

Hermann Hepp

Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation

Aus der Sicht eines Frauenarztes

Als Gynäkologe – und somit als tätiger Arzt im Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation – werde ich, der ich gleichzeitig auch Geburtshelfer bin, immer sprach- und hilfloser, je bewußter mir in der geistigen Auseinandersetzung mit dem ganzen Spektrum dieser Indikation mein ärztliches Handeln wird. So sind auch meine Gedanken über diesen Konflikt, in dem Arzt und Patient sich allein begegnen, nicht fertig, abgeklärt, widerspruchlos sicher. Sie mögen als ein persönliches Ringen um einen Weg und eine Position verstanden werden. So ist auch das Thema bewußt „aus der Sicht *eines* Frauenarztes“ formuliert.

I. Rechtsgrundlage

Das Ziel der Reform des § 218 StGB war und ist es, in Anerkennung der Schutzwürdigkeit des menschlichen ungeborenen Lebens und in umfassender Achtung des Rechts auf Leben das ungeborene Leben zu schützen. Nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers, nach derzeit geltendem Recht und nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 dient der reformierte § 218 StGB dem Schutz des ungeborenen Lebens. Dieser Schutz ist nach wie vor hervorragendes Prinzip. „Der Nasziturus ist ein selbständiges menschliches Leben, das unter dem Schutze der Verfassung steht“ (Bundesverfassungsgericht). Die vom Bundesverfassungsgericht an anderer Stelle verwendeten Formulierungen des sich entwickelnden Lebens, der Leibesfrucht, des ungeborenen Lebens sind immer wieder auftauchende sprachliche Kompromisse. Selbst wenn durch keine Wissenschaft, auch nicht durch die Theologie, bündig zu entscheiden sei, wann werdendes Leben menschliches Leben im vollen Sinne sei, kann dies nach Auer (1981) gar nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, weil das Werden selbst zur Menschlichkeit des Menschen gehöre.

Die zitierte Aussage des Bundesverfassungsgerichts impliziert inhaltlich, daß jeder Schwangerschaftsabbruch, aus welchen Rechtfertigungsgründen bzw. Indikationen auch immer, eine geplante und bewußte Tötung eines Menschen ist. Nach Art. 2, Abs. 3 des Grundgesetzes hat jeder das Recht auf Leben. „Jeder“ in diesem

Sinn ist jedes lebenbesitzende Individuum, auch das noch ungeborene menschliche Leben, das zudem unter dem Schutz der Menschenwürde aus Art. 1, Abs. 1 GG steht. Da das Grundgesetz keine „abgestufte Menschenwürde“ und kein abgestuftes Lebensrecht, mithin keine Unbegriffe wie „Untermenschen“ oder „Vormenschen“ anerkennt, widerspricht die rechtliche und ethisch-moralische Kennzeichnung des ungeborenen Kindes als Mensch nicht dem Grundgesetz, sondern ist mit ihm zumindest vereinbar (zit. Sozialgericht Dortmund 1981).

Alle Abbruchmethoden zielen auf die körperliche Integrität des Kindes, so daß immer eine bewußte und gewollte Todesverursachung und damit eine vorsätzliche Tötung eines Menschen vorliegt. Jeder Abbruch ist, falls einer der vier Rechtfertigungsgründe bzw. Indikationen vorliegt, zur kassenärztlichen Leistung eingestuft und mit Entgelt verbunden.

II. Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation

Bei einem Abbruch aus kindlicher Indikation vollzieht sich diese in einer Lebensphase des Kindes, in welcher alle Organe entwickelt sind und die Mutter Kindsbewegungen spürt. Arzt und Mutter können diese Bewegungen sowie die Herzschläge des Kindes mittels Ultraschall sichtbar wahrnehmen.

Bei der im § 218 StGB, Abs. 2 geregelten kindlichen Indikation sind neben den uneingeschränkt gültigen Grundvoraussetzungen, nämlich der Einwilligung der Schwangeren und der Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs durch einen Arzt, gefordert, daß „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann“.

Der Gesetzgeber hebt also eindeutig auf die Zumutbarkeit für die Schwangere ab, wobei er einen breiten Ermessensspielraum sowohl im Hinblick auf die Schwere der Schädigung als auch im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit des Eintritts der Schädigung läßt. Das Strafrecht tritt allein wegen der besonderen belastenden Umstände für die schwangere Frau zurück. Das Lebensrecht und der Würdeanspruch des Ungeborenen, unter Umständen behinderten Menschen bestehen fort. Dem Gesetzgeber war bei der Formulierung des Gesetzestextes bewußt, daß die Gewißheit oder unter Umständen die bloße Möglichkeit einer auch noch so schwerwiegenden Behinderung eines Menschen nach der Wertordnung des Grundgesetzes nicht rechtfertigen würde, diesem Menschen das Lebensrecht abzusprechen. Die Zurücknahme der Strafandrohung beruht daher in verfassungsrechtlicher Sicht ausschließlich auf dem Gedanken der Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens.

Die Anerkennung der kindlichen Indikation im § 218 StGB, Abs. 2 erfolgt auch nicht aus eugenischen Gründen. Der medizinische Genetiker wehrt sich aus seinem ärztlichen Selbstverständnis heraus dagegen, daß die kindliche Indikation eine eugenische Indikation genannt wird (Zang, 1981). Eugenik im Sinn des Wortes durch Selektion ist hier nicht möglich. Das Gesetz umgeht den Selektionsgedanken sowohl hinsichtlich der pränatalen Diagnostik als auch in der strafrechtlichen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs selbst, indem es ausschließlich auf die Zumutbarkeit im Hinblick auf die körperliche und seelische Belastung der Mutter und der Eltern abhebt und somit letztlich zur erweiterten mütterlichen bzw. medizinisch-psychiatrischen Indikation wird.

Da die Schwangere und ihr Arzt in jedem Konfliktfall um das kranke oder vermutlich kranke Kind wissen, entsteht für jede Schwangere in diesem Indikationsbereich gleichsam in einer zweiten Dimension ein ganz besonders tragischer Konflikt, in den sie den Arzt unmittelbar einbindet. Diese Einbindung beider in der Arzt-Patienten-Beziehung definiert den Konflikt jedes Schwangerschaftsabbruchs und bei der kindlichen Indikation in einem ganz besonderen Maß.

Zur Beurteilung der Frage, ob es sich um eine nicht behebbare Schädigung handelt, ist eine exakte intrauterine Diagnose der befürchteten Gesundheitsschädigung des Kindes oder zumindest die auf einer hohen Wahrscheinlichkeit beruhende Verdachtsdiagnose unabdingbar. Die Diagnose führt nach Information durch den Arzt zu Angst und Verunsicherung der werdenden Mutter und der Eltern und an die Grenze der Belastbarkeit bzw. Zumutbarkeit. Erst durch die sorgfältige pränatale Diagnostik und in Einzelfällen auch nur über empirisches Abwägen ist die individuelle Situation der Schwangeren und die für sie aus dem eventuell oder nachgewiesen behinderten Kind zu erwartende Belastung ableitbar.

Es ist eine alte ärztliche Erfahrung, daß bei Verdacht oder beim Nachweis einer schweren intrauterinen Schädigung des Kindes durch die daraus resultierende erhebliche psychische Belastung die Gesundheit der Schwangeren schwer bedroht sein kann und somit die persönliche Zumutbarkeitsfrage in den Mittelpunkt des Konflikts rückt. Aus der Sicht des Gesetzgebers, des Genetikers, der Berater im Vorfeld des Abbruchs und der betroffenen Eltern ist diese Sicht des Konflikts klar, verständlich und nachvollziehbar. Das Problem reduziert sich auf die Grundfrage, was der Mensch in seinem Anspruch und Willen zu Selbstbestimmung und Freiheit bereit und fähig ist zu ertragen.

Nicht nur für die betroffenen Eltern, sondern auch für den direkt in den Konflikt eingebundenen Arzt, der eventuell zum Täter bzw. Töter wird, sowie für das ungeborene Kind, welches sich zu diesem Konflikt nicht äußern kann, beginnt hier die zweite Dimension des Konflikts. Dieser Aspekt der kindlichen Indikation, auf den der Gesetzgeber ganz bewußt nicht abhebt, ist für den persönlichen Konflikt des tätig werdenden Arztes sowie für die Eltern und gleichzeitig für die ethische Wertung der Tat von prägender Bedeutung.

Wir stoßen auf die zentrale Problematik: Bei jeder Kindesindikation, ob wir die zweite Dimension geistig ausklammern oder nicht, wird immer ein Urteil über den Lebenswert von krankem Leben, hier des kranken Kindes, gefällt, zu dem der Arzt mit medizinischen Denkkategorien nicht fähig ist. Dieser Aspekt aber ist in seinen Auswirkungen auf die Gültigkeit ärztlicher ethischer Inhalte der Medizin und das Berufsbild des Arztes und speziell des Geburtshelfers der Zukunft von tiefgreifendem Einfluß. Das Problem sei zunächst an der Beratungssituation aufgezeigt, in die auch der Gynäkologe mittel- oder unmittelbar einbezogen ist.

III. Beratung

Drei Beratungssituationen sind möglich:

1. Außer Diskussion und in ihrem Wert unschätzbar hoch anzusetzen ist die so verantwortungsvolle und positive Arbeit der genetischen Beratung und allgemein-ärztlichen präventiven Beratung im Vorfeld einer Schwangerschaft. Die Möglichkeit einer pränatalen Diagnostik ermutigt Eltern mit genetischer Belastung, Schwangerschaften zu planen, die ohne diese Methode als zu hohes Risiko empfunden würden (Murken).

2. Die zweite Beratungssituation führt unmittelbar in den Konflikt. Hier befindet sich die Patientin bereits in einer auf das Kind bezogenen Risikoschwangerschaft. Dieses Problem der Interaktion Arzt – Patient stellt sich vor allem dort scharf und bedrängend, wo eine sichere diagnostische Aussage, wie etwa in der genetischen Diagnostik durch Amniozentese (Fruchtblasenpunktion), nicht möglich ist. Hier ist vor allem das breite Spektrum möglicher kindlicher Schäden durch Medikamente, Röntgenstrahlen und Infektionen angesprochen. Wenn wir hier nach eingehender Beratung und Information gezwungenermaßen nur mit empirischen Prozentzahlen operieren, ist der Patient heute nur noch selten bereit, das über dem natürlichen Fehlbildungsrisiko von einem Prozent liegende Risiko zu tragen. „Eine konsumbewußte Frau fordert heute eine 100%ige Sicherheit“ (Ramzin, 1981).

Die gesetzliche Regelung der Kindesindikation hat m. E. hier bereits zu einer Bewußtseinsveränderung geführt. Über Medien und vielerlei öffentliche Aktivitäten werden ständig Anspruchshaltungen induziert, welche auf den beratenden und den unmittelbar in den Konflikt eingebundenen Arzt massive indirekte Zwänge ausüben.

Es geht also sehr oft, je nach Indikationsbereich, um empirische Prozentsätze, in denen beide – Arzt und Patient – nicht wie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle genetischer Indikation auf dem Boden einer klaren Diagnostik stehen, sondern beim Abbruch bewußt in Kauf nehmen, gesundes menschliches Leben zu zerstören bzw. gesunde Kinder zu töten.

Es ist inkonsequent zu meinen, Beratung und Diagnostik während einer bereits bestehenden Schwangerschaft seien geistig von dem Phänomen des eventuell auftretenden Wunsches nach Abbruch zu entkoppeln, etwa mit dem Hinweis darauf, daß dieser Konflikt ja doch nur in drei bis vier Prozent der Fälle zur Entscheidung drängt.

Hier begegnen und empfinden wir die Ambivalenz des medizinischen Fortschritts, des neuen technisch Machbaren, wie sie jedem Fortschritt immanent ist: Neben dem psychisch enorm entlastenden, lebenserhaltenden Effekt, der den Einsatz der pränatalen Diagnostik absolut rechtfertigt, kann sich über den genetischen Nachweis oder den Verdacht einer kindlichen Schädigung durch Medikamente, Viren oder Strahlen – auch auf Verdacht hin – jeweils auch eine Indikation zum Abbruch entwickeln.

Die gegensätzliche Position, nämlich Verzicht auf pränatale Beratung und Diagnostik, solange kein therapeutischer Ansatz für das eventuell als krank diagnostizierte Kind vorhanden ist, wird heute von informierten Patienten kaum noch eingenommen. Eine Patientin formulierte diese andere Position kürzlich so: „Wie sollte ich jetzt in eine Diagnostik und bei nachgewiesener Schädigung oder Behinderung in eine Abruption einwilligen, da ich weiß, daß ich bei einer nach der Geburt diagnostizierten Schädigung bzw. Behinderung niemals der Tötung meines Kindes zustimmen würde – und dies kraft des Gesetzes auch nicht dürfte.“

Dieser Patientin war natürlich auch bewußt, daß eine Amniozentese bzw. pränatale Beratung und Diagnostik ablehnen heute für eine Mutter heißt, im Fall der Geburt eines schwerbehinderten Kindes sich dem Druck des gesellschaftlichen Bewußtseins zu stellen. Ist für die Zukunft vielleicht denkbar, daß eine Mutter durch den Verzicht auf das technisch Machbare die Hilfe der Gesellschaft verwirkt hat? Auch der forensische Aspekt ist zu diskutieren. Das Bundesgericht in Austin (Texas) hat einem mit einer Röteln-Embryopathie geborenen Kind Schmerzensgeld in Höhe von 1,5 Millionen Dollar zugesprochen. Das Urteil bezog sich auf die mangelnde Aufklärung der Mutter, welche über mögliche Folgen einer Rötelerkrankung während der Schwangerschaft nicht informiert worden sei. Die Mutter machte geltend, daß sie aufgrund einer Information über das bestehende Risiko die Schwangerschaft in jedem Fall abgebrochen hätte.

3. Die dritte Beratungssituation ist wieder im Vorfeld der Schwangerschaft angesiedelt. Hier wird die pränatale genetische Diagnose mit nachfolgendem selektivem Schwangerschaftsabbruch bewußt geplant und eingesetzt, um zu einem gesunden Kind zu kommen. Man kann heute bei genetischem Risiko für ein pränatal diagnostizierbares Leiden die Geburt eines gesunden Kindes erzwingen, indem man aufeinanderfolgende Schwangerschaften so lange abbricht, bis ein nachweislich genetisch gesundes Kind empfangen wurde. Auf einer wissenschaftlichen Tagung über die pränatale Diagnostik wurde in diesem Zusammenhang eine Kasuistik mitgeteilt. Bei einer Patientin, die mit 41 Jahren zum ersten Mal

schwanger geworden war, erfolgte mit 41 Jahren die erste und mit 43 Jahren die zweite Abruption nach der Diagnose einer Trisomie. Mit 44 Jahren hat die Patientin schließlich ein genetisch gesundes Kind empfangen und ausgetragen. Hier ermutigt also die Möglichkeit der pränatalen Diagnostik bei genetischem Risiko und Belastung die Patientin zur Schwangerschaft, die ohne diese Diagnostik und gegebenenfalls Abbruch ein eventuell krankes Kind als ein zu hohes Risiko empfunden hätte. Nicht zuletzt auch aus dieser Möglichkeit wird die Schlußfolgerung gezogen, daß es derzeit praktisch keine stärkere geburtenfördernde Maßnahme gibt als die pränatale genetische Diagnostik.

Bei einer Patientin mit drei Fehlgeburten und der Geburt eines nach der Geburt an einem vererbten Phosphatmangel (Hypophosphatasie) verstorbenen Frühgeborenen fanden wir uns in einer derartigen Beratungssituation. Darf der Arzt zu einer Schwangerschaft raten, wenn die Abruption mehr oder weniger vorprogrammiert ist? Ich persönlich meine, daß man potentielle Risikopatienten nicht einfach mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der pränatalen Diagnostik mit selektivem Abort zu einer Schwangerschaft ermuntern darf. Besonders problematisch wird die Entscheidung in Fällen mit prognostischer Grauzone, wo die Schwere der zu erwartenden Krankheit keine klare Aussage zuläßt. Hier ist vor allem auch die Verantwortlichkeit der Eltern anzusprechen.

IV. Arzt und Patient im Konflikt

In den letzten zwei Beratungssituationen kann die Frage des Schwangerschaftsabbruchs nur verdrängt werden. Sie ist und bleibt in drei bis vier Prozent aller Fälle und bei weiteren Fortschritten der intrauterinen Diagnostik in einem noch höheren Prozentsatz immanent. Wenn wir uns heute noch im wesentlichen mit der Altersindikation bzw. der Suche nach genetischen Schäden befassen, so können wir aufgrund der großen Fortschritte der Genetik, der Ultraschalldiagnostik, der Foetoskopie (optische Diagnostik des Foetus in der Gebärmutter) und der Stoffwechseldiagnostik davon ausgehen, daß wir in absehbarer Zeit eine immer größere Zahl foetaler Erkrankungen in utero werden diagnostizieren können (Fuhrmann, Hansmann, Pfeiffer, Rauskolb, 1982).

Der Arzt kann für sich und seine Patientin den Konflikt mit ausschließlichem Blick auf die Zumutbarkeit lösen, indem er den Abbruch aus mütterlich-medizinischer Indikation durchführt. So gesehen erfolgt dann auch keine bewußte Selektion. Sie ist gleichsam eine akzeptierte „Nebenwirkung“. Die geistige Bewältigung des Problemkreises „kindliche“ Indikation gelingt jedoch nur, wenn wir auch die auf das Kind ausgerichtete zweite Dimension erfassen und so die rasante Entwicklung der pränatalen Diagnostik geistig einholen. Ich habe den Eindruck, daß das Problem in seiner Ausweitung und Auswirkung langsam erfaßt wird. So hat z. B.

von Böhm seinen sorgfältigen Aufsatz über die vorgeburtliche Diagnostik und über die ethischen Probleme der genetischen Beratung werdender Mütter mit dem Schlagwort überschrieben: „...Wer, bitte, soll geboren werden?“ Wir sind aufgerufen, unsere im Erstarren begriffene Wertskala immer neu zu überdenken und die Herausforderung nach einer Antwort auf die uns zutiefst bedrängenden Fragen anzunehmen.

Jede *nach* der Geburt eines Kindes gestellte Diagnose einer Erkrankung oder Behinderung des Kindes verfolgt den Zweck, durch therapeutische Maßnahmen die Gesundheit des Kindes wiederherzustellen oder zumindest seine Krankheit zu lindern. Bei einem Abbruch aus „kindlicher Indikation“ behandeln wir nicht die intrauterin diagnostizierte Krankheit, sondern töten deren Träger. Diesem Konflikt kann der Arzt mit dem Hinweis auf die das Gesetz tragende Zumutbarkeitsindikation nicht ausweichen. Freilich bleibt es unbestritten, daß der den Abbruch durchführende Arzt immer wieder mit so schwerwiegenden und realistisch unlösbaren Konflikten konfrontiert wird, in denen ihm als einziger Ausweg – primär aus mütterlichen, psychosozialen und erst sekundär aus genetischen bzw. kindlichen Gründen – nur ein Schwangerschaftsabbruch bleibt. Als Handelnder befindet sich der tätig werdende Arzt hierbei stets in einem für ihn unlösbaren Konflikt bzw. in einem ärztlich-ethischen Dilemma.

Dennoch wird es an uns sein, die Fähigkeit intrauteriner Diagnostik geistig einzuordnen, besonders in Kenntnis der schnellen Entwicklung der pränatalen Diagnostik. Konkret heißt dies: Es gilt, die Möglichkeiten der weiteren intensiven Erforschung intrauteriner Therapieformen und/oder der Vorbereitung einer operativen Korrektur nach der Geburt zu nutzen. Die operative und rehabilitierende Medizin hat sich in der Vergangenheit erhebliche Mühe gegeben, geschädigtes und schwerstgeschädigtes kindliches Leben nach der Geburt zu erhalten und zu pflegen. Die Frage liegt in der Konsequenz einer möglichen Entwicklung, ob wir in absehbarer Zeit noch einer großen Chirurgie des Neugeborenen bedürfen, z. B. bei Defekten der Wirbelsäule, siamesischer Zwillingsbildung, Herzmißbildung, Nabelbruch etc. An einer offenen Bauchwand verstarben nach einer Erlanger Zusammenstellung nach der Geburt nur 17,5 Prozent der Kinder, obgleich 44 Prozent dieser Kinder frühreif geboren worden waren (Willital, 1981).

Wo liegen die Grenzen? Erfolgt Tötung nach Selektionslisten? Welches sind dann die Kriterien der Selektion bzw. der Entscheidung gegen das Leben?

Auf der einen Seite stehen die absolut mit dem Leben nicht vereinbaren Mißbildungen des Anenzephalus (Fehlen des Gehirns), des Potter-Syndroms, des Steißbeintumors (Feige u. Mitarb., 1982), die, ähnlich klinisch toten Erwachsenen, als intrauterin klinisch Tote mit erhaltenden Lebensfunktionen einzustufen sind. Beller hat, meines Erachtens zu Recht, für diese Fälle die gesetzliche Regelung des Abbruchs auch noch nach der 22. Woche nach der Empfängnis (p. c.) gefordert, da diese Fälle oft relativ spät, d. h. nach der 22. Woche p. c. der Diagnose

zugeführt werden. Ein Schwangerschaftsabbruch wäre in diesen Fällen mit lebensunmöglichem Defekt dem Abbrechen von Wiederbelebungsmaßnahmen bei Hirntoten gleichzusetzen.

Auf der anderen Seite steht das lebensmögliche Leben mit Defekt: die Trisomie 21 (Down-Syndrom [Mongolismus], ein Fall auf 700 Geburten) und die Trisomie 13 (1:5000). Wie beurteilen wir die diagnostizierte Myelomeningozele (Zyste im Bereich des Rückenmarks, 2:1000), bei deren Trägern sich bei sakralem Defekt (in der Kreuzbeingegend) in 50 Prozent und bei hochsitzendem Defekt in 90 Prozent ein Hydrozephalus (Wasserkopf) entwickelt (Ewerbeck, 1981)? Gehen mit ein die Störungen der gonosomalen Chromosomen-Aberrationen, z. B. Morbus Klinefelter (1:500!), Turner-Syndrom, YY-Syndrom? Wie ist schließlich eine schwere Dysmelie (Fehlbildungen der Gliedmaßen, z. B. nach Contergan) und eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte einzuordnen?

Wird die Dauer der Lebenserwartung zum Selektionsmaßstab? Ein Kind mit Edward-Syndrom hat etwa ein Jahr, jedes 10. mongoloide Kind maximal 10 Jahre zu leben. Die Fanconi-Anämie führt meistens zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr zum Tod. Ist also eine kurze Lebenserwartung ein Grund, ein Kind erst gar nicht leben zu lassen? Die Frage spitzt sich zu. Ist Nichtsein besser als ein kurzes Dasein mit Defekt?

Neue Aspekte eröffnen jüngste Mitteilungen über den operativen Schwangerschaftsabbruch eines erkrankten Zwillings durch Bauchschnitt (Sectio parva) der Mutter. Beck u. Mitarbeiter (1980) haben nach Diagnose einer Trisomie 21 (Mongolismus) das kranke Kind durch Kaiserschnitt unter Belassung der Plazenta in der 22. Schwangerschaftswoche entfernt und das gesunde Kind am Ende der 38. Schwangerschaftswoche gesund entbunden. In einem weiteren Fall war es operationstechnisch nicht möglich, das Kind aus dem Uterus herauszulösen, da es tief im Bereich des Gebärmutterhalskanals hinter einer Vorderwandplazenta lag. Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte durch Herzstich, was sich als schwierig und langwierig bis zum Tod des erkrankten Zwillings gestaltete. Der operativ tätige Arzt empfand diese Art der Operation als psychologisch nicht zumutbar. Die intrauterine Tötung wird hier dem Handelnden sichtbar vor Augen geführt. „Ich kann es nicht noch einmal tun“, war die verbale Reaktion des Mitarbeiters (Beck u. Mitarb., 1981). Gigon u. Mitarbeiter berichteten auf einem internationalen Kongreß über die operative Entfernung eines Zwillingsfoeten mit Mosaik 46, XX/45, XO und der späteren Geburt eines gesunden Kindes 46, XY, am Geburtstermin. Auch hier erfolgte der Abbruch nach Diagnose des Turner-Syndroms in der 22. Woche mittels kleineren Kaiserschnitts. In der Diskussion wurde die Frage als ungeklärt herausgestellt, ob das Herauslösen des erkrankten Zwillings aus dem Uterus für das verbleibende gesunde Kind risikoreicher sei als die Tötung des erkrankten Kindes in utero durch Herzstich und Belassen des toten Kindes.

Schließlich kann man die sogenannte „kindliche“ Indikation in den Bereich des

Absurden ausdehnen. Folgt man der, wie Petersen es ausdrückte, sozial-darwinistischen Position von Amendt, nach der „Unerwünschtheit“ eines Kindes im Hinblick auf seine psychosoziale Behinderung Krankheitswert beigemessen wird, dann könnte die auf einer unerwünschten Schwangerschaft aufgebaute Notlagenindikation in Zukunft auch in den Bereich der „kindlichen“ Indikation verschoben werden – gleichsam in dem Gedanken: „Niemand wird dich lieben, also werden wir dich töten.“

Andernorts wird auch schon diskutiert, ob dem ungewünschten Geschlecht Krankheitswert zuzumessen sei und mit in die Zumutbarkeitserwägung eingehen könne. Fraser hat per Fragebogen ermittelt, daß mehr als die Hälfte der von ihm befragten Ärzte eine Amniozentese mit möglicherweise folgendem Abbruch durchführen würde, wenn „die Frau schon sechs Töchter hat und sich endlich einen Sohn wünscht“ (zit. n. von Böhm).

Das gesamte Spektrum des Problemkreises von der Beratung, Diagnostik bis hin zum Abbruch und der Betreuung der Patientin nach dem Schwangerschaftsabbruch wurde meinen Mitarbeitern und mir nicht nur in der theoretischen Auseinandersetzung, sondern sehr praktisch und gleichsam schlaglichtartig vor Augen geführt. Aufgrund einer genetischen Indikation wurde nach eingehender und sehr sorgfältiger humangenetischer und medizinischer Beratung bei einer 39jährigen Erstgebärenden am Ende der 21. Woche nach der Empfängnis der Abbruch mittels Prostaglandin eingeleitet. 43 Stunden nach Beginn der Einleitung kam es zur Geburt eines 600 g schweren Kindes mit allen Zeichen des Lebens. Die Kasuistik ist an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht worden (Hepp, 1981).

Bei der im Gesetz aus pragmatischen Erwägungen auf die 22. Woche nach der Empfängnis bzw. 24. Woche nach der letzten Menstruation begrenzten Frist bewegen wir uns bei einem zu erwartenden Geburtsgewicht um 600 g nur zwei Wochen und 200 bis 300 g unterhalb des Einsatzes aktiver intensiv-medizinischer pädiatrischer Maßnahmen nach der Geburt eines spontan frühgeborenen Kindes. Die Lebenserhaltung frühgeborener, unreifer bzw. geschädigter Kinder mit eventuell auch aus der Intensivmedizin resultierender Behinderung schließt fast unmittelbar an die Zone an, in der ein Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation durchgeführt wird.

Da in unserer Klinik eine Prostaglandin-Einleitung nur im Kreißaal intensiv überwacht werden kann, erlebten wir – ein im Kreißaal anwesender Pädiater und der Geburtshelfer – die Frühgeburt eines Kindes in der 32. Woche und die Geburt des nach Prostaglandin-Einleitung geborenen Kindes im gleichen Raum zu fast gleicher Zeit. Uns wurde bewußt, daß sich im Kreißaal Ärzte begegnen, die bei der spontanen Frühgeburt gemeinsam um das Überleben des Kindes ringen und beim Abbruch – wie hier im gleichen Raum und bei parallel verlaufender Frühgeburt – diametral entgegengesetzte Ziele verfolgen. Denn mit der Geburt des zu unserer Überraschung noch lebenden Kindes veränderte sich unsere Tätigkeit.

Keiner der Gynäkologen sah sich in der Lage, den vorher von uns aktiv in Gang gesetzten Prozeß des Tötens aktiv fortzusetzen – was nach geltendem Recht auch nicht erlaubt gewesen wäre. Im Sinn einer passiven Sterbehilfe bzw. Tötung durch Unterlassen, indem wir auf jegliche Reanimationsmaßnahmen verzichteten, beobachteten wir das Kind, bis es nach einer Stunde und 20 Minuten keine Atmung und keinen Herzschlag mehr hatte. Eine aktive Reanimation wäre einerseits bei dem Kind mit einem Gewicht von 600 g mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne Aussicht auf Lebensrettung gewesen, andererseits im Gegensatz zur primären elterlichen und ärztlichen Intention gestanden. Eine iatrogen in Gang gesetzte lebende, jedoch mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht lebensfähige Frühgeburt lag vor uns mit allen formalen „Komplikationen“: standesamtliche Meldung, Leichentransport mit entsprechender Begleitbescheinigung zur Obduktion, Begräbnis des Kindes und schließlich Erfassung durch die geburtshilfliche Jahresstatistik, als einen durch uns induzierten Todesfall.

Es überrascht nicht, wenn Lee und Baggish eine Publikation über 607 artifizielle Aborte des zweiten Schwangerschaftsdrittels nach Prostaglandin-Gabe in die Fruchtblase mit dem Titel: „Life births as complication of second trimester...“ überschreiben. In diesem Kollektiv kamen 45 Kinder (7,3 Prozent) mit Zeichen des Lebens zur Welt. Alle diese Kinder wurden sofort nach der Geburt zur aktiven Reanimation auf die Neugeborenenstation verlegt. Die durchschnittliche Überlebenszeit betrug 2,79 Stunden.

Für uns entfaltet sich hier ein weites Spektrum möglicher Fragen im Zusammenhang mit der „kindlichen“ Indikation. Warum war dieses nachgeburtliche Leben plötzlich dem vollen Rechtsschutz unterstellt, so daß aktives Handeln von Passivität abgelöst wurde? Wie lang noch ist die extrauterine Tötung schwer- und schwerstgeschädigter Kinder im Gegensatz zum intrauterinen Eingriff unter Strafe gestellt? Wird der Gesetzgeber nicht eines Tages die Tötung geschädigter Kinder nach der Geburt erlauben, so wie er heute, mit Bezug auf die Zumutbarkeit der Eltern, die pränatale Tötung gestattet? Totschlag ist nach diesem Denkschema nicht gleich Totschlag, sondern wird vom Alter des Opfers abhängig gemacht (Stoll, 1980).

Wir müssen uns fragen: War unsere Passivität ärztlich-ethisch verantwortbar? Endet der Auftrag des Tötens mit der Geburt eines lebenden Kindes und erfordert dann unmittelbar den vollen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen? Ist unsere ärztliche Aktivität und Haltung abhängig davon, ob eine lebende Frühgeburt spontan oder durch uns induziert vor uns liegt?

Sagen wir nicht, das sei doch alles kein Problem; die ärztliche Erfahrung würde hier stets zu einer pragmatischen und richtigen Entscheidung führen. Nein, dies sind keine theoretischen Gedankenspiele. Den meisten Kollegen ist sicher der jüngst in München abgelaufene Prozeß zu dieser Problematik in lebendiger Erinnerung. Wenn ich hierauf kurz eingehe, dann nicht, um mich urteilend über

den Kollegen zu stellen, sondern um die jeden von uns bedrohende Möglichkeit des Abgleitens in das rein Machbare aufzuzeigen. Hier war nach pränataler Diagnostik ein vermeintlich krankes Kind – die Diagnose soll hier nicht zur Diskussion stehen – mit Einverständnis der Eltern durch Kaiserschnitt als Frühgeburt entwickelt worden. Als das Kind 70 Minuten nach der Geburt noch lebte, wurde das aktive ärztliche Handeln (Sectio) mit dem Ziel der Tötung aktiv mittels eines Anaesthetikums fortgesetzt. Die Staatsanwaltschaft unterschied zwischen dem Druck von seiten der Mutter zur Abruption (was in der späten Schwangerschaftsphase illegal war) und der Tötung des Kindes nach der Geburt. Niemals besser wurde m. E. die im Zentrum der Kindesindikation stehende Zumutbarkeitsproblematik und die Interaktion Arzt und Patient umschrieben, als während des Prozesses von juristischer Seite gesagt wurde: Der handelnde Arzt habe im „Sog der Panik“ der Frau gehandelt.

Wenn wir davon ausgehen, daß Sterbenlassen durch Unterlassung mit aktivem Töten gleichzusetzen ist, dann bleibt uns nur, bei induzierten Frühgeburten in jedem Fall einer Lebendgeburt ohne mit dem Leben nicht vereinbaren Mißbildungen auf die aktive Seite der intensivmedizinischen Maßnahmen zu setzen. Danach wäre der Auftrag der Patientin zur Tötung des Kindes stets mit der Geburt des Kindes beendet, und wir wären in jedem Fall zur aktiven Reanimation herausgefordert. Bei einer Frühgeburt nach Abruption ohne eine mit dem Leben nicht vereinbare Mißbildung müssen wir also handeln wie bei einer spontanen Frühgeburt.

Mit Blick auf die zweite Dimension der kindlichen Indikation müssen wir klar erkennen, daß bei jedem Schwangerschaftsabbruch immer auch Selektion durch aktive Tötung geschieht, die intrauterin akzeptiert und praktiziert wird. Das Wort „Euthanasie“ ist in diesem Zusammenhang irreführend, da es sich beim Ungeborenen nicht um einen Einwilligungsfähigen und nicht um einen Sterbenden handelt. Es geht auch nicht um das Problem des Rechts auf einen sanften Tod, sondern um die frühzeitige Beendigung eines defekten Lebens.

In der geistigen Auseinandersetzung mit diesem Indikationsbereich geht es also letztlich um das Konzept von Leben überhaupt. Wir sind uns bewußt, daß Forderungen an das Wertbewußtsein weder durch moralische Appelle noch durch das Strafgesetzbuch erhoben und durchgesetzt werden können. Die Frage bleibt aber zu beantworten, weshalb ein krankes und behindertes Kind um seiner eigenen Zukunft willen vor der Geburt eher getötet werden soll oder darf als nach der Geburt. Natürlich ist die Frage so falsch gestellt, da die „kindliche“ Indikation juristisch ausschließlich auf die Zumutbarkeit der Mutter abhebt. Der Arzt als Täter muß sich jedoch in 2800 Fällen pro Jahr (drei Prozent der 1981 in der Bundesrepublik abgebrochenen und gemeldeten Schwangerschaften) dennoch diesem Kern des Konflikts stellen. Mit Blick auf den Arzt, der den Abbruch vornimmt, hat der Marburger Rechtsmediziner Ehrhardt formuliert:

„Unterstellt man einmal die Möglichkeit einer vertretbaren Selektion von Fällen ‚unwerten Lebens‘ als gegeben und gesetzlich geregelt, dann stellt sich die unerbittliche Frage, wer eigentlich als Tötungshelfer fungieren soll. Wer wiederholt oder regelmäßig ‚unwertes Leben‘ tötet, kann in seinem Charakter davon ebensowenig unberührt bleiben wie der Frauenarzt, für den die Abtreibung zur täglichen Routine gehört. Bei jeder Lockerung eines Tötungsverbotes wird der Töter zum psychologischen, sozialetischen und sozialpädagogischen Problem.“

Die Brisanz dieser Indikation mit all ihren Auswirkungen wird auf die Gültigkeit ärztlich-ethischer Inhalte der Medizin und des Berufsbilds des Arztes, speziell des Geburtshelfers, von tiefgreifendem Einfluß sein. Es ist nicht abwegig, daß eventuell gleichsam durch die das Rechtsbewußtsein prägende Kraft dieses Gesetzes die in der Gesellschaft vorhandene Bereitschaft zur Rechtfertigung der Tötung kranken Lebens einmal auch das extrauterine Leben einbeziehen wird. In Großbritannien ist die Diskussion über die passive und aktive Sterbehilfe mißgebildeter Kinder durch zwei Gerichtsurteile bereits in die Öffentlichkeit getragen worden. Zwei entgegengesetzte Urteile liegen vor. Mit dem Freispruch von Leicester haben zwölf Geschworene britische Rechtsgeschichte geschrieben, indem der Verzicht auf Therapie eines schwerbehinderten Kindes legalisiert wurde. Der Pädiater L. Arthur war zunächst des Mordes angeklagt, da er für ein von den Eltern zurückgewiesenes schwermongoloides Kind nur Pflege und ein beruhigendes und schmerzlinderndes Mittel sowie Ernährung nur auf Begehren verordnet hatte. Das Kind starb 63 Stunden nach der Geburt. Nach Prozeßbeginn war die Mordanklage auf „Mordversuch“ reduziert und eigentlicher Prozeßgegenstand war, da Einschlafenlassen nicht eigentlich strafbar ist, ob Dr. Arthur die schmale Grenze zwischen passivem Sterbenlassen und aktivem Töten überschritten habe.

Gegner des Freispruchs von Leicester befürchteten den Übergang zur aktiven Euthanasie. Sie plädierten für das Recht auf Leben ohne Rücksicht auf die sogenannte Lebensqualität. Kontroverse Stimmen kamen auch von seiten der Eltern-Interessenverbände, vor allem der Eltern von mongoloiden Kindern. Nach deren Meinung habe der Prozeß dem Komplex Behinderung großen Schaden zugefügt und die Akzeptierung Behinderter durch die Gesellschaft um Jahre zurückgeworfen.

Ähnlich großes Aufsehen erregt hat ein fast gleichzeitig ergangenes und in der britischen Rechtsgeschichte ebenfalls einmaliges Urteil, wonach drei Richter in London das Leben eines zehn Tage alten mongoloiden Mädchens geschützt haben. Hier ging es um die Frage, ob die Eltern den Ärzten eine dringend indizierte Darmoperation verweigern dürfen. Die erste Gerichtsstanz gab den Eltern recht und vertrat die Ansicht, man solle in diesem Fall der Natur ihren Lauf lassen. Die Berufungsrichter, die sich ihrer Verantwortung als Herren über Leben oder Tod bewußt waren, entschieden für die Durchführung der Operation und damit für das Leben des Kindes. Während Behindertenorganisationen die Richter beglückwünschten, sprach sich ein Kinderarzt für Gesetzesänderungen aus, um eine Wiederholung dieses Falles zu verhindern.

Man muß also kein Prophet sein, um die weitere Entwicklung zu ahnen. Wir bewegen uns auf immer unsichererem Boden. Wir akzeptieren die aktive intrauterine Tötung und empfinden, wie schmal der Grat ist zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe bei nach der Geburt diagnostizierten schweren Mißbildungen bzw. Behinderungen oder bei trotz Abortio lebend zur Welt gekommenen Kindern.

V. Schlußbemerkung und Ausblick

Ich hoffe, bewußt gemacht zu haben, von welcher hohen Bedeutung für ein Zusammenleben der Gesellschaft eine sinnvolle Kooperation von Sitte und Strafrecht ist. Es geht letztlich um die Bewußtheit von Leben und das Konzept vom Menschen. Die Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Gesundheit als ein vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden wird, induziert ein fortwährend sich veränderndes Bewußtsein und ist gleichzeitig Ausdruck und Endgedanke medizinisch-philosophischen Denkens unserer Zeit. Diese Definition von Gesundheit bewirkt eine ideologische Überhöhung der Medizin und des Arztes und ist letztlich identisch mit der Summe aller Glückserwartungen des Menschen. Sie suggeriert unseren Patienten, daß heute in der Medizin alles machbar und so prinzipiell auch kaufbar sei. Dieses Anspruchsdenken auf Gesundheit konfrontiert uns wiederum mit Erwartungen und Hoffnungen einer immer heilsüchtigeren Gesellschaft, die, wie Schipperges es ausdrückte, von der Medizin eine neue Heilkultur erhofft und mit ihr schließlich das Modell einer Weltbewältigung.

Eine so tief in das Verständnis von Leben eingreifende Gesetzgebung ist also einerseits Ergebnis veränderter geistiger Wertvorstellungen und wirkt gleichzeitig bewußtseinsprägend und verändernd auf die Gesellschaft und das Berufsbild der Ärzte. Wölber hat diese unser Thema ergreifende Grundfrage treffend angesprochen: „Die Medizin wächst mit ihren Fortschritten immer mehr in schwierige sittliche und weltanschauliche Fragestellungen hinein. Sie wird zum Grenzgänger von Philosophie und Ethik.“ Und er führt den Gedanken fort: „Vom Selbstverständnis der modernen Medizin her ist das höchst paradox. Dieses ist nämlich als Wissenschaft von der Natur wertfrei gedacht. Aber es endet bei fundamentalen Wertfragen. Einer der menschlichsten aller Berufe ist im Grunde heute einer der distanziertesten gegenüber den anthropologischen Grundfragen.“

Ich habe in der Reflexion über mein Thema eine Analyse der Wirklichkeit versucht, wie sie sich mir persönlich als Gynäkologen in seiner Konfrontation mit der „kindlichen“ Indikation zum Schwangerschaftsabbruch darstellt. Unser Handeln erstreckt sich in Kooperation mit allen in diesem Indikationsfeld angesprochenen Gebieten im Konflikt der Beratung und des Abbruchs in den aufgezeigten zwei Dimensionen. Das Ergebnis ist eindeutig. Mit Blick über die betroffenen Eltern

hinaus auf das nachgewiesen oder nur vermutet kranke Kind haben wir in der „kindlichen“ Indikation zum Schwangerschaftsabbruch eine neue Ethik akzeptiert, in der das menschliche Leben einen relativen Wert hat. Diese Ethik hat ihren Ursprung u. a. in einer Bedürfnisideologie, wobei menschliches Leben neuen Normen gegenübergestellt wird, die eine körperliche Vollkommenheit und eine Nützlichkeit ansprechen. Unausgesprochen folgen wir der Tendenz, nur das Gesunde, nur das Starke, nur das Erfolgreiche anzuerkennen.

Mit anderen Worten: Wir haben uns dem Druck einer Gesellschaft gebeugt, die Töten erwartet und fordert. Somit haben wir ethische Normen relativiert. Wir müssen konstatieren, daß wir in unserem Volk keinen Konsens mehr haben über die Würde des Menschen. Dieser Wandel aber trifft die Wurzel unserer Kultur. Die Brisanz dieser gesamten Problematik wird in den letzten Jahren auch von politischer Seite wahrgenommen und versucht aufzuarbeiten. In der Kommission über Grundwerte beim SPD-Vorstand haben Eppler und Vogel in einem Arbeitspapier über humane Grenzen des technisch Machbaren zu Fragen der Medizin Stellung genommen und darin scharf und klar formuliert: „Der durch Wissenschafts- und Wirtschaftsfreiheit hervorgebrachte technische Fortschritt darf die von der Verfassung vorausgesetzte und geschützte Humanität nicht in Gefahr bringen; er darf die Menschenwürde nicht antasten oder gar zerstören.“

Ich habe eingangs betont, daß ich auf die in der „kindlichen“ Indikation zum Schwangerschaftsabbruch immanente und bedrängende Frage der Selektion außer dem Gefühl des Zurückgeworfenseins auf die persönliche Gewissensentscheidung – wobei Gewissen kein abstrakter Begriff ist – keine Antwort habe. Ich weiß um die letzte Verantwortlichkeit, die den handelnden Arzt in auswegloser Situation niemals frei von objektiver Schuld läßt. Nach meinem Berufsverständnis ist entscheidend, daß der Arzt in seinem Auftrag und Tun die Empfindsamkeit für dieses objektive Mitschuldigwerden im Mitleiden bewahrt. Ob dies genügt? Ich weiß nur mit Gewißheit: Will die Medizin und das ärztliche Tun uns nicht entgleiten, ist es hohe Zeit, in der geistigen Auseinandersetzung mit diesem Problem fortzufahren. Hierzu benötigen wir die Stimmen der Geisteswissenschaft – der Philosophie, der Schöpfungstheologie, der Historie. Medizin ist und muß sein, ob uns das gefällt oder nicht, auch und immer mehr Geisteswissenschaft. Denn wir stürzen in Systeme des Denkens, nach denen die Medizin rechtlich darf, was sie kann, und in Zukunft tun muß, was sie kann. Wir müssen jedoch mit jedem neuen Schritt jene Grenze suchen, wo die Medizin der Utopien, die inhumane Medizin, beginnt.

Literatur

A. Auer, Fünf Jahre nach der Reform des § 218. Aus der Sicht des Ethikers (Karlsruhe 1981); L. Beck, R. Terinde, M. Dolfs, Zwillingschwangerschaft mit freier Trisomie 21 eines Kindes. Sectio parva mit Entfernung des kranken und spätere Geburt des gesunden Kindes, in: Geburtsh. u. Frauenheilk. 40 (1980) 397; L. Beck, Diskussionsbeitrag, IX. Akademische Tagung (Basel 1981); F. K. Beller, K. Quakernack, Fragen zur Bioethik, in: Geburtsh. u.

Frauenheilk. 40 (1980) 142; G. v. Böhm, in: Die Zeit, 37, 4. 9. 1981; H. E. Ehrhardt, Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, in: Dt. Ärztebl. 23 (1974) 1695; E. Eppler, H. J. Vogel, Humane Grenzen des technisch Machbaren. Kommission Grundwerte, SPD-Parteivorstand (Februar 1981); H. Ewerbeck, Das Leben eines Kindes mit schweren Mißbildungen aus der Sicht des Pädiaters, in: Wissenschaftl. Inf. 7 (1983) 129; A. Feiger, J. Gille, K. v. Maillot, D. Mulz, Pränatale Diagnostik eines Steißbeinteratoms mit Hypertrophie der Plazenta, in: Geburtsh. u. Frauenheilk. 42 (1982) 20–24; U. B. Fröhlich, Bei Müttern über 35 Jahre steigt das Risiko merklich, in: FAZ Nr. 84 (1981) 10; B. Fuhrmann, Pränatale Erfassung von Erbbliden und Neuralrohrdefekten (Tagung der Bayr. Ges. für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 17.–19. 6. 1982, Bamberg); O. Gigon, H. Moser, P. Auf der Mauer, Zwillingschwangerschaft mit operativer Entfernung eines Foeten mit Mosaik 46, XX/45, XO und Geburt eines gesunden Kindes 46, XY am Geburtstermin (IX. Akadem. Tagung, Basel 1981); M. Hansmann, Möglichkeiten und Grenzen der Sonographie bei der pränatalen Diagnostik (Tagung der Bayr. Ges. für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 17.–19. 6. 1982, Bamberg); H. Hepp, Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation. Anthropologisch-philosophische Aspekte des Arzt-Patienten-Konflikts, in: Wiss. Inf. 27 (1981); W. K. Lee, N. S. Baggish, Live birth as a complication of induced second trimester abortion, in: Advances in planned parenthood 13 (1978) 7; J.-D. Murken, Der Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation, in: Der Internist 19 (1978) 310; P. Petersen, I. Retzlaff, Freiheit und Verantwortung in „pro familia“, in: Dt. Ärztebl. 37 (1980) 2192; P. Petersen, Das Prinzip Hoffnung und der § 218 StGB, in: Schleswig-Holsteinisches Ärztebl. 10 (1970) 530; R. A. Pfeiffer, Pränatale Zytogenetik. Indikationen – Organisation – Probleme (Tagung der Bayr. Ges. für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 17.–19. 6. 1982, Bamberg); Ramzin, Diskuss.-Beitrag, Akad. Tagung deutschsprachiger Hochschullehrer (Oktober 1981, Basel); R. Rauskolb, Möglichkeiten und Grenzen der Foetoskopie bei der pränatalen Diagnostik (Tagung der Bayr. Ges. für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 17.–19. 6. 1982, Bamberg); H. Schipperges, Möglichkeiten, Grenzen und Rechtfertigung ärztlichen Handelns, in: Arch. Gynäk. 228 (1978) B 49; Sozialgericht Dortmund, Az.: S 8 Kr 172/81; P. Stoll, Arzt und Schwangerschaftsabbruch. Überlegungen zur ärztlichen Ethik, in: Dt. Ärztebl. 77, Jg. 10 (1980) 607; G. H. Willital, Referat Annual Internat. Congress of the British Association of Pediatric Surgeons (Oxford 1981); D. Wölber, Heilsame Grenzen, in: Dt. Ärztebl. 11/12 (1981) 579; K. D. Zang, Die sogenannte kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (Vortrag auf der Fortbildungstagung der Ärztekammer des Saarlandes, 17. 1. 1981). – Dieser Artikel wird im Frühjahr 1983 in dem Sammelband „Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation“ im Thieme-Verlag erscheinen.