3. Vers 28 wurde als wichtig in diesem Zusammenhang herangezogen (*Wir halten also dafür, dass der Mensch durch den Glauben gerechtfertigt werde ohne Gesetzeswerke.*) sowie Luthers positive Wendung des 5. Gebotes („*helfen und fördern in allen Leibesnöten*“).

Dies alles, so war man sich einig, deutete eher in eine Richtung von Entscheidungsfreiheit hin, welche ein Wagnis in konkreten Einzelsituationen einzugehen im Stande ist und nicht auf gesetzliche Eindeutigkeit, die sich ein für alle Male moralisch abgesichert sieht.

Die Gefahr der Missdeutung, des Missbrauchs der Pränatalen Diagnostik, die Besorgnis mit dieser Entscheidung behinderte Menschen grundsätzlich zu diskriminieren, gaben schließlich trotz dieser Diskussion den Ausschlag für die getroffene Entscheidung.

1997 befasst sich der Vorstand der vBA Bethel erneut mit der Frage der Pränatalen Diagnostik. Angestoßen wurde die erneute Diskussion wiederum durch die Ärzte der Frauenklinik. Sie stellten im Rahmen der Ethikkommission Folgendes dar: Die Möglichkeiten der Pränatalen Diagnostik hätten sich aufgrund des Fortschritts der Geräteentwicklung (Ultraschall) und des hohen Qualifikationsstands der Diagnostik so sehr verändert, dass die Amniozentese nicht mehr erforderlich sei, um eine zu erwartende Krankheit oder Behinderung eines Kindes zu erkennen, allenfalls zur Bestätigung oder zur Vergewisserung. Die ärztliche Behandlung setze heute für die Begleitung von Schwangerschaften den Einsatz von Ultraschallgeräten standardmäßig voraus. Damit könne – auch aus ethischen Gesichtspunkten – auf den Einsatz von Ultraschall in der Gynäkologie grundsätzlich nicht verzichtet werden.

Die behandelnden Ärzte müßten sich sonst gegebenenfalls den Vorwurf einer nicht lege artis durchgeführten Behandlung machen lassen.

Die Entscheidung gegen Ultraschallgeräte wäre somit eine Entscheidung gegen die gynäkologische Abteilung

Die Entscheidung für Ultraschallgeräte beinhalte zugleich deren fachgerechten und (möglichst) optimalen Einsatz auch zur Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen des Ungeborenen.

Es gehöre zu den Pflichten der Ärzte aus dem Behandlungsvertrag, die jeweiligen Erkenntnisse aus den Untersuchungen der Schwangeren bzw. den werdenden Eltern mitzuteilen, um diese zu befähigen, die sich aus den Erkenntnissen ergebenden Entscheidungsmöglichkeiten bzw. –notwendigkeiten wahrzunehmen. Es gehöre auch zu den ärztlichen Pflichten, im Fall der zu

erwartenden Behinderung des Kindes die Schwangere bzw. die Eltern über die Möglichkeit einer weiteren Klärung durch Amniozentese aufzuklären und zu beraten. Soweit die Ärzte.

Die Ethikkommission stellte fest, dass die Situation sich insofern geändert habe, als die Amniozentese nicht mehr die Funktion hat eine Krankheit oder Behinderung des Kindes allererst festzustellen, sondern nur noch zur Vergewisserung bzw. Bestätigung diene. Anders als der Ultraschall muß sie für eine fachgerechte Begleitung der Schwangeren nicht von jedem behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus vorgehalten werden. Sie muß aber im entscheidenden Fall in der Beratung deutlich angesprochen werden.

Das, was 1982 mit dem Beschluß, die Amniozentese in Bethel nicht durchzuführen, verhindert werden sollte, war nun mehr, zumindest auf die bisherige Art und Weise, nicht mehr möglich.

Den Mitgliedern der Ethikkommission war zunächst einmal sehr wichtig festzustellen, dass auf Grund der Diagnosemöglichkeiten ein erhöhter Begleitungs- und Beratungsbedarf bei den Betroffenen zu berücksichtigen ist. Diese müssen über Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsgrenzen informiert werden und ggf. Unterstützung bei der Entscheidung über die Fortsetzung der Schwangerschaft erhalten.

Gleichzeitig wurde aber nun erneut die Frage gestellt, ob es Ausnahmen von der Regelung, dass in Bethel keine Abtreibungen stattfinden, geben könnte oder ob in jedem Fall die betroffenen Mütter oder Eltern die Klinik wechseln müssten. Nicht in Frage gestellt wurde, dass *grundsätzlich* Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenanstalten Gilead nicht vorgenommen werden sollten.

Grundsätzlich heißt zunächst: Schwangerschaftsabbrüche ohne Indikation innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen werden nicht vorgenommen.

Diese sind ja auf Wunsch der Schwangeren und bei rechtzeitig in Anspruch genommener gesetzlich vorgesehener Beratung rechtlich möglich und straffrei (wenn auch rechtlich nicht gebilligt).

Grundsätzlich sollte nach Meinung der Mitglieder der Ethikkommission jedoch auch heißen: „*Eine festgestellte Behinderung ist keinesfalls ein Grund für eine Abtreibung*“.

Denn schließlich hatten sich die vBA Bethel in ihrer Stellungnahme zur Änderung des § 218 StGB vom April 1994 gegenüber dem Deutschen Bundestag nachdrücklich für den Wegfall der embryopathischen Indikation ausgesprochen. Das heißt, die vBA Bethel sahen seinerzeit den Schutz des ungeborenen Lebens am ehesten dadurch gewährleistet, dass bei Prüfung der Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch nicht auf die Beschaffenheit des ungeborenen Kindes abgehoben wird, sondern lediglich die (alte) medizinisch-soziale Indikation Geltung haben sollte, die auf die individuelle Situation der betroffenen Frau abhebt.

Es wurde nun eine erneute Diskussion darüber geführt, ob es von diesem Grundsatz aus ethischen Gründen Ausnahmen geben sollte oder aus ethischen Gründen keine Ausnahmen geben sollte. Die ausgetauschten Argumente ähnelten denen von 1981. Keine Ausnahmen zu machen hat den Schatten des Rigiden, des Gesetzlichen und vernachlässigt möglicherweise individuelle Problemlagen. „Kalte Ethik gegen konkrete Betroffenheit“ so las ich neulich im Deutschen Allgemeinen Sonntagsblatt und so spitzte sich die Diskussion zeitweilig auch in Bethel zu.

Ausnahmen zu machen hat den Schatten, damit möglicherweise verschleierte embryopathische Indikationen Vorschub zu leisten. Denn nach dem neuen §218 a, Abs. 2 StGB ist mit der Formulierung, dass ein Abbruch zulässig ist „um eine Gefahr... einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden“, eigentlich jede Abtreibung sowohl die eines gesunden, eines leicht- als auch eines schwerstbehinderten Kindes gesetzlich ohne Fristen möglich, sofern die Mutter/die Eltern nachweisen können, dass es eine andere zumutbare Weise die Situation zu bewältigen nicht gibt.

Die Ethikkommission machte schließlich dem Vorstand den Vorschlag eine zunächst vorläufige Entscheidung zu treffen, die zweierlei beinhaltete:

1. eine Rahmenvorgabe
2. einen Prozeß der kontinuierlichen Überprüfung dessen, was im Rahmen der Vorgabe tatsächlich geschieht.

Die Rahmenvorgabe lautete:

Grundsätzlich wird festgehalten, dass in Gilead keine Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden. Es werden aber Ausnahmen zugelassen:

- Das Leben der Mutter ist gefährdet (medizinisch-soziale Indikation)
- Das Kind ist mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht überlebensfähig (Fehlen bzw. fast vollständige Fehlanlage von für das Leben nicht verzichtbaren Organen, z.B. Anencephalie, Pottersyndrom, schwerste Form von Herzfehlern)

Zum Prozeß wurde Folgendes gesagt:

Die genannten Ausnahmen erfordern einen hohen Grad an Beratung und Begleitung, der sorgfältig organisiert werden müsse. Neben den Ärzten seien Seelsorger, Psychologen und andere in der Behindertenhilfe Tätige zu beteiligen. Die letzte Verantwortlichkeit des Arztes sei dadurch nicht in Frage gestellt.

Außerdem sind die Krankenanstalten Gilead aufgefordert, dem Vorstand, bzw. der Ethikkommission jährlich zu berichten über:

- die Anzahl und Art von diagnostizierten Fehlbildungen

- die Beratungsverläufe
- die Anzahl der erfolgten Abbrüche

Nachdem bereits 1999 der Ethikkommission von den Ärzten der Frauenklinik ein ausgefeiltes Schema für Beratungs- und Abklärungsschritte vorgelegt worden war sowie der Entwurf eines Prospektes über die Begleitung bei vorgeburtlicher Diagnostik mit einem Überblick über alle vorhandenen internen und externen Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen und Literatur fand der eigentliche Bericht über die stattgefundene Praxis zum erstenmal in systematischer Form Ende März 2000 statt.

Aus dem Bericht der Ärzte ging hervor, dass in dem ca. zweijährigen Berichtszeitraum 23 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden sind. Dabei handelte sich in acht Fällen um Indikationen wegen Lebensgefahr für die Mutter oder für Mutter und Kind, also um ethisch weitgehend unproblematische Indikationen

In 12 Fällen handelte es sich um schwerste Behinderungen, bei denen eine Überlebensfähigkeit der Kinder nicht anzunehmen war, in zwei Fällen um schwerste Behinderungen mit der Chance zu überleben, in einem Fall um ein Kind mit Trisomie 21. Auf diese letzt genannten Fälle komme ich zurück. Über jeden Fall wurde ausführlich berichtet und auch darüber wie der Beratungsprozeß verlaufen war. In vier Fällen war zur Sicherung der Diagnose eine zweite Meinung eingeholt worden. Von zehn Müttern bzw. Eltern war das Angebot einer erweiterten Beratung durch Psychologen des Sozialpädiatrischen Zentrums und/oder Seelsorger angenommen worden.

Fünf Abbrüche fanden in oder nach der 22. Schwangerschaftswoche wegen Gefährdung des Lebens der Mutter statt. Vier späte Abbrüche fanden bei voraussichtlich nicht überlebensfähigen Kindern auf dringenden Wunsch der Mütter, bzw. der Eltern, statt. Bei späten Abbrüchen handelt es sich im Prinzip um Geburtseinleitungen. Mit den Müttern, bzw. den Eltern, wird in solchen Fällen ausführlich darüber gesprochen, dass das Kind möglicherweise lebend geboren werden könnte. Falls dies der Fall sein sollte, werden die Kinder gewärmt und ernährt. Ein Pädiater ist bei der Geburt dabei.

In den uns vorgelegten Fällen sind diese Kinder alle direkt oder kurz nach der Geburt, manchmal in den Armen der Mütter, gestorben.

Ich zitiere partiell aus einem Eintrag in ein Einlageblatt der Akte einer schwangeren Frau. „...Nach sehr eingehender Beratung und mehreren Tagen Bedenkzeit sowie im Vorfeld erweiterter Beratungen durch Herrn M. und Frau L. vom Sozialpädiatrischen Zentrum sowie Herrn Pastor B. entschließt sich das Ehepaar zu einer vorzeitigen Geburtseinleitung, da ihnen eine Fortsetzung der Schwangerschaft nicht ertragbar ist. Nach der eingehend durchgeführten Beratung und auf Grund der Schwere der kindlichen Fehlbildung wird unsererseits diesem Wunsch entsprochen.

Es erfolgt zusätzlich eine eingehende Aufklärung über den Ablauf der Geburtseinleitung. Alle wesentlichen Aspekte des Vorgehens werden besprochen, insbesondere, dass diese auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern stattfindet. Gleichmaßen wird betont, dass eine

Lebensfähigkeit des Kindes besteht und dass die Geburt unter pädiatrischem stand by stattfinden wird. Bei entsprechenden Vitalitätszeichen bzw. Parametern des Kindes wird selbstverständlich eine entsprechende Betreuung durch die Pädiater durchgeführt, wobei eine Versorgung im Sinne einer Maximaltherapie mit Intubation und dergleichen ausgeschlossen ist.“

Bei dem Kind war eine Trisomie 13, eine zum Tode führende Chromosomenstörung verbunden mit schweren Mißbildungen, festgestellt worden.

Krankenschwestern der Station berichten Folgendes:

Jede Frau, die sich nach längerer Beratung entschieden habe das Kind abzutreiben, werde von einer Schwester begleitet, die ausschließlich für diese Frau da ist. Ferner sei im Hintergrund ein Rufdienst ebenfalls nur für die Begleitung eingeteilt. Es habe sich herausgestellt, dass es unmöglich sei, diesen Dienst mit dem normalen Stationsdienst zu vereinbaren. Es sei jetzt ausdrücklich abgesprochen, dass keine anderen Arbeiten während dieser Zeit getan werden, um die ganze Aufmerksamkeit der Begleitung der Frau widmen zu können. Manchmal säße die Schwester nur still am Bett, manchmal in Rufnähe. Manche Mütter weinen und klagen viel, manche litten still oder verschlossen sich. Richtige Worte zu finden sei da schwierig. Die Schwestern versuchen sich soweit irgend möglich auf die Bedürfnisse der jeweiligen Frau einzustellen. Dies schlosse auch kleine Handreichungen und Gesprächsbereitschaft für den bisweilen anwesenden Partner ein. In jedem Fall litten die Frauen sehr und dies mitzutragen sei außerordentlich belastend. Oft gingen den Schwestern die Schicksale weit über ihre Dienstzeit hinaus nach und sie überlegten dann, ob sie irgend etwas versäumt hätten. Insbesondere der Abschied von einem Kind, das in den Armen der Mutter stirbt, verlaufe manchmal sehr tragisch und dramatisch, weil manche Mutter, sich trotz des gewünschten Abbruchs nicht von dem Kind trennen kann. Von jedem Kind werden Abdrücke von Händen und Füßen gemacht, weil die Erfahrung gelehrt habe, dass die Mütter eine Erinnerungsspur ihres Kindes mitnehmen möchten. Manche Mütter wollen dies zunächst nicht und fragen dann doch noch nach vielen Wochen danach. Hilfreich für die Schwestern sei die Begleitung durch die zuständige Seelsorgerin.

Nach der Darstellung der zweijährigen bisherigen Praxis war die Ethikkommission zunächst einmal beeindruckt von der Sorgfalt mit der die beratende Begleitung durch geführt worden war.

Probleme bereitete jedoch den meisten Mitgliedern der Kommission der eine Fall von Trisomie 21 und die zwei Fälle von Kindern mit schweren Behinderungen. Bei letzteren war nach menschlichem Ermessen eine Lebensfähigkeit nicht ausgeschlossen. Bei dem Ungeborenen mit Trisomie 21 handelte es sich um einen Abbruch nach der 18. Schwangerschaftswoche. Ab der 22. Woche wäre keinesfalls ein Abbruch durchgeführt worden.

Bei der Patientin war auswertig eine Amniozentese aus mütterlicher Altersindikation durchgeführt worden. Als Folge der Amniozentese war ein vorzeitiger Blasensprung aufgetreten.

Die Patientin war lange auf der Station behandelt worden. Die Ärzte schildern, dass sich durch diese lange stationäre Behandlung ein besonderes Vertrauensverhältnis herausgebildet habe. Die Eltern hätten deutlich gemacht, dass sie sich in keiner Weise der Geburt, Pflege und Erziehung eines Kindes mit Downsyndrom gewachsen fühlten.

Eine erweiterte Beratung lehnten sie ab. Eine Überweisung an eine andere Klinik hätten sie als Kriminalisierung ihrer persönlichen Entscheidung empfunden. Der verantwortliche Arzt betont, die Entscheidung auch in diesem und den beiden anderen Fällen einem Abbruch zuzustimmen sei ja durch den vorläufigen Vorstandsbeschluss abgedeckt. Er bezieht sich auf die Formulierung „medizinisch-soziale Indikation“, die als Erläuterung der engen medizinischen Indikation (Gefährdung des Lebens der Mutter) hinzugefügt worden war. Und in der Tat, er hat recht.

In der Ethikkommission wurde die gewissenhafte Abwägung sowie Sorgfalt und Behutsamkeit in Beratung und Begleitung auch dieser Fälle nicht bezweifelt. Irgend eine Form von Automatismus oder gar ein Dambruch konnte keinesfalls festgestellt werden. Dies wurde mir auch von dem Psychologen des Sozialpädiatrischen Zentrums bestätigt, dessen Begleitung von einer nicht unerheblichen Zahl der betroffenen Mütter, bzw. Eltern, in Anspruch genommen worden war.

Bei der Diskussion wurde jedoch deutlich, dass die meisten Mitglieder der Ethikkommission bei der Formulierung des Textes nicht die mögliche Abtreibung lebensfähiger behinderter Kinder im Sinn gehabt hatten.

Die Formulierung „nur bei Gefährdung des Lebens der Mutter“ sollte der Intention nach das Begriffspaar „medizinisch-sozial“ qualifizieren, also in hohem Maße einengen. Bei manchen Mitgliedern entstand jetzt die Befürchtung, dass die Formulierung so offen und mißverständlich sei, dass es besser wäre in Zukunft die Klammer „medizinisch-soziale Indikation“ wegzulassen und einzig und allein auf die Gefährdung des Lebens der Mutter abzuheben. So könne man am ehesten die Ärzte dazu drängen, den eigentlichen Sinn der mütterlichen Indikation ernst zu nehmen, und dies den Betroffenen Müttern/Eltern von Anfang an mitzuteilen. Andernfalls sei in Bethel gar keine Sonderregelung notwendig, da die Klammer einfach das, was gesetzlich zugelassen werde widerspiegele und da sei im Prinzip unter sozialer Indikation so gut wie alles möglich.

Wortlaut des § 218 a, Abs. 2 StGB:

Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des

körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Sollte es zugelassen werden in Bethel auch z. B. Kinder mit Downsyndrom abzutreiben, müßte dann nicht auch die grundsätzliche Absage an die Durchführung von Abtreibungen hinfällig werden, denn auch im Rahmen der Schwangerschaft mit einem gesunden Kind gäbe es häufig genügend schwerwiegende und einfühlbare Gründe für eine Abtreibung?

Ein Arzt der Ethikkommission berichtete in diesem Zusammenhang sehr betroffen, dass er kurz zuvor in den Tagesthemen den Bericht über die Entdeckung aller Gene des Chromosoms 21 durch deutsche und japanische Forscher gesehen habe. Völlig ohne Problembewußtsein sei die Aussicht darauf, dass durch diese Entdeckung Menschen mit Down-Syndrom nicht mehr geboren werden müßten, als einziges Beispiel zukünftiger therapeutischer Erfolge hervorgehoben worden.

Der gesellschaftliche Trend gehe in diese Richtung. Die Formulierungen seien so zu wählen, dass auch nach außen deutlich werde, dass in Bethel diesem Trend nicht entsprochen werde.

Für mich stellt diese Diskussion das typische Dilemma dar, das wohl unvermeidlich ist, wenn versucht wird das ethisch Normative mit der Berücksichtigung höchst individueller Problemlagen in Einklang zu bringen. Die Frage ist jedoch, ob man deshalb aufhören sollte es zu versuchen. Denn es geht nicht ausschließlich um individuelle Problemlagen. Es geht auch um gesellschaftliche Trends, die ihrerseits diese Problemlagen beeinflussen. Immerhin leben wir in einer Gesellschaft in der in gerichtlichen Urteilen Ärzte bereits zur Zahlung von Schadensersatzansprüchen verurteilt worden sind, wenn ein Kind geboren wurde, auf dessen mögliche Behinderung die Eltern nicht deutlich genug hingewiesen worden sind. Aber, wenn jeder Mensch nach christlicher Lehre gleich wertvoll ist, kann dann ein behindertes Kind als Schadensfall angesehen und rechtlich so behandelt werden? Auf der anderen Seite höre ich immer wieder von Frauen, dass sie von Ärzten vollkommen verständnislos, ja sogar abwertend behandelt werden, wenn sie sich der pränatalen Diagnostik zu entziehen wünschen, weil sie ihr Kind, so wie es ist, annehmen möchten. Wird eine solche Haltung im Zeitalter der Machbarkeit und technischen Ermöglichung von fast allem demnächst als unzulässiger „Geburtenfatalismus“ (Sloterdijk) diskriminiert werden? Oder wie Kuhlmann es ausdrückt “Können verantwortungsbewußte Eltern es in Zukunft noch wagen ihrem Kind die Möglichkeit eines Handicaps zuzumuten? Müssen sie nicht alles Verfügbare tun, um jede Beeinträchtigung abzuwenden?“ (FR, Nr.146, 28.06.1993)

In dem eingangs erwähnten Vortrag anlässlich des Gedenkens der Opfer von Zwangssterilisationen als rassenhygienische Maßnahmen während der NS-Zeit formulierte Niels Pörksen folgendermaßen: „Machen wir uns nichts vor. Die aktuelle Diskussion um

das Für und Wider der Gentechnik, um die Begründung für Milliarden an Forschungsgeldern und Fragen zur Menschenzüchtung mit den Möglichkeiten der Präimplantationsdiagnostik und Stammzellenzüchtung bedient sich der gleichen Argumente, nur die Vokabeln sind vorsichtiger gewählt.“

Und auch die Fragen, die Pastor Busch vor 18 Jahren im Zusammenhang mit der ersten Betheler Entscheidung stellte, klingen meinem Empfinden nach heute noch aktueller als damals. Sie lauteten: „Was für ein Menschenverständnis liegt vor, wenn man nur einem gesunden nicht aber einem behinderten Kind eine Lebenschance einräumen will? Rückt eine Medizin, die sich von immer verfeinerteren diagnostischen Techniken abhängig macht, nicht in immer weitere Ferne von Menschen selbst? Darf man alles, was technisch möglich ist auch tatsächlich anwenden? Welche Perspektiven ergeben sich, wenn die vorgeburtliche Diagnostik womöglich zum Gegenstand staatlicher Planung wird?“

Solche und ähnliche Überlegungen waren es, die die Ethikkommission in Bethel zu der Empfehlung gebracht haben, den erwähnten Beschluß von 1997 zwar beizubehalten, aber die Wendung „medizinisch-soziale Indikation“ wegzulassen und nur auf das gefährdete Leben der Mutter abzuheben. Wenn eine Mutter sich allerdings außer Stande sieht, ein Kind mit schwersten zum Tode führenden Behinderungen auszutragen, wird dies als eine so ernste Notlage angesehen, dass dem Wunsch nach einem Abbruch entsprochen wird. Es gibt allerdings auch Mütter, die sich dafür entscheiden ein so schwer geschädigtes Kind auszutragen, auch wenn sein Sterben bei oder nach der Geburt so gut wie sicher ist. Die Ethikkommission war sich bewußt, dass bei den zu entscheidenden Fragen keine schuldfreien Entscheidungen möglich sind und dass es auch bei dem gewählten Weg weiterhin beträchtliche ethische Grauzonen gibt. Dies wird, so bin ich überzeugt, bei allen ethischen Entscheidungen immer so sein. Ich weiß nicht, ob der Vorstand der v.B.A. Bethel der Empfehlung der Ethikkommission folgen wird. Dies ist allerdings zu vermuten. (Anmerkung der Verf.: Inzwischen liegt die Zustimmung des Vorstands vor) Meine persönliche Überzeugung ist, dass die Verpflichtung zur Berichterstattung und die vielen kontroversen Gespräche, in denen jede Seite immer wieder darauf gestoßen wird, dass es keine einfachen, glatten Lösungen gibt, in sich bereits einen Schutz darstellen – einen Schutz für die Beibehaltung und auch weitere Entwicklung des menschlichen Umgangs mit Lebenssituationen, die jeden von uns an Grenzen führen würden.

Dipl. Psych. Renate Schernus,
Bohnenbachweg 15
33617 Bielefeld

<http://renate-schernus.kulturserver-nrw.de>