Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?, hg. v. Anja Katarina Weilert. – Tübingen: Mohr Siebeck 2011. 324 S. (Religion und Aufklärung, 20), geh. € 74,00 ISBN: 978–3–16–150620–8

Das Problem, das die 16 Beiträge dieses aus einer Tagung an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FEST) in Heidelberg hervorgegangenen Bandes beleuchten, hat in der jüngeren rechtspolitischen Debatte zweimal eine erhebliche Rolle gespielt: Zum einen nämlich in der Diskussion um die sog. Spätabtreibung und den Bemühungen, diese zu beschränken, zum anderen in der Auseinandersetzung um die mentalen und sozialen Auswirkungen des erweiterten Angebots an Pränataldiagnostik, die noch immer im Gange ist.

Ausgangspunkt für beide Debatten ist die Neuregelung des Paragraphen 218 StGB von 1995. Sie schaffte die embryopathische Indikation als Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch ab, schuf aber zugleich die Möglichkeit, das künftige Haben eines Kindes mit einer Behinderung als akute Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren zu definieren und damit als Fall der medizinischen Indikation zu handhaben, die im Unterschied zur embryopathischen Indikation in der (westdeutschen) Regelung vor 1995 keiner Befristung unterliegt. Das bedeutet, dass eine Abtreibung auch dann gesetzlich erlaubt ist, wenn das Vorliegen einer Auffälligkeit des Fötus erst zum Ende des zweiten oder gar erst im dritten Drittel der Schwangerschaft erkannt wird.

Gründe für die breit gestützte Initiative, die Richtigkeit der in einem äußerst schwierigen Prozess gefundenen gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs erneut zu problematisieren, war die Tatsache, dass der nach der 22. Woche (post conceptionem) durchgeführte Abbruch zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem ein Kind normalerweise schon außerhalb des Mutterleibs überleben kann. Außerdem muss die Frucht, die vorher getötet wird, durch eine Geburt ausgetrieben werden, und darf, falls sie doch lebend zur Welt kommt, dann nicht getötet werden. Dass die Frage wie erwähnt auch stark mit der anhaltenden Debatte über die erweiterten Möglichkeiten der Pränataldiagnostik verquickt ist, liegt daran, dass entsprechende Fälle von Spätabtreibung in der Praxis fast immer die Folge einer Suche und Mitteilung eines pränataldiagnostischen Befunds sind, der sich erst um diesen Zeitpunkt herum ergibt oder vereindeutigt.

Dass die embryopathische Indikation gestrichen wurde, hatte den Grund, dass der gedankliche Automatismus „Kind behindert, daher Abtreibung folgerichtig" (24) beendet werden sollte. Ob das Ziel, dadurch ungeborenes Leben besser zu schützen und eine Behinderung nicht als Todesurteil zu begreifen, in der ganzen Breite erreicht wurde, wird heute vielfach bezweifelt, besonders im Hinblick auf die statistisch auffällige Nichtakzeptanz einer genetischen Disposition für das Down-Syndrom (in etwa 92% der Fälle wird die Schwangerschaft nach dieser Diagnose abgebrochen – vgl. 20f). Gleichwohl zeigen die Zahlen, dass die Menge der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche jenseits der 12. Schwangerschaftswoche seit dieser Korrektur des Gesetzes erheblich gesunken und die derjenigen jenseits der 22. Woche nur leicht angestiegen ist. Das ist kein Argument, die Problematik zu verharmlosen, aber doch ein Anlass, die quantitativen Proportionen in der öffentlichen Diskussion zurechtzurücken. Der Mediziner *Alexander Scharf*, der das entsprechende Zahlenmaterial ausbreitet, bringt es provozierend auf den Punkt, indem er einerseits feststellt, dass die Pränatalmedizin in der Häufigkeit von Abtreibungen „keine substantielle Rolle" (25) spiele; andererseits drücke sich in der konkreten Entscheidung der Schwangeren nicht weniger aus als die gesellschaftliche Realität des „Verlusts an sozialen, kulturellen, ethischen Bindungen, [des] Dominats einer Leistungsgesellschaft, [eines] übersteigerten Freiheitsbegriffs und einer intensivierten Klagebereitschaft bei sog. übersehenen Fehlbildungen" (25).

Gleichwohl sah auch der Gesetzgeber Bedarf zu handeln und hat im Jahr 2009 das Schwangerschaftskonfliktgesetz durch zwei wesentliche Bestimmungen ergänzt: Zum einen muss nach pränatal auffälligem Befund eine umfassende medizinische und psychosoziale Beratung angeboten werden, zum anderen müssen zwischen der schriftlichen Feststellung der Indikation und dem Abbruch wenigstens drei Tage liegen. Sinn beider Regelungen ist es, „unüberlegte Spontanentscheidungen unter dem Schock der Befundmitteilung" zu verhindern (50).

Detaillierte Auskünfte über die medizinische Praxis sowie über die gesetzlichen Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs im Gesamten und der Spätabtreibung im Besonderen (*Thomas Hillenkamp*) einschließlich der „Kind als Schaden"-Urteile (*Thomas Gutmann*) bekommt man in den Beiträgen des ersten Teils.

Der zweite Teil bietet Informationen und Erörterungen zur Frage, ob und wie entscheidend die Geburt für den Lebensschutz ist. Denn dass ein frühgebo-

renes Kind unter dem vollen Schutz des Rechts steht, zieht – von ganz wenigen Autoren abgesehen – niemand ernsthaft in Zweifel. Was aber soll das schon geborene vom lebensfähigen, aber noch nicht geborenen Kind im Mutterleib unterscheiden? Medizinisch – so der Pädiater *Rolf Schlößer* – sei die Geburt „ein äußerst dramatischer Einschnitt im Leben des Menschen" (101): „Mit dem Augenblick der Geburt ist das Kind [nämlich] 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 Kreislaufsituation. […] Das Kind muss nach der Geburt […] den Wärmehaushalt selber steuern […] Alle Stoffwechselleistungen müssen nach der Trennung vom mütterlichen Organismus vom Kind allein erbracht werden. Am bedeutsamsten ist die Bereitstellung von Glucose, dem wichtigsten Energieträger […]" (99f). Ein anderer großer Unterschied ist, dass man das geborene Kind sehen, tasten, riechen und hören kann. Das sind aber nicht nur physiologische Eigenschaften, sondern Voraussetzungen und Medien einer Beziehungsaufnahme, die sich philosophisch in dem Phänomen des Gerufen-werden-könnens, in der Namengebung und in der Fähigkeit, etwas Neues beginnen lassen zu können, verdichten (*Michael Spieker*). Theologisch-ethisch schließlich ist die Geburt *Eilert Herms* zufolge nicht eine Zäsur, sondern ein Übergang zwischen zwei relativ ähnlichen Lebensabschnitten, die sich v.a. dadurch unterscheiden, dass nach der Geburt die in Zeugung und Schwangerschaft erfahrene Fremdbestimmung als integrales Moment der eigenen individuellen Existenz und als Grenze wie auch als Möglichkeitsbedingung der Selbstbestimmung erkannt werde, sodass die Geburt also nicht der Beginn des menschlichen Lebens, sondern ein Ereignis in diesem als Leben der Gattung wie auch als Leben des Individuums sei.

Pränatale Diagnostik mit ihren systematischen Settings, der Visualisierung des im Leib der Frau Verborgenen und ihren Methoden zur Identifizierung bis in den molekularen Bereich hinein schafft erst die Bedingungen, unter denen in der Schwangerschaft eine Entscheidung zwischen der Geburt eines Kindes mit diagnostiziertem Syndrom und ihrer Verhinderung durch Abtreibung getroffen werden kann bzw. sogar muss. Liegt ein entsprechender Befund vor und besteht Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren, rechtfertigt die gesetzliche Indikation die Tötung der Leibesfrucht im Mutterleib, selbst wenn diese extrauterin schon lebensfähig wäre.

Die Subjekte solcher Entscheidungen sind die Eltern. Aber es wäre offensichtlich zu simpel, die Eltern als souveräne und einsame Entscheider zu sehen. Denn ihre Souveränität ist rasch und energisch eingeschränkt, wenn die Mitteilung eines auffälligen Befundes schockiert und Pläne und Hoffnungen zerstört; *Sabine Stengel-Rutkowski* spricht sogar von einem realen Todeserlebnis und von der Trauer über das verlorene Wunschkind (179–181). Und was die Eigenständigkeit des Entscheidens betrifft, so geht in dieses vieles auch ein: die übliche Einschätzung von Behinderung, Untersuchungsroutinen und vorgegebene Lösungsmuster, soziale Wertungen, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Hilfen, und nicht zuletzt die Befindlichkeit der Schwangeren. Und genau um diese Einflussfaktoren und damit um die Wechselbeziehungen zwischen Diagnostik und Elternwohl geht es im dritten Teil des Bandes. Er wird – das fällt auf – fast ausschließlich von Autorinnen bestritten:

Zunächst zeigt die Familienberaterin *Sabine Hufendick* in einem praxisnahen Beitrag, dass die Pränataldiagnostik für das Paar bzw. für die Frau als das „Instrument" erscheint, das die mit jeder Schwangerschaft verbundenen Ambivalenzen, Ängste und Unsicherheiten „erträglicher macht": „Alle normalen Ängste und Unsicherheiten werden in der Frage zusammengeführt: Ist das Kind gesund?" (165). Vielfach haben Frauen, wenn sie mit einem positiven Untersuchungsbefund konfrontiert werden, noch gar keine Gelegenheit gehabt, einen eigenen Standpunkt zu Erkrankungen und Behinderung zu entwickeln. Entscheidungen müssen rasch und oft auch unter Bedingungen unsicherer Prognosen getroffen werden. Dass zu schnell gefasste Entschlüsse aber „zu schwierigen, verzögerten oder pathologischen Trauerprozessen oder die fehlgeleitete Trauer […] zu nicht endenden Schuldgefühlen und Ambivalenzen" (166) führt, wird häufig ebenso übersehen wie das Risiko, dass „alte Verletzungen, traumatische oder unverarbeitete Lebensereignisse […] im Augenblick der Mitteilung einer Diagnose" reaktiviert werden (167). Auch die Tatsache, dass ein später Schwangerschaftsabbruch wegen der damit verbundenen Geburt neue Fragen der Wahrnehmung und der Verabschiedung des geborenen Kindes aufwirft, bleibt im Augenblick der Entscheidung meist unbedacht.

Der Humangenetikerin *Stengel-Ruhtowski* liegt in diesem Zusammenhang daran, das Diktat der gängigen Normalitätsstandards zu relativieren und sowohl bei den Eltern, denen eine Syndromdiagnose mitgeteilt wird, wie auch in der Gesellschaft der Erkenntnis zum Durchbruch zu verhelfen, dass „genetische Vielfalt […] gleichberechtigt [ist] und nicht als ‚defekt' wahr[zu]nehmen" ist (204). Der Beitrag der Heilpädagogin *Marion Baldus* analysiert elterliche Konfliktlagen und Entscheidungsprozesse nach Erhalt des Befundes Down-Syndrom. Sie macht deutlich, wie schwierig es für schwangere Frauen heute ist, sich den Angeboten der pränatalen Diagnostik zu entziehen (auch noch dort, wo keine medizinische Indikation vorliegt, sondern allenfalls eine psychologische) und „das erwartete Kind bedingungslos anzunehmen" (209). Das Ergebnis der neu entstandenen Normalitäten sei, dass „jede Schwangerschaft als diagnostisch zu überprüfender Zustand und Behinderung als vermeidbar" angesehen werde (210). „Dies wird jedoch selten öffentlich angesprochen, 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. […] Die individuellen Entscheidungen allerdings werden überindividuell […] 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." (210) Die kritische Frage, die an die Systemlogik dieser gesellschaftlichen Praxis zu Lasten der Geburt von Kindern mit Down-Syndrom gestellt werden muss, lautet: „Wie viel ‚Freiheit' besitzt vor diesem Hintergrund die einzelne Frau, sich entgegen dieser Systemlogik zu entscheiden? Wie gelingt es ihr, die Schwangerschaft nicht abzubrechen, […]?" (210) Die Psychotherapeutin *Angelika Pokropp-Hippen* lenkt den Blick auf die psychischen Spätfolgen der Entscheidung für eine Abtreibung und kritisiert die kollektive Verdrängung und Verleugnung des Post Abortion Syndroms als Ausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die von ihr relativierten Ergebnisse von Studien aus den USA (242–245) sind alarmierend.

Ergänzt werden die genannten Beiträge noch durch einen Aufsatz des Familien- und Lehrtherapeuten *Rüdiger Retzlaff*, in dem die Lebensumstände von Eltern mit einem Kind mit Behinderung beleuchtet werden. Mit großer Sachlichkeit werden die Auswirkungen auf die Mutter, auf den Prozess der Familie, die praktischen Probleme und die Entscheidungssituationen sowie die benötigten Unterstützungsmaßnahmen beschrieben.

Im vierten Teil des Bandes wird die Aufmerksamkeit noch einmal von den Eltern auf die Entscheidungsbefugnis im Problemfeld Spätabtreibung verlagert. Der Jurist *Ino Augsberg* beschreibt die Aufgaben der staatlichen Gewalten und setzt sie in Beziehung zum Gewicht der medizinischen Expertise und zum Selbstverständnis der jeweils betroffenen Mütter. *Anja Katarina Weilert*, ebenfalls Juristin und die für die Tagung verantwortliche Referentin der FEST, präzisiert aus verfassungsrechtlicher Sicht die Rechte des extrauterin lebensfähigen Fötus sowie die Rechte seiner Eltern und beschreibt die dabei möglichen Konflikte. Aus der Perspektive der (evangelischen) theologischen Ethik greift *Reiner Anselm* diese Konstellation noch einmal vertiefend auf. Er betont die Unvermeidbarkeit des Konflikts und warnt vor der „Suggestion der klaren Antworten" in diesem Problemfeld, das im Buchtitel plakativ durch ein Entweder-Oder formuliert wird, sich in der Wirklichkeit aber als schmerzliches Sowohl-Als auch erweist, in dem sehr prinzipielle Fragen tangiert werden, aber doch immer eine existentielle Konflikt- und Notsituation vorliegt, die authentische und identitätskohärente Antworten verlangt.

Als Ansatzpunkt einer lebensfreundlichen ethischen Reflexion kommt hier – und das gilt für alle Beiträge dieses Bandes – nicht das Strafrecht in den Blick, sondern die Stärkung der Schwangeren, ihr Kind bewusst anzunehmen und auf die Welt zu bringen. Die Wege, die dazu bedacht und gewiesen werden, sind ein Ausbau des Beratungsangebots (auch für alle pränataldiagnostischen Maßnahmen), das Bestehen auf dem fakultativen Charakter pränataldiagnostischer Untersuchungen, die exakte Regelung des Ausmaßes an Anwendung, die Richtung des Blicks auf die Ressourcen (statt auf die Defizite), der Ausbau der Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit Angehörigen mit Behinderung, aber auch die empathische Wahrnehmung und Anerkennung der emotionalen Situation von Eltern nach einem auffälligen Befund sowie die Offenheit des Prozesses der Begleitung.

Bücher wie das vorliegende können ein komplexes und gesellschaftspolitisch aufwühlendes Problem nicht einfach „lösen". Ihr Wert besteht vielmehr darin, dass sie relevante und verlässliche Informationen aus allen einschlägigen Wissensbereichen auf einmal und kompakt verfügbar machen und dadurch der Klarheit des Diskurses und dem Bemühen um mehr Humanität und Lebensfreundlichkeit dienen. Zweifellos sind die Beiträge des vorliegenden Bandes ziemlich heterogen, nicht nur was die berücksichtigten Disziplinen, sondern auch was die Methoden und die Pragmatik betrifft. Aber dass hier Perspektiven strenger juristischer Dogmatik, medizinischer und soziologischer Empirie, philosophischer und theologischer Spekulation, der Beratung, der Fallstudien und der Narration zusammengebracht werden, kann auch als Stärke und Vorteil einer interdisziplinären und multiprofessionalen Anstrengung gewürdigt werden, zumal wenn die Vielfalt der Zugänge und Perspektiven durch eine so informative und präzise Einleitung der Hg.in zusammengehalten und untereinander zugeordnet wird, wie dies im vorliegenden Buch der Fall ist.

München Konrad Hilpert