

WICHTIGE ZEITDOKUMENTE

zum größten Verbrechen der Neuzeit

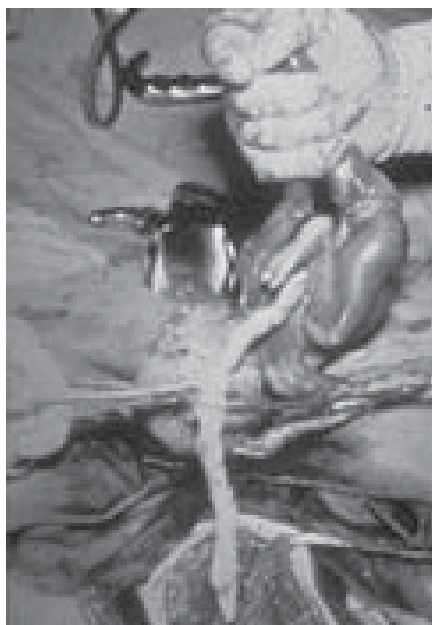


Folge 7

In wichtigen Beiträgen möchten wir Hintergründe und Folgen der Liberalisierung der Abtreibung sowie die Entwicklung von der Abtreibung zur Euthanasie aufzeigen.

Die Reihe „WICHTIGE ZEITDOKUMENTE“ erscheint in loser Folge. Zurückliegende Ausgaben können jederzeit bei uns angefordert werden.

Es ist ein Irrtum, anzunehmen, daß in der Bundesrepublik Deutschland Kinder nur bis einschließlich der 12. Schwangerschaftswoche straffrei abgetrieben werden dürfen. Die 12-Wochen-Grenze gilt seit 1995, wenn die Schwangere eine Beratung in Anspruch genommen hat und die Abtreibung verlangt, (sogenannte Entscheidungsfreiheit) sowie bei Vorliegen einer „kriminologischen“ Indikation (nach Vergewaltigung). Aber auch danach ist eine Abtreibung zu jedem Zeitpunkt möglich, sogar bis zu den Eröffnungswehen vor der Geburt, wenn der Arzt eine „medizinisch-soziale“ Indikati-



Im späten Schwangerschaftsstadium wird als chirurgische Abtreibungs-Methode nur der Kaiserschnitt verwendet.

Lebend - Abtreibung

Die Bereitschaft, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen, nimmt immer mehr ab. Gleichzeitig kann die moderne Medizin immer mehr Fehlbildungen und Krankheiten vorgeburtlich diagnostizieren.

Diese kranken Kinder werden zumeist in der zweiten Schwangerschaftshälfte abgetrieben - und kommen oft lebend zur Welt, wo man sie dann dem Tod überläßt.

on feststellt. Dieser Begriff ist bewußt weit und schwammig gefaßt, darunter fällt die frühere „eugenische“ Indikation (bei vermuteter Schädigung des Kindes) ebenso wie alle tatsächliche oder vorgeschobene Beschwernekörperlicher und seelischer Art der werdenden Mutter.

Allgemein praktizierte Abtreibungsmethoden sind Saugcuretage bis 12. Woche, instrumentelle Kürettage bis ca. 15. Woche, danach Prostaglandine (medikamentös), Salzverätzung und Hysterotomie (Kaiserschnitt).

SPÄTE ABTREIBUNGEN

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) berichtete u. a. am 16. Juli 1984:

„Eine späte Abtreibung ist manchmal eine Frühgeburt.“

„Was soll der Arzt tun, wenn die

vorgesehene Abtreibung zur Geburt eines lebenden Wesen wird? Daß solche Fälle nicht mehr Fiktion, sondern Realität sind, läßt sich mit Zahlen belegen. Das jüngste in der Uni-Frankfurt überlebende Kind wurde nach 23 Wochen und fünf Tagen geboren. Aus England und Amerika wurden einige noch frühere Geburten bekannt.

Mit diesen medizinischen Fortschritten sind auch die geltenden gesetzlichen Bestimmungen fragwürdig geworden (s.o.). (2% gemeldete 'eugenische Indikationen' 1983 = mind. 1730 Spät-abtreibungen.) Sehr häufig noch - nämlich in einem Siebentel aller Fälle - waren Gefahren für die körperliche oder seelische Gesundheit der Mutter der Grund für die Abtreibung, für die naturgemäß keinerlei Fristen gelten.“

„Versuche, dieser Entwicklung zu begegnen, haben dazu geführt, daß in vielen Krankenhäusern Fruchtwasseruntersuchungen (Untersuchung auf Schädigungen) nicht mehr gemacht werden. Allgemein wird die Situation als unerträglich empfunden, in der Schwangerschaften beendet werden, die zwei Wochen später zur Entbindung von Kindern führen würden, um deren Leben Ärzte mit allen Mitteln stritten.“

SCHRECKLICHES DILEMMA

Um dem schrecklichen Dilemma zu entgehen, bei der Abtreibung plötzlich vor einem lebenden Kind zu stehen, gingen die Gynäkologen in den USA zunehmend dazu über, Abtreibungsmethoden „sicherer“ zu machen, das hieß, so die FAZ, das Kind werde in der Gebärmutter regelrecht zerstückelt, um jede Überlebensmöglichkeit auszuschließen.

Die FAZ weiter: „Mit den zunehmenden Möglichkeiten, Mißbildungen vor der Geburt festzustellen, mit der schwindenden Bereitschaft, Behinderungen - gleich welcher Art - überhaupt noch zu akzeptieren und mit der immer weiter perfektionierten Medizintechnik, die rechtliche Barrieren sprengt und ethische Überlegungen ad absurdum führt, dürften die menschlichen Tragödien bei späten Schwangerschaftsabbrüchen künftig kaum seltener werden, sondern sie werden eher noch zunehmen.“

BERICHTE AUS DEN USA

● Aus den USA wird berichtet: „Der Schrei einer Frau erschütterte die Ruhe der vergangenen Nacht und veranlaßte zwei junge Hebammen, zum

Zimmer 4456 des medizinischen Zentrums der Universität von Nebraska zu eilen. Der Patientin, die für eine Abtreibung vorgesehen war, war 30 Stunden zuvor eine Salzlösung injiziert worden, die normalerweise den Fötus abtötet und bei der Patientin die Geburt leblosen Gewebes verursacht, ähnlich wie bei einer Fehlgeburt.

Diesmal war aber etwas danebengegangen. Als Schwester Marilyn das Licht anmachte, um den Fötus zu entfernen, fand sie einen 2 1/2 Pfund schweren Jungen, der schrie und Arme und Beine auf dem Bett bewegte. Verärgert nahm die zweite Schwester, Joanie Fuchs das schreiende Kind in losen Bettüchern auf, eilte den Korridor entlang und rief andere Schwestern zu Hilfe. Sie brachte das Baby nicht zu einer Intensivpflegeeinheit. Stattdessen legte sie es auf das aus rostfreiem Stahl gefertigte Bord eines Waschbeckens in dem Raum für Schmutzwäsche, wo auch Bettpfannen ausgeleert werden. Andere Schwestern traten hinzu und starrten. Schließlich rief die Oberschwester den Arzt der Patientin, Dr. C. J. Labenz, den sie offensichtlich wecken mußte, zuhause an. Er sagte ihr, es da liegen zu lassen, wo es war, und zu beobachten, es würde wahrscheinlich in wenigen Minuten sterben.“

● März 1977, Westminster Community Hospital, Westminster California:

Ein 7 Monate altes Baby wurde lebend geboren nach einer Abtreibung durch Salzlösung, die Dr. Williams Waddill ausführte. Eine Schwester bezeugte, daß Dr. Waddill, als er im Hospital eintraf, die Schwestern daran hinderte, die Atmung des Babys zu unterstützen. Ein Kollege bezeugte, daß er Dr. Waddill gesehen habe, wie er das Kind ge-

würgt habe. „Ich sah ihn, wie er seine Hand auf den Hals legte und nach unten drückte. Er sagte: 'Ich kann die verdammte Luftrohre nicht finden, und das Baby will nicht aufhören zu atmen.'“ Zwei Geschworene, die Cornelson für einen emotionalen und nicht überzeugenden Zeugen hielten, blockierten zwei verschiedene Verhandlungen. Die Anklage gegen Dr. Waddill wurde dann fallengelassen. Er behauptete, das Kind habe sich aus natürlichen Ursachen im Sterben befunden, z. Zt. als er zum Hospital ging.

● Juli 1979, Cedars Sinai Medical Center, Los Angeles:

Dr. Boyd Cooper entband ein offensichtlich totgeborenes Kind, nachdem er eine Problemschwangerschaft von 23 Wochen beendet hatte. Eine halbe Stunde später machte das Baby Atmungsversuche. Es wurden aber keine Wiederbelebungsversuche unternommen, wegen der geringen Größe (1 Pfund 2 Unzen) und weil die Eltern es so wünschten. Das Baby wurde dann in einen kleinen Abstellraum gebracht, der neben anderen Zwecken auch als Leichenraum für Kinder diente. Cooper, der von dem anhaltenden Luftschnappen des Babys unterrichtet wurde, gab die Anweisung: „Laßt das Baby dort, es wird sterben.“



Durch Kaiserschnitt abgetriebene Kinder, die in einem kanadischen Krankenhaus in einen Müllsack geworfen wurden.

Nach der Zeugenaussage von Schwester Laura van Arsdale war das Baby noch nach 12 Stunden in dem Raum und schnappte nach Luft. Cooper gab dann sein Einverständnis, das Baby in eine Intensivstation zu verlegen, wo es dann 4 Tage später starb. Die Geschworenen befanden den Tod als zufällig und weniger wegen natürlicher Ursachen. Aber das Verhalten von Cooper gab ihnen Veranlassung, ein Verbrechen anzunehmen. Diese Vorfälle haben das Gemeinsame, **Ein durch Salzvergiftung tot geborenes Kind**



daß immer Leben festgestellt wurde. Es gibt in der Tat Beweise dafür, daß Ärzte dahintendieren, bei abortierten Kindern nur die ganz klar auf der Hand liegenden Lebenszeichen zu beachten.

● Im November 1974 wurde von einem praktischen Arzt die Frage an die internationale Korrespondenz des Verbandes der Geburtshelfer und Frauenärzte gerichtet, was zu tun sei, wenn ein abortiertes Kind Lebenszeichen darböte. Verschiedene Doktoren griffen die Frage des bekümmerten Kollegen auf. Einer war Dr. B., ein Geburtshelfer am Pennsylvania-Hospital in Philadelphia. Er antwortete:

„Zum Zeitpunkt der Geburt verfahren wir so, daß wir den Fötus in ein Tuch wickeln. Der Fötus wird dann in einen anderen Raum gebracht, während wir uns der Sorge für die Frau zuwenden. Es wird untersucht, ob der Mutterkuchen vollständig ist und wie das Ausmaß der Blutung aus der Scheide ist. Sobald wir sicher sind, daß ihr Zustand sich stabilisiert hat, wird der Fötus untersucht. Fast in allen Fällen sind keine Lebenszeichen mehr vorhanden.“

Bolognese berichtete diese Feststellung 1979 in einem Interview: „Jetzt machen wir etwas anderes, wir bringen das Baby zur Intensivpflege.“

UND IN DEUTSCHLAND?

In der Münsterischen Zeitung vom 21.01.1986 sagt Prof. Beller, Direktor der Universitätsfrauenklinik Münster u. a.:

„Wenn es sich um genetische Fehlbildungen handelt, müsse die Klinik den komplizierten Schwangerschaftsabbruch auf Wunsch der Mutter nach der 12. Woche durchführen“.

● Am 29. Januar 1982 verurteilte ein Münchener Gericht einen Gynäkologen wegen in Mittäterschaft begangenen Totschlags zu 2 Jahren 6 Monaten. Das Gericht wertet die im folgenden beschriebene Tat als minder schweren Fall:

Die beiden Ärzte hatten im April 1981 den verhängnisvollen Verdacht, das Kind einer schwangeren Frau habe einen zu kleinen, deformierten Schädel (Mikrocephalies) und könne geistig behindert zur Welt kommen. Sie nahmen eine „Entbindung“ per Hysterotomie (Kaiserschnitt) vor. Man ließ das Kind unversorgt liegen, damit es sterbe. Der Arzt meinte vor Gericht, er wolle nicht dazu beitragen, „Bethel-Produkte“ zu erzeugen. Das Kind kam

am 16. April 1981 um 8.15 Uhr durch eine vorzeitige Kaiserschnittentbindung zur Welt. Ein Mädchen, das die typischen Anzeichen einer Frühgeburt hatte.

Das Kind lebte und hatte keine auffallenden Behinderungen, was alle an der Operation Beteiligten auch sahen. Die beiden Ärzte gingen aber, ohne das Kind näher zu untersuchen, weiter davon aus, daß es sich um ein schwer geschädigtes Kind handle, das ohnehin in Kürze sterben würde. Die Assistenzärztin verhinderte sogar, daß das Fruchtwasser abgesaugt wurde. Für eine Chromosomenuntersuchung (besonders im Hinblick auf künftige Schwangerschaften) entnahmen sie Herzblut und Gewebe. Die Assistentin stach dem lebenden und schmerzempfindlichen Kind ohne Betäubung zweimal ins Herz und schnitt aus der linken Innenseite des Oberschenkels etwa 5 cm Hautgewebe. Gegen 9.00 Uhr kam der Gynäkologe und stellte fest, daß das ganz normal aussehende Kind atmete, ab und zu leise weinte und sich bewegte. Daraufhin ordnete er an, das Kind in Tücher zu wickeln - auch Kopf und Gesicht - und auf einen Ablagetisch zu legen. Dem Vater sagte er, sein Kind habe nur zwei bis drei Atemzüge gelebt und übergab ihm die Blut- und Gewebeproben, um sie in ein Labor zu bringen.

Um 9.20 Uhr hörte der Gynäkologe und seine Assistenzärztin das Kind auf der Ablage schreien. Der Chef befahl seiner Assistentin, die nun in Panik geriet, eine Spritze aufzuziehen und das Kind „abzuspritzen“. Da diese das aber nicht fertigbrachte, spritzte der Gynäkologe gegen 9.25 Uhr selbst ein atemläh-

...

mendes Mittel. Bald darauf starb das Kind, weil die Eltern und Ärzte ein „Bethel-Produkt“ erwartet hatten. Der Arzt verteidigte sich damals im Prozeß u. a. damit, daß er sagte, das haben wir an der Uni-Klinik in Ulm immer so gemacht. Ein Medizinprofessor schätzte seinerzeit, daß jährlich ca. 1.200 Kinder unverstirbt auf deutschen OP-Tischen sterben müßten.

● Im Sommer 1997 war in der Oldenburger Frauenklinik ein Kind nach einem späten Schwangerschaftsabbruch lebend zur Welt gekommen, anschließend aber lediglich in eine Decke gewickelt und „beobachtet“ worden. Erst zehn Stunden nach der Geburt wurde das Kind ärztlich und pflegerisch versorgt. Der Oldenburger Fall ist nach Erkenntnissen des CDU-Bundestagsabgeordneten Hüppe nicht das erste derartige Vorkommnis. Der Abgeordnete verwies auf Schätzungen von Fachleuten, wonach 30 % der abgetriebenen Föten nach der 20. Schwangerschaftswoche überleben. Es sei deshalb zu befürchten, daß angesichts von 200 dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Abtreibungen nach der 23. Schwangerschaftswoche mit jährlich mindestens 60 weiteren „Oldenburger Fällen“ zu rechnen sei. Eine Dunkelziffer komme noch hinzu.

FORTSCHRITT?

Die neueste „Errungenschaft“, die Chorionzottenbiopsie, kann im Gegensatz zur Fruchtwasseruntersuchung (Befund etwa 20. Schwangerschaftswoche) bereits in der 8./9. Woche durchgeführt werden. Der „Preis“ (tödliche Komplikationen) ist im Moment noch sehr hoch, sie wird aber regelrecht in den Medien „gefeiert“, weil ein „Schwangerschaftsabbruch“ bei Schädigungen

schon 2 Monate früher möglich wird. Für wen ist das ein „Fortschritt“, etwa für das Kind?

EMBRYO EMPFINDET SCHMERZ

Prof. Erich Blechschmidt:

„Durch meine humanembryologische Dokumentationssammlung in Göttingen ist nachgewiesen worden, daß bereits bei 4,2 mm großen menschlichen Embryonen (28. Tag) der Nervus trigeminus mit allen drei Ästen im Gesichtsbereich existiert. Verschaltungen des Nervus trigeminus mit anderen Hirnnerven sind normalerweise schon in der 5. Woche vorhanden.

Bei Embryonen von 7 mm Länge (Ende der 5. Entwicklungswoche) sind Spinalnerven in die Armanlage eingewachsen und reichen bei 10 mm Embryonen (6. Woche) bis in die Hand. Nervenfasern sind schon ohne Versilberung erkennbar.

Zu dieser Zeit sind in der Hand feine Nervenendungen nachweisbar, wie sie für schmerzleitende Fasern charakteristisch sind. Junge Embryonen, die bei einem Spontanabort noch lebend beobachtet werden, zeigen bereits in einem Alter von 6-7 Wochen (ca. 20 mm Größe) Reaktionen, wenn man sie mit einem Haar z. B. an der Wange oder Oberlippe berührt. Sie zucken oder wenden gar das Köpfchen ganz ab.

Aus diesen Fakten darf man schließen, daß 'Schmerz' schon in sehr frühen Entwicklungsstadien aufgenommen werden kann. Wie weit er realisiert werden kann, ist ungewiß. Das spielt m. E. aber keine wesentliche Rolle, weil die Reaktion auf Berührung ein deutliches Zeichen der Abwehr ist.“

H.W.Ramm

Weiterführende Literatur:

Prof. Dr. med. Erich Blechschmidt, *Wie beginnt das menschliche Leben: vom Ei zum Embryo*, Christiana Verlag, 6. Auflage, 1989

Partial Birth, in: *Christ und Zukunft*, Nr. 65/1996, *Organ der Bewegung für das Leben*, Abtsteinach, S. 1606

Dr. med. Angelika Pokropp-Hippen, *Quo vadis - betroffene Frau?*, in: *Wichtige Zeitdokumente* Nr. 16

P. Martin Ramm FSSP, *Den Stimmlosen Stimme sein. Zum Kampf für das Lebensrecht der ungeborenen Kinder*

Liebe, die aufs Ganze geht, Hrsg: *Freundeskreis Maria Goretti e.V.* 1999

Dr. Thomas von Kreybig, *Entstehung von Mißbildungen aus inneren und äußeren Ursachen*, Urban & Schwarzenberg 1975

Lothar Gassmann: *Abtreiben?, Fragen und Argumentationshilfen*, Christiana-Verlag, 2. Auflage, 1989

Papst Johannes-Paul II: *Enzyklika Evangelium Vitae, An alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*, Deutsche Bischofskonferenz

Papst Paul VI: *Enzyklika Humanae Vitae, Über die rechte Weitergabe menschlichen Lebens*, Schriftenreihe der Aktion Leben e.V., Heft 25

Alle: erhältlich bei Aktion Leben e.V.

Herausgeber und v.i.S.d.P.:

GAGN

AKTION LEBEN e.V.



Postfach 61 D-69518 Abtsteinach

E-Mail: post@aktion-leben.de, www.aktion-leben.de

Spendenkonto: Volksbank Überwald e.G., BLZ: 509 616 85, Kto: 17 914
BIC: GENODE51ABT - IBAN: DE83509616850000017914