

„Umfassende Pflichtberatung im Konfliktfall“

Nachdem die Karlsruher Verfassungsrichter 1975 die Fristenlösung verworfen hatten, ist die Diskussion über die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs auf vielen Ärzte-tagen zeitweise äußerst emotional geführt worden und auch in der Öffentlichkeit nicht abgeebbt, weil eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung nicht erreicht werden konnte.

In den letzten 15 Jahren hat sich gezeigt, daß nicht nur jede Frau existentiell von Schwangerschaftskonflikt und gegebenenfalls Abbruchproblematik betroffen ist, sondern auch die Ärzte in ihrer fachlichen Kompetenz und ihrem ethischen Selbstverständnis unwiderruflich in die Problematik miteingebunden sind.

Um den Hippokratischen Eid in angemessener Weise zu erfüllen, genügt es nicht, sich auf die weltfremden Positionen der Lebensschützer-Gruppen zurückzuziehen; wie das ungeborene Leben sind auch die betroffenen Frauen in gleicher Kompetenz vor der Gefährdung ihrer leiblichen und seelischen Gesundheit zu schützen.

Wir haben zwei Dinge gelernt aus der unmittelbaren Erfahrung der betroffenen Frauen im Konfliktfall:

1. Zwang und Strafandrohung sind letztlich unwirksam, Abbruchzahlen zu senken; ungeborenes Leben kann also nur *mit* der Schwangeren, nicht *gegen* ihren Willen wirksam geschützt werden.

2. Mit den Mitteln ärztlicher Erkenntnis ist eine Notlagenindikation nicht zu definieren. Deshalb müssen bei der Suche nach Konsens in der gesetzlichen Regelung nicht allein die politischen Parteien ihre Vorstellungen darlegen, sondern die Ärzte selbst sollten Strategien entwickeln, die ihre Erfahrungen und Vorstellungen in der Öffentlichkeit verdeutlichen.

Von Anfang an war einhellige Meinung im Deutsch-Deutschen Ausschuß der Bundesärztekammer, der das vom letzten Deutschen Ärzte-tag beschlossene Mehrheitsvotum ausgearbeitet hatte: Alle Bestrebun-

gen müssen auf die Senkung der Abbruchzahlen gerichtet sein. Bei den präventiven Bemühungen muß davon ausgegangen werden, daß der Abbruch einer Schwangerschaft als gesellschaftliches Phänomen und als individuelles Schicksal nicht aus der Welt zu schaffen ist. Gerade der Mechanismus der Verdrängung dieser Tatsache hat in den westlichen Ländern einschließlich der Niederlande zu so unzuverlässigen Zahlen geführt.

Persönliche Konflikte

Die Darlegung und vorurteilsfreie Erforschung der ethischen, sozialen, rechtlichen und medizinischen Probleme des Abbruchs sind aber unerlässlich, um daraus Notwendigkeiten zu entwickeln, die für Gesellschaft und Politik, aber vor allen Dingen für den ärztlichen Berufsstand *Grundlage* für diese Fragen zu einer Bewältigung der ethischen und gesellschaftlichen Aufgabenstellung sein können. Eine größere Rechtssicherheit für die ärztliche Aufgabe, Leben zu schützen und gesundheitlichen Schaden zu minimieren, liegt dabei in unser aller Interesse.

Die Rolle des Arztes ist die des Helfers zur selbstbestimmten Entscheidung und des Mittlers in Zusammenarbeit mit kompetenten Beratern und Beraterinnen, zu dieser Entscheidung auch später zu stehen. Im öffentlichen Bewußtsein hat sich der Schwangerschaftsabbruch in beiden deutschen Staaten auf Grund der verschiedenen Rechtssysteme auch verschieden dargestellt. Der unauflösbare Grundkonflikt zwischen der Tötung und dem Autonomieanspruch der Frau in ihrer zukünftigen Lebensperspektive wurde in der Bundesrepublik mit Hilfe gesellschaftlicher Normethik nur zugedeckt; hingegen wurden in der früheren DDR Konfliktbewußtsein oder ein Unrechtsdenken nicht entwickelt.

Die reine Fristenlösung garantiert die freiheitliche, selbstbestimm-

te Willensbildung keineswegs, schon gar nicht im Zustand seelischer Not und situativer Einengung im Notlagenkonflikt.

Bei der reinen Indikationsregelung, womöglich noch in Kombination mit einem Beratungsgesetz, ist der Arzt nicht nur überfordert, sondern einer unerträglichen Belastung ausgesetzt, indem Verantwortung, Schuld- und eventuell Strafuweisung für das Schicksal des Ungeborenen und der Schwangeren gleichzeitig ihm beziehungsweise ihr allein aufgebürdet werden.

Ein umfassendes Beratungsangebot ist im Fall des Abbruchs *zwingend* geboten. Es ließe sich von einer daraus resultierenden „eigenverantwortlichen Indikationslösung“ sprechen. Gerade in der fehlenden oder nicht obligaten ärztlichen Hilfe durch Beratung – in den neuen Ländern noch geübte Rechtspraxis – liegt das Dilemma des ärztlichen Selbstverständnisses.

Bei der derzeitigen gesetzlichen Regelung im Selbstverständnis der den Abbruch vornehmenden Ärztinnen und Ärzte sind Gefühle der vollkommenen Ohnmacht anzutreffen. Die hilflosen Helfer wissen genau, daß im westeuropäischen Umfeld auch ohne Indikationsstellung ein Abbruch zu erreichen ist. Schwerste persönliche Konflikte sind die Folgen. *Es wird vielfach in reflektierter Solidarität mit der Schwangeren Schuld stellvertretend für die Gesellschaft übernommen.*

Die umfassende Pflichtberatung im Konfliktfall ist fest integrierter Bestandteil ärztlichen Tuns, sie ist für die betroffene Frau die Gewähr für eine selbstbestimmte Entscheidung. Für die ärztliche Verantwortung wird offenbar, daß der Verpflichtung zum Lebensschutz nachgekommen wird, aber in gleicher Weise auch Gesundheit und Lebensperspektiven der Frau Berücksichtigung finden und geschützt werden. Wenn dem Wort Beratungspflicht in negativer Weise das Odium des Zwanges anhaftet, so müssen es die Ärzte positiv besetzen. Pflicht ist wortverwandt mit Pflege und nicht mit Zwang. Die Pflichtberatung setzt die Zugangsschwelle für diejenigen Frauen herab, die weitgehend

fremdbestimmt sind. Sie kann entscheidungserleichternd und angstfrei verlaufen, wenn am Ende keine Indikationsstellung vom Arzt – sozusagen ein Urteil – steht, sondern letztlich die Gewissensentscheidung selbst getroffen werden kann und muß. Das Lebensschutzgebot wäre ohne eingehende Beratung nicht erkennbar. Im übrigen ist es für einen verantwortungsbewußten Arzt unzumutbar, einen nicht ungefährlichen und keinesfalls komplikationsfreien Eingriff ohne die Gewißheit vorzunehmen, daß schwerwiegende Gründe diesen Eingriff begründen.

Eine Arbeitsteilung in beratende und ausführende Kolleginnen und Kollegen wäre aus mehreren Gründen zu diskutieren. Schließlich ist der erfahrene Operateur nicht immer der beste Berater. Allzuleicht könnten die mit dem Abbruch befaßten Ärzte als allein Strafbare ungebührlich belastet werden.

Solidarität mit den Betroffenen und positive Haltung im Arzt-Patient-Verhältnis heißt auch Mithilfe in unserer Gesellschaft, Diskriminierung zu überwinden. Desgleichen fordert medizinische Ethik, das Prinzip der Gerechtigkeit in bestmöglicher Weise durchzusetzen. Dazu gehört nicht nur der Zugang zu ärztlicher Hilfe und Abbau von Schwellenangst für Jugendliche in Fragen der Antikonception, sondern auch der Einsatz verbesserter medizinischer Möglichkeiten. Forschungsergebnisse sollten genutzt und nicht aus politischen Gründen vorenthalten werden.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Inge Wolf
Ärztin für Frauenkrankheiten
und Geburtshilfe
Friesenring 80
W-4400 Münster

Abgeben statt abtreiben?

Ist aus der Perspektive der betroffenen Frau die Adoptionsfreigabe, wie die katholische Kirche dies mit dem Slogan „Abgeben statt Abtreiben“ propagiert, wirklich eine gangbare Alternative zum Schwangerschaftsabbruch?

In der im Rahmen meiner medizinischen Dissertation vorgenommenen Untersuchung zu den psychischen Spätfolgen nach Schwangerschaftsabbruch oder nach Adoptionsfreigabe konnte aufgezeigt werden, wie die betroffenen Frauen den Abbruch beziehungsweise die Freigabe psychisch verarbeiten, oder welche Strategien sie anwenden, diese Lebenskrise zu bewältigen. Die Untersuchung wurde als vergleichende retrospektive Querschnittsstudie an der Universitäts-Frauenklinik Würzburg durchgeführt. Dabei wurden in einem Zeitraum von mehreren Jahren zwei Gruppen von zufällig ausgewählten Frauen, 47 nach Schwangerschaftsabbruch, 34 nach Adoptionsfreigabe befragt.

Die Gegenüberstellung der an beiden Kollektiven gewonnenen Ergebnisse ergab schon im Hinblick auf

die Ausgangsdaten wichtige strukturelle Unterschiede: Die Frauen mit Abruptio waren im Durchschnitt mehr als zehn Jahre älter, fast alle verheiratet und hatten bereits mehrere Kinder. Die Frauen, die das Kind zur Adoption freigegeben hatten, waren dagegen überwiegend ledig und zu mehr als zwei Dritteln Erstgebärende.

Hinsichtlich der psychischen Verarbeitung und der Folgeerscheinungen ergab sich folgendes Bild: Post abruptionem fanden sich deutlich vermehrt psychosomatische Erscheinungen, unter anderem funktionelle Unterleibsbeschwerden, während die Frauen nach Adoptionsfreigabe wesentlich seltener oder gar nicht über solche Beschwerden berichteten. Analoges gilt in noch ausgeprägterem Maß für die Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten wie Stimmungsschwankungen, Schuldgefühlen und depressiven Reaktionen. Frauen nach Abbruch konnten auch noch nach Jahren weniger zu ihrer damaligen Entscheidung stehen.

Welche Optionen sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die in

diesem Bereich Verantwortlichen sind aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse einzufordern?

Einbeziehen des Mannes

1. Als sinnvolle Ergänzung zu den bisherigen finanziellen Mitteln ist die Ermöglichung der Kontrazeption auf Krankenschein unabdingbar.

2. In bezug auf den präventiven Bereich ist an lebensfördernde Einstellungen im privaten wie im öffentlichen Bereich zu denken. Gemeint ist hiermit eine erhöhte Sensibilität gegenüber dem Leben vor und nach der Geburt. Petersen deutet Akzente an wie „vertiefte Bewußtheit für die Kindesankunft, eine sensiblere Begegnung der Geschlechter, zusammen mit einer vernünftigen Empfängnisverhütung.“

3. Bei der bisherigen Praxis, dem Leugnen der Mitverantwortung der meist „überraschenderweise betroffenen“ Männer und der Schuldzuweisung gegenüber den Frauen, waren diese meist alleingelassen vom Vater des Kindes trotz des Geredes von den „neuen Männern“ oder „neuen Vätern“. Deshalb ist eine künftige Miteinbeziehung des Mannes in die Beratung und Auseinandersetzung unabdingbar.

4. Jede, auch unerwünschte Schwangerschaft erfüllt eine Funktion in der jeweiligen Lebensdynamik der beiden Partner. Berater und Beraterinnen sowie Gynäkologen und Gynäkologinnen sollten hierauf künftig vermehrt ihr Augenmerk richten, um den Betroffenen zu verdeutlichen, daß hier möglicherweise unbewußte Regungen wie Ängste, Hoffnungen, Wünsche „Gestalt annehmen“ können und die Schwangerschaft nicht wie ein unabänderliches Schicksal über das Leben der Partner hereinbricht, aber auch, um Wiederholungen dieses Vorgangs zu vermeiden.

5. Als Hilfe zur Selbsthilfe ist ein Angebot von Betroffenengruppen notwendig, um die persönlichen Erfahrungen und Gefühlsqualitäten sowohl nach Abruptio wie auch nach Freigabe gemeinsam thematisieren zu können. ▷