

Körperlich- seelische Folgen nach vorgeburtlicher Kindstötung

Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

Nach der Lektüre des Buches „Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen“¹ blieb für den Arzt Linus Geisler „die gespenstische Gewissheit, wie nah sich „Vernichten“ und „Heilen“ in der Medizin manchmal sind“. Und der Rezensent fügte hinzu: „Diese Gewissheit nur einer historisch abgeschlossenen Epoche zuzuordnen, könnte sich als trügerisch erweisen“.²

Tatsächlich stellte der Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) mit Blick auf die rd. 130 000 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr in unserem Land (Dunkelziffer ca. 250 000) fest: „Ja, selbst die Last des Tötens nimmt das Fach – ein singulärer Vorgang in der ärztlichen Tätigkeit – auf seine Schultern: aus Verständnis und Hilfsbereitschaft für die Frauen“ und fuhr in gespenstischer Rhetorik fort: „wer mag schon vorherzusagen, ob nicht eine fernere Zukunft auch uns als "willige Vollstrecker" eines Zeitgeistes, eines als anmaßend empfundenen Individualismus betrachten wird, so wie man heute auf jene Ärzte blickt, die vor 60 Jahren die Vollstrecker von Eugenik, Rassenhygiene und NS-Wahn gewesen sind.“^{3 4}

Damit ist bestätigt: Das Töten Ungeborener im Fachgebiet der Frauenheilkunde ist seit Jahren Bestandteil eines völlig verfehlten Verständnisses von ärztlicher Hilfe, das zudem auf andere Ärzte Druck macht, denn wer nicht mit schultert ist kein guter Frauenarzt und handelt unkollegial.

Begründungs- und Beschwichtigungsstrategien

In dieser Situation, in der wir alle genug wissen, um nicht mehr wissen zu wollen, bedienen wir uns - kollektiv oder individuell – gewisser *Begründungs- und Beschwichtigungsstrategien*. Sie unterscheiden sich kaum von jenen, mit denen sich die Angeklagten in Nürnberg zu rechtfertigen suchten.⁵ Auch wir sprechen den ungeborenen Opfern ihr Mensch- oder Personsein ab, wenn wir sie als „Proteine mit Programm“⁶, als „Schwangerschaftsgewebe“⁷ oder als „werdende Menschen“ bezeichnen. Das Wesen des Eingriffs reden wir schön, leugnen, verschweigen und verdrängen es, wenn wir vom Recht der Frau auf „reproduktive Gesundheit“ sprechen, von „Geburtenkontrolle“, dem „medikamentösen“ Abbruch oder überhaupt nur von der „Überalterung“ unserer Gesellschaft oder vom „demographischen Faktor“.

So wird aus dem „Recht auf reproduktive Selbstbestimmung“⁸ eine unproblematische Lösung, die für die Frauen gesundheitlich weniger riskant sei als eine normale Geburt und Berichte über körperlich-seelische Folgen nach Abtreibungen, das sog. Post-Abortion-Syndrom, oder ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit, Depressionen und Brustkrebs, worüber die Frauen vor dem Eingriff aufgeklärt werden sollen, kann man als Erfindung der

¹ Ebbinghaus A., K. Dörner: Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Berlin, 2001

² Geisler L.: Eine herrliche Welt erschaffen – Beklemmend: Ein Sammelband zu den Visionen der NS- Medizin. Frankfurter Rundschau, 09.04.2001 (www.linusgeisler.de/artikel/0104fr_ebbinghaus.html)

³ <http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/cgi-bin/discus/discus.cgi>

⁴ Kindermann K.G.: Nun los, Frauenheilkunde. Der Frauenarzt 41, 2000, 661

⁵ Dörner K. : „Ich darf nicht denken.“ Das medizinische Selbstverständnis der Angeklagten. In: „Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen.“ Hrsg.: Ebbinghaus A. und Dörner K. Aufbau Verlag, 2001, 331-357

⁶ Unschuld P.: Von der Triebfeder zum Getriebenen. Bayerischen Ärzteblatt 11/2005, S. 739

⁷ z.B.: <http://www.gesundheitpro.de/A050829ANONI013645>

⁸ <http://www.svs-uspda.ch/de/facts/psychisch.htm#Schweizer>

Abtreibungsgegner darstellen.^{9 10} Wie auch sollte ein instrumenteller Eingriff von wenigen Minuten in örtlicher Betäubung solche Auswirkungen hervorrufen können?

Diese Darstellung des Eingriffes unterschlägt, dass die oftmals mehr oder weniger erzwungene und absichtsvoll ins Werk gesetzte Tötung des Ungeborenen in der Regel am Ende eines schweren Beziehungskonfliktes steht. Nicht die starren Instrumente, sondern die Gefühle von Horror, Schrecken, Hilflosigkeit etc. können die Frau traumatisieren und gesundheitlichen Folgen auslösen.¹¹

Zerbrechen der Beziehung und Tötung des Ungeborenen als Trauma für die Frau
Frau und Mann haben nämlich in der Regel in ihrer alltäglichen Lebenswelt¹² aus ihren je individuellen Wirklichkeiten eine einzigartige *gemeinsame* (mikrosoziale) Wirklichkeit aufgebaut und verschiedene Stufen der emotionalen Annäherung und Intimität bewältigt, in der u.a. die gemeinsame Sexualität und Verhütung institutionalisiert wurde.¹³ Durch den sich zuerst der Frau ankündigenden neuen Menschen stellen sich für sie „andere Umstände“ ein, d.h. die eigene und damit die gemeinsame Wirklichkeit des Paares erhält eine ganz neue Dimension. Sie wird dauerhaft und „härter“; aus Frau und Mann werden Mutter und Vater, Großeltern etc.¹⁴ Diese Entwicklung ist nur noch durch die Beseitigung des Ungeborenen abzuwenden. In solchen Konfliktsituationen wird die gesamte bisherige und zukünftige Beziehung in Frage gestellt und es kann die bisherige Welt zusammenbrechen, was von der Frau als „intensive Bedrohung des eigenen Lebens, der Gesundheit und körperlichen Integrität“ und damit - wie andere Ursachen - als Trauma erlebt werden kann.

Ergebnisse der Traumaforschung

Bei traumatischen Ereignissen, so wurde es anschaulich formuliert, „zerbricht die spätere Erinnerung wie ein Puzzle in Stücke“, wobei die einzelnen Teile visueller (innere Bilder oder Abläufe), affektiver (Gefühle der Hilflosigkeit, Traumen etc.), taktiler (Tasterinnerungen), olfaktorischer (Geruchserinnerungen) und auditiver Art sind. Die traumatische Erinnerung kann als überwiegend körperliche Erinnerung gespeichert und so der üblichen, verbal zentrierten Psychotherapie unzugänglich sein. Wenn die Traumageschichte in einzelne, überwiegend nicht sprachlich ausdrückbare Teile zerfallen ist, wird sie unerreichbar, da die „innerlich repräsentierte zusammenhängende Geschichte des Ereignisses – der narrative Kanal– oft fehlt, oder sie ist völlig emotionslos“.¹⁵

Traumatisierte durchleben das Geschehene in Alpträumen und Rückblenden erneut, sie haben Schlafstörungen, fühlen sich isoliert und sich selbst entfremdet. Die Symptome können so ausgeprägt und langandauernd sein, dass sie die Fähigkeit beeinträchtigen, das alltägliche Leben zu bewältigen. Auch können Traumatisierte über das Erlebte nicht sprechen; das Trauma als Ursache der Gesundheitsstörungen bleibt unerkannt und lässt sich daher leicht von der Umgebung leugnen.

Erst angesichts der gesundheitlichen Folgen bei rd. 1 Mio. (Vietnam-) Kriegsveteranen hat sich seit ca. 1970 eine moderne Streß- und Traumaforschung etabliert und neue Erkenntnisse über die Grundlagen und Zusammenhänge bei der Entstehung von

⁹ Thorp J.M., K.E. Hartmann et al.: Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58, 2002, 67-79

¹⁰ <http://www.svss-uspda.ch/de/facts/psychisch.htm#Schweizer>

¹¹ Bradshaw Z., P. Slade: The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 23 (2003) 929-958

¹² Schütz A.: *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt: e.Einl.in d.verstehende Soziologie*.2.Aufl. Frankfurt, 1981

¹³ Lenz K.: *Soziologie der Zweierbeziehung: eine Einführung*. Opladen/Wiesbaden, 1998

¹⁴ Berger P.L., Th.Luckmann: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt/M, 2000, 17.Aufl.

¹⁵ http://72.14.207.104/search?q=cache:5H0L1a2AXbUJ:www.gfk-institut.ch/pdf/pub_traumatage.pdf+limbisches+system+ptsd&hl=de

Traumata erbracht, die auch zu einer Neuordnung der Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen führte. Körperliche und seelische Folgen als „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F 43) erscheinen im Kapitel V der internationalen *Klassifikation der Diagnosen in der Medizin (ICD-10)* unter „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (F00-F99), Untergruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).

Die als Post- Abortion- Syndrom beschriebenen körperlich-seelischen Folgen lassen sich hier einordnen, was allerdings die Anerkennung der vorgeburtlichen Kindstötung als mögliches Trauma in der Medizin voraussetzt; dann werden die Gesellschaft und Politik folgen müssen.

Dem *neurobiologische Erklärungsansatz* zufolge kann es bereits während der Traumatisierung zu kurz- und langfristigen Funktions-, aber auch Strukturveränderungen im Bereich des limbischen Systems kommen mit neuroendokrinen Störungen der Hypothalamus-Hypophysen- Nebennierenrindendachse, einer gesteigerten noradrenergen Aktivität mit erhöhtem peripherem Katecholamin- Metabolitenspiegel sowie einer Fehlsteuerung des Systems endogener Opiate.¹⁶ Die funktionellen Veränderungen im Gehirn lassen sich beim Lebenden in modernen bildgebenden Verfahren (PET, SPECT, fMRI) nachweisen; ebenso morphologische Veränderungen an Gehirnpräparaten.^{17 18}

Fazit: Solange das Wesen des Schwangerschaftsabbruches in der Medizin und in der Gesellschaft verdrängt und die Möglichkeit einer Traumatisierung der Frauen durch den Eingriff nicht anerkannt ist, verlieren die Frauen nicht nur ihre Kinder, sondern es bleiben unbehandelt auch ihre seelischen und körperlichen Leiden. Weil aber das Verdrängte bekanntlich in fernerer Zukunft wiederkommt, müssen wir uns freimütig mit dem Wesen der Abtreibung auseinander setzen.

Dazu gehört zu allererst eine wahrhaftige Benennung des Geschehens auch wenn dies Schmerzen und Abwehr hervorruft.

Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

¹⁶ Schwarz M.: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In: Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Hrsg.: Gaebel W., F. Müller-Spahn. Stuttgart, 2002, S. 514

¹⁷ Bremner J.D.: The Lasting Effects of Psychological Trauma on Memory and the Hippocampus.
www.lawandpsychiatry.com/html/hippocampus.htm

¹⁸ National Center for Post-Traumatic Stress Disorder: Functional Brain Imaging in PTSD
http://www.ncptsd.va.gov/facts/specific/fs_brain_imaging.html

Vita

Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

Zum Autor: Jahrg. 1944, verh., 2 Kinder, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, apl. Professor und Oberarzt sowie langjähriger Leiter der Familienplanungsstelle an der Frauenklinik im Klinikum Großhadern der LMU- München.
1998 Wechsel in den Arbeitsbereich „Theoretische Medizin“
Seit 1994 Vorsitzender der Ärzte für das Leben e.V.

Bücher: (Herausgeberschaft):

Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Kohlhammer, 1983 (mit A. Urdze);

Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Eine repräsentative Studie im Auftrag der BZgA. Köln, 2003 (mit N. Kluge unter Mitarb. von G. Dahmen, P. Eiblmeier, D. Lehr u. R. Osthoff);

Gestern „lebensunwert“ – heute „unzumutbar“. Wiederholt sich die Geschichte doch?
Zuckschwerdt, 2000, 2.Aufl.;

Vorgeburtliche Medizin– zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Zuckschwerdt, 2001 (mit M. Overdick-Gulden).

Anschrift: Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald, Frauenklinik der LMU München im Klinikum Grosshadern, Marchioninstr. 15, 81377 München. Tel.: 089 7095-4696;
ingolf.schmid-tannwald@med.uni-muenchen.de