

Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?

Herausgegeben von
A. KATARINA WEILERT

Religion und Aufklärung

Mohr Siebeck

Religion und Aufklärung

Band 20

herausgegeben von der
Forschungsstätte
der Evangelischen Studiengemeinschaft
Heidelberg



Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?

Zur Frage der Bedeutung der Geburt
für das Recht des Kindes auf Leben und
das Recht der Eltern auf Wohlergehen

Herausgegeben von
A. Katarina Weilert

Mohr Siebeck

A. Katarina Weilert ist Referentin am Arbeitsbereich Religion, Recht und Kultur an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST), Heidelberg.

ISBN 978-3-16-150620-8 / eISBN 978-3-16-164071-1 unveränderte eBook-Ausgabe 2024
ISSN 1436-2600 (Religion und Aufklärung)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Publiziert von Mohr Siebeck Tübingen 2011. www.mohrsiebeck.com

© A. Katarina Weilert.

Dieses Werk ist seit 08/2024 lizenziert unter der Lizenz „Creative Commons Namensnennung – Nicht-kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 International“ (CC BY-NC-ND 4.0). Eine vollständige Version des Lizenztextes findet sich unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Jede Verwendung, die nicht von der oben genannten Lizenz umfasst ist, ist ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Das Buch wurde von Gulde-Druck in Tübingen auf alterungsbeständiges Werkdruckpapier gedruckt und gebunden.

Vorwort

Die Frage, wann der Mensch zum Menschen wird, stellt sich in besonderer Dramatik beim späten Schwangerschaftsabbruch. „*Spätabbruch – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys? Zur Frage der Bedeutung der Geburt für das Recht des Kindes auf Leben und das Recht der Eltern auf Wohlergehen*“ hieß das Thema einer interdisziplinären Tagung, die an der FEST vom 8.–10. Oktober 2009 stattfand. Sie nahm alle Beteiligten in den Blick: die Eltern, das Kind und die Gesellschaft insgesamt. Wissenschaftler und Fachleute aus der Praxis suchten nach Lösungen und diskutierten ihre unterschiedlichen Sichtweisen.

An dieser Stelle soll allen gedankt werden, zunächst den Autoren für ihre Vorträge im Rahmen der Tagung und die Mühe, diese für den Tagungsband niederzuschreiben, Frau Gwendoline Etienne-Mann für ihre tatkräftige Unterstützung während der Tagung, Marco Neher für die besonders sorgfältige und kompetente Bearbeitung der Manuskripte, Markus Richter für die professionelle Drucksatzerstellung, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den großzügigen finanziellen Beitrag zur Tagung, der Evangelisch-lutherischen Kirche Bayern und den Evangelischen Kirchen Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck für die generöse Mitfinanzierung der Tagung und Publikation sowie dem Internationalen Institut für Arbeits-, Umwelt, Reise-, Tropen- und Sportmedizin für die weit reichende Mitfinanzierung der Drucklegung. Last but not least geht ein herzlicher Dank an Susanne Breit-Keßler sowie an Friedhelm Lamprecht, die als Kuratoriumsmitglieder der FEST diesen Band konstruktiv begutachtet haben.

Heidelberg, im September 2010

Dr. A. Katarina Weilert

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	V
Einleitung	1
 I. Medizinische und juristische Grundlagen des (späten) Schwangerschaftsabbruchs	
<i>Alexander Scharf</i>	
Die Praxis der Spätabtreibung in deutschen Kliniken	17
<i>Thomas Hillenkamp</i>	
Die strafrechtliche Regelung der Spätabtreibung und ihre strafrechtshistorische Entwicklung.....	29
<i>Thomas Gutmann</i>	
„Kind als Schaden?“ – Unterhaltsansprüche nach fehlgeschlagenem Abbruch oder fehlerhafter Pränataldiagnostik	55
 II. Erst Fötus, dann Mensch – Geburt als Zäsur des Lebensschutzes?	
<i>Maria Mattisseck-Neef</i>	
„Geburt als Zäsur“ – zwischen Spätabbruch und Neugeborenenethanasie.....	81
<i>Rolf Schlößer</i>	
„Geburt als Zäsur“ – das Kind vor und nach der Geburt aus medizinischer Sicht	97

Michael Spieker

„Zäsur oder Moment?“ – Über die Anschaulichkeit der Geburt und
die verborgene Gabe 107

Eilert Herms

Der Stellenwert der Geburt aus Sicht der theologischen Ethik 129

III. Das Wohl der Eltern im Kontext moderner Diagnostik

Sabine Hufendiek

Frauen/Paare im Spannungsfeld
pränataldiagnostischer Untersuchungen
zwischen der Freiheit und der Not zur Entscheidung 163

Sabine Stengel-Rutkowski

Pränatale Syndromdiagnose – Tod des Wunschkindes –
Elternentscheidung im Schock? 177

Marion Baldus

Entscheidung für das Leben. Eine Analyse von
Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft
nach einem auffälligen Befund 207

Angelika Pokropp-Hippen

Post Abortion Syndrom – eine Krankheit im Tabu 227

Rüdiger Retzlaff

Leben mit einem Kind mit Behinderung 247

IV. Verfügungsgewalt zum eigenen Wohl trotz Lebensfähigkeit des Ungeborenen?

Ino Augsberg

Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod: Wer entscheidet im
Rechtsstaat? 271

A. Katarina Weilert

Rechte des extrauterin lebensfähigen Fötus vs. Rechte seiner Eltern
aus verfassungsrechtlicher Sicht 285

Reiner Anselm

Begründet erst die Geburt ein Recht des kranken Kindes auf Leben, das dem Recht auf Wohlergehen der Eltern nicht mehr untergeordnet ist? Eine theologisch-ethische Reflexion	303
Autorenverzeichnis	315
Sachregister	317

A. Katarina Weilert

Einleitung

Die Geburt ist ein einmaliges Ereignis, sie ist bedeutungsvoll für den Geborenen, unvergesslich für seine Eltern und anschaulich für die Gesellschaft. Doch ist die Geburt die Zäsur, die den Menschen erst zum Menschen oder zur Person erhebt, oder ist sie vielmehr ein Moment im Leben eines Menschen? Dies war die Kernfrage, der sich verschiedene Experten aus Wissenschaft und Praxis näherten. Gleichermassen galt es, die Schwangere in ihrer besonderen Situation zu erfassen.

Die Kontroversen um die Spätabtreibung beginnen bereits bei der Begrifflichkeit. Spätabtreibung oder Spätabbruch: Zwei Begriffe für dasselbe Geschehen, doch jeweils aus einem eigenen Blickwinkel: Das Wort „Spätabtreibung“ fragt danach, wer oder was abgetrieben wird und richtet sich auf den *Fötus*. Der Spätabbruch sucht sein Objekt in einem *Zustand der Schwangeren*. Semantisch betrachtet greifen beide Begriffe zu kurz, da sie sich jeweils nur auf einen der beteiligten Subjekte konzentrieren. Dabei geht es gerade um beide, um die Schwangere *und* um das heranreifende Kind. Daher wurden die Begriffe in diesem Band bewusst nicht „auf Einheitslinie“ gebracht, sondern erst zusammen deuten sie auf die Vielschichtigkeit der Problematik hin.

Von einem Spätabbruch im engeren Sinne spricht man, wenn der Abbruch der Schwangerschaft nach der 22. Woche, gerechnet von der Konzeption (p. c.) oder der 24. Woche nach der letzten Menstruation (p. m.), vorgenommen wird. Dieser Zeitpunkt markiert nach heutigem medizinischen Stand in etwa den Reifegrad des Fötus, von dem ab dieser imstande ist, auch außerhalb der Gebärmutter zu überleben. Damit gerät die These, dass erst die Geburt das Eingangstor in den vollumfänglichen Lebensschutz sei, in einen Erklärungsnotstand. Ein sehr später Schwangerschaftsabbruch muss noch nicht einmal zwangsläufig zur Tötung des Ungeborenen führen. Vielmehr stellt sich die Frage nach dem Fetozid, dem aktiven Töten des Fötus im Mutterleib, die ethisch und rechtlich reflektiert werden muss und auch in den hier gesammelten Beiträgen unterschiedlich beantwortet wurde.

Bis unmittelbar zur Geburt steht der strafrechtliche Schutz des heranreifenden Lebens unter dem Vorbehalt, dass die Schwangere nicht durch die

Schwangerschaft in ihrer physischen oder psychischen Gesundheit schwerwiegend gefährdet ist und den Abbruch als einzig zumutbaren Ausweg begehrt. Es spielt strafrechtlich keine Rolle, ob das Kind schwerstkrank oder sogar gänzlich gesund ist. Selbst bei einer bis zum Zeitpunkt der extrauterinen Lebensfähigkeit verdrängten Schwangerschaft vermittelt das Strafbuch keinen Lebensschutz für das Kind, wenn die Schwangere überzeugend dargetut, dass die Schwangerschaft oder die Mutterschaft für sie mit schwerwiegendem psychischem Leiden verbunden ist. Ganz anders in der Praxis: Hier sind es überwiegend schwerwiegende Auffälligkeiten beim Ungeborenen, die zum späten Schwangerschaftsabbruch führen. Die physische Bedrohung der Schwangeren spielt dagegen heutzutage in Deutschland kaum noch eine Rolle. In den meisten Fällen hängt also alles von der psychischen Belastung der Schwangeren ab. Deshalb muss auch gefragt werden, inwiefern das Umfeld der Schwangeren und im weiteren Sinne auch unsere Gesellschaft dazu beiträgt, dass ein Kind mit „Normabweichung“ als nicht lebenswert wahrgenommen wird. Paradoxiertweise steht dem geminderten Lebensschutz vor der Geburt ein außerordentlich hoher Lebensschutz nach der Geburt gegenüber. So können Eltern manchmal in die schwierige Situation geraten, dass sie sich aufgrund der ärztlichen Behandlungspflicht nach der Entbindung eines schwerst kranken Kindes im Krankenhaus kaum gegen eine wenig aussichtsreiche intensivmedizinische Behandlung wehren können, obwohl sie ihrem Kind zusätzliche Schmerzen ersparen wollen und es gern eines natürlichen Todes sterben lassen möchten. Auch für Ärzte ist diese Situation sehr schwierig.

Die Tagung befasste sich daher mit folgenden Themenkomplexen: (1) mit der Information über die medizinischen und juristischen Grundlagen, (2) mit der Frage der Geburt als Zäsur des Lebensschutzes, (3) mit dem Wohl der Eltern im Kontext moderner Diagnostik und (4) mit der Frage der Verfügungsgewalt zum eigenen Wohl trotz Lebensfähigkeit des Ungeborenen.

Da den Beiträgen in diesem Band kein Abstract vorangestellt ist, sollen im Folgenden die Grundthesen der Beiträge etwas ausführlicher geschildert werden. Auf diese Weise gewinnt der Leser einen gebündelten Überblick, und es erschließt sich das Zusammenspiel zwischen den einzelnen Themenkomplexen leichter. Die Beiträge vertreten unterschiedliche Standpunkte und geben daher nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

Im Verlauf der Tagung galt es zunächst, juristische und medizinische Grundlagen zu klären. Späte Schwangerschaftsabbrüche, die sich auf einen krankhaften Befund am Ungeborenen gründen, sind ohne Pränataldiagnostik nicht denkbar. Erst diese ermöglicht es, schon vor der Geburt zu wissen, ob ein krankes Kind innerhalb des mütterlichen „Toleranzbereichs“ liegt oder nicht. Das Wissen um den Zustand des Ungeborenen verbunden mit der rechtlichen Zulässigkeit eines späten Schwangerschaftsabbruchs fordert

die Eltern zu einer Entscheidung heraus und befördert damit eine Situation, die für jede Schwangere der absolute Albtraum ist. Vor diesem Hintergrund sprach der Facharzt für Frauenheilkunde, Professor Alexander Scharf, über die oft in Verruf geratene Pränataldiagnostik und betonte, dass die „vorgeburtliche Diagnostik (...) keinen Automatismus darstellt, dem sich jede Schwangere unterwerfen muss“. Dennoch, so wurde im Verlauf der Tagung deutlich, gibt es Frauen, die in eine Diagnostik hineingeraten, ohne vorher die Folgen des dadurch erschlossenen Wissens erahnt zu haben. Nicht nur Scharf fordert daher, dass die Pränataldiagnostik immer von einer Beratung begleitet werden muss. Trotz aller Frustrationen über eine Diagnostik ohne Therapie ruft Scharf ins Gedächtnis, dass es in Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder auch eine pränatale Therapie gibt. Wenn die pränatale Diagnostik so weit entwickelt ist, scheint es schwer erklärlich, dass manche krankhaften Veränderungen erst im fortgeschrittenen Verlauf der Schwangerschaft entdeckt werden. Im Rahmen der üblichen Ultraschallbasisuntersuchungen wird aber erst im zweiten Screening, das zwischen der 19. und 22. Woche p. m. stattfindet, konkret nach Entwicklungsstörungen gesucht, während es im ersten Screening zwischen der 9. und 12. Woche p. m. nur um „Auffälligkeiten“ des Embryos gehen kann. Neben den standardisierten Verfahren gibt es allerdings auch eine auf die konkrete Situation der Schwangeren abgestimmte Diagnostik, die individuell besondere Risiken beachtet. Welcher Mechanismus setzt sich nun in Gang, wenn pränatal eine Auffälligkeit diagnostiziert wird? Dem Gesetz nach muss zwar ein Arzt die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch feststellen, doch weist Scharf darauf hin, dass es in der Praxis die Schwangere selbst ist, die die Indikation für oder gegen einen Abbruch stellt, da es allein auf ihre psychische Disposition ankommt. Der Arzt, so Scharf, sei bloßer Erfüllungsgehilfe der von der Schwangeren allein getroffenen Entscheidung, die sehr subjektiv gefällt und durch biographische Gegebenheiten, insbesondere durch kulturelle und religiöse Prägung, beeinflusst wird. Wie häufig am Ende ein Abbruch erfolgt, ist aufgrund der hohen Dunkelziffer schwierig festzustellen. So schätzt Scharf, dass eine realistische Größe bei etwa 300 bis 400 späten Abtreibungen pro Jahr liegt. Der Spätabbruch wird bei potentiell extrauterin lebensfähigen Kindern in der Regel durch eine fetale Nabelschnurpunktion oder Punktion des Herzens des Fötus vorgenommen, bei der eine kardioplegische Lösung verabreicht wird, um einen Herzstillstand zu erwirken. Anschließend wird das tote Kind mit künstlichen Wehen ausgetrieben.

In die Einzelheiten der strafrechtlichen und vor allem auch strafrechtshistorischen Zusammenhänge führte der Strafrechtler Professor Thomas Hillenkamp ein. Er betont, dass der Begriff der „Spätabtreibung“ zu keiner Zeit gesetzlich Niederschlag gefunden hat. Die rechtliche 22-Wochen-Grenze fand sich allerdings in der strafrechtlichen Fassung zwischen 1976

und 1995 als ultimative Grenze für einen Abbruch aufgrund embryopathischer Indikation. Danach wurde die embryopathische Indikation zugunsten der medizinisch-sozialen Indikation abgeschafft, und die zeitliche Grenze entfiel. Strafrechtshistorisch wurde bis zum Ende des 18. Jahrhunderts der Schwangerschaftsabbruch in Abhängigkeit vom Alter der Leibesfrucht beurteilt. Gegründet war dies auf die aristotelische Sukzessivbeseelungslehre, wonach eine Abtreibung nur bis zu dem Zeitpunkt der Einkehr von „Empfindung und Leben“ erlaubt war. Die Grenze verlief damit also nicht entlang der extrauterinen Lebensfähigkeit, sondern maßgeblich war das Empfangen der sensitiven Belebtheit. Häufig wurde die Abtreibung der „belebten“ Leibesfrucht mit der Todesstrafe geahndet. Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts setzte sich dann die Simultanbeseelungslehre durch, wonach der Embryo schon zum Zeitpunkt der Zeugung eine Seele erhalte. Rechtlich schlug sich dies darin nieder, dass Zäsuren im Hinblick auf die Strafbarkeit entfielen, gleichzeitig wurde aber auch das Strafmaß abgemildert. Hillenkamp erläutert, dass es „über alle Zeiten hinweg“ Fälle des erlaubten Schwangerschaftsabbruchs gegeben habe. Allerdings gab es erst im 20. Jahrhundert die rechtliche Verbürgung eines zeitlich unbegrenzten straffreien Abbruchs im Falle der medizinischen Indikation: In einer Entscheidung des Reichsgerichts von 1927 erstmals ausgesprochen, im Dritten Reich gesetzlich verankert. Während die Nationalsozialisten trotz ihrer „Rassenhygiene“-Ideologie die embryopathische Indikation an die Frist der extrauterinen Lebensfähigkeit des Fötus, die mit Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats konstatiert wurde, knüpften, und in der Bundesrepublik bis 1995 die bereits erwähnte 22-Wochen-Frist für den Abbruch wegen eines Befundes am ungeborenen Kind galt, kennt das heutige Strafgesetzbuch keine solche Grenze mehr für die medizinisch-soziale Indikation, die als Auffangbecken auch für die vormals embryopathische Indikation gelte. Inhaltlich umfasse die medizinisch-soziale Indikation sowohl die (seltenen) Fälle einer physischen Bedrohung von Gesundheit und Leben der Schwangeren, als auch die Bedrohung der seelischen Gesundheit durch die Schwangerschaft und – prospektiv – durch die Mutterschaft. Trotz identifizierter Schwierigkeiten spricht sich Hillenkamp klar für die bestehende strafrechtliche Regelung aus und begrüßt die innerhalb dieses strafrechtlichen Rahmens beschlossenen Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, die mehr ärztliche Beratung für die Schwangere verankern und eine dreitägige Bedenkzeit vorschreiben. Zu bedauern sei, dass der Gesetzesvorschlag für eine spezifischere Datenerhebung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen keine Mehrheit gefunden hat.

Der Medizinrechtlicher Professor Thomas Gutmann beschäftigte sich mit der arzthaftungsrechtlichen Konsequenz der Zulässigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen. Dabei vertritt er die These, dass die Haftungsdogmatik

ohne Rücksicht auf ihre moralischen Implikationen anzuwenden sei (d. h. unter einem strictly legal point of view). Haftungsrechtlich folge aus einer „Pflichtverletzung“ des Behandlungsvertrages, die der Arzt zu vertreten hat, die Pflicht, den hierdurch entstandenen Vermögensschaden zu ersetzen. Demgegenüber ist der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts im 88. Band der höchstrichterlichen Entscheidungssammlung der Ansicht, dass aufgrund des Einbezugs des ungeborenen Lebens in den Schutz der Menschenwürde „eine rechtliche Qualifikation des Daseins eines Kindes als Schadensquelle von Verfassungs wegen (Art. 1 Abs. 1 GG) nicht in Betracht“ komme. „Die Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, jeden Menschen in seinem Dasein um seiner selbst willen zu achten (...), verbietet es, die Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen.“ In Übereinstimmung mit dem Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts und mit dem Bundesgerichtshof argumentiert dagegen Gutmann, dass der Begriff „Schaden“ rein rechtlich zu verstehen sei und ihm kein Unwerturteil innewohne. Schließlich sei es nicht die Existenz des Kindes, sondern der Unterhaltsaufwand, für den Schadensersatz geleistet werde. Es zeigt sich: Eine rein haftungsdogmatische Sicht, wie sie Gutmann einnimmt, kollidiert mit einer Sichtweise, nach der die fehlgeschlagene Vermeidung der Existenz eines Menschen aufgrund der diesem Menschen zukommenden Würde trotz der durch seine Existenz verursachten Kosten nicht als vermögensrechtlicher Schaden begriffen werden darf. In dieser Frage sind sich allerdings selbst die Senate des Bundesverfassungsgerichts uneins.

Im Anschluss an die Erörterung der medizinischen und juristischen Eckpunkte wandte sich die Tagung der konkreten Frage: „Erst Fötus, dann Mensch – Geburt als Zäsur des Lebensschutzes?“ zu. Die Rechtsanwältin Dr. Maria Mattisseck-Neef machte auf die fließende Grenze zwischen Spätabbruch und Neugeborenenethanasie aufmerksam. Neugeborenenethanasie meint dabei „das „Sterbenlassen“ schwer-/schwerstgeschädigter Neugeborener bzw. sehr unreifer Frühgeborener nach der Geburt durch Unterlassen medizinisch möglicher Behandlungen (Intensivmedizin in Form von Ersatz fehlender/unzureichender Vitalfunktionen) bei Durchführung einer Basispflege“. Im Falle von Lebendgeburten nach (fehlgeschlagenen) Schwangerschaftsabbrüchen berühren sich die Abbruchproblematik und die Neugeborenenethanasie ganz unmittelbar. Bis zur Geburt darf ein Fötus bei Vorliegen der medizinisch-sozialen Indikation legal getötet werden, mit der Geburt aber setzt der strenge Lebensschutz des Strafgesetzbuches ein, der nicht nur zu einem „Unterlassen“ der Tötung verpflichtet, sondern den Arzt sogar kraft seiner Garantenstellung auch zu lebenserhaltenden Maßnahmen drängen kann. Auf der untergesetzlichen Ebene wurden Ausnahmen von einer Behandlungspflicht schwerstgeschädigter Neugeborener verankert, wie sie etwa in den Grundsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer

vom Mai 2009 für Ärztinnen und Ärzte festgehalten wurden. Unter diesen besonderen Umständen ist das Sterbenlassen erlaubt (keine Behandlungspflicht), nicht aber die aktive Tötung. Die aktive Tötung durch den Fetozid an extrauterin lebensfähigen Föten wird dagegen überwiegend als rechtlich zulässig angesehen, wenngleich es auch hier starke Kritik zu verzeichnen gibt. Mattisseck-Neef weist darauf hin, dass das Recht einerseits immer eine Reaktion auf die Wirklichkeit, hier also die Möglichkeiten moderner Medizin, darstellt, dass das Recht andererseits aber nicht vor der Wirklichkeit kapitulieren dürfe. Daher mahnt sie an, dass die notwendige Diskussion unter der „klaren Prämisse“ eines grundsätzlichen Lebensrechts des Fötus erfolgen muss und dass dieses Lebensrecht nur im Ausnahmefall zurückzutreten habe. Einem etwaigen Verfall des Rechtsbewusstseins sei entschieden entgegenzuwirken.

Anschließend kam mit Professor Dr. Rolf Schlößer, Neonatologe und Kinderarzt, wieder die Medizin zu Wort. Er erörterte die Geburt als Zäsur im Blick auf die Bedeutung der Geburt für die kindliche Entwicklung. Zunächst widmet er sich dem Phänomen, dass die Wehen gerade nach ca. 40 Wochen einsetzen und nicht zu dem Zeitpunkt, wenn das Kind ohne medizinische Hilfe extrauterin lebensfähig ist, wie dies bei einigen Säugetieren der Fall ist. Beim Menschen wird die Geburt nicht in dem Moment ausgelöst, wo er „fertig ist“, theoretisch also auch ohne medizinische Fremdhilfe außerhalb des Uterus überleben könnte, sondern durch ein in der Plazenta gebildetes Hormon (Cortikotropin-Releasing-Hormon). Vor der Geburt lebt das Kind in absoluter Abhängigkeit vom Körper der Mutter. Sauerstoffzufuhr und Nahrungsaufnahme geschehen über die Plazenta bzw. über die Nabelschnur. Nach der Geburt muss dann das Kind sämtliche Vitalfunktionen selbst beherrschen, was eine enorme physiologische Umstellung bedeutet. Dies geschieht vor allem bei der Atmung unmittelbar nach der Geburt. Für die Thermoregulation benötigt das Kind einige Minuten, der Glucosestoffwechsel braucht einige Minuten bis Tage, die gastrointestinalen Funktionen Stunden bis wenige Tage, und die Niere funktioniert erst nach einigen Wochen so wie bei einem Erwachsenen. Dabei ist der Mensch nach der Geburt mit den geringsten Fähigkeiten im Vergleich zu allen anderen Säugetieren ausgestattet. Im Vortrag erläuterte Schlößer, dass das neugeborene Kind im Wesentlichen nur drei Reflexe beherrscht: Es kann das Gesicht von der Unterlage wegnehmen, um zu atmen, es verfügt über einen Suchreflex nach der Brustwarze und über einen Saugreflex. Vor dem Hintergrund der Behandlung sehr früher Frühchen fragt Schlößer dann, ob die unterschiedliche ethische Bewertung Ungeborener und Geborener möglicherweise auch mit der anderen Visualisierung in Zusammenhang zu bringen ist. Aus medizinischer Sicht bedeutet zwar die Geburt, aufgrund der damit unmittelbar gewonnenen Unabhängigkeit des kindlichen Organismus von dem der

Mutter, eine tiefgreifende Zäsur. Jedoch relativiert die immer bessere Frühgeborenenmedizin mit dem Überleben extrem unreifer Kinder einerseits sowie andererseits die Tatsache der noch sehr rückständigen neurologischen Entwicklung des „reifen“ Kindes auch lange nach seiner Geburt die Bedeutung dieser Zäsur. Daher reicht die medizinische Zäsur der Geburt nicht ohne weitere Begründung dafür aus, einen ethisch unterschiedlichen Lebensschutz zu folgern.

Der Philosoph Dr. Michael Spieker analysiert die Bedeutung der Geburt aus philosophisch-anthropologischer Sicht. In der Antike gehe es bei der Frage nach der Geburt eher um Wahrheit und Wissen. Die natürliche Geburt wird von Sokrates als Gefahr für das wahre Menschsein begriffen, dessen vernünftige Seele mit der Geburt in der Sinnlichkeit befangen sei. Nach der Zäsur der Geburt müsse wahres Leben zunächst neu erlernt werden. Für die Moderne analysierte Spieker kritisch vor allem die Positionen von Ernst Tugendhat, Jürgen Habermas sowie Volker Gerhardt. Für Gerhardt ist die Geburt die entscheidende Zäsur. Der Mensch werde erst in der Geburt zum Menschen. Dennoch sei auch vorgeburtlicher Rechtsschutz möglich, weil das Wesen „uns entspricht, (...) uns entgegenkommt“. Kritisch hinterfragt Spieker die oft genannten Argumente der Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit als Kriterien des Personseins und des Eintritts in die kommunikative Gemeinschaft. Die Schwangerschaft selbst müsse vielmehr als soziales Phänomen betrachtet werden, und schon das Ungeborene übe Einfluss auf die Geborenen aus. Mit Bezug auf Weber sei als soziales Geschehen jede Tätigkeit einzuordnen, die ihren Bezugspunkt „am vergangenen, gegenwärtigen oder für künftig erwarteten Verhalten anderer“ sucht. Mutter und Kind kommunizierten schon vom Anfang der Schwangerschaft an. Aber auch für andere Beteiligte wie den Arzt, der das Wesen „mit gesellschaftlich induzierter Erwartungshaltung medizinisch untersucht“, könne man von einem sozialen Geschehen sprechen. Wenn wir nach Merkmalen der Würde suchen, dann definieren wir diese durch Rekurs auf uns selbst. Dies führe aber in eine Einbahnstraße und eine dem betrachteten Wesen gegenüber rein äußerliche Zwecksetzung. Mit Bezug auf Hegel („sie anerkennen sich als gegenseitig sich anerkennend“) sei für die Würde vielmehr die Anerkennung als Würdeträger konstitutiv. Diese Anerkennung sei jedoch an keinerlei Bedingungen geknüpft, also auch nicht an irgendwelche Eigenschaften des anerkannten Wesens. Als was das Andere uns begegnet, hänge davon ab, wie wir ihm begegnen. Die Anerkennung verlaufe wie ein Zirkel, es gebe keinen Ausgangspunkt und kein Kriterium. Daher könne Anerkennung nur aus Freiheit geleistet werden, sie sei damit eine freie Gabe, die bedingungslos gegeben werde. Das sei der Inhalt der Menschenwürde, die bekanntlich keinen Preis habe (Kant). Weil die Gabe nicht abhängig sei,

brauche sie auch nicht bis zur Geburt zu warten. Deshalb sei die Geburt keine Zäsur, sondern ein Moment in einem Kontinuum.

Aus Sicht der Evangelischen Theologie erörterte der Theologe Professor Eilert Herms die Bedeutung der Geburt für den Lebensschutz. Man müsse unterscheiden, für wen die Geburt eine Zäsur sei: Für die Gesellschaft stelle sich die Geburt als Zäsur dar, da die Gesellschaft durch die Geburt eines Menschen als neuer Teil der Gesellschaft verändert werde. Der Standpunkt „der Gesellschaft“ aber kann nach Herms nicht eingenommen werden, weshalb für die ethische Bewertung des Ungeborenen allein die Perspektive des Einzelnen entscheidend sei. Unter diesem Blickwinkel („mein Leben“) stelle sich die Geburt aber nicht als Zäsur zwischen zwei grundverschiedenen Zuständen dar, sondern sei vielmehr ein Übergang von einer Lebensphase in die andere. Der Mensch befinde sich sein ganzes Leben über „im Werden“. Erst durch den Tod finde die Person eine Abgeschlossenheit, „den Übertritt aus dem Werden des Menschseins in sein Gewordensein, in sein vollendetes und endgültiges Leben im ewigen Leben des Schöpfers“. Dieser Prozess des Werdens stelle sich als unauflösliches Zusammenspiel von Selbst- und Fremdbestimmung dar. Die Geburt sei eine „Zäsur“, insofern der Mensch aus dem fremdbestimmten Bereich in den selbstbestimmten Bereich hinübertrete. Eine eigene, selbstbestimmte Teilnahme am sozialen Leben, dem „sozialen Uterus“ werde erst nach der Geburt möglich. Die Selbstbestimmung finde dabei aber nicht im luftleeren Raum statt, sondern sei immer durch Fremdbestimmung zugespielt. Die Fremdbestimmung sei zugleich die Grenze unserer Selbstbestimmung, ermögliche daneben aber auch erst die Selbstbestimmung. Das Leben könne sich zu keinem Zeitpunkt seiner Fremdbestimmung entziehen. Sowohl Zeugung als auch Schwangerschaft seien soziale Geschehnisse, innerhalb derer dem Menschen keinerlei Wahlmöglichkeiten zukommen. Diese Fremdbestimmung höre aber mit der Geburt nicht auf, sondern setze sich in anderer Weise fort, wofür die Namensgebung exemplarisch stehe. Die Geburt erscheint damit nicht als Zäsur, sondern als Übergang zwischen relativ ähnlichen Lebensabschnitten.

Im Blick auf den Menschen als Gattung erkenne der Mensch als Einzelner, dass die Fremdbestimmung ein notwendiges Moment seiner Existenz und seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung und ihrer Ausübung sei. Vor diesem Hintergrund sei die Geburt nicht der Beginn des menschlichen Lebens, sondern vielmehr erstens ein Ereignis im menschlichen Leben als Leben der Gattung und zweitens ein Ereignis im menschlichen Leben als Leben des Individuums. Aus dem kontinuierlichen Prozess des Werdens folge, dass jede Gestalt des Lebens als zur Person gehörig akzeptiert werden müsse. Eine Bewertung würde dagegen manifeste Strukturen in die Gegebenheiten projizieren und damit das Leben als Prozess des Werdens ver-

kennen. Wenn über den Zugang zu den universalen Zügen des Menschseins gesprochen werde, so handele es sich nie um einen aperspektivisch allgemeinen Zugang, sondern immer um eine individualperspektivische Sicht. Daraus folge, dass die in der Gesellschaft herrschenden Konsense über die Frage, was den Menschen ausmacht, immer aus der Kommunikation solcher perspektivgebundenen Sichtweisen resultierten.

Nach dem interdisziplinären Diskurs über die Frage der Geburt als Zäsur wandte sich die Tagung den Eltern und insbesondere der Schwangeren zu: Pränataldiagnostische Erkenntnisse in Verbund mit der im Einzelfall bestehenden rechtlichen Zulässigkeit von Spätabbrüchen stellen das Paar vor eine Entscheidungssituation, die sonst nicht bestünde.

Die Beraterin Sabine Hufendiek analysierte aus ihrer Erfahrung am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung drei konkrete Fälle aus der Praxis und zeigt den sehr unterschiedlichen Umgang von Paaren, die mit einem pränataldiagnostischen Befund konfrontiert wurden, auf. Anhand dieser Fälle macht Hufendiek deutlich, dass Paare aufgrund ihres ethischen – und hier religiösen – Hintergrundes unterschiedlich mit derselben Diagnose umgehen. Während sich das erste Paar nach der Diagnose eines hypoplastischen Linksherzens für einen späten Schwangerschaftsabbruch entschied, wollte das zweite Paar dem Kind unbedingt die Chance geben, durch postnatale Operationen am Leben zu bleiben. Als besonders problematisch hebt Hufendiek diejenigen Entscheidungsprozesse hervor, bei denen die Schwangere, wie etwa ein Drittel der Bevölkerung, unter Störungen der „Selbststruktur“ (in unterschiedlicher Intensität) leidet. In dem konkret geschilderten Fall (27. Schwangerschaftswoche mit Diagnose Trisomie 21) verweigerte sich die Schwangere einer echten Auseinandersetzung und litt nach dem Schwangerschaftsabbruch psychisch so stark, dass sie zwei Wochen später das Kind zu sehen begehrte, um den entgangenen bzw. verweigten Abschied nachzuholen. Eine längerfristige Psychotherapie musste sich anschließen.

Die Beiträge der Humangenetikerin Professor Sabine Stengel-Rutkowski und der Pädagogin Professor Marion Baldus zeigen, dass die Diagnose eines nicht gesunden Ungeborenen bei jeder Schwangeren einen tiefen Schock auslöst, unabhängig von ihrem sonstigen Hintergrund. Allerdings, so wird im Beitrag von Baldus deutlich, kann die ethische Voreinstellung entscheidend für den Umgang mit dem Befund sein. Stengel-Rutkowski vergleicht den Schock mit einem Todeserlebnis. Das geliebte und in der Vorstellung der Eltern gesunde Wunschkind sterbe mit der Diagnose des Syndroms. Die Eltern könnten ihre negativen Gefühle aber nicht klar diesem „Todeserlebnis“ zuordnen, vielmehr richteten sich die negativen Gefühle meistens auf das erwartete „real existierende“ Kind, „das zunächst an ihrer seelisch unannehmbaren Situation schuld zu sein scheint“. Das reale, unge-

borene Kind fühle sich plötzlich fremd an. Um eine tragfähige Entscheidung im Blick auf das heranreifende Kind treffen zu können, sei zunächst Trauerarbeit für das verlorene Wunschkind nötig, damit der Blick auf das reale Kind und die Frage nach seiner Annahme nicht verstellt sei. Erst wenn die Eltern ihre Trauer zuordnen können und den Abschied vom Wunschkind vollziehen, würden sie frei für eine Beziehung zu dem realen Kind. Oft sei für die Entscheidung von zentraler Bedeutung, welche Chancen ein genetisch verändertes Kind hat. Stengel-Rutkowski erklärt aufgrund ihrer Forschungen, dass beispielsweise Kinder mit Downsyndrom oft in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit stark unterschätzt würden und sich entsprechend der Vorurteile der Umwelt (weniger gut) entwickelten, da ihnen die altersgerechte Förderung nicht angeboten wird. Nach dem aktuellen Forschungsstand sei das Phänotypmerkmal „Geistige Behinderung“ primär auf die Umwelt als auf die genetische Disposition zu schieben. Trotzdem werden heute in Deutschland Kinder nach der Diagnose Downsyndrom ganz überwiegend nicht zu Ende ausgetragen, wie Baldus berichtet. Daher galt das Interesse von Baldus gerade jenen wenigen Frauen bzw. Paaren, die sich trotz Kenntnis der genetischen Abweichung für das Weiterleben des Ungeborenen entschieden. Einflussfaktoren für die Entscheidung können dabei Erfahrungen von De-Normalisierungsprozessen, berufliche Erfahrungen im Sozial- und Gesundheitswesen sowie religiöse Wurzeln sein. Auch Baldus verweist auf die Gefahren einer überhasteten, gar von außen aufgedrängten – und schließlich unumkehrbaren – Entscheidung nach dem massiven Schock der Diagnosemitteilung, da die Gefühle des Paares zunächst einmal ernst genommen werden müssten und eine emotionale und kognitive Auseinandersetzung Zeit brauche. Zentral für die Entscheidungsfindung der Schwangeren sei, wie die Herkunftsfamilie reagiere und, noch wichtiger, wie der Partner der Situation begegne. Baldus stellt fest, dass aufgrund der in weiten Teilen der Gesellschaft verankerten Selektion behinderten Lebens eine Einzelentscheidung gegen diesen Trend nur unter erschwerten Bedingungen möglich sei. Baldus hinterfragt das gesellschaftliche Bestreben, Leid zu vermeiden und den Lebenswert anderer Menschen zu beurteilen, die von der Norm abweichen, und plädiert für eine inklusive Gesellschaft.

Wird meist die zusätzliche psychische Belastung hervorgehoben, die das Kind für die Schwangere und spätere Mutter bedeuten würde, beleuchtet demgegenüber die Psychotherapeutin Dr. Angelika Pokropp-Hippen die Folgen für die Psyche, die sich durch den Schwangerschaftsabbruch ergeben. Das Post-Abortion-Syndrom (PAS) wird von vielen Seiten in seiner Existenz angezweifelt, es ist eine Krankheit unter einem Tabu. Pokropp-Hippen beschreibt das PAS als „eine seelische Erkrankung nach Abtreibung mit psychosomatischer Symptomatik, die in einem zeitlich variablen Intervall auftritt“. Es handelt sich um eine Sonderform der Post-Traumatic-Stress-

Disorder (Posttraumatische Belastungsstörung, PTSD). Die Diagnose werde dadurch erschwert, dass – wie auch von bestimmten Fällen der PTSD her bekannt – der Zusammenhang mit der auslösenden Ursache, hier dem Abbruch, für die Betroffenen selbst und für Helfer oft nicht unmittelbar zu erkennen sei. Ein Grund hierfür sei, dass bei schuld- und schambesetzten Themen ein kollektiver Verdrängungsmechanismus einsetze, wie Pokropp-Hippen unter Verweis auf die Forschungen von Carl Gustav Jung, dem Begründer der analytischen Psychologie, ausführt. So komme es auch, dass aussagekräftige Studien zum PAS für den deutschen Sprachraum fehlten. Dies wiederum bestärke die Schwierigkeit einer eindeutigen Zuordnung der unspezifischen Symptome (wie Depressionen, psychosomatische Erkrankungen etc.) zu einem PAS, sodass es zu Fehldiagnosen komme. Falsche Therapien und bloße Symptombehandlungen seien die häufige Folge. Da sich das PAS oft nicht direkt an den Schwangerschaftsabbruch anschließt, sondern vielfach zeitlich wesentlich später, z. B. in Verbindung mit markanten biographischen Eckpunkten wie dem Klimakterium, auftritt, sei die Rückbindung an das auslösende Ereignis des Schwangerschaftsabbruchs noch einmal erschwert. Aus der eigenen Praxis schildert Pokropp-Hippen den Fall eines Paares, das an PAS mit besonders stark ausgeprägten Symptomen leidet und verdeutlicht daran das Krankheitsbild.

Wie ist aber die Belastung für Eltern, wenn sie sich für das Austragen ihres Kindes entschieden haben, obwohl es behindert ist? Der Psychotherapeut Dr. Rüdiger Retzlaff gewährte Einblicke in seine Forschungen und seine therapeutische Praxis. „Behinderungen“ können in ganz unterschiedlichen Formen auftreten, körperlicher, geistiger oder seelischer Art. Vergleichbar einer Behinderung seien auch schwere chronische Krankheiten. Da es einen breiten Fächer an Behinderungsformen gibt, können die Erfahrungen sehr unterschiedlich ausfallen. Retzlaff beschreibt, dass die Mitteilung der Behinderung über das eigene Kind, auch wenn es bereits geboren ist, als Schock erlebt wird. In Rückbindung an Baldus und Stengel-Rutkowski wird klar, dass die Mitteilung einer solchen Diagnose werdende Eltern und Eltern geborener Kinder gleichermaßen hart trifft. Retzlaff unterscheidet verschiedene Phasen der Anpassung an ein Leben mit einem behinderten Kind. Die Länge der einzelnen Phasen variere dabei. In der akuten Anpassungsphase gelte es, eine Reihe an Herausforderungen zu meistern, etwa das hohe Maß an Ungewissheit zu ertragen und die bleibenden Veränderungen zu akzeptieren. In der mittleren Anpassungsphase herrsche größere Klarheit darüber, in welchem Umfang das Kind behindert sei. Es gehe hier nicht mehr um Organisation und Aufbau eines Netzwerkes aus medizinischer und therapeutischer Hilfe, sondern um die Dauerbelastung der Pflege. Retzlaff stellt die Belastungssituation und ihre Auswirkung auf die Familie dar, erläutert darüber hinaus aber auch, welche Bewältigungs-

muster es gibt. Es sei nicht allein die objektive Schwere der Behinderung entscheidend, sondern auch die Familienfunktionen, das Familienkohärenzgefühl und nicht zuletzt die Ressourcenausstattung. Retzlaff legt dar, welche Hilfen für betroffene Familien besonders wichtig und effektiv sind und gibt damit Handlungsanregungen für Politik und Gesellschaft.

Im letzten Tagungsabschnitt ging es noch einmal ganz spezifisch um die Frage der Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod extrauterin lebensfähiger Feten. Zunächst stand die Frage des „Entsiders“ im Fokus. Der Öffentlich-Rechtler Dr. Dr. Ino Augsberg analysierte, wer entscheidet und wer entscheiden solle, und fragte normativ: „Wem ist nach der Konzeption unserer Rechtsordnung die Letztentscheidungskompetenz zugewiesen“? Der Gesetzgeber könne sich in einer so grundrechtsintensiven Angelegenheit wie dem Schwangerschaftsabbruch nicht seiner Aufgabe entziehen, so dass an sich nicht zu fragen sei, ob das Parlament entscheidet, sondern vielmehr, wie intensiv seine Beteiligung ausfällt. Da „ausnahmslose schwarz-oder-weiß-Lösungen“ von vornherein ausschieden, könne dem Gesetzgeber keine allumfassende Letztentscheidungskompetenz zukommen. Der Gesetzgeber müsse also Ausnahmeregelungen zulassen. Damit eröffne sich Raum für weitere Entscheidungsträger, für die Rolle des Richters, die Relevanz medizinischen Sachverständes, für Ethikkommissionen und für die Entscheidungsinstanz der betroffenen Schwangeren selbst. Letzterer misst er entscheidendes Gewicht zu, einerseits aufgrund des allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Schwangeren, da der Schutzbereich aus Sicht der Betroffenen definiert werden müsse („Selbstverständnis als Rechtskriterium“). Andererseits lasse sich rein praktisch der Grundrechtsschutz des Fötus kaum gegen die Schwangere durchsetzen. Allerdings müsse die Entscheidung der Schwangeren durch komplementäre Verfahrensregelungen begleitet sein („Grundrechtsschutz durch Verfahren“).

Ein Referat setzte anschließend die Grundrechte des extrauterin lebensfähigen Fötus und die Grundrechte seiner Eltern, in erster Linie der Schwangeren, in Bezug zueinander (Dr. A. Katarina Weilert, Juristin). Grundlegend ist die Frage, ob der Mensch schon vor seiner Geburt den Schutz von Grundrechten genießen kann. Würde diese Frage verneint, müsste der Fötus konsequenterweise als bloßes „Anhängsel“ und rechtlich als Eigentum der Schwangeren betrachtet werden. Sieht man den Entwicklungsstand des Fötus als eine Phase innerhalb eines ganzen individuellen Menschenlebens an und betrachtet die Geburt nicht als die Zäsur zur Menschwerdung, so ergibt sich, in Übereinstimmung mit dem Bundesverfassungsgericht, dass auch das ungeborene Leben Grundrechtsschutz genießt. Im Verfassungsrecht gilt: Beeinträchtigt die Grundrechtsausübung des Einen die Grundrechtsausübung des Anderen, so muss im Verfassungsrecht ein schonender Ausgleich gefunden werden. Dabei fällt ins Gewicht, dass ein Schwangerschaftsabbruch

dem Fötus endgültig sein Lebensrecht nimmt und damit auch jede spätere Grundrechtsausübung unmöglich macht. Bei einer Diskussion der beiden Grundrechtspositionen sollte allerdings nicht vorschnell von einer Verletzung der Menschenwürde (sowohl der Schwangeren als auch des Fötus) ausgegangen werden, da eine Menschenwürdeverletzung im Verfassungsrecht nur in absoluten Ausnahmefällen angenommen werden kann, will man sie auch in Zukunft absolut, d. h. unabwägbare, gewähren. Ebenso muss sehr genau geprüft werden, um welche konkreten Grundrechte es geht, und wodurch sie verletzt sein können. Ein Recht auf Selbstbestimmung gibt es nicht als eigenes Grundrecht; der Umfang der grundrechtlich garantierten Selbstbestimmung bemisst sich vielmehr nach einer Zusammenschau verschiedener Grundrechte, darunter des allgemeinen Persönlichkeitsrechts. Setzt man mit dem Bundesverfassungsgericht den Einbezug ungeborenen Lebens in den Grundrechtsschutz voraus, so muss die Zulässigkeit des späten Schwangerschaftsabbruchs auf elementare Ausnahmefälle begrenzt bleiben. Die Schwangere kann nicht autonom über Leben oder Tod des Ungeborenen befinden, will man den Grundrechtsschutz für den Fötus nicht aufgeben. Aufgrund der tiefgreifenden Problematik, die hinter dem Begehren eines späten Schwangerschaftsabbruchs nach pränataldiagnostischem Befund steht, sollte die Grundrechtsgarantie des Staates sowohl für das Lebensrecht des Fötus als auch für die Grundrechte der Eltern nicht dabei stehenbleiben, die Frage der Zulässigkeit des Abbruchs zu regeln, sondern es müssen klare Optionen für Eltern mit behinderten Kinder geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, aus dem „Entweder-Oder“ herauszutreten, um sich „für das Kind“ und zugleich „für eine persönlich erfüllende Lebensperspektive“ entscheiden zu können.

Der Theologe Professor Reiner Anselm stellte sich am Ende der Tagung der schwierigen Frage, ob in Perspektive der Evangelischen Ethik erst die Geburt ein Recht des kranken Kindes auf Leben begründet, das dem Recht auf Wohlergehen der Eltern nicht mehr untergeordnet ist. Eine eindeutige Antwort sei hier unmöglich, vielmehr gäbe es nur „situative Annäherungen“, sein Fazit müsse sich mit einer „Zwischenbilanz“ begnügen. Das Kind besitze auch vor seiner Geburt ein Recht auf Leben, aber, nach Meinung von Anselm, nur ein von der Anerkennung der Mutter abgeleitetes, sei das Leben vor der Geburt doch durch konstitutive Unselbstständigkeit gekennzeichnet. Dennoch sei das Lebensrecht des Ungeborenen nicht grundsätzlich der Mutter unterzuordnen. Ein später Schwangerschaftsabbruch sei nur als Ausnahme legitim. Voraussetzung sei, dass es sich „um einen zumindest subjektiv wahrgenommenen irreduziblen Konfliktfall“ handle und eine „bruchlose Lösung“ nicht möglich sei. Diese subjektive Entscheidung berge aber auch immer die Gefahr in sich, dass sie sich als falsch erweist. Aus theolo-

gisch-ethischer Perspektive könne daher die Frage der Schuld nicht ausgelassen bleiben.

Welche grundlegende Erkenntnis kann aus der Tagung gewonnen werden? Wohl die, dass, so sehr der Konflikt gern immer wieder auf das bipolare Verhältnis der Schwangeren zu ihrem ungeborenen Kind reduziert wird, die Tagung immer wieder und nachdrücklich gezeigt hat, dass „wir“, die diese beiden Menschen umgebende Gesellschaft, in die Problematik eingebunden sind. Unser Umgang mit Schwangeren, Eltern, Familien und Kindern drückt sich in der konkreten Entscheidung der Schwangeren aus. So möchte ich das Schlusswort Alexander Scharf überlassen, wenn er feststellt:

„Wir müssen konstatieren, dass der gesellschaftliche Anspruch auf eine Gesellschaft erfüllt von Toleranz, Respekt, Demokratie, Gesundheit, Jugend, Schönheit, Perfektion und Medienbildung sich konfrontiert sieht mit der gesellschaftlichen Realität, die da heißt Verlust an sozialen, kulturellen, ethischen Bindungen, dem Dominat einer Leistungsgesellschaft, einem übersteigerten Freiheitsbegriff und einer intensivierten Klagebereitschaft bei sog. übersehenen Fehlbildungen. Dies selbst ist auszumachen als der Spiegel der wirklichen Toleranz der Gesellschaft anderen Formen oder Abwandlungen des Lebens gegenüber.“

I. Medizinische und juristische Grundlagen des (späten) Schwangerschaftsabbruchs

Alexander Scharf

Die Praxis der Spätabtreibung in deutschen Kliniken

I. Einleitung

Die Pränatalmedizin als junge Subdisziplin des Faches Gynäkologie und Geburtshilfe hat sich aus den ersten Anfängen Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre heraus zu einer sich dynamisch fortentwickelnden Spezialität unseres Faches entwickelt. Dabei ist sie mit Aufnahme in die Bestimmungen der Mutterschaftsrichtlinien in den 80er Jahren zum festen Bestandteil der Schwangerenvorsorge geworden und hat sich einen festen Platz in der geburtshilflichen Routinebetreuung erworben.¹ Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die nicht-invasive (Ultraschalldiagnostik) sowie invasive, vorgeburtliche Diagnostik (Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion) keinen Automatismus darstellt, dem sich jede Schwangere unterwerfen muss. Vielmehr hat die individuelle Schwangere vor dem Hintergrund ihrer Sozialisation, ihrer religiös-ethischen Prägung die Möglichkeit, in individuell unterschiedlichem Ausmaß eine vorgeburtliche Diagnostik in Anspruch zu nehmen oder nicht. Umgekehrt ist es durch die sonographischen Bestimmungen der Mutterschaftsrichtlinien dem betreuenden Gynäkologen vorgeschrieben, daß er in einem bestimmten Umfang jeder Schwangeren eine vorgeburtliche Diagnostik anbieten muss.

Die pränatale Diagnostik stellt insofern ein Informationsangebot an Schwangere dar, auf das fakultativ zurückgegriffen werden kann, wenn sich aus den Mutterschaftsrichtlinien heraus in Ausübung der sonographisch vorgeschriebenen Basisdiagnostik eine Indikation zur weiterführenden Abklärung fetaler bzw. materno-fetaler Gesundheit ergibt. Dabei ist die Aussagekraft dieser Methode generell methodenimmanent eingeschränkt: Die typischerweise durchzuführende Überprüfung auf mutmaßliche fetale Unversehrtheit, welche mit bedingter Gesundheit gleichgesetzt wird, bezieht sich auf den Ausschluss diagnostizierbarer und klinisch relevanter somatischer Fehlbildungen oder auf den Ausschluss diagnostizierbarer und klinisch

¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, 19.11.2009. URL: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>, Stand 2010.

relevanter genetischer Erkrankungen. Im Falle von sonographisch diagnostizierbaren Fehlbildungen oder zytogenetischen Störungen kann so die Detektion vor den Zeitpunkt der Geburt vorverlegt und die werdende Mutter über die Natur der vorliegenden Störung informiert werden.

Eine pränatale Diagnostik muss immer in eine Beratung vor und nach jeder weiteren Maßnahme eingebettet sein. Die Ultraschalluntersuchung als primär nicht invasives Untersuchungsverfahren fungiert dabei als zentrales Diagnostikum. An invasiven Methoden stehen die Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese), die Chorionzottenentnahme (Chorionbiopsie) sowie die Nabelschnurpunktion zur Verfügung. Des Weiteren haben sich im letzten Jahrzehnt infolge des kombinierten Nackentransparenztestes sensitive, nicht-invasive Testverfahren etabliert, welche eine individualisiertere Risikozuweisung hinsichtlich des möglichen Vorliegens genetischer Anomalien erlauben, indem sie das Risiko nicht mehr von der alleinigen Betrachtung des mütterlichen Alters abhängig machen. Auch kann über die Bestimmung von entsprechenden Infektionsparametern im mütterlichen Blut indirekt oder direkt über die Bestimmung dieser Infektionsparameter aus Proben des fetalen Compartimentes (Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie) eine weiterführende Infektionsdiagnostik am Feten betrieben werden.

Für den Bereich der pränatalen Therapie nach nachweislich eingetretener materno-fetaler oder fetaler Störung stehen entsprechende Behandlungs- und Therapieverfahren zur Verfügung, z. B. die Behandlung eines Schwangerschaftsdiabetes oder einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft (sog. Schwangerschaftsvergiftung), auf rein fetaler Seite etwa Verfahren nach stattgehabten Infektionen, bei unterschiedlichen Formen der fetalen Anämien, strukturellen Störungen im harnableitenden fetalen System und vielem anderen mehr.

Die dem Frauenarzt vorgegebene Pflicht zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft ist im Hinblick auf die eigentlich zu behandelnde Frage des Fetozids von entscheidender Bedeutung, da diese ärztliche Pflicht den Schwangerschaftskonflikt bei der Diagnose einer fetalen Fehlbildung überhaupt erst auslöst: Die Ultraschallbasisuntersuchungen, auch Ultraschallscreening-Untersuchungen nach Mutterschaftsrichtlinien genannt, werden vom niedergelassenen Frauenarzt durchgeführt. Sie sind für ihn Pflicht, für die Patientin in der Annahme dieses Angebotes fakultativ. Diese Untersuchungen werden in der 12., 22. und 32. Woche durchgeführt. Inhaltlich sollte beim sog. ersten Screening in der 9. bis 12. Woche der niedergelassene Frauenarzt nicht nach Fehlbildungen, sondern lediglich nach „Auffälligkeiten“ suchen. Im zweiten Screening zwischen der 19. und 22. Schwangerschaftswoche wird neben der Kontrolle des Wachstums nach „Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen hinsichtlich Körperumriss und fetaler Strukturen“ gefahndet. Damit ist kein klarer,

vom niedergelassenen Frauenarzt als dem Primärdiagnostiker zu entdeckender fetaler Fehlbildungskatalog definiert. Das dritte Screening von der 29. bis zur 32. Schwangerschaftswoche dient der Kontrolle der bereits beim zweiten Screening untersuchten Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen hinsichtlich Körperumriss und fetaler Strukturen.

Der im individuellen Schwangerschaftsfall medizinisch sinnvolle Umfang einer pränatalen Diagnostik ist in der Bundesärztekammerrichtlinie „Pränatale Diagnostik“ definiert.² Die Kenntnis der dort aufgelisteten Indikationsstellungen für eine weiterführende, insbesondere invasive Diagnostik ist gleichermaßen für den Schwangerschaftsvorsorge betreibenden, niedergelassenen Frauenarzt wie für den spezialisierten Pränatalmediziner als unabdingbar in dieser Richtlinie eingefordert!

Über die frühzeitige anamnestische und diagnostische Erfassung von Risikofaktoren für Entwicklungsstörungen des Kindes aus der Eigenanamnese der Schwangeren, aus der Familien- und Schwangerschaftsanamnese soll ein individuelles Risikoprofil für materno-fetale Störungen bzw. Erkrankungen ermittelt werden. Besteht ein definiertes Risikoprofil, kann über die Prüfung bestimmter, altersabhängiger genetischer Risiken durch Bestimmung von Blutwerten und gezielter Ultraschalluntersuchungen eine pränatale Diagnostik durchgeführt werden. Bei Anhaltspunkten für ein genetisch bedingtes Risiko wird die Nutzung der Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und Diagnostik angeboten. Weitere mögliche Gründe für eine gezielte, insbesondere invasive pränatale Diagnostik können das erhöhte Alter der Schwangeren, auffällige Serummarker, verdächtige sonographische Befunde (z. B. dorsonuchales Ödem) sowie anamnestisch erkennbare, pränatal diagnostizierbare Erkrankungen in der Familie sein. Auch eine prä- oder perikonzeptionelle Exposition der Mutter gegenüber potentiell mutagenen (erbgutverändernden), teratogenen (Fehlbildungen verursachenden) und fetotoxischen (für den Feten giftige) Agenzien kann eine derartige weiterführende Diagnostik auslösen.

Insoweit findet eine spezialisierte, weiterführende pränatale Diagnostik im eigentlichen Sinne bei einer ungestörten Schwangerschaft nicht statt: Hier sollte lediglich die Basisultraschalluntersuchung durch den niedergelassenen Frauenarzt durchgeführt werden. Eine weiterführende Diagnostik im Zentrum sollte generell nur auf Wunsch der Schwangeren (psychische Indikation) oder auf Empfehlung (medizinische Indikation) erfolgen, wenn im Ultraschallscreening Auffälligkeiten festgestellt wurden.³

² Vgl. Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, Deutsches Ärzteblatt Nr. 95 (1998), S. A 3236–3242.

³ Vgl. K. König, Pränataldiagnostik und Mutterschaftsrichtlinien, Frauenarzt Nr. 46 (2005), S. 787–790.

Zusammenfassend ist das Ziel der Pränatalmedizin typischerweise die Bestätigung der normalen Entwicklung. Etwaig sich anbahnende fetale oder materno-fetale Störungen sollen früh erkannt und möglichst gezielt behandelt werden. Insgesamt dient die Pränatalmedizin damit der Förderung und dem Erhalt von Leben. Insoweit ist die spezialisierte, gezielte Pränataldiagnostik als Bestandteil der Pränatalmedizin ein der Schwangeren vorgehaltenes Angebot. Sie ist ihrer Natur nach fakultativ und sollte nicht mit einem Automatismus in ihrer Anwendung versehen sein. Das individuelle Ausmaß der Anwendung wird bei der individuellen Schwangeren definiert über die generelle Akzeptanz dieser Subdisziplin Pränatalmedizin durch die Gesellschaft und durch die von der Gesellschaft definierten sozialen, ethischen und juristischen Regelwerke. Insoweit ist nicht die Medizin, sondern die Gesellschaft entscheidend hinsichtlich des Ausmaßes einer zur Anwendung kommenden Pränatalmedizin vor dem Hintergrund allgemein gesellschaftlicher Regeln im Umgang mit ungeborenem Leben.

II. Gesetzliche Grundlagen für Schwangerschaftsabbruch und Fetozyd

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch sind in § 218a Strafgesetzbuch (StGB) festgesetzt.

Während § 218 StGB selbst prinzipiell den Abbruch einer Schwangerschaft unter Strafe stellt, wird in § 218a StGB die Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruches für bestimmte Fälle festgelegt. § 218a Absatz 1 StGB betrifft den früher als „Fristenregelung“ bezeichneten Schwangerschaftsabbruch vor der 12. Woche post conceptionem (14 Wochen post menstruationem). Dieses Zeitfenster ist insoweit bedeutsam, als dass hier der Abbruch erfolgt, bevor eine gezielte fetale Diagnostik überhaupt erst zur Anwendung kommen kann: Das Zeitfenster liegt in der Embryonalperiode. Aspekte fetaler Gesundheit oder Krankheit bleiben hier unberücksichtigt. Als Durchführungsmethoden kommt hier mehrheitlich die Saugcurette zu Anwendung. Bis zur 7. Schwangerschaftswoche (SSW) kann die Schwangerschaft auch medikamentös beendet werden.⁴

In § 218a Abs. 2 StGB werden die Bestimmungen abgehandelt, auf welche pränatalmedizinisch abgebrochen wird: Der 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

⁴ M. Link, Was ist bei der Anwendung von Mifegyne zu beachten? Medizinische Grundlagen, rechtliche Regelungen und Durchführung, Frauenarzt Nr. 44 (2003), S. 518–526.

das Leben oder einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere, für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Damit wird inhaltlich in § 218 Abs. 2 StGB in der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch jenseits der 12. SSW ausschließlich auf den körperlichen oder seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren selbst abgestellt. Der typischerweise ein Abbruchbegehren auslösende und eigentlich ursächlich fetale Gesundheitszustand, in diesem Falle eine fetale Fehlbildung oder eine fetale genetische Erkrankung, wird hier gezielt ausgeblendet. Entscheidend ist in dieser Situation ausschließlich, ob die Kenntnis einer fetalen Gesundheitsstörung bei der Schwangeren selbst eine Störung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes auslöst. Typischerweise geht eine fetale Fehlbildung oder eine fetale Aneuploidie nicht mit einer Beeinträchtigung der mütterlichen körperlichen Gesundheit einher. Damit ist in gegebenem Falle die individuelle seelische Verarbeitung einer vorgeburtlich diagnostizierten fetalen Erkrankung auslösend für einen sich hiervon ableitenden gestörten seelischen Gesundheitszustand. Das bedeutet, dass in dieser Situation die Schwangere selbst über die Art der Verarbeitung der Situation die Indikation für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch stellt.

§ 218a Abs. 3 StGB regelt den Abbruch einer aus sexuellem Missbrauch heraus entstandenen Schwangerschaft, auch hier gilt die Frist von 12 Wochen.

Insoweit muss klar unterschieden werden zwischen der in § 218a Abs. 1 StGB abgehandelten Beratungsregelung und der in § 218a Abs. 2 StGB abgehandelten pränatalmedizinischen, wie oben ausgeführt eigentlich maternal-seelischen, Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

Diese Unterscheidung findet in der statistischen Ausweisung statt, nicht allerdings in der gesellschaftlichen Rezeption. Bedeutsam ist, dass bei der Novellierung des § 218 StGB Mitte der 90er Jahre bezüglich der pränatalmedizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch eine zeitliche Begrenzung, bis wann ein derartiger Abbruch durchgeführt werden kann, nicht vorgesehen wurde. Des Weiteren ist im Zusammenhang mit der Durchführung eines Abbruchs nach § 218a Abs. 2 bis zum Jahre 2010 kein gesetzliches Regelwerk formuliert worden, welches die weitere Vorgehensweise hierbei strukturiert oder auch reglementiert. In der Konsequenz entscheidet die von einer fetalen Störung betroffene Frau allein, da ihr (nach möglichst non-direktiver Beratung) die Wertung obliegt, was die fetale Störung für ihre körperliche oder seelische Gesundheit bedeutet. Damit ist die Indikation für oder gegen die Austragung eines von einer diagnostizierbaren Erkrankung betroffenen neuen Lebens stark der Subjektivität der werdenden Mutter unterworfen. Einflussnehmende Größen sind hierbei die Lebenserfah-

rung der individuell betroffenen Frau, ihre kulturelle Herkunft sowie ihre religiöse und ethische Prägung. Der das Begehren auf Schwangerschaftsabbruch begleitende Arzt wird insoweit zum Erfüllungsgehilfen der betroffenen Schwangeren. Eine potentielle Konfliktsituation ergibt sich aus den Bestimmungen der unterlassenen Hilfeleistung im Falle der Weigerung zur Durchführung eines Abbruchs.

An dieser Stelle sollte die generelle Ambivalenz nicht unerwähnt bleiben, die im Umgang mit den Bestimmungen des § 218a StGB psychologisch, aber auch faktisch in seiner Anwendung zu beobachten ist.⁵

Das Phänomen betrifft dabei gleichermaßen die Gesellschaft allgemein, die individuell von einer fetalen Fehlbildung betroffene Schwangere wie auch die als Diagnostiker und im Erlebnisfalle als abbrechende Ärzte tätig werdenden Frauenärzte.⁶ Dies schlägt sich in der fortwährenden gesellschaftlichen und fachlichen Diskussion und insbesondere in der sich fortentwickelnden Rechtsprechung nieder.⁷

Folgende Neuerungen im Umgang mit den Bestimmungen des § 218a StGB wurden im Jahre 2010 eingeführt:

1. Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

Unabhängig von der Schwangerschaftswoche und der Indikation sieht das Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, in Kraft getreten am 1. Januar 2010, folgende neue Aspekte vor: Die Frau erhält mehr Beratung im Zusammenhang mit der Diagnose einer Erkrankung des Kindes, was sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte angeht. Sie muss durch den Arzt obligatorisch darauf hingewiesen werden, dass sie ein Recht auf Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen hat. Zwischen der erfolgten Diagnose bzw. Beratung und der Ausstellung der Indikationsbescheinigungen müssen mindestens 3 Tage vergehen (Zeit des Überdenkens). Lediglich bei „gegenwärtiger erheblicher Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren“ gelten diese Fristen nicht.

⁵ Vgl. U. Riedel/K. Vetter, Abgrenzung von Schwangerschafts- (spät)abbrüchen zu Totgeburten, *Frauenarzt* Nr. 48 (2007), S. 747–749; R. Linder et al., Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts, *Frauenarzt* Nr. 48 (2007), S. 254–257.

⁶ Vgl. CDU/CSU-Fraktion, Pressemitteilung: Regelungen zur Vermeidung von Spätabtreibung dringend notwendig, 29.04.2004. URL: <http://www.openpr.de/news/7498/Regelungen-zur-Vermeidung-von-Spaetabtreibungen-dringend-notwendig.html>, Stand 2010; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Pressemitteilung: Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch, 18.06.2001. URL: <http://www.dggg.de/startseite/nachrichten/stellungnahme-zum-schwangerschaftsabbruch/dafccb8339/>, Stand 2010.

⁷ Vgl. T. Schwenzer, Arzthaftung bei Diagnosefehlern während der Schwangerschaft. Zur aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, *Frauenarzt* Nr. 44 (2003), S. 490–502.

2. Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Dieses Gesetz, das zum 1. Februar 2010 in Kraft getreten ist, schafft einen rechtlichen Rahmen für genetische Untersuchungen. Es soll vor der Kommerzialisierung und dem Missbrauch von genetischen Informationen schützen. Es betrifft u. a. die Bereiche des Abschlusses von Versicherungsverträgen, der Untersuchung auf Verlangen des Arbeitgebers, der vorgeburtlichen Untersuchung und der prädiktiven genetischen Untersuchungen z. B. auf familiäre Krebsdisposition. Dabei wird in § 7 GenDG ausgeführt (Abs. 1): Eine diagnostische genetische Untersuchung darf nur durch Ärztinnen oder Ärzte und eine prädiktive genetische Untersuchung nur durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärztinnen oder Ärzte, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, vorgenommen werden. (Abs. 3): Eine genetische Beratung nach § 10 darf nur durch in Absatz 1 genannte Ärztinnen oder Ärzte, die sich für genetische Beratungen qualifiziert haben, vorgenommen werden. – Die konkreten Ausführungsbestimmungen (Richtlinien) für die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung, an die Inhalte der Aufklärung und der Beratung, an die Durchführung der vorgeburtlichen Risikoabklärungen sowie an die insoweit erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind noch nicht definiert. Das bedeutet, dass viele Einzelfragen hinsichtlich des Gendiagnostikgesetzes noch nicht geregelt sind. Eine zweijährige Übergangsfrist findet gegenwärtig Anwendung. Explizit im Gesetz erwähnt sind vorgeburtliche Risikoabklärungen wie Nackenfaltenscreening, Amniozentese, Chorionbiopsie, Nabelschnurpunktion. Ob die gezielte Ultraschallfehlbildungsdiagnostik hier zu zählt, ist noch fraglich. Nach derzeitigem Sachstand ist die Ultraschallbasisuntersuchung (Screening-Untersuchung) beim niedergelassenen Frauenarzt nicht umfasst.

III. Inanspruchnahme des § 218a StGB

Wendet man sich der Frage zu, wie häufig in Deutschland pro Jahr auf Basis welcher der in § 218a StGB formulierten Ausnahmebestimmungen eine eingetretene Schwangerschaft abgebrochen wird, so sind die Zahlen in den 2000er Jahren weitgehend konstant geblieben. Gemeldet werden ca. 120 000 Abtreibungen pro Jahr. Die Anzahl der Abtreibungen ist dabei mit einer hohen Dunkelziffer belegt. Valide Schätzungen gehen davon aus, dass

die tatsächliche Zahl der Abtreibungen mehr als doppelt so hoch ist wie statistisch festgehalten.

Längst nicht alle Abtreibungen werden gemeldet. Neun von zehn aller Abtreibungen erfolgen ambulant, in 83% ist die Methode der Wahl die Absaugung. 40% der abtreibenden Frauen haben bisher noch kein Kind gehabt. 50% der abtreibenden Frauen sind zum Zeitpunkt der Abtreibung verheiratet. Dies gibt ein beredtes Abbild des gesellschaftlichen Umganges mit ungeborenem Leben. 5% der Abtreibungen erfolgen bei Minderjährigen. Bei 3% wird die Abtreibungsspielle Mifegyne eingesetzt. Die Mehrzahl der Frauen ist zum Zeitpunkt der Abtreibung zwischen 25 und 28 Jahre alt. Es besteht eine Tendenz zum Anstieg der Abtreibungen bei Jugendlichen und Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren und eine Tendenz zum Rückgang bei verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Frauen. Der Median der Abtreibungen liegt zwischen der 8. und 10. Schwangerschaftswoche.

Für das Jahr 2008 wurden 97,3% der Abtreibungen nach der Beratungsregelung, früher Indikationsregelung, durchgeführt. Knapp 0,1% der Fälle erfolgten aufgrund einer kriminologischen Indikation, 2,7% aufgrund einer medizinischen Indikation, das heißt auf Basis des § 218a Abs. 2 StGB nach der 12. Schwangerschaftswoche. Diesen Zeilen ist zu entnehmen, dass die Folgen der Pränatalmedizin nach der 12. Woche in der Realität der Abtreibungsfrage insgesamt eine nur marginale Rolle spielen. Gemeldet wurden für das Jahr 2008 1086 Abtreibungen zwischen der 13. und 17. Schwangerschaftswoche, 559 Abtreibungen zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche, 455 Abtreibungen zwischen der 20. und 23. Schwangerschaftswoche und 231 Abtreibungen jenseits der 23. Schwangerschaftswoche.⁸

Der Tatsache, dass die embryopathische Indikation mit der Novellierung des § 218a StGB aus dem Strafgesetzbuch gestrichen wurde, liegt folgende Überlegung zugrunde: Es soll in der Novellierung des § 218a StGB ein gedanklicher Automatismus beendet werden, der da heißt: Kind behindert, daher Abtreibung folgerichtig. Das erklärte Ziel war es, ungeborenes Leben zu schützen und eine Behinderung nicht als Todesurteil zu begreifen. Die Statistik scheint die Logik der Gesetzesänderung nachträglich zu bestätigen: Die Zahl der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche jenseits der 12. Schwangerschaftswoche ist von 4800 in 1996 über 3400 in 2003 auf 2331 in 2008 gemeldeten Fälle gesunken. Die Novellierung des § 218a StGB erleichterte die Möglichkeit zur Durchführung von Spätabtreibungen jenseits der 24. Woche: Die gemeldete Zahl stieg von 1996 159 Fälle über 2003 217 Fälle auf 2008 231 Fälle insgesamt leicht an. Legt man auch hier eine mangelnde Meldemoral zugrunde, so liegt die Schätzgröße der sog. Spätabtreibungen jenseits der 23. Woche bei ca. 300 bis 400 pro

⁸ Vgl. Bundesamt für Statistik, Daten und Statistik zum Thema Abtreibung 2008. URL: http://www.pro-leben.de/abtr/abtreibung_daten.php, Stand 2010.

Jahr. Dies entspricht 1/1000stel aller insgesamt durchgeführten Abtreibungen. Insoweit müssen wir hier eine verzerrte gesellschaftliche Wahrnehmung bezüglich der Gewichtung von Spätabtreibungen konstatieren.

Die Pränatalmedizin spielt in der Frequenz von Abtreibungen keine substantielle Rolle. Sie wird gleichwohl als treibende Kraft für einen fraglich leichtsinnigen oder nachlässigen Umgang mit der Abortoption dargestellt. Dies führt hin zur Frage, wer in der gesellschaftlichen Diskussion über die Pränatalmedizin tatsächlich wessen Interessen vertritt. Wir müssen konstatieren, dass der gesellschaftliche Anspruch auf eine Gesellschaft erfüllt von Toleranz, Respekt, Demokratie, Gesundheit, Jugend, Schönheit, Perfektion und Medienbildung sich konfrontiert sieht mit der gesellschaftlichen Realität, die da heißt Verlust an sozialen, kulturellen, ethischen Bindungen, dem Dominat einer Leistungsgesellschaft, einem übersteigerten Freiheitsbegriff und einer intensivierten Klagebereitschaft bei sog. übersehenen Fehlbildungen. Dies selbst ist auszumachen als der Spiegel der wirklichen Toleranz der Gesellschaft anderen Formen oder Abwandlungen des Lebens gegenüber.

IV. Praxis der Spätabtreibung in deutschen Kliniken

Vor dem Hintergrund des eben Geschilderten ist in auf Pränatalmedizin spezialisierten universitären oder nicht-universitären Zentren der formale wie inhaltliche Ablauf, der im Endeffekt zur Durchführung einer Spätabtreibung führen kann, wie folgt:

Zwischen der 19. und 22. Woche wird eine bis dahin gesunde Schwangere im pränatalmedizinischen Zentrum aufgrund eines sich aus dem Ultraschallbasisscreening ergebenden Anfangsverdacht einer relevanten Störung vorgestellt. Die gezielte weiterführende Untersuchung ergibt eine schwere körperliche oder genetische Fehlbildung. Alternativ wurde jenseits der 20. Woche andernorts eine entsprechende Störung diagnostiziert und zur weiterführenden Betreuung an das Pränatalzentrum überwiesen.

Zunächst erfolgt eine Befunderhebung bzw. sonographische Befundbestätigung. Dem schließt sich ein ausführliches Gespräch der Patientin gemeinsam mit den Kinderärzten an. Es wird in Bezug auf die Begrifflichkeit auf die Einholung von sachbezogenen Informationen über Betroffenenverbände bzw. Betroffenenengruppen hingewiesen und die Kontaktaufnahme mit diesen Gruppen unterstützt bzw. hierzu ermutigt. Ein Folgetermin innerhalb der nächsten 3 bis 5 Tage zur erneuten Bestandsaufnahme wird vereinbart. In dem Fall, dass die Patientin vor dem Hintergrund ihrer soziokulturellen und ethischen Verfasstheit in Kenntnis der diagnostizierten Fehlbildung zu dem Schluss kommt, dass dieses Erleben bzw. Aushalten einer derartigen fetalen

Störung sie körperlich und/oder seelisch dauerhaft krank macht, stellt die Patientin die „Indikation“ für einen Abbruch der Schwangerschaft. Dieses Ansinnen nach Schwangerschaftsabbruch wird üblicherweise in unterschiedlich getönter situativer wie emotionaler Färbung, üblicherweise allerdings aktiv durch die Schwangere, gegenüber dem Pränatalmediziner eingefordert.

Der Pränatalmediziner prüft vor dem Hintergrund seiner eigenen sozio-ethischen Verfasstheit das Ansinnen auf formale und inhaltliche Plausibilität. Für den Fall, dass der Pränatalmediziner vor dem Hintergrund seines fachlichen Wissens, der getroffenen Prognose und der individuellen Situation zu dem Schluss kommt, dass er dem Ansinnen der werdenden Mutter, die Schwangerschaft abubrechen, als Erfüllungsgehilfe Folge leisten kann, wird gemäß den Richtlinien der DGKG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) eine Ethikkommission einberufen, in welcher der Antrag der Patientin diskutiert wird. Wenn die Ethikkommission sich dem Ansinnen anschließen kann, ist der Pränatalmediziner autorisiert, in freier Willensentscheidung gesetzeskonform die weiteren Schritte einzuleiten.

Nach einer erneuten ausführlichen Besprechung und Beratung, welche vor Zeugen zeitlich versetzt und wiederholt durchgeführt wird und durch die Unterschrift der Patientin dokumentiert wird, erfolgt sodann bei einem potentiell extrauterin lebensfähigen Kind (biologische Grenze ca. 23 abgeschlossene Schwangerschaftswochen) die fetale Nabelschnurpunktion oder aber die direkte Punktion des fetalen Herzens mittels Instillation mit einer sog. kardioplegischen Lösung. Dies bewirkt, dass es unmittelbar zu einem Herzstillstand kommt und der Fetus in utero verstirbt.⁹

Im Anschluss hieran wird durch die Applikation entsprechender uterusaktiver Substanzen die vorzeitige Induktion von Wehen mit Austreibung des toten Kindes angeschlossen. Es ist hierbei wichtig, dass, wie bei jeder anderen späten Totgeburt bzw. bei jedem anderen späten Abort, die von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe festgesetzten situativen und auch formalen Normen der Meldepflicht eingehalten werden. Einer umfangreichen und detaillierten Dokumentation des Abbruchgeschehens schließt sich nach Geburt des toten Kindes die Ausfüllung des Totenscheines mit dem Vermerk „nicht natürliche Todesursache“ an.

Dieser Vermerk löst die Beschlagnahme des fetalen Leichnams durch die Staatsanwaltschaft aus sowie die Inangasetzung eines staatsanwaltschaftlichen sog. Vorermittlungsverfahrens gegen den abbruchdurchführenden Pränatalmediziner. Ein Maximum an Transparenz bereits im Vorfeld des Verfahrens erleichtert eine zeitnahe Beschlussfassung der Staatsanwalt-

⁹ M.-V. Senat et al., Funipuncture for fetocide in late termination of pregnancy. Prenatal Diagnosis Nr. 22/5 (2002), S. 354–356.

schaft, welche bei entsprechend professionellem Vorgehen beider Seiten – hier ist das Herbeiführen einer möglichst maximalen inhaltlichen Transparenz oberstes Gebot – nach einer entsprechenden Verfahrenszeit in die Einstellung des Verfahrens münden sollte.¹⁰

Literatur

- Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), S. A 3236–3242.
- Bundesamt für Statistik, Daten und Statistik zum Thema Abtreibung 2008. URL: http://www.pro-leben.de/abtr/abtreibung_daten.php, Stand 2010.
- CDU/CSU-Fraktion, Pressemitteilung: Regelungen zur Vermeidung von Spätabtreibung dringend notwendig, 29.04.2004. URL: <http://www.openpr.de/news/7498/Regelungen-zur-Vermeidung-von-Spaetabtreibungen-dringend-notwendig.html>, Stand 2010.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Pressemitteilung: Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch, 18.06.2001. URL: <http://www.dggg.de/startseite/nachrichten/stellungnahme-zum-schwangerschaftsabbruch/dafccb8339/>, Stand 2010.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, 19.11.2009. URL: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>, Stand 2010.
- Kaisenberg, Constantin von/Jonat, Walter/Kaatsch, Hans Jürgen, Spätinterruption und Fetozyd – das Kieler Modell, Deutsches Ärzteblatt Nr. 102/3 (2005), S. A133–136.
- König, Klaus, Pränataldiagnostik und Mutterschaftsrichtlinien, Frauenarzt 46 (2005), S. 787–790.
- Linder, Rupert/Janus, Ludwig/Wallbruch, Gisela, Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts. Frauenarzt Nr. 48 (2007), S. 254–257.
- Link, Martin, Was ist bei der Anwendung von Mifegyne zu beachten? Medizinische Grundlagen, rechtliche Regelungen und Durchführung, Frauenarzt Nr. 44 (2003), S. 518–526.
- Riedel, Ulrike/Vetter, Klaus, Abgrenzung von Schwangerschafts- (spät)abbrüchen zu Totgeburten, Frauenarzt Nr. 48 (2007), S. 747–749.
- Schwenzer, Thomas, Arzthaftung bei Diagnosefehlern während der Schwangerschaft. Zur aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshof, Frauenarzt Nr. 44 (2003), S. 490–502.
- Senat Marie-Victoire/Fischer, C./Ville, Yves, Funipuncture for fetocide in late termination of pregnancy. Prenatal Diagnosis Nr. 22/5 (2002), S. 354–356.

¹⁰ Vgl. C. von Kaisenberg et al., Spätinterruption und Fetozyd – das Kieler Modell, Deutsches Ärzteblatt Nr. 102/3 (2005), S. A133–136.

Thomas Hillenkamp

Die strafrechtliche Regelung der Spätabtreibung und ihre strafrechtshistorische Entwicklung

I. Einleitung

Viele Themen, die das Strafrecht regelt, erhitzen die Gemüter, darunter einige weit über die Fachwelt hinaus. Die Abtreibung, ganz besonders der Spätabbruch zählt sicher dazu. Einen Beleg dafür findet man in der FAZ vom 2. Juni 2009.¹ Dort wird berichtet, dass ein bekannter amerikanischer Gynäkologe von einem „extremistischen Abtreibungsgegner“ während eines Gottesdienstes in Wichita erschossen wurde. Das ist unter den seit 1977 von der National Abortion Federation registrierten 6 100 Gewaltdelikten gegen Abtreibungsärzte und -einrichtungen² der USA der vierte erfolgreiche Mordanschlag gegen einen „Abtreibungsarzt“. Für unser Thema von Interesse ist der Zusatz, dass der betroffene Arzt „Spätabtreibungen“ betrieb. Gerade diese tragen zur Emotionalisierung und gewiss auch zur Eskalation des Protestes bei.

Schaut man nach Deutschland, hat dieser spezifische Ausschnitt des Abtreibungsgeschehens allerdings die beiden großen Reformdebatten um das Abtreibungsrecht und ihre Begleitmusik zu Beginn der 70er Jahre und zu Beginn der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts nicht nennenswert geprägt. Denn zum einen ließ das Recht die so genannte Spätabtreibung nur zu, wo die Tötung der Frucht die gewollte oder doch in Kauf genommene Folge einer Handlung war, die von der Schwangeren drohende Lebens- oder Gesundheitsgefahr abwenden sollte. Dagegen wandten und wenden selbst orthodoxe Abtreibungsgegner nichts oder nur wenig ein. Und zum anderen kam und kommt die so motivierte Spätabtreibung angesichts der Fortschritte der Medizin immer seltener vor, war und ist also kein nennenswerter

¹ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Gynäkologe in Wichita erschossen. Attentat eines Abtreibungsgegners während Gottesdienst, FAZ 2. Juni 2009, S. 6.

² Vgl. T. Hillenkamp, Zum Notwehrrecht des Arztes gegen „Abtreibungsgegner“, in: H. Putzke et al. (Hg.), Strafrecht zwischen System und Telos. Festschrift für Rolf Dietrich Herzberg zum siebzigsten Geburtstag am 14. Februar 2008, Tübingen 2008, S. 483–502 (497).

quantitativer Bestandteil des beanstandeten „Massenmords an ungeborenen Kindern“.³

Dieser Hintergrund aber hat sich seit 1995 geändert, nicht radikal, aber – wenn man so will – kategorial. Denn seitdem ist der Spätabbruch nach dem Willen des Gesetzgebers auch erlaubt, wenn sich die Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren gewissermaßen erst später ergibt, nämlich nicht aus dem Tragen, sondern aus dem künftigen Haben des Kindes, und sich diese Gefahr nur beseitigen lässt, wenn man schon das Tragen durch Fruchttötung beendet. Die dies betreffenden Fälle sind in der Praxis fast ausnahmslos Folge eines pränataldiagnostischen Befunds, der sich erst zum Ausgang des zweiten oder im dritten Trimenon⁴ der Schwangerschaft ergibt und eine Auffälligkeit des Fetus zutage fördert. Erst diese Erweiterung der gesetzlich erlaubten, der gerechtfertigten Spätabtreibung hat auch sie deutlicher als zuvor in das Blickfeld der deutschen Abtreibungsgegner gebracht und die Diskussion um die richtige Regelung des Schwangerschaftsabbruchs seither maßgeblich bestimmt. Denn einerseits ist mit ihr die Zahl der Spätabbrüche gestiegen. Und andererseits spitzt sich in ihr die Problematik der embryopathischen Indikation, also der Rechtfertigung einer Tötung einer mit einer Behinderung belasteten Frucht, durch die mögliche Lebensfähigkeit des abgetriebenen Kindes noch einmal deutlich – und für viele in unerträglicher Weise – zu.⁵

³ Vgl. zu solchen Bezeichnungen des Abtreibungsgeschehens BGHZ (Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen), Öffentliche Kritik an Klinik durch Abtreibungsgegner – Holocaust/Babycaust, NJW (Neue juristische Wochenschrift) Nr. 46 (2000), S. 3421; BVerfG (Bundesverfassungsgericht) NJW Nr. 52 (2006), S. 3769; und zu ihnen T. Hillenkamp, a. a. O., S. 498ff. m. w. N.

⁴ Als Trimenon wird eine der jeweils gleich langen Perioden (ca. 13 Wochen) einer Schwangerschaft bezeichnet.

⁵ Auch in der wissenschaftlichen Diskussion nimmt die sog. „Spätabtreibung“ erst seither einen exponierten Platz ein. Siehe etwa die Dissertationen von H. Hofstätter, Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch, Frankfurt a. M. 2000, und M. Mattiscek-Neef, Schwangerschaftsabbrüche kranker/geschädigter Föten und Neugeborenenethanasie, Frankfurt a. M. 2006; ferner die beiden Bände von E. Schumann (Hg.), Verantwortungsbewusste Konfliktlösungen bei embryopathischem Befund, Göttingen 2008; C. Wewetzer/T. Wernstedt (Hg.), Spätabbruch der Schwangerschaft, Frankfurt a. M. 2008; siehe auch H. Frister, Spätabtreibung, Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2003, S. 381–393; T. Hillenkamp, Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: M. Böse/D. Sternberg-Lieben (Hg.), Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts. Festschrift für Knut Amelung zum 70. Geburtstag, Berlin 2009, S. 425–446; H. L. Schreiber, Die gesetzliche Regelung der Spätabtreibung – reformbedürftig?, in: T. Görgen/K. Hoffmann-Holland (Hg.), Interdisziplinäre Kriminologie: Festschrift für Arthur Kreuzer zum 70. Geburtstag, Frankfurt a. M. 2009, S. 747–758.

II. Rechtshistorische Schlaglichter

1.

Will man sich über die geltende Regelung der Spätabtreibung und ihre geschichtliche Entwicklung ein Bild machen, muss man sich zunächst über die Kernstruktur des geltenden Rechts und einige wenige begriffliche Festlegungen verständigen. Der Begriff der „Spätabtreibung“ findet sich zu keiner Zeit im Gesetz. Mit der heute weitgehend übereinstimmenden Meinung ist darunter die Abtreibung einer Frucht zu verstehen, die extrauterin – und das heißt in diesem Zusammenhang unabhängig vom Organismus der Mutter, nicht notwendig auch unabhängig von unterstützenden Maßnahmen der Perinatalmedizin – potentiell lebensfähig, genauer vielleicht überlebensfähig ist. Als Zeitpunkt wird hierfür ganz überwiegend der Ablauf der 22. Woche post conceptionem (bzw. der 24. Woche post menstruationem) gesehen.⁶ Für eine Festlegung auf diese Woche spricht auch, dass im zwischen 1976 und 1995⁷ geltenden Abtreibungsstrafrecht die Straffreiheit eines Abbruchs aus embryopathischer Indikation, also bei Vorliegen einer Schädigung des Gesundheitszustandes des erwarteten Kindes, an die Vornahme des Abbruchs innerhalb dieser Frist gebunden war. Grund hierfür war neben der vorher nicht ausschöpfbaren diagnostischen Potentiale auch die Scheu, diese Indikation bei einem bereits lebensfähigen Kind noch zuzulassen.⁸

Diese zeitlich so eingegrenzte Spätabtreibung ist nach heutigem Recht nur dann „nicht rechtswidrig“, und das heißt erlaubt, wenn eine medizinisch-soziale Indikation vorliegt, und das bedeutet – stark verkürzt – wenn eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren gegeben ist, die sich nicht anders als durch den Abbruch beseitigen lässt. Dass dies der einzige Ausnahmefall für eine erlaubte Spätabtreibung ist, ergibt sich

⁶ Die 22. Woche ist sicher der denkbar früheste Zeitpunkt. Die Überlebenschancen wachsen ab der 24. Woche erheblich. Vgl. *R. Merkel*, in: *U. Kindhäuser* et al., *Nomos-Kommentar zum StGB (Strafgesetzbuch)*, 2. Aufl. Baden-Baden 2005, § 218a Rn 108 m. w. N.; siehe dort – Rn 107 – auch zu den mit der Lebensfähigkeit einhergehenden Eigenschaften, die die Tötung auch ethisch problematischer machen; mit den Aussagen des Textes übereinstimmend Rn 75, 78. Siehe auch *E. Schumann*, in: *Dies.*, *Verantwortungsbewusste Konfliktlösungen bei embryopathischem Befund*, Göttingen 2008, S. 1–18 (3f.); *H. Hepp*, in: *E. Schumann*, a. a. O., S. 65–80 (76).

⁷ Von 1976–1995 wurde die Straffreiheit des Abbruchs bei in § 218a Abs. 2 Nr. 1 in der Fassung des 15. StrÄndG (Strafrechtsänderungsgesetz) vom 18. Mai 1976 [BGBl. (Bundesgesetzblatt) I S. 1213] geregelter embryopathischer Indikation nach § 218a Abs. 3 davon abhängig gemacht, dass „seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen“ vergangen sind.

⁸ Vgl. zu beiden Gründen den Entwurf eines 5. Gesetzes zur Reform des Strafgesetzbuches vom 15.05.1972, BT-Drucks. 6/3434, Begr. S. 23f; § 219b dieses Entwurfs sah, um nicht zu sehr in die Nähe der Lebensfähigkeit zu geraten, sogar eine Begrenzung auf die ersten zwanzig Schwangerschaftswochen vor.

aus den §§ 218 und 218a des geltenden Rechts. Nach § 218 ist die Abtreibung grundsätzlich und für die gesamte Zeit der Schwangerschaft, und das heißt nach dem Gesetz von der Nidation⁹ bis zum Beginn der Geburt, untersagt. Von diesem Verbot ist nach § 218a Abs. 1 der Schwangerschaftsabbruch ausgenommen, der von einem Arzt auf Verlangen einer Schwangeren vorgenommen wird, die sich mindestens 3 Tage zuvor von einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktsberatungsstelle (§ 219 Abs. 2 Satz 1) hat beraten und sich eine Beratungsbescheinigung hat ausstellen lassen. Voraussetzung der Straflosigkeit ist bei diesem so genannten Beratungsabbruch, dass seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind (§ 218a Abs. 1 Nr. 3). Gleichfalls straflos und sogar gerechtfertigt ist der Schwangerschaftsabbruch innerhalb derselben Frist, der von einem Arzt mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommen wird, deren Schwangerschaft nach ärztlicher Erkenntnis auf einem Delikt gegen die sexuelle Selbstbestimmung, namentlich also auf einer Vergewaltigung beruht. Weitere Fristen kennt das geltende Recht (mit einer noch zu benennenden Ausnahme) nicht. Und das heißt, dass ein Schwangerschaftsabbruch schon jenseits der zwölften Woche, also noch deutlich vor extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes, nur noch erlaubt ist, wenn er geschieht, um das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren vor schwerwiegender Gefahr zu bewahren (§ 218a Abs. 2).

Die Spätabtreibung ist folglich im System des geltenden Abtreibungsrechts nicht speziell geregelt. Sie ist in einem doppelten Sinne ein Ausschnitt aus dem gesamten Abbruchgeschehen. Sie gehört erstens zu den Schwangerschaftsabbrüchen, die sich nach der zwölften Schwangerschaftswoche ereignen und deshalb nur noch bei Vorliegen einer medizinisch-sozialen Indikation erlaubt sind. Und sie bildet zweitens unter den Abbrüchen die Teilmenge der Tötung einer Frucht, die extrauterin durch die Kunst der Perinatalmedizin und der Neonatologie eine Überlebenschance hat. Über diesen Ausschnitt des Abtreibungsgeschehens – der nach der 22. Woche beginnt und mit der Einleitung der Geburt endet – wird hier berichtet.

2.

Bevor dazu die in Umrissen schon gekennzeichnete geltende Rechtslage näher erläutert wird, sollen ein paar wenige rechtshistorische Schlaglichter auf die Spätabtreibung geworfen werden. Dreierlei scheint berichtenswert. Zum Ersten ist eine differenzierende Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs nach dem Gestationsalter, also dem zeitlichen Status der Schwangerschaft im Zeitpunkt des Abbruchs – sieht man vom frühen römischen

⁹ Einnistung der Eizelle in die Gebärmutter Schleimhaut.

Recht einmal ab¹⁰ – in der zurückliegenden Zeit bis zum Ausgang des 18. Jahrhunderts eine Selbstverständlichkeit. Am Ende dieser Epoche steht 1794 das Preußische Allgemeine Landrecht, das nach der 30. Schwangerschaftswoche eine „sprunghafte Erhöhung des Strafmaßes“ vorsah, weil man nun – ganz im Sinne unserer Spätabtreibungsdefinition – von einer extrauterinen Lebensfähigkeit ausging.¹¹ Den Anfang bildet die aristotelische Sukzessivbeseelungslehre, die den empfohlenen Einsatz der Abtreibung als „Bevölkerungsregulativ“ nur bis zur Einkehr von „Empfindung und Leben“ in den Fetus erlaubte, den Abbruch danach aber für unerlaubt hielt.¹² Statt Lebensfähigkeit war „Belebtheit“ der Scheidepunkt. Die Empfindung kehrte nach Aristoteles durch die Ablösung der anima vegetativa durch die anima sensitiva ein. Die von außen gedachte infusio animae rationalis, die Eingießung der menschlichen Seele, vervollkommnete die Frucht zum Menschen. Das Geschehen wurde für den männlichen Fetus um den 40. Tag, für den weiblichen um den 80. oder 90. Tag nach der Zeugung datiert. Äußere Zeichen dieses Status sollten die für diese Zeiten angenommene Ausgliederung der Frucht zu menschlicher Gestalt und spürbare Kindsbewegungen sein.

Es ist hier nicht möglich, den gewichtigen Einfluss dieser Lehre auf die Köpfe vieler einflussreicher Gelehrter wie auf das kirchliche und weltliche Recht der folgenden Jahrhunderte im Einzelnen nachzuzeichnen. Günter Jerouschek hat das in seinem lesenswerten Buch über „Die Geschichte des Abtreibungsverbots“ getan. Hier kann nur kurz aneinandergereiht werden, dass etwa bei den großen abendländischen Kirchenlehrern Augustinus (354–430) und Thomas von Aquin (1225–1274) in ihren Ausführungen zu Abtreibung und Kindstötung die aristotelische Beseelungslehre neben der Schöpfungsgeschichte Pate stand, wobei nur Augustinus von Aristoteles abweichende Berechnungen anstellte.¹³ So unterschiedliche Rechtsquellen wie die Lex Romana Visigothorum, westgotisches Landesrecht des 7. Jahrhunderts und das Decretum Gratiani von 1140, eine der Grundlagen des kanonischen Rechts, schieden ausgebildete von unausgebildeten, beseelte von unbeseelten Leibesfrüchten, verhängten für die Austreibung der ersteren 200 Schillinge Buße oder sahen sie als Verletzung des Tötungsverbots, während die frühe Abtreibung nur mit 100 Schillingen bedacht und nach dem Dekret nur als Verstoß gegen das Sakrament der Ehe angesehen wur-

¹⁰ Hier war der Schwangerschaftsabbruch keine Verletzung einer mit Rechten versehenen Frucht, sondern eine Verletzung der patria potestas durch Zerstörung der Vaterhoffnung, die zu jeder Zeit der Schwangerschaft geschehen konnte. Vgl. G. Jerouschek, Lebensschutz und Lebensbeginn, Die Geschichte des Abtreibungsverbots, 2. Aufl. Tübingen 2002, S. 24ff., 29f., 32f.; zur Erstauflage siehe die Besprechung von F. Schaffstein, Günter Jerouschek, Lebensschutz und Lebensbeginn. Kulturgeschichte des Abtreibungsverbots, Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte, Germanistische Abteilung Bd. 106 (1989), S. 443–449.

¹¹ Vgl. dazu G. Jerouschek, a. a. O., S. 171; M. Mattisneck-Neef, a. a. O., S. 40.

¹² Vgl. G. Jerouschek, a. a. O., S. 24ff.

¹³ Vgl. ebd., S. 39f., 41f., 73ff.

de.¹⁴ Die erste reichsrechtliche Kodifikation, die *Peinliche Gerichtsordnung* Karls V. aus dem Jahr 1532, die sog. *Carolina*, ist in ihrer Regelung von Abtreibung und Kindstötung zwar wenig klar, unterscheidet zur Abtreibung aber zwischen „eyn lebendig kindt“ und „eyn kindt, das noch nit lebendig wer“ und setzt nur auf die Tötung des Ersteren die Todesstrafe, während sie den „urtheylern“ im zweiten Fall auferlegt, „der straffhalber bei den rechtsuerständigen (...) radts [zu] pflegen“ (Art. 133 PGO).¹⁵ Während hier offen bleibt, in welchem Zeitpunkt von dem fallentscheidenden Wandel von nicht lebendigem zu lebendigem Kind auszugehen ist, legen sich die kur-sächsischen Konstitutionen von 1572 wie später – nämlich 1751 – auch der *Codex Iuris Bavarici Criminalis* Kreittmayers insoweit auf die „helffte nach der empfengnus“, also die Schwangerschaftsmitte fest.¹⁶ Der einflussreiche sächsische Rechtsgelehrte und Richter Benedikt Carpzov folgte dem in seinen 1635 erschienenen „*Practica Nova Saxonica Rerum Criminalium*“. 1709 pflichtete ihm der im süddeutschen Raum einflussreiche PGO-Kommentator Frölich von Frölichsburg bei. Die für die Praxis nachweisbaren Kindsbewegungen überzeugten beide freilich mehr von diesem Termin als der „wegen Abwechslung der Seelen (...) unter denen Philosophis“ herrschende Streit.¹⁷ Man sieht bei aller Unterschiedlichkeit der Beseelungstermine und der Folgen der Tötung vor und nach diesem Zeitpunkt, dass spät die Lebensfähigkeit, zuvor aber vor allem die Belebung der Frucht und ihre Wandlung zur menschlichen Gestalt eine einschneidende Zäsur war, die aus einer harmloseren, nicht den Tötungsverbrechen zuzuschlagenden Tat ein Delikt gegen das menschliche Leben machte, das ganz überwiegend als todesstrafenwürdig mit der Schwertstrafe für den Mann und dem Ertränken der Frau geahndet wurde.

Abgelöst wurde diese Sicht durch eine schon im 17. Jahrhundert ein- und sich dann bis zum Ende des 18. Jahrhunderts durchsetzende Revision der Beseelungslehre, in ihrem Anfang stark geprägt von Paulus Zacchias, dem päpstlichen Leibarzt und einflussreichen „Proto-Medicus-Generalis“ für den gesamten Kirchenstaat, der sich mit den Worten Jerouscheks „um die Mitte des 17. Jahrhunderts vom Saulus der Sukzessivbeseelung zum Paulus der Simultanbeseelung“¹⁸ wandelte. Diese neue Auffassung hielt Unbeseeltes als Vorläufer und Ursache von Beseeltem für unmöglich und ging davon aus, dass die Seele in die Frucht schon mit ihrer Zeugung gerate, modern und mit dem Bundesverfassungsgericht ausgedrückt, dass der Mensch sich

¹⁴ Vgl. *ebd.*, S. 50f., 62f.

¹⁵ Vgl. *ebd.*, S. 17ff., 111f.

¹⁶ Vgl. *ebd.*, S. 112f. (mit Zitat), S. 152ff.

¹⁷ Vgl. zu Carpzov und Frölichsburg G. Jerouschek, a. a. O., S. 118ff., 133ff. (dort auch das Zitat aus Frölichsburgs Kommentar aus dem Jahr 1709).

¹⁸ G. Jerouschek, a. a. O., S. 129.

nicht zum Menschen, sondern als Mensch entwickle.¹⁹ Von einer Differenzierung des Unrechts, von einem Aufwachsen des Schutzanspruchs, sah diese Lehre im Kontinuum der Schwangerschaft ab; schon die frühe Abtreibung tötete den Menschen. Den Sieg dieser Lehre kann man in allen Partikularstrafgesetzbüchern des 19. Jahrhunderts nachlesen. Kein Landesgesetz kannte mehr eine Zäsur. Auch die Preußen, die eine solche nach dem Vorbild des Allgemeinen Landrechts mit der „Lebensfähigkeit“ noch erwogen hatten, entschieden sich 1851 wegen „allfälliger Beweisschwierigkeiten“ dagegen.²⁰ Die Abtreibung war – auch im Strafraumen – ununterschieden strafbar. Der Empfehlung Johannes Brunnemanns, eines juristischen Zeitgenossen von Zacchias und wie dieser Anhänger der Simultanbeseelungslehre,²¹ auch die so ausgestaltete Tat der Abtreibung als Tötungsdelikt unterschiedslos mit dem Tod zu bestrafen, setzte sich allerdings nicht durch. Die Erstreckung auf die ganze Zeit der Schwangerschaft, aber auch die Einsicht in die besondere psychische und somatische Lage der Schwangeren, drang auf eine mildere Sicht. Arbeits- oder Zuchthaus wurden in unterschiedlichen Höhen angedroht, mit vier bis acht Jahren Zuchthaus nicht von ungefähr recht hoch im vom Generalpräventionisten Feuerbach maßgeblich gestalteten Bayerischen Strafgesetzbuch von 1813.²² Das Reichsstrafgesetzbuch übernahm 1871 die preußische Regelung. Sieht man vom Strafraumen ab, der das Zuchthaus nicht mehr kennt und zwischen Schwangerer und Fremdadtreiber unterscheidet, gilt sie mit § 218 bis heute. Eine Zäsur kennt das geltende Abtreibungsverbot des § 218 nicht. Ein kleines Relikt aus vergangener Zeit hat sich – wenn man so will – allerdings in der Straffreiheit der Schwangeren erhalten, die nach Beratung die Zwölfwochenfrist versäumt, sich aber innerhalb der ersten 22 Wochen zum ärztlichen Abbruch entschließt (§ 218a Abs. 4 Satz 1).

Als Zweites soll die Aufmerksamkeit auf die für die Spätabtreibung wichtige Tatsache gelenkt werden, dass wir die bis heute erhaltene Einreihung der Abtreibung in die Tötungsdelikte der aufgezeigten Geschichte in ihrem ersten Abschnitt noch als durchaus stimmige Entscheidung, in ihrem zweiten dagegen eher als Versäumnis verdanken. Das z. B. vom verstorbenen Bischof Dyba aus Fulda in der Debatte der 90er Jahre gebrauchte Motto der Abtreibungsgegner „Abtreibung ist Mord“, ist in der heutigen Zeit weder juristisch noch politisch „korrekt“. Es kann sich aber immerhin auf eine bis zum Ausgang des 18. Jahrhunderts reichende Tradition berufen, die sich

¹⁹ BVerfGE Bd. 88, S. 203, 252.

²⁰ Vgl. G. Jerouschek, a. a. O., S. 185.

²¹ Vgl. *ebd.*, S. 140. Die zitierte Empfehlung findet sich in J. Brunnemann, Tractatus Juridicus de inquisitionis processu, Francofurti ad V. 1647.

²² Vgl. G. Jerouschek, a. a. O., S. 178f. In Preußen war für die Selbst- wie für die Dritt- abtreibung eine Zuchthausstrafe nur bis zu 5 Jahren vorgesehen. Vgl. G. Jerouschek, a. a. O., S. 184. Zur württembergischen und badischen Regelung siehe dort S. 179, 181.

nach dem Urteil Jerouscheks im Ausgang auf eine Fehlübersetzung mosaischen Rechts zurückführen lässt. Während im 2. Buch Moses²³ raufenden Männern, die sozusagen beiläufig bei einer Frau eine Fehlgeburt auslösen, nur eine vom Ehemann zu bestimmende Geldbuße auferlegt wurde und das Ius Talionis „Seele um Seele“ nur bei gleichzeitiger Tötung der Schwangeren griff, verstieg sich die griechische Übersetzung des Alten Testaments in der Septuaginta (im dritten Jahrhundert vor Christus) dazu, das Ius Talionis schon bezüglich der Fruchttötung greifen zu lassen. Es sollte gelten, wenn die Fehlgeburt menschliche Züge aufwies.²⁴ Diese wohl bewusste Abweichung der Übersetzer vom mosaischen Recht war möglicherweise durch die Schöpfungsgeschichte, möglicherweise aber auch durch die aristotelische Beseelungslehre inspiriert, die beide die für die Menschwerdung entscheidende infusio animae einer schon menschlich gegliederten Gestalt zuteil werden ließen und ihre Tötung als Menschtötung ausgaben. Die Tötung der gegliederten Frucht wurde also zu Totschlag und Mord,²⁵ auch wenn die spätere Buß- und Beichtpraxis in der Bußwürdigkeit dieser Gleichstellung nicht immer nachkam.²⁶

Von dieser Septuaginta-Stelle zieht sich ein Faden durch die Geschichte. Er leuchtet auch in der Carolina auf. Hier wird die Abtreibung (Art. 133) im Abschnitt über „etlich böse tödtung“ (Art. 130ff. PGO) zwischen der Kindstötung (Art. 131) und der „straff der mörder und todtschleger“ (Art. 137) geregelt. Das war – soweit und weil sie ein im Mutterleib schon „lebendig kindt“ betraf – konsequent. Nicht mehr stimmig war diese Einreihung dagegen dann, als die Lehre von der Simultanbeseelung obsiegte und sich die Abtreibung zäsurlos auf die ganze Schwangerschaftszeit bezog. Deshalb regte sich im 19. Jahrhundert gegen die Einreihung der Abtreibung in die Tötungsdelikte Protest. Karl Joseph Anton Mittermaier merkte in dem von ihm fortgeführten Lehrbuch Feuerbachs²⁷ an, es sei nicht zu billigen, „wenn man die Leibesfrucht mit Gleichem Rechte, wie das lebendige Kind, rechtlich begabt“ und die Abtreibung als „eine wahre Tötung“ sehe. Mit dem Kindsmord sei sie nicht gleichzusetzen, sondern müsse als „eigenes Verbrechen“ aufgefasst werden.²⁸ Dieser nach heutiger Sicht richtige Hinweis blieb in der Partikulargesetzgebung so gut wie überall ohne die nötigen

²³ Die Bibel, 2. Buch Mose 21; 22–25.

²⁴ Vgl. zu beidem *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 33, 36.

²⁵ Vgl. *ebd.*, S. 36, 41, 46.

²⁶ Vgl. *ebd.*, S. 56.

²⁷ *C. J. A. Mittermaier* (Hg.), P. J. A. v. Feuerbach, Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Rechts, 21. Aufl. Giessen 1836.

²⁸ *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 177. Zum gleichlautenden Standpunkt des Kommentators des Württembergischen StGB von 1838, *H. Hepp/R. Schmitt*, Zur Reform des Paragraphen 218 StGB, Paderborn 1974. Vgl. *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 179.

Konsequenzen.²⁹ Die Abtreibung blieb im Kapitel über die Tötungsdelikte stehen. Und so ist es noch heute: § 218 findet sich im 16. Abschnitt des Strafgesetzbuches unter dem Titel „Straftaten gegen das Leben“. Es beginnt mit Mord und Totschlag und endet mit fahrlässiger Tötung. Dazwischen erscheint die Abtreibung als ein der Tötung des geborenen Lebens äquivalentes Geschehen, was sie durch den Siegeszug der Simultanbeseelungslehre und die zäsurlose Erweiterung der Abtreibung auf die gesamte Schwangerschaft nicht mehr ist. Dies klarzustellen ist versäumt worden; es hätte aber, da sonst Missverständnisse entstehen, geklärt werden sollen.³⁰

Nur nach einer gedanklichen Herauslösung der Abtreibung aus den eigentlichen Tötungsdelikten ist der sehr unterschiedlich weit gespreizte Fächer der Tötungserlaubnisse zu verstehen, den das Schwangerschaftsabbruchsrecht über alle Zeiten hinweg kennt. Hierauf sei das dritte und letzte historische Schlaglicht gerichtet. In frühen Phasen des Rechts, die einen personalen Status des Fetus nicht anerkannten, lassen sich bevölkerungspolitisch motivierte „Rechtfertigungen“ finden. Platon empfahl Kindsaussetzung, aber auch Abtreibung als Bevölkerungsregulativ, sein Schüler Aristoteles stimmt Letzterem zu, allerdings nur, solange der Fetus nicht Empfinden und Leben besaß.³¹ Danach ist Abtreibung nicht mehr „erlaubt“, die Beseelungslehre schlug auf diesen Fragenkreis durch. Das tat sie auch später. Bei Jerouschek lesen wir zwar, dass mit dem kirchlichen Ehrerechtsexperten Thomas Sanchez (im 17. Jahrhundert) „der kirchlicherseits seit altersher anerkannte Vorrang des Mutterlebens (...) untermauert wurde“.³² Der Versuchung, daraus eine Rechtfertigung des Schwangerschaftsabbruchs bei medizinischer Indikation – also zur Rettung namentlich des Lebens der Mutter – herzuleiten, darf man aber wohl nicht verfallen. Jedenfalls finden sich bei Thomas von Aquin wie später auch bei Sanchez zwar Überlegungen, der Schwangeren aus Gründen der „Selbstverteidigung“ die Abtreibung auch eines beseelten Kindes zu gestatten. Es gibt bei ihnen aber auch gegenteilige Auskünfte, die namentlich den Arzt zur Untätigkeit mahnen, um nicht in die Todsünde der Tötung zu verfallen.³³ Richtigerweise wird man

²⁹ Immerhin widmete das Badische StGB von 1845 der Abtreibung einen eigenen Titel „Von Verbrechen der Tödtung im Mutterleib und der Abtreibung der Leibesfrucht“, vgl. *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 182.

³⁰ Die betreffende systematische Zuordnung kann das Missverständnis der Abtreibung als privilegierte Tötung befördern. Vgl. *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 183, 187. Natürlich ist das Monium nicht mit der Empfehlung ausgesprochen, die geplante nationalsozialistische Einordnung in ein Kapitel über „Angriffe auf Rasse und Erbgut“ wieder zu beleben. Vgl. dazu *H.-G. Koch*, Landesbericht: Bundesrepublik Deutschland, in: *A. Eser/H.-G. Koch*, Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich Teil I, Baden Baden 1988, S. 17–324 (70f). Möglich wäre die Überschrift: Straftaten gegen das ungeborene Leben.

³¹ Vgl. *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 24f.

³² Ebd., S. 91.

³³ Vgl. *ebd.*, a. a. O., S. 75–81, 89.

von allgemeiner Anerkennung der Straffreiheit der Abtreibung beim Vorliegen einer medizinischen Indikation in allen Phasen der Schwangerschaft – also auch bei der Spätabtreibung – erst für das 20. Jahrhundert ausgehen können. Zwar ist nach Auskunft des Reichsgerichts aus dem Jahr 1927³⁴ nach seiner Rechtsprechung kein Arzt je (also auch nicht im 19. Jahrhundert) wegen Abtreibung bestraft worden, der zur Rettung von Leben oder Gesundheit der Schwangeren handelte. Auch wird man annehmen dürfen, dass das auch schon in der Rechtsprechung der deutschen Länder im Zeitalter des Partikularstrafrechts des 19. Jahrhundert so war. Rechtssicherheit, auf die vor allem die Mediziner drangen, herrschte aber noch nicht. Sie herzustellen mahnte 1907 Gustav Radbruch an. Er hielt – auch zur Klarstellung gegenüber der „katholischen Wissenschaft“ – eine „deutliche Rechtmäßigerklärung“ für wünschenswert.³⁵

Für die Praxis erfolgte diese dann, aber auch erst in der schon erwähnten Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahr 1927. In dieser Entscheidung billigte das Gericht nach dem Grundsatz der Güterabwägung einem Arzt einen gesetzlich bis dato nicht vorgesehenen rechtfertigenden „Güternotstand“ zu, der eine gegenwärtige auf andere Weise nicht abzuwendende Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren durch eine Abtreibung beseitigt.³⁶ Das war zwar nicht die Geburtsstunde, aber doch die erste höchststrichterliche Weihe der Rechtfertigung bei medizinischer Indikation.³⁷ Sie wurde ohne Befristung gewährt. Gesetzlich wurde sie erstmals 1935 in § 14 Abs. 1 des revidierten nationalsozialistischen „Gesetzes zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses“³⁸ verankert. In das Strafgesetzbuch zog sie

³⁴ RGSt (Reichsgericht in Strafsachen) Bd. 61, S. 243, 256.

³⁵ G. Radbruch, *Geburtshilfe und Strafrecht*, Frankfurt a. M. 1907, S. 1ff., zitiert nach: K. von Birkmeyer (Hg.), *Vergleichende Darstellung des Deutschen und Ausländischen Strafrechts*, Besonderer Teil Bd. V, Berlin 1905, S. 169. Vgl. hierzu und zum Drängen der Ärzteschaft H.-G. Koch, a. a. O., S. 65f.

³⁶ RGSt Bd. 61, S. 242, 254f.; die dort – S. 256 – festgelegte Voraussetzung, dass die Schwangerschaftsunterbrechung „ärztlich angezeigt“ sein und im Falle der Dritt- oder Viertabtreibung „durch einen zur Beurteilung der Sachlage befähigten Dritten“ durchgeführt werden musste, bedeutete zwar nicht theoretisch, aber doch praktisch in den allermeisten Fällen die Beschränkung der Rechtfertigung auf die Schwangere bzw. den Arzt; das Reichsgericht sieht sich im Einklang mit den „Leitsätzen der Preußischen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen“.

³⁷ Darin, nicht so sehr in der zuvor schon erfolgten Entwicklung dieses Rechtfertigungsgrundes, liegt die historische Bedeutung der Entscheidung. Vgl. die zutreffende Würdigung bei H.-G. Koch, a. a. O., S. 68f. Zuvor hatte sich das Reichsgericht im Zusammenhang mit dem Abbruch wegen Lebensgefahr der Schwangeren vornehmlich mit dem (nur) entschuldigenden Notstand des § 54 a. F. befasst, siehe RGSt Bd. 36, S. 334.

³⁸ § 14 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses vom 14.07.1933 (RGBl I S. 529) lautet in der ihm 1935 (RGBl I S. 773) gegebenen Fassung: „Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt (...), sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht“. Hiermit wurde ein

mit § 218a Abs. 1 – auch jetzt unbefristet – erst 1976 ein. Inhaltlich stimmt jene Fassung mit der heute gültigen (§ 218a Abs. 2) überein, die freilich klarstellt, dass der Abbruch nicht nur „nicht strafbar“, sondern rechtmäßig („nicht rechtswidrig“) ist.

Unberücksichtigt lassen kann man im Zusammenhang mit unserem Thema die Entwicklung der „kriminologisch“ oder „ethisch“ genannten (§ 218a Abs. 3) sowie der mit dieser zusammen 1976 ins Gesetz aufgenommenen und 1996 schon wieder verschwundenen allgemeinen Notlagenindikation (§ 218 Abs. 2 Nr. 3 i. d. F. des 15. StrÄndG von 1976). Sie haben eine junge Geschichte.³⁹ In der Weimarer Republik standen beide zur Diskussion, die kriminologische zog nach dem zweiten Weltkrieg in Regelungen der sowjetischen Besatzungszone ein.⁴⁰ Der Bundesgerichtshof⁴¹ verwarf beide 1952 zusammen mit der eugenischen Indikation. Der Entwurf eines Strafgesetzbuches aus dem Jahr 1962 (sog. E 1962) teilte diesen engen Standpunkt.⁴² Er anerkannte nur die überkommene medizinische Indikation, die er freilich (gewagt) auf die Perforation⁴³ erstreckte. Beiseitelassen können wir die beiden genannten Straffreiheitsgründe, weil sie niemals über die zwölfte Schwangerschaftswoche hinaus reichten. Spätabtreibungen ließen sie strafrei nicht zu.

Das ist – wie schon erwähnt – heute neben der medizinischen nur anders bei der sog. eugenischen oder embryopathischen Indikation. Diese gibt es zwar eigentlich nicht mehr, sie soll aber nach dem Willen des Gesetzgebers des Jahres 1996 in die medizinisch-soziale Indikation eingeflossen sein, die als einzige keine Befristung kennt. Das ist in der jüngeren Gesetzesgeschichte neu. 1976 war die Straffreiheit dieser noch ausdrücklich geregelten Indikation an die Einhaltung der 22-Wochen-Frist gebunden, danach griff sie nicht mehr. Selbst die Nationalsozialisten, die im Sinne der „Rassenhygiene“ im schon erwähnten Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses einen Schwangerschaftsabbruch bei einer Frau erlaubten,

Entwurfsvorschlag aus dem Jahre 1918 aufgegriffen. Nationalsozialistisches Gedankengut fand sich hierin also nicht, so dass § 14 auch nach Kriegsende teilweise noch angewendet wurde. Vgl. dazu *H.-G. Koch*, a. a. O., S. 71ff. In das StGB wurde die zuvor durch das Reichsgericht nur gewohnheitsrechtlich anerkannte medizinische Indikation durch § 218a Abs. 1 in der ihm durch das 15. StrÄndG vom 18.05.1976 (BGBl I S. 1243) gegebenen Fassung aufgenommen, die den Schwangerschaftsabbruch für diesen Fall für „nicht nach § 218 strafbar“ erklärte.

³⁹ Vgl. *G. Jerouschek*, a. a. O., S. 91, der allerdings schon bei Sanchez einen Vorboten der „sozialen“ Indikation sieht.

⁴⁰ Vgl. *H.-G. Koch*, a. a. O., S. 70ff.

⁴¹ BGHSt Bd. 2, S. 381, 383.

⁴² E 1962, Begr. S. 292f.

⁴³ Also die Tötung des bereits in der Geburt befindlichen Kindes, § 157 Abs. 2, E 1962 mit (sehr kurzer) Begründung S. 294; leichter ist die Begründung, wenn man das Kind in der Geburt noch als Leibesfrucht behandelt, s. dazu *R. Merkel*, a. a. O., § 218 Rn 36f.; die dortige Grundannahme widerspricht allerdings der herrschenden Meinung.

die nach rechtskräftiger Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes unfruchtbar zu machen war, banden diese durch die pervertierte eugenische Indikation an eine Frist: Nach Eintritt der Lebensfähigkeit der Frucht, die mit Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats festgelegt wurde, war der Abbruch nicht mehr erlaubt.⁴⁴ Versteht man die eugenische Indikation so, dass krankes, dass behindertes, dass missgebildetes Leben um dieser Belastung willen in der Schwangerschaft getötet werden darf, ist diese Befristung in der Geschichte allerdings keine Selbstverständlichkeit. Von Platon und Aristoteles wird berichtet, dass sie die „Aufzucht missgebildeter Kinder“ untersagten, ihre Abtreibung folglich hätten gutheißen müssen.⁴⁵ Art. 131 der Preussischen Gerichtsordnung Karls V. beschreibt als Objekt der Kindstötung ein Kind, „das leben vnd glidmaß empfangen hett“. Jerouschek hält die Deutung nicht für ausgeschlossen, dass missgebildete Kinder hiernach ausgenommen waren, Mattisseck-Neef die Richtigkeit dieser Deutung sogar für sicher.⁴⁶ Danach hätten sie also selbst in und nach der Geburt sanktionslos getötet werden dürfen. Tradition hat diese Aussage, bezieht man sie auf „monströse“ Früchte und Kinder. Was man „communi aspectu non decit homo“, weil es die äußere Form des Menschen nicht hatte, nahm Bartolus Mitte des 16. Jahrhunderts als denkbaren Sitz der Seele und damit als Schutzobjekt der Abtreibung aus.⁴⁷ Die Kursächsischen Konstitutionen verhängten bei missgebildeten Kindern nicht die poena ordinaria, Maria Theresias Constitutio Criminalis von 1768 bezog sich hierauf. Sie wertete eine „Frucht wider menschliche Gestalt und Eigenschaft“ als Strafmilderungsgrund.⁴⁸ Menschenfreundlicher war Kreittmayers Codex Iuris Bavarici Criminalis von 1751, nach dem auch die Abtreibung eines Monstrums den Tatbestand erfüllte.⁴⁹ Erst das 19. Jahrhundert verabschiedete sich endgültig von dieser unseligen Geschichte,⁵⁰ die in der Debatte um den Lebensschutz eines anencephalen Kindes noch im 20. Jahrhundert ihren Nachklang fand.⁵¹

⁴⁴ § 10a des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in der Folge vom 26. Juni 1935 (RGBl I, S. 773); zu dessen Motivation siehe Entwurf eines 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts, BT-Drucks 6/3434 vom 15.02.1972, Begr. S. 23.

⁴⁵ Vgl. G. Jerouschek, a. a. O., S. 24f.

⁴⁶ Vgl. ebd., S. 21; M. Mattisseck-Neef, a. a. O., S. 42.

⁴⁷ Vgl. G. Jerouschek, a. a. O., S. 69, zu Differenzierungen nach der Art der Missgestaltung s. S. 70.

⁴⁸ Vgl. ebd., S. 114, 174.

⁴⁹ Vgl. ebd., S. 154.

⁵⁰ Vgl. M. Mattisseck-Neef, a. a. O., S. 38f., 42f., 44.

⁵¹ Vgl. dazu F.-E. Isemer/H. Lilie, Rechtsprobleme bei Anencephalen, Medizinrecht Nr. 2 (1988), S. 66–71; G. Wolfslast, Grenzen der Organgewinnung – Zur Frage einer Änderung der Hirntodkriterien, Medizinrecht 1989, S. 164–168 (jeweils m. w. N.); R. Merkel, a. a. O., § 218 Rn 18; dort – Rn 19ff. – auch zur Diskussion um die Bewertung anderer schwerster Defekte.

3.

Führt man die drei Schlaglichter zusammen, so lässt sich aus der Geschichte lernen, dass die Gleichsetzung eines belebten, eines „gegliederten“ oder auch eines schon lebensfähigen Kindes mit einem schon geborenen Menschen trotz seiner Heimstatt im Mutterleib alt und dass die Einreihung seiner Tötung in die Kategorien von Mord und Totschlag hieraus die Konsequenz gewesen ist. Zur unangefochtenen Rechtfertigung seiner Tötung, also einer Abtreibung im so begründeten Spätstadium der Schwangerschaft, verstand man sich erst, als man das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs ungeteilt auf die gesamte Phase der Schwangerschaft erstreckte und sich dadurch inhaltlich von der beschriebenen Gleichsetzung mit Mord und Totschlag distanzierte. Erst dieser Schritt ermöglichte den Gedanken, die Leibesfrucht verkörpere gegenüber dem Leben der Mutter das geringerwertige Gut und dürfe zur Abwendung von Leibes- oder Lebensgefahr geopfert werden. Das Versäumnis der Gesetzgeber, die Abtreibungsregelung aus den Tötungsdelikten herauszunehmen, steht allerdings äußerlich diesem Gedanken entgegen. Denn wäre die Abtreibung nach dem verbliebenen Schein nur eine privilegierte Form der Tötung eines Menschen, stünde im Gutsnotstand Leben gegen Leben. In einem solchen Fall könnte eine Rechtfertigung zugunsten des Mutterlebens aber nur greifen, wenn man den Grundsatz der Unabwägbarkeit menschlichen Lebens preisgäbe.⁵² Das sollte man aber keinesfalls tun.⁵³

III. Geltende Rechtslage

1.

Kehren wir zur geltenden Rechtslage zurück. Zu ihr sollte man als erstes zwei begriffliche „Ineinssetzungen“ aufgeben, die – historisch korrekt oder doch jedenfalls unbedenklich – bis hierhin noch gebraucht worden sind. Zum Ersten sollte man nicht mehr von Spätabtreibung, sondern von Spätabbruch sprechen. Das ist zwar in der Sache kein Unterschied. Abtreibung wie Abbruch heißt im Klartext: Tötung des Embryos, im Falle des Spätabbruchs Tötung des Feten. Das ist mit Abtreibung vielleicht klarer als mit Schwangerschaftsabbruch oder gar – wovon der Alternativentwurf 1970 sprechen wollte – mit Schwangerschaftsunterbrechung gesagt. Wer von

⁵² Zu Überlegungen, das im „Defensivnotstand“ – Ausgehen der Gefahr vom Kind – anders zu sehen, vgl. *H. Frister*, a. a. O., S. 385ff. Zum Defensivnotstand im Zusammenhang mit der Perforation *R. Merkel*, a. a. O., Rn 36f.

⁵³ Andernfalls müsste man den Abschuss von 50 Flugzeugpassagieren zugunsten des Lebens von 5 000 bedrohten Menschen zulassen. Anders zu Recht BVerfGE Bd. 115, S. 118, 151ff.

Letzteren redet, wird sogar der Benutzung semantischer Nebelkerzen geziehen, die den Tötungscharakter der Tat verschleiern.⁵⁴ Wer heute im Fach oder politischen Diskurs von Abtreibung spricht, umgeht zwar diesen Vorhalt. Er oder sie redet aber dann anders als unser Gesetz. Und dies geschieht nicht selten, um schon mit der Wortwahl Stimmung zu machen. Stellt man die gültige Rechtslage dar, spricht alles dafür, sich der Begrifflichkeit des geltenden Rechts zu bedienen. Das aber redet seit 1976 nicht mehr von Abtreibung, sondern von Schwangerschaftsabbruch. Für diesen Begriff spricht, dass er den konflikthafter Zustand mit einbezieht, zu dessen „Lösung“ der Abbruch, die Tötung, geschieht. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, aber er ist auch – durch die Beendigung der vom Bundesverfassungsgericht so bezeichneten „Zweiheit in Einheit“⁵⁵ – eine Möglichkeit der Auflösung des ihn motivierenden Konflikts.

Zum Zweiten möchte ich nicht mehr – und ich betone, auch nicht im Zusammenhang mit dem Spätabbruch – von der Tötung eines „Kindes“, sondern nur von der Tötung einer Leibesfrucht, eines Feten sprechen. Zwar ist es verständlich, dass man – sozusagen im Ultraschallangesicht einer voll ausgebildeten und lebensfähigen Frucht – von einem Kind zu sprechen geneigt ist. Auch die Geschichte lässt das – wie wir gesehen haben – bis in das ausgehende 18. Jahrhundert ja zu. Auch ist einzuräumen, dass hier die Sprache des Gesetzes nicht ganz so eindeutig ist. Zwar spricht § 218 vom „befruchteten Ei“ und § 219 vom „Ungeborenen“ bzw. von „ungeborenem Leben“. Im Zusammenhang mit der dort geregelten Beratung redet § 219 aber auch von „Perspektiven für ein Leben mit dem Kind“ und von der „Belastung“, die „der Frau durch das Austragen des Kindes“ erwächst. Schon daraus wird man aber nicht – da hierin ein deutlicher Zukunftsbezug liegt – schließen können, der Gesetzgeber setze ungeborenes Leben, das unbefruchtete Ei, setze also die Leibesfrucht bereits mit dem Kind selber gleich. Dass das nicht so ist, war bis 1998 noch klarer, weil bis dahin das Gesetz den Schwangerschaftsabbruch in § 217 von der Kindestötung schied und dort im Gegensatz vom befruchteten Ei oder von ungeborenem Leben von einem nichtehelichen Kinde sprach. Aber auch, wenn es diese Vorschrift nicht mehr gibt, ist nur diese Unterscheidung von Gesetzes wegen korrekt.

⁵⁴ T. Fischer, StGB, 56. Aufl. München 2009, § 218 Rn 2, hält den Begriff „Schwangerschaftsabbruch“ für „eher irreführend“; H. Tröndle, der zuvor den Kommentar bearbeitete, spricht von einer begrifflichen „Kaschierung“ des Tötungsvorgangs, die „die natürliche Tötungshemmung“ beeinträchtigt (s. E. Dreher/H. Tröndle, Strafgesetzbuch, 46. Aufl. München 1993, § 218 Rn 2; vor § 218 Rn 5); vgl. auch H. Tröndle, „Soziale Indikation“ – Rechtfertigungsgrund?, Jura 1987, S. 66–75 (68): hier spricht er von Verniedlichung, Umetikettierung, kaschierendem Charakter, dogmatisch verfehlter und unhaltbarer Falschbezeichnung und einem „semantischen Geniestreich“. Von „Schwangerschaftsunterbrechung“ spricht § 105 des sog. Alternativ-Entwurfs eines Strafgesetzbuches. (J. Baumann et al., Alternativ-Entwurf eines Strafgesetzbuches: Besonderer Teil, Straftaten gegen die Person, 1. Halbband, Tübingen 1970.

⁵⁵ BVerfGE Bd. 88, S. 203, 253.

Denn die Tötungstatbestände reden von der Tötung eines „Menschen“, § 218 dagegen vom Schwangerschaftsabbruch. Tötung und Mord betreffen geborenes Leben, der Schwangerschaftsabbruch die ungeborene Frucht. Beide Deliktswelten sind damit sprachlich, seit dem 19. Jahrhundert auch systematisch geschieden. Sie sind mit ganz unterschiedlichen Strafrahmen und nur zum Schwangerschaftsabbruch mit besonderen Ausnahmen bedacht. Zwischen ihnen liegt die Zäsur der Geburt. Was bis unmittelbar vor ihr geschieht, beendet durch Tötung der Frucht den Zustand der Schwangerschaft, erst was unmittelbar danach geschieht, tötet das Kind. Nur wie es sich in der Geburt verhält, darüber lässt sich juristisch noch streiten,⁵⁶ dass der Schwangerschaftsabbruch kein „Kind“ tötet, dagegen juristisch *de lege lata* nicht.⁵⁷

2.

Der so verstandene Schwangerschaftsabbruch, die Abtötung der Leibesfrucht, ist – wie schon skizziert – im Grundsatz zäsurlos strafbar, von der Einnistung des befruchteten Eis (§ 218 Abs. 1, S. 2) bis zum Beginn der Geburt. Er verstößt gegen geltendes Recht. Rechtswidrig bleibt nach dem Spruch des Bundesverfassungsgerichts auch der nur beratene Abbruch.⁵⁸ Er ist aber unter den Bedingungen des § 218a Abs. 1 in den ersten zwölf Wochen nicht strafbar. Spätabbrüche fallen nicht unter diese Gruppe, die mit 111 474 von 114 484 dem Statistischen Bundesamt 2008 gemeldeten Abbrüchen die quantitativ bedeutsamste ist.⁵⁹ Der Spätabbruch wird vielmehr

⁵⁶ Mit Wegfall des § 217 a. F., der die Tötung des nichtehelichen Kindes bereits „in“ der Geburt als Tötungsakt behandelte und daher verbreitet als Beleg dafür angeführt wurde, dass von einem Menschen im Sinne von Totschlag und Mord schon ab diesem Zeitpunkt auszugehen war, ist streitig geworden, ob der „Mensch“ in der Geburt nicht doch noch als Leibesfrucht behandelt werden sollte (was z. B. die Rechtfertigung der Perforation erleichtern würde), so etwa *R. Herzberg/A. Herzberg*, Der Beginn des Menschseins im Strafrecht: Die Vollendung der Geburt, *Juristenzeitung* Nr. 22 (2001), S. 1106–1113; *R. Merkel*, a. a. O., § 218 Rn 31ff.; im Sinne der bisher herrschenden, die Frage verneinenden Lehre dagegen *W. Küper*, Mensch oder Embryo? – Der Anfang des „Menschseins“ nach neuem Strafrecht, *GA (Goldammer's Archiv für Strafrecht)* Nr. 148 (2001), S. 515–537.

⁵⁷ Der Vorschlag von *W. Gropp*, Der Embryo als Mensch: Überlegungen zum pränatalen Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, *GA* Nr. 147 (2000), S. 1–18, die lebensfähige Frucht in den Schutz der Tötungsdelikte einzubinden, ist folgerichtig ein Vorschlag *de lege ferenda*.

⁵⁸ *BVerfGE* Bd. 88, S. 203, Leitsatz 4 mit Leitsatz 15. Vgl. zu den daraus erwachsenden strafrechtlichen Problemen *T. Hillenkamp*, Zum Notwehrrecht des Arztes gegen „Abtreibungsgegner“, in: *H. Putzke et al.* (Hg.), *Strafrecht zwischen System und Telos*. Festschrift für Rolf Dietrich Herzberg zum siebzigsten Geburtstag am 14. Februar 2008, Tübingen 2008, S. 483–502 (484ff.).

⁵⁹ Zahlenmaterial findet sich in: Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen: Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3, Wiesbaden 2008, Tab. 1.1.; die Statistik wird nach § 15 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) geführt. Zum Dunkelfeld vgl. *T. Hillenkamp*, Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: *M. Böse/D. Sternberg-Lieben* (Hg.), *Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts*. Festschrift für Knut Amelung zum 70. Geburtstag, Berlin 2009, S. 425–446 (425ff.).

nicht anders als jeder Abbruch nach der zwölften Schwangerschaftswoche behandelt. Er ist verboten und strafbar. Er ist nur unter einer Voraussetzung erlaubt, und diese Voraussetzung ist die medizinisch-soziale Indikation (§ 218a Abs. 2).

Die medizinisch-soziale Indikation rechtfertigt nur einen Schwangerschaftsabbruch, niemals aber die Tötung eines schon geborenen Kindes. Endet ein auf Tötung der Frucht zielender Spätabbruch mit der Austreibung eines dann doch lebenden Kindes, setzt sich die zuvor bestehende Tötungserlaubnis nicht etwa fort. Das ist vollkommen unstreitig und lässt sich an zwei Aufsehen erregenden Fällen aus jüngerer Zeit illustrieren. In beiden kam aufgrund eines Spätabbruchsversuchs ein lebendiges, aber behindertes Kind zur Welt. Das eine litt unter einer mit dem Leben unvereinbaren Skelettfehlbildung,⁶⁰ das andere unter einer Trisomie 21.⁶¹ Gesetzt, es hätte sich bei diesen bereits pränataldiagnostisch erhobenen und den Schwangeren etwa in der 25. Schwangerschaftswoche mitgeteilten Befunden eine ernst zu nehmende Suizidgefahr für beide Schwangeren ergeben, so wären die Abbruchversuche⁶² rechtmäßig gewesen. Ein rechtswidriger Tötungsversuch wurde daraus aber im ersten Fall, als der abbrechende Arzt das in der Geburt befindliche Kind mit verschiedenen Maßnahmen zu ersticken versuchte. Auch wenn dieses Kind keine Überlebenschance hat, genießt es doch den uneingeschränkten Lebensschutz und ist – wie wir Juristen das nennen – taugliches Tatobjekt der Tötungsdelikte. Der Arzt ist zu Recht verurteilt worden. Im zweiten Fall ging es um die Strafbarkeit eines bloßen „Liegenslassens des Kindes“. Dann kommt ein Tötungsversuch nur durch Unterlassen in Betracht. Er ist gegeben, wo trotz der Schädigung des Neugeborenen der Versuch der Lebensrettung angezeigt und rechtlich geboten ist. Das ist eine Frage der „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“, zu der es ausgearbeitete Empfehlungen der Ärzteschaft gibt.⁶³

⁶⁰ Nämlich im Zittauer Fall, siehe dazu BGH ZfL (Zeitschrift für Lebensrecht) 2003, S. 83 mit Anm. K. Wiebe; L. G. Görlitz ZfL 2003, S. 87; es handelte sich um einen seltenen Fall eines tödlichen Zwergwuchses, die sog. Hypochondrogenesis.

⁶¹ Nämlich im Oldenburger Fall „Tim“, vgl. dazu die Verfahrenseinstellungen der StA (Staatsanwaltschaft) Oldenburg, NStZ (Neue Zeitschrift für Strafrecht) 1999, S. 461; ZfL 2003, 99 bzw. Erledigung durch Strafbefehl, ZfL 2004, S. 117.

⁶² Auch juristisch handelt es sich um einen fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruchsversuch. Zwar ist die Schwangerschaft beendet. Schwangerschaftsabbruch im Sinne des § 218 bedeutet aber Abtötung der Frucht. Überlebt die Frucht, ist der Versuch des Schwangerschaftsabbruchs fehlgeschlagen. Das wissen selbst viele juristische Examenskandidaten nicht, wie eine erst vor kurzem in Baden-Württemberg gestellte Examensklausur mit dieser Problematik ergab.

⁶³ So der Titel der sog. Einbecker Empfehlungen (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V. (DGMR), Empfehlung erarbeitet beim 1. Einbecker Expertengespräch 27.–29.6.86, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, Medizinrecht (1986), S. 281–282; revidierte Fassung: DGMR, Einbecker Empfehlungen – Revi-

Was ist nun also eine medizinisch-soziale Indikation? Das Gesetz umschreibt sie in § 218a Abs. 2 so: „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“. Das ist ein langer, mit nicht leicht eingrenzbaaren Kriterien durchsetzter Text.⁶⁴ Es empfiehlt sich, ihn in drei vom Kernbereich zu den Randzonen führenden Kreisbeschreibungen zu erläutern.

Im Kernbereich der Indikation steht die physische Bedrohung von Gesundheit oder Leben der Frau. Muss zu ihrer Abwendung eine Maßnahme ergriffen werden, die die Frucht gezielt tötet, oder die sie mit dem hohen Risiko austreibt, dass sie den Vorgang nicht überlebt, so ist die gewollte oder doch in Kauf genommene Fruchttötung rechtlich erlaubt.⁶⁵ Solche Fälle sind heute selten, weil nach ärztlicher Auskunft „gravierende schwangerschaftsrelevante internistische Erkrankungen (...) in der Regel gut zu therapieren sind“. Eine Indikation ergibt sich aber z. B. bei Präeklampsie oder Eklampsie.⁶⁶ Ließe man die medizinisch-soziale Indikation unter der Geburt noch zu, zählten hierzu auch die Fälle indizierter Perforation oder Cephalocentese.⁶⁷ Da nicht nur die gegenwärtigen, sondern auch die zukünftigen Lebensverhältnisse zu berücksichtigen sind, ist die Begründung der Indikation durch das spätere Haben des Kindes nicht ausgeschlossen. Eine

dierte Fassung 1992, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, *Medizinrecht* 1992, S. 206–208. Vgl. auch die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGB), Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DPM), Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) zu „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes“ von 2006, überarbeitet 2007, bestätigt 2008; immer muss der Arzt die nötige Grundversorgung leisten; Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind aber nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Wann nur palliative, wann lebenserhaltende Maßnahmen geboten sind, hängt von vielen Einzelheiten ab, siehe 1.2.1 der zuletzt genannten Empfehlungen.

⁶⁴ Vgl. zu ihm die einschlägigen StGB-Kommentierungen; z. B. bei *T. Fischer*, a. a. O., § 218a Rn 20ff.; *R. Merkel*, a. a. O., § 218a Rn 81ff.

⁶⁵ Nach § 218a Abs. 2 dann, wenn sie ein Arzt vornimmt; ist – z. B. in einer aus Witterungsgründen tagelang nicht erreichbaren Berghütte – ein Arzt nicht rechtzeitig zur Stelle, ist auch ein Nicht-Arzt – dann freilich nach § 34 – gerechtfertigt.

⁶⁶ Vgl. BÄK (Bundesärztekammer)/DGGB, Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation, 14.12.2006, S. 12, 18.

⁶⁷ Vgl. dazu *R. Merkel*, a. a. O., § 218 Rn 36f.; hier geht es um „Durchbohrung“ oder „Punktion“ namentlich beim Hydrocephalus, um den Geburtsvorgang (z. B. bei kontraindizierter sectio caesara) zu ermöglichen; ob solche Techniken auch schon vor Beginn der Geburt angewandt werden, ist mir nicht bekannt.

schwerwiegende physische Gesundheitsbeeinträchtigung kann sich deshalb z. B. auch für eine Frau ergeben, die an einem Bruch zweier Wirbel leidet, dessen Folgen sich durch das lang anhaltend notwendig werdende ständige Tragen des erwarteten schwer behinderten Kindes erheblich verschlimmern würden. Hier gäbe es zwar auch andere Abwendungsmöglichkeiten, sie müssten der Frau aber zumutbar sein.⁶⁸

An sich gleichfalls im Zentrum der Indikation, wegen ihrer schwereren Abschätzbarkeit aber doch unsicherer, bilden den zweiten Kreis die Fälle, in denen es um die Bedrohung des seelischen Gesundheitszustandes, also um einen psychischen Prozess geht. Löst eine Schwangerschaft eine ernst zu nehmende Suizidgefahr aus, kann das ebenso wie eine manifeste Depression auch ohne eine solche zugespitzte Gefahr die Indikation begründen. Psychotherapeutische Strategien bis hin zur Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus gelten nur dann als zumutbare Alternativen zum Abbruch, wenn sie von der Schwangeren freiwillig angenommen werden. Der schon berichteten ersten Entscheidung des Reichsgerichts lag eine solche psychisch vermittelte Gefahr zugrunde. Die ohnehin schon in nervenärztlicher Behandlung befindliche unverheiratete Frau wurde dort aus einem Liebesverhältnis mit einem „Reisenden“ schwanger, erlitt bei der Aufklärung über ihren Zustand „heftige Affektausbrüche mit nachfolgendem dumpfen Brüten und äußerte Selbstmordgedanken“.⁶⁹ Der behandelnde Nervenarzt diagnostizierte eine „durch die Schwangerschaft hervorgerufene reaktive Depression“ mit aus ihr folgender „gegenwärtiger ernstlicher Gefahr der Selbstentleibung“ und veranlasste einen sachkundigen Arzt, „zur Beseitigung der Selbstmordgefahr die Schwangerschaft zu unterbrechen“. Dieses Vorgehen erklärte das Reichsgericht für rechtmäßig, vorausgesetzt, dass die Gefahr „nicht auf andere Weise abwendbar“ war.⁷⁰ Setzt man hinzu: auf eine andere, der Schwangeren zumutbare Weise, entspricht das dem heute geltenden Recht.

Auch im dritten Kreis haben wir es mit psychisch vermittelten Gefahren zu tun, die sich aus dem Tragen oder zukünftigen Haben von Frucht oder Kind entwickeln. Die Besonderheit dieses Kreises besteht darin, dass sich die schwerwiegende Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes oder Suizidgefahr einstellt, weil die Schwangere erfährt, dass das erwartete Kind an einer Behinderung, an einer Krankheit leidet. Das führt in den in den letzten Jahren viel diskutierten Konflikt nach pränataldiagnostischem Befund.⁷¹

⁶⁸ Vgl. hierzu BGHZ, Einholung eines Sachverständigengutachtens bei Prüfung der medizinischen Indikation, NJW Nr. 47 (2003), 3411; ist z. B. die Inanspruchnahme einer „Tragehilfin“ zumutbar?

⁶⁹ RGSt Bd. 61, S. 243.

⁷⁰ RGSt Bd. 61, S. 243, 258.

⁷¹ Vgl. hierzu und seiner rechtlichen Beurteilung T. Hillenkamp, a. a. O. (Fn. 59), S. 425–446 (425ff.) m. w. N.

Der Schwangerschaftsabbruch ist hier nur dann eine rechtmäßige Lösung, wenn die Mitteilung des Befundes die bezeichnete Gefahr für Leben oder Gesundheit der Frau heraufbeschwört und es einen zumutbaren schonenderen Ausweg nicht gibt. Ob etwa eine schwere Depression sofort nach der Mitteilung entsteht oder erst die nach ärztlicher Erkenntnis sichere Folge des Lebens mit dem Kind sein wird, ist dabei gleichgültig. Als gegenwärtig gilt die Gefahr in beiden Fällen.

Eigentlich ist diese Begründung der medizinisch-sozialen Indikation nicht problematischer als die im zweiten Kreis genannte. Es ist dem Gesetz gleichgültig, was die der Schwangeren drohende Gefahr auslöst: Angst vor der Schande einer „unehelichen“ Geburt, Angst davor, eine alleinstehende oder schlechte Mutter zu sein oder eben die Angst davor, mit einem behinderten Kind leben zu sollen. Problematisch ist die zuletzt genannte Motivation nur, wenn sie im Zusammenhang mit der Indikation missverstanden wird: dass nämlich die Behinderung selbst es sei, die den Abbruch rechtfertigt. Dieses Missverständnis war zur vormaligen embryopathischen Indikation und ist auch heute zu den Spätabbrüchen nach pränataldiagnostischem Befund verbreitet. Selbst Ärzte geben bisweilen zu, sie entschieden in solchen Fällen nach dem Grad der Behinderung. Das aber ist gegen das Gesetz. Es fragt nicht nach Grad oder Schwere des kindlichen Leidens, wie es nicht nach Unehelichkeit oder Status der Mutter fragt. Sondern es fragt allein, was dies oder jenes auslöst. Und es rechtfertigt den Abbruch nur, wenn das eine Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren ist.

Liegt eine medizinisch-soziale Indikation vor, ist der Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt gerechtfertigt.⁷² Das gilt für jeden Zeitpunkt der Schwangerschaft, also nicht nur, aber eben auch für den Spätabbruch. Im letzteren Fall rechtfertigt die Indikation die Tötung einer extrauterin überlebenschfähigen Frucht. Der Abbruch darf – wenn die Gefahr aus dem zukünftigen Haben des Kindes erwächst – durch gezielte Tötung der Frucht im Mutterleib, den sog. Fetozid, vorgenommen werden. Ärzte wie Juristen, die diese Art des Abbruchs aus ethischen Gründen verwerfen, sollten bedenken, dass sie mit Alternativverfahren unter Umständen den Eltern wie dem Fetus traumatisches und qualvolles Erleben zumuten und den Konflikt bei Überleben des Kindes nicht lösen.⁷³

⁷² Das in § 12 Abs. 1 SchKG enthaltene Weigerungsrecht ist in Fällen medizinisch-sozialer Indikation nach § 12 Abs. 2 SchKG eingeschränkt, vgl. dazu B. Büchner, Das Weigerungsrecht bezüglich vorgeburtlicher Kindstötungen, ZfL Nr. 1 (2008), S. 2–10; R. Merkel, a. a. O. § 218a Rn 165f., jeweils m. w. N.

⁷³ Vgl. dazu BÄK/DGGG, Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation, 14.12.2006, S. 29; zur Kontroverse s. G. Duttge, Schlusswort: Quo vadis?, in: E. Schumann, a. a. O., S. 95–115 (111f); W. Gropp, Strafrechtlicher Schutz des Lebens vor und nach der „Geburt“, in: E. Schumann, a. a. O., S. 19–40 (36f); T. Hillenkamp, a. a. O. (Fn. 59), S. 445; A. Schmidt-Recla, Schwangerschaftsbetreuung und Haftungsrecht. Die Folgen der „Kind als Schaden“ – Rechtsprechung für den Behandlungsvertrag, in:

IV. Fazit

Fragt man sich zum Schluss, ob man mit der geltenden Regelung des Spätabbruchs leben kann, muss man zurückfragen, was sollte man ändern? Eine Rückkehr zur embryopathischen Indikation in der 22-Wochen-Frist⁷⁴ empfiehlt sich sicherlich ebenso wenig wie die inhaltlich praktisch identische Bindung dieser Indikation an noch nicht lebensfähiges Leben.⁷⁵ Eine solche Lösung holte nicht nur die Einwände der Kirchen und Behindertenverbände gegen die alte embryopathische Indikation zurück.⁷⁶ Vielmehr würde sie in der Sache die jetzige Praxis auch gar nicht verhindern. Denn der Wechsel in die medizinisch-soziale Indikation nach der 22. Woche bliebe ja offen.⁷⁷ Man müsste dann also zugleich entweder auch diese befristen, was zu Recht niemand will, oder man müsste die medizinisch-soziale Indikation (in embryopathisch motivierten Fällen oder auch ganz) um ihre in die Zukunft weisende Variante beschneiden, einen Abbruch also nicht zulassen, wenn die Gefahr erst aus dem späteren Haben des Kindes erwächst.⁷⁸ Auch könnte man daran denken, den Fetozid zu verbieten, um dem spät ausgetriebenen Leben seine Überlebenschance zu lassen.⁷⁹

E. Schumann, a. a. O., S. 81–94 (93); *C. Wewetzer*, Spätabbrüche: Aktuelle Problemstellung und gesellschaftliche Debatte 1996–2007, in: *Dies./T. Wernstedt* (Hg.), a. a. O., S. 19.

⁷⁴ Vgl. hierzu (zum Teil im Sinne einer 20-Wochen-Frist) *E. Deutsch*, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, *Zeitschrift für Rechtspolitik* Nr. 9 (2003), S. 332–335 (332, 335); *C. Katzenmeier*, Anmerkung zum Urteil des BGH vom 18.06.2002 – VI ZR 136/01 Ersatzpflicht des Arztes bei Behandlungsfehler und Unterbleiben eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs, *JR* (Juristische Rundschau) Nr. 2 (2003), S. 66–72 (71); *A. Schmidt-Recla*, a. a. O., S. 92; *A. Schmidt-Recla/E. Schumann*, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, *Medizinrecht* Nr. 11 (1998), S. 497–504 (504); sowie die Nachweise bei *H. Hofstätter*, a. a. O., S. 125ff., 198ff.; *M. Mattiscek-Neef*, a. a. O. S. 172ff.

⁷⁵ Vgl. dazu *W. Gropp*, Der Embryo als Mensch: Überlegungen zum pränatalen Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, *GA* Nr. 147 (2000), S. 1–18; *W. Philipp*, Aufgezwungene Pflichtenkollisionen, *Frauenärzte im Konflikt*, *Frauenarzt* Nr. 39 (1998), S. 1504, 1512; *H.-J. Rudolphi*, Systematischer Kommentar zum StGB, 6. Aufl. München/Unterschleißheim 2000, § 218a Rn 8a.

⁷⁶ Vgl. dazu Beschluss, Empfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 28.06.1995, BT-Drucks 13/1850, S. 25f.

⁷⁷ Vgl. zur „Versuchung“, bei Befristungen in andere Indikationen „überzuwechseln“, *G. Duttge*, in: *C. Wewetzer/T. Wernstedt* (Hg.), a. a. O., S. 112.

⁷⁸ In diese Richtung zielend *H. Frister*, a. a. O., S. 388ff.

⁷⁹ Die „Austreibung“ müsste dann also durch Einleitung der Geburt geschehen, vgl. dazu *E. Deutsch*, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, *ZRP* (Zeitschrift für Rechtspolitik) Nr. 9 (2003), S. 332–335 (332, 335); *Katzenmeier*, Anmerkung zum Urteil des BGH vom 18.06.2002 – VI ZR 136/01 Ersatzpflicht des Arztes bei Behandlungsfehler und Unterbleiben eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs, *JR* Nr. 2 (2003), S. 66–72 (71); *A. Schmidt-Recla*, a. a. O., S. 92; *A. Schmidt-Recla/E. Schumann*, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, *Medizinrecht* Nr. 11 (1998), S. 497–504 (504); sowie die Nachweise bei *H. Hofstätter*, a. a. O., S. 125ff., 198ff.; *M. Mattiscek-Neef*, a. a. O. S. 172ff.

Von all dem ist nichts zu halten. Es schnitte die medizinische Indikation auf ein zu enges Maß zurück. Es lüde nämlich der betroffenen Frau von Rechts wegen auszuhalten auf, was die „ihr zumutbare Opfergrenze übersteigt“.⁸⁰ Die Berücksichtigung auch der zukünftigen Verhältnisse und die Einflussnahme durch den Abbruch auf sie sind für ein gerechtes Recht elementar. Dazu gilt, was das Bundesverfassungsgericht hierzu sagt, dass nämlich aus der Vorausschau eben auch auf die zukünftigen Belastungen „lebensbedrohende Komplikationen entstehen (können), in denen schutzwürdige Positionen einer schwangeren Frau sich mit solcher Dringlichkeit geltend machen, dass jedenfalls die staatliche Rechtsordnung – ungeachtet etwa weitergehender moralischer oder religiös begründeter Pflichtauffassungen – nicht verlangen kann, die Frau müsse hier dem Lebensrecht des Ungeborenen unter allen Umständen den Vorrang geben“.⁸¹ Dazu zwänge erst recht, wenn man die Geschichte zurückholte, und die Tötung überlebensfähigen Lebens wieder den Tötungsdelikten zuschläge.⁸² Denn dann wäre jede Tötungserlaubnis in dieser späten Phase obsolet. Zu einer so rigiden Lösung gibt es in unserer Gesellschaft keinen Konsens.

Deshalb sollte es bleiben, wie es ist. Dann ist vor allem zu einem sorgfältigen und gesetzestreuen Umgang mit dem schmalen Korridor zu raten, den das Gesetz für rechtmäßige Spätabbrüche offen lässt. Dazu kann das freilich bescheidene Ergebnis helfen, das die mit großer und Jahre anhaltender Begleitmusik im Mai diesen Jahres beschlossene abermalige „Reform“ des Schwangerschaftsabbruchsrechts hervorgebracht hat.⁸³ Diese Reform hat den hier dargestellten Kernbereich nicht angetastet. Die 2007 von Rüttgers aufgeworfene Forderung „Spätabtreibungen dürfen künftig nicht mehr erlaubt sein“⁸⁴ hat sich keine politische Gruppierung zu eigen gemacht. Auch die Ärzteschaft, die die Reform eingefordert hatte,⁸⁵ ging nicht soweit. Ihr Petitum war eine Verbesserung des Lebensschutzes nach der 22. Woche, einem Zeitraum, in dem in den letzten sechs Jahren von durchschnittlich

⁸⁰ Das ist die maßgebliche Grenze für die Pflicht zum Austragen der Frucht, siehe BVerfGE Bd. 88, S. 203, 272.

⁸¹ BVerfGE Bd. 88, S. 203, 256f. unter Berufung auf BVerfGE 39, 1, 50; vgl. zu der mit Recht betonten Beschneidung der staatlichen Rechtsordnung schon *K. F. Hommel*, Des Herrn Marquis von Beccaria unsterbliches Werk von Verbrechen und Strafen (hg. von *J. Lekschas*), Berlin 1966, S. 2 (Vorrede): „Es kann etwas schändlich, es kann etwas sündlich und doch bürgerlich kein Verbrechen sein. Mensch, Bürger und Christ sind drei unterschiedliche Begriffe“.

⁸² So – de lege ferenda – *W. Gropp*, a. a. O., S. 1ff.; rechtfertigen lässt sich eine Tötung dann nur unter Preisgabe des Grundsatzes der Unabwägbarkeit Leben gegen Leben.

⁸³ Zu finden in BRat-Drucks. 447/09 vom 22.05.09; siehe zur parlamentarischen Chronik *E. Schumann*, in: *Ders.*, a. a. O. S. 6. (Fn 26); zu den durch die Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes eingetretenen Neuerungen siehe *G. Duttge/H. Bernau*, Thesen zum neuen Schwangerschaftskonfliktgesetz, Zeitschrift für Lebensrecht Nr. 2 (2009), S. 42–47 (42ff.).

⁸⁴ *J. Rüttgers*, Zulässigkeit von Spätabtreibungen?, Zeitschrift für Rechtspolitik Nr. 2 (2007), S. 71.

⁸⁵ Vgl. dazu *T. Hillenkamp*, a. a. O. S. 427.

etwa 120 000 Schwangerschaftsabbrüchen im Jahr im Schnitt rund 2 200 Abbrüche geschehen sind, die ganz überwiegend embryopathisch motiviert gewesen sein dürften.

Zwei von drei Forderungen der Ärzteschaft haben sich hierzu durchgesetzt. Zum einen ist nunmehr eine umfassende medizinische und psychosoziale Beratung schon nach pränataldiagnostisch auffälligem Befund vorgeschrieben (§ 2a Abs. 1 SchKG), die „ergebnisoffen“ zu sein hat. Auch der die Indikation nach § 218a Abs. 2 bei einem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch feststellende Arzt, der nicht mit dem den Abbruch vornehmenden identisch sein darf, schuldet eine näher beschriebene Beratung (§ 2a Abs. 2 SchKG). Die schriftliche Feststellung der Indikation, die dem abbrechenden Arzt vorzulegen ist (§ 218b Abs. 1), darf – und hier hat sich eine zweite Forderung durchgesetzt – nicht vor Ablauf von drei Tagen nach Beratung vorgenommen werden. Verzichtet die Frau auf Beratung – was sie kann (§ 2a Abs. 3 SchKG) – ist die schriftliche Feststellung erst nach Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose zulässig. Beratung oder Verzicht sind zu dokumentieren. Durch diese Regelung ist also eine dreitägige Bedenkzeit festgesetzt, die unüberlegte Spontanentscheidungen unter dem Schock der Befundmitteilung verhindern soll. Beide Neuerungen sind zu begrüßen. Sie holen im Grunde zurück, was zur vormals embryopathischen Indikation schon gegolten hat. Besonders wichtig ist, dass die Ärzte in diese Beratungen nicht die krasse Verzerrung des Gesetzes transportieren, dass ein Schwangerschaftsabbruch umso indizierter sei, je schwerer die Behinderung des zu erwartenden Kindes wiege. Vielmehr ist zu verdeutlichen, dass nur eine Lebens- oder Gesundheitsgefahr für die Schwangere einen Abbruch legitimiert. Das müssen auch die Zivilgerichte beachten, wenn sie in Schadensersatzansprüchen gegen Ärzte inzident prüfen, ob bei einem *lege artis* erhobenen und der Frau rechtzeitig mitgeteilten belastenden Befund ein Spätabbruch rechtmäßig gewesen wäre.⁸⁶

Eine dritte Forderung hat leider keine politische Mehrheit gefunden. Es war die nach einer Erweiterung und Spezifizierung der zum Spätabbruch an das Statistische Bundesamt zu meldenden Daten. Erfasst werden sollten insbesondere die Zahl der Fetozide und die Schwangerschaftsabbrüche nach embryopathischem Befund, die in der jetzigen Meldepraxis in der medizinisch-sozialen Indikation aufgehen.⁸⁷ Datenschutzrechtliche Bedenken hiergegen überzeugen nicht. Die Furcht, die „Wahrheit“ könnte nach dem 1995

⁸⁶ Das angesprochene Missverständnis zeigt sich krass in der zivilrechtlichen Entscheidung OLG Hamm, 05.09.2001 – 3 U 229/00: Früherkennung von Schädigung des Kindes im Mutterleib, NJW Nr. 36 (2002), S. 2649; siehe dazu T. Hillenkamp, a. a. O. S. 431 und zum beklagten „Automatismus“ S. 435; vgl. auch G. Duttge/H. Bernau, a. a. O., S. 43; zur „Kind-als-Schaden-Rechtsprechung“ s. A. Schmidt-Recla, a. a. O., S. 81ff.

⁸⁷ Vgl. dazu die Änderungsvorschläge im Entwurf J. Singhammer u. a. zu § 16 SchKG in BT-Drucks. 16/1106 sowie G. Duttge/H. Bernau, a. a. O., S. 46f.

mühsam errungenen Kompromiss zu einem erneuten Aufmachen des Pulverfasses des § 218a Abs. 2 führen, hat obsiegt. Es muss bezweifelt werden, dass diese Abwehr der Verfassung entspricht. Sie legt dem Gesetzgeber nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht zum 1996 in Kraft getretenen Lebensschutzkonzept auf.⁸⁸ Wie aber soll man dieser Pflicht im Hinblick auf den Schutz behinderten Lebens genügen, wenn man die embryopathisch motivierten Abbrüche unter dem Mantel der medizinischen Indikation weiter verbirgt?

Christlicher Ethik mag das hier präsentierte Ergebnis, mag das Gesetz vielleicht nicht vollends entsprechen. Wer deshalb einen rigideren Schutz ungeborenen Lebens verlangt, muss aber zwei Dinge bedenken. Wir leben in einem säkularisierten Staat.⁸⁹ Und wir brauchen ein Gesetz, das Frauen und Ärzte in großer Not nicht in die Illegalität treibt.⁹⁰ Und dass große Not besteht, wenn sich eine Frau und ein Arzt nach 22 oder noch mehr Wochen zur Tötung eines bis dahin gewünschten und gewollten „Kindes“ entschließen, daran ist kein Zweifel erlaubt.

Literatur

Baumann, Jürgen/Brauneck, Anne-Eva/Grünwald, Gerald/Hanack, Ernst-Walter/Kaufmann, Armin/Kaufmann, Arthur/Klug, Ulrich/Lampe, Ernst-Joachim/Lenckner, Theodor/Maihofer, Werner/Noll, Peter/Roxin, Claus/Schmitt, Rudolf/Schultz, Hans/Stratenwerth, Günter/Stree, Walter, Alternativ-Entwurf eines Strafgesetzbuches: Besonderer Teil, 1. Halbband, Tübingen 1970.

Birkmeyer, Karl von (Hg.), Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts, Besonderer Teil, Band V, Berlin 1905.

Brunnemann, Johann, Tractatus juridicus de inquisitionis processu, Francofurti ad V. 1647.

⁸⁸ Vgl. BVerfGE Bd. 88, S. 203, 269, 309; ausführlich zur Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers im Strafrecht *T. Hillenkamp*, Zur Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers im Strafrecht, in: *H. E. Müller et al.* (Hg.), Festschrift für Ulrich Eisenberg zum 70. Geburtstag, München 2009, S. 301–320.

⁸⁹ Vgl. dazu das Zitat Hommels.

⁹⁰ Zu Ausweichmechanismen bei schwer akzeptablen Regelungen vgl. *G. Duttge*, in: *C. Wewetzer, T. Wernstedt* (Hg.), a. a. O., S. 109; *M. Mattisseck-Neef*, a. a. O. S. 102, mit dem Hinweis auf die Beschreibung dieses Phänomens im abweichenden Votum von *Mahrenholz* und *Sommer*; BVerfGE Bd. 88, S. 203, 338, dort auch zur Nichtakzeptanz von gesetzlich rigiden Lösungen durch die betroffene Frau. Nach den Ergebnissen einer Befragung von *Heitzmann*, Rechtsbewusstsein in der Demokratie – Schwangerschaftsabbruch und Rechtsverständnis, Wiesbaden 2002, S. 215, wird eine „wenig hilfreiche Regelung“ unter Umständen bei der Entscheidungsfindung auch „einfach ignoriert“ (diese Aussage bezieht sich dort auf § 218a Abs. 1).

- Büchner, Bernward*, Das Weigerungsrecht bezüglich vorgeburtlicher Kindstötungen, *Zeitschrift für Lebensrecht* Nr. 1 (2008), S. 2–10.
- Bundesärztekammer (BÄK)/Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation, 14.12.2006. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Vorschlag_Schw_recht.pdf, Stand 2010.
- Deutsch, Erwin*, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 332–335.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V. (DGMR), Empfehlung erarbeitet beim 1. Einbecker Expertengespräch 27.–29.6.86, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, *Medizinrecht* (1986), S. 281–282.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V. (DGMR), Einbecker Empfehlungen – Revidierte Fassung 1992, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, *Medizinrecht* 1992, S. 206–208.
- Dreher, Eduard/Tröndle, Herbert*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 46. Auflage, München 1993.
- Duttge, Gunnar/Bernau, Henning*, Thesen zum neuen Schwangerschaftskonfliktgesetz, *Zeitschrift für Lebensrecht* Nr. 2 (2009), S. 42–47.
- Eser, Albin/Koch, Hans-Georg*, Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich Teil 1, Baden-Baden 1988.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung, Gynäkologe in Wichita Erschossen – Attentat eines Abtreibungsgegners während Gottesdienst, *FAZ* 2. Juni 2009.
- Fischer, Thomas*, Strafgesetzbuch, 56. Auflage, München 2009.
- Frister, Helmut*, Spätabtreibung, in: *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*, 2003, S. 381–393.
- Gropp, Walter*, Der Embryo als Mensch: Überlegungen zum pränatalen Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, *Goldammer's Archiv* 2000, S. 1–18.
- Heitzmann, Barbara*, Rechtsbewusstsein in der Demokratie – Schwangerschaftsabbruch und Rechtsverständnis, Wiesbaden 2002.
- Hepp, Hermann/Schmitt, Rudolf*, Zur Reform des Paragraphen 218 StGB, Paderborn 1974.
- Herzberg, Rolf/Herzberg, Annika*, Der Beginn des Menschseins im Strafrecht: Die Vollendung der Geburt, *Juristenzeitung* Nr. 22 (2001), S. 1106–1113.
- Hillenkamp, Thomas*, Zur Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers im Strafrecht, in: *Müller, Henning Ernst/Sander, Günther M./Válková, Helena* (Hg.), *Festschrift für Ulrich Eisenberg zum 70. Geburtstag*, München 2009, S. 301–320.
- Ders.*, Zum Notwehrrecht des Arztes gegen „Abtreibungsgegner“, in: *Putzke, Holm/Hardtung, Bernhard/Hörnle, Tatjana/Merkel, Reinhard/Scheinfeld, Jörg/Schlehofer, Horst/Seier, Jürgen*, *Strafrecht zwischen System und Telos. Festschrift für Rolf Dietrich Herzberg zum siebenzigsten Geburtstag am 14. Februar 2008*, Tübingen 2008, S. 483–502.

- Ders., Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: Böse, Martin/Sternberg-Lieben, Detlev (Hg.), Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts. Festschrift für Knut Amelung zum 70. Geburtstag, Berlin 2009, S. 425–466.
- Hofstätter, Heiko, Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch, Frankfurt a. M. 2000.
- Hommel, Karl Ferdinand (hg. v. John Lekschas), Des Herrn Marquis von Beccaria unsterbliches Werk von Verbrechen und Strafen, Berlin 1966.
- Isemer, Friedrich-Eckart/Lilie, Hans, Rechtsprobleme bei Anencephalen, Medizinrecht 1988, S. 66–71.
- Jerouschek, Günter, Lebensschutz und Lebensbeginn, Die Geschichte des Abtreibungsverbots, 2. Auflage, Tübingen 2002.
- Katzenmeier, Christian, Anmerkung zum Urteil des BGH vom 18.06.2002 – VI ZR 136/01 Ersatzpflicht des Arztes bei Behandlungsfehler und Unterbleiben eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs, Juristische Rundschau Nr. 2 (2003), S. 66–72.
- Kindhäuser, Urs/Neumann, Ulfrid/Paeffgen, Hans-Ullrich (Hg.), Nomos-Kommentar zum StGB, 2. Auflage, Baden-Baden 2005.
- Küper, Wilfried, Mensch oder Embryo? – Der Anfang des „Menschseins“ nach neuem Strafrecht, Goldammer's Archiv Nr. 148 (2001), S. 515–537.
- Mattiscek-Neef, Maria, Schwangerschaftsabbrüche kranker/geschädigter Föten und Neugeborenenethanasie, Frankfurt a. M. 2006.
- Merkel, Reinhard, in: Kindhäuser, Urs/Neumann, Ulfrid/Paeffgen, Hans-Ullrich (Hg.), Nomos-Kommentar zum StGB, 2. Aufl. 2005, § 218a.
- Mittermaier, Carl Joseph Anton (Hg.), Feuerbach, Paul Johann Anselm von, Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Rechts, 12. Aufl. Giessen 1836.
- Philipp, Wolfgang, Aufgezwungene Pflichtenkollisionen, Frauenärzte im Konflikt, Frauenarzt Nr. 39 (1998), S. 1504.
- Radbruch, Gustav, Geburtshilfe und Strafrecht, Jena 1907.
- Rudolphi, Hans-Joachim/Horn, Eckhard/Samson, Erich/Günther, Hans-Ludwig, Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, 6. Auflage, München/Unterschleißheim 2000.
- Rüttgers, Jürgen, Zulässigkeit von Spätabtreibungen?, Zeitschrift für Rechtspolitik Nr. 2 (2007), S. 71.
- Schaffstein, Friedrich, Günter Jerouschek, Lebensschutz und Lebensbeginn, Kulturgeschichte des Abtreibungsverbots, Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte, germanistische Abteilung Bd. 106 (1989), S. 443–449.
- Schreiber, Hans Ludwig, Die gesetzliche Regelung der Spätabtreibung – reformbedürftig?, in: Görgen, Thomas/Hoffmann-Holland, Klaus (Hg.), Interdisziplinäre Kriminologie: Festschrift für Arthur Kreuzer zum 70. Geburtstag, Frankfurt a. M. 2009, S. 747–758.

Schumann, Eva (Hg.), Verantwortungsbewusste Konfliktlösungen beim embryopathischen Befund, Göttingen 2008.

Schumann, Eva/Schmidt-Recla, Adrian, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, *Medizinrecht* Nr. 11 (1998), S. 497–504.

Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen: Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3, Wiesbaden 2008. URL: http://www.skf-zentrale.de/Schwangerschaftsabbrueche_2008.pdf, Stand 2010.

Tröndle, Herbert, „Soziale Indikation“ – Rechtfertigungsgrund?, *Jura* 1987, S. 66–75.

Wewetzer, Christa/Wernstedt, Thela (Hg.), Spätabbruch der Schwangerschaft, Frankfurt/M. 2008.

Wolfslast, Gabriele, Grenzen der Organgewinnung – Zur Frage einer Änderung der Hirntodkriterien, *Medizinrecht* 1989, S. 163–168.

Thomas Gutmann

„Kind als Schaden?“ – Unterhaltsansprüche nach fehlgeschlagenem Abbruch oder fehlerhafter Pränataldiagnostik

Für das intrikate Thema „Spätabbruch“ ist die Frage nach Unterhaltsansprüchen aufgrund eines fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruchs oder fehlerhafter Pränataldiagnostik nur ein zivilrechtlicher Nebenaspekt. Die moral- und rechtstheoretischen Fragen, die sich hier stellen, werfen jedoch ein eigenes Licht auf den Problemkomplex dieses Bandes.

I. Konstellationen

Am 21. November 1968 verurteilte das Landgericht Itzehoe einen Apotheker, der statt des Empfängnisverhütungsmittels Eugynon das Magenpräparat Enzynorm abgegeben hatte, dazu, den Ehemann seiner Kundin zur Hälfte von seiner Unterhaltsverpflichtung gegenüber dem dergestalt gezeugten ehelichen Kind freizustellen.¹ Seit 1980 hat der für Arzthaftungsfragen zuständige VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in ständiger Rechtsprechung die Einstandspflicht des Arztes für den Unterhalt eines Kindes bejaht, das bei fehlerfreiem ärztlichen Handeln nicht geboren worden wäre.

Die Judikatur unterteilt sich im Wesentlichen in drei Fallgruppen:

- Fälle fehlerhafter Beratung zur Vermeidung der Geburt eines prä- oder postkonzeptionell schwer geschädigten Kindes² („wrongful birth“-Klagen in der angelsächsischen Terminologie)
- Fälle misslungener Sterilisation³

¹ LG (Landesgericht) Itzehoe, Familienrechtszeitung Nr. 90 (1968); Zur juristischen Zeitgeschichte der Diskussion siehe eingehend *Re. Weber*, Schadensersatzrechtliche Folgen der Geburt eines unerwünschten Kindes?, *Versicherungsrecht* 1999, S. 389–401; *G. Müller*, Unterhalt für ein Kind als Schaden?, *Neue Juristische Wochenschrift* (2003), S. 697–706 (698ff.).

² Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 86, S. 240ff.; Bd. 89, 95ff.; Bundesgerichtshof, *Neue Juristische Wochenschrift* (1987), S. 2923; (1997) S. 1638.

- und Fälle von unterbliebenem oder misslungenem (aber erlaubtem) Schwangerschaftsabbruch⁴

In den letzten beiden Fallgruppen geht es regelmäßig um Konstellationen, in denen Eltern Ansprüche nicht wegen der Geburt eines kranken, sondern eines gesunden Kindes geltend machen („wrongful conception“ oder „wrongful pregnancy“). Schon an dieser Stelle ist also zu sehen, dass es für den Ansatz der hier interessierenden Rechtsprechung zum „Kind als Schaden“ keine Rolle spielt, ob das (zunächst) „nicht gewollte“ Kind gesund ist oder nicht.

Das Zivilrecht hat diese Konstellationen seit jeher als zivilrechtliche, d. h. unter einem strictly legal point of view abgearbeitet. Die These dieses Beitrags ist, dass die Zivilgerichte gut daran tun, sich hierbei nicht beirren zu lassen.

II. „Wrongful life“

Bevor die Fallgestaltungen der „wrongful-conception“ bzw. „wrongful-birth“-Klagen in den Vordergrund der Betrachtung rücken, bei denen ein Elternteil oder beide vom Arzt ganz oder teilweise von ihrer finanziellen Unterhaltslast für ein Kind freigestellt werden möchten, muss zunächst eine andere Konstellation unterschieden werden, die unter dem Begriff der „wrongful-life“-Klagen diskutiert wird. Hierbei geht es um die Frage, ob ein schwer behindert geborenes Kind eigene Schadensersatzansprüche wegen seiner unterbliebenen Abtreibung geltend machen kann.

Es ist, entgegen dem ersten Anschein, keineswegs abwegig, überhaupt an so etwas zu denken. Will man das Ziel verfolgen, ein aufgrund fehlerhaften ärztlichen Handelns geborenes schwer behindertes Kind finanziell möglichst weitgehend abzusichern, liegt es in den meisten Rechtsordnungen nahe, den Weg über einen eigenen und unmittelbaren Anspruch des Kindes einzuschlagen. Die in Deutschland unter der Überschrift des „Kindes als Schaden“ diskutierten Konstruktionen nehmen im Vergleich hierzu einen Umweg über die Unterhaltspflichten der Eltern für das Kind.⁵ Diese Pflichten enden aber mit dem Tod. Sterben beide Eltern, erhält das behinderte Kind nichts mehr. Dies ist eine systematische Schwachstelle der deutschen

³ Seit den Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 76, S. 249ff., 259ff.; vgl. Bundesgerichtshof, Versicherungsrecht (1980), S. 719; Bundesgerichtshof, Neue Juristische Wochenschrift (1981), S. 630; (1984), S. 2625; (1992), S. 2961; (1995), S. 2407.

⁴ Vgl. Bundesgerichtshof, Neue Juristische Wochenschrift (2006), S. 1660.

⁵ Solange sie nicht dafür plädieren, das Recht des Schadensersatzes zugunsten einer Fondslösung aufzugeben, vgl. hierzu R. Schimmelpfeng-Schütte, „Pränataler Hilfefonds“ statt „Schadensfall Kind“, Medizinrecht (2003), S. 401–403.

Lösung,⁶ die durch sozialrechtliche Ansprüche des Kindes⁷ nur teilweise aufgefangen werden kann. Geht es also um eine angemessene Existenzsicherung des Kindes über den Tod seiner Eltern hinaus, erscheint es zunächst durchaus sinnvoll, über „wrongful life“-Klagen zu reflektieren.

In der Tat haben u. a. einige amerikanische Gerichte solche Ansprüche bejaht.⁸ Am 13. Juli 2001 hat auch der französische Kassationsgerichtshof in seinem „arrêt Perruche“ dem Kind einen eigenen Anspruch gegen den Arzt zugesprochen, der die Rötelnkrankung der Mutter nicht hatte untersuchen lassen,⁹ worauf das französische Parlament nach einer heftigen Diskussion in der Öffentlichkeit per Gesetz vom 4. März 2002 solche Ansprüche kurzerhand ausgeschlossen hat.¹⁰

Der deutsche Bundesgerichtshof hat hingegen schon im Jahr 1983 mit Nachdruck entschieden, dass es einen Ersatzanspruch des Kindes gegen den Arzt nicht geben könne.¹¹ Das ist aus zwei Gründen im Prinzip – wenn gleich nicht ausnahmslos – richtig.

Der erste Grund ist ein rechtstechnischer: Weil das geltende Recht in Gestalt des § 218a StGB (Strafgesetzbuch) der Mutter eine rechtfertigende Erlaubnis zum Schwangerschaftsabbruch nur in ihrem eigenen Interesse gewährt, kann ein Unterbleiben der Abtreibung das Kind nicht in seinen rechtlich geschützten Interessen verletzen.¹² Das freilich ließe sich ändern, und dass Bedarf besteht, über die Rechtsgüter der Normen zur Schwanger-

⁶ Vgl. G. Müller, a. a. O., S. 706.

⁷ Der unmittelbar eigene Anspruch eines behinderten Menschen [vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB (Sozialgesetzbuch) IX], der außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten, auf Pflege und ärztliche Betreuung nach § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V hat keine Altersgrenze.

⁸ Vgl. K. E. Rhinehart, The Debate over Wrongful Birth and Wrongful Life, Law and Psychology Review Nr. 26 (2002), S. 141–157 (152f).

⁹ Vgl. hierzu und zur Entwicklung der juristischen Diskussion in Frankreich T. Winter, „Bébé préjudice“ und „Kind als Schaden“. Eine rechtsvergleichende Untersuchung zur Haftung für neues Leben in Deutschland und Frankreich, Berlin 2002, S. 83; A. Morris/S. Saintier, To be or not to be: Is that the Question? Wrongful Life and Misconceptions, Medical Law Review Nr. 11 (2003), S. 167–193; K. Arnold, Kind als Schaden in Frankreich, Versicherungsrecht (2004), S. 309–313; J. Knetsch, Entwicklungen der Kind-als-Schaden-Problematik in Frankreich, Versicherungsrecht 2006, S. 1050–1052; E. Deutsch, Die internationale Dimension des Medizinrechts, Versicherungsrecht (2008), S. 993–998.

¹⁰ Zum internationalen Überblick siehe R. Stürner, Das Bundesverfassungsgericht und das frühe menschliche Leben – Schadensdogmatik als Ausformung humaner Rechtskultur?, Juristenzeitung 1998, S. 317–330 (321ff.); zum schweizerischen Recht H. Landolt, Baby Boy und der kategorische Imperativ: Ein Beitrag zur haftpflichtrechtlichen Problematik des pränatalen Schadens und der Familienhaftung, Zeitschrift für Schweizerisches Recht NF 122 (2003), S. 185–213; J. Essebier, „Wrongful Birth“ in der Schweiz, Zeitschrift für Europäisches Privatrecht (2007), S. 888–895; zu Österreich J. Cornides, Die Kind-als-Schaden-Rechtsprechung des Österreichischen Obersten Gerichtshofs, Zeitschrift für Lebensrecht (2009), S. 2–11; zu Großbritannien A. Morris/S. Saintier, a. a. O.

¹¹ Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 86, S. 240, Neue Juristische Wochenschrift (1983), S. 1371. Die Entscheidung wird ganz allgemein gutgeheißen, vgl. etwa G. Müller, a. a. O., S. 706 m. w. N.

¹² Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 86, S. 253.

schaftsunterbrechung nachzudenken, ist Gegenstand einiger Beiträge dieses Bandes. (Ein solcher Anspruch des Kindes scheitert im Übrigen nicht schon daran, dass es keine Rechtspflicht des Arztes zu seiner Tötung geben könnte. Jeder Arztvertrag, der auf die Durchführung einer rechtmäßigen Schwangerschaftsunterbrechung zielt, enthält eine solche Pflicht, wenngleich diese nicht gegenüber dem Kind, sondern gegenüber der Mutter besteht.)

Der zweite Grund reicht tiefer. In der theoretischen Diskussion taucht er als ein Aspekt des sog. ‚Problems der Nichtidentität‘ auf, das der englische Philosoph Derek Parfit auf den Begriff gebracht hat:¹³ Wir können nicht sinnvoll davon sprechen, dass ein Kind durch eine Handlung – hier: „abgetrieben zu werden“ – vor Schaden bewahrt wird, wenn es durch diese Handlung zugleich um seine Existenz gebracht wird.¹⁴ Umgekehrt formuliert: Es ist im Regelfall nicht widerspruchsfrei möglich, vorzutragen, man erleide durch das bloße Am-Leben-Sein einen Schaden; es wäre folglich besser, nicht geboren zu sein. Die Urteilsbegründung des französischen Kassationsgerichtshofs musste an dieser rechtslogischen Grenze scheitern.

Allerdings hat sich der Bundesgerichtshof durch die allzu plakative Begründung seiner a limine-Abweisung von „wrongful life“-Klagen – das menschliche Leben sei „absolut erhaltungswürdig. Das Urteil über seinen Wert steh[e] keinem Dritten zu“¹⁵ – den Weg verbaut, hier genau genug zu analysieren. Wie vor allem Reinhard Merkel gezeigt hat, ist es bisweilen sowohl möglich als auch nötig, einem konkreten Leben in stellvertretender Wahrnehmung der Binnenperspektive seines Trägers objektiv-normativ einen ausschließlich negativen Erlebenswert zuzuschreiben.¹⁶ Es gibt Menschen, denen wir nur „ein eindeutiges, zweifelsfreies und irreversibles Überwiegen des Interesses zu sterben“ zuschreiben können. Das meint nicht nur die letzten Minuten eines Verbrennenden, sondern auch jene extremen und seltenen Ausnahmefälle, in denen das Leben des Neugeborenen nur aus Leiden bestehen kann, die wir für objektiv unzumutbar halten müssen. Reinhard Merkel hat dies an einem Fall von Epidermolysis bullosa atrophicans

¹³ Vgl. D. Parfit, *Reasons and Persons*, Oxford 1987, S. 351ff.

¹⁴ Vgl. *ebd.* S. 359; B. Schöne-Seifert, Überlegungen zu Menschenwürde und Fortpflanzungsmedizin, *Zeitschrift für Philosophische Forschung* Nr. 44 (1990) S. 442–473 (463); A. Buchanan et al., *From Chance to Choice. Genetics and Justice*, Cambridge 2000, S. 267; T. Gutmann, Auf der Suche nach einem Rechtsgut: Zur Strafbarkeit des Klonens von Menschen, in: C. Roxin/U. Schroth (Hg.), *Medizinstrafrecht*, 2. Aufl. Stuttgart/München 2001, S. 353–380 (368).

¹⁵ Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 86, S. 240 (251f.).

¹⁶ Vgl. R. Merkel, „Wrongful birth – wrongful life“: Die menschliche Existenz als Schaden?, in: U. Neumann/L. Schulz (Hg.), *Verantwortung in Recht und Moral* (Referate der Tagung der Deutschen Sektion der internationalen Vereinigung für Rechts- und Sozialphilosophie vom 2. bis zum 3. Oktober 1998 in Frankfurt am Main), *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie*, Beiheft 74, Stuttgart 2000, S. 173–192 (187ff.); umfassend R. Merkel, *Frühethanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin*, Baden-Baden 2001.

lethalis (dem sog. Typ Herlitz) illustriert. In solchen sehr seltenen Fällen eines echten subjektiven Lebensunwerts gibt es keinen rechtstheoretischen Grund dafür, „wrongful life“-Klagen für widersprüchlich zu halten.

Weiter als Merkel gehend hat Joel Feinberg versucht, ein Recht des Kindes zu begründen, für den Fall, dass es geboren wird, nicht unter Umständen zur Welt gebracht zu werden, in denen die fundamentalen Mindestvoraussetzungen für sein Wohlergehen und seine Entwicklung nicht sichergestellt sind.¹⁷ Andere sind ihm gefolgt und haben das Argument sowie die geforderte (im Vergleich zu Merkels Kriterium höhere) „Schwelle akzeptabler Existenz“¹⁸ weiter spezifiziert.¹⁹ Dies führt bereits mitten in die moralphilosophische und zunehmend auch rechtstheoretische Diskussion darüber, ob jemals – und wenn ja, wann – Eltern ein moralischer (oder gar ein rechtlich zu fassender) Vorwurf dafür zu machen sein kann, dass sie ein behindertes Kind zur Existenz bringen bzw. gebracht haben. Diese Diskussion, die entweder ebenfalls unter dem Titel „wrongful life“ oder aber, spezifischer, unter der Überschrift „wrongful disability“ geführt wird, konzentriert sich auf den exemplarischen Fall behinderter Kinder, die – wie etwa bei Down-Syndrom oder Chorea Huntington – zwar an einer schwerwiegenden Erkrankung oder Belastung leiden, bei denen es aber zugleich völlig außer Frage steht, dass sie nicht unter die von Merkel beschriebene Kategorie der Extremfälle subjektiven Lebensunwerts subsumiert werden können.

Die „wrongful disability“-Debatte wird hoch kontrovers geführt und reicht bis zur These einer (moralischen und juristischen) Gefährdungshaftung der Eltern für sämtliche Belastungen und Behinderungen ihres Nachwuchses.²⁰ Fasst man ihr gegenwärtiges Ergebnis zusammen, dann sprechen

¹⁷ Vgl. J. Feinberg, *Harm to Others. The Moral Limits of the Criminal Law* Vol. I, New York 1984, S. 98ff.; ders., *Wrongful Life and the Counterfactual Element in Harming*, *Social Philosophy & Policy* Nr. 4 (1986), S. 145–178.

¹⁸ D. Archard, *Wrongful Life*, *Philosophy* Nr. 79 (2004), S. 403–420 (406); D. Benatar, *The Wrong of Wrongful Life*, *American Philosophical Quarterly* Nr. 37 (2000), S. 175–183 (180); R. J. Hull, *Cheap Listening? Reflections on the Concept of Wrongful Disability*, *Bioethics* Nr. 20 (2006), S. 55–63.

¹⁹ Vgl. B. Steinbock, *The Logical Case for ‚Wrongful Life‘*, *The Hastings Center Report* Nr. 16 (1986), S. 15–21; E. H. Morreim, *The Concept Of Harm Conceived: A Different Look At Wrongful Life*, *Law and Philosophy: An International Journal for Jurisprudence and Legal Philosophy* Nr. 7 (1988), S. 3–33; B. Steinbock/R. McClamrock, *When is Birth Unfair to the Child?*, *The Hastings Center Report* Nr. 24 (1994), S. 15–21; C. Strong, *Cloning and Infertility*, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* Nr. 7 (1998), S. 279–293 (284ff.); D. Benatar, a. a. O.; D. Archard, a. a. O.; M. A. Roberts, a. a. O.

²⁰ Vgl. S. V. Shiffrin, *Wrongful Life, Procreative Responsibility, and the Significance of Harm*, *Legal Theory* Nr. 5 (1999), S. 117–148. In juristischer Hinsicht garantiert das „Recht auf reproduktive Autonomie“ i. V. m. mit Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG in Deutschland Eltern natürlich auch das Recht, sich für ein behindertes Kind zu entscheiden. Vgl. F. Hufen, *Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht*, *Medizinrecht* Nr. 19 (2001), S. 440–451; M. Herdegen, *Die Menschenwürde im Fluß des bioethischen Diskurses*, *Juristenzeitung* Nr. 56 (2001), S. 773–779; *Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts*, Bd. 88, S. 203 (Leitsatz 5), 254.

aufgrund des beschriebenen ‚Problems der Nichtidentität‘ die besseren Gründe dafür, dass die These, es könne im Einzelfall moralisch vorwerfbar sein, ein solcherart schwer behindertes Kind in Existenz zu bringen, jedenfalls nicht unter Bezugnahme auf die Interessen oder Rechte des Kindes selbst begründet werden kann.²¹ Hergeleitet werden kann sie allenfalls auf eine spezifisch konsequentialistische Weise, bei der statt des konkreten Kindes (in Parfits Distinktion: „same person choice“) das fiktive Kollektiv möglicher anderer Kinder des Paares („same number choice“²²) ins Zentrum des Arguments tritt: Wenn es richtig ist, das Leiden in der Welt (oder die Beschränkung von Handlungsmöglichkeiten, die in einer schweren Behinderung liegen) zu vermindern, dann kann der Verzicht darauf, ein behindertes Kind in Existenz zu bringen, prima facie moralisch geboten sein,²³ wenn und soweit sich die Alternative bietet, anstelle eines (künftig) schwer behinderten Kindes ein anderes, (künftig) signifikant weniger belastetes Kind zur Welt zu bringen.²⁴ Hieran ist ein Punkt hervorzuheben: Selbst wenn man diesem Argument folgen wollte (das u. a. nachdrücklich zugunsten der moralischen Erlaubtheit der Präimplantationsdiagnostik streiten würde²⁵), so kann es doch nur zu der Annahme eines quasi frei flottierenden moralischen Unrechts führen, das sich gerade wegen des ‚Problems der Nichtidentität‘ nicht in einem moralisch oder zivilrechtlich fassbaren Schaden für ein konkretes, geborenes Kind niederschlagen kann.²⁶ Aus diesem Grund muss es gegen einzelne zivilrechtliche Stimmen²⁷ dabei bleiben, dass

²¹ Vgl. A. Buchanan/D. W. Brock, a. a. O., S. 249; N. S. Jecker, The Ascription of Rights in Wrongful Life Suits, Law and Philosophy: An International Journal for Jurisprudence and Legal Philosophy Nr. 6 (1987), S. 149–165; J. Harris, Wrongful Birth, in: M. E. Dalton/J. Jackson (Hg.), Philosophical Issues in Reproductive Medicine, Manchester 1990, S. 156–174 (165); D. Heyd, Genethics. Moral Issues in the Creation of People, London 1992, S. 36; J. Robertson, Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies, Princeton 1994, S. 152, 82; T. Gutmann, Auf der Suche nach einem Rechtsgut: Zur Strafbarkeit des Klonens von Menschen, a. a. O.; hiergegen M. A. Roberts, What Is the Wrong of Wrongful Disability? From Chance to Choice to Harms to Person, Law and Philosophy Nr. 28 (2009), S. 1–57.

²² Vgl. D. Parfit, a. a. O., 366ff.

²³ „If in either of two possible outcomes the same number of people would ever live, it will be worse if those who live are worse off, or have a lower quality of life, than those who would have lived“. Ebd. S. 369.

²⁴ Genauer: A. Buchanan/D. W. Brock, a. a. O., S. 249. Vgl. B. Schöne-Seifert, a. a. O., S. 469f.; J. Harris, One Principle and Three Fallacies of Disability Studies, Journal of Medical Ethics Nr. 26, S. 383–387.

²⁵ Vgl. T. Gutmann, Ethik und Recht der Präimplantationsdiagnostik, in: A. Gethmann-Siefert/S. Huster (Hg.), Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik, Bad Neuenahr-Ahrweiler 2005, S. 131–185 (165ff.). Hinweise auf theoretische Probleme des Konzepts „avoidability via substitution“ finden sich bei R. J. Hull, Cheap Listening? Reflections on the Concept of Wrongful Disability, Bioethics Nr. 20 (2006), S. 55–63.

²⁶ Vgl. D. W. Brock, The Non-Identity Problem and Genetic Harms – the Case of Wrongful Hanicaps, Bioethics Nr. 9 (1995), S. 269–275.

²⁷ Vgl. E. Picker, Schadensersatz für das unerwünschte eigene Leben – „wrongful life“, Tübingen 1995; E. Deutsch, Das Kind oder sein Unterhalt als Schaden, Versicherungsrecht (1995), S. 609–616 (614); A. Reinhart, „Wrongful life“ – gibt es ein Recht auf Nichtexistenz?, Versicherungsrecht 2001, S. 1081–1088.

„wrongful life“-Klagen – von Extremfällen abgesehen – daran scheitern müssen, dass es an einem fassbaren Schaden fehlt. Es ist (aus der Perspektive des Kindes als der Ersten Person) im Regelfall nicht widerspruchsfrei möglich, vorzutragen, man erleide durch sein Am-Leben-Sein einen Schaden und es wäre folglich besser, nicht geboren zu sein.²⁸

III. Richterliche Querelen

Im Zentrum des Streits um das „Kind als Schaden?“ stehen deshalb Ansprüche von Eltern gegen Ärzte, Krankenhausträger und deren Versicherungen auf die Freistellung von Unterhaltsansprüchen des Kindes nach fehlgeschlagenem Abbruch oder fehlerhafter Pränataldiagnostik.

Zu erinnern ist an die jüngste Rechtsgeschichte: Nachdem der Bundesgerichtshof 12 Jahre lang seine Rechtsprechung zu dieser Problematik begründet und ausgebaut hatte, hatte am 28. Mai 1993 der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts aufgrund einer Klage des Landes Bayern über die Verfassungsmäßigkeit des kurz zuvor novellierten Abtreibungsrechts zu entscheiden. Bei dieser Gelegenheit hat der Senat gleichsam im Vorbeigehen, „unnötiger- und überflüssigerweise“²⁹ einen (den 14.) Leitsatz aufgestellt, demzufolge „eine rechtliche Qualifikation des Daseins eines Kindes als Schadensquelle von Verfassungen wegen nicht in Betracht“ komme. Deshalb verbiete es sich schlechthin – also nicht nur, sofern ein Schwangerschaftsabbruch in Rede stehe –, die Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen. Folglich müsse die Rechtsprechung zur Haftung für ärztliche Behandlungsfehler oder fehlgeschlagene Schwangerschaftsabbrüche überprüft werden.³⁰ Dieser en passant formulierte Leitsatz hatte mit dem Gegenstand des Urteils, dem Normenkontrollverfahren über die §§ 218a ff. StGB, nichts zu tun und erfuhr auch keine nähere Begründung. Rechtstechnisch gesehen wurde er allgemein als obiter dictum angesehen, also als eine das Urteil nicht tragende Bemerkung des Gerichts.

Dementsprechend ist der Bundesgerichtshof schon im November 1993 mit guten Gründen von diesem Rechtssatz abgewichen und hat in einem ersten Schritt (anlässlich des Falles einer fehlgegangenen genetischen Beratung)

²⁸ Das gilt umso mehr für die Behauptung, man sei geschädigt, weil man mit suboptimaler genetischer Ausstattung geboren worden sei, vgl. *D. Heyd*, From Wrongful Life to Wrongful Identity: A (Controversial) Solution of a Hard Case, *Jahrbuch für Recht und Ethik* Nr. 9 (2001), S. 173–179.

²⁹ *E. Deutsch*, Berufshaftung und Menschenwürde – Akt III, *Neue Juristische Wochenschrift* (1998), S. 510.

³⁰ Vgl. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 88, S. 203, *Neue Juristische Wochenschrift* (1993), S. 1751 (1751, 1764f.).

ausdrücklich an seiner Auffassung festgehalten, dass auch in den Fällen einer aus ärztlichem Verschulden misslungenen Sterilisation sowie eines verhinderten oder fehlgeschlagenen (erlaubten) Schwangerschaftsabbruchs aus embryopathischer oder kriminologischer Indikation der ärztliche Vertragspartner auf Schadensersatz wegen der Unterhaltsbelastung der Eltern durch das Kind in Anspruch genommen werden könne.³¹

Die gegen dieses Urteil von dem betroffenen Arzt erhobene Verfassungsbeschwerde war sodann vom Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts zu entscheiden, der kurzerhand feststellte, es sei nicht ersichtlich, warum die Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Arzthaftung bei fehlgeschlagener Sterilisation und fehlerhafter genetischer Beratung vor Zeugung eines Kindes gegen die Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 GG) verstoßen solle.³² Dies wiederum löste den wütenden Protest des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts aus, der (wenig überzeugend) darauf beharrte, seine Rechtsauffassung, der zufolge die Unterhaltspflicht für ein Kind gerade wegen des Würdeprinzips nicht als Schaden begriffen werden könnte, sei eine tragende Rechtsansicht des Urteils und habe folglich Gesetzesrang.³³

In der Folge hat der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs seine Rechtsprechungslinie im Wesentlichen unverändert beibehalten, und zwar – mit einer Korrektur (hierzu sogleich) – auch, soweit unterlassene Schwangerschaftsabbrüche in Frage stehen. Er tat dies zu Recht. Dafür sprechen zum einen die mangelnde Überzeugungskraft der Intervention des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts (IV.), zum anderen die Binnenlogik des Arzthaftungsrechts (V.).

IV. Inkonsistenzen einer verfassungsgerichtlichen Entscheidung

Das berühmte zweite Abtreibungsurteil von 1993 kann unter sehr unterschiedlichen Perspektiven analysiert und bewertet werden. Unter politikwissenschaftlichen oder pluralismustheoretischen Aspekten wird man behaupten können, dass es immerhin zur Befriedung eines aggressiv ausgetragenen Grundsatzstreits der bundesrepublikanischen Öffentlichkeit beigetragen hat.

³¹ Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 124, S. 128, Neue Juristische Wochenschrift (1994), S. 788. Vgl. hierzu E. Deutsch, Schadensersatz und Verfassungsrecht – Akt II, Neue Juristische Wochenschrift 1994, S. 776–778.

³² Vgl. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 96, S. 409 (Anhang), Neue Juristische Wochenschrift (1998), S. 523.

³³ Die gerichtsverfassungsrechtlichen Fragen dieses Streits müssen hier nicht interessieren, vgl. hierzu E. Benda, Streit als Schaden, Neue Juristische Wochenschrift (1998), S. 3330–3331; B. Sangmeister, „Der Krieg der Richter“ – BVerfG, Neue Juristische Wochenschrift (1998), S. 519; Juristische Schulung (1999), S. 279–293.

Unter rechtstheoretischen Aspekten ist das Urteil indessen hoch problematisch. Das Bundesverfassungsgericht statuierte als Prämisse seiner Entscheidung die Grundrechtssubjektivität und den Würdeanspruch des Embryos.³⁴ Die anhaltend kontroverse Diskussion über diese Annahme hat indessen gezeigt, dass die Frage, ob der Embryo schon in den ersten Lebenswochen sinnhaft als Träger von Menschenwürde begriffen werden kann, nicht ohne Rekurs auf partikuläre, weltanschauliche Annahmen zu beantworten ist und deshalb in pluralistischen Gesellschaften vernünftigerweise umstritten bleiben muss.³⁵

Vor allem jedoch ist, wie besonders eindringlich wiederum Reinhard Merkel³⁶ gezeigt hat, die Abtreibungsjudikatur des Bundesverfassungsgerichts, die vom Embryo als Grundrechtsträger ausgeht,³⁷ fundamental widersprüchlich.³⁸ Wenn der vom Gericht formulierte Anspruch eingelöst werden soll, dass dem Embryo im Mutterleib ebenso wie dem geborenen Leben Menschenwürde und ein durch diese geschütztes Lebensrecht zukommen soll, dann muss jede (oder, wenn man die Möglichkeit von Würdekonflikten einräumt, nahezu jede) Interessenabwägung zu seinen Lasten verboten sein.³⁹ Selbst § 218a Abs. 3 StGB, d. h. die sog. kriminologische

³⁴ Vgl. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 88, S. 203, Leitsatz 1.

³⁵ Vgl. J. Habermas, Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?, Frankfurt a. M. 2002, S. 60f.; K. Bayertz, Drei Thesen zum moralischen Status menschlicher Embryonen in vitro, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin, Baden-Baden 2001, S. 81–85 (81). Anders – natürlich – das Bundesverfassungsgericht, das postuliert, sein Verständnis von Würde- und Lebensrecht des Embryos gelte „unabhängig von bestimmten religiösen oder politischen Überzeugungen“ (Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 88, S. 203, 252); eine Begründung hierfür findet sich in dem Urteil allerdings nicht. Siehe hierzu auch S. Huster, Die ethische Neutralität des Staates. Eine liberale Interpretation der Verfassung, Tübingen 2002, S. 654, 670 (Anm. 139).

³⁶ Vgl. R. Merkel, Forschungsobjekt Embryo – Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002, S. 52ff.

³⁷ Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 124, S. 128, Neue Juristische Wochenschrift (1994), S. 788, 791ff.

³⁸ Vgl. N. Hoerster, Abtreibung im säkularen Staat, Frankfurt a. M. 1991, S. 161ff.; H. Dreier, Menschenwürdegarantie und Schwangerschaftsabbruch, Die öffentliche Verwaltung Nr. 48 (1995), S. 1036–1040 (1039); G. Jakobs, Lebensschutz durch Pflichtberatung, Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V. Nr. 17 (2000), S. 17–38 (22ff., 31); W. Heun, Embryonenforschung und Verfassung. Lebensrecht und Menschenwürde des Embryos, Juristenzeitung Nr. 57 (2002), S. 517–524; T. Hörnle, Menschenwürde und Lebensschutz, Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie Nr. 89 (2003), S. 318–338 (334); H. Dreier, Kommentierung zu Art. 1 GG, in: Ders. (Hg.), Grundgesetz Bd. 1, 2. Aufl. Tübingen 2004, Rn. 69; Nationaler Ethikrat, Stellungnahme vom 13.09.2004: Klonen zu Fortpflanzungszwecken und Klonen zu biomedizinischen Forschungszwecken, Position B S. 51. URL: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Klonen.pdf, Stand 2010.

³⁹ Vgl. J. Ipsen, Der „verfassungsrechtliche Status“ des Embryos in vitro, Juristenzeitung Nr. 56 (2001), S. 989–996 (992); T. Hörnle, a. a. O., S. 334; H. Dreier, Kommentierung zu Art. 1 GG, a. a. O., Rn. 69; N. Knoepfner, Menschenwürde in der Bioethik, Berlin/Heidelberg 2004, S. 116ff.

Indikation, ließe sich wohl nicht halten. Statt dessen hat das Gericht jedoch die weitestgehend freie Möglichkeit einer Abtreibung nach bloßer Beratung bestätigt und durch Nebenbestimmungen abgesichert, obgleich die mit einem solchen Abbruch verfolgten Lebensqualitätsinteressen der Schwangeren nicht das auf der Seite des Embryos berührte Lebensinteresse überwiegen können, wenn dieses durch ein subjektives Grundrecht des Embryos geschützt ist. Wenn das geltende Fristen- und Beratungsmodell (das allein im Jahr 2009 zu 107 480 „rechtswidrigen“ Abbrüchen nach Beratung geführt hat⁴⁰) verfassungsmäßig ist, kann der Embryo nicht Träger des Grundrechts aus Art. 1 Abs. 1 GG sein. Es handelt sich bei den Ausführungen des Gerichts dann lediglich um eine „Würderhetorik“,⁴¹ deren strukturelles Problem zudem darin besteht, dass sie auf den Würde- und Lebensschutz insgesamt negativ zurück schlägt, weil das Gericht in der Gestalt des Embryos einen Würde- und Grundrechtsträger postuliert, dessen Schutz nicht durchgehalten wird. Im Ergebnis bleibt die Rechtswidrigkeit der Abtreibung nach Beratung in der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts ein bloßes Postulat, das im Urteil von 1993 selbst derogiert und zurückgenommen wird.⁴² In der Rechtswirklichkeit wird der Schwangerschaftsabbruch weiterhin als rechtmäßig behandelt. Das ist offen widersprüchlich. Ein Rechtssystem kann nur dann vernünftig sein, wenn es in seinen zentralen Bewertungen und Begründungen konsistent ist. Diesem Ziel hat das Gericht Schaden zugefügt.

Hinzu kommt, dass das Würdekonzept, das der Kritik des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts an der Arzthaftungsjudikatur des Bundesgerichtshofs zugrunde liegt, auf bloß metaphorischen Assoziationen beruht.

Struktur und Funktion der Menschenwürde als Rechtsbegriff lassen sich recht genau rekonstruieren, wenn man sie als Fundament wechselseitiger Anerkennung von Menschen als Rechtspersonen begreift.⁴³ Der Würdesatz fungiert als ein constraint, eine deontologische Grenze dessen, was Rechtspersonen angetan werden darf. Er soll dem Einzelnen in seinem irreduziblen Eigenwert einen schlechthin nicht antastbaren, absolut garantierten Freiheits- und Schutzbereich gegenüber konkurrierenden Individual- oder Kollektivinteressen garantieren. Das Würdeprinzip untersagt die Opferung oder vollständige Instrumentalisierung des Einzelnen für andere und das

⁴⁰ Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: www.gbe-bund.de, Stand 2010.

⁴¹ J. Ipsen, a. a. O., S. 992.

⁴² Vgl. R. Merkel, Forschungsobjekt Embryo – Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002, S. 75ff.; G. Jakobs, a. a. O., S. 35; N. Hoerster, Ethik des Embryonenschutzes, Stuttgart 2002, S. 59f.

⁴³ Vgl. zum Folgenden T. Gutmann, Struktur und Funktion der Menschenwürde als Rechtsbegriff, in: C. F. Gethmann (Hg.), Lebenswelt und Wissenschaft (XXI. Deutscher Kongreß für Philosophie, Essen 2008), Deutsches Jahrbuch für Philosophie 2, Hamburg 2010.

Kollektiv. Das in Art. 1 Abs. 1 GG enthaltene Instrumentalisierungsverbot wurde vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung mit der „Objektformel“ erläutert, die besagt, dass es der menschlichen Würde widerspreche, den Menschen zum bloßen Objekt des Staates (oder Privater) zu machen oder ihn einer Behandlung auszusetzen, die seine Subjektqualität, d. h. seinen Status als Rechtssubjekt prinzipiell in Frage stelle, indem sie die Achtung des Wertes vermissen lasse, der jedem Menschen um seiner selbst willen, kraft seines Personseins, zukomme.⁴⁴ Die „Objektformel“ vermag, der Kritik an ihrer angeblich zu großen Unbestimmtheit⁴⁵ zum Trotz, die Grundlagen wechselseitiger Anerkennung von Menschen als Rechtspersonen gerade deshalb hinreichend genau und operationalisierbar zu erfassen, weil in der Judikatur zu Art. 1 Abs. 1 GG keineswegs lediglich auf die immer problematische Vorstellung der „Instrumentalisierung“, also des „Gebrauchens“ eines Anderen als bloßes Mittel abgestellt wird, sondern – mit der einzigen Ausnahme des hier behandelten obiter dictums des zweiten Abtreibungsurteils des Bundesverfassungsgerichts, wie gleich näher erläutert wird, – durchgehend auf die Verletzung von Rechten und Interessen, die elementare Bedeutung für die Existenz oder die Entfaltung des Betroffenen haben.

Was ist vor diesem Hintergrund von der ad-hoc-These des Zweiten Senats zu halten, eine „rechtliche Qualifikation des Daseins eines Kindes als Schadensquelle komm[e] von Verfassungen wegen“ – nämlich gerade wegen der Würdeverbürgung in Art. 1 Abs. 1 GG – „nicht in Betracht. Die Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, jeden Menschen in seinem Dasein um seiner selbst willen zu achten, verbietet es, die Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen“? Wie soll ein Kind im Rechtssinn des Begriffs dadurch „entwürdigt“ werden können, dass ein Arzt – und das heißt praktisch: ein Versicherungsunternehmen – seinen Eltern als weiterer Unterhaltsschuldner an die Seite tritt? Wie könnte das Kind hierdurch ausschließlich für fremde Zwecke instrumentalisiert werden? Wie könnte es hierdurch auf den Status eines „bloßen Objekts“ des Staates oder eines Privaten reduziert werden? Wie könnte dadurch seine Subjektqualität, d. h. sein Status als Rechtssubjekt in Frage gestellt sein? Wie könnten ihm hierdurch sein „Wert- und Achtungsanspruch“ genommen oder „grundlegende Voraussetzungen [seiner] individuellen und sozialen Existenz“ zerstört werden?

Die Intervention des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts ist nach alledem ein Beispiel bloß symbolischer Rechtsprechung, die sich nicht nur von den in Frage stehenden Rechtsgütern der Beteiligten, sondern über-

⁴⁴ Z. B. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 87, S. 209, 228; Bd. 115, S. 118.

⁴⁵ Für viele vgl.: B. Pieroth/B. Schlink, Grundrechte (Staatsrecht II), 25. Aufl. Heidelberg 2009, Rn. 375f.

haupt von Fragen rechtlicher Begründung und rechtlicher Implementierbarkeit gelöst hat. Dasselbe gilt für die Argumente, mit denen Teile der rechtswissenschaftlichen Literatur versucht haben, dem Zweiten Senat an die Seite zu treten. Die Thesen, dass die „menschenverachtende“⁴⁶ Schadensersatzjudikatur das Kind im Rechtssinne entwürdigte, indem sie das Leben „gedanklich-geistig“ relativiere,⁴⁷ das Kind „in wirtschaftlicher Sicht unschädlich“ (!) mache⁴⁸ oder „die geldwerte Kompensation des elterlichen Anspruchs auf Verhinderung der Existenz des Kindes zu dessen Lebensgrundlage“ werden lasse,⁴⁹ sind Argumente ad hominem, deren normative Substanz gegen Null geht und in keinem Fall den Schutzbereich des Art. 1 Abs. 1 GG berührt. Der Würdesatz des Grundgesetzes kann der „wrongful birth“ und „wrongful conception“-Judikatur des Bundesgerichtshofs schlechthin nicht entgegenstehen.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Auseinandersetzung mit dem problematischen Leitsatz des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts das Wesentliche selbst vorgebracht:⁵⁰ In der Übernahme der Unterhaltslast durch den Arzt liegt keine Missachtung des Lebensrechts und der Menschenwürde des betreffenden Kindes. Die Begriffe „Schaden“ und „Schadensersatz“ enthalten als juristische Kategorien kein solches Unwerturteil. Zudem besteht der Schaden, den es zivilrechtlich abzarbeiten gilt, in dem durch die planwidrige Geburt des Kindes ausgelösten Unterhaltsaufwand und nicht in dem Kind selbst. Die Unterscheidung zwischen der Existenz des Kindes und seinem unbestreitbaren Wert als Persönlichkeit einerseits und der sich für die Eltern ergebenden Unterhaltsbelastung erweist sich bei schadensrechtlicher Betrachtungsweise als notwendig und folgerichtig. Die Anwendung des Schadensersatzrechts auf personale Beziehungen macht weder den Menschen als Person noch seine unveräußerlichen Rechte zu einem Handelsgut und hat auch nicht zur Folge, dass elementare Persönlichkeitsbereiche kommerzialisiert werden. Vor allem: Es ist nicht im Rechtssinn entwürdigend, kein Wunschkind zu sein. Und selbst wenn Eltern ihrem Kind wirklich „aus seiner Geburt erwachsende Unterhaltslasten in Form einer negativen Einstellung nachtragen sollten, würde diese Haltung jedenfalls nicht verbessert, wenn die Rechtsordnung es verbieten würde, denjenigen an dieser Belastung zu beteiligen, der sie vertragswidrig herbeigeführt hat“.⁵¹

⁴⁶ R. Weber, Kind als Schaden?, Zeitschrift für Lebensrecht 2004, S. 74–82 (74).

⁴⁷ Vgl. E. Picker, Schadensersatz für das unerwünschte Kind („Wrongful birth“), Archiv für die christliche Praxis Nr. 195 (1995), S. 483–547 (546).

⁴⁸ Vgl. ebd., S. 527.

⁴⁹ Vgl. R. Stürner, a. a. O., S. 330. Weitere Nachweise bei Re. Weber, a. a. O., S. 390ff.

⁵⁰ Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 124, S. 128, Neue Juristische Wochenschrift (1994), S. 788, 791ff.

⁵¹ Ebd., S. 752; vgl. B. Losch/W. C. Radau, Die „Kind als Schaden“-Diskussion, Neue Juristische Wochenschrift (1999), S. 821–827.

Der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts hat nach alledem eine Scheindebatte eröffnet,⁵² die gerade deshalb problematisch ist, weil in ihr eine rechtliche Diskussion um den Menschenwürdebegriff durch eine (zudem wenig überzeugende) moralische ersetzt wird.

V. Prinzipien des Arzthaftungsrechts

Die Rechtsprechung über die Einstandspflicht des Arztes für den Unterhalt eines Kindes, das bei fehlerfreiem ärztlichen Handeln nicht geboren worden wäre, fügt sich bruchlos in die Binnenlogik des Arzthaftungsrechts ein.⁵³ Der Umstand, dass das Zivilrecht diese Fälle unter einem strictly legal point of view als zivilrechtliche abarbeitet, ist insoweit ein Ausweis der Rationalität des Rechtssystems.

- a) Der tragende Grundsatz ist einfach: Verpflichtet sich der Arzt zu einer bestimmten Tätigkeit und wird das Behandlungsziel durch einen von ihm zu vertretenden Fehler nicht erreicht, so hat er für einen hierdurch bewirkten Vermögensschaden einzustehen.⁵⁴
- b) Eine Voraussetzung für den Ersatz gerade der Unterhaltsaufwendungen ist sodann, dass der Schutz vor solchen Belastungen Gegenstand des jeweiligen Behandlungs- oder Beratungsvertrags war, d. h. dass der Vertrag auch darauf gerichtet war, die wirtschaftliche Belastung durch ein Kind zu vermeiden. Eine solche am Vertragszweck ausgerichtete Haftung hat der Bundesgerichtshof in den einschlägigen

⁵² Zu den behaupteten „mittelbaren Gefahren“ der Schadensersatzpflicht für den Lebensschutz, die, selbst wenn es empirische Belege für sie gäbe, ohnehin nicht die Ebene des Art. 1 Abs. 1 GG erreichen würden, führt der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts [Neue Juristische Wochenschrift (1998), S. 519, 522] knapp und treffend aus: „Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Ärzte entgegen ihrem ethischen Selbstverständnis nur wegen der drohenden Haftung oder deren Auswirkung auf ihre Berufshaftpflichtversicherung zur Abtreibung raten. Noch ferner liegt, daß sich die Eltern wegen der wirtschaftlichen Belastungen durch ein weiteres oder ein behindertes Kind gegen das Kind entscheiden, wenn ihnen insoweit Entlastung zuteil wird. Eine Verpflichtung zur Schadensminderung durch Abtreibung schließt der Bundesgerichtshof gerade aus.“ In diesem Sinn auch R. Merkel, „Wrongful birth – wrongful life“: Die menschliche Existenz als Schaden?, a. a. O., S. 182; und T. Winter, „Bébé préjudice“ und „Kind als Schaden“. Eine rechtsvergleichende Untersuchung zur Haftung für neues Leben in Deutschland und Frankreich, a. a. O., S. 106ff.; gegen R. Stürmer, Das Bundesverfassungsgericht und das frühe menschliche Leben – Schadensdogmatik als Ausformung humaner Rechtskultur?, a. a. O., S. 321, 325; bzw. E. Picker, Schadensersatz für das unerwünschte Kind („Wrongful birth“), a. a. O., S. 520.

⁵³ Instruktiv G. Müller, a. a. O.

⁵⁴ Bei behindert geborenen Kindern erstreckt sich der Schadensersatzanspruch gegen den Arzt nach dem Schutzzweck des Beratungsvertrags grundsätzlich auf die gesamte Unterhaltsbelastung, vgl. zusammenfassend G. Müller, a. a. O., S. 705ff.

Fallgruppen jeweils zurecht bejaht – sowohl in den Fällen einer fehlgeschlagenen Sterilisation zum Zweck der Familienplanung als auch bei fehlerhafter Beratung über die Sicherheit der empfängnisverhütenden Wirkung eines vom Arzt verordneten Präparats, bei fehlerhafter genetischer Beratung vor oder nach der Zeugung eines Kindes sowie grundsätzlich auch in Fällen eines fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruchs.⁵⁵

Hinter diesem Schutzkonzept steht als verfassungsrechtliches Prinzip das „Recht auf reproduktive Autonomie“, demzufolge erwachsene Menschen prima facie das Recht haben, über das Ob, Wann und Wie ihrer Fortpflanzung selbst zu entscheiden. Dieses Recht lässt sich als moralisches ausbuchstabieren, aber auch als Grundrecht nachweisen. Dworkin und andere haben es für die USA verfassungsrechtlich hergeleitet;⁵⁶ in Deutschland lässt es sich als ein Aspekt des durch Art. 1 Abs. 1 und 2 Abs. 1 GG garantierten Persönlichkeitsrechts fassen⁵⁷ und daneben auch in Art. 6 Abs. 1 GG, dem Schutz von Ehe und Familie, lokalisieren.⁵⁸ In diesem speziellen Selbstbestimmungsrecht werden die Eltern des Kindes verletzt, wenn ihnen durch einen ärztlichen Fehler ein Kind geboren wird, gegen das sie sich entschieden hatten bzw. hätten. Es geht m. a. W. um „den notwendigen Schutz gegenüber Gefährdungen, die infolge ärztlicher Beteiligung [...] für das Persönlichkeitsrecht der Eltern und deren Selbstbestimmung im Rahmen einer geplanten Elternschaft [Hervorhebungen G. T.] drohen“.⁵⁹ In diesem Autonomieschutzaspekt liegt auch der tiefere Grund dafür, dass es für den Ansatz der hier interessierenden Rechtsprechung zum „Kind als Schaden“ keine Rolle spielt, ob das Kind gesund oder behindert ist.⁶⁰

⁵⁵ Auch bei Letzteren gilt, dass die Wirksamkeit des Arztvertrags auch dann nicht in Frage steht, wenn er auf einen rechtswidrigen, aber nicht strafbaren Abbruch gerichtet ist, vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 124, S. 128, Neue Juristische Wochenschrift (1994), S. 788, 791f.; und E. Deutsch, Neues Verfassungszivilrecht: Rechtswidriger Abtreibungsvertrag gültig – Unterhaltspflicht aber kein Schaden, Neue Juristische Wochenschrift (1993), S. 2361–2363.

⁵⁶ Vgl. R. Dworkin, *Life's Dominion*, New York 1994, S. 222ff.; L. B. Andrews, Mom, Dad, Clone: Implications for Reproductive Privacy, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics Nr. 7 (1998), S. 176–186.

⁵⁷ Vgl. F. Hufen, a. a. O., S. 442; M. Herdegen, a. a. O., S. 777; Vgl. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 88, S. 203 (Leitsatz 5), 254.

⁵⁸ Vgl. F. Hufen, a. a. O., S. 442; M. Herdegen, a. a. O., S. 777; H. D. Jarass/B. Pieroth, Grundgesetz, 10. Aufl. München 2009, Art. 6 GG Rn. 3, 5.

⁵⁹ Erster Senat des Bundesverfassungsgerichts, Neue Juristische Wochenschrift (1998), S. 519, 522.

⁶⁰ Das Recht auf reproduktive Autonomie hat nichts mit der Inanspruchnahme eines „Rechts auf ein gesundes Kind“ zu tun, das es – wie überhaupt ein Recht auf ein Kind – nicht geben kann, weil keine korrespondierenden Pflichten zu einem solchen Recht bestehen können.

Dieses „Recht auf Selbstbestimmung im Rahmen einer geplanten Elternschaft“ zielt auf eine je gegenwärtige Dispositionsfreiheit, wie eine neuere Entscheidung des Bundesgerichtshofs bestätigt.⁶¹ In ihr ging es darum, dass ein Gynäkologe seiner Patientin das lang wirkende Verhütungsmittel „Implanon“ unter die Haut eingebracht hatte. Die Patientin wurde dennoch schwanger, das Implantat konnte nicht mehr gefunden werden. Der Anwalt des Arztes trug vor, die Patientin sei nicht geschädigt, weil sie nicht dargelegt habe, auch später keine Kinder mehr zu wollen. „Eine Ersatzpflicht des Arztes“, so der Senat, „besteht in derartigen Fällen auch dann, wenn die gegenwärtige berufliche und wirtschaftliche Planung der Mutter durchkreuzt wird und die zukünftige Planung nicht endgültig absehbar ist; einer abgeschlossenen Familienplanung in dem Sinne, dass auch die hypothetische Möglichkeit eines späteren Kinderwunsches völlig ausgeschlossen sein muss, bedarf es nicht.“ Rechtstheoretisch von Interesse ist, dass der Senat zur Absicherung dieses Ergebnisses der Sache nach zudem auf Parfits ‚Problem der Nichtidentität‘ verweist und festhält, dass ein möglicherweise später geborenes Kind nicht mit dem tatsächlich geborenen gleich gesetzt werden könne.⁶²

- c) Ein Anspruch auf Schadenersatz hängt jedoch noch von einem dritten Erfordernis ab, das unmittelbar zur Thematik der Abtreibung – und insbesondere der Spätabtreibung – führt: Das Handeln, zu dem sich der Arzt vertraglich verpflichtet hat, muss rechtmäßig sein.

Die Rechtmäßigkeit der ärztlichen Pflicht steht außer Frage, wenn es um genetische Beratung vor der Zeugung eines Kindes oder um Maßnahmen zur Empfängnisverhütung geht. Problematisch wird dieses Merkmal jedoch, wenn die Pflichtverletzung des Arztes darin bestehen soll, dass ein Schwangerschaftsabbruch – oder gar eine Spätabtreibung – unterlassen worden oder fehlgegangen ist. Ein schuldhafter ärztlicher Behandlungsfehler kann in diesen Fällen nur dann zu einer vertraglichen Haftung auf Ersatz des in Rede stehenden Schadens führen, wenn ein Abbruch der Schwangerschaft rechtlich zulässig gewesen wäre. An dieser Stelle sind das 2. Abtreibungsurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 und die nachfolgende Neuregelung des § 218a StGB von unmittelbarer Bedeutung für die

⁶¹ Vgl. Bundesgerichtshof, Neue Juristische Wochenschrift (2007), S. 989.

⁶² Vgl. Bundesgerichtshof, Neue Juristische Wochenschrift (2007), S. 989. In den Schutzbereich eines auf Schwangerschaftsverhütung gerichteten Vertrags zwischen Arzt und Patientin ist nicht nur ein ehelicher, sondern auch der jeweilige nichteheliche Partner einbezogen, der vom Fehlschlagen der Verhütung betroffen ist (*ebd.*). Strittig ist diesbezüglich, ob dies auch gilt, wenn der Kindsvater nur eine sehr kurzfristige Beziehung zur Mutter unterhielt, vgl. J. Mörsdorf-Schulte, Vermögensschutz beim One-Night-Stand?, Neue Juristische Wochenschrift (2007), S. 964–969, m. w. N.

Zivilrechtsprechung: Konsequenterweise beurteilt der Bundesgerichtshof die Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig sei und deshalb bei Fehlschlägen des Eingriffs Grundlage eines zivilrechtlichen Anspruchs auf Ersatz von Unterhaltsaufwendungen für ein Kind sein könne, nach den Voraussetzungen, die das Bundesverfassungsgericht für die Rechtmäßigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen aufgestellt hat.⁶³ Das Zivilrecht ist insoweit also strafrechtsakzessorisch.⁶⁴

Auch in zivilrechtlicher Hinsicht steht deshalb fest, dass ein Abbruch im Rahmen der faktisch geltenden Fristenlösung mit Beratungspflicht gegenwärtig als rechtswidrig gelten muss und seine Unterlassung deshalb keine Schadensersatzansprüche der Mutter begründen kann. Damit scheiden Ersatzansprüche von Eltern wegen einer fehlgeschlagenen (rechtswidrigen) Abtreibung gesunder Föten nach Beratung praktisch aus; die Einschränkungen der ärztlichen Haftung durch die Änderungen des Abtreibungsstrafrechts sind hier mit Händen zu greifen. Angesichts des Erfordernisses der Rechtmäßigkeit des ärztlichen Eingriffs bleiben als Anknüpfungspunkte deshalb nur die kriminologische Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB), die bisher in der Praxis so gut wie keine Rolle gespielt hat, und die medizinisch-soziale Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB).

Der Bundesgerichtshof geht deshalb zurecht davon aus, dass ein gemäß § 218a Abs. 2 StGB (also im Rahmen einer sog. „medizinischen“ bzw. „medizinisch-sozialen“ Indikation) durchgeführter Eingriff der Rechtsordnung nicht widerspricht. Die Norm, die auch *sedes materiae* für das Problem der Spätabtreibungen ist, lautet:

„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.“

Der Gesetzgeber ist, als er diese Norm geschaffen hat, ausdrücklich davon ausgegangen, dass die Fallkonstellationen der früheren „embryopathischen Indikation“ nunmehr von der medizinischen Indikation aufgefangen werden

⁶³ Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 129, S. 178, 183f.

⁶⁴ Vgl. R. Merkel, „Wrongful birth – wrongful life“: Die menschliche Existenz als Schaden?, a. a. O., S. 178; T. Winter, a. a. O., S. 74; T. Hillenkamp, Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: M. Böse/D. Sternberg-Lieben (Hg.), Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts. Festschrift für Knut Amelung zum 70. Geburtstag, Berlin 2009, S. 435–446 (439).

sollen, obgleich die letztere nicht wie die erstgenannte an eine Frist gebunden ist. Dies bedeutet zugleich, dass die objektive Schwere der voraussichtlichen Behinderungen eines Kindes für die Beurteilung der Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig gewesen wäre, zwar mittelbar relevant sein kann, aber gerade nicht mehr den Ausschlag gibt. Voraussichtliche Behinderungen des Kindes können nur insoweit von Bedeutung sein, als sie bei der Mutter eine Reaktion auslösen, die eine ernsthafte Gefährdung für ihre körperliche oder seelische Gesundheit darstellt. § 218a Abs. 2 StGB gewährt also entgegen anderslautenden Behauptungen kein Recht dazu, ein ungeborenes Kind allein wegen seiner Behinderung töten zu lassen.⁶⁵

Die Zivilgerichte legen an den – der auf Schadensersatz klagenden Frau obliegenden⁶⁶ – Nachweis der in § 218a Abs. 2 StGB genannten Voraussetzung strenge Maßstäbe an. Dies hat in der Praxis zu einer Reihe von klageabweisenden Entscheidungen geführt. So wurde etwa in einem Fall von Down-Syndrom einer Mutter abgesprochen, dass ihre physische und psychische Belastbarkeit in einem Maß überfordert gewesen sei, das geeignet war, das Lebensrecht des Kindes in den Hintergrund zu drängen. Die Gerichte haben aus diesem Grund einen Anspruch gegen den Arzt verneint.⁶⁷

Hierbei hat der Bundesgerichtshof schließlich bereits versucht, auch das intrikate Problem der Spätabtreibung schadensersatzrechtlich abzuarbeiten. Der VI. Zivilsenat hatte sich mit dieser Frage in seinem Urteil vom 18. Juni 2002⁶⁸ zu befassen, das eine besonders intensive, wenngleich teilweise wenig angemessene Diskussion in der Öffentlichkeit erfahren hat.

Die klagenden Eheleute waren die Eltern eines Kindes, das mit schweren körperlichen Fehlbildungen zur Welt kam: Beide Oberarme waren nicht ausgebildet; der rechte Oberschenkel war verkürzt, der linke fehlte; an beiden Beinen fehlte das Wadenbein; beide Füße wiesen eine Knick-Hackfußstellung auf. Die Eltern nahmen die beklagte Frauenärztin auf Schadensersatz in Anspruch, weil diese während der von ihr durchgeführten Schwangerschaftsbetreuung bei insgesamt elf Ultraschall-Untersuchungen pflichtwidrig die Fehlbildungen des Kindes nicht erkannt habe und deshalb eine rechtlich zulässige Abtreibung unterblieben sei. Die Beklagte stellte die Voraussetzungen eines erlaubten Schwangerschaftsabbruchs in Abrede,

⁶⁵ Vgl. T. Hillenkamp, a. a. O., S. 444, 446; Bundesgerichtshof, Neue Juristische Wochenschrift (2006), S. 1660, 1661f.

⁶⁶ Vgl. G. Müller, a. a. O., S. 703.

⁶⁷ Siehe OLG (Oberlandesgericht) Düsseldorf, Urteil v. 10.02.2002 (8 U 79/02) und Nichtannahmebeschluss des Bundesgerichtshofs v. 5.11.2002 (VI ZR 69/02), hier zitiert nach G. Müller, a. a. O., S. 703; daneben Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 129, S. 178; Bd. 149, S. 236; OLG Hamm, Versicherungsrecht (2003), S. 1580, sowie die weiteren Nachweise bei G. Müller, a. a. O., S. 702ff.

⁶⁸ Vgl. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen, Bd. 151, S. 133. Vgl. C. Katzenmeier, Anmerkungen zum Urteil des BGH vom 18.06.2002, Juristische Rundschau 2003, S. 70–71; G. Müller, a. a. O., S. 697ff.

zumal das Kind im Zeitpunkt einer denkbaren Abtreibung bereits lebensfähig gewesen wäre. Das Urteil zeigt, dass der Umstand, dass ein Schwangerschaftsabbruch nach der 22. Woche in Rede steht, im Recht des Schadensersatzes von doppelter Bedeutung sein kann.

Zunächst gibt es auch hier wieder einen rechtstechnischen Aspekt. Gerade weil bei einem Abbruch in den letzten Schwangerschaftswochen der Übergang zwischen einer Abtreibung und der Einleitung einer Frühgeburt fließend ist, kann es an einem ursächlichen Zusammenhang zwischen der fehlerhaften Diagnose und der Belastung der Eltern mit dem Unterhaltsaufwand fehlen, wenn der Arzt darlegen kann, dass das Kind auch bei einem Schwangerschaftsabbruch wahrscheinlich überlebt hätte. Im entschiedenen Fall (22. Woche) konnte die Ärztin dies nicht zeigen. Dieses Kausalitätsargument büßt seine praktische Bedeutsamkeit allerdings in dem Maß ein, in dem sich die Überlegung durchsetzt, dass im Falle von Spätabtreibungen aus medizinisch-psychologischer Indikation, in denen sich die schwerwiegende Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren aus ihrer Antizipation des Lebens mit einem schwerbehinderten Kind ergibt, der unmittelbare intrauterale Fetozyd nicht nur erlaubt, sondern regelmäßig geboten ist.⁶⁹

Sodann hat der Bundesgerichtshof zumindest erwogen, Spätabtreibungen jedenfalls schadensersatzrechtlich nur unter verschärften Voraussetzungen als Anknüpfungspunkt für eine „wrongful birth“-Klage zu akzeptieren.

Der Senat stellt hier allerdings zunächst fest, dass die Regelung der medizinischen Indikation des § 218a Abs. 2 StGB – anders als die früher selbstständige „embryopathische Indikation“ des § 218a Abs. 3 StGB a. F., die einen Abbruch nur bis zur 22. Schwangerschaftswoche zuließ – keine zeitliche Befristung kenne. Eine derartige Befristung sei in Fällen der medizinischen Indikation auch aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht geboten. Von der Mutter könne, wenn schwerwiegende Gefahren für ihr Leben oder ihre Gesundheit drohen und nicht anders abgewendet werden können, während der gesamten Dauer der Schwangerschaft grundsätzlich nicht verlangt werden, dass sie ihre eigenen existenziellen Belange und Rechtspositionen denen des Kindes aufopfere. Dies habe auch dann zu gelten, wenn die schwerwiegende Gefährdung der Mutter nicht aus zu befürchtenden physischen Beeinträchtigungen während der Schwangerschaft oder der Geburt resultiere, sondern eine relevante – nicht anders abwendbare – Bedrohung ihres Lebens oder ihrer seelischen Gesundheit deshalb zu erwarten stehe, weil sie konstitutionell nicht in der Lage sei, während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines schwerbehinderten Kindes die damit verbundenen Belastungen und Verantwortlichkeiten psychisch zu bewältigen. Die

⁶⁹ Vgl. R. Merkel, § 218a, in: U. Neumann et al., Nomos Kommentar zum Strafgesetzbuch, Baden-Baden, Stand: 14. Lfg. (30.11.2003), Rn. 108ff.; vgl. T. Hillenkamp, a. a. O., S. 445.

Indikation des § 218a Abs. 2 StGB kann also, wie auch der Senat heraus hob, gerade auch aus dem antizipierten Konflikt der Mutter mit ihrem pro spektiven geborenen Kind hergeleitet werden. Aus diesem Grund können auch unterlassene rechtmäßige Spätabtreibungen zu Schadensersatzansprü chen gegen den pflichtwidrig falsch diagnostizierenden oder beratenden Arzt führen.

Wann und unter welchen Umständen die schadensrechtliche Anerkennung einer „Spätabtreibung“ in den letzten Schwangerschaftswochen, die auf die Abwehr von Gefahren für den psychischen Gesundheitszustand der Mutter eines voraussichtlich behinderten Kindes gerichtet ist, hingegen rechtlich zweifelhaft sei, hat der Senat zumindest angedeutet (wenngleich nicht ent schieden): Die Beantwortung der Frage, ob im Einzelfall die Opfergrenze für den Ausnahmetatbestand der Rechtfertigung einer mit dem Tode des Fö tus verbundenen Abtreibung aus medizinischer Indikation überschritten ist, setze eine Güter- und Interessenabwägung voraus. Dies gelte gerade in den Fällen, in denen es nicht um eine unmittelbare physische Lebensbedrohung der Schwangeren gehe, sondern um aus den dargelegten psychischen Belas tungen – insbesondere für die Zeit nach der Geburt – zu befürchtende Be einträchtigungen. Diese Abwägung zur Bestimmung der Voraussetzungen der medizinischen Indikation müsse den Rechtspositionen sowohl des Emb ryos als auch der Mutter soweit wie möglich gerecht werden. In ihrem Rahmen könne auch die Dauer der Schwangerschaft und die daraus resultie rende besondere Situation für Mutter und Kind Berücksichtigung sowie dem zu einer immer weiteren Vorverlagerung der extrauterinen Lebensfä higkeit des Embryos führenden medizinischen Fortschritt Bedeutung zu kommen. Dies soll sagen: Jedenfalls dann, wenn bei der vor dem Zivilge richt rückblickend anzustellenden Prognose die drohenden Gefahren für den psychischen Gesundheitszustand der Mutter nicht als evident schwerwie gend erscheinen und im Grenzbereich verbleiben, soll die extrauterine Le bensfähigkeit des Kindes die medizinisch-soziale Indikation – und damit die Rechtmäßigkeit des unterlassenen Abbruchs als Voraussetzung eines Schadensersatzanspruchs – ausschließen können.

An dieser Überlegung erscheinen zwei Punkte problematisch. Zum einen fällt auf, dass der Bundesgerichtshof, der an keiner Stelle auf die straf rechtswissenschaftliche Literatur zu § 218a StGB Bezug nimmt, zu einer re striktiveren Interpretation der Norm neigt als das Strafrecht.⁷⁰ Gesteht man

⁷⁰ Hillenkamp begrüßt dies grundsätzlich mit Blick auf die divergierenden Folgen und Re gelungsziele von Straf- und Schadensersatzrecht; vgl. T. Hillenkamp, a. a. O., S. 429, 438. Siehe nun aber die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 31.01.2006 [Neue Juristische Wochenschrift (2006), S. 1660, 1661f.], in der der Senat auf die Linie einer strengen Straf rechtsakzessorietät des Schadensrechts zurückkehrt: „Liegen die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB vor, so ist der Schwangerschaftsabbruch von Gesetzes wegen erlaubt. Die erfor derliche Abwägung zwischen dem Lebensrecht des Kindes und den Belangen der Mutter hat

zu, dass § 218a Abs. 2 StGB letztlich von dem Kriterium einer höchstpersönlichen, gänzlich subjektivierten und keinen Fremdzuschreibungen zugänglichen individuellen Zumutbarkeit regiert wird,⁷¹ dürften auch zivilrichterliche Versuche, die Schwelle der Unzumutbarkeit für die Mutter zu objektivieren, zum Scheitern verurteilt sein.

Sodann sieht der VI. Zivilsenat selbst, dass der Umsetzung seiner Intuition, dass Spätabtreibungen jedenfalls moralisch weit problematischer sind als solche im ersten Trimenon, in ein rechtliches Abwägungskriterium der Umstand entgegensteht, dass kraft Dezision des Bundesverfassungsgerichts „das Lebensrecht des Kindes dem Grunde nach eine zeitliche Differenzierung der Schutzpflicht nicht zulässt“.⁷² Spätestens hier schlägt die Inkohärenz des Zweiten Abtreibungsurteils des Bundesverfassungsgerichts mit seiner symbolischen Verleihung eines ungestuften Lebensrechts der Leibesfrucht negativ auf seinen Zweck, den Lebensschutz, zurück. Das ist eine schwere Hypothek gerade für den Umgang mit der Problematik der Spätabtreibung. Gerade die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hindert das Recht daran, auf den Umstand zu reagieren, dass eine extrauterin bereits lebensfähige Leibesfrucht einen anderen moralischen Status besitzt als ein früher Embryo und ihr deshalb auch ein anderer rechtlicher Status zukommen sollte.⁷³

Literatur

Andrews, Lori B., Mom, Dad, Clone: Implications for Reproductive Privacy, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics Nr. 7 (1998), S. 176–186.

Archard, David, Wrongful Life, Philosophy Nr. 79 (2004), S. 403–420.

Arnold, Kathrin, Kind als Schaden in Frankreich, Versicherungsrecht (2004), S. 309–313.

Bayertz, Kurt, Drei Thesen zum moralischen Status menschlicher Embryonen in vitro, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin, Baden-Baden 2001, S. 81–85.

der Gesetzgeber durch die Ausgestaltung dieses Tatbestands bereits vorgenommen. Die bei der Prüfung des zivilrechtlichen Schadensersatzanspruchs zu stellende Prognose darf mithin nur dahin gehen, ob die Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch vorgelegen hätten und ob die Mutter sich für den Abbruch entschieden hätte.“

⁷¹ Vgl. *R. Merkel*, § 218a, a. a. O., Rn. 91ff.; *I. Augsberg*, Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod: Wer entscheidet im Rechtsstaat?, in diesem Band 2010.

⁷² Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 88, S. 203, 254, 257.

⁷³ Vgl. *H. Dreier*, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, Zeitschrift für Rechtspolitik (2002), S. 377–383; *R. Merkel*, § 218a, a. a. O., Rn. 107.

- Benatar, David*, The Wrong of Wrongful Life, *American Philosophical Quarterly* Nr. 37 (2000), S. 175–183.
- Benda, Ernst*, Streit als Schaden, *Neue Juristische Wochenschrift* (1998), S. 3330–3331.
- Brock, Dan W.*, The Non-Identity Problem and Genetic Harms – the Case of Wrongful Handicaps, *Bioethics* Nr. 9 (1995), S. 269–275.
- Buchanan, Allen/Brock, Dan W./Daniels, Norman/Wikler, Daniel*, From Chance to Choice. Genetics and Justice, Cambridge 2000.
- Cornides, Jakob*, Die Kind-als-Schaden-Rechtsprechung des Österreichischen Obersten Gerichtshofs, *Zeitschrift für Lebensrecht* (2009), S. 2–11.
- Deutsch, Erwin*, Neues Verfassungszivilrecht: Rechtswidriger Abtreibungsvertrag gültig – Unterhaltspflicht aber kein Schaden, *Neue Juristische Wochenschrift* (1993), S. 2361–2363.
- Ders.*, Schadensersatz und Verfassungsrecht – Akt II, *Neue Juristische Wochenschrift* 1994, S. 776–778.
- Ders.*, Das Kind oder sein Unterhalt als Schaden, *Versicherungsrecht* (1995), S. 609–616.
- Ders.*, Berufshaftung und Menschenwürde – Akt III, *Neue Juristische Wochenschrift* (1998), S. 510.
- Ders.*, Die internationale Dimension des Medizinrechts, *Versicherungsrecht* (2008), S. 993–998.
- Dreier, Horst*, Menschenwürdegarantie und Schwangerschaftsabbruch, *Die öffentliche Verwaltung* Nr. 48 (1995), S. 1036–1040.
- Ders.*, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, *Zeitschrift für Rechtspolitik* (2002), S. 377–383.
- Ders.*, Kommentierung zu Art. 1 GG, in: *Ders. (Hg.)*, Grundgesetz Bd. 1, 2. Aufl. Tübingen 2004.
- Dworkin, Ronald*, *Life's Dominion*, New York 1994 (Dt.: R. Dworkin, Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit, Reinbek 1994).
- Essebier, Jana*, „Wrongful Birth“ in der Schweiz, *Zeitschrift für Europäisches Privatrecht* (2007), S. 888–895.
- Feinberg, Joel*, Harm to Others. The Moral Limits of the Criminal Law Vol. I, New York 1984.
- Ders.*, Wrongful Life and the Counterfactual Element in Harming, *Social Philosophy & Policy* Nr. 4 (1986), S. 145–178.
- Gutmann, Thomas*, Auf der Suche nach einem Rechtsgut: Zur Strafbarkeit des Klonens von Menschen, in: *Roxin, Claus/Schroth, Ulrich (Hg.)*, Medizinstrafrecht, 2. Aufl. Stuttgart/München 2001, S. 353–380.
- Ders.*, Ethik und Recht der Präimplantationsdiagnostik, in: *Gethmann-Siefert, Anemarie/Huster, Stefan (Hg.)*, Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik, Bad Neuenahr-Ahrweiler 2005, S. 131–185.

- Ders.*, Struktur und Funktion der Menschenwürde als Rechtsbegriff, in: *Gethmann, Carl Friedrich* (Hg.), *Lebenswelt und Wissenschaft* (XXI. Deutscher Kongreß für Philosophie, Essen 2008), *Deutsches Jahrbuch für Philosophie* 2, Hamburg 2010.
- Habermas, Jürgen*, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Frankfurt a. M. 2002.
- Harris, John*, One Principle and Three Fallacies of Disability Studies, *Journal of Medical Ethics* Nr. 26, S. 383–387.
- Ders.*, Wrongful Birth, in: *Dalton, Maureen E./Jackson, Joe* (Hg.), *Philosophical Issues in Reproductive Medicine*, Manchester 1990, S. 156–174.
- Herdegen, Matthias*, Die Menschenwürde im Fluß des bioethischen Diskurses, *Juristenzeitung* Nr. 56 (2001), S. 773–779.
- Heun, Werner*, Embryonenforschung und Verfassung. Lebensrecht und Menschenwürde des Embryos, *Juristenzeitung* Nr. 57 (2002), S. 517–524.
- Heyd, David*, From Wrongful Life to Wrongful Identity: A (Controversial) Solution of a Hard Case, *Jahrbuch für Recht und Ethik* Nr. 9 (2001), S. 173–179.
- Ders.*, *Genethics. Moral Issues in the Creation of People*, London 1992.
- Hillenkamp, Thomas*, Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: *Böse, Martin/Sternberg-Lieben, Detlev* (Hg.), *Grundlagen des Straf- und Strafvfahrensrechts. Festschrift für Knut Amelung zum 70. Geburtstag*, Berlin 2009, S. 435–446.
- Hoerster, Norbert*, *Abtreibung im säkularen Staat*, Frankfurt a. M. 1991.
- Ders.*, *Ethik des Embryonenschutzes*, Stuttgart 2002.
- Hörnle, Tatjana*, Menschenwürde und Lebensschutz, *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie* Nr. 89 (2003), S. 318–338.
- Hufen, Friedrich*, Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht, *Medizinrecht* Nr. 19 (2001), S. 440–451.
- Hull, Richard J.*, Cheap Listening? Reflections on the Concept of Wrongful Disability, *Bioethics* Nr. 20 (2006), S. 55–63.
- Huster, Stefan*, *Die ethische Neutralität des Staates. Eine liberale Interpretation der Verfassung*, Tübingen 2002.
- Ipsen, Jörn*, Der „verfassungsrechtliche Status“ des Embryos in vitro, *Juristenzeitung* Nr. 56 (2001), S. 989–996.
- Jakobs, Günter*, Lebensschutz durch Pflichtberatung, *Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V.* Nr. 17 (2000), S. 17–38.
- Jarass, Hans Dieter/Pieroth, Bodo*, *Grundgesetz*, 10. Aufl. München 2009, Art. 6 GG Rn. 3, 5.
- Jecker, Nancy S.*, The Ascription of Rights in Wrongful Life Suits, *Law and Philosophy: An International Journal for Jurisprudence and Legal Philosophy* Nr. 6 (1987), S. 149–165.
- Katzenmeier, Christian*, Anmerkungen zum Urteil des BGH vom 18.06.2002, *Juristische Rundschau* 2003, S. 70–71.

- Knetsch, Jonas*, Entwicklungen der Kind-als-Schaden-Problematik in Frankreich, Versicherungsrecht 2006, S. 1050–1052.
- Knoepfler, Nikolaus*, Menschenwürde in der Bioethik, Berlin/Heidelberg 2004.
- Landolt, Hardy*, Baby Boy und der kategorische Imperativ: Ein Beitrag zur haftpflichtrechtlichen Problematik des pränatalen Schadens und der Familienhaftung, Zeitschrift für Schweizerisches Recht NF 122 (2003), S. 185–213.
- Landesgericht Itzehoe, Familienrechtszeitung Nr. 90 (1968).
- Losch, Bernhard/Radau, Wiltrud Christine*, Die „Kind als Schaden“-Diskussion, Neue Juristische Wochenschrift (1999), S. 821–827.
- Merkel, Reinhard*, „Wrongful birth – wrongful life“: Die menschliche Existenz als Schaden?, in: Neumann, Ulfried/Schulz, Lorenz (Hg.), Verantwortung in Recht und Moral (Referate der Tagung der Deutschen Sektion der internationalen Vereinigung für Rechts- und Sozialphilosophie vom 2. bis zum 3. Oktober 1998 in Frankfurt am Main), Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie, Beiheft 74, Stuttgart 2000, S. 173–192.
- Ders.*, Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, Baden-Baden 2001.
- Ders.*, Forschungsobjekt Embryo – Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002.
- Ders.*, § 218a, in: *Neumann, Ulfried et al.*, Nomos Kommentar zum Strafgesetzbuch, Baden-Baden Stand: 14. Lfg. (30.11.2003).
- Morreim, E. Haavi*, The Concept Of Harm Conceived: A Different Look At Wrongful Life, Law and Philosophy: An International Journal for Jurisprudence and Legal Philosophy Nr. 7 (1988), S. 3–33.
- Morris, Anne/Saintier, Severin*, To be or not to be: Is that the Question? Wrongful Life and Misconceptions, Medical Law Review Nr. 11 (2003), S. 167–193.
- Mörsdorf-Schulte, Juliana*, Vermögensschutz beim One-Night-Stand?, Neue Juristische Wochenschrift (2007), S. 964–969.
- Müller, Gerda*, Unterhalt für ein Kind als Schaden?, Neue Juristische Wochenschrift (2003), S. 697–706.
- Nationaler Ethikrat, Stellungnahme vom 13.09.2004: Klonen zu Fortpflanzungszwecken und Klonen zu biomedizinischen Forschungszwecken, Position B, S. 51, URL: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Klonen.pdf, Stand 2010.
- Parfit, Derek*, Reasons and Persons, Oxford 1987.
- Picker, Eduard*, Schadensersatz für das unerwünschte eigene Leben – „wrongful life“, Tübingen 1995.
- Ders.*, Schadensersatz für das unerwünschte Kind („Wrongful birth“), Archiv für die christliche Praxis Nr. 195 (1995), S. 483–547.
- Pieroth, Bodo/Schlink, Bernhard*, Grundrechte (Staatsrecht II), 25. Aufl. Heidelberg 2009.

- Reinhart, Andreas*, „Wrongful life“ – gibt es ein Recht auf Nichtexistenz?, Versicherungsrecht 2001, S. 1081–1088.
- Rhinehart, Kelly E.*, The Debate over Wrongful Birth and Wrongful Life, Law and Psychology Review Nr. 26 (2002), S. 141–157.
- Roberts, Melinda A.*, What Is the Wrong of Wrongful Disability? From Chance to Choice to Harms to Person, Law and Philosophy Nr. 28 (2009), S. 1–57.
- Robertson, John*, Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies, Princeton 1994.
- Sangmeister, Bernd*, „Der Krieg der Richter“ – BVerfG, NJW 1998, 519, Juristische Schulung (1999), S. 279–293.
- Schimmelpfeng-Schütte, Ruth*, „Pränataler Hilfefonds“ statt „Schadensfall Kind“, Medizinrecht (2003), S. 401–403.
- Schöne-Seifert, Bettina*, Überlegungen zu Menschenwürde und Fortpflanzungsmedizin, Zeitschrift für Philosophische Forschung Nr. 44 (1990) S. 442–473.
- Shiffrin, Seana Valentine*, Wrongful Life, Procreative Responsibility, and the Significance of Harm, Legal Theory Nr. 5 (1999), S. 117–148.
- Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: www.gbe-bund.de, Stand 2010.
- Steinbock, Bonnie*, The Logical Case for ‚Wrongful Life‘, The Hastings Center Report Nr. 16 (1986), S. 15–21.
- Dies./McClamrock, Ron*, When is Birth Unfair to the Child?, The Hastings Center Report Nr. 24 (1994), S. 15–21.
- Strong, Carson*, Cloning and Infertility, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics Bd. 7 (1998), S. 279–293.
- Stürner, Rolf*, Das Bundesverfassungsgericht und das frühe menschliche Leben – Schadensdogmatik als Ausformung humaner Rechtskultur?, Juristenzeitung 1998, S. 317–330.
- Weber, Ralph*, Kind als Schaden?, Zeitschrift für Lebensrecht 2004, S. 74–82.
- Weber, Reinhold*, Schadensersatzrechtliche Folgen der Geburt eines unerwünschten Kindes?, Versicherungsrecht 1999, S. 389–401.
- Winter, Thomas*, „Bébé préjudice“ und „Kind als Schaden“. Eine rechtsvergleichende Untersuchung zur Haftung für neues Leben in Deutschland und Frankreich, Berlin 2002.

II. Erst Fötus, dann Mensch – Geburt als Zäsur des Lebensschutzes?

Maria Mattisseck-Neef

„Geburt als Zäsur“ – zwischen Spätabbruch und Neugeborenenethanasie

I. Einführung

1. Begrifflichkeiten allgemein

Zunächst sei ein klarstellender Blick auf die Begrifflichkeiten geworfen.

Der Titel der Tagung „Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys? Zur Frage der Bedeutung der Geburt auf das Recht des Kindes auf Leben und Recht der Eltern auf Wohlergehen“, der Zwischentitel „Erst Fötus, dann Mensch ...“ und schließlich der Titel meines Beitrags“ ... zwischen Spätabbruch und Neugeborenenethanasie“ zeigt bereits die vielfältigen Umschreibungen und Begrifflichkeiten der vorliegenden Problematik.

Die Schwangerschaftsabbrüche geschädigter Föten wurden bis zur Gesetzesänderung im Jahr 1995 als sog. embryopathische Indikation bezeichnet. Dieser Begriff findet teilweise auch heute noch Verwendung. Aber auch die Begriffe genetische, kindliche oder sogar eugenische Indikation werden verwendet.¹

Die aktuellen strafrechtlichen Regelungen der §§ 218ff StGB tragen zur Verschleierung/Tabuisierung der Problematik bei, weil das an sich geschützte Rechtsgut nicht für jedermann eindringlich genannt wird.² In den §§ 218, 218a–c StGB wird nur der Abbruch der Schwangerschaft genannt; erst in § 219 Abs. 1 StGB finden sich die Formulierungen: „Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. ... Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft ein eigenes Recht auf Leben hat ...“.

Die Vielzahl der verwendeten Begrifflichkeiten, die Umschreibungsversuche bis hin zu den emotionalen oder populistischen Aussprüchen wie „le-

¹ Vgl. A. Eser, Kommentierung §§ 218ff. StGB, in: A. Schöнке/H. Schröder, StGB-Kommentar, 27. Aufl. München 2006, § 218a Rz. 38.

² Vgl. E. Schumann, Verantwortung für das ungeborene Leben im Kontext von Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, in: Ders. (Hg.), Verantwortungsbewusste Konfliktlösungen bei embryopathischem Befund, Göttinger Schriften zum Medizinrecht Bd. 4, Göttingen 2008, S. 1–17 (7).

galisierter Kindermord“³ zeigen deutlich, dass diese Problematik immer noch ein Tabuthema unserer Gesellschaft ist.

Der juristischen Terminologie entsprechend sind allein die Begriffe Schwangerschaftsabbrüche im Spätstadium/Spätabbrüche sowie die Tötung einer Leibesfrucht/Fötus.⁴

2. Begrifflichkeiten Spätabbruch und Neugeborenenethanasie

Der vorliegende Beitrag befasst sich speziell mit den Thematiken Schwangerschaftsabbrüche im Spätstadium und Neugeborenenethanasie.

(a) Spätabbruch

Aufgrund der momentanen gesetzlichen Regelung (Einbeziehung der früheren embryopathischen Indikation in die medizinische Indikation, ausgestaltet als medizinisch-soziale Indikation in § 218a Abs. 2 StGB) geht es hierbei um Schwangerschaftsabbrüche resultierend aus einer gegenwärtigen Gefahr schwerwiegender Beeinträchtigungen des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren, wobei im Falle geschädigter Feten die Beeinträchtigung nicht aus der Schwangerschaft an sich, sondern aus dem zu erwartenden postnatalen Haben eines nicht gesunden Kindes herrührt.

Ausweislich der Kritiker der medizinisch-sozialen Indikation wird die „Frau nicht von der Last der Schwangerschaft, sondern von der Last des ungesunden Kindes bzw. eines Lebens mit diesem befreit“.⁵

Zeitlich gesehen geht es um Schwangerschaftsabbrüche zu einem Zeitpunkt, zu dem extrauterin Lebensfähigkeit besteht, also ab der 22. SSW post conceptionem.

Auf die Problematik des maßgeblichen Zeitpunkts im Rahmen des Geburtsvorgangs (Beginn oder Vollendung der Geburt) und mögliche Strafbarkeiten wegen Körperverletzung des Ungeborenen und wegen Fahrlässigkeitsdelikten soll hier nicht näher eingegangen werden.⁶

³ M. Spieker, Der legalisierte Kindermord – zum Problem der Spätabtreibungen, in: B. Büchner/C. Kaminski (Hg.), Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995–2005), Bonn 2006, S. 86–105 (86ff.).

⁴ So auch ausdrücklich Prof. Hillenkamp in der Einleitung zu seinem Tagungsvortrag: T. Hillenkamp, Die strafrechtliche Regelung des Spätabbruchs und ihre strafrechtshistorische Entwicklung, in diesem Band.

⁵ Vgl. W. Gropp, Strafrechtlicher Schutz des Lebens vor und nach der „Geburt“, in: E. Schumann (Hg.), a. a. O., S. 19–40 (27); H. Hepp, Pränatalmedizin und Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation, in: E. Schumann (Hg.), a. a. O., S. 65–80 (73); M. Mattisseck-Neef, Schwangerschaftsabbrüche kranker/geschädigter Föten und Neugeborenenethanasie. Im rechtsvergleichenden Überblick mit den Niederlanden, Österreich und der Schweiz, Dissertation Universität Freiburg, Frankfurt a. M. 2006, S. 86ff. m. w. N.

⁶ Weiterführend zu diesen Problemfeldern: R. Herzberg/A. Herzberg, Der Beginn des Menschseins im Strafrecht: Die Vollendung der Geburt, Juristenzeitung 2001, S. 1106–1113

(b) *Neugeboreneneneuthanasie*

Der Begriff Neugeboreneneneuthanasie oder Früheuthanasie bezeichnet das „Sterbenlassen“ schwer-/schwerstgeschädigter Neugeborener bzw. sehr unreifer Frühgeborener nach der Geburt durch Unterlassen medizinisch möglicher Behandlungen (Intensivmedizin in Form von Ersatz fehlender/unzureichender Vitalfunktionen) bei Durchführung einer Basispflege.⁷ Es geht dabei also weder um die Bedeutung „schöner Tod“, wie ihn die griechische Philosophie der Stoa verwandte, noch um Intentionen der Tötung lebensunwerten Lebens, wie sie in den Gräueltaten im 3. Reich offensichtlich wurden.

Auch die Problematik der Neugeboreneneneuthanasie unterlag einer breiten und jahrzehntelang teilweise sehr kontrovers geführten Diskussion, welche bis heute andauert.⁸ Ausschlaggebend für breite Diskussionen – auch in der Öffentlichkeit – waren beispielsweise folgende Fälle:

Im Jahr 1976 wurde ein Kind in der 25. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 800 Gramm geboren. Das Kind verfügte über keine Spontanatmung, litt an Mikrozephalie und Lungenblutungen. Nach Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen kam es zu weiteren Komplikationen wie fortschreitender Zerstörung der Lungenbläschen, allmählichem Erblinden, vielfachem Brechen der Knochen sowie Hirninfarkten. Die intensivmedizinische Behandlung wurde fortgeführt – das Kind starb nach 6 Monaten (intensiver medizinischer Behandlung).

Hingegen wurde in Freiburg im Jahr 1982 ein Kind mit Skelettfehlbildung, Wasserkopf, Anomalie der Lendenwirbelsäule und Darmverschluss geboren. Hirnschäden wurden nicht festgestellt. Die Eltern verweigerten zunächst ihre Einwilligung in die lebensnotwendige Operation des Darmverschlusses. Die fehlende Einwilligung wurde vom Vormundschaftsgericht

(1106ff.); G. Wirth, *Strafrechtliche und rechtsethische Probleme der Spätabtreibung – Wann ist das Leben lebenswert?*, Dissertation Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M. S. 39ff.; R. Merkel, *Der Schangerschaftsabbruch*, in: C. Roxin/U. Schroth (Hg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, 3. Aufl. Stuttgart 2007, S. 145–231 (178ff.).

⁷ R. Schlößer plädiert in derartigen Fällen für eine Anerkennung der Palliativmedizin als leidensmindernde und zur Intensivmedizin alternativ zulässige Behandlungsmethode. Vgl. R. Schlößer, „Geburt als Zäsur“ – das Kind vor und nach der Geburt aus medizinischer Sicht, in diesem Band; R. Schlößer, *Maximaltherapie und Sterbebegleitung an der Grenze zur Lebensfähigkeit bei Früh- und Neugeborenen mit Fehlbildung*, in: C. Wewetzer/T. Wernstedt (Hg.), *Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts*, Frankfurt a. M. 2008, S. 122–136 (122ff.).

⁸ Vgl. R. Merkel, *Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin*, Habilitationsschrift Universität Frankfurt am Main, Baden-Baden 2001; M. Everschor, *Probleme der Neugeboreneneneuthanasie und die Behandlungsgrenzen bei schwerstgeschädigten Kindern und ultrakleinen Frühgeborenen aus rechtlicher und ethischer Sicht*, Dissertation Universität Bonn, Frankfurt a. M. 2001; M. I. Saati, *Früheuthanasie*, Dissertation Universität Göttingen, Frankfurt a. M. 2002; M. Mattiscek-Neef, a. a. O., S. 220ff. m. w. N.

ersetzt. Danach verweigerte der Anästhesist unter Berufung auf die fehlende Zustimmung der Eltern seine Mitwirkung. Der Darmverschluss wurde somit nicht operativ behandelt, so dass das Kind aus diesem Grund verstarb.⁹

Diese Fälle sind vielleicht Extremfälle, wie sie gerade im Fall der Behandlung eines frühgeborenen Kindes heute anders gehandhabt werden, sie dokumentieren aber das Dilemma der beteiligten Personen nach der Geburt eines geschädigten Kindes.

3. Zusammenhang Spätabbruch und Neugeboreneneneuthanasie

Die Neugeboreneneneuthanasie erfasst also eine (zeitlich) andere Problematik als die der Spätabbrüche bzw. – in Anbetracht der zeitlichen Komponente – je nach Rechtsverständnis verschiedene Lebensstadien oder verschiedene Rechtsgüter.

Soweit jedoch während der Schwangerschaft eine schwere bzw. schwerste Schädigung des Ungeborenen diagnostiziert wird oder ein schwer bzw. schwerst geschädigtes Kind nach einem Schwangerschaftsabbruch lebend zu Welt kommt, kommt es zu einer Kollision beider Problematiken.

Die Schwangerschaftsabbrüche nach der Diagnose eines nicht gesunden Föten werden weder rechtlich noch statistisch eindeutig erfasst.¹⁰

Es existieren somit keine auch nur annähernd exakten Zahlen, um welche Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen es sich jährlich handelt. Ausweislich der bundesweiten statistischen Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen wurden 188 Spätabbrüche im Jahr 2003, 183 Spätabbrüche im Jahr 2006, 229 Spätabbrüche im Jahr 2007 und 231 Spätabbrüche im Jahr 2008 offiziell gemeldet. Schätzungen in der juristischen Literatur gehen dahin, dass zwischen 500 bis 800 Schwangerschaften pro Jahr nach der 23. Schwangerschaftswoche abgebrochen werden.¹¹

⁹ Ausführlich *M. Mattisseck-Neef*, a. a. O., S. 222f. m. w. N.

¹⁰ Vgl. *E. Schumann*, a. a. O., S. 2ff.; mehr Offenheit fordert *Wewetzer: C. Wewetzer*, Spätabbrüche: Aktuelle Problemstellung und gesellschaftliche Debatte 1996–2007, in: *C. Wewetzer/T. Wernstedt* (Hg.), a. a. O., S. 15–36 (17, 21ff.).

¹¹ Vgl. *T. Hillenkamp*, Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: *M. Böse/D. Sternberg-Lieben*, Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts, Festschrift für Knut Annelung zum 70. Geburtstag, Berlin 2009, S. 425–446 (426f.); *W. Gropp*, a. a. O., S. 27; *E. Foth*, Überlegungen zur Spätabtreibung, *Juristische Rundschau* (2004), S. 367–370 (370); Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen: Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3, Wiesbaden 2008. *H. Hepp*, a. a. O. S. 77, spricht von 150 bis 250 Spätabbrüchen jährlich; nach *R. Merkel*, Der Schwangerschaftsabbruch, in: *C. Roxin/U. Schroth* (Hg.), a. a. O., S. 177 m. w. N., ist die wirkliche Zahl später Abbrüche ohne Zweifel deutlich höher als die offiziell gemeldete. Ausweislich des Tagungsvortrags von Prof. Dr. Scharf dagegen kommt es in Deutschland jährlich zu ca. 200 späten Schwangerschaftsabbrüchen. Die statistisch gemeldeten Zahlen entsprechen der Realität, es gebe insoweit – im Gegensatz zu den Schwangerschaftsabbrüchen bis zur 12. Schwangerschaftswoche – keine Dunkelziffer. Wie es zu den höherzahligen Schätzungen kommt, kann er sich nicht erklären. Vgl. *A. Scharf*, Die Praxis der Spätabtreibung in deutschen Kliniken, in diesem Band.

Mangels statistischer Erfassung der Schwangerschaftsabbrüche im Spätstadium wegen embryopathischen Befundes beruhen auch die Zahlen der Kinder, die nach derartigen Schwangerschaftsabbrüchen lebend zur Welt kommen, auf Schätzungen. Bei jährlich 500 Schwangerschaftsabbrüchen sollen hiernach 100 Kinder den Abbruch überleben.¹²

II. Dilemma

Das Dilemma der rechtlichen Zulässigkeit von späten Schwangerschaftsabbrüchen, d. h. von Schwangerschaftsabbrüchen bei extrauteriner Lebensfähigkeit des Fötus, zeigt sich dann, wenn der Fötus den Schwangerschaftsabbruch überlebt. Bekannt geworden sind insoweit der Oldenburger und der Zittauer Fall.

Eindeutig die Problematik charakterisierend ist der sog. Oldenburger Fall aus dem Jahr 1997. Hier überlebte das Kind Tim den in der 26. Schwangerschaftswoche aufgrund der vorgeburtlichen Down-Syndrom-Diagnose durchgeführten Schwangerschaftsabbruch. Das Kind wurde zunächst unzureichend versorgt abgelegt und erst 9 Stunden nach seiner „Geburt“ intensivmedizinisch behandelt. Tim lebt wohl bis heute (auch infolge der verspätet eingeleiteten Behandlung) schwerstgeschädigt in einer Pflegefamilie.¹³

Das strafrechtliche Ermittlungsverfahren endete erst im Jahr 2004 mit einem Strafbefehl, nachdem die zuvor 1999 und 2003 eingeleiteten Ermittlungsverfahren jeweils eingestellt wurden. Der verantwortliche Arzt wurde aufgrund des „Liegenlassens“ des Kindes zu einer Geldstrafe wegen Körperverletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung, §§ 223, 223a StGB a. F., verurteilt. Eine Verurteilung wegen des späten Schwangerschaftsabbruchs erfolgte aufgrund der Annahme einer medizinisch-sozialen Indikation wegen der psychischen Notfallsituation der Frau und der genetischen Diagnose Trisomie 21 nicht.¹⁴

¹² R. Merkel, a. a. O. S. 177 m. w. N.; K. Wiebe, Mitten ins Herz, Zeitschrift für Lebensrecht (2002), S. 73–74. Bei geschätzten 800 Spätabbrüchen beliefe sich die Zahl rein rechnerisch auf 160 den Schwangerschaftsabbruch überlebende Kinder, bei statistisch belegten 200 Spätabbrüchen beliefe sich die Zahl rein rechnerisch auf 40 Lebendgeburten pro Jahr (Anm. der Autorin).

¹³ Vgl. URL: <http://www.tim-lebt.de> (Stand 2010). Die Seite enthält allerdings keine aktuellen Angaben zur Lebenssituation von Tim.

¹⁴ Vgl. M. Mattisseck-Neef, a. a. O., S. 92ff., 223ff. m. w. N.; StA Oldenburg, „Liegenlassen“ nach Spätabtreibung, Einstellungsverfügung vom 14.05.2003 Az 137 Js 276/98, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 99–105 (99ff.); AG Oldenburg, „Liegenlassen“ eines neugeborenen Kindes nach überlebter Spätabtreibung, Strafbefehl vom 29.03.04 Az 46 Cs 137 Js 276/98 (83/04), Zeitschrift für Lebensschutz (2004), S. 117–118; K. Wiebe, Anmerkung zu AG Oldenburg, „Liegenlassen“ eines neugeborenen Kindes nach überlebter Spätabtreibung, Zeitschrift für Lebensschutz (2004), S. 118–120.

Der Zittauer Fall passt streng betrachtet insofern nicht eindeutig in die Problematik, als nach dem Stand der Ermittlungen der genaue Todeszeitpunkt des Kindes nach der Geburt und auch die genaue Todesursache nicht festgestellt werden konnten.

Die Schwangerschaft mit einem Fötus, bei dem Zwergenwuchs diagnostiziert wurde, tatsächlich aber eine tödliche Skelettfehlbildung vorlag, wurde in der 29. Schwangerschaftswoche in einer Zittauer Klinik abgebrochen. Zuvor hatten Kliniken in Berlin und Dresden den Schwangerschaftsabbruch abgelehnt, weil nach psychiatrischer Begutachtung durch Fachärzte der Neurologie und Psychiatrie die Voraussetzungen für einen gerechtfertigten Schwangerschaftsabbruch mangels tatsächlicher Anhaltspunkte für das Vorliegen depressiver Zustände und Lebensgefahr nicht vorlagen. Der Zittauer Arzt führte dennoch den Schwangerschaftsabbruch (in Form eines Kaiserschnitts) durch, wobei er zur Herbeiführung des Todes des Kindes mehrere Handlungen vornahm, insbesondere dem Kind mehrfach Nase und Mund zuhielt.

Der Arzt wurde vom LG Görlitz zu einer zweijährigen Haftstrafe auf Bewährung wegen versuchten Schwangerschaftsabbruchs in Tateinheit mit versuchter Tötung verurteilt. Der BGH hat das Urteil bestätigt.¹⁵

Weitere strafrechtlich relevante bzw. verfolgte Fälle, in denen Kinder einen Spätabbruch überlebt haben, sind nicht bekannt geworden.¹⁶

Aber die bekannt gewordenen Fälle machen das Dilemma deutlich, dass trotz extrauteriner Lebensfähigkeit des Fötus späte Schwangerschaftsabbrüche nach der momentanen Gesetzeslage aufgrund medizinisch-sozialer Indikation gerechtfertigt sind – mit der Geburt des Kindes jedoch der Arzt unter den strengen Regelungen des StGB verpflichtet ist, das Leben des Kindes zu erhalten.¹⁷

Dies hat gegebenenfalls zur Folge, dass sich die im Zeitpunkt der Schwangerschaft den Schwangerschaftsabbruch rechtfertigende Gefahr einer Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Frau realisiert und möglicherweise Schadensersatzansprüche gegen den Arzt wegen fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruchs geltend gemacht werden.¹⁸

¹⁵ Vgl. *M. Mattisseck-Neef, ebd.* m. w. N.; Landgericht Görlitz, Versuchte Spätabtreibung mit anschließendem Tötungsversuch, Urteil vom 07.06.2002 Az 1Ks 940 Js 8216/99, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 87–99 (87ff.); Bundesgerichtshof, Versuchte Spätabtreibung mit anschließendem Tötungsversuch, Urteil vom 20.05.2003 Az 5 StR 592/02, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 83–85; *K. Wiebe*, Anmerkung zu BGH: Versuchte Spätabtreibung mit anschließendem Tötungsversuch, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 85–87.

¹⁶ Siehe auch *K. Wiebe*, Anmerkung zu AG Oldenburg, „Liegenlassen“ eines neugeborenen Kindes nach überlebter Spätabtreibung, Zeitschrift für Lebensschutz (2004), S. 118–120 (120).

¹⁷ Vgl. *K. Kühl*, Kommentierung §§ 218ff. StGB, in: *K. Lackner/K. Kühl*, StGB-Kommentar, 26. Aufl. München 2007, § 218a Rz. 16 m. w. N.; *R. Eschelbach*, Kommentierung §§ 218ff. StGB, in: *B. v. Heintschel-Heinegg* (Hg.), Beck'scher OnlineKommentar zum StGB, § 218a Rz. 25; *C. Wewetzer*, a. a. O., S. 15.

¹⁸ Mit der Schadensersatzproblematik befasste sich ausführlich Prof. Dr. Thomas Gutmann. Vgl. *T. Gutmann*, „Kind als Schaden?“ – Unterhaltsansprüche nach fehlgeschlagenem Abbruch oder fehlerhafter Pränataldiagnostik, in diesem Band.

III. Grundsätze der Neugeborenenethanasie

Ausnahmen von der grundsätzlichen Verpflichtung des Arztes zur Behandlung des den Schwangerschaftsabbruch überlebenden Kindes sollten jedoch dann bestehen, wenn nach den Grundsätzen für die Behandlung schwerstgeschädigter Neugeborener eine Behandlungspflicht abzulehnen ist.

Diese Grundsätze sind jedoch gesetzlich nicht normiert, sondern wurden in umfänglichen Diskussionen entwickelt und sind z. B. in den Grundsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer von Mai 2009 für Ärztinnen und Ärzte standesrechtlich wie folgt festgeschrieben:

„Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung des Gehirns ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.“¹⁹

Diese Grundsätze enthalten ersichtlich viele unbestimmte Rechtsbegriffe und sind dementsprechend in ihrer Handhabung nicht einfach und auch nicht unumstritten.

Weitere Kriterien, die im Zusammenhang der Zulässigkeit eines Behandlungsabbruchs bei Neugeborenen oder des Verzichts darauf diskutiert werden, sind die normative Unzumutbarkeit, die Menschenwürde und das Kindeswohl. Auch wird nunmehr – in Zeiten begrenzter finanzieller Ressourcen auch im medizinischen Sektor – die Unverhältnismäßigkeit von Aufwand und Erfolg in Form sog. Kosten-Nutzen-Analysen angedacht. Teilweise werden Krankheitskataloge erstellt, worin Krankheiten und Schädigungsbilder differenziert nach Behandlungspflicht und Möglichkeit zum Behandlungsverzicht festgehalten sind.²⁰

¹⁹ Bundesärztekammer et al., Sterben in Würde. Grundsätze und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Mai 2009, S. 8f., URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Broschuere_Sterben_in_Wuerde.pdf, Stand 2010.

²⁰ Ausführlich zur Diskussion: R. Merkel, Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, Habilitationsschrift Universität Frankfurt am Main, Baden-Baden 2001; M. Everschor, a. a. O.; M. I. Saati, a. a. O.; M. Mattiscek-Neef, a. a. O., S. 220ff.

Soweit man aber die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Behandlung bzw. des Absehens von der Behandlung schwerst geschädigter Neugeborener anerkennt, kommt man gedanklich zu der Überlegung, dass bereits die vorgeburtliche Diagnose eines schwergeschädigten Fötus, der nach der Geburt nicht (lebenserhaltend) behandelt werden müsste, als Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ausreichen muss. Eine derartige Indikation zum Schwangerschaftsabbruch würde dann auch gerade nicht auf die Belange der Frau abstellen, sondern allein auf die Konstitution des Kindes.

Insofern wäre eine Gesetzesänderung mit Normierung einer selbständigen eng umgrenzten embryopathischen Indikation überlegenswert.

IV. Fetozyd

Das Dilemma des rechtlich zulässigen Abtötens nicht gesunder Föten bis zur Geburt (gerechtfertigter Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen der Voraussetzungen einer medizinisch-sozialen Indikation) und des strikten Tötungsverbots nach der Geburt führt zu der Frage: Kann und soll die Geburt die entscheidende Zäsur für den Lebensschutz sein?

Um dem Dilemma von Lebendgeburten nach Spätabbrüchen zu entgehen, wird in der medizinischen Praxis zunehmend der sog. Fetozyd²¹ angewandt.²² D. h. das Kind wird noch intrauterin abgetötet und kommt dann als „Totgeburt“ zur Welt.

Mögliche Methoden sind die Injektion von Kaliumchlorid, von anderen Kochsalzlösungen oder Fibrinkleber in das Herz des Föten oder in die Nabelschnur, mit der Folge, dass durch die Vergiftung das Herz aufhört zu schlagen (jeweils unter Zuhilfenahme der Ultraschallkontrolle). Teilweise wird durch Injektion von Luft eine Lungenembolie herbeigeführt.²³

Statistisches Material zur klinischen Anwendung des Fetozyds fehlen gänzlich, dem statistischen Bundesamt wurden bisher keine Schwangerschafts-

²¹ H. Hepp, a. a. O., S. 74, 77, nennt zwar jeden Schwangerschaftsabbruch einen Embryo- oder Fetozyd. Die Weheneinleitung wird als indirekter Fetozyd mit offenem Ausgang und die sog. Kaliumchloridmethode als direkter Fetozyd angesehen. In seinem Sinne ist hier der direkte Fetozyd gemeint (Anm. der Autorin).

²² Ausweislich Prof. Dr. Scharf in seinem Tagungsvortrag ist der Fetozyd mittlerweile die einzig angewandte Methode bei Spätabbrüchen in Deutschland; der juristischen und medizinischen Literatur ist dies nicht so eindeutig zu entnehmen (Anm. der Autorin). Vgl. A. Scharf, a. a. O.

²³ Vgl. G. Duttge, Schlusswort: Quo vadis?, in: E. Schumann (Hg.), a. a. O., S. 95–113 (111); H. Hofstätter, Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch. Recht und Rechtswirklichkeit, Dissertation Universität Heidelberg, Frankfurt am Main 2000, S. 150f. m. w. N.; M. Mattisseck-Neef, a. a. O., S. 158f. m. w. N.; G. Wirth, a. a. O., S. 55f.

abbrüche, z. B. mittels Kaliumchlorid, gemeldet.²⁴ Derartige Schwangerschaftsabbrüche werden wohl in der Regel als Totgeburten registriert.²⁵

Damit stellt sich die Frage der rechtlichen Zulässigkeit des Fetozids.

Diese muss man aufgrund der momentanen Gesetzeslage bejahen. Soweit die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB vorliegen, ist ein Spätabbruch gerechtfertigt. Die Wahl des Fetozids als Abbruchmethode wird dabei überwiegend als rechtlich zulässig angesehen.²⁶

Dies hat insbesondere Reinhard Merkel mit folgenden Worten ausgedrückt:

„... Die einzig vernünftig und moralisch akzeptable Lösung bestünde darin, den Ärzten, die so späte Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, die vorherige intrauterine Tötung des Fetus durch eine gezielte intrakardiale Spritze aufzugeben. ... Gewiss würde durch einen derart gezielten aktiven Fetozid der moralische Selbstbetrug sinnfällig, der in einer späten Abtreibung kein strafrechtliches Problem, aber in der aktiven Tötung desselben Kindes wenige Stunden später unter allen Umständen ein Kapitalverbrechen sehen will. Der hiesige Vorschlag einer gebotenen Vorverlagerung der Tötung in den Uterus soll nicht etwa diesem Selbstbetrug sekundieren. Vielmehr geht es dabei allein um Interessen des Kindes. Schon die künstlich eingeleitete Frühgeburt stellt für dieses eine gravierende Belastung dar, deren Sinnlosigkeit für das Kind sie verwerflich macht. Die durchaus schäbige Hoffnung, es werde schon während des Geburtsvorgangs und nicht erst danach ersticken, adelt die heutige Praxis gegenüber der ehrlicheren und moralisch vorzugswürdigen des sekundenschnellen Fetozids keineswegs. ... Kurz: wenn die Rechtsordnung schon Abtreibungen im 3. Schwangerschaftstrimester mit der mehr als problematischen Großzügigkeit des heutigen § 218a Abs. 2 StGB zulässt, dann darf sie nachfolgende Handlungen, die eine Tortur der abgetriebenen Kinder vermeiden, nicht mit Strafe bedrohen. Soweit solche Handlungen postnatal ein qualvoll langgezogenes Sterben der Kinder aktiv und schmerzlos abkürzen, sollten sie aus Notstandsgesichtspunkten gerechtfertigt sein. Besser wäre es, sie als Bedingung jener Großzügigkeit bei der Abtreibung präventiv vorzuschreiben, nämlich eine Abtreibungserlaubnis nach der 24. Schwangerschaftswoche von der Voraussetzung des vorherigen Fetozids abhängig zu machen. ...“²⁷

²⁴ Vgl. *M. Mattisseck-Neef*, a. a. O., S. 164. Dem steht die eindeutige Aussage von Prof. Dr. Scharf in seinem Tagungsvortrag entgegen, wonach der Fetozid mittlerweile die einzig angewandte Methode bei Spätabbrüchen in Deutschland ist. Vgl. *A. Scharf*, a. a. O.

²⁵ Vgl. *C. Wewetzer*, a. a. O., S. 19.

²⁶ Vgl. *E. Foth*, a. a. O., S. 367, 370; *T. Hillenkamp*, a. a. O., S. 445; *C. Wewetzer*, a. a. O., S. 18f. *W. Gropp*, a. a. O., S. 27, 37, bezeichnet Fetozid als „Kollateralschaden“, der de lege lata rechtmäßig ist, aber an der Wirklichkeit vorbeigeht und somit reformbedürftig ist. Nach *H. Hepp*, a. a. O., S. 74, 77, ist jeder Schwangerschaftsabbruch seiner Zielsetzung und Wirkung nach ein Fetozid – die jeweils angewandten Mittel (Wehenmittelgabe oder Injektion von Kaliumchlorid) differierten nur in psychologischen und ästhetischen Aspekten.

²⁷ Vgl. *R. Merkel*, a. a. O., S. 592f.

Die rechtliche Zulässigkeit des Fetozids aufgrund der momentanen Gesetzeslage, die von den verschiedensten Vertretern aus Ethik, Medizin, Rechtswissenschaften und der Religion stark kritisiert wird,²⁸ ist jedoch von der Frage unabhängig, ob der Fetozid aus moralischer, ethischer, religiöser oder sonstiger Sicht zulässig sein soll.

Diese Frage gilt es offen zu diskutieren, um einen möglichst breiten gesellschaftlichen Konsens zu erzielen und gegebenenfalls bestehende gesetzliche Regelungen zu ändern.²⁹ Dabei geht es aber im derzeitigen Diskussionsstadium noch darum, bestimmte Fragen überhaupt zu stellen. Die Beantwortung der Fragen kann erst hernach erfolgen.

V. Alternativen

Will man an der Zulässigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen auch bei extrauteriner Lebensfähigkeit festhalten, gibt es die Möglichkeit, den Fetozid ausdrücklich für zulässig und gegebenenfalls – im Sinne Merkels – für geboten zu erklären.³⁰

Hierbei könnte man es zum einen bei der bestehenden gesetzlichen Regelung in ihren Grundzügen belassen und nur sicherstellen, dass die gesetzlich normierten Voraussetzungen des Schwangerschaftsabbruchs gerade im Spätstadium in Form der Gefahr schwerwiegender Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Frau auch tatsächlich vorliegen. Möglich wäre eine Gesetzesänderung dahingehend, dass die Voraussetzungen des § 218 Abs. 2 StGB, insbesondere das Kriterium der „Unzumutbarkeit“, konkretisiert werden.³¹

In Betracht käme aber auch eine Änderung der §§ 218ff StGB dergestalt, dass die frühere embryopathische Indikation in die gesetzliche Regelung wieder einfließt und allein die körperliche Beeinträchtigung des Fötus oder aber ein bestimmter Schweregrad der körperlichen Beeinträchtigung maß-

²⁸ Vgl. E. Schumann/A. Schmidt-Recla, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernste Gefahr für den Frauenarzt, *Medizinrecht* (1998), S. 497–504 (497, 502ff.); G. Duttge, Schlusswort: Quo vadis?, a. a. O., S. 111; H. Tröndle, Zum Problem der Spätabtreibung, *Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V.* Nr. 16 (1999), S. 95–110. (95f.); K. Wiebe, Mitten ins Herz, *Zeitschrift für Lebensrecht* (2002) S. 73–74.

²⁹ Vgl. E. Schumann, a. a. O., S. 7; C. Wewetzer, a. a. O., S. 17, 30f. Hierzu dienen gerade auch interdisziplinäre wissenschaftliche Tagungen wie die dem Tagungsband zugrundeliegende (Anm. der Autorin).

³⁰ Vgl. R. Merkel, Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, *Habilitationsschrift Universität Frankfurt am Main, Baden-Baden* 2001, S. 592f.; T. Hillenkamp, S. 445.

³¹ Vgl. G. Wirth, a. a. O., S. 24f., 35ff. (ohne Eingehen auf die Frage des Fetozids).

geblich ist.³² Auch wäre zu diskutieren, ob allein die mütterliche Entscheidung unter einfacher ärztlicher Beurteilung maßgeblich sein kann oder wie Mehrheitsentscheidungen einfließen könnten.³³ Flankierend müsste auch die statistische Erfassung derartiger Schwangerschaftsabbrüche normiert werden.³⁴

Die andere Möglichkeit wäre das ausdrückliche Verbot des Fetozids. Dies wäre zum einen dadurch möglich, dass nicht mehr die Geburt das entscheidende Kriterium ist. Die für den Lebensschutz maßgebliche Zäsur könnte auf den Zeitpunkt der extrauterinen Lebensfähigkeit vorverlagert werden. Teilweise wird aus Gründen der Rechtssicherheit befürwortet, eine Begrenzung/Frist bis zu einer bestimmten Schwangerschaftswoche (in der Diskussion sind die 20.–22. Schwangerschaftswoche post conceptionem) einzuführen³⁵, sofern nicht das Leben der Frau gefährdet ist.

Käme man darin überein, an der Zäsur der Geburt festzuhalten, käme zur Vermeidung des Fetozids ebenfalls eine Befristung in Betracht. Dabei besteht jedoch insofern Einigkeit, dass lediglich die medizinisch-soziale Indikation eingeschränkt werden bzw. im Spätstadium unzulässig sein soll. Die strenge medizinische Indikation (Lebensgefahr der Frau) soll unstreitig bis zur Geburt möglich sein.³⁶

Die Alternative, es ohne Befristung und sonstige Gesetzesänderungen bei der bestehenden Rechtslage zu belassen und gleichzeitig den Fetozid zu verbieten,³⁷ wäre scheinheilig, weil der Erfolg des rechtlich zulässigen Spätabbruchs vom Zufall abhinge.

Bei einer möglichen Gesetzesänderung wäre zudem die Problematik der Schaffung von Rechtsnormen bezüglich einer fahrlässigen Tötung oder Körperverletzung der Leibesfrucht zu erörtern.³⁸ Für eine Konsensfindung bei der vorliegenden Problematik sind also vielfältige Ansichten zu berücksichtigen.

³² G. Wirth (ebd. S. 35ff.) befürwortet die Einführung einer Frist mit Ausnahmemöglichkeiten bei besonders schwerer Krankheit/hohem prognostizierbaren Leidensgrad des Kindes; vgl. auch Wewetzer, a. a. O., S. 17; E. Schumann/A. Schmidt-Recla, a. a. O., S. 497, 504. E. Deutsch, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, Zeitschrift für Rechtspolitik (2003), S. 322–335 (335), befürwortet die Wiedereinführung der embryopathischen Indikation, allerdings mit Befristung. Wegen des verfassungsrechtlich verankerten Diskriminierungsverbots insgesamt ablehnend G. Duttge, Schlusswort: Quo vadis?, a. a. O., S. 108.

³³ Vgl. G. Wirth, a. a. O., S. 21ff.

³⁴ Vgl. ebd., S. 30.

³⁵ Vgl. W. Gropp, a. a. O., S. 38f.

³⁶ Vgl. G. Wirth, a. a. O., S. 28f. ohne Erörterung des Fetozid; A. Schmidt-Recla, Schwangerschaftsbetreuung und Haftungsrecht. Die Folgen der „Kind als Schaden“-Rechtsprechung für den Behandlungsvertrag, in: E. Schumann (Hg.), a. a. O., S. 81–93 (92); E. Deutsch, a. a. O., S. 332, 335, mit Wiedereinführung der früheren embryopathischen Indikation; ebenso E. Schumann/A. Schmidt-Recla, a. a. O., S. 504.

³⁷ Vgl. G. Duttge, Schlusswort: Quo vadis?, a. a. O., S. 112f.

³⁸ Vgl. G. Wirth, a. a. O., S. 45; nach W. Gropp, a. a. O., S. 21, ist aber zu beachten, dass die Einschränkung des intrauterinen Lebensschutzes im Interesse der Schwangeren erfolgte.

Ein allgemeiner, d. h. länderübergreifender Konsens dürfte dahingehend bestehen, dass bei tatsächlich bestehender Gefahr für das Leben der Schwangeren die dringliche Abhilfe in Form des Schwangerschaftsabbruchs ohne Rücksicht auf das Alter und den Entwicklungsstand des Ungeborenen geboten ist und damit eine restriktiv verstandene medizinische Indikation einen Schwangerschaftsabbruch auch nach der 22. Schwangerschaftswoche erlaubt. Es soll also bei Anerkennung eines Lebensrechts des Embryos ein Schwangerschaftsabbruch nur bei Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens akzeptabel sein. Dem liegt der Grundgedanke einer individuell bestehenden absoluten Unmöglichkeit gegenüber einer grundsätzlichen Verpflichtung zugrunde.³⁹ Hierbei wird jedoch die Methode später Schwangerschaftsabbrüche (Fetozid) außen vor gelassen.

VI. Fazit und Ausblick

Abschließend ist zu bemerken, dass das Recht ein mit der Wirklichkeit eng verzahntes Kulturprodukt ist und auf Wirklichkeit aufbaut. Recht setzt Wirklichkeit voraus und wirkt auf sie ein.⁴⁰ Die Rechtsgestaltung darf die bereits existierenden und praktizierten Möglichkeiten der modernen Medizin, insbesondere der Pränataldiagnostik und der Präimplantationsdiagnostik, nicht ignorieren. Andererseits darf dies jedoch nicht zu einer Kapitulation des Rechts vor der Wirklichkeit führen.⁴¹

Es muss eine offene und ehrliche Diskussion, zunächst wissenschaftlich zwischen den verschiedenen Disziplinen geführt werden, um hernach in der Gesellschaft eine konsensfähige Entscheidung diskutieren zu können.⁴²

Dabei sollten jedoch die bisherigen, jahrzehntelangen Bestrebungen und Ergebnisse zur Regelung der Problematik von Schwangerschaftsabbrüchen in Form der verschiedenen gesetzlichen Regelungen und der Prämissen aus den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts nicht grundlegend negiert werden.

³⁹ Vgl. Bundesverfassungsgericht, BVerfG, 28-05-1993: Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs, Neue Juristische Wochenschrift Nr. 28 (1993), S. 1751-1779; G. Duttge, a. a. O., S. 111, 115; W. Gropp, a. a. O., S. 26. T. Hillenkamp, a. a. O., S. 444, plädiert jedoch dafür, die bestehende Gesetzeslage in dem Vertrauen zu respektieren, „dass die Beteiligten sich angesichts der Lebensfähigkeit der Frucht und dem ja bis dahin dokumentierten Willen, das Kind haben zu wollen, zur Fruchttötung nur entschließen, wenn jeder andere Weg der Frau tatsächlich unzumutbar ist.“

⁴⁰ Vgl. W. Gropp, a. a. O., S. 35.

⁴¹ Vgl. G. Duttge, Regelungskonzepte zur Spätabtreibung im europäischen Vergleich: Ansätze zur Lösung des Schwangerschaftskonflikts, in: C. Wewetzer/T. Wernstedt (Hg.), a. a. O., S. 86-121 (110).

⁴² Vgl. E. Schumann, a. a. O., S. 7; C. Wewetzer, a. a. O., S. 17, 30f.

Soweit die aktuelle Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zumindest aus der Sicht breiter Gesellschaftsschichten betrachtet, „eine weitreichende Negierung eines eigenständigen (!) Lebensrechts des noch nicht eigenständig lebensfähigen Fötus“⁴³ darstellt und damit ein durchschlagendes/uneingeschränktes Recht auf Abbruch einer Schwangerschaft als Ausdruck des weiblichen Selbstbestimmungsrechts impliziert,⁴⁴ muss dem entgegengewirkt werden.

Die Diskussion sollte unter der klaren Prämisse erfolgen, dass auch für den Fötus ein grundsätzliches Recht auf Leben besteht und dass nur in ganz bestimmten (gesetzlich klar geregelten) Ausnahmefällen das Lebensrecht des Ungeborenen gegenüber (Lebens)Rechten der Frau zurücktreten muss.

Es muss eine ethische Reflexion über die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und deren Folgen bis hin zum Schwangerschaftsabbruch bei extrauteriner Lebensfähigkeit des Ungeborenen stattfinden. Einem möglichen Verfall des Rechtsbewusstseins muss entschieden entgegengewirkt werden. Es darf gerade nicht in der Gesellschaft der Eindruck entstehen, dass primär ein Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch und geradezu eine Pflicht zu einem gesunden Kind besteht.

Literatur

AG Oldenburg, „Liegenlassen“ eines neugeborenen Kindes nach überlebter Spätabtreibung, Strafbefehl vom 29.03.04 Az 46 Cs 137 Js 276/98 (83/04), Zeitschrift für Lebensschutz (2004), S. 117–118.

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krebshilfe, Sterben in Würde. Grundsätze und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Mai 2009, S. 8f., URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Broschuere_Sterben_in_Wuerde.pdf, Stand 2010.

Bundesgerichtshof, Versuchte Spätabtreibung mit anschließendem Tötungsversuch, Urteil vom 20.05.2003 Az 5 StR 592/02, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 83–85.

Bundesverfassungsgericht, BVerfG, 28–05–1993: Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs, Neue Juristische Wochenschrift Nr. 28 (1993), S. 1751–1779. URL: http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/fs19930528_2bvf000290en.html, Stand 2010.

Deutsch, Erwin, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, Zeitschrift für Rechtspolitik (2003), S. 322–335.

⁴³ G. Duttge, Regelungskonzepte zur Spätabtreibung im europäischen Vergleich: Ansätze zur Lösung des Schwangerschaftskonflikts?, a. a. O., S. 86–121 (112).

⁴⁴ Vgl. ebd. S. 93, 112; H. Hepp, a. a. O., S. 74.

- Eschelbach, Ralf*, Kommentierung §§ 218ff StGB, in: *Heintschel-Heinegg, Bernd von* (Hg.), Beck'scher OnlineKommentar zum StGB. URL: <http://beck-online.beck.de/?typ=reference&y=400&w=BeckOK&name=StR>, Stand 2010.
- Eser, Albin*, Kommentierung §§ 218ff StGB, in: *Schönke, Adolf/Schröder, Horst*, StGB-Kommentar, 27. Aufl. München 2006.
- Everschor, Monika*, Probleme der Neugeborenenethanasie und die Behandlungsgrenzen bei schwerstgeschädigten Kindern und ultrakleinen Frühgeborenen aus rechtlicher und ethischer Sicht, Dissertation Universität Bonn, Frankfurt a. M. 2001.
- Foth, Eberhard*, Überlegungen zur Spätabtreibung, Juristische Rundschau (2004), S. 367–370.
- Herzberg, Rolf/Herzberg, Annika*, Der Beginn des Menschseins im Strafrecht: Die Vollendung der Geburt, Juristenzeitung 2001, S. 1106–1113.
- Hillenkamp, Thomas*, Zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, in: *Böse, Martin/Sternberg-Lieben, Detlev*, Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts, Festschrift für Knut Anmelung zum 70. Geburtstag, Berlin 2009, S. 425–446.
- Hofstätter, Heiko*, Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch. Recht und Rechtswirklichkeit, Dissertation Universität Heidelberg, Frankfurt am Main 2000.
- Kühl, Kristian*, Kommentierung §§ 218ff StGB, in: *Lackner, Karl/Kühl, Kristian*, StGB-Kommentar, 26. Aufl. München 2007.
- Landgericht Görlitz, Versuchte Spätabtreibung mit anschließendem Tötungsversuch, Urteil vom 07.06.2002 Az 1Ks 940 Js 8216/99, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 87–99.
- Mattisseck-Neef, Maria*, Schwangerschaftsabbrüche kranker/geschädigter Föten und Neugeborenenethanasie. Im rechtsvergleichenden Überblick mit den Niederlanden, Österreich und der Schweiz, Dissertation Universität Freiburg, Frankfurt a. M. 2006.
- Merkel, Reinhard*, Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, Habilitationsschrift Universität Frankfurt am Main, Baden-Baden 2001.
- Ders.*, Der Schwangerschaftsabbruch, in: *Roxin, Claus/Schroth, Ulrich* (Hg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 3. Aufl. Stuttgart 2007, S. 145–231.
- Saati, Miriam Ina*, Früheuthanasie, Dissertation Universität Göttingen, Frankfurt a. M. 2002.
- Schumann, Eva* (Hg.), Verantwortungsbewusste Konfliktlösung bei embryopathischem Befund, Göttinger Schriften zum Medizinrecht Bd. 4, Göttingen 2008.
- Dies./Schmidt-Recla, Adrian*, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernste Gefahr für den Frauenarzt, Medizinrecht (1998), S. 497–504.
- Spieker, Manfred*, Der legalisierte Kindermord – zum Problem der Spätabtreibungen, in: *Büchner, Bernward/Kaminski, Claudia* (Hg.), Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995–2005), Bonn 2006, S. 86–105.

- StA Oldenburg, „Liegenlassen“ nach Spätabtreibung, Einstellungsverfügung vom 14.05.2003 Az 137 Js 276/98, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 99–105.
- Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen: Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3, Wiesbaden 2008. (URL: http://www.skf-zentrale.de/Schwangerschaftsabbruch_2008.pdf, Stand 2010.
- Tröndle, H., Zum Problem der Spätabtreibung, Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V. Nr. 16 (1999), S. 95–110.
- Wewetzer, Christa/Wernstedt, Thela (Hg.), Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts, Frankfurt a. M. 2008.
- Wiebe, Knut, Mitten ins Herz, Zeitschrift für Lebensrecht (2002), S. 73–74.
- Ders., Anmerkung zu BGH: Versuchte Spätabtreibung mit anschließendem Tötungsversuch, Zeitschrift für Lebensschutz (2003), S. 85–87.
- Ders., Anmerkung zu AG Oldenburg, „Liegenlassen“ eines neugeborenen Kindes nach überlebter Spätabtreibung, Zeitschrift für Lebensschutz (2004), S. 118–120.
- Wirth, Gesine, Strafrechtliche und rechtsethische Probleme der Spätabtreibung – Wann ist das Leben lebenswert?, Dissertation Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M. 2006.

Rolf Schlößer

„Geburt als Zäsur“ – das Kind vor und nach der Geburt aus medizinischer Sicht

I. Die Geburt

Die Geburt im medizinischen Sinne kann als „eine Reihe von ineinandergreifenden Vorgängen, die die Trennung des Eies vom mütterlichen Organismus herbeiführen“¹ bezeichnet werden. Diese sehr einfache Beschreibung bezieht sich auf den Geburtsvorgang selbst, dessen rein mechanischer Ablauf unter dem Einfluss verschiedener interagierender Hormone gut bekannt ist. Diese Erkenntnisse macht man sich im Falle von Lageanomalien des Feten zunutze, aber auch zum Beispiel, wenn man eine Geburt aufhalten oder beschleunigen möchte. So ist es im Laufe der Medizingeschichte zu einer „Medikalisierung“ der Geburt gekommen. Die Geburt des Menschen kann weitgehend kontrolliert werden. Durch die Kardiotokographie (CTG) wird der Zustand des Fetus kontinuierlich beurteilt, Ultraschalluntersuchungen und Untersuchungen des fetalen Blutes unter der Geburt geben zu bestimmten Zeitpunkten Auskünfte über eine mögliche Gefährdung des Kindes. Die Schmerzstillung der Gebärenden soll die Geburt erleichtern und somit ungefährlicher machen. Besteht eine Gefahr für die werdende Mutter oder ihr Kind, so kann die Geburt, die auf natürlichem Wege begonnen hat, durch einen operativen Eingriff beendet werden. Die Medikalisierung der Geburt hat unleugbar dazu geführt, dass heutzutage weniger Neugeborene sterben oder einen Geburtsschaden davon tragen. Die Säuglingssterblichkeit, die wesentlich von der Frühsterblichkeit (Tod des Neugeborenen innerhalb der ersten sieben Lebensstage) bestimmt wird, konnte in Deutschland und in vielen anderen Industrienationen stetig reduziert werden.² So betrug sie zum Beispiel im alten Bundesgebiet im Jahre 1980 noch 116 Todesfälle auf 10 000 Lebendgeborene, im Jahre 2007 nur noch 39 auf 10 000.³

¹ R. T. Jaschke, Die normale Geburt, Biologie und Pathologie des Weibes Bd. 7, 2. Aufl. Wien 1952, S. 569.

² Vgl. O. Razum/J. Breckenkamp, Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich, Deutsches Ärzteblatt Bd. 104 (2007), S. A 2950–2956.

³ Vgl. das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, URL: <http://www.gbe-bund.de>, Stand 2009.

Wenn auch der Vorgang der Geburt selbst weitgehend geklärt ist, gibt es doch nur wenige Daten darüber, warum sie nach einer bestimmten Dauer stattfindet, beziehungsweise, wer oder was sie auslöst. Während das Signal bei einigen Säugetieren vom Fetus selber ausgeht, wenn die für das extrauterine Leben wichtigen Organe funktionell und morphologisch bereit sind, triggert beim Menschen das CRH (Cortikotropin-Releasing-Hormon), das in der Plazenta gebildet wird, die Geburt. Von dort erreicht es sowohl den mütterlichen als auch den fetalen Kreislauf. Im Hypothalamus des Ungeborenen stimuliert CRH das Hormon ACTH (Adrenocorticotropes Hormon), das seinerseits in der fetalen Nebenniere Cortisol freisetzt. Cortisol ist wiederum für die Reifung der kindlichen Lunge wichtig. Im mütterlichen Kreislauf führt der Anstieg von CRH über verschiedene Wege schließlich zur Stimulation von Substanzen, die zu einer Aktivierung der Uterusmuskulatur führen.⁴

II. Das Leben vor der Geburt

Vor der Geburt ist der Organismus des Kindes vollständig von dem der Frau abhängig. Der Gasaustausch, also die Sauerstoffzufuhr und die Elimination von Kohlendioxid aus dem Blut, geschieht ausschließlich über die Plazenta. Dabei kommt der Fetus mit wesentlich weniger Sauerstoff aus als das Neugeborene oder der Erwachsene. Das intrauterine Wachstum und die Entwicklung der fetalen Organe wird durch einen höheren Hämoglobingehalt (mehr Sauerstoffträger) und eine bessere Abgabe des Sauerstoffs an das Gewebe ermöglicht. Die Stoffwechselrate des Fetus ist niedriger als die des Kindes nach der Geburt.⁵ Seine eigene Energiegewinnung ist gering, führt aber dazu, dass die Körpertemperatur des Fetus etwa einen halben Grad über dem der Mutter liegt. Die Ernährung des ungeborenen Kindes erfolgt ausschließlich „parenteral“ über die Nabelschnur. Dabei werden einige Substanzen wie Aminosäuren aktiv von der mütterlichen Seite der Plazenta zur kindlichen transportiert.⁶ Der wichtigste Energieträger, die Glucose, wird passiv kontinuierlich in den fetalen Organismus gebracht und zum Teil in Glycogen gespeichert, um nach der Geburt als Glucoselieferant wieder zur Verfügung zu stehen.

⁴ Vgl. R. Smith, Parturition, New England Journal of Medicine Bd. 356 (2007), S. 271–283.

⁵ Vgl. D. Singer/C. Mühlfeld, Perinatal adaptation in mammals: the impact of metabolic rate, Comparative Biochemistry and Physiology, Part A: Molecular & Integrative Physiology Bd. 148 (2007), S. 780–784.

⁶ Vgl. J. K. Cleal/R. M. Lewis, The mechanisms and regulation of placental amino acid transport to the human foetus, Journal of Neuroendocrinology Bd. 20 (2008), S. 419–426.

Der Fetus ist zwar fähig zu schlucken, und der Darm resorbiert das Fruchtwasser, aber die Darmtätigkeit ist eingeschränkt, so dass eine Ausscheidung von Darminhalt in utero nicht vorkommt.

Vor der Geburt spielt die Lunge prinzipiell keine Rolle. Der Großteil des Blutes, das aus der Plazenta kommt und dort mit Sauerstoff beladen wurde, geht an ihr vorbei und wird direkt in den linken Teil des Herzens gelenkt. Von dort wird es in den Körper verteilt, um schließlich wieder in die Plazenta zu gelangen. Nach der Geburt ist die Funktion der Lunge jedoch lebenswichtig, da ohne sie keine Sauerstoffaufnahme möglich ist.⁷

Der Fetus wird mechanisch durch den Raum des Uterus, das Fruchtwasser sowie von den Eihäuten geschützt. Fruchtwasser und Eihäute haben außerdem eine immunologische Funktion; das heißt, sie dienen der Abwehr von Infektionen, deren der unreife Fetus allein nicht in ausreichendem Maße fähig ist.⁸

Ein Teil der Nierenfunktion wird ebenfalls von der Plazenta übernommen: so die Elimination von Stoffwechselprodukten und die Aufrechterhaltung der Flüssigkeitsbalance. Dennoch ist der Fetus in der Lage, selbst Urin zu produzieren.⁹

Die wesentliche eigenständige Organfunktion, die für die Lebenserhaltung des ungeborenen Kindes wichtig ist, ist die Pumpfunktion des Herzens. Aber sogar schwerwiegende kardiale Fehlbildungen führen vor der Geburt nicht notwendigerweise zum intrauterinen Tod. Denn die oben beschriebenen Besonderheiten des vorgeburtlichen Kreislaufs führen zu einer ausreichenden Durchblutung der übrigen Organe und einer zunächst völlig normalen Entwicklung des Feten.

III. Das Leben nach der Geburt

Mit dem Augenblick der Geburt ist das Kind in allen seinen Vitalfunktionen in kürzester Zeit völlig auf sich allein gestellt. Der Lunge kommt jetzt die wichtigste Aufgabe zu. Sie ist auch entscheidend für die Umstellung der Kreislauftsituation. Das gesamte Blut muss nämlich jetzt durch die Lunge fließen, um dort mit Sauerstoff gesättigt zu werden. Der Gefäßwiderstand in

⁷ Vgl. S. K. Sinha/S. M. Donn, Fetal-to-neonatal maladaptation, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* Bd. 11 (2006), S. 166–173.

⁸ Vgl. R. L. Goldenberg *et. al.*, Intrauterine infection and preterm delivery, *New England Journal of Medicine* Bd. 342 (2000), S. 1500–1507.

⁹ Diese Urinproduktion ist wichtig, da der fetale Harn in den letzten Monaten der Schwangerschaft das Fruchtwasser bildet. Ist die Nierenfunktion dann mangelhaft oder wie im Falle eines völligen Fehlens der Nieren gar nicht vorhanden, kommt es zu einer Oligohydramnie (wenig oder gar kein Fruchtwasser nachweisbar). Da das Fruchtwasser aber für die Entwicklung und das Wachstum der fetalen Lunge in diesem Stadium essentiell ist, kann es bei den betroffenen Kindern nach der Geburt zu einer lebensbedrohlichen Atemstörung kommen.

der Lunge fällt wenige Minuten nach dem ersten Atemzug des Kindes dramatisch ab. Die beiden Kreisläufe – rechts und links – werden strikt getrennt, und eine Vermischung von sauerstoffreichem und sauerstoffarmem Blut findet nicht mehr statt.

Genauer betrachtet dauert die Umstellung des Kreislaufs oder anders gesagt die Adaptation des Neugeborenen einige Minuten.¹⁰ Einige Organsysteme wie Niere und Darm funktionieren erst nach Stunden bis Tagen wie die des Erwachsenen.

Das Kind muss nach der Geburt nun den Wärmehaushalt selber steuern, was nur sehr eingeschränkt von ihm geleistet werden kann.¹¹ Je früher ein Kind geboren wird, desto mehr wird diese vielleicht banal erscheinende Aufgabe zu einem lebensbedrohlichen Problem.

Für die Initiierung vieler Vitalfunktionen ist die Ausschüttung von Stresshormonen, wie Katecholaminen oder Glukokortikoiden, wichtig. Schon während der Wehen werden sie beim Kind aus der Nebenniere freigesetzt und führen unter anderem auch zu einer verstärkten Resorption der Flüssigkeit, mit der die Lunge des Feten bisher ausgefüllt war.¹² Der Kältereiz, dem das Kind nach der Geburt notwendigerweise ausgesetzt ist, führt neben der Ausschüttung von Katecholaminen auch zu der von TSH (Thyreoidea Stimulierendes Hormon), das seinerseits die Freisetzung von Schilddrüsenhormonen bewirkt. Diese wiederum sorgen für einen höheren Energieumsatz, der unter anderem der Wärmefreisetzung dient.

Alle Stoffwechselleistungen müssen nach der Trennung vom mütterlichen Organismus vom Kind allein erbracht werden. Am bedeutsamsten ist die Bereitstellung von Glucose, dem wichtigsten Energieträger. Die Glucose, die bislang kontinuierlich wie mit einer Dauerinfusion über die Nabelschnur zur Verfügung stand, wird dem Neugeborenen mit Durchtrennung derselben plötzlich entzogen. Zucker muss nun vor allem aus den Glycogenvorräten produziert werden. Die orale Aufnahme von Nahrung würde normalerweise von Seiten des Kindes funktionieren, von der Mutter kann sie aber zunächst nur in geringem Maße zur Verfügung gestellt werden. Neugeborene sind in der Lage, außer aus der Glucose auch noch aus anderen Quellen wie Ketonkörpern Energie zu gewinnen, dennoch ist der „normale“ Blutzuckerspiegel mit bis zu 45 mg/dl deutlich niedriger als der des Erwachsenen (80 mg/dl).¹³

¹⁰ Vgl. S. G. Haworth/A. A. Hislop, Adaption of the pulmonary circulation to extra uterine life in the pig and its relevance to the human infant, Cardiovascular Research Bd. 15 (1981), S. 108–119.

¹¹ Vgl. H. Asakura, Fetal and neonatal thermoregulation, Journal of Nippon Medical School Bd. 71 (2004), S. 360–370.

¹² Vgl. L. Jain/D. C. Eaton, Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor, Seminars in Perinatology Bd. 30 (2006), S. 34–43.

¹³ Vgl. M. Cornblath et. al., Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: suggested operational thresholds, Pediatrics Bd. 105 (2000), S. 1141–1145.

Somit zeigt sich, dass die Geburt unter medizinischem Aspekt ein äußerst dramatischer Einschnitt im Leben des Menschen ist und dass Ungeboresenes und Neugeborenes sich bezüglich ihrer physiologischen Eigenschaften voneinander unterscheiden. Nicht umsonst ist die medizinische Fürsorge für das Neugeborene rund um die Geburt und auch Tage danach besonders intensiv, da zu diesem Zeitpunkt der Mensch zweifelsohne seine größte körperliche Veränderung durchmacht. Dies gilt für die termingerechte, in besonderer Weise aber auch für die Frühgeburt.

IV. Die Frühe Geburt

Die Ursachen für Frühgeburten sind vielfältig: mütterliche oder fetale Erkrankungen erlauben unter Umständen keine weitere Fortsetzung der Schwangerschaft mehr. Wahrscheinlich ist der häufigste Grund für vorzeitige Wehen eine Infektion der Eihäute.¹⁴ Die Häufigkeit von Frühgeburten in bestimmten Familien lassen auch an genetische Ursachen denken.¹⁵

Wie oben gezeigt, ist auch ein termingeborenes Kind allein nicht lebensfähig und braucht fremde Hilfe zum Überleben. Im Vergleich mit anderen Säugetieren verfügt der neugeborene Mensch sogar über deutlich weniger Fähigkeiten und Reflexe, sich auch nur annähernd eigenständig am Leben zu erhalten. Für Frühgeborene muss jedoch ein besonderer medizinischer Apparat bereitgehalten werden, um die Vitalfunktionen zu sichern.

Grundsätzlich geschehen bei einer zu frühen Geburt die gleichen physiologischen Umstellungsmechanismen wie bei einer termingerechten. Frühgeborene verlassen den Schutz der Mutter zu einem Zeitpunkt, an dem die Organe zwar alle angelegt sind, jedoch unterschiedlich gut funktionieren. Das zentrale Organ ist dabei die Lunge, die einerseits morphologisch, andererseits funktionell insuffizient ist.¹⁶ Das heißt, dass nach der Geburt eines Frühgeborenen eine Atemstörung erwartet werden muss, die häufig eine künstliche Beatmung notwendig macht.

¹⁴ Vgl. R. L. Goldenberg et. al., Epidemiology and causes of preterm birth, The Lancet Bd. 371 (2008), S. 75–84.

¹⁵ Vgl. B. P. Chaudhari et. al., The genetics of birth timing: insights into a fundamental component of human development, Clinical Genetics Bd. 74 (2008), S. 493–501.

¹⁶ Die Entwicklung der Lunge läuft mikroskopisch gesehen in verschiedenen Phasen ab. Erst ab 26 Schwangerschaftswochen, ab der so genannten sakkulären Phase, kann man von dem Vorhandensein alveolärer Strukturen (Lungenbläschen) sprechen, die einen ausreichenden Gasaustausch erlauben. Die Lungenfunktion bezieht sich vor allem auf das Vorhandensein von „Surfactant“, einer körpereigenen Substanz, die für die Stabilität der Lunge während der Atmung verantwortlich ist. Sie wird erst ab 34 Schwangerschaftswochen ausreichend gebildet. Ihre Produktion durch den Feten kann aber, unter anderem durch Medikamente, schon vor der Geburt eines Frühgeborenen stimuliert werden.

Dennoch kann man bei einem Gestationsalter von mehr als 24 Schwangerschaftswochen¹⁷ optimistisch auf das Überleben und die Entwicklung der Kinder schauen.¹⁸ Und jeder Tag und jede Woche oberhalb von 24 Schwangerschaftswochen, in der das Kind in utero verbleiben kann, vergrößern seine Chancen.

V. Das Frühgeborene „an der Grenze der Lebensfähigkeit“ und die „Spätabtreibung“

Wenn wir von Spätabtreibung sprechen, dann sind die Schwangerschaftsunterbrechungen jenseits der 22. Woche von besonderer Bedeutung. Dann wird allgemein angenommen, dass der Fetus sich an der so genannten Grenze der Lebensfähigkeit befindet, und deshalb wird vor der Unterbrechung der Fetozid empfohlen, um eine Lebendgeburt zu verhindern.

Betrachten wir aber einmal, wie hoch die Chance des Überlebens auch unter dem Einsatz eines oft gigantischen intensivmedizinischen Apparates in diesen extrem frühen Schwangerschaftswochen tatsächlich ist. Beispielfhaft sei hier auf eine Studie aus Skandinavien verwiesen: Dort wurden Kinder, die mit weniger als 22 Wochen lebend geboren wurden, gar nicht erst auf eine Neugeborenen-Intensivstation aufgenommen und verstarben im Kreißaal. Mit 22 Wochen wurden nur zwei von 38 Kindern intensivmedizinisch behandelt. Keines der beiden behandelten Kinder überlebte, die übrigen 36 verstarben ebenfalls ohne lebenserhaltende Behandlung im Kreißaal. Mit 23 Wochen überlebten 39% der Kinder, die intensiv behandelt wurden. Erst ab 24 Wochen konnte man von einer deutlichen Überlebenschance sprechen.¹⁹

Die neurologische Entwicklung der Überlebenden aus diesen frühen Wochen ist zurzeit noch alles andere als zufriedenstellend, und auch hier ist

¹⁷ Die Zählung der Schwangerschaftswochen bezieht sich hier immer, wie in der Medizin üblich, auf den ersten Tag des Ausbleibens der letzten Menstruation (post menstruationem), nicht der Konzeption.

¹⁸ In größeren Statistiken ist es (immer noch) üblich, die Mortalitätsraten auf Geburtsgewichte bzw. Gewichtsklassen zu beziehen. So betrug die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 500 g Geburtsgewicht im Jahre 2004 in den USA 850/1 000; in der Klasse 500–749g 480/1 000; bei 750–999g nur noch 155/1 000 usw. bis zu einer Sterblichkeitsrate bei Frühgeborenen mit einem Gewicht von über 1500g bei 15/1 000. Vgl. *T. J. Mathews/M. F. MacDorman*, Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth/infant death data set, National Vital Statistics Reports Bd. 55 (2007), S. 1–32.

¹⁹ Vgl. *T. Markestad et al.*, Norwegian Extreme Prematurity Study Group. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants, *Pediatrics* Bd. 115 (2005), S. 1289–1298.

erst ein wesentlicher Sprung zu einem besseren Ergebnis ab 24 Schwangerschaftswochen festzustellen.²⁰

Die Diskussion, ob es deshalb ethisch gerechtfertigt oder sogar geboten ist, Frühgeborene ab einem Gestationsalter von unter 25 Schwangerschaftswochen überhaupt intensivmedizinisch zu behandeln, wird sehr intensiv geführt und kommt in verschiedenen Ländern zu unterschiedlichen Ergebnissen.²¹ Sie soll hier nicht geführt werden. Gleichwohl scheint der Schluss, ab der Schwangerschaftswoche 22 wegen einer unterstellten „Lebensfähigkeit“ des Kindes mit einer Interruptio auch regelhaft den Fetozid zu verbinden, aus medizinischen Gründen meines Erachtens fragwürdig und der Widerspruch zwischen Tötung des Ungeborenen und unterlassener Hilfeleistung beim Geborenen ist evident.

VI. Die Visualisierung des Ungeborenen

In der ethischen Betrachtung des vorgeburtlichen menschlichen Lebens ist ein Umstand von eminenter Bedeutung, nämlich unsere Wahrnehmung des Ungeborenen. Der große Unterschied zwischen dem Ungeborenen und dem Geborenen ist nämlich neben den geschilderten medizinischen Aspekten, dass man das geborene Kind sehen kann. Man kann es tasten, riechen, hören. All dies ist beim Ungeborenen nur in eingeschränktem Maße möglich. Ist dies vielleicht ein Grund dafür, dass wir das Ungeborene offensichtlich ethisch anders bewerten?

Die Medizin hat wesentliche Beiträge geleistet, den „unbekannten Ungeborenen“ zu visualisieren und damit näher zu bringen. Nach dem Fühlen und dem Bewusstwerden der Schwangerschaft, das sich gewiss nicht hinreichend darstellen lässt, sind für die Frau die ersten deutlichen Lebenszeichen ihres Kindes, nämlich die Kindesbewegungen, erst relativ spät um die 18. bis 20. Schwangerschaftswoche spürbar. Für den außenstehenden Mediziner gelang die Darstellung der Herztöne erst mit der Erfindung des Stethoskops am Ende des 19. Jahrhunderts. Die Auskultation ist heute weitgehend durch das Kardiotokogramm abgelöst. Geradezu revolutionär sind aber in diesem Zusammenhang die Einführung und die Weiterentwicklung des Ultraschalls in der Geburtshilfe und Pränatalmedizin.

²⁰ Vgl. P. Kutz *et al.*, Single-centre vs. population-based outcome data of extremely pre-term infants at the limits of viability, *Acta Paediatrica* Bd. 98 (2009), S. 1451–1455.

²¹ Vgl. R. Hentschel/S. Reiter-Theil, Behandlung Frühgeborener an der Grenze der Lebensfähigkeit: Deutschsprachige Leitlinien im Vergleich, *Deutsches Ärzteblatt* Bd. 105 (2008), S. 47–52.

Inzwischen lässt sich das Ungeborene schon in sehr frühen Schwangerschaftswochen sogar dreidimensional darstellen.²² Auch in Bewegung (4D-Ultraschall) können wir das Ungeborene sehen und über längere Zeit verfolgen. In der Magnetresonanztomographie (MRT) lassen sich nicht nur die Konturen des Fetus darstellen, sondern auch die inneren Organe.²³

Natürlich fand diese Entwicklung vor allem deshalb statt, um Fehlbildungen des Fetus früh zu erkennen. So lassen sich zum Beispiel unvollständige Verschlüsse des Neuralrohrs schon in der Frühschwangerschaft erkennen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass wir durch diese medizinischen Möglichkeiten auch die Chance haben, das Ungeborene besser zu erkennen und damit kennen zu lernen. Ob die Beziehung der werdenden Mutter zu ihrem Ungeborenen durch die verbesserte Visualisierung wirklich stärker geworden ist oder überhaupt beeinflusst wird, ist meines Wissens nicht systematisch erforscht.

VII. Zusammenfassung

Zweifelsohne ist die Geburt aus medizinischer Sicht eine deutliche und starke, ja dramatische Zäsur, auch wenn sich nicht alle physiologischen Umstellungen beim Neugeborenen sofort vollziehen. Die bisherige totale Abhängigkeit des einen vom anderen Organismus wird mit der Durchtrennung der Nabelschnur und dem ersten Atemzug des Kindes augenblicklich aufgehoben, und das Kind hat nun – wenn auch mit Einschränkung – die Fähigkeit, selbst zu überleben. Auf der anderen Seite wird durch die Fortschritte der Medizin, insbesondere der Frühgeborenenmedizin, die Grenze der Lebensfähigkeit immer wieder relativiert.

Unsere sinnliche Wahrnehmung vom Ungeborenen ist im Vergleich mit der des Neugeborenen eingeschränkt, was möglicherweise unser ethisches Urteil beeinflusst. Die Fortschritte in der Pränatal- und Geburtsmedizin haben indes eine stetig verbesserte Visualisierung des Ungeborenen ermöglicht.

²² Vgl. A. Kurjak *et al.*, Structural and functional early human development assessed by three-dimensional and four-dimensional sonography, *Fertility and Sterility* Bd. 84 (2005), S. 1285–1299.

²³ Vgl. R. Chung *et al.*, The current state and future of fetal imaging, *Clinics in Perinatology* Bd. 36 (2009), S. 685–699.

Literatur

- Asakura, Hirobumi*, Fetal and neonatal thermoregulation. *Journal of Nippon Medical School* Bd. 71 (2004), S. 360–370.
- Chaudhari, Bimal P./Plunkett, Jevon/Ratajczak, Christin K./Shen, Tammy T./De-Franco, Emily A./Muglia, Louis J.*, The genetics of birth timing: insights into a fundamental component of human development, *Clinical Genetics* Bd. 74 (2008), S. 493–501.
- Chung, Romy/Kasprian, Gregor/Brugger, Peter C./Prayer, Daniela*, The current state and future of fetal imaging, *Clinics in Perinatology* Bd. 39 (2009), S. 685–699.
- Cleal, Jane K./Lewis, Rohan M.*, The mechanisms and regulation of placental amino acid transport to the human foetus, *Journal of Neuroendocrinology* Bd. 20 (2008), S. 419–426.
- Cornblath, Marvin/Hawdon, Jane M./Williams, Anthony F./Aynsley-Green, Albert/Ward-Platt, Martin P./Schwartz, Robert/Kalhan, Satish C.*, Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: suggested operational thresholds, *Pediatrics* Bd. 105 (2000), S. 1141–1145.
- Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, URL: <http://www.gbe-bund.de>, Stand 2009.
- Goldenberg, Robert L./Hauth, John C./Andrews, William W.*, Intrauterine infection and preterm delivery, *New England Journal of Medicine* Bd. 342 (2000), S. 1500–1507.
- Ders./Culhane, Jennifer F./Iams, Jay D./Romero, Robert*, Epidemiology and causes of preterm birth, *The Lancet* Bd. 371 (2008), S. 75–84.
- Haworth, Sheila G./Hislop, Alison A.*, Adaptation of the pulmonary circulation to extra-uterine life in the pig and its relevance to the human infant, *Cardiovascular Research* Bd. 15 (1981), S. 108–119.
- Hentschel, Roland/Reiter-Theil, Stella*, Behandlung Frühgeborener an der Grenze der Lebensfähigkeit: Deutschsprachige Leitlinien im Vergleich, *Deutsches Ärzteblatt* Bd. 105 (2008), S. 47–52.
- Jain, Lucy/Eaton, Douglas C.*, Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor, *Seminars in Perinatology* Bd. 30 (2006), S. 34–43.
- Jaschke, Rud T. von*, Die normale Geburt, *Biologie und Pathologie des Weibes* Bd. 7, 2. Aufl. Wien 1952, S. 569.
- Kurjak, Asim/Pooh, Ritsuko K./Merce, Luis T./Carrera, Jose M./Salihagic-Kadic, Aida/Andonotopo, Wilku*, Structural and functional early human development assessed by three-dimensional and four-dimensional sonography, *Fertility and Sterility* Bd. 84 (2005), S. 1285–1299.
- Kutz, Patrizia/Horsch, Sandra/Kühn, Lisa/Roll, Claudia*, Single-centre vs. population-based outcome data of extremely preterm infants at the limits of viability, *Acta Paediatrica* Bd. 98 (2009), S. 1451–1455.

- Markestad, Trond/Kaaresen, Per I./Rønnestad, Arild/Reigstad, Hallvard/Lossius, Kristin/Medbø, Sverre/Zanussi, Gro/Engelund, Inger E./Skjaerven, Rolv/Irgens, Lorentz M.*, Norwegian Extreme Prematurity Study Group. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants, *Pediatrics* Bd. 115 (2005), S. 1289–1298.
- Mathews, Thomas J./MacDorman, Marian F.*, Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth/infant death data set, *National Vital Statistics Reports* Bd. 55 (2007), S. 1–32.
- Razum, Oliver/Breckenkamp, Breckenkamp*, Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich, *Deutsches Ärzteblatt* Bd. 104 (2007), S. A 2950–2956
- Singer, Dominique/Mühlfeld, Christian*, Perinatal adaptation in mammals: the impact of metabolic rate. *Comparative Biochemistry and Physiology. Part A: Molecular & Integrative Physiology* Bd. 148 (2007), S. 780–784.
- Sinha, Sunil K./Donn, Steven M.*, Fetal-to-neonatal maladaptation. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* Bd. 11 (2006), S. 166–173.
- Smith, Roger*, Parturition, *New England Journal of Medicine* Bd. 356 (2007) S. 271–283.

Michael Spieker

„Zäsur oder Moment?“ – Über die Anschaulichkeit der Geburt und die verborgene Gabe

Auf der Suche nach einem Anfang, von dem an der Mensch als Mensch zu achten ist und man ihm folglich Lebensrecht und Würdestatus zuerkennt, hat die Diskussion um den Status des Embryos verschiedene Angebote unterbreitet.¹ Zwar mag die Frage, wann der Mensch als Mensch gilt, für sich genommen unsinnig erscheinen. Sie hat aber doch ihre Berechtigung, denn sie zeigt, dass das eigentliche Sein des Menschen nicht ein unmittelbares, quasi-natürliches Dasein ist, sondern vielmehr ein darstellendes Sein ist. Dazu gehört es, als etwas und im Falle des Menschen als jemand, nämlich als Person zu erscheinen. Gefragt wird also nach dem Spezifikum des Menschseins, nämlich nach seiner Eigenart, Person zu sein. Verschiedentlich wurde dabei die Geburt als Anfangspunkt des personalen Daseins angesetzt. Dass Menschen und Säugetiere geboren werden, unterscheidet sie von allen anderen Lebewesen. Weder Fische noch Vögel, weder Engel noch Gott erleben einen Geburtstag. Insofern gehört das Geborenwerden integral zum Menschsein hinzu, es unterscheidet ihn und die anderen Säuger und insoweit herrscht sicher kein Dissens in der Einschätzung der Rolle der Geburt. Für sich genommen ist damit jedoch noch nichts darüber gesagt, wer ein Mensch ist. Zu sagen, dass Menschen geboren werden, bedeutet weder, dass die Geburt als hinreichendes noch, dass sie als notwendiges Kriterium der Personalität behauptet wird.² Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die Bedeutung der Geburt für das Menschenwesen philosophisch zu erläutern.

Ein Blick auf unsere Erfahrungen ist dazu zunächst angezeigt. Scheinbar bringen sie die Frage nach der Rolle der Geburt zu einer schnellen Entscheidung: Natürlich stellt die Geburt eine Zäsur dar. Kein Mann wird dar-

¹ Nachzuvollziehen ist diese Debatte in *G. Damschen/D. Schönecker* (Hg.), *Der moralische Status menschlicher Embryonen. Pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument*, Berlin/New York 2003.

² Vgl. *U. H. J. Körtner*, Personen werden geboren. Zur Kritik der Vorstellung von der Person als *causa sui* und ihren Konsequenzen für die theologische Ethik, in: *M. G. Weiß* (Hg.), *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*, Frankfurt a. M. 2009, S. 240–272 (244).

an zweifeln wollen, zumal wenn er selbst als Helfer bei einer Geburt anwesend war. War er zuvor noch unsicher, mit wem die Frau schwanger war und wer da zur Welt kommt, so gewinnt er Gewissheit, wenn er das Neugeborene sehen und hören kann. Auch für die gebärende Frau ist die Geburt ein einschneidendes Erlebnis. Die „Zweieinigkeit“ der Schwangerschaft wird mit der Geburt entscheidend transformiert. Sie nimmt zwar kein abruptes Ende und wird etwa in der innigen Stillbeziehung fortgeführt. Doch die am Ende der Schwangerschaft oft dringend erwartete Geburt lässt nun ein Neugeborenes auftreten, das in ganz anderer Weise als der Fötus in Beziehung zur Mutter und zum Vater treten kann: Ein Beispiel dafür ist, dass die Eltern fortan vom Kind gerufen werden. Das Kind ist nun ein anschauliches und hörbares Gegenüber.

Was kann die Philosophie angesichts dieser eindringlichen Geburtserfahrungen überhaupt zur Frage nach der Geburt beitragen? Ihre Aufgabe liegt weder darin zu sagen, was man tun soll, noch kann sie rechtliche Regelungen in der einen oder der anderen Weise formulieren. Die Philosophie vermag lediglich zu sagen, wer wir sind, wenn wir meinen dieses oder jenes denken und tun zu müssen. Statt beispielsweise ein bestimmtes Recht zu fordern, zeigt sie, wer wir sind, wenn wir zur Statusklärung des Ungeborenen nach dessen Rechten fragen. Die Leistung der Philosophie ist damit die Aufklärung unserer selbst. Aufzuklären vermag sie, indem sie unsere Begriffe erörtert und dabei insbesondere deren unausgesprochene Voraussetzungen thematisiert. Philosophie wird in diesem Verständnis zur Begriffstherapie.

Die Geburt mag also eine Zäsur darstellen, doch zu fragen wäre, was das für eine Zäsur ist? Erschwert werden alle Antwortversuche dadurch, dass sich bekanntlich niemand an seine Geburt erinnert, und dass auch das Erleben des intrauterinen Kindes uns weitestgehend verschlossen ist.³ Sollte man nun die Lösung dieser Probleme in der Bibliothek suchen, wird man zumindest in der philosophischen Abteilung nur wenig Hilfe finden.

Hannah Arendt betonte zwar die „Natalität“ des Menschen. In seinem Handeln könne der Mensch je neu anfangen, so dass er selbst der Anfangende genannt werden könnte. Für dieses anfängliche Sein steht bei ihr die Chiffre der Geburt. Damit bringt sie aber nicht die natürliche Geburt als

³ Freilich gibt es mittlerweile psychologische Forschungen über die seelische Dimension der vorgeburtlichen Entwicklung. Ludwig Janus formuliert dazu prägnant: „Wir lernen vor der Geburt, was wir von der Welt zu erwarten haben.“ *L. Janus*, Die seelische Dimension der vorgeburtlichen Entwicklung und der Geburt, URL: <http://www.buendnis-rechte-fuer-kinder.de/Fachbeitraege/Fachbeitraege/ISPPN,%20Seelische%20Dimension%20vorgeburtl.%20Entwicklg.PDF>, Stand 2010, S. 2. Vgl. auch *P. Fredor-Freybergh* (Hg.), Präinatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen, München 1987; *M. Sandelowski et al.*, The Epistemology of Expectant Parenthood, *Western Journal of Nursing Research* Nr. 16 (1994), S. 601–622.

Zäsur gegen ein noch nicht angefangenes vorgeburtliches Sein in Stellung. Die Geburt dient hier lediglich als Metapher.⁴ In der Debatte um den Status des Embryos findet die Geburt nur bei jenen Positionen Beachtung, die das Personsein und damit die Rechtsposition des Menschen an das Geborensein binden. Für Positionen, die nicht zwischen menschlichem Leben und Menschsein trennen wollen und in der Folge auch das Personsein an keinerlei Kriterium als allein das Menschsein binden, spielt die Geburt als Begründung einer Rechtsposition keine Rolle. Es scheint daher ausgemacht, welche Rollen die Geburt besetzen kann: Entweder gar keine oder eine rechts- und folglich lebensschutzbegründende. Jenseits dieser Auseinandersetzung im bioethischen Streit herrscht bei jenen, die sich aus der Philosophie zu Fragen der Geburt äußern (und das sind wenige) der Gemeinplatz, dass die Geburt vergessen und verdrängt worden sei, es herrsche eine weitgehende Todesfixierung.⁵

I. Geborensein als Verlust und als Gewinn

Zwei weitestmöglich von einander unterschiedene Positionen zur Geburt seien zunächst betrachtet. Für beide markiert sie eine Zäsur. Eine ist antiker Herkunft, die andere entspringt einer bestimmten modernen Sichtweise. Bei der antiken Position geht es scheinbar gar nicht um das Problem von Leben und Würde der Person. Ihr Thema sind Wahrheit und Wissen. Mit der Frage nach dem angemessenen Umgang mit dem Phänomen der Geburt und dem Ungeborenen zielen wir hingegen auf das Handeln: Es geht mithin um eine Frage der Ethik. Es wird sich aber zeigen, dass das Verständnis davon, was Wahrheit sei, auch unser ethisches Verständnis von dieser Sache formt.

Für die antike Position steht Platon. Im Dialog *Phaidon* erläutert Sokrates seine Lehre von der *psyche*, für die der Tod eine Befreiung sein werde. Die Seelen der lebenden Menschen sind nämlich durch ihre Unwissenheit unfrei. Die Ursache von Unwissen und Unfreiheit aber ist nach Sokrates' Rede die Geburt.⁶ Durch sie wird die Seele aus der Anwesenheit bei den Ideen herausgerissen. Die Ideen aber sind die wahrhaften Bestimmtheiten alles Seienden. Wenn der Mensch in der Folge seiner Geburt versucht, das, was

⁴ Vgl. dazu H. Arendt, *Vom Leben des Geistes*, München 1998, S. 342. Zu Hannah Arendts Philosophie der Natalität vgl. L. Lütkehaus, *Natalität. Philosophie der Geburt*, Zug 2006.

⁵ Für diese Fixierung auf die Sterblichkeit des Menschen wird gemeinhin eine lange Tradition von Platon bis hin zu Heidegger angeführt. Beispielhaft für diesen Gemeinverstand ist L. Lütkehaus, a. a. O.; vgl. auch – mit betont feministischer Stoßrichtung – C. Schües, *Philosophie des Geborenseins*, Freiburg 2008. Klassisch ist H. Arendt, *Über die Revolution*, München 1994. Eine theologisch inspirierte Deutung gibt K. Ulrich-Eschemann, *Vom Geborenwerden des Menschen. Theologische und philosophische Erkundungen*, Münster 2000.

⁶ Vgl. Platon, *Phaidon*, 70–78.

ihm begegnet, zu erkennen, so muss er sich entlang seiner Erfahrungen erst mühsam wiedererinnern, er muss anamnesis üben. Das Wissen nennt Sokrates Wiedererinnerung, weil man dasjenige erinnert, was bereits vorgängig geschehen war. So bringt die Erinnerung den abwesenden Maßstab des Erkennens zur Gegenwart. Nur dadurch kann Wissen, auch empirisches Wissen, gewonnen werden, das immer auf nicht durch Erfahrung zu gewinnendes Wissen verwiesen ist.

Wir werden also nach Sokrates, wenn wir das Licht der Welt erblicken, in die Dunkelheit geboren. An anderer Stelle, in der *Politeia*, beschreibt ein Gleichnis den Ort, in den hinein wir geboren sind: Geboren werden wir zunächst in den tiefsten Punkt der Höhle des Nichtwissens. Dort sind wir gebunden durch unser Hören, Sprechen und Sehen, mit dem wir uns wahres Wissen nur vorgaukeln: Applaus wird demjenigen gespendet, der treffende Prognosen und Benennungen abgeben kann. Wer hingegen fragen würde, wie wir wurden, wer wir sind, der träfe nur auf Unverständnis. Wer durch die Geburt an sein sinnliches Anschauen gebunden ist, der – so schreibt Platon – träume nur vom wahrhaft Seienden.⁷ Er hält solches für wahrhaft, stabil und vor allem für selbständig, das in Wahrheit abhängig, instabil und somit lediglich ein Schein ist. Solange er meint, das Wahre mit Händen greifen zu können, fasst er eigentlich ins Leere. Nur vermittelt einer Methode kann nämlich Wahres erkannt und Richtiges getan werden. Diese Methode vermittelt nach Platons Dialog die Dialektik, die kein Erscheinendes von sich her und unbefragt gelten lässt, sondern alles auf seinen Grund hin befragt. Im Bild des Gleichnisses wird diese Methode nur auf dem Weg einer zweiten Geburt erlernt. Allein durch „Loslösung und Umwendung“⁸, im schmerzhaften Auszug aus der Höhle, vermag wahres Wissen erlangt zu werden. Die natürliche Geburt bringt das eigene Sein des Menschen jedenfalls zunächst in Gefahr.

Ganz anders die Rolle der Geburt in der Sicht zweier zeitgenössischer Autoren. Auch für Ernst Tugendhat und Volker Gerhardt stellt die Geburt eine Zäsur dar. Beide antworten damit zwar nicht auf die Frage nach den Bedingungen unseres Wissens, sondern sie wollen die Frage nach dem moralischen Status des ungeborenen und des geborenen Menschen beantworten. Freilich beruht diese Antwort darauf, was jeweils überhaupt als wahrheitsfähig angesehen wird. Die Anführung von Tugendhat und Gerhardt rechtfertigt sich dadurch, dass ihre Ansicht der Geburt als Zäsur zugleich

⁷ Vgl. *Platon*, *Politeia*, 533c.

⁸ *Ebd.* 515c.

exemplarisch sowohl für juristische⁹ als auch für eine Reihe philosophischer und ethischer¹⁰ Positionen zur Rolle der Geburt steht.

Tugendhat spricht in seinen Vorlesungen über Ethik davon, dass Kinder „von der Geburt an sich allmählich entwickelnde Subjekte der moralischen Gemeinschaft sind.“¹¹ Mit der Geburt trete das Kind in einen Kommunikationsprozess, der die Gemeinschaft und damit die Moral erst möglich mache. Zwar, so schränkt Tugendhat ein, ist diese Kommunikation zunächst noch nicht verbal, aber sie ist doch darauf ausgerichtet, in ein Sprechen zu münden. Wenn man dagegen die bloße Zugehörigkeit zur Spezies Mensch schon als Anlass zur Inkorporierung in die moralische Gemeinschaft nehme, dann schließe man Wesen darin ein, die lediglich „Objekt der moralischen Verpflichtung“ seien und blende die Frage aus, ob diese Wesen auch „mögliches Subjekt mit Verpflichtungen“ sein können. Tugendhat trennt mithin das Objekt- vom Subjektsein und setzt zudem voraus, dass moralische Verpflichtungen überhaupt ein Objekt haben oder benötigen. Dabei spricht er selbst davon, dass die Moral nur in einer moralischen Gemeinschaft existiere. Man müsste also eigentlich präziser sagen, dass es moralische Verpflichtungen nur gegenüber Subjekten gebe: Was andernfalls bloß ein Objekt für mich ist, das wird, indem ich mich ihm verpflichtet weiß, zum Subjekt, das mir aus eigenem Stand gegenübersteht. Doch Tugendhat sieht Objekte und Subjekte moralischer Verpflichtungen in getrennten Ordnungen stehen. So ist das Objekt nur der Gegenstand von Verpflichtungen, während der Subjektstatus hier als das grundständige und selbstverantwortliche Sein gilt. Eine Vermittlung von Abhängigkeit und Selbständigkeit findet nicht statt, da beide als grundverschiedene Aspekte verstanden werden. Erst durch die Geburt werde das Kind sozialisiert und dann, so Tugendhat, gehört es „dazu“. Der Wachstumsprozess des Ungeborenen habe demgegenüber noch keinen kommunikativen und – so muss Tugendhat hier ergänzt werden – auch keinen sozialen Charakter.

In ähnlicher Weise spricht auch Jürgen Habermas von der Geburt als „Zeitpunkt des Eintritts in die soziale Welt (...), von dem an sich die Anlage zum Personsein verwirklichen kann.“¹² Demnach ist die Personalität selbst eine soziale Kategorie. Außerhalb der sozialen Welt ist sie lediglich

⁹ Vgl. H. Dreier, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, *Zeitschrift für Rechtspolitik* (2002), S. 377–383; J. Ipsen, Der „verfassungsrechtliche Status“ des Embryos in vitro, *Juristenzeitung* Nr. 56 (2001), S. 991–996.

¹⁰ Vgl. N. Hörster, Abtreibung im säkularen Staat, Frankfurt a. M. 1991, S. 128ff.; D. Birnbacher, Gefährdet die moderne Reproduktionsmedizin die menschliche Würde?, in: A. Leist (Hg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung und Selbstmord*, Frankfurt a. M. 1990, S. 266–281; R. Schröder, Die Forschung an embryonalen Stammzellen. Argumentationstypen und ihre Voraussetzungen, *Berliner Theologische Zeitschrift* Nr. 19/2 (2002), S. 281–306.

¹¹ E. Tugendhat, *Vorlesungen über Ethik*, Frankfurt a. M. 1995, S. 193f.

¹² J. Habermas, *Die Zukunft der menschlichen Natur*, Frankfurt a. M. 2001, S. 65, Anm. 40.

eine unverwirklichte Möglichkeit. Wie Habermas, so sieht auch Tugendhat die Struktur der moralischen Gemeinschaft und der sie konstituierenden Personen in einer Theorie der sozialen Anerkennung begründet: Die moralischen Subjekte müssen, damit sie überhaupt Subjektstatus besitzen, sozialisiert werden und dazu müssen sie kommunizieren und kooperieren können. Die Geburt eröffnet den Zugang zu dieser Gemeinschaft, sie ist daher, so Tugendhat, die „entscheidende Zäsur“¹³. Als solche wird die Geburt auch in einer weiteren Position betrachtet.

Volker Gerhardt stellt sich mit seiner Polemik „Der Mensch wird geboren“ ebenfalls auf den Standpunkt, dass die Geburt der entscheidende „Einschnitt“¹⁴ in der Entwicklung des menschlichen Lebens zur Person ist. Ausdrücklich verbindet er diese Ansicht mit einem Wissensanspruch. Wenn wir nämlich „uns frei von den Machtinteressen der Seelsorge auf das einstellen, was wir vom Anfang des menschlichen Lebens wissen. [So] gibt es die so einfache wie offensichtliche Auskunft, daß der Mensch geboren wird. Der Akt der Menschwerdung ist die Geburt.“¹⁵ Wohl kennt Gerhardt auch Gründe für unsere Anteilnahme am vorgeburtlichen menschlichen Leben, das noch kein menschliches Wesen sei. Man könne ihm auch Rechtsschutz zuteil werden lassen, „weil es uns entspricht, deutlicher: weil es uns entgegenkommt.“¹⁶ Doch werde bei aller Kontinuität mit der Geburt alles anders: „Sein Stoffwechsel wird autonom. Es atmet erstmals selbst. Und damit kann es auch zum ersten Mal seine Stimme, das ‚Organ der Vernunft‘, ertönen lassen. [Es ist] nunmehr ein eigenständiger Teil einer Gemeinschaft aus selbständigen, d. h. aus eigener Dynamik reagierenden menschlichen Wesen. (...) auf diese gesellschaftlich manifestierte Eigenständigkeit kommt es (...) an. Sie ist die Bedingung der Selbstbestimmung, die ihrerseits der personalen Würde zu Grunde liegt.“¹⁷ Selbstbestimmung heißt für Gerhardt, über seinen eigenen Leib zu verfügen und Gründe für sein Handeln angeben zu können. Gleichsam zur Erhöhung dieser im Sinne der Ortsbewegung verstandenen leiblichen Selbstbewegung führt er – in gewagter Weise – Platons Höhlengleichnis an: „Zum Philosophen, also zu einem durch die Vernunft geleiteten Menschen, kann man erst werden, wenn man die Höhle, in der man reglos an seinen Platz gefesselt war, unter dem schmerzhaften Einsatz der eigenen Kräfte verlassen hat.“¹⁸ Gewagt ist dies deshalb, weil Platon mit dem Höhlengleichnis die ‚zweite Geburt‘ beschreibt, Gerhardt das Beispiel aber für seine These von der natürlichen Geburt benutzt. Führt die Geburt bei Platon in die Fesselung innerhalb der Höhle des Nichtwissens,

¹³ E. Tugendhat, a. a. O., S. 194.

¹⁴ V. Gerhardt, *Der Mensch wird geboren. Kleine Apologie der Geburt*, München 2001, S. 46.

¹⁵ *Ebd.*, S. 41.

¹⁶ *Ebd.*, S. 43.

¹⁷ *Ebd.*, S. 46.

¹⁸ *Ebd.*, S. 50.

so behauptet Gerhardt, die Geburt sei ein Ausgang aus der Höhle. Dieser Umgang mit Texten wäre für Platon ein Beispiel der sophistischen Kunst, den schwachen Logos stark zu machen.

II. Evidente Kriterien?

Was für eine Zäsur setzen Tugendhat und Gerhardt eigentlich mit der Geburt an? Die Antwort darauf muss nicht aufwendig gesucht werden, denn es wird bei Gerhardt deutlich gesagt, was für eine Zäsur die Geburt darstellt: Für die Geburt spreche vor allem, dass sie „offensichtlich“¹⁹ ist. Sie ist der evidente Einschnitt. Man möchte dem intuitiv zustimmen, und mit dieser Intuition, verstärkt durch ein quantitatives Argument, dass nämlich die meisten diese Intuition teilen, argumentieren tatsächlich jene, die die Geburt als Zäsur für den Anfang des Personseins verstehen.²⁰ Auch die Personalität wird auf diesem Weg mit dem Kriterium der Evidenz verbunden. Das wird bei Gerhardt sehr deutlich, wenn er der Person das Sprechen und die Ortsbewegung in die Wiege legt.

Doch was bedeutet Offensichtlichkeit beziehungsweise Evidenz eigentlich? Dies ist eine Frage der Logik.²¹ Evident ist dasjenige, was sich unmittelbar von sich her zeigt und kraft dieser Unmittelbarkeit Gewissheit besitzt. Der philosophiegeschichtliche locus classicus für diesen Gedanken ist Descartes' Gedanke des „Cogito, ergo sum“. Zweifeln kann ich an allem möglichen Sein, selbst an der Gültigkeit mathematischer Wahrheiten, die auch Vorspiegelungen eines genius malignus sein könnten. Gewiss ist dabei jedoch, dass ich als Zweifelnder bin. Alles was nun irgend Wahrheit beanspruchen darf, muss auf dieser Selbst-Gewissheit des Ich gegründet sein.

Anhand des Evidenzkriteriums überprüfen wir auch die Wahrheit unserer Urteile über alles andere Seiende. Mit derartigen Urteilen haben wir es auch in der Debatte um den Status von Zygote, Embryo und Fötus des Menschen vor und mit der Geburt zu tun. Wir schreiben seienden Gegenständen durch unser Urteil Eigenschaften zu, und das Urteil gilt dann als wahr, wenn der Sache die ihr zugeschriebene Eigenschaft in der Tat von sich selbst her und

¹⁹ *Ebd.*, S. 41.

²⁰ So gehört es auch zu derartigen Ansätzen, „moralische Intuitionen“ anzusetzen und sie zur Basis ethischer Grundüberlegungen zu erklären. Doch die damit angeführte Unmittelbarkeit besagt lediglich, dass man für Begründungen keinen Raum lässt. In der Natur von Intuitionen liegt es zudem, dass man sie teilen kann oder auch nicht. Paradoxerweise soll jedoch gerade durch die Orientierung an Evidenzen ausgeschlossen werden, dass man es hier mit einer bloßen „Ansichtssache“ zu tun hat.

²¹ Vgl. zu diesen Fragen, sowie zu einer Kritik der Evidenz, wie sie die Hegelsche Logik formuliert, M. Spieker, *Wahres Leben denken. Über Sein, Leben und Wahrheit in Hegels Wissenschaft der Logik*, Hamburg 2009.

unabhängig von unserem Urteil zukommt. So sagen wir beispielsweise, dass die Tür geschlossen ist. Wenn ich die soeben noch offene Tür dann jetzt schnell schließe, so ist mein Urteil unrichtig. Einzig, wenn die Tür von sich selbst her schon verschlossen ist, liegen wir mit unserem Urteil, dass sie geschlossen sei, richtig. Wann immer wir Seiendem Eigenschaften zu- oder absprechen, verfahren wir derart. Wir rufen die intendierte Sache mit unserem Urteil auf, auf dass sie selbst sich in ihrem eigenen Sein so zeigt, wie sie ist. Dieses Sich-Zeigen der Sache ist ihre Evidenz.

Tugendhat und Gerhardt setzen nun die Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit als Kriterien des personalen Status an. Erblickt werden diese Eigenschaften mit beziehungsweise nach der Geburt. Genau genommen ist es also gar nicht das Ereignis der Geburt, das den Eintritt in die Personengemeinschaft darstellt. Vielmehr sind es diese Eigenschaften. Man könnte sich nun auf diese Spielregeln einlassen und einerseits fragen, ob die beschriebenen Eigenschaften tatsächlich erst mit der Geburt oder umgekehrt, ob sie wirklich schon mit der Geburt vorhanden sind. Das soll zunächst geschehen.

Naturgemäß gehen die Erklärungsansätze auf alles, was vor dem Geborensein geschieht, entweder überhaupt nicht oder verbunden mit starken Wertungen ein. Zumindest zieht sich hier ein angestrebter Naturalismus²² durch die Beschreibungen. Wie soll man es beispielsweise verstehen, dass das Kind durch die Geburt „sozialisiert“ werde? Das kann nur zutreffen, wenn Zeugung und Schwangerschaft kein soziales Geschehen sind. Als soziales Geschehen ist aber jede Tätigkeit zu betrachten, die sich „am vergangenen, gegenwärtigen oder für künftig erwarteten Verhalten anderer“²³ orientiert. Solch eine Orientierungsphase bildet aber gerade die Schwangerschaft, das wird gerade in der Auseinandersetzung der Schwangeren mit dem in ihr Heranwachsenden deutlich. Dieser muss nicht erst nach der Geburt sozialisiert werden. Auch wo Zeugung unbeabsichtigt geschieht, wird sie in jedem Fall ein soziales Ereignis sein. Das gilt auch für die in-vitro-Befruchtung. Woher kommen schließlich Eizellen und Samen, wie gelangen sie in das Labor, wie kommt der Reproduktionsmediziner dazu, sie zusammenzufügen? Auch kommunizieren Mutter und Kind von Beginn der Schwangerschaft an. Schon die Nidation selbst ist ein kommunikativer Akt zwischen Embryo und mütterlichem Organismus. Wie sonst kommt es schließlich zur Umstellung des Hormonhaushaltes der Frau?²⁴ Am Ende der

²² Vgl. V. Gerhardt, a. a. O., S. 24: Seitdem der Prozess der Kernverschmelzung „im Labor verfügbar ist, können wir ihn nur noch als ein physisches Geschehen bezeichnen – und als nichts sonst.“

²³ M. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*, Tübingen 1956, S. 11.

²⁴ Vgl. zur physiologischen und psychologischen Dimension der pränatalen Kommunikation I. Krens, *Auf den Anfang kommt es an ... Pränatale Risikofaktoren späterer Psychopathologie*,

Schwangerschaft wird es zudem vielfach so sein, dass der Tagesrythmus des Kindes denjenigen der Mutter deutlich beeinflusst. Insbesondere die durch zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen begleitete Schwangerschaft ist ein soziales Geschehen. Darin einbezogen sind nicht nur Mutter und Ärztin, sondern auch das im Mutterleib getragene Wesen, das mit gesellschaftlich induzierter Erwartungshaltung medizinisch untersucht wird.

Geburt und Anschaulichkeit des Kindes als Zäsur hin zum Eintritt in die von Subjekten getragene soziale Gemeinschaft zu deuten, übergeht zudem die Bedeutung des Leibes. Bereits jenseits des Bewusstseins ist der Leib von Subjektivität durchdrungen und steht so in Beziehung. Die liebende Vereinigung in der Zeugung, die Zweieinigkeit in der Schwangerschaft und das Gebären des Kindes aus dem Leib der Mutter sind subjektivitätsgelenkte leibliche Vollzüge.²⁵

Für Gerhardt lässt das Kind mit der Geburt erstmals das – wie er es nennt – „Organ der Vernunft“, seine Stimme, hören. Diese Meinung ist bezeichnend für das Person- und Vernunftverständnis Gerhardts. Wie die Person durch Selbständigkeit ausgezeichnet ist, so wird die Vernunft durch das freie Aussprechen charakterisiert. Das Schreien des Kindes zur Sprache zu erklären, passt zwar nicht zum anderweitig gepflegten Naturalismus, etwa in der Beschreibung des Befruchtungsvorganges, aber das mag der polemischen Absicht geschuldet sein. Entscheidend ist vielmehr, dass mit dieser Beschreibung der Vernunft die Hälfte weggelassen wird: Vernunft kommt schließlich vom Vernehmen. Das Organ der Vernunft ist daher ebenso das Gehör, ja dieses ist sogar die Bedingung dafür, eine Stimme zu haben und sprechen zu können.²⁶ Natürlicherweise, so ist man versucht zu sagen, hält sich die Natur auch an diese Vernunftordnung, indem nämlich der Nasciturus bereits ab der 21. Woche Geräusche wahrnehmen kann – mitunter Jahre bevor er sprechen kann. Die Stimmen derer, die beständig in seiner Nähe sind, erkennt das Neugeborene schließlich wieder. Auch bei Gerhardts

URL: http://www.progenitiki.gr/pdf/Krens_Inge-Auf_den_Anfang_kommt_es_an.pdf, 2005, Stand 2010; I. Krens/H. Krens (Hg.), *Risikofaktor Mutterleib. Zur Psychotherapie vorgeburtlicher Bindungsstörungen und Traumata*, Göttingen 2006. Anschaulich wird die eigenständige Erlebenswelt des Fötus beispielsweise ab ca. der 16. Schwangerschaftswoche in seinen Abwehrbewegungen gegen das Untersuchungsgerät bei der Sonographie.

²⁵ Vgl. C. Rehmann-Sutter, *Eigener Sinn. Kritik der Gegenständlichkeit von „Leben“*, Vierteljahresschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich Nr. 149/1 (2004), S. 29–37 (33). In der Sicht auf das prä- und perinatale Kind hat sich – ganz auf dieser Linie der eigenen Subjektivität des Lebendigen – mittlerweile der Begriff des „kompetenten Säuglings“ verbreitet: Das Ungeborene wird ebenso wie das Neugeborene nicht mehr bloß als vegetatives und passives Bündel angesehen, das man „versorgt“, sondern als Wesen mit eigenem Erleben und eigenen Bedürfnissen, das in einer eigenen Bindungsbeziehung zur Mutter und den Eltern steht und darin selbst agiert. Beispielsweise die Praxis des rooming-in des Neugeborenen lebt von dieser Einsicht.

²⁶ U. H. J. Körtner, a. a. O., S. 266ff., gibt in diesem Zusammenhang eine theologische Deutung der Vorgängigkeit des Hörens.

Anführung des Höhlengleichnisses wird konsequenterweise etwas weglassen, das freilich entscheidend für das gesamte Geschehen ist: Keiner bewegt sich von selbst aus der Höhle zum Licht. Dies geschieht nur vermittels Zwang, der von anderen ausgeübt wird.²⁷ Warum ist diese Reduktion charakteristisch für das von Gerhardt vorgestellte Verständnis der Personwerdung? Weil sie nicht alle Bedingungen der Personwerdung beachtet und die Person gleichsam mit der Selbständigkeit beginnen lässt.²⁸ Deshalb stehen hier nach dem Geburtsvorgang selbständige, sich willentlich bewegende und sprechend-kommunizierende Menschen vor uns. Doch nicht nur die Entwicklung eines solchen Menschen bedarf letztlich sehr viel mehr als der Geburt. Einmal erworben, werden diese Eigenschaften und der durch sie erworbene Status prekär bleiben, jeder fallende Dachziegel bedroht sie.

Gravierender als diese Detailprobleme in der Kriteriologie ist freilich ein prinzipieller Einwand, der es nahelegt, sich der Frage von Person, Leben und Geburt auf andere Weise zu nähern. Aus der Stammzellen-Debatte ist vielleicht noch das Schlagwort in Erinnerung, wonach die Menschenwürde nicht unter dem Mikroskop zu finden sei. Dieses treffliche Wort ist zu erweitern: Nicht nur unter dem Mikroskop kann die Menschenwürde nicht gesehen werden. Würde und Personalität sind weder offensichtlich noch überhaupt sichtbar. Sie haben auch keinerlei Evidenz, vielmehr ist die rechtsbegründende Würde des Menschen auf ganz widersprüchlich scheinende Weise begründet. Lässt sich diese Position begründen, so wird man nicht weiter nach anschaulichen Evidenzen suchen wollen.

III. Die freie Gabe und das Moment der Geburt

Wer auf der Suche nach Leben, Würde und Personsein nach Evidenzen Ausschau hält, der behandelt diese Begriffe wie Gegenstände beziehungsweise wie Eigenschaften von Gegenständen. Gefragt wird, ob etwas Leben, Würde und Personalität hat. Geschaut wird dann, ob es sich als solches zeigt. Wie können wir das sehen? Indem wir Merkmale vorgeben, bei deren Vorliegen gewissermaßen das grüne Lämpchen aufleuchtet. Die Herkunft dieser Merkmale aber sind wir selbst. Auch dies wird am Beispiel Gerhardts sehr deutlich: Schutz lassen wir dort dem Ungeborenen angedeihen, weil er sich auf uns zu bewegt. Er wird wie wir sind. Vollständig Person wäre er, wenn wir uns mit ihm unterhalten können. Die Basis derartiger Urteile ist

²⁷ Vgl. Platon, Politeia, 106a.

²⁸ Der Ansatz bei der Selbständigkeit wird auch in der Debatte um den sog. „moralischen Status des Embryos“ immer bemüht. Da geht es dann um den Zeitpunkt der eigenen Lebensfähigkeit, um die Trennung von der Mutter, die sog. Individuation oder die Trennung von Embryoblast und Trophoblast. Erst das ungebundene Selbst hat dann Rechte.

mithin die als Gleichheit gedachte Identität. Sie ist das Ziel. Freilich wird zugegeben, dass auch das Neugeborene noch nicht gänzlich identisch mit uns ist, aber es ist doch zumindest auf anschauliche Weise unterwegs dahin. Geurteilt wird hier vom Standpunkt des Geborenseins über solches, das noch nicht beziehungsweise neugeboren ist.

Wo wir mit dem Modell der Wahrheit als Evidenz zur Erkenntnis unserer Welt schreiten, da behandeln wir das Wahre immer als etwas Gegebenes. Wir denken es uns unabhängig vom erkennenden Subjekt. Nach diesem Modell wird hier auch die Person gedacht: Das Subjektsein des anderen ist gewissermaßen seine Sache, es ist eben gegeben oder nicht. Keinesfalls hat in dieser Sichtweise jedoch das Subjektsein des anderen mit dem Subjektstatus des Urteilenden etwas in dem Sinne zu tun, dass das Ego als solches mit dem Alter etwas zu tun hat. Wenn beide Subjekte sind, dann können sie sich in einer Anerkennungsgemeinschaft treffen, wenn nicht, dann nicht. Der Gedanke, dass der andere mir nicht bereits als Subjekt gegenübertritt, sondern nur durch mich zum Subjekt erhoben werden kann, weil es Subjekte eben nur für Subjekte gibt, wird hier nicht vollzogen. Entsprechend bleibt auch verschlossen, dass mein eigenes Selbstsein von dieser von mir zu leistenden Anerkennung des anderen abhängt. Hier sollen schließlich nur Gleiche anerkannt werden.

Das Denken fährt dabei in einer Einbahnstraße: Über das Ungeborene wird geurteilt, doch weder soll uns das Ungeborene eine Auskunft über uns selbst geben können noch sagt unser Urteilen über das Ungeborene etwas über uns selbst. Als fix-fertige Persönlichkeit bedürfen wir schließlich keiner weiteren Auskunft über uns. Wie sich das urteilende Subjekt, indem es urteilt, in ein Verhältnis zu seinem Gegenstand bringt, wird nicht eigens betrachtet. Der Gegenstand selbst wird vielmehr als gegeben vorausgesetzt. Als von uns gesetzte wird diese Voraussetzung jedoch nicht betrachtet. Bringt man dieses Verständnis auf seinen Begriff, so wird man es als nicht-reflexiv zu bezeichnen haben, denn wir beziehen unsere Urteile über anderes nicht auf uns zurück. Es wird nicht betrachtet, was es eigentlich für uns bedeutet, anderen Persönlichkeit und eigenwertiges Sein zuzusagen.

Setzt man das Ziel einer Sache oder einer Entwicklung außerhalb der Entwicklungsbewegung selbst an, so spricht man von äußerer Zweckmäßigkeit. Ein Beispiel dafür wäre es, zu sagen, die Fische seien dazu da, dass wir Menschen sie essen. Diese Äußerlichkeit des Zieles einer Entwicklung wird auch in der Rede von menschlichem Leben („human life“), das kein menschliches Wesen („human being“) hat, angenommen.²⁹ Hier wird eine

²⁹ Diese Vorstellung erfreut sich zunehmender Beliebtheit, gerne wird sie auch mit der englischsprachigen Terminologie dekoriert. Vgl. *V. Gerhardt*, a. a. O., S. 42; *H. Dreier*, Artikel 1 GG, in: *Ders.* (Hg.), *Grundgesetz Kommentar* Bd. 1, Tübingen 2004, S. 139–287 (182, RN 83). Von „menschenähnliche[n] Winzlingen“ spricht *B. Schöne-Seifert*, *Contra Potentialitäts-*

Existenz ausdrücklich ohne Essenz angesetzt. Vermittelt werden soll der wesenlosen Existenz ihr Wesen durch unser Urteil, das wir auf der Basis von empirischer Anschauung fällen. Die vermeintlich offensichtliche Menschwerdung qua Geburt hat also eine höchst opake Metaphysik zur Voraussetzung. Freilich wird bei der Ansetzung der Geburt als Zäsur der Personalität meist auch von der Aufnahme in eine soziale Gemeinschaft und von Anerkennung gesprochen, man bemüht also sehr wohl eine reflexive Begründung der Personalität. Für diese Reflexivität steht ja der Begriff der Anerkennung, der – verkürzt ausgedrückt – sagt, dass wir dadurch zu Subjekten werden, dass wir andere als Subjekte anerkennen, wozu wir zuvor von diesen anerkannt worden sein müssen. Hegel fasst das in einem Satz zusammen: „Sie anerkennen sich, als gegenseitig sich anerkennend.“³⁰ Doch im vorliegenden Fall wird die reflexive Relation und mit ihr die Anerkennung nur simuliert³¹, denn ihre Basis ist ja die Einbahnstraßen-Identität, in der sich kein anderer als er selbst bewegen und entwickeln kann. Dies wird ihm nur als unser Abbild gestattet, und wir sind sprachbegabt, vernünftig und bewegungsfähig.

Diese Herangehensweise ist doppelt abstrakt, denn sie behandelt ihren Gegenstand losgelöst vom Urteilenden und – indem sie den Gegenstand an allgemeinen Merkmalen misst – losgelöst von seiner individuellen Entwicklung. Auch Würde, Leben und Personalität werden so zu abstrakten Begriffen, als Eigenschaften anderer Wesen sind sie von mir losgelöst. Das auf

argument: Probleme einer traditionellen Begründung für embryonalen Lebensschutz, in: *G. Damschen/D. Schönecker* (Hg.), *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Berlin 2002, S. 169–185 (184). Dabei wird die Angabe der Quantität zur Substanz erklärt und das gemeinhin als ousia verstandene Menschsein zur beiheerspielenden Eigenschaft der „Winzlingität“ erklärt. Einen Beitrag zu dieser Unterscheidung aus der Sicht evangelischer Theologie bietet Fischer 2003. In der Unterscheidung eines „Präembryo“ von einem Embryo wird die Unterscheidung von Leben und Wesen noch vorverlagert, vgl. etwa *R. Stoecker*, *Contra Identitätsargument: Mein Embryo und ich*, in: *G. Damschen/D. Schönecker* (Hg.), *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, Berlin 2002, S. 129–145 (138ff.).

³⁰ *G. W. F. Hegel*, *Phänomenologie des Geistes*, in: *Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaft* (Hg.), *Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Gesammelte Werke Bd. IX*, Hamburg 1988, S. 110.

³¹ Bekannt ist die These der in „sozialer Anerkennung“ gründenden Menschenwürde vor allem durch *H. Hofmann*, *Die versprochene Menschenwürde*, *Archiv des öffentlichen Rechts* Nr. 118 (1993), S. 353–377. Doch auch hier wird die Anerkennung nur simuliert: Sie soll nur da geleistet werden, wo das Gegenüber bereits ein Subjekt ist (vgl. *ebd.*, S. 376, wonach etwa der Embryo „kein mögliches Subjekt eines sozialen Achtungsanspruchs“ sein soll). Dagegen ist es gerade der Begriff der Anerkennung, der ausspricht, dass das Gegenüber gerade durch Anerkennung Subjekt wird. Wer mit der Anerkennung wartet, bis sein Gegenüber ihm als Subjekt entgegentritt, der wird keinen Eingang in die Beziehung wechselseitiger Anerkennung finden. Es scheint die Kategorie der Wechselseitigkeit zu sein, die den genannten Autoren unverständlich bleibt. Was als wechselseitig verstanden wird, das fällt wesentlich in eins (so wie Vater und Kind ein Eines, nämlich Familie, sind). So ist das Subjektsein des anderen mein eigenes Subjektsein, das ist der Begriff der Sache. Hier aber wird versucht, die Einheit des Begriffs von Würde, Person und Leben in eine verstandesmäßige Zweierheit aufzubrechen, damit aber wird sie unmöglich.

abstrakte Weise nur nach unserem Bild Anerkannte hat kein eigenes Sein, daher wird es trotz Existenz als wesenlos dargestellt. Deutlich tritt darin der Herrschafts- und Kontrollanspruch gegenüber den beurteilten Wesen hervor. So wird klar: Als was das Andere uns begegnet, hängt davon ab, wie wir ihm begegnen.

Nun kann man diesem Anderen auch anders denn in vergegenständlichender Richtermanier begegnen. Dabei geht es nicht um Geschmacksurteile und bloße Möglichkeiten, denn möglich ist natürlich alles. Worum es bei Leben und Würde der Person geht, ist vielmehr eine praktische Tatsache.³² Leben, Würde und Person sind Handlungsbegriffe und um diese praktischen Begriffe in den Blick zu bekommen, ist eine Umwendung unseres Blickes notwendig.

Fragen der Praxis zielen immer auf das Subjekt von Handeln und Erleiden. Was eine bestimmte Handlung am Handelnden selbst bewirkt, ist die ursprüngliche praktische Frage. Drastisch ausgedrückt: Das ethisch bedenkliche am Mord wäre nicht, dass da jemand tot ist, sondern dass ich nun ein Mörder bin.³³ So geht es bei unserer Frage nach der Geburt als Zäsur zunächst um mich, den Urteilenden und – paradoxerweise – gar nicht um das Beurteilte. Der sog. Bioethik wohnt aber ein deutlicher Hang zu juristischen Betrachtungen inne.³⁴ Diese urteilt – im Bild gesprochen – als Richter über einen Fall, nicht aber über sich selbst. Man fragt beispielsweise bezüglich des Ungeborenen, ob es ein Lebensrecht hat, ob dies ein subjektives Recht sei etc. Mit dem Rechtsdiskurs wird jedoch ein bestimmtes Subjektverständnis zu Grunde gelegt. Dieses ist vorreflexiv, insofern es davon ausgeht, dass man Rechte haben kann oder nicht. Rechte zu haben wird dabei als Eigenschaft verstanden und nicht als genuin sozialer Lebensvollzug.³⁵ Zu fragen wäre dann, was die Bedingung meines würdevollen, personalen Lebens und Handelns ist. Darauf kann nicht mit der Aufzählung von Eigenschaften, die ich dazu besitzen muss, geantwortet werden. Gezeigt werden

³² Vgl. T. S. Hoffmann, Würde versus Vernutzung des Menschen. Ein Einspruch aus philosophischer Sicht, in: L. Kühnhardt (Hg.), Biomedizin und Menschenwürde, Bonn 2001 (ZEI Discussion Paper), S. 57–66 (63).

³³ Vgl. R. Spaemann, Wie praktisch ist die Ethik?, in: Ders., Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns, Stuttgart 2001, S. 26–37. In Fragen der Praxis kann demnach nicht gewählt werden, ob die Handlung oder der Handelnde betrachtet wird. Diese Trennung gibt es hier gar nicht.

³⁴ Für die Arbeitsweise von Ethikkommissionen hat dies Bogner gezeigt. Vgl. A. Bogner, Ethisierung und die Marginalisierung der Ethik. Zur Mikropolitik des Wissens in Ethikräten, Soziale Welt Nr. 60/2 (2009), S. 119–137.

³⁵ Deutlich nachzuvollziehen ist die abstrakte Subjektkonstruktion bei R. Merkel, Forschungsobjekt Embryo. Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002. Mangels eigener Erlebensfähigkeit hat etwa der Embryo keine subjektiven Rechte (112f.), gesteht man ihm dennoch Rechte zu, dann ist der Rechtsgrund nicht das embryonale Subjekt, sondern der davon abstrahierte „Normenschutz“ (186ff.) und das Interesse der Gesellschaft.

muss vielmehr eine konkrete Praxis, die dieses Leben verwirklichen kann und ohne die es das Leben gar nicht gäbe. Das Leben, das selbst ein Vollzugsbegriff ist, hängt nicht vom Vorhandensein bestimmter Eigenschaften, sondern von der Verwirklichung eines bestimmten Handelns und Erleidens ab.

Leben selbst ist immer schon Ausdruck von Subjektivität. So entwickelt Leben immer sich selbst, es wird nicht von außen gemacht. Auch der Reproduktionsmediziner kann nur Lebendiges zu einem Lebendigen zusammenfügen, er vermag nicht, aus einem dinglichen Etwas ein lebendiges Sein zu erzeugen. Die Prozesse des Lebendigen tragen daher ihren Sinn in sich selbst, sie sind nicht funktional auf die Hervorbringung eines anderen gerichtet. Die Betrachtung von Lebensprozessen nach dem Modell äußerer Teleologie würde sie zu mechanischen Ereignissen ohne Subjektivität machen. Der lebendige Prozess aber vollzieht sich als eine Bewegung, die in jedem Moment in sich selbst ihr Ziel ist. Aristoteles gebraucht dafür in seiner Schrift „Über die Seele“ den Begriff der *entelecheia*, Kant nennt es in der „Kritik der Urteilskraft“ die Selbstzweckhaftigkeit. Bewegung, Wachstum und Verfall des Lebendigen sind daher als eine „organische Praxis“³⁶ zu deuten. Denn Kennzeichen praktischen Vollzugs ist es ja, dass das Handeln seinen Sinn in sich selbst hat, nicht in den hervorgebrachten Effekten. Dies wäre nämlich ein *poietisches* Verständnis: Nach der aristotelischen Unterscheidung (Nikomachische Ethik IV, 3–5) ist die *Poiesis* jenes Tun, das sein Ziel außerhalb des Aktes der Herstellung findet. Daher ist die *Poiesis* mechanisch. Auf den Menschen angewandt hat Peter Sloterdijk dafür das treffende Wort der „Anthropotechnik“³⁷ geprägt.

Doch wie kann die organische Praxis gelingen? Zunächst ist zu sagen, dass man es keinem Prozess ansieht, ob er Element organischer Praxis ist. Man kann jeden Prozess gegenständlich beschreiben und analysieren und wird sodann nichts Zielhaftes in ihm antreffen, obgleich das Ziel nirgends als in diesem Prozess liegt. Die objektive Ordnung der Dinge kann keinerlei Würdebegründung liefern. Wie ist dann der Zweck dieser Praxis zu fassen, wenn er nicht in der objektiven Ordnung erkennbar ist? Dies gelingt nur, wenn man diesen Vollzug als Darstellung eines Subjekts, mithin als Selbstdarstellung versteht. Dafür braucht es allerdings jemanden, der sich darstellt und jemanden, für den er sich darstellt. Daher braucht Praxis zu ihrem Gelingen eine Beziehung der Anerkennung. Sie eröffnet den Darstellungsraum.

³⁶ *Rehmann-Sutter*, a. a. O., S. 33ff.

³⁷ Vgl. *P. Sloterdijk*, Regeln für den Menschenpark. Ein Antwortschreiben zu Heideggers Brief über den Humanismus, Frankfurt a. M. 1999, S. 45. Noch in der metaphorischen Sprache der Genetik hält sich teilweise dieses äußerliche Verständnis von Leben durch, indem man etwa von der Verwirklichung eines im Vorhinein festgelegten genetischen Programms spricht.

Diese Anerkennung basiert gerade nicht auf der Erkenntnis von Eigenschaften eines Wesens, das daraufhin in die Gemeinschaft aufgenommen wird. Ein anderes Selbst muss bereits als Quelle eines Lautes oder einer Bewegung angesetzt werden, um diesen Laut als Sprache und die Bewegung als Selbstbewegung zu verstehen. Andernfalls hätten wir es nur mit Geräusch und Mechanik zu tun. Wenn das andere Selbst aber zuvor gesetzt sein muss, kann es nicht von dessen Eigenschaften abhängen, ob es ist. Schließlich sprechen wir ihm, indem wir es als ein Selbst ansehen, gerade die Unabhängigkeit von unserem Urteil über es zu.

In größter Präzision wird die Bewegung der Anerkennung in Hegels Phänomenologie des Geistes beschrieben.³⁸ Nur ein Moment aus dieser Beschreibung sei hier herausgegriffen, nämlich das der Wechselseitigkeit von Anerkennung. Die Bedingung der Wechselseitigkeit wird ja auch bei Tugendhat und Gerhardts angeführt und dient ihnen als Argument dafür, dass erst das geborene Kind Anerkennung beanspruchen könne.

Zunächst sei zurückgefragt, wozu das Selbst überhaupt der Anerkennung bedarf? Das Selbst benötigt die Bestätigung durch ein anderes freies Selbstsein zur Entfaltung seines eigenen freien Selbstseins. Es sucht nach der Bewahrheitung seiner Selbstgewissheit. Doch als Wahrheit gilt das, was objektiv gültig und mithin unabhängig vom Subjekt ist. Sein Selbstsein findet das Subjekt folglich nur in einem anderen Selbstsein. Nur solches besitzt die nötige Unabhängigkeit zur Bestätigung seiner Wahrheit, die gerade nicht nur subjektiv und von mir abhängig sein soll. Der Stein, auch der künstlerisch gestaltete Stein, spricht mir kein „Ja, Du bist“ zu. Nur ein lebendiges Selbstsein vermag das. Damit nun ein anderes Sein es selbst sein kann, muss es als ein Selbst verstanden werden. Das aber kann wiederum nur ein Selbst leisten. Andernfalls ist das andere Sein ein toter Gegenstand, der mich nicht anerkennen kann. Hierin liegt die Wechselseitigkeit der Anerkennungsbeziehung: Um anerkennen zu können, muss ich bereits anerkannt sein. Andernfalls bin ich kein Subjekt. Um aber selber als Subjekt anerkannt werden zu können, muss ich bereits gegenüber einem anderen Anerkennung geleistet haben, was ich freilich nur kann, wenn ich bereits anerkannt worden bin. Die Relation der Anerkennung beschreibt mithin einen Zirkel. Damit wird sie jedoch nicht unwahr. Die Zirkularität zeigt vielmehr, dass es für die Anerkennung kein Erstes, keinen Ausgangspunkt und kein Kriterium gibt.

Anerkennung bedeutet die wechselseitige Freigabe als selbstbestimmtes Sein, nur solches ist ein Selbst. Das Resultat der Anerkennung ist daher die

³⁸ Zum Begriff der vollständigen Bewegung der Anerkennung vgl. *M. Spieker*, Hegels Theorie der Anerkennung – ein Versuch zur Überwindung der Dichotomie von Identität und Alterität, in: *E. Vogel et al.* (Hg.), *Zwischen Ausgrenzung und Hybridisierung. Zur Konstruktion von Identitäten aus kulturwissenschaftlicher Perspektive*, Würzburg 2003, S. 285–305.

Freiheit, die ihren Ausdruck in der Anerkennungsbeziehung findet. Die Freiheit kennt aber kein Erstes und keinen Ausgangspunkt. Sie hat keinen Grund, denn sie ist selbst der Grund. Die gelingende Anerkennung ist wohl davon abhängig, dass der von mir Anerkannte auch mich anerkennt. Gleichwohl kann ich meine Anerkennungsleistung nicht von einer Vorleistung des Anderen abhängig machen, denn so käme sie nie zustande. Die Anerkennungsbeziehung ist mithin, logisch benannt, der Widerspruch. Sie ist in eins und in gleicher Hinsicht abhängig und unabhängig vom Anderen. Der Widerspruch besitzt aber keinerlei Evidenz. Dennoch ‚gibt‘ es ihn und ohne durch ihn hindurchzugehen wird es keine Anerkennungsbeziehung geben können.

Wie kommt also die Anerkennung zustande, wenn sie keinen Ausgangspunkt hat? Sie lebt von der freien Gabe, die unabhängig von einer Prüfung geschenkt wird. Wie gesagt: Wo ich warte, was der andere tut und wie er ist, da ist die freie Anerkennungsbeziehung schon gescheitert. Ihr Inhalt ist es ja, den anderen als ihn selbst freizugeben, ihn selber sein eigener Zweck sein zu lassen, ihn also gerade nicht unter unser Gesetz zu bringen. Am Beispiel des Umgangs mit neurologisch Schwerstgeschädigten hat Gesa Lindemann diesen Zusammenhang dargestellt. Die Entscheidung, „ob eine begegnende Entität überhaupt als Kommunikant zu behandeln ist“, liegt bereits vor der kommunikativen Deutung einer Bewegung des Anderen.³⁹ Folglich kann nicht auf eine evidente Selbstäußerung gewartet werden, da diese Evidenz ohne unser Zulassen gar nicht stattfindet. Die Einbindung der Selbstbestimmung in eine Wechselbeziehung zeigt zudem, dass sie selbst abhängig ist von der vorgängigen Gabe. Sie ist keineswegs fix-fertig und autark.

Indem ich anderes anerkennend freigebe, verwirkliche ich mein eigenes Selbstsein, denn die Gabe ist der Akt der Freiheit. Ich verfehle daher meine eigene Freiheit, wenn ich nicht in der Lage bin, frei zu geben. Die freie Gabe ist daher, obwohl frei, doch nicht voluntativ. Um ein Selbst zu werden, ist das freie Geben unabdingbar.⁴⁰ Weil diese Anerkennung eine Beziehung eröffnet, ist sie immer ein Wagnis, denn was diese Beziehung bringt, kann ich nicht wissen. So weiß ich nie, ob meine Gabe erwidert wird, ob sie mir

³⁹ Vgl. G. Lindemann, Das Soziale von seinen Grenzen her denken, Weilerswist 2009, S. 230. Vgl. zur Notwendigkeit des kommunikativen Vertrauensvorschlusses A. Schütz, Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie, Frankfurt a. M., S. 223ff. Was hier im Verhältnis zum Anderen zur Geltung kommt, beschreibt Gadamer philosophische Hermeneutik im Hinblick auf das Verstehen von Texten als „Vorurteil der Vollkommenheit“ (H.-G. Gadamer, Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik, Tübingen 1990, S. 299.) Ohne diese Vollkommenheit im Gegenüber vorwegnehmend anzuerkennen, gelingt auch keine personale Gemeinschaft.

⁴⁰ Dabei gilt freilich die Sentenz von Fichte: J. G. Fichte, Zur theoretischen Philosophie, in: I. H. Fichte (Hg.), Johann Gottlieb Fichte, Sämtliche Werke, 1971, S. 173: „Die meisten Menschen würden leichter dahin zu bringen sein, sich für ein Stück Lava im Monde, als für ein Ich zu halten.“

Gutes oder Schlechtes einbringt. Wer frei gibt, der klammert sich nicht länger an Gewissheiten. Lebensgeschichtlich kann dieses Wagnis aus dem Bewusstsein eingegangen werden, dass ein jeder, der überhaupt in der Lage ist, diese Gabe zu geben, selbst bereits empfangen hat: man kann also von der Wahrheit der Beziehung ausgehen. Schließlich ist diese Gabe nicht etwa selbstlos, sie stellt nämlich eine Herausforderung an den Anderen dar.⁴¹ Denn sie fordert ihn zur Eröffnung freier Gemeinschaft auf.

Was mag dies nun für die Frage nach der Geburt besagen? Damit es überhaupt zur Geburt der Person kommen kann, muss zuvor bereits Ja zu ihr gesagt worden sein. Für die Personalität und das Leben des Kindes kann die Geburt als solche mithin keine Zäsur in dem Sinne darstellen, dass sie zuvor nicht vorhanden gewesen sei. Denn ohne vorangehendes, aus Freiheit geschenktes Ja gäbe es auch keine Geburt. Das heißt aber nicht, dass da wo wir die freie Gabe an das Kind im Mutterleib nicht geben wollen, dieses würdelos und unpersonal ist. Die Verweigerung der Gabe ist zunächst ein Problem für den im würderelevanten Sinne Handelnden: Der Lebens- wie der Würdegedanke handelt schließlich nicht von Gegenständen, vielmehr geht es hier um selbsthaft-relationales Sein.⁴² Wenn daher von der Würde beispielsweise des Fötus die Rede ist, geht es zunächst um die Würde dessen, der hier ein Urteil spricht. Daher ist es ein ebenso fataler wie verbreiteter Irrtum, wenn man meint, dass unser Urteilen über die Würde oder Unwürde von anderem nur eine Aussage über dieses andere sei. Der reflexive Begriff von Leben und Würde begreift stattdessen, dass wir darin uns selbst aussprechen. Meine Würde realisiere ich nicht dadurch, dass mir jemand etwas zuspricht, sondern indem ich sie tue. Das heißt, indem ich selbst zur Quelle von Freiheit werde und anderes freigebe. Daraus würde allerdings folgen, dass ich meine eigene freie Würde verfehle, wo ich auf das Verfügen nicht verzichte und die fremde Freiheitlichkeit mit ihren Bedingungen nicht bejahe. So ist meine Würde eine bedingte Würde: Sie hängt davon ab, ob ich die freie Anerkennung anderer leiste. Dass wir die Verfehlung unserer Würde als malum bemerken, mag auch ein Grund für die Schuld erfahrung sein, die dem sog. Post-Abortion-Syndrom zugrunde liegen.⁴³ Die Gabe zu geben ist also durchaus ein Akt der Gerechtigkeit, mir selbst und dem anderen Selbstsein gegenüber. Die freie Gabe ist eine Pflicht, meine eigene Freiheit gründet in der Verantwortung für andere. Dieser Gedanke bedeutet freilich

⁴¹ So wäre die Gabe nicht im Sinne Jacques Derridas (*J. Derrida*, Falschgeld: Zeit geben, München 1993) zu verstehen, der die völlig freie und selbstlose Gabe folgerichtig als unmöglich ansieht, sondern eher mit Marcel Mauss (*M. Mauss*, Die Gabe. Form und Funktionalität des Austauschs in archaischen Gesellschaften, Frankfurt 1990), der die Gabe selbst als widersprüchlichen Akt beschreibt, da sie freiwillig und notwendig zugleich ist.

⁴² Vgl. T. S. Hoffmann, a. a. O.

⁴³ Vgl. dazu A. Pokropp-Hippen, Post Abortion Syndrom – eine Krankheit im Tabu, in diesem Band.

nicht, dass wir jemand anderem abhängig von seinem Handeln Würde zu- oder absprechen könnten. Das Urteil, das einem anderen seine Würde abspricht, ihn also nicht als freies Wesen respektiert, ist schließlich ein Urteil über mich. Würde ist – in der Sprache der Logik ausgedrückt – keine Sache des Seins, sondern des Begriffs. Die Frage, ob einem anderen Wesen Würde zukommt oder nicht, ist daher falsch gestellt. Gefragt werden muss vielmehr, wie wir würdig handeln.

Wo ich die freie Gabe erbringe, da gehe ich in der Beziehung zu anderem Selbstsein jedenfalls nicht mehr von Merkmalen aus, die es aufweisen muss, damit es überhaupt ein Selbst sein kann. So gehe ich auch nicht mehr von der Identität der Gleichheit aus. Ich eröffne vielmehr eine Einheit von Unterschiedenen, und gebe dem anderen einen Raum für seinen eigenen Sinn und für seine organische Praxis. Das geschieht zunächst im Mutterleib, sodann an jedem anderen Ort meiner Lebensgeschichte. Dabei gehe ich aus vom Vertrauen in die Wahrheit des Lebens, die darin liegt, dass ich mich in der Unterscheidung von mir selbst, indem ich anderes freigebe, selbst verwirkliche.

Wo, wie bei Gerhardt und Tugendhat, die Geburt als offensichtliche Zäsur für das Personsein dargestellt wird, da werden Leben und Personalität zu Eigenschaftsbegriffen erklärt. Ausgangspunkt des Urteils über den Status anderer ist die Selbstgewissheit des Ich, die den Identitätsmaßstab für anderes bildet. Doch weder ist die Personalität an Evidenzkriterien gebunden noch begründet sich ein Anerkennungsverhältnis in der Selbstgewissheit. Vielmehr gründet es auf einer freien Gabe. Um diese zu leisten, muss eine Umwendung des Blickes und eine Loslösung von mir selbst stattfinden. Geschaut wird dann auf die Wahrheit der Beziehung, die sich freilich erst erweisen kann, nachdem sie eingegangen wurde. Im Vertrauen auf diesen Erweis kann die freie Gabe gegeben werden. Sie begründet die Anerkennung des anderen als sein eigener Sinn.

Weil die Gabe nicht abhängig ist, braucht sie weder auf die Geburt noch auf irgendeine pränatale Evidenz zu warten, die möglicherweise durch Untersuchungen des Heranwachsenden erzielt wird. Wollte man darauf warten, um gewissermaßen im Angesicht des Heranwachsenden oder des Neugeborenen über dessen Erkenntnis zu befinden, so wird dies nach den Aussagen der Pränatalpsychologie eine belastete Beziehung begründen, wenn es überhaupt zur Geburt kommt. Wie es kein Lieben und Leben auf Probe gibt, so scheint auch die Schwangerschaft auf Probe keine gelingende werden zu können. Sie ist unfrei.

Wo nicht nach einem Kriterium oder auf Basis vermeintlicher Evidenzen anerkannt wird, da kann sich die Wahrheit selbst erweisen und sich uns zur Gewissheit bringen. Diese Gewissheit mag wohl die Geburt bringen, sie ist dann aber nicht länger eine Voraussetzung, sondern selbst bereits ein Resul-

tat. Die Geburt ist dann keine Zäsur im Sinne eines Anfangs von etwas, das zuvor nicht da war. Für die Anschauung mag sie ein Einschnitt bleiben, für den Begriff der menschlichen Person und für ihr Leben ist sie es nicht. Stattdessen ist die Geburt ein Moment der Person.

Literatur

- Arendt, Hannah*, Über die Revolution, München 1994.
- Dies.*, Vom Leben des Geistes, München 1998.
- Birnbacher, Dieter*, Gefährdet die moderne Reproduktionsmedizin die menschliche Würde?, in: *Leist, Anton* (Hg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung und Selbstmord, Frankfurt a. M. 1990, S. 266–281.
- Bogner, Alexander*, Ethisierung und die Marginalisierung der Ethik. Zur Mikropolitik des Wissens in Ethikräten, Soziale Welt Nr. 60/2 (2009), S. 119–137.
- Damschen, Georg/Schönecker, Dieter* (Hg.), Der moralische Status menschlicher Embryonen. Pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument, Berlin/New York 2003.
- Derrida, Jacques*, Falschgeld: Zeit geben, München 1993.
- Dreier, Horst*, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, Zeitschrift für Rechtspolitik (2002), S. 377–383.
- Ders.*, Artikel 1 GG, in: *Dreier, Horst* (Hg.), Grundgesetz Kommentar Bd. 1, Tübingen 2004.
- Fichte, Johann Gottlieb*, Zur theoretischen Philosophie, in: *I. H. Fichte* (Hg.), Johann Gottlieb Fichte, Sämtliche Werke, 1971.
- Fredor-Freybergh, Peter* (Hg.), Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Begegnung mit dem Ungeborenen, München 1987.
- Gadamer, Hans-Georg*, Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik, Tübingen 1990.
- Gerhardt, Volker*, Der Mensch wird geboren. Kleine Apologie der Geburt, München 2001.
- Habermas, Jürgen*, Die Zukunft der menschlichen Natur, Frankfurt a. M. 2001.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich*, Phänomenologie des Geistes, in: Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaft (Hg.), Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Gesammelte Werke Bd. IX, Hamburg 1988.
- Hörster, Norbert*, Abtreibung im säkularen Staat, Frankfurt a. M. 1991.
- Hoffmann, Thomas S.*, Würde versus Vernutzung des Menschen. Ein Einspruch aus philosophischer Sicht, in: *Kühnhardt, Ludger* (Hg.), Biomedizin und Menschenwürde, Bonn 2001 (ZEI Discussion Paper), S. 57–66.

- Hofmann, Hasso*, Die versprochene Menschenwürde, Archiv des öffentlichen Rechts Nr. 118 (1993), S. 353–377.
- Ipsen, Jörg*, Der „verfassungsrechtliche Status“ des Embryos in vitro, Juristenzeitung Nr. 56 (2001), S. 991–996.
- Janus, Ludwig*, Die seelische Dimension der vorgeburtlichen Entwicklung und der Geburt, URL: <http://www.buendnis-rechte-fuer-kinder.de/Fachbeitraege/Fachbeitraege/ISPPN,%20Seelische%20Dimension%20vorgeburtl.%20Entwicklg.PDF>, Stand 2010, S. 2.
- Körtner, Ulrich H. J.*, Personen werden geboren. Zur Kritik der Vorstellung von der Person als causa sui und ihren Konsequenzen für die theologische Ethik, in: *Weiß, Martin G.* (Hg.), Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit, Frankfurt a. M. 2009, S. 240–272.
- Krens, Inge*, Auf den Anfang kommt es an... Pränatale Risikofaktoren späterer Psychopathologie, URL: http://www.progenitiki.gr/pdf/Krens_Inge-Auf_den_Anfang_kommt_es_an.pdf, 2005, Stand 2010.
- Dies./Krens, Hans* (Hg.), Risikofaktor Mutterleib. Zur Psychotherapie vorgeburtlicher Bindungsstörungen und Traumata, Göttingen 2006.
- Lindemann, Gesa*, Das Soziale von seinen Grenzen her denken, Weilerswist 2009.
- Lütkehaus, Ludger*, Natalität. Philosophie der Geburt, Zug 2006.
- Mauss, Marcel*, Die Gabe. Form und Funktionalität des Austauschs in archaischen Gesellschaften, Frankfurt 1990.
- Merkel, Reinhard*, Forschungsobjekt Embryo. Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002.
- Platon, Phaidon*, in: *König, Burghard* (Hg.), Platon, Sämtliche Werke Bd. 2, Hamburg 2006.
- Ders./Politeia*, in: *König, Burghard* (Hg.), Platon, Sämtliche Werke Bd. 2, Hamburg 2006.
- Rehmann-Sutter, Christoph*, Eigener Sinn. Kritik der Gegenständlichkeit von „Leben“, Vierteljahresschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich Nr. 149/1 (2004), S. 29–37.
- Sandelowski, Margarete/Black, Beth Perry/Mercer, Ramona T./Bergum, Vangile/Stainton, M. Colleen*, The Epistemology of Expectant Parenthood, Western Journal of Nursing Research Nr. 16 (1994), S. 601–622.
- Schöne-Seifert, Bettina*, Contra Potentialitätsargument: Probleme einer traditionellen Begründung für embryonalen Lebensschutz, in: *Damschen, Gregor/Schönecker, Dieter* (Hg.), Der moralische Status menschlicher Embryonen, Berlin 2002, S. 169–185.
- Schröder, Richard*, Die Forschung an embryonalen Stammzellen. Argumentationstypen und ihre Voraussetzungen, Berliner Theologische Zeitschrift Nr. 19/2 (2002), S. 281–306.
- Schües, Christina*, Philosophie des Geborensseins, Freiburg 2008.

- Schütz, Alfred*, Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie, Frankfurt a. M.
- Sloterdijk, Peter*, Regeln für den Menschenpark. Ein Antwortschreiben zu Heideggers Brief über den Humanismus, Frankfurt a. M. 1999.
- Spaemann, Robert*, Wie praktisch ist die Ethik?, in: *Ders.*, Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns, Stuttgart 2001, S. 26–37.
- Spieker, Michael*, Hegels Theorie der Anerkennung – ein Versuch zur Überwindung der Dichotomie von Identität und Alterität, in: *Vogel, Elisabeth et al.* (Hg.), Zwischen Ausgrenzung und Hybridisierung. Zur Konstruktion von Identitäten aus kulturwissenschaftlicher Perspektive, Würzburg 2003, S. 285–305.
- Ders.*, Wahres Leben denken. Über Sein, Leben und Wahrheit in Hegels Wissenschaft der Logik, Hamburg 2009.
- Stoecker, Ralf*, Contra Identitätsargument: Mein Embryo und ich, in: *Damschen, Gregor/Schönecker, Dieter* (Hg.), Der moralische Status menschlicher Embryonen, Berlin 2002, S. 129–145.
- Tugendhat, Ernst*, Vorlesungen über Ethik, Frankfurt a. M. 1995.
- Ulrich-Eschemann, Karin*, Vom Geborenwerden des Menschen. Theologische und philosophische Erkundungen, Münster 2000.
- Weber, Max*, Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie, Tübingen 1956.

Eilert Herms

Der Stellenwert der Geburt aus Sicht der theologischen Ethik¹

Vorweg eine Bemerkung zum Verständnis der Rede von „Ethik“ und zur Rede von „Theologie“ in ihrem Verhältnis zu „Philosophie“.

„Ethik“ bezeichnet die Reflexion über ein gelebtes Ethos im Dienste eines gelebten „Ethos“ (einer gelebten „Moral“).² Unser Verhalten im Alltag orientieren wir an dem, was wir als das im Rahmen der Moral, die wir mit unserer Umwelt teilen, „Gesollte“ kennen und anerkennen, also auch – aus welchen Beweggründen auch immer – selbst erfüllen „wollen“. Nun mutet uns aber der Alltag immer wieder auch Entscheidungen³ zu, die in bloßer Anlehnung an das selbstverständlich Gesollte nicht getroffen werden können. Dann müssen wir innehalten und uns darauf besinnen, welche der jetzt möglichen Verhaltensalternativen der (oder den) anderen vorzuziehen ist. Solche Besinnung deckt zunächst die formale Struktur der Entscheidungssituation auf: Wir stehen vor verschiedenen Möglichkeiten unseres eigenen Wählens,⁴ das uns als unser eigenes Wählen zugerechnet werden kann und zugerechnet werden wird, auf das hin wir angesprochen werden können, so dass wir darauf zu antworten haben. Die alternativen Möglichkeiten des eigenen Wählens weisen immer zwei unterschiedliche, aber gleichursprüngliche und darum auch nie getrennt auftretende Seiten auf: Sie sind immer zugleich einerseits das Wählen von Zielen (des in sich selbst zu genießenden [lat.: *frui*] Guten) und das Wählen von Wegen dahin (also von Mitteln, die als solche nicht in sich selbst genossen, sondern für die Erreichung des

¹ In dieser fundamentalanthropologischen Studie werden Einsichten und Beschreibungen vorausgesetzt und fortgeführt, die schon in früheren Arbeiten zur Fundamentalanthropologie niedergelegt wurden: *E. Herms*, Zusammenleben im Widerstreit der Weltanschauungen, Tübingen 2007, S. 1–117; *E. Herms*, Menschenwürde, in: *Ders.*, Politik und Recht im Pluralismus, Tübingen 2008, S. 1–124; *E. Herms*, Person IV. Dogmatisch, V. Ethisch, in: *Religion in Geschichte und Gegenwart* Bd. 4, 4. Aufl. Tübingen 2001, S. 1123–1129.

² Näheres bei *E. Herms*, Art.: Ethik I. Begriff und Problemfeld, in: *Religion in Geschichte und Gegenwart* Bd. 2, 4. Aufl. Tübingen 1999, 1598–1601.

³ Dazu vgl. *E. Herms*, Art.: Entscheidung, in: *G. Krause* (Hg.), *Theologische Realenzyklopädie* Bd. 9, Berlin 1982, S. 690–705.

⁴ Unser Entscheiden besteht immer darin, dass wir „uns entscheiden“. Es betrifft immer alternative Möglichkeiten unseres eigenen Personseins, unseres eigenen verantwortlichen Verhaltens, und niemals nur Sachverhalte in unserer Umwelt.

Ziels benutzt [lat.: *uti*] werden). In jeder bewussten Entscheidung greifen wir daher auch faktisch zurück: erstens auf mehr oder weniger deutlich reflektierte Kriterien für eine vorzugswürdige Zielwahl⁵ und für eine vorzugswürdige Mittelwahl⁶ und zugleich zweitens auf hinreichend gewisse Einsichten, die uns die Anwendung jener Kriterien in der Entscheidungsgegenwart jetzt ermöglichen.⁷ Diese Kriterien und Überzeugungen legen fest, was ein Entscheider als das unter den Bedingungen des Menschseins dauernd Vorzugswürdige ansieht, also das, was er für den Korridor des überhaupt Vorzugswürdigen hält. Wenn für ihn dieser Korridor klar ist, kann er die Frage beantworten, wie dieser Raum des überhaupt Vorzugswürdigen in der je aktuellen Entscheidungsgegenwart – abhängig von variablen Umständen – gefüllt ist, und sich darauf hin tatsächlich entscheiden. Ethik ist also eine Besinnung, welche Hemmungen im Fluss des Sichentscheidens beseitigt, indem sie sich einerseits auf die allgemeine Struktur unseres Unentscheidens besinnt und im Lichte dieses Wissens um die allgemeine Struktur von Entscheidungssituationen einzelne aktuell unklare Entscheidungssituationen analysiert und klärt.

Wichtig: Ethik erkennt, dass zur allgemeinen Struktur des menschlichen Sichentscheidens der Rückgriff auf hinreichend gewisse Einsichten (die die Anwendung des Kriteriums vorzugswürdiger Zielwahlen und des Kriteriums vorzugswürdiger Mittelwahlen erst ermöglichen) gehört, die jedoch nicht von der Ethik selbst hervorgebracht, sondern von der Ethik vorausgesetzt werden und aus anderen Quellen stammen: nämlich aus der Wahrnehmung der Einzelsituation, aus der erfahrungswissenschaftlichen Erforschung der allgemeinen Wirkungsgesetze in Natur und Zusammenleben und aus der Besinnung auf die allgemeine Prozessstruktur von Welt und Mensch, also auf die universalen Bedingungen des Werdens von Welt und Mensch, ihren Ursprung und ihre Bestimmung.

Dies ist nun freilich das Thema nicht nur der Philosophie sondern auch der Theologie. Das Programm dieser Tagung stellt Philosophie und Anthropologie zusammen. Aber nicht nur die Philosophie thematisiert die universalen Bedingungen des Werdens von Welt und Mensch, sondern ebenso die Theologie. Die Theologie ist methodisch nichts anderes als das, was jede Philosophie auch ist: Im Bereich dessen, was man „die“ Philosophie nennt,

⁵ Dies Kriterium lautet: Vorzugswürdig ist das Wählen des Guten – also dessen, was die Bestimmung des Menschen erfüllt und deshalb in sich selbst zu genießen ist.

⁶ Dies Kriterium lautet: Vorzugswürdig ist das Wählen des Effizientesten – also dessen, was die Realisierung des Guten mit den geringsten Kosten (direkt und ohne ungünstige Nebenfolgen) ermöglicht.

⁷ Das sind für die Anwendung des Kriteriums vorzugswürdiger Zielwahlen hinreichend gewisse Einsichten in die Bestimmung des Menschen, also das Gute überhaupt. Für die Anwendung des Kriteriums vorzugswürdiger Mittelwahlen werden hinreichend gewisse Einsichten in die Wirkungsgesetze benötigt, die das Geschehen in Natur und Gesellschaft beherrschen.

stoßen wir realiter auf eine Vielzahl von Positionen, die das überhaupt Menschliche und das, was überhaupt für unsere Welt gilt, behandeln. Diese positionale Vielfalt wird in der Theologie einerseits anerkannt, andererseits drastisch reduziert. Denn die Theologie entfaltet *eine* solche Position. Nämlich genau diejenige, die die Position der christlichen Überlieferung ist. So wie man sich im Blick auf das Spektrum philosophischer Positionen entweder für eine von ihnen entscheidet, weil sie einem selber einleuchtet, oder einer von ihnen nur aus Traditions- und Autoritätsgründen folgt, so ist es auch im Blick auf die christliche Überlieferung: Entweder folgt man ihr aufgrund von Einsicht, weil man die dort gegebene Beschreibung für die den Lebensphänomenen am besten entsprechende hält, oder aber nur aus Achtung für die Autorität der Tradition. Letzteres mag zunächst der Normalfall sein und kann auch entlasten, weckt dann aber stets die Frage, warum man dieser und keiner anderen überlieferten Position folgt: ob nur unter dem Eindruck der Autorität dieser Tradition oder weil sie einen als die sachlich beste Beschreibung der Phänomene überzeugt.

In dieser zuletzt genannten Überzeugung betreibe ich Theologie. Deshalb gehe ich jetzt so vor, dass ich einfach diejenige Sicht der uns hier beschäftigenden Sachen nachzeichne, die auch in der kanonsgemäßen christlichen Tradition zur Sprache kommt.

In dem mir vorgegebenen Thema wird unterstellt, *dass* die Geburt eine Zäsur im menschlichen Leben sei. Gefragt wird, *welchen Stellenwert* sie für das menschliche Leben besitzt (I). Und daraus ergibt sich die weitere Frage: Welche *Zumutungen für den Umgang* mit ihr und dem Leben der Menschen ergeben sich daraus (II)? Die Antwort auf die zweite Frage setzt eine Antwort auf die erste Frage voraus, und darum beschäftige ich mich zuerst mit dieser ersten Frage.

I. Welchen Stellenwert besitzt die Geburt für das menschliche Leben?

Auf diese Frage sind zwei Antworten möglich. Erstens: Die Geburt ist der Beginn *des* Lebens eines Menschen. Die Geburt ist die Zäsur zwischen seinem Noch-nicht-Mensch-Sein und seinem Menschsein. Zweitens: Die Geburt ist ein Ereignis *im* Leben eines Menschen. Die Geburt ist die Zäsur zwischen zwei Phasen seines Lebens.

Für beide Antworten sprechen bestimmte Befunde. Man kann auch beide Antworten kombinieren:

Man kann sagen – das wäre die erste Kombinationsmöglichkeit –: Die Geburt ist ein Ereignis im menschlichen Leben, nämlich im Leben einer

Gemeinschaft, einer Familie und eines Volkes, die Zäsur zwischen einem Leben dieser Gemeinschaft ohne und mit dem Geborenen. Das Leben der Gemeinschaft ist ein anderes vor und nach seiner Geburt. Damit kann durchaus die andere Antwort widerspruchslös verbunden werden: Die Geburt ist der Beginn des Lebens eines Menschen, also sie ist die Zäsur zwischen seinem Noch-nicht-Menschsein und dem Menschsein. Nämlich dann, wenn man die beiden Aussagen folgendermaßen kombiniert: Die Geburt als der Beginn des Lebens eines Menschen ist ein Ereignis im Leben seiner Eltern, seiner Familie, seines Volkes. Und dieses Ereignis im Leben von Menschen wäre dann ipso facto der Beginn desjenigen Lebens dieser Gemeinschaft, welches ein Leben mit diesem Menschen ist, weil ja das Leben der Gemeinschaft mit ihm vor seiner Geburt noch nicht das Leben dieser Gemeinschaft mit ihm als einem Menschen war – mit ihm, dessen Geburt erst der Beginn seines Lebens als Mensch ist und der vor seiner Geburt noch nicht ein Mensch war.⁸

Diese Kombination von Aussagen ist möglich, wenn man auf die Gemeinschaft blickt und wenn man mit den Augen der Gemeinschaft auf den einzelnen Menschen blickt, also gewissermaßen einen Standpunkt einnimmt, der der Standpunkt der Gemeinschaft ist.

Diese Figur des Beobachters, der von irgendeinem „objektiven“ Standpunkt aus alles Geschehen betrachtet, ist nicht nur hier möglich, sondern mit dieser Figur wird auch in vielen anderen Wissenschaften gearbeitet. Freilich – ist diese Figur des objektiven Beobachters, der das menschliche Leben mit den Augen der Gemeinschaft sieht, also so, „wie alle es sehen“, realistisch? Tatsächlich hat die Gemeinschaft keine Augen. Die Position, von der aus man, was geschieht, so sieht, „wie alle es sehen“, gibt es nicht. Der Blick auf die Gemeinschaft erfolgt immer auf dem Boden und aus der Perspektive von Einzelnen, und auf die Einzelnen blickt nicht die Gemeinschaft, sondern blicken immer Einzelne, einer oder mehrere.

Solch ein Blick eines einzelnen Menschen auf andere einzelne Menschen oder auf eine Gemeinschaft von Menschen ist erst dann konkret, wenn er als Blick auf „meinesgleichen“ vollzogen wird, also im Horizont derjenigen je eigenen Einsichten in das allen Menschen Gemeinsame (in die universalen Bedingungen des Lebens von Menschen), die für den Einzelnen aus dem Blick auf sich selbst als Exemplar der Gattung resultieren.

Was zeigt sich dem Menschen bei einem solchen Blick auf sich selbst? Die Antwort auf diese Frage kann nach dem eben Gesagten nur beinhalten,

⁸ So könnte man aus der Tatsache folgern, dass beim Unfalltod einer Schwangeren die Behörden den Tod eines und nicht zweier Menschen registrieren – wenn man vergisst, dass dies nur eine rechtliche Regelung ist, und dass bei rechtlichen Regelungen immer zu fragen ist, ob bzw. wie weit sie der phänomenalen Realität entsprechen. Rechtliche Regeln beweisen per se nichts über die Realität.

was sich mir beim Blick auf mich selbst als Exemplar der Gattung als dasjenige zeigt, was für mich *und* meinesgleichen gilt. Was sich damit zeigt, ist das Wesen des Menschseins, an dem ich selbst Teil habe und an dem meinesgleichen Teil hat. Ich kann es erfassen, sofern ich überhaupt so etwas wie meinesgleichen auszumachen imstande bin. Und es gibt Gründe – ich unterstelle, dass auch Sie diese Gründe kennen –, eben dies Zutrauen dazu auch zu hegen. Wäre es unbegründet gäbe es keine interpersonale Kommunikation und keinen menschlichen Alltag. Den aber gibt es. Das könnte ohne performativen Selbstwiderspruch nur behaupten, wer nicht nur bestreitet, einen solchen Alltag zu führen (denn diese Bestreitung ist selbst ein kommunikativer Akt), sondern praktisch aus ihm aussteigt.

Auch aus dieser Perspektive der Selbstanschauung eines Einzelnen, die sich auf das richtet, was für ihn *und* seinesgleichen gilt, kann man beide Antworten auf die Ausgangsfrage kombinieren. Aber nur in einem völlig anderen Sinne als dem eben angedeuteten. In diesem Fall kann nur gesagt werden: Die Geburt ist eine Zäsur in je meinem Leben, und zwar die Zäsur zwischen zwei Phasen meines Lebens. Das wäre nur anders, wenn ein Einzelner realistischer Weise sagen könnte, dass die vorgeburtliche Existenz nicht wesentlich und konstitutiv – und zwar bleibend konstitutiv⁹ – für das ist, was er, sich jeweils jetzt auf sich besinnend, als das in den in den Blick bekommt, was er jeweils als „mein Leben“ zur Sprache zu bringen hat. Auch damit ist die Aussage kombinierbar, dass die Geburt der Beginn meines Lebens, also die Zäsur zwischen meinem Nichtsein und Sein¹⁰ bedeutet. Aber nur in folgender Weise: Die Geburt ist der Beginn einer spezifischen Weise meines Seins, nämlich meines nachgeburtlichen Seins als Einzelner unter anderen meinesgleichen, und insofern die Zäsur zwischen dem Noch-nicht-Sein dieser nachgeburtlichen Weise meines Seins-unter-anderen und dem Sein dieser nachgeburtlichen Weise meines Seins als eines Seins-unter-anderen.

Aus der konkreten Perspektive dessen, der sich in der Betrachtung seiner selbst auf das besinnt, was sich an seinem Sein als das für ihn und seinesgleichen Geltende zeigt, ist nur diese zuletzt genannte Art der Verbindung der Aussagen „Die Geburt ist eine Zäsur in meinem Leben“ und „Die Ge-

⁹ Dass das vorgeburtlich Sein eine bleibende, also konstitutive und tragende, Bedeutung für jedes späteren Sein eines Menschen besitzt, also von diesem zwar unterschieden, aber nicht getrennt werden kann – oder, anders ausgedrückt: dass das Menschsein eines Geborenen dauernd bestimmt bleibt durch das vorgeburtliche Sein dieses Menschen, oder: dass das vorgeburtliche Geschick eines menschlichen Individuums in jeder Phase seines nachgeburtlichen Menschseins wirksam präsent bleibt, wird gerade von denen anerkannt, die für die Tötung von behinderten Föten plädieren, und dies mit dem Argument legitimieren, dass es sich bei diesen vorgeburtlichen Wesen noch nicht um Menschen handelt.

¹⁰ Wobei die Ausdrücke „mein Nichtsein“ und „mein Sein“ in dem reflexiven Possesivpronomen die Aussage einschließen „Nichtsein eines Menschen“ und „Sein eines Menschen“.

burt ist der Beginn meines Lebens“ möglich. Das kann man sich auf folgendem Weg klar machen:

Was sich dem auf sich selbst reflektierenden Menschen zeigt, ist sein Dasein in Persongegenwart: sein Jetzt. Dieses Sein in Lebensgegenwart ist ein dauerndes Im-Werden-Sein. Dieses Sein ist nicht etwas Fixes, an dem das Werden nur beiherspielt. Sondern das bestimmte, unverwechselbare eigene Sein ist selber nichts als das Dauern jeweils einer eigenartigen und unverwechselbare Weise des Werdens.

Das gilt für alle Individuen und für alle Klassen von Individuen. Alle Einzelexemplare irgendeiner beliebigen Klasse sind dauernd im-Werden-seiende Systeme. Und von den Klassen gilt dasselbe: Sie sind im Zusammenhang des Weltgeschehens im-Werden-seiende Systeme.

Das dauernde Medium dieses Im-Werden-Seins von allem ist Gegenwart: Gegenwart so verstanden ist kein imaginärer Punkt auf der imaginären Zeitlinie, also nicht etwas, das seine Existenz nur unserer Annahme und Vorstellung verdankt. Vielmehr: Gegenwart verstanden als Medium des Werdens ist das reale *omne*, in dem alles Im-Werden-Sein existiert. Gegenwart so verstanden ist das dauernde Jetzt des wirklichen Bezogenseins einer im Werden befindlichen Lage (Situation), und d. h. einer durch ihr Werden zu bestimmenden Lage (Situation) (ich sage dazu: einer „Basis“ und meine damit nicht ein fixes Seiendes, sondern jeweils das Woher, den Startpunkt des Werdens) – auf den Inbegriff ihrer ausstehenden möglichen Bestimmtheiten, die alle jetzt dazu anstehen, dass eine von ihnen realisierend gewählt wird, d. h. übergesetzt wird aus dem Spektrum der möglichen ausstehenden Bestimmtheiten der Basis auf die Ebene der möglichen verwirklichten Bestimmtheiten dieser Basis. Dieses wirkliche Bezogensein der Basis auf ihre Möglichkeiten ist „wirklich“ in dem emphatischen Sinne von „wirksam“; es ist von der Art, dass in diesem Bezogensein auch tatsächlich realisierend gewählt wird. Das hier in den Blick gefasste Bezogensein hat den Charakter des Jetzt: Das Jetzt ist das Übergehen möglicher ausstehender Bestimmtheiten einer Basis auf die Seite der verwirklichten Bestimmtheiten der Basis. So beschaffen ist Gegenwart überhaupt – nämlich Gegenwart als das Medium von Werden überhaupt.¹¹

Gleichzeitig ist jedem auf sich selbst reflektierenden Menschen aber auch jeweils die Besonderheit dieser seiner eigenen Lebensgegenwart als eines Seins im Werden präsent – nämlich die besondere Weise seines Jetzt-Bezogenseins auf die ausstehenden und zur Wahl anstehenden möglichen Bestimmtheiten eben seines individuellen Personseins. In der Wirklichkeit

¹¹ Hierzu vgl. E. Herms, Zeit V. Systematisch-theologisch, in: G. Krause, Theologische Realenzyklopädie Bd. 36, Berlin 2004, S. 533–551; E. Herms, Meine Zeit in Gottes Händen, in: Ders., Phänomene des Glaubens, Tübingen 2006, S. 238–261; E. Herms, Prozess und Zeit, in: Ders., Phänomene des Glaubens, Tübingen 2006, S. 262–285.

dieses Jetzt-so-Bezogenseins eines individuellen Personseins auf das Spektrum seiner jetzt zur realisierenden Auswahl anstehenden ausstehenden möglichen Bestimmtheiten wird eine aus diesen zur Wahl anstehenden ausstehenden Möglichkeiten nicht nur gewählt *für* die Basis *durch* irgendeine beliebige Instanz außerhalb ihrer selbst, sondern das Wählen erfolgt in diesem Falle der Gegenwart von Personen (also im Falle der Gegenwart von uns und unseresgleichen) auch *durch* die Basis, also *durch* die Person, selbst – und zwar auf eine Weise, kraft deren die wählende Basis für ihr eigenes Wählen auch verantwortlich ist.¹²

Was ist der Möglichkeitsgrund dafür? Der Möglichkeitsgrund ist die komplexe Struktur des Seins dieser Basis: ihr Personsein.¹³ Für Basen, die als Personsein verfaßt sind, sind in ihrem Jetzt-Bezogensein auf ihre zur selektiven Realisierung anstehenden ausstehenden möglichen Bestimmtheiten nicht bloß diese möglichen Bestimmtheiten präsent, sondern darüber hinaus ist ihnen auch präsent: erstens ihr eigenes Bezogensein auf diese Möglichkeiten; und nicht nur dies, sondern darüber hinaus zweitens auch dieses ihr eigenes Bezogensein auf ihre eigenen Möglichkeiten als ein solches, in welchem die Wahl zwischen ihren eigenen zur Wahl anstehenden ausstehenden Möglichkeiten durch sie selbst zu vollziehen ist. Sie haben also zu wählen zwischen ihnen präsenten Möglichkeiten ihres eigenen Wählens. Dies Bezogensein auf zu wählende Möglichkeiten des eigenen Wählens schließt ein, dass jede Wahl, die in diesem Bezogensein zu wählen ist *für* die (personale) Basis, auch diese Basis selbst zu ihrem *Urheber* hat, und zwar zu ihrem verantwortlichen Urheber, der kraft dieser seiner Verantwortlichkeit auf sein Wählen angesprochen werden kann, und zwar so, dass ihm damit eine Antwort zugemutet ist, die er auch geben kann.

Der Ausdruck „Person“ bezeichnet diese Struktur einer Basis des Werdens in Gegenwart, in der die Basis so verfasst ist, wie wir es eben beschrieben haben. Gegenwart, die das Medium allen Werdens ist, besitzt in diesem Fall den Charakter von Persongegenwart. Die Möglichkeiten, aus denen im Falle von Persongegenwart zu wählen ist, sind immer Möglichkeiten des eigenen Personseins der Basis. Das wiederum schließt ein, dass die Wahlen, die eine so geartete Basis, eine Person, aus den so gearteten Möglichkeiten des eigenen Personseins (also des eigenen personalen Wählendseins) wählt, sämtlich den Charakter des Greifens dieser Basis nach Möglichkeiten ihres eigenen Seins, insofern also eines sich selbst Ergreifens, des darin sich selbst Bejahens, also der willentlichen Selbstbestim-

¹² Im Falle von Tieren gehen wir davon aus, dass die Wahl auch am Ort der Basis selbst verursacht wird, aber wir nehmen nicht an, dass sie verantwortlich vollzogen wird.

¹³ Zu den folgenden Darlegungen vgl. schon E. Herms, Person IV. Dogmatisch, V. Ethisch, in: Religion in Geschichte und Gegenwart Bd. 8, 4. Aufl. Tübingen 2005, S. 1393–1401; E. Herms, Zur Systematik des Personbegriffes in reformatorischer Tradition, in: Neue Zeitschrift für systematische Theologie und Religionsphilosophie Jahrgang 50 (2008), S. 377–413.

mung haben, auf die die Person ipso facto auch ansprechbar, für die sie also verantwortlich ist.

Solche Selbstbestimmung vollzieht sich stets in zwei wesentlich zusammengehörigen, aber auch wesentlich unterschiedenen Formen. Nämlich einerseits in der Form des sich für sich selbst Erfassens in einem Begriff, einem Konzept des eigenen Seins-im-Werden, und zugleich andererseits in der Weise eines diesem Selbstkonzept entsprechenden leibhaften Sichverhaltens im eigenen leibhaften Umweltverhältnis, wodurch auf die weitere Entwicklung dieses Umweltverhältnisses, also auf die leibhafte Lage in der Welt, Einfluss genommen wird. Fasst man diese beiden gleichursprünglichen, aufeinander irreduziblen und voneinander nicht trennbaren Seiten zusammen, so kann man davon sprechen, dass die Selbstbestimmung der Person in der Weise ihres kontinuierlichen sich selbst Verstehens erfolgt. Wobei der Ausdruck „Verstehen“ das Ganze desjenigen Umgangs mit etwas gegebenem Realen meint, der angemessen ist, weil er geleitet ist von einer angemessenen Erfassung der Eigenart des Realen, das uns jeweils in der Eigenart seines Seins-im-Werden zu verstehen gegeben ist.¹⁴

Dies alles heißt: Die Selbstbesinnung einer Person, die sich auf das für sie und ihresgleichen Geltende richtet, stößt auf das Existieren in Persongegenwart, das sich als ein Kontinuum des verantwortlichen Sichselbstverstehens vollzieht.

Selbstbesinnung stößt aber auch auf den Charakter der Innerweltlichkeit dieser unserer Persongegenwart und des sich in dieser kontinuierlich vollziehenden Sichselbstverstehens von Personen: Dieses unser Personsein befindet sich im personalen Werden, und das heißt in einem kontinuierlichen eigenverantwortlichen Prozedieren, das sich als Sichselbstverstehen vollzieht, das aber unbeschadet dieses seines Charakters als eines Prozesses des eigenverantwortlichen Sichselbstverstehens, der Selbstbestimmung, dennoch eingebettet ist in Prozesse, durch deren Resultate diese Persongegenwart immer auch schon bestimmt ist und weiter bestimmt wird, die aber nicht durch das personal prozedierende Personsein selbst vollzogen, also nicht Resultate seiner Selbstbestimmung, seines Sichselbstverstehens sind. Die Innerweltlichkeit unseres Personseins besteht darin, dass dieses unser personales Prozedieren eingebettet ist in Prozesse, die nicht personal prozedieren.

Kraft dieses Eingebettetseins hat die Dauer unserer Persongegenwart als einer, die je meine ist, ihren unverwechselbaren Ort im Ganzen des Weltgeschehens. Und das heißt: Das Sein, in dem je ich in Persongegenwart existiere, je mein Jetzt, hat einen unverwechselbar festgelegten Ort im Ganzen aller dieser Prozesse, die sich nicht als je meine Selbstbestimmung vollziehen. Das Jetzt, das je mein Jetzt ist, ist jeweils ein Jetzt-hier. Wobei der

¹⁴ Zu diesem Gebrauch von „Sichselbstverstehen“ vgl. *E. Herms*, *Zusammenleben im Widerstreit der Weltanschauungen*, Tübingen 2007, S. IXff., 1–24, 102–117.

Ausdruck „hier“ das unverwechselbare Gewordensein und Werden der Lage (der Situation) je meiner Persongegenwart innerhalb des Weltgeschehens bezeichnet. Er bezeichnet diese Lage, wie sie meinem zur Selbstbestimmung bestimmten Sein in Persongegenwart durch das Gesamt der Prozesse, die mir als Prozesse des Fremdbestimmtwerdens widerfahren, vorgegeben ist. Dieses Gesamt erstreckt sich von den nicht personalen physischen Prozessen über chemische Prozesse und über die ebenfalls nicht personalen Prozesse des pflanzlichen und tierischen Lebens bis hin zu allen sich innerhalb dieser Gesamtmatrix von nicht personalen Prozessen vollziehenden sozialen Prozesse, deren Fundament wiederum ein personales Prozedieren – nämlich das personale Prozedieren aller Beteiligten – ist. Das Jetzt als je mein Jetzt ist immer ein Jetzt-hier. Jedes derartige Jetzt-hier ist, weil es ein Jetzt-hier ist, eingebettet in das umfassendere Jetzt, in dem sich alles soziale Werden vollzieht, und dieses wiederum ist eingebettet in das umfassendere Jetzt, in dem sich alles nicht personale Werden vollzieht.

Jeder auf sich reflektierende Einzelperson, jeder, zeigt sich ihre Persongegenwart also als ein dauerndes Jetzt-hier. Dieses Hier ist das Resultat einer Fremdbestimmung durch apersonale und soziale Prozesse. Dies Resultat von Fremdbestimmung durch soziale und apersonalen Prozesse bedingt und begrenzt alle Möglichkeiten unserer Selbstbestimmung, alle Möglichkeiten unseres Unselbstverstehens. Es bedingt sie qualitativ und quantitativ (uns und uneresgleichen ist niemals alles möglich). Zugleich aber auch zeitlich: Was möglich ist, ist nicht immer möglich, sondern immer nur in der relativen Dauer des jeweiligen Hier.

Dieses Fremdbestimmtsein unseres Hier konkurriert nun aber in gar keiner Weise mit der kontinuierlichen Selbstbestimmung, zu der wir durch das Jetzt unserer Persongegenwart bestimmt sind. Wir finden uns in einem kontinuierlichen wechselseitigen Bedingungsverhältnis beider Seiten, freilich einem, das asymmetrisch ist: Die Fremdbestimmtheit des Hier unseres Jetzt bedingt unsere innerweltliche Handlungsgegenwart notwendig (notwendige Bedingungen sind keine hinreichenden). Hinreichend aber wird das Bestimmtwerden unserer Handlungsgegenwart, die notwendig bedingt ist durch diese Prozesse unseres Fremdbestimmtwerdens, erst bedingt, d. h. seine vollständige Gestalt erhält es erst durch den Vollzug unserer Selbstbestimmung innerhalb des Flusses jenes Fremdbestimmtwerdens. Vom Kontinuum dieses Fremdbestimmtwerdens können wir uns nicht emanzipieren, aus ihm können wir uns nicht herauslösen.

Für unser innerweltliches Personsein im Werden ist dieses Zusammenspiel wesentlich: Fremdbestimmtheit bestimmt unsere Persongegenwart nicht gewissermaßen zufällig und äußerlich, sondern sie konstituiert unsere innerweltliche Individualität, unser Hier, unseren Ort im Weltgeschehen, und zwar wesentlich. Wir existieren wesentlich eingebettet erstens in das über

das Individuum hinausgehende soziale Gesamtgeschehen und zweitens eingebettet in das apersonale Gesamtgeschehen, in das das soziale Gesamtgeschehen seinerseits eingebettet ist. Dieses Fremdbestimmtwerden in dem Zusammenspiel von apersonalen oder noch nicht personalen und sozialen Prozessen ist als der Möglichkeitsgrund des sozialen Geschehens und allen individuellen Personseins ein ebenso konstitutives Moment unseres Im-Werden-Seins wie das Bestimmtwerden durch uns selbst. In der Selbstreflexion wird uns der individuelle, unverwechselbare Charakter unseres Im-Werden-Seins präsent. Eben damit auch sein Konstituiertwerden durch das unauflösliche Zusammenspiel von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung sowie durch das unauflösliche Zusammenspiel von nichtpersonalen und sozialen Prozessen im Prozess unseres Fremdbestimmtwerdens.

Präsent wird uns in der Selbstbesinnung freilich auch die feste Geordnetheit der beteiligten Prozessebenen. Nämlich die in diesem Zusammenspiel herrschende irreversible Richtung vom jeweils Älteren zum Jüngeren, vom apersonalen Geschehen zum sozialen Geschehen im Bereich unseres Fremdbestimmtwerdens und von diesem dann zu dem innerhalb seiner geschehenden Prozedieren in Selbstbestimmung. In der Selbstreflexion sichtbar wird damit die Asymmetrie, dieses irreversible Gerichtetsein unseres Im-Werden-Seins vom Älteren zum Jüngeren.

Dieses Gerichtetsein präsentiert sich der in Persongegenwart auf sich selbst reflektierenden, sich selbst betrachtenden Person schon kraft des erinnernd (retenierend) retrospektiven Charakters dieser Betrachtung. Dieser erinnernd retrospektive Charakter der Selbstbetrachtung besteht darin, dass diese Betrachtung unsere innerweltliche Persongegenwart als gewordene in den Blick fasst, und zwar als ein durch kontinuierlich wirksame Prozesse Gewordenes, die in Erinnerung präsent sind. Gleichzeitig aber hat die sich in Persongegenwart vollziehende Selbstbetrachtung auch einen prospektiven Charakter. Denn sie betrachtet ja eben die Persongegenwart, und diese ist eben als Gegenwart in sich selbst das Bezogensein auf jeweils jetzt zur realisierenden Auswahl anstehende ausstehende mögliche Bestimmtheiten der (in diesem Fall personalen) Basis. Weil die Selbstbetrachtung überhaupt Betrachtung von Gegenwart, eben von Persongegenwart, ist, und weil Gegenwart immer das Bezogensein auf zur realisierenden Wahl anstehende ausstehende zukünftige Bestimmtheiten der Basis ist, deshalb hat sie immer auch einen prospektiven Charakter, bekommt sie immer auch das Ausstehende der Zukunft der Basis in den Blick. Nun ist die in unserer Selbstbetrachtung erfaßte Persongegenwart innerweltlich. Folglich ist auch die Zukunft, die sie in den Blick bekommt, stets eine Zukunft, von der gilt: Sie ist eine innerweltliche Zukunft. Bekommt aber die für unsere Betrachtung unserer Persongegenwart wesentliche Prospektive auch die Art unserer innerweltlichen Zukunft in den Blick? Bekommt sie in den Blick, wie diese

unsere ausstehende innerweltliche Zukunft beschaffen ist? Das ist jedenfalls insofern nicht der Fall, als diese zukünftigen Zustände das Resultat von Wahlen sind, die noch nicht vollzogen, sondern erst noch in dem gesamten Kontinuum des Zusammenspiels der Prozesse unseres Fremdbestimmtwerdens und unserer Selbstbestimmung zu vollziehen sind. Das wirkliche Ergebnis wird man erst im Rückblick kennen. Aber wenn auch nicht die wirkliche Zukunft prospektiv erfaßt werden kann, so kann doch der Möglichkeitsraum, in dem jede mögliche wirkliche Zukunft liegen wird, prospektiv erfaßt werden. Das zeigt sich schon darin, dass die in unserer innerweltlichen Persongegenwart eingeschlossene Bezogenheit auf Zukunft stets Bezogenheit auf innerweltliche Zukunft ist. Damit zeigt sich bereits etwas von der *Art* der Zukunft, auf die unsere innerweltliche Persongegenwart bezogen ist. Die Frage ist also: Zeigt sich für die Betrachtung unserer Persongegenwart die Art dieser Zukunft, auf die diese Gegenwart in sich selbst bezogen ist, noch etwas genauer?

Das tut sie. Sie zeigt sich nicht nur überhaupt als innerweltliche Zukunft, sondern sie zeigt sich darüber hinaus des näheren als die innerweltliche Zukunft leibhafter Personen. Wie ist diese besondere Art innerweltlicher Zukunft beschaffen? Zunächst scheint es wiederum so zu sein, dass wir darüber nichts ausmachen können, weil und soweit wir diese Zukunft noch nicht selbst erfahren haben. Hier kommt uns jedoch das Faktum zu Hilfe, dass wir in der Selbstbetrachtung auf diejenigen Züge unserer Persongegenwart achten können, die für uns *und* unseresgleichen gelten. Vermöge dessen erweitert sich unser Gesichtskreis über das hinaus, was wir selbst schon erlebt haben, auf das, was wir an unseresgleichen miterleben. Das ist teils das, was wir an uns selbst schon erlebt haben (es zeigt sich uns im Miterleben der Jüngeren), teils das, was uns selbst zu erleben, durchzumachen, noch bevorsteht (es zeigt sich uns im Miterleben der Älteren). So wird sichtbar, dass das Menschsein nicht nur überhaupt nichts ist als eine eigenartige Weise des Werdens, an der nichts fix ist außer dieser bestimmten Weise des Werdens. Sondern es wird auch sichtbar eben die fixe Eigenart dieser besonderen Weise des Werdens: die Eigenart, der Typ des Werdens, in dem sich unseresgleichen befindet, in dem also auch wir uns befinden und das wir als uns in innerweltlicher Persongegenwart auf innerweltliche Persongegenwart Besinnende zu einem je individuellen Teil schon durchgemacht, zu einem anderen Teil noch durchzumachen haben.

Dieses feste Muster des kontinuierlichen Werdens, in dem das reflektierende Menschsein sich findet, besitzt folgende Züge, die sich der auf der Höhe des Lebens in Persongegenwart auf Persongegenwart besinnenden leibhaften Person in Retrospektion (1) und Prospektion (2) zeigen:

1. Person in Retrospektion

In der Retrospektive zeigt sich zunächst ganz allgemein, dass die Möglichkeitsbedingungen der in Persongegenwart jetzt zu vollziehenden und vollzogenen Selbstbestimmung fundiert worden sind durch einen Prozess der Fremdbestimmung. Insgesamt wird hier gesichtet die irreversible Richtung vom Älteren zum Jüngeren, vom reinen Fremdbestimmtwerden ohne Selbstbestimmung zum überwiegenden Fremdbestimmtwerden und Unbewusstbleiben der Selbstbestimmung und von da weiter zum in den Vordergrundtreten der Selbstbestimmung – freilich im Kontext von fortgehendem Fremdbestimmtwerden, das aber nun seinerseits in diesem seinem Charakter als Fremdbestimmtwerden gegenüber dem Prozess der verantwortlichen Selbstbestimmung, des verantwortlichen Sichselbstverstehens, im Hintergrund bleibt.

Ein solches Fremdbestimmtwerden, welches das selbstbestimmungsfähige Personsein konstituiert – man kann auch sagen: es „bildet“¹⁵ – zeigt sich der retrospektiven Selbstbetrachtung zunächst im Blick auf das Werden jeder einzelnen Person (a.), dann aber darüberhinaus auch im Blick auf das innerweltliche Leben der Gattung (b.) und schließlich in radikaler Weise im Blick auf die Konstitution der Welt des Menschen überhaupt (c.).

(a) Retroperspektive Selbstbetrachtung im Blick auf das Werden der einzelnen Person

Das Werden jedes Einzelnen vollzieht sich von Anfang an im Kontext sozialer Prozesse. Soziale Prozesse sind durch das Zusammenwirken von Personen, also durch personales Prozedieren konstituiert. Zeugung und Schwangerschaft sind soziale Prozesse. Folglich vollzieht sich das gesamte vorgeburtliche Geschick des Menschen in einem sozialen Prozess, in einem Prozess, der sich als verantwortliche Interaktion von leibhaften Personen vollzieht. Aber dieser soziale, interpersonal verantwortliche Prozess von Zeugung und Schwangerschaft vollzieht sich in verantwortlicher Anerkennung seiner notwendigen Bedingtheit durch nicht soziale, sondern apersonale Prozesse und der Regeln, die diese Prozesse beherrschen. Diese Aner-

¹⁵ Mit dieser Rede von der „Bildung“ des Personseins ist mehr gemeint als das, was die Person im Prozess ihres Sozialisiertwerdens durchmacht. Gemeint ist schlechthin alles, was der Person im Prozess ihres Ganzwerdens widerfährt, also insbesondere auch alles, was ihr durch ihr Eingebettetsein in das nichtpersonale – physische, chemische, biotische – Werden widerfährt. In diesem umfassenden kosmologischen Sinne haben bereits Herder und Schleiermacher von der Bildung des Menschen gesprochen (zur Vision des ersteren von einer „Universalgeschichte der Bildung der Welt“ vgl. *J. G. Herder*, *Auch eine Philosophie der Geschichte zur Bildung der Menschheit*. Beytrag zu vielen Beyträgen des Jahrhunderts, München 1774; zum Bildungsdenken des letzteren vgl. *E. Herms*, *Schleiermachers Bildungsbegriff und seine Gegenwartsrelevanz*, in: *Ders.*, *Menschsein im Werden*. Studien zu Schleiermacher, Tübingen 2003, S. 228–249).

kennung des unhintergehbaren Bedingtseins des Werdens der Menschen durch apersonale Prozesse wird in beiden sozialen Prozessen vollzogen, die das vorgeburtliche Leben des Menschen bedingen: in der Zeugung ebenso wie in der Schwangerschaft. Zeugung ist diejenige personale Interaktion, dasjenige soziale Phänomen, welches diejenigen nichtpersonalen Prozesse etabliert, die das individuelle Sein im Werden des Menschen innerhalb des nichtpersonalen Weltgeschehens begründen und dann – als sein körperliches Leben – ebenso notwendig auch das individuelle personale Werden des Menschen im Kontext des sozialen Geschehens bedingen. Darauf aufbauend ist die Schwangerschaft dann diejenige personale Interaktion, dasjenige soziale Phänomen, welches dazu dient, dass diese das leibhafte Menschsein notwendig bedingenden nichtpersonalen Prozesse konsolidiert werden. Das soziale Leben anerkennt, indem es die Schwangerschaft anerkennt und als Institution ausbaut, diese notwendige Bedingung allen personalen Lebens, von denen es lebt, indem es nicht nur durch Zeugung das körperliche Leben etabliert, das das Personleben des Menschen notwendig bedingt, sondern indem es auch für die Konsolidierung der präpersonalen Prozesse, die das körperliche Leben des Menschen ausmachen, den Schutz der sozialen Institution der Schwangerschaft anbietet und sie im Schutze der Gesetze permanent mit dem medizinischen Fortschritt verfeinert. Wie durch das soziale Institut der Zeugung so bekennt sich das soziale Leben auch durch das Institut der Schwangerschaft zu seinen älteren Möglichkeitsbedingungen, zu den Bedingungen des körperlichen Lebens des Menschen, und zu den nichtpersonalen Prozessen, in die das personale Prozedieren der Menschen eingebettet ist und durch die es ermöglicht und getragen ist.

Retrospektiv präsentiert sich der in Persongegenwart auf ihr eigenes Im-Werden-Sein reflektierenden Person die mit dem Gezeugtwerden anhebende und die Schwangerschaft einschließende Phase ihres intrauterinen Wachstums im Mutterleib als die erste Phase des Fremdbestimmtwerdens, dessen Resultate das aktuelle Hier des Jetzt in Selbstbestimmung notwendig und bleibend bedingen. Und zwar als diejenige Phase, in der durch soziale Institutionen, Zeugung und Schwangerschaft, die Fundierung und Konsolidierung des noch das gegenwärtige Personleben notwendig bedingenden körperlichen Lebens verursacht und gewährleistet wird. Sämtliche wohlbekannte Überlegungen bezüglich der „bleibenden“ Schäden, die in diesen Phasen verursacht werden können, machen nur Sinn vor dem Hintergrund, dass das was am Anfang des personalen Lebens geschieht, seine körperliche Identität bildet, die präsent bleibt, die es nie wieder verlassen wird.

Im Rückblick zeigt sich dann auch, dass eben diese Phase des Im-Werden-Seins des Menschen beendet und eine neue eröffnet wird durch die Geburt. Diese ist also in der Tat eine Zäsur.

Und zwar eine Zäsur innerhalb desjenigen fundamentalen Prozesses der Fremdbestimmung, der den unverwechselbaren Ort der Selbstbestimmung des jetzt in Persongegenwart in der Welt lebenden Menschen in der Welt – und zwar in der physischen und in der sozialen Welt, also in der Welt des Menschen – bestimmt und die notwendige Bedingung und Grenze seiner in Persongegenwart vollzogenen Selbstbestimmung festlegt.

Die erste Phase dieses fundamentalen Fremdbestimmungsprozesses wird mit der Geburt abgeschlossen, die zweite wird mit der Geburt begonnen.

Wie Zeugung und Schwangerschaft ist auch die Geburt eines Menschen ein soziales Geschehen, das sich als Interaktion von Personen vollzieht. Zu den an dieser Interaktion beteiligten Personen gehört auch der Mensch, der geboren wird.

Die erste Phase war ein Leben im Fremdbestimmtwerden durch solche soziale Institutionen, welche der Fundierung und Konsolidierung der apersonalen Prozesse dienen, die Bedingung für die körperliche Lebensfähigkeit der leibhaften Person sind, für ihr Bestehen in dem Gefüge apersonaler Prozesse in der Welt des Menschen. Die mit der Geburt eröffnete zweite Phase dient dazu, die notwendigen Bedingungen für eine selbständige Teilnahme des einzelnen Menschen am sozialen (also von personalen Prozessen getragenen) Zusammenleben der Menschen, also für die Existenz als leibhaftes personales Individuum unter seinesgleichen, zu schaffen und die dafür erforderlichen sozialen, also interpersonalen, Austauschprozesse zu konsolidieren. Die zweite Phase wird daher zu Recht als Leben im „sozialen uterus“ beschrieben.

Wie der Mensch in der ersten Phase seines Werdens seine Position und sein Werden im körperlichen Leben erleidet, so widerfährt ihm auch seine Geburt als ein Erleiden, nämlich als das Erleiden der individuellen Startsituation seines individuellen sozialen Lebens, das durch diesen Ausgangsort, die Geburt in eine bestimmte Familie, notwendig bedingt ist. Das reine Erleiden dieses Ausgangsortes legt zwar den Verlauf der sozialen Biographie nicht fest, ist aber aus dem individuellen Profil des Lebenslaufes nie zu tilgen.

Die Rede vom sozialen uterus, in den jeder Mensch durch die Geburt versetzt wird, hält also die retrospektive Einsicht fest, dass durch die Geburt noch keineswegs die Phase eröffnet wird, in der die in Persongegenwart existierende Person auf die ihre verantwortliche Selbstbestimmung bedingende Fremdbestimmung reflektiert und deren Resultate als die Ermöglichung und Zumutung von Selbstbestimmung erfährt, der sie nun auch gerecht werden könnte. Durch die Geburt und den Eintritt in den sozialen uterus wird diese Situation noch nicht heraufgeführt.

Vielmehr eröffnet die Geburt die zweite Phase der Fremdbestimmung, deren Resultate dann die späteren Phasen der Selbstbestimmung in reifer Persongegenwart notwendig und ebenfalls bleibend bedingen. Das gilt

sowohl dann, wenn im späteren Leben keine Nacherziehung in Therapieform mehr erforderlich ist, als auch dann, wenn solche Nacherziehung in Therapieform erforderlich ist. Denn in beiden Fällen wird zurückgegriffen auf die Etablierung der Voraussetzungen der sozialen Kompetenzen des Individuums, also auf die Strukturen des Selbst, die kommunikativ gebildet, geweckt¹⁶ und konsolidiert, worden sind in jener Phase des Werdens im sozialen uterus.

Ist diese Phase des Menschseins im Werden wirklich ebenfalls eine Phase des Fremdbestimmtwerdens? Ja, sie ist es. Und zwar eines Fremdbestimmtwerdens im Medium des Erlebens des Umgangs, den die Mitwelt mit dem Geborenen pflegt, das auf die Weckung und Konsolidierung der Voraussetzungen dafür hinwirkt, dass die Person in den Prozess ihres Sichselbstverstehens, ihrer Selbstbestimmung eintreten kann.

Dafür ist die Namensgebung unabdingbar. Gerade sie wird erlitten als ein Fremdbestimmtwerden: Der bzw. die Einzelne wird durch Namensgebung als eine personale Adresse etabliert. Er wird etabliert als Adressat, als jemand der angerufen werden kann und, wenn er sprechen kann, die Unbequemlichkeit auf sich nehmen muß, darauf personal zu reagieren, also Antwort zu geben (daher lernen manche, die schlaue sind, spät Sprechen). Dieses Erhobenwordensein durch die Mitwelt zum unverwechselbaren Adressaten von Zumutungen, ist ebenfalls ein bleibendes Moment der Fremdbestimmung, das basal ist für die gesamte Entwicklung von all dem, was später unter dem Vorzeichen der übernommenen Zumutung von Selbstbestimmung passieren wird.

Das Eintreten in diesen Prozess der Selbstbestimmung geschieht nicht schon mit der Geburt, dem Eintritt in den sozialen uterus, sondern dafür bedarf es einer weiteren Zäsur. Die wird dadurch heraufgeführt, dass sich die Person im sozialen uterus nicht nur explizit als das erfährt, was sie implizit schon ist – nämlich Person, der verantwortliche Selbstbestimmung zugemutet ist –, sondern dass sie sich auch erfährt als Person, welche die Fähigkeit erworben hat, nun also besitzt, dieser Zumutung verantwortlich zu entsprechen, also als Person, die nun auch kann, was ihr durch ihr eigenes Personsein zugemutet ist.

Die durch die Geburt begonnene Phase des Lebens im sozialen uterus verlässt nicht die Bedingungen, die durch die erste Phase, Zeugung und Schwangerschaft, gelegt worden sind. Sie verbleibt dauernd unter den Be-

¹⁶ Ich vermeide es, hier von „etablieren“ zu sprechen und spreche lieber von „wecken“, weil es hier nicht darum geht, die Strukturen des leibhaften Personseins unter anderen Personen allererst zu schaffen. Diese Strukturen eignen vielmehr dem faktischen Personsein als solchem, also auch immer schon faktisch. Sondern im Erleben des Lebens im sozialen uterus werden diese Strukturen der Person zu derjenigen erlebnismäßigen Klarheit gebracht, die dann das Selbstgefühl der Person als die Basis aller ihrer verantwortlichen Selbstbestimmungsakte begründen.

dingungen der apersonalen Prozesse, die in der vorgeburtlichen Phase etabliert und konsolidiert wurden. Die sozialen Prozesse, die im sozialen uterus erlitten werden, sind selbst durchgehend durch den Fortgang und das Erstarken jener älteren, schon zuvor etablierten und konsolidierten Prozesse des körperlichen Lebens bedingt.

Eben dies gilt für die dritte Phase des Personseins im Werden, also für die Phase der Mitgestaltung dieses Werdens durch einen kontinuierlichen Prozess bewusster Selbstbestimmung. Die Bedingung für die Erreichung, für die Erhaltung und für das Wachstum dieser Selbstbestimmungsfähigkeit ist das fortdauernde Eingebettetbleiben in interdependierende soziale (also interpersonale) und in physische (apersonale) Prozesse, die erlitten werden.

So wirkt in den Prozessen der Fremdbestimmung, auf die noch in reifer Persongegenwart als die Möglichkeitsbedingung von Selbstbestimmung zurückgegriffen wird, das fort, was in den beiden ersten Phasen etabliert worden ist.

Man könnte die Beschreibung der im Rückblick, in der Retrospektive sichtbaren eigenartigen, typischen Struktur des Im-Werden-Seins des Menschen verfeinern. Für unsere Thematik reicht das Gesagte.

*(b) Retroperspektive Selbstbetrachtung im Blick auf das innerweltliche
Leben der Gattung*

Wichtiger ist, nicht zu übersehen, dass der retrospektive Blick auf die Bedingungen des Werdens jedes einzelnen Menschen in der Welt des Menschen zugleich auch den retrospektiven Blick auf die Bedingungen des Gewordenseins und Werdens eben dieser Welt des Menschen im ganzen eröffnet:

Die „Welt des Menschen“ ist der reale Möglichkeitsraum aller Umweltverhältnisse von Menschen. Er ist festgelegt durch die universalen Bedingungen, die für alle möglichen Umweltverhältnisse von Menschen gelten.¹⁷

Diese universalen Bedingungen sind wiederum: das Zusammenspielen von sich wechselseitig bedingenden apersonalen und personalen Prozessen. Dieses Zusammenspiel bedingt alles Werden innerhalb der Welt des Menschen. Wiederum ist dieses wechselseitige sich Bedingen ein asymmetrisches und daher das durch es bedingte Werden ein irreversibel von früheren Zuständen auf spätere gerichtetes:

Asymmetrisch ist das wechselseitige Bedingungsverhältnis insofern, als alle personalen Prozesse in der Welt des Menschen notwendig durch apersonale – physische, chemische, biotische – Prozesse bedingt sind. In der Welt des Menschen bedingen zwar auch personale Prozesse die apersonalen Pro-

¹⁷Näheres bei: E. Herms, Welt III. Dogmatisch, IV. Ethisch, in: Religion in Geschichte und Gegenwart Bd. 8, 4. Aufl. Tübingen 2005, S. 1393–1401.

zesse, aber das tun sie nur unter der Bedingung, dass sie selbst als personale Prozesse in dieser Welt des Menschen immer schon notwendig durch apersonale Prozesse bedingt sind. Das schließt ein, dass die die personalen Prozesse bedingenden apersonalen Prozesse älter sind als die personalen. Und dass für die Welt des Menschen eine Phase des Bedingtwerdens der personalen Prozesse durch apersonale älter ist als die Phase des Bedingtwerdens von apersonalen Prozessen durch personale. Das heißt:

In der Welt des Menschen kommt die Selbstbestimmungsfähigkeit aller Einzelnen nur zustande und vollzieht sich die Selbstbestimmung der Einzelnen ausschließlich im durchgehenden Eingebettetsein in das Kontinuum eines zu erleidenden Fremdbestimmtwerdens. Dabei ist im Werden jedes einzelnen Menschen das Erleiden von sozialem Fremdbestimmtwerden primär: Zeugung, Schwangerschaft, sozialer uterus. Aber diese sozialen (also auch interpersonalen) Prozesse anerkennen sämtlich das notwendige Bedingtsein aller sozialen (interpersonalen) Prozesse durch apersonale. Und so gilt für die Welt des Menschen insgesamt: Nichtpersonale Prozesse der kosmischen Evolution sind die notwendige – nicht hinreichende – Bedingung für den sozialen Prozess des innerweltlichen leibhaften Zusammenlebens von Menschen als leibhaften Personen, zu dem die Zeugung gehört. Zeugung fundiert den Möglichkeitsraum des individuellen körperlichen Lebens eines jeden Menschen. Das ist der Grund für das Faktum, dass in dieser Welt des Menschen jedes individuelle Personleben nicht nur durch das Erleiden des sozialen Fremdbestimmtseins durch Zeugung, Schwangerschaft und Geburt seinen unverwechselbaren Platz in der Menschheitsgeschichte zugewiesen bekommt, sondern damit zugleich – weil eben in diesen sozialen Institutionen das dauernde Bedingtsein des menschlichen Personlebens durch apersonale Prozesse anerkannt wird – auch seinen unverwechselbaren Platz in der Naturgeschichte.

Diese Asymmetrie der Wechselbedingung zwischen apersonalen und personalen Prozessen, diese Vorgängigkeit der ersteren gegenüber den letzteren, ist das Gesetz des Werdens, das für die ganze Welt des Menschen gilt. Deshalb ist auch das Werden jeder einzelnen Person in ihr nicht nur eingebettet in einen durchgehenden Prozess des sozialen Fremdbestimmtwerdens, sondern damit zugleich ipso facto eingebettet in den dieses ganze soziale Geschehen bedingenden und umfassenden Prozess des apersonalen – physischen, chemischen, biotischen – Geschehens. Indem aber die Gesetze des apersonalen Geschehens über die Entwicklung und Dauer dieser notwendigen Bedingungen unseres innerweltlichen Personseins entscheiden, entscheiden sie ipso facto auch über die Dauer unseres Personseins in der Welt selber.

In der Welt des Menschen ist alles soziale Geschehen notwendig bedingt durch die nichtpersonalen Prozesse, in die alles soziale Geschehen als in die

notwendige Bedingung seiner Möglichkeit eingebettet ist. Der nichtpersonale Prozess ist als die notwendige Bedingung der Möglichkeit des sozialen Prozesses älter als dieser, dieser jünger als jener. Das Zusammenspiel ist also irreversibel gerichtet vom älteren Prozesstyp zum jüngeren, aber dennoch ein unlösliches, also ein solches, in dem sich der jüngere Prozess nicht aus dem älteren herauslösen kann. Der jüngere emanzipiert sich nicht vom älteren, sondern anerkennt und versteht ihn bestenfalls angemessen als seine bleibende notwendige (nicht hinreichende) Bedingung.

Eben dies geschieht in den für jedes individuelle Menschenleben konstitutiven sozialen Akt von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt. Sie alle sind soziale Akte, freilich just solche, in denen das Eingebettetsein des leibhaften Lebens der Menschheit in ein Gefüge apersonaler Prozesse faktisch anerkannt und hingenommen wird.

Das angemessene Verstehen dieser nur anzuerkennenden und hinzunehmenden Abhängigkeit des sozialen Lebens von dem Gefüge apersonaler Prozesse, das es notwendig bedingt und das insofern auch ein Zug seines eigenen Wesens ist, ist also auch eine notwendige Bedingungen für die Entwicklung und den Bestand des menschlichen Zusammenlebens in dieser Welt. Zunehmende Angemessenheit dieses Verständnisses festigt die Stellung des menschlichen Zusammenlebens in der Welt, abnehmende Angemessenheit des Verständnisses gefährdet sie.

Soweit der Blick auf die für die Menschheit im Ganzen, also für die Welt des Menschen, geltende Ordnung des Werdens, der sich schon mit der Besinnung auf die universalen Bedingungen für das Werden jedes Einzelnen öffnet. Gilt für das Werden jedes Einzelnen: Seine gesamte Selbstbestimmungsfähigkeit und -aktivität ist notwendig bedingt durch das Erleiden eines Fremdbestimmtwerdens, so gilt dasselbe auch für das Gattungsleben: Sein Charakter als soziales, interpersonales Zusammenleben ist notwendig bedingt durch das Erleiden eines nicht durch sich selbst Bestimmtwerdens, eines Fremdbestimmtwerdens, eben des Bestimmtwerdens durch das für die Welt des Menschen wesentliche Gefüge apersonaler – physischer, chemischer und biotischer – Prozesse. Und für jeden einzelnen Menschen gilt: Im Erleiden des seine Selbstbestimmungsfähigkeit und -aktivität notwendig bedingenden Fremdbestimmtwerdens erleidet jeder einzelne Mensch dasjenige Gesetz des Werdens, das für seine ganze Welt gilt.

Vermag nun zwar jeder Einzelne durch seine Selbstbestimmungsaktivität einen gestaltenden Einfluss zu nehmen auf den aktuellen Prozess seines Fremdbestimmtwerdens (Mitgestaltung der sozialen und apersonalen Prozesse, in die er eingebettet ist), so ist ihm doch jeder Einfluss auf dieses für die Welt des Menschen im Ganzen geltende Gesetz des Werdens verwehrt. Ihm ist er so unterworfen, dass er nur vor der Alternative steht, es angemessen zu verstehen oder nicht.

Angemessen aber ist nur ein solches Verständnis dieses für die Welt des Menschen konstitutiven notwendigen Bedingtheits durch ein bestimmtes Gefüge apersonaler – physischer, chemischer und biotischer – Prozesse, welches zwei Tatsachen sieht und ernst nimmt:

Erstens, dass in diesem Gefüge die apersonalen Prozesse die grundlegenden sind und als solche zum Wesen der Welt des Menschen wesentlich hinzugehören ebenso wie zur Eigenart jedes individuellen Menschseins. Diese apersonalen Prozesse können nicht als nicht zum Wesen des menschlichen Personseins hinzugehörig betrachtet werden. In diesen apersonalen Prozessen geht es nicht um etwas anderes als das menschliche Personsein, sondern immer schon um dieses selbst.¹⁸

Zweitens ist ernst zu nehmen, dass dieses Gefüge jedenfalls nur von begrenzter Dauer ist, also endet. Und mit ihm die Welt des Menschen.

(c) Retroperspektive Selbstbetrachtung im Blick auf die Konstitution der Welt des Menschen überhaupt

Diese Betrachtung lenkt nun de facto den Blick über das Geschehen in der Welt des Menschen und das für dieses Geschehen geltende Gesetz des asymmetrischen Zusammenspiels von apersonalen und personalen Prozessen hinaus. Es lenkt den Blick auf das Geschehen dieser Welt im Ganzen und dessen Bedingungen, also auf die Bedingungen für die Entstehung und das Dauern dieser Welt selber – und damit auf die Macht über diesen Ursprung und die Dauer der Welt. Es entsteht die Frage, unter welchen Bedingungen diese Welt selbst entstanden ist und dauert und welcher Instanz dieses Entstehen und Dauern zuzuschreiben ist.

Antwort auf diese Fragen ist Sache der Weltanschauungen und Religionen. Die Antworten fallen unterschiedlich aus. Jede von ihnen knüpft an die Tatsache an, dass das Geschehen dieser Welt wegen seiner irreversiblen Gerichtetheit auf jeden Fall auf sein Ende zugeht. Aber über diese Einsicht in das gewiss zu erwartende Ende des Werdens jedes Einzelnen, des Werdens der Menschheit in ihrer Welt und des Werdens dieser Welt selbst, führt jede dieser kosmogonischen Ansichten insofern hinaus, als sich aus jeder von ihnen jeweils eine Annahme über die Art dieses Endes ergibt:

Jede Antwort auf die Frage nach dem Ursprung der Welt schließt eine Antwort auf die Frage nach ihrer in diesem Ursprung schon gesetzten Bestimmung ein, damit aber auch eine Antwort auf die Frage nach der Bestimmung des gesamten Zusammenlebens von Menschen in dieser Welt und

¹⁸ Das ist keineswegs eine physizistische oder biologistische Sicht des Menschseins. Das wäre sie nur, wenn sie diese Prozesse als hinreichende Bedingung für das menschliche Personsein auffassen würde. Das aber tut sie nicht. Vielmehr fasst sie diese Prozesse nur als die notwendige Bedingung für das Personsein der Menschen im Werden auf.

damit wiederum auch eine Antwort auf die Frage nach der Bestimmung des Lebens jedes Einzelnen innerhalb des Ganzen dieses Zusammenlebens.

Das Ergebnis der Selbstbesinnung in unserer innerweltlichen Persongegenwart auf unsere innerweltlichen Persongegenwart, die in retrospektiver Haltung nach den universalen Zügen des Werdens in solcher Persongegenwart fragt, nach den Zügen des Werdens und Bestehens solcher Persongegenwart in dieser Welt und nach den Bedingungen des Auftretens und Bestehens dieser Welt selber, läßt sich also folgendermaßen zusammenfassen:

Für das Werden, in dem jeder einzelne Mensch er selbst ist, gilt, dass sein personales Prozedieren im Vollzug verantwortlicher Selbstbestimmung notwendig und bleibend bedingt ist durch das Erleiden eines kontinuierlichen Fremdbestimmtwerdens durch soziale und apersonale Prozesse. Dieses nicht durch Selbstbestimmung geleistete Werden bedingt alle Selbstbestimmungsmöglichkeiten bleibend, verändert sie permanent und läßt sie zunächst einmal ansteigen, verbessert sie zunächst einmal.

Für das Werden in der Welt des Menschen – und darum auch für das Werden jedes einzelnen Menschen – gilt, dass alle sozialen (interpersonalen) Prozesse notwendig und bleibend bedingt sind durch apersonale Prozesse. Dieses notwendige und bleibende Bedingtsein der sozialen durch apersonale Prozesse ist von der Art, dass die Stellung der sozialen Prozesse innerhalb des sie umfangenden Gefüges apersonaler Prozesse durch zunehmend angemessenes Verständnis dieses Bedingungsverhältnisses zunehmend gefestigt werden kann und auch gefestigt wurde. Anhaltend ansteigende Bewegungen hängen freilich vom Gelingen von Tradition¹⁹ ab – das nicht selbstverständlich und nicht garantiert ist.

Und für das Werden und Bestehen der Welt des Menschen gilt, dass es notwendig und bleibend bedingt ist durch das Welt etablierende und erhaltende Wirken der Macht über den Ursprung von Welt, wie es dem eigenen Wesen dieser Macht entspricht.

2. *Personsein in Prospektion*

Selbstbestimmung in Persongegenwart auf Persongegenwart liefert freilich erst ein vollständiges Bild vom Muster des Werdens jedes einzelnen Menschen und vom Werden des menschlichen Zusammenlebens in seiner Welt und vom Werden dieser Welt selbst, wenn die retrospektiv zu gewinnenden Einsichten durch die prospektiv zu gewinnenden ergänzt werden. – Was zeigt sich prospektiv?

¹⁹ Vgl. dazu E. Herms, Tradition als Thema der Sozialethik, erscheint demnächst in: Marburger Jahrbuch für Theologie.

Hinsichtlich des zu erwartenden weiteren Werdens jedes Einzelnen zeigt sich: Das notwendige Bedingtsein aller Selbstbestimmungsmöglichkeiten durch das Erleiden von sozialen und apersonalen Prozessen hält sich durch.

Weiterhin ist zu erwarten, dass die durch dieses Fremdbestimmtwerden bedingten, also auch ermöglichten, Spielräume verantwortlicher Selbstbestimmung sich nur für eine begrenzte Dauer erweitern werden. Wegen des notwendigen Bedingtseins aller Selbstbestimmungsmöglichkeiten durch das Erleiden des angedeuteten Fremdbestimmtwerdens kann nicht erwartet werden, dass sich die Selbstbestimmungsaktivität gegen diese zu erleidenden sozialen und physischen Prozesse behaupten können. Erwartet werden kann zwar, dass verantwortliche Selbstbestimmungsaktivität die aus diesen zu erleidenden Prozessen resultierenden Spielräume vor unnötiger Verengung und Verkürzung bewahrt und sie auch soweit möglich ausweitet und solange wie möglich erhalten kann. Aber nicht zu erwarten ist, dass die in diesen von jedem Einzelnen zu erleidenden Prozessen selbst inhärenten Tendenzen zur Abnahme dieser Spielräume durch Selbstbestimmungsaktivität außer Wirkung gesetzt werden können. Erst recht ist das nicht zu erwarten im Blick auf die Tendenz der physischen Prozesse, welche alle soziale Interaktion und alle verantwortliche Selbstbestimmungsfähigkeit notwendig bedingen, zu erlöschen. So ist für die Zukunft der gesamten Selbstbestimmungsaktivität jedes einzelnen Menschen zu erwarten, dass sie ausgeliefert bleibt an die von jedem Menschen nur zu erleidenden Fremdbestimmungsprozesse, die seine Selbstbestimmungsaktivität notwendig bedingen. Und damit ist von ihr schließlich nur das Einschlagen eines der drei folgenden Wege zu erwarten: a) *faktisches Überwältigt- und Beendetwerden* durch die sie notwendig bedingenden Fremdbestimmungsprozesse, b) *entschlossener aber vergeblicher Widerstand* gegen diese Prozesse, an die sie ausgeliefert ist, c) *bewusste und verantwortliches Anerkennung* der Prozesse, denen sie ausgeliefert ist, das bewusste Eingehen auf sie und Mitgehen mit ihnen.

Dasselbe gilt für die Zukunft des Zusammenlebens: Das notwendige Bedingtsein aller sozialen Prozesse durch ein spezifisches Gefüge von apersonalen Prozessen macht zwar ein angemessenes Verständnis dieser Abhängigkeit möglich und – unter der Bedingung hinreichender Traditionsleistungen – dann den Ausbau und die Festigung der Stellung des sozialen Lebens innerhalb des sie notwendig bedingenden apersonalen Prozessgefüges. Aber die Realisierung dieser Möglichkeit ist nicht garantiert. Erwartet werden kann auch das Ausbleiben eines möglichen Ausbaus und einer möglichen Festigung des sozialen Lebens innerhalb des Naturprozesses. Und vor allem: Nicht erwartet werden kann, dass sich das soziale Leben gegen die eigene Tendenz des es bedingenden besonderen Gefüges von apersonalen Prozessen behaupten könnte, zu enden und dem sozialen Leben die notwendigen Bedingungen aller seiner Möglichkeiten zu entziehen. Von einem angemessenen

Verstehen der Abhängigkeit des sozialen Lebens vom Naturprozess im sozialen Leben selber kann nur erwartet werden, dass es seine eigenen physischen Möglichkeitsbedingungen nicht unnötig schädigt und – als Voraussetzung dafür – dass es eben dieses angemessene Verstehen seines Ausgeliefertseins an den Naturprozess bei allen seinen Gliedern zu fördern und über die Generationen hin zu erhalten und wachsen zu lassen bestrebt ist.

Diese verständige Anerkennung des Ausgeliefertseins an den die Selbstbestimmungsmöglichkeiten jedes Menschen bedingenden Prozess des Fremdbestimmtwerdens durch ein spezifisches Gefüge apersonaler Prozesse wird durch das Zusammenleben bestenfalls erleichtert, muß aber jeweils am Ort jedes Einzelnen vollzogen werden. Das ist nun nicht möglich, ohne dass jeweils eine als valide erlebte Annahme nicht nur über das Faktum des Endens der physischen Bedingungen des sozialen Lebens und damit auch des Lebens jeder einzelnen Person sondern auch über das im Ursprung der Welt des Menschen gründende Ziel dieses Endens und damit über die Bestimmung und den Sinn des Im-Werden-Seins dieser Welt und des in ihr Im-Werden-Seins ins Spiel kommt. Weil das Sein der Welt und alles Sein in ihr nur im Werden ist, und zwar in einem zielstrebigem endlichen Werden, deshalb kann es angemessen verstanden werden nur von seiner Bestimmung her, die im Ursprung dieses Werdens begründet ist. Ein angemessenes Verständnis der Eigenart des im-Werden-Seins der Welt des Menschen und des Menschseins in dieser Welt ist nur möglich als ein angemessenes Verständnis seiner Bestimmung, die in seinem Ursprung und in dessen Wesen gründet.

Wo diese Bedingung eines angemessenen Verständnisses des endlichen Seins-im-Werden von Welt und Mensch nicht erfüllt ist, bleiben der Selbstbestimmungsaktivität des Menschen nur die beiden erstgenannten Wege: das faktische Erleiden ihres Überwältigtwerdens oder das Erleiden des ohnmächtigen Widerstandes gegen sie.²⁰ Der erwartbare dritte Weg der Selbstbestimmungsaktivität bleibt ihr verschlossen: die verständige Anerkennung und das verständige Mitgehen mit den Prozessen, denen sie ausgeliefert ist. Deren Bedingung ist immer die Orientierung an irgendeiner als valide erlebten Sicht über die Bestimmung des Seins im Werden, die im Wesen seines Ursprungs gründet.²¹

²⁰ Die heroische Existenz Camus'. Viele Programme des „successful aging“ haben de facto, freilich nicht klarsichtig, auch diesen Sinn eines heroischen Widerstandes.

²¹ Das gilt auch für die Bewältigung der Einschränkung sozialer Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten, die mit dem Eintritt in den Ruhestand verbunden sind. Das ist ein noch nicht ordentlich durchreflektiertes Thema: Auf der einen Seite entfällt soziale Verantwortlichkeit mit dem Eintritt in den Ruhestand, mit dem Ausscheiden aus dem Amt. Das aber heißt nicht, dass soziale Verantwortlichkeit nun überhaupt entfällt. Aber welcher Art wird sie nun? Welcher Art ist die soziale Verantwortlichkeit der Ruheständler als solcher – eben als derer, die ein Amt hatten und nun keins mehr haben? Möglicherweise hätten sie die Verantwortung, die durch diese Passage ins Alter besonders klar erlebte Ausgeliefertheit aller Selbstbestimmungsfähigkeit und -aktivität von Menschen an Prozesse der sozialen und physis-

Erst in einem solchen Überzeugungshorizont ist dann aber auch der Sinn und die Bedeutung des gesamten Seins-im-Werden von Welt und Mensch möglich, also auch eine Erfassung des Sinns und der Bedeutung aller früheren Phasen sowie der Übergänge zwischen ihnen, und damit auch: von Sinn und Bedeutung der Geburt.

Soweit die aus Selbstreflexion gewonnenen Beobachtungen zur typischen, wesentlichen Struktur des Im-Werden-Seins des Menschen und zur Stellung der Geburt als Zäsur im Ganzen dieser Werdestruktur. In dieser Sicht, die das Vergessen unserer selbst und des Werdens, in dem wir selber uns befinden, nicht erlaubt, präsentiert sich die Geburt erstens nicht als der Beginn *des* menschlichen Lebens, sondern nur als ein Ereignis *im* menschlichen Leben („menschliches Leben“ als Bezeichnung für das Leben der Gattung Mensch) und zweitens auch nicht als Beginn *des* Lebens eines einzelnen Menschen, sondern immer nur als ein Ereignis *im* Leben dieses einzelnen Menschen, nämlich als die Zäsur zwischen der ersten und zweiten Phase desjenigen grundlegenden Prozesses des Fremdbestimmtwerdens, der bei jedem einzelnen Menschen alle seine Möglichkeiten der innerweltlichen, also auch begrenzten, Selbstbestimmung hervorbringt und erhält.

Was ergibt sich daraus nun für die angemessene Würdigung dieser Zäsur und für den angemessenen Umgang mit ihr?

II. Zur Würdigung und zum Umgang mit der Zäsur „Geburt“

1. Ganzheitlichkeit des Lebens

Entscheidend ist, dass die Existenz jedes einzelnen Menschen und der Menschheit insgesamt jeweils als die Einheit eines bestimmt gearteten Werdepzesses in den Blick gefasst wird. Es gibt keinen Moment des menschlichen Seins, dessen Eigenart in ihm selber läge. Sondern die Bestimmtheit jedes Momentes ist ein im Werden Gewordenes und im Werden zu neuer Bestimmtheit Übergehendes, also auch nur in dem Ganzen, durch das Ganze und für das Ganze dieses Werdens von Bedeutung.

Im Blick auf diese Phänomene eines kontinuierlichen Werdens kann ein Denken in den Kategorien von „Substanz“ und „Eigenschaft“ nur verstellend und irreführend wirken. Natürlich müssen wir das uns zu erkennen Gegebene genau betrachten. Aber was ist das Gegebene? Und worauf muß sich dabei unser Blick richten? Das Gegebene ist das uns in unserer Lebensgegenwart Gegebene und daher immer das Gewordene und Werdende,

schen Fremdbestimmung, aufklärend und beruhigend der nachkommenden Generation zu kommunizieren.

das im Übergang Befindliche. Folglich muß unsere Aufmerksamkeit sich richten – und kann sich faktisch auch auf gar nichts anderes richten als – auf jeweils gegebene Momente im Zusammenhang des Ganzen des für die Gattung typischen Werdeprozesses, der darum auch für jedes Individuum typisch ist. Die genaue Erfassung des derart Gegebenen besteht nicht in der durch Mikroskope optimierbaren Erfassung von *Zuständen* äußerer Dinge, sondern sie besteht in einer genauen Erfassung des *Prozesses*, in dem unsere eigene Lebensgegenwart im Werden geworden ist und ihrer kontinuierlichen Veränderung im Werden unterliegt. Aufgrund der aus solcher Selbstreflexion gewonnenen Einsicht in die gattungsspezifische Struktur eines – hier: unseres – Seins-im-Werden können wir dann im Blick auf die jeweils gegebene aktuelle Lage eine begründete Vermutung darüber entwickeln, welche Phase in diesem Gesamtzusammenhang des gattungstypisch bestimmten menschlichen Werdens erreicht ist.

Deren Bedeutung ergibt sich immer durch ihre Funktion für das Ganze, durch ihre Relation auf alle früheren und alle folgenden Momente. Im Horizont dieser aus Selbstreflexion gewonnenen Sicht auf das Im-Werden-Sein des Menschen ist das unverwechselbare Er-selbst-Sein eines Menschen zwar notwendig bedingt durch den unverwechselbaren Platz innerhalb des Weltgeschehens, der ihm durch die grundlegenden Fremdbestimmungsakte von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt zuteil geworden ist. Aber wer diese individuelle leibhafte Person in Wahrheit ist, dass steht nicht fest vor ihrem Ganzgewordensein, das in ihrem Leben immer noch aussteht. In dieser Perspektive bekommt das Lebensende, der Tod, den positiven Sinn der Erreichung der im Leben immer noch ausstehenden Ganzheit.²²

Die beste Erfahrung, die wir mit dem Gestorbensein von Menschen machen können, ist ja die: Diese Menschen sind kraft ihres Gestorbenseins ganz geworden – also nicht einfach vernichtet, sondern ganz geworden, vollendet.

Aber nicht nur die Unaufhörlichkeit dieses innerweltlichen Im-Werden-Seins ist in den Blick zu fassen, sondern auch die Geordnetheit dieses Prozesses, seine Gerichtetheit vom Früheren zum Späteren.

Das schließt nach allem Gesagten jede qualitative Abwertung irgendwelcher Phasen gegenüber anderen oder aller gegenüber einer aus. Es impliziert im Gegenteil die Unvermeidlichkeit, das Ältere wahrzunehmen als bleibende Bedingung des Späteren, also die ganz basalen Formen der Fremdbestimmtwerdens als bleibende Wesensbedingungen des späteren Erwachsenseins, die – das gehört zum Wesen dieses Erwachsenseins – in ihm erhalten bleiben. Und ebenso die Unvermeidlichkeit, das Später als das Offenbarwerden des Sinnes des Früheren wahrzunehmen: Das Werden unter

²² Vgl. hierzu E. Herms, Ganzheit als Geschick. Dogmatik als Begriff menschlicher Ganzheitserfahrung und Anleitung zu ihrer Wahrnehmung, in: *Ders.*, Phänomene des Glaubens, Tübingen 2006, S. 171–204.

den Bedingungen des Erwachsenseins (also unser Werden unter Einschluss unserer Selbstbestimmungsfähigkeit und -aktivität) offenbart den Sinn schon des vorgeburtlichen Werdens (als eines solchen, das durch seinen Ursprung schon in sich selbst auf die Bildung und Erhaltung dieser personalen Fähigkeiten gerichtet ist), und das Werden unter den Bedingungen der abnehmenden physischen und sozial bedingten Spielräume der Selbstbestimmung, also unter den Bedingungen des Alters, offenbart den Sinn schon des Werdens unter den großen physisch und sozial bedingten Spielräumen der Selbstbestimmung im Erwachsenenalter: nämlich das Heranreifen unserer Selbstbestimmungsfähigkeit zu der Fähigkeit eines voll angemessenen Verstehens unserer selbst, das in nichts anderem besteht als in der selbstbewussten Anerkennung unserer Ausgeliefertheit an denjenigen Prozess des Fremdbestimmtwerdens, der uns alle unsere Fähigkeiten gewährt, und in der selbstbewusst-verständigen – und insofern immer auch dankbaren – Selbstauslieferung an diesen Prozess; also in einer Würdigung des Alters als der Phase, in dem der Sinn des Ganzen offenbar wird. Kein Zustand im menschlichen Werden trägt seinen Sinn, seine Bedeutung in sich selbst, sondern alle gewinnen ihn aus ihrer Stellung im – jetzt sage ich – Grundmuster. Der Sinn jeder Phase ergibt sich aus dem Zusammenhang aller. Und dies aufgrund der Tatsache, dass dieser Gesamtzusammenhang seine irreversible Gerichtetheit besitzt.

Das meint die Rede von der ursprünglichen Bestimmung des Menschen. Diese Rede bezeichnet also nicht ein Gedankengespinst, sondern sie bringt die Einsicht zur Sprache, die im Blick auf das reale Gerichtetsein des menschlichen Werdens gewonnen wird.

Wie dieses Gerichtetsein inhaltlich bestimmt ist, kann – wir haben es gesehen – nur im Horizont je einer als valide erlebten Überzeugung vom Wesen des Ursprungs des gerichteten Werdens der Welt und allen Werdens in ihr erfasst werden. Aber auf jeden Fall gilt: Wenn wir mit dem Vorgegebensein dieses Typus eines gerichteten Im-Werden-Seins rechnen – und das scheint mir eine höchst realistische Annahme zu sein –, rechnen wir mit der dem Menschsein vorgegebenen, nicht von ihm selbst konstituierten Verfassung des Menschseins im Werden. Wie diese inhaltlich bestimmt ist, das ist dann die große Frage, die in den Weltanschauungen und Religionen ventiliert wird, nämlich: Was ist der finis ultimus? Worauf ist das Ganze gerichtet, worauf läuft es hinaus? Was ist der Sinn?

Darauf werden unterschiedliche Antworten gegeben. Da gibt es große Differenzen. Sie reichen von einerseits Vorstellungen einer innerweltlichen Vollendung (etwa: im Genuß der eigenen Tüchtigkeit, also von sozialem Ansehen; exemplarisch: Aristoteles) bis zur Erwartung des Ganzgewordenseins der Welt des Menschen, das ipso facto erst mit dem Ende dieser Welt und des Lebens in ihr, also jenseits ihrer eintreten kann. Diese zuletzt ge-

nannte Vorstellung ist aber natürlich nur dann haltbar, wenn auch eine bestimmte Vermutung über die Qualität des Ursprungs dieses ganzen Werdeprouesses des menschlichen Personseins innerhalb des Weltgeschehens Platz gegriffen hat und wenn man sich nicht zu schade gewesen ist, auch über diese Qualität des Ursprungs, sein Wesen, zu reflektieren.

Ein Beispiel solcher Reflexion, und zwar das christliche, bietet Paulus: Die Qualität des uns präsenten Werdeprouesses ist der Ausweis, die Manifestation der Qualität der Herrlichkeit des Ursprungs (Röm 1, 20); und Paulus sieht keinen Grund, der Herrlichkeit dieses Ursprungs, die hier sichtbar wird, zu misstrauen. So gilt für ihn: Dieser Ursprung ist treu („pistos ho theos“). Unter dieser Voraussetzung ist dann das Ganzwerden als wirkliches Eingehen in die schöpferisch dauernde Gegenwart, in sein ewig schaffendes Leben und das Ganzgewordensein als das Aufgebobensein in diesem ewig schaffenden Leben vorzustellen. Und so wird es im Christentum auch vorgestellt. Damit wird die Gerichtetheit des innerweltlichen Werdens des Menschen vom Älteren zum Jüngeren nicht übersprungen, sie wird festgehalten und gleichzeitig bezogen auf eine bestimmte Sicht des finis ultimus, der eschatischen Bestimmung dieses Gerichtetseins, und dadurch inhaltlich näher bestimmt.

Das hat im Christentum, und zwar mit besonderer Klarheit bei Martin Luther,²³ zu der Vorstellung geführt, dass die Geburt als Übertritt aus dem körperlichen uterus, in dem die Bedingungen des physischen Lebens in der physischen Welt gebildet werden, in den sozialen uterus, in welchem die Bedingungen des sozialen Lebens in der sozialen Welt gebildet werden, nur die erste Geburt ist, welche – betrachtet im Ganzen des durch seinen Ursprung auf sein ursprüngliches Ziel gerichteten Werdens des menschlichen Lebens – in sich selbst auf diejenige zweite Geburt gerichtet ist, welche (durch die enge Pforte des Sterbens und des Todes hindurch²⁴) den Übertritt aus dem Werden des Menschseins in sein definitives Gewordensein, in sein vollendetes und endgültiges Leben im ewigen Leben des Schöpfers vollzieht. Und eben diesen Sinn der Geburt als Beginn des Wachsens und Her-

²³ Vgl. *M. Luther*, Ein Sermon von der Bereitung zum Sterben, Lipsiae 1519, WA 2, S. 680–698.

²⁴ Vgl. *ebd.* S. 685, 20ff.: Nachdem der Sterbende „jedermann Urlaub gegeben auf Erden“, soll er sich „dann allein zu Gott richten, wohin der Weg des Sterbens sich auch kehret und uns führet. Und hier hebt sich an die enge Pforte, der schmale Steig zum Leben, des muß sich ein jeglicher fröhlich erwägen. Denn er (dieser Weg) ist wohl fast eng, er ist aber nicht lang. Und es geht hier zu gleich wie ein Kind aus der kleinen Wohnung seiner Mutter Leib mit Gefahr und Ängsten geboren wird in diesen weiten Himmel und Erden, das ist auf diese Welt. Also geht der Mensch durch die enge Pforte des Todes aus diesem Leben. Und wie wohl der Himmel und die Welt, da wir itzt in leben, groß und weit angesehen wird, so ist es doch alles gegen den zukünftigen Himmel viel enger und kleiner, wie denn der Mutter Leib gegen diesen Himmel ist. Darum heißt der lieben Heiligen Sterben eine Neue Geburt, und ihre Feste (die Gedenktage ihres Todes) nennt man zu latein „Natale“, ein Tag ihrer Geburt“.

anreifens des innerweltlichen, geschaffenen Personseins zur vollen Erkenntnis des schaffenden Personseins und zur selbstbewusst-freien Selbstauslieferung an das bildende Wirken des Schöpfers durch die geschaffene Welt, dem das innerweltliche geschaffene Personsein ausgeliefert ist, macht die christliche Taufe explizit: Sie sagt, was diese mit der Geburt beginnende Phase des Lebens des Menschen ist: der reale Prozess des leibhaften Übergehens aus dieser Welt zum Vater,²⁵ der als das Werden des innerweltlichen geschaffenen Personseins auf sein Ganzwerden, also als lebenslanges Sterben, die kontinuierliche Überwindung der Illusionen einer autonomen Selbstbestimmungsfähigkeit ist – durch Erlebnisse, die zur verständigen Anerkennung der für unser leibhaftes Personsein im Werden grundlegenden und umfassende Fremdbestimmungsprozesse führen, deren gemeinsame Zielstrebigkeit ihren Grund im Wesen, Wollen und Wirken der Macht über den Ursprung, im Wesen, Wollen und Wirken Gottes, hat.

2. Was bedeutet das dann für den Umgang mit der Zäsur „Geburt“?

Wenn diese Betrachtungsweise des Menschseins als eines Seins-im-Werden akzeptiert wird, sind alle Positionen inakzeptabel, die nicht mit der einheitlichen Ganzheit dieses Werdeprouesses Ernst machen und die zu ihm gehörigen Prozesse des Fremdbestimmtwerdens als nur zufällig und gar nicht hinzugehörig zum Wesen des Im-Werden-Seins des Menschen beiseiteschieben. Keine Phase des leibhaften Im-Werden-Seins des Menschen kann als noch nicht oder nicht mehr hinzugehörig zu seinem Menschsein oder als eine nicht wesentliche Phase seines Menschseins im Werden behandelt werden.

Die Konsequenzen, die sich daraus für den Umgang mit den ersten und letzten Schicksalen des Menschseins ergeben, liegen auf der Hand. Sogar für den Umgang mit extremen Gestalten dieses letzten und ersten Schicksals eines Menschen: Anenzephalie etwa ist als Anenzephalie eines Menschen zu würdigen und zu behandeln. Und das heißt dann einerseits, dass – aus christlicher Sicht – dieser Mensch dazu bestimmt ist, nicht auf dem Umweg über die Bildungsgeschichte seiner Selbstbestimmungsfähigkeit und ihrer Ausübung in Gottes Arme zu fallen, sondern direkt. Andererseits werden wir anderen durch ein solches Menschenschicksal daran erinnert, dass unser aller Selbstbestimmungsfähigkeit notwendig bedingt ist durch ein grundlegendes und umfassendes Fremdbestimmtwerden durch apersonale Prozesse, das eben nicht etwas uns Fremdes, Bedrohliches und Gefährliches sind,²⁶

²⁵ So Luther über den durch die Taufe erklärten Sinn der mit der Geburt beginnenden Phase des menschlichen Lebens: *ebd.*, WA 6, 534, 34ff.

²⁶ „blutige Mathematik [...], die über uns herrscht.“ A. Camus, *Der Mythos des Sisyphos* (1941), Reinbek 2008.

sondern eine Gewährung, die nicht selbstverständlich ist und daher Anlass zu Dank. Uns können dadurch, dass Irregularitäten auf dieser Ebene stattfinden, bestimmte Möglichkeiten des weiteren Werdens entzogen werden. Das bedeutet aber nicht, dass wir im Falle solcher Einschränkungen hier nun einem Untermenschensein oder einem Nichtmenschsein begegnen, sondern hier begegnen wir Demonstrationen eines vom Ansatz her von bestimmten Möglichkeiten seines Werdens ausgeschlossenen Menschseins. Das kann es geben. Aber es ändert nichts daran, dass wir es hier mit dem Leben eines Menschen zu tun haben, also mit einer Phase des Lebens eines Menschen. Daher ist es auch ein Zeichen von gründlichem Realismus, wenn mit allen Fällen, in denen ein Mensch vor seiner Geburt stirbt, nicht so umgegangen wird, dass diese Gestorbenen nicht als Menschen behandelt werden, sondern eben als Menschen: Sie werden, wie alle Menschen, beerdigt. Ebenso realistisch ist, dass in diesen Fällen auf eine Namensgebung verzichtet wird. Denn diese Menschen haben ihre Bestimmung erreicht ohne die soziale Bildungsgeschichte zu durchlaufen, für die die Namensgebung grundlegend ist. Mit ihnen „spricht“ Gott ohne Vermittlung durch das Reden von Menschen.

Wenn also die Geburt als Ereignis im Leben eines Menschen und dieses Leben im Horizont des christlichen Glaubens von seiner in Gott gründenden und auf das ewige Leben in Gott zielenden Bestimmung her verstanden wird, kann das dazu führen, dass schon dieses Ereignis im Leben eines Menschen mit derjenigen Gelassenheit genommen wird, die der Glaube dem Umgang mit allen Ereignissen und Phasen im menschlichen Leben ermöglicht: Bei der Geburt geht es nicht um das Sein oder Nichtsein eines Menschen. Es geht „nur“ darum, dass die Geburt als Passage aus einer in eine andere Phase seines Lebens so gut begleitet wird wie nur irgend möglich. Was hier jeweils zu erkennen und zu ergreifen möglich ist, fällt in die undelegierbare ethische Verantwortung der Medizin. Diese Verantwortung schließt auch den getrosten Verzicht auf das erkennbar Unmögliche ein. Sie schließt auch die Möglichkeit ein, bei akuter Bedrohung des Lebens der Mutter das Leben des noch nicht Geborenen zu opfern²⁷ – wenn die Mutter dem zustimmt.

Das hier Dargelegte steht im Gegensatz zu allen Positionen, die meinen, dass man irgendwelche Phasen dieses Gesamtprozesses aus dem Menschsein ausklammern und sagen könnte, erst mit dem Erreichen dieser oder jener Phase des Grundmusters des Menschseins-im-Werden sei auch das Menschsein erreicht. Jede derartige Sicht fasst das Menschsein nicht als ein dauerndes Sein im Werden auf, sondern als ein Gewordensein, als ein Fertigsein.

²⁷ Ich halte dies für einen der Fälle des faktischen, die ausdrückliche Zustimmung der Betroffenen nicht einschließenden Verlustes des Lebens für andere, wie er im Zusammenleben der Menschen auch sonst vorkommt.

Diesen Zustand hat aber das Menschsein in Wahrheit frühestens durch seinen Tod erreicht. Folglich muß man sagen: Alle Positionen, die die älteren Phasen für irrelevant halten, nehmen schon vorweg, was eigentlich ja erst im Tode der Fall sein soll, nämlich das definitive Gewordensein des Menschen. Die Verleugnung des umfassenden Werdecharakters des Menschseins und des es basal und umfassend bedingenden Fremdbestimmtwerdens ist die Verleugnung von Lebendigkeit. Diese Verleugnung hat etwas Tötendes.

Dies Negativurteil gilt m. E. in der Tat für dasjenige verbreitete Lebensgefühl, welches den Zusammenhang von basalen Fremdbestimmungsprozessen nur als eine Art Vorbedingung für das Menschsein als *homo sapiens* und als mündiger, sich selbst bestimmender Bürger in einem demokratischen Gemeinwesen ansieht. Und welches folglich auch erst denjenigen Menschen, welche diese Phase erreicht haben, die Würde des Menschseins uneingeschränkt zubilligt und den vollen Schutz dieser Würde. Das ist eine Form des unangemessenen Sichselbstverstehens von Menschen. Und jede solche Form eines unangemessenen Sichselbstverstehens ist nicht nur für die dadurch Behinderten, sondern auch für ihre Mitwelt gefährlich – u. U. tötend.

Dies alles sind ethische Überlegungen. Darum zum Schluß ein Wort zum Unterschied und zur Beziehung zwischen ethischen Einsichten und juristischen Urteilen:

Gesetzgebung und Pflege der Rechtsordnung sind von jedem menschlichen Ethos verlangte Leistungen, die allein denjenigen Grad an wechselseitiger Erwartungssicherheit herstellen können, auf den das menschliche Zusammenleben angewiesen ist. Die Stabilität eines Ethos ist auf das auf seinem Boden stehende Recht angewiesen. Das anzuerkennen, schließt aber auch die Anerkennung der Tatsache ein, dass jede Rechtsordnung sich auf dem ihr vorgelagerten Boden eines – eben *seines* – Ethos bewegt. Die den Gesetzgebungsmaßnahmen vorausgehenden Debatten beweisen das.

Sie beweisen auch, dass sich an dieser Rückgebundenheit des Rechts an vorgelagerte Ethosgestalten auch unter den Bedingungen des religiös/weltanschaulichen und darum auch ethischen Pluralismus nichts geändert hat. Diese Lage entlässt die Rechtsordnung nicht aus ihrer Relativität auf ethische Überzeugungen, sondern verlangt von ihr nur, dass sie eine Mehrzahl unterschiedlicher ethischer Orientierungen als ihren Boden anerkennt – wenn auch nur solche, die selbst jeweils Motive zur friedlichen Koexistenz mit anderen besitzen und wirksam werden lassen.²⁸ Folglich wird man immer damit rechnen müssen, dass die rechtlichen Bestimmungen auf der einen Seite klare Alternativen aufbauen. Sonst erfüllen sie nicht ihre Funktion als Rechtsbestimmungen. Aber andererseits darf die rechts-

²⁸ Hierzu vgl. E. Herms, *Politik und Recht im Pluralismus*, Tübingen 2008.

politische Möglichkeit, das bestehende Recht aus ethischen Einsichten heraus zu verbessern, nie aus dem Blick gelassen werden. Auch die Zunft der Juristen ist verpflichtet, ständig dazu beizutragen, dass man die rechtlichen Festsetzungen den in der Gesellschaft erreichten ethischen Verständigungen zwischen den koexistierenden Ethospositionen anpasst. Hier ist eine Arbeit zu tun, in der auch Kompromisse nicht vermieden werden können.²⁹

Wie immer aber auch die rechtliche Ordnung eines Handlungsbereiches, und hier: die rechtliche Ordnung des Umgangs mit dem vorgeburtlichen Leben, ausfallen mag, in jedem Fall läßt sie die Frage offen, was im Rahmen des rechtlich Möglichen das ethisch Vorzugswürdige ist. Diese Frage stellt sich in jedem Fall den beteiligten Akteuren – vor allem Medizinnern und Eltern – neu. Das Grundgesetz der Bundesrepublik schließt zwar die Möglichkeit ein, dass es Rechtsvorschriften geben kann, die Medizinnern und Eltern zwingen, Handlungen zu unterlassen, die ihrer eigenen persönlichen Überzeugung entsprechen (etwa „lebensunwertes Leben“ zu töten); aber es schließt die Möglichkeit aus, sie zur Ausführung von Handlungen zu zwingen, die ihrer ethischen Überzeugung widersprechen. Damit aber ist es der – selbst positiv rechtliche – Rahmen für eine Rechtsordnung, die durch keine ihrer einzelnen Regelungen die beteiligten Akteure von der selbständigen Bildung eines ethischen Urteils über das im konkreten Fall jeweils Vorzugswürdige entlastet. Daher sollte das Training im Umgang mit ethischen Fragen ein wesentlicher Bestandteil der Mediziner Ausbildung sein.

Literatur

Camus, Albert, Der Mythos des Sisyphos (1941), Reinbek 2008.

Herder, Johann Gottfried, Auch eine Philosophie der Geschichte zur Bildung der Menschheit. Beytrag zu vielen Beyträgen des Jahrhunderts, München 1774.

Herms, Eilert, Art.: Ethik I. Begriff und Problemfeld, in: Religion in Geschichte und Gegenwart Bd. 2, 4. Aufl. Tübingen 1999, S. 1598–1601.

Ders., Person IV. Dogmatisch, V. Ethisch, in: Religion in Geschichte und Gegenwart Bd. 4, 4. Aufl. Tübingen 2001, S. 1123–1129.

²⁹ Ich habe das in der Ethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz erlebt. Dort ging es um die Frage, wie der Bereich der PID rechtlich zu ordnen ist. Ich halte aus ethischen Gründen den Verzicht auf PID (Pränataldiagnostik) für vorzugswürdig gegenüber ihrer Anwendung, sehe aber, dass man diese Sicht in einer offenen Gesellschaft nicht jedermann zumuten kann. Folglich schien es mir vertretbar zu sein, zu sagen: Für den Legislator einer offenen Gesellschaft ist es vorzugswürdig, ein Gesetz für eine offene Gesellschaft zu machen, das vorsieht, eine an scharfe medizinische Indikationen gebundene Anwendung von PID zuzulassen. Diese Entscheidung der rheinland-pfälzischen Kommission ist dann vom nationalen Ethikrat wiederholt worden.

- Ders.*, Schleiermachers Bildungsbegriff und seine Gegenwartsrelevanz, in: *Ders.*, Menschsein im Werden. Studien zu Schleiermacher, Tübingen 2003, S. 228–249.
- Ders.*, Zeit V. Systematisch-theologisch, in: *Müller, Gerhard/Krause, Gerhard* Theologische Realenzyklopädie Bd. 36, Berlin 2004, S. 533–551.
- Ders.*, Welt III. Dogmatisch, IV. Ethisch, in: Religion in Geschichte und Gegenwart Bd. 8, 4. Aufl. Tübingen 2005, S. 1393–1401.
- Ders.*, Phänomene des Glaubens, Tübingen 2006.
- Ders.*, Ganzheit als Geschick. Dogmatik als Begriff menschlicher Ganzheitserfahrung und Anleitung zu ihrer Wahrnehmung, in: *Ders.*, Phänomene des Glaubens, Tübingen 2006, S. 171–204.
- Ders.*, Zusammenleben im Widerstreit der Weltanschauungen, Tübingen 2007.
- Ders.*, Politik und Recht im Pluralismus, Tübingen 2008.
- Ders.*, Zur Systematik des Personbegriffes in reformatorischer Tradition, Neue Zeitschrift für systematische Theologie und Religionsphilosophie Nr. 50 (2008), S. 377–413.
- Ders.*, Tradition als Thema der Sozialethik, erscheint demnächst in: Marburger Jahrbuch für Theologie.
- Luther, Martin*, Ein Sermon von der Bereitung zum Sterben, Lipsiae 1519.

III. Das Wohl der Eltern im Kontext moderner Diagnostik

Sabine Hufendiek

Frauen/Paare im Spannungsfeld pränataldiagnostischer Untersuchungen zwischen der Freiheit und der Not zur Entscheidung

I. Einleitung: Kontext der Beratungsanalyse

Das Evangelische Zentralinstitut für Familienberatung (EZI) in Berlin, das bundesweite Fort- und Weiterbildungsinstitut der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD), bekam 2002 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) den Auftrag zur „Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums für die Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik) und bei zu erwartender Behinderung des Kindes“¹. Dipl.Psych. Annelene Meyer hatte bereits in den 90ziger Jahren zweimal eine Fortbildungswoche zu dieser Thematik durchgeführt und konnte auf mannigfache Erfahrung mit interprofessioneller Zusammenarbeit zurückgreifen. Die Ärztin Renate Brünig hatte seit 20 Jahren in Berlin ein Netzwerk zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext Pränataldiagnostik (PND) gebildet und mit anderen Fachkolleginnen und -kollegen einen Arbeitskreis zur Pränataldiagnostik gegründet. Zur Mitarbeit in der Konzeption und Durchführung des geplanten Curriculums begann die Autorin dieses Beitrags im Oktober 2002 ihre Arbeit als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am EZI. Neben dem Bereich psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik liegen ihre Schwerpunkte in der Fortbildung in Schwangerschaftskonfliktberatung, in der Weiterbildung in psychologischer Beratung (IFB²) und in der Paarberatung. Im Laufe der Zeit hat die Autorin bislang etwa 150 Frauen/Paare im Kontext PND beraten und begleitet.

¹ S. Hufendiek et al., Abschlußbericht zum Modellprojekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums für die Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik) und bei zu erwartender Behinderung des Kindes“, 2002 bis 2005. URL: <http://www.ezi-berlin.de/images/abschlussbericht-PD.pdf>, Stand 2010.

² Integrierte Familienorientierte Beratung.

II. Spannungsfeld

Neben den medizinischen Möglichkeiten und dem rasanten Fortschritt in diesem Bereich seit Einführung von Ultraschall und Amniozentese gibt es in Deutschland klare, hier nicht zu thematisierende gesetzliche Vorgaben.³

Darüber hinaus gibt es gesellschaftliche Strömungen und Meinungsbildungen, sowohl über die Notwendigkeit der Anwendung von Pränataldiagnostik als auch über den Umgang mit Behinderung und Erkrankung. Nicht zuletzt gibt es einzelne Menschen mit ihrer individuellen Biographie, mit ihren Prägungen, Urteilen und mit ihren ethischen und moralischen Leitbildern.

Alle diese Bereiche greifen ineinander und beeinflussen sich fortwährend wechselseitig. Im Folgenden soll versucht werden, die innerpsychische Situation von schwangeren Frauen/Paaren zu schildern, um danach an beispielhaften Fällen etwas von der Verschiedenheit der Reaktionen und der Entscheidungen einzelner Paare zu verdeutlichen.

³ Vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hg.), § 218 StGB – was ist neu?, 1. Aufl. Bonn 1995. „Die Rechtswidrigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs ist ausgeschlossen im Falle der sogenannten medizinischen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) ohne zeitliche Begrenzung, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse notwendig ist, um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau abzuwenden. (...) Eine sogenannte embryopathische Indikation, bei der eine Fortsetzung der Schwangerschaft wegen zu erwartender schwerwiegender gesundheitlicher Schäden des Kindes unzumutbar ist, sieht das neue Gesetz im Gegensatz zum bisherigen Recht nicht mehr vor. Eine rechtfertigende Indikation kann in solchen Fällen nach dem neuen Recht dann greifen, wenn nach ärztlicher Erkenntnis die Voraussetzung der medizinischen Indikation vorliegt, d. h. wenn unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse eine Lebensgefahr oder eine schwerwiegende Gefahr für die körperliche und seelische Gesundheit der Mutter besteht.“ (*ebd.*)

Im Mai 2009 hat der Bundestag das Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) beschlossen, welches ab 1.1.2010 in Kraft tritt. Diese Neufassung wurde nötig, weil sowohl die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als auch verschiedene andere gesellschaftliche Gruppierungen, u. a. die Kirchen, auf eine Neuregelung drängten. Es wurde ein neuer § 2a in das SchKG eingeführt, der Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen regelt. Die Änderung betrifft folgende Punkte:

Die Frau erhält mehr Beratung im Zusammenhang mit der Diagnose einer Erkrankung des Kindes, was sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte angeht.

Sie muß vom Arzt obligatorisch darauf hingewiesen werden, dass sie ein Recht auf Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen hat (nach § 2 SchKG), und er soll möglichst einen Kontakt zu einer örtlichen Beratungsstelle herstellen.

Zwischen der erfolgten Diagnose bzw. Beratung und der Ausstellung einer Indikationsbescheinigung müssen mindestens drei Tage vergehen (Zeit des Überdenkens).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) erstellt Informationsmaterial zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und Informationsmaterial zum Leben von Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen.

Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Behindertenverbänden und Verbände von Eltern behinderter Kinder sollen hergestellt werden.

Vgl. Berufsverband der Frauenärzte e. V.; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (Hg.), Frauenarzt Nr. 50/11 (2009).

Zu Beginn ein paar Daten über die Erwünschtheit von Schwangerschaften⁴:

- 15% aller Schwangerschaften sind geplant und erwünscht.
- 10% aller Schwangerschaften sind geplant und nicht erwünscht.
- 45% aller Schwangerschaften sind nicht geplant, aber erwünscht.
- 30% aller Schwangerschaften sind nicht geplant und unerwünscht.

Diese Daten weisen daraufhin, mit wie viel Ambivalenz jede/s Frau/Paar es in einer Schwangerschaft zu tun hat. Lebensgeschichtlich wird der Übergang vom Paar zur Familie als der bedeutsamste Übergang im Erwachsenenleben gewertet.⁵

Schwangerschaft ist eine sensible Verbindung von hormonellen Vorgängen, von seelischer Befindlichkeit und von lebensgeschichtlichen Gegebenheiten.⁶

Es ist also normal, dass jede Frau – auch bei einer erwünschten Schwangerschaft – es mit Ambivalenzen und mit Ängsten zu tun hat und sich unsicher fühlt, ob sie der neuen Aufgabe, die sie mit der Mutterschaft erwartet, gewachsen sein wird.

In dieser Situation bietet die Pränataldiagnostik scheinbar ein „Instrument“, das die Unsicherheit erträglicher macht. Alle normalen Ängste und Unsicherheiten werden in der Frage zusammengeführt: Ist das Kind gesund?

Diese Frage lässt sich scheinbar am eindeutigsten durch Pränataldiagnostik beantworten. Dass durch Pränataldiagnostik häufig ganz neue Fragen und Unsicherheiten entstehen können, machen sich schwangere Frauen/Paare meist nicht bewusst. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, wenn Frauen/Paare sich psychosozial beraten lassen würden, bevor sie mit einer auffälligen Diagnose konfrontiert werden. Es wäre dann möglich, dass Frauen/Paare vorab einen eigenen Standpunkt zu Erkrankungen und Behinderung entwickeln und nicht erst in der dramatischen und traumatischen Situation eines positiven Befundes.⁷ Spätestens wenn irgendeine Auffälligkeit im Rahmen der Diagnostik entdeckt wird, stellt sich für die Frauen/Paare die Frage, ob sie weitere diagnostische Ermittlungen wünschen. Es gibt Fälle, in denen auch neue und genauere Untersuchungen letztlich keine Klarheit darüber ergeben, welchen Schweregrad von Erkrankung und Fehlbildung das erwartete Kind haben wird. Es bleibt eine Spanne bestehen zwischen

⁴ W. Heinz et al., Soziale Ungleichheit und Geschlechterverhältnis im Wandel: Ausbildung, Beruf und Familie im Lebenslauf, Forschungsprojekt der Universität Bremen, Verbundprojekt A1/B1 2000.

⁵ Vgl. C. Sies, Schwellen des Begehrens, in: C. Borer/K. Ley (Hg.), Fesselnde Familie, Tübingen 1991, S. 106–130.

⁶ Vgl. G. Gloger-Tippelt, Schwangerschaft und erste Geburt, Stuttgart 1988.

⁷ Vgl. M. Leuzinger-Bohleber et al., Ambivalenz des medizinisch-technischen Fortschritts, Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen Nr. 63 (2009), S. 189–213.

leichten Entwicklungsverzögerungen bis zu sehr schweren geistigen Behinderungen. In dieser Unklarheit eine Entscheidung fällen zu müssen über den Fortbestand oder den Abbruch einer zumeist sehr erwünschten Schwangerschaft, bedeutet eine kaum erträgliche Zerreißprobe. Dazu kommt, dass Frauen/Paare oft nicht wissen, dass ein später Schwangerschaftsabbruch eine eingeleitete Geburt ist. Wenn die Schwangerschaft bereits weit fortgeschritten ist und das erwartete Kind auch unabhängig von der Mutter überleben könnte, bedeutet das die aktive Tötung des Kindes im Mutterleib durch den Arzt, den sog. Fetozid.⁸ Viele Frauen/Paare hoffen, dass sie dieser Spannung entkommen können, wenn sie sich möglichst schnell für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden. Die Hoffnung richtet sich darauf, dass mit dem Abbruch der Schwangerschaft gleichsam die unaushaltbare Spannung vergehen möge. Das erweist sich allerdings meist als Trugschluss. Zu schnell gefasste Entschlüsse können zu schwierigen, verzögerten oder pathologischen Trauerprozessen⁹ führen, oder die fehlgeleitete Trauer führt zu nicht endenden Schuldgefühlen und Ambivalenzen. So schreibt Mathias Hirsch: „im Vergleich mit dem überwiegenden, und zwar eindeutigen Nicht-willkommen-Sein ist ein Kind, dessen Existenz zwar erwünscht ist, das aber nicht den Erwartungen der Eltern genügt, weit mehr mit Ambivalenz konfrontiert. Es lassen sich einige Formen dieser Diskrepanz vorstellen, etwa, wenn es sich um ein mißgebildetes Kind handelt (...)“¹⁰.

Darüber hinaus bringen Frauen ihr ganz individuelles biographisches Erleben mit in die Lebensphase von Schwangerschaft und Geburt. D. Pines schreibt dazu, „Es gehört zum Beeindruckendsten in der Analyse schwangerer Frauen, dass vorher verdrängte Phantasien wieder im Vorbewußtsein und im Bewußtsein auftauchen (...) unerquickliche Konflikte aus zurückliegenden Entwicklungsstufen werden wieder lebendig (...). Die junge Frau muß sich sowohl in ihrer inneren Welt als auch in der äußeren Objektwelt adaptiv einen neuen Standpunkt suchen.“¹¹

Für die Beratung bedeutet das, dass wir es auch in diesem Bereich mit Menschen zu tun haben können, die an einer schweren Störung der Selbststruktur leiden, wie z. B. einer frühen Störung, einer schweren narzisstischen Störung, einer traumatischen Störung oder einer Borderline Störung.¹² In Zahlen ausgedrückt ist das etwa ein Drittel der Bevölkerung. Diese Menschen stellen sowohl in der Schwangerschaftskonfliktberatung (Beratung nach § 219 StGB), die meist eine einmalige Begegnung von etwa einer

⁸ Vgl. R. Brünig et al., Psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik kommt in der Beratung (nicht) vor?, Fokus Beratung Nr. 10 (2007), S. 67–74.

⁹ Vgl. M. Beutel, Der frühe Verlust eines Kindes, Göttingen 2002, S. 20.

¹⁰ M. Hirsch, Schuld und Schuldgefühl, Göttingen 2007, S. 168.

¹¹ D. Pines, Der weibliche Körper, Stuttgart 1997, S. 65f.

¹² Vgl. G. Rudolf, Strukturbezogene Psychotherapie, Stuttgart 2006, S. 5.

Stunde beinhaltet, und in der psychosozialen Beratung im Kontext Pränataldiagnostik, in der es in der Regel etwa zwei bis dreimalige Begegnungen oder auch mehr Kontakte von ca. 90 Minuten gibt, eine besondere Herausforderung dar.

Ihnen fällt es schwer bzw. es ist ihnen unmöglich, Ambivalenzen auszuhalten und in die eine oder andere Richtung zu phantasieren, z. B.: Was würde es bedeuten, die Schwangerschaft auszutragen und dann ein Leben mit der Herausforderung zu gestalten, so einem besonderen Kind gerecht zu werden? Auf der anderen Seite: Was bedeutet ein später Schwangerschaftsabbruch in der jeweiligen individuellen Lebenssituation und was hat er für Folgen? So strukturierte Frauen/Paare neigen stärker als belastbarere Persönlichkeiten zu (vermeintlich) schnellen Lösungen, weil die innerseelische Spannung unaushaltbar erscheint, und haben wenig Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge. Alte Verletzungen, traumatische oder unverarbeitete Lebensereignisse werden reaktiviert im Augenblick der Mitteilung einer Diagnose eines auffälligen Befundes beim erwarteten Kind.

In allen Diskussionen um Beratung im Kontext Pränataldiagnostik spielt diese Personengruppe keine Rolle. Diese besonders belasteten Personen machen es aber Beraterinnen und Beratern schwer, z. B. ethische Fragestellungen in der Beratung anzusprechen und auszuloten. Sie machen es des Weiteren oft unmöglich, Druck zu reduzieren und Zeit zu gewinnen, die für eine so gravierende existentielle Entscheidung notwendig ist. Es ist unausweichlich, dass Beraterinnen und Berater nach solchen Beratungen unzufrieden und mit vielen offenen Fragen zurückbleiben.

Zugleich ist es auch diese Personengruppe, die nach einem erfolgten Abbruch der Schwangerschaft Mühe hat, einen angemessenen Trauerprozess zu durchleben. Manfred Beutel beschreibt in seinem Buch „Der frühe Verlust eines Kindes“, dass Risikofaktoren für Bewältigungsschwierigkeiten im Verlauf des Trauerprozesses bei Frauen auftraten mit bestimmten „Persönlichkeitsmerkmalen (selbstunsichere Persönlichkeit) und [nach] vorausgegangene[n], schwere[n] Lebensereignisse[n] (...)“¹³.

III. Drei Fallbeispiele

1. Schwangerschaftsabbruch nach validem Entscheidungsprozess

Bei einer Schwangeren wird in der 22. Schwangerschaftswoche beim Fetus ein hypoplastisches Linksherz diagnostiziert. Das ist ein sogenannter „high risk“ Herzfehler. High risk bedeutet, dass das Kind mit einer hohen Wahr-

¹³ M. Beutel, *Der frühe Verlust eines Kindes*, Göttingen 2002, S. 126.

scheinlichkeit bei einer der mindestens drei erforderlichen Operationen, entweder während oder nach der OP verstirbt. Wenn das Kind alle Operationen übersteht, kann es sein, dass Folgeschäden entstehen, z. B. Hirnschäden infolge langer Narkosen und möglicher Sauerstoffmängel. In jedem Fall ist das Kind sehr eingeschränkt; es handelt sich also nicht um einen Herzfehler, der eine relativ gute Prognose nach einer operativen Behandlung hat.

Die pränataldiagnostische Praxis hat für das Paar bereits einen Termin bei einem Kinderkardiologen vereinbart, damit von medizinischer Seite alle notwendigen Informationen bereitgestellt werden. In dieser Praxis ist es üblich, dem Paar auch eine psychosoziale Beratung anzubieten und – sofern gewünscht – gleich einen Termin zu vereinbaren.

Am nächsten Tag kann ein Termin zur psychosozialen Beratung bereitgestellt werden. Es kommt ein junges Paar, die Frau bereits gut sichtbar schwanger, das sehr dankbar über den schnellen Beratungstermin ist. Am Vormittag des gleichen Tages hat das Paar einen Termin mit dem Kinderkardiologen wahrgenommen und fühlt sich von dieser Seite ausreichend und umfassend informiert.

Die junge Frau ist Anfang dreißig, der junge Mann Mitte dreißig. Sie sind seit etwa fünf Jahren verheiratet und haben eine zweieinhalbjährige gemeinsame Tochter. Die jetzige Schwangerschaft war nicht geplant, sie konnten sich aber schnell darauf einlassen und sich über das erwartete Kind freuen. Die junge Frau ist studierte Geisteswissenschaftlerin und plant zu promovieren. Der Mann ist Ingenieur und arbeitet in einer verantwortlichen Stellung in einer großen Firma. Sie haben bewusst keine frühe Pränataldiagnostik in Anspruch genommen, lediglich den Spezialultraschall in der 22. Woche, um abzuklären, ob alles soweit in Ordnung ist, oder ob spezielle Maßnahmen für die Geburt notwendig werden. Das erwartete Kind ist ein Junge. Beide sind über den mitgeteilten Befund noch sehr im Schock. Sie weinen viel, sind zugleich aber in der Lage, gut über ihre innere und äußere Situation zu reflektieren.

Nach 90 Minuten Gespräch verabreden wir einen neuen Gesprächstermin in drei Tagen. In dem zweiten Gespräch wird allmählich die Tendenz erkennbar, das erwartete Kind nicht auszutragen, sondern einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Beide sprechen über ihre Einstellung zum Leben und Sterben, über die Frage nach Schuld, die eine solche Entscheidung mit sich bringt. Gleichzeitig reflektieren sie über die Freiheit, die entsteht, wenn eigene Lebensentwürfe weiter verfolgt werden können. Es gilt auch, Verantwortung für die kleine Tochter wahrzunehmen, die nicht versorgt wäre, wenn die Frau mit dem erwarteten Baby über Wochen und Monate im Krankenhaus sein müsste. Als Fragen des Paares nach dem Prozedere eines späten Schwangerschaftsabbruchs gestellt werden, verdichtet sich die Atmosphäre nochmals. Ein später Schwangerschaftsabbruch ist

immer eine eingeleitete Geburt und folglich stellt sich die Frage: Wie wollen die beiden das tote Kind empfangen? Wie soll es verabschiedet werden? Wie erfolgt die Beerdigung? Wie sind die Vorstellungen dieses Paares in Bezug auf ein Leben nach dem Tod? Ganz selbstverständlich kommt an diesem Punkt des Gesprächs die Frage nach Transzendenz, nach religiösen Einstellungen und Vorstellungen auf. Manchmal sind die Paare selbst überrascht, weil sie sich untereinander darüber noch nie ausgetauscht haben und die jeweilige Meinung der Partnerin/des Partners nicht kennen.

Am Ende des Gesprächs vereinbaren wir einen erneuten Termin, der stattfinden soll, nachdem beide das Vorbereitungsgespräch im Krankenhaus geführt haben. Sie haben auch schon längere Zeit Kontakt mit einer Hebamme, die sich bereit erklärt hat, sie auch in dieser Situation zu begleiten, und die nach dem Krankenhausaufenthalt die Nachsorge übernehmen wird.

Im dritten Gespräch wirkt das Paar sehr ruhig, sehr klar entschlossen, wenn auch (natürlich) tief traurig über den bevorstehenden Weg. Beide erscheinen gereift und sie sind als Paar enger zusammengedrückt. Es geht um Fragen wie: Was erzählen wir unserem zweieinhalbjährigen Kind von der Situation? Was geben wir in der Öffentlichkeit preis? Wie wollen und sollten wir uns schützen mit dem, was wir erzählen oder nicht erzählen.

Nach dem Spätabbruch (eingeleitete Geburt) ruft der Mann noch aus dem Krankenhaus an und berichtet, dass die Geburt soweit normal verlaufen ist und sie sich zum Gespräch melden, wenn sie wieder zu Hause sind.

Beratung und Begleitung in dieser existenziellen Ausnahmesituation brauchen einen anderen Kontakt, als es in anderen Beratungsbereichen üblich ist. Der Kontakt gestaltet sich dichter und braucht zugleich mehr Flexibilität zwischen Berater/Beraterin und Paar, als üblicherweise im beraterischen Kontext. „Die BeraterInnen brauchen umfangreiche medizinische und psychologische Kenntnisse und Qualifikationen, die den besonderen Herausforderungen dieser speziellen Beratungsart gerecht werden...“¹⁴. In der Regel sind die Paare sehr dankbar, dass sie von einer neutralen Stelle, zugleich aber in dichtem professionellen und menschlichen Kontakt, begleitet und unterstützt werden. Ein häufiger Satz ist: „Danke, dass Sie diese schwere Situation mit uns ausgehalten haben.“

Zu einem letzten Gespräch kommt die Frau allein. Sie erzählt sehr bewegend von ihren Erlebnissen bei der Geburt und beim Verabschieden des Kindes. Sie hatte das Kind sehr lange Zeit im Arm gehalten und hatte große Schwierigkeiten, es loszulassen. Sie hatte das Gefühl, sie könne es nicht aus ihrem Arm lassen. Ihr Mann kam auf die gute Idee, die Krankenhausesseelsorgerin um Hilfe zu bitten. Die Seelsorgerin fragte die Frau, was sie bräuchte, um das Kind dem Krankenhauspersonal übergeben zu können.

¹⁴ K. Wassermann/A. Rohde, *Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung*, Stuttgart/New York 2009, S. 9.

Die Frau konnte daraufhin nachdenken und bat die Krankenhausseelsorgerin, das Kind zu taufen, denn dann habe sie das Gefühl, sie gäbe das Kind von ihren mütterlichen Händen in Gottes Hände. Daraufhin taufte die Pastorin das Kind und die Frau konnte es beruhigt abgeben.

Es verdichtete sich der Eindruck, dass dieses Paar die für es bestmögliche Entscheidung getroffen hatte. Die beiden hatten verantwortlich gegenüber dem schon lebenden Kind und gegenüber den eigenen Lebensplänen gehandelt und konnten das Geschehen entsprechend auch gut verarbeiten. Sie kamen beide aus einem relativ stabilen biographischen Hintergrund. Beraterinnen und Beratern steht es nicht zu, für die Frauen/Paare (besser) zu wissen, ob sie sich zutrauen, mit solch einem besonderen Kind zu leben oder ob sie sich dagegen entscheiden. Zugleich sollen sie auf das Lebensrecht des ungeborenen Kindes hinweisen. In Ihrem Buch „Schutz der Menschwerdung“ beschreibt Christiane Kohler-Weiß diesen Konflikt anschaulich: „Während für die Normethik die Frage nach dem moralischen Status des Embryos/Fötus Dreh- und Angelpunkt ihrer Argumentation darstellt, orientiert sich die Ethik betroffener Frauen sowie die Beratungstätigkeit primär an den Lebenszusammenhängen von Frauen im Konflikt“¹⁵. Diese ganzheitliche und menschenfreundliche Sicht versucht zu antizipieren, dass letztlich nur die Eltern und im Besonderen die Mutter entscheiden können, ob sie mit dem Kind oder ohne das Kind leben wollen, weil das Kind mindestens in den ersten Lebensjahren in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis von den Eltern ist (extrauterines Frühjahr).

Das Ziel in der Beratung ist es, einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem in Ruhe nachgedacht werden kann und alle Emotionen aufgenommen werden können, damit eine verantwortliche und tragfähige Entscheidung getroffen werden kann. Notwendige Informationen sollen zur Verfügung gestellt werden, gegebenenfalls sollen Kontakte zu betroffenen Eltern oder Selbsthilfegruppen angebahnt werden. Es braucht Zeit und anregende, weiterführende Fragen einer nicht im System verhafteten Person, damit in alle Richtungen sorgfältig überlegt, nachgespürt und abgewogen werden kann. Es geht darum, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Spannung ausgehalten wird und dadurch Ruhe in das Geschehen kommen kann.

2. Entscheidung gegen einen Schwangerschaftsabbruch

Auch in diesem Fall wird in der 23. Woche beim Spezialultraschall ein hypoplastisches Linksherz diagnostiziert. Das Paar erwartet das erste Kind und die werdenden Eltern sind schon älter. Die Frau ist Anfang vierzig; sie arbeitet als Lehrerin und ist muslimischen Glaubens. Der Mann ist Mitte vierzig und arbeitet als Computerfachmann. Er ist jüdischen Glaubens. Bei-

¹⁵ C. Kohler-Weiß, Schutz der Menschwerdung, Gütersloh 2003, S. 29.

de kommen aus großen Familien und haben sich ganz selbstverständlich Kinder gewünscht. Die Frau hatte eine langjährige Beziehung, die zerbrach, als sie Mitte dreißig war. Das Paar kennt sich erst seit relativ kurzer Zeit und beide sind sehr glücklich über ihre Beziehung, die Heirat und die Schwangerschaft, die sich prompt eingestellt hat. Das ersehnte Kind ist ein Mädchen. Auch dieses Paar ist noch im Schock der Diagnosemitteilung; sie verarbeiten den Schock eher unterschiedlich.

Die Frau weint sehr viel, weil sie sich von allen Vorstellungen und Wünschen, bezogen auf die Geburt verabschieden muss. Sie hatte sich eine natürliche Geburt mit möglichst wenig Krankenhausatmosphäre gewünscht. Dieses Kind wird in einer Spezialklinik zur Welt kommen und gleich nach der Geburt ärztlich versorgt und operiert werden müssen. Die frühe Bindung zum Baby wird ganz anders aussehen, als sie es sich erträumt hat. Die Vorstellung, dass dieses kleine Wesen eine schwere OP gleich nach der Geburt und in der Folge immer wieder wird haben müssen, ist für die werdende Mutter kaum erträglich und erscheint ihr nicht aushaltbar.

Der Mann will über solche Einzelheiten noch gar nicht nachdenken. „Solange das Kind in Deinem Bauch ist, geht es ihm ja gut.“ Alle Gedanken darüber hinaus kann er noch nicht denken und es macht ihn fast aggressiv, dass seine Frau schon so weit voraus denkt und darüber immer wieder sprechen möchte.

Für beide ist klar, dass dieses Kind zur Welt kommen und „seine Chance“ haben soll. „Gott soll über Leben oder Tod entscheiden, das dürfen wir nicht,“ so ist ihre Haltung.

In Gesprächen mit diesem Paar spielt die Unterschiedlichkeit der beiden, mit dem Befund umzugehen, eine große Rolle. Die Frau kümmert sich auf Anraten der Beraterin um Hebammenbetreuung. Sie kann zu einer Hebamme vermittelt werden, die im EZI die Weiterbildung in psychosozialer Beratung im Kontext PND gemacht hat und also auch psychosoziale Gespräche mit der Frau führen kann: Hier hat sie ihren Ort, an dem sie alle ihre Gedanken und Gefühle zuerst durchdenken und dann mitteilen kann. Dadurch gewinnt der Mann Freiräume; er kann in Ruhe die für ihn nötige Zeit finden, um mit den Gedanken an die Zukunft zurecht zu kommen. Das Paar kann immer wieder gemeinsame Gespräche in der Beratungsstelle führen.

Die Hebamme betreut die Frau auch während der Geburt. Das kleine Mädchen, das zur Welt kommt, muß sofort operiert werden und verstirbt bei der ersten Operation. Danach kommen die beiden nochmals zu einem Beratungsgespräch.

Beide sind sehr traurig, aber zugleich versöhnt mit ihrem Schicksal. Das Kind auszutragen, zu gebären und ihm durch die Operation eine Lebenschance zu geben, war für sie die richtige Entscheidung. Ein Schwangerschaftsabbruch wäre für sie mit zu großer Schuld behaftet gewesen.

3. Schwangerschaftsabbruch ohne validen Entscheidungsprozess

Ein Gynäkologe ruft an und fragt, ob umgehend ein Beratungstermin für ein Paar nach einer schlechten pränataldiagnostischen Diagnose zur Verfügung gestellt werden kann. Die Frau sei in der 27. Woche schwanger und am Wochenende ins Krankenhaus gekommen wegen verschiedenster Beschwerden. Dabei sei auch ein Spezialultraschall gemacht worden und es habe spezielle Auffälligkeiten beim Kind gegeben: Verdacht auf Trisomie 21.

Daraufhin sei eine Amniozentese durchgeführt worden und der FISH-Test¹⁶ habe den Verdacht bestätigt. Jetzt sei die Frau ganz aufgelöst, weil sie auf keinen Fall ein behindertes Kind haben wolle.

Das Paar bekommt am gleichen Nachmittag einen Beratungstermin. Beide wirken wenig verstört (sie wissen seit zwei Tagen von dem Ergebnis des FISH-Tests), eher sehr rational. Sie sind beide Mitte dreißig; die Frau arbeitet als Juristin, er als Ingenieur. Für beide ist es das erste Kind. Sie hatten sich bewusst gegen Pränataldiagnostik entschieden, obwohl ihnen gleichzeitig klar war, dass sie kein Kind mit Behinderung akzeptieren wollen. Die Beraterin ist innerlich überrascht über diesen Widerspruch.

Bei den üblichen Ultraschalluntersuchungen bei der Gynäkologin gab es bisher keine Hinweiszeichen auf eine Behinderung oder Erkrankung.

Im Gespräch entwickelt sich die Frage, ob sie Kinder mit Down-Syndrom kennen. Beide bejahen; die Frau hat sogar in der engeren Familie einen Verwandten mit Down-Syndrom. Der sei ja auch ganz nett, aber so ein Kind als eigenes ... unvorstellbar.

Die junge Frau ist damit beschäftigt, sich zu beschweren, dass die Ärzte in ihrer Umgebung Bedenken gegenüber einem Abbruch der Schwangerschaft geäußert haben, wegen der fortgeschrittenen Schwangerschaft und weil es keine Hinweiszeichen auf Herzfehler oder weitere Erkrankungen beim Kind gibt. „Der Abbruch steht mir doch zu!“ sagt sie ohne genaue Kenntnis der Gesetzeslage.

Sie sagt auch immer wieder, dass sie ja Respekt habe, wenn sich Menschen anders entscheiden als sie, aber für sie sei es eben nicht vorstellbar, mit so einem Kind zu leben.

Als die Frau erfährt, dass der Abbruch kein „Abbruch“ unter Narkose ist, wie in der frühen Schwangerschaft, sondern eine eingeleitete Geburt, und dass vorher ein Fetozyd gemacht werden muß, damit das Kind nicht lebend zur Welt kommt, schluckt sie merklich. „Das ist dann eben nicht zu ändern, da müssen wir dann auch durch“, sagt sie.

Aufgrund der scheinbaren Fraglosigkeit des Paares ist es für die Beraterin schwer, nicht in ein „aber ...“ zu geraten, um die andere Seite wenigstens

¹⁶ Der FISH-Test ist ein Schnelltest zur Chromosomenbestimmung, der innerhalb von 48 Stunden vorliegt. Der umfassende Test dauert 14 Tage.

einmal genau zu beleuchten. Einen angebotenen Kontakt zu einer Familie, die ein Downkind hat, lehnt das Paar ab, gleichfalls Kontakt zu einer Elternselbsthilfegruppe.

Als über die Begrüßung und die gleichzeitige Verabschiedung des Kindes gesprochen wird, sagt sie gleich: „Auf keinen Fall will ich das Kind sehen.“ Der Mann ist aufgeschlossener. Er erzählt jetzt, dass eine Tante von ihm als Ordensfrau in der Krankenhausseelsorge tätig ist, mit der er schon gesprochen habe. Sie habe auch gesagt, der Abschied sei wichtig und „Trauerarbeit“ sei nötig. Das referiert er, als behandle er ein Sachthema.

Nach eigenen religiösen Vorstellungen befragt, winkt sie ab: „Kommen Sie mir nicht damit ...“ Er kann sagen, dass er schon glaube, dass das Kind dann „zurück in den Himmel“ gehe. Er ist sichtlich bewegt, als er darüber nachdenkt, seine Frau eher erstaunt über die emotionale Reaktion ihres Mannes.

Nach dem Gespräch in der psychosozialen Beratung folgen weitere Gespräche mit FachärztInnen. In der Beratungsstelle wird ein erneuter Termin verabredet, weil die Diagnosemitteilung schließlich gerade zwei Tage alt ist und die ersten Hinweiszeichen erst vor vier Tagen wahrgenommen wurden. Das Paar braucht also Zeit.

Den verabredeten Termin sagen sie kurzfristig telefonisch ab, weil für sie alles klar sei. Sie wollen sich aber nach dem Abbruch melden, weil sie auf jeden Fall alles „richtig“ machen wollen, damit später keine psychischen Schäden entstehen, so sagen sie.

Etwa eine Woche nach der Geburt des Kindes ruft der Mann an. Er erzählt, dass alles gut verlaufen sei. Er habe das Kind gesehen und auch in den Arm genommen und sich verabschiedet. Das sei gut für ihn gewesen. Dafür sei er dankbar. Auch dafür, dass er in der Beratung darüber habe nachdenken können. Seine Frau sei bei ihrem Entschluss geblieben, das Kind nicht sehen zu wollen.

Zwei Wochen nach der Geburt ruft der Mann sehr aufgeregt an: Seine Frau weine die ganze Zeit und wolle unbedingt das Kind sehen. Es tue ihr jetzt leid, dass sie es nicht gesehen und sich nicht verabschiedet habe. Über die Hebamme, die das Paar bei der Geburt begleitet hat, kann es ermöglicht werden, dass die Frau das Kind nochmals sehen kann. Das beruhigt sie etwas.

In einem nachfolgenden Gespräch wird deutlich, dass es viele schwere Situationen in der Biographie der Frau gab. Sie konnte kein gutes Mutterbild entwickeln, und es gab in ihrem Leben mehrere traumatische Abschiede. Sie ist jetzt offen dafür, darüber nachzudenken, was ihr die Annahme des Kindes unmöglich gemacht hat. Sie kann zu einer längerfristigen Psychotherapie vermittelt werden.

Das letzte Beispiel verdeutlicht die ganze Hilflosigkeit, die das Helfersystem erfasst, wenn eine Frau/ein Paar aus innerpsychischen Gründen, die

nichts mit der jetzigen Situation zu tun haben, nicht in der Lage ist, eine Entscheidung zu fällen, die für beide tragfähig ist. Es ist tragisch, wenn erst nach dem Spätabbruch deutlich werden kann, dass andere Entscheidungen möglich gewesen wären.

4. *Résumé der Beispiele*

Was ist das *Résumé* aus diesen Fallbeispielen? Die derzeitige Gesetzeslage in Deutschland bietet für unterschiedliche Frauen/Paare eine gute Grundlage zur Entscheidung. Notwendig ist es, dass alle mit PND befassten Professionen gut miteinander kooperieren und die Frauen/Paare nach der Mitteilung eines auffälligen Befundes in ihrem Schock aufgefangen und begleitet werden, damit sie zu der für sie „richtigen“ Entscheidung kommen können.

Es wurden hier mit Absicht zwei Fälle gleicher Diagnose gewählt, um daran den unterschiedlichen Umgang von verschiedenen Paaren aufzuzeigen. Damit wird verdeutlicht: Was für eine Frau/ein Paar gut und richtig erscheint, sieht für ein weiteres Paar ganz anders aus. Die Möglichkeit zur Wahl und die Freiheit der Entscheidung kann gut und heilsam sein.

Für ein Paar mit einer belasteten Vorgeschichte gibt es unter Umständen keine „gute“ Entscheidung. Oft kann erst im Nachhinein etwas von der inneren Dynamik verstanden werden. Dann aber sind Entscheidungen nicht mehr rückgängig zu machen. Das gilt auch für andere Lebenszusammenhänge, jedoch betrifft es im Kontext Pränataldiagnostik eine Entscheidung über Leben und Tod. Eine an sich unmögliche Entscheidung¹⁷, die Menschen nicht treffen können und sollten. Die Pränataldiagnostik führt zu einer solchen Herausforderung. Wir als Gesellschaft müssen einen verantwortlichen Umgang damit noch lernen.

Literatur

Berufsverband der Frauenärzte e. V.; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (Hg.), *Frauenarzt* Nr. 50/11 (2009).

Beutel, Manfred E., *Der frühe Verlust eines Kindes*, Göttingen 2007.

Brüning, Renate/Hufendiek, Sabine/Meyer Annelene, *Psychosoziale Beratung im Kontext Pränataldiagnostik kommt in der Beratung (nicht) vor?*, in: *Fokus Beratung, Informationen der Evangelischen Konferenz für Familien- und Lebensberatung e. V., Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision* Nr. 10 (2007), S. 67–74. URL: www.ekful.de/TYPO3_EKFUL/fileadmin/EKFUL/.../Inhalt_Fokus_10.pdf, Stand 2010.

¹⁷ Vgl. H. Friedrich et al., *Eine unmögliche Entscheidung*, Berlin 1998.

- Friedrich, Hannes/Henze, Karl-Heinz/Stemann-Acheambong, Susanne*, Eine unmögliche Entscheidung, Pränataldiagnostik: ihre psychosoziale Voraussetzung und Folge, Berlin 1998.
- Gloger-Tippelt, Gabriele*, Schwangerschaft und erste Geburt, Stuttgart 1988.
- Heinz, Walter R./Krüger, Helga/Bird, Katherine/Born, Claudia/et al.*, Soziale Ungleichheit und Geschlechterverhältnis im Wandel: Ausbildung, Beruf und Familie im Lebenslauf, Forschungsprojekt der Universität Bremen, Verbundprojekt A1/B1 2000.
- Hirsch, Mathias*, Schuld und Schuldgefühl, Göttingen 2007.
- Hufendiek, Sabine/Meyer, Annelene/Brünig, Renate*, Abschlußbericht zum Modellprojekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums für die Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik) und bei zu erwartender Behinderung des Kindes“, 2002–2005. URL: <http://www.ezi-berlin.de/images/abschlussbericht-PD.pdf>, Stand 2010.
- Kohler-Weiß, Christiane*, Schutz der Menschwerdung, Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt als Thema evangelischer Ethik, Gütersloh 2003.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Fischmann, Tamara/Pfennig, Nicole/Läzer, Katrin Luise*, Ambivalenz des medizinisch-technischen Fortschritts, in: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* Nr. 63 (2009), S. 189–213.
- Pines, Dinora*, Der weibliche Körper, Stuttgart 1997.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hg.), § 218 StGB – was ist neu?, 1. Aufl. Bonn 1995.
- Rudolf, Gerd*, Strukturbezogene Psychotherapie, Stuttgart 2006.
- Sies, Claudia*, Schwellen des Begehrens, in: *Borer, Christine/Ley, Katharina* (Hg.), *Fesselnde Familie*, Tübingen 1991, S. 106–130.
- Wassermann, Kirsten/Rohde, Anke*, Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung, Stuttgart/New York 2009.

Sabine Stengel-Rutkowski

Pränatale Syndromdiagnose – Tod des Wunschkindes – Elternentscheidung im Schock?

I. Einleitung

Mit der am 01.01.2010 in Kraft getretenen Neuregelung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hat der Deutsche Bundestag in einem parteiübergreifenden Kompromiss Lösungen gefunden, die dem Beratungsbedürfnis der Eltern nach einer Syndromdiagnose bei ihrem ungeborenen Kind näher kommen als zuvor. Dies gilt insbesondere für Diagnosen in der Spätschwangerschaft, wenn das Kind bereits extrauterin lebensfähig ist (Abb. 1).¹

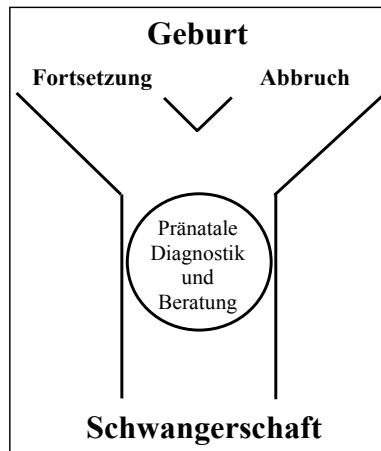


Abbildung 1: Akzeptanz oder Verhinderung einer Lebendgeburt nach pränataler Syndromdiagnose.

¹ Vgl. *S. Stengel-Rutkowski*, Möglichkeiten und Grenzen pränataler Diagnostik, in: *F. Petermann et al.* (Hg.), *Perspektiven der Humangenetik*, Paderborn 1997, S. 49–81; *S. Stengel-Rutkowski*, Vorgeburtliche Beratung und Unterstützung, in: *D. Orthmann-Bless et al.* (Hg.), „Frühe Hilfen bei Behinderungen und Benachteiligungen.“ *Basiswissen Sonderpädagogik* Bd. 1, Baltmannsweiler 2009, Beitrag I.2.

Unter einem Syndrom² versteht man das Auftreten gleicher oder ähnlicher Merkmalskombinationen, die zu einem typischen Erscheinungsbild führen und häufig genetisch verursacht sind. Sie betreffen seltene Körperformen, veränderte Körperfunktionen und/oder spezielle Verhaltensdispositionen. Obwohl sie für Menschen mit Syndromdiagnosen normal sind, werden sie von der Umwelt meist als Behinderungen gewertet.

In der Vergangenheit wurden Kinder mit seltenen Körpermerkmalen, die nicht den Normvorstellungen ihrer Umwelt entsprachen, postnatal unter der Vorstellung ihrer Schutz- und Hilfebedürftigkeit getrennt von anderen Kindern sozialisiert. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gibt heute weltweit neue Impulse für die Schaffung gleicher Lebenschancen. Die Verwirklichung des Rechts, als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft zu leben, kann die Entscheidung der Eltern für das Leben ihres Kindes nach einer pränatalen Syndromdiagnose erleichtern.³

Das neu geregelte Gesetz sieht qualifizierte ärztliche und psychosoziale Beratungsangebote vor. Eine Bedenkzeit von mindestens drei Tagen muss zwischen der Diagnosemitteilung und einem eventuell gewünschten Schwangerschaftsabbruch liegen. Dies soll verhindern, dass sich Eltern im Schock gegen ihr Kind entscheiden. Sie brauchen Zeit, um die Gesprächsangebote wahrzunehmen und sich zu einem tragfähigen Entschluss durchzuringen. Nicht alle betreuenden Ärzte und Ärztinnen haben jedoch die erforderliche Qualifikation und Erfahrung für diese Beratung, die über eine medizinisch-genetische Aufklärung weit hinausgeht. Im Folgenden soll auf einige Aspekte hingewiesen werden, die dabei zu berücksichtigen sind.⁴

II. Psychologische Aspekte

Nach einer pränatalen Syndromdiagnose erfahren die Eltern, dass sich ein anderes Kind im Mutterleib entwickelt, als sie gewünscht und erwartet haben. Die Diagnose scheint ihm, der Familie und seinem sozialen Umfeld nur Nachteile zu bringen. Diese Ausgangssituation muss von den Beratenden beachtet werden. In der Regel benötigen die Eltern erst einmal Hilfe, um ihren Schock und die negativen Gefühle zu überwinden, die sie aufgrund der Syndromdiagnose bei ihrem Kind haben.

² Griechisch σύνδρομος, von συν/syn (zusammen, mit), δρόμος/drómos (der Weg, der Lauf).

³ Vgl. S. Stengel-Rutkowski, Was hat Humangenetik und Pränataldiagnostik mit Integration zu tun? Interview, Bayrisches Integrations-Info. Informationsorgan der Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben – Gemeinsam Lernen, Bayern 1999. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/stengel_rutkowski-humangenetik.html, Stand 2010.

⁴ Vgl. S. Stengel-Rutkowski, Geistige Behinderung bei Kindern mit genetischen Syndromen?, in: R. Hohlfeld (Hg.), Das Denken ist frei. Plädoyer für eine Überwindung monistischer Denkweisen in den Wissenschaften vom Menschen, im Druck 2010.

Zahlreiche Beratungsgespräche führten mich zu der Erkenntnis, dass Eltern bei der Diagnosemitteilung wie bei einem plötzlichen Todeserlebnis reagieren. Sie durchlaufen Stadien der Verleugnung, Wut, Aggression, Ohnmacht und Depression. Darüber liegt eine Trauer, die über enttäuschte Gefühle hinaus weist. So entstand das empirische Trauermodell über den Verlust ihrer nicht geborenen Wunschkinder. Es soll ihnen helfen, ihre schwierige Situation zu verstehen, auszuhalten und zu überwinden.

1. Imaginationen

Das Trauermodell (Abb. 2) gründet sich auf Imaginationen des erwarteten Kindes, die während der Schwangerschaft bei Vater und Mutter entstanden sind. Diese imaginierten Kinder leben in ihrer Vorstellung. Sie werden dort geliebt, sind gesund und haben keine größeren Normabweichungen. Ihre geistigen Bilder stammen aus den Tiefen der Elternseelen. Sie beruhen auf frühen, oft unbewussten Erinnerungen an Wohlbefinden, Glück und Geborgenheit. Das wünschen die Eltern ihrem Kind und wollen Unbehagen, Unglück und Schutzlosigkeit von ihm fernhalten. Dabei orientieren sie sich an gesellschaftlichen Normen, die es vor Unheil bewahren. Syndromdiagnosen sprengen diese Normen und bedrohen ihre Wunschkinder.

2. Todeserlebnis

Können Eltern eine Syndromdiagnose bei ihrem Kind weder verleugnen noch verdrängen, so verlieren sie ihre Imaginationen schlagartig. Sie reagieren wie beim plötzlichen Tod eines geliebten Menschen. Dieses offenbar reale Todeserlebnis erklärt ihren Schock. Mit archaischer Wucht verletzt es ihre Seelen, färbt ihre Empfindungen negativ und koppelt ihre rationalen Entscheidungen von der oft als zertrümmert erlebten emotionalen Basis ab. Sie nehmen diesen Schlag im Zusammenhang mit ihrem Kind wahr, das sie doch schützen wollten. Nun scheint es an ihrer unannehmbaren Situation schuld zu sein. Es wird ihnen plötzlich fremd. Irgendetwas stirbt. Diese Empfindung kann Tötungswünsche auslösen, die das fremde Kind, aber auch sich selbst oder den Boten der schlimmen Nachricht betreffen. Die Eltern müssen die Ursache ihrer negativen Empfindungen verstehen, um sie zu überwinden. Nach den meist katastrophal erlebten Sofortreaktionen tritt oft ein Gefühl der Wehrlosigkeit ein, das bis zur Apathie reichen kann.

Andere Eltern reagieren mit Flucht oder Verdrängung, um dem potenziell zerstörerischen Schlag auszuweichen, für den es keine Vorerfahrung gibt und auf den sie in der Regel nicht vorbereitet sind. Mit diesen Schutzmechanismen wollen sie rasch in den Entscheidungsprozess eintreten.

3. Die Tage nach der Diagnosemitteilung

Aber wie sollen sie auf dieser emotional nahezu unerträglichen oder brüchigen Grundlage eine verantwortliche Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft treffen? Viele Eltern weinen. Andere versuchen, ihre Gefühle auszuschalten, auf Eis zu legen, die verletzte Seele in Watte zu packen, um den Kopf klar zu bekommen – auch für notwendige Regelungen des Alltags zu Hause und im Beruf.

Sobald äußere Ruhe eintritt, setzen sie sich genauer mit den erhaltenen Informationen auseinander. Sie befragen das Internet, suchen Gespräche mit Angehörigen, Freunden und Fachleuten, vergleichen die Meinungen anderer mit eigenen Gedanken und Empfindungen und prüfen sie als Bausteine für ihre Entscheidung. Selten gelingt dies widerspruchsfrei. Argumente treffen auf Gegenargumente. Lösungen werden durchdacht und verworfen. Vernunft

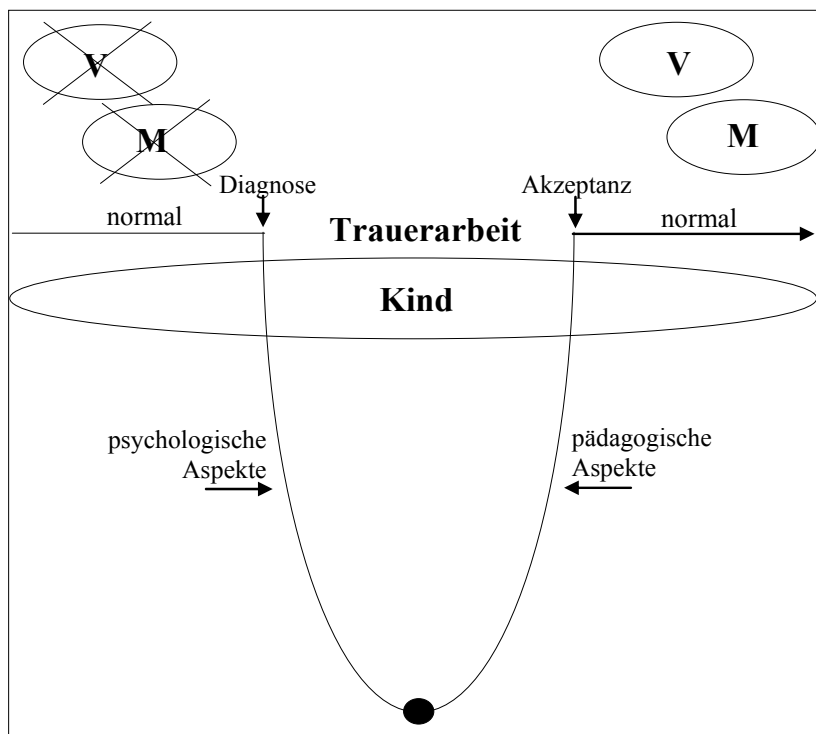


Abbildung 2: Modell für die psychologischen Aspekte der Elternberatung nach einer Syndromdiagnose beim ungeborenen Kind. V = Wunschkind des Vaters; M = Wunschkind der Mutter (siehe Text).

ringt mit Gefühl. Tränen fließen. Sie durchbrechen das Eis der Gefühllosigkeit, durchtränken die Watte, durchdringen den Nebel wie ein Regen, der gut tut. Auch der Schlaf kann wohl tun. Traumlos? Traumbilder? Tröstlich? Bedrohlich? Beim Erwachen steht alles wieder vor ihnen. Unverändert. Ungelöst. Was soll ich tun? Was will ich? Was kann ich? Was stimmt? Was trägt? Wer versteht mich? Wo ist ein Weg durch das Gestrüpp aus bedrohlichen Tatsachen und unvereinbaren Gefühlen? Was ist mit dem Kind? Wo ist es geblieben? Wie geht es ihm?

(a) Trauer über das verlorene Wunschkind

Vorgeburtliche Beratung und Unterstützung beginnt in dieser für Fachleute vorhersehbaren Konfliktsituation mit sensiblem Zuhören, Fragen und Notizen machen. Wo stehen die Eltern? Welche Antworten haben sie schon? Wovor schrecken sie zurück? Was müssen oder wollen sie wissen? Es gilt, sich in ihre Situation zu versetzen und ihnen ihre Gedanken zu spiegeln. So können sie diese erwägen und sich dabei verstanden fühlen. Verworrenes wird klar, Wichtiges auf den Punkt gebracht. Behutsam werden sie zur rationalen Kontrolle ihrer Gefühle und zur emotionalen Überprüfung ihrer Gedanken geführt. Um tragfähig zu sein, sollte ihr Entschluss auf Vernunft und Gefühl beruhen. Dafür müssen ihre vom Todeserlebnis blockierten Gefühle befreit werden. Dies kann durch eine empathische Gesprächsführung gelingen.

Wir sprechen über die verlorenen Wunschkinder, die vom Beginn der Schwangerschaft bis zur Syndromdiagnose in ihrer Vorstellung gelebt haben und dort geliebt wurden, die normale Gene und einen normalen Körper hatten. Um sich von ihnen zu verabschieden, muss die Erinnerung an sie konkret werden. Sie brauchen einen Namen. In Gedanken wird der Ort aufgesucht, an dem sie starben und liegen blieben. Ihr Todeszeitpunkt wird notiert. Fast immer fließen heftige Tränen beim Durchstreichen ihre Symbole auf der protokollarischen Gesprächsskizze. Sie werden nun erstmals dort geweint, wo sie hingehören. Auch frühere Tränen und negative Empfindungen im Zusammenhang mit der Syndromdiagnose können nun den verlorenen Wunschkindern zugeordnet werden. Wir denken über einen Platz nach, an dem die Eltern ihren Tod betrauern und verarbeiten können. Der Platz auf dem Papier reicht dafür nicht aus.

Der Abschied von den Wunschkindern gelingt nur, wenn sie von den Eltern ernst genommen werden. Um das Leben des vorhandenen Kindes nicht zu belasten, brauchen sie ein Grab. Die materialisierte Erinnerung an ihre virtuelle Existenz muss an einer passenden Stelle niedergelegt werden. Der Trauerarbeitprozess, der die verletzten Elternseelen zu heilen vermag, kann ohne diesen Ort der Erinnerung weder begonnen noch beendet werden.

(b) Das reale Kind

Die Ablösung der Trauer über die verlorenen Wunschinder von dem vorhandenen Kind, das seit Beginn der Schwangerschaft mit den Eltern lebt und um dessen Schicksal es jetzt geht, ist notwendig, damit ihr Blick auf seine andere Normalität frei wird. Ihm muss eine Bürde genommen werden. Es ist nicht schuld an ihrer Not, sondern hat sich brav nach dem Genprogramm entwickelt, das es von ihnen bekam. Sie wissen es nur erst jetzt. Der Verlust, den sie erlitten haben, geht ihr reales Kind nichts an.

Beim Gespräch über seine Besonderheiten müssen wir auf unsere Sprache achten⁵. Es ist zum Beispiel nicht korrekt, seine Gene als defekt, gestört, abnorm, aberrant (verirrt) oder pathologisch (krankhaft) zu bezeichnen und so sein Erbgut zu einem Erbschlecht zu machen. Obwohl das Kind vor verbaler Diskriminierung seiner genetischen Identität geschützt ist,⁶ wird diese Defekt-orientierte Diktion bei der Befunderklärung noch oft benutzt. Sie beeinträchtigt die Entscheidungsfreiheit der Eltern im Konflikt, da sie Negativwertungen enthält und abschreckende Vorstellungen transportiert, die dem heutigen Wissensstand nicht mehr entsprechen.⁷

Den Eltern ist ihr reales Kind fremd, weil sie sein Idealbild nicht imaginieren konnten. Es ist nicht ihr Wunschkind. Erst nach der Diagnose können neue Imaginationen entstehen, die sein Anderssein berücksichtigen. Manche Eltern versuchen diese Neuimaginationen, während sie um ihre Entscheidung ringen. Das kann schwierig sein und ist nicht im Eiltempo zu schaffen. Das Gespräch sollte aber dazu führen, dass sie ihr von negativen Emotionen befreites reales Kind in seiner anderen Normalität wahrnehmen. Dies ist die wichtigste Voraussetzung für einen tragfähigen Entschluss.

(c) Entscheidungsfindung

Nicht alle Eltern können oder wollen sich der Vorstellung eines Lebens mit ihrem aus der Norm gefallenem Kind öffnen. Manche reagieren misstrauisch oder ablehnend, wenn sie von der Normalität seines Andersseins hören.⁸ Nur wenn sie sich öffnen, lässt sich dieser Perspektivenwechsel vermitteln. Hält er ihrer Überprüfung stand, so kann die Entscheidung zur Akzeptanz des Kindes reifen. Ob Eltern die Verantwortung für sein Leben annehmen oder nicht, hängt jedoch von persönlichen Faktoren ab, die für Außenstehende

⁵ Vgl. S. Stengel-Rutkowski, Vom Defekt zur Vielfalt. Ein Beitrag der Humangenetik zu gesellschaftlichen Wandlungsprozessen, Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 53 (2002), S. 46–55.

⁶ Vgl. C. v. Drewitz, Pränataldiagnostik, Behinderung und Schwangerschaftsabbruch. Eine (verfassungs-)rechtliche und rechtspolitische Betrachtung, in: S. Graumann/K. Grüber (Hg.), Biomedizin im Kontext, S. 131–157, Berlin 2006.

⁷ Siehe Abschnitt III. und IV.

⁸ Siehe *ebd.*

nicht zur Diskussion stehen. Oft ist am Ende des Gesprächs nicht klar, zu welchem Entschluss sie gelangen.

Ihre Entscheidung wird aber auch von Umweltfaktoren beeinflusst, die außerhalb der pränatalen Konfliktsituation wirken. Sie betreffen menschliches Normverständnis und Vielfalt, soziale Geschlossenheit und Offenheit, schulische Exklusion und Inklusion. Soziale Tendenzen, die Angst vor Fremdem verbreiten, begünstigen die Entscheidung für das Leben von Syndromkindern weniger als die natürliche Bereitschaft, sie in das normale soziale Leben zu integrieren. Umwelt kann sich ändern. Angesichts der Gefahr einer neuen Eugenik muss die soziale Aussonderung geborener Kinder mit Syndromen im Kontext der Pränataldiagnostik kritisiert und beendet werden.⁹

4. Fortsetzung der Schwangerschaft

Eltern, die sich für ein Leben mit ihrem Kind entscheiden, können sich vor seiner Geburt auf die neue Situation einstellen. Vielleicht überlegen sie, wie sie es durch Erziehung fördern und ihm die Teilhabe an allen Bereichen des sozialen Lebens ermöglichen können. Vielleicht vollziehen sie in dieser Zeit auch den Abschied von ihren Wunschkindern und beginnen mit der Trauerarbeit. Wenn das emotionale Chaos hinter ihnen liegt, können sie ihr reales Kind so erwarten, wie es ist. Sie fallen nach seiner Geburt nicht mehr in ein Loch, vergleichen es nicht mit unüberwindlichen Rivalen und können sich ihm gegenüber normal verhalten. Das JA zu seinem Leben gibt ihm gute Chancen, seine Potenziale unbehindert zu entfalten und mit seinen seltenen Körpermerkmalen in die soziale Gemeinschaft hinein zu wachsen.

Manche Eltern setzen die Schwangerschaft fort, ohne sich der anderen Normalität ihres Kindes öffnen zu können. Sie schrecken vor einem Abbruch zurück und lassen der Natur ihren Lauf, weil sie weder gedanklich noch gefühlsmäßig NEIN sagen können. Während sie ihre offenen Fragen und Zweifel auf die Zeit nach der Geburt verschieben, haben auch sie die Möglichkeit, sich an die Vorstellung eines Lebens mit ihm zu gewöhnen. Oft würden sie mehr Unterstützung benötigen als Eltern, die bewusst JA sagen konnten. Sie sind in Gefahr, ohnmächtig gegenüber ihrem Schicksal zu verharren. Es kann eine Depression drohen, die sie daran hindert, Gesprächspartner zu suchen. Ihre Apathie wird nicht selten als stoische Ruhe fehlinterpretiert. Nach der Geburt funktionieren sie, ohne über ihre Gefühle

⁹ Vgl. S. Stengel-Rutkowski, Was hat Humangenetik und Pränataldiagnostik mit Integration zu tun? Interview, Bayrisches Integrations-Info. Informationsorgan der Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben – Gemeinsam Lernen, Bayern 1999; S. Stengel-Rutkowski, Vom Defekt zur Vielfalt. Ein Beitrag der Humangenetik zu gesellschaftlichen Wandlungsprozessen, Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 53 (2002), S. 46–55.

zu verfügen, die durch das unbewältigte Todeserlebnis blockiert bleiben. Passiv befolgen sie Ratschläge von Fachleuten hinsichtlich seiner Versorgung, ohne ihre intuitive Erziehungskompetenz wieder zu gewinnen. Ihre sozialen Kontakte verringern sich. Bleibt dieser Zustand trotz fachlicher Betreuung längere Zeit bestehen, so ist eine nochmalige Trauerberatung zu erwägen, die eventuell von einer antidepressiven Therapie flankiert werden muss, um die gefesselten Gefühle zu befreien. Sie brauchen professionelle Begleitung, um ihr Kind letztendlich doch annehmen zu können und positive Vorstellungen für sich und die Zukunft ihrer Familie zu entwickeln.

5. Abbruch der Schwangerschaft

Können Eltern im Konflikt trotz fachkundiger Beratung keine positiven Perspektiven für ein Leben mit ihrem realen Kind erkennen und wird spürbar, dass sie vor einem Spätabbruch nicht mehr zurückschrecken, so ist ihr NEIN zu seiner Lebendgeburt naheliegend. Sie sollten nun diese Option anhand relevanter Informationen überdenken und sich vor ihrer Entscheidung mit dem physischen Tod ihres Kindes konfrontieren, um ihm gegebenenfalls im Sterben die Würde zu geben, die ihm als menschlichem Wesen zukommt. Bei diesem Entschluss müssen sie zusätzlich zu ihrem Abschied von den Wunschkindern auch den Abschied von ihrem realen Kind bewältigen, der dann für sie im Vordergrund steht. Sie brauchen Kraft und oft auch Begleitung, um diese gravierenden Todeserlebnisse zu verarbeiten.

III. Kinder mit Syndromdiagnosen

Nun soll auf neue Entwicklungsperspektiven von Kindern mit Syndromdiagnosen hingewiesen werden, die einen Einfluss auf die Elternentscheidung haben können.

1. Erbe und Umwelt

Bevor gegen Ende des letzten Jahrtausends zahlreiche genetische Syndrome neu entdeckt wurden, standen frühe Umwelteinflüsse wie Säuglingspflege und Erziehung im Vordergrund des wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Interesses an der kindlichen Entwicklung. Danach kam die Idee auf, dass Denkschwierigkeiten bei Syndromkindern monokausal durch veränderte Gene bedingt sind. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wich diese Idee bald der Annahme einer multikausalen Ätiologie für die meisten diag-

nostizierten Konstitutionen.¹⁰ Genetische und exogene Faktoren wurden als Ursache von eher wahrscheinlichen als determinierenden Effekten angesehen und die Umwelt trat erneut in den Fokus von Wissenschaften, die danach fragen, wie Kinder denken lernen.

Gleichzeitig zeigten eigene Beobachtungen, dass Erbe und Umwelt den Phänotyp von Kindern mit genetischen Syndromen unterschiedlich prägen. Ihre Körpermerkmale und motorischen Normen sind relativ streng genetisch determiniert. Die Umwelt kann sie nur wenig verändern. Für ihre psychomentalen Fähigkeiten und ihr Verhalten trifft dies nicht zu. Zahlreiche Interaktionsanalysen im Rahmen einer Montessori-Therapie¹¹ ergaben altersentsprechende Potenziale.¹² Diese Kinder können sich unter normalen Umweltbedingungen ebenso vielfältig entwickeln wie Kinder der Normalpopulation. Dabei gilt es, körperliche Hemmnisse durch soziale Assistenz zu kompensieren, damit sie die notwendigen Erfahrungen machen können. Gelingt dies im Rahmen einer normalen Erziehung, so erweist sich ihre früher nahezu konstant wahrgenommene geistige Behinderung nicht länger als ein unveränderliches Merkmal, sondern als ein verhinderbares Umweltproblem.

Als dann auch die Neurophysiologie über die Bedeutung der Umwelt für die Entwicklung des kindlichen Denkens berichtete,¹³ erhielten unsere Beobachtungen eine naturwissenschaftliche Grundlage. Obwohl seit langem bekannt ist, dass sich Genexpression immer im Zusammenhang mit Umweltfaktoren vollzieht, werden epigenetische Phänomene erst seit kurzem erforscht. Es geht dabei um Regulatorsubstanzen, die der Körper als Antwort auf Umweltreize bildet, um bestimmte Gene zu bestimmten Zeiten in bestimmten Zellen an- oder abzuschalten und so Strukturen und Funktionen auszuprägen. Obwohl das Zusammenspiel genetischer und exogener Faktoren noch weitgehend unklar ist, werden Erbe und Umwelt heute als untrennbare Partner eines Tandems angesehen, die miteinander kooperieren, um sich einander anzupassen. Dies ändert den starren Blick auf die Gene als Schicksalsdeterminanten zugunsten ihrer Anpassungsfähigkeit an und durch die soziale Umgebung.¹⁴

¹⁰ Vgl. *M. Rutter et al.*, Gene environment interplay and psychopathology: Multiple but real effects, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Nr. 47 (2006), S. 226–261.

¹¹ Vgl. *L. Anderlik*, Ein Weg für alle! Leben mit Montessori. Montessori-Therapie und -Heilpädagogik in der Praxis, Dortmund 2006.

¹² Vgl. *S. Stengel-Rutkowski/L. Anderlik*, Abilities and needs of children with genetic syndromes, *Genetic Counseling* 16 (2005), S. 383–391.

¹³ Vgl. *R. Shore*, Rethinking the Brain – New Insights into Early Development, New York 2003; *J. Shonkoff/D. Phillips*, From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development, Washington 2000.

¹⁴ Vgl. *ebd.*

2. Geistige Behinderung

Zwei Gründe haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass das Verhalten von Kindern mit Syndromen irrtümlich als geistige Behinderung interpretiert wurde:

- *Erstens* schien dabei die meist etwas langsamere motorische Entwicklung im Vergleich zur Altersnorm eine Rolle zu spielen, die oft auch das Sprechvermögen betrifft. Da Sprache mit Denken und Verstehen assoziiert wird, schien es nahe liegend, von einer verlangsamten Sprachmotorik auf eine verlangsamte Kognition zu schließen. Dieser Trugschluss verstärkte sich, wenn auch das Aussehen der Kinder und ihre körperlichen Funktionen ungewöhnlich waren. So entstand die ungeprüfte Vorannahme, dass Sprachverständnis und Sprechvermögen in gleicher Weise genetisch beeinträchtigt werden. Dabei blieb unbeachtet, dass das Sprachverständnis auf geistigen Fähigkeiten beruht, deren Entwicklung umweltabhängig ist, während das Sprechen motorische Funktionen benötigt, deren Entwicklung genetisch determiniert wird.
- *Zweitens* führten beobachtbare Assoziationen von Verhaltensphänotypen mit spezifischen Genotypen zur ungeprüften Vorannahme eines Kausalzusammenhangs. Während wir heute davon ausgehen, dass die Gene lediglich zu Verhaltensdispositionen führen, die durch die Umwelt modifizierbar sind, resultierte früher aus den meisten Syndromdiagnosen die Antizipation einer geistigen Behinderung. Die ganze Frühförderung stand unter dem Einfluss dieser Annahme, die mit scheinbar objektiven Verfahren verifiziert wurde. Niemand störte sich daran, dass diese Tests an Normalkollektiven standardisiert waren, zu denen Kinder mit Syndromdiagnosen nicht gehören. Es wurde ihnen eine mentale Retardierung bescheinigt, ohne andere Ursachen für ihr Verhalten in Erwägung zu ziehen. Eine normale Erziehung entfiel, da die Kinder sprachliche Aufforderungen nicht oder nur ungenügend zu verstehen schienen. Sie lernten weder zu folgen noch zu antworten und taten, was sie wollten.

Heute verstehen wir geistige Behinderung bei Kindern mit Syndromen nicht mehr als einen genetisch bedingten Zustand, sondern als einen verhinderbaren Prozess (Tabelle 1).

Tabelle 1: Geistige Behinderung – Neudefinition¹⁵

Geistige Behinderung ist ein verhinderbarer Prozess.

- Bei Kindern mit Syndromdiagnosen beruht das Merkmal „Geistige Behinderung“ primär auf einer Fehlinterpretation ihres Verhaltens.
- Dies führte in der Vergangenheit zu einer fehlerhaften Anpassung der Umwelt an ihre Konstitution, die eine sekundäre geistige Behinderung nach sich zog.
- Eine sekundäre geistige Behinderung lässt sich durch geänderte Rahmenbedingungen auf der Grundlage einer geänderten gesellschaftlichen Erwartungshaltung verhindern.

3. Paradigmenwechsel

Schon 1993 führte uns die die Gegenüberstellung alter und neuer Sichtweisen von Behinderungen in der sonderpädagogischen Literatur zu einem Bruch mit dem traditionell Defekt-orientierten medizinischen Denken (Tabelle 2). Der von Boban und Hinz vorgeschlagene Dialogblickwinkel prägte unsere Arbeit über die geistigen Potenziale von Kindern mit genetischen Syndromen von Anfang an, und die Idee, den Prozess ihrer geistigen Behinderung verhindern zu können, leitete unser Denken und Handeln.

Der in Tabelle 2 implizite Paradigmenwechsel¹⁶ „Vom geistig behindert Sein zum geistig behindert Werden“ beruht auf Prinzipien des qualitativen Denkens,¹⁷ dessen Wurzeln auf Aristoteles verweisen.¹⁸ Bei der Frage nach der Entstehung oder Verhinderung einer geistigen Behinderung legten wir unser Augenmerk auf das früher wenig beachtete soziale Umfeld der Kinder. Dabei war das Denkmodell der hermeneutischen Spirale richtungsweisend (Abb. 3). Es berücksichtigt die Abhängigkeit der Reaktionsmöglichkeiten eines Kindes von den Erwartungen seiner Umwelt sowie seine veränderten Reaktionsmöglichkeiten in Abhängigkeit von den sich ändern-

¹⁵ Vgl. L. Damke, Geistige Behinderung bei Kindern mit genetischen Syndromen? Kritische Literaturbetrachtung und Interaktionsanalysen bei einem Mädchen mit Tetrasomie 15q12, Medizinische Dissertation, München 2010.

¹⁶ Der Begriff „Paradigma“ wird hier gleichbedeutend mit Modell, Konstrukt oder Konzept verwendet.

¹⁷ Vgl. P. Mayring, Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Aufl. Weinheim 2002.

¹⁸ Vgl. Aristoteles, Metaphysik, 5. Aufl. Reinbek 2007.

Tabelle 2: Defekt- versus Dialog-Blickwinkel, modifiziert nach Boban und Hinz¹⁹

Defekt-Blickwinkel	Dialog-Blickwinkel
Geistige Behinderung als Zustand (geistig behindert sein)	Geistige Behinderung als Prozess (geistig behindert werden)
Genetisch determinierte Organdysfunktion	Umweltmodifikation von Genwirkungen
Arbeit an den Problemen des Kindes	Unterstützung der kindlichen Entwicklung
Das Kind als abhängiges, passives Objekt	Das Kind als autonomes, aktives Subjekt
Wissen, was für das Kind das Beste ist	Offenheit für Situationen und Erfahrungen
Vorbereiteter Therapieplan	Beobachtung und individuelle Reaktionen
Übung praktischer Funktionen	Unterstützung von Interessen und Fähigkeiten
Erziehung und Entwicklungsförderung außerhalb des normalen sozialen Umfelds	Erziehung und Entwicklungsförderung innerhalb des normalen sozialen Umfelds

den Erwartungen im Erziehung- und Forschungsprozess. Höhere Erwartungen führten zur Wahrnehmung größerer kindlicher Fähigkeiten und zu einer Steigerung des Anforderungsniveaus, das die Wahrnehmung höherer kindlicher Lernbedürfnisse zur Folge hatte (positive Spirale). Niedrige Erwartungen führten zur Wahrnehmung von Unfähigkeiten, die sich durch eine Reduktion des Anforderungsniveaus verstärkten (negative Spirale). Die konträren Effekte von sich selbst erfüllenden Prophezeiungen nötigten uns, hohe Erwartungen in die Potenziale der Kinder zu setzen, die sich an ihrem Lebensalter orientierten und als begründet erwiesen. Wir konnten Syndromdiagnosen nicht länger als Defekte, Krankheiten oder Störungsbilder ansehen. Der Paradigmenwechsel machte sie zu seltenen Vorkommnissen im Rahmen der menschlichen Vielfalt, die zur sozialen Gemeinschaft gehören.²⁰

¹⁹ Vgl. I. Boban/A. Hinz, Geistige Behinderung und Integration. Überlegungen zum Verständnis der „Geistigen Behinderung“ im Kontext integrativer Erziehung, Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 22 (1993), S. 237–340.

²⁰ Vgl. S. Stengel-Rutkowski, Vom Defekt zur Vielfalt. Ein Beitrag der Humangenetik zu gesellschaftlichen Wandlungsprozessen, Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 53 (2002), S. 46–55.

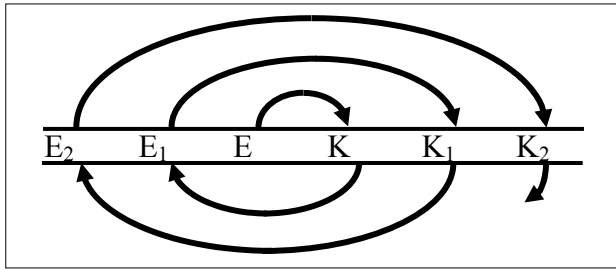


Abbildung 3: Hermeneutische Spirale: Reaktionsmöglichkeiten eines Kindes (K), Erwartungen der Umwelt (E), veränderte Reaktionsmöglichkeiten des Kindes (K₁, K₂, etc.), veränderte Umwelterwartungen (E₁, E₂, etc.) (modifiziert nach P. Mayring 2002).

4. Gesellschaftliche Veränderungen

1980 definierte die Weltgesundheitsorganisation Behinderung letztmals als „Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit, Handlungen in der Art und Weise oder innerhalb der Bandbreite durchzuführen, die für ein menschliches Wesen als normal angesehen wird“ (ICIDH)²¹. Die neueste WHO Klassifikation (ICF)²² distanziert sich von einem solchen Normbereich. Sie beschreibt Prozesse von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die neben medizinischen auch individuelle und soziale Aspekte berücksichtigen. Dies soll eine weltweite Kommunikation über gesundheitsrelevante Umweltfaktoren und deren wissenschaftliche Analyse anregen. Dabei wird auf die gegensätzlichen Modelle für Behinderung in der Medizin und den Sozialwissenschaften hingewiesen:

- Das *medizinische Modell* betrachtet Behinderung als Problem einer Person, das unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen gesundheitsrelevanten Zustand verursacht wird und medizinischer Versorgung bedarf.
- Das *soziale Modell* betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein sozial verursachtes Problem und grundsätzlich als eine Frage der vollen Integration von Einzelpersonen in die Gesellschaft. Behinderung ist hier kein Merkmal einer Person, sondern eher eine komplexe Ansammlung von Bedingungen, von denen viele vom sozialen Umfeld geschaffen werden. Um sie zu beseitigen, ist soziales Handeln erforderlich.

²¹ Vgl. *World Health Organization*, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), Genf 1980.

²² Vgl. *World Health Organization*, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Genf 2001.

Das soziale Modell der ICF verfolgt ein inklusives Konzept, das die Vielfalt menschlicher Konstitutionen ohne die Kategorien von gesund (erwünscht) und krank (unerwünscht) akzeptiert und mit unserem Paradigmenwechsel korrespondiert. Bei ihrem Versuch, beide Modelle in einem biopsychosozialen Ansatz zu vereinen, strebt die ICF eine kohärente Sicht von Gesundheit und Funktionsfähigkeit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene an. Dieser interdisziplinäre Ansatz sollte bei der Beratung nach einer Syndromdiagnose verwirklicht werden.

Auch die 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen²³ betrachtet den Behinderungszustand nicht als feststehend, sondern als einen sich ständig entwickelnden Prozess, der sich nachteilig auswirkt, wenn Menschen auf umweltbedingte Barrieren und Haltungen stoßen, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilnahme am gesellschaftlichen Leben hindern.²⁴ Die Konvention fordert den Paradigmenwechsel von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Menschenrechte. Sie befreit Menschen mit seltenen Konstitutionen aus ihrer gesellschaftlichen Unsichtbarkeit und anerkennt ihr Recht auf Bildung in normalen Grund- und weiterführender Schulen. Diese gesellschaftlichen Veränderungen haben das Potenzial, die Entscheidung für das Leben von Kindern mit pränatalen Syndromdiagnosen im Schwangerschaftskonflikt der Eltern zu begünstigen.

5. Neuropsychologische Aspekte

Im Hinblick auf eine fundierte bio-psychosoziale Beratung werden nun die seit 1997 vorliegenden neuropsychologischen Kenntnisse über die Entwicklung des kindlichen Denkens skizziert. Sie begründen den gesellschaftlich geforderten Paradigmenwechsel in besonderer Weise, da sie die Beobachtung normaler psychomentaler Potenziale bei Kindern mit Syndromdiagnosen auch naturwissenschaftlich erklären.²⁵

²³ Vgl. Bundesgesetzblatt, Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Teil II Nr. 35, Bonn 2008.

²⁴ Vgl. *Graumann, Sigrid*, Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, IMEW konkret Nr.11, 2008. URL: www.imew.de/index.php?id=405.

²⁵ Vgl. *R. Shore*, Rethinking the Brain – New Insights into Early Development, New York 1997; *J. Lessen-Firestone*, Building Children's Brains. Ready to learn forums and summit addressing early childhood brain development, Michigan 1998/1999; *J. Shonkoff/D. Phillips*, From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development, Washington 2000; *S. Stengel-Rutkowski*, Geistige Behinderung bei Kindern mit genetischen Syndromen?, in: *R. Hohlfeld* (Hg.), Das Denken ist frei. Plädoyer für eine Überwindung monistischer Denkweisen in den Wissenschaften vom Menschen, im Druck 2010.

Pränatal wird die menschliche Hirnentwicklung streng von den Genen kontrolliert. Sie sorgen dafür, dass dieses Organ zur Zeit der Geburt bestimmte Strukturen aufweist und über Basisfunktionen verfügt, die dem Kind die Anpassung an das extrauterine Leben ermöglichen. Bei der Geburt sind Rückenmark und Hirnstamm in der Regel voll funktionsfähig, während die Hirnrinde und das darunter liegende limbische System beim Menschen viel weniger entwickelt sind als bei anderen Primaten. Diese für Sinneswahrnehmungen, assoziatives Erinnern, willensgesteuertes Handeln, Emotionen und Lernprozesse vorgesehenen Areale enthalten noch relativ wenig neuronale Vernetzungen. Die etwa 100 Milliarden (10^{11}) Nervenzellen, die dort im zweiten Drittel der Schwangerschaft eingewandert sind, warten auf Erfahrungen, die das Kind nach der Geburt in seiner sozialen Umgebung macht.

Die Fortsätze der Nervenzellen (Neuronen) beginnen unter dem Einfluss der Umwelt zu wachsen und sich zu verzweigen. Sie nehmen miteinander Kontakt auf und teilen sich die Erfahrungen des Kindes als elektrische Signale mit. Dabei haben die Schaltstellen der neuronalen Kommunikation (Synapsen) eine besondere Bedeutung. Sie können die Effizienz stark genutzter Verbindungen erhöhen und wenig genutzte Verbindungen bis zu ihrer Ineffizienz schwächen. So entstehen Informationsspeicher, die das Gehirn des Kindes in Abhängigkeit von seinen Erfahrungen, seinen Neigungen und seinem Willen zu einem funktions- und anpassungsfähigen Denk- und Kontrollorgan machen. Dabei werden die kindlichen Lernerfolge mit Glückshormonen aus dem limbischen System belohnt.

Da jedes Hirnrindenneuron mit mehr als zehntausend anderen Neuronen kommunizieren kann, werden die kindlichen Erfahrungen durch etwa eine Billiarde (10^{15}) Synapsen vernetzt. Mit zwei Jahren haben Kinder etwa ebenso viele Synapsen wie Erwachsene, mit drei Jahren doppelt so viele. Wichtige Impulse können nun anhand ihres Erfahrungsschatzes rasch bewertet und mit körperlichen Reaktionen beantwortet werden, die von der Umwelt verstanden werden. So entwickeln sich Neugeborene mit Hilfe ihrer neuronalen Netzwerke zu Kleinkindern, die ihre Umgebung erforschen, gezielte Bewegungen erproben, diese wiederholen und verfeinern, Beziehungen aufbauen, nachdenken und Ideen verwirklichen. In Interaktion mit den Dingen und Personen ihrer Umwelt lernen sie, diese mitzugestalten und sich in ihr wohl zu fühlen. Vergleichende Untersuchungen von gut versorgten und deprivierten Kindern zeigen, dass diese neuronalen Netzwerke eine Funktion ihrer Umwelt sind.²⁶

²⁶ Vgl. T. Eluvathingal et al., Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging study, *Pediatrics* Nr. 117 (2006), S. 2093–2100.

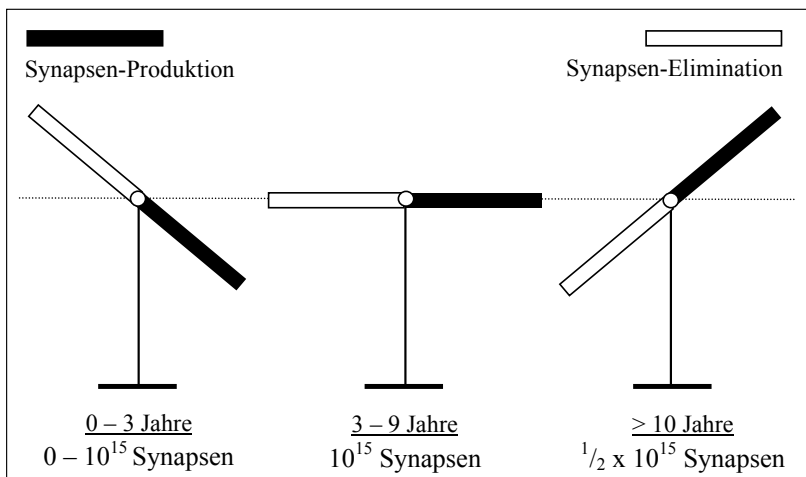


Abbildung 4: Verhältnis der Produktion und Elimination von Synapsen während der postnatalen Hirnentwicklung.

Produktion und Elimination von Synapsen sind die formenden Kräfte der postnatalen Hirnentwicklung. Anfangs überwiegt die Produktion, da fast jede Erfahrung neu ist. Der riesige neuronale Input der ersten drei Jahre führt jedoch zu wild wuchernden Verbindungen, die in der Folgezeit beschnitten werden. Indem wenig genutzte Synapsen vermehrt entfernt werden, pendelt sich auf dem hohen Niveau von 10^{15} Synapsen ein dynamisches Gleichgewicht zwischen ihrer Produktion und Elimination ein (Abb. 4).

Im Kindergarten- und Grundschulalter ist das Gehirn dicht mit Nervenfasern bepackt. Die komplexer werdenden Erfahrungen und Lernprozesse erfordern eine ständige Erneuerung und Reorganisation der neuronalen Netzwerke. So passen sich die Kinder in dieser Zeit rasch an verschiedenste Umwelten an. Sie entwickeln die Fähigkeit, darin zu überleben, erfolgreich zu sein und dafür belohnt zu werden. Welche ihrer neuronalen Verbindungen verstärkt werden und welche verschwinden, hängt von der subjektiven Bedeutung ihrer Erfahrungen ab, die sie dabei machen. Da diese niemals gleich sind, entwickelt sich jedes menschliche Gehirn zu einem individuell geformten Unikat.

Von der Pubertät an überwiegt die Synapsenelimination. Was nicht gebraucht wird, geht verloren. Nur diejenigen Netzwerke bleiben, die von Anfang an regelmäßig genutzt wurden und für die Jugendlichen bedeutsam sind. Sie verfestigen sich und machen ihr Gehirn zu einem effizienten Organ, mit dem sie ihr Leben zunehmend selbst steuern. Am Ende der Pubertät

ist die Zahl ihrer kortikalen Synapsen auf die Hälfte reduziert. Während immerfort neue Verbindungen produziert und andere eliminiert werden, arbeitet ihr Denkapparat nun bis zum Lebensende mit etwa einer halben Billion Synapsen.

Eine bio-psychosoziale Beratung in der Schwangerschaft sollte den Eltern vermitteln, dass das Denkvermögen aller Kinder durch die Umwelt geprägt wird. Auch die Synapsen von Kindern mit Syndromdiagnosen funktionieren. Sie speichern und vernetzen Erfahrungen, die jedoch altersentsprechend sein müssen, damit keine geistige Behinderung entsteht. Eltern im Entscheidungskonflikt werden sich fragen, ob sie die Kraft haben, ihr Kind unter erschwerten Bedingungen zu erziehen und seine soziale Umgebung so zu verändern, dass es seine Potenziale uneingeschränkt entfalten kann. Sie sollten erfahren, dass sie bei dieser wichtigen Aufgabe nicht nur durch die Konventionen der Vereinten Nationen über die Rechte aller Kinder²⁷ unterstützt werden, sondern auch durch Fachleute, die ihnen und ihrem Kind nach der Geburt helfen, sein Recht auf Bildung auf der Grundlage von Chancengleichheit zu verwirklichen.

IV. Beispiel Annette

Im Folgenden werden exemplarische Beobachtung der kleinen Annette²⁸ präsentiert, die mit einem Down-Syndrom zur Welt kam. Sie beruhen auf der Videoaufnahme ihrer ersten Interaktion mit der Montessoritherapeutin Lore Anderlik²⁹ und sind repräsentativ für die Fähigkeiten und Erziehungsbedürfnisse von Kindern mit dieser Syndromdiagnose.

1. Kurzbiographie

Annettes Trisomie 21 wurde nach ihrer Geburt phänotypisch vermutet und chromosomal bestätigt. Sie lebt mit ihren älteren Brüdern zu Hause und entwickelt sich motorisch nach ihrer genetisch determinierten Norm. Im ersten Jahr erhielt sie Physiotherapie, im zweiten heilpädagogische Förderung. Als sie 19 Monate alt war, kamen die Eltern zur bio-psychosozialen Beratung. Die Interaktion mit der Montessoritherapeutin fand im Alter von 23 Monaten statt und dauerte insgesamt 48 Minuten.

²⁷ Art. 24 der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht Art. 28 der UN Kinderrechtskonvention.

²⁸ Name geändert.

²⁹ Montessori-Therapie, Puchheim bei München.

2. Methodik

Die hermeneutisch interpretative Analyse beruht auf den ersten sieben Minuten der Videoaufzeichnung. Sie erfolgte in drei Schritten:

- Jeder Moment, in dem etwas geschah, wurde mit einer geeigneten Software in Zeitlupe erfasst, als Einzelbild in eine Tabelle transferiert, mit einem kurzen Text beschrieben und mit einer Zeitangabe versehen. Annette stand im Vordergrund der Beobachtungen. Die zum Verständnis ihres Handelns erforderlichen Aktivitäten der Therapeutin wurden ebenfalls notiert. Subjektive Bewertungen wurden vermieden oder als solche gekennzeichnet. Insgesamt wurden 434 Bilder erfasst.
- Die Bildtexte wurden in einem Protokoll zusammengefasst, das die Interaktion formal strukturierte. Dabei wurden die Beobachtungen nötigenfalls revidiert.
- Die Beobachtungen wurden anhand des Protokolls und der Bilder interpretiert. Mehrere Interpretationszyklen waren nötig, um den subjektiven Sinn von Annettes Handeln zu verstehen.³⁰

3. Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass Annettes geistige Potenziale in ihren jungen Jahren altersentsprechend entwickelt waren. Es gab jedoch oppositionelle Provokationen zu deuten, deren Sinn während der Interaktion nicht verstanden wurde. Die Detailanalysen offenbarten, dass sie sich damit gegen eine Unterschätzung ihrer kognitiven Fähigkeiten durch die Therapeutin wehren wollte.

(a) Eingangssequenz (0–01:40.07)

Annette kann erst seit kurzem frei laufen. Sie verfolgt das Gespräch der Erwachsenen auf dem Arm ihres Vaters, bei dem sie sich in der fremden Umgebung geborgen fühlt (Abb. 5). Als dieser sie auf die Füße stellt und auffordert, sich der Therapeutin zu zuwenden, nimmt er überrascht wahr, dass sie „Nein“ sagen kann. Die Therapeutin bringt ein Tablett mit zwei Flaschen und einem Trichter zum Tisch. Annette löst sich vom Vater und geht neugierig darauf zu. Auf ihren Stuhl aufmerksam gemacht, zeigt sie den Wunsch, darauf gesetzt zu werden. Während dies geschieht, lässt sie das Material nicht aus den Augen. Selbstbewusst zu den Eltern blickend nimmt sie ihren Platz ein (Abb. 6).

³⁰ Vgl. S. Stengel-Rutkowski/L. Anderlik, Kognitive Fähigkeiten und Erziehungsbedürfnisse von Kindern mit Trisomie 21. Zusammenwirken von Erbe und Umwelt, Leben mit Down-Syndrom Nr. 56 (2007), S. 36–52; L. Anderlik, Das unerwartet interessierte und kreative Kind, in: Das Kind. Halbjahresschrift für Montessori-Pädagogik Nr. 45 (2009), S. 33–49.



Abbildung 5: Annette kuschelt sich an ihren Vater, bei dem sie sich geborgen fühlt. (01:11.13)



Abbildung 6: Annettes Stuhl wird zum Tisch geschoben. Sie legt Besitz ergreifend ihre Hände darauf (01:39.12).

(b) Präsentation (01:40.07–02:14.04)

Annette sieht, wie die Therapeutin die mit Grieß gefüllte Flasche über den Trichter in der leeren Flasche neigt. Fasziniert beobachtet sie, wie der Grieß zur Öffnung rutscht, durchläuft und in kräftigem Strahl in den Trichter fließt. Sie blickt lachend zu den Eltern. Dann merkt sie, dass er aus der unteren Trichterhalsöffnung kommt und die leere Flasche füllt. Als nichts mehr herauskommt, schaut sie nach oben und sieht, dass die Flasche leer ist. Sie verfolgt das Absetzen der leeren Flasche, die ihr vor dem Abstellen noch mal gezeigt wird, blickt zum Grieß in der gefüllten Flasche und klatscht vor Freude die Hände auf den Tisch. Als der Trichter umgesteckt wird, lautiert sie verständnisvoll. Sie sieht, wie die gefüllte Flasche wieder über den Trichter auf der leeren Flasche geneigt wird, in die der Grieß hinein läuft, während sie immer steiler gestellt wird. Freudig lautierend verfolgt sie den rinnenden Grieß, bis er versiegt, und blickt lächelnd zur Flasche in der Hand der Therapeutin, die ihr mit dem Wort „leer“ noch einmal präsentiert wird. (Abb. 7).



Abbildung 7: Präsentation der Schüttübung

(c) Eigenes Handeln (02:18.12–06:30.19)

Annette will mitmachen. Sie wiederholt die präsentierte Übung in vier Minuten achtmal und wird dabei nach dem Motto „Hilf mir, es selbst zu tun“ unterstützt. Am Anfang der zweiten, dritten, vierten und sechsten Wiederholung verhält sie sich beim Trichterumstecken kontraproduktiv. Bei der fünften und siebten Wiederholung steckt sie den Trichter korrekt um, verstärkt aber danach ihre Provokationen. Dies scheint im Widerspruch zu ihrem disziplinierten Grießschütten zu stehen, bei dem sie mit Hilfe der Therapeutin große Selbständigkeit erreicht. Bei der sechsten und achten Wiederholung ergänzt sie ihr souveränes Schütten durch Demonstrationen mit der leeren Flasche über dem Trichter. Um ihre Fähigkeiten und Erziehungsbedürfnisse zu erkennen, musste der Sinn dieses teilweise irritierenden Handelns verstanden werden.

Wiederholung 1. Die Therapeutin steckt den Trichter in die leere Flasche. Annette zieht ihn wieder heraus und führt ihn zur gefüllten Flasche. Weiß sie nicht, dass er in die leere Flasche gehört? Oder will sie ihn selbst umstecken? Sie erhält Handführung, was ihr zu missfallen scheint. Beim assistierten



Abbildung 8: Wiederholung 1–2

Schütten beobachtet sie den fließenden Gieß so genau wie zuvor. Lächelnd zeigt sie den Eltern die leere Flasche. „EI LEER“, lautiert sie, als sie ihr vor dem Abstellen noch mal vor Augen geführt wird (Abb. 8). Sie wird bestärkt und gelobt.

Wiederholung 2. Annette blickt zum Trichter, den sie nun herausziehen könnte. Sie nimmt aber lächelnd die leere Flasche und hindert die Therapeutin am Umstecken. Will sie die Schüttbewegung ohne Gieß erproben? Oder zeigen, dass sie weiß, was „leer“ ist? Apathisch erträgt sie die Handführung, mit der ihr dies erneut demonstriert wird. Zum Umstecken geführt will sie den Trichter wieder aus der leeren Flasche ziehen. Die Therapeutin schüttet allein. Annette beobachtet dies konzentriert und steht auf, um besser sehen zu können (Abb. 8). Ihr Stuhl rutscht zurück. Als der Gieß durch ist, setzt sie sich, wird heran gezogen, steht noch mal auf, schiebt den Stuhl zurück, und will wieder heran gezogen werden. „Jetzt bist du zu weit weg. Jetzt siehst du nichts“, sagt die Therapeutin und schiebt sie zum Tisch.

Dritte Wiederholung			
			
Annette will mit der leeren Flasche die Trichteröffnung erreichen. (03.37.24)	Ihr Arm wird zur gefüllten Flasche geführt. Sie nimmt sie mit ernstem Gesicht. (03.44.14)	Nach dem Schütten blickt sie lächelnd auf die leere Flasche in ihrer Hand. (03.51.05)	„Leer, die Flasche ist leer“, hört sie und senkt den Kopf bei dieser Belehrung. (03.56.04)
Vierte Wiederholung			
			
„Wir holen den Trichter“, hört sie und wird zum Umstecken geführt. (04.03.10)	Sie sieht, dass die Flasche leer ist, obwohl noch Gieß aus dem Trichters hals läuft. (04.15.23)	Lächelnd betrachtet sie die leere Flasche in ihrer erhobenen Hand, die wieder geführt wird. (04.17.21)	Sie wird ihr erneut gezeigt. „Leer“, hört sie und bestätigt dies zweimal mit „JA“. (04.18.18)

Abbildung 9: Wiederholung 3–4

Wiederholung 3. Wieder nimmt Annette die leere Flasche. Sie versucht, damit den Trichter auf der gefüllten Flasche zu erreichen. Will sie die Therapeutin provozieren? Ihre linke Hand wird zum Abstellen der leeren Flasche geführt, der Trichter eingesteckt, ihre linke Hand fixiert und ihr rechter Arm zur gefüllten Flasche geführt. Annette nimmt sie sofort. Beim assistierten Schütten beobachtet sie den Gieß mit ernstem Gesicht. Die Handführung wird gelockert. Laut lachend schüttet sie nahezu allein und setzt ihre Beobachtungen fort, bis nichts mehr aus dem Trichter kommt. Beim Absetzen betrachtet sie lächelnd die leere Flasche, die ihr mit dem Wort „leer“ erneut präsentiert wird. Sie reagiert enttäuscht (Abb. 9). Mit vorge-streckter Zunge scheint sie den Eltern mitzuteilen, dass sie es „doof“ findet, wiederholt erklärt zu bekommen, was sie weiß.

Wiederholung 4. „Wir holen den Trichter“, hört Annette und wird zum Umstecken geführt. Da sie ihn wieder herausziehen will, bleibt ihre Autonomie eingeschränkt. Vom rinnenden Gieß fasziniert wächst ihr Wunsch nach Selbständigkeit. Die Flasche wird mit der Öffnung nach unten in den

Trichter gesteckt und die Führung beendet. Allein schüttend beobachtet sie konzentriert, handelt kompetent und merkt, dass die Flasche leer ist, obwohl noch Gieß aus dem Trichter rinnt. Als er durchgelaufen ist, zieht sie die Flasche heraus, kontrolliert lächelnd, dass sie leer ist und bestätigt dies bei der nochmaligen Präsentation unter Handführung zweimal mit „JA“ (Abb. 9).

Wiederholung 5. Positiv gestimmt befolgt Annette die Aufforderung zum Trichterumstecken. Dann nimmt sie mit jeder Hand eine Flasche. Ihre linke Hand wird an der leeren festgehalten, die rechte mit der gefüllten über den Trichter geneigt. Beim Schütten verhält sie sich so konstruktiv, dass die Handführung beendet wird. Sie hält die leere Flasche mit der linken Hand auf dem Tablett, schüttet mit der rechten Gieß in den Trichter und beobachtet genau. Als die Flasche leer ist und aus dem Trichter nichts mehr kommt, zieht sie diese leise lautierend heraus, zeigt sie lächelnd den Eltern, betrachtet sie noch einmal glücklich und will sie abstellen. Ihre Hand wird jedoch festgehalten und ihr die Flasche mit dem Wort „leer“ erneut gezeigt. Sie senkt den Kopf und wiederholt dies leise (Abb. 10). Als nach dem Abstellen ihre rechte Hand festgehalten bleibt, schlägt sie die linke kräftig auf den Tisch. Es wirkt wie eine Kampfansage.

Wiederholung 6. Annette beantwortet die freundliche Aufforderung zum Trichterumstecken mit Provokationen. Sie will die gefüllte Flasche mit dem Trichter heben, wird zum Umstecken geführt, steckt den Trichter wieder zurück, will sie erneut heben und wehrt sich gegen das nochmalige Umstecken. Ihre linke Hand wird an der gefüllten Flasche festgehalten. Mit der rechten will sie die leere Flasche nehmen, wird aber zum Umstecken geführt. Als der Trichter in der leeren Flasche steckt, drückt sie ihn am Griff nach unten. Die schwankende Flasche wird unter Handführung aufgefangen.

Annette wird zum Schütten geführt. Der fließende Gieß fasziniert sie erneut. Sie beendet ihre Provokationen, die im Nachhinein als Reaktion auf die fehlende Anerkennung ihrer perfekten Arbeit am Schluss der fünften Wiederholung verstanden wird. Allein schüttend beobachtet sie den im Trichter verschwindenden Gieß. Sie zieht die leere Flasche heraus, obwohl noch etwas aus dem Trichterhals rinnt. Als nichts mehr kommt, stellt sie die Flasche geräuschvoll ab. Offenbar will sie damit sagen, dass sie die geführte Schlusszeremonie nicht braucht, weil sie beim Schütten genau gesehen hat, wann die Flasche leer ist. Dies wird während der Interaktion nicht verstanden. Die Flasche wird ihr unter Handführung mit dem Wort „leer“ erneut gezeigt und leise abgestellt.

Fünfte Wiederholung			
			
„Hol den Trichter!“, hört Annette. Sie tut dies und steckt ihn in die leere Flasche. (04:27.13)	Alleine schüttend beobachtet sie den Gieß und sieht, wann die Flasche leer ist. (04:36.06)	Sie zeigt die leere Flasche lächelnd den Eltern. (04:38.24)	Bei der geführten Kontrolle senkt sie den Kopf und wiederholt leise „LEER“. (04:42.12)
Sechste Wiederholung			
			
Sie ignoriert die freundliche Aufforderung zum Trichterumstecken. (04:45.24)	Sie darf die gefüllte Flasche nicht nehmen und wird zum Trichterumstecken geführt. (05:02.11)	Sie drückt den Trichter am Griff nach unten. Die leere Flasche schwankt. (05:10.04)	Rechts festgehalten und links zum Schütten geführt blickt sie fasziniert auf den Gieß. (05:13.00)
			
Sie schüttet zum dritten Mal allein und beobachtet die sich leerende Flasche. (05:14.09)	Sie blickt zur Öffnung der Flasche im Trichter, um zu sehen, wann sie leer ist. (05:16.22)	Sie zieht sie lächelnd heraus, obwohl noch Gieß durch den Trichter rinnt. (05:18.07)	Als er durchgelaufen ist, stellt sie die Flasche krachend auf das Tablett. (05:19.11)
			
Bei der geführten Ergebniskontrolle streckt sie die Zunge vor. (05:21.18)	Dann hält sie die leere Flasche mit der Öffnung nach unten in den Trichter. (05:25.08)	Bevor sie die Flasche heraus zieht, klopft sie den Hals am Trichter rand ab. (05:26.17)	Sie kontrolliert die Flasche über dem Trichter. Es kommt kein Gieß mehr heraus. (05:29.18)

Abbildung 10: Wiederholung 5–6

Annette streckt die Zunge vor und senkt lächelnd lautierend den Kopf. Sobald ihre linke Hand frei ist, veranstaltet sie ihre erste Demonstration: Sie nimmt die leere Flasche vom Tablett und hält sie mit der Öffnung nach unten in den Trichter. So zeigt sie, dass sie weiß, wie man die Flasche komplett leert. „Leer!“, sagt die Therapeutin. Annette klopft den Flaschenhals am Innenrand des Trichters ab. So zeigt sie, dass sie weiß, wie man den letzten Grieß entfernt. „Die Flasche ist leer“, hört sie. Annette zieht sie heraus, hält sie mit der Öffnung in Augenhöhe und schaut hinein. So zeigt sie, dass sie das nach dem Schütten selbst kontrolliert (Abb. 10). Sie stellt sie erneut geräuschvoll aufs Tablett, um zu bekräftigen, dass sie die geführte Kontrolle unter Handführung nicht braucht.

Wiederholung 7. Unaufgefordert zieht Annette den Trichter aus der gefüllten Flasche und steckt ihn in die leere. Sie provoziert die Therapeutin, indem sie ihn mit Mund und Nase exploriert. Dabei fällt die leere Flasche um. Sie wird unter Handführung wieder aufgestellt und der Trichter neu eingesteckt. Um zu verhindern, dass sie ihn noch mal herauszieht, wird ihre linke Hand an der leeren Flasche festgehalten. Als sie die gefüllte Flasche mit der rechten Hand über das Tablett neigt, wird sie zum Trichter geführt. Die Flasche wird mit der Öffnung nach unten hineingesteckt und die Handführung beendet.

Annette neigt die Flasche im Trichter, bis sie nahezu senkrecht steht, und beobachtet den verschwindenden Grieß, der in die andere Flasche rinnt. Sie zieht sie lachend heraus, als sie leer ist, zeigt sie mit funkelnden Augen den Eltern und der Kamera und stellt sie korrekt ab. Die Schlusszeremonie entfällt (Abb. 11).

Wiederholung 8. Annette will den Trichter nicht noch einmal umstecken. Ihre Hand wird geführt und ihr Versuch unterbunden, ihn wieder heraus zu ziehen. Sie macht oppositionellen Unsinn, täuscht Unfähigkeit vor und lässt sich apathisch zum Schütten führen. Der rinnende Grieß motiviert sie erneut zu konzentrierter Selbsttätigkeit. Als die Flasche leer ist, kommuniziert sie lachend mit dem Vater (Abb. 11) und stellt sie leise ab. Sie hebt sie wieder hoch, feuert sie lachend aufs Tablett und blickt prüfend zur Mutter. Die geführte Wiederaufnahme und Kontrolle der leeren Flasche nimmt sie nicht ernst. Sie will sie danach nicht abstellen. Ohne das Ende der Handführung abzuwarten, veranstaltet sie damit ihre zweite Demonstration: Sie blickt in den Trichter und hält die Flasche mit der Öffnung nach unten daneben. So zeigt sie, dass sie schon leer ist, während noch Grieß durchläuft. Dann wirft sie die Flasche aufs Tablett. Der Aufprall wird unter Handführung abgebremst und die Flasche leise abgestellt. Sie entzieht sich der Therapeutin und schiebt ihren Stuhl zurück.

Siebte Wiederholung			
			
Annette exploriert den Trichter in der leeren Flasche mit dem Mund, bis sie umfällt. (05:36.24)	Als sie die gefüllte Flasche über das Tablett neigt, wird sie zum Schütten geführt. (05:45.10)	Sie hält die gefüllte Flasche senkrecht in den Trichter und schüttet alleine. (05:47.16)	Sie zeigt die leere Flasche mit vor Freude funkelnden Augen den Eltern. (05:53.02)
Achte Wiederholung			
			
Sie hält die gefüllte Flasche fest und neigt die leere mit dem Trichter. (06:04.04)	Sie lässt sich die Hand zum Schütten führen, ohne selbst aktiv zu werden. (06:10.11)	Sie neigt die Flasche in den Trichter und blickt verträumt auf den Gieß. (06:11.05)	Die Flasche ist leer. Der Gieß läuft durch den Trichter. Sie lacht dem Vater zu. (06:15.24)

Abbildung 11: Wiederholung 7–8



Abbildung 12: An einer Hand unterstützt trägt Annette das Arbeitsmaterial zum Regal. (06:51.17).

(d) Ende der Übung (06:31.06–47:35.10)

Annette wird gefragt, ob sie mit ihrer Arbeit fertig ist. Sie schiebt als Antwort den Tisch weg. Zum gemeinsamen Aufräumen aufgefordert reagiert sie mit einem Fluchtreflex. Dann willigt sie nickend ein, haucht ein „JA“ und erhält Assistenz, um das Tablett mit den Flaschen und dem Trichter vom Tisch zu nehmen, zum Regal zu tragen und an seinen Platz zu stellen. Dabei scheint sie sich groß zu fühlen. Nach einem Lob will sie die Interaktion mit anderen Materialien fortzusetzen.

V. Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Annettes Materialinteresse sowie ihre feinmotorischen und psychomentalen Fähigkeiten sind altersentsprechend. Sie handelt aus eigenem Antrieb und wird dabei unterstützt, ihrem Wunsch gemäß selbständig zu arbeiten. Sie verfügt über eine exzellente Beobachtungsgabe, ein rasches Verständnis für Zusammenhänge und eine gute Merkfähigkeit. Ihre Ausdauer, Konzentration und Willenskraft sind ebenso beachtlich wie ihre soziale Intelligenz und ihre nonverbale Kommunikation. Der Therapeutin gegenüber zeigt sie sich als rasch lernende Partnerin mit selbstbewusst kompetenten und oppositionell provokanten Verhaltensweisen. Letztere wurden im Nachhinein als nonverbale Dialogversuche entschlüsselt, die sich auf den Begriff „leer“ bezogen. Annette nahm wahr, dass dessen Verständnis nicht von ihr erwartet wurde. Sie wollte der Therapeutin jedoch ihre kognitive Kompetenz zeigen und sich gegen unnötige Einschränkungen ihrer Handlungsautonomie wehren. Für ihre Unterschätzung sind drei Gründe zu nennen:

1. Annettes Versuche zu zeigen, dass sie die Aufgabe versteht und wiederholte Erklärungen als diskriminierend empfindet, erfolgten in Sekundenbruchteilen. Sie kamen erst durch die in Zeitlupe erfassten Einzelbildanalysen ans Licht, als ein Grund für ihre wiederholten Provokationen beim Trichterumstecken gesucht wurde. Während der Interaktion war nicht erkennbar, dass sie dabei auf negative Erfahrungen reagierte, die sie unmittelbar zuvor gemacht hatte.
2. Die Wahrnehmung ihrer Kompetenzen war von zu niedrigen Erwartungen blockiert. Ihre nonverbalen Fähigkeiten zu Disput und Selbstbehauptung übertrafen unsere Vorstellungen bei weitem. Wir hatten nicht erwartet, dass sie sich bei dieser für sie neuen Übung unter therapeutischer Assistenz so rasch sicher fühlen würde, dass sie Zeit und Energie aufwenden konnte, uns auf ihre Unterschätzung hinzuweisen.

3. Die korrekte Einschätzung ihrer Kompetenzen war für uns auch deshalb schwierig, weil Annette ihr Anliegen, das Verhalten der Therapeutin zu ändern, sowohl konstruktiv als auch unkonstruktiv handelnd mitzuteilen versuchte.

Annettes Verhalten bestätigt im Nachhinein den primär unbehinderten Intellekt von Kindern mit Down-Syndrom.³¹ Es zeigt ihre Sensibilität gegenüber grundloser Geringschätzung und Missachtung ihrer Fähigkeiten. Unsere Erwartungen müssen sich ändern, damit sich der Wille der Kinder zu sinnvoller Selbsttätigkeit im Respekt für sich und andere entwickeln kann.

Eltern, die sich in der Spätschwangerschaft zwischen der Akzeptanz der Geburt ihres Kindes mit Syndromdiagnose oder deren Verhinderung entscheiden, reflektieren die Realität, die sie kennen. Nur selten konnten sie lernen, genetische Vielfalt als gleichberechtigt und nicht als „defekt“ wahrzunehmen. Sie kennen die Vorurteile ihrer Umgebung, die sie vielleicht zuvor selbst noch teilten. Nun fürchten sie, sich und ihr Kind den Verletzungen durch eine intolerante Gesellschaft auszusetzen.

„Es ist normal, verschieden zu sein.“ Mit diesem Satz hat Richard von Weizsäcker 1993 ein Leitmotiv für die gesellschaftliche Integration unterschiedlicher Menschen und ihre gleichberechtigte Teilhabe an allen Bereichen des sozialen Lebens geschaffen.³² Er ruft uns auf, eine Wirklichkeit zu überwinden, die Verschiedenheit benachteiligt, ja bestraft. „Die pränatale Diagnostik wird unser Leben nicht einfacher machen, sondern schwieriger“, sagte er. „Denn sie wird uns nur Fakten mitteilen, nicht mehr. Wer sie hören will, begibt sich in eine Entscheidungssituation, die ethisch und moralisch höchste Anforderungen stellt“.

Seither ist Zeit vergangen. Integration und Nichtdiskriminierung wurden zu einer weltweiten Sozialbewegung. Kinder mit Syndromdiagnosen können heute Regelkindergärten und Grundschulen besuchen und das Gefühl bekommen, ein Teil der sozialen Gemeinschaft zu sein. Es bedarf jedoch noch großer gemeinsamer Anstrengungen und vermehrter positiver Erfahrungen in Familien, Schulen und Ausbildungsstätten sowie in staatlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Institutionen, um den Paradigmenwechsel in der Gesellschaft umzusetzen. Alle Kinder sollten von uns in ihrer Verschiedenheit willkommen geheißen werden und miteinander lernen, als Jugendliche und Erwachsene zum sozialen Leben beizutragen. Kompetente Beratungen im Rahmen des neu geregelten Schwangerschaftskonfliktgesetzes können zu diesem gesellschaftlichen Wandlungsprozess beitragen.

³¹ Vgl. S. Stengel-Rutkowski/L. Anderlik, Kognitive Fähigkeiten und Erziehungsbedürfnisse von Kindern mit Trisomie 21, *Leben mit Down-Syndrom* Nr. 54 (2007), S. 38–49.

³² Vgl. R. v. Weizsäcker, Es ist normal, verschieden zu sein. Ansprache bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Bonn 1993.

Literatur

- Anderlik, Lore*, Ein Weg für alle! Leben mit Montessori. Montessori-Therapie und -Heilpädagogik in der Praxis, Dortmund 2006.
- Dies.*, Das unerwartet interessierte und kreative Kind, in: Das Kind. Halbjahresschrift für Montessori-Pädagogik Nr. 45 (2009), S. 33–49.
- Aristoteles*, Metaphysik, 5. Aufl. Reinbek 2007.
- Boban, Ines/Hinz, Andreas*, Geistige Behinderung und Integration. Überlegungen zum Verständnis der „Geistigen Behinderung“ im Kontext integrativer Erziehung, Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 22 (1993), S. 237–340. URL: <http://www.downsyndrom.net/bibliothek/pdf/hinz2.pdf>, Stand 2010.
- Bundesgesetzblatt, Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Teil II Nr. 35, Bonn 2008. URL: www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf, Stand 2010.
- Damke, Lilian*, Geistige Behinderung bei Kindern mit genetischen Syndromen? Kritische Literaturbetrachtung und Interaktionsanalysen bei einem Mädchen mit Tetrasomie 15q12, Medizinische Dissertation, München 2010.
- Drewitz, Christian von*, Pränataldiagnostik, Behinderung und Schwangerschaftsabbruch. Eine (verfassungs-)rechtliche und rechtspolitische Betrachtung, in: *Graumann, Sigrid/Grüber, Karin* (Hg.), Biomedizin im Kontext, S. 131–157, Berlin 2006.
- Eluvathingal, Thomas J./Chugani, Harry T./Behen, Michael E./Juhász, Csaba/Muzik, Otto/Maqbool Mohsin/Chugani, Diane C./Makki, Malek*, Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging study, Pediatrics Nr. 117 (2006), S. 2093–2100.
- Graumann, Sigrid*, Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, IMEW konkret Nr.11, 2008. URL: www.imew.de/index.php?id=405
- Lessen-Firestone, Joan*, Building Children's Brains. Ready to learn forums and summit addressing early childhood brain development, Michigan 1998/1999.
- Mayring, Philipp*, Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Aufl. Weinheim 2002.
- Rutter, Michael/Moffitt, Terrie E./Caspi, Avshalom*, Gene environment interplay and psychopathology: Multiple but real effects, Journal of Child Psychology and Psychiatry Nr. 47 (2006), S. 226–261.
- Shonkoff, Jack P./Phillips, Deborah A.*, From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development, Washington 2000.
- Shore, Rima*, Rethinking the Brain – New Insights into Early Development, New York 1997, revidiert 2003.

- Stengel-Rutkowski, Sabine*, Möglichkeiten und Grenzen pränataler Diagnostik, in: *Petermann, Franz/Wiedebusch, Silvia/Quante, Michael* (Hg.), *Perspektiven der Humangenetik*, Paderborn 1997, S. 49–81.
- Dies.*, Was hat Humangenetik und Pränataldiagnostik mit Integration zu tun? Interview, Bayrisches Integrations-Info. Informationsorgan der Landesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben – Gemeinsam Lernen, Bayern 1999. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/stengel_rutkowski-humangenetik.html, Stand 2010.
- Dies.*, Vom Defekt zur Vielfalt. Ein Beitrag der Humangenetik zu gesellschaftlichen Wandlungsprozessen, *Zeitschrift für Heilpädagogik* Nr. 53 (2002), S. 46–55.
- Dies./Anderlik, Lore*, Abilities and needs of children with genetic syndromes, *Genetic Counseling* 16 (2005), S. 383–391.
- Dies./Anderlik, Lore*, Kognitive Fähigkeiten und Erziehungsbedürfnisse von Kindern mit Trisomie 21, *Leben mit Down-Syndrom* Nr. 54 (2007), S. 38–49.
- Dies./Anderlik, Lore*, Kognitive Fähigkeiten und Erziehungsbedürfnisse von Kindern mit Trisomie 21. Zusammenwirken von Erbe und Umwelt, *Leben mit Down-Syndrom* Nr. 56 (2007), S. 36–52.
- Dies.*, Vorgeburtliche Beratung und Unterstützung, in: *Orthmann-Bless, Dagmar/Stein, Roland* (Hg.), „Frühe Hilfen bei Behinderungen und Benachteiligungen.“ Basiswissen Sonderpädagogik Bd. 1, Baltmannsweiler 2009, Beitrag I.2.
- Dies.*, Geistige Behinderung bei Kindern mit genetischen Syndromen?, in: *Hohlefeld, Reinhard*, *Das Denken ist frei. Plädoyer für eine Überwindung monistischer Denkweisen in den Wissenschaften vom Menschen*, im Druck 2010.
- United Nations, UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Übereinkommen über die Rechte des Kindes, 1989. URL: www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf, Stand 2010.
- Weizsäcker, Richard von*, Es ist normal, verschieden zu sein. Ansprache bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Bonn 1993.
- World Health Organization, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, 1980.
- World Health Organization, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Genf 2001.

Marion Baldus

Entscheidung für das Leben

Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach einem auffälligen Befund

„Tell them it’s not so bad“¹. Mit dieser programmatischen Botschaft schickt Margaret ihre Mutter auf den Weg. Sie zuckt dabei leicht mit den Schultern und lächelt ihre Mutter an. Margaret ist eine junge Frau mit Down-Syndrom. Ihre Mutter ist Patricia Bauer, eine US-amerikanische Publizistin. Sie wird an diesem Tag auf einem Gynäkologen-Kongress über „Prenatal Screening for Down Syndrome and the Bias Toward Abortion“² sprechen. Für Margaret ist es „nicht so schlimm“, dass sie mit dem Down-Syndrom geboren wurde und aufgewachsen ist. Für ihre Eltern ist es auch „nicht so schlimm“. Im Gegenteil: Patricia Bauer beschreibt in ihrem Artikel, wie sehr sie durch Margaret als Familie zusammengewachsen sind und wie sehr sich durch diese Erfahrung ein Wertewandel vollzogen hat: Die Bedeutung von IQ-Werten als Prädiktor für persönliches Glück und Lebensqualität hat sich relativiert, sie hat die Kraft bedingungsloser Liebe erfahren und viel über den Wert und die Würde vulnerabler Menschen gelernt. Dass mit aufwändigen und immer zielgenaueren Verfahren pränatal gerade nach diesen vulnerablen Menschen gesucht wird, ist für sie von besonderer Tragik und Ironie.³ Zwei parallel stattfindende Entwicklungen führen in ihrer ‚Gleichzeitigkeit von Ungleichzeitigkeiten‘ zu einem paradoxen Verhältnis: Den wesentlich verbesserten Teilhabe- und Bildungschancen von Menschen mit Down-Syndrom steht die offensive Selektion im vorgeburtlichen Bereich gegenüber.

I. Das Down-Syndrom als Zielpunkt von „Prävention“

Der erste chromosomale Nachweis des Down-Syndroms beim Ungeborenen im Jahre 1973 hat eine Zeitwende eingeleitet. Seither sind die Verfahren der

¹ P. E. Bauer, „Tell Them It’s Not so Bad“; Prenatal Screening for Down Syndrome and the Bias Toward Abortion, *Intellectual and Developmental Disabilities* Nr. 46/3 (2008), S. 247–251.

² Pränatales Screening nach dem Down-Syndrom und das der Abtreibung.

³ P. E. Bauer, a. a. O.

pränatalen Diagnostik kontinuierlich weiterentwickelt und immer mehr Frauen zugänglich gemacht worden. Heute scheint es selbstverständlich, jedes Ungeborene zu mehreren Zeitpunkten in der Schwangerschaft auf das Vorliegen von Behinderungen zu untersuchen. Neben dem Down-Syndrom werden auch andere Entwicklungsstörungen nachgewiesen, und in einigen Fällen folgen der Diagnostik kurative Maßnahmen wie intrauterine Behandlungen und operative Eingriffe. In diesen numerisch unbedeutenden Fällen verfolgt und erfüllt die Diagnostik therapeutische Zwecke.

Anders beim Down-Syndrom: Wird es pränatal diagnostiziert, entsteht für die Betroffenen eine belastende Konfliktsituation. Da kurative Maßnahmen fehlen, stehen sie vor der Entscheidung, das Kind mit dem Wissen um seine Behinderung dennoch anzunehmen oder aber die Schwangerschaft durch eine künstlich eingeleitete Geburt frühzeitig abubrechen. Aus juristischer Sicht handlungsleitend sollte hierbei die Fragestellung sein, ob der Tatbestand der medizinischen Indikation des § 218a des Strafgesetzbuches gegeben ist.⁴

In fast allen Fällen wird die Schwangerschaft nach der Diagnose Down-Syndrom beendet. Zwar werden in Deutschland die Zahlen statistisch nicht behinderungsspezifisch erfasst, doch lassen Studien aus europäischen und außereuropäischen Ländern auf eine durchgängig hohe Abbruchquote schließen: Seit Jahren liegt sie bei einem statistischen Mittel von 92%.⁵

Zunehmend mehr Frauen und ihre Partner geraten in Entscheidungsnotwendigkeiten. Dies liegt zum einen daran, dass das durchschnittliche Gebäralter gestiegen ist und das Down-Syndrom alterskorreliert häufiger auftritt. Zum anderen werden Diagnoseverfahren zu einem immer früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft eingesetzt und auch jungen Frauen angeboten, die kein sog. erhöhtes Altersrisiko haben, aber prinzipiell natürlich dennoch betroffen sein können. Die Abrechnung der Untersuchungen läuft entweder privat als individuelle Gesundheitsleistung (IGEL) oder als Kassenleistung bei Frauen ab 35 Jahren bzw. mit erwartetem erhöhtem Risiko. State of the Art ist ein kombiniertes Testverfahren, das sog. Ersttrimesterscreening. Per Ultraschall wird bereits ab ca. der 11. Woche nach Auffälligkeiten – wie einer verdickten Nackenfalte oder dem Fehlen des Nasenbeins – gesucht. Kommen andere Auffälligkeiten, wie erhöhte Werte bei Blut- und Serumuntersuchungen hinzu, wird mit Hilfe eines global angewendeten Computerprogramms für die einzelne Schwangere eine individuelle „Risi-

⁴ D. h., dass es nach ärztlicher Erkenntnis darum geht, eine „Gefahr für das Leben der Schwangeren 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.“ StGB (Strafgesetzbuch), § 218a Abs. 2.

⁵ C. Mansfield et al., Termination Rates After Prenatal Diagnosis of Down Syndrome, Spina Bifida, Anencephaly, and Turner and Klinefelter Syndromes: A Systematic Literature Review, Prenatal Diagnosis Nr. 19/9 (1999), S. 808–812.

koziffer‘ errechnet. Je nachdem, in welchem Spektrum diese Risikoziffer liegt, folgen weitere Maßnahmen zur genauen Abklärung des Befundes. Dies kann eine Chorionzottenbiopsie oder eine Fruchtwassersuchung sein. Beide sind mit einem Fehlgeburtsrisiko verbunden.

Schwangere Frauen sind eine sog. ‚kaptive‘ Population. Das heißt, sie haben durch die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen regelmäßigen Vorsorgetermine häufigen Arztkontakt und sind – in der Meinung, das allerbeste für ihr Kind tun zu wollen – offen für diagnostische Angebote. Durch diesen strukturell angelegten Zugriff und den verstärkten Einsatz niedrigschwelliger Verfahren ist es für schwangere Frauen zunehmend schwieriger geworden, sich der Diagnostik zu entziehen und das erwartete Kind bedingungslos anzunehmen.

Gerade Ultraschall ist ein hoch akzeptiertes, weil als harmlos empfundenes Verfahren und stellt heute die Vorstufe zur invasiven Diagnostik dar. Nur selten reflektieren die Frauen im Vorfeld, dass auch Ultraschall ein Diagnostikum ist, das sie vor weitreichende Folgeentscheidungen stellen kann.⁶ Hier muss durch eine verbesserte Informationspolitik von der ersten Untersuchung an mehr Transparenz geschaffen werden.

II. Beispiel Dänemark

Ein Blick ins europäische Nachbarland Dänemark verdeutlicht, welche Richtung die Entwicklung der Pränataldiagnostik nehmen kann: Im Jahr 2004 hat das Nationale Gesundheitsministerium ein flächendeckendes, möglichst jeder schwangeren Frau angebotenes Screening eingeführt. Es handelt sich um das computergestützte kombinierte Verfahren, das von Prof. Kypros Nicolaides in England⁷ entwickelt wurde und auch in Deutschland stark zur Anwendung kommt. Durch die konsequente Anwendung von Ultraschall, Serumuntersuchung und computergestützter Risikokalkulation ist die Anzahl an Lebendgeburten von Kindern mit Down-Syndrom in Dänemark von 55–65 pro Jahr (im Zeitraum 2000 bis 2004) auf 32 im Jahr 2006 gesunken. Dies entspricht einer Reduktion von ca. 50% in nur zwei Jahren.⁸

Der Blick nach Dänemark macht deutlich, wie leicht sich die Systemlogik einer möglichst lückenlosen Erfassung gesellschaftlich implementieren lässt

⁶ S. St-Jacques et al., Decisional needs assessment regarding Down syndrome prenatal testing: a systematic review of the perceptions of women, their partners and health professionals, Prenatal Diagnosis Bd. 28 (2008), S. 1183–1203.

⁷ Siehe www.fetalmedicine.com, Stand 2010.

⁸ C. K. Ekelund et al., Impact of a new national screening policy for Down's syndrome in Denmark: population based cohort study, BMJ (British Medical Journal) Nr. 337 (2008), S. a2547–2553.

und dabei eine neue Normalität entsteht. Und dies ohne Zwang, sondern als Angebot ‚freiwilliger‘ Maßnahmen. Diese neue ‚Normalität‘ apostrophiert jede Schwangerschaft als diagnostisch zu überprüfenden Zustand und Behinderung als vermeidbar. Dies wird jedoch selten öffentlich ausgesprochen, sondern indirekt oder unterschwellig kommuniziert. Appelliert wird an die Eigenverantwortung zukünftiger Eltern. Zwangsmaßnahmen sind ersetzt worden durch den Imperativ der Selbststeuerung, gekoppelt an den Appell, sich ‚richtig‘ zu entscheiden. Was ‚richtig‘ und ‚falsch‘ ist, wird dabei nicht normativ vorgegeben, sondern an einem ‚flexiblen Normalismus‘⁹ orientiert. Entscheiden muss oder darf die einzelne Frau, bzw. das einzelne Paar ganz selbstständig und allein.

Die individuellen Entscheidungen allerdings werden überindividuell – durch die Strukturen einer spezifischen Screeningpolitik – gesundheitspolitisch veranlasst. Gelöst werden müssen sie individuell – und dies häufig unter starker emotionaler Belastung und enormem Zeitdruck. In der Summe ergeben viele einzelne, individuell und familiär begründete Entscheidungen einen hoch selektiven populationsbasierten Effekt. Kritisch zu hinterfragen ist die Systemlogik dieser gesellschaftlichen Praxis, in der die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom als Versagen elterlicher Steuerungsmacht oder ärztlicher Diagnosekompetenz und als eigentlich ‚überflüssig‘, weil vermeidbar gilt.

Wieviel ‚Freiheit‘ besitzt vor diesem Hintergrund die einzelne Frau, sich entgegen der Systemlogik zu entscheiden? Wie gelingt es ihr, die Schwangerschaft nicht abubrechen, sondern das von einem Down-Syndrom betroffene Kind bewusst anzunehmen und auf die Welt zu bringen? Wie verlaufen Entscheidungsprozesse für das Leben des Kindes und welche Faktoren beeinflussen diese? Genau dieser Fragestellung bin ich in meiner Dissertationschrift¹⁰, aus der ich im Folgenden ausschnittsweise berichten werde, nachgegangen.

III. Forschungsgegenstand und Methode

Untersuchungsgruppe meiner qualitativen Forschungsarbeit waren die Frauen, die sich nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom für die Geburt ihres Kindes entschieden. Eine kleine Minderheit also, nämlich die ca. acht Prozent Frauen, die nicht den Regel- sondern den Ausnahmefall

⁹ Vgl. A. Waldschmidt, Normalität – ein Grundbegriff in der Soziologie der Behinderung, in: R. Forster (Hg.), Soziologie im Kontext von Behinderung. Theorieansätze und singuläre Phänomene, Bad Heilbrunn: Klinikhardt 2004, S. 142–157.

¹⁰ M. Baldus, Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom, Bad Heilbrunn 2006.

darstellen. Mit der Erforschung der sich vom ‚Regelfall‘ abhebenden Einzelentscheidungen, die einen Gegenpol zu der gesellschaftlich etablierten ‚Normalität‘ bilden, sollte die Aufmerksamkeit für diese ‚Normalität‘ und die sie konstituierenden Handlungsmuster und Vorgehensweisen erhöht werden. Die Fallgeschichten und Deutungsperspektiven der Frauen, die im Kontrast zu diesem Normalitätsverständnis stehen, könnten, so erwartete ich, den Diskurs über die vorgeburtliche Selektion von Ungeborenen um eine weitgehend unberücksichtigte Dimension erweitern und einen wichtigen Kontrapunkt zu einer systembedingt verengten Perspektive setzen.

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage führte ich zehn narrative Interviews durch, die ich nach der Methode der Grounded Theory nach Glaser/Strauss¹¹ und der Erzählanalyse nach Schütze¹² auswertete. Im Folgenden wähle ich einzelne Ergebnisse aus der Datenanalyse aus und verdeutliche diese sporadisch anhand von Beispielzitaten.¹³

IV. Forschungsergebnisse – Eine Auswahl

1. Handlungsfelder der Identitätsbildung

Bei der themenzentrierten Auswertung des Datenmaterials fielen zunächst zwei biographische Merkmale besonders auf: Bei dem ersten Merkmal handelt es sich um die überproportional repräsentierte frühe Erfahrung von ‚De-Normalisierungsprozessen‘. Mit dem Begriff De-Normalisierungsprozesse charakterisiere ich die durch konkrete Lebensumstände gegebenen Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten im Umgang mit Abweichungen und Variationsformen vom ‚Normalitätsmuster‘ im eigenen Nahumfeld. De-Normalisierungsprozesse können sowohl durch das Zusammenleben mit einem Familienmitglied, das von einer Behinderung betroffen ist, als auch durch berufliche Erfahrungen ausgelöst werden. Diese spezifischen Sozialisationsbedingungen beinhalten Erfahrungsmöglichkeiten, unhinterfragte und als allgemeingültig akzeptierte Definitionen von Normalität, Gesundheit und Krankheit aufgrund der eigenen Lebensrealität zu hinterfragen. Damit einher geht eine Sensibilisierung für Themen gesellschaftlicher Ausgrenzung und normativer Interpretation:

¹¹ B. G. Glaser/A. L. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory – Strategies for Qualitative Research*, New York 1967.

¹² F. Schütze, *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: erzähltheoretische Grundlagen. Teil I: Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können*, Hagen 1987.

¹³ Diese extrem verkürzte Darstellungsweise ist naturgemäß lückenhaft. Wer ein komplexeres und umfassenderes Bild der Forschungsergebnisse sucht, sei auf meine Dissertationsschrift verwiesen.

„Was sicher noch aus meiner Vorgeschichte eine große Rolle spielt, ich habe einen geistig behinderten Bruder. Der ist ein Geburtsschaden. Der ist jetzt 37 Jahre alt. Und deswegen hatte ich ja auch gedacht, so, Behinderung ist für mich akzeptabel, das spielt überhaupt gar keine Rolle, weil ich ja mit einem geistig behinderten Bruder aufgewachsen bin. Wo ich dachte, das ist für mich okay.“ (Frau Aurich)¹⁴

Anhand der persönlichen Begegnung oder der eigenen Betroffenheit stehen den Frauen im Kontext der Entscheidungsfindung „counterstories“¹⁵ zur Verfügung, die für einen Erfahrungsbereich jenseits der gesellschaftlich erwarteten Normalitätsmuster stehen. Dies traf auf fünf von zehn Frauen zu.

Das zweite Merkmal, das sich als markante Parallele in mehreren Biographien der Frauen entdecken ließ, bezieht sich auf die berufliche Orientierung und Sozialisation: Von zehn Frauen haben sieben einen Beruf ergriffen, der im Sozial- und Gesundheitswesen angesiedelt ist. Neben den Berufen der Krankenschwester und der Ärztin sind es sozialpädagogisch-therapeutische Berufe sowie Tätigkeiten im Bereich von medizinischem Monitoring und medizintechnischer Assistenz. Diese Tätigkeiten ermöglichten den Frauen einen anderen Zugang zu Informationen und Wissen, das sich für den Umgang mit der Pränataldiagnostik und dem Spätabbruch als hilfreich erwies. Sie hatten weniger Zugangsbarrieren zu überwinden oder konnten teilweise auf Insiderwissen in Bezug auf Spätabbruch oder Konfliktberatung zurückgreifen:

„Es war mir ja klar als Ärztin, wie so ein Abbruch funktioniert, 'ne, dass eine Geburt eingeleitet werden muss. Ich hatte ja nicht diese Informationen nötig, wie das abläuft, das war mir vollkommen klar.“. (Frau Aurich)¹⁶

Sowohl die Erfahrung von De-Normalisierungsprozessen als auch die berufliche Orientierung und Sozialisation stellen Einflussfaktoren auf den Entscheidungsprozess dar. In ihnen verknüpfen sich zwei grundlegende Handlungs- und Erfahrungsbereiche der Identität, die sich auf den Umgang mit Tests und Testergebnissen sowie die Bewältigung der Entscheidungsaufgabe auswirken. In der eigenen Begrifflichkeit der Frauen gesprochen, handelt es sich um Erfahrungen, die sie „geprägt“, also einen wesentlichen Einfluss auf die Identität, das Selbstverständnis und die Lebenseinstellung genommen haben. Teil dieser Lebenseinstellung ist die Haltung, dass eine Behinderung beim Ungeborenen kein selektives Kriterium ex ante ist.

¹⁴ M. Baldus, a. a. O., S. 168.

¹⁵ J. Clapton, Tragedy and catastrophe: contentious discourses of ethics and disability, *Journal of Intellectual Disability Research* Nr. 47/7 (2003), S. 540–547.

¹⁶ M. Baldus, a. a. O., S. 174.

2. Religion und religiöse Wurzeln

Prägend und für existentielle Entscheidungssituationen hoch relevant können auch religiöse Überzeugungen oder in einem erweiterten Sinne ethisch-moralische Werte sein. Die Analyse der Textpassagen, in denen das Thema Religion, Moral oder Spiritualität von Seiten der ErzählerInnen eingeführt wurde, hat eine äußerst vielschichtige Struktur von subjektiven Sichtweisen ergeben. In praktisch allen Herkunftsfamilien hat Religion eine Rolle gespielt, worin sich die Repräsentanz von Kirche in der deutschen Gesellschaft von vor ca. vier Jahrzehnten reflektiert: Taufe, Religionsunterricht, Kommunion- oder Konfirmationsunterricht waren für die Mehrheit der Familien relativ selbstverständliche Stationen im Prozess des Erwachsenwerdens.

In den Erzählungen der Frauen wurde die Bedeutung und Einflussnahme von Religion sehr unterschiedlich bewertet. Während die Mehrheit der Frauen sie als nicht relevant für die eigene Entscheidungsfindung bezeichnete, war Religion in zwei Fällen dezidiert ein Orientierungsrahmen für das eigene Entscheidungsverhalten. Hier spielte die ebenfalls religiöse Einstellung des Partners eine wichtige Rolle. Insbesondere das Gebot „Du sollst nicht töten“ wurde als maßgebliche und nicht zu unterlaufende Handlungsmaxime entscheidungsleitend:

„Also erst mal natürlich der religiöse Hintergrund. Du sollst nicht töten, nicht also (...). Bei meinem Mann auch sehr stark der religiöse Hintergrund. Also, Kind töten im Mutterleib, das ging für uns nicht. Aber auch vom reinen Menschenverstand. Das muss nicht mal unbedingt religiös motiviert sein. Es wäre für uns ein Unding, ein Kind umzubringen.“ (Frau Dessau)¹⁷

Die anderen acht ErzählerInnen stellten keine direkte Verbindungslinie zwischen ihrer religiösen Sozialisation und ihrer Entscheidungsfindung her. Sie beriefen sich verstärkt auf eine von Religion abstrahierte Eigenmoral, die in dem Kontext der Entscheidungsaufgabe zentral auf die Frage fokussierte, ob das bewusste Beenden des vorgeburtlichen Lebens eines zuvor erwünschten Kindes legitimierbar und für sie persönlich umsetzbar sei. Also auch hier wurde die Frage des „Tötens“ zentral:

„Ja, wenn man keinen Gott hat, was hat man dann für Werte? Dann ist es, glaube ich, einfach auch das Leben, ne. Dass das für mich einen sehr hohen Wert hat und, ehm, (((räuspert sich))) wo ich eben nicht / nicht / schon dieses Gebot „Du sollst nicht töten“, da ist / ja, schon für mich da. Und das hat eben auch eine sehr hohe Wertigkeit. Deswegen habe ich da nicht das Recht, irgendjemandem das, auch nicht in ein fetales Leben, 'ne, aus meiner Sicht jetzt, wobei ich das akzeptieren kann, wenn andere anders denken und anders entscheiden.

¹⁷ Ebd., S. 242.

Und so eine Entscheidung kann man nur treffen, wenn man so/so betroffen ist, dass man keinen anderen Ausweg mehr sieht.“ (Frau Aurich)¹⁸

In diesem Erzählausschnitt wird die Ablösung individueller Denk- und Verhaltensweisen von einer ursprünglich religiösen Grundlage thematisiert. In der Reflektion der vermittelten Inhalte einer katholischen oder evangelischen Glaubenslehre haben sich mehrere Frauen teilweise bewusst von Religion und Kirche distanziert.

Für alle verbindend ist dennoch der Stellenwert des Tötungsverbots. Dabei spielt es aus Sicht der Frauen keine Rolle, ob dieses religiös fundiert ist oder im Sinne einer säkularisierten Norm den Charakter einer verbindlichen Grundmaxime hat. Die Anerkennung des vorgeburtlichen Lebens als Leben, das ebenso dem Tötungsverbot obliegt, ist dabei voraussetzend. Nur, wenn vorgeburtliches Leben als ebenso ‚schützenswert‘ wie nachgeburtliches Leben bewertet wird, greift diese Grundmaxime. Darin kommt ein normatives Selbstverständnis der „naturwüchsigen Unverfügbarkeit“¹⁹ des heranwachsenden Ungeborenen zum Ausdruck, das sich in allen zehn Interviews als ein wesentlicher Grund für die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft identifizieren ließ.²⁰ Diese Klarheit war jedoch nicht für alle Frauen zu jedem Zeitpunkt in ihrem Entscheidungsprozess präsent. Für Einzelne von ihnen wog das sie belastende Wissen um die Behinderung des zukünftigen Kindes so schwer, dass ihr Entscheidungsprozess ein wochenlanges Ringen um die für sie ‚richtige‘ Lösung war und sich als ein extremer Grenzgang zwischen Abbruch und Geburt gestaltete.²¹ Dies ist Teil der Psychodynamik, die durch die Mitteilung einer als schwerwiegend empfundenen Diagnose ausgelöst wird.

3. Diagnosestellung, Schockreaktionen und Entfremdungserlebnisse

Die Mitteilung der Diagnose Down-Syndrom stellt eine starke emotionale Belastung mit weitreichenden Auswirkungen auf die emotionale und körperliche Verfasstheit dar. Keine der von mir befragten Frauen hatte – auch bei intensiver Befassung mit der Thematik im Vorfeld – de facto damit gerechnet, ein ‚behindertes‘ Kind zu erwarten. Alle hatten sich sehr auf ihr Baby gefreut und waren guter Hoffnung, dass alles in Ordnung sein werde. Das Gegenteil zu erfahren, hat bei ihnen und ihren Partnern massive Schockreaktionen ausgelöst:

¹⁸ *Ebd.* S. 244.

¹⁹ J. Habermas, Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?, Frankfurt a. M. 2001, S. 32.

²⁰ M. Baldus, a. a. O., S. 253.

²¹ Siehe Fallbeispiel Frau Clemens, *ebd.*, S. 79ff.

„Da ist wirklich die Welt zusammengebrochen. Wir wollten eigentlich noch einen Kinderwagen kaufen gehen. Das haben wir dann alles nicht mehr gemacht. Sind wieder zurück nach Hause, haben wirklich beide geweint, und das war dann so alles, wo wir uns gefreut haben, so total, ja, zerstört worden.“ (Frau Jansen).²²

Auch in psychologischen und medizinischen Studien wird die Mitteilung einer Behinderung beim ungeborenen Kind als ein Schockerlebnis berichtet. Begriffe wie Schockzustand oder psychische Schockreaktion versuchen, die emotionale Verfasstheit der Frauen zu beschreiben. Klassifikatorisch können die Reaktionen in die Symptomatik einer „akuten Belastungsreaktion“²³ eingeordnet werden.

Auch die Frauen meiner Untersuchungsgruppe, die – z. B. aufgrund religiöser Überzeugungen oder dem Aufwachsen mit einem von Behinderung betroffenen Familienmitglied – kognitiv eher zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaft tendierten, erlebten eine intensive psychische und physische Belastungsprobe, die sie an die Grenze der Erträglichkeit brachte. Dies ist eine zentrale Erkenntnis meiner Studie, denn es wäre ein Irrtum anzunehmen, dass sie weniger belastet seien und sich deshalb für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden könnten, für sie also nicht der Tatbestand der medizinischen Indikation des Paragraphen 218a StGB im Sinne der schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes zählte. Vielmehr konnte herausgearbeitet werden, dass die Betroffenen unter erheblichem Stress stehen, diesen aber sukzessive bewältigen:

„Wenn man unter dem Eindruck steht, das erst kürzlich erfahren zu haben, da reagiert man ganz anders als wenn man einen gewissen Zeitabstand hat“ (Herr Huber)²⁴

Die emotionale Labilisierung und physische Destabilisierung der befragten Frauen stellt meines Erachtens keine pathologische, sondern eine situations-

²² *Ebd.*, S. 198.

²³ Klassifikation nach ICD-10: Akute Belastungsreaktion (F43.0): „Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tage abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktion eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von „Betäubung“ mit einer gewissen Bewusstseinseinengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität.“ [H. Dilling, World Health Organisation (Hg.), Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 1. Aufl. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1999, S. 160].

²⁴ *M. Baldus*, a. a. O., S. 230.

adäquate Reaktionsweise dar. Eine besondere Rolle spielen dabei Entfremdungserlebnisse, die bei einem Teil der Frauen spontan auftraten und die Bindungsvorgänge mit dem heranwachsenden Baby vorübergehend bedrohten:

„Ja, mit dem / mit dem Monster, das war ja einfach / das war ja das Gefühl / ich mein, ich kenn ja Menschen mit Down-Syndrom. Ich empfinde die durchaus / ich sehe die nicht als Monster. Trotzdem hatte ich in dem Moment das Gefühl, ein Monster zu haben. Das bedeutet auch was Fremdes. Ich / ich / fremd, schrecklich, eh, auch etwas, so, was ich nicht haben will. Und das muss ja einfach auch so schrecklich sein. Weil vorher war es ja irgendwo mein Kind. Dass es eben so / das muss einfach so krass auch wechseln, um / um ja vielleicht sich auch irgendwo zugestehen zu können, dass man es auch töten darf. Denn ein Kind darf ich ja nicht töten. Aber Monster darf ich ja / Monster ist ja was Schreckliches, das muss ja sozusagen auch vernichtet werden. Das darf ich ja auch. Dass es ja einfach, so vom Gefühl da war. Ich hab’ mir ja jetzt nicht diese Gedanken gemacht. (...) Und dass dann aber schon so, eh, eben in dieser Vorstellung, je mehr ich mich wieder dem annähern konnte, das zu bekommen, ja, umso weniger Monster musste es ja auch dann sein. (...) Je mehr ich akzeptieren konnte, dass Toni eben ein Mensch mit Down-Syndrom ist, umso weniger musste er dann auch Monster sein.“ (Frau Aurich)²⁵

Der Verlust des an den Idealen der Gesundheit, Intelligenz und Leistungsfähigkeit gemessenen Kindes wirkt sich aufgrund der unmittelbaren leiblichen Verbindung in der Mutter-Kind-Dyade negativ auf den Selbstwert und die leibliche Identität der Schwangeren aus. Die potentielle Abwertung des Selbst sowie der Zweifel an der Intaktheit des eigenen Körpers sind dabei als Prozesspunkte der krisenhaften Entwicklung zu begreifen:

Selbst ein behindertes Kind zu bekommen, das war dann in der Situation drinnen zu stecken, nicht nur „ich hab’ mit Behinderten irgendwie zu tun“, sondern mein eigenes Kind ist behindert. Auch so der Gedanke „mit mir selbst ist irgendetwas nicht in Ordnung, wenn ich/’ne, ich bin einfach nicht mehr in der Lage, ein gesundes Kind zu bekommen.“ (...) Das war/das war doch vorherrschend“. (Frau Aurich)²⁶

4. Entfremdung und Wieder-Aneignung als Durchgangsstadien der Neuorientierung

Die Mitteilung eines auffälligen Befundes muss als ein emotional hoch belasteter Moment verstanden werden. Wichtig ist es, den Befund von professioneller Seite als nicht präjudizierten Ausgangspunkt für einen offenen

²⁵ Ebd. S. 207.

²⁶ Ebd., S. 199.

Prozess zu begreifen. Unabhängig von Entscheidungstendenzen und späteren Entscheidungsergebnissen geht es zunächst darum, die emotionale Situation der Frauen nach einem auffälligen Befund wahrzunehmen und anzuerkennen. Schock, Enttäuschung, Trauer und Wut sowie die skizzierten Entfremdungsprozesse stehen dabei zunächst im Vordergrund. Ein frühzeitiges Operieren mit Maßnahmen und Interventionen konterkariert die Anerkennung der durch die Diagnose ausgelösten Gefühle und gibt Lösungsmuster einseitig vor. Zentral ist, dass die Frauen und ihre Partner ausreichend Zeit und Gelegenheit erhalten, sich mit der für sie völlig neuen Lebenssituation emotional und kognitiv auseinanderzusetzen. Für die langfristig gelingende positive Verarbeitung dieses kritischen Lebensereignisses ist es wichtig, dass sich die Betroffenen auch Jahre später mit ihrer einmal getroffenen und nicht rückgängig zu machenden Entscheidung identifizieren können. Extremer Zeitdruck, übereiltes Handeln oder das Gefühl, von anderen zu der Entscheidung „gedrängt“ worden zu sein, wirkt sich kontraproduktiv aus. Die Rolle des familiären und sozialen Umfeldes kommt hier zum Tragen. Gerade die Reaktionen der Herkunftsfamilie, also der potentiellen Großeltern des von der Behinderung betroffenen Kindes, sind dabei in ihrer Wirkmacht nicht zu unterschätzen.²⁷ Wichtiger noch als die Reaktionen der Herkunftsfamilie sind die Reaktionen des Partners und das Bemühen um eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Dazu im Folgenden deshalb ein paar Schlaglichter.

5. Partnerschaft

In neueren Studien zu einem „systemorientierten Untersuchungsansatz“²⁸ wird angenommen, dass „eine Person in Abhängigkeit ihres subjektiven Belastungsgrades im Stressbewältigungsprozess sequentiell unterschiedliche Copingressourcen in Anspruch nimmt“²⁹. Bodenmann hat ein sog. „Kaskadenmodell“³⁰ entwickelt, das von einer Aufeinanderfolge von verschiedenen Bewältigungsstrategien ausgeht. Eingangs kommen, so der Autor, vorwiegend individuelle Bewältigungsstrategien zum Einsatz, die dann durch ein „dyadisches Coping“³¹ unterstützt werden und erst im dritten Schritt durch paarexterne Personen – Laien oder Professionelle – flankiert werden. Bodenmann geht von einer „Vorrangstellung des individuellen Copings vor dyadischem Coping“³² aus.

²⁷ Näheres hierzu M. Baldus a. a. O., S. 266ff.

²⁸ G. Bodenmann, Stress und Coping als Prozess, in: C. Tesch-Römer et al., Psychologie der Bewältigung, Weinheim 1997, S. 74–92 (85).

²⁹ Ebd.

³⁰ Ebd.

³¹ Ebd.

³² Ebd.

Bei dem kritischen Lebensereignis der pränatalen Diagnosestellung handelt es sich fraglos um ein Ereignis des „dyadischen Stress“³³: Beide Partner sind annähernd gleich betroffen und von ihnen wird mit Blick auf die Zukunft eine möglichst gemeinsame Auflösung bzw. Bewältigung der Stresssituation erwartet. Im Kontext der Entscheidungssituation sollen sie in optimaler Weise eine gemeinsame „Zieldefinition“³⁴ finden, das heißt denselben Entscheidungsweg einschlagen und zu einer Übereinstimmung gelangen.

Diese Aufgabe beinhaltet die Gefahr, dass sich asymmetrische Machtstrukturen, eventuelle finanzielle oder auch emotionale Abhängigkeiten in der Entscheidung reflektieren und die Partner gegenseitig oder einseitig Druck aufeinander ausüben. Zusätzlich stellen die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen und eine unterschiedliche Einschätzung der Fähigkeit, mit einem ‚behinderten‘ Kind zurecht zu kommen, potentielle Hürden bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung dar. Im Sinne der individuellen Bewältigung müssen beide Partner versuchen, für sich die eigene Position und die eigene Zielsetzung herauszukristallisieren und sich gleichzeitig in Rückkopplungsprozessen mit dem Gegenüber über dessen Position und Zielsetzung zu verständigen. Das Risiko asymmetrischer Bewältigungsversuche liegt nahe. Auf der anderen Seite beinhaltet die Entscheidungsaufgabe die Chance, bei dem Gelingen eines gemeinsamen Copings die Partnerschaft zu stärken und auch als zukünftig tragfähige Lebensgemeinschaft zu bestätigen. Beispiele für beide Ereignisentwicklungen sind in meiner eigenen Untersuchungsklientel gegeben gewesen.

Textbeispiel für eine als symmetrisch empfundene Ausgangslage:

„Mein Mann hat immer von vorneherein komplett dahinter gestanden, Und dass wir das schaffen werden, (...) Wir haben ein sehr gutes/’ne sehr gute Ehe und wir verstehen uns auch in solchen Dingen sehr gut und dadurch ging’s, dass wir eine Einheit waren – waren und auch noch sind.“ (Frau Baumann)³⁵

Textbeispiele für eine zunächst asymmetrische Ausgangslage:

„Und es war schon, denke ich, ein anderes Empfinden bei Albert. Also, er hat sicherlich die Tendenz gehabt zum Abbruch hin. Also, wobei ich sagen muss, er hat also nie zu mir gesagt, „Du musst einen Abbruch machen!“ Das hätte ich ihm nämlich nie verzeihen können. Wenn er so gesagt hätte, „Du musst!“ Sondern er hat immer so gesagt, „ich/mir geht es nicht gut damit, also, ich komme damit nicht klar, das Kind zu haben. Ich möchte lieber gar kein Kind als so ein Kind.“ Er ist also immer bei sich geblieben. Das konnte ich auch akzeptieren, weil mir ging es ja auch dreckig, ich wollte ja auch nicht so ein Kind haben. (...).

³³ *Ebd.*, S. 84.

³⁴ *Ebd.*, S. 83.

³⁵ *M. Baldus*, a. a. O., S. 265.

Und er hat dann schon also auch eher zum Abbruch hin tendiert. Und er war ja auch bei der Humangenetikerin dabei und, ehh, was dann auch sehr hilfreich war/waren die Gespräche, auch so für uns klar zu machen, so sieht er das und so sehe ich das.“ (Frau Aurich)³⁶

Nicht in allen Fällen also stellt die Partnerschaft in dem Entscheidungsprozess und nach der Entscheidung aus Sicht der Frauen eine Ressource dar. Die Paardynamik kann gerade durch eine asymmetrische Konstellation zu einem erhöhten Belastungsprofil beitragen und den Prozess der Entscheidungsfindung verzögern. Für die überwiegende Zahl der interviewten Frauen übernimmt die Partnerschaft jedoch die Funktion einer Kraftquelle. Indem es den meisten Paaren gelingt, sich auf eine von beiden getragene Entscheidung zu verständigen, erleben sie die Belastung als eine geteilte Bewältigungsaufgabe, in der beide Partner Verantwortung übernehmen und sich gegenseitig zu unterstützen versuchen.

6. Entscheidungsaufgabe als Identitätsarbeit

Die zentrale Aufgabe, die von den Frauen bewältigt wurde, kann zusammengefasst als Identitätsarbeit bezeichnet werden, die die Sicherung ihrer biographischen Kohärenz und leiblichen Integrität umfasst. Der Rückbezug auf die persönliche Identität dient dabei als Kraft und Selbstversicherung, um aus dem gesellschaftlichen Diskurs über die Selektion behinderten Lebens auszusteigen und nach dem eigenen, persönlich stimmigen Weg zu suchen.

Die gemeinsame Schnittstelle zwischen den skizzierten Handlungsfeldern der Identitätsbildung liegt dabei in dem Zugang zu einem spezifischen Erfahrungswissen und Reflexionspotential begründet, das mit einer kritischen Hinterfragung gesellschaftlicher Selbstverständlichkeiten und Normalitätsmuster einhergeht. Die Auseinandersetzung mit Behinderung bzw. Anderssein fungiert hier als eine „Chance zum Aufbrechen unhinterfragter, zwanghafter Normalität“³⁷ und hat zu einer Pluralisierung von Normen und Relativierung der geltenden Normen beigetragen, die sich unmittelbar auf den Bereich der Pränataldiagnostik auswirken.

Den Erfahrungen mit einer ‚anderen‘ Normalität aus dem familiären Kontext kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. Das Zusammenleben mit einem Familienmitglied, das von einer Behinderung betroffen ist, hat den Alltag geprägt und damit individuelle Normalität konstituiert. Mit einer

³⁶ M. Baldus, a. a. O., S. 264–265.

³⁷ Vgl. B. Rommelspacher, Behindernde und Behinderte. Politische, kulturelle und psychologische Aspekte der Behindertenfeindlichkeit, in: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Rundbrief 16: „Hauptsache gesund?!“ Wie Normierung funktioniert – in unseren Köpfen und in der Gesellschaft (2004), S. 5–17.

eigenen, elastischen Definition von Normalität verorten sich die Frauen innerhalb eines normativen Koordinatensystems jenseits des Mainstreams und verdeutlichen im Rückbezug auf ihre Biographie, auf ihre Lebenseinstellung und auf ihre Werte, dass für sie die ‚Normwidrigkeit‘ des Ungeborenen kein selektives Kriterium ex ante darstellt.

Auf ihre berufliche Biographie beziehen sich die Erzählerinnen in einer Doppelfunktion: Zum einen verweisen sie auf ihre beruflich gewachsene Identität und ihr Bemühen, dieser auch in der Entscheidungssituation treu zu bleiben. Zum anderen skizzieren sie ihre professionsspezifischen Kenntnisse als Ausgangspunkt und Ressource für den persönlichen Umgang mit Fragen der Pränataldiagnostik und des selektiven Schwangerschaftsabbruchs.

Deutlich wird, dass schon weit im Vorfeld der Entscheidungssituation Grundlagen für die Auseinandersetzung mit thematischen Aspekten der Pränataldiagnostik gelegt wurden. Von zentraler Bedeutung ist dabei der Erwerb von sozialer Kompetenz im Umgang mit Behinderung. Mit dieser Kompetenz einher gehen emotionale Qualitäten wie das Gefühl des Vertrautseins und der Abwesenheit einer pauschalisierten, gesellschaftlich konstruierten Angst vor Menschen, die nicht der Norm entsprechen. Dennoch wird für einige von ihnen diese Kompetenz an der Kannbruchstelle der eigenen Betroffenheit extrem auf die Probe gestellt (siehe Frau Aurich).³⁸

Um einem logischen Kurzschluss entgegen zu treten: Wissen über Behinderungen und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen allein prädestinieren weder zu einer bejahenden noch zu einer ablehnenden Haltung gegenüber Pränataldiagnostik und selektiven Schwangerschaftsabbrüchen. Auch von Familien, die bereits ein Kind mit einer Behinderung haben, wird das Angebot der Pränataldiagnostik bei einer nachfolgenden Schwangerschaft genutzt, ohne dass diese damit eine negative Aussage über die Akzeptanz des bereits geborenen Kindes treffen.³⁹ Zentral sind neben den persönlichen Erfahrungswerten die Kontextbedingungen und Ressourcen, die die Familien für die Bewältigung der jeweiligen Option – Austragen oder Beenden der Schwangerschaft – zur Verfügung haben. So kann gerade das Wissen um eine bestimmte Behinderung die Motivation sein, eine Schwangerschaft nur unter dem Vorbehalt einzugehen, diese Behinderung durch pränataldiagnostische Maßnahmen entdecken und die Geburt des betroffenen Kindes durch einen selektiven Abbruch vermeiden zu können.⁴⁰

³⁸ M. Baldus, a. a. O., S. 206–209.

³⁹ A. Dörner, Die Bedeutung der pränatalen Diagnose für Familien mit behinderten Kindern, unveröffentlichte Wissenschaftliche Hausarbeit, Pädagogische Hochschule, Heidelberg 1998.

⁴⁰ Siehe R. Rapp, *Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America*, New York, 1999, S. 132f.

Für die Entscheidung, das Kind zu bekommen oder nicht, sind weitere Aspekte hoch relevant: Die Vorgeschichte und die emotionale Bedeutung der Schwangerschaft, die bereits bestehende Beziehung zum Ungeborenen, die Zugangsweise zur Pränataldiagnostik, die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, die Rolle der Partnerschaft, Glaube, Spiritualität und ethisch-moralische Werte sowie Vorstellungen über die Lebbarkeit der Zukunft und – last but not least – finanzielle Ressourcen.

V. Fazit und Ausblick

In der medizinkritischen Literatur werden Frauen im Kontext mit Pränataldiagnostik tendenziell eher als ‚Opfer‘ dargestellt, insbesondere, wenn es um nicht verarbeitete, zu schnell in die Wege geleitete Spätabbrüche geht. Die in meiner eigenen empirischen Studie befragten Frauen stehen für das Gegenteil. Sie treten stark, selbstbewusst und selbstüberzeugt im Hinblick auf ihre Entscheidung auf. Während sie für Außenstehende oftmals ‚Leidtragende‘ sind, die ihr Leben mit einem von einer Behinderung betroffenen Kind ‚beschweren‘ und ‚belasten‘, erscheinen sie in ihren Fallgeschichten als tatkräftige Akteurinnen: Sie beeindrucken mit ihrer Stärke, Kompetenz und Gestaltungskraft, die sie in dieser Lebenssituation nach dem durchlebten emotionalen Absturz durch die Diagnosemitteilung wieder mobilisieren konnten:

„Ich hatte eine Scheidung hinter mir, und das Marathon-Laufen hat mir gezeigt, dass ich alles tun kann in meinem Leben, wenn ich es nur will! Und das hat mir diese Lebenserfahrung gebracht, dass man jede Situation meistern kann, man muss es wollen und angehen. Und da wir gesagt haben, wir entscheiden uns für das Kind, da muss man es auch angehen.“
(Frau Baumann)⁴¹

Zudem imponieren sie als Akteurinnen und Pionierinnen einer ‚inkluisiven Ethik‘, die von der Normalität abweichende Menschen nicht aus der Gemeinschaft ausschließt. Indem sie für die Teilhabe ihrer Kinder am ‚normalen‘ Leben kämpfen und dies durch selbstverständliche Teilnahme an Babyschwimmkursen, Pekip-Gruppen, Spielgruppen und Eltern-Kind-Musik-Gruppen konkretisieren, tragen sie auch in ihrem eigenen Umfeld dazu bei, an der Idee von Inklusion aktiv mitzuwirken und Ausgrenzungsprozesse in einer segregierenden Gesellschaft zu hinterfragen:

⁴¹ M. Baldus, a. a. O., S. 257.

„Einmal beim Babyschwimmen konnte eine Frau das nicht gut haben, dass wir mit im Wasser waren, aber da habe ich gesagt, „Bitte, wir bleiben!“ Und diese Einstellung hatte ich auch von Anfang an. (...) Sie gehört dazu, und irgendwo habe ich so diese Mentalität, „Mädel, ich box’ Dir den Weg schon frei und wenn Du was nicht allein machst, mach’ ich das“. Aber sie ist so selbstverständlich, ’ne. Wenn sie da irgendwo auf so einer Brücke steht, da kommen zwei entgegen, sagt sie: „Hallo, vorbeiei!“ und dann gehen die auch zur Seite, ’ne. Finde ich klasse.“ (Frau Dessau)⁴²

Mit ihrem Eintreten für das Recht ihrer Kinder auf Akzeptanz und Teilhabe treten sie Tendenzen der Gesellschaft entgegen, sich Fragen der Differenz und Vielfalt menschlichen Seins zu entziehen. Angewiesen sind Eltern mit einem ‚behinderten‘ Kind allerdings auf die Unterstützung und Bestärkung ihrer praktizierten Haltung durch gesellschaftliche Kräfte und gesellschaftliche Institutionen, die den Faden der Inklusion aufgreifen, mittragen und weiterspinnen. Dazu ist neben bundes- und kommunalpolitischen Rahmenbedingungen, die Integration und Inklusion befördern statt behindern, die Bereitschaft jedes Einzelnen nötig, das potentielle Gefühl der ‚Fremdheit‘ in Situationen der Begegnung zu überwinden und Fremdheit nicht als „Eigenschaft von Dingen oder Personen, sondern [als, M. B.] Beziehungsmodus“⁴³ zu verstehen, der die Chance des Kennenlernens und Vertrautwerdens beinhaltet.

Das Fazit aus meiner empirischen Untersuchung von Entscheidungsprozessen nach der Diagnose Down-Syndrom lautet zusammenfassend wie folgt:

- Einzelne Entscheidungen gegen den gesellschaftlichen Gesamttrend, Ungeborene mit der Diagnose Down-Syndrom pränatal auszusondern, sind nur unter erschwerten Bedingungen möglich. Sie werden aber aufgrund eines offensiven und selbstbewussten Umgangs der Frauen und ihrer Partner mit ihrer neuen Lebenssituation positiv bewältigt.
- Diese Entscheidungen sind nicht das Produkt einer paradigmatisch versprochenen Entscheidungsautonomie, die durch entsprechende Maßnahmen bewusst gefördert werden würde, sondern das Ergebnis spezifischer biographischer und berufsbiographischer Sozialisationsprozesse und damit verbundener Lebenseinstellungen. Die Orientierung entlang solcher persönlichen Entscheidungsparameter wird von den eng miteinander verwobenen Medizinbereichen der Schwangerschaftsvorsorge und Pränataldiagnostik nicht gefördert, sondern systembedingt erschwert.

⁴² *Ebd.*, S. 259–260.

⁴³ O. Schöffler, *Modi des Fremderlebens. Deutungsmuster im Umgang mit Fremdheit*, in: O. Schöffler, *Das Fremde. Erfahrungsmöglichkeiten zwischen Faszination und Bedrohung*, Opladen 1991, S. 11–42 (12).

- Dringend notwendig ist eine qualifizierte psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik. Beratung vor der Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik kann eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Chancen und Risiken befördern. Nach einem auffälligen Befund kann sie wesentlich dazu beitragen, die hoch komplexe und konfliktuöse Entscheidungssituation zu bewältigen. Die Beratung muss unvoreingenommen und ergebnisoffen gestaltet werden und sich selbst hohe Qualitätsstandards auferlegen. Diese sind kontinuierlich zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Die seit 1. Januar 2010⁴⁴ geltende Gesetzesänderung ist deshalb zu begrüßen und entsprechend umzusetzen. Als Desiderat bestehen bleibt jedoch nach wie vor eine verbesserte Regelung der Informations- und Beratungspraxis vor Inanspruchnahme der ersten Diagnostik.
- An der offensiven Screeningpolitik und Screeningpraxis wird sich durch die Gesetzesreform jedoch kaum etwas ändern. Vielmehr steht hier der weitere Ausbau in Richtung ‚Dänisches Modell‘⁴⁵ zu vermuten. Beratung allein ist gegen diese Steuerungskraft und die inneren Zugzwänge machtlos. Damit sie nicht als Beschwichtigungsrhetorik in einem ethisch brisanten Themenfeld instrumentalisiert wird, bedarf es kritischer Wachsamkeit und politischer Einmischung.
- Die Entscheidungen der in der dargestellten Studie befragten Frauen beeindrucken in ihrer Konsequenz. Auf der gesellschaftlichen Ebene repräsentieren sie ein Symbol der Gegenkraft. Als ein solches Symbol sind sie ein Appell, die ‚Normalität‘ des Gegebenen und Selbstverständlichen kritisch zu hinterfragen und aus der Perspektive von Dissidentinnen wie in einem Prisma aufzufächern. Durch die Transformation eines kritischen Lebensereignisses von einem Defizit- in einen Ressourcenkontext wird eine Deutungsperspektive eröffnet, die den gesellschaftlich etablierten Diskurs um ‚Leid‘, ‚Leidvermeidung‘ und ‚Lebenswert‘ irritiert und um eine wichtige Dimension bereichert.

Schließen möchte ich meine Betrachtungen mit der Vision einer inklusiven Gesellschaft. In Anbetracht des Vormarschs der „Logik des Marktes“⁴⁶ in Politik, Pädagogik und Gesundheit und der „radikale[n] Enthumanisierung und Entsozialisierung nahezu aller Lebensbereiche“⁴⁷ mag diese allerdings

⁴⁴ Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, 22.05.09.

⁴⁵ Siehe II. Beispiel Dänemark.

⁴⁶ H. Deppe-Wolffinger, Zur gesellschaftlichen Dimension der Integrationspädagogik, in: R. Forster (Hg.), Soziologie im Kontext von Behinderung, Bad Heilbrunn 2004, S. 244–263 (248).

⁴⁷ G. Feuser, Integration – eine *conditio sine qua non* im Sinne kultureller Notwendigkeit und ethischer Verpflichtung, in: H. Greiving/D. Gröschke (Hg.), Das Sisyphe-Prinzip. Bad Heilbrunn 2002, S. 221–236 (221).

als fragile Absichtserklärung erscheinen. Aber nicht zuletzt wegen der praktizierten Selektion im vorgeburtlichen Bereich ist der beharrliche Einsatz für inkludierende und integrierende Maßnahmen mit den Worten von Feuser eine „conditio sine qua non im Sinne kultureller Notwendigkeit und ethischer Verpflichtung“⁴⁸. Die Ratifizierung der UN-Konvention zur Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen durch Deutschland im März 2009 ist politisch betrachtet ein wichtiger Meilenstein, den es in gelebte Realität umzusetzen gilt. Und zwar von Anfang an! Als programmatischer Ausblick soll daher ein Satz von Jürgen Habermas stehen, der im Kontext seiner Ausführungen zur „Zukunft der menschlichen Natur“ entstanden ist:

„Die Idee der Menschheit verpflichtet uns dazu, jene Wir-Perspektive einzunehmen, aus der wir uns gegenseitig als Mitglieder einer inklusiven Gemeinschaft ansehen, die keine Person ausschließt.“⁴⁹

Literatur

- Baldus, Marion*, Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom, Bad Heilbrunn 2006.
- Dies.*, „Dass es so schwer sein würde, hätte ich nicht gedacht...“, in: *Biewer, Gottfried/Luciak, Michael/Schwinge, Mirella* (Hg.), Begegnung und Differenz: Menschen-Länder-Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn 2008, S. 258–267.
- Bauer, Patricia E.*, „Tell Them It’s Not so Bad“: Prenatal Screening for Down Syndrome and the Bias Toward Abortion, Intellectual and Developmental Disabilities Nr. 46/3, S. 247–251.
- Bodenmann, Guy*, Stress und Coping als Prozess, in: *Tesch-Römer, Clemens/Salewski, Christel/Schwarz, Gudrun*, Psychologie der Bewältigung, Weinheim 1997, S. 74–92.
- Clapton, Jane*, Tragedy and catastrophe: contentious discourses of ethics and disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, Nr. 47/7 (2003), S. 540–547.
- Deppe-Wolfinger, Helga*, Zur gesellschaftlichen Dimension der Integrationspädagogik, in: *Forster, Rudolf* (Hg.), Soziologie im Kontext von Behinderung. Bad Heilbrunn 2004, S. 244–263.
- Dilling, Horst*, World Health Organisation (Hg.), Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 1. Aufl. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1999.

⁴⁸ *Ebd.*

⁴⁹ *J. Habermas*, a. a. O., S. 98.

- Dörner, Annette*, Die Bedeutung der pränatalen Diagnose für Familien mit behinderten Kindern, unveröffentlichte Wissenschaftliche Hausarbeit, Pädagogische Hochschule, Heidelberg 1998.
- Ekelund, Charlotte K./Jørgensen, Finn S./Petersen, Olav B./Sundberg, Karin/Tabor, Ann*, Danish Fetal Medicine Research Group, Impact of a new national screening policy for Down's syndrome in Denmark: population based cohort study, *BMJ* (British Medical Journal) Nr. 337 (2008), S. a2547–2553.
- Feuser, Georg*, Integration – eine conditio sine qua non im Sinne kultureller Notwendigkeit und ethischer Verpflichtung, in: *Greving, Heinrich/Gröschke, Dieter* (Hg.), *Das Sisyphos-Prinzip*, Bad Heilbrunn 2002, S. 221–236.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L.*, *The Discovery of Grounded Theory – Strategies for Qualitative Research*, New York 1967.
- Habermas, Jürgen*, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Frankfurt a. M. 2001.
- Mansfield, Caroline/Hopfer, Suellen/Marteau, Theresa M.*, Termination Rates After Prenatal Diagnosis of Down Syndrome, Spina Bifida, Anencephaly, and Turner and Klinefelter Syndromes: A Systematic Literature Review, in: *Prenatal Diagnosis* Nr. 19/9 (1999), 808–812.
- Rapp, Rayna*, *Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America*, New York 1999.
- Ringler, Marianne*, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, in: *Springer-Kremser, Marianne/Ringler, Marianne/Eder, Anselm* (Hg.), *Patient Frau*, Wien 1991.
- Rommelspacher, Birgit*, Behindernde und Behinderte. Politische, kulturelle und psychologische Aspekte der Behindertenfeindlichkeit, in: *Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik*, Rundbrief 16: „Hauptsache gesund?!“ Wie Normierung funktioniert – in unseren Köpfen und in der Gesellschaft (2004), S. 5–17. URL: <http://www.bvkm.de/0–10/pranataldiagnostik,netzwerk,rundbriefe.html>, Stand 2010.
- Schäffler, Otfried*, Modi des Fremderlebens. Deutungsmuster im Umgang mit Fremdheit, in: *Ders.* (Hg.), *Das Fremde. Erfahrungsmöglichkeiten zwischen Faszination und Bedrohung*, Opladen 1991, S. 11–42.
- Schütze, Fritz*, *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: erzähltheoretische Grundlagen. Teil I: Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können*, Hagen 1987.
- Stengel-Rutkowski, Sabine*, Möglichkeiten pränataler Diagnostik, in: *Petermann, Franz/Wiedebusch, Silvia/Quante, Michael* (Hg.), *Perspektiven der Humangenetik*, Paderborn 1997, S. 49.
- St-Jacques, Sylvie/Grenier, Sonya/Charland, Marc/Forest, Jean-Claude/Rousseau, François/Légaré, France*, Decisional needs assessment regarding Down syndrome prenatal testing: a systematic review of the perceptions of women, their partners and health professionals, in: *Prenatal Diagnosis* Nr. 28/13 (2008), S. 1183–1203.
- Waldschmidt, Anne*, Normalität – ein Grundbegriff in der Soziologie der Behinderung, in: *Forster, Rudolf* (Hg.), *Soziologie im Kontext von Behinderung*, Bad Heilbrunn 2004, S. 142–157.

Angelika Pokropp-Hippen

Post Abortion Syndrom – eine Krankheit im Tabu

Als ärztliche Psychotherapeutin werde ich mit einer Krankheit konfrontiert, welche nur mit Schwierigkeiten in das Licht des kollektiven Bewusstseins tritt. Sie ist im angloamerikanischen Sprachraum als Post Abortion Syndrom bekannt. Ich würde es gerne mit „Verlusterkrankung nach Abtreibung“ übersetzen. Bei der Nicht-Wahrnehmung spielen Scham und Schuld eine wesentliche Rolle. Seit C. G. Jung (1875–1961) kennen wir das Phänomen der kollektiven Verdrängung. Kollektiv empfundene Scham und kollektiv geleistete Verdrängung sind spätestens seit der Aufarbeitung von Traumatisierungen nach den Weltkriegen im tiefenpsychologischen Kontext der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung von großer Bedeutung. Im Folgenden soll verdeutlicht werden, dass das Post Abortion Syndrom zur Gruppe der Posttraumatischen Belastungsstörungen gehört. Nach einem kurzen Diskurs in die Neuroanatomie und Neuropsychologie zum besseren Verständnis der zentralen Vorgänge bei einer Traumatisierung sowie in die Therapie mit dem Katathymen (d. h. emotional induziertes) Bilderleben folgt ein Fallbeispiel zum Post Abortion Syndrom sowie die Darstellung wichtiger Studien.

I. Die Posttraumatische Belastungsstörung

Der Freudschüler Abram Kardiner (1891–1981) beschrieb als Folge seiner Beobachtungen im 1. Weltkrieg das Phänomen der Kriegsneurose als post-traumatische Belastungsstörung, wobei er mit dem Vorurteil zu kämpfen hatte, dass die Betroffenen nicht krank, sondern verweichlicht seien. Ich zitiere aus seinen Beobachtungen:

„Wenn ein Mensch von Hilflosigkeit und Angst überwältigt wird, zerbricht der gesamte Apparat, der harmonisches, koordiniertes und zielgerichtetes Handeln möglich macht. Die Wahrnehmungen werden unpräzise und von Angst überflutet, das koordinierte Funktionieren von Entscheidungen und Urteilsvermögen setzt aus (...) sogar die Sinnesorgane können ausfallen (...) Aggressive Impulse entladen sich chaotisch und nicht in der Situation angemessen (...) In manchen Fällen funktioniert das vegetative Nervensystem ohne Verbindung zum übrigen Organismus.“¹

¹ K. Krippner, B. Steiner, Psychotraumatheorie, Stuttgart 2006, S. 7.

Nach dem 2. Weltkrieg wurde im angloamerikanischen Raum die wissenschaftliche Arbeit zur posttraumatischen Belastungsstörung vor dem Hintergrund des Holocausts intensiviert. Nach dem Vietnamkrieg etablierte sich der Begriff PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Es wurden zunehmend Fälle beschrieben, in welchen Soldaten nach Konfrontation mit Triggerreizen unwillkürlich mit einer Kaskade von vegetativen Symptomen wie Zittern und Herzrasen, starken Affekten und flash backs (Rückversetzung) reagierten. Diese Phänomene konnten den Betroffenen so stark beeinträchtigen, dass er berufsunfähig wurde. In der Folgezeit wurden ähnliche Reaktionsketten bei Traumatisierung durch Folter, sexuellen Missbrauch oder Unterdrückung sozialer Minderheiten beschrieben.²

Felix Harder und Werner Tschan publizierten 2004 in der Fachzeitschrift Schweizer Medizinisches Forum zur Posttraumatischen Belastungsstörung.³

1. Definition der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist eine durch Traumatisierung (physisch, psychisch) ausgelöste Angsterkrankung mit Störungen von körperlichen und seelischen Funktionen mit Krankheitswert.

Zur Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) gehören vier Gruppen von Symptomen⁴, welche sich nach einem traumatisierenden Ereignis einstellen und über mindestens vier Wochen bestehen bleiben.

2. Diagnosekriterien

- Intrusion (Aufdrängung, Störung)
 - Unwillkürlich wiederkehrende Erinnerungen an das Trauma
 - Alpträume
 - Psychische Stressreaktion bei Konfrontation mit Trigger-Reizen (= auslösende Reize)
 - Physische Stressreaktion bei Konfrontation mit Trigger-Reizen
- Vermeidung
 - Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen zum Traumakontext

² Vgl. *ebd.* S. 11.

³ Vgl. F. Harder/W. Tschan, Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis, Erkennen-Verstehen-Behandeln (Teil 1), SchweizerMedForum Nr. 4/15 (2004), S. 392–397.

⁴ Vgl. *ebd.*

- Vermeidung entsprechender Reize in Medien (z. B. Zeitungen, Fernsehen)
 - Versuch, das Geschehene zu verdrängen
 - Dissoziative Störungen
 - Teilamnesie oder komplette Amnesie für den Vorfall/die Vorfälle
 - Zusammenhang der Störungen mit dem Trauma oft nicht bewusst
- Numbing
- Emotionale Abstumpfung, Isolation
 - Teilnahmslosigkeit, kein Mitgefühl für andere
 - Sozialer Rückzug, Suchtgefahr
 - Verlust sozialer Beziehungen, Partnerschaft, Ehe
 - Depressions- und Suizidgefahr
- Hyperarousal
- Hypervigilanz (überwach/angstbedingte Katecholaminausschüttung)
 - Ein- und Durchschlafstörungen
 - Konzentrationsstörungen
 - Emotionale Labilität, erniedrigte Schwelle für aggressive Ausbrüche
 - Gesteigerte Schreckhaftigkeit

3. Häufigkeit und Dauer der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)

Die Häufigkeit der PTSD beträgt in der Allgemeinbevölkerung ca. sechs bis acht Prozent.⁵ Neue Studien aus den USA geben Hinweise auf eine Prävalenzrate (Verbreitung) von zwölf bis vierzehn Prozent in der Bevölkerung.⁶

Die akute PTSD zeigt den Beginn der Symptome innerhalb von ein bis drei Monaten nach dem Trauma. Die chronische PTSD wird durch Symptome typischerweise mehr als drei Monate nach dem Trauma deutlich. Die PTSD mit verzögertem Beginn ist häufig besonders schwer in ihrem Zusammenhang mit dem Trauma zu diagnostizieren, da die Symptome erst sechs Monate bis Jahre nach der oder den traumatisierenden Erfahrungen beginnen.

⁵ Vgl. *ebd.*

⁶ Vgl. R. Yehuda (Hg.), Risk factors for posttraumatic stress disorder, Washington D. C. 1999.

Die Dauer der Erkrankung ist höchst unterschiedlich und kann Monate, Jahre oder Jahrzehnte betragen. Auch die Kombination und Ausprägung der Symptome kann abhängig von verschiedenen Faktoren wie individuellen Charaktereigenschaften, Beginn, Häufigkeit und Schwere der Traumatisierung sowie vorhandener oder fehlender Unterstützung im psychosozialen Umfeld höchst unterschiedlich sein.

4. Verteilung und Folgen der PTSD

Auffällig ist die unterschiedliche Geschlechterdisposition von zwei zu eins (Frauen : Männer).⁷ Hier spielt die höhere Gefährdung der Mädchen und Frauen in Hinblick auf eine sexuelle Traumatisierung sicher eine große Rolle. Auch Fehl- und Totgeburten sind in ihrer traumatisierenden Bedeutung bislang noch zu wenig beachtet worden. Bei einer zunehmenden Häufigkeit der traumatischen Erfahrung durch Abtreibung ist nach meiner Einschätzung hier ein weiterer wesentlicher Faktor für den Überhang von Frauen, welche an einer PTSD in Form des Post Abortion Syndroms leiden, gegeben.

Insgesamt wurde festgestellt, dass der wesentlichste Auslöser einer PTSD, einer traumatischen Folgeerkrankung, durch die Verletzung des Menschen durch den Menschen hervorgerufen wird („man made trauma“). Keine Naturkatastrophe hinterlässt so verheerende Folgen in der menschlichen Seele, wie es die Traumatisierungen durch Menschen bewirken kann.⁸ Im Falle einer Naturkatastrophe stehen den Überlebenden ihre psychischen Regulationssysteme zur Integration des Traumas in der Regel zur Verfügung. Sollte dies nicht gelingen, entwickeln die Betroffenen eine posttraumatische Belastungsstörung. Im Falle der psychosozialen Traumatisierung, z. B. in der frühkindlichen Interaktion sind diese Regulationssysteme, wie aus der psychotherapeutischen Erfahrung bekannt, häufig beeinträchtigt. In diesem Zusammenhang kommt auch dem Begriff der „sozialen Kälte“ und der Vernachlässigung eine wichtige Bedeutung zu.

Die Verletzungen an Leib und Seele hinterlassen tiefe Spuren. Bei vom PTSD betroffenen Menschen ist die Gefahr, sich das Leben zu nehmen, also die Suizidalität, fünfzehn bis zwanzigfach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Man spricht von einer entsprechend erhöhten Komorbidität. Entsprechend zeigt die Depressionswahrscheinlichkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine Wahrscheinlichkeit der Erhöhung um fünfzig Prozent. Durch den Versuch, eine innere Pseudodistanz oder Flucht vor den quälenden inneren Bildern und Erfahrungen als Folge der Traumatisierung zu erreichen, ist auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Abhängigkeit von

⁷ Vgl. R. D. Kessler *et al.*, Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry* Nr. 52/12 (1995), S. 1048–1060.

⁸ Vgl. F. Harder/W. Tschan, a. a. O.

Alkohol, Drogen oder Medikamenten zu erkranken, bis zu 80 Prozent gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht.⁹

II. Das traumatische Ereignis

1. Neuroanatomie und Neuropsychologie der traumatischen Reaktion

Was geschieht neuroanatomisch bei einer Traumatisierung? Im Folgenden möchte ich kurz auf diese Zusammenhänge eingehen, da nur so Phänomene wie flash backs, Dissoziation und weitere psychovegetative Symptome nach einer Traumatisierung verständlich sind.

Eine zentrale Bedeutung nimmt das limbische System bei der Verarbeitung und Beantwortung von Reizen ein. Der Thalamus ist eine Art Relaisstation im Diencephalon (Zwischenhirn) und besteht aus vielen Kerngebieten. Er hat besonders starke Verbindungen zum gesamten Gehirncortex (Hirnrinde). Um sich sensorisch-sensibler Informationen bewusst zu werden, müssen die aufsteigenden Bahnen auf dem Weg zum Cortex im Thalamus verschaltet werden. Er wird deshalb als „Tor zum Bewusstsein“ bezeichnet. Der Thalamus kann auf schnellstem Wege Informationen an die Amygdala (Mandelkern) im medialen Teil des Temporallappens (Schläfenlappens) weiterleiten. Die Amygdala ist in mehrere Kerngruppen gegliedert und erhält über Faserverbindungen zahlreiche Informationen aus anderen Hirnzentren. Hier werden sensorische Informationen wie Bilder, Töne und Gerüche, Temperatursignale, Tasteindrücke etc. mit Gefühlen wie Angst, Wut, Freude oder Glück verbunden. Beispielsweise wird der eine Mensch beim Anblick eines Hundes (sensorische Information) Freude (emotionale Färbung der Information) empfinden. Ein anderer Mensch wird auf die gleiche sensorische Information mit ängstlicher Abwehr reagieren. Die Amygdala Region ist wesentlich an der Entstehung von Angst und der Ausschüttung von Stresshormonen und stressassoziierten Neurotransmittern beteiligt. Im Tierversuch zeigte sich, dass die Zerstörung der Amygdala die Fähigkeit zur Angstentwicklung mit sich bringt. Was geschieht nun in einer Gefahrensituation? Hier greift das Gehirn unter Ausschaltung der entwicklungsgeschichtlich jüngeren Regionen des Gehirncortex auf entwicklungsgeschichtlich ältere Anteile zum Zweck der Zeitersparnis zurück, was in einer Gefahrensituation lebensrettend sein kann. Diese „fight or flight“-Impulse aktivieren eine Kaskade von Stressreaktionen und die Mobilisierung des ganzen Körpers. Der Hypothalamus steht als Reglerzentrale für nervöse

⁹ Vgl. F. Harder/W. Tschann, a. a. O., S. 395.

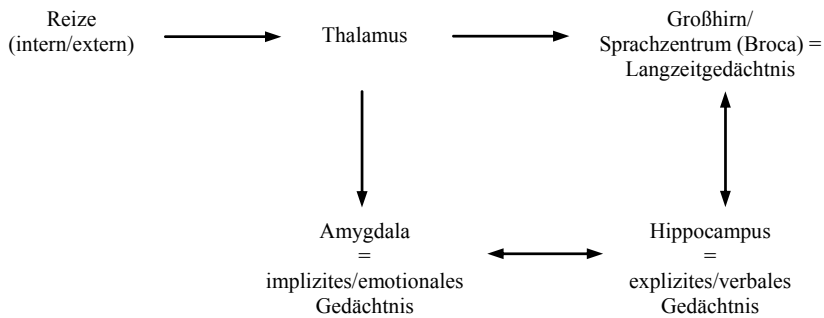


Abbildung 1: Funktionsschema (vereinfacht)

vegetative Vorgänge in diesem Kontext in enger Wechselbeziehung mit der Hypophyse.¹⁰

Hat die Amygdalaregion die emotionale Markierung wichtiger Ereignisse im Sinne des impliziten/emotionalen Gedächtnisses vorgenommen, werden sie an den Hippocampus weitergeleitet, wo sie im expliziten/verbalen Gedächtnis im Sinne einer „cognitive map“ (Erkennungskarte) bis zu zwei Jahre gespeichert werden. Man könnte den Hippocampus als eine Art Festplatte für das Kurzzeitgedächtnis bezeichnen. Je nach Input vom Frontalhirn, welches für Integration und Planung zuständig ist, werden die Erinnerungen weiter verfestigt.

2. Neuropathologie der Traumatisierung

Bei einem das Leitungssystem überfordernden traumatischen Ereignis ist die Übertragung der Nachrichten zwischen Amygdala und Hippocampus gestört. Es kommt zu flash backs, Ängsten und Schlafstörungen. Kernspintomographische Untersuchungen bei Vietnamveteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung zeigten eine Verkleinerung des Hippocampus von 5 bis 25 Prozent gegenüber gesunden Personen sowie die Erniedrigung eines chemischen Markers (N-Acetylaspartat) um 23 Prozent in der Kernspin-¹¹Protonenspektroskopie (bildgebendes Verfahren) als Hinweis für Schäden an Nervenzellen.¹² Diese Befunde fand man auch bei missbrauchten Kindern im Hippocampus.¹²

Eine bedrohliche Situation wird also zunächst von der Amygdala festgestellt. Dies geschieht automatisch und ohne Zutun des Großhirns. Die Ent-

¹⁰ Vgl. A. Waldeyer, Anatomie des Menschen, Zweiter Teil, 13. Auflage 1975, S. 360.

¹¹ Vgl. K. Krippner/B. Steiner, a. a. O.

¹² Vgl. G. Roth (Direktor des Instituts für Hirnforschung der Universität Bremen), Interview mit W. Irsch, Die Welt 10.09.2005.

scheidungsfindung zwischen Amygdala und Hippocampus wird also gekappt. Große Teile der Nachrichten werden gar nicht an das explizite/verbale Gedächtnis weitergeleitet, sondern vom impliziten/emotionalen Gedächtnis gesteuert. Durch diese Trennung wird die Reaktionszeit stark beschleunigt. Wo das Großhirn einige Sekunden zur Informationsverarbeitung benötigen würde, kann durch die beschriebene Umvernetzung die Entscheidung über Flucht oder Verteidigung sehr viel schneller gefällt werden. Der Vorteil kann in der Lebensrettung liegen. Der Nachteil dieser Unterbrechung liegt in der Dissoziation. Dies bedeutet, verschiedene Gehirnteile stehen nicht mehr miteinander in vollem Kontakt, wie oben in der traumatischen Situation beschrieben. Kommt es posttraumatisch zur Entwicklung einer PTSD, kann das unwillkürliche Überschwemmtwerden des Bewusstseins mit Bildern, Körpergefühlen und fragmentierten Erinnerungssequenzen (flash back) sowie das Gefühl, außerhalb des Körpers „neben sich zu stehen“ (Dissoziation) die Folge sein. Was im Trauma der Lebensrettung dienen sollte, wird nun zu einem Symptom mit Krankheitswert.

Die traumatische Situation wird wie beschrieben anormal im Gedächtnis gespeichert. So kann es im Tagesbewusstsein zu flash backs in die Traumasituation kommen. Diese treten am häufigsten visuell auf, absteigend häufig folgen Körpersensationen, Geräusche und Gerüche. Nachts stellen sich oft angstgefärbte Alpträume ein. Traumatische Erinnerungen sind in der Regel bruchstückhaft und in Form von emotional gefärbten Bildern gespeichert. Das Bruchstückhafte solcher traumatischer Erinnerungen wird von den Betroffenen häufig als Mangel, z. B. in der Beweisführung bei der Rekonstruktion einer Traumatisierung, angesehen. Tatsächlich spricht die fragmentierte Erinnerung aber eher für die Authentizität des Erinnerten. Bei flash backs, dem Überschwemmtwerden von traumatischen Erinnerungsbildern, wie es sich spontan oder in einer Psychotherapie ereignen kann, ist die Gefahr der Retraumatisierung gegeben. Bei Personen, welche experimentell mit ihrem Traumabericht konfrontiert wurden, zeigte sich, dass häufig das in der linken Gehirnhälfte (Gehirnhälfte) gelegene motorische Sprachzentrum vorübergehend inaktiv blieb. Es entstand der Zustand von „speechless terror“, vom sprachlosen Terror, von welchem Traumapatienten immer wieder berichten.¹³

Ziel der Traumatherapie ist es, die bildlich – emotionale (implizites Gedächtnis) und verbale Erfahrungsebene (explizites Gedächtnis) der traumatischen Erfahrung wieder miteinander zu verbinden und sie aus dem „speechless terror“ zu befreien. Dies kann im Laufe der Therapie zu einer Neuausbildung von Neuronen führen, welche die geordnete Abfolge von integrierter Erinnerung wieder ermöglichen.

¹³ K. Krippner/B. Steiner, a. a. O., S. 20. (Die basalen Dimensionen von Traumaverarbeitung und Symptomproduktion, Neuere Konzepte des psychischen Traumas: Intrusionsphase.)

3 Die katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) und die katathym-imaginative Psychotraumathepie (KiPt)

Das Katathyme Bilderleben, wie die Methode zunächst hieß, wurde erstmals 1954 von dem Göttinger Arzt und Psychoanalytiker H. Leuner publiziert.¹⁴ Er entwickelte eine Systematik von Bildmotiven, welche auf der Symbolebene verdrängte emotionale Konflikte über das Bild und das zum Bild gefundene Wort bewusstseinsnah der Verarbeitung zugänglich machen. Psychodynamische Prozesse und unbewusste Konflikte sowie Traumatisierungen können so tiefenpsychologisch fundiert unter Nutzung der Übertragungsbeziehung effektiv in das therapeutische Geschehen integriert werden. Da das Bild wie beschrieben die häufigste physiologische Variante der emotionalen Abspeicherung ist, wie wir von Nachträumen wissen, wird hier eine dem physiologischen Vorgang nahe Tagtraumtechnik als *via regia* zur Konfliktbearbeitung genutzt. Bei der traumatherapeutischen Arbeit wird Ich-stützend und Ich-stabilisierend unter Vermeidung einer Retraumatisierung ressourcenorientiert eine Matrix geschaffen, um traumatische Ereignisse, soweit den therapeutischen Zielen nützlich, schrittweise bewusst und integrierbar zu machen.

Es gibt andere psychotherapeutische Verfahren, um erlittene Traumatisierungen zu bearbeiten. Ziel aller Methoden muss sein, die traumatisierte Person möglichst weitgehend zu stabilisieren und dem individuellen Lebenskontext gemäß zu einer Integration der Traumatisierung zu führen.

III. Das Post Abortion Syndrom (PAS)¹⁵

1. Definition des Post Abortion Syndroms

Das Post Abortion Syndrom ist eine seelische Erkrankung nach Abtreibung mit psychosomatischer Symptomatik, die in einem zeitlich variablen Intervall auftritt.

Das PAS ist eine Sonderform von PTSD (Post-Traumatic-Stress-Disorder). Der Zusammenhang mit dem Trauma (Abtreibung) wird oft verdrängt. Der Zusammenhang mit körperlichen/seelischen Störungen ist für Betroffene und Helfer¹⁶ oft nicht direkt erkennbar, wie analog vom Verlauf der chronischen PTSB oder der PTSB mit verzögertem Beginn bekannt.¹⁷

¹⁴ H. Leuner, *Katathymes Bilderleben*. 2. Aufl. Stuttgart 1981.

¹⁵ Vgl. A. Pokropp-Hippen, *Das Post Abortion Syndrom*, in: B. Büchner/C. Kaminski (Hg.), *Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995–2005)*, Bonn 2006; S. 29–62.

¹⁶ Siehe I. Die Posttraumatische Belastungsstörung.

¹⁷ Siehe I.3. Häufigkeit und Dauer der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD).

- Typische seelische Störungen
Depressionen (z. T. larviert), Schlafstörungen, Alpträume, Angst- und Panikattacken, Schuldkomplexe, Beziehungsstörungen (Scheidung, Überbehüten oder Vernachlässigen geborener Kinder), Suchtentwicklung, Psychosemanifestation, Essstörungen, Suizidalität.¹⁸
- Typische körperliche Störungen
Psychosomatische Erkrankungen mit Organmanifestation je nach Disposition: z. B. Migräne, Rückenbeschwerden, asthmatische Beschwerden, Herzbeschwerden, Reizmagen, Reizdarm, Menstruationsbeschwerden, Hauterkrankungen.
Studien zu Risiken und Informationen wie bei jedem anderen Eingriff/Medikament vorgeschrieben, sind im Falle einer Abtreibung mangelhaft. Longitudinalstudien (Studien über einen Zeitraum) und Transversalstudien (Studien in einer größeren Gruppe) sind dringend geboten.
- Typische Manifestationszeiten des PAS
unmittelbar nach der Abtreibung, nach einer Phase der vermeintlichen Entlastung Wochen oder Monate nach der Abtreibung, um den Geburtstermin des abgetriebenen Kindes zum Tötungstermin = Sterbetag des Ungeborenen, bei erneuter Schwangerschaft und Geburt selbst oder im sozialen Umfeld, bei schwerer Erkrankung oder Unfall geborener Kinder, nach einem Todesfall (das abgetriebene Kind hat kein Grab, sondern wurde als Organmüll entsorgt, fehlender Ort der Trauer, fehlende Trauerrituale), nach Trennung oder Scheidung, nach dem Auszug der Kinder, Klimakterium (Wechseljahre), Konfrontation mit dem eigenen Tod.

2. Zusammenhang zwischen PTSD und Post Abortion Syndrom

Zahlreiche Symptome von Frauen, welche am Post Abortion Syndrom leiden, finden sich beim Vergleich in den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Oft wird das Post Abortion Syndrom als Auslöser der PTSD verschwiegen, wie eine typische Auflistung von Traumata und Entwicklung einer PTSD belegt.

In der dargestellten Tabelle kommt der Begriff des Post-Abortion-Syndroms nicht vor. Wir dürfen das PAS unter den Rubriken „Irgendein Trauma“ (60% Häufigkeit) oder „Andere Traumen“ vermuten. Hier bildet sich ab, was der Schweizer Tiefenpsychologe C. G. Jung (1875–1961) mit dem Begriff der

¹⁸ Vgl. N. Philip et al., Post Abortion Survivor Syndrom (PASS): signs and symptoms. Southern Medical Journal Nr. 99/12 (2006), S. 1405–1406.

Tabelle 1: Häufigkeit von Traumen und Entwicklung einer PTSD

	Häufigkeit	Inzidenz von PTSD
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Drohungen mit Waffen	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	25,0	7,0
Feuer-/Naturkatastrophen	17,1	4,5
Misshandlungen in der Kindheit	4,0	35,4
Vernachlässigungen in der Kindheit	2,7	21,8
Andere lebensbedrohliche Situationen	11,9	7,4
Andere Traumen	2,5	23,5
Irgendein Trauma	60,0	14,2

Quelle: F. Harder, W. Tschan, a. a. O., S. 396.

„kollektiven Verdrängung“ beschrieben hat. Bei geschätzten 800 bis 1000 Abtreibungen pro Werktag in Deutschland sind täglich ca. 1600 bis 2000 Männer und Frauen in die Abtreibung ihrer ungeborenen Kinder involviert.

Hinzu kommt die Zahl der durch die Abtreibung eines Geschwisterkindes involvierten Kinder sowie den Beratungsschein ausstellende Institutionen, die abtreibende Ärzteschaft und das Pflegepersonal.

Kollektive Verdrängung findet immer dann statt, wenn ein schuld- und schambesetztes Thema auf diese Weise scheinbar besser ertragen werden kann. Der Preis im Falle des Post Abortion Syndroms liegt in den im deutschen Sprachraum fehlenden wissenschaftlichen Untersuchungen zur Benennung der Folgen der vorgeburtlichen Kindstötung für die Beteiligten. Ohne breite Erforschung der Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsweise der Frauen (und Männer) psychisch und physisch bzw. psychosomatisch nach einer Abtreibung wird es jedoch dabei bleiben, dass viele Betroffene die Praxen von Allgemeinmedizинern, Frauenärzten, Orthopäden u. a. aufsuchen und an unspezifischen Symptomen leiden, deren gemeinsamer Nenner

weder von den Erkrankten noch von den Ärzten oder Therapeuten zu finden ist. Bei Psychiatern und Psychotherapeuten findet sich dem Tenor des Zeitgeistes entsprechend die Verleugnung und Verdrängung dieses Krankheitsbildes sowie die Subsumierung der Symptome unter anderen Krankheitsbildern. Persönliches Involviertsein in das Post Abortion Syndrom auf therapeutischer Seite kann dann zu einem Bündnis des Schweigens über die Traumatisierung durch Abtreibung mit den entsprechenden Folgen für den zu erwartenden Erfolg der psychotherapeutischen Arbeit führen. Wir kennen das Phänomen der Symptomverschiebung (z. B. erst Angstsymptome, nach deren Sistieren depressive Symptome) oder der psychosomatischen Fixierung als Folge einer therapeutischen Behandlung, welche an Symptomen laboriert, statt bis zum Focus (z. B. PAS) vorzudringen.

3. Falldarstellung zum Post Abortion Syndrom

Ich möchte nun das Fallbeispiel einer Frau vorstellen, welche am PAS leidet. Mit ihr leiden der Mann, welcher ebenfalls Symptome des PAS zeigt und das zum Zeitpunkt der therapeutischen Arbeit wenige Monate alte Kind, welches in der depressiv belasteten Atmosphäre heranwachsen muss. Der von mir dargestellte Fall zeigt das Vollbild der Erkrankung. Wie von anderen psychischen Erkrankungen bekannt, gibt es hinsichtlich der Ausprägung der Symptome eine Varianz. Dies gilt auch für das Post Abortion Syndrom. Neben ähnlich akzentuierten Fällen erlebe ich auch Krankheitsbilder mit weniger stark ausgeprägten Symptomkomplexen bis hin zur teilweisen oder vollständigen Sublimierung. Neben der Integration der einzelnen betroffenen Patientin in ihr psychosoziales Umfeld spielen wie auch von anderen Krankheitsbildern bekannt unter anderem die vorhandene Prädisposition zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung sowie die aktuelle biographische Belastung eine Rolle. Wie für die Posttraumatische Belastungsstörung beschrieben, gilt auch für die spezielle Form des PAS, dass nicht alle Traumatisierten erkranken, wobei die beschriebene zeitliche Varianz des Beginns der Symptomatik¹⁹ einen vom Trauma über Monate bis Jahre versetzten Beginn zur Folge haben kann.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit bat ich die Patientin zu malen, wie sie sich fühlt. Wie schon beschrieben, sind Emotionen vorwiegend bildlich gespeichert. Das Sichtbarmachen dieser inneren Bilder ist ein therapeutischer Schritt, welcher eine erste Distanzierung von der emotionalen Erstarrung im Trauma bedeutet. Im Gespräch über das gemalte Bild werden oft lang zurückgehaltene Gefühle und Assoziationen freigesetzt.

¹⁹ Siehe I.1. Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung.

(a) Deutung der Bilder



Abbildung 2: Bild der Patientin

Die Patientin hat sich in einem Käfig ohne Hände und Füße gemalt. Dies korrespondiert mit dem Erleben der Patientin, nicht mehr auf dem Boden des täglichen Geschehens zu stehen, sondern abgehoben zu sein. Sie hat den Kontakt zum Leben verloren.

Sie kreist, wie sie sagt, 90 Prozent der wachen Zeit um die Abtreibungsthematik und die Schuldzuweisung an sich und an ihren Ehemann. Sie ist depressiv gestimmt, sie hat ihren Antrieb verloren. Dies drückt die Patientin bildlich in den fehlenden Händen aus. Sie kann nicht mehr zufassen, nicht mehr ihr Leben gestalten. Der Mund ist traurig herabgezogen, die Augen schauen wie erschrocken. Die Frau steht in einem roten Hintergrund. „Dies ist das Blut meines ungeborenen Kindes, welches ich vergossen habe.“ So beschreibt sie selbst, was die rote Farbe bedeutet. Das „Warum, warum haben wir das getan?“ kommt in dem Fragezeichen zum Ausdruck, so sagt sie. Sicher ist auch die Frage des Ausgangs aus dem Gefängnis von Schuld und Depression in dem Fragezeichen symbolisch dargestellt. Unter den Käfig mit der Frau hat sie ihren Mann gezeichnet. In einer Sprechblase ruft er seiner Frau „Ich liebe Dich“ zu, aber seine Worte und ihre Bedeutung kann die Frau nicht annehmen. Im linken Bildteil soll der blaue Weg die gemeinsame

Zeit darstellen. Die Sonne links oben, das Paar, darunter die Weltkugel und ein Flugzeug: Erinnerungen an die im Rückblick unbeschwerten Jahre, wo sie ihren Wunscherfüllungen lebten, durch die Welt reisten. Unten links sprechen die lilafarbenen Striche von den Ehejahren. Die dunklen Haken sollen, so die Patientin, verdeutlichen, wie etwas Dunkles immer mehr in ihre Beziehung hinein dringen konnte. „Eigentlich träumten wir von einem gemeinsamen Haus mit Garten“, so hat es die Patientin im oberen Bildteil gemalt. Die Frage nach den entscheidenden Faktoren für die Abtreibung quält die Patientin zu jeder wachen Stunde. Die Patientin und ihr Ehemann leiden darunter, sich nicht miteinander und vor Gott versöhnen zu können. Als vor wenigen Monaten ein Kind geboren wurde, hofften beide, in dem Kind Versöhnung und Neuanfang zu finden.

Das Kind kam nach über 25 Stunden Wehen und Geburtsstillstand durch Sectio (Kaiserschnitt) zur Welt. Unter der Geburt in den Wehen quälten die Patientin die Gedanken an ihr durch Abtreibung gestorbenes Kind. Sie konnte sich körperlich nicht für das zweite Kind öffnen, wie sie es unter dem Eindruck der ständig sich wiederholenden Schuldphantasien auch seelisch bis heute nicht kann. Hebammen berichten, dass gerade in der Geburtssituation frühere Abtreibungen Thema werden und sie gerne zuvor darüber Bescheid wissen, da mit Komplikationen wie in diesem Fall in einem höheren Prozentsatz zu rechnen ist. Im Bild sehen wir das Kind im Lichte strahlend, von Gott (die Hand aus der blauen Wolke) geschenkt, vom Storch getragen. Das Kind erreicht die Mutter im Käfig aber nicht, die Eltern können es nicht wirklich empfangen, da sie blockiert sind in Schuldzuweisungen und Streit. Die Mutter liebt das Kind und kann sich nicht an ihm freuen, der Vater liebt das Kind und kann seine Freude nicht teilen. Auch das Kind ist außerhalb des Käfigs, auch die Beziehung zum Kind ist von Anfang an überschattet und gestört durch das Fixiert-Sein der Mutter auf die Abtreibungsthematik. So beginnt dann das Post Abortion Survivor Syndrom, die Erkrankung der überlebenden Kinder einer Familie. Oft wissen sie gar nichts von ihrem abgetriebenen Geschwisterkind, ihren abgetriebenen Geschwistern, aber ein Schatten liegt von Anfang an über der Beziehung zwischen Mutter und Kind, zwischen Vater und Kind mit all seinen Folgen für die psychische Gesundheit des geborenen Kindes. Auch das Überbehüten als Folge der Bestrafungsphantasien ist eine typische Post Abortion Reaktion. Der Anfang dieser Entwicklung wird in der Deutung der Mutter sichtbar, ihr Kind sei als Strafe Gottes erkrankt und ihr stünde so ein gesundes Kind gar nicht zu, als es kurz nach der Geburt für einige Tage in eine Kinderstation verlegt werden musste. Durch Überbehüten wird die natürliche Entwicklung und Expansionskraft des Kindes erneut wie durch einen Käfig blockiert. Im rechten Bildteil sind Paare mit Kindern dargestellt, „ha-ha“ steht daneben. „Die lachen miteinander, die können sich

freuen, die lachen mich aus“, so die Patientin. Auch die sozialen Kontakte zu anderen Müttern und Familien sind blockiert durch das Gefangensein in den kreisenden Gedanken. Die Patientin isoliert sich auch, weil die anderen von der Abtreibung nichts wissen sollen. Dies ist eine typische Vermeidungsreaktion bei scham- und schuldbesetzter Thematik. Die ganze Familie ist isoliert mit den entsprechenden psychosozialen Folgen. Die Blume rechts unten im Bild hat keine Wurzeln. Die Tulpe soll als Frühlingsblume die Lebensfreude symbolisieren, zu welcher die Patientin keinen Zugang mehr hat. Sie kann den Frühling des Lebens ihres geborenen Kindes nicht mit Freude erleben. Auch der Ehemann hat eine kleine Skizze gezeichnet, um seine Gefühlslage auszudrücken.

Der Ehemann der Patientin leidet ebenfalls an einem PAS mit einem Schwerpunkt bei der Symptomatik von Schuldzuweisungen an sich und depressiv gefärbten Bestrafungsphantasien. Die Untersuchung des Post Abortion Syndroms bei an Abtreibung beteiligten oder durch die Abtreibung

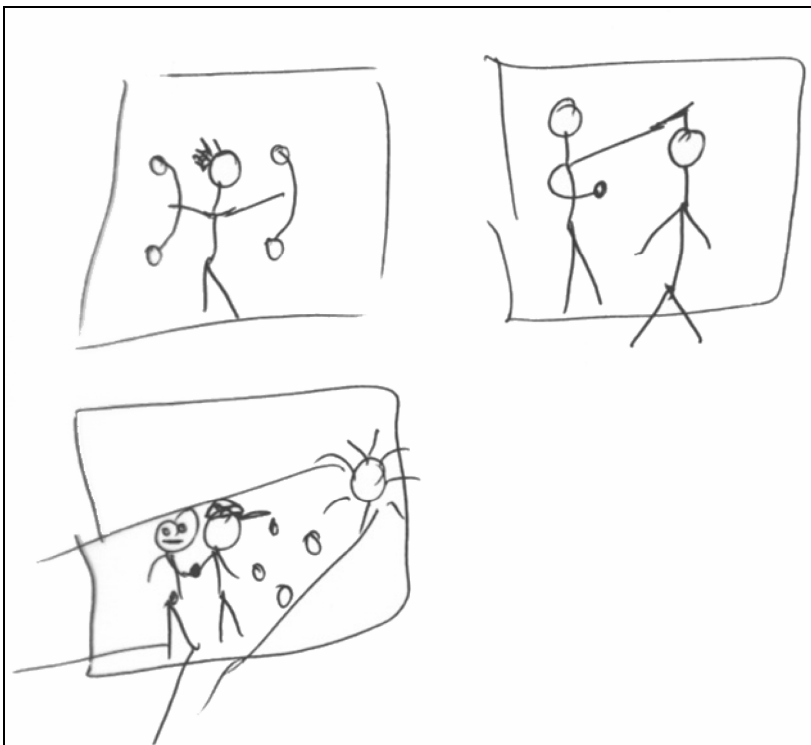


Abbildung 3: Bilder des Ehemanns

ihrer Kindes gegen ihren Willen traumatisierten Männern ist noch weiter verdrängt als die Erkrankung der Frauen. Dem Mann gehen Sätze durch den Kopf, wie: „Du bist ein Versager, Du hast Deine Frau und Dein Kind nicht beschützt. Ich verlange, dass ich leide. Du bist ein Feigling, dass Du Dich nicht aufhängst.“ In seiner Skizze hat der Mann links oben seine Frau gezeichnet, wie sie sich ständig selbst verletzt. Er hat dies durch eine Wunde an ihrem Kopf dargestellt. Unbewusst haben beide eine verhängnisvolle Übereinkunft, sich selbst zu quälen und das Gequältwerden durch den anderen als Bestrafung zu tolerieren. So sind sie im Teufelskreis ihrer Schuldphantasien gefangen. Im zweiten Bild hängt der Mann wie eine Marionette hilflos an der Hand seiner Frau. „Ich komme nicht an sie ran und ich kann mich nicht entfernen.“ Er ist ohnmächtig ihren aggressiven Projektionen ausgeliefert. Da er sich innerlich den Auftrag gab zu leiden, nimmt er die aggressiven Ausbrüche seiner Frau gegen ihn oft stumm und versteinert hin.

Die rechte Hand der Frau ist zur Faust geballt und verdeutlicht ihre Wut auf den Ehemann, welche sich in täglichen Kleinkriegen entlädt. Das linke untere Bild zeigt den Ehemann, wie er versucht, über den steinigen Weg der gemeinsamen Vergangenheit (Abtreibung) mit der gemeinsamen Schuld zum Licht zu gehen, neu zu beginnen. Er versucht, seine Frau an die Hand zu nehmen, aber sie schaut zurück in die Vergangenheit und kann sich nicht ein Leben (Sonne als Symbol) mit Mann und Kind zugestehen. Unbewusst lebt sie in der Vorstellung, durch ihre Rückkehr in das gelebte Leben ihr abgetriebenes Kind erneut zu verraten.

(b) Empfindungen der Patientin nach der Abtreibung (wörtliche Zitate)²⁰

„Ich bin schuldig – wenn man erkennt, dass man das Wertvollste und Beschützenswerteste im Leben preisgegeben hat, sein EIGENES Kind, unschuldig und wehrlos. Es gibt kein größeres Schuldgefühl auf dieser Welt und im Leben eines Menschen.“

„Ich bin selbst nichts mehr wert. Mit welchem Recht lebe ich, wenn ich einem anderen dieses Recht verwehrt habe?“

„Meine Seele ist entzweit. Ich fühle mich beschmutzt und entwürdigt.“

„Ich habe keinen Boden mehr unter den Füßen, keine innere Mitte mehr, drehe mich innerlich nur noch im Kreis.“

„Ich leide unter Angst- und Panikzuständen, Angst vor dem weiteren Leben, das täglich aushalten zu müssen. Panik, weil es ein gelebter Alptraum ist, der erst mit dem wach Werden beginnt.“

²⁰ Im Rahmen unserer psychotherapeutischen Arbeit hat die Patientin die sie emotional belastenden sich wiederholenden Gedanken aufgeschrieben.

„Ich leide unter Schlaflosigkeit, habe das Gefühl, Watte im Kopf zu haben, weil kein anderer Gedanke so stark ist und vorherrscht.“

„Keine rechte Freude mehr am Leben. Man nimmt die schönen Dinge nicht mehr richtig wahr, wie den Wechsel der Jahreszeiten, Blumen, ein schöner Sonnenuntergang etc.“

„Ich habe das Gefühl, als sei mein Leben gelaufen, als sei ich mit gestorben, damals auf dem Stuhl.“

„Das Gefühl, niemals mehr entinnen zu können. Denn man nimmt sich selbst überall hin mit. Man kann sich vom Partner trennen, der einem das angetan hat. Doch niemals wird man sich selbst los.“

„Dauerunruhe und große innere Disharmonie.“

„Enttäuschung über den Partner. Man sieht seine Liebe, die man ihm einst entgegenbrachte. Verraten, verkauft. Wofür hat man all die Gefühle investiert? Enttäuschte Hoffnung.“

„Man steckt in einem inneren Gefängnis, aus dem man nicht einfach entlassen wird, und man ist alleine, einsam. Denn die anderen „Mithäftlinge“ geben sich nicht zu erkennen im täglichen Leben – so wie ich auch nicht aus Scham.“

„Wohin mit der Wut??? Auf einen Selbst, den Partner, der einen nicht bewahrt hat, der die tödliche Gefahr nicht gesehen hat oder nicht sehen wollte?“

„Wut auf das System, das Abtreibungen überhaupt erlaubt, ohne die Aufklärung über die Folgen! Diese sind tabuisiert oder werden geleugnet.“

„Wut auf die Institutionen, die als „Beratungsstelle“ getarnt auf arglose Opfer lauern, weil es für sie ein MORDSgeschäft ist.“

(c) Studien

In einer Studie des Elliot Institutes wurden 260 Frauen von 15 bis 35 Jahren aus 35 verschiedenen Staaten der USA zu ihrem Gefühlszustand nach der Abtreibung befragt.²¹

- 92,60% der befragten Frauen leiden an starken Schuldgefühlen.
- 88,20% leiden an Depressionen
- 82,30% haben ihr Selbstwertgefühl verloren
- 55,80% haben Selbstmordgedanken

²¹ Vgl. D. C. Reardon, The Post Abortion Review Nr. 2 (1994); insbes. D. C. Reardon, Psychological reactions reported after abortion, The Post Abortion Review Nr. 2/3 (1994), S. 4–8. URL: www.afterabortion.org/survey2.htm, Stand 2010.

- 66% beendeten die Beziehung zu ihrem Sexualpartner nach der Abtreibung
- 40,60% begannen, Drogen zu nehmen
- 36,50% flüchteten in den Alkohol

Eine aktuelle Studie von David M. Fergusson weist nach, dass fast jede zweite Frau nach einer Abtreibung psychisch erkrankt.²²

„Der enge Konnex zwischen Depressionen, Angstzuständen, Suizidgefährdung, Suchtverhalten und einer Abtreibung war selbst für die Autoren überraschend. Aus einer Gruppe von 1265 Mädchen der neuseeländischen Stadt Christchurch, die seit ihrer Geburt im Jahre 1977 beobachtet wurden, wurden 41 Prozent der Mädchen bis zum Alter von 25 Jahren schwanger. 14,6 Prozent ließen ihr Kind abtreiben. Von jenen 90 Frauen, die eine Abtreibung vornehmen ließen, entwickelten 42 Prozent innerhalb der nächsten vier Jahre eine schwere Depression. Auch der Drogen- und Alkoholmissbrauch stieg bei dieser Gruppe von Frauen signifikant an. Diese Verhaltensweisen und Erkrankungen könnten auf keine früheren Erlebnisse zurückgeführt werden, betont Studienleiter Fergusson von der Universität von Otago (Department Christchurch Health and Development Study).“²³

Fergusson bezeichnete es als Skandal, dass „die psychischen Folgen eines Eingriffs, der bei jeder zehnten Frau durchgeführt wird, kaum studiert oder evaluiert werden.“²⁴ Wie dramatisch die Folgen einer Abtreibung für Frauen sein können, zeigt auch eine finnische Studie von 1997²⁵: es besteht eine dreifach erhöhte Suizidrate nach Abtreibung. Im *Scandinavian Journal of Public Health* erschien 2008²⁶ eine Langzeitstudie aus Norwegen: Vor allem junge Frauen, die abtreiben ließen, neigen später stärker zu Depression als andere. Die Ergebnisse der Studie, für die der Soziologe Willy Pedersen an der Universität Oslo 11 Jahre hindurch 768 Frauen im Alter zwischen 15 und 27 Jahren wissenschaftlich begleitet hat, zeigten außerdem, dass das Suchtverhalten (Alkohol und Drogen) bei jungen Frauen nach einer Abtreibung signifikant höher war als bei jenen, die sich für ihr Kind entschieden.²⁷

²² Vgl. D. M. Fergusson et al., Abortion in young women and subsequent mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Nr. 47/1 (2006), S. 16–24 (22).

²³ Ebd.

²⁴ Ebd.

²⁵ Vgl. M. Gissler et al., Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study, *British Medical Journal* Nr. 313 (1996), S. 1431–1434.

²⁶ Vgl. W. Pedersen, Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women, *Scandinavian Journal of Public Health* Nr. 36/4 (2008), S. 424–428. URL: <http://sjp.sagepub.com/cgi/content/abstract/36/4/424>, Stand 2010.

²⁷ Vgl. W. Pedersen, Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population based longitudinal study, *Addiction* Nr. 102/12 (2007), S. 1971–1978. URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/117967691/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>, Stand 2010.

Mitte August 2008 hatte die APA (American Psychological Association) einen Bericht veröffentlicht, wonach es keine wissenschaftlichen Daten gebe, die den Zusammenhang zwischen Abtreibung und psychischen oder auch psychosomatischen Erkrankungen beweisen. Dem wurde unter anderem im *Lancet*, einer der führenden internationalen medizinischen Zeitschriften, widersprochen. Im Editorial²⁸ fordern die Autoren psychologische Beratung und Hilfe nach einer Abtreibung, da unter anderem das „*Journal of Youth and Adolescence*“ eine Studie veröffentlicht hatte, die psychische Probleme nach Abtreibung nachgewiesen habe.

Für Aufsehen in Deutschland sorgte auch ein Artikel der Wochenzeitschrift „*Die Zeit*“ in der Ausgabe vom 12.2.2009²⁹: Wir haben abgetrieben – Welche Rolle spielen Männer beim Schwangerschaftsabbruch. Am Beispiel eines Betroffenen, der anonym bleiben möchte, werden Seelenqualen, Hilflosigkeit und Wut deutlich. Die anderen Männer erscheinen mit Bild im Artikel: „Die meisten sind über 40 Jahre alt, und sie schildern ganz subjektiv die Ereignisse, die oft lange zurückliegen. Sie alle sind heute von ihren damaligen Partnerinnen getrennt. Viele dieser Männer waren vor der Entscheidung ambivalent wie die Frauen; sie sprechen von Reue, weil sie die Entscheidung ihrer Partnerin überlassen haben und das nun für einen Fehler halten. Mehrere Frauen hatten ihren Männern signalisiert: „Hättest du nur deutlich gesagt, dass du dir ein Kind mit mir vorstellen kannst, ich hätte es bekommen.“ Einige Männer waren von dem eigenmächtigen Handeln der Partnerin wie vor den Kopf gestoßen. Einen brachte die Abtreibung so aus der Fassung, dass er Strafanzeige stellte, um sie zu verhindern, vergeblich. Zwei Männer sagten, nach der Abtreibung hätten sie plötzlich den Wunsch gespürt, Vater zu werden. Alle hat dieses Erlebnis verändert, es hat sie geprägt. Wie sehr eine Abtreibung Männer berühren kann, weiß der Bielefelder Psychologe Wolfgang Neumann. Seit 15 Jahren hat er sich auf die Therapie von Männern spezialisiert, er hat darüber auch ein Buch geschrieben (*Den Mann zur Sprache bringen*, 2004).³⁰ In seiner Praxis werden Abtreibungen häufig und meist unvermutet zum Thema. „Männer reden zwar darüber, als ob es sie nichts angehe, und sie wissen auch wenig“, sagt er. „Aber innerlich sind sie stärker beteiligt, als sie gewöhnlich glauben. Selbst hinter einer emotionslosen Fassade steckt oft viel Wut über die eigene Ohnmacht. Und da sind auch Enttäuschung und Trauer über den Verlust.“³¹

²⁸ Vgl. Women should be offered post-abortion psychological care, *The Lancet* Nr. 372/9639 (2008), S. 602. URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608612519/abstract>, Stand 2010.

²⁹ Vgl. J. Burger, Wir haben abgetrieben, *Die Zeit* 12.02.2009. URL: <http://www.zeit.de/2009/08/Abgetrieben-Paar-08?page=all>, Stand 2010.

³⁰ W. Neumann et al., *Den Mann zur Sprache bringen: Psychotherapie mit Männern*, 2. Aufl. Tübingen 2004.

³¹ C. Kaminski, Post-Abortion-Syndrom – Tabu unserer Zeit, *LebensForum* Nr. 88/4 (2008), S. 14f.

Im Interesse der von der Verlusterkrankung nach Abtreibung, dem Post Abortion Syndrom, betroffenen Frauen und Männer sowie ihrer geborenen Kinder sowie aus ethischen und auch aus sozioökonomischen Gesichtspunkten sind eine vertiefte interdisziplinäre wissenschaftliche Analyse sowie auf das PAS konkret ausgerichtete Therapien dringend geboten.

Literatur

- Burger, Jörg*, Wir haben abgetrieben, *Die Zeit* 12.02.2009. URL: <http://www.zeit.de/2009/08/Abgetrieben-Paar-08?page=all>, Stand 2010.
- Fergusson, David M./Horwood, L. John/Ridder, Elizabeth M.*, Abortion in young women and subsequent mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Nr. 47/1 (2006), S. 16–24.
- Gissler, Mika/Hemminki, Ellina/Lonnqvist, Jouko*, Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study. *British Medical Journal* Nr. 313 (1997), S. 1431–1434.
- Harder, Felix/Tschan, Werner*, Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis, *Erkennen-Verstehen-Behandeln* (Teil 1&2), *SchweizerMedForum* Nr. 4/15, 16 (2004), S. 392–397, S. 417–421.
- Kaminski, Claudia*, Post-Abortion-Syndrom – Tabu unserer Zeit, *LebensForum* Nr. 88/4 (2008), S. 14f.
- Kessler, Ronald D./Sonnega Amanda/Bronet Evelyn/Huges Michael/Nelson Christopher B.*, Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey; *Archives of General Psychiatry* Nr. 52/12 (1995). S. 1048–1060.
- Krippner, Klaus/Steiner, Beate*, *Psychotraumatherapie*, Stuttgart 2006.
- Lancet, The*, Women should be offered post-abortion psychological care, *The Lancet* Nr. 372/9639 (2008), S. 602. URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608612519/abstract>, Stand 2010.
- Leuner, Hanscarl*, *Katathymes Bilderleben*, 2. Aufl. Stuttgart 1981.
- Neumann, Wolfgang/Süfke, Björn*, *Den Mann zur Sprache bringen: Psychotherapie mit Männern*, 2. Aufl. Tübingen 2004.
- Ney, Philip/Scheils, Claudia/Gajowy, Marek*, Post abortion survivor syndrome (PASS): signs and symptoms, *Southern Medical Journal* Nr. 99/12 (2006), S. 1405–1406.
- Pedersen, Willy*, Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population based longitudinal study, *Addiction* Nr. 102/12 (2007), S. 1971–1978. URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/117967691/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>, Stand 2010.

- Pedersen, Willy*, Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women, *Scandinavian Journal of Public Health* Nr. 36/4 (2008), S. 424–428.
URL: <http://sjp.sagepub.com/cgi/content/abstract/36/4/424>, Stand 2010.
- Pokropp-Hippen, Angelika*, Das Post Abortion Syndrom, in: *Büchner, Bernward/Kaminski, Claudia* (Hg.), *Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995–2005)*, Bonn 2006; S. 29–62.
- Reardon, David C.*, *The Post Abortion Review* Nr. 2 (1994).
- Roth, Gerhard*, Interview mit Wilhelm Irsch, *Die Welt* 10.09.2005.
- Waldeyer, Anton*, *Anatomie des Menschen, Zweiter Teil*, 13. Auflage 1975.
- Yehuda, Rachel* (Hg.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder*, Washington DC 1999.

Rüdiger Retzlaff

Leben mit einem Kind mit Behinderung

I. Einführung

Die Mehrzahl von Kindern mit geistigen und körperlichen Behinderungen lebt in ihren Familien und ist auf lange Zeit auf die Fürsorge, Unterstützung und Liebe ihrer Eltern angewiesen. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, Antworten auf die Fragen zu geben:

- Welche Auswirkung hat die Behinderung eines Kindes auf die Psyche der Frau?
- Welche Auswirkung hat ein behindertes Familienmitglied für die Familie als Ganzes bzw. für einzelne Familienmitglieder, insbesondere die Väter?
- Welche Probleme gibt es, welche Überwindungen sind denkbar?
- Würden sich Menschen, die sich für ein Austragen des Kindes entschieden haben, heute aufgrund von Problemen anders entscheiden?
- Welche Hilfen brauchen Familien mit einem kranken Kind?

Generell ist festzustellen, dass die Eltern von Kindern mit Behinderungen Langzeitpflege leisten und über viele Jahre mit großen Herausforderungen konfrontiert sind. Bei der psychosozialen Betreuung von betroffenen Kindern und ihren Eltern ist deshalb eine Herangehensweise erforderlich, die familienorientiert, langzeitorientiert und resilienzorientiert ist.¹

¹ Die Kenntnisse des Autors in diesem Bereich werden geschöpft aus der Tätigkeit als Leiter der Ambulanz für Paar- und Familientherapie und der familienmedizinischen Sprechstunde an der Universitätsklinik Heidelberg, in der zu einem erheblichen Teil auch mit Familien gearbeitet wird, die körperlich kranke oder behinderte Angehörige haben. In den vergangenen Jahren wurden an unserem Institut mehrere Umfragen durchgeführt, um zu prüfen, welche Prozesse Familien helfen, mit behinderungsbedingten Belastungen umzugehen. Außerdem verfügt der Autor als Vater einer schwermehrfachbehinderten Tochter über ein ganz persönliches, wenn auch sicherlich subjektiv geprägtes Wissen zu diesem Fragenkomplex.

II. Formen von Behinderungen und Anforderungen die Eltern

Allgemein können körperliche, geistige und seelische Behinderung unterschieden werden. Daneben gibt es schwere chronische Krankheiten, die einer Behinderung gleichkommen. Etwa 1,5 bis 2% der Kinder und Jugendlichen sind schwer behindert, eine schwere geistige Behinderung besteht bei 0,5 bis 1%², meist in Verbindung mit einer körperlichen Behinderung.³ Von der Gesamtschülerschaft in Deutschland waren 0,9% geistig behindert,⁴ davon 1,5-mal mehr Jungen. Zu den körperlichen Behinderungen zählen unter anderem zerebrale Bewegungsstörungen, Querschnittlähmungen, Schädigungen des Skelettsystems und angeborene Fehlbildung von Gliedmaßen, chronische Erkrankungen, die z. B. mit erheblichen Bewegungseinschränkungen einhergehen, Behinderungen von Wahrnehmungsorganen, Fehlbildungen von Seh-, Hör- und inneren Organen sowie weitere Behinderungen, wie zum Beispiel hormonell bedingter Kleinwuchs. Geistige Behinderungen können sehr unterschiedliche Ursachen haben, beispielsweise genetische Faktoren, pränatale oder perinatale Schädigungen, exogene Faktoren (zum Beispiel Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft oder Umweltgifte), Folgen von chronischen Krankheiten, postnatale Faktoren und endogene Störungen. Eine eindeutige Diagnose ist nur in 25% der Fälle möglich.⁵ Schwere chronische Erkrankungen wie eine Mukoviszidose, die behindernden Charakter haben, treten im Kindes- und Jugendalter eher selten auf.⁶

In einer Studie, die in Zusammenarbeit mit der neuropädiatrischen Ambulanz der Universitätskinderklinik Heidelberg im Jahr 2005 mit einer anfallenden Stichprobe von 37 geistig behinderten Kindern durchgeführt wurde, lag gleichzeitig eine Fülle von sehr unterschiedlichen körperlichen Behinderungen vor – Chromosomenanomalien, Stoffwechselstörungen, Hirn-Fehl-anlagen, prä- und postnatale Hirnschäden oder Epilepsien. Diese sehr heterogenen Formen von Behinderungen sind eine methodische Herausforderung, wenn man die psychosozialen Auswirkungen auf Familien untersuchen will.

² Vgl. Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen. Schwerbehinderte Menschen Nr. 13/5.1, Wiesbaden 2009. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024337>, Stand 2010.

³ Vgl. G. C. Davison/J. M. Neale, Störungen im Kindesalter: Geistige Behinderung, in: M. Hautzinger (Hg.): Klinische Psychologie, Weinheim/Basel 2009, S. 554–580.

⁴ Vgl. Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz Dokumentation Nr. 185. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1997 bis 2006, Bonn 2008. URL: <http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2004/Dok185.pdf>, Stand 2010.

⁵ Vgl. G. C. Davison et al., Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch, Weinheim/Basel 2007.

⁶ Vgl. P. Kamtsirius/K. Atzpodiern/U. Ellert/R. Schlack/M. Schlaud, Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 50 (2007), S. 686–700.

Als Beispiel für eine komplexe Behinderung, die sowohl die geistigen als auch die körperlichen Funktionen betrifft, soll das Rett-Syndrom vorgestellt werden, da wir zwei Untersuchungen mit den Eltern von betroffenen Mädchen durchgeführt haben. Das Rett-Syndrom gehört zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Es kommt mit einer Häufigkeit von 1:10 000–1:25 000 vor. Die Ursache ist ein Gendefekt; seit zehn Jahren ist ein Nachweis der Genveränderung möglich. Vom Rett-Syndrom sind fast ausschließlich Mädchen betroffen. Beim klassischen Rett-Syndrom gibt es einen typischen Verlauf mit vier Phasen, eine Standardtherapie ist nicht verfügbar.⁷ Die Störung beginnt nach einer scheinbar anfänglich normalen Entwicklungsperiode mit Sprach- und Kommunikationsstörungen und psychomotorischen Koordinationsstörungen. Es kommt zu einer Abnahme des Kopfwachstums zwischen dem 5. Lebensmonat und dem 4. Lebensjahr sowie einem Verlust der erworbenen, zielgerichteten Handbewegungen zwischen dem 5. und 30. Lebensmonat. Die stets auftretende Kommunikationsstörung beeinträchtigt erheblich die soziale Interaktion. Es gibt motorische Störungen insbesondere bei der Koordination des Ganges und der Rumpfbewegungen, eine Störung der expressiven und rezeptiven Sprache (die Mädchen können nicht sprechen) sowie charakteristische stereotype Handbewegung. Unterstützende Kriterien sind Atemregulationsstörung, EG-Abnormitäten, Epilepsie, Hypotonie, Skoliose, hypotrophe kleine Füße, eine Wachstumsretardierung sowie Zähneknirschen.⁸ Es handelt sich also um ein komplexes Syndrom mit Beeinträchtigungen in vielen Funktionsbereichen.

Was wir unter eine Behinderung verstehen, ist immer auch ein Stück weit eine soziale Konstruktion. Jenseits von diagnosekritischen konstruktivistischen Überlegungen kann der Begriff „Behinderung“ als Ausdruck von Einschränkungen in der Freiheitsgrade der Lebensgestaltung verstanden werden. Maßstab für das Ausmaß einer Behinderung ist der benötigte Bedarf an Hilfen, um am sozialen Leben teilhaben zu können.⁹

Nach Rolland, einem der Pioniere der systemischen Familienmedizin, gibt es über verschiedene Behinderungsformen hinweg Faktoren, die bestimmen, welche psychosozialen Anforderungen an Familien mit einem bestimmten Beschwerdebild einhergehen.¹⁰ Zentrale Faktoren für den Anpassungsprozess sind der Schweregrad spezifischer behinderungsbedingter Einschränkungen, die Prognose der Krankheit, die Zeitphasen der Krankheitsentwicklung und

⁷ Vgl. B. Lindberg, Rett-Syndrom. Eine Übersicht über psychologische und pädagogische Erfahrungen, Wien 2000.

⁸ Vgl. B. Hagberg et al., An update on clinically applicable diagnostic criteria in Rett syndrome, *European Journal of Pediatric Neurology* Nr. 6 (2002), 293–297. URL: <http://rare-diseasesnetwork.epi.usf.edu/arpwsc/documents/rettdiagnosticcriteria.pdf>, Stand 2010.

⁹ Vgl. R. Luckasson et al., *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, D. C. 2002.

¹⁰ Vgl. J. S. Rolland, *Families, illness and disability – An integrative treatment model*, New York 1994.

Verlaufscharakteristika. Weitere Faktoren des Modells sind die Balance zwischen Stressoren und Ressourcen der Familie, die Phase im Lebenszyklus, generationsübergreifende familiäre Vorerfahrungen mit Krankheiten und Behinderungen und die Qualität der Familienfunktionen, insbesondere Kohäsion, Flexibilität, Kommunikation und der emotionale Austausch.

Die Aufgaben in der akuten, der mittleren und der terminalen Anpassungsphase unterscheiden sich. In der akuten Anpassungsphase trifft die Feststellung einer Behinderung die Eltern meist unvorbereitet und wird als Schock erlebt.¹¹ Die typische Reaktion ist eine akute Krise mit Gefühlen von Trauer, Wut, Ängsten und Depressionen, Schuldgefühlen und einer hektische Suche nach Lösungen oder ein Gefühl der Lähmung. Ein Beispiel aus einer Befragung von Familien mit Kindern mit Rett-Syndrom.¹²

Frau A: „Es war ein totaler Schock erstmal, natürlich. Mir gings schon vorher net so gut, weil ich gemerkt hab: Mit dem Kind stimmt irgendwas nicht, und da ham, da ham mich die meisten nicht ernst genommen und gsagt, aber des is nur verzögert. Aber ich hab gedacht, da stimmt was nicht. Und dann ja, ja, war es fast eine Erleichterung, als ich wusste, dass ich recht hatte, dass diese Ungewissheit aufgehört hatte.“

In der akuten Anpassungsphase nach Diagnose einer Behinderung stellen sich Eltern eine Reihe von Aufgaben:

- die Anzeichen für das Vorliegen einer Behinderung richtig deuten
- sich auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen einstellen
- sich in der Krisensituation neu organisieren
- den Handlungsdruck aushalten
- therapeutische Möglichkeiten erschließen
- ein hohes Ausmaß an Ungewissheit ertragen
- den Verlust der gewohnten Lebensweise als Familie betrauern
- bleibende Veränderungen akzeptieren,
- sich auf weitere bevorstehende Härten einrichten
- mit der Behinderung leben lernen
- antizipatorische Trauer leisten
- mit einer ungewissen Zukunftsperspektive umgehen

¹¹ Vgl. G. Schatz, Wie verändern sich Beziehungen zur Umwelt durch die Existenz eines geistig behinderten Kindes?, Geistige Behinderung Nr. 4 (1987), S. 237–246.

¹² Vgl. R. Retzlaff, Resilienz und Kohärenz in Familien von Kindern mit geistiger Behinderung, Unveröffentlichte Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, 2006.

Die Diagnoseverarbeitung und die Neufindung der Elternrolle erfordern Zeit. Nach der Geburt bauen Kind und Eltern eine Bindungsbeziehung auf. Die Entwicklung einer responsiven Eltern-Kind-Beziehung kann erheblich erschwert sein, zum Beispiel durch abwehrende Reaktionen auf körperlichen Kontakt, eine Neigung zur Über- oder Unteraktivierung oder anhaltende Schreiatacken. Manche Kinder sind wenig ansprechbar auf soziale Stimulation und Kontakt und reagieren kaum oder nur sehr schwach auf Lächeln und Blickkontakt. Ein instabiler Gesundheitszustand des Kindes, mit lebensbedrohlichen Krisen und langen Krankenhausaufenthalten, erschwert die Entwicklung einer guten, tragfähigen Bindungsbeziehung erheblich. Ein durch craniofasziale Dysplasien entstelltes Erscheinungsbild kann auch dazu führen, dass die Vokalisierung und der frühe Sprechkontakt zu den Eltern beeinträchtigt sind.

Das Bild von Kindern mit Behinderungen, das in der Öffentlichkeit vorherrscht, wird eher von „leichteren“ Behinderungen geprägt – Kinder mit Down-Syndrom oder rollstuhlfahrende Kinder. Ihre Situation ist sicherlich schwer genug, man sollte sich allerdings vergegenwärtigen, dass es daneben Kinder mit wesentlich gravierenderen Einschränkungen gibt. Eine ärztliche Kollegin formulierte einmal: „Es gibt Kinder, die sehen aus wie von einem anderen Stern“, was Eltern nach der Geburt in einer ganz anderen Weise fordert als eine weniger offensichtliche Behinderung. Außenstehende können sich kaum eine Vorstellung von der Intensität und der Dauer der anhaltenden Belastungen machen, denen viele Eltern ausgesetzt sind, zum Beispiel wenn ein Kind mit einer Hirnfehlbildung und epileptischen Anfällen trotz offenkundig optimaler kinderneurologischer Versorgung über Tage und Nächte hinweg unaufhörlich schreit.

Für die Eltern ist die akute Anpassungsphase zum Teil eine traumatisierende Erfahrung. Sie leben in einem dauernden Ausnahmezustand, in dem sich alles um die Krankheit und die Behinderung des Kindes dreht.

Nach einiger Zeit, manchmal erst nach zwei oder drei Jahren, manchmal erst mit Beginn der Schulzeit, ist die mittlere Anpassungsphase erreicht. Zu diesem Zeitpunkt hat die Familie meist diagnostische Klarheit erhalten, was mit ihrem Kind los ist. Der unmittelbare Handlungsdruck hat etwas nachgelassen, und meist ist ein Netz von medizinischen Ansprechpartnern und Therapeuten verfügbar. In dieser Phase geht es stärker um die Dauerbelastung durch die Pflege, den Umgang mit der anhaltenden körperlichen und emotionalen Erschöpfung und möglichen ambivalenten Gefühlen gegenüber dem Kind und der Lebenssituation. Die Chronizität der Pflege- und Betreuungssituation wird mehr und mehr deutlich. Die Eltern müssen erhebliche finanzielle Bürden tragen, mit der Erwartung künftiger Belastungs- und Stresssituation umgehen und Zukunftsängste aushalten. Durch den intensiven Kontakt zu Institutionen und Helfern gibt es einen Verlust der Privat-

sphäre und der spontanen Lebensgestaltung. Das Leben als Paar hat sich verändert, und es gibt ständige Auseinandersetzungen mit Behörden, Schulen und der Kranken- und Pflegeversicherung.

Zum Belastungserleben von Familien mit Kindern, die von Behinderungen betroffen sind, gibt es zahlreiche Studien. Allerdings sind einige methodische Einschränkungen zu beachten – die meisten Behinderungen kommen verhältnismäßig selten vor. Damit sind die Fallzahlen niedrig, die in Untersuchungen von spezifischen Behinderungen erfasst werden können. Eine Generalisierung von einer Behinderungsform auf eine andere ist nicht ohne weiteres möglich. Wegen möglicher Selektionseffekte ist die Repräsentativität von Studien oft nicht gewährleistet. An Befragungen nehmen überwiegend Mittelschicht-Familien teil, Familien mit einem Migrationshintergrund und aus niedrigen Bildungsschichten sind unterrepräsentiert. Häufig fehlen Fremdbeurteilungsmaße, mit denen beispielsweise die Gesundheitsbelastung von Pflegepersonen objektiviert werden könnte. Es mangelt an prospektiven Längsschnittstudien; qualitative Studien werden nur selten durchgeführt.

Insgesamt ist das Ausmaß an Stress und Depression über längere Phasen im Lebenszyklus erhöht.¹³ Hierzu die Stimme von Eltern:

Frau B.: „Also die großen Anfälle haben wir jetzt unter Kontrolle, also da isch se anfallsfrei. Da isch's jetzt besser geworden. Sie hat jetzt andere Anfälle seit ein, zwei Jahren. Wobei die, sag' ich mal, net so gravierend sind. Ein anderes Problem bei der Claire is (...), was mich sehr belastet hat, ist das mit ihrer Trinker- und Esserei. Also, des waren furchtbare Probleme teilweise. Ich bin fast verzweifelt, grad mit dem Trinken. Sie kann, sie konnt' nie richtig aus dem Glas trinken, sie kann nur so (...) aus, aus dem Sauger trinken, so'n Babysauger. Und des hat se irgendwann au nimmer richtig gemacht. Kauen kann se au net richtig, nur so mit der Zunge zerdrücken am Gaumen. Und dann hab' ich so Übungen g'macht, dann bin ich ewig weit g'fahren immer, um se zur Therapie, so ne Mund- und Essstherapie zu machen. Dann hab' ich des natürlich noch gemacht. Gut, zur Krankengymnastik bin ich ja au noch g'fahra, zum Reiten, zum Schwimmen, die Übungen. Des, wobei, es hat irgendwie alles net geholfen. Dann isch's mal wieder besser gewesen mit dem Trinken und grad is es ganz schlecht wieder. Sie kriegt zwar irgendwie die Flüssigkeit rein, sie kann aber gar nimmer richtig saugen, nichts mehr. Sie kaut nur noch drauf rum, beißt einen Sauger nach dem anderen nur noch kaputt. Ja, essen tut se gut inzwischen, da hab'n wir eigentlich keine Probleme mehr.“

Innerhalb der Familien sind insbesondere Mütter der höchsten Stressbelastung ausgesetzt.¹⁴ Sie geben vermehrt gesundheitliche Probleme an, haben

¹³ Vgl. R. Retzlaff, Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und systemische Therapie. Stuttgart 2010.

¹⁴ Vgl. L. D. Ray, Parenting and childhood chronicity: Making visible the invisible work, Journal of Pediatric Nursing Nr. 77 (2002), S. 711–716.

generell etwas höhere Depressionswerte als Väter und sind häufiger in der Öffentlichkeit sozialen Vorurteilen ausgesetzt. Die Verarbeitungsprozesse sind zum Teil genderspezifisch. Väter reagieren auf die Diagnosemitteilung einer Behinderung weniger emotional und setzen eher kognitive Bewältigungsstrategien ein, zum Beispiel die Suche nach Informationen im Internet. Besonders bei einem hohen Belastungsgrad besteht das Risiko einer Beeinträchtigung der Partnerschaftsqualität. Eine Intensivierung der Partnerschaft geht mit einer geringeren subjektiven Stressbelastung einher – ein wichtiger Ansatzpunkt für eine therapeutische Beratung. Für Frauen ist eine Berufstätigkeit – meist in Teilzeit – eine Möglichkeit, eigene Interessen zu verwirklichen, mit positiver Auswirkung auf den Umgang mit der Dauerpflegesituation.

Alleinerziehende Eltern können mit den behinderungsbedingten Belastungen gut zurechtkommen, ihr Stresspegel ist jedoch tendenziell höher, vor allem dann, wenn sie weitere Kinder haben. Insgesamt ist ihre Lebenssituation durch geringere soziale Entlastungsmöglichkeiten und knappe finanzielle Ressourcen gekennzeichnet, und es besteht die Gefahr der sozialen Isolation.

Frau C.: „Und des hab’ ich dann früher so gehasst: Allein spazieren laufen am Sonntag. Da kommen dir die Familien entgegen in Anführungsstrichen, und du musch allein spazieren führen und dann noch ein behindertes Kind, gell. Ja, da haben se einen manchmal schon blöd angeguckt, ja. Des war, find ich jetzt, des isch schön, dass man nicht mehr allein isch, ja, dass man die Probleme jetzt zu zweit versucht, zu meistern, so Sachen.“

Nach einer Metaanalyse von Risdal und Singer, die einen Zeitraum von über dreißig Jahren erfasst, ist die Scheidungsrate in Familien von Kinder mit Behinderungen nur 5,9% höher als in der Vergleichsgruppe von Familien mit nichtbehinderten Kindern, die Ehezufriedenheit war geringfügig niedriger.¹⁵ Die Scheidungsrate von Eltern mit Kindern mit Down-Syndrom war in einer Untersuchung von Hornby (1995) nicht erhöht.¹⁶ In einer Untersuchung von Taanila et al. blieben 82% der leiblichen Eltern nach Geburt eines Kindes mit Behinderung zusammen. Wenn es zu Trennung kam, erfolgte diese überwiegend im ersten Lebensjahr des Kindes mit Behinderung.¹⁷

¹⁵ Vgl. D. Risdal, G. H. S. Singer, Marital adjustment in parents of children with disabilities: A historical review and meta-analysis, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* Nr. 29/2 (2004), S. 95–103.

¹⁶ Vgl. G. Hornby, Fathers’ views of the effects on their families of children with Down syndrome, *Journal of Child and Family Studies* Nr. 4 (1995), S. 103–117.

¹⁷ Vgl. A. Taanila, Anja et al., The long-term effect of children’s early-onset disability on marital relationships, *Developmental Medicine and Child Neurology* Nr. 38/7 (1996), S. 567–577.

Das Belastungserleben betroffener Kinder lässt sich insbesondere bei einer geistigen Behinderung nur indirekt erschließen. Allerdings können wir davon ausgehen, dass auch Menschen mit Behinderung, die sich nicht sprachlich artikulieren können, den Wunsch nach Anregung und Beschäftigung, nach Nähe, Wärme und Geborgenheit, nach Selbstständigkeit und der Entfaltung ihrer Sexualität haben. Viele Kinder mit Behinderung leiden darunter, dass sie bei ihrer Lebensgestaltung Einschränkungen unterworfen und permanent von anderen Menschen abhängig sind. Einsamkeit ist ein großes Problem. Ablehnende Reaktionen der sozialen Umwelt werden durchaus wahrgenommen. Sekundäre psychische Störungen, Depressionen und Verhaltensstörungen treten gehäuft auf.

Viele Eltern sorgen sich, dass die Geschwister ihres behinderten Kindes zu kurz kommen können. In der Literatur werden Ärger- und Schuldgefühle von Geschwistern behinderter Kinder berichtet, und tatsächlich passiert es allzu leicht, dass die Entwicklungsbedürfnisse von Geschwistern übergangen werden. In einer Metaanalyse von Sharpe und Rossiter lagen bei Geschwistern Ängste und depressive Symptome etwas häufiger vor als in der Vergleichsgruppe.¹⁸ Allerdings gibt es auch positive Entwicklungsaspekte – intensives soziales Lernen, die Bereitschaft, soziale Verantwortung zu übernehmen, und ein gestärktes Selbstwertgefühl.¹⁹ Primär hängt die Güte der Anpassung an die Situation davon ab, wie gut die Eltern zu-rechtkommen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Familien mit Behinderungen einige typische Muster entstehen können:

- Die Behinderung beherrscht das Familienleben, und andere Interessen der Familie werden tendenziell vernachlässigt.
- In der Familie entsteht eine Koalition zwischen dem behinderten Kind und einem Elternteil.
- Die Bewältigungsmuster der Familien werden oft rigide; die Familie fürchtet, Veränderungen könnten den errungenen Status quo negativ beeinflussen.
- Viele betroffene Familien neigen dazu, sich bei der Bewältigung der mit der Behinderung verbundenen Aufgaben zu isolieren.²⁰

¹⁸ Vgl. D. Sharpe/L. Rossiter, Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis, *Journal of Pediatric Psychology* Nr. 27 (2002), S. 699–710.

¹⁹ Vgl. L. L. Dyson, Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning, *American Journal of Mental Retardation* Nr. 95 (1991), S. 623–629.

²⁰ Vgl. S. H. McDaniel et al., *Family-oriented primary care*, New York 2004.

II. Resilienz und Kohärenz in Familien von Kindern mit Behinderung

In der wissenschaftlichen Literatur wird die Behinderung eines Kindes auf das Leben der Angehörigen als Stressor ausgeführt, als kritisches Lebensereignis oder als burden konzeptualisiert. Viele Studien bestätigen den hohen Belastungsgrad der Angehörigen,²¹ aber auch bei schwerer Behinderung eines Kindes entstehen keineswegs in allen Familien Stress-Symptome oder dysfunktionale Beziehungsmuster. Die erlebte Stressbelastung, die Qualität der Bewältigung und die Langzeitanpassung hängen nicht ausschließlich von objektiven Faktoren wie dem Grad der Beeinträchtigung ab. Stresseffekte haben Auswirkungen auf Familien mit behinderten Angehörigen, und in Folge können in den Familien dysfunktionale Beziehungsmuster entstehen. Aus diesen Überlegungen ergibt sich die wissenschaftliche Fragestellung: Was hilft Familien, gut mit der Behinderung eines Kindes zurechtzukommen? Wie gelingt es manchen Familien, „trotz alledem“ ein gutes Leben zu führen? Welche Familienfunktionen tragen dazu bei, und welche Haltungen, Rollenverteilungen und Weltansichten helfen ihnen?

Neben Stresseffekten, die auf eine Familie als Ganzes wirken, gibt es auch Familienprozesse, die zu Resilienz führen. Unter Resilienz wird die Fähigkeit verstanden, angesichts belastender Lebensherausforderungen zu bestehen und sich weiterzuentwickeln.²² Aus systemischer Perspektive sind bestimmte Familienprozesse und insbesondere gemeinsam geteilte Überzeugungen oder „familiäre Glaubenssysteme“ von entscheidender Bedeutung für den Umgang mit Krankheit und Behinderung. Im Familienanpassungsmodell an Stress²³ reagieren Familien auf Belastungen und Krisen durch eine Aktivierung von Ressourcen. Für den Anpassungsprozess und das Ausbalancieren von Stressoren und Ressourcen sind insbesondere Bedeutungsgebungsprozesse maßgeblich. Zur Resilienz einer Familie gegenüber Belastungsfaktoren, wie beispielsweise einer schweren Behinderung, tragen insbesondere Familienfunktionen bei – Kohäsion, Flexibilität, offene Kommunikation, affektiver Austausch, eine gute Rollenaufteilung, Engagement für die Partnerschaft, eine hohe Zufriedenheit mit der Ehe sowie Werte und Glaubenssysteme.²⁴ Zu den effektiven Bewältigungsmustern von

²¹ Vgl. K. Sarimski, Belastung von Müttern von Kindern mit genetisch bedingter Behinderung, Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie Nr. 46 (1998), S. 233–244.

²² Vgl. F. Walsh, Strengthening family resilience, New York 1998.

²³ Vgl. H. I. McCubbin/J. M. Patterson, The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation, in: H. I. McCubbin et al. (Hg), Advances in family stress theory and research, New York 1983, S. 7–37.

²⁴ Vgl. J. M. Patterson, Understanding family resilience, Journal of Clinical Psychology Nr. 58 (2002), 233–246.

Familien mit behinderten Kindern zählen nach einer Untersuchung von Beavers²⁵

- klare Einordnung und Verständnis der Behinderung
- strukturelle Anpassung der Familie an die Lage
- hohes Maß an Außen-Aktivität und Binnen-Interaktion
- Problemlöseorientierung
- Selbstreflektion und Selbstbewusstsein
- bewusste Balance der Bedürfnisse aller Familienangehörigen
- emotionale Expressivität
- Reframing der Rolle des behinderten Kindes

III. Salutogenese und Kohärenz

Ein besonderes Glaubenssystem, das den Umgang mit schwierigen Lebensumständen begünstigt, führt zu einem hohen Kohärenzgefühl.²⁶ Es umfasst das Vertrauen, dass Dinge, die geschehen, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), die Überzeugung, dass die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden und handeln zu können (Handhabbarkeit), und das Vertrauen, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen (Sinnhaftigkeit).

Zur Überprüfung, welche Faktoren zur Resilienz von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit schweren, körperlichen und geistigen mehrfachen Behinderungen beitragen, wurde eine Reihe eigener Befragungen durchgeführt. Insbesondere sollte geprüft werden, wie sich der Schweregrad einer Behinderung, der Stressbelastung und die Verfügbarkeit von familiären Ressourcen, Bewältigungsstrategien, der Qualität der Familienfunktionen und Familien-Kohärenzsinn auswirken. Außerdem sollte untersucht werden, welche Bewältigungsmuster in Familien mit hoch oder niedrig ausgeprägter Familien-Kohärenz²⁷ dazu beitragen, um Hinweise für mögliche therapeutische Zugangsweisen zu erhalten. Insgesamt wurden drei Stichproben erhoben. Mit einer kleineren Unterstichprobe wurde eine ergänzen-

²⁵ Vgl. Patterson, Joan M., Family resilience to the challenge of a child's disability, *Pediatric Annals* 20/9 (1991), S. 491–499 (492).

²⁶ Vgl. A. Antonovsky, *Stress, health, and coping*, San Francisco 1979.

²⁷ Vgl. A. Antonovsky/T. Sourani, Family sense of coherence and family adaptation, *Journal of Marriage and the Family* Nr. 50 (1988), S. 79–92.

de Interviewstudie durchgeführt. Befragt wurden überwiegend Familien mit zwei Elternteilen, die Kinder im schulpflichtigen Alter hatten.

Die erste Gruppe bestand aus 37 Kindern, die von ihren Eltern innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten in der neuropädiatrischen Ambulanz der Universitätskinderklinik vorgestellt wurden und bei denen die Diagnose einer geistigen Behinderung nach ICD-10 vorlag.²⁸ Die Mehrzahl dieser Kinder war zwischen sechs und zwölf Jahren alt, mit einem Altersdurchschnitt von 9,5 Jahren. Neben der geistigen Behinderung litten sie an weiteren, sehr unterschiedlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen in den Bereichen Kognition, Wahrnehmung, Motorik und zum Teil an Verhaltensstörungen.

Eine zweite Untersuchungsgruppe bestand aus Familien von Kindern mit Rett-Syndrom aus zwei Regionalgruppen der Elternhilfe-Rettsyndrom e. V.²⁹ Auch bei diesen Kindern lag sowohl eine körperlich als auch eine geistige Behinderung vor. Mit einem Teil der Eltern wurden ergänzend Interviews durchgeführt.

In beiden Stichproben wirkte sich die Schwere der Behinderung auf das Stresserleben aus, wurde aber durch die Familienfunktionen und das Familienkohärenzgefühl moderiert. Ausschlaggebend für den Copingprozess der Eltern waren in beiden Stichproben die Wahrnehmung und Nutzung von Unterstützung, Familienbeziehungen, die Kohäsion der Familie insgesamt und die partnerschaftliche Beziehung, unabhängig von einer bestimmten Diagnosekategorie.

Familien mit einem hohen Kohärenzgefühl zeichneten sich in beiden Stichproben durch gute Familienprozesse aus. In beiden Gruppen waren die Aufgabenerfüllung und die Kommunikation von hoher Bedeutung, in der Rett-Stichprobe auch die Qualität der Ehe, die Inanspruchnahme von Pflegeunterstützung und sozialer Unterstützung. In Familien mit hohem Familien-Kohärenzgefühl war die wahrgenommene Stressbelastung gering. In beiden Gruppen gab es bei niedrigem Familien-Kohärenzgefühl eine tendenzielle Schwäche der Familienprozesse und der Ehebeziehung. Möglichkeiten der Unterstützung und Entlastung wurden weniger in Anspruch genommen, die Stressbelastung wurde am stärksten eingeschätzt.

In Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Heidelberg wurde eine weitere Untersuchung durchgeführt mit dem Ziel, Zusammenhänge zwischen Familien-Kohärenzsinn, Familienfunktionen, subjektiver Stressbelastung, Bewältigungsverhalten und den Kompetenzen der Kinder mit geisti-

²⁸ Vgl. R. Retzlaff, Resilienz und Kohärenz in Familien von Kindern mit geistiger Behinderung, Unveröffentlichte Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, 2006; R. Retzlaff et al. Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Nr. 55 (2006), S. 36–52.

²⁹ Vgl. B. Müller et al., Kohärenz und Ressourcen in Familien von Kindern mit Rett-Syndrom, Frühförderung interdisziplinär Nr. 26 (2007), S. 3–14.

ger Behinderung zu überprüfen.³⁰ An der Studie nahmen Mütter und Väter von 327 Kindern teil, die in neun verschiedenen deutschen Bundesländern Förderschulen für geistig Behinderte besuchten. Eine niedrigere familiäre Stressbelastung ging einher mit einem höheren Familien-Kohärenzgefühl, Stärken in den Familienfunktionen, größerer Selbstbeachtung/Selbstverwirklichung, geringerer Inanspruchnahme sozialer Unterstützung – bzw. einer stärkeren Nutzung des eigenen Selbsthilfepotentials – und einer geringeren Fokussierung auf das behinderte Kind. Das Familien-Kohärenzgefühl war wichtigster Prädiktor der Stressbelastung.

Mit einem Teil der Familien von Kindern mit Rett-Syndrom wurden als Ergänzung der Fragebogen-Untersuchung Interviews durchgeführt, um mit einer qualitativen Auswertungsmethodik zu erfassen, wie sich Resilienzprozesse im Erleben der Familien darstellen.³¹ Es zeigten sich zwei unterschiedliche Typen von Narrativen: Typ I – die Geschichte der wiedergefundenen Balance handelt davon, wie in ein gutes Familienleben die Nachricht von unsicheren, beunruhigenden Befunden der Tochter hereinbricht. Nach einer Odyssee zu verschiedenen Experten finden Familien ihre Handlungshoheit wieder und machen sich bewusst nicht abhängig von Experten. Sie erhalten Rückhalt von freundlichen Helfern, Freunden und Angehörigen. Die Diagnosemitteilung löst eine emotionale Krise aus, die durchschritten wird, mit einer darauf folgenden bewussten Annahme der Behinderung. In der eigenen Biografie sind spezifische Ressourcen angelegt, die als hilfreich wahrgenommen werden. Sehr früh wird in diesem Geschichtentypus von charmannten, liebenswerten Seiten der Tochter und von positiven Sinngebungen erzählt: Die Familie wandelt sich und lernt neue Werte kennen. Das Leben mit der Behinderung wird als etwas Normales angesehen. Am Horizont zeichnen sich neue Schwierigkeiten ab, die aber irgendwie auch zu meistern sein werden.

Im Typ II, der Geschichte des langen Weges bergauf, gibt es bereits in der Vorgeschichte der Familie Bedingungen, die später den Umgang mit der Behinderung erschwerten. Die Behinderung der Tochter wird als Schock erlebt, die eine emotionale Krise auslöst, von der sich die Familie nur sehr langsam erholt; ein eigentlicher Wendepunkt fehlt. Auf eine verunsichernde Zeit der Suche nach der Diagnosestellung folgen weitere Belastungen und Widrigkeiten. Die Herkunftsfamilie reagiert nicht positiv, das soziale Umfeld sogar ablehnend. Das Helfersystem wird nicht als verstehbare, kontrollierbare Größe wahrgenommen, sondern fordert von der Familie zusätzlich Kraft und vergebliche Bemühungen. Eine allmähliche Akzeptanz der Situation

³⁰ Vgl. *D. Doege et al.*, Resilienz, Kohärenz und Stresserleben von Familien von Kindern mit geistiger Behinderung, noch nicht erschienen.

³¹ Vgl. *R. Retzlaff*, Families of children with Rett-Syndrome: Stories of coherence and resilience, Families, Systems, and Health Nr. 25 (2007), S. 246–262.

entsteht erst durch einen jahrelangen, mühsamen Prozess. In Bezug auf die Zukunft dominiert die Sorge, ob künftige Anforderungen überhaupt zu meistern sein werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Familien von Kindern mit Behinderungen sind belastet, insbesondere bei einer guten Ressourcenausstattung, starken Familienfunktionen und einem hohen Familien-Kohärenzsinn gelingt es aber auch, eine gute Balance zu finden. Das Leben mit einem behinderten Kind kann durchaus erfüllend sein, und viele Betroffene berichten von sehr positiven Erfahrungen mit engagierten Fachleuten und Lehrern und sind dankbar für die vielfältige Unterstützung von Freunden und Angehörigen. Das Konzept der Resilienz sollte allerdings nicht idealisiert werden. Eine norwegische Wissenschaftlerin, selbst Mutter eines behinderten Kindes, bemerkte kritisch:

„Der Wunsch, erfolgreich zu sein, hat im Zeitalter der Gentechnik eine neue Aktualität gewonnen. Unter dem Druck einer sich stetig beschleunigenden Entwicklung innerhalb der Biotechnologie, durch welche die Güteinteilung und Verleihung von Prüfsiegeln für Föten ständig verfeinert wird, ist es für Behinderte und ihre Familien doppelt wichtig, dass ihr Leben in jeder Hinsicht neue, positive Dimensionen gewonnen hat, was bedeutet, dass die unvermeidliche Plackerei und Erschöpfung, die Behinderungen mit sich bringen, legitimiert und zu positiven Tugenden aufgewertet werden.“³²

IV. Leben mit Behinderung – Anspruch und Wirklichkeit

Die Teilhabe von Menschen mit ausgeprägter Behinderung am sozialen Leben ist nur mit Unterstützung möglich. Alle politischen Parteien sprechen sich für die Verwirklichung der Rechte von Behinderten aus. Doch in Deutschland ist der Umgang mit Menschen mit Behinderungen – insbesondere im internationalen Vergleich – von mangelnder Rücksichtnahme geprägt, was sich auf individueller Ebene, im Gesundheitswesen, im Schulsystem und der Politik zeigen lässt. Dazu einige Belege:

– Mobilität

Parken auf Parkplätzen für Behinderte wird in Deutschland als Bagatelle abgetan – in krassem Unterschied zu anderen europäischen Staaten und den USA, in denen der Staat durch deutlich höhere Bußgelder dafür sorgt, dass die Mobilität von Menschen mit Behinderung gewährleistet wird. In Deutschland werden entsprechende an-

³² B. Saetersdahl, Forbidden suffering: The Pollyanna syndrome of the disabled and their families, Family Process Nr. 36 (1997), S. 431–435 (Übersetzung R. Retzlaff).

gemessene Regelungen von Verkehrspolitikern abgelehnt. – Die Homepage der Deutschen Bahn bietet keine Möglichkeit, Behindertenplätze für Züge zu reservieren – ein Verstoß gegen die gesetzlich garantierte Barrierefreiheit. Es gibt sogar Züge und Bahnhöfe komplett ohne WC, auf die manche Menschen mit Behinderungen zwingend angewiesen sind.

– Schulsystem

Deutschland hat im Vergleich zu anderen OECD-Ländern eine sehr niedrige Integrationsrate von Schülern mit Behinderung. Die Betreuung der am schwersten behinderten Schüler ist besonders unbefriedigend.³³ In Baden-Württemberg gibt es massive Einschränkungen durch den Wegfall der individuellen Förderung, zum Beispiel mit Ergotherapie und Physiotherapie. Viel zu häufig sind Lehrerstellen an den Sonderschulen nicht besetzt, die Klassengröße ist von 4–5 auf 8 Schüler gestiegen. Beim Lehrpersonal gibt es einen hohen Krankenstand mit entsprechend hohem Unterrichtsausfall. Der finanzielle Aufwand für Behindertenschulen ist deutlich höher als für Regelschulen. Allerdings droht eine zunehmende finanzielle Austrocknung von Sonderschulen, denn trotz der deutlich steigenden Schülerzahlen wird deren Etat nicht entsprechend erhöht. Technische Unterrichtsmittel müssen häufig von Eltern selbst angeschafft werden. Bei der Einführung von modernen Unterrichtstechniken und der Ausbildung von Lehrern ist Deutschland hinter anderen Ländern wie Australien oder den USA weit abgeschlagen. In etlichen Bundesländern fällt die notwendige Förderung mit Physiotherapie usw. während der dreimonatigen Schulferien aus – also 25% – des Jahres. Schulschwimmbäder werden aus Kostengründen nicht hinreichend beheizt, für Kinder z.B. mit Spastiken eine Qual. Die Regelungen von Schulzeiten, Brückentagen etc. sind für berufstätige Mütter oft ungünstig. Und welche Signalwirkung hat es, wenn die Sonderschulen in Baden-Württemberg nicht zum Landesschultag eingeladen werden?

– Gesundheitsversorgung

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind überdurchschnittlich häufig von zusätzlichen körperlichen und psychischen Störungen betroffen, doch ihre medizinische Versorgung ist unzulänglich. Insbesondere ist die psychosoziale Betreuung von Kindern mit Behinderungen ab dem Schulalter problematisch. Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind überwiegend von Sozialhilfe

³³ Vgl. T. Klauf et al., Forschungsergebnisse zur Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung (BiSB), Geistige Behinderung Nr. 38 (2004), S. 108–128.

abhängig, doch die Leistungen der Sozialhilfe wurden massiv eingeschränkt. Insbesondere Einmalbeihilfen für besonderen Versorgungsbedarf wurden praktisch vollständig beseitigt. Dies steht im Gegensatz zu § 10 Sozialgesetzbuch I, dass Hilfen dazu dienen sollen, Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Viele notwendige Gesundheitsleistungen für Behinderte im Erwachsenenalter werden nicht von der GKV übernommen, sondern fallen unter die Sozialhilfe, zum Beispiel therapeutische Wohnformen. Im Erwachsenenalter fehlen fast überall spezialisierte Angebote für Menschen mit Behinderungen. In den Niederlanden ist der Facharzt für geistig Behinderte Realität – an wen wenden sich erwachsene geistig Behinderte mit ihren besonderen gesundheitlichen Problemen in Deutschland, zum Beispiel wenn sie zum Zahnarzt müssen oder zum Augenarzt? Die Einrichtungen der Behindertenhilfe bieten kaum Gesundheitsdienste. Das medizinische Regelversorgungssystem ist nicht in der Lage, Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zu bieten.³⁴ Die derzeitigen Vorgaben bei der Pflegestufeneingruppierung gelten als wirklichkeitsfern, weil der Betreuungsbedarf von gesunden Kindern als Vergleichsmaßstab unrealistisch hoch angesetzt wird. Der tatsächliche zeitliche Mehraufwand, der bei pflegebedürftigen Kinder anfällt, wird damit systematisch unterschätzt.

– Finanzielle Situation

Der steuerliche Behindertenfreibetrag wurde seit 1973 – über 36 Jahre – nicht erhöht und ist kaufkraftbereinigt auf ca. 30% seines ursprünglichen Wertes geschrumpft. Unverzichtbare Umbauten, zum Beispiel um eine Wohnung rollstuhlgerecht zu machen, müssen vollständig von Familien getragen und können steuerlich nicht oder nur nach langwierigen Prozessen als behinderungsbedingte außergewöhnliche Ausgaben geltend gemacht werden. Begründet wird dies mit der realitätsfernen „Mehrwert-Theorie“ der Finanzgerichte, wonach behindertengerechte Umbauten angeblich zu einem fernen Punkt in der Zukunft zu einer Wertsteigerung der Wohnung führten, was sachlich falsch ist und in der Gegenwart nicht hilft, die hohen Kosten zu tragen. Eine wirksame Förderung des Baus von behindertengerechtem Wohnraum fehlt weitestgehend. Viele Fördermaßnahmen wie zum Beispiel notwendige Umzüge in eine behindertengerechte Wohnung sind nur dann förderungsfähig, wenn der Behinderte arbeiten geht –

³⁴ Vgl. J. D. Hoppe, Perspektiven der medizinischen Versorgung geistig und mehrfach behinderter Menschen, Lebenshilfe-Zeitung Nr. 1 (2009).

Schwerstbehinderte, die nicht arbeiten können, werden damit benachteiligt. Familien mit behinderten Kindern haben deutlich höhere Kosten und benötigen mehr finanzielle Mittel. Doch wenn sie diese erwirtschaften, steigt die zumutbare Belastung, und sie müssen einen höheren Anteil der außergewöhnlichen Belastungen selbst tragen. Auch bei der Erbschaftssteuerreform wurden die Belange von Familien mit behinderten Angehörigen, bei denen ein erhöhter Wohnraumbedarf besteht, übergangen. Eine deutliche Verbesserung hat die Einführung des Pflegegeldes mit sich gebracht, allerdings muss beachtet werden, dass in der Stufe III das Pflegegeld für lediglich 30 Einsatzstunden einer Fachkraft im Monat reichen – bei einer täglichen Pflegezeit von 24 Stunden nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Die Inanspruchnahme des gesetzlichen Pflegeurlaubs ist besonders in kleineren Betrieben in der aktuellen wirtschaftlichen Lage kaum möglich.

Familien wird es in unserem Land also nicht leicht gemacht, mit einem behinderten Kind zu leben.

V. Welche Hilfen brauchen Familien mit einem behinderten Kind?

Mögliche Ansatzpunkte für positive Veränderungen wären:

- früh einsetzende, gut erreichbare, kompetente und engagierte Beratung durch Ärzte, Therapeuten, besonders zum Zeitpunkt der Diagnosestellung
- Konkrete Hilfen bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
- eine kompetente, gut geschulte und geförderte Betreuung betroffener Kinder in Kindergärten, Schulen und Therapieeinrichtungen
- Abbau von bürokratischen Barrieren
- ein behindertenfreundliches vorurteilsfreies Gemeinwesen
- Freunde und Angehörige, die als Ansprechpartner zur Verfügung stehen
- Arbeitszeitregelungen, die Eltern von behinderten Kindern eine hohe Flexibilität und in besonderen Maße die Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben sowie eine partnerschaftliche Verteilung von Rollen und Aufgaben der Eltern ermöglichen

- Kontakt zu betroffenen Eltern und Elterngruppen
- Pflegeerleichternde Maßnahmen und die Schaffung eines behindertengerechten Wohnraumes und Wohnumfeldes
- Gute materielle Ressourcen wie Pflegegeld, Behindertenfreibetrag
- Verfügbarkeit von Pflegeentlastung, etwa durch familienentlastende Dienste und Betreuungsangebote auch in Ferienzeiten
- Familienzentrierte Beratungsangebote auch für Familien mit behinderten Kindern und Jugendliche, die vorhandenen Angebote zielen eher auf den Frühförderbereich ab
- Aufbau von Kompetenzzentren für die therapeutische Behandlung von akuten Verhaltensproblemen
- Aufbau und Ausbau von Kompetenzzentren zur Förderung der elterlichen Kommunikationsfähigkeiten, ausgestattet mit technischen Hilfsmitteln
- Abschaffung der Progression bei der zumutbaren Belastung der Einkommensteuer
- Verbesserung im öffentlichen Personennahverkehr
- Förderung von kleinen Wohneinheiten für Behinderte
- Einführung eines Facharztes für geistig behinderte Patienten
- Betreute Wohnformen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung
- Erleichterung der Inanspruchnahme des Pflegeurlaubes
- Schulen zu Therapiezentren aufwerten
- eine bejahende Haltung von Einzelpersonen, Gemeinden, Politikern, Krankenkassen und dem Gesundheitswesen im Sinne des Grundgesetzartikels – „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

Die Frage, „Würden sich Menschen, die sich für ein Austragen des Kindes entschieden haben, heute aufgrund von Problemen anders entscheiden?“ ist eigentlich nicht zulässig, denn viele Eltern sagen „ja“ zu dem konkreten, eigenen Kind, das sie sehr gern haben, und „nein“ zur Behinderung. Ihre Anpassungsstrategie besteht möglicherweise gerade darin, dass sie nicht darüber nachdenken, wie es sein könnte, wenn alles ganz anders gekommen wäre.

Es ist zu vermuten, dass viele werdende Eltern sich sehr schwer damit tun würden, eine Schwangerschaft auszutragen, wenn sie einen konkreten Einblick in das Leben mit einem behinderten Kind nehmen könnten und sich ein realistisches Bild davon machen könnten, was auf sie zukommt.

VI. Fazit

Was kann man werdenden Eltern über das Leben mit einem behinderten Kind sagen? Man könnte insbesondere den Eltern mit einem schwerstmehrfachbehinderten Kind sagen: „Ihr habt eine Chance, gut zurecht zu kommen – vorausgesetzt, ihr verfügt über eine robuste Konstitution, habt einen Partner oder eine Partnerin, die zu euch hält. Nach Möglichkeit solltet ihr nicht mehr als zwei Kinder haben und über eine optimistische, lebensbejahende Grundeinstellung verfügen. Ihr werdet Freunde und Angehörige brauchen, die zu euch halten, und einen flexiblen Arbeitgeber, der euch bei der Arbeitszeitregelung entgegenkommt. Ihr werdet erhebliche finanzielle Mittel brauchen, um die behinderungsbedingten Mehrkosten zu tragen, etwa um eure Wohnung behindertengerecht umzugestalten oder in den Urlaub fahren zu können. Aber selbst unter sehr guten Voraussetzungen müsst ihr damit rechnen, dass ihr eine extrem harte, möglicherweise drei oder vier Jahre anhaltende akute Phase durchmachen werdet, in der ihr unendlich überfordert seid, lange Schreiatacken durchstehen müsst, die über Stunden, Tage, ja Wochen anhalten und in denen euch kompetente Fachleute nicht unbedingt weiterhelfen helfen können. Einige Freunde werden sich zurückziehen. Jeder Besuch, jedes Fortgehen ist erschwert, denn ihr braucht immer einen Babysitter oder sogar eine Fachkrankenschwester – über Jahre hinweg. Rechnet mit ablehnenden Reaktionen von Nachbarn, die wenig begeistert sind, Tag für Tag ein Kind zu sehen, das vielleicht sabbert, ungestaltete Laute von sich gibt und insgesamt „schwierig“ wirkt. Ihr werdet möglicherweise Mühe haben, den Geschwistern gerecht zu werden. Ihr werdet gute Strategien benötigen, um mit der chronischen Daueranspannung zurecht zu kommen – keine Wochenenden mehr, an denen man ausschlafen kann. Der Urlaub ist anstrengender als der Alltag, weil die üblichen Förderstrukturen fehlen. Eure Partnerschaft wird strapaziert werden, mit Auswirkung auf die Intimität und die Entwicklung der Beziehung. Nebenbei müsst ihr euch zu einem Anwalt ausbilden und damit rechnen, dass ihr pro Jahr einen ganzen Ordner voll mit Schriftwechsel, Eingaben und Klageschriften zusätzlich zu bewältigen habt. Kranken- und Pflegekassen und Behörden gehen mit euch nicht anders um als mit anderen Menschen, ihr seid aber in einem hohen Maße auf solche Institutionen angewiesen und müsst euch

deshalb auf kraftzehrende Auseinandersetzungen mit bürokratischen Bestimmungen einstellen.

Wenn ihr Glück habt, findet ihr engagierte Ärzte, Therapeuten und Lehrer, die sich sehr für euer Kind einsetzen, Freunde und Nachbarn, die euch mit großem Verständnis und Mitgefühl begegnen, aber rechnet nicht mit einem besonderen Entgegenkommen der Schulen und Finanzbehörden – rechnet mit massiven Einschränkungen im Sozial- und Schulsystem, denn besonders nach der letzten Wirtschaftskrise wird es immer schwerer werden, wohlklingende Ankündigungen über die Integration von behinderten Menschen auch tatsächlich in die Tat umzusetzen. Vor allem klagt nicht über eure Situation – kaum jemand möchte leidvolle Geschichten wirklich anhören. Wenn ihr zu oft erzählt, wie es euch zumute ist, geltet ihr nur als „Miesmacher“.

Andererseits könnte man werdenden Eltern auch von den vielen Familien erzählen, die es trotz alledem schaffen, ein erfülltes Leben zu führen, von der Hilfsbereitschaft vieler Menschen, die einem spontan zur Seite stehen, von der tiefen emotionalen Bereicherung der Familienbeziehungen, von lustigen, ulkigen Momenten mit dem Kind – und von dem Gefühl, durch die Lebensaufgabe über sich hinausgewachsen zu sein.

Literatur

Antonovsky, Aaron, Stress, health, and coping, San Francisco 1979.

Ders./Sourani, Talma, Family sense of coherence and family adaptation, *Journal of Marriage and the Family* Nr. 50 (1988), S. 79–92.

Bundesministerium für Gesundheit, Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2009. URL: http://medizin.degruyter.de/pflegeversicherung/pdf/24_NBA_Pflegebed%C3%BCrftigkeit_6_Bericht_BMG.pdf, Stand 2010.

Davison, Gerald C./Neale, John M./Hautzinger, Martin, Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch, Weinheim/Basel 2007.

Davison, Gerald C./Neale, John M., Störungen im Kindesalter: Geistige Behinderung, in: *Hautzinger, Martin/Thies, Elisabeth* (Hg.): *Klinische Psychologie*, Weinheim/Basel 2009, S. 554–580.

Doege, Daniela/Aschenbrenner, Regina M./Nassal, Anton/Hotz, Karl L./Retzlaff, Rüdiger, Resilienz, Kohärenz und Stresserleben von Familien von Kindern mit geistiger Behinderung, noch nicht erschienen.

Dyson, Lily L., Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning, *American Journal of Mental Retardation* Nr. 95 (1991), S. 623–629.

- Hagberg, Bengt/Hanefeld, Folker/Percy, Alan, Skjeldal, Ola, An update on clinically applicable diagnostic criteria in Rett syndrome, *European Journal of Pediatric Neurology* Nr. 6 (2002), 293–297. URL: <http://rarediseasesnetwork.epi.usf.edu/arpwsc/documents/rettdiagnosticcriteria.pdf>, Stand 2010.
- Hoppe, Jörg-Dietrich, Perspektiven der medizinischen Versorgung geistig und mehrfach behinderter Menschen, *Lebenshilfe-Zeitung* Nr. 1 (2009).
- Hornby, Garry, Fathers' views of the effects on their families of children with Down syndrome, *Journal of Child and Family Studies* Nr. 4 (1995), S. 103–117.
- Kamtsirius, Panagiotis/Atzpodien, Karen/Ellert, Ute/Schlack, Robert/Schlaud, Martin, Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in: Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS), *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* Nr. 50 (2007), S. 686–700.
- Klauß, Theo/Lamers, Wolfgang/Janz, Frauke, Forschungsergebnisse zur Bildungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung (BiSB), *Geistige Behinderung* Nr. 38 (2004), S. 108–128.
- Lindberg, Barbro, Rett-Syndrom. Eine Übersicht über psychologische und pädagogische Erfahrungen, Wien 2000.
- Luckasson, Ruth/Borthwick-Duffy, Sharon/Buntinx, Wil H.E./Coulter, David L./Craig, Ellis M./Reeve, Alya/Schalock, Robert L./Snell, Martha E./Spitalnik, Deborah M./Spreat, Scott/Tasse, Marc J., *Mental Retardation: Definition, Classification, and System of Supports*, Washington, D. C. 2000.
- McCubbin, Hamilton I./Patterson, Joan M., The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation, in: McCubbin, Hamilton I./Sussman, Marvin B./Patterson, Joan M. (Hg), *Advances in family stress theory and research*, New York 1983, S. 7–37.
- McDaniel, Susan H./Campbell, Thomas L/Hepworth, Jeri/Lorenz, Alan, *Family-oriented primary care*, New York 2004.
- Müller, Brigit/Hornig, Stefanie/Retzlaff, Rüdiger, Kohärenz und Ressourcen in Familien von Kindern mit Rett-Syndrom, *Frühförderung interdisziplinär* Nr. 26 (2007), S. 3–14.
- Patterson, Joan M., Family resilience to the challenge of a child's disability, *Pediatric Annals* 20/9 (1991), S. 491–499.
- Dies., Understanding family resilience, *Journal of Clinical Psychology* Nr. 58 (2002), 233–246.
- Ray, Lynn D., Parenting and childhood chronicity: Making visible the invisible work, *Journal of Pediatric Nursing* Nr. 77 (2002), S. 711–716.
- Retzlaff, Rüdiger, Resilienz und Kohärenz in Familien von Kindern mit geistiger Behinderung, Unveröffentlichte Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, 2006.

Ders./Hornig, Stefanie/Müller Birgit/Reuner, Gitta/Pietz Joachim, Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Nr. 55/1 (2006), S. 36–52.

Ders., Families of children with Rett-Syndrome: Stories of coherence and resilience, Families, Systems, and Health Nr. 25 (2007), S. 246–262.

Ders., Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und systemische Therapie, Stuttgart 2010.

Risdal, Don/Singer, George H. S., Marital adjustment in parents of children with disabilities: A historical review and meta-analysis, Research and Practice for Persons with Severe Disabilities Nr. 29/2 (2004), S. 95–103.

Rolland, John S., Families, illness and disability – An integrative treatment model, New York 1994.

Saetersdahl, Barbro, Forbidden suffering: The Pollyanna syndrome of the disabled and their families, Family Process Nr. 36 (1997), S. 431–435.

Sarimski, Klaus, Belastung von Müttern von Kindern mit genetisch bedingter Behinderung, Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie Nr. 46 (1998), S. 233–244.

Schatz, Günther, Wie verändern sich Beziehungen zur Umwelt durch die Existenz eines geistig behinderten Kindes?, Geistige Behinderung Nr. 4 (1987), S. 237–246.

Sharpe, Donald/Rossiter, Lucille, Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis, Journal of Pediatric Psychology Nr. 27 (2002), S. 699–710.

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz Dokumentation Nr. 185. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1997 bis 2006, Bonn 2008. URL: <http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2004/Dok185.pdf>, Stand 2010.

Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen. Schwerbehinderte Menschen Nr. 13/5.1, Wiesbaden 2009. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024337>, Stand 2010.

Taanila, Anja/Kokkonen, Jorma/Järvelin, Marjo-Riitta, The long-term effect of children's early-onset disability on marital relationships, Developmental Medicine and Child Neurology Nr. 38/7 (1996), S. 567–577.

Walsh, Froma, Strengthening family resilience, New York 1998.

IV. Verfügungsgewalt zum eigenen Wohl trotz Lebensfähigkeit des Ungeborenen?

Ino Augsberg

Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod: Wer entscheidet im Rechtsstaat?

I. Einleitung

Wer entscheidet im Rechtsstaat über Leben und Tod? Die Frage nach einer derartig personal attribuierten Entscheidungskompetenz ist offensichtlich eine Variante der bekannten Frage nach dem *quis judicabit*. Sie impliziert, dass eine (Grenz-)Situation erreicht ist, in der materielle Bindungen für die Entscheidungsfindung nicht länger ausreichen. Die Frage, was die „richtige“ Entscheidung ist, wird damit transponiert in die Frage nach einem personalen Kriterium, das im Sinne der Zuschreibung einer Letztentscheidungskompetenz der Beantwortung der sachbezogenen Fragen zugrunde liegen soll. Statt der Entscheidung rückt der Entscheider in den Mittelpunkt des Interesses. Aus der Sicht eines modernen soziologischen Zugangs, der die klassische Was- ebenso wie die Wer-Fragestellung in eine Wie-Problematik konvertieren möchte, ist das ein veralteter Beobachtungsmodus, der nur mittels spezifischer Zurechnungskonstrukte funktioniert.¹ Aus juristischer Perspektive dagegen ist die Frage nach dem *quis judicabit*? zunächst einmal – ich komme auf die Wie-Frage noch zurück – normativ zu beantworten: Wem ist nach der Konzeption unserer Rechtsordnung die Letztentscheidungskompetenz zugewiesen? Gesteht der Rechtsstaat überhaupt eine solche Befugnis zu? Die Frage wird damit nicht de-, sondern präskriptiv verstanden: Wer soll entscheiden? Der Gesetzgeber, der Richter, die Eltern, Ärzte oder unabhängige Ethikkommissionen?

II. Zur Aufgabe des Gesetzgebers

Es liegt auf der Hand, dass im demokratischen Gemeinwesen eine derartig im Wortsinn existentielle Entscheidung wie die über Leben und Tod jedenfalls nicht ohne Beteiligung des Gesetzgebers getroffen werden kann. Gemäß

¹ Vgl. N. Luhmann, *Organisation und Entscheidung*, Opladen 2000, S. 43, 136ff.

der vom Bundesverfassungsgericht aus dem grundgesetzlich bestimmten Rechtsstaats- und Demokratieprinzip abgeleiteten sog. „Wesentlichkeitslehre“ müssen die für den Staat und seine Bevölkerung wesentlichen Probleme durch den Souverän selbst, also das Volk, respektive seine gewählten und damit unmittelbar demokratisch legitimierten Vertreter, geklärt werden. Für diese Regelungsbereiche besteht demnach ein Parlamentsvorbehalt.² Ob eine Regelung in diesem Sinne „wesentlich“ ist, ergibt sich insbesondere aus der Berührung grundrechtlich geschützter Lebensbereiche und der Intensität dieser Betroffenheit.³ Auch mit Bezug auf die (Spät-)Abtreibungsfälle folgt die besondere Bedeutung und damit die gesetzliche Regelungsbedürftigkeit aus dem Grundrechtsbezug des Problems: In Frage steht eine komplexe Abwägungsentscheidung zwischen dem Lebensrecht des nasciturus einerseits und den Grundrechten der betroffenen Frau andererseits. Letztere beinhalten insbesondere ihr Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG sowie das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG.⁴ Eine solche Problematik muss nach der grundgesetzlichen Ordnung legislativ geklärt werden. Die Frage kann also nur lauten, wie intensiv die Beteiligung des Parlaments ausfallen muss und ob neben dem Gesetzgeber noch weitere Entscheidungsträger ins Spiel kommen dürfen oder sogar müssen.

Die Beantwortung dieser Frage hängt zunächst von der Konkretisierungsbedürftigkeit der gesetzlichen Regelung ab. Eine ausnahmslos geltende Regel, die überdies keine weichen Tatbestandsformulierungen enthält, belässt die Letztentscheidungskompetenz beim Parlament. Entscheidungsspielräume bei der Normanwendung sind hier nicht denkbar. Ausnahmetatbestände dagegen sind grundsätzlich auf die Normkonkretisierung im Einzelfall zugeschnitten. Sie fixieren tatbestandliche Bedingungen, deren Einhaltung mit der jeweiligen spezifischen Situation abzugleichen ist. Diesen Abgleich kann der Gesetzgeber nicht vollständig prädestinieren, vielmehr bleibt typischerweise ein Auslegungsspielraum für den Entscheider vor Ort. Zwischen der Allgemeinheit der Gesetzesbegriffe und der Besonderheit des Einzelfalls klafft eine Lücke, die nur der zur Normanwendung Berufene durch seine Normkonkretisierung schließen kann.⁵

Damit bleibt zu klären, welche der abstrakt denkbaren Regelungsvarianten mit Blick auf die konkrete Problematik von (Spät-)Abtreibungen in Frage

² Vgl. grundsätzlich BVerfGE (Entscheidungssammlung Bundesverfassungsgericht), Bd. 40, S. 237 (249); Bd. 83, S. 130 (152). Dazu E. Schmidt-Aßmann, Der Rechtsstaat, in: J. Isensee/P. Kirchhof (Hg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. 2, 3. Aufl. Heidelberg 2004, § 26, Rn. 64f.

³ Vgl. M. Sachs, Art. 20, in: Ders. (Hg.), Grundgesetz-Kommentar, 5. Aufl. München 2009, Rn. 117.

⁴ Vgl. zu diesem Konflikt näher A. K. Weilert, Rechte des extrauterin lebensfähigen Fötus vs. Rechte seiner Eltern aus verfassungsrechtlicher Sicht, in diesem Band.

⁵ Vgl. näher K.-H. Ladeur/I. Augsberg, Auslegungsparadoxien. Zu Theorie und Praxis juristischer Interpretation, Rechtstheorie Bd. 36 (2005), S. 143–184.

kommt. Diesbezüglich muss konstatiert werden, dass ausnahmslose schwarz-oder-weiß-Lösungen auf diesem Gebiet ausscheiden. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen beiden Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch deutlich gemacht, dass den Staat eine Schutzpflicht gegenüber dem werdenden Leben trifft, die eine – wenn auch nur zeitlich begrenzte – gänzliche Freigabe der Abtreibungsentscheidung ausschließt.⁶ Dieses verfassungsrechtliche Gebot gilt erst recht bezüglich der Spätabtreibungsfrage. Umgekehrt wird aber auch ein Totalverbot der Problemlage nicht gerecht. Selbst entschiedene Abtreibungsgegner konzedieren, dass es spezielle Konfliktlagen gibt, in denen zugunsten der Gesundheit der Schwangeren ein Schwangerschaftsabbruch möglich sein muss. Eine Rechtspflicht der Schwangeren, ihr Leben für den nasciturus aufzuopfern, besteht nicht.⁷

Demnach müssen von der gesetzgeberischen Seite her Ausnahmetatbestände geschaffen werden, die unter bestimmten Umständen die Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs legalisieren. Technisch ist das durch Spezialregelungen wie § 218a Abs. 2 StGB möglich, denkbar wäre aber auch ein Rückgriff auf allgemeine Rechtfertigungsnormen.⁸ In jedem Fall bleibt ein Handlungsspielraum für den Normanwender. Fraglich bleibt damit nur, wie eng dieser umrissen werden, also wie detailliert die gesetzliche Steuerung erfolgen kann. Dabei ist die Wesentlichkeitslehre der begrenzende Faktor zur einen Seite hin, der wegen der Bedeutung der Problematik bloß generalklauselartige Formulierungen, die de facto eine nahezu vollständige Entscheidungsdelegation darstellen, untersagt. Auf der anderen Seite ist problematisch, wie detailliert das allgemein gehaltene Gesetz Einzelfallkonstellationen vorwegnehmen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Fragen der Abtreibung um Extremsituationen handelt, die sich einer verallgemeinernden Schematisierung entziehen. Klare handlungsanleitende Parameter sind hier kaum zu gewinnen. Das gilt auch in den hier interessierenden Fällen der medizinisch indizierten Abtreibung, jedenfalls dann, wenn man über die akute physische Bedrohung der Schwangeren hinaus auch psychische Ausnahmesituationen einbezieht. Dem Gesetzgeber bleibt hier nur das Mittel, mit unbestimmten und ergo in hohem Maße konkretisierungsbedürftigen Rechtsbegriffen wie der „Unzumutbarkeit“ für die betroffene Frau zu arbeiten. Eine präzisere Vertextung der Eingriffsvoraussetzungen hätte zwar den Vorteil, einzelne Fälle genauer zu erfassen. Sie müsste aber dafür den Preis zahlen, etwaige andere Szenarien, die sich in wertender Betrachtung womöglich kaum von den ausdrücklich geregelten Fällen unterscheiden, nicht zu treffen. Sollen hier keine ungerechtfertigten – und da-

⁶ Vgl. BVerfGE, Bd. 39, S. 1; Bd. 88, S. 203.

⁷ Vgl. BVerfGE, Bd. 88, S. 203 (257). Anderer Ansicht W. Esser, Die Rechtswidrigkeit des Aborts, *Medizinrecht* Bd. 2, 1983, S. 57–60 (59).

⁸ Vgl. H. Frister, Spätabtreibung, *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*, Düsseldorf 2003, S. 381–393.

mit auch verfassungsrechtlich nicht hinnehmbaren – Ungleichbehandlungen entstehen, müsste wiederum mit Analogiebildungen oder Rückgriffen auf allgemeine Institute gearbeitet werden. Damit indes würden die scheinbaren Vorteile der präzise konturierten Norm wieder konterkariert. Mit der Einsicht des bezüglich des Umgangs mit Einzelfallkonstellationen besonders versierten angelsächsischen Rechtskreises gesprochen: *Hard cases make bad law.*

III. Die Rolle des Richters

Im Rechtsstaat ist die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Sinne der Bindung an „Gesetz und Recht“ Aufgabe aller Staatsgewalt. Zur Überprüfung dieser Rechtsbindung (die für den selbst rechtsetzend tätigen Gesetzgeber auf die Verfassungsbindung reduziert ist) im Sinne zulässiger Rechtsanwendung ist die Judikatur berufen. Dabei bildet der nachträgliche Charakter dieser Überprüfung den Regelfall,⁹ ist aber nicht zwingend. Spezielle Richtervorbehalte etwa im Bereich strafrechtlicher Ermittlungen zeigen, dass die richterliche Konkretisierungskompetenz auch gewissermaßen präventiv aktiviert werden kann. Entsprechende vorab einzuholende richterliche Genehmigungspflichten finden sich auch an anderen Stellen der Rechtsordnung, etwa in den gesetzlichen Regelungen zum Umgang mit einwilligungsunfähigen Wachkomapatienten.¹⁰ Demnach wäre eine vorab einzuholende richterliche Erlaubnis für die Vornahme einer Spätabtreibung konstruktiv gut möglich und kein Fremdkörper im Rechtssystem.

Mit Blick auf die Spätabtreibungsproblematik ist aber klar, dass die richterliche Spezialkompetenz in diesem Gebiet eine allenfalls beigeordnete Rolle für die Einzelfallklärung spielen kann: Innerhalb des vom Gesetzgeber vorgezeichneten Rahmens kommt es zur Ausfüllung der unbestimmten Rechtsbegriffe weniger auf juristische als auf ärztliche Expertise an. Wann genau eine unzumutbare Bedrohung für die physische oder psychische Gesundheit der Schwangeren vorliegt, ist eine ohne Zugriff auf medizinische Fachkompetenz juristisch nicht beantwortbare Frage. Empirische Untersuchungen zu den Einstellungen und Kenntnissen von mit Sterbehilfe- und Patientenverfügungsfällen befassten Vormundschaftsrichtern sprechen für einen diesbezüglich bestehenden hohen Beratungsbedarf.¹¹

⁹ Vgl. zu der Perspektive *ex post* mit Blick auf die zivilgerichtliche Rechtsprechung T. Gutmann, „Kind als Schaden?“ – Unterhaltsansprüche nach fehlgeschlagenem Abbruch oder fehlerhafter Pränataldiagnostik, in diesem Band.

¹⁰ Vgl. S. Augsberg, Die gerichtliche Beteiligung am Abbruch lebenserhaltender und lebensverlängernder Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten, in: W. Höfling (Hg.), Das sog. Wachkoma, 2. Aufl. Münster 2005, S. 151–173.

¹¹ Vgl. W. Höfling/A. Schäfer, Leben und Sterben in Richterhand? Ergebnisse einer bundesweiten Richterbefragung zu Patientenverfügung und Sterbehilfe, Tübingen 2006.

IV. Zur Relevanz medizinischen Sachverständs

Vor diesem Hintergrund der eingeschränkten juristischen Kompetenz scheint es nahezuliegen, statt des diesbezüglich unkundigen Richters unmittelbar den Fachmann zu Rate zu ziehen und die ärztliche Diagnose als ausschlaggebend zu bewerten. Insofern gilt jedoch wieder umgekehrt: Die ärztliche Diagnose als solche stellt lediglich das Material zur Verfügung, mit dessen Hilfe die normative Begrifflichkeit konkretisiert werden muss. Sie kann diese Konkretisierungsarbeit aber nicht eigenständig vornehmen. Wann eine medizinische Gesundheitsgefahr „unzumutbar“ im Sinne der grundgesetzlichen Rechtsordnung ist, ist eine allein normativ, also innerhalb des Rechtssystems, zu klärende Problematik. Es geht dabei nicht allein um die abstrakte, möglicherweise sogar quantifizierende Bestimmung von Gefährdungsgraden für bestimmte Rechtsgüter der Schwangeren. Diese Gefährdungen müssen vielmehr im Lichte der gesamten Rechtsordnung und ihrer Wertvorstellungen mit den Rechten des Fötus abgewogen werden. Das ist keine medizinische, sondern eine juristische Aufgabe.

V. Allheilmittel Ethikkommission?

Angesichts dieser zwickmühlenartig erscheinenden Situation einer sinnvoll weder rein juristisch noch rein medizinisch zu lösenden Fragestellung ist in jüngerer Zeit ein scheinbar eleganter Ausweg aus dem Dilemma gefunden worden: Pluralistisch besetzte Gremien, sog. „Ethikkommissionen“, sollen die jeweiligen Perspektiven bündeln und in einen einheitlichen Entscheidungsprozess einspeisen.¹² Sie bieten aufgrund ihrer pluralistischen Zusammensetzung gegenüber den zwangsläufig rudimentären gesetzlichen Vorgaben zugleich den Vorteil, vielfältige ethische Wertvorstellungen, auch in ihrem möglichen Widerstreit, berücksichtigen zu können. Damit ermöglichen Ethikkommissionen eine noch breitere Basis an Entscheidungsprämissen als durch das innerhalb des Gerichtsverfahrens sonst übliche Zusammenspiel von Justiz und externen Sachverständigen gewährleistet werden kann.

Schwierigkeiten bereiten derartige Entscheidungsgremien allerdings hinsichtlich ihrer möglicherweise nicht hinreichenden demokratischen Legitimation. Auch wenn sie vom Gesetzgeber vorgesehen und in ihren grundlegenden Entscheidungsstrukturen bestimmt sind, bleibt das Problem, dass damit in der Sache die eigentliche Entscheidungskompetenz an ein Gremi-

¹² Vgl. allg. K. Sobota, Die Ethik-Kommission – Ein neues Institut des Verwaltungsrechts?, Archiv des öffentlichen Rechts Bd. 121 (1996), S. 228–260.

um delegiert wird, das allenfalls mittelbar demokratisch legitimiert ist. Die Pluralität der Besetzung bietet dafür eine gewisse Kompensation, kann ihrerseits aber auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine solche Zusammensetzung nicht repräsentativ im Sinne des klassischen, sich über Wahlvorgänge konstituierenden demokratischen Modells ist. Insofern ließe sich zwar darauf verweisen, dass auch die Rechtsprechung einer unmittelbaren demokratischen Legitimation ermangelt. Allerdings sind hier doch bedeutende Strukturunterschiede zu konstatieren. Zum einen agiert die Justiz unter dem Postulat der Gesetzesbindung. Dieses schließt zwar eigenständige judizielle Rechtsschöpfung nicht aus. Eine solche ist vielmehr mit jedem Rechtsanwendungsakt notwendig verbunden.¹³ Dennoch besteht eine deutliche strukturelle Differenz zu Ethikkommissionen, die nicht nur vom Gesetzgeber grundsätzlich entschiedene inhaltliche Fragen im Einzelfall umsetzen, sondern selbst von der Legislative bewusst offen gelassene inhaltliche Entscheidungen treffen sollen. Selbst wenn man die Ethikkommissionen auf eine lediglich normkonkretisierende Funktion festlegen wollte, bleibt zum anderen ein verfassungsrechtlich entscheidender Unterschied zwischen Ethikkommissionen und Rechtsprechung bestehen. Denn während diese vom Grundgesetz als Dritte Gewalt im Staat vorgesehen und in ihren Grundstrukturen bestimmt ist, kennt die Verfassung das Institut der Ethikkommissionen nicht.

Allerdings könnte man möglicherweise der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch noch ein anderes, eher output-orientiertes Demokratieverständnis entnehmen. In seinem Pershing-II-Urteil ist davon die Rede, dass staatliche Entscheidungen „möglichst richtig, das heißt von den Organen getroffen werden, die dafür nach ihrer Organisation, Zusammensetzung, Funktion und Verfahrensweise über die besten Voraussetzungen verfügen“¹⁴. Nicht zu verkennen ist jedoch, dass hier immer noch von staatlichen Handlungsträgern die Rede ist, nicht dagegen von (weisungs-)unabhängigen Privatpersonen, die lediglich im institutionellen Rahmen einer staatlichen Beratung tätig werden. Eine über bloße Beratungsleistungen hinausgehende eigenständige Entscheidungstätigkeit solcher Personenkreise ist im herkömmlichen demokratietheoretischen Modell kaum abbildbar. Hinzu kommt, dass für die Einzelfallentscheidung die besondere Kenntnis der jeweiligen Situation entscheidend ist. Eben dies wird von abstrakt, also für einen längeren Zeitraum und eine Vielzahl von Fällen zusammengesetzten Kommissionen nicht gewährleistet. Solche Institutionen sind daher zwar für die

¹³ Vgl. (mit zahlr. w. N.) K.-H. Ladeur/I. Augsberg, Auslegungsparadoxien, Zu Theorie und Praxis juristischer Interpretation, Rechtstheorie Bd. 36 (2005), S. 143–184.

¹⁴ BVerfGE Bd. 68, S. 1 (86f.). Dazu H.-H. Trute, Die Verwaltung und das Verwaltungsrecht zwischen gesellschaftlicher Selbststeuerung und staatlicher Steuerung, Deutsches Verwaltungsblatt 1996, S. 950–964 (956).

Beratung in abstrakten Rechtsfragen, nicht dagegen aber für konkrete Einzelentscheidungen zu gebrauchen.¹⁵ Denkbar wären insofern allenfalls ad hoc einzusetzende Kommissionen, in denen die unmittelbar involvierten Personen – insbesondere etwa die behandelnden Ärzte – zu Wort kommen könnten. Ein solches Verfahren dürfte das demokratische Legitimationsdefizit aber noch weiter verschärfen.

VI. Selbstverständnis als Rechtskriterium – die Sicht der Mutter

Damit bleibt eine letzte – oder: vorletzte – entscheidende Protagonistin als potentielle Trägerin der fraglichen Letztentscheidungskompetenz: die Schwangere selbst. Ihre Sichtweise als ausschlaggebend zu bewerten mag allerdings zunächst fast unsinnig anmuten, geht es doch gerade um einen Konflikt zwischen ihren Interessen und jenen des ungeborenen Lebens. Der Konflikt würde demnach offenbar auf diese Weise einseitig zu Gunsten der Schwangeren entschieden. Allerdings verkennt die schlichte Interessenpolarisierung die komplexe Problemlage des Schwangerschaftsabbruchs. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts hat gegenüber einer schlichten Gegenüberstellung entgegengesetzter Interessen, über die der Staat als neutraler Dritter zu urteilen habe, den besonderen Charakter der Entscheidungssituation der Schwangeren betont. Danach stehen sich Schwangere und nasciturus nicht nur als mögliche „Täterin“ und mögliches „Opfer“ gegenüber. Vielmehr bilden sie, in der Person der Schwangeren, eine einzigartige Verbindung zu einer spezifischen Einheit.¹⁶ Zwar kann man parallel zu der Zunahme der extrakorporalen/extrauterinen Lebensfähigkeit des Fötus eine wachsende Auflösung dieser Einheit annehmen. Das entspräche dem Befund eines „zunehmenden Schutzes“ für das werdende Leben, der sich unserer Rechtsordnung nach der Beobachtung Horst Dreiers – entgegen der landläufigen verfassungsrechtlichen Auffassung von der „Gleichwertigkeit allen Lebens“ – entnehmen lassen soll.¹⁷ Gänzlich aufgehoben ist diese Einheit aber jedenfalls erst mit der Geburt.¹⁸ Das spricht dafür, eine Lösung des Konflikts nicht so sehr gegen, sondern im Einvernehmen mit der Schwangeren zu suchen. Und das wiederum dürfte kaum möglich sein,

¹⁵ So auch E. Deutsch, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, Zeitschrift für Rechtspolitik Bd. 36 (2003), S. 332–336 (335).

¹⁶ Vgl. BVerfGE Bd. 88, S. 203 (256, 266).

¹⁷ Vgl. H. Dreier, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, Zeitschrift für Rechtspolitik Bd. 35 (2002), S. 377–383.

¹⁸ Das könnte ein Grund für die Bedeutung der „Geburt als Zäsur“ sein, der allerdings an der Annahme eines grundsätzlich grundrechtsgeschützten Status des Embryos oder Fetus nichts ändert.

ohne der Sichtweise der Schwangeren entscheidendes Gewicht beizumessen.

(In Parenthese kann man insofern einen Rückschluss auf die mögliche Entscheidungsbeteiligung eines letzten Protagonisten innerhalb der Gesamtkonstellation ziehen: Dem Vater des ungeborenen Kindes kann man zwar möglicherweise Mitspracherechte im Sinne eines Anspruchs, mit seiner Auffassung gehört zu werden, zugestehen. Die besondere Situation der Frau lässt es aber ausgeschlossen erscheinen, ihm auch in der Situation, in der er nicht nur eigene Interessen wahrnimmt, sondern zugleich als Fürsprecher des ungeborenen Lebens auftritt, eine Art Veto-Recht gegenüber der Entscheidung der Schwangeren einzuräumen.¹⁹ Entsprechendes gilt für den Vorschlag, dem Ungeborenen, wie im Betreuungsverfahren gem. §§ 1896ff. BGB, eine Art „Ungeborenenpfleger“ entsprechend § 1912 BGB zur Seite zu stellen, dessen Aufgabe darin bestünde, die Interessen des nasciturus zu Gehör zu bringen.²⁰)

Eine solche spezifische Gewichtung der Betroffenenperspektive ist dem Rechtssystem in anderen Regelungsgebieten nicht unvertraut.²¹ Sie fungiert dort als eine Art re-entry derjenigen Erkenntnismomente, die das Recht zuvor systematisch ausgeschlossen hat, weil es sie mit Hilfe seiner eigenen Prozesse nicht gewinnen kann, ohne damit den eigenen Schutzzweck zu verfehlen. Exemplarisch lässt sich das anhand des Religionsverfassungsrechts verdeutlichen: Ob und inwieweit eine als religiös zu qualifizierende und damit dem besonderen Schutz der Glaubensfreiheit unterfallende Tätigkeit vorliegt, ist selbst eine von der Glaubensfreiheit geschützte Frage, die nur unter Berücksichtigung des Selbstverständnisses der Glaubensgemeinschaft beantwortet werden kann.²² Jede staatliche Definition dessen, was als „Religion“ anzuerkennen ist, bildete bereits eine Beschränkung der grundrechtlichen Freiheitsgewähr. Das schließt die Möglichkeit (und Erforderlichkeit) einer Überprüfung der entsprechenden Selbstdarstellung nicht aus, weil Missbrauchsgefahren wirksam begegnet werden muss, setzt ihr jedoch zugleich Grenzen im Sinne einer bloßen Plausibilitätskontrolle.

Die im Kontext des Religionsverfassungsrechts weithin anerkannte Figur „Selbstverständnis als Rechtskriterium“ könnte demnach auf die strukturell

¹⁹ Vgl. näher zu den grundrechtlich geschützten Interessen des Vaters *A. K. Weilert*, Rechte des extrauterin lebensfähigen Fötus vs. Rechte seiner Eltern aus verfassungsrechtlicher Sicht, in diesem Band.

²⁰ Vgl. dazu *K. Wiebe*, Töten nach Beratung?, Zeitschrift für Lebensrecht Nr. 1 (2005), S. 9–13 (10).

²¹ Vgl. allgemein *M. Morlok*, Selbstverständnis als Rechtskriterium, Tübingen 1993.

²² Vgl. BVerfGE Bd. 24, S. 236 (247f.); Bd. 33, S. 23, 53, 366 (401); Bd. 66, S. 1 (22); Bd. 70, S. 138 (167); Bd. 72, S. 278 (289); BVerwGE (Entscheidungssammlung Bundesverwaltungsgericht) Bd. 112, S. 227 (234f.). Dazu *S. Muckel*, Religiöse Freiheit und staatliche Letztentscheidung, Berlin 1997. *A. Isak*, Das Selbstverständnis der Kirchen und Religionsgemeinschaften und seine Bedeutung für die Auslegung des staatlichen Rechts, Berlin 1994.

vergleichbare Konstellation des Schwangerschaftsabbruchs übertragen werden. Denn auch hier bildete das Erfordernis einer genauen Darlegung der individuellen Motive für die Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs bereits einen Eingriff in jene Sphäre der höchstpersönlichen Selbstwahrnehmung und -darstellung, die durch das Persönlichkeitsrecht der Schwangeren gerade geschützt werden soll. Solange auch die psychische Situation der Schwangeren als Abwägungskriterium fungiert – und eine hiervon abweichende, allein den somatischen Zustand als relevant bestimmende Position dürfte die Bedeutung des Psychischen verkennen –, solange läuft die Forderung nach einer „objektiven“ Gewichtung der „Gründe“ für eine Abtreibung auf eine Unmöglichkeit hinaus.²³ Selbst wenn man mit Verweis auf die möglicherweise verletzte Menschenwürde des Embryos eine Abwägung für entbehrlich hielte, bliebe doch die Problematik, dass sich der Grundrechtsschutz kaum sinnvoll ohne oder gegen die Mitwirkung der im Intimbereich ihrer Persönlichkeitsrechte berührten Mutter durchsetzen lässt.

Angesichts des hohen Wertes, den die auf der Seite des Fötus zu schützenden Rechtsgüter aufweisen, und der Irreversibilität der Beeinträchtigung – als vollständige Vernichtung – dieser Güter muss die Prüfdichte hier aber höher ausfallen als im regelhaft weit weniger gravierenden Konfliktszenario innerhalb des Religionsverfassungsrechts. Wenn in letzter Instanz der persönlichen Sichtweise der Schwangeren ausschlaggebende Bedeutung zugemessen wird, bedarf dieses Vorgehen zumindest komplementärer Verfahrensregelungen, die den Entscheidungsprozess zwar nicht im Ergebnis programmieren, wohl aber in seinen einzelnen Schritten strukturieren, damit die Mutter vor überhasteten irreversiblen Entschlüssen schützen und so letztlich dem Grundrechtsschutz des ungeborenen Lebens dienen. Auch ein derartiger „Grundrechtsschutz durch Verfahren“ ist keine Besonderheit der Abtreibungsproblematik, sondern bildet eine im verfassungsrechtlichen Kontext durchaus vertraute Figur.²⁴

VII. Von der Wer- zur Wie-Frage: Prozedurale Kompensationsmechanismen

Damit wechselt die Perspektive vom Entscheider zum Entscheidungsvorgang, also zum Wie der Gestaltung des Verfahrens. Die individuell zugeordnete Entscheidungsposition muss durch weitere prozedurale Kriterien

²³ Vgl. *D. Orentlicher*, *Matters of Life and Death. Making Moral Theory Work in Medical Ethics and the Law*, Princeton 2001, S. 12.

²⁴ Vgl. nur *D. Murswiek*, Art. 2, in: *M. Sachs* (Hg.), *Grundgesetzkommentar*, 5. Aufl. München 2009, Rn. 192ff., m. w. N.

ergänzt werden. Grundlegendes Merkmal derartiger Verfahren ist es, dass, sobald „der (auch weiterhin vorzugswürdige) Normalfall einer material-substantiellen Abwägung nicht länger möglich ist, weil die dafür erforderliche Substantialität erkenntnismäßig nicht sichergestellt werden kann, aber gleichwohl eine Entscheidung unverzichtbar ist, [...] die Suche nach Wahrheit oder Gerechtigkeit durch Prozeduren abgesichert [wird], wobei schließlich jegliches prozedural ordentlich erlangte Ergebnis zu akzeptieren ist.“²⁵

Die prozedurale Absicherung kann dabei auf mehreren Ebenen erfolgen: Sie kann, zum einen, die unmittelbaren Entscheidungsprogramme modifizieren, indem zusätzliche Verfahrensschritte eingebaut werden. Prozeduralisierung in diesem ersten, eher statischen Sinne bedeutet also die Aufstellung eines zusätzlichen, formellen Prüfprogramms, dessen Vorgaben erfüllt sein müssen. Hierzu gehören etwa Antrags- und Begründungserfordernisse oder obligatorische Konsultationen bestimmter – typischerweise mit besonderer Sachkompetenz ausgestatteter – Stellen. Prozeduralisierung der Entscheidungsfindung kann aber, zum anderen, auch bedeuten, dass Reflexionsmechanismen installiert werden, die eine Entscheidungskontrolle ex post ermöglichen, indem sie sowohl die Ergebnisse im Einzelfall wie die Konsistenz der Entscheidungen insgesamt untersuchen. In Abhängigkeit von den jeweiligen Untersuchungsergebnissen kann dann gegebenenfalls eine Neuorientierung der rechtlichen Steuerungsversuche geboten erscheinen. Auf diese Weise wird das Recht dynamisiert, d. h. auf Lernfähigkeit eingestellt.²⁶ In diesen Kontext gehören etwa verbindliche Beobachtungs- und Nachbesserungspflichten, mit denen die Unsicherheit einer bezüglich ihrer Prämissen unvollständigen, aber dennoch zeitnah erforderlichen Entscheidung des Gesetzgebers kompensiert werden soll.²⁷

Gerade aus der Debatte zum Schwangerschaftsabbruch ist ein derartiges Vorgehen bekannt: Das der gegenwärtigen strafrechtlichen Regelung zugrunde liegende „Beratungsmodell“ weist eine dezidiert prozedurale Logik auf, die nach der Konzeption des Verfassungsgerichts allerdings nicht der Rechtfertigung, sondern allein der Tatbestandslosigkeit des Vorgehens

²⁵ A. Eser, Sanktionierung und Rechtfertigung durch Verfahren. Eine Problemskizze, Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft 2000, Sonderheft: P.-A. Albrecht (Hg.), Winfried Hassemer zum sechzigsten Geburtstag, S. 43–49 (45).

²⁶ Vgl. zum Konzept des „lernenden Rechts“ K.-H. Ladeur, Postmoderne Rechtstheorie. Selbstreferenz – Selbstorganisation – Prozeduralisierung, 2. Aufl. Berlin 1995, S. 160. Dazu näher I. Augsberg, Il faut être absolument postmoderne: Ladeurs Rechtstheorie, in: I. Augsberg et al., Denken in Netzwerken. Zur Rechts- und Gesellschaftstheorie Karl-Heinz Ladeurs, Tübingen 2009, S. 5–13 (36ff.).

²⁷ Vgl. dazu I. Augsberg/S. Augsberg, Prognostische Elemente in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, Verwaltungsrarchiv Bd. 98 (2007), S. 290–316 (305ff.). T. Hillenkamp, Zur Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers im Strafrecht, in: H. E. Müller et al. (Hg.), Festschrift für Ulrich Eisenberg zum 70. Geburtstag, München 2009, S. 301–320. Allgemein S. Huster, Die Beobachtungspflicht des Gesetzgebers, Zeitschrift für Rechtssoziologie Bd. 24 (2003), S. 3–26.

dienen darf. Strukturell macht diese Zielverschiebung aber keinen Unterschied. Beide Aspekte, die Beratung als gebotener zusätzlicher Verfahrensschritt und die Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers, finden sich in der zweiten Abtreibungsentscheidung des Bundesverfassungsgerichts wieder, und beide Aspekte sollten auch für die prozedurale Absicherung der Spätabtreibungsregelung genutzt werden. Vor diesem Hintergrund ist die jüngste Novellierung dieser Regelung, die ähnlich wie nach dem geltenden Modell des § 218 StGB nunmehr auch im Rahmen des § 218a StGB jedenfalls für den behandelnden Arzt (für die Schwangere besteht eine Verzichtsoption) obligatorische vorherige Beratungen einführt, zu begrüßen. Sie sollte durch ein konsequentes monitoring der Auswirkungen der bestehenden Bestimmungen ergänzt werden. Vor dem Hintergrund der Bedeutung des Lebensschutzes können die hiergegen angeführten datenschutzrechtlichen Bedenken nicht überzeugen.²⁸ Eine entsprechende – anonymisierte – Dokumentationspflicht bezüglich der Indikation betrifft die betroffenen Frauen nach Vornahme des Abbruchs nicht mehr derart intensiv, dass dies eine Lernunfähigkeit des Rechts auf diesem Gebiet rechtfertigen könnte.

VIII. Schluss

In seinen Analysen zur „Soziologie der Abtreibung“ bestimmt Luc Boltanski – im Rückgriff auf ethnologische Forschungsarbeiten von Georges Devereux – drei Merkmale des Umgangs mit Schwangerschaftsabbrüchen, die der überwiegenden Mehrzahl aller untersuchten Gesellschaften gemeinsam sind.²⁹ Das erste dieser Merkmale ist der universale Charakter der Praktik: Abtreibung bildet eine Handlungsmöglichkeit, die nahezu überall bekannt ist. Das zweite Merkmal ist die allgemeine Missbilligung, die dieser bekannten Praktik entgegengebracht wird. Das dritte Merkmal schließlich ist eine trotz dieser Missbilligung festzustellende faktische Toleranz der Abtreibung gegenüber: „Sehr selten bemüht man sich ernstlich, die für eine Abtreibung Verantwortlichen zu identifizieren, zu verfolgen und zu bestrafen.“³⁰ Für die juristische Perspektive könnte diese anthropologische

²⁸ Vgl. ähnlich T. Hillenkamp, Die strafrechtliche Regelung des Spätabbruchs und ihre strafrechtshistorische Entwicklung, in diesem Band. Ferner B. Büchner, Lebensrecht nach Maßgabe der Selbstbestimmung anderer?, Zeitschrift für Lebensrecht Nr. 2 (2009), S. 38–42 (42), sowie G. Duttge/H. Bernau, Thesen zum neuen Schwangerschaftskonfliktgesetz, Zeitschrift für Lebensrecht Nr. 2 (2009), S. 42–47 (46f.).

²⁹ Vgl. L. Boltanski, Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens, Frankfurt a. M. 2007, S. 35ff.

³⁰ Ebd., S. 39.

Analyse des Problems Anlass zu einer gewissen Ernüchterung sein: Möglicherweise handelt es sich bei der Abtreibung um eine Art „Ausnahmezustand“, den das Recht mit Hilfe seiner Normalisierungsstrategien nicht sinnvoll erfassen kann. Die Verweigerung der mütterlichen Beziehung kann mit den Zwangsmitteln des Rechts nicht beseitigt werden.³¹ Rechtlich ist es demnach nur möglich, eine Art Rahmenordnung zu konstruieren, innerhalb derer die spezielle Mutter-Kind-Beziehung nicht im Einzelnen gesteuert werden kann. Um angesichts dieser sachbedingten Regelungsschwierigkeiten gleichwohl einen – verfassungsrechtlich gebotenen – möglichst wirksamen Lebensschutz zu erreichen, mag es zur Unterstützung dieser Beziehung angeraten erscheinen, verstärkt nicht auf primär repressive, sondern zumal leistungsbezogene Instrumente zu setzen.³² Insbesondere in den problematischen Fällen einer etwaigen Spätabtreibung aufgrund einer erkennbaren schweren Behinderung des Kindes könnte die Aussicht auf verstärkte finanzielle Unterstützungsleistungen zumindest für eine gewisse Entlastung sorgen.³³ Damit schließt sich der Kreis zur Aufgabe des Gesetzgebers: Man könnte darüber nachdenken, ob nicht eine Ausgliederung der gesamten Schwangerschaftsabbruchsproblematik aus dem Strafgesetzbuch zugunsten eines eigenständigen Gesetzes sinnvoll wäre.³⁴ In eine solche Regelung müssten dann zwar, entsprechend den verfassungsgerichtlichen Vorgaben,³⁵ auch nebenstrafrechtliche Vorschriften Eingang finden. Der primäre Fokus läge aber auf der Unterstützung der Schwangeren bei der Entscheidung zugunsten des Kindes. Gerade hinsichtlich der spezifischen Problematik der Spätabbrüche ist dabei auch zu bedenken, dass ein unreflektiert-verantwortungsloses Handeln der Mutter, die sich grundsätzlich bereits für das Kind und gegen die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs im Frühstadium entschieden hatte, nicht zu erwarten ist. Prozedurale Absicherung der Entscheidung der Schwangeren muss hier demnach auch bedeuten, ihr nach der Mitteilung der typischerweise schockhaft erlebten Nachricht von einer möglichen Schädigung des Kindes beratend zur Seite zu stehen.³⁶

³¹ Vgl. K.-H. Ladeur/I. Augsberg, Die Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat. Humangenetik – Neurowissenschaft – Medien, Tübingen 2008, S. 31f.

³² Vgl. zum allgemeinen Grundsatz „Prävention vor Repression“ auch bereits BVerfGE Bd. 39, S. 1 (44).

³³ Vgl. zu diesem Aspekt einer Mobilisierung (finanzieller) Ressourcen als Resilienzfaktor M. Baldus, Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach einem auffälligen Befund, in diesem Band. Sowie R. Retzlaff, Leben mit einem Kind mit Behinderung, in diesem Band.

³⁴ Ausdrücklich dafür E. Deutsch, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, Zeitschrift für Rechtspolitik Bd. 36 (2003), S. 333.

³⁵ Vgl. BVerfGE Bd. 39, 1 (44ff.); 88, 203 (255): Danach bedarf die Aktivierung der aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG resultierenden staatlichen Schutzpflicht einer (auch) strafrechtlichen Bewehrung.

³⁶ Vgl. dazu die eindrückliche Schilderung bei S. Stengel-Rutkowski, Pränatale Syndromdiagnose – Tod des Wunschkindes – Elternentscheidung im Schock?, in diesem Band.

Literatur

- Augsberg, Ino, Il faut être absolument postmoderne: Ladeurs Rechtstheorie, in: *Augsberg, Ino/Gostomzyk, Tobias/Viellechner, Lars*, Denken in Netzwerken. Zur Rechts- und Gesellschaftstheorie Karl-Heinz Ladeurs, Tübingen 2009, S. 5–13.
- Ders./Augsberg, Steffen, Prognostische Elemente in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, *Verwaltungsarchiv* Bd. 98 (2007), S. 290–316.
- Augsberg, Steffen, Die gerichtliche Beteiligung am Abbruch lebenserhaltender und lebensverlängernder Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten, in: *Höfling, Wolfram* (Hg.), Das sog. Wachkoma, 2. Aufl. Münster 2005, S. 151–173.
- Boltanski, Luc, Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens, Frankfurt a. M. 2007.
- Büchner, Bernward, Lebensrecht nach Maßgabe der Selbstbestimmung anderer?, *Zeitschrift für Lebensrecht* Nr. 2 (2009), S. 38–42.
- Deutsch, Erwin, Die Spätabtreibung als juristisches Problem, *Zeitschrift für Rechtspolitik* Bd. 36 (2003), S. 332–336.
- Dreier, Horst, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, *Zeitschrift für Rechtspolitik* Bd. 35 (2002), S. 377–383.
- Duttge, Gunnar/Bernau, Henning, Thesen zum neuen Schwangerschaftskonfliktsgesetz, *Zeitschrift für Lebensrecht* Nr. 2 (2009), S. 42–47.
- Eser, Albin, Sanktionierung und Rechtfertigung durch Verfahren. Eine Problem-skizze, *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft* 2000, Sonderheft: *P.-A. Albrecht* (Hg.), Winfried Hassemer zum sechzigsten Geburtstag, S. 43–49.
- Frister, Helmut, Spätabtreibung, *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*, Düsseldorf 2003, S. 381–393.
- Hillenkamp, Thomas, Zur Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers im Strafrecht, in: *Müller, Henning Ernst/Sander, Günther M./Válková, Helena* (Hg.), Festschrift für Ulrich Eisenberg zum 70. Geburtstag, München 2009, S. 301–320.
- Höfling, Wolfram/Schäfer, Anne, Leben und Sterben in Richterhand? Ergebnisse einer bundesweiten Richterbefragung zu Patientenverfügung und Sterbehilfe, Tübingen 2006.
- Huster, Stefan, Die Beobachtungspflicht des Gesetzgebers, *Zeitschrift für Rechtssoziologie* Bd. 24 (2003), S. 3–26.
- Isak, Axel, Das Selbstverständnis der Kirchen und Religionsgemeinschaften und seine Bedeutung für die Auslegung des staatlichen Rechts, Berlin 1994.
- Ladeur, Karl-Heinz, Postmoderne Rechtstheorie. Selbstreferenz – Selbstorganisation – Prozeduralisierung, 2. Aufl. Berlin 1995.
- Ders./Augsberg, Ino, Auslegungsparadoxien. Zu Theorie und Praxis juristischer Interpretation, *Rechtstheorie* Bd. 36 (2005), S. 143–184.

- Ders./Augsberg, Ino*, Die Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat. Humangenetik – Neurowissenschaft – Medien, Tübingen 2008.
- Luhmann, Niklas*, Organisation und Entscheidung, Opladen 2000.
- Morlok, Martin*, Selbstverständnis als Rechtskriterium, Tübingen 1993.
- Muckel, Stefan*, Religiöse Freiheit und staatliche Letztentscheidung, Berlin 1997.
- Murswiek, Dietrich*, Art. 2, in: *Sachs, Michael* (Hg.), Grundgesetzkommentar, 5. Aufl. München 2009.
- Orentlicher, David*, Matters of Life and Death. Making Moral Theory Work in Medical Ethics and the Law, Princeton 2001.
- Sachs, Michael*, Art. 20, in: *Ders.* (Hg.), Grundgesetz-Kommentar, 5. Aufl. München 2009.
- Schmidt-Aßmann, Eberhard*, Der Rechtsstaat, in: *Isensee, Josef/Kirchhof, Paul* (Hg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. 2, 3. Aufl. Heidelberg 2004, § 26.
- Sobota, Katharina*, Die Ethik-Kommission – Ein neues Institut des Verwaltungsrechts?, Archiv des öffentlichen Rechts Bd. 121 (1996), S. 228–260.
- Trute, Hans-Heinrich*, Die Verwaltung und das Verwaltungsrecht zwischen gesellschaftlicher Selbststeuerung und staatlicher Steuerung, Deutsches Verwaltungsblatt 1996, S. 950–964.
- Wiebe, Knut*, Töten nach Beratung?, Zeitschrift für Lebensrecht Nr. 1 (2005), S. 9–13.

A. Katarina Weilert

Rechte des extrauterin lebensfähigen Fötus vs. Rechte seiner Eltern aus verfassungsrechtlicher Sicht

I. Einleitung

Die offene Gegenüberstellung der Rechte des Fötus und seiner Eltern, insbesondere der Schwangeren, grenzt an ein Tabu. Schließlich ist es kein Geheimnis, dass jedes Kind ganz besonders auf die Annahme durch seine Eltern angewiesen ist. Unausgesprochen steht die Frage im Raum: Was soll ein Kind auf dieser Welt, wenn es noch nicht einmal von seinen Eltern geliebt wird? Gerade bei späten Schwangerschaftsabbrüchen, die in aller Regel wegen eines gravierend krankhaften Befundes beim Ungeborenen vorgenommen werden, spitzt sich die Frage zu: Wer würde ein solches Kind schon adoptieren wollen? Und was ist das für eine Lebensperspektive, die man diesem Kind zumutet? Es ist fast weniger die Frage nach dem Lebensrecht als nach dem Lebenssinn, die hier gestellt wird. Doch sollten sich Juristen hüten, den Lebenssinn anderer Menschen beurteilen zu wollen und gar in enge Verbindung zu einem Lebensrecht zu setzen.

Wie aber verhalten sich nun die Grundrechte des extrauterin lebensfähigen Fötus und seiner Eltern zueinander?

II. Verfassungsrechtliche Stellung des extrauterin lebensfähigen Fötus

I. Grundrechte als Schutzpflichten

Wenn nach den Grundrechten des Fötus gefragt wird, muss betont werden, dass die Rechte auf Lebens- und Würdeschutz hier nicht in ihrer klassischen Dimension als Abwehrrechte gegen den Staat, sondern als Schutzpflichten des Staates zugunsten des Fötus gegenüber privaten Dritten (hier vor allem den Eltern bzw. dem Arzt) herangezogen werden. Neben der tra-

ditionell abwehrrechtlichen Dimension der Grundrechte¹ nimmt auch die Funktion des Schutzes der Grundrechte durch den Staat vor Übergriffen Dritter in der verfassungsrechtlichen Debatte seit langem eine besondere Rolle ein. Da Grundrechte grundsätzlich nicht direkt als Abwehrrechte zwischen Privaten Wirkung entfalten,² geht es hier also um die Frage, inwieweit dem Staat die verfassungsrechtliche Pflicht zukommt, den Fötus vor dem Eingriff des Arztes und der eigenen Eltern zu bewahren.

2. Grundrechtsschutz für ungeborenes Leben?

In Frage steht zunächst, ob Ungeborene überhaupt als Grundrechtsträger³ bzw. jedenfalls als von Grundrechten geschützte Menschen angesehen werden können.

Das Grundgesetz spricht in Art. 1 von der Würde „des Menschen“, in Art. 2 von „jeder“ und in Art. 3 von „alle Menschen“ bzw. „niemand“. „Jeder“ und „niemand“ meint dabei jeder bzw. kein „Mensch“.⁴ Dem Wortlaut nach ausdrücklich einbezogen wird der Fötus also nicht. Ausgeklammert allerdings auch nicht.⁵ Alles hängt vielmehr davon ab, ob der Embryo bereits als „Mensch“ im Sinne dieser Vorschriften anzusehen ist.

Einerseits sind die genannten Bestimmungen des Grundgesetzes „Normen“ und die hier gebrauchten Begriffe daher als Gesetzestermini zu lesen. Andererseits bedürfte es jedenfalls einer Erklärung, wollte man den Begriff „Mensch“ im Sinne des Grundgesetzes völlig anders verstehen als in anderen wissenschaftlichen Zusammenhängen. Das Grundgesetz muss also hier die Erkenntnisse anderer Disziplinen zur Kenntnis nehmen. Obwohl also der Lebensbegriff des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ein normativer ist,⁶ kann sich die Verfassungsauslegung an dieser Stelle allenfalls graduell von anderen ethischen Diskursen im Hinblick darauf unterscheiden, ab wann und in welcher Intensität Embryonen zu schützen sind.

¹ BVerfGE (Entscheidungssammlung Bundesverfassungsgericht) Bd. 7, S. 198 (204f.), Lüth-Urteil.

² Vgl. zum Problem der Drittwirkung statt Vieler *I. von Münch*, in: *Ders./P. Kunig* (Hg.), Grundgesetz-Kommentar Bd 1, 5. Aufl. München 2000, Vorb. Rn. 28ff.

³ Das Bundesverfassungsgericht hat eine dogmatische Festlegung im Hinblick auf die Grundrechtsträgerschaft vermieden, da es hier ohnehin um die Frage einer Schutzpflicht des Staates ging, nicht um ein subjektives Abwehrrecht, s. BVerfGE Bd. 39, S. 1 (41f.), Schwangerschaftsabbruch I. Dagegen nimmt die herrschende Lehre eine Grundrechtsträgerschaft des Nasciturus an. Vgl. *D. Murswiek*, in: *M. Sachs*, Grundgesetz Kommentar, 5. Aufl. München 2009, Art. 2 Rn. 146 (mit zahlreichen weiteren Nachweisen).

⁴ Für Art. 2, Abs. 2, Satz 1 GG: *D. Murswiek*, a. a. O., Art. 2 Rn. 145 a. Für Art. 3, Abs. 3, Satz 2 GG: *E. Giwer*, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik. Eine Studie zum rechtlichen Schutz des Embryos im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung grundrechtlicher Schutzpflichten, Berlin 2001, S. 121; *M. Gubelt*, in: *I. von Münch/P. Kunig*, a. a. O., Art. 3 Rn. 94 a.

⁵ Zur Wortlautinterpretation siehe *E. Giwer*, a. a. O., S. 63.

⁶ Vgl. *ebd.*

(a) Geburt als Zäsur verfassungsrechtlichen Schutzes?

Im Hinblick auf die spezifische Problematik des Spätabbruchs soll an dieser Stelle nicht die übliche Diskussion erfolgen, ob der Grundrechtsschutz schon ab Verschmelzung von Ei- und Samenzelle einsetzt,⁷ mit der Nidation, Individuation oder erst ab einer gewissen Reife.⁸ Vielmehr soll ganz bewusst der Blick auf den extrauterin lebensfähigen Fötus geworfen und auf die Frage gelenkt werden, inwieweit die Geburt verfassungsrechtlich einen Unterschied markiert.

Die Entstehungsgeschichte des Grundgesetzes wird vom Bundesverfassungsgericht als Indiz für den Einbezug des ungeborenen Lebens in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG angesehen.⁹ So wird darauf verwiesen, dass es im schriftlichen Bericht des Hauptausschusses heißt: „Dabei hat mit der Gewährleistung des Rechts auf Leben auch das keimende Leben geschützt werden sollen. Von der Deutschen Partei im Hauptausschuss eingebrachte Anträge, einen besonderen Satz über den Schutz des keimenden Lebens einzufügen, haben nur deshalb keine Mehrheit gefunden, weil nach der im Ausschuss vorherrschenden Auffassung das zu schützende Gut bereits durch die gegenwärtige Fassung gesichert war.“¹⁰ Da es unter den ablehnenden Stimmen ebenso diejenigen gab, die das vorgeburtliche Leben nicht schützen wollten, wurde die Argumentation des Bundesverfassungsgerichts kritisiert.¹¹ Eine neuerliche Analyse der entstehungsgeschichtlichen Materialien hat jedoch überzeugend gezeigt, dass die Befürworter einer das vorgeburtliche Leben einbeziehenden Auslegung im Hauptausschuss des Parlamentarischen Rates überwogen haben.¹² Allerdings ist die entstehungsgeschichtliche Auslegung nicht bestimmend für ein heutiges Verständnis. Daher muss teleologisch danach gefragt werden, welchen Gesetzeszweck die verfassungsrechtlichen Bestimmungen verfolgen. Die teleologische Auslegung ist gleichzeitig das Einbruchstor für außerrechtliche ethische Vorstellungen oder Bezüge zur Biologie und Medizin.

Mit dem Schutz des Lebens und der Würde des Menschen soll einerseits seine physische Existenz geschützt werden, andererseits darüber hinaus die

⁷ So die wohl herrschende Meinung im verfassungsrechtlichen Schrifttum, vgl. *E. Giwer*, a. a. O., S. 77f. (mit zahlreichen Nachweisen in Fn. 95).

⁸ Statt vieler Übersicht bei *H. Schütze*, Embryonale Humanstammzellen, Berlin/Heidelberg 2007, S. 140ff.

⁹ Vgl. die ausführliche Darstellung in BVerfGE Bd 39, S. 1 (38ff.).

¹⁰ Parlamentarischer Rat, Anlage zum stenographischen Bericht der 9. Sitzung am 6. Mai 1949, Schriftlicher Bericht des Abgeordneten Dr. von Mangoldt (CDU) über dem Abschnitt I. Die Grundrechte, Bonn 1948/49. URL: <http://www.gewaltenteilung.de/grundrechte.htm>, Stand 2010.

¹¹ Vgl. nur *E. Giwer*, a. a. O., S. 64.

¹² *R. Beckmann*, Der Parlamentarische Rat und das „keimende Leben“, Der Staat Nr. 47 (2008), S. 551–572 (551ff.).

geistig-seelische Unverfügbarkeit¹³ demonstriert werden. In Frage steht also, ob der Mensch in diesen grundlegenden Schutz erst ab seiner Geburt einbezogen werden sollte. Dabei scheint es wichtig, diese Frage unabhängig von der Gegebenheit eines Schwangerschaftskonflikts zu betrachten. Führt man sich nun eine Situation vor Augen, in der – ganz extrem – der Staat noch kurz vor der Geburt einen Gesundheitstest des ungeborenen Kindes anordnete und verfügte, dass nur gesunde Kinder lebend zur Welt gebracht werden dürften, so würde man den Lebensschutz der Menschen als elementar verkürzt ansehen, wenn nicht auch der ungeborene Mensch vor einer solchen Verfügung durch den Staat geschützt wäre. Überdies sprechen auch medizinische und anthropologische Aspekte für den vorgeburtlichen grundrechtlichen Schutz des Menschen. Betrachtet man nämlich speziell den extrauterin lebensfähigen Fötus im Vergleich zu einem geborenen Frühchen, so liegt der maßgebliche Unterschied darin, dass der Fötus noch nicht geboren worden ist, nicht aber in einem entscheidenden unterschiedlichen Entwicklungsstand. Im Wesentlichen stellt sich im Augenblick der Geburt nur die Atmung unmittelbar um, andere körperliche Funktionen können durchaus mehr Zeit benötigen.¹⁴ Der Mensch beherrscht direkt nach seiner Geburt nur drei Reflexe, die ihm das unmittelbare Überleben sichern.¹⁵ Das Gehirn muss dagegen wesentliche Strukturen erst noch ausbilden. Ein vernunftgemäßes Handeln, wie es für die Zuerkennung von Würde gern zitiert wird,¹⁶ beherrscht der Säugling jedenfalls noch nicht.¹⁷

Dem nicht geborenen Menschen die Grundrechtsfähigkeit dennoch abzusprechen, basiert in Teilen auf tradierten Denkweisen und Argumentationsmustern, die heute in Folge moderner Medizin aufgebrochen werden. Ultraschall, intrauterine Fotografie und Wissen über die Fetalentwicklung haben unser Denken verändert. Ebenso lässt heute die Willkürlichkeit des Geburtszeitpunktes (durch künstliche Geburtseinleitung und Kaiserschnitt) die Geburt als eher zufällige Zäsur erscheinen.¹⁸ Auch werdende Eltern sprechen spätestens in den letzten Schwangerschaftsmonaten vom ihrem „Baby“ und drücken deutlich die Subjektqualität des Ungeborenen aus.

¹³ Vgl. W. Höfling, in: M. Sachs, a. a. O., Art. 1 Rn. 35: „Wahrung personaler Identität bzw. psychischer, seelischer, intellektueller Integrität.“

¹⁴ Vgl. R. Schlößer, Die Geburt als Zäsur – Das Kind vor und nach der Geburt aus medizinischer Sicht, in diesem Band.

¹⁵ Das Baby kann das Gesicht von der Unterlage wegnehmen, um zu atmen, es verfügt über einen Suchreflex nach der Brustwarze und über einen Saugreflex.

¹⁶ Vgl. hier H. Dreier, in: Ders. (Hg.), Grundgesetz Kommentar Bd. 1, 2. Aufl. Tübingen 2004, Art. 1 I Rn. 10.

¹⁷ Vgl. ebd. Art. 1 I Rn. 64.

¹⁸ So auch C. Starck, in: H. v. Mangoldt et al., Kommentar zum Grundgesetz Bd. 1, 5. Aufl. München 2005, Art. 2 Abs. 2 Rn. 192.

Daher ergibt sich auch bei teleologischer Betrachtung, dass bereits der ungeborene Mensch in den Grundrechtsschutz der Menschenwürde und des Lebens einbezogen wird. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.¹⁹

(b) Die Grundrechte im Einzelnen

Im Einzelnen ist nun zu eruieren, inwieweit die Grundrechte auf Würde und Leben des extrauterin lebensfähigen Fötus durch den Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigt werden.

Art. 1 Abs. 1 GG

Rechtlich wird die Menschenwürde in der Regel von ihrer Verletzung her definiert. Daher ist zu fragen, ob der Schwangerschaftsabbruch des fortentwickelten Fötus eine Verletzung seiner Würde darstellt. Nicht jede Tötung eines Menschenwürdeträgers bedeutet automatisch auch einen Verstoß gegen seine Menschenwürde.²⁰ Zum einen erlischt juristisch mit der Tötung eines Menschen nicht auch seine Würde,²¹ zum anderen kann nach unserer Verfassung eine Tötung gerechtfertigt werden, während die Menschenwürde unter keinen Umständen verletzt werden darf.

Eine Tötung bedeutet also nur dann einen Verstoß gegen die Menschenwürde, wenn besondere Umstände hinzutreten,²² ein Mensch etwa getötet wird, weil er aufgrund seiner Andersartigkeit für nicht lebenswert befunden wird, man denke hier nur an die Euthanasie-Fälle des Dritten Reiches. So liegt juristisch kein Verstoß gegen die Menschenwürde des Fötus vor, wenn die Schwangere die Schwangerschaft beendet, um selbst einer Lebens- oder Gesundheitsgefahr zu entgehen. Dagegen stellt ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer embryopathischen Indikation dann einen Eingriff in die Menschenwürde dar,²³ wenn die Tötung von einer systematischen Geringschätzung nicht gesunden Lebens begleitet wird. Eine rein embryopathische Indikation gibt es auf der einfachgesetzlichen Ebene des § 218a StGB zwar nicht mehr, jedoch sieht die Praxis kranke Feten in der Regel als Indiz für eine Gefahr der seelischen Gesundheit der Mutter an.

¹⁹ BVerfGE Bd. 39, S. 1 (36ff.), Schwangerschaftsabbruch I; BVerfGE Bd. 88, S. 203 (251ff.), Schwangerschaftsabbruch II; siehe auch BVerfGE Bd. 115, S. 118 (139), Luftsicherheitsgesetz.

²⁰ A. K. Weilert, Grundlagen und Grenzen des Folterverbotes in verschiedenen Rechtskreisen. Eine Analyse anhand der deutschen, israelischen und pakistanischen Rechtsvorschriften vor dem Hintergrund des jeweiligen historisch-kulturell bedingten Verständnisses der Menschenwürde, Heidelberg 2009, S. 169 (m. w. N. in Fn. 731); H. Schütze, Embryonale Humanstammzellen, Berlin/Heidelberg 2007, S. 239f.

²¹ BVerfGE Bd. 30, S. 173 (194), Mephisto.

²² Vgl. W. Höfling, a. a. O., Art. 1 Rn. 67.

²³ Anderer Ansicht ist das BVerfGE Bd. 88, S. 203 (257).

Nicht der bloße Akt der Tötung bedeutet also eine Menschenwürdeverletzung. Eine Menschenwürdeverletzung des Fötus kann aber dann gegeben sein, wenn Begleitumstände hinzutreten, die ihn zum bloßen Objekt degradieren.

Art. 2 Abs. 2 GG

Ein Schwangerschaftsabbruch ist per definitionem Tötung ungeborenen Lebens, so dass hierdurch in Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) des Fötus eingegriffen wird. Staatlich verfügte Schwangerschaftsabbrüche, wie sie in China vorkommen,²⁴ dürften in Deutschland schon aus Gründen des grundrechtlichen Lebensschutzes nicht stattfinden. Wie weit nun aber die Schutzpflicht des Staates vor einer Tötung durch Private (wie den Arzt auf Verfügung der Schwangeren) reicht, hängt davon ab, wie die Rechte der werdenden Mutter gewichtet werden. Da hierzu zunächst die Bestimmung der Rechte der Schwangeren notwendig ist, soll die Abwägung zwischen den kindlichen und den mütterlichen Rechten erst später vorgenommen werden.

Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG

Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG bestimmt, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Wendet man diese Bestimmung auf das ungeborene Leben an,²⁵ so bedeutet dies, dass eine gesetzliche Ausnahme vom Verbot des Schwangerschaftsabbruchs nicht auf die Tatsache gestützt werden darf, dass das heranwachsende Leben „behindert“ ist. Eine embryopathische Indikation dürfte also nicht mehr Eingang in den § 218a StGB finden.²⁶

Auch eine verdeckte embryopathische Indikation, die ihrem Wortlaut nach auf das Wohl der Mutter zielt, jedoch bei der Feststellung einer nicht therapierbaren Erkrankung des Embryos eben jenes Wohl der Schwangeren als regelmäßig beeinträchtigt ansieht, stellt eine direkte, mindestens aber mittelbare, Benachteiligung Behinderter dar.²⁷ Eine solche Benachteiligung verstößt dann nicht gegen Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, wenn sie „gerechtfertigt“ werden kann. An die Rechtfertigung einer direkten Ungleichbehandlung

²⁴ Internationale Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM), C. Pierk, Die Ein-Kind-Politik der VR China und ihre Auswirkungen. Staatlich verordnete Zwangsabtreibung als Methode der chinesischen Familienplanung und Geburtenkontrolle. URL: <http://www.igfm.de/Die-Ein-Kind-Politik-der-VR-China-und-ihre-Auswirkungen.978.0.html>, Stand 2010.

²⁵ „Niemand“ bezieht sich auf „Menschen“ und umfasst auch das ungeborene Leben, vgl. E. Giwer, a. a. O.; L. Osterloh, a. a. O., Art. 3 Rn. 308 (dort Fn. 684).

²⁶ Ebenso C. Starck, a. a. O., Art. 3 Abs. 3 Rn. 421 (mit weiteren Nachweisen). Das BVerfG hat zwar in seinem Urteil vom 28. Mai 1993, Band 88, S. 203 (257), noch keinen Anstoß an der embryopathischen Indikation genommen, allerdings gilt erst seit dem 15. November 1994 der Zusatz: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

²⁷ Vgl. hier auch C. Starck, a. a. O., Art. 3 Abs. 3 Rn. 421.

sind hohe Anforderungen zu stellen, so dass hierfür „zwingende Gründe“ angeführt werden müssen.²⁸ Sieht man dagegen in einer versteckten embryopathischen Indikation nur eine mittelbare Benachteiligung Behinderter, dann wäre der Spielraum für rechtfertigende Gründe größer.²⁹

III. Kollision mit den verfassungsrechtlichen Grundrechten der (werdenden) Eltern

Im Folgenden soll nun untersucht werden, welche Rechte die Eltern haben und wie diese juristisch in Beziehung zu den Rechten des ungeborenen Kindes zu setzen sind. Primär geht es dabei um die Rechte der Schwangeren, da sie mit dem Fötus körperlich auf das Engste verbunden ist.

1. Rechte der Schwangeren

Ein Verbot des (späten) Schwangerschaftsabbruchs könnte die Rechte der Schwangeren auf Achtung ihrer Menschenwürde, ihres Lebens und ihrer körperlichen Unversehrtheit, ihrer allgemeinen Handlungsfreiheit sowie ihres allgemeinen Persönlichkeitsrechts verletzen.

(a) Menschenwürde – Art. 1 Abs. 1 GG

Das Bundesverfassungsgericht erwähnt zwar in seiner Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch das Recht der Frau aus Art. 1 Abs. 1 GG, ohne aber zu konkretisieren, ob die Menschenwürde durch ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs tatsächlich verletzt wird.³⁰ Insofern ist das Urteil dogmatisch wenig hilfreich, wenn im Zusammenhang des Schwangerschaftsabbruchs nach der Verletzung der Menschenwürde der Schwangeren gefragt wird. Verstehbar wird diese Zurückhaltung angesichts der dogmatischen Schwierigkeiten, die mit der Frage eines Menschenwürdeverstößes behaftet sind. Da Eingriffe in die Menschenwürde juristisch nicht gerechtfertigt werden können, muss die Menschenwürde als Normgehalt von Art. 1 Abs. 1 GG enge Grenzen finden. Eine Abwägung ist nämlich im Falle einer Menschenwürdeverletzung nicht mehr eröffnet. Als viel zitierte Formel

²⁸ Vgl. L. Osterloh, a. a. O., Art. 3 Rn. 314; W. Heun, in: H. Dreier (Hg.), a. a. O., Art. 3 Rn. 137 m. w. N. Vgl. zur Frage, inwieweit Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG verletzt ist (und dies im Ergebnis ablehnend): H. Hofstätter, Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch, Frankfurt a. M. 2000, S. 72ff.

²⁹ L. Osterloh, a. a. O., Art. 3 Rn. 256; M. Gubelt, in: I. v. Münch/P. Kunig, a. a. O., Art. 3 Rn. 91.

³⁰ BVerfGE Bd. 88, S. 203 (254).

wird im juristischen Diskurs eine Menschenwürdeverletzung dann ausgemacht, „wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird.“³¹ Eine Würdeverletzung könnte daher dann anzunehmen sein, wenn die Schwangere durch die Schwangerschaft beispielsweise in eine Lebensgefahr oder ernsthafte, d. h. irreversible und schwere, physische Gesundheitsgefahr gerät und ihr dennoch der Abbruch staatlich verboten wird. Denn ein solches pauschales Verbot würde die Frau wohl nur noch als „Objekt“ in Form einer für das Kind lebensnotwendigen Umgebung ansehen und ihre Persönlichkeit übergehen.³²

Mit der Feststellung, dass das Abtreibungsverbot in eng begrenzten Fällen die Menschenwürde der Frau verletzen kann, ist jedoch noch keine ethische Entscheidung darüber verbunden, wie in solchen Fällen zu handeln ist. Vielmehr gebietet es die Menschenwürde in diesem Fall, dass der Staat der Schwangeren einen Raum für eine eigene Entscheidung einräumt.

Liegt der Fall dagegen so, dass das ungeborene Kind der Mutter keinen körperlichen Schaden zufügt, sondern lediglich selbst krank ist, bedeutet ein Abbruchsverbot für die Schwangere grundsätzlich nicht eine Degradierung zum bloßen „Objekt“, sondern mutet der Schwangeren aus einer natürlichen (und bis zum Zeitpunkt der Diagnose gewollten) Garantienstellung ein Verbot der Tötung und verbunden damit eine Pflicht zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu. Eine Verletzung der Würde der Frau ist damit nicht verbunden.

Sofern aber die Würde der Frau durch das Verbot des Abbruchs verletzt ist, spielen die Rechte des Ungeborenen juristisch keine Rolle mehr und es wird nicht in eine Abwägung zu ihnen eingetreten. Die Menschenwürde ist nach der Verfassung nämlich „unantastbar“. Das Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 GG) des Fötus und das Verbot der Benachteiligung wegen einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2) ist dem Recht auf Achtung der Menschenwürde der Frau bereits ohne Ansehen des konkreten Falles untergeordnet.³³ Allein die Kollision des Rechts auf Schutz der Würde des Fötus aus Art. 1 Abs. 1 GG mit dem Recht auf Nichtantastung der Würde der Schwangeren aus Art. 1 Abs. 1 GG könnte Anlass für eine Abwägung zwischen Mutter und Kind bieten. Jedoch gilt es auch hier zu bedenken, dass die Schutzpflicht des Staates (in Bezug auf den Fötus) den Staat nicht zu einem aktiven Eingriff in die Würde der Schwangeren (durch Verbot des Abbruchs) berechtigt. Auch in Fällen einer solchen Würdekollision ist daher mit guten

³¹ G. Dürig, Der Grundrechtssatz von der Menschenwürde, Archiv des öffentlichen Rechts (AÖR) Nr. 81 (1956), S. 117–157 (127).

³² Ähnlich das BVerfG im Falle des Luftsicherheitsgesetzes (Abschusses eines Flugzeugs mit „unschuldigen“ Passagieren: BVerfGE Bd. 115, S. 118 (154)).

³³ Vgl. T. Geddert-Steinacher, Menschenwürde als Verfassungsbegriff. Aspekte der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz, Berlin 1990, S. 92; J. Isensee, Menschenwürde: die säkulare Gesellschaft auf der Suche nach dem Absoluten, Archiv des öffentlichen Rechts Nr. 131 (2006), S. 173–218 (175).

Gründen vom Vorrang der Achtungspflicht im Hinblick auf die Menschenwürde auszugehen,³⁴ so dass jedes Schwangerschaftsabbruchsverbot, das gegen die Würde der Schwangeren verstößt, verfassungswidrig wäre. An dieser „Rigorosität“ zeigt sich, warum es unabdingbar ist, nicht vorschnell davon auszugehen, dass ein Schwangerschaftsabbruchsverbot die Menschenwürde der Frau verletzt. Die Annahme einer Würdeverletzung kann also, wie auch in anderen Kontexten der Menschenwürde, nur in singulären Ausnahmefällen berechtigt sein, will man den absoluten und ausnahmslosen Schutz der Menschenwürde nicht gefährden.

(b) Leben und körperliche Unversehrtheit – Art. 2 Abs. 2 GG

Recht auf Leben

Ein Eingriff in das Recht auf Leben der Schwangeren durch ein Abtreibungsverbot liegt nur dann vor, wenn aus medizinischen Gründen das Leben der Frau durch die Schwangerschaft bedroht ist und zu erwarten ist, dass die Frau die Schwangerschaft nicht überlebt oder an ihren Folgen sterben wird.

Das Abtreibungsverbot des § 218 StGB bezweckt zwar nicht, das Leben der Schwangeren anzutasten. Es ist aber anerkannt, dass über den finalen Eingriff hinaus ein Eingriff in ein Grundrecht auch dann vorliegt, wenn die Beeinträchtigung nicht final oder wie hier sogar ungewollt ist (weiter Eingriffsbegriff).³⁵

In diesem Sinne liegt ein Eingriff in das Recht auf Leben der betroffenen Frau vor, wenn die konkrete, d. h. über die allgemeinen Risiken einer Schwangerschaft hinausgehende Gefahr besteht, dass die Schwangere die Schwangerschaft trotz medizinischer Hilfen nicht überleben wird.³⁶

Recht auf körperliche Unversehrtheit

Mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG wird die psychische und physiologische Gesundheit geschützt.³⁷ Eine fortdauernde Schwangerschaft bedeutet für die Frau eine große (wenn auch vorüber-

³⁴ Zum Verhältnis von Grundrechten als Abwehrrechten und als Schutzpflichten, s. A. K. Weiler, a. a. O., S. 171ff.

³⁵ H. D. Jarass, in: H. D. Jarass/ B. Pieroth, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, 10. Aufl. München 2009, Art. 2 Rn. 86; D. Murswiek, a. a. O., Art. 2 Rn. 151ff.; R. Zippelius/T. Würtenberger, Deutsches Staatsrecht, 32. Aufl. 2008, § 19 Rn. 29.

³⁶ Für den bloßen Verdacht einer Lebensgefährdung (Risiko) D. Murswiek, a. a. O., Art. 2 Rn. 160f. mit ggf. „Korrektur“ auf der Rechtfertigungsebene; vgl. auch BVerfGE Bd. 51, S. 324 (347); BVerfGE Bd. 52, 214 (220), das eine ernsthafte Befürchtung oder eine erhebliche Gefährdung für das Lebensrecht verlangt, allerdings ohne klare Unterscheidung zwischen Grundrechtseingriff und Grundrechtsverletzung.

³⁷ R. Zippelius/T. Würtenberger, a. a. O., § 24 Rn. 14.

gehende) Veränderung ihres Körpers. Dass die Schwangere durch die Schwangerschaft nicht physisch „krank“ wird, ist rechtlich unerheblich, da Gerichte bereits die Kürzung von Haaren und Bart³⁸ oder etwa auch einen der Gesundheit dienlichen Impfwang³⁹ als Eingriff (nicht aber notwendigerweise als Verletzung des Grundrechts!) ansehen. Überdies kann ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs psychische Folgen nach sich ziehen (wobei gleichermaßen der Schwangerschaftsabbruch die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann⁴⁰).

Da das staatliche Verbot des Abbruchs nicht primär ursächlich ist für den Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit, sondern der Akt der Zeugung der eigentliche „Eingriff“ ist, liegt hier ein mittelbarer Eingriff vor. Der hier angenommene Eingriff in das Recht der Frau aus Art. 2 Abs. 2 GG bedeutet in der Verfassungsdogmatik allerdings noch nicht notwendigerweise auch eine Verletzung dieses Grundrechts.

Rechte des Fötus versus Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Frau

Eine Verletzung der Grundrechte der Schwangeren auf Leben und körperliche Unversehrtheit liegt nur vor, wenn die durch das Schwangerschaftsabbruchsverbot bewirkten Eingriffe mit der Verfassung nicht im Einklang stehen, sich insbesondere als unverhältnismäßig erweisen. Hierfür müssen die Rechte der schwangeren Frau und des Fötus in Beziehung gesetzt werden. Bei dieser Abwägung der konfligierenden Rechte ist das sog. Untermaßverbot zu beachten.⁴¹ Im zweiten Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch heißt es daher im sechsten Leitsatz: „Der Staat muss zur Erfüllung seiner Schutzpflicht ausreichende Maßnahmen normativer und tatsächlicher Art ergreifen, die dazu führen, dass ein – unter Berücksichtigung entgegenstehender Rechtsgüter – angemessener und als solcher wirksamer Schutz erreicht wird (Untermaßverbot).“⁴²

Steht das Leben der Schwangeren auf dem Spiel, steht also „Leben gegen Leben“, dann muss die Schutzpflicht des Staates für das Ungeborene hinter der Achtungspflicht des Lebens der Mutter zurücktreten. Der Staat kann

³⁸ BVerfGE Bd. 47, S. 239 (248).

³⁹ BVerwGE (Entscheidungssammlung Bundesverwaltungsgericht) Bd. 9, S. 78 (79).

⁴⁰ Vgl. A. Pokropp-Hippen, Post Abortion Syndrom – eine Krankheit im Tabu, in diesem Band; siehe ferner K. Prussky, „Vergiß-mein-nicht“, in: R. Lindner (Hg.), Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung, Heidelberg 2008, S. 97–108 (97ff.).

⁴¹ BVerfGE Bd. 88, S. 203 (254f.); J. Isensee in: Ders./P. Kirchhof (Hg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. 5, Heidelberg 1992, § 111 Rn. 165f. (wobei Isensee hervorhebt, dass dem Effektivitätsgebot nicht schon dann genüge getan ist, wenn eine Schutznorm erlassen wurde. Vielmehr muss auch ihre Durchsetzung gewährleistet werden).

⁴² BVerfGE Bd. 88, S. 203.

nicht ohne besonderen Grund verfügen, dass jemand sein Leben für einen anderen Menschen opfern muss.⁴³

Auch im Hinblick auf die körperliche Unversehrtheit der Mutter muss in eine Güterabwägung zwischen den Rechten des ungeborenen Kindes und denen der Schwangeren eingetreten werden. Dabei fällt ins Gewicht, dass bei normalem Schwangerschaftsverlauf die körperliche Unversehrtheit nur vorübergehend beeinträchtigt ist, während der Abbruch dem Kind das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit endgültig nimmt. In den Fällen der Spätabtreibung geht es der Schwangeren ohnehin meistens nicht darum, dass sie die Schwangerschaft nicht weiter ertragen möchte, sondern dass sie das konkrete kranke Kind in ihr nicht haben will.⁴⁴ Wüsste sie nichts von der Krankheit des Kindes, würden ihr die körperlichen Veränderungen auch nichts ausmachen, ja sie würde diese sogar unter Umständen als positiv bewerten. Daher geht es hier im Kern um die psychische Komponente. Eine unterhalb der Schwelle einer krankhaften Depression befindliche Verstimmung muss gegenüber dem Lebensrecht des Kindes zurücktreten, da es dann nur um eine „Unannehmlichkeit“ geht, während das Lebensrecht des Kindes ihm durch den Abbruch irreversibel genommen wird. Bei einer krankhaften Depression ist die Schwangere dagegen schwer beeinträchtigt. Problematisch ist aber, dass der Abbruch der Schwangerschaft unter Umständen bereits gar kein geeignetes Mittel ist, um eine – nicht selten multi-kausal verursachte – Depression abzuwenden, da eine Spätabtreibung ein elementar traumatisches Erlebnis ist. Selbst wenn der Abbruch aber eine Linderung bewirken könnte, stünde immer noch die Frage im Raum, ob das Leben des Einen für die Gesundheit des Anderen geopfert werden dürfte.⁴⁵ Wenn man dies nicht schon grundsätzlich ausschließt, ist entscheidend eine konkrete Abwägung anhand der Umstände des Einzelfalles, die dem besonderen Wert des Rechts auf Leben gerecht wird, deren Ergebnis aber nicht vorweggenommen beurteilt werden kann. Die bloße Diagnose einer krankhaften Depression reicht daher im Verfassungsrecht nicht aus, um eine Spätabtreibung zu legitimieren, sondern erforderlich ist jedes Mal eine Abwägung der Grundrechte von Mutter und Kind. Dabei müsste immer die „Kontrollfrage“ gestellt werden, wie mit einem solchen Kind umgegangen würde, wenn es geboren wäre. Die Abwägung darf also nicht von der Vor-

⁴³ Vgl. hier auch BVerfGE Bd. 115, S. 118 (151ff.).

⁴⁴ Oft wird nach Abbruch einer Schwangerschaft eines kranken Kindes eine erneute Schwangerschaft gewagt. Es geht hier also häufig nicht um die Frage, ob ein Kind gewollt ist, sondern dass nur ein bestimmtes Kind Annahme findet. Vgl. zur „Wunschkindthematik“ auch S. Stengel-Rutkowski, Pränatale Syndromdiagnose – Tod des Wunschkindes – Elternentscheidung im Schock, in diesem Band.

⁴⁵ Das BVerfG bezeichnet das Leben als „Höchstwert“, siehe E 39, S. 1 (42); E 46, S. 160 (164); E 49, S. 24 (53); E 115, S. 118 (139). vgl. zur Literatur H. Schulze-Fielitz, in: H. Dreier, a. a. O., Art. 2 II Rn. 21; D. Lorenz, Handburch Staatsrecht (HStR) Bd. 5, Heidelberg 1989, § 128 Rn. 5.

stellung begleitet sein, dass das Werden eines Kindes verhindert wird, sondern die Abwägung findet zwischen den Grundrechten zweier Menschen statt. Ist beispielsweise das Kind aufgrund seiner Erkrankung ohne die Versorgung durch die mütterliche Plazenta trotz der medizinischen Möglichkeiten nicht lebensfähig (wie beispielsweise bei einer Anenzephalie),⁴⁶ dürfte keine staatliche Verpflichtung bestehen, das ungeborene Leben zu schützen. Dann ist ein Raum eröffnet, in dem die Schwangere allein entscheiden muss, welchen Weg sie gehen will. Dabei ist – dies sei am Rande bemerkt – der Ausgang dieser Entscheidung aus ethischer und psychologischer Perspektive keineswegs einfach. So berichten einige Frauen von sehr positiven und inneren Frieden verleihenden Erfahrungen, die sie mit dem Austragen auch solcher Kinder gemacht haben.⁴⁷ Von diesen Aspekten ist aber die verfassungsrechtliche Beurteilung zu unterscheiden.

(c) Allgemeine Handlungsfreiheit – Art. 2 Abs. 1 GG

Art. 2 Abs. 1 GG schützt – sehr weitgehend – die allgemeine Handlungsfreiheit,⁴⁸ also „das Recht jedes Menschen, sein Handeln so einzurichten, wie er es kraft seiner eigenen Entscheidung für richtig hält.“⁴⁹ Dass jegliches Verbot des Schwangerschaftsabbruchs mit der Freiheit, „zu tun und zu lassen“⁵⁰ kollidiert, ist selbstredend. Aufgrund des extensiven Schutzbereichs sind die Anforderungen an die Legitimation etwaiger Eingriffe allerdings gering. Jedes mit der Verfassung im Einklang stehende Gesetz kann also die allgemeine Handlungsfreiheit begrenzen (vgl. Art. 2 Abs. 1, 2. Halbsatz GG).⁵¹ Damit kommt es am Ende vor allem darauf an, ob das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs im Hinblick auf die Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit der Frau verhältnismäßig ist. Insoweit es bei der allgemeinen Handlungsfreiheit um einen menschenwürderelevanten Kernbereich oder die körperlichen und psychischen Veränderungen geht, sind die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1 GG (Menschenwürde) und Art. 2 Abs. 2 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) spezieller und

⁴⁶ Vgl. zur Funktion der Plazenta: R. Schlößer, a. a. O.

⁴⁷ Vgl. Verein für Hilfe nach pränataler Diagnostik, Erfahrungsberichte, URL: <http://www.prenat.ch/d/berichte.php>, Stand 2010.

⁴⁸ BVerfGE (Entscheidungssammlung Bundesverfassungsgericht), Band 6, S. 32 (36ff.) – Elfes-Urteil.

⁴⁹ R. Zippelius, T. Würtenberger, a. a. O., § 22 Rn. 2.

⁵⁰ Parlamentarischer Rat, Hauptausschuss, 42. Sitzung am 18. Januar 1949, Stellungnahme Dr. von Mangoldt (CDU) zu Art. 2, Bonn 1948/49, S. 533, s. auch BVerfGE.

⁵¹ BVerfGE Bd. 6, S. 32 (38): „der Bürger aber wird in seiner allgemeinen Handlungsfreiheit legitim eingeschränkt nicht nur durch die Verfassung oder gar nur durch ‚elementare Verfassungsgrundsätze‘, sondern durch jede formell und materiell verfassungsmäßige Rechtsnorm“.

verdrängen im Wege der Grundrechtskonkurrenz den Anwendungsbereich des Art. 2 Abs. 1 GG.⁵²

Dem durch Art 2 Abs. 1 GG geschützten Interesse der Schwangeren, die Einschränkungen der persönlichen Lebensweise, die mit Fortführung der Schwangerschaft und dem Aufziehen des Kindes verbunden sind, nicht tragen zu müssen, steht das Recht auf Leben des Fötus gegenüber. Wägt man die allgemeine Handlungsfreiheit gegen das Lebensrecht eines späten Fötus ab, so ist zu bedenken, dass die Einschränkung der Lebensweise der Schwangeren zunächst nur bis zum Ende der Schwangerschaft andauert, da sie ihr Kind nicht notwendigerweise selbst aufziehen muss, das Lebensrecht des Kindes aber irreversibel genommen wird. Das Recht auf Leben des Kindes überwiegt daher die allgemeine Handlungsfreiheit.

(d) Allgemeines Persönlichkeitsrecht – Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG soll eine Lücke schließen zwischen dem engen Schutz der absolut unantastbaren Menschenwürde und dem weiten Anwendungsbereich der leicht einschränkbaren allgemeinen Handlungsfreiheit.

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht hat seine Ausprägung in Fallgruppen erfahren. Geschützt wird dabei auch ein „Bereich privater Lebensgestaltung“ im Sinne eines „autarken Privatbereichs“.⁵³ In diesem Sinne heißt es vom Bundesverfassungsgericht in seinem ersten Urteil zum Schwangerschaftsabbruch „Die Schwangerschaft gehört zur Intimsphäre der Frau, deren Schutz durch Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG verfassungsrechtlich verbürgt ist.“⁵⁴ Diese Aussage wird dann aber sogleich relativiert, indem das Gericht ausführt: „Wäre der Embryo nur als Teil des mütterlichen Organismus anzusehen, so würde auch der Schwangerschaftsabbruch in dem Bereich privater Lebensgestaltung verbleiben, in den einzudringen dem Gesetzgeber verwehrt ist.“ Die Schwangerschaft betrifft die Intimsphäre, vor allem dann, wenn sie nach außen noch nicht sichtbar ist. Die Wahrung der Intimsphäre bedeutet hier vor allem, dass die Schwangere die Schwangerschaft ganz für sich behalten kann. Ob die mit der Schwangerschaft einhergehenden körperlichen Veränderungen als Teil der verfassungsrechtlich geschützten Intimsphäre zu sehen sind oder als Ausprägung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit, ist schwierig zu bestimmen. Hier verschwimmen die Konturen, wie dies für die Bestimmung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts nicht ganz unüblich ist.⁵⁵ Vieles spricht dafür, das Recht auf Intim-

⁵² Vgl. zum Verhältnis von Art. 2 Abs. 1 GG und anderen Grundrechten H. Dreier, a. a. O., Art. 2 I Rn. 93.

⁵³ Ebd., Art. 2 I Rn. 70.

⁵⁴ BVerfGE Bd. 39, S. 1 (42).

⁵⁵ Vgl. auch H. Dreier, a. a. O., Art. 2 I Rn. 70.

sphäre nur in den Bereichen anzunehmen, die nicht bereits durch andere Grundrechte abgedeckt sind. Dass die Schwangerschaft den Körper verändert, wird bereits vollständig durch das Recht auf körperliche Unversehrtheit erfasst. So ist im zweiten Schwangerschaftsabbruchsurteil⁵⁶ von der Intimsphäre der Frau auch nicht mehr die Rede.

(e) Recht auf Selbstbestimmung

Wird der Schwangerschaftsabbruch in Politik und Gesellschaft diskutiert, so fällt oft das Argument eines „Rechts auf Selbstbestimmung“ der Schwangeren. Auch das Bundesverfassungsgericht greift in seinen beiden Urteilen zum Schwangerschaftsabbruch hierauf zurück, und zwar zitiert es das Selbstbestimmungsrecht in seiner ersten Entscheidung noch fünf Mal,⁵⁷ in seiner zweiten Entscheidung nur noch an einer Stelle.⁵⁸ In beiden Urteilen bleibt allerdings offen, wo genau das Selbstbestimmungsrecht grundgesetzlich verankert ist.

Das Recht auf Selbstbestimmung ist jedoch nicht, wie landläufig angenommen werden mag, in einem einzigen bestimmten Grundrechtsartikel verbürgt. Der Umfang des Rechts auf Selbstbestimmung ergibt sich vielmehr aus einer Zusammenschau verschiedener Grundrechte, vor allem der Menschenwürde (Art 1 Abs. 1 GG), des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG), des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2, S. 1 GG), der Freiheit des Glaubens und Gewissens (Art. 4 Abs. 1 GG) sowie der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG).⁵⁹ Ein über diese Grundrechtsgarantien hinausgehendes allgemeines Selbstbestimmungsrecht gibt es auf verfassungsrechtlicher Ebene nicht.

2. Rechte des Erzeugers

Der Schwangerschaftskonflikt wird rechtlich üblicherweise nur als Konflikt zwischen werdender Mutter und ungeborenem Kind betrachtet, was rechtshistorisch betrachtet übrigens keine Selbstverständlichkeit ist.⁶⁰

⁵⁶ BVerfGE Bd. 88, S. 203ff.

⁵⁷ BVerfGE Bd. 39, S. 1ff., hier zitiert vom Gericht in den Leitsätzen ein Mal, in den Gründen vier Mal.

⁵⁸ BVerfGE Bd. 88, S. 203ff.: hier zitiert vom Gericht ein Mal, in der abweichenden Meinung zwei Mal.

⁵⁹ Vgl. F. Panagopoulou-Koutnatzi, Die Selbstbestimmung des Patienten. Eine Untersuchung aus verfassungsrechtlicher Sicht, Berlin 2009, S. 26ff.

⁶⁰ Vgl. G. Jerouschek, Lebensschutz und Lebensbeginn, Stuttgart 1988, S. 26ff.; R. Jütte, Griechenland und Rom. Bevölkerungspolitik, Hippokratischer Eid und antikes Recht, in: Ders. (Hg.), Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart, München 1993, S. 27 (42f.).

Zu fragen ist jedoch, ob dem Vater ein Recht aus der Verfassung auf Vaterschaft aus Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG zukommt. Zum Tragen käme ein solches Recht nur dann, wenn sich die Schwangere gegen den Willen des Erzeugers für einen Abbruch entscheidet. In Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG heißt es: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.“ Das Elternrecht nimmt seinen Anfang zum Zeitpunkt der Zeugung.⁶¹ Die Pflege des Kindes, also die „Sorge für das körperliche Wohl“⁶² beginnt in der Praxis bereits damit, dass die Schwangere schädliche Einflüsse unterlässt (z. B. Rauchen und Alkohol) und positive Maßnahmen (z. B. Schwangeren-Vorsorge) für das Kind ergreift. Für den Vater verläuft jedoch jede Einflussnahme auf das ungeborene Kind nur vermittelt über die Mutter, so dass sein Recht auf Pflege erst nach der Geburt unabhängig von der Mutter wahrgenommen werden kann. Ein Schwangerschaftsabbruch würde jedoch bedeuten, dass das mit der Zeugung angelegte Recht nie zur Entfaltung kommen könnte.

Allerdings kann ein Grundrecht direkt nur gegen den Staat, nicht direkt gegen eine Privatperson, Wirkung entfalten. Daher kommt hier nur eine Schutzpflicht des Staates zugunsten des Vaters in Betracht. Eine solche etwaige Schutzpflicht kann jedoch nicht über jene Schutzpflicht, die der Staat in Bezug auf das Leben des Fötus hat, hinausgehen. Wo den Staat schon keine Verpflichtung trifft, das Leben des Fötus zu bewahren, kann ihn auch keine Pflicht treffen, das Elternrecht des Vaters zu schützen. Daher verändert sich nichts an der Güterabwägung durch das Elternrecht des Vaters.

IV. Schwangerschaftskonflikt als Gesellschaftsproblem: Aspekte der Gleichberechtigung

Normalerweise wird der Schwangerschaftskonflikt, wie erwähnt, als Konflikt zwischen der Schwangeren und ihrem Kind dargestellt. Dies entspricht indes nicht der Lebensrealität, da der Konflikt vielfach nicht im eigentlichen Sinne die Schwangerschaftsmonate selbst betrifft, sondern die Zeit nach der Geburt im Hinblick auf die Tatsache, dass Erziehung und Pflege der Kinder auch heute noch maßgeblich bei der Frau verbleiben. Während Männer meist ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Beeinträchtigung nachgehen können, sind es gerade die Frauen, die bei Kindern mit speziellem Fürsorgebedürfnis in besonderer Weise herausgefordert werden und eine Erwerbs-

⁶¹ G. Robbers, in: von H. v. Mangoldt et al. (Hg.), a. a. O., Art. 6 Abs. 2 Rn. 155; vgl. zur Elternverantwortung H. Hofstätter, a. a. O., S. 126ff.

⁶² B. Pieroth, in: H. D. Jarass/B. Pieroth, a. a. O., Art. 6 Rn. 37.

tätigkeit nicht auch noch bewältigen können, auch wenn ihnen dies gut täte.⁶³ Gesellschaftliche Verhältnisse, die die Frauen vor ein „Alles-Oder-Nichts-Prinzip“ stellen, indem der Abbruch erlaubt wird, die Last eines kranken Kindes aber nicht adäquat mitgetragen wird, richten sich letztendlich gegen die Frau, die entweder ihre Entscheidung für den Abbruch, die im schlimmsten Falle durch den Partner erzwungen wurde, allein tragen muss oder aber in eine besondere Aufopferungssituation gestellt wird. Paradoxerweise ernten Frauen, die sich trotz eines auffälligen Befundes für das Kind entscheiden, oft keinen Zuspruch, sondern eher Ablehnung. Im Sinne einer effektiven Gleichberechtigung müssten dagegen die Nachteile, die sich spezifisch für Mütter kranker Kinder ergeben, besonders abgefedert werden.

Die verfassungsrechtliche Anerkennung der Notwendigkeit einer staatlichen Hilfeleistung für schwangere Frauen und Mütter ergibt sich zum einen aus dem Fürsorgeanspruch der Mutter nach Art. 6 Abs. 4 GG,⁶⁴ zum anderen aber auch aus Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG, wonach die geschlechtsspezifische Benachteiligung der Frau, die gerade für Schwangere und Mütter besteht, zu beseitigen ist.

V. Ein Schlusswort

Juristische Argumentationen klingen angesichts so elementarer Fragen, wie sie im Spätabbruch offenbar werden, oft sperrig und unangemessen nüchtern. Tiefgreifende moralische Dilemmata zu lösen ist nicht das, was Juristen normalerweise aufgegeben ist. Gäbe es keinen rechtlichen Schutz ungeborenen Lebens, könnten sich die Juristen aus dieser schweren Diskussion auch bequem verabschieden. Dann nämlich wäre die Entscheidung über Leben und Tod noch nicht geborener Menschen vollkommen in die private Entscheidungssphäre verdrängt. Doch scheint es, dass der Moment der Geburt nicht das ist, was den Menschen zum Menschen erhebt. Nicht zuletzt das innere Bedürfnis etwa von Eltern, auch Totgeburten würdevoll zu begraben und sich von ihnen zu verabschieden, bestätigt, dass die Beziehung zum Kind bereits vor seiner Geburt einsetzt. Auch bei abgetriebenen Kindern wird oft ein bewusster Abschied vollzogen.⁶⁵ So ist also der Staat

⁶³ Vgl. hier Retzlaff zu der besonderen Belastung der Mütter sowie der Schwierigkeit, einer (gleichwohl wohlthuenden) Erwerbstätigkeit neben einem Pflegefall nachzugehen. R. Retzlaff, *Leben mit einem Kind mit Behinderung*, in diesem Band.

⁶⁴ Art. 6 Abs. 4 GG: „Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft“.

⁶⁵ S. zu möglichen psychischen Reaktionen bei fehlender Verabschiedung S. Hufendiek, *Frauen/Paare im Spannungsfeld pränataldiagnostischer Untersuchungen zwischen der Freiheit und der Not zur Entscheidung*, in diesem Band.

herausgefordert, den Menschen von seinem Beginn an in seiner Würde zu schützen und ihm lebensschützend zur Seite zu stehen. Die Eltern des Kindes sind dabei der beste Garant für das Wohlergehen des Babys. Sie zu unterstützen ist der effektivste Lebensschutz, der gleichzeitig die Bedürfnisse der Eltern wahrnimmt. Heutige Kleinfamilienstrukturen können ohne staatliche Hilfen in aller Regel die Herausforderung gerade eines sich nicht in die Normalität einfügenden Kindes nicht allein bewältigen. Je mehr überzeugende Hilfen der Staat also für Familien mit „besonderen“ Kindern bereit hält, desto ehrlicher ist sein Wille, sowohl Leben zu schützen als auch die Eltern mit ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und zu unterstützen.

Literatur

- Beckmann, Rainer*, Der Parlamentarische Rat und das „keimende Leben“, Der Staat Nr. 47 (2008), S. 551–572.
- Dreier, Horst* (Hg.), Grundgesetz Kommentar Bd. 1: Präambel, Artikel 1–19, 2. Aufl. Tübingen 2004.
- Ders.*, Stufungen des vorgeburtlichen Lebensschutzes, Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP) 2002, S. 377–383.
- Dürig, Günter*, Der Grundrechtssatz von der Menschenwürde, Archiv des öffentlichen Rechts (AÖR) Nr. 81 (1956), S. 117–157.
- Geddert-Steinacher, Tatjana*, Menschenwürde als Verfassungsbegriff. Aspekte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz, Berlin 1990.
- Giwer, Elisabeth*, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik. Eine Studie zum rechtlichen Schutz des Embryos im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung grundrechtlicher Schutzpflichten, Berlin 2001.
- Hilgendorf, Eric*, Scheinargumente in der Abtreibungsdiskussion – am Beispiel des Erlanger Schwangerschaftsfalls, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1996, S. 758–762.
- Höfling, Wolfram*, Von Menschen und Personen, in: *Schiedermair, Hartmut/Dörr, Dieter* (Hg.), Die Macht des Geistes: Festschrift für Hartmut Schiedermair, Heidelberg 2001.
- Hofstätter, Hans*, Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch, Frankfurt a. M. 2000.
- Internationale Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM), *Christine Pierk*, Die Ein-Kind-Politik der VR China und ihre Auswirkungen. Staatlich verordnete Zwangsabtreibung als Methode der chinesischen Familienplanung und Geburtenkontrolle.

- URL: <http://www.igfm.de/Die-Ein-Kind-Politik-der-VR-China-und-ihre-Auswirkungen.978.0.html>, Stand 2010.
- Isensee, Josef/P. Kirchhof* (Hg.), Handbuch des Staatsrechts Bd. 5, Heidelberg 1992.
- Isensee, Josef*, Menschenwürde: die säkulare Gesellschaft auf der Suche nach dem Absoluten, Archiv des öffentlichen Rechts Nr. 131 (2006), S. 173–218.
- Jarass, Hans D./Pieroth, Bodo*, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, 10. Aufl. München 2009.
- Jerouschek, Günter*, Lebensschutz und Lebensbeginn, Stuttgart 1988.
- Jütte, Robert* (Hg.), Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart, München 1993.
- Linder, Rupert* (Hg.), Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung, Heidelberg 2008.
- Lorenz, Dieter*, Handbuch Staatsrecht Bd. 5, Heidelberg 1989.
- Mangoldt, Hermann von/Klein, Friedrich/Starck, Christian*, Kommentar zum Grundgesetz Bd. 1: Präambel, Artikel 1–19, 5. Aufl. München 2005.
- Müller-Terpitz, Ralf*, Der Schutz des pränatalen Lebens. Eine verfassungs-, völker- und gemeinschaftsrechtliche Statusbetrachtung an der Schwelle zum biomedizinischen Zeitalter, Tübingen 2007.
- Münch, Ingo von/Kunig, Philip* (Hg.), Grundgesetz-Kommentar Bd 1, 5. Aufl. München 2000.
- Panagopoulou-Koutnatzi, Fereniki*, Die Selbstbestimmung des Patienten. Eine Untersuchung aus verfassungsrechtlicher Sicht, Berlin 2003.
- Parlamentarischer Rat, Hauptausschuss, 42. Sitzung am 18. Januar 1949, Stellungnahme Dr. von Mangoldt (CDU) zu Art. 2, Bonn 1948/49.
- Parlamentarischer Rat, Anlage zum stenographischen Bericht der 9. Sitzung am 6. Mai 1949, Schriftlicher Bericht des Abgeordneten Dr. von Mangoldt (CDU) über dem Abschnitt I. Die Grundrechte, Bonn 1948/49. URL: <http://www.gewaltenteilung.de/grundrechte.htm>, Stand 2010.
- Sachs, Michael* (Hg.), Grundgesetz Kommentar, 5. Aufl. München 2009.
- Schmidt-Jortzig, Edzard*, Systematische Bedingungen der Garantie unbedingten Schutzes der Menschenwürde in Art. 1 GG, Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) 2001, S. 925–932.
- Schütze, Hinner*, Embryonale Humanstammzellen, Berlin/Heidelberg 2007.
- Verein für Hilfe nach pränataler Diagnostik, Erfahrungsberichte, URL: <http://www.prenat.ch/d/berichte.php>, Stand 2010.
- Weilert, Anja Katarina*, Grundlagen und Grenzen des Folterverbotes in verschiedenen Rechtskreisen. Eine Analyse anhand der deutschen, israelischen und pakistanischen Rechtsvorschriften vor dem Hintergrund des jeweiligen historisch-kulturell bedingten Verständnisses der Menschenwürde, Heidelberg 2009.
- Zippelius, Reinhold/Würtenberger, Thomas*, Deutsches Staatsrecht. Ein Studienbuch, 32. Aufl. München 2008.

Reiner Anselm

Begründet erst die Geburt ein Recht des kranken Kindes auf Leben, das dem Recht auf Wohlergehen der Eltern nicht mehr untergeordnet ist?

Eine theologisch-ethische Reflexion

I. Die Suggestion der klaren Antwort

Wer eine klare Frage stellt, erwartet eine ebenso klare Antwort. Das gilt auch für den Bereich der Ethik, und dementsprechend ist auch die Frage, die hier gestellt ist, eindeutig formuliert: Begründet erst die Geburt ein Recht des kranken Kindes auf Leben, das dem Recht auf Wohlergehen der Eltern nicht mehr untergeordnet ist? Wenn dennoch selbst eine spontane Antwort auf diese Frage schwerfällt, dann liegt das daran, dass die Frage zwar klar formuliert ist, der Sachverhalt aber, aus dem sie erwächst, sich schon bei einem etwas genaueren Hinsehen als außerordentlich facettenreich erweist. Versucht man nämlich, die gestellte Frage über das Aufstellen eines Syllogismus und somit über eine klassische Argumentationsfigur der Ethik zu beantworten, so zeigen sich schnell die Schwierigkeiten, die mit dem Gewinnen und Begründen einer eindeutigen Antwort verbunden sind. Das beginnt schon beim Obersatz: Intuitiv möchte man zunächst formulieren, alle Menschen haben dasselbe Recht auf Leben. Nun ist aber dieser Satz – anders als das bekannte „alle Menschen sind sterblich“ – ein normativer und kein deskriptiver Satz, der selbst bereits einer Begründung bedarf. Zudem stellt sich auch sogleich die Frage, ob mit der Aussage, alle Menschen haben dasselbe Recht auf Leben, auch bereits gesagt ist, dass das Lebensrecht des einen nicht gegen das Lebensrecht des anderen abgewogen werden darf. Und schließlich: Sind auch Ungeborene bereits in der Formel „alle Menschen“ eingeschlossen, oder müsste man präzise formulieren: „Alle geborenen Menschen haben dasselbe Recht auf Leben“ – und würde damit freilich bereits eine bestimmte Schlussfolgerung präjudizieren. Im Blick auf den Untersatz wird diese Problematik noch einmal deutlich: „Sokrates ist ein Mensch“ ist

eine eindeutige Aussage, aber gilt dies in gleicher Weise auch für Ungeborene? Und: Spielt die Klassifikation als „krank“ hier eine Rolle?

Mit diesen Überlegungen ist die Komplexität der Fragestellung umrissen – und zugleich dürfte deutlich sein, wie sehr die Schlussfolgerung zur Beantwortung der gestellten Frage von der näheren Bestimmung der skizzierten Problembereiche abhängt. Obwohl also die Ausgangsfrage klar gestellt ist, wird es, soviel sei gleich vorab bemerkt, nicht möglich sein, eine eindeutige Antwort zu formulieren. Vielmehr gilt auch hier, dass es je und je der Abwägung der konkreten Situation bedarf: Gerade im Bereich der Bioethik, insbesondere bei den Konfliktlagen am Anfang und Ende des Lebens, ist Ethik unweigerlich Situationsethik. Denn insofern es sich hier in besonderem Maße um existenzielle Fragestellungen handelt, entziehen sie sich einer generalisierenden Zugangsweise, die die konkreten Umstände, die individuelle Perzeption der jeweiligen Situation außer Acht lassen würde. Bioethische Fragen und insbesondere auch die hier zu diskutierende Frage des Schwangerschaftsabbruchs lassen sich nicht unabhängig von der Perspektive diskutieren, aus der heraus die Betroffenen, vor allem natürlich die betroffene Frau, diese Frage wahrnimmt. Das bedeutet freilich nicht, einem bloßen Individualismus das Wort zu reden; denn auch die individuelle moralische Perzeption ist von kulturellen Prägungen, von tradierten Mustern beeinflusst. Ethische Reflexion kann sich nun nur auf die Gestalt und die Formung solcher Leitlinien beziehen, nicht aber kann sie an die Stelle einer vom konkreten Individuum zu treffenden Entscheidung gesetzt werden.¹ Insofern können die nachfolgenden Überlegungen auch nur der Versuch sein, Leitlinien für einen Umgang mit der vielschichtigen Problematik der Spätabtreibungen zu formulieren. Ethische Reflexion kann hier nur zum Nachdenken anregen. Sie würde ihre Möglichkeiten aber überschätzen, wenn sie angesichts der hochindividuellen Konfliktlagen allgemeine Antworten präsentieren wollte.

II. Zum Ausgangspunkt der Argumentation

Der Schutz des menschlichen Lebens bildet zweifelsohne einen Kernbestand des biblisch-christlichen Zeugnisses und der daraus erwachsenen Rechtstradition – was nicht in Abrede stellen kann und darf, dass ein solcher Schutz auch in den anderen Religions- und Rechtskulturen fest verankert ist: Da das individuelle Leben als Gabe Gottes verstanden wird, verbietet es sich, ohne einen triftigen Grund, also willkürlich, in das Leben einzugrei-

¹ Vgl. J. Fischer et al., Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik, Stuttgart 2008, S. 62ff.

fen. Dem irdischen Leben kommt eine Gleichnisfunktion zu für das ewige Leben, das zu vermitteln Jesu Botschaft darstellt. Nur von diesem ewigen Leben her erschließt sich auch das Ziel irdischen Lebens, so stellen es vor allem die Texte des Johannesevangeliums heraus.² Insofern hat das irdische Leben zwar einen hinweisenden Charakter auf das ewige Leben und darin einen besonderen Wert, ihm eignet aber dennoch eine Vorläufigkeit, die eine Absolutsetzung des Wertes irdischen Lebens verhindert. Jede ethische Betrachtungsweise wird diese Grunddaten im Falle einer Konfliktlage, bei der Fragen des Lebensschutzes thematisch werden, zu berücksichtigen haben. Zu diesem Schutz des irdischen Lebens im Horizont der biblisch-christlichen Überlieferung gehören dabei zwei wichtige Elemente: Er gilt grundsätzlich für alle Menschen in gleicher Weise, da alle Menschen Geschöpfe und darin Ebenbild Gottes sind. Es gibt also keine in dem Wesen des einzelnen Menschen, seinem Alter, Geschlecht, seiner Rasse- oder Volkszugehörigkeit begründeten Einschränkungen. Insofern gibt es auch kein aus solchen Merkmalen resultierendes über- bzw. untergeordnetes Recht auf Leben. Und: Der Schutz des Lebens bezieht sich nicht allein auf die leibliche Integrität, sondern auch auf die Umstände, in denen jemand sein Leben zu leben hat. Insofern bleibt die Dekalogüberlieferung nicht beim Tötungsverbot stehen, sondern regelt auch die Form menschlichen Zusammenlebens. Die prophetischen Texte des Alten Testaments richten sich gegen problematische soziale Ordnungen. Im Neuen Testament lässt sich etwa in der Rede vom Endgericht³ aus den allen Christen gebotenen Werken der Barmherzigkeit ableiten, dass es eben nicht nur darum geht, das Leben überhaupt zu schützen, sondern dass Christen verpflichtet sind, am Ziel einer menschengerechten Ausgestaltung der Lebensumstände mitzuwirken. Für unsere konkrete Fragestellung bedeutet das, dass eben die Kontrastierung zwischen dem Recht auf Leben und dem Wohlergehen nicht bereits die möglicherweise insinuierte Konsequenz beinhalten kann, derzufolge Leben gegenüber Wohlergehen selbstverständlich den Vorzug beanspruchen könnte, so wie dies etwa in manchen ethischen Konzeptionen der Gegenwart durchscheint, die vom Leben als dem konditionalen Gut sprechen. Mit Recht hält Christoph Landmesser fest, dass in alttestamentlich-frühjüdischer Sicht, die für das neutestamentliche und das frühchristliche Verständnis grundlegend ist, Leben nicht die bloße, nackte physische Existenz bezeichnet: „Das dem Schöpfer und Erhalter verdankte Leben, das von Gott abhängige und auf ihn, seinen Lobpreis ausgerichtete Leben, ist gefülltes, ist reiches, es ist

² Vgl. C. Hoegen-Rohls, *Ewigkeit und Leben. Der biblische Vorstellungskreis III: Johannes*, in: P. Bahr/S. Schaede (Hg.): *Das Leben*, Band 1, Tübingen 2009, S. 129–152.

³ Vgl. Die Bibel, Matthäus 25, 33ff.

pralles Leben.“⁴ Zugleich halten die biblischen Texte fest: Es gibt kein abstraktes, von der jeweiligen Person ablösbares Leben. Leben vollzieht sich in der konkreten Beziehung eines Individuums zu Gott. Insofern ist auch die Rede von der „Heiligkeit des Lebens“ irreführend, wenn damit zum Ausdruck gebracht werden soll, dass es eine gleichsam göttliche Qualität des Lebens an sich gibt, die dann als eine solche allem konkreten menschlichen Leben inhärent sei.⁵ Der besondere Status des Lebens ergibt sich daraus, dass es zum einen die Individualität jedes und jeder Einzelnen begründet, und dass es zum anderen jedem gleichermaßen von Gott gegeben wurde. Gerade der letztgenannte Aspekt ist wichtig für die Fragen der Ethik: Der Schutz des Lebens resultiert nicht aus dessen besonderer Qualität, sondern aus dem Respekt, den wir als gleiche einander schulden – als gleich Geborene, wie es in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte heißt, oder als gleichermaßen von Gott Geschaffene, wie es die christliche Tradition hervorhebt.

III. Wer ist Träger des Rechts auf Leben?

Einander als gleich Geborene zu respektieren, im anderen auch ein Geschöpf Gottes zu sehen, beinhaltet als Begründungsfigur von Lebensschutz und Lebensrecht nun aber zugleich weitere Gesichtspunkte: Das Recht auf Leben ist keine intrinsische Eigenschaft, sondern basiert, wie jedes Recht, auf Anerkennungsverhältnissen.⁶ Dabei gilt nun freilich, dass die Reziprozitätsverhältnisse, auf denen die gegenseitige Anerkennung basiert – am be-

⁴ C. Landmesser, Der Vorrang des Lebens. Zur Unterscheidung der anthropologischen und soteriologischen Kategorien Tod und Leben in der Theologie des Paulus im Anschluß an Röm. 5 und 6, in: P. Bahr/S. Schaede (Hg.): *Das Leben*, Band 1, Tübingen 2009, S. 107–128.

⁵ Vgl. zur Problematik der Figur von der Heiligkeit des Lebens insbes. R. Charbonnier, „Leben ist heilig!“ Kritische Würdigung eines religiösen und eines zivilreligiösen Arguments, in: J. Schildmann et al. (Hg.), *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin. Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*, Münster 2006, S. 107–119.

⁶ Dies haben besonders Jürgen Habermas und die an ihn anschließenden Theoretiker deutlich gemacht. Vgl. J. Habermas, *Faktizität und Geltung*, Frankfurt a. M. 1992, bes. S. 116f. In seinen Studien zum nachmetaphysischen Denken hat Habermas dies bereits für die Konstitution des Selbst herausgestellt: „Das Selbst des ethischen Selbstverständnisses ist auf die Anerkennung durch Adressaten angewiesen, weil es sich als Antwort auf die Zumutungen eines Gegenübers allererst herausbildet. Weil mir die anderen Zurechnungsfähigkeit unterstellen, mache ich mich nach und nach zu dem, der ich im Zusammenleben mit den anderen geworden bin. Das ich, das mir in meinem Selbstbewußtsein als das schlechthin Eigene gegeben zu sein scheint, kann ich nicht allein aus eigener Kraft, gleichsam für mich allein, aufrechterhalten – es ‚gehört‘ mir nicht. Dieses Ich behält vielmehr einen intersubjektiven Kern, weil der Prozeß der Individuierung, aus dem es hervorgeht, durch das Netzwerk sprachlich vermittelter Interaktionen hindurchläuft.“ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken. Philosophische Aufsätze*, Frankfurt a. M. 1988, S. 209.

kanntesten wahrscheinlich die aus der antiken Tradition herkommende Goldene Regel –, zunächst nur vom Gedanken der gegenseitigen Anerkennung unter Gleichen ausgehen und dies auch eng definieren. Es gehört zu den wesentlichen gesellschaftlichen Neuerungen, die das Christentum mit sich bringt, dass der Bezugsraum für solche gegenseitige Anerkennungen als Gleiche prinzipiell entgrenzt wird und nun für alle Menschen gilt. Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter legt davon indirekt ein Zeugnis ab, insofern es ja als Antwort auf die Frage „Wer ist mein Nächster?“ erzählt wird.⁷ Der Samariter sticht nun insofern aus den Praktiken der anderen heraus, als er nicht nur Volksangehörige zu denen rechnet, die als Gleiche zu gelten haben. Die damit verbundene Wertschätzung auch derjenigen, die zuvor am Rand der Gesellschaft standen, dürfte maßgeblich zum Erfolg des Christentums beigetragen haben und gehört seither zu den Identitätsmerkmalen der christlichen Religion.

Trotz dieser im schöpferischen Handeln Gottes und in der Botschaft Christi angelegten prinzipiellen Entgrenzung des Reziprozitätsprinzips kommt es erst in der Neuzeit zu einer wirklich durchgreifenden Ausweitung gegenseitiger Anerkennungsverhältnisse – zu sehr wirken die Determinanten der vormodernen, stratifizierten Gesellschaft nach. Nun aber kommen zunächst die Frauen, dann auch Kinder und Angehörige anderer Religionen hinzu. Gerade für den ethischen Status der Kinder muss dabei aber berücksichtigt werden, dass der Gedanke der gegenseitigen Anerkennung grundsätzlich auf der Grundlage der vernünftigen Erwachsenen basiert, insofern ja das Reziprozitätsprinzip selbst ein kalkulatorisches Denken impliziert und seine Plausibilität vor allem aus der Überlegung gewinnt, ein anderer könnte eben dasselbe mir zufügen oder vorenthalten, das ich ihm gerade zufügen oder vorenthalten möchte. Das aber setzt voraus, dass der andere grundsätzlich in der Lage ist, entsprechend zu handeln. Wenn dennoch auch anderen, die sich entweder noch nicht oder nicht mehr im Status des vernünftigen Erwachsenen befinden, die entsprechenden Rechte zugebilligt werden, dann geschieht das nur über den Gedanken, dass diese entweder potenzielle Erwachsene sind (im Falle der Kinder) oder aber sich in Identität zu einem Erwachsenen befinden (im Falle derer, die nicht mehr entsprechend handeln können). Zugleich wird etwa im Blick auf die Verantwortungsfähigkeit sowohl im Recht wie in der Ethik durchaus zwischen den potenziellen und den aktuellen Inhabern von Rechten unterschieden.

Fraglich allerdings ist nun, ob dieses allen Geborenen zugebilligte Recht auf Leben auch in demselben Maße für das Ungeborene gilt. Ohne hier auf die Details der weit verzweigten Diskussion eingehen zu können, ist dabei mit Sicherheit von einem ansteigenden Rechtsschutz vom Zeitpunkt der Be-

⁷ Vgl. Die Bibel, Lukas 10, 29.

fruchtung an (und, wie die Rechtslage zur Samen- und Eizellspende zeigt, auch zuvor) auszugehen. Das bedeutet aber nicht, dass der fundamentale Unterschied zwischen dem nicht geborenen und dem bereits geborenen Leben negiert oder übersehen werden könnte. Erst die Geburt macht das Ungeborene zu einer distinkten Persönlichkeit, die, wenn auch zunächst noch sehr eingeschränkt, grundsätzlich zum Gegenstand von unmittelbaren, also nicht über die Mutter vermittelten Anerkennungsverhältnissen werden kann. Auch wenn im letzten Drittel der Schwangerschaft das Ungeborene bereits außerhalb des Mutterleibs theoretisch lebensfähig ist, so ist doch nicht zu übersehen, dass er aktual eben nicht außerhalb des Mutterleibs existiert, dass ihm somit auch jeder Rechtsschutz nur vermittelt, nämlich über die Mutter, zukommen kann: Es ist letztlich nicht möglich, das Kind gegen den Willen der Mutter zu schützen, ebenso wie eine Beziehung eines dritten zum Ungeborenen die konditionale Voraussetzung hat, dass die Mutter das werdende Leben anerkennt, zu ihm eine dauerhafte Beziehung aufbaut und es darin am Leben erhält. Dieser Sachverhalt scheint mir in vielen ethischen Debatten nach wie vor nicht adäquat berücksichtigt zu werden. Statt dessen wird – möglicherweise über eine typisch männliche Sicht? – insinuiert, dass es sich bei dem Ungeborenen nur um einen an einem besonderen Ort befindlichen Menschen handelt. Abgesehen davon, dass die Mutter sowohl biologisch wie auch rechtlich für das Ungeborene mehr darstellt als nur ein „uterale Umfeld“ oder ein „Versorgungssystem Mutter“⁸, übersieht diese Sichtweise, dass ein eigenständiger Schutz für das Ungeborene nur nach dessen Geburt möglich ist – und gerade in dieser Situation der Geburt kann eine Vielzahl von Szenarien auftreten, die das grundsätzlich gleichgeordnete Lebensrecht des Ungeborenen gegenüber der Mutter infrage stellen. Auf diesen Aspekt wird gleich noch einmal zurückzukommen sein, zuvor aber ist noch darauf hinzuweisen, dass gerade der Respekt vor der besonderen Einheit zwischen Mutter und Kind in meinen Augen einen erheblichen Fortschritt gegenüber der früheren Sicht bedeutet, und zwar besonders im Blick auf die Mutter, die nun nicht mehr nur als vorwiegend passives Ausführungsorgan bei der Reproduktion beschrieben werden kann. Zugleich aber stellt der Körper der Mutter – gerade wenn wir von dem Recht des Ungeborenen reden – die konstitutive Grenze staatlicher Handlungsmöglichkeiten dar. Die Grenze des Körpers ist auch die Grenze für staatliches Handeln, und darum kann der Staat nicht nur in praktischer Hinsicht nicht das Austragen einer Schwangerschaft erzwingen, er darf es auch in normativer Hinsicht nicht, wollte er nicht den seit der Habeas-Corpus-Akte festgelegten Grundsatz verletzen, dass jeder Übergriff des Staates auf den Körper eines Menschen nur dann legitim ist, wenn dieser ihm zuvor zugestimmt

⁸ Zur Problematik dieser Figuren vgl. E. Krause, Einführung in die politikwissenschaftliche Geschlechterforschung, Opladen 2003, S. 285ff.

hat. Zu Recht bildete dieser Gedanke den systematischen Kern der letzten Novellierung des Abtreibungsstrafrechts. Auch wenn dieses elementare Grundrecht durch manche Ausnahmebestände aufgeweicht wurde – wie etwa die Beispiele der Blutentnahme nach Alkoholfahrt, des Schlagstockeinsatzes durch Polizei oder auch der „finale Todesschuss“ zeigen – so bleibt doch trotz dieser nicht unproblematischen Ausnahmen der Grundsatz bestimmend, dass der Übergriff des Staates auf den Körper eines Menschen nur unter den eng zu ziehenden Grenzen einer Verhältnismäßigkeit eines solchen Übergriffs legitimiert werden kann. Angesichts der dauernden Wirkung eines solchermaßen staatlich erzwungenen Austragens der Schwangerschaft für die Betroffene, aber auch der Dauerhaftigkeit, mit der ein solcher Übergriff auf den Körper einer Frau zum Erzwingen des Austragens einer Schwangerschaft erfolgen müsste, dürfte eine solche Verhältnismäßigkeit in den hier zu diskutierenden Fällen wohl schwerlich zu erreichen sein.

Darüber hinaus kann man sich die Sondersituation der Schwangerschaft und der darin gegebenen notwendigen Unterordnung des kindlichen Lebens unter das Leben der Mutter auch daran klar machen, dass etwa bei einem Entschluss der werdenden Mutter, angesichts der Umstände lieber auf das eigene Leben zu verzichten und Suizid zu begehen, als ein Leben mit einem kranken Kind zu akzeptieren, in der Regel keine Möglichkeit bestünde, einen eigenständigen Anspruch des Kindes auf das Recht auf Leben durchzusetzen. Nur ganz am Rande kann hier darauf hingewiesen werden, dass sich an diese Überlegungen auch der Aspekt anschließen müsste, zwischen der Zubilligung von Menschenwürde und Lebensschutz, in der Tradition des Grundgesetzes also zwischen Art. 1 und Art. 2, deutlicher zu unterscheiden⁹.

IV. Lebensschutz im Konflikt

Schon bei der Grundlegung der biblisch-christlichen Hochschätzung des Lebens war deutlich geworden: Der Schutz des irdischen Lebens gilt nicht absolut; es sind durchaus Ausnahmen von einem strikten Lebensschutz denkbar. So wie es zuvor für den Fall der medizinischen Indikation bei der Geburt angedeutet wurde, sind auch weitere Szenarien vorstellbar, in denen es Ausnahmen von einem strikten Lebensschutz geben kann und muss. Dementsprechend hat auch die christliche Tradition stets solche Ausnahmen zugelassen. Der wichtigste und zugleich für unseren Sachverhalt hier weiterführende Bereich ist der der Notwehr. Wenn das eigene Leben auf dem Spiel steht, kann ich auch denjenigen töten, der mein Leben bedroht.

⁹ Vgl. dazu ausführlicher: C. Endres, Menschenwürde in der Verfassungsordnung. Zur Dogmatik des Art. 1 GG, Tübingen 1997, S. 337ff.

Dieser Sachverhalt ist, soweit ersichtlich, trotz möglicherweise anders zu interpretierender Traditionsstellen, etwa in der Geschichte von Jesu Verhaftung oder auch der Bergpredigt, dennoch in der christlichen Lehrbildung mit großer Mehrheit akzeptiert worden.¹⁰ Auch die Rechtmäßigkeit des Tötens im Krieg – so dieser denn den Charakter eines Verteidigungskrieges trägt und damit über die Lehre vom *bellum iustum* zu rechtfertigen ist – basiert auf diesem Gedanken, in gewisser Weise auch die Todesstrafe, bei der ein Verbrecher, der das Leben des Kollektivorganismus der Gesellschaft bedroht, rechtmäßig getötet werden darf. In Analogie zu dieser Begründung von Ausnahmen vom grundsätzlichen Tötungsverbot, die sowohl in die christlich-ethische Urteilsbildung wie auch in die abendländische Rechts-tradition Eingang gefunden haben, ist 1927 auch erstmalig die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs bei medizinischer Indikation durch das Reichskammergericht begründet worden.¹¹ Hier wurde zwar nicht mit der Notwehr argumentiert – ein bewusster Angriff des Ungeborenen auf das Leben der Mutter würde sich ja kaum konstruieren lassen – sondern auf der Grundlage einer Güterabwägung zwischen dem Leben der Mutter und dem Leben des Ungeborenen die Figur des rechtfertigenden, übergesetzlichen Notstandes geschaffen, die allerdings erst 1975 im Zusammenhang der Strafrechtsreformgesetze in Deutschland kodifiziert wurde. Die Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs ergibt sich damit nicht aus einer prinzipiellen Unterordnung des Embryos unter die Mutter, sondern aus einer Güterabwägung im konkreten Konfliktfall. Zwar wird hier gerade nicht die Verteidigung des eigenen Lebens zum Ausgangspunkt der Argumentation gemacht und nicht über den Gedanken der Notwehr, sondern über den des übergesetzlichen Notstandes ein Ausnahmerecht konstruiert, das im Falle eines irreduziblen Konflikts „Leben gegen Leben“ die Tötung des Embryos zulässt. Dennoch ist die Argumentation der Sache nach daran orientiert, Ausnahmen von einem strikten Lebensschutz zu begründen – und auch zu begrenzen. Gerade nun in der Situation der Geburt kann ein solcher Zustand auftreten, wenn er auch durch die Fortschritte der Geburtsmedizin mittlerweile in Deutschland selten geworden ist. Dennoch ist hier zu sehen, dass es im Falle der medizinischen Indikation zu einer intuitiv einleuchtenden Hierarchisierung zwischen dem Leben der Mutter und dem Leben des Ungeborenen kommen kann, nicht etwa als einer im Wesen und grundsätzlich gegebenen Hierarchisierung – obwohl für den Fall des Ungeborenen wie

¹⁰ Zu den entsprechenden Argumenten vgl. *R. Charbonnier*, a. a. O., S. 108.

¹¹ Vgl. dazu aus der zeitgenössischen Diskussion *E. Schmidt*, Das Reichsgericht und der „übergesetzliche Notstand“, Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft Nr. 49 (1929), S. 350–411; zur Geschichte des Abtreibungsstrafrechts vgl. *S. Putzke*, Die Strafbarkeit der Abtreibung in der Kaiserzeit und in der Weimarer Zeit. Eine Analyse der Reformdiskussion und der Straftatbestände in den Reformentwürfen (1908–1931), Berlin 2003.

dargelegt auch für eine solche Sichtweise einiges spricht – sondern aus der Situation heraus.

Angewendet wiederum auf die Frage der Spätabtreibungen bedeutet das, dass es durchaus Situationen gibt, in denen das Recht des Kindes auf Leben dem der Mutter untergeordnet werden kann. Diese Situationen sind dabei nicht allein durch die Unterscheidung zwischen vorgeburtlichem und geborenen Leben klassifiziert. Grundsätzlich sind auch Situationen denkbar, in denen das geborene Leben eines Kindes intuitiv dem der Mutter nachgeordnet werden kann, ebenso wie Szenarien vorstellbar sind, in denen das Leben des Kindes dem der Mutter vorgezogen werden sollte. Doch gilt die auf dem Notstand basierende Argumentation, die ja vom Konflikt „Leben gegen Leben“ ausging, auch für den Fall des kranken Kindes, das einen bestimmten Lebensentwurf der Mutter infrage stellt? Hier ist zunächst darauf hinzuweisen, dass sich der Lebensschutz aus theologischer Sicht nicht nur auf die bloße Vitalfunktion beschränkt, sondern im Horizont des oben näher Ausgeführten auch auf eine bestimmte Gestaltung des Lebens – und hier liegen dann alle nachgeordneten, hier aber nicht zu erörternden, Probleme der Klassifikation. Das deutsche Grundgesetz erwähnt nicht ohne Grund – und auch nicht ohne Rekurs auf die abendländisch-christliche Tradition – das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, sogar vor dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Und ebenso gilt, dass die Notwehr einschließlich einer möglichen Todesfolge nicht nur bei einer Bedrohung des Lebens, sondern auch bei der Gefahr körperlicher Verletzung nach Maßgabe der deutschen Rechtsordnung als gerechtfertigt gilt. Möchte man nun nicht in ein bestimmtes Bild von leiblicher Integrität ableiten, so wird man auch bei einem Angriff auf die leibpsychische Integrität eines Einzelnen die Notwehr für legitim erachten müssen. Dieser Befund nun lässt sich für die Frage einer Güterabwägung im Falle des Schwangerschaftskonflikts so weiterführen, dass durchaus Fälle denkbar sind, in denen ein Kind aufgrund der diagnostizierten Krankheit den Lebensentwurf und die leibpsychische Integrität der Mutter so infrage stellt, dass sie die entstehende Notlage nur durch einen Abbruch der Schwangerschaft abwenden kann. Dabei gilt, noch einmal sei es betont: Hier handelt es sich um Ausnahmen, um, wie es Karl Barth in Aufnahme von Gedanken Dietrich Bonhoeffers gerade für die Konfliktfälle des Lebensschutzes formuliert hat, um Grenzfälle der Ethik und des Rechts, die keine grundsätzliche Rechtfertigung beinhalten.

V. Eine Zwischenbilanz

Fasst man die vorangegangenen Überlegungen zusammen, so ergibt sich, dass die Geburt in der Tat ein wesentlicher Einschnitt für die Beurteilung des Lebensrechts eines Menschen darstellt, die in Kombination mit der aus der Analogie zum Notstand gewonnenen Einsicht, dass das Ungeborene eine nicht abwendbare Gefahr für das Wohl der Mutter – nicht der Eltern! – darstellt, einen Schwangerschaftsabbruch auch in einer späten Phase als Ausnahme und unter der Berücksichtigung der Umstände für legitim erscheinen lassen. Dies resultiert freilich nicht bereits aus der Tatsache, dass das Lebensrecht des Ungeborenen grundsätzlich der Mutter untergeordnet wäre oder dass es vor der Geburt kein Lebensrecht des Kindes gäbe. Auch hier gibt es ein Lebensrecht, aber es ist, politisch, rechtlich und ethisch, ein von der Anerkennung der Mutter abgeleitetes Lebensrecht. Dies gilt schon aus formalen Gründen: Die Vorgeburtlichkeit unterscheidet sich, wie eingangs angesprochen, ja genau darin, dass sie durch eine konstitutive Unselbstständigkeit des Lebens, und zwar in seinen basalen Funktionen, gekennzeichnet ist. So ist die Geburt nicht der einzig ausschlaggebende Faktor, aber sie stellt einen wesentlichen Aspekt dar, wenn es gilt, in einem Konfliktfall verschiedene Aspekte des Lebensschutzes gegeneinander abzuwägen. Dabei wird vorausgesetzt, dass es sich in einem solchen Fall um einen zumindest subjektiv wahrgenommenen irreduziblen Konfliktfall handelt, der sich einer bruchlosen Lösung widersetzt. Angesichts dieser Konstellation gibt es – in dem eingangs geschilderten Sinne – keine eindeutige Antwort auf die im Titel formulierte Frage, sondern immer nur situative Annäherungen auf der Grundlage der hier diskutierten Leitprinzipien. Das schließt ein, dass es dabei auch immer die Möglichkeit falscher Entscheidungen und damit des Schuldigwerdens gibt, eine Perspektive, der sich gerade die theologische Ethik nicht verschließen sollte. Insofern können diese abschließenden Überlegungen eben nicht mehr sein als eine Zwischenbilanz.

Literatur

- Bahr, Petra/Schaede, Stephan (Hg.), *Das Leben*, Band 1, Tübingen 2009.
- Charbonnier, Ralph, „Leben ist heilig!“ Kritische Würdigung eines religiösen und eines zivilreligiösen Arguments, in: Schildmann, Jan/Fahr, Uwe/Vollmann, Jochen (Hg.): *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin*. Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik, Münster 2006, S. 107–119.
- Endres, Christoph, *Menschenwürde in der Verfassungsordnung. Zur Dogmatik des Art. 1 GG*, Tübingen 1997.

- Fischer, Johannes/Gruden, Stefan/Imhof, Esther/Strub, Jean-Daniel*, Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik, Stuttgart 2008.
- Habermas, Jürgen*, Nachmetaphysisches Denken. Philosophische Aufsätze, Frankfurt a. M. 1988.
- Ders.*, Faktizität und Geltung, Frankfurt a. M. 1992.
- Hoegen-Rohls, Christina*, Ewigkeit und Leben. Der biblische Vorstellungskreis III: Johannes, in: *P. Bahr/S. Schaede* (Hg.): Das Leben, Band 1, Tübingen 2009, S. 129–152.
- Krause, Ellen*, Einführung in die politikwissenschaftliche Geschlechterforschung, Opladen 2003.
- Landmesser, Christof*, Der Vorrang des Lebens. Zur Unterscheidung der anthropologischen und soteriologischen Kategorien Tod und Leben in der Theologie des Paulus im Anschluß an Röm. 5 und 6, in: *P. Bahr/S. Schaede* (Hg.): Das Leben, Band 1, Tübingen 2009, S. 107–128.
- Putzke, Sabine*, Die Strafbarkeit der Abtreibung in der Kaiserzeit und in der Weimarer Zeit. Eine Analyse der Reformdiskussion und der Straftatbestände in den Reformentwürfen (1908–1931), Berlin 2003.
- Schmidt, Eberhardt*, Das Reichsgericht und der „übersetzliche Notstand“, Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft Nr. 49 (1929), S. 350–411.

Autorenverzeichnis

Reiner Anselm ist Professor für Systematische Theologie und Ethik an der Georg-August Universität Göttingen.

Ino Augsberg wurde in Philosophie und Rechtswissenschaft promoviert und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Kirchenrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Marion Baldus ist Professorin für Allgemeine Pädagogik und Heilpädagogik/Inklusive Pädagogik an der Hochschule Mannheim.

Thomas Gutmann ist Professor für Bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Eilert Herms ist emeritierter Professor für Systematische Theologie und Ethik an der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Thomas Hillenkamp ist Professor für Strafrecht und Strafprozessrecht an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim.

Sabine Hufendiek ist Diplom-Pädagogin, Ehe- und Lebensberaterin, Supervisorin (DGSv/EKFuL) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin sowie Dozentin am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung in Berlin.

Maria Mattisseck-Neef ist promovierte Juristin und Rechtsanwältin in Titisee-Neustadt.

Angelika Pokropp-Hippen arbeitet als promovierte Ärztin und Psychotherapeutin in Münster/Westfalen in eigener Praxis sowie als Lehrtherapeutin für Katathymes Bilderleben und als Traumatherapeutin.

Rüdiger Retzlaff ist promovierter Psychologe und Psychotherapeut und arbeitet als Leiter der Ambulanz für Paar- und Familientherapie der Universitätsklinik Heidelberg sowie in eigener Praxis für Psychotherapie und als Lehrtherapeut am Helm Stierlin Institut.

Alexander Scharf ist Professor sowie Leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor an der Universitäts-Frauen-Klinik in Heidelberg.

Rolf Schlößer ist Professor für Kinderheilkunde und Leiter der Neonatologie des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Frankfurt am Main.

Michael Spieker ist promovierter Philosoph und Referent an der Akademie für Politische Bildung Tutzing.

Sabine Stengel-Rutkowski ist Professorin für Humangenetik an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (i.R.).

A. Katarina Weilert ist promovierte Juristin und arbeitet als Referentin an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST) in Heidelberg.

Sachregister

- Abbruch VII, 2–4, 11, 13, 20–22, 26, 31–33, 35, 38–50, 55, 61, 64, 68–70, 72, 74, 81, 85, 87, 93, 166, 167, 172, 173, 177, 180, 183, 184, 212, 214, 218–220, 292, 295, 299, 300, 311
- , Abbruchbegehren 21
 - , Abbruchgeschehen 26, 32
 - , Abbruchmethode 89
 - , Abbruchquote 208
 - , Schwangerschaftsabbruch V, VII, 1–4, 9–13, 15, 20–22, 26, 30, 32, 33, 37, 39, 41–45, 47, 50, 55–57, 61, 62, 64, 68–74, 84–90, 92, 93, 164, 166–168, 170–172, 178, 220, 221, 244, 273, 277, 279, 280, 289, 291, 294, 296–298, 304, 310, 312
 - , (Schwangerschafts-)abbruchsproblematik 5, 282
 - , Schwangerschaftsabbruchsrecht 37, 45, 47, 49, 52
 - , Schwangerschaftsabbruchsurteil 298
 - , (Schwangerschafts-)abbruchsverbot 292, 293
 - , Schwangerschaftsabbruchsversuch 44
 - , Spätabbruch V, VII, 1, 3, 5, 29, 30, 41–44, 47, 48, 50, 55, 81, 82, 84, 86, 89, 91, 169, 174, 184, 212, 281, 287, 300
 - , (Spät-)abbruchsversuch 44
- Abtreibung 3, 4, 10, 24, 25, 29, 31–38, 40–42, 56, 57, 63, 64, 67, 69–73, 89, 207, 227, 230, 234–237, 239–245, 273, 279, 282, 292, 293, 310
- , Abtreibungsarzt 29
 - , Abtreibungsdiskussion 301
 - , Abtreibungsentscheidung 273, 281
 - , Abtreibungserlaubnis 89
 - , Abtreibungsfälle 272
 - , Abtreibungsfrage 24
 - , Abtreibungsgegner 29, 30, 35, 52, 273
 - , Abtreibungsgeschehen 30, 32
 - , Abtreibungsjudikatur 63
 - , Abtreibungsspielle 24
 - , Abtreibungsproblematik 279
 - , Abtreibungsrecht 29, 32, 61
 - , Abtreibungsregelung 41
 - , Abtreibungsstrafrecht 31, 70, 309
 - , Abtreibungsthematik 238, 239
 - , Abtreibungsurteil 62, 65, 74
 - , Abtreibungsverbot 33, 35
 - , Abtreibungsvertrag 68, 75
 - , Spätabtreibung VII, 1, 3, 17, 24, 29, 30–32, 35, 38, 39, 41, 49, 69, 70–74, 102, 274, 282, 295, 304, 311
 - , Spätabtreibungsdefinition 33
 - , Spätabtreibungsfrage 273

- , Spätabtreibungsproblematik 274
- , Spätabtreibungsregelung 281
- Arzt 2, 5–7, 22, 23, 25, 29, 32, 34, 37, 38, 44–47, 50, 51, 55–58, 61, 62, 65–73, 85–87, 89, 115, 163, 164, 166, 172, 173, 178, 209, 212, 234, 237, 261–263, 265, 271, 277, 281, 285, 286, 290
- , Ärzteschaft 38, 44, 49, 50, 236
- , Arzthaftung(-srecht/-sjudikatur) 55, 62, 64, 67
- , Frauenarzt (Facharzt für Frauenheilkunde) 3, 18, 19, 22, 48, 71, 236
- Auffälligkeiten 2, 3, 18, 19, 172, 208
- Auseinandersetzung 9, 16, 66, 109, 114, 219, 220, 252, 265
- Ausnahme(-fall) 5, 6, 13, 31, 32, 43, 58, 65, 73, 87, 91, 93, 210, 290, 293, 309, 310, 312
- , Ausnahmebestimmungen 23
- , Ausnahmeregelung 12
- , Ausnahmesituation/-zustand 169, 251, 282
- , Ausnahmetatbestand 272, 273
- Baby V, 81, 168, 171, 214, 216, 288, 301
- Basispflege 5, 83
- Bedenkzeit 4, 50, 178
- Befund VIII, 2, 4, 9, 13, 19, 25, 30, 44, 46, 47, 50, 85, 131, 165, 167, 168, 171, 174, 182, 208, 209, 216, 217, 223, 232, 258, 277, 285, 300, 311
- Behinderung VIII, 10–12, 24, 30, 46, 47, 50, 59, 71, 163, 164, 172, 178, 185–190, 193, 208, 210–212, 214, 215, 217, 219–221, 224, 247–261, 263, 282, 290, 292
- Belastungssituation 11, 251
- Bewältigung 150, 212, 218, 220, 254, 255, 262
- , Bewältigungsaufgabe 219
- , Bewältigungsmechanismen 215
- , Bewältigungsmuster 11, 254–256
- , Bewältigungsschwierigkeiten 167
- , Bewältigungsstrategie 217, 256
- , Bewältigungsverhalten 257
- , Bewältigungsversuch 218
- , Stressbewältigungsprozess 217
- Beziehung 10, 66, 69, 104, 115, 118, 120, 122–124, 157, 171, 191, 221, 229, 239, 243, 257, 264, 282, 291, 294, 300, 306, 308
- , Beziehungsmodus 222
- , Beziehungsmuster 255
- , Beziehungsstörung 235
- , Eltern (Mutter)-Kind-Beziehung 251, 282
- , Familienbeziehung 257, 265
- Bundesärztekammer(-richtlinie) 6, 19, 87, 88
- Bundesministerium V, 163
- Chorea Huntington 59
- Chorion(zotten)biopsie 17, 18, 23, 209
- Demokratie 14, 25, 272
- Depression 46, 47, 179, 183, 229, 235, 238, 242, 243, 250, 252–254, 295

- , Depressionswahrscheinlichkeit 230
- Diagnose 9–11, 18, 22, 50, 72, 84, 85, 88, 164, 165, 167, 172, 174, 177, 180, 182, 208, 210, 214, 217, 218, 248, 250, 251, 257, 275, 292, 295
- , Diagnosekriterien 228
- , Diagnosemitteilung 10, 171, 173, 178–180, 221, 222, 253, 258
- , Diagnoseverfahren 208
- , Fehldiagnose (Diagnosefehler) 11, 22
- , Syndromdiagnose VIII, 177, 178, 181, 184, 186–188, 190, 191, 193, 204
- Diagnostik(-er) VIII, 2, 3, 19, 20, 22, 23, 87, 161, 165, 208, 209, 223, 228
- , Präimplantationsdiagnostik 59, 60, 92, 286
- Downsyndrom (Trisomie 21) 9, 10, 44, 59, 71, 58, 85, 172, 193, 204, 207–210, 214, 216, 222, 251, 253
- Dunkelziffer 9, 23, 84
- Eltern V, VIII, IX, 1–3, 9, 10–14, 47, 56, 57, 59, 61, 62, 65–72, 81, 83, 84, 87, 114, 115, 158, 161, 164, 166, 170, 177–184, 190, 193–202, 204, 207, 210, 222, 247–254, 257, 260, 262–265, 271, 285, 286, 294, 297, 299–301, 304, 312
- Embryo 3, 4, 41, 63, 64, 73, 74, 92, 107, 109, 113, 114, 116, 118, 119, 170, 177, 279, 286, 290, 297, 310
- , Embryonalperiode 20
- Embryopathische Indikation 4, 24, 30, 31, 39, 47, 48, 50, 62, 70, 72, 81, 82, 88, 90, 91, 164, 289, 290, 297
- Entscheidung VIII, 3, 10, 12–14, 21, 26, 35, 38, 40, 46, 50, 62, 63, 69, 71, 74, 91, 92, 107, 122, 129, 130, 158, 163, 164, 166–168, 170, 171, 174, 177–180, 182–184, 207, 208–211, 214, 217–219, 221–223, 227, 232, 244, 271, 273, 276, 278, 280–282, 291, 292, 296, 298, 300, 304, 312
- , Entscheidungsbefugnis/-kompetenz VIII, 12, 271, 275
- , Entscheidungsfindung 10, 51, 182, 212, 213, 217, 232, 271, 280
- , Entscheidungsprozess 9, 167, 172, 179, 207, 214, 219, 222, 279
- , Entscheidungssituation 9, 129, 130, 204, 213, 218, 220, 223
- Entwicklungsstand 12, 92, 288
- Entwicklungsstörung/-verzögerung 9, 18, 19, 166, 208, 249
- Ethikkommission 12, 26, 119, 158, 271, 275, 276
- extrauterine Lebensfähigkeit 4, 32, 33, 73, 85, 86, 90, 91, 277
- Familie V, 10–12, 14, 19, 68, 101, 118, 132, 142, 163, 165, 171–173, 178, 184, 204, 207, 213, 220, 239, 240, 247–259, 261–263, 265, 301
- , Familienberatung 9, 163
- , Familienfunktion 12, 250, 255, 256–259
- , Familienkohärenzgefühl/-sinn 12, 255–259

- , Familienplanung 68, 69
- , Herkunftsfamilie 10, 213, 217, 258
- Fehlbildung 14, 17–19, 21, 22, 25, 44, 71, 83, 86, 87, 99, 104, 165, 248, 251
- Fehlgeburt/Tot- 26, 36, 88, 89, 209, 230, 300
- fetale Nabelschnurpunktur
- Fetozid 1, 6, 18, 20, 47, 48, 50, 72, 88–92, 102, 103, 166, 172
- Fötus/Fetus VII, VIII, 1, 3–6, 12, 13, 26, 30, 32, 33, 37, 47, 73, 79, 81, 82, 85, 86, 88–90, 93, 97–99, 102, 104, 108, 113, 115, 123, 167, 170, 275, 277, 279, 285–292, 294, 297, 299
- Freiheit(-sbegriff) VIII, 7, 14, 25, 122, 123, 163, 168, 174, 210, 296, 298
- Fremdbestimmung(-sprozess)/
Fremdbestimmtwerden 8, 137–146, 148–153, 155, 157
- Frist 4, 22, 31, 32, 40, 64, 71, 91
 - , 12-Wochen-Frist 21, 35
 - , 20-Wochen-Frist 48
 - , 22-Wochen-Frist (-Grenze) 3, 4, 39, 48
 - , Übergangsfrist 23
- Frühgeborene/Frühchen 5, 6, 83, 84, 87, 101–103, 228
 - , Frühgeborenenmedizin 7, 104
 - , Frühgeburt 72, 89, 101
- Gebärmutter(-schleimhaut) 1, 32
- Geburt V, VII–IX, 2, 5–9, 12, 13, 18, 32, 39, 40, 43–45, 47, 48, 51, 55, 56, 66, 73, 79, 81–86, 88, 91, 97–101, 104, 107–116, 118, 119, 123–125, 129, 131–133, 141–143, 145, 146, 151, 152, 154–156, 166, 168, 169, 171–173, 177, 183, 191, 193, 204, 208, 210, 214, 220, 235, 239, 243, 251, 253, 277, 287, 288, 299, 300, 303, 308–310, 312
 - , Geburtshilfe 17, 26, 103
 - , Lebendgeburt 102, 184
 - , Todgeburt 89, 230, 300
- Gendiagnostikgesetz, s. Gesetz
- Gericht 57, 63, 64, 71, 294, 297, 298
 - , Bundesgerichtshof 5, 39, 55, 57, 58, 61, 62, 66, 69, 70–73
 - , Bundesverfassungsgericht 5, 12, 13, 34, 42, 43, 49, 51, 61–67, 70, 74, 92, 276, 277, 280, 281, 291, 294, 297, 298
 - , Reichs(kammer)gericht 39, 46, 310
 - , Zivilgericht 50, 56, 62, 71, 73
- Gesellschaft V, 1, 2, 8–10, 12, 14, 20, 22, 25, 26, 49, 63, 82, 92, 93, 119, 130, 158, 174, 178, 204, 213, 221–223, 281, 298, 307, 310
 - , Gesellschaftsproblem 299
- Gesetz(-eslage) 3, 22, 23, 31, 32, 38, 39, 42, 44, 45, 47, 49–51, 57, 73, 86, 89, 90, 92, 122, 141, 145–147, 172, 174, 178, 273, 274, 282
 - , Gendiagnostikgesetz 23
 - , Gesetzesänderung 24, 88, 90, 91, 223
 - , Gesetzesvorschlag 4
 - , Gesetzgeber/Gesetzgebung 12, 30, 39, 41, 42, 51, 70, 74, 157, 271–276, 280–282, 297
 - , Grundgesetz 66, 158, 276, 286, 287, 309, 311
 - , Schwangerschaftskonfliktgesetz 4, 18, 22, 43, 49, 164, 177, 190, 204, 288, 298, 299

- , Strafgesetzbuch 2, 4, 5, 20, 24, 35, 37–39, 57, 208, 282
- Gesundheit 2, 4, 14, 17, 20, 21, 25, 30, 32, 38, 45, 47, 71, 86, 164, 189, 190, 211, 216, 223, 239, 273, 274, 293–295
- , Gesundheitsgefahr 29, 50, 275, 289, 292
- , Gesundheitswesen 10, 212, 259, 263
- , Gesundheitszustand 21, 31, 45, 46, 72, 73, 82, 90, 164, 208, 215, 251
- Glucose(-stoffwechsel) 6, 98, 100
- Grundgesetz, s. Gesetz
- Haftung/Arzthaftung 55, 61, 62, 64, 69, 70
- Haftungsdogmatik 5
- Haftungsrecht/Arzthaftungsrecht 5, 62, 67
- Herz 3, 26, 88, 99
- , Herzfehler/Linksherz 9, 167, 168, 170, 172
- Hormon 6, 97, 98, 100
- , Cortikotropin-Releasing-Hormon 6, 98
- , Hormonhaushalt 114
- , Stresshormon 231
- Intensivmedizin/intensivmedizinischer Apparat 5, 83, 102
- Kind V, VII, VIII, IX, 1–7, 9–14, 19, 22, 24, 26, 30–32, 34, 36, 37, 40–48, 50, 51, 55–62, 65, 66–74, 81–93, 97–104, 108, 111, 114, 115, 118, 121, 123, 154, 163–173, 177–193, 204, 208–218, 220–222, 235–241, 243–245, 247, 248, 250–265, 278, 282, 285, 288, 291, 292, 295–301, 303, 307–309, 311, 312
- , Kindstötung/Kindsmord 33, 34, 36, 40, 82
- , Wunschkind VIII, 9, 10, 66, 177, 179–184, 295
- Klinik/Krankenhaus VII, 2, 17, 25, 46, 86, 168, 169, 171, 172, 247, 248, 257
- Körper 6, 99, 181, 185, 216, 231, 233, 294, 298, 308, 309
- , Körpermerkmale 178, 183, 185
- , Körperverletzung/Körperliche Gewalt 82, 85, 91, 236
- Krankheit/Erkrankung VIII, 10, 18–22, 45, 87, 164, 165, 188, 189, 211, 227, 230, 234, 235, 237, 239, 241, 243, 244, 248–250, 255, 257, 290, 295, 296, 311
- , Krankheitsbild 3, 11, 237
- Leben V, VIII, IX, 1, 4, 5, 7–14, 20–22, 24, 25, 30–34, 37, 38, 41–45, 47, 48, 58, 63, 66, 67, 70, 72, 81–83, 91–93, 98, 99, 101, 103, 109, 112, 116–120, 123–125, 131–134, 137–144, 146, 148–156, 158, 164, 167–169, 171, 173, 174, 178, 181–184, 190–192, 204, 207, 210, 213, 214, 219, 221, 230, 238, 240–242, 247, 249, 252, 255, 258, 259, 264, 265, 271–273, 277–279, 286, 287, 289–291, 293–301, 303–312
- , Lebensabschnitt/Lebensphase/Lebensstadium 8, 84
- , Lebenserhaltung 99, 102
- , Lebensfähigkeit VIII, 2, 4, 30–35, 40, 73, 82, 85, 86, 90–93, 102–104, 142, 269, 277

- , Lebensgefahr/Gefahr für das Leben 29–31, 38, 41, 38, 45, 47, 50, 70, 86, 91, 92, 164, 208, 236, 289, 292
- , Lebensrecht/Recht auf Leben 6, 13, 49, 63, 66, 71, 74, 81, 92, 93, 107, 119, 169, 272, 285, 292–297, 303, 305–309, 311, 312
- , Lebensschutz VII, 2, 7, 8, 44, 51, 64, 67, 74, 79, 88, 91, 281, 282, 285, 287, 288, 290, 301, 305, 306, 309–312
- Leibesfrucht V, 4, 33, 36, 39, 41–43, 74, 81, 82, 91
- Letztentscheidungskompetenz 12, 272, 277
- Medizin(-er) 6, 29, 38, 90, 102, 156, 158, 189, 287
 - , Familienmedizin 249
 - , medizinische Indikation/medizinisch indizierte Abtreibung 24, 37–39, 49, 51, 73, 82, 91, 92, 208, 215, 273, 309, 310
 - , medizinisch-psychologische Indikation 72
 - , medizinisch-soziale Indikation 4, 5, 32, 39, 44, 45, 47, 48, 70, 73, 82, 85, 86, 88, 91
 - , Perinatalmedizin 31, 32
 - , Pränatalmedizin(-er) 17, 19, 20, 24–26, 103, 104
 - , Reproduktionsmedizin(-er) 114, 120
- Menschenwürde/Würde des Menschen 5, 7, 13, 62–64, 87, 116, 157, 279, 286, 287, 289, 291–293, 296–298, 309
- Montessori-Therapie/
Montessoritherapeut(in) 185, 193
- Mutter(-schaft) 2, 4, 6, 7, 10, 13, 18, 19, 26, 31, 37, 41, 47, 57, 58, 63, 69, 70–74, 97, 98, 100, 101, 104, 108, 114–116, 156, 165, 166, 170, 171, 179, 201, 213, 239, 259, 277, 279, 289, 290, 292, 294, 295, 298–300, 308–312
- Mutterleib 1, 34, 41, 47, 115, 123, 124, 141, 154, 166, 178, 213, 308
- Nabelschnur 6, 88, 98, 100, 104
 - , Nabelschnurpunktion 3, 17, 18, 23, 26
- Namensgebung 14, 143, 156
- Neonatologie/Neonatologe 6, 32
- Neugeborenenethanasie VII, 5, 81, 82–84, 87
- Neugeborenes 5, 6, 44, 58, 83, 87, 88, 97, 98, 100, 101, 104, 108, 115, 117, 124, 191
- Paar VIII, 9–11, 60, 163–174, 210, 219, 239, 252, 253
- Parlament 12, 57, 272
 - , Parlamentarischer Rat 287
- Pflege 11, 57, 157, 251, 299
 - , Basispflege 5, 83
 - , Langzeitpflege/Dauerpflege 247, 253
 - , Pflegefamilie 85
 - , Pflegepersonal 242
 - , Pflegeunterstützung/
Pflegegeld 257, 262, 263
 - , Pflegeversicherung 252
 - , Säuglingspflege 184
- Politik 6, 190, 209, 259, 260, 263, 298
- Post Abortion Syndrom (PAS) VIII, 10, 11, 123, 227, 234, 235–237, 240, 245

- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) 10, 11, 228–230, 232–237
- Präimplantationsdiagnostik, s. oben Diagnostik
- Pränataldiagnostik VIII, 2, 3, 9, 13, 17–20, 46, 47, 50, 55, 61, 92, 93, 163–165, 167, 168, 172, 174, 177, 204, 208–210, 212, 218, 220–223
- Pränatale Syndromdiagnose VIII, 177, 178, 190
- Pränatale Therapie 3, 18
- Pränatalmedizin, s. Medizin
- Pränatalmedizinische Indikation 21
- Pränatalpsychologie 124
- Psyche 10, 109, 247
- Psychologie 11
- , Psychosomatische Erkrankung/Psychosomatische Fixierung 11, 235, 237, 244
 - , Psychosoziale Beratung/Psychosoziale Betreuung 50, 163, 167, 168, 171, 173, 178, 193, 223, 253, 260
 - , Psychotherapie/Psychotherapeut/Psychotherapeutische Strategien 9–11, 46, 173, 227, 233, 234, 237
- Punktion des Herzens 6, 26
- Recht/Rechtsordnung/Rechtslage V, VIII, IX, 6, 12, 13, 29, 31–33, 36, 37, 41, 42–44, 48, 49, 57, 59, 60, 62, 65, 66, 68–72, 74, 81, 91–93, 108, 119, 157, 158, 164, 190, 193, 213, 222, 241, 259, 271, 274, 275, 278, 280–282, 285, 287, 290–293, 295–298, 303, 305–309, 311
- , Grundrecht(-sträger) 13, 63, 64, 68, 272, 285, 286, 289, 291, 294–296, 298, 299, 309
 - , Grundrechtsschutz 12, 13, 279, 286, 287, 289
 - , Menschenrecht 190, 306
 - , Persönlichkeitsrecht 279, 291, 297
 - , Rechtsprechung 22, 38, 51, 55, 56, 61, 62, 65, 67, 274, 276, 277
 - , Rechtsschutz/Rechtssicherheit 7, 91, 112, 308
 - , Rechtsstaat VIII, 271, 272, 274
 - , Strafrecht(-ler) 3, 29, 73
 - , Verfassungsrecht 12, 285
 - , Zivilrecht 56, 67, 70
- Reflexe 6, 101, 288
- Schwangerschaft/Schwangere VIII, 1–4, 7–10, 12–14, 17–23, 25, 26, 29–32, 35–38, 40, 41, 43–47, 49, 64, 69, 70, 72, 73, 81, 84, 86, 93, 101, 108, 114, 115, 124, 132, 140–143, 145, 146, 152, 164–168, 171, 172, 179–184, 191, 193, 204, 207–210, 214–216, 221, 235, 248, 264, 273–275, 277–279, 281, 282, 285, 289–300, 308, 309, 311
- , Schwangerschaftsabbruch, s. Abbruch
 - , Schwangerschaftskonflikt (-gesetz), s. Gesetz
- Screening/Ultraschall(-diagnostik) 3, 17–19, 23, 97, 103, 104, 168, 170, 172, 207–209, 288
- , Ultraschallbasisscreening/Ultraschall(basis)untersuchung 3, 18, 19, 25
 - , Screeningpolitik 210, 223

- Selbstbestimmung 8, 13, 32, 68,
69, 112, 122, 135–145, 148, 151,
153, 298
- Simultanbeseelung(-slehre) 4,
34–37
- Strafgesetzbuch, s. Gesetz
- Sukzessivbeseelung(-slehre) 4,
33, 34
- Symptom(-atik) 11, 215, 228–231,
233–237, 240, 254, 255
–, Symptombehandlung 11
- Therapie(-form)/Therapeut 3, 11,
12, 143, 184, 194–204, 237, 244,
245, 251, 252, 262, 265
- Thermoregulation 6
- Tod VIII, 2, 8, 12, 13, 35, 56,
57, 73, 83, 86, 97, 99, 109, 132,
152, 154, 157, 169, 171, 174,
177, 179, 181, 184, 235, 271,
300
–, Todeserlebnis 9, 179, 181,
184
–, Todesstrafe 4, 34, 310
–, Todesursache 32, 86
–, Todesurteil 24
- Toleranz 14, 25, 281
- Trauer 166, 181, 182, 217, 235,
244, 250
–, Trauerarbeit 10, 173,
179–181, 183
–, Trauermodell 179
–, Trauerprozess 166, 167
- Tötung V, 1, 5, 6, 29, 30, 32, 34,
36, 37, 39, 41–44, 47, 49, 51, 58,
81–83, 86, 89, 91, 103, 139, 166
- Unterhalt 55
–, Unterhaltsansprüche VII, 55,
61, 67
–, Unterhaltsaufwand/
Unterhaltsaufwendung 5, 66,
67, 70, 72
–, Unterhaltsbelastung/
Unterhaltslast 56, 62, 66
–, Unterhaltsverpflichtungen/
Unterhaltspflicht 55, 56, 65
- Uterus 6, 89, 99
–, sozialer Uterus 8, 142, 143,
145, 154
- Vater 108, 118, 155, 179, 180,
194, 195, 201, 202, 239, 244,
247, 278, 299
- Vermögensschaden 5, 67
- Vitalfunktionen 5, 6, 83, 87,
99–101, 311
- Wehen 3, 6, 26, 100, 101, 239
- Werturteil 5, 66
- Zäsur VII, VIII, 1, 2, 4–9, 12, 34,
35, 43, 79, 81, 88, 91, 97, 104,
107–110, 112, 113, 115, 118,
119, 123, 125, 131–133,
141–143, 151, 155, 287, 288
- Zeugung 4, 8, 33, 36, 62, 68, 69,
114, 115, 140–143, 145, 146,
151, 152, 294, 299