

5. Einzelfragen

Über die vorgenannten Themenkomplexe hinaus waren die nachstehend aufgeführten Spezialfragen Gegenstand eingehender Erörterungen in der Berufsordnungskonferenz der Bundesärztekammer:

- ▷ Eintragung von Ärzten in namensalphabetische Verzeichnisse,
- ▷ Verzeichnisse von Ärzten mit besonderen Sprachkenntnissen,
- ▷ beratende Tätigkeit der Ärztekammern gemäß den berufsrechtlichen Vorschriften,
- ▷ und das in der letzten Zeit zunehmend festzustellende Anbieten

zum Erwerb von Professoren- und Ehrendoktorenbezeichnungen, sofern eine erhebliche Geldsumme zur Verfügung gestellt wird.

Notwendigkeit der ärztlichen Haftpflichtversicherung

Von einer Landesärztekammer war angeregt worden, bei einer künftigen Änderung der Berufsordnung durch eine Bestimmung festzulegen, daß der Arzt verpflichtet ist, eine ärztliche Haftpflichtversicherung abzuschließen. Die Konferenz sah vor, eine entsprechende Formulierung zu erarbeiten und den Vorstand der Bundesärztekammer zu bitten, dem Deutschen Ärztetag die Aufnahme in die Berufsordnung vorzuschlagen.

III. Aktuelle medizinisch-juristische Fragen

In der ärztlichen Berufstätigkeit spielen rechtliche Fragen oftmals eine erhebliche Rolle; dies drückt sich nicht zuletzt auch in einer umfangreichen Rechtsprechung und Literatur zum Arztrecht aus. Die ärztliche Standesorganisation nimmt sich naturgemäß der Rechtsprobleme in besonderem Maße an, was sich in vielen Teilen dieses Berichts im jeweiligen Sachzusammenhang widerspiegelt.

Während arztrechtliche Tagesfragen und Einzelprobleme von Geschäftsführung und Rechtsabteilung der Bundesärztekammer bearbeitet werden, befaßt sich mit medizinisch-juristischen Grundsatzfragen ein hierfür errichteter Ausschuß des Vorstandes unter Vorsitz von Dr. Jungmann, Markoldendorf.

1. Strafrechtsreform

Statt der vor Jahren geplanten Großen Strafrechtsreform mit einem einzigen umfassenden Neuregelungsgesetz strebt die Bundesregierung bzw. der Deutsche Bundestag – schon seit der Endphase der 5. Legislaturperiode – eine Strafrechtsreform in Teillösungen an. Der Fünfte Bundestag hat als

ersten Schritt bereits eine „Kleine Strafrechtsreform“ verabschiedet. Sie brachte eine Neufassung des Allgemeinen Teils des Strafgesetzbuches sowie die Überarbeitung bestimmter Vorschriften aus dem Besonderen Teil, so etwa aus dem Sittenstrafrecht. Hauptbestandteil der „Teil-Strafrechtsreform“ waren neue Bestimmungen über die Straftaten. Weitere Schritte in der Reform des Strafrechts waren die Vorlage von Entwürfen zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch (verfahrensrechtliche Bestimmungen) und zum Sexualstrafrecht. Im einzelnen sei dazu auf die Ausführungen im Tätigkeitsbericht 1970/71 verwiesen.

Der Bundestag verabschiedete nach eingehender Beratung seines Strafrechts-Sonderausschusses im Frühjahr 1973 eine Gesetzesvorlage, die Straftaten gegen Personenstand, Ehe und Familie sowie gegen die Sittlichkeit betrifft. Schwerpunkte dieses neuen Gesetzes sind das Sexualstrafrecht und der Schutz der Jugend. 1971 leitete die Bundesregierung dem Bundesrat unter anderem den Entwurf eines Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch zu, der im Zusammenhang mit dem zweiten Strafrechtsreformgesetz steht.

2. Änderung der Bestimmungen über den Schwangerschaftsabbruch

Besondere öffentliche Aufmerksamkeit erregt die schon seit langem diskutierte Änderung der Strafrechtsbestimmungen über den Schwangerschaftsabbruch. Entsprechende Gesetzentwürfe lagen bereits in der letzten Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vor. Der 7. Deutsche Bundestag hatte sich jetzt mit vier Vorlagen zu befassen.

Haltung der Bundesärztekammer

Ohne auf die sehr unterschiedlichen Entwürfe einzugehen, erarbeitete die Bundesärztekammer im Sommer 1973 eine Stellungnahme zu grundsätzlichen Fragen eines Schwangerschaftsabbruches; diese ist ebenso wie die Deklaration von Oslo nachstehend wiedergegeben.

Fristenregelung

Es wird erwartet, daß der Schwangerschaftsabbruch nach den Regeln der ärztlichen Kunst von Ärzten vorgenommen wird. Aufgabe des Arztes aber ist es, Leben zu erhalten und zu fördern, nicht, es zu vernichten. Der Arzt wird den Willen seines Patienten achten, aber kann sich ihm nicht unterwerfen und gegen sein ärztliches Gewissen handeln, zum Beispiel ohne ärztliche Notwendigkeit auf Wunsch des Patienten eine verstümmelnde Operation vornehmen. Auch das werdende menschliche Leben ist schutzwürdig und darf aus ärztlicher Sicht nur um der Erhaltung der Gesundheit der werdenden Mutter willen geopfert werden. Es gibt auch keine Frist in der Entwicklung des menschlichen Lebens nach der Nidation im Mutterleib, vor deren Ablauf – ganz abgesehen davon, daß er kaum je exakt festgestellt werden kann – das werdende menschliche Leben keinen oder geringeren Schutz verdient.

Würde der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch — wenn auch nur befristet — freigeben und in den — vielfach übrigens von außen beeinflussten oder sogar aufgezwungenen — „bloßen Willen“ der Schwangeren stellen, so würde das mit Sicherheit zur Folge haben, daß viele verantwortungsbewußte Ärzte (und nicht nur die Ärzte, sondern auch die für die Durchführung des Eingriffs notwendigen Hilfs- und Pflegepersonen, aber auch viele Krankenhausverwaltungen) von vornherein jegliche Mitwirkung versagen müßten, was zwangsläufig zu der aus ausländischen Erfahrungen sattsam bekannten Entwicklung von Abtreibungskliniken („abortion mills“) mit ihrer schockierenden und demoralisierenden Wirkung für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die schwangeren Frauen selbst führen würde.

Schätzungen darüber, welchen Einfluß eine mehr oder weniger weitgehende Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs auf die Zahl der legalen oder illegalen Abtreibungen haben würde, lassen sich auch auf Grund der — sehr unterschiedlichen — ausländischen Erfahrungen nicht anstellen, zumal auch die Angaben über die gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten illegalen Abtreibungen nur auf sehr unsicheren und zum Teil weit übertriebenen Schätzungen beruhen. Ebenso verhält es sich mit den Angaben über die unterschiedliche Gefährlichkeit des legalen oder illegalen Abbruchs für die Gesundheit der Schwangeren, da dies weniger von der Legalität des Eingriffs als von seiner kunstgerechten Durchführung abhängig ist. Sicher ist nur, daß die Zahl der Abtreibungen unerwünschter Schwangerschaften stark abhängig ist von der Aufklärung über die Empfängnis und deren Verhütung, die deshalb intensiviert werden sollte.

Indikationenlösung

In Übereinstimmung mit der Deklaration des Weltärztebundes von Oslo 1970 hält die Bundesärztekammer aus ärztlicher Sicht einen Schwangerschaftsabbruch nur als therapeutische Maßnahme, das

heißt bei Vorliegen einer medizinischen Indikation, für vertretbar. Eine medizinische Indikation liegt vor, wenn der Abbruch der Schwangerschaft nach ärztlichem Wissen angezeigt ist, um von der Schwangeren eine Gefahr für ihr Leben oder für ihre körperliche oder seelische Gesundheit abzuwenden. Die drohende Beeinträchtigung der Gesundheit muß allerdings schwerwiegend sein; denn nicht jede Beeinträchtigung des „physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation) kann die Vernichtung werdenden Lebens rechtfertigen. Dies käme praktisch der Lösung gleich, das Leben der Leibesfrucht in das Belieben der Schwangeren zu stellen. Weiter ist zu bedenken, daß auch ein legal durchgeführter Schwangerschaftsabbruch nie ohne Risiken für Leben und Gesundheit der Mutter ist und vor allem ihre psychische Gesundheit lebenslang belasten kann.

Aus den gleichen Gründen muß auch die Indikation einer „allgemeinen Notlage“ abgelehnt werden, weil auch sie zwangsläufig auf die subjektive Einstellung der Schwangeren zu der durch die Schwangerschaft und Geburt eintretenden Veränderungen ihrer Lebensverhältnisse abzielt. Hier zu helfen, ist nicht Aufgabe des Arztes (durch Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs), sondern Aufgabe wirksamer und nachhaltiger sozialer Betreuung.

Auf der anderen Seite ist es selbstverständlich, daß bei der medizinischen Beurteilung der Gesundheit der Schwangeren und einer ihr aus Schwangerschaft und Geburt drohenden Gefahr auch die gesamten Lebensumstände der Schwangeren in ihrer Auswirkung auf deren Gesundheit gebührende Berücksichtigung finden müssen.

a) Die Befürchtung einer Schwangeren, ein gesundheitlich schwer geschädigtes und dadurch den Anforderungen des sozialen Lebens nicht gewachsenes Kind zur Welt bringen zu müssen, kann angesichts der schweren psychischen Belastung, der sie dadurch ausgesetzt ist, als medizinische Indika-

tion anerkannt werden, zumal neuere Untersuchungsmethoden erwarten lassen, daß künftig solche Schädigungen der Leibesfrucht frühzeitig im Mutterleib diagnostiziert werden können.

b) Gleiches gilt für die Fälle aufgezwungener Schwangerschaft, wobei allerdings die bloße Behauptung der Schwangeren, sie sei vergewaltigt worden, nur dann als Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch herhalten kann, wenn sie die Tat angezeigt oder sich zumindest unverzüglich nach der Tat einem Arzt offenbart hat. Andererseits können über die im Regierungsentwurf aufgezählten Straftatbestände hinaus auch Fälle des Inzests zu so schweren psychischen Belastungen der Schwangeren führen, daß sie ihnen nicht gewachsen ist.

Nur die Beschränkung des legalen Schwangerschaftsabbruchs auf die medizinische Indikation in dem hier dargelegten Sinn kann im übrigen auch die Übernahme der Kosten hierfür durch die soziale Krankenversicherung rechtfertigen. Die Bundesärztekammer weist eindringlich darauf hin, daß die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch nicht zur „kassenärztlichen Pflicht“ gemacht werden kann.

Indikationsnachweis

Zwar trägt der die Operation übernehmende Arzt die Verantwortung nicht nur für deren kunstgerechte Durchführung, sondern auch dafür, ob er sie in Abwägung der gegebenen Indikation zu den der Schwangeren aus der Operation selbst drohenden gesundheitlichen Risiken ärztlich verantworten kann. Die Verantwortung für die Feststellung der Indikation zum Schwangerschaftsabbruch jedoch wird der operierende Arzt in vielen Fällen gar nicht tragen können, weil sie nicht in sein Fachgebiet fällt oder weil er zum Beispiel als zum Operationsdienst eingeteilter Krankenhausarzt die Indikationsstellung nachträglich nicht einholen kann.

Die Bundesärztekammer hat stets darauf hingewiesen, daß der ope-

rierende Arzt durch das Votum eines oder mehrerer unabhängiger Sachverständiger von der Verantwortung entlastet werden muß und sieht keine Veranlassung, von dem bisher geübten Verfahren von — bei den Ärztekammern eingerichteten — Gutachterstellen abzugeben. Die Arbeit dieser Stellen hat sich bewährt, wenn man die Rechtsprechung des BGH zur Abtreibung bedenkt, nach der sich die Gutachter bislang ausrichten mußten.

Will man aber jede Institutionalisierung des Gutachterverfahrens vermeiden, so schlägt die Bundesärztekammer vor, daß über das Vorliegen der Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ein für das in Frage kommende Fach zuständiger Gutachter im Einvernehmen mit einem — nach Möglichkeit mit ihren Lebensumständen vertrauten — Arzt des Vertrauens der Schwangeren entscheidet. Da für die Benennung solcher sachverständiger Gutachter wohl nur entweder das Gesundheitsamt oder die Ärztekammern in Frage kommen, glaubt die Bundesärztekammer in Würdigung und Abwägung der Interessen der Schwangeren und der Ärzte die Dienste der Ärztekammern zur Namhaftmachung solcher Gutachter anbieten zu sollen.

Der Gutachterarzt wird eine persönliche Untersuchung der Schwangeren zur Feststellung der Indikation vornehmen müssen, wenn sie nicht nach seiner Überzeugung durch bereits vorliegende Untersuchungsbefunde dargetan ist.

Das im Einvernehmen mit dem Arzt des Vertrauens der Schwangeren abgegebene zustimmende Gutachten muß den die Operation — selbstverständlich in freier Entscheidung — übernehmenden Arzt von der Verantwortung dafür entlasten, daß eine gesetzliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt. Ein ablehnendes Gutachten muß ihn dann nicht binden, wenn er — dann allerdings in eigener Verantwortung — die Indikation trotzdem für gegeben hält.

Wenn es auch nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft noch wünschenswert

ist, daß der Eingriff stationär in einem Krankenhaus vorgenommen wird, so sollte dies — auch im Hinblick auf neue Techniken — nicht im Gesetz vorgeschrieben werden. Es muß davon ausgegangen werden, daß nur solche Ärzte die Verantwortung für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs übernehmen, die über die erforderliche gynäkologische Weiterbildung und Erfahrung und die notwendigen materiellen und personellen Einrichtungen im Krankenhaus oder in ihrer Praxis verfügen.

Eine über die selbstverständliche ärztliche Beratung der Schwangeren hinausgehende Sozialberatung und -betreuung ist sicherlich wünschenswert. Merkblätter, in denen die Schwangere über die Beratungs-, Betreuungs- und Hilfsmöglichkeiten unterrichtet wird, sollten den Ärzten zur Weitergabe an ihre Patientinnen zur Verfügung gestellt werden.

Wahrung der Intimsphäre

Eine Spannung zwischen der Einführung eines Gutachterverfahrens und den Vorschriften über das ärztliche Berufsgeheimnis — gemeint ist wohl die Intimsphäre der Schwangeren und die ihr korrespondierende Schweigepflicht des Arztes — kann nicht auftreten, wenn dieses Verfahren nach dem oben gemachten Vorschlag gestaltet wird. Diese Spannung tritt aber zwangsläufig dann ein, wenn die Schwangere die Begutachtung — ggf. auch die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs — als Leistung der sozialen Krankenversicherung in Anspruch nehmen will. Deshalb sollte bereits in der gesetzlichen Ermächtigung zur Regelung der Kostenübernahme durch die soziale Krankenversicherung Vorkehrung dafür getroffen werden, daß dieses Verfahren anonym gestaltet wird, zum Beispiel durch eine gesonderte Abrechnung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden auf Bundes- oder Landesebene.

In bezug auf eine etwaige Strafvorschrift für einen Schwangerschaftsabbruch ohne vorherige Inan-

spruchnahme des Gutachterverfahrens, ist die Bundesärztekammer der Auffassung, daß die Androhung einer Freiheitsstrafe — gewissermaßen als Verdachtsstrafe für einen nicht indizierten Schwangerschaftsabbruch — unangebracht und mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht zu vereinbaren ist.

Deklaration von Oslo

Die Stellungnahme des Weltärztebundes zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch, die „Deklaration von Oslo“, lautet:

„1. Der oberste moralische Grundsatz, der dem Arzt auferlegt ist, ist die Achtung des menschlichen Lebens, so wie er in einem Satz des Genfer Gelöbnisses ausgedrückt

„Ich will die höchste Achtung vor dem menschlichen Leben vom Zeitpunkt der Empfängnis an bewahren.

2. Umstände, welche die Lebensinteressen einer Mutter in Konflikt bringen mit denen ihres ungeborenen Kindes, schaffen ein Dilemma, und es erhebt sich die Frage, ob die Schwangerschaft mit Vorbedacht unterbrochen werden sollte oder nicht.

3. Unterschiedliche Antworten zu dieser Situation resultieren aus der Verschiedenheit der Haltungen zum Leben des ungeborenen Kindes. Dies ist eine Frage der Überzeugung und des Gewissens des einzelnen, die respektiert werden müssen.

4. Es ist nicht die Aufgabe der Ärzteschaft, die Haltungen und Maßstäbe eines einzelnen Staates oder einer Gemeinschaft in dieser Frage festzulegen, aber es ist unsere Pflicht, für zweierlei einzutreten: den Schutz unserer Patienten zu gewährleisten und die Rechte des Arztes innerhalb der Gesellschaft zu sichern.

5. Deshalb, wo das Gesetz die Schwangerschaftsunterbrechung aus therapeutischen Gründen erlaubt oder eine Gesetzgebung in diesem Sinne beabsichtigt ist und dies nicht der Haltung der nationa-

len ärztlichen Standesorganisation widerspricht, und wo der Gesetzgeber Orientierung an der Ärzteschaft wünscht oder akzeptieren will, seien folgende Grundsätze empfohlen:

▷ a) Eine Schwangerschaftsunterbrechung sollte nur als therapeutische Maßnahme durchgeführt werden.

▷ b) Die Entscheidung, eine Schwangerschaft zu unterbrechen, sollte in der Regel von mindestens zwei Ärzten, ausgewählt nach ihrer beruflichen Befähigung, schriftlich gebilligt werden.

▷ c) Die Behandlung sollte von einem Arzt durchgeführt werden, dem dies – bei Billigung des Obengenannten – von einem entsprechenden Gremium gestattet wird.

6. Wenn ein Arzt der Meinung ist, daß ihm seine Überzeugungen nicht erlauben, zu einer Schwangerschaftsunterbrechung zu raten oder eine solche durchzuführen, möge er zurücktreten, jedoch die Fortdauer der (ärztlichen) Obhut durch einen qualifizierten Kollegen sicherstellen.

7. Diese Stellungnahme ist, obwohl sie von der Generalversammlung des Weltärztebundes bekräftigt worden ist, nicht als bindend für eine der Mitgliedorganisationen zu betrachten, sofern sie nicht von dieser Mitgliedorganisation selbst angenommen worden ist.“

Entschließung des 76. Deutschen Ärztetages

Auf der Grundlage der Deklaration von Oslo faßte der Deutsche Ärztetag im Oktober 1973 die nachstehend wiedergegebenen Entschlüsse, die sowohl zur Reform des § 218 als auch zu den in Aussicht genommenen ergänzenden Maßnahmen Stellung nahmen:

„Die Achtung und Erhaltung des menschlichen Lebens muß oberster Grundsatz für die Entscheidung bleiben, ob ein Schwangerschaftsabbruch legal durchgeführt werden kann. Auch das werdende menschliche Leben ist schutzwürdig und darf aus ärztlicher Sicht

nur um der Erhaltung der Gesundheit der werdenden Mutter willen geopfert werden.

Der Deutsche Ärztetag lehnt daher die strafrechtliche Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen einer Frist von drei Monaten ab. Es gibt keine Frist in der Entwicklung des menschlichen Lebens nach der Nidation im Mutterleib, vor deren Ablauf das werdende menschliche Leben keinen oder einen geringeren Schutz verdient. Die Fristenlösung würde daher mit Sicherheit zur Folge haben, daß viele Ärzte ihre Mitwirkung bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs versagen müßten, was zwangsläufig zu der aus ausländischen Erfahrungen bekannten Entwicklung von Abtreibungskliniken führen würde.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nur dann gerechtfertigt, wenn er nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um von der Schwangeren eine Gefahr für ihr Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes abzuwenden. Medizinisch indiziert ist der Schwangerschaftsabbruch unter diesem Gesichtspunkt auch dann, wenn sich die Gefahr für den seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren aus einer aufgezwungenen Schwangerschaft, einer begründeten Befürchtung der Schwangeren, ein gesundheitlich schwer geschädigtes Kind zur Welt zu bringen, oder aus einer anders nicht abwendbaren sozialmedizinischen Notsituation der Schwangeren ergibt. Mit seiner Auffassung befindet sich der Deutsche Ärztetag in Übereinstimmung mit den von der Weltorganisation der Ärzte in Oslo 1970 beschlossenen Grundsätzen, „nach denen ein Schwangerschaftsabbruch nur als therapeutische Maßnahme durchgeführt“ werden sollte.

Nur die Beschränkung des legalen Schwangerschaftsabbruchs auf die medizinische Indikation in dem hier dargelegten Sinne kann die Übernahme der Kosten durch die soziale Krankenversicherung rechtfertigen.

Der Deutsche Ärztetag weist in diesem Zusammenhang eindringlich

darauf hin, daß die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch nicht zur ärztlichen Pflicht gemacht werden darf.“

„Der Deutsche Ärztetag begrüßt grundsätzlich die im Entwurf eines Gesetzes über *ergänzende* Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB vorgesehene Einführung eines Anspruches auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Deutsche Ärztetag betrachtet aber Bezeichnungen wie ‚ergänzende‘ oder ‚flankierende‘ Maßnahmen für unzutreffend, denn es muß sich hier um ‚Soziale Primärmaßnahmen zur Verhütung von Abtreibungen‘ handeln. Hier wollen die Ärzte sachverständige Mithelfer sein:

1. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zu leisten zur emanzipatorischen Erziehung bei der Sexualaufklärung, bei der Schwangerschaftsverhütung und bei der Familienplanung. Insbesondere kann durch verstärkte individuelle Aufklärung der Bevölkerung über Fragen der Empfängnisregelung in vielen Fällen eine unerwünschte Schwangerschaft und damit auch die mit jedem Schwangerschaftsabbruch verbundene gesundheitliche Gefahr vermieden werden.

2. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zu leisten zu sozialstaatlichen Initiativen bei der Adoptionsgesetzgebung, bei einem Lastenausgleich für kinderreiche Familien und bei der Organisation von Familienhilfen.

3. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zu leisten zur Überwindung der Kinderfeindlichkeit unserer Gesellschaft.

Der im Entwurf vorgesehene uneingeschränkte Anspruch jeder Versicherten auf ärztliche Hilfe bei Abbruch der Schwangerschaft zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch ist nur dann zu rechtfertigen, wenn der legale Schwangerschaftsabbruch bei der anstehenden Reform des § 218 StGB auf die medizinische Indikation eindeutig beschränkt bleibt. Die medizinisch *nicht* indizierte Abtreibung darf auf keinen Fall eine gesetzlich anerkannte Handlung

werden, sondern muß rechtswidrig bleiben, denn zu einer gesetzlich anerkannten Handlung könnten auch widerstrebende Ärzte einmal gezwungen werden, wenn z. B. die Nachfrage das Angebot an Abtreibern übersteigt. Durch den Bruch der Rechtsgrundlage des Rechts auf Leben als Folge der ‚Fristenlösung‘ verliert nämlich auch der uneingeschränkte Heilungsauftrag des Arztes seinen Halt. Selbst eine gesetzliche Bestimmung, daß kein Arzt zu einer medizinisch *nicht* indizierten Abtreibung gezwungen werden könne, wird nach einem Bruch der Rechtsgrundlage des Rechts auf Leben völlig unzureichend sein.

Einzelbestimmungen gewinnen dauernden Halt nur an den ihnen zugrunde liegenden rechtlichen Wertungen, wandeln sich – wie im Falle der Fristenlösung – die Rechtsgrundsätze, so sind die Einzelbestimmungen erfahrungsgemäß sehr schnell zu ändern.“

Ausschußberatungen

Nachdem der Deutsche Bundestag am Ende der ersten Beratungen die vier vorliegenden Gesetzentwürfe den zuständigen Ausschüssen überwiesen hatte, befaßte sich Anfang Juni 1973 der Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit mit den Anträgen der Fraktionen zu ergänzenden Maßnahmen im Rahmen der Änderung des § 218 StGB.

Bei der Beurteilung der vier Gesetzentwürfe ließ sich der Ausschuß von der Überlegung leiten, daß der Schwangerschaftsabbruch nur durch einen Arzt vorgenommen werden darf und die Gefahren für die Gesundheit der Frau auf Grund des Schwangerschaftsabbruches so gering wie möglich gehalten werden müssen. Die Möglichkeit der ärztlichen Beratung zur Familienplanung wurde für dringend erforderlich gehalten.

Für selbstverständlich wurde es angesehen, daß Ärzte, Pflegepersonal und sonstige Hilfskräfte nicht zu Entscheidungen gezwungen werden, die mit ihrem Gewissen nicht zu vereinbaren sind.

„Ergänzende Maßnahmen“

Der für flankierende Maßnahmen der Krankenversicherung zur Änderung des § 218 zuständige Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung führte am 16. Januar 1974 ein Hearing über den von den Koalitionsfraktionen SPD/FDP eingebrachten Gesetzentwurf zu dieser Thematik durch. Sachverständige der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung äußerten sich zu den Vorstellungen, nach welchen zusätzliche Leistungen im Bereich der Krankenversicherung vorgesehen waren, denen zufolge Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung sowie auf Leistungen bei Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt bestehen soll.

Im Mittelpunkt der Erörterungen stand die Frage der Finanzierung derartiger flankierender Maßnahmen. Krankenkassen, Krankenhausträger sowie die Ärzteschaft lehnten die Übernahme der Kosten durch die Kassen dem Grundsatz nach ab und vertraten die Auffassung, daß diese Leistungen nicht durch Beiträge der Solidargemeinschaft finanziert werden können. Der Bund wurde aufgefordert, die Kosten zu übernehmen, die für Beratung und Behandlung bei Schwangerschaftsabbruch sowie die Beratung und Behandlung freiwilliger Sterilisationen entstehen. Die Krankenkassen erklärten sich lediglich bereit, krankheitsbezogene Leistungen zu finanzieren, da für subjektiv gewollte Eingriffe wie Schwangerschaftsabbrüche ohne Indikationsstellung kein Beitrag der Solidargemeinschaft geleistet werden könne.

Eine gesetzliche Regelung über Beratung und Verordnung empfängnisregelnder Maßnahmen wurde von der Ärzteschaft begrüßt, die Gewährung der Mittel als Kassenleistung jedoch abgelehnt. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, vor Verabschiedung dieses Entwurfes die Möglichkeiten der Realisierung zu überdenken, da niemand gezwungen werden dürfe, gegen

sein Gewissen Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen.

Plenarberatungen

Am 21. März 1974 verabschiedete der Deutsche Bundestag, nachdem der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, Prof. Schellenberg, darauf hingewiesen hatte, daß mit der in Aussicht genommenen gesetzlichen Regelung dem Inhalt der Änderung der § 218 in keiner Weise vorgegriffen werde, einen Katalog sozialbegleitender Maßnahmen. Seiner Auffassung nach wurden damit die notwendigen gesellschaftspolitischen Grundlagen für die Reform des Strafrechts gelegt, das auf jedes Modell der Strafrechtsreform anwendbar sei und sogar sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung hätte, falls überhaupt keine Reform zustande käme. Als ergänzende Maßnahmen wurden folgende gesetzliche Regelungen geschaffen:

▷ Der Versicherte erhält Anspruch auf ärztliche Beratung über Empfängnisverhütung, ebenso auf Beratung und Unterbrechung vor einem Schwangerschaftsabbruch; außerdem

▷ auf Krankengeld, sofern die Frau bei einem Schwangerschaftsabbruch arbeitsunfähig wird;

▷ legale Schwangerschaftsabbrüche können von einem niedergelassenen Arzt „unter klinischen Bedingungen“ oder ambulant im Krankenhaus vorgenommen werden;

▷ die Frau hat Anspruch auf Krankenkassenleistung für alle Kosten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff entstehen;

▷ freiwillige Sterilisation kann künftig kostenlos vorgenommen werden;

▷ Sozialhilfeempfänger erhalten die „Pille“ kostenlos, wenn sie ärztlich verordnet ist.

In der Diskussion wurde insbesondere zur Einstellung der Ärzte-

schaft insgesamt wie auch einzelner Ärzte zum Schwangerschaftsabbruch Stellung genommen, die Möglichkeit des ambulanten Schwangerschaftsabbruches im Krankenhaus erörtert und die Finanzierung der vorgesehenen Leistungen der Krankenkassen angesprochen. Es wurde festgelegt, daß der Bund während der Jahre 1975 bis 1979 zu Gesamtaufwendungen von jährlich 55 Millionen DM verpflichtet wird.

Der Vorstand der Bundesärztekammer sprach sich vor Beginn der Beratungen im Deutschen Bundestag über die vier Reform-Modelle zum § 218 für den legalen Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme und gegen die völlige strafrechtliche Freigabe im Rahmen einer „Fristenlösung“ aus. Er wies nochmals darauf hin, daß bei jeder gesetzgeberischen Lösung die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch niemals zur ärztlichen Pflicht erkannt werden darf und widerstrebende Ärzte niemals zu einer solchen Handlung gezwungen werden können. Die Gewissensentscheidung des Arztes, in Krankenhäusern an Abtreibungen mitzuwirken oder nicht, darf seiner Ansicht nach nicht zur Existenzfrage oder zur entscheidenden Qualifikation werden.

„Fristenlösung“ im Bundestag verabschiedet

Nachdem sich in dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit und in dem Sonderausschuß für die Strafrechtsreform nicht die erforderliche Mehrheit für eine der vier Gesetzentwürfe zur Reform des § 218 ergab, wurde erst durch eine Änderung der Geschäftsordnung der Deutsche Bundestag in die Lage versetzt, in eine Abstimmung einzutreten. Jeder Abgeordnete hatte Gelegenheit, auf einem Stimmzettel namentlich seine Auffassung zu den vier Entwürfen darzulegen. Die beiden Anträge, die bei diesem Wahlgang die meisten Stimmen erhalten hatten, standen in der Schlußabstimmung der 2. Lesung dann zur Wahl. Der Entwurf der Koalitionsparteien SPD/FDP, welcher die „Fristenlö-

sung“ beinhaltet, erhielt die Mehrheit und stand damit bei der 3. Lesung am 26. April 1974 allein zur Abstimmung. Mit 247 Ja-Stimmen bei 233 Nein-Stimmen und neun Enthaltungen wurde die Vorlage der SPD/FDP-Fraktion, die die „Fristenlösung“ beinhaltet, verabschiedet.

Ein zugleich eingebrachter Entschließungsantrag der Regierungsparteien fand bei einer Enthaltung die Zustimmung des Plenums des Deutschen Bundestages und wurde den eingangs genannten Ausschüssen zur Beratung überwiesen.

In dem Antrag wurde besonders darauf hingewiesen, daß kein Arzt und kein Angehöriger der medizinischen Berufe gezwungen werden kann, gegen seinen Willen an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, sofern die Mitwirkung nicht zur Abwendung des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren erforderlich ist. Die parlamentarische Diskussion war von großer Sachlichkeit getragen.

Die Bundesärztekammer wandte sich, nachdem die Entscheidung des Deutschen Bundestages bekanntgeworden war, mit der nachstehend wiedergegebenen Stellungnahme an die Öffentlichkeit.

„Die Bundesärztekammer bedauert die Entscheidung des Deutschen Bundestages für die sogenannte Fristenlösung bei der künftigen Änderung der strafrechtlichen Bestimmungen über den Schwangerschaftsabbruch. Sie bedauert, daß in einer Frage von derart grundsätzlicher und weitreichender Bedeutung für die Achtung und Erhaltung jeglichen menschlichen Lebens keine Lösung gefunden wurde, die von einer breiten Mehrheit der gewählten Vertreter des Volkes getragen wird.

Angesichts der Entscheidung für die Fristenlösung betont die Bundesärztekammer in Übereinstimmung mit Nr. 4 der Entschließung des Deutschen Bundestages, daß die Gewissensfreiheit des Arztes, auch nach Änderung des § 218

StGB unbedingt geachtet werden muß. Jeder Arzt, auch der angestellte Arzt im Krankenhaus, muß von seinem Recht Gebrauch machen können, die Beteiligung an medizinisch nicht angezeigten Schwangerschaftsabbrüchen abzulehnen. Auch an Krankenhäusern, die künftig Schwangerschaftsabbrüche auf Wunsch vornehmen wollen, darf die Gewissensentscheidung des Arztes nicht zur Existenzfrage werden.

Die Bundesärztekammer versichert erneut, daß die Ärzteschaft sich intensiv der Aufgabe widmen wird, die erwachsenen Frauen und Männer, aber auch die heranwachsenden Jugendlichen verantwortungsbewußt und sachverständig über alle Fragen der Empfängnisregelung und der Familienplanung zu beraten.

Die Bundesärztekammer hofft, auf diese Weise dazu beizutragen, daß die Zahl unerwünschter Schwangerschaften und damit auch die Zahl der künftigen legalen Schwangerschaftsabbrüche so niedrig wie möglich gehalten wird.“

„Berliner Happening“

Bevor der Deutsche Bundestag zu abschließenden Beratungen über den Katalog sozialbegleitender Maßnahmen zur Änderung des § 218 zusammentrat, wurde Anfang März 1974 von einer kleinen Gruppe Berliner Ärzte öffentlich die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches angekündigt; die Ausstrahlung in einer Fernsehsendung war beabsichtigt. Während sich die Mehrzahl der Intendanten der in der ARD zusammengefaßten Rundfunkanstalten gegen die Ausstrahlung eines derartigen Films aussprach, sollte dieser Film in den Regionalprogrammen Berlin, Bremen und des Norddeutschen Rundfunks gezeigt werden.

Die Bundesärztekammer wies darauf hin, daß die ärztliche Berufsordnung die Durchführung eines Schwangerschafts-Abbruchs ohne medizinische Indikation bislang verbietet und eine Straftat

darstellt, welche von der Staatsanwaltschaft zu verfolgen ist. Die zu diesem Zeitpunkt in Berlin tagende „Ständige Konferenz für Fragen der ärztlichen Berufsordnung“ wandte sich an den Intendanten des Senders „Freies Berlin“ und forderte, die Sendegenehmigung zur Ausstrahlung dieser Fernsehsendung zu überprüfen. Die Konferenz stellte fest, daß „es sich um die spektakuläre Darstellung einer strafbaren Handlung handele, die in keiner Weise geeignet ist, zu der Lösung der schwerwiegenden menschlichen, ärztlich-medizinischen und rechtlichen Probleme im Rahmen des § 218 beizutragen“.

Sie wies darauf hin, daß die hierfür notwendige Entscheidung allein dem Deutschen Bundestag vorbehalten sei; sie hielt es für unerträglich, aus dem der intimsten Sphäre des Menschen zuzurechnenden Kernbereich menschlicher Würde ein „Happening“ zu veranstalten. Außerdem würden die Veranstalter derartiger Vorgänge das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten im einzelnen und in der gesamten öffentlichen Meinung in nicht absehbarem Umfang schädigen. Die Ständige Konferenz verurteilte die provozierende Schwangerschaftsunterbrechung von 14 Ärztinnen und Ärzten als ungeheuren und geschmacklosen Vorgang, unvereinbar mit den Grundsätzen ärztlichen Denkens und Handelns.

Dieses Schreiben trug dazu bei, daß die in Aussicht genommene Ausstrahlung zumindest im Bereich Berlins unterblieb.

3. Freiwillige Sterilisation

Ursprünglich war vorgesehen, die freiwillige Sterilisation zugleich mit der Reform des § 218 StGB zu regeln.

Die Frage der Sterilisation wurde jedoch ausgeklammert, bleibt aber im Sonderausschuß für Strafrechtsreform anhängig. Wann mit einer Behandlung im Plenum des Bundestages gerechnet werden kann, läßt sich im Augenblick noch nicht absehen.

4. Patientengeheimnis und ärztliche Schweigepflicht beim Einsatz von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen

Die Anwendung der elektronischen Datenverarbeitung in der Medizin eröffnet nicht nur ein nahezu unübersehbares Feld technischer Möglichkeiten für Praxis und Wissenschaft, sondern wirft auch höchst problematische Fragen ethischer und juristischer Natur auf. Während anfänglich – im Zuge einer naiven Fortschrittsgläubigkeit – nach immer neuen Einsatzmöglichkeiten der EDV gesucht wurde, so ist in der Diskussion der jüngsten Vergangenheit die Grenze des Computereinsatzes für die Speicherung personenbezogener medizinischer Daten sichtbar geworden.

Die Diskussion um das besonders gelagerte Problem des Schutzes medizinischer Daten wurde durch die konkreten Pläne der Bundesregierung ausgelöst, auch für die soziale Krankenversicherung Versicherungsnummern für jeden Anspruchsberechtigten zu schaffen, um, wie es hieß, damit neue Möglichkeiten zur Vereinfachung der Verwaltungsarbeit zu eröffnen.

Mit der Einführung der Versicherungsnummern sollte für den gesamten Bereich der Sozialversicherung auch eine medizinische Datenbank eingerichtet werden, in der die Gesundheitsdaten der Versicherten der Renten-, Unfall- und Krankenversicherung personenbezogen zentral gespeichert werden sollten. Solche Datenbanken bieten naturgemäß auch besondere Zugriffsmöglichkeiten auf personenbezogene Einzeldaten. Sie würden erlauben, in unvergleichbar größerem Umfang als bisher alle im menschlichen Leben anfallenden Gesundheitsdaten zu registrieren, zu speichern und zu jedem Zeitpunkt ganz oder in Teilen abzurufen – beängstigende Vorstellungen für die Freiheit und die Unverletzlichkeit der Einzelpersönlich-

keit. Das Vertrauen der Patienten in die Schweigepflicht der Ärzte und damit ihre Bereitschaft zur notwendigen, ungehemmten Offenbarung gegenüber dem Arzt, ist Grundvoraussetzung für eine wirksame ärztliche Behandlung. Die elektronische Verarbeitung personenbezogener medizinischer Daten muß dort ihre Grenze finden, wo dieser Vertrauensschutz des Patienten beeinträchtigt wird.

Die Bundesärztekammer hat mehrfach zu dem vom Bundesinnenministerium vorgelegten Referentenentwurf eines Bundesdatenschutzgesetzes Stellung bezogen. Dabei konnte dem Entwurf in der zunächst vorliegenden Form nicht zugestimmt werden, da die darin vorgesehene Regelung des Datenschutzes weder den von der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts anerkannten unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung garantierten noch einen den Besonderheiten medizinischer Daten Rechnung tragenden Datenschutz gewährleistete. Die Bundesärztekammer sieht aber eine der wesentlichsten Aufgaben der gesetzlichen Regelung des Datenschutzes gerade darin, den verfassungsrechtlich anerkannten unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung auch und gerade für den Bereich der elektronischen Datenverarbeitung medizinischer Daten zu gewährleisten.

Entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts wurde demgemäß im Rahmen der Stellungnahme der Bundesärztekammer darauf verwiesen, daß den Besonderheiten medizinischer Daten in dem vorliegenden Entwurf Rechnung getragen werden müsse: „Das Bundesverfassungsgericht hat für den Bereich medizinischer Daten festgestellt, daß der Patient erwarten darf und muß, daß alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so könne zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den beruflichen Voraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößere und damit – im ganzen gesehen