Die «versteckte» Indikation

U.		Hatter ^a
H.		Hepp ^b
E.		Reinold ^c

^aZürich, ^bMünchen, ^cWien

Bei der im §218a StGB Abs. 2 Nr. 1 geregelten und bis zum 1. Oktober 1995 gültigen embryopathischen Indikation war gefordert, dass «nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass das Kind infolge Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, dass von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann».

Hiermit hob der Gesetzgeber eindeutig auf die Zumutbarkeit für die Schwangere bzw. betroffenen Eltern ab. Die Zurücknahme der Strafandrohung beruht in verfassungsrechtlicher Sicht ausschliesslich auf dem Gedanken der Unzumutbarkeit normgemässen Verhaltens. Nach dem Urteil des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 und der Neufassung des §218a im Shine eines Kompromisses der drei Fraktionen CDU, FDP und SPD wurde im Bundestag am 29. Juni 1995 mit Streichung der embryopathischen Indikation diese dem §218a Abs. 2 StGB (medizinische Indikation) subsumiert. Die eine Kindesindikation bisher tragende Unzumutbarkeitsformel findet gleichsam als psychosoziale Notlage Eingang in die mütterlich-medizinische Indikation, die ohne ausdrücklichen Verweis auf nicht behebbare Schädigungen des Kindes unter anderem die «Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren» zur Rechtfertigung ermöglicht. Das Zumutbarkeitskriterium beinhaltet also ausschliesslich eine Bewertung durch die Schwangere. Mit diesem durch Subsumierung der «Kindes-» in die medizinische (Mutter)-Indikation reformierten §218a Abs. 2 ist auch die bisher gültige Zäsur von 22 Schwangerschaftswochen p.c. aufgehoben. Es besteht auch keine Pflicht zur Beratung mehr, und die Dreitagesfrist zwischen Beratung und Abbruch ist gestrichen. Der Abbruch ist straffrei, nicht rechtswidrig und Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus ärztlicher Sicht zu fordern ist, dass die Freistellungsklausel (§ 12 Abs. 1) gültig bleibt – die bekanntermassen beim medizinisch indizierten Abbruch nicht greift.

Inhaltlich kann nach meinem Verständnis die embryo-pathische Indikation nur dann in der medizinischen Indikation aufgehen, wenn man die medizinische Indikation so ausweitet, dass die in der embryopathischen Indikation ruhende zweite Dimension, nämlich die Tötung eines Kindes um seiner Tötung willen, darin Platz hat. Bei der traditionellen mütterlich-medizinischen Indikation war nicht die Tötung des Kindes das Ziel der Tat. Inhalt dieser Indikation war und ist die Rettung von Leben und/oder Gesundheit der Mutter – was gelegentlich ohne den Tod des Kindes (Leben gegen Leben) nicht möglich ist. Ziel ist primär nicht der Tod des Kindes, sondern die Beseitigung der unmittelbaren Bedrohung der Mutter während der Schwangerschaft. Dieser Zusammenhang wird jedem klar, wenn er sich eine konkrete klinische Situation vor Augen führt:

Es gelingt beispielsweise nicht selten, trotz gesundheitlicher Bedrohung der Mutter durch einen etwa in der 25. Woche diagnostizierten Gebärmutterhalskrebs die Schwangerschaft erst zu beenden – etwa in der 28. Woche –, wenn das Kind eine reelle Chance für ein gesundes Überleben hat. Ziel ist die Rettung der Mutter und – wenn irgend möglich – des Kindes oder in einem absolut unlösbaren Konflikt die Tötung des Kindes zur Rettung der Mutter. Bei der embryopathischen Indikation besteht nicht das Ziel, die Mutter aufgrund einer unmittelbaren medizinischen Bedrohung ihrer Gesundheit von der Last der Schwangerschaft, sondern eine in der Regel gesunde Mutter für die Phase nach der Geburt von der Last des geschädigten und/oder behinderten Kindes zu befreien. Dessen Tod ist das primäre Handlungsziel. Auf den Tod des Kindes kann nicht verzichtet werden, will man das inhaltliche Ziel (Unzumutbarkeit) erreichen. Dieses Ziel könnte man (theoretisch) auch durch die Tötung des Kindes nach der

KÄRGER

E-Mail karger@karger.ch Fax + 4161 306 12 34 <http://www.karger.ch>

© 1996 S. KargerAG, Basel

Geburt erreichen, was jedoch strafrechtlich verfolgt würde, da die Geburt bzw. der Beginn von Eröffnungswehen oder bei einem Kaiserschnitt die Eröffnung des Uterus für die Bewertung der Tötung (noch) eine juristische Zäsur darstellt. Da die Zumutbarkeitsfrage sich neben der durch die Diagnose einer schweren Behinderung oder Fehlbildung ausgelösten psychosomatischen Belastung während der Schwangerschaft vor allem auch auf die Phase nach der Geburt bezieht, es sich also letztlich um eine schwere psychosoziale Notlage bei in der Regel primär erwünschtem Kind handelt, wird in Zukunft zu begründen sein, warum nicht auch die traditionelle psychosoziale Indikation, welche zurzeit durch eine Fristenlösung (12 Wochen) mit Beratung geregelt wird, nicht auch eine Auflösung der zeitlichen Begrenzung erfährt – ohne Beratung und auf Krankenschein; denn auch dieses Indikationsfeld zieht die Unzumutbarkeit nach der Geburt (schwere psychosoziale Notlage) zur Rechtfertigung der Kindstötung heran.

Mit Blick auf die zweite Dimension – die Tötung eines als krank diagnostizierten Kindes – müssen wir erkennen, dass bei jedem Abbruch aus sogenannter Kindesindikation – unabhängig der Indikationszuordnung – immer auch Selektion durch aktive Tötung geschieht, die intra-uterin akzeptiert und praktiziert wird. Ich fürchte, dass mit Streichung dieser Indikation und damit auch deren Benennung (Embryopathie) dieses Bewusstsein immer mehr schwindet. Ist dies sogar gewollt? Oder sind die aufgezeigten Zusammenhänge und Folgewirkungen in der Eile der politischen Kompromissuche einfach nicht bedacht worden?

Durch die Streichung der embryopathischen Kindesindikation und Subsumierung in die medizinische Indikation wird dieser Druck auf die Frauenärzte verstärkt werden. Es ist davon auszugehen, dass hiermit auch die im §218a (§12 Abs. 1) verankerte Freistellungsklausel unterlaufen ist.

Mit der Subsumierung der embryopathischen Indikation unter die medizinische Indikation mit Auflösung der früher im Hinblick auf die Lebensfähigkeit des Kindes (etwa ab 24. Woche) gesetzten Frist wird die iatrogen ausgelöste lebende Frühgeburt, die eine Totgeburt sein sollte, in Zukunft kein so seltenes Ereignis sein. Mit der bislang gültigen Abbruchgrenze von 22 Wochen p.c. oder 24 Wochen p.m. sollte einerseits die Ausnutzung der sicheren intrauterinen Diagnostik ermöglicht und andererseits verhindert werden, dass im Falle des Abbruchs eine Lebensfähigkeit des Kindes gegeben ist. Der biomedizinische Fortschritt der Neonatologie hatte schon bisher in das Ziel dieser gesetzlichen Begrenzung gleichsam eine Lücke gerissen. In

Einzelfällen begegneten sich auch in den letzten Jahren schon Geburtshelfer und Neonatologen, die bei der spontanen Frühgeburt gemeinsam um das Überleben des Kindes gerungen haben und bei der iatro-

gen induzierten Geburt eines – überraschend – lebenden Frühgeborenen diametral entgegengesetzte Ziele verfolgt haben. Diese Situation wird nun durch den reformierten §218a Abs. 2 StGB häufiger zur ärztlichen Wirklichkeit – damit jedoch die zweite Dimension dieser «Indikation», nämlich die aktive Tötung des Kindes, transparenter und bewusster. Mit der Geburt des lebenden Kindes darf der zuvor aktiv in Gang gesetzte Prozess des Tötens nicht mehr fortgesetzt werden. Im Sinne einer aktiven Sterbehilfe bzw. Tötung durch Unterlassen wird das Kind nur beobachtet, bis es schliesslich keine Atmung und keinen Herzschlag mehr zeigt. Das Dilemma der durch die Reform der embryopathischen Indikation bewirkten Situation ist offenkundig und wird einerseits die mit dem Schwangerschaftsabbruch aus Kindesindikation betrauten Ärzte immer wieder auch post partum mit dem Konflikt des Tötens von krankem Leben konfrontieren, andererseits das ethische Problemfeld der Früheuthanasie endlich transparent machen. Wir sind nicht mehr nur wie bisher (bis auf sehr seltene Ausnahmen) mit der intrauterinen Früheuthanasie (ein irreführender Begriff, da es sich beim ungeborenen kranken Menschen in der Regel nicht um einen sterbenden und schon gar nicht um einen einwilligungsfähigen handelt) konfrontiert, sondern mit der konkreten Frage der Früheuthanasie post partum. Die schon immer gestellte Frage wird mit dem lebend geborenen kranken Kind transparenter, warum das nachgeburtliche schwerkranke Leben plötzlich dem vollen Rechtsschutz unterstellt ist, so dass aktives Handeln von Passivität abgelöst wird (auf die Problematik dieser Passivität post partum habe ich im Zusammenhang mit möglichen Haftungsrisiken hingewiesen). Es ist zu erwarten, dass, in logischer Konsequenz zur Entwicklung dieses Indikationsbereichs im §218, der Gesetzgeber – eines fernen (?) Tages – die postpartale Tötung geschädigter Kinder erlauben wird, so wie er mit Hinweis auf die Zumutbarkeit für die Eltern (medizinische Indikation) die vorgeburtliche Tötung gestattet. Bis dahin wird man das aufgezeigte Dilemma durch den Einsatz des intrauterinen Fetozids im Sinne der intrauterinen Früheuthanasie lösen.

Es ist nicht mehr so abwegig zu vermuten, dass über die Früheuthanasie der Ungeborenen und der nach Schwangerschaftsabbruch lebend geborenen Kinder unsere Sensibilität auch den Alien, Schwachen und Kranken gegenüber erlahmt und die Bereitschaft wachsen könnte, in Zukunft auch das geborene Leben in die aktive Tötung einzubeziehen. Wir Frauenärzte sind bereits eingebunden in das Rechtsbewusstsein unserer Gesellschaft, am Beginn des Lebens nicht nur Heifer zum Leben, sondern auch Heifer zum Tod zu sein. Die Euthanasiedebatte wird unter anderem auch von dieser Reform neue geistige Impulse erhalten.

2

Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1996;36:1-2

Haller/Hepp/Reinold

Gynäkologisch-geburtshilfliche

1/8sindschau

Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1996;36:1-2