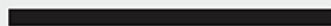


Spätabbruch  
oder Spätabtreibung –  
Entfernung einer Leibesfrucht  
oder Tötung eines Babys?

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](http://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
<b>I. Medizinische und juristische Grundlagen des (späten) Schwangerschaftsabbruchs</b>	
<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
<b>II. Erst Fötus, dann Mensch – Geburt als Zäsur des Lebensschutzes?</b>	
<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 extruterin 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 Strafgesetzbuch 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 extruterin 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 Hiltenkamp 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 strafreien 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 Abbruchsproblematik 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. verweigeren 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-

## 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
  - , Abtreibungspille 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