https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/node/4902

Gen-ethischer Informationsdienst

Gesetzliche Unstimmigkeiten

Späte Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik

AutorIn
Sasha Kirsten Achtelik

Obwohl die sogenannte embryopathische Indikation Mitte der 1990er Jahre entfiel, finden Abbrüche nach pränataler Diagnostik weiterhin statt – nun bloß verdeckter. Mit dieser Problemverschiebung beschäftigt sich der zweite Artikel einer Reihe zum Thema Fetozid nach auffälligen pränatalen Befunden.

Die embryopathische Indikation, die 1975 eine Abtreibung wegen vermuteter schwerer Behinderung des Fötus legalisierte, wurde mit der Reform Mitte der 1990er Jahre wieder abgeschafft. Kirchen und Behindertenverbände hatten sich in der Debatte erfolgreich dafür eingesetzt, eine Sondergenehmigung für die Abtreibung behinderter Föten als unvereinbar mit dem Nichtdiskriminierungsgebot des Grundgesetzes zu interpretieren.1 Seitdem kann die Behinderung eines Fötus nicht mehr der Grund für eine Abbruchsindikation sein, sondern nur die dadurch gefährdete Gesundheit der schwangeren Person.
Mit der Reform der Strafgesetzbuchparagrafen 218 ff. im Jahr 1995 wurde die Beratungsregelung eingeführt. Nach dieser ist ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig, aber straffrei, wenn die schwangere Person an einer Schwangerschaftskonfliktberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle teilgenommen hat, zwischen Beratung und Abbruch eine „Bedenkzeit“ von drei Tagen verstrichen ist und der Abbruch in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen stattfindet. Legal ist ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen, wenn eine kriminologische Indikation vorliegt. Ebenfalls legal ist er bei einer medizinischen Indikation. Diese hat keine Frist und ermöglicht Schwangerschaftsabbrüche, um eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Person abzuwenden.
Damit dient die medizinische Indikation seit 1995 dezidiert als „‚Auffangindikation‘ für die früher embryopathisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche“2. Die medizinische Indikation wird auch als medizinisch-sozial bezeichnet, da es um die Zumutbarkeit einer antizipierten Situation für die schwangere Person geht, in diesem Fall das Leben mit einem behinderten Kind. Die zukünftige Gefahr für die seelische Gesundheit kann nur eine (vage) Prognose sein und muss sich in weiten Teilen auf die Selbsteinschätzung stützen.

Neue Probleme durch Spätabbrüche

Diese Verschiebung von der embryopathischen zur medizinisch-sozialen Indikation hatte nicht intendierte Folgen: Die embryopathische Indikation hatte eine Frist von 22 Schwangerschaftswochen, was Abbrüche

aufgrund fötaler „Fehlbildungen“ an der Grenze zur Lebensfähigkeit ausschloss. Diese Frist entfiel, was späte Schwangerschaftsabbrüche bei Behinderung des Fötus de facto erst ermöglichte. Auch gibt es seitdem keine statistische Erhebung mehr über die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnose. Ebenso fiel mit der Streichung der Indikation die im Rahmen der embryopathischen Indikation vorgeschriebene Beratung weg. Die Erwartung der Behindertenverbände, dass die Herausnahme der embryopathischen Indikation aus Paragraf 218 „zu einem Innehalten der unkontrollierten und ungebremsten Anwendung der pränatalen Diagnostik“ führen würde, hat sich nicht erfüllt. Die mit der pränatalen Diagnostik verbundenen Probleme seien „nicht gelöst, sondern nur verschoben“ worden.3
Der Spätabbruch nach pränataler Diagnose und die daraus resultierende besondere Problematik der Lebensfähigkeit des Fötus sind mit dem Fall des „Oldenburger Babys“ aus dem Jahr 1997 ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Nach einer Trisomie-21-Diagnose war in der 25. Schwangerschaftswoche die Geburt eingeleitet worden, um die Schwangerschaft abzubrechen. Der später Tim genannte Junge kam lebend zur Welt und verstarb auch in den folgenden Stunden nicht, obwohl er unversorgt liegen gelassen wurde.4 Die Praxis des „Liegenlassens“ bis zum Tod wird seitdem mit einem pränatalen Fetozid vermieden, bei dem der Fötus eine tödliche Spritze ins Herz erhält.5
Die Probleme, die durch den Wegfall der embryopathischen Indikation entstanden waren, wurden seit 1995 immer wieder öffentlich diskutiert. Mit der im Mai 2009 vom Bundestag beschlossenen Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, das den Paragrafen 218 ergänzt, sollte eine Lösung gefunden werden: Ärzt*innen sind demnach verpflichtet, eine Beratung nach pränataler Diagnose durchzuführen, weitere relevante Fach*ärztinnen hinzuzuziehen und Informationen über psychosoziale Beratung anzubieten. Zudem muss zwischen der Beratung nach der fötalen Behinderungsdiagnose und der Feststellung einer medizinischen Indikation eine Wartezeit von drei Tagen eingehalten werden. Dies gilt nicht, wenn die Person in Lebensgefahr ist.
Damit wurde ein Sondergesetz für einen Vorgang geschaffen, der an sich nicht mehr legal gewesen war. Denn wenn tatsächlich die Gesundheitsgefährdung der schwangeren Person die Indikation ist, braucht man keine Wartezeit, um diese festzustellen. Wenn aber die empfundene Unzumutbarkeit eines Kindes mit Behinderung für die Indikation ausreicht, könnte es sinnvoll sein, eine Gelegenheit zu geben, einen durch die Diagnose ausgelösten Schock zu verarbeiten.

Angstmacher: Annahmen über Behinderung

Mit dem vermeintlichen Wegfall der embryopathischen Indikation wurde eher die Gesetzeslage verkompliziert als die Diskriminierung behinderter Menschen tatsächlich verhindert. Diese Entscheidung hat neue medizinische, ethische und politische Probleme erzeugt. Ob von einer Unzumutbarkeit für die schwangere Person ausgegangen wird, hängt dabei nicht nur von der psychischen Verfassung der Person ab, sondern auch von den Vorstellungen, die sich die Beteiligten über die Bedeutung von Behinderung machen. Die Behindertenbewegung und insbesondere behinderte Feminist*innen kritisieren seit Langem, dass mit der pränatalen Suche nach Behinderungen und Normabweichungen ein negatives Bild von Behinderung verbunden ist.6 Sie stellen infrage, dass es sich bei der Angst Schwangerer vor der Behinderung des werdenden Kindes um ein medizinisches Problem handelt, das mit pränatalen Untersuchungen behandelt werden kann.7 Die Angst vor dem behinderten Kind lässt sich auch als „Denormalisierungsangst“ der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern lesen, als „Sorge, aus den Normalitätszonen herauszufallen“.8 Im vorherrschenden medizinisch-individualistischen Modell wird Behinderung als untrennbar von persönlichem Leid, körperlichen Schmerzen und unzumutbaren Einschränkungen verstanden (9a) und ausgeblendet, dass „‚Anderssein‘ auf körperlicher, kognitiver, psychischer oder psycho-sozialer Ebene eine weitverbreitete Lebenserfahrung darstellt“.9
Dagegen haben die Behindertenbewegung und die Disability Studies das soziale Modell von Behinderung entwickelt, das Behinderung nicht im individuellen Körper (diese wird als Beeinträchtigung bezeichnet), sondern in der sozialen Ordnung der Gesellschaft verortet, die Menschen mit Beeinträchtigungen systematisch ausgrenzt.9 Statt von Behindertenfeindlichkeit ist in diesem Kontext von Ableism die Rede.

Dieser Begriff soll „die einseitige Fokussierung auf körperliche und geistige Fähigkeiten einer Person und ihre essentialisierende Be- und Verurteilung, je nach Ausprägung ihrer Fähigkeiten“10 und den „zentralen Stellenwert von Funktions- und Leistungsfähigkeit“9 in unserer Gesellschaft kritisieren und als gesellschaftliches Machtverhältnis sichtbar machen.11 Bei der Pränataldiagnostik werde „nach ableistischen Kriterien entschieden, wer zur Welt kommen darf“, bemerkt die Professorin für Disability Studies Swantje Köbsell.11

Aufklärung unerwünscht

Dass diese gesellschaftlichen Bilder auch individuelle reproduktive Entscheidungen prägen, ist deutlich erkennbar. Jede dritte Frau könnte laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Behinderung ihres Kindes nicht akzeptieren – nur 18 Prozent der Schwangeren können sich ein Leben mit einem behinderten Kind gut vorstellen.12 Ende der 1990er Jahre hielten es knapp 50 Prozent der Schwangeren für „unverantwortlich“, wenn eine Frau Pränataldiagnostik ablehnt und daraufhin ein behindertes Kind bekommt.13 Eine Mehrheit von rund 55 Prozent hielt die erfundene genetische Disposition für drohendes Übergewicht für einen akzeptablen Grund für eine Abtreibung.13 Friedrich, Henze und Stemann-Acheampong vermuten, dass ein realistisches Nachdenken über pränatale Diagnostik und das mögliche Zusammenleben mit einem behinderten Kind erschwert wird, wenn „ablehnende und feindselige Einstellungen gegenüber Behinderten stark tabuisiert“ sind, da „eigene aggressive, behindertenfeindliche Impulse“ verdrängt werden müssten.14 Mehr Information scheint jedoch auch keine Lösung zu sein: Die Studie der BZgA stellt ein geringes Interesse fest, nur 18 Prozent der in der 20. bis 40. Woche schwangeren Frauen hätten sich mehr Informationen über die Hintergründe der Diagnostik zu Beginn ihrer Schwangerschaft gewünscht. Aus diesem Ergebnis kann man eine Tendenz der Schwangeren ablesen, sich unerfreulichen oder mit Sorge besetzten Themen eher zu verschließen. Aufklärung, Pflichtberatung, Wartezeiten und selbst die Tabuisierung behindertenfeindlichen Verhaltens scheinen demnach keine ausreichenden Mittel zu sein, ableistische pränatale Diagnostik und Abbrüche zu verhindern, solange keine wirkliche Inklusion erreicht ist.

- 1

  Berg, U. (2004): Die Problematik der „eugenischen Indikation” als Rechtfertigungsgrund i.S.v. § 218 a II StGB n.F. Unveröffentlichte Dissertation, Gießen.

- 2

  Nationaler Ethikrat (2003): Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme, Berlin.

- 3

  Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte (1999): Statement bei der Anhörung der CDU/CSU Bundestagsfraktion zur Problematik der Spätabtreibungen am 16.9.1999. In: Rundbrief 8 des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, online: www.kurzlinks.de/gid275-la

- 4

  Guido, S./Guido, B./Schadt, K. (2015): Tim lebt! Wie uns ein Junge, den es nicht geben sollte, die Augen geöffnet hat. adeo Verlag.

- 5

Peters, J. S. (2011): Spätabbruch: Schwangerschaftsabbruch nach der Pränataldiagnostik. Psychosoziale Beratung zwischen Recht auf Leben und Recht auf Selbstbestimmung. Diplomica Verlag

- 6

  Degener, T./Köbsell, S. (1992): „Hauptsache, es ist gesund“? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle. Konkret Literatur Verlag.

- 7

  Bundesärztekammer (1998): Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Online: www.kurzlinks.de/gid275-lb

- 8

  Waldschmidt, A. (2006): „Normalität“. In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hg.): Glossar der Gegenwart, S.190-197, Surkamp

- 9a9b9c

  Waldschmidt, A. (2015): Disability Studies als interdisziplinäres Forschungsfeld. In: Degener, T./Diehl, E. (Hg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe, S.334-342, BpB.

- 10

  Maskos, R. (2010): Was heißt Ableism? Überlegungen zu Behinderung und bürgerlicher Gesellschaft. Online: www.kurzlinks.de/gid275-lc.

- 11a11b

  Köbsell, S. (2015): Ableism. Neue Qualität oder ‚alter Wein‘ in neuen Schläuchen? In: Attia, I./ Köbsell, S./Prasad, N. (Hg.), Dominanzkultur reloaded: neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen, S.21-35, Transcript.

- 12

  Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik.

- 13a13b

  Nippert, I. (1997): Psychosoziale Folgen der Pränataldiagnostik am Beispiel der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie. In: Petermann, F./Wiedebusch, S./Quante, M. (Hg.): Perspektiven der Humangenetik: medizinische, psychologische und ethische Aspekte, S.107-127, Schöningh.

- 14

  Friedrich, H./Henze, K.-H./Stemann-Acheampong, S. (1998): Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen, VW.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 275 vom November 2025
Seite 24 - 25