

Ärztliche Überlegungen zur Reform des § 218

Grundlage der zur Zeit in der Bundesrepublik geführten Diskussion über eine Reform des § 218 ist der Alternativ-Entwurf (AE) eines Strafgesetzbuchs (1970), der Referenten-Entwurf (1971) und der Regierungsentwurf (14. 2. 1972)¹ eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StrRG), und in jüngster Zeit ein Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des § 218 von 51 Bundestagsabgeordneten (SPD und FDP)². Alle Entwürfe sollen der Reform des derzeit gültigen § 218 StGB dienen.

In einer pluralistischen Gesellschaft wird es stets so sein, daß die individual-ethische Entscheidung für oder gegen den Schwangerschaftsabbruch der vom Gesetzgeber im Strafrecht gesetzten Norm entsprechen oder widersprechen kann. Die im Strafrecht fixierte Norm kann infolge unterschiedlicher ethischer Vorstellungen in einer Gesellschaft niemals angewandte Ethik sein. Die strafrechtlichen Normen werden daher stets zuerst vor dem Hintergrund kriminalpolitischer und gesellschaftspolitischer Erwägungen formuliert werden. Die Gleichsetzung von Straffreiheit der Abtreibung mit moralischer Billigung ist somit nicht zulässig.

Die Reformentwürfe

Alternativ-Entwurf (AE) der Mehrheit. Die Mehrheit 16 deutscher Strafrechtslehrer schlug vor, daß ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Empfängnis straffrei bleiben soll. Im zweiten oder dritten Monat soll die Schwangere straffrei bleiben, wenn sie den Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vornehmen läßt und nachdem sie eine Beratungsstelle aufgesucht hat (§ 105, Abs. 1).

Später als drei Monate nach der Empfängnis bleibt der Schwangerschaftsabbruch straffrei, wenn die Schwangere die Unterbrechung durch einen Arzt vornehmen läßt und

1. „die Unterbrechung nach den Kenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde notwendig ist, um eine ernste Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren abzuwenden, oder

2. die Wahrscheinlichkeit besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein würde (§ 106).

¹ Drucksache 58/72, Bonn: Verlag Dr. H. Heger.

² Drucksache VI/3137, Bonn: Verlag Dr. H. Heger.

Die Voraussetzungen nach 1 und 2 müssen durch eine ärztliche Gutachterstelle festgelegt sein.“

Dieser Alternativ-Entwurf der Mehrheit wurde im wesentlichen von den Befürwortern einer radikalen Reform übernommen und als sogenannte „Fristenlösung“ diskutiert. Eine Minderheit der 16 am Alternativ-Entwurf mitarbeitenden Strafrechtslehrer schränkte den Mehrheitsvorschlag ein.

Nach dem *Alternativ-Entwurf (AE) der Minderheit* soll ebenfalls in den ersten vier Wochen nach der Empfängnis ein Abbruch der Schwangerschaft straflos sein, wenn er mit Einwilligung der Schwangeren erfolgt (§ 105 StGB).

Darüber hinaus wird in diesem AE Straffreiheit unter fünf Indikationen empfohlen: „Der Abbruch der Schwangerschaft ist straflos, wenn der Schwangeren die Austragung der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gesamten Lebensumstände nicht zumutbar ist (§ 106, Abs. 1).“

Der Abbruch ist insbesondere straflos, wenn

1. er notwendig ist, um eine ernste Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren abzuwenden,
2. die Schwangere zur Zeit der Empfängnis das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte,
3. die Schwangere durch die Austragung der Schwangerschaft die Versorgung ihrer anderen Kinder gefährden würde,
4. die Schwangerschaft durch eine rechtswidrige Handlung aufgezwungen worden ist,
5. wahrscheinlich ist, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein würde (§ 106, Abs. 2)³.

Unter den Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 des § 106 darf eine Schwangerschaft nur mit Einwilligung der Schwangeren, Genehmigung einer ärztlichen Gutachterstelle und in den ersten drei Monaten seit der Empfängnis erfolgen. Über diesen Zeitpunkt hinaus ist der Abbruch grundsätzlich nur zulässig unter den Voraussetzungen des Absatzes 2, Nr. 1 und Nr. 5 – medizinische und kindliche/eugenische Indikation –, bei der kindlichen Indikation jedoch nur bis zum Ende des 6. Monats nach der Schwangerschaft (§ 106, Abs. 3).

Dieser Alternativ-Entwurf der Minderheit wurde zur Grundlage für den *Referenten-Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StrRG)*. Während im AE der Minderheit die ersten vier Wochen nach der Empfängnis straffrei bleiben sollen, läßt der Referenten-Entwurf nur die Phase bis zur abgeschlossenen Implantation der befruchteten Eizelle (13. Tag nach der Konzeption) straffrei. 3 der 5 im AE der Minderheit aufgeführten Indikationen werden übernommen:

³ Das sind: 1. medizinische Indikation, 2. Altersindikation, 3. soziale Indikation, 4. Notzuchtsindikation, 5. eugenische oder kindliche Indikation.

1. Die medizinische Indikation unter Zugrundelegung der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheits-Organisation, in der Gesundheit einen Zustand des körperlichen, seelischen *und* sozialen Wohlbefindens bedeutet.

2. Die kindliche und eugenische Indikation mit Zurückverlegung der zulässigen Frist vom Ende des 6. Schwangerschaftsmonats auf den 5. Monat und

3. die Notzuchtindikation.

Grundlage der zur Zeit geführten Diskussion ist der im Februar 1972 von der Bundesregierung dem Bundesrat zugeleitete *Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (StrRG)*. Dieser Regierungsentwurf unterscheidet sich vom Referenten-Entwurf ganz wesentlich durch die Aufnahme einer 4. Indikation, die sogenannte Notlagen-Indikation. Der § 219 d – Abbruch der Schwangerschaft wegen allgemeiner Notlage – lautet: „Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt,

2. der Abbruch der Schwangerschaft angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer schwerwiegenden Notlage abzuwenden, sofern die Gefahr nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann, und

3. seit dem Beginn der Schwangerschaft nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sind.“

Dieser Regierungsentwurf steht zur Zeit im politischen Spannungsfeld, nachdem 51 Abgeordnete der Regierungsparteien sich in einem eigenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des § 218 für eine Fristenlösung einsetzten und der Regierungsentwurf durch den Bundesrat ein ablehnendes Votum erhalten hat.

Grundsätzliches zur Diskussion der Reformentwürfe

In der Begründung der Freigabe der ersten vier Wochen seit der Empfängnis (AE der Mehrheit und der Minderheit) beziehen sich die Strafrechtler auf eine mögliche Interpretation biologischer Tatsachen, indem sie sagen, daß „die Entstehung des Lebens nach heutiger Auffassung nicht ein in einem bestimmten Moment – etwa der der Befruchtung oder der Einnistung – eintretendes Ereignis, sondern ein sich in mehreren Stadien allmählich vollziehender Vorgang ist“ (Mehrheits-Entwurf); oder im Minderheits-Entwurf anders ausgedrückt: „In der Beschaffenheit des werdenden Lebens selbst, das sich erst langsam heranbildet und festigt.“

Diese Formulierungen nehmen unscharf Bezug auf die in den letzten Jahren zwischen Naturwissenschaftlern, Theologen, Anthropologen und Juristen erneut lebhaft geführte Diskussion um den Beginn des individuellen Lebens (Lit. b. *Blechsmidt* 1968, *Böckle* 1968, *Koester* 1968 u. 1971, *Schwalm* 1969, *Zimmer* 1969 u. a.).

Mit der Entwicklung hormonaler Präparate und der Intrauterinspiralen, die nicht nur oder nicht mehr eine Empfängnis, sondern bei mißlungener Antikonzepktion eine Antinidation oder eine abortive Wirkung erzielen, ist menschliches Leben bereits in

seiner Frühphase weitgehend verfügbar geworden. Der Regierungsentwurf versucht diese Tatsache zu berücksichtigen, indem er Eingriffe in der Präimplantationsphase nicht unter Strafe stellt.

Es steht außer Zweifel, daß die befruchtete Eizelle, biologisch gesehen, neues menschliches Leben darstellt, indem sie genetisch ihre Individualität erlangt hat. Die Wertung dieser biologischen Tatsache zielt juristisch auf die Frage, ob dem Menschen in der Frühphase seiner Entwicklung der Rechtsschutz einer menschlichen Person zukommt. Diese Wertung ist aber, wie *Koester* (1968 u. 1971) klar aufzeigt, nur mit den Denkkategorien der Philosophie und Ethik möglich.

Die Folge dieser Problematik ist eine rechtsphilosophische Ambivalenz, die in beiden Alternativ-Entwürfen sichtbar wird. Das Recht und Gesetz ist auf der einen Seite nicht in der Lage zu definieren, wann von einem unabhängig von der Mutter und unter Umständen gegen die Mutter zu schützenden Rechtsgut „selbständiges Leben“ zu sprechen ist. Mangels sicher abgeklärter Normen wird in den AE und im Referenten-Entwurf die ethische Verwerflichkeit der Tötung eines Embryos eindeutig betont. Die Schutzwürdigkeit und Schutzbedürftigkeit werdenden menschlichen Lebens wird in den bisher vorliegenden Reformentwürfen anerkannt – die Frage, wie dieser Schutzpflicht am besten nachzukommen ist, ist zur Diskussion gestellt. Die Minderheit der 16 Strafrechtler glaubt ebenso wie die Verfasser des Referenten-Entwurfs und des Regierungsentwurfs, daß der Schutz des werdenden Lebens nur noch mittelbar zu erreichen sei, wenn, wie von den Befürwortern der Fristenlösung gefordert, die Straflosigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung lediglich an die Voraussetzung der Einhaltung eines Verfahrens geknüpft ist. Daß bei Einhaltung der formalen Verhaltensbestimmung, d. h. im Aufsuchen einer Beratungsstelle, daraus effektiv der Schutz des werdenden Lebens folgt, wird nach Meinung der Befürworter einer Indikationslösung rechtlich nicht bestimmt, sondern nur erhofft. Die Indikationslösung, vertreten im AE der Minderheit, im Referenten-Entwurf und im Regierungsentwurf, setzt voraus, daß der Abbruch der Schwangerschaft grundsätzlich mit Strafe bedroht bleiben muß und nur bei Vorliegen besonderer Indikationen zugelassen wird.

Es ist überzeugend und konsequent, daß die Rechtsgrundlage der vorliegenden Reformentwürfe vornehmlich aus dem kriminalpolitischen und gesundheitspolitischen Aspekt bezogen wird. So weisen die Verfasser der einzelnen Entwürfe auf die evidente Unwirksamkeit der bisherigen Strafbestimmungen im § 218 hin. Gewaltige Diskrepanz zwischen Gesetz und tatsächlichem Verhalten beweist, daß das Gesetz ein unwirksames Mittel zum Schutz werdenden Lebens ist. Die Zahl der illegalen Schwangerschaftsunterbrechungen wird in der Bundesrepublik auf etwa 400 000, das sind etwa 500 Abtreibungen auf 1000 Geburten pro Jahr, geschätzt (*Döring*, 1971). Eine hohe Dunkelziffer läßt exakte Angaben nicht zu. Manche Autoren vermuten, daß die legalen und illegalen Unterbrechungen etwa der Zahl der ausgetragenen Schwangerschaften pro Jahr entsprechen. Die Wahrscheinlichkeit einer Strafverfolgung wird zunehmend geringer. 1961 wurden in der BRD nur 3451 Fälle aufgeklärt. Be-

straft wurden laut Vorbemerkung für § 105 (AE eines Strafgesetzbuches, 1970) in den Jahren 1963 bis 1965 insgesamt nur 3621 Personen. Da somit kein ernsthaftes strafrechtliches Risiko mehr gegeben ist, entsteht neben einer allgemeinen Rechtsunsicherheit eine Rechtsungleichheit zwischen verfolgten und nicht verfolgten Fällen.

Neben diesen kriminalpolitischen Erwägungen und dem Gedanken der Rechtssicherheit steht noch ein gesundheitlicher Aspekt. Es wird angenommen, die legalisierte Abtreibung werde die illegalen Abtreibungen eindämmen und damit die gesundheitliche Gefährdung der Frau verringern.

Die Fristenlösung in der Diskussion

Von entscheidender Bedeutung ist die Tatsache, daß die Verfasser des AE den Rechtsschutz des werdenden menschlichen Lebens eindeutig fordern, somit also die Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens im Mutterleib voll anerkennen. In der Vorbemerkung zum § 105 heißt es im Abs. 2: „Zweck der Bestimmungen über die Schwangerschaftsunterbrechung muß deren Eindämmung sein. Denn die Tötung eines Embryos ist – sieht man von Ausnahmesituationen ab – nicht nur ethisch verwerflich, sondern sie ist vielmehr auch die Vernichtung eines Rechtsgutes.“ Eine Reform des § 218 wird deshalb von dieser allgemeinen Anerkennung der Schutzwürdigkeit des werdenden Lebens ausgehen müssen. Die Fristenlösung geht m. E. an dieser grundsätzlichen Rechtsauffassung vorbei. Durch die Freigabe der Frühabtreibung bis vier Wochen nach der Empfängnis und der Abtreibung bis zum Ende des dritten Monats werden die Schutzabsichten in Frage gestellt. Die schon erwähnte rechtsphilosophische Ambivalenz des Problems führt hier zwangsläufig zu einem Widerspruch. Auf der einen Seite ist das Recht und Gesetz von sich aus nicht in der Lage zu begründen, ab wann und weshalb von einem zu schützenden Rechtsgut zu sprechen ist. Andererseits wird aber die ethische Verwerflichkeit der Tötung eines Embryos betont. Die hierbei gänzlich aus einem kriminalpolitischen und pragmatischen Aspekt heraus gesetzten normativen Grenzen – 4 Wochen, 3 Monate, 5 bzw. 6 Monate – führen zwangsläufig dahin, daß der postulierte Rechtsschutz des werdenden Lebens in Wirklichkeit aufgegeben ist.

Man kann der Meinung sein, daß eine demokratische Staatsverfassung in der Erzwingbarkeit des Rechts in einer weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft auf die normative Kraft der faktisch gelebten Überzeugung seiner Bürger Rücksicht nehmen muß. Das darf aber m. E. auch bei zwingender kriminalpolitischer Überlegung (Diskrepanz zwischen Gesetz und Einhaltung des Gesetzes, Problem der Aufklärbarkeit, usw.) nur dann zur Aufhebung der Strafbestimmung führen, wenn sich begründen läßt, daß eine Tat nicht mehr strafwürdig und ein Rechtsgut nicht mehr als schutzwürdig anzusehen ist. Ist eine diesbezügliche Wertung einer Tat oder eines Rechtsguts nicht möglich oder steht sie noch in Zweifel, so hat das Rechtsgut, hier also das

werdende menschliche Leben, m. E. unter einem positiven Zweifel zu stehen, d. h. eine Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs ist nicht möglich. Anerkanntes Unrecht kann nicht durch Gesetz zu Recht werden. Das kriminalpolitische Argument der geringen Aufklärbarkeit, z. B. während der ersten vier Wochen nach der Empfängnis, kann ebenfalls nicht überzeugen, da es in der Auswirkung auf das allgemeine Rechtsbewußtsein einen gewaltigen Unterschied bedeutet, ob man im Einzelfall vor einer Beweisschwierigkeit kapituliert, oder ob man den Rechtsschutz eines schutzwürdigen Rechtsguts partiell ausdrücklich preisgibt. Es ist das letztlich nichts anderes, als wenn man die Strafbarkeit des Diebstahls infolge mangelnder Aufklärbarkeit oder erst bei Wegnahme von Objekten im Wert von mehr als 100 DM beginnen lassen wollte (Schmitt, 1970).

Es ist zu befürchten, daß eine Freigabe der Frühabtreibung – wobei der im Referenten-Entwurf (§ 218, Abs. 5) mit Abschluß der Nidation gesetzte Zeitpunkt des Schwangerschaftsbeginns praktisch nicht erkennbar ist – und der Abtreibung bis zum dritten Monat nach der Empfängnis sehr schnell eine Bewußtseinsänderung der Menschen gegenüber dem menschlichen Leben bewirken wird. Soweit das menschliche Leben im Mutterleib nicht mehr durch Gesetz geschützt ist, werden die Menschen auch sehr schnell die Vorstellung von der Schutzwürdigkeit und Schutzbedürftigkeit des werdenden menschlichen Lebens verlieren. Das Strafrecht und seine Reform hat stets weitreichende Konsequenzen für das Rechtsbewußtsein und das ethische Gewissen der diesem Gesetz Unterstellten.

Diesen Prozeß der Bewußtseinswandlung mit all ihren Auswirkungen haben wir während des letzten Jahres in „Aktion“ gesehen. Das Ziel ist klar formuliert. Der § 218 StGB soll nicht einer Reform zugeführt, sondern ersatzlos gestrichen werden, was einer Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs als Methode der Geburtenregelung gleichkommt. Diese Forderung artikuliert sich in Sätzen wie: „Jedes Kind soll das Recht haben, bei seiner Geburt willkommen zu sein“ oder: „Die Frau hat ein Recht auf den eigenen Bauch“. Diese Forderungen stellen m. E. die Zusammenhänge auf den Kopf. Die Forderung nach dem bei seiner Geburt willkommenen Kind ist von jedem verantwortungsbewußten Menschen zu bejahen. Sie ist aber nicht durch Tötung desselben, sondern durch Antikonzeption, d. h. verantwortliche Geburtenregelung im eigentlichen Sinn zu erzielen. Die Vernichtung werdenden menschlichen Lebens kann nicht zu einer beliebig verfügbaren Methode der Geburtenregelung werden.

Das Recht auf den eigenen Körper ist gegeben, wenn auch nicht unumschränkt. Die Forderung nach der Selbstbestimmung der Frau („Kinder wann wir wollen ohne Staatskontrolle“) wird sich niemals in einer ersatzlosen Streichung des § 218 verwirklichen lassen. Im übrigen beginnt die Selbstbestimmung der Frau nicht erst nach dem Beginn einer Schwangerschaft. Das schwerwiegende Mißverständnis bei der Forderung nach dem Verfügungsrecht über den eigenen Körper beruht darauf, daß wir es hier mit einem eigenständigen zweiten Rechtsgut „menschliches Leben“ zu tun haben, das für sich ein Recht auf seinen Körper hat und dessen Leben auch evtl. gegen die

Mutter geschützt werden muß. Nicht zuletzt wird hierbei das Selbstbestimmungsrecht des Menschen über das Recht auf Leben gestellt. *Mauz* u. Mitarb. (1970) sind der verfassungsrechtlichen Meinung, daß der Nasciturus innerhalb des Grundrechts auf Leben gemäß Art. 2 Abs. 2 (RZ 21 u. 22) des Grundgesetzes ist. Dies wird heute von den Juristen mehrheitlich anerkannt.

Die schwerstwiegende Folge der im Zug einer Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs zu erwartenden Bewußtseinsänderung in der Gesellschaft ist eine sprunghafte Zunahme der legalen Abtreibungen ohne merkliche Reduzierung der illegalen Eingriffe. Zahlen aus osteuropäischen und westlichen Ländern lassen befürchten, daß im Lauf der Jahre die Zahl der legalen Eingriffe größer wird als die derzeitige Zahl der illegalen und legalen Eingriffe zusammen.

In Ungarn, wo seit über 20 Jahren liberale Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch bestehen, kommen heute auf 100 Geburten 130–140 legale Schwangerschaftsunterbrechungen. Als Folge dieser hohen Zahl artifizierlicher Aborte hat sich dort die Sterilitätsrate verdoppelt und die Frühgeburtenrate verdreifacht (*Pünkösdi*, 1970). Es hat den Anschein, daß es einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen der pro Person durchgeführten Zahl von Interruptionen und der Zahl späterer Spontanaborte und Frühgeburten gibt (*Husslein*, 1971 a). In Rumänien stieg mit der Liberalisierung der Gesetzgebung die Abtreibungszahl in den Jahren 1957–1965 von 120 000 auf 1,2 Millionen pro Jahr, so daß seit 1965 eine rückläufige „Reform“ notwendig wurde (*Husslein*, 1971 b). Auch in Großbritannien hat seit Inkrafttreten des Abortion Act 1967/68 die Zahl der legalen Aborte jeden Monat stetig zugenommen. 1970 schätzte man die Zahl der legalen Abtreibungen auf 70 000 (*Gilder*, 1971). In New York wurden nach der Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs vom 1. Juli 1970 bis zum 1. Juli 1971 185 000 Unterbrechungen durchgeführt. Im englischen Gesetz ist der Schwangerschaftsabbruch keineswegs strafrechtlich freigegeben. Es wurde die bisher gültige Gesetzgebung durch Einführung eines Indikations-Katalogs erweitert. In der Praxis läuft das Gesetz jedoch beinahe auf eine Freigabe der Abtreibung hinaus, da bei der Abschätzung des Risikos auch „die jetzigen oder die vernünftigerweise voraussehbaren Lebensumstände“ der Schwangeren in Betracht gezogen werden können (Abortion Act § 1, Abs. 2). Es ist somit heute sehr schwer, in England jemanden einer illegalen Abtreibung zu bezichtigen. Wer es sich leisten kann, Privatärzte aufzusuchen – etwa 40 % der legalen Unterbrechungen werden in staatlich zugelassenen Privatkliniken durchgeführt – kommt auch heute in England am schnellsten zum Ziel (*Sieveking*, 1969). Während in Kliniken des staatlichen Gesundheitsdienstes der Eingriff kostenlos erfolgt, sind die Gebühren in den Privatkliniken gesetzlich nicht geregelt und liegen zwischen 500 und 1000 DM. Somit scheint in England mit der Liberalisierung des Gesetzes zumindest das sozialpolitische Ziel nicht erreicht worden zu sein. Mit Zunahme der Gesamtzahl der Aborte ist es zudem fragwürdig, ob die gesundheitliche Gefährdung der Frau tatsächlich vermindert werden kann, zumal in unserem Land die meisten illegalen Interruptionen auch jetzt schon von einem Arzt ausgeführt werden.

Es wird immer sehr schwer sein, eine zuverlässige Aussage über den Einfluß eines Gesetzes auf die Zahl der illegalen Abtreibungen zu machen. Eine signifikante Abnahme illegaler Schwangerschaftsunterbrechungen durch weitgehende Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist bisher noch nicht überzeugend nachgewiesen worden. Die immer wieder trotz liberaler Gesetze angegebenen hohen Zahlen illegaler Aborte lassen sich mit einer großen Unkenntnis der Gesetzeslage, dem Wunsch nach Anonymität und vor allem dem schon erwähnten Einfluß eines Gesetzes auf die Gewissensbildung erklären. Sicher werden mit einer Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs nicht alle Motive ausgeräumt, die bisher die Frau in die Illegalität drängten.

Außerst fragwürdig muß daher bleiben, ob durch eine Neufassung des § 218 im Sinn einer Fristenlösung die kriminalpolitischen, gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Ziele erreicht werden.

Freigabe der Frühabtreibung und des Schwangerschaftsabbruchs während der ersten drei Schwangerschaftsmonate würde schließlich auch bedeuten, daß der Arzt aktiv für eine Geburtenregelung durch Schwangerschaftsabbruch tätig und verantwortlich wird. Letzten Endes würde der Arzt hierbei sein Entscheidungsrecht verlieren und hätte ärztliche Handlungen auf Verlangen auszuführen. Eine Gesellschaft, die die Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs fordert, muß, um die kriminalpolitischen und gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen, die Ärzteschaft auf irgendeine Weise in Zwang nehmen, wobei insbesondere bei weisungsgebundenen Ärzten und bei Bewerbungen um leitende Positionen auch indirekte Zwänge vorstellbar sind. Der eigentliche Konflikt wird erneut sichtbar. Es ist eine Sache, eine ethische und hinsichtlich ihrer Legitimität fragwürdige Handlung für den Betroffenen und Mitwirkenden außer Strafe zu stellen. Eine andere Sache ist es, jemanden gegen seine Überzeugung zur Mithilfe, wenn auch nur indirekt, zu verpflichten, solange über die ethische Vertretbarkeit und Legitimität dieser Handlung nicht eindeutig befunden worden ist, d. h., solange dieses Handeln über seine Legalisierung hinaus keine Legitimitätsgrundlage hat (Paulus, 1971).

Diesen Überlegungen entspricht das Votum der deutschen Frauenärzte, die anläßlich einer Fragebogenaktion in überwiegender Mehrheit (92,70 %) den indikationslosen Schwangerschaftsabbruch ablehnten, wie er für die ersten vier Wochen bzw. drei Schwangerschaftsmonate im AE der Mehrheit und neuerdings im Gesetzentwurf der 51 Bundestagsabgeordneten empfohlen wird (Kirchhoff, 1971).

Die Indikationslösung in der Diskussion

Der AE der Minderheit befürwortet ebenso wie der AE der Mehrheit Straffreiheit während der ersten vier Wochen nach der Empfängnis (§ 105, Abs. 1). Die in der Diskussion der Fristenlösung gegen eine Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs ange-

fürten Bedenken haben daher für den § 105, Abs. 1 des Minderheits-Entwurfs Gültigkeit.

Die Handhabung der Vierwochen-Frist (AE der Mehrheit und Minderheit) wie auch der 13-Tage-Frist (Präimplantationsphase) des Referenten-Entwurfs und des Regierungsentwurfs sind in der Praxis schwierig und problematisch. Diese Fristen sind nicht genau bestimmbar. Der Arzt ist in der Frühphase der Schwangerschaft weitgehend auf die Aussage der Frau angewiesen. Es kann hier von beiden Seiten zum Feilschen um Stunden kommen. Ein Mißbrauch dieser Fristen ist nicht zu verhindern.

Bei Freigabe der ersten vier Wochen besteht noch eine weitere schwerwiegende Gefahr. Man muß befürchten, daß es während der ersten vier Wochen nach der Empfängnis zu zahlreichen Kurzschlußabtreibungen kommt. Niemals ist die Gefahr der Fehleinschätzung der gesamten Lebenssituation so groß wie gerade in der Frühphase der Schwangerschaft. Vor allem aus Angst vor den vielfältigen psychischen, körperlichen und wirtschaftlichen Belastungen gelingt die Annahme der Schwangerschaft im bewußten Ja in den ersten Wochen nur wenigen Frauen und Ehen. Viele Frauen würden sich in der ersten Bestürzung sofort für den Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, um den kurzen straffreien Zeitraum auszunützen. Der Freiburger Strafrechtslehrer *R. Schmitt*, ein Mitverfasser der AE, hat sich nicht zuletzt aufgrund dieser Überlegungen weder dem Mehrheitsvorschlag noch dem (von ihm sonst im Prinzip bejahen) Minderheitsvorschlag angeschlossen.

Schließlich hat die Freigabe der Frühabtreibung auch erhebliche organisatorische und personelle Konsequenzen für alle Arztpraxen und klinischen Ambulanzen.

Im § 219 des Regierungsentwurfs ist der Abbruch der Schwangerschaft nicht strafbar, „wenn der Abbruch der Schwangerschaft nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um von der Schwangeren eine Gefahr für ihr Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustands abzuwenden, sofern die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“. Bei der Feststellung dieser Voraussetzung sind die gegenwärtigen und künftig zu erwartenden Lebensverhältnisse der Schwangeren zu berücksichtigen. Mit dieser Formulierung umschreibt der Regierungsentwurf die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

1. Medizinische Indikation

Sowohl die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Schwangerschaft als auch die Berücksichtigung der gegenwärtigen und künftig zu erwartenden Lebensverhältnisse der Schwangeren (Regierungsentwurf) wird für die Frau, den Arzt und die Gutachterkommission stets eine schwere Ermessungsfrage bleiben.

Die Gutachterkommission und der den Eingriff durchführende Arzt können dabei nicht mehr von einer biologisch-medizinischen Diagnose ausgehen. Sie sind in der Frage der Zumutbarkeit letztlich mit der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konfrontiert, in der Gesundheit einen Zustand des körperlichen,

seelischen *und* sozialen Wohlbefindens bedeutet. Diese Definition der WHO wird gleichsam zu einem ärztlichen Leitmaß und zur Norm für den therapeutischen Eingriff. Das Recht auf Gesundheit in diesem weitgesteckten Sinn muß heute bejaht werden. Im Zusammenhang mit dem Problem des Schwangerschaftsabbruchs ist aber zu beachten, daß bei dieser Auslegung des Gesundheitsbegriffs letztlich nicht das soziale Wohlbefinden des Menschen über das Lebensrecht des Nasciturus gestellt wird. Grundlage dieser medizinisch-sozialen Indikation muß stets die objektiv feststellbare Erkrankung der Frau sein, wobei die sozialen Umstände gleichsam in Addition bei der Begutachtung sorgfältige Berücksichtigung erfahren. Um hier einem Mißbrauch dieser Indikation vorbeugen zu können, wird man sehr präzise Vorstellungen über Zusammenstellung und Arbeit der Gutachterkommission entwickeln müssen. Eine Beratungsstelle allein wird diese schwierige Aufgabe nicht erfüllen können.

Zweifellos wird die gutachterliche Grenzziehung schwierig werden. Schon bei der Begutachtung der medizinischen Indikation im engeren Sinn erfahren wir ständig, wie schwierig die Beantwortung der Frage ist, ob der Abbruch einer Schwangerschaft als Heilmaßnahme für eine Krankheit wirksam werden kann. Aus der Berufung auf einen außerordentlichen Notstand durch die eingetretene Schwangerschaft spricht die Meinung, die Schwangerschaft sei eine Komplikation der Krankheit. *Lexer* und *Eymer* verneinen dies, indem sie sagen: „Die Krankheit ist eine Komplikation bei der zufällig schwangeren Frau.“ Die Behandlung der komplizierenden Krankheit ist also stets die primäre Aufgabe, da man durch einen Schwangerschaftsabbruch niemals die Krankheit heilen, sondern dem Organismus die zusätzliche Belastung durch die Schwangerschaft nehmen kann (*Naujoks*, 1954).

Die weiterführende Frage muß stets offenbleiben, welche Hilfe bzw. Gefahr der Schwangerschaftsabbruch als Eingriff hinsichtlich der Grunderkrankung tatsächlich mit sich bringt. Es bleibt für den tätig werdenden Arzt also auch bei der strengen medizinischen Indikation aus einer Konfliktsituation heraus immer ein Hineingeworfen-sein in eine Entscheidung mit der ganzen Freiheit und Konsequenz. Der Konflikt ist bei der medizinischen Indikation darin begründet, daß der Arzt letztlich nicht frei entscheiden kann, welches Leben er retten will. Er ist vor die Entscheidung gestellt, ein Leben zu retten oder keines der beiden. Der Eingriff gegen die Frucht und nicht gegen die Mutter ist auf das medizinisch Mögliche, die Rettung wenigstens eines Menschenlebens, ausgerichtet und entspricht nicht wertenden Überlegungen. So gesehen ist der Eingriff aus dem ausgewogenen Konflikt heraus auch niemals eine Lösung durch Güterabwägung. Immer aber ist es eine Heilmaßnahme an einem Menschen, von deren Erfolg wir – statistisch gesehen – stets in Zweifel belassen bleiben, wobei mit Sicherheit ein anderes Leben vernichtet wird.

2. Kindliche Indikation

Die Anerkennung der kindlichen Indikation im AE der Minderheit, im Referenten-Entwurf des Bundesjustizministeriums (§ 219, Abs. 3) und im Regierungsentwurf

(§ 219 b) erfolgt nicht aus eugenischen Gründen, sondern beruht auf Zumutbarkeits-erwägungen im Hinblick auf die Mutter: „Die Schwangere darf nicht dazu gezwungen werden, ein wahrscheinlich schwergeschädigtes Kind auszutragen“ (Legende zu § 106 AE, Abs. 2 Nr. 5).

Hier wird – wie dies bislang in der Handhabung des § 218 häufig geschah – die kindliche Indikation zur mütterlichen, d. h. zur medizinischen Indikation hin verschoben. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß in Einzelfällen bei Verdacht oder beim Nachweis einer schweren intrauterinen kindlichen Schädigung die Gesundheit der Schwangeren durch die erhebliche psychische Belastung im Sinn der WHO-Definition bedroht sein kann. Mit Abheben auf den Begriff der Zumutbarkeit ist aber m. E. der Rahmen sehr weit gesteckt. Zur Beurteilung der Zumutbarkeit ist eine exakte intrauterine Diagnose des kindlichen Schadens unabdingbar, und selbst dann würden wir ein Recht des Stärkeren, d. h. des Gesunden über den Kranken, bejahen. Denn neben diesen auf die Mutter bezogenen Zumutbarkeitserwägungen beruht die kindliche Indikation – auch wenn das in den Reformentwürfen bewußt nicht angesprochen wird – auf der Meinung, man müsse, um das Kind vor einem späteren kranken Leben zu bewahren, gleichsam um des Kindes willen, die Schwangerschaft abbrechen. Auch bei exakter pränataler Diagnose wird also letztlich immer auch ein Urteil hinsichtlich des Lebenswerts des Kindes gefällt, zu dem der Arzt mit medizinischen Denkkategorien niemals fähig ist. Dieser Tatsache wird sich der Arzt in jedem Fall einer kindlichen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch in einer individuellen ärztlich-ethischen Entscheidung stellen müssen, unabhängig davon, wie weit gefaßt der Gesetzestext für die kindliche Indikation formuliert wird.

Da es in allen Bereichen ärztlichen Handelns Grenzsituationen gibt, in denen der ärztliche Auftrag, Leben um jeden Preis zu erhalten, verwirkt ist, kann man mit Vorbehalt die Möglichkeit einer kindlichen Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung befürworten. Um aber nicht an die fragwürdige Grenze einer intrauterinen Euthanasie zu gelangen, muß eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit für die schwere, wahrscheinlich zum Tod führende Schädigung des zu erwartenden Kindes bestehen. Es geht nicht an, bei einem nur geringen Grad von Wahrscheinlichkeit wie z. B. bei der Rötelnembryopathie, eine Mehrzahl von gesunden Kindern zu opfern (Kepp, 1963). Die Häufigkeit der kindlichen Mißbildungen bei einer Rötelninfektion im ersten Schwangerschaftsmonat soll zwischen 33 % und 50 %, im zweiten Schwangerschaftsmonat 25 %, im dritten Schwangerschaftsmonat 10 % und im vierten Schwangerschaftsmonat 4 % betragen (Rawes, 1968). Die Objektivierbarkeit des kindlichen Schadens sowie der Grad der Wahrscheinlichkeit ist heute praktisch nur beim Down-Syndrom (Mongoloismus) möglich. Und selbst bei der intrauterinen Diagnose des Down-Syndroms ist eine Aussage über das Ausmaß der kindlichen Erkrankung nicht gegeben. Beim Down-Syndrom erlaubt die Chromosomen-Analyse aus dem Fruchtwasser eine präzise Aussage, ob ein gesundes oder mongoloides Kind zu erwarten ist. Nadler (zit. n. Knörr, 1971) fand mit Hilfe der Chromosomen-

Analyse nach Amniocentese (Fruchtwasserpunktion) unter 82 Schwangeren jenseits des 40. Lebensjahrs zweimal ein Down-Syndrom. Hinsichtlich des Problems einer kindlichen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ist das Entscheidende dieser Diagnostik, daß die Erkrankung bei zwei Kindern bereits in utero eindeutig diagnostiziert werden konnte und die übrigen 80 Kinder als gesund gefunden wurden. Das Down-Syndrom ist somit die erste Erkrankung, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit pränatal diagnostiziert werden kann, so daß sich die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nicht auf eine empirisch gewonnene und somit unbefriedigende Risikoannahme beziehen muß. Eine Schwierigkeit dieser Diagnostik ist jedoch dadurch gegeben, daß die Amniocentese erst ab der 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann und die Diagnose nach in-vitro-Kultivierung und biochemischer Analyse frühestens in der 16. bis 17. Schwangerschaftswoche vorliegt. Ein Schwangerschaftsabbruch wäre demnach frühestens erst Ende des vierten Schwangerschaftsmonats möglich (Knörr, 1971).

Bei allen exogenen intrauterinen Schädigungen des Kindes, z. B. durch Virusinfektion, ionisierende Strahlen, Medikamente usw., ist der Grad der Wahrscheinlichkeit wie auch das Ausmaß der kindlichen Erkrankung heute noch nicht genau bestimmbar. Die pränatale Erkennung angeborener Stoffwechselstörungen, der sogenannten Enzymopathien, ist noch in der Entwicklung. Die Zielsetzung dieser Forschung geht dahin, über die reine Diagnostik hinaus nach Möglichkeiten einer Behandlung des Kindes in der Gebärmutter zu suchen (Knörr, 1971).

Bei kritischer Betrachtung der kindlichen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch wird deutlich, daß das Indikationsgebiet von vornherein eng begrenzt ist. Durch präventivdiagnostische Maßnahmen und Beachtung weniger Vorsichtsmaßnahmen läßt sich dieses Indikationsgebiet noch erheblich einengen: Prophylaxe gegen Rötelninfektion durch generelle Röteln-Titerbestimmung im Hämagglutinationshemm-Test (HAH) bei Mädchen zwischen 14 und 16 Jahren und Impfung bei negativem HAH-Antikörper-Titer (unter 1:20), Arzneimittelgabe nach Möglichkeit nur nach Ausschluß einer Gravidität, Röntgendiagnostik nur in der ersten Zyklushälfte usw.

Es ist der einstimmigen Meinung der von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie eingesetzten Kommission zuzustimmen, „daß für diesen Fragenkomplex im Hinblick auf manche Unsicherheitsfaktoren bei der Deutung und der Annahme intrauterin übertragener oder angeborener oder ererbter Krankheiten besondere Gutachter-Kommissionen gebildet werden müßten“ (Kirchhoff, 1971).

3. Notzuchtsindikation

Über eine Neufassung des § 218 hinsichtlich der Vergewaltigungs- oder Notzuchtsindikation – bislang fälschlich auch ethische Indikation genannt – ist schon seit vielen Jahren diskutiert worden. Nach dem Regierungsentwurf ist der Abbruch einer aufgezwungenen Schwangerschaft (§ 219 c) durch einen Arzt nicht nach § 218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt,

2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach § 176 (sexueller Mißbrauch von Kindern), § 177 (Vergewaltigung) oder § 179, Abs. 1 (sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger) vorgenommen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und

3. seit dem Beginn der Schwangerschaft nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sind.

Eine aufgezwungene Schwangerschaft bedeutet für die Frau einen echten Notstand, für dessen Lösung es einen idealen, allen Forderungen gerecht werdenden Weg nicht gibt (Kepp, 1963). Die oft nicht zu lösende Konfliktsituation wird zu schwerster seelischer Not der Frau, so daß schon aus der extremen psychischen Notlage heraus eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gegeben sein kann. In jedem Fall sollte bei einer Vergewaltigungsindikation zunächst durch intensive ärztliche, psychologische und seelsorgerische Beratung auf eine allseitige Klärung der Konfliktsituation hingearbeitet werden, die dann zu einer überlegten Entscheidung führen kann (Wrage u. Mitarb., 1971). Nur in der Identifikation mit der für die Mutter nachgewiesenermaßen unlösbaren Konfliktsituation ist für den Arzt die Bejahung der Notzuchtindikation möglich, d. h., der Arzt kann bei allem Grundsatzwissen die rechte Gewissensentscheidung psychologisch oft einfach nicht vollziehen und wird die Schwangerschaftsunterbrechung nach Notzuchtsverbrechen vornehmen.

Alle rationalen Argumente für eine Anerkennung der Notzuchtindikation sind letztlich nicht stichhaltig. So ist es für das Lebensrecht des werdenden Lebens ohne grundsätzliche Bedeutung, auf welche Weise dieses Leben entstand. Ebenso ist auch das Argument der Notwehr der Mutter gegenüber dem ungeborenen Kind sicher nicht stichhaltig. Das ungeborene Kind ist in jedem Fall schuldlos, auch wenn sein Leben auf eine würdelose Weise zustande gekommen ist (Löffler, 1963).

Kriminalpolizeilich nachgewiesene Vergewaltigungen mit einer Schwangerschaft als Folge stellen in Normalzeiten eine Seltenheit dar. Bei Aufnahme der Notzuchtindikation in den Indikationskatalog sind, wie Kirchhoff (1971) gefordert hat, genaue Ausführungsbestimmungen unerlässlich, um einen naheliegenden Mißbrauch zu verhindern.

4. Soziale Indikation

Diese Indikation war zunächst in den AE der Minderheit aufgenommen, in den Referenten-Entwurf des Bundesjustizministeriums jedoch nicht übernommen worden. Wie eingangs schon erwähnt, enthält der dem Bundesrat zugeleitete Regierungsentwurf im § 219 d – Abbruch der Schwangerschaft wegen allgemeiner Notlage – die soziale Indikation. Im Gesetzestext wird bestimmter als in der Überschrift vom Abbruch der Schwangerschaft wegen schwerwiegender Notlage gesprochen.

Versteht man den Schwangerschaftsabbruch als eine ärztliche Handlung aus einem gelegentlich ausweglosen Konflikt heraus, dann kann man m. E. die soziale Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nicht befürworten. Es wird in diesem Zusammenhang heute sehr oft auf die soziale Stellung und die soziale Verantwortung des Arztes in der

Gesellschaft hingewiesen. In der Diskussion über die soziale Indikation wird dieser Hinweis fragwürdig. Ein Arzt nimmt keine soziale Verantwortung wahr, wenn er durch eine ärztliche Handlung soziale Mißstände auf Kosten des Lebens eines werdenden Menschen beseitigen möchte. Sozialer Notstand muß eine Indikation zu sozialer Hilfe sein. „Sozial“ ist keine Indikation, sondern eine Aufforderung. Die Behebung eines sozialen Notstands ist primär die Aufgabe des Staats und nicht des Arztes. Dieser Meinung waren auch die Autoren des Referenten-Entwurfs. Bundesjustizminister *Jahn* betonte daher ausdrücklich, daß eine reine soziale Indikation, der ganz unterschiedliche Lebenssachverhalte zugrunde liegen können, im sozialen Rechtsstaat sehr problematisch ist⁴.

Mit Aufnahme der Notlagen-Indikation in den von der Regierung dem Bundesrat zugeleiteten Entwurf einer Indikationslösung ist praktisch die Rechtsgrundlage des Referenten-Entwurfs verlassen. Mit Befürwortung der sozialen Indikation, auch in der Beschränkung auf schwerwiegende Notlagen, wird ein mögliches zu schützendes fundamentales Rechtsgut „werdendes Leben“ sekundären aus dem Lebensrecht des Menschen folgenden Rechtsgütern untergeordnet. Wird aber das soziale Befinden eines Menschen über das Lebensrecht eines Ungeborenen gestellt, dann ist es nur konsequent, daß der Schwangerschaftsabbruch in kürzester Zeit eine bevorzugte Methode der Geburtenkontrolle sein wird. Da keine qualifizierten Gutachterkommissionen für diesen Indikationsbereich vorgesehen sind und somit über die Notlage letztlich nur ein beratender Arzt oder eine soziale Beratungsstelle sowie die Schwangere selbst entscheiden, muß man eine unverantwortliche Ausweitung dieses Indikationsbereichs befürchten. Mit der Befürwortung der Notlagen-Indikation ist der Indikations-Katalog soweit ausgefüllt, daß er in der Praxis auf eine Freigabe der Abtreibung hinauslaufen kann. Die Zielsetzung des gesamten Reformwerks, die illegalen Abtreibungen zu vermindern, wird mit Anerkennung der Notlagen-Indikation vollkommen in Frage gestellt. Statt der großen Zahl illegaler Abtreibungen wird es in Zukunft ebensoviel „scheinbar legale“ Abtreibungen geben.

Um es noch einmal zu betonen, reine soziale Notlagen sind das Feld der Sozialpolitik und der sozialen Fürsorge. Für den Arzt ist eine schwere soziale Notlage das wichtigste Indikationsgebiet für eine Präventiv-Medizin durch Antikonception und Sterilisation und nicht für eine „Therapie“ durch Schwangerschaftsabbruch.

Begutachtung und Beratung

Die im Referenten-Entwurf des Bundesjustizministeriums für die Begutachtung vorgesehene Regelung (§ 220, Abs. 1) ist ebenso wie die im Regierungsentwurf als Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch (§ 220, Abs. 1) dargelegte Lösung für den Schutz des ungeborenen Lebens unzureichend.

⁴ Bundesjustizminister Jahn, Grundsätzliche und aktuelle Fragen der Strafrechtsreform, in: Bulletin Nr. 146 v. 9. 10. 1971, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung.

Durch Schaffung örtlicher Zuständigkeiten muß verhindert werden, daß die Schwangere den positiv eingestellten Gutachter „sucht“. Zur Erzielung einer gleichmäßigen und gleichwertigen Begutachtung ist die Berufung von Gutachterkollegien erforderlich. Diese Teams sollten sich zusammensetzen aus einem öffentlich bestellten Gutachter, der für das in Frage stehende Indikationsgebiet zuständig ist, und einem Gynäkologen, der bei zustimmender Begutachtung bereit ist, den Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Außerdem sollte dem Gutachterkollegium eine Frau angehören, die in der Ehe- und Familienberatung tätig ist.

Soweit die Lebensverhältnisse der Schwangeren deren Gesundheitszustand maßgeblich beeinflussen (medizinisch-soziale Indikation), bedürfen die Gutachter der *Beratung* durch nichtärztliche Gremien. Diese Beratungsdienste müssen durch ausreichende personelle und vor allem finanzielle Ausstattung in der Lage sein, bei Ablehnung eines Antrags auf Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-sozialer Indikation oder bei schwerer sozialer Notlage der Schwangeren wirksam zu helfen. Die Einrichtung dieser Gutachter- und Beratungsdienste muß gesetzlich verankert werden.

Schlußfolgerungen

Der § 218 StGB in seiner bisherigen Form war ein unwirksames Mittel zum Schutz des werdenden Lebens. Es wird anerkannt, daß der Gesetzgeber daher eine Reform des § 218 anstrebt. Solange sich der Staat aber als eine Instanz begreift, die für den Schutz auch des ungeborenen Individuums zuständig ist, muß sich jeder Versuch, die Gesetzgebung gesellschaftlichen Gegebenheiten anzupassen, an der in allen bisher vorliegenden Reformentwürfen formulierten Aussage orientieren, daß werdendes Leben ein zu schützendes Rechtsgut ist. Bis zum Beweis des Gegenteils – wobei diese ethischen Normen begründet werden müssen und damit eine Legalisierung der Abtreibung erst ihre Legitimitätsgrundlage erhält – steht die Schutzwürdigkeit des werdenden menschlichen Lebens zumindest unter einem positiven Zweifel: „Weil menschliches Leben im Werdestatus, ist es bereits eigenen Schutzes wert, er kommt ihm zu. Weil gesondert tötbar, ist es des eigenen Schutzes bedürftig, namentlich des Schutzes vor der eigenen Mutter. Ja, es ist im Frühstadium in hohem Maße schutzbedürftig, weil es da besonders leicht, besonders heimlich, mit geringerer körperlicher Gefahr für die Mutter und bei geringerem inneren Widerstand der Mutter getötet werden kann“ (Wimmer, 1970). Das eigentlich Erregende ist nicht der kriminalpolitische bzw. strafrechtliche Aspekt des Abtreibungsproblems, sondern die Tatsache, daß wir alle das werdende Leben nicht besser zu schützen vermögen. Alle im Zusammenhang mit der Diskussion um den § 218 ideologisch geführten Angriffe gegen die „Ärzte“ und „Kirchen“ sind daher in der falschen Richtung geführt. Das Recht auf Leben ist älter als jede Institution dieser Welt.

Wir dürfen uns nicht daran gewöhnen, daß durch ideologisch motivierte Aktionen nur der Freigabe der Abtreibung als Reform des § 218 das Wort geredet wird. Kern des Problems ist, wie bei Anerkennung der Schutzwürdigkeit werdenden menschlichen Lebens dessen Schutz effektiv erreicht werden kann. Bevor ein Staat aus kriminalpolitischen Überlegungen in Kapitulation vor dem Problem der Schutzfähigkeit die Tötung der ungewünschten Kinder freigibt, muß er bei Aufrechterhaltung des Strafrechtsschutzes für die Verhütung der Abtreibung alle erdenklichen Anstrengungen unternehmen. Es ist eine große Aufgabe des Staats und der Gesellschaft, in allen Lebensbereichen auf die Beseitigung möglicher auswegloser Konfliktsituationen, die zum Schwangerschaftsabbruch drängen, hinzuwirken.

Die wichtigsten Forderungen sind:

1. Förderung und Intensivierung aller Maßnahmen, die eine Änderung der öffentlichen Einstellung zum Kind im Sinn größerer Zuwendung bezwecken. Eine kinderfeindliche Gesellschaft wird stets an der Existenz der Kinder vorbeiplanen und somit die Mütter in zunehmende Isolierung und unerträgliche Verlassenheit führen. Diese Angst, durch die Geburt eines weiteren Kindes physisch und psychisch überfordert und immer mehr gesellschaftlich isoliert und diskriminiert zu werden, ist heute wohl der häufigste Grund eines Schwangerschaftsabbruchs.

2. Einrichtung zahlreicher sozial-medizinischer Abteilungen an Frauenkliniken, wobei die seit vielen Jahren im Sinn eines sozial-medizinischen Dienstes erfolgreich arbeitende Beratungsstelle der Universitäts-Frauenklinik Basel als Modell dienen könnte (*Mall-Haefeli*, 1970). Hilfestellung im Abwägen der Indikation zur Interruptio, Anregen zu einer „gewissen“-haften Entscheidung und in sozialen Notfällen vor allem die Organisation individueller praktischer Hilfe sind wichtige Aufgaben solcher Beratungsstellen.

3. Wirksame Hilfe muß auch erfolgen durch Schaffung einer ausreichenden Zahl von Kindergärten, Tagesstätten, Ganztagschulen, Müttererholungsheimen, ferner durch eine sachgerechte Mütterberatung, durch die Gleichstellung des außerehelichen Kindes, durch eine Reform des Adoptionsrechts usw.

4. Die Möglichkeiten medizinischer Präventiv-Maßnahmen gegen Mißbildungen (Röteln-Impfung, erbhygienische Beratung) sind mehr als bisher auszubauen und wahrzunehmen.

5. Wirksam kann vor allem auch durch eine kostenlose und gezielte Aufklärung aller Bevölkerungsschichten über die Möglichkeiten der Geburtenkontrolle geholfen werden. Durch das Angebot zuverlässiger antikonzeptioneller Methoden kann die große Zahl der Abtreibungen spürbar gesenkt werden. Bei Frauen, bei denen eine Kontraindikation zur hormonalen Antikonzeption besteht und andere zuverlässige Methoden nicht annehmbar sind, ist die Tubensterilisation oder die Sterilisation des Mannes zu befürworten. Hierfür bedarf es einer einheitlichen und klaren gesetzlichen Regelung. Kontrazeption und Sterilisation sind die wirksamsten präventiv-medizinischen Maßnahmen, um die Abtreibungsseuche einzudämmen. Überlegungen von seiten

des Gesundheitsministeriums, die „Pille auf Krankenschein“, d. h. die fast kostenlose Pille zu ermöglichen, sind daher, soweit die ärztliche Kontrolle gewährleistet bleibt, zu unterstützen. Es sei in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht, daß *Diggory* u. Mitarb. (zit. n. *Gilder*, 1971) von einer in England außerordentlich weit verbreiteten Gleichgültigkeit gegenüber der Empfängnisverhütung bei den Anwärtinnen für einen Schwangerschaftsabbruch berichten. Vor kurzem wurde auf einer Arbeitstagung der WHO über das Thema „Der eingeleitete Abort als allgemeines Gesundheitsproblem“ mit Nachdruck betont, daß ein Land, das die Absicht hat, sein Abortgesetz zu liberalisieren, erst danach trachten soll, die Bevölkerung zur wirkamen Kontrazeption zu erziehen (*Husslein*, 1971 b).

6. Schließlich ist vor allem die ethische Entscheidungsfähigkeit und Verantwortlichkeit des einzelnen durch Erziehung und sachgerechte Information grundzulegen und zu stärken. Diese Forderung darf nicht nur für die Schwangere Gültigkeit haben, sondern ist als Appell an den Schwängerer zur Mitverantwortung zu verstehen.

Solange wir das werdende menschliche Leben als ein schutzwürdiges Rechtsgut anerkennen, stehen wir alle in der Verantwortung für den Schutz des werdenden Lebens. Diese Verantwortung verpflichtet uns, jede aus vordergründigem Zweckmäßigkeitsdenken geforderte Legalisierung der Abtreibung abzulehnen und gleichzeitig alle Anstrengungen zu unternehmen, durch Präventiv-Maßnahmen der Abtreibungsseuche zu begegnen.

Zusammenfassung

Nach Darstellung des AE der Minderheit und der Mehrheit Deutscher Strafrechtler, des Referenten-Entwurfs und des Regierungsentwurfs eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts wird aus ärztlicher Sicht eine persönliche Stellungnahme versucht. Die Fristenlösung mit dem Ziel einer Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs bis zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats wird abgelehnt. Die Argumente, die diese persönliche Meinung stützen, werden ausführlich dargelegt. Die Indikationslösung, wie sie im Referenten-Entwurf dargelegt ist, wird nur mit Vorbehalt als Grundlage für eine Reform des § 218 StGB anerkannt. Zu dem im Regierungsentwurf in modifizierter Form vorliegenden Indikationskatalog wird kritisch Stellung genommen. In der Schlußfolgerung wird auf spezifisch präventiv-medizinische Maßnahmen sowie auf allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung des Schwangerschaftsabbruchs aufmerksam gemacht.

Literaturverzeichnis: *Baumann* u. Mitarb., Alternativ-Entwurf (AE) eines Strafgesetzbuches, Straftaten gegen die Person, Erster Halbband (Tübingen 1970); *E. Blechschmidt*, Die Stoffwechselfelder des menschlichen Eis: Z. Geburtsh. Gynäk. 168 (1968) 143; *F. Böckle*, Antikonzepktion u. Nidationshemmung in katholisch-theologischer Sicht, in: *R. Kepp – H. Koester* (Hg.), Empfängnisverhütung aus Verantwortung (Stuttgart: Thieme 1968); *G. K. Döring*, Das Abtreibungsproblem heute: Dtsch. Ärztebl. 12

(1971) 864; *St. S. B. Gilder*, Therapeutischer Abort in Großbritannien: Dtsch. Ärztebl. 1 (1971) 30; *E.-W. Hanack*, Künstliche Eingriffe in die Fruchtbarkeit: Arzt und Recht (1968) 42; *H. Husslein*, Gedanken zum Abortusproblem: Dtsch. Ärztebl. 32 (1971a) 2247; *H. Husslein*, Legaler und illegaler Abort. Bericht über eine Arbeitstagung der WHO: Fortschr. Med. 89 (1971b) 781; *R. Kepp*, Ärztliche und rechtliche Gesichtspunkte zur Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung: Med. Welt 35 (1963) 1702; *H. Kirchhoff*, Stellungnahme deutscher Frauenärzte zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung im Rahmen der Strafrechtsreform: Dtsch. Ärztebl. 20 (1971) 1481; *K. Knörr*, Möglichkeiten und Konsequenzen der pränatalen Diagnostik kongenitaler Anomalien: Geburtsh. und Frauenheilk. 31 (1971) 614; *H. Koester*, Zum Beginn der Schwangerschaft und des embryonalen Lebens, und: Diskussion zu Vortrag *F. Böckle*, in: *R. Kepp – H. Koester* (Hg.), Empfängnisverhütung aus Verantwortung (Stuttgart: Thieme 1968); *H. Koester*, Wann beginnt das individuelle Leben?: Arch. Gynäk. 211 (1971) 412; *A. Lexer u. H. Eymer*, zit. n. *H. Uebermuth*, Chirurgische Erkrankungen als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung: Zbl. Gynäk. 80 (1958) 1231; *L. Loeffler*, Recht auf Leben in ärztlicher Sicht: RdJ. 11 (1963) 289; *M. Mall-Haefeli*, Indirekte Geburtenregelung, in: Schweiz. Rundschau 64 (1965) 152; *M. Mall-Haefeli*, Die sozial-medizinische Abteilung am Frauenspital, in: 100 Jahre Geburtshilfe und Gynäkologie in Basel (Basel: Schwabe 1970); *Th. Maunz, G. Dürig u. R. Herzog*, Grundgesetz (Kommentar). Loseblatt-Sammlung (Stand v. Sept. 1970); *H. L. Nadler u. A. B. Gerbic*, Role of Amniocentesis in the Intrauterine Detection of Genetic Disorders: New Engl. J. Med. 11 (1970) 596; *H. Naujoks*, Leitfaden der Indikationen für Schwangerschaftsunterbrechung (Stuttgart: Enke 1954); *P. C. Paulus*, Medizinisch-theologischer Arbeitskreis, Freiburg/Brg. (Pers. Mitteilung); *A. Pünkössi*, Schwangerschaftsunterbrechung in Ungarn, zit. n. Dtsch. Ärztebl. 8 (1971) 568; *E. Rawes*, Congenital Rubella: The significance of virus persistence: Progr. Medic. Virology 10 (1968) 238; *R. Schmitt*, Geburtenregelung und Strafrecht: FamRZ 10 (1970) 530; *G. Schwalm*, Über den Beginn des menschlichen Lebens aus der Sicht des Juristen, in: *M. Brandl* (Hg.), Der Beginn des Lebens (Stuttgart, New York 1969); *W. Sieveking*, Schein und Wahrheit im „Abtreibungsparadies“: Dtsch. Ärztebl. 38 (1969) 2618; *A. Wimmer*, Schutz des werdenden Lebens im kommenden Strafrecht: Der katholische Gedanke (Regensburg 1970); *K. H. Wrage u. Mitarb.*, Denkschrift zu Fragen der Sexualethik. Kommission der Ev. Kirche in Deutschland (Gütersloher Verlagshaus 1971); *F. Zimmer*, Der Beginn des individuellen Lebens und der Schwangerschaft aus biologischer Sicht, in: *M. Brandl* (Hg.), Der Beginn des Lebens (Stuttgart, New York 1969).