

Hermann Hepp

Neufassung des § 218 StGB

Aus der Sicht des Arztes

„Jeder hat das Recht auf Leben.“ Dieser Artikel 2 Abs. 2 S. 1 GG ist seit der Reform des § 218 StGB und dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. Februar 1975 schleichend einem Wertewandel unterworfen. Diese geistige Bewußtseinsveränderung blieb nicht ohne Einfluß auf die aktuelle und politische Diskussion. Die „wahre“ Reform der Reform, das heißt die Ablösung der Indikationsregelung und die Einführung der Fristenlösung, wird immer stärker gefordert¹.

Diese geistige Grundströmung in der Bundesrepublik erhielt im Zug der deutschen Vereinigung weitere Impulse. Gemäß Artikel 31 Abs. 4 des Einigungsvertrages ist es „Aufgabe des gesamtdeutschen Gesetzgebers, spätestens bis zum 31. Dezember 1992 eine Regelung zu treffen, die den Schutz des vorgeburtlichen Lebens und die verfassungskonforme Bewältigung von Konfliktsituationen schwangerer Frauen, vor allem durch rechtlich gesicherte Ansprüche für Frauen, insbesondere auch Beratung und soziale Hilfen besser gewährleistet, als dies in beiden Teilen Deutschlands derzeit der Fall ist“.

Rechtspolitisch stehen sich im wiedervereinten Deutschland bis zur „Neuregelung“ zwei Systeme gegenüber: Der in Artikel 1 Abs. 1 GG anerkannte Grundsatz der Unantastbarkeit der Menschenwürde und das in Artikel 2, Abs. 2 S. 1 GG verbürgte Recht auf Leben schließen als „Höchstwert“ und „vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte“ (Urteil des Bundesverfassungsgerichts) jede Fristenlösung aus. In den neuen Bundesländern besteht dagegen mit der befristeten Tötungsfreigabe ungeborener Kinder ein „Recht auf Abtreibung“ (DDR-GBLI, § 1 Abs. 1–4, 9. 3. 1972). Es geht darum, ob wir als Preis für die so lange ersehnte Einheit in einem (dem) entscheidenden Punkt die Wertordnung des Grundgesetzes relativieren werden.

Von den politischen Parteien sind zunächst sechs verschiedene Gesetzentwürfe vorgelegt worden. Sie reichen von völliger Entkriminalisierung mit Anspruch auf Abtreibung (PDS) über unterschiedliche Fristenlösungskonzepte mit Beratungspflicht (FDP) und eine fakultative Beratung (SPD) bis hin zu verschärften oder gelockerten Indikationsregelungen (CDU/CSU). Keiner dieser Entwürfe hatte eine Chance auf eine parlamentarische Mehrheit. Neu und als fraktionsübergreifender Kompromiß gefeiert wurde ein Gruppenantrag von Mitgliedern

SPD, FDP, CDU und Bündnis 90, der eine Fristenregelung mit Beratungspflicht vorschlägt. Danach soll ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen straffrei bleiben, wenn die Frau sich vorher von einem Arzt beraten läßt. Außerdem ist ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz und die kostenlose Abgabe von Antikonzeptiva an Versicherte bis zum 20. Lebensjahr vorgesehen. In einer Variante bzw. Fortentwicklung dieses Gruppenantrags (ohne Bündnis 90 und die Grünen) plädieren die Abgeordneten für eine Fristenlösung mit Straffreiheit in den ersten 12 Wochen mit ausdrücklichem Hinweis auf eine „Not- und Konfliktlage“ und die Voraussetzung einer Beratung.

Es sollen im folgenden – notwendigerweise subjektiv – auch der Konflikt des Arztes und die für Frauenärzte und Ärzteschaft zum Teil schon wahrnehmbaren wie auch die absehbaren Folgen der weiteren Liberalisierung des Tötens dargestellt werden.

Ausgangspunkt

1. Das Ziel des im Jahr 1976 reformierten § 218 StGB war und ist, in Anerkennung der Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens und in umfassender Achtung des Rechts auf Leben den ungeborenen Menschen zu schützen. Dieser Schutz wird als Höchstwert bezeichnet und blieb hervorragendes Prinzip: „Der nasciturus ist ein selbständiges menschliches Leben, das unter dem Schutz der Verfassung steht.“ Diese Aussage impliziert die Anerkennung einer aktuellen oder potentiellen Personalität. Der Schwangerschaftsabbruch ist dann Tötung menschlichen Lebens. Es handelt sich um eine geplante, bewußte Tötung, die durch Einstufung zur kassenärztlichen Leistung (200f. RVO) mit Entgelt verbunden und somit durch die Solidargemeinschaft gewährleistet ist.

2. Der die Indikation zum Abbruch stellende und die Schwangerschaft abbrechende Arzt stehen aufgrund ihrer konkreten Vorstellung über das vorgeburtliche Leben jeweils in einer direkten Konfrontation zu dem zu tötenden Kind.

3. Die Realität der Zahlen muß jeden Menschen betroffen machen: 90 Prozent der gemeldeten und geschätzten 200 000 bis 250 000 Abbrüche pro Jahr in der ehemaligen Bundesrepublik basieren auf einer schweren, psychosozialen Notlage. Unter Einbeziehung der Väter, Eltern, Geschwister, Freunde und Bekannte sowie der Berater und Ärzte sind jährlich mehr als eine Million Menschen von dem Geschehen des Schwangerschaftsabbruchs unmittelbar betroffen. Diese hohe Zahl der Abbrüche aufgrund einer Notlagenindikation wirft die Frage nach dem Ziel der Reform und der Legalität der handelnden Ärzte auf.

Der Arzt im Konflikt

Von diesen drei Fakten – Rechtslage, konkrete Konfrontation, Realität der Zahlen – haben wir auszugehen. Unmittelbar betroffen sind die Frauen *und* der Arzt als Täter. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist in diesem Bereich unseres Fachs auf eine neue und uns gänzlich unvertraute Ebene hin verschoben. Die bisher gültige Verbindung zwischen nachvollziehbarer, das heißt medizinisch im weitesten Sinn begründbarer Indikationsstellung durch den Arzt und seiner ärztlichen Tätigkeit wird im Bereich der Notlagenindikation zumindest in Frage gestellt – und bei einer Fristenregelung weitgehend (bis auf die Beratung) aufgehoben. Eine Indikation zu einem operativen oder medikamentösen Eingriff und in herausgehoobenem Maß eine Indikation zu einem tötenden Eingriff muß für den ausführenden Arzt vollinhaltlich nachvollziehbar sein, will er nicht unter Strapazierung seines Gewissens oder mit der Zeit unter „Ausschaltung“ seines Gewissens Erfüllungsgehilfe einer immer heftiger proklamierten Entscheidungsfreiheit (Selbstbestimmung) der Patientin werden. Nur auf diesem Fundament war und ist die Durchführung eines jeden ärztlichen Eingriffs vertretbar.

Bei einer Fristenregelung ist der Arzt ausschließlich Gehilfe. In keinem Bereich der Medizin ist es möglich und erlaubt, daß ein Arzt einen Eingriff ohne eine für ihn nachvollziehbare Begründung vornimmt, für alle Folgen jedoch Verantwortung zu tragen hat. Diese „Zumutung“ ist zurückzuweisen. Grotesk wird die Situation für den Arzt, sollte sich die Forderung nach Aufhebung der Dokumentationspflicht durchsetzen. Indikationsstellung, Aufklärung und Dokumentation werden besonders in der operativen Medizin immer strenger gefordert. Versäumnisse werden in Straf- und Zivilprozessen für die Ärzte zunehmend zum hohen Risiko. Die Dokumentationspflicht für den Arzt in diesem Bereich aufzuheben, würde m. E. die Zielsetzung der „Reform“ entlarven. Die Ärzte sind aufgerufen, Widerstand zu leisten, das heißt sich zu verweigern.

Die in der Öffentlichkeit ausgetragene Auseinandersetzung basiert auf einem tiefgreifenden Mißverständnis bezüglich des Selbstbestimmungsrechts der Frau über das noch ungeborene Leben sowie über den Auftrag und die Aufgabe des Arztes in der Gesellschaft. Wir haben in den zurückliegenden 17 Jahren erlebt, daß unter dem Einfluß des reformierten § 218 StGB sich das Berufsbild des Arztes, und speziell des Gynäkologen, verändert hat und weiter verändern wird. Ich spreche von der Wechselwirkung der gesellschaftlichen Wertvorstellungen auf die Gesetzgebung und deren Rückwirkung auf das Bewußtsein der Menschen. Der in der bisherigen Handhabung der Notlagenindikation sichtbar gewordene Bewußtseinswandel hinsichtlich der Rollenverteilung Arzt-Patient ist in dem zurückliegenden Jahrzehnt bereits zu einem soziokulturellen Phänomen geworden, das für die Medizin allgemein, für den Arzt in Person und uns als Gesellschaft unabsehbare Folgen haben wird.

Wenn sich der Gesetzgeber die Bedürfnisse der Bürger zu eigen macht, zu deren Erfüllung jedoch einen Dritten benötigt, dessen Berufsentscheidung und Berufsbild (noch) auf Schutz vor Krankheit und Wiederherstellung von Gesundheit angelegt ist – in der Frauenheilkunde in ganz ausgeprägter Form bei Therapie der drohenden Fehlgeburt, der Frühgeburtslichkeit, der kinderlosen Ehe mit Hilfe der Reproduktionsmedizin –, dann wird jedem verständlich, daß aus der freizügig gehandhabten Notlagenindikation und jeder Form einer Fristenregelung für den Arzt eine unzumutbare Notlage resultiert.

Die Ärzte haben sich bereits daran gewöhnt oder damit abgefunden, daß die Gesellschaft das Töten Ungeborener als Teil ärztlichen Handelns ansieht. Das Gesetz und die neuerliche Reformdebatte gehen wie selbstverständlich davon aus, daß Ärzte dies tun. In der Debatte kommen die Ärzte nicht vor. Spricht man über sie nicht, wie man zu Zeiten der Diskussion um die Todesstrafe die Henker nicht einbezog – oder weil man die vollzogene Spaltung der Ärzteschaft als selbstverständlich gegeben zugrunde legt?

Die Prüfung der Indikationsstellung und der Gewissensentscheidung implizieren sich gegenseitig. Die im Gesetz verankerte Straffreiheit enthält keine moralische Wertung. Diese ist stets nur für den einzelnen in einer Gewissensentscheidung möglich. Es ist also keineswegs rechtlich geboten, was strafrechtlich nicht mehr geahndet wird. Der populäre Slogan „Hilfe statt Strafe“ ist nicht die Alternative, um die es beim Schwangerschaftsabbruch geht. Ein vollständiger Rückzug des Strafrechts birgt die Gefahr in sich, daß eine Handlung als berechtigt, rechtlich geboten oder, wie im Fristenmodell der ehemaligen DDR ausdrücklich erklärt, als „zulässig“ angesehen wird. Solange im wiedervereinigten Deutschland mit der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs die Schutzwürdigkeit und das Lebensrecht des ungeborenen menschlichen Lebens anerkannt bleibt und somit Straffreiheit unter bestimmten Indikationen nicht ein Recht auf Abtreibung einschließt, sind die von höchster politischer Seite immer wieder ausgesprochenen Vorhaltungen, die deutschen Ärzte möchten sich doch ihrer Aufgabe und ihres Auftrags besinnen, als Kampagne des Gewissensdrucks und blanken Zynismus zurückweisen.

Die Gesetzgebungen aller Länder erwarten, daß die Tat durch den Arzt erfolgt. Die Gewissensformel bzw. die in § 218 StGB im Gegensatz zur Fristenregelung der ehemaligen DDR verankerte Freistellungsklausel, wonach ein Arzt und auch eine Institution zur Mitwirkung an einem nicht medizinisch indizierten Abbruch nicht gezwungen werden kann, ist in einem freiheitlichen Rechtsstaat unabdingbar und wird auch nach allen bisher vorliegenden Gesetzesvorlagen erhalten bleiben. Sie hat jedoch in praxi mehr rechtsphilosophische Bedeutung. Wir müssen konstatieren, daß, für viele zwar unmerklich, von außen in unser Fachgebiet ein neues Qualitätsmerkmal eingeführt wurde. Symptom dieser Entwicklung mit daraus abgeleiteter (illegaler) Interpretation des Gesetzes waren

und sind Ausschreibungen und Nachfolgeregelungen von Chefarztpositionen. Ich beschreibe die starken indirekten Zwänge, die aus der unmittelbaren Patientenbegegnung und auch in einem Arztkollegium einer Klinik oder einem Ambulatorium entstehen können. Hier liegt aus der Sicht des Arztes der Ansatzpunkt eines unausweichlichen Konflikts in der Interaktion Arzt-Patientin, der letztlich das Berufsbild des Arztes und der Gesellschaft und schließlich das Selbstverständnis der Ärzteschaft verändern wird.

Ich bin jedoch davon überzeugt, daß der Patient ein vitales Interesse an einem Arzt als Funktionsträger der tradierten Normenwerte haben muß, einem Arzt, der niemals in Ausübung seines Berufs zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben unterscheidet und das Recht auf Leben verteidigt. In diesem Verständnis des Arztberufs wurde über Generationen eine klinisch-diagnostisch begründete „Indikation“ zum Schwangerschaftsabbruch als extremer Konflikt verstanden und erfahren, gleichsam im Sinn der Gewissensentlastung der niemals auszuklammernden Eigen- und Mitverantwortung; als ein Tun, das in auswegloser Situation niemals frei von Schuld ist.

Meint man es bei der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs ernst mit dem Grundsatz, daß übergeordnetes Ziel der Schutz des ungeborenen Kindes ist, dann kann die Notlagenindikation nur im Sinn einer schweren psychosozialen Konfliktlage mit schwerer Gesundheitsbeeinträchtigung verstanden werden. Bei Befürwortung einer sehr allgemein gehaltenen Notlage mit Verweis auf den Primat des Selbstbestimmungsrechts der Frau über das Recht auf Leben des Kindes verkommt diese Indikation, wie bislang schon entgegen dem Gesetz bzw. der Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, jedoch zunehmend von der öffentlichen Meinung gefordert, zur Fristenregelung. Das psychosoziale Befinden (Lebensqualität) des Menschen wird über das Lebensrecht des Ungeborenen gestellt. Der Schwangerschaftsabbruch ist dann aber – und die vorliegenden Zahlen der zurückliegenden 17 Jahre beweisen dies – eine Methode der Geburtenkontrolle im Sinn einer versteckten Fristenlösung.

Fristenregelung versus Indikationsregelung

Eine so tief in das Verständnis von Leben eingreifende Reform, ob als Fristen- oder weit gefaßte Indikationsregelung, ist Ergebnis eines geistigen Wertewandels unseres Menschenbilds und wirkt bewußtseinsverändernd auf die Gesellschaft und das Berufsbild der Ärzte. Schon 1972 in der ersten Reformdiskussion habe ich befürchtet, daß mit Befürwortung einer weit gefaßten Notlagenindikation ein zu schützendes fundamentales Rechtsgut „ungeborenes Leben“ sekundären, aus dem Lebensrecht des Menschen folgenden Rechtsgütern untergeordnet wird. Werden aber das soziale Wohlbefinden und das Recht auf Selbstbestimmung

über das Recht auf Leben eines Ungeborenen gestellt, ist auch eine Notlagenindikation bald so weit ausgeüfert, daß sie in praxi auf eine Freigabe der Abtreibung im Sinn einer Fristenlösung hinausläuft. Die Zielsetzung des gesamten Reformwerks, so habe ich seinerzeit gewarnt, die illegalen Abtreibungen zu vermindern, wird mit Anerkennung einer weit gefaßten Notlagenindikation vollkommen in Frage gestellt. Statt der großen Zahl illegaler Abtreibungen würden in Zukunft ebensoviel „scheinbar legale“ Abtreibungen erfolgen. Diese Prognose hat sich leider bewahrheitet.

Kurioser- oder ironischerweise wird diese Tatsache heute als Argument für die weitere Liberalisierung des Abtreibungsstrafrechts im Sinn einer Fristenlösung und Angleichung an die Gesetze der ehemaligen DDR gefordert. Einigkeit besteht in der Einschätzung, daß ein besserer Schutz des Ungeborenen von einer Rückkehr zum alten Rechtszustand nicht zu erwarten ist, da ja noch nicht einmal dem jetzigen Abtreibungsrecht Geltung verschafft werden konnte.

Eine so ungeheure Diskrepanz zwischen Verfassung und Rechtswirklichkeit kann nur dadurch erklärt werden, daß im Rechtsbewußtsein der Allgemeinheit die Einsicht für die Notwendigkeit des Schutzes des ungeborenen Lebens nur noch gering ausgeprägt ist (Tröndle 1985). Auch wenn dies so ist, bin ich dennoch der tiefen Überzeugung, daß dies kein Argument sein kann, den Verfassungsgrundsatz „Jeder hat das Recht auf Leben“ durch eine Fristenregelung außer Kraft zu setzen und damit dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren Vorrang vor dem Schutz des ungeborenen Lebens zu geben. Es war und ist in diesem Zusammenhang auch von hoher Bedeutung, daß mit der Verhinderung einer Fristenregelung durch das Bundesverfassungsgericht eher das Bewußtsein für den Unrechtscharakter erhalten bleibt, der Schwangerschaftsabbruch also nur unter bestimmten Bedingungen (Indikationen) „nicht strafbar“ ist.

Der Vorschlag der Bundespräsidentin Rita Süßmuth ist kein dritter und kein neuer Weg. Er läuft letztlich auf eine Fristenregelung hinaus: Ihr Vorschlag gibt der sogenannten Notlagenindikation einen neuen und anderen Inhalt. Die Entscheidung wird ganz dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und ihrer persönlichen Gewissensentscheidung unterworfen. Die bisherige Forderung nach Überprüfung der Unzumutbarkeit unter Einschluß objektiver Umstände wird verlassen. Die letzte Instanz ist die subjektive Selbstbestimmung und darin die Selbstverwirklichung. Unklar bleibt hierbei, wo die Position des Arztes über die Feststellung der Indikation und in der Durchführung der Tat zu orten ist. Er ist in diesem Modell des dritten Weges zwischen einer Fristenregelung und einer Indikationenregelung in praxi letztlich mit einer Fristenregelung konfrontiert, die aus genannten Gründen das Grundgesetz in Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 aufhebt, auch wenn, wie in fast allen Gesetzesvorlagen, auf die Ausformung der Beratung mit klarer Zielvorgabe besonderes Gewicht gelegt wird. Dies gilt auch für den Gruppenantrag von Abgeordneten der drei Fraktionen CDU, SPD und FDP. Nach

meinem Verständnis erfolgt in diesem Antrag ein weiterer „Etikettenschwindel“. Es handelt sich um eine Legalisierung der bisherigen Abtreibungspraxis: Die Notlagenindikationsregelung (90 Prozent der Abbrüche!) in der Bundesrepublik war in praxi eine illegale Fristenlösung und soll es in Zukunft de jure sein.

Beratung und Konflikt

Nicht nur für die betroffene Frau, sondern auch für den Arzt, der sich des tötenden Eingriffs bewußt ist, entsteht ein unausweichbarer und ebenfalls unzumutbarer Konflikt. Dieser wird immer wieder – unsinnigerweise – definiert mit der Formel: Selbstbestimmung der Frau versus Recht auf Leben des Ungeborenen. Die Selbstbestimmung des Menschen findet jedoch ihre Grenze an der Existenz eines anderen Menschen (Spaemann, 1988) – und wird in der Regel erst nach dessen Existenz reklamiert. In der Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts durch die Frau erfolgt stets eine Fremdbestimmung in mehrfacher Weise: Mit Hinweis auf die „Indikation“ oder sogar eine gewährte Frist gerät die Frau nicht selten unter den Druck und die Abhängigkeit des Kindsvaters. Das ungeborene Kind ist vollkommen der Selbstbestimmung der Mutter ausgeliefert und somit fremdbestimmt. Der Arzt ist als Dritter und Täter direkt oder indirekt (je nach Gesetzesregelung) in den Konflikt eingebunden, ohne die Notlage mitverursacht zu haben. Die Frau, zur Zeit noch angewiesen auf die operative Kunst des Arztes, fühlt sich ausgeliefert und auch noch körperlich fremdbestimmt.

Nach § 218 b, Abs. 1, Nr. 1 StGB kann ein Schwangerschaftsabbruch nur straffrei durchgeführt werden, wenn die Schwangere „sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs der Schwangerschaft an einen Berater (Abs. 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern“. Diese Beratungspflicht galt bisher für alle Indikationen, außer der strengen, medizinischen Indikation.

Ziel der Beratung ist nach bisher geltendem Recht eindeutig der Schutz des ungeborenen Lebens. Es soll durch die Bewältigung der für die Mutter bestehenden Not- und Konfliktlage eine verantwortliche Entscheidung unter voller Achtung des Lebensrechts des Kindes ermöglicht werden. Unabhängig von der derzeitigen politischen Diskussion über die „Beratung“ müssen wir konstatieren, daß in diesem Bereich die Reform nicht wirksam gegriffen hat. Die Institution der Beratungsstelle ist vielerorts zu einem Feigenblatt einer versteckten Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs degradiert.

Sinnvolle Beratung kann immer nur Entscheidungshilfe sein. Ziel muß bleiben, durch eine den Konflikt aufdeckende Gesprächsführung der Patientin zu ihrer

eigenen Konfliktlösung zu verhelfen. Die von der Patientin gestellte und von der Beratungsstelle quittierte („Keine Sorge, Sie kriegen das Scheinchen schon“) Indikation zu einem Tötungseingriff ist, wie oben schon ausgeführt, nicht hinzunehmen. Sie würde niemals einen Konflikt lösen, den Arzt jedoch zum Erfüllungsgehilfen degradieren.

Es geht in jedem Einzelfall neben dem Angebot der sozialen Hilfen vor allem um die individuell aufzubauende Vertrauensbasis zwischen dem Berater und der Ratsuchenden, um die vielschichtigen sozialen und seelischen Motivationen zum Schwangerschaftsabbruch als Konflikt zu erhellen und dadurch evtl. für die Patientin eine affektfreie Entscheidungshilfe zu ermöglichen. Dies kann und darf unter keinen Umständen unter Zeitdruck wegen vorgegebener Fristen erfolgen.

Wir stellen fest, daß die Position des Arztes in der Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch heute sehr kontrovers diskutiert wird. Die bisherige Beratungspraxis hat – wie schon gesagt – nur wenig dazu beigetragen, das Ziel der Reform, dem Schutz des Lebens zu dienen, zu realisieren. Es darf bei der Neuregelung des § 218 StGB nicht darum gehen, die Beratungspflicht nur aufrechtzuerhalten, sondern das „Wie“ muß in das Zentrum der Diskussion rücken. Hier sind alle politischen Initiativen zur inhaltlichen Intensivierung der Beratung bei Aufrechterhaltung der Beratungspflicht nachhaltig zu unterstützen.

Dem Beschluß des 94. Ärztetags in Hamburg, der einen Auszug der Ärzteschaft aus der Beratung befürwortete, da der Arzt in der Feststellung einer Notlage überfordert sei, kann ich nicht zustimmen. Ich plädiere dafür, daß die psychosoziale Indikation in ärztlicher Verantwortung bleibt. Der Arzt ist aufgerufen zu prüfen, ob die vorliegenden Umstände im umfassenden Sinn die akute Gefahr einer unabwendbaren psychosozialen Notlage in sich bergen, die so schwer wiegt, „daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann“ und diese „nicht auf eine andere, für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann“. In eine fachkompetente Beratung ist immer auch einzubringen, daß der Abbruch selbst zu einer langjährigen oder auch erst Jahre später aufbrechenden schweren psychischen Belastung für die Frau werden kann.

Auch bin ich der Meinung, daß wir Frauenärzte uns mit Verantwortungsbeußtsein und vor allem fachlicher Kompetenz dieser Aufgabe stellen müssen, was immer nur im Rahmen einer individuellen Beratung und Einzelfallanalyse erfolgen kann. Wenn wir argumentieren, daß die Beratung im Bereich der psychosozialen Indikation nicht auf die berufliche Zuständigkeit des Arztes gegründet werden könne, da Ärzte für das Todesurteil über gesundes Leben nicht zuständig seien (Hege 1991), dann ist dieser Argumentation nur zu folgen, wenn wir uns konsequenterweise auch als indirekte Täter verweigern. Ziel der Beratung darf und soll ja nicht sein, ein Todesurteil zu schreiben, was in der Tat nicht ärztliche Aufgabe und Auftrag ist, sondern die Entscheidung für die Annahme

des Kindes zu fördern und damit dem Schutz des Lebens zu dienen. Es gilt, die mißbräuchliche Handhabung dieses so wichtigen Bereichs zu verhindern, daß nämlich *vor* der Beratung eine Indikation zum Abbruch durch den Arzt gestellt wird und die Frau sich mit einer verbrieften Indikation in die Beratung begibt – nur um dem Gesetz zu genügen.

Zukunft – RU 486

RU 486 der Firma Roussel-Uclaf ist als Mifepristone oder Mifegyne in klinischer Erprobung. Es handelt sich um ein 19-Norsteroid mit antiprogesteron- und anti-glukocorticoider Wirkung. Im Zentrum der Wirkung steht die Blockade der Progesteronrezeptoren und der Schleimhaut des Uterus. Dies führt zur Lösung des Trophoblasten und über eine Freisetzung von Prostaglandin zur Kontraktion der Gebärmuttermuskulatur mit Eröffnung des Muttermunds und Ausstoßung des eingenisteten frühen Embryos. Innerhalb 14 Tagen nach Ausbleiben der Regelblutung – bis spätestens 49. Tag post menstruationem eingenommen (3 Tabletten à 200 mg) – kommt es in 80 Prozent der Fälle zum vollkommenen Abbruch mit Abbruchblutung. In Kombination mit einem Prostaglandin-E2-Derivat, z.B. Sulproston (Fa. Schering) 0,5 mg i.m. oder als Vaginalsuppositorium angewandt, kommt es in 98,7 Prozent zum kompletten Abort (Silvestre 1990).

Die bisherige Handhabung in den klinischen Studien in Frankreich und England gestaltete sich folgendermaßen: Nach Diagnostik und Beratung über mögliche Abbruchmethoden und soziale Hilfen schloß sich eine 8tägige Bedenkzeit an. Bei Entschluß zur medikamentösen Abruptio erhielt die Patientin das Präparat. Die Einnahme erfolgte unter ärztlicher Kontrolle. Innerhalb von 36 bis 48 Stunden kommt es wie erwähnt in einer Vielzahl der Fälle zur Abruptio. Nach zwei Tagen erfolgt der dritte Arztbesuch und hierbei die Injektion von Prostaglandin (Sulproston i.m.) oder die Applikation eines intravaginalen Suppositoriums oder Tablette. Bei diesem Arztbesuch verbleibt die Patientin vier Stunden zur Beobachtung. Acht bis zwölf Tage nach dem Abbruch erfolgt beim vierten Arztbesuch die Nachuntersuchung klinisch und mittels Ultraschall.

Die Methode birgt wie jede medizinische Technik Vor- und Nachteile. Als Vorteile sind zu nennen: kein stationärer Aufenthalt, Verwirklichung der Selbstbestimmung und Selbst-„Therapie“, Arztpraxis/private Atmosphäre, Schließung von Abtreibungskliniken (Einschränkung des kommerziellen Abbruchs), Arzt „nur“ noch indirekter Täter (Schreibtisch), ästhetisch höhere Akzeptanz. Nachteilig ist: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe und Schmerzen als Folgen der Prostaglandinmedikation, längere Nachblutung, inkompletter Abort mit notwendiger Nachkürrettage (~2 Prozent), Fortbestehen der Gravidität (~1 Prozent) mit operativinstrumentaler Abruptio.

Beim Abwägen der Vor- und Nachteile einer medikamentösen und in letzter Verantwortung inklusive Durchführung vollzogenen Abbruchs-Selbstbestimmung und Selbsttherapie ist bisher unbeantwortet, ob diese Methode in ihrer psychischen Akzeptanz von den betroffenen Frauen wirklich als Vorteil wahrgenommen wird. Es gibt bis heute keine systematischen Studien zu diesem so wichtigen Kurz- und Langzeitproblem. Beim operativen Abbruch war und ist stets der Arzt der Täter. Die Gesellschaft hat ihm die Rolle „seiner Berufung gemäß“ wie selbstverständlich zugeordnet. Hierbei fand und findet eine Übertragung statt, die wir immer auch von seiten der Frauen in der Interaktion Arzt-Patient erleben. Bei Bejahung der Indikation zum Töten und der Durchführung durch den Arzt wird sehr oft die Konfliktlösung und die Schuld erfahrung auf den Täter übertragen. Mit der Möglichkeit des medikamentösen Tötens wird aus dem instrumentell aktiven ein indirekter Täter (Schreibtisch) durch Rezeptieren oder Aushändigen des Präparats. Die Frau wird zur Lösung des ihr unlösbar erscheinenden Konflikts zur direkten Täterin – der Arzt leistet Hilfe.

War bislang zur Realisierung des Selbstbestimmungsrechts der Frau ein Arzt als Dritter nötig, wobei sich die Frau auch hierbei oft (nicht nur von seiten des Mannes) fremdbestimmt fühlte, ist beim medikamentösen Abbruch eine Übertragung auf den Arzt nur noch bedingt möglich. Das Selbstbestimmungsrecht fordert konsequent Selbsttherapie. Hiermit wird der Frau unmittelbarer als bei einem durch den Arzt durchgeführten Eingriff bewußt, daß sie auch für die Tat Verantwortung trägt. Es ist denkbar – und dies bedarf sorgfältiger katamnetischer psychosomatischer Untersuchungen –, daß hieraus schwere psychische Langzeitfolgen resultieren. Hinzu kommt, daß das Abbruchverfahren sich nicht in einem einzigen operativen Akt in Narkose, sondern daß, wie dargestellt, der klinische Ablauf der Tat sich über zwei Wochen mit insgesamt vier Arztbesuchen erstreckt. In jedem Akt der Handlung ist die Entscheidung, einmal in Gang gesetzt, nicht mehr aufhaltbar und die Verantwortlichkeit stets neu bewußt.

In der öffentlichen Diskussion werden gegen die Zulassung von RU 486 zwei Argumente angeführt: 1. Die Hemmschwelle der Entscheidung für einen Abbruch wird gesenkt und damit der Lebensschutz des Ungeborenen noch mehr bedroht. 2. Der Mißbrauch ist nicht abzuwenden, da die Kontrolle des Zugangs zum Präparat nicht möglich sei. Es folgt letztlich eine Privatisierung des Schwangerschaftsabbruchs, und jede strafrechtliche Regelung des Abbruchs durch den Staat wird unterlaufen.

Das erste Argument basiert auf Spekulation. Meine psychosomatischen Hinweise können ebenso das Gegenteil erwarten lassen. Wir wissen es bislang nicht. Ganz unabhängig davon wissen wir, daß Hemmschwellen, strafrechtlicher oder gesellschaftlicher Art, in der Vergangenheit die Zahl der Abbrüche nicht vermindert haben. Sie haben höchstens die Bedrohung der Frau durch den medizinischen Eingriff erhöht. Dennoch bin ich, wie oben ausgeführt, aus grundsätzli-

chen Überlegungen und hierbei im Hinblick auf das Rechtsbewußtsein gegen jede befristete strafrechtliche Freigabe des Lebens und für eine strenge Indikationsregelung. Eine niedrigere Schwelle ist jedoch nicht gleich eine leichtere Entscheidung.

Andererseits ist es jedoch blauäugig, immer wieder zu behaupten, eine einfach zu handhabende Methode des Abbruchs in der Hand der Frau mit der erstmaligen Möglichkeit, das Selbstbestimmungsrecht unter Einschluß der Fremdbestimmung auf das zu tötende Kind hin zu realisieren, sei ohne Einfluß auf die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs – insbesondere in der Diskussion für eine Fristenregelung. Sollte der Staat für eine befristete Zeit – etwa 12 Wochen – unter Aufhebung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts den Rechtsschutz für das ungeborene Leben aufheben und damit dem subjektiven Selbstbestimmungsrecht der Frau gegenüber dem Recht auf Leben des Kindes für eine festgelegte Frist Priorität einräumen, wird auch die Akzeptanz des neuen Mittels zur Realisierung dieses Ziels zunehmen. Oder umgekehrt: Mit einem Medikament, das leichter verfügbar und anwendbar ist – dazu muß es keinen schwarzen Markt geben –, bekommt die Forderung nach Strafflosigkeit, nach der eigenen Entscheidung der Frau ein neues und anderes Gewicht (Graupner 1991). Noch sprechen wir bzw. Politiker und gesellschaftliche Gruppierungen von der Anwendung dieser neuen Methode beim indizierten Abort, gleichsam in Anerkennung der Indikationsregelung mit Beratung. Die Gefahr ist jedoch nicht abwegig, daß über das neue „Wie“ die Frage nach dem „Ob überhaupt“ und dem „Warum“ der Tötung (Indikation) im Bewußtsein noch mehr zurückgedrängt wird. Dies würde tatsächlich langfristig jede strafrechtliche Regelung in einer festzulegenden Frist des Abbruchs unterlaufen, zu einer Privatisierung des Abbruchs führen und auch jede Debatte über dieses so ernste Problem aus der Gesellschaft verbannen oder verdrängen.

So sehe ich neben den nachgewiesenen medizinischen Vorteilen das eigentlich Gefährliche und Verfängliche dieser neuen Abtreibungsmethode, daß, sollte die gegenteilige Hypothese (s. o.) nicht greifen, das Bewußtsein für den Schutz des ungeborenen Lebens noch mehr in unserer Gesellschaft schwindet, und so dieses neue Machbare zu einer noch tieferen Erosion der Ehrfurcht dem Leben gegenüber führt, das heißt, die Akzeptanz der Abtreibung zunimmt und die Gesellschaft noch mehr als bisher ein Recht auf Abtreibung einfordern wird.

Eine neue Methode darf also unter keinen Umständen direkt oder indirekt bewirken, daß der Staat sich aus seiner Schutzpflicht für das Ungeborene zurückzieht. In seiner Entscheidung zum Abbruch hat das Bundesverfassungsgericht gefordert: „... den mütterlichen Schutzwillen dort, wo er verlorengegangen ist, wiederzuerwecken und erforderlichenfalls zu stärken sollte das vornehmste Ziel der staatlichen Bemühungen im Lebensschutz sein“.

Schlußbemerkung

Auch wenn dies weltfremd klingt: Eine humane Gesellschaft kann das millionenfache Töten nicht akzeptieren und vor dem Hintergrund dieser Akzeptanz nur noch über das „Wie“ diskutieren. Wir setzen immer schärfere Schutzvorschriften in der Ökologie (Tier- und Pflanzenschutz etc.), was volle Unterstützung verdient, und propagieren indirekt die Vernichtung menschlichen ungeborenen Lebens, indem wir uns mit der Zauberformel „Hilfe statt Strafe“ letztlich doch aus der Verantwortung schleichen. Diese Perversion des Denkens ist nicht zu akzeptieren. Wir geben uns als humane Gesellschaft auf.

Wir dürfen uns nicht daran gewöhnen, daß durch ideologisch motivierte Aktionen nur der Liberalisierung der Abtreibung als Reform des § 218 das Wort geredet wird. Kern des Problems ist, wie bei Anerkennung der Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens dessen Schutz effektiv erreicht werden kann. Bevor ein Staat aus vorwiegend kriminalpolitischer Überlegung 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 die zentrale Aufgabe des Staates und der Gesellschaft, in allen Lebensbereichen auf die Beseitigung möglicher auswegloser Konfliktsituationen, die zum Schwangerschaftsabbruch drängen, hinzuwirken:

1. Förderung und Intensivierung aller Maßnahmen, die eine Änderung der öffentlichen Einstellung zum Kind im Sinn größerer Zuwendung bewirken. Eine kinderfeindliche Gesellschaft wird stets an der Existenz der Kinder vorbeiplanen und somit die Mutter in zunehmende Isolierung und unerträgliche Verlassenheit führen. Die Angst, durch die Geburt eines Kindes physisch und psychisch überfordert, gesellschaftlich isoliert und diskriminiert zu werden, ist heute wohl der häufigste Grund eines Schwangerschaftsabbruches aus „unabwendbarer psychosozialer Notlage“.

2. Errichtung sozialmedizinischer Institute mit entsprechend hochqualifiziertem Beratungsangebot (s. o.) mit Anbindung an eine Sozialhilfestelle.

3. Wirksame Hilfe muß auch erfolgen durch Schaffung einer ausreichenden Zahl von Kindergärten, Tagesstätten, Müttererholungsheimen. Ferner ist eine sachgerechte Mütterberatung, die Gleichstellung des außerehelichen Kindes und eine Reform des Adoptivrechts zu sichern.

4. Vor allem ist das Beratungskonzept zur Prävention des Abbruchs hochqualitativ auszugestalten und hierbei intensive Aufklärungsarbeit über das ungeborene Leben und das, was bei einem Abbruch tatsächlich geschieht mit allen möglichen physischen *und* psychischen Folgen, für die Schwangere aufzuarbeiten. Das heißt auch, die ethische Entscheidungsfähigkeit und Verantwortlichkeit zu stärken. Diese Forderung darf nicht nur für die Frau gültig sein, sondern ist als drin-

gender Appell an die Verantwortlichkeit des Mannes bzw. des Vaters zu verstehen, sich zu seiner Mitverantwortung zu bekennen. Dies muß fundamentaler Inhalt einer Beratung unter Einschluß der Information über zuverlässige Methoden der Antikonzeption sein.

5. Die Möglichkeiten medizinischer Präventivmaßnahmen gegen Mißbildungen (Rötelnimpfung, genetische Beratung) sind mehr als bisher in die Aufklärungsarbeit aufzunehmen und umzusetzen.

6. Das Ziel des Beratungsverfahrens gemäß § 218 StGB war und sollte bleiben der Schutz und der Erhalt des Lebens und die Bewältigung von Not- und Konfliktlagen. Hierbei muß jeder einzelne, auch der beratende Arzt, Mitverantwortung übernehmen. Diese Verantwortung muß sich im Dienst und Beistand äußern.

Eine so tief in das Verständnis von Leben eingreifende Gesetzgebung ist also einerseits Ergebnis veränderter Wertvorstellungen und wirkt gleichzeitig bewußtseinsprägend und -verändernd auf die Gesellschaft und das Berufsbild der Ärzte. Es geht um die Bewußtheit von Leben und das Konzept vom Menschen. Ich weiß um die letzte Verantwortlichkeit, die den handelnden Arzt in auswegloser Situation niemals frei von objektiver Schuld läßt. Nach meinem Berufsverständnis ist entscheidend, daß der Arzt in seinem Auftrag und Tun die Empfindsamkeit für diese Mitschuld im Mitleiden bewahrt.

ANMERKUNGEN

¹ Der Beitrag wurde verfaßt, bevor der Deutsche Bundestag am 26. Juni 1992 eine Fristenregelung mit Beratungspflicht beschloß. Die Argumentation gilt aber nach wie vor, nicht zuletzt im Blick auf die Beratung und Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts.

Literatur: H. Graupner, Noch mehr Verantwortung der Frau, in: SZ Nr. 258 (1991); H. Hege, Kollektivistische Reglementierung – eine latente Gefahr auch in unserer Gesellschaft?, in: Bayer. Ärztebl. Nr. 11 (1991); H. Hepp, Ärztliche Überlegungen zur Reform des § 218, in: dieser Zschr. 189 (1972) 375–392; L. Silvestre, C. Dubois, N. Renault, Y. Rezvani, E.-E. Baulieu, A. Ulmann, Voluntary interruption of pregnancy with Mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue, in: N. Engl. J. Med. 322, 10 (1990); R. Spaemann, Verantwortung für die Ungeborenen. Schriftenreihe der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V., Nr. 5 (1988) 13; H. Tröndle, Soziale Indikation – Rechtfertigungsgrund?, ebd. Nr. 1 (1985) 45.