



Position zum selektiven Schwangerschaftsabbruch

Grundpositionen

Wir unterscheiden in ethischer Hinsicht zwischen einem Schwangerschaftsabbruch, der vorgenommen wird, weil eine Frau eine Schwangerschaft nicht austragen will, und einem Schwangerschaftsabbruch aus selektiven Gründen, d.h. weil eine Frau ein Kind mit einer möglichen Behinderung nicht zur Welt bringen will.

Wir unterscheiden in ethischer und gesellschaftspolitischer Hinsicht zwischen einer vorgeburtlichen Diagnostik mit therapeutischer Absicht und einer vorgeburtlichen Diagnostik, mit der nicht-therapierbare Schädigungen festgestellt werden können und die deshalb eine selektive Wirkung hat. Wir wenden uns dagegen, daß eine vorgeburtliche Diagnostik, die auf die Feststellung von nicht veränderbaren Eigenschaften des Embryos bzw. Fötus ausgerichtet ist, Bestandteil der allgemeinen Schwangerenvorsorge ist. Unter dem Aspekt der Selektion besteht kein grundsätzlicher ethischer Unterschied, ob ein Schwangerschaftsabbruch nach vorgeburtlicher Diagnostik im ersten Drittel der Schwangerschaft oder später vorgenommen wird. Zur berücksichtigen ist allerdings, daß bei einem Abbruch, der an der Grenze zur extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes oder noch später vorgenommen wird, der Foetus im Mutterleib getötet werden muß. (intrauteriner Fetozid).

- Die Abschaffung der embryopathischen Indikation durch den 1995 neugefaßten § 218 steht in Einklang mit unserer Vorstellung von Menschenwürde.

Forderungen

Das besondere Problem der Schwangerschaftsabbrüche an der Grenze zur Lebensfähigkeit des Kindes ist nicht durch die Abschaffung der (befristeten) embryopathischen Indikation entstanden, sondern durch die Ausweitung der Pränataldiagnostik bei gleichzeitiger Verbesserung der Frühgeborenenmedizin. Es kann deshalb nur durch das Zurückdrängen der Pränataldiagnostik und eine entsprechende gesellschaftliche Diskussion gelöst werden.

Deshalb fordern wir eine Änderung der Mutterschaftsrichtlinien. Insbesondere müssen alle Maßnahmen der vorgeburtlichen Diagnostik mit selektiver Zielsetzung bzw. Auswirkung aus der allgemeinen Schwangerenvorsorge herausgenommen werden.

Weiterhin fordern wir ein flächendeckendes, niedrigschwelliges und von medizinischen Einrichtungen unabhängiges Angebot psychosozialer Beratung, das Frauen vor der Anwendung von pränataldiagnostischen Maßnahmen in Anspruch nehmen können.

Rechtliche Regelung

Das besondere Problem der späten Abbrüche an der Grenze zur Lebensfähigkeit des Kindes kann nicht durch eine Änderung des § 218 / 219 gelöst werden, d.h. weder durch die Wiedereinführung der embryopathischen Indikation noch durch die Einführung einer Frist in die medizinische Indikation für Abbrüche nach vorgeburtlicher Diagnostik (was einer Wiedereinführung der embryopathischen Indikation gleichkommt).

Das Problem sollte durch die Selbstbindung der Ärzteschaft begrenzt werden, keine Abbrüche nach vorgeburtlicher Diagnostik an der Grenze zur Lebensfähigkeit des Kindes durchzuführen. Als eine gesellschaftliche Gruppe, die besonderen Einfluß auf die Entwicklung und Anwendung der vorgeburtlichen Diagnostik hat, sind sie dazu besonders aufgefordert und in der Lage. An dem Problem des intrauterinen Fetocids zeigt sich unübersehbar, daß die Praxis der Pränataldiagnostik dem ärztlichen Auftrag zu heilen widerspricht.

Wir fordern, daß sie diese Selbstbindung dadurch möglich machen, daß sie ihr Angebot der Pränataldiagnostik reduzieren, und nicht dadurch, daß sie die Entwicklung von Methoden der selektiven Pränataldiagnostik in der Frühschwangerschaft vorantreiben.

(März 1999)