

## **Aktuelle Herausforderungen für den Schutz des ungeborenen Lebens**

*(Vortrag anlässlich des 40jährigen Bestehens der Kommission zum Schutz des ungeborenen Lebens im Bistum Münster am 30. Juni 2014 in Münster)*

Sehr geehrter Herr Bischof,  
sehr geehrter Herr Weihbischof,  
sehr geehrte Mitglieder der Kommission,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung und freue mich, das 40jährige Jubiläum der Kommission zum Schutz des ungeborenen Lebens mit Ihnen feiern zu dürfen.

40 Jahre sind eine lange Zeit. Ich möchte mit Ihnen heute nicht nur einen kurzen Rückblick halten, was in diesen Jahren in Deutschland in Bezug auf den Schutz des ungeborenen wie des geborenen Lebens geschehen ist, sondern mir kommt heute auch die Aufgabe zu, die aktuellen und auch künftigen Herausforderungen für unser Arbeits- und Aufgabengebiet zu skizzieren.

Die gesellschaftlichen und kirchlichen Entwicklungen in diesem Land, der medizinische Fortschritt, die Sozialrechtsreformen, die Wirtschafts- und Finanzkrise, die demographische Entwicklung, die Veränderung der Familienstrukturen - ich könnte hier meine Aufzählung durchaus fortsetzen – kurz all jene Entwicklungen der letzten Jahre, die oft eine direkte Auswirkung auf die Notlagen und Krisensituationen der Ratsuchenden in der Schwangerschaftsberatung haben, machen es immer wieder notwendig, innezuhalten, unseren Auftrag, die eigenen Ziele und Aufgaben zu reflektieren, ggf. zu hinterfragen, neu auszurichten.

Da ist ein Jahrestag wie heute sicher ein guter Anlass.

Doch beginnen wir mit einem kurzen Rückblick:

Das jahrelange Ringen um den Schutz des ungeborenen Lebens und eine entsprechende rechtliche Regelung, wie wir sie heute mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz haben, haben die Jahrzehnte der 70er bis 90er Jahre des 20. Jahrhunderts entscheidend geprägt. Ich will hier aus Zeitgründen gar nicht weiter ausholen. Fakt ist, dass wir seit 1995 mit dem SchKG eine rechtliche Grundlage haben, die nach wie vor Bestand hat. Das Gesetz gründet auf zwei Säulen, die dem Schutz des ungeborenen Lebens verpflichtet sind: der allgemeinen Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG und der Schwangerschaftskonfliktberatung nach §5ff SchKG..

Mit der Beratungsregelung, wonach ein Schwangerschaftsabbruch straffrei bleibt, wenn sich eine Schwangere innerhalb der ersten 12 Wochen in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle beraten lässt, wurde ein Kompromiss zwischen den beiden unterschiedlichen Gesetzeswerken der früheren DDR und der Bundesrepublik gefunden. Ein Kompromiss, den, wie wir alle wissen, die katholische Kirche so auf Dauer nicht mitgehen wollte.

Die Entscheidung, in den katholischen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen ab 2001 keinen Beratungsnachweis mehr auszustellen, der Bedingung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch ist, war die Konsequenz. Damit verloren die katholischen Beratungsstellen ihre staatliche Anerkennung und zunächst auch ihre öffentliche Förderung. Es ist eine schmerzliche Tatsache, dass trotz großer Bemühungen die Beratung im existentiellen Schwangerschaftskonflikt seitdem deutlich zurückge-

gangen ist. Die Schwangeren, die zur Konfliktberatung in eine katholische Beratungsstelle kommen, haben nicht selten den Beratungsnachweis bereits anderswo erhalten, sind aber noch ambivalent und suchen eine zweite Meinung.

Das große Engagement und die Anstrengungen der katholischen Beratungsstellen führten aber auch dazu, dass die zweite Säule, die allgemeine Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG ausgeweitet werden konnte. Dass die allgemeine Schwangerschaftsberatung analog zur Konfliktberatung gleichermaßen dem Lebensschutz dient, wurde auf eindrückliche Weise im Urteil des BVerwG vom Juli 2004 herausgestellt. Das Gericht stellte damals fest: „Es kann nicht bezweifelt werden, dass gerade auch die Beratung nach dem § 2 SchKG uneingeschränkt dem Lebensschutz verpflichtet ist und dazu Wesentliches beiträgt“. Dieses Urteil führte im Übrigen dazu, dass in den meisten Ländern, so auch in NRW, die Arbeit der katholischen Beratungsstellen wieder öffentlich gefördert wird.

Die Ausweitung der allgemeinen Schwangerschaftsberatung hängt aber auch damit zusammen, dass in den letzten Jahren das Gesetz wesentlich erweitert wurde. Die neuen Aufgaben sind als Antwort auf gesellschaftliche Entwicklungen zu verstehen. So wurden drei Gesetzesänderungen vorgenommen:

- 2010: § 2a SchKG: Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen. Gemeint sind hier die positiven pränataldiagnostischen Befunde. Als eine Reaktion auf die Zunahme von Spätabbrüchen auf Grundlage einer medizinischen Indikation (mit Blick auf die physische und psychische Gesundheit der Frau) wurden u.a. die Hinweispflicht der Ärzte auf eine unabhängige psychosoziale Beratung und der Anspruch betroffener Frauen/Paare auf eine solche gesetzlich festgeschrieben.
- 2012 wurde in die allgemeine Schwangerschaftsberatung in § 2 SchKG analog zur Konfliktberatung der Rechtsanspruch auf anonyme Beratung aufgenommen, dies mit einem besonderen Verweis auf Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen. Außerdem wurde in § 4 SchKG die Mitwirkung der Schwangerschaftsberatungsstellen in den Netzwerken Früher Hilfen im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes verbindlich geregelt.
- Mai 2014: Regelung der vertraulichen Geburt in §§ 1.2, 25-34 SchKG. Um Aussetzungen und Tötungen Neugeborener zu verhindern, soll Frauen, die ihre Schwangerschaft und Geburt vor ihrem Umfeld verheimlichen, ein rechtssicheres Angebot zur Verfügung stehen, bei dem auch die Rechte des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft gewahrt sind.

In allen drei neu formulierten Arbeitsfeldern ist der Schutz des kindlichen Lebens – des ungeborenen und des geborenen – Ausgangspunkt für die Erweiterung der psychosozialen Beratung sowie der flankierenden Hilfe- und Unterstützungsangebote, die sich alle auf die Stärkung der Schwangeren in extremen Not- und Ausnahmesituationen konzentrieren. Denn das gilt seit jeher: Das Leben des ungeborenen Kindes kann nur mit der Mutter und durch sie geschützt werden! Dies ist nicht nur im Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1993, sondern auch in unseren Bischöflichen Richtlinien festgeschrieben.

### Aktuelle Herausforderungen

Was sind nun die aktuellen und auch zukünftigen Herausforderungen für den Schutz des ungeborenen Lebens? Um sich diesem Thema in seiner Komplexität zu stellen, bedarf es meiner Meinung nach einer Systematisierung und Sortierung:

- einerseits aus sozialethischer Perspektive: Was sind die aktuellen Herausforderungen, die sich uns als Gesellschaft, als Kirche, als Verbände, aber auch als einzelne Staatsbürger/-innen stellen?
- andererseits aus medizinethischer Perspektive: Welche Herausforderungen kommen (künftig) auf uns zu?
- und abschließend mit Blick auf die einzelne Ratsuchende in der Schwangerschaftsberatung, also aus individualethischer Perspektive: Welche Herausforderungen stellen sich aufgrund der individuellen Not- und Konfliktsituationen? Wie können Ratsuchende so beraten und begleitet werden, dass sie tragfähige verantwortliche Entscheidungen treffen können?

Ich werde mich bei diesen drei Blickrichtungen (aus sozialethischer, medizinethischer, individualethischer Sicht) aus Zeitgründen jeweils auf ausgewählte Beispiele beschränken:

### Herausforderungen aus sozialethischer Perspektive

1. In unserer Gesellschaft scheinen das Wissen und auch das Bewusstsein zu schwinden, dass Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung innerhalb der ersten 12 Wochen zwar straffrei, aber nicht rechtmäßig sind. Es ist es an der Zeit, dass der Staat auch in dieser Hinsicht seiner im Urteil des BVerfG 1993 formulierten Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht nachkommt.
2. Zum sogenannten Praenatest und anderen Bluttests: Die rasante medizinische Entwicklung im Bereich der Pränataldiagnostik, so auch der Bluttests, mit denen seit letztem Jahr ohne weitere invasive Eingriffe - was grundsätzlich positiv zu bewerten ist - chromosomale Erkrankungen wie beispielsweise Trisomie 21 (Down-Syndrom) festgestellt werden können, kann ethisch weitreichende Folgen haben:  
Nicht nur, dass inzwischen über 90% der Schwangerschaften, bei denen Trisomie 21 diagnostiziert wird, abgebrochen werden, müssen sich Eltern, die sich für das Austragen entscheiden, doch zunehmend auf die kritische Anfrage einstellen, warum sie sich dies oder ihrer Familie oder der Gesellschaft „zumuten“. Die allgemeine Verantwortung der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen wird so zunehmend auf den Einzelnen übertragen. Inzwischen gibt es Bluttests auch für ein Screening zu Trisomie 13 und 18, andere werden folgen. Noch führen Ärzte diesen Test erst nach der 12. SSW durch (und sind somit außerhalb der Beratungsregelung), aber er wäre inzwischen auch schon ab der 10. SSW möglich.  
Der Bluttest steht nicht nur allen (potentiellen) Eltern, die ein erhöhtes Risiko für eine genetisch bedingte Erkrankung haben, zur Verfügung, sondern allen, die bereit sind, ihn zu bezahlen.
3. Die Zahlen nach der Geburt ausgesetzter oder getöteter Neugeborener sind seit Jahren konstant - jährlich gibt es zwischen 30 und 40 bekannt gewordene Fälle. Daran haben leider auch die Möglichkeiten einer Abgabe in einer Babyklappe oder bisherige „anonyme“ Geburten nichts geändert. Bevor es nach jahrelangen Diskussionen zur gesetzlichen Regelung der vertraulichen Geburt gekommen ist, hat das Deutsche Jugendinstitut im Auftrag des Familienministeriums Beweggründe und Motivationen von Frauen untersucht, die ihre Schwangerschaft ge-

heim gehalten haben und sich für eine anonyme Abgabe oder anonyme Geburt entschieden haben. Die Interviews mit den Frauen haben ergeben, dass es nicht nur lebensbedrohliche Gründe waren, die sie zu diesem Entschluss brachten, sondern auch Gründe wie z.B. Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes oder Angst vor Stigmatisierung, wenn sie ihr Kind auf regulärem Weg zur Adoption freigeben. In was für einer Gesellschaft leben wir, dass sich eine Frau für diesen Weg entscheidet?

Es ist gut, dass es jetzt die Möglichkeit der vertraulichen Geburt gibt – auch um Frauen, die in ihrer Not ihre Schwangerschaft verheimlichen, mit einem rechtssicheren Angebot direkt ansprechen und besser erreichen zu können - um sie und mit ihnen ihr Kind zu schützen. Aber müssten nicht eigentlich auch die Ursachen angegangen werden, die Frauen in diese subjektiv aussichtslosen Notlagen bringen?

### Herausforderungen aus medizinethischer Perspektive

Im Mai habe ich an der öffentlichen Jahrestagung des Deutschen Ethikrates in Berlin mit dem Schwerpunkt „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ teilgenommen und dort einen Einblick in den aktuellen Forschungsstand erhalten. Die Reproduktionsmedizin stellt immer mehr Handlungsmöglichkeiten bereit. Auch wenn in Deutschland (noch) nicht alles erlaubt ist, ist vieles schon gesellschaftliche Realität, denn es gibt mittlerweile einen regelrechten Fortpflanzungstourismus – für alle, die es sich leisten können.

Keimzellen und Embryonen können gespendet, über viele Jahre eingefroren und – in einigen Sonderfällen – sogar genetisch verändert werden. Mutterschaft wird in immer höherem Alter möglich und mögliche Elternrollen erfahren durch Keimzellspende und Leihmutterschaft eine Ausweitung.

In Deutschland gibt es zwar seit 1991 das im Vergleich zu anderen Ländern relativ strenge Embryonenschutzgesetz, aber viele der heutigen medizinischen Möglichkeiten sind darin noch nicht geregelt. Deshalb fordern gerade Reproduktionsmediziner und einige Juristen ein eigenes Fortpflanzungsgesetz mit dem Ziel, die bislang in Deutschland verbotenen Verfahren zuzulassen, an Beratung zu koppeln und mit einer Datenbank auch die Rechte des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft zu sichern. Das Embryonenschutzgesetz wurde damals im Kontext der Regelungen zur künstlichen Befruchtung (In-Vitro-Fertilisation) verabschiedet. Demnach ist es beispielsweise verboten, mehr als drei Embryonen zu befruchten und zu übertragen. Eizellspende und Leihmutterschaft sind untersagt - die betroffenen Frauen bleiben straffrei –, die Befruchtung einer Eizelle mit dem Samen eines Verstorbenen ist nicht erlaubt usw.

Während sich die rechtliche Grundlage in Deutschland seit damals kaum verändert hat, gibt es einen spürbaren gesellschaftlichen Wandel der Erwartungen, ob und wie Fortpflanzungstechnologien angewendet werden dürfen. Galt Kinderlosigkeit einst als Schicksal, scheint heute die Schuld bei den Betroffenen zu liegen, wenn sie nicht alle medizinischen Mittel ausschöpfen.

Drei Beispiele möchte ich herausgreifen:

1. Ein neuer Trend scheint sich abzuzeichnen, das „Social\_freezing“, die Möglichkeit eines vorsorglichen Einfrierens eigener unbefruchteter Eizellen für eine spätere Schwangerschaft, um auch jenseits der fruchtbaren Jahre ein Kind zu bekommen – weil es vorher nicht gepasst hat, z.B. aus beruflichen Gründen, oder kein entsprechender Partner vorhanden war.

2. Die Praxis der Eizellspenden: Jährlich werden in Deutschland 300-400 Kinder durch Eizellspende geboren. Die Eizellspenderinnen kommen z.B. aus der Tschechischen Republik, in Zeiten der Wirtschaftskrise zunehmend auch aus Spanien. Anders als bei einer Samenspende handelt es sich bei einer Eizellspende um einen operativen Eingriff, zuvor werden die Eierstöcke hormonell überstimuliert, die Gesundheitsgefahren tragen allein die Spenderinnen.
3. Die Praxis der Leihmutterschaft: Eizellspende und Leihmutterschaft sind in Deutschland verboten. Da aber die Eizellspenderin, die Leihmutter und die „Bestell-Eltern“ eines Kindes aus Leihmutterschaft sich selbst juristisch nicht strafbar machen, werden zunehmend die in anderen Ländern bestehenden Möglichkeiten wahrgenommen. Im Internet gibt es mittlerweile ausführliche Portale mit Profilen von Frauen, die sich als Leihmütter zur Verfügung stellen (z.B. aus der Ukraine). Die massiven ethischen, rechtlichen und medizinischen Probleme, die mit einer Leihmutterschaft einhergehen, sind hier allerdings nicht zu finden.  
So kann es vorkommen, dass ein von einer Leihmutter ausgetragenes Kind bis zu 5 verschiedene Eltern hat: die Spenderin der Eizelle (genetische Mutter), die Leihmutter (biologische Mutter), die annehmende Frau (soziale Mutter), außerdem den biologischen Vater, der nicht identisch mit dem sozialen sein muss.  
Das Grundrecht des Kindes auf Kenntnis seiner biologischen Herkunft (z.B. der genetischen Mutter und der biologischen Leihmutter) kann dabei nicht gewährleistet werden, da die Eizellspende in der Regel anonym erfolgt.  
Vereinbarungen über Leihmutterschaften sind nach deutschem Recht nichtig, da hier die Elternschaft nur im Rahmen des geltenden Abstammungsrechts oder durch Adoption erworben werden kann. Mutter eines Kindes ist hierzulande die Frau, die es geboren hat. Eine Anerkennung der Vaterschaft durch den Bestellvater ist möglich, wenn die Leihmutter nicht verheiratet ist oder ihr Ehemann seine Vaterschaft wirksam angefochten hat.  
Die rechtlichen Hindernisse einer Einreise des Kindes, der Begründung der Elternschaft und die Probleme, was mit dem Kind geschieht, wenn die Bestelleltern die „Abnahme“ verweigern, z.B. weil das Kind behindert ist, sind nicht regelbar, weil die Leihmutterschaft als unethisch und sittenwidrig angesehen wird und gesetzlich verboten ist.

Warum berichte ich in dieser Ausführlichkeit? Wenn es um die Herausforderungen zum Schutz des ungeborenen Lebens geht, müssen wir uns auch mit medizinischen Möglichkeiten auseinandersetzen, unabhängig davon, ob sie in Deutschland erlaubt sind, denn in Zeiten der Globalisierung und des Internets gibt es keine Grenzen mehr. Auch die Schwangerschaftsberatung muss sich mit den Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin und ihrer ethischen Bewertung auseinandersetzen, denn auch die psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch gehört zu ihrem gesetzlichen Auftrag.

#### Herausforderungen aus individuellethischer Perspektive

Welche Herausforderungen stellen sich aufgrund der individuellen Not- und Konfliktsituationen? Wie können Ratsuchende so beraten und begleitet werden, dass sie tragfähige verantwortliche Entscheidungen treffen können? Was brauchen sie gerade auch im Hinblick auf das bisher Gesagte?

Die individuellen Notlagen, mit denen Ratsuchende in die Schwangerschaftsberatung kommen, scheinen zunehmend komplexer zu werden. Meist sind wirtschaftliche Probleme der äußere Anlass zur Kontaktaufnahme, aber dahinter verbergen sich oft weitere tiefergehende psychosoziale Problemlagen. Zu den „klassischen“ schwan-

gerschaftsbedingten Krisensituationen wie Partnerschaftskonflikten oder der Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf [nebenbei bemerkt: von einer „Wahlfreiheit“ kann bei einem großen Teil unseres Klientels nicht wirklich die Rede sein], also neben solchen Problemlagen scheinen andere, schwerer greifbare psychosoziale Nöte wie Zukunftsängste, Angst vor Überforderung oder tatsächliche Überforderung, soziale Isolation, psychische Erkrankungen oder Suchtproblematiken zuzunehmen. Hier kann der Schutz gerade auch des geborenen Lebens eine ganz neue Brisanz bekommen.

Schwangere und ihre Partner stehen heute mehr als früher in einer Entscheidungsverantwortung, die ihnen oft nicht einmal bewusst ist – gerade z.B. im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik.

Die aufgezeigten Herausforderungen machen es mehr denn je notwendig, in der Schwangerschaftsberatung:

- Raum und Zeit zu bieten, sich mit den existentiellen Fragen auseinander zu setzen; dabei bedarf es oft einer Entschleunigung, denn die Frauen stehen nicht selten unter massivem Zeitdruck
- umfänglich zu informieren über Zusammenhänge und Sachverhalte
- das breite Angebotsspektrum der Schwangerschaftsberatung zu nutzen und passgenaue Unterstützung und Hilfe anzubieten als weitere Grundlage für anstehende Entscheidungen
- die eigenen Ressourcen der Ratsuchenden zu stärken
- ihnen Wertschätzung und Empathie entgegenzubringen
- und ihnen vor allem Ermutigung zuzusprechen.

Die Katholische Schwangerschaftsberatung hat sich immer schon den sich wandelnden Aufgaben und Herausforderungen der Gesellschaft gestellt, ist vielleicht sogar ein Seismograph für gesellschaftliche Entwicklungen, da sie über die konkreten Notlagen und Konflikte der Ratsuchenden sehr schnell Änderungen und Handlungsbedarfe wahrnimmt. Aus ihrem Selbstverständnis heraus, aus ihrem kirchlichen und gesetzlichen Auftrag heraus muss sie mit ihrem Beratungs- und Unterstützungsangebot auf die Notlagen und Nöte der Menschen reagieren. Dazu gehört im Sinne von Lobbyarbeit, sich immer wieder stark zu machen für lebensförderliche Bedingungen für Familien.

Ich komme nun zum Ende meiner Ausführungen:

Die Herausforderungen für den Lebensschutz werden komplexer, das ist glaube ich, deutlich geworden. Was ich aber hoffentlich auch deutlich machen konnte – und dafür stehen auch die neuen Aufgaben im Schwangerschaftskonfliktgesetz: Lebensschutz endet nicht mit der Entscheidung für ein Kind, oft fängt er danach erst an.

Je nachdem, wo wir gerade stehen - wir haben hier im Raum ja ganz unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Professionen, Rollen und Aufgaben, unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen vertreten - je nachdem wo wir also gerade stehen, ist unser Blick in Bezug auf den Schutz des Lebens auf das Ganze oder auf den Einzelnen zu richten, manchmal auch auf beides gleichzeitig. Das gilt vor allem für die Schwangerschaftsberatung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*Regine Hölscher-Mulzer  
Sozialdienst katholischer Frauen  
Gesamtverein e.V.*