

Michael Kiworr

*Neun Monate  
bis zur Geburt*

Fakten und Bilder



BERNARDUS-VERLAG 2016

# Inhaltsverzeichnis

<b>I. Hier bin ich: Neun Monate vor der Geburt!</b>	7
<b>II. Vorab zur Wortwahl</b>	11
<b>III. Tag 1 des Lebens bis zur Geburt</b>	23
<i>1. Lebenswoche: Das Leben beginnt</i>	23
<i>2. Lebenswoche: Die Verbindung zur Mutter wird enger</i>	42
<i>3. Lebenswoche: Das Herz schlägt!</i>	59
<i>4.-8. Lebenswoche: Der Embryo nimmt Form an</i> <i>Die Entwicklung der einzelnen Organe</i>	68
<i>9.-12. Lebenswoche: Das Kind begreift und greift um sich</i>	94
<i>13.-16. Lebenswoche: Wachstum und Purzelbäume</i>	108
<i>17.-21. Lebenswoche: Das Kind hört mit</i>	112

<i>22.-25. Lebenswoche: Rasantes Wachstum – vor allem des Gehirns</i>	140
<i>26.-29. Lebenswoche: Das Kind ist mit allen Sinnen dabei</i>	143
<i>30.-34. Lebenswoche: Rosige Babyhaut</i>	145
<i>35.-37. Lebenswoche: Das Kind entwickelt seine Vorlieben</i>	146
<i>38. Lebenswoche bis zur Geburt: Zeit für einen Ortswechsel</i>	147
<b>IV. Die Geburt - und die Zeit danach</b>	149
<b>V. Wann ist ein Mensch ein Mensch?</b>	171
<b>VI. Weblinks/hilfreiche Adressen</b>	
<i>Weblinks (Auswahl) in alphabetischer Reihenfolge</i>	183
<b>VII. Literatur (Auswahl)</b>	185
Danksagungen	189
Bildnachweise und -rechte	191

### **Gefahren in diesem Zeitraum**

Das ausgeklügelte Zusammenspiel, damit der Embryo perfekte Versorgungsmöglichkeiten im Eileiter vorfindet, zum richtigen Zeitpunkt in die Gebärmutter gelangt und dort ideale Bedingungen zur weiteren Entwicklungen vorbereitet sind, kann durch verschiedene Einflüsse gestört werden: Z. B. können aufgrund vorheriger Entzündungen des Eileiters durch Bakterien wie Chlamydien die feinen Flimmerhärchen zerstört sein oder Vernarbungen in dem ja nur wenige Millimeter durchmessenden Eileiter-Kanal vorliegen, wodurch der Transport des Embryos in die Gebärmutter gestört wird. In diesem Fall erreicht der Embryo die Gebärmutter erst zu einem Zeitpunkt, wo die Schleimhaut im Zyklus der Frau bereits »überaltert« ist und im Begriff ist, wieder abgestoßen zu werden. Die Funktion der Flimmerhärchen wird leider auch durch Rauchen beeinträchtigt. Solche Störeinflüsse führen zu einem höheren Risiko an Eileiterschwangerschaften (wenn der Embryo durch Verklebungen im Eileiter im

Eileiter ganz hängen bleibt und sich an dieser Stelle einnistet) und/oder einer nicht gegebenen Versorgungsmöglichkeit des Embryos.

Im rein juristischen, nicht jedoch im wissenschaftlichen-ethischen Sinne besteht die Auffassung, dass ein Abbruch einer Schwangerschaft vor »abgeschlossener Nidation« nicht als Abtreibung anzusehen sei. Eine solche Definition ist alleine schon deshalb schwierig, da die Nidation ein Vorgang ist, der ungefähr eine Woche benötigt. Der »Abschluß der Nidation« ist weder von außen zu erkennen noch genau festzulegen. Ursache dieser Auffassung war zudem die Vermutung, dass erst mit erfolgter Einnistung und Gefäßverbindung eine Kommunikation zwischen Mutter und Embryo gegeben sei. Dies geschah in damaliger Unkenntnis der hormonellen Wechselwirkungen, die auch ohne sichtbaren Gefäßanschluss stattfinden. Zudem ist mittlerweile belegt, dass eine biochemische Kommunikation zwischen Embryo und Gebärmutter überhaupt erst die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einnistung bildet. Diese frühen molekularen Wechselwirkungen zwischen Embryo und mütterlichem Organismus werden heute intensiv untersucht und mit dem Schlagwort »embryo-maternal crosstalk« bezeichnet. Zudem würde bei einer solchen Abstufung des Lebensrechtes des Embryos vor der Nidation verkannt, dass der Embryo als einzigartiges Individuum bereits vor der Nidation lebt und sogar die Ausbildung der Körperachsen fixiert ist. Letztendlich ist der Mensch wie zu allen Lebensabschnitten vor und auch noch einige Zeit nach seiner Geburt auf ent-

sprechende Versorgung von außen angewiesen. Vor der Nidation geschieht dies durch ein von der Mutter bereitgestelltes Ernährungsmilieu, welches den Embryo umgibt (nämlich die für seine Bedürfnisse speziell zusammengesetzte Flüssigkeit im Eileiter und der Gebärmutter), nach der Nidation durch die mütterliche Gefäßversorgung bzw. letztendlich durch Mutterkuchen und Nabelschnur und nach der Geburt durch Bereitstellen der Ernährung vor allem zunächst durch das Stillen. An all diesen Vorgängen ist zu allen Entwicklungsabschnitten eine Kommunikation zwischen dem Kind und der Mutter ursächlich beteiligt, die zunächst überwiegend hormonell abläuft.

Fatalerweise wurde 1965 von der amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ACOG) der Beginn des Lebens »umdefiniert«: Nicht mehr die Befruchtung, sondern die Einnistung wurde nun als »Beginn des Lebens« definiert – man kann auch sagen willkürlich festgelegt. Dieser Festlegung folgten auch einzelne deutsche gynäkologische Gesellschaften, dies jedoch im völligen Gegensatz zu dem wissenschaftlich unumstrittenen Beginn des Lebens mit der Befruchtung – der selbstverständlich weiterhin für viele andere wissenschaftliche Bereiche wie die Embryologie uneingeschränkte Gültigkeit hat, ja durch moderne Erkenntnisse grundlegend bestätigt und untermauert wurde.

Die willkürliche Definition »Abschluß der Nidation als Lebensbeginn« einzelner gynäkologischer Gesellschaften sollte letztendlich die Zulassung der lukrativen sogenannten »Nidationshemmer« ermöglichen und diese

unbedenklich erscheinen lassen. Nidationshemmer machen sich letztendlich die oben genannten Störmöglichkeiten des komplexen und sehr empfindlichen Zusammenspiels der Nidation zunutze und verhindern die erfolgreiche Fortführung einer Schwangerschaft: Dem bereits entstandenen Embryo wird vor oder bei seiner Einnistung in die Gebärmutter jede weitere, für ihn lebensnotwendige Versorgungsmöglichkeit entzogen. Zu diesen Nidationshemmern zählen vor allem die Spirale, aber auch teilweise reine Gestagenpillen oder die sogenannte »Pille danach«: Die Mitte der 60iger Jahre auf den Markt gekommenen Kunststoff/Kupferspiralen haben als einzigen Wirkmechanismus die Nidationshemmung. Gestagenpillen stören den Ablauf des Eisprunges kaum, haben aber eine Wirkung auf den Zervixschleim, die Transportgeschwindigkeit im Eileiter und stören den konkreten Aufbau der Gebärmutterschleimhaut. Die »Pille danach« hat mehrere Wirkmechanismen, von denen je nach Zykluszeitpunkt stärker die ebenfalls vorhandene Ovulationshemmung oder eben die Nidationshemmung zum Tragen kommt. Die neuere »Pille danach« mit dem Wirkstoff UPA (Ulipristal), die aktuell vermehrt beworben wird ist bzgl. des Wirkstoffes eng verwandt mit den zur medikamentösen Abtreibung verwendeten Präparaten wie das Antiprogesteron Ru486 (Handelsname Mifegyne, in Deutschland zu Abtreibungen zugelassen, v. a. in China dagegen ebenfalls als »Pille danach« verwendet).

Im Falle einer erfolgreichen und ungestörten Implantation kann der Embryo mit zunehmendem Wachstum nun immer deutlicher mitsamt der Stadien der Embryonalentwicklung im Ultraschall sichtbar gemacht werden, ab der 4. Lebenswoche kann die Größe des Embryos anhand der Scheitel-Steiß-Länge bestimmt werden. Für die ungewöhnliche Art, mittels »Scheitel-Steiß-Länge« die Körpergröße zu beschreiben, gibt es einen ganz einfachen Grund: Das Ungeborene hat meist die Beine angewinkelt, die gesamte Länge könnte man nur schätzen. Die Entfernung vom Scheitel – also dem höchsten Punkt des Kopfes – bis zum Steiß lässt sich dagegen recht exakt beim Ultraschall festhalten.

### **Chancen in diesem Zeitraum**

Eigentlich während des gesamten Zeitraumes der Schwangerschaft ist es insbesondere für das Neugeborene wichtig, dass die Schwangere auf eine ausgewogene und vitaminreiche Ernährung achtet. Zudem sollte Übergewicht möglichst vermieden werden. Bereits durch Beachten einiger weniger Empfehlungen können zahlreiche Gesundheitsrisiken für das ungeborene Kind erfolgreich vermindert werden. Idealerweise sollten Frauen mit Kinderwunsch bereits frühzeitig über die Wichtigkeit einer gesunden Ernährung aufgeklärt und individuell beraten werden.



## Gefahren in diesem Zeitraum: Spätabbrüche

Mitnichten ist die Geburt der gefährlichste Lebensabschnitt für ein Kind. Dies ist vielmehr der Zeitraum *bis* zur Geburt: Einerseits durch natürliche Fehlgeburten besonders bis zur 12. Lebenswoche, andererseits durch den unzureichenden Lebensschutz des ungeborenen Kindes.

Der mangelnde juristische Schutz endet tatsächlich erst mit der Geburt: Letztendlich bedeuten diese gesetzlichen Aufweichungen, dass noch bis kurz vor der Geburt eine sogenannte Spätabtreibung durchgeführt werden kann. Nach §218a Abs. 2 besteht *bis zur Geburt* Straffreiheit bei einer Abtreibung, wenn eine sogenannte »medizinische Indikation« vorliegt: »Wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse notwendig ist, um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden – *in diesem Fall besteht keine zeitliche Begrenzung*«. Die früheren Bezeichnungen für solche Abtreibungen, die »eugenische« oder »embryopathische« Indikation, wurden mit der gesetzlichen Neuregelung von 1995 nun von dieser »medizinischen Indikation« abgelöst. Damit sollte der Begriff »Eugenik« vermieden werden, der zu offensichtlich an die menschenverachtende eugenische Selektion unter den Nationalsozialisten erinnert. Aber auch wenn

die Bezeichnung geändert wurde, liegt dennoch allzu häufig durchaus eine solche Selektion nach sogenannter eugenischer Einschätzung vor: Denn eine pränatal gestellte Diagnose, vor allem chromosomale Erkrankungen (also genetisch bedingte Erkrankungen und Behinderungen, bei deren Diagnose eben gerade diese »Eugenik« als nicht vorliegend beurteilt wurde und keine ursächliche Behandlungsmöglichkeit gegeben ist) führen in der überwiegenden Mehrheit der betroffenen Kinder zu deren Lebensbeendigung. Aber auch Kinder mit z. B. lediglich einer im Ultraschall festgestellten Lippenpalte werden in manchen Fällen abgetrieben: Auch wenn es gute Behandlungsmöglichkeiten gibt ist es möglich, dass dieses Kind als »nicht gesund« dann als »lebensunwert« bezeichnet wird oder als unzumutbare Belastung für die Eltern letztendlich abgetrieben wird. Der praktische Schutz eines behinderten Kindes ist vor seiner Geburt angesichts der juristischen Ausnahmeregelung kaum noch gewährleistet. Wenn ein ungeborener Mensch durch die neuen Methoden der Pränataldiagnostik wie die »NIPT« in noch größerem Umfang als bisher auf Gendefekte durchleuchtet wird und dem aktuell weit verbreitetem Automatismus gefolgt wird, ungeborenes Leben im Falle eines solchen Defektes auszuselektionieren, stellt dies durchaus eine neue und versteckte, aber sehr weitreichende Form der Eugenik dar. Dagegen besteht zwar zumindest theoretisch ein gesetzlicher Schutz, der jedoch praktisch immer seltener respektiert wird.

Dies steht im deutlichen Widerspruch zu Urteilen des Bundesverfassungsgerichtes, die nicht nur klarstellten, dass auch ein Mensch *vor* seiner Geburt das Menschenrecht auf Leben besitzt, sondern auch niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden darf.

Als Begründung zur Abtreibung darf zumindest offiziell keine Erkrankung des Kindes vorgebracht werden, sondern »Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes *der Schwangeren*«. Inwieweit eine solche »schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Zustandes der Schwangeren« tatsächlich vorliegt ist schwer zu überprüfen: Lediglich für *körperliche* Gefahren für das Leben der Schwangeren können objektive medizinische Kriterien erhoben werden.

Und in der Tat gab es vor einigen Jahrzehnten noch einige wenige mütterliche Erkrankungen, bei denen eine Schwangerschaft tatsächlich eine direkte Lebensgefahr bedeuten konnte. Diese Indikationen sind jedoch durch die Fortschritte in der Medizin mittlerweile zu einer absoluten Ausnahme geworden.

Für den seelischen Zustand der Schwangeren ist dies deutlich schwieriger, objektive Kriterien existieren nicht. Theoretisch müssten die Schwangere und Berater in die Zukunft schauen, um die künftige seelische Zustandsbeeinträchtigung einschätzen zu können. Bei einem Versuch, den Lebenswunsch und Schutz des Kindes gegenüber der seelischen Belastung der Mutter zu bedenken,

wird schnell der Vorwurf einer Bevormundung erhoben. Aber ist es gerechtfertigt, den Lebensschutz eines womöglich behinderten Kindes zu ignorieren oder als weniger wichtig zu beurteilen oder dies gar nicht anzusprechen?

Bisher ist der Wunsch nach einer Abtreibung nach dieser Indikation auch noch in keinem Fall abgelehnt worden: Der Wunsch der Schwangeren wird in der Regel über das Leben des Kindes gestellt.

Dabei soll keineswegs in Abrede gestellt werden, dass eine Erkrankung eines Kindes in der Tat eine schwere Belastung für die Eltern darstellen kann. Die Freude auf das Kind, die Vorbereitungen für die nahende Geburt, das Strahlen im Gesicht der werdenden Eltern – alles erstarrt womöglich, wenn die Diagnose einer Erkrankung oder Behinderung des Kindes gestellt wird. Einige Eltern sind derart überfordert, dass sie sich überstürzt für eine Abtreibung entscheiden – dies aber im Nachhinein, wenn wieder ein ruhiges Nachdenken möglich ist, häufig bereuen. Und weitere Fragen bleiben häufig unbeantwortet: Liegt tatsächlich eine unlösbare Überforderung vor, ohne es je probiert zu haben? Ohne tatsächlich zu wissen, wie das Leben mit dem erkrankten Kind aussehen würde, wenn es lebend zur Welt gekommen wäre? Und ist damit gerechtfertigt, das Leben eines Kindes vor der Geburt zu beenden, um ihm vermutetes Leid zu ersparen?

Betroffene Kinder, die die Chance auf ein Leben mit und trotz ihrer Behinderung bekommen, beurteilen ihr Leben, ihren »Lebenswert« und ihre Le-

bensfreude nämlich meist ganz anders als Nichtbetroffene, denn sie haben nur dieses eine Leben, das sie eben in dieser Form kennen und lieben gelernt haben!

Auch für die Eltern ist der Schritt zur Abtreibung möglicherweise nicht das erhoffte Ende einer belastenden Situation, sondern der Beginn einer anders, aber eventuell nicht weniger belastenden Situation nach einer erfolgten Abtreibung. Zahlreiche Untersuchungen in verschiedenen Ländern konnten einen traurigen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen, Partnerschaftskonflikten oder erhöhter Selbstmordrate und vorherigen Abtreibungen belegen. Dabei sind nicht etwa von außen herangetragene Vorwürfe die Ursache, sondern vielmehr eigene Vorwürfe und Fragen, wie alt das Kind jetzt wäre, wie es ausgesehen hätte oder wie es ihm ergangen wäre und bleibende Sinnfragen, Probleme im Umgang mit anderen Kindern oder dem Partner. Oft sind es dann die Eltern, die weitere Hilfe, Behandlung und Unterstützung dringend benötigen.

Auch wenn dies teilweise bereits in anspruchsvollen Beratungsgesprächen geschieht: Bräuchten die betroffenen Eltern nicht vor und während der Schwangerschaft noch viel mehr Ermutigung, Schutz und Unterstützung, damit die Ängste vor einer Behinderung des Kindes verringert, wenn nicht gar genommen werden und sich die Schwangere für das Leben ihres Kindes entscheiden

kann? Wäre nicht viel mehr Zeit und Einfühlungsvermögen erforderlich, um Betroffenen das Gefühl der Überforderung zu nehmen und sie vor überstürzten, aber unwiderruflichen Kurzschlussentscheidungen zu schützen?

Es stellt sich auch die Frage, wie mit einer solchen Überforderung der Eltern im Falle einer Behinderung oder Erkrankung des Kindes umgegangen wird, wenn das Kind erst *nach* der Geburt erkrankt. Die allermeisten Behinderungen entstehen nicht etwa vor, sondern erst im weiteren Laufe des Lebens. Wie gehen Betroffene, wie geht eine Gesellschaft, die Erkrankte oder Behinderte vor der Geburt beseitigt, mit Erkrankungen und Behinderungen *nach* der Geburt generell um?

Hinzu kommt, dass einige Ärzte in solchen Fällen allzu leichtfertig zu einer Abtreibung raten, ihre eigene Ablehnung eines behinderten Kindes einbringen und die Not der betroffenen Eltern so noch vergrößern. Ärztliche Beurteilungen, das Kind werde »unheilbar krank sein und leiden« oder Aussagen wie »das Kind werde doch so oder sterben, ersparen sie ihm doch diesen Weg« bekommen betroffene Eltern leider allzu oft zu hören. Dabei sind solche fraglichen Zukunftsprognosen und Vermutungen, die den ethischen Konflikt und das Lebensrecht des Kindes ignorieren reichlich unprofessionell. Sterben werden alle

Menschen irgendwann – ob jedoch ein behindertes Kind weniger »leidet«, wenn eingegriffen wird um sein Leben früher zu beenden, kann dagegen selten vorhergesagt werden. – Und für den eher selteneren Fall, dass tatsächlich eine fehlende Lebensfähigkeit des Kindes nach der Geburt bei einer besonders schweren Erkrankung vorliegt: Ist es weniger schmerzhaft, das Kind einige Wochen vorher im Mutterleib abzutöten als dass es bei oder nach der Geburt verstirbt? Nur nach der Geburt, aber nicht vorher können dem Kind bei Bedarf Schmerzmittel verabreicht werden. Bei manchen Erkrankungen wie z. B. dem Fehlen beider Nieren schlafen die Kinder friedlich und ohne Schmerzen nach der Geburt ein. Nur wird diese Möglichkeit eines würdevollen Versterbens eines erkrankten Kindes im Beisein der Eltern viel zu selten angeboten. Erst wenige moderne Kinderkliniken haben hierzu ein »Palliativkonzept« entwickelt, aber das Bewusstsein für dessen Notwendigkeit nimmt langsam zu.

Wenn Eltern wissen, dass sie ihr Kind noch während der Schwangerschaft oder nach der Geburt aufgrund seiner Erkrankung oder Fehlbildungen verlieren werden – durch einen vorzeitigen Abbruch der Schwangerschaft nehmen sie sich selbst die Zeit, in der sie ihr Kind lieben und mit ihm eine Beziehung haben können. Denn dies ist die einzige Zeit, die sie mit ihm haben können. Zeit, die sie auch selber brauchten, um wirklich die Situation zu verstehen, zu verarbeiten und loslassen zu können. Viele Eltern beurteilen die Möglichkeit des Abschiednehmens und die gemeinsame Zeit mit dem geborenen Kind,

auch wenn es vielleicht nur wenige Stunden waren, vor allem im Nachhinein als sehr positiv.

Aber auch in den Fällen, in denen das Kind keine direkt lebensbedrohliche Behinderung aufweist: Betroffene Eltern benötigen bei einem derart schwerwiegenden Konflikt nicht nur eine Unterstützung von medizinischer Seite, sondern auch gesellschaftliche Unterstützung. Sie sehnen sich oft nach gesellschaftlichen Zeichen, die ihnen signalisieren, dass es eine breite Solidarität in ihrer Not gibt. Viele Eltern würden ein »Ja« zu ihrem Kind finden, wenn sie wüssten, dass in der Zukunft vorwurfsvolle Kommentare ob ihres angeblich so »verantwortungslosen« Verhaltens ausbleiben würden. Was Nachbarn, Freunde oder Kollegen über Eltern denken, die zu ihrem Kind auch mit Behinderungen stehen, hängt von jedem einzelnen ab – sowie von gesellschaftlichen und politischen Signalen. Auch wenn es hier noch viel zu tun gibt: Erfreulicherweise gibt es bereits viele Einzelpersonen, medizinisches Personal, Organisationen und nicht-staatliche Vereinigungen in jeder Region des Landes, die genau dies tun (einige hilfreiche Adressen im Anhang). Wenn hier über Lippenbekenntnisse hinaus Eltern Mut gemacht wird, sich zu ihrem Kind zu bekennen, und wenn Eltern auch nach der Geburt nicht alleine gelassen werden, kann viel erreicht werden. Die Mutter einer mittlerweile erwachsenen Tochter mit schwerer chromosomaler Erkrankung bemerkte: »Ein behindertes Kind ist wie ein krummer Baum. Man bekommt ihn nicht gerade, aber man kann ihm helfen Früchte zu tragen.«