

siologische Maßnahmen für erforderlich und empfiehlt nach der 8. Woche bis zur 21. Woche lediglich Hypnotika oder Sedativa, also Beruhigungsmittel. Der Arzt schuldet dem Menschen vor der Geburt ebenso wie dem geborenen Schmerzvorsorge. Solange eine Schmerzzufügung auch nur möglich ist, was sich nach derzeitigem Erkenntnisstand in weitem Umfang nicht sicher ausschließen läßt, sind effektive Maßnahmen zur Verhinderung, nicht zur Linderung oder Beruhigung, zu treffen.

9. Der Verzicht auf Schmerzverhinderungsmaßnahmen aus Rücksicht auf die Schwangere ist bei einem Fetozid unzulässig, da gegenüber dem Kind kein Schmerzduldungsanspruch besteht. Der Arzt hat also den Fetozid zu verweigern, wenn die Schwangere die Schmerzverhinderungsmaßnahme ablehnt. Auch eine unzureichende Ausstattung der Ambulanz rechtfertigt es nicht, auf eine gebotene Schmerzverhinderungsmaßnahme zu verzichten. Vielmehr spricht ein solcher Mangel nur gegen die Zulassung ambulanter Einrichtungen.

10. Die Empfehlung läßt viele seit langem anstehende medizinische Fragen zur Schmerzproblematik offen. Auch erscheint es völlig ungewiß, ob die ärztliche Standesaufsicht willens und in der Lage ist, ihre rechtlich noch zu fundierenden und medizinisch näher zu präzisierenden Empfehlungen auch gegenüber solchen Standesangehörigen durchzusetzen, die ihr Handeln mehr am Gewinnstreben und am vermeintlichen Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren als am Wohl des Kindes orientieren. Die Problematik erfordert jedenfalls auch ein Handeln des Gesetzgebers, auf das auch die Ärzteschaft hinwirken sollte.

Anmerkungen

1. Der Juristen-Vereinigung Lebensrecht ist es aus Raumgründen hier leider nicht möglich, alle Bedenken darzulegen. Eine ausführliche Stellungnahme zu der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats der BAK kann bei der Vereinigung (Postfach 10 06 65, 5000 Köln 1) kostenlos angefordert werden.
2. Deutsches Ärzteblatt 88 (1991) A 4157-4169 [Heft 47] vom 21. Nov. 1991
3. Bundesverfassungsgericht, amtliche Entscheidungssammlung Bd. 39, S. 1, 48, 59.
4. So die von der BAK ebenfalls zutreffend verwendete Bezeichnung für „Schwanger-

schaftsabbruch“ oder „Abtreibung“, vgl. Deutsches Ärzteblatt 86 (1989) A 2218-2222 [Heft 31-32] vom 7. Aug. 1989

5. § 1 des Diskussionsentwurfs eines Embryonenschutzgesetzes des Bundesministeriums der Justiz (Stand 29. 4. 1986) wollte die nicht unerhebliche Gesetzeslücke – jedenfalls zum Teil – schließen.
6. BVerfGE 39, 1, 43
7. BGHZ 86, 240; 89, 96; NJW 1992, 763.
8. So auch das Bayerische Oberste Landesgericht mit ausführlicher Begründung (NJW 1990, S. 2328).
9. BVerfGE 39, 1, 44.
10. Art 2. des Fünften Strafrechtsreformgesetzes (5. StrRG) in der Fassung des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes.

Juristen-Vereinigung
Lebensrecht e. V.
zu Händen
Herrn Bernward Büchner
Vorsitzender Richter
am Verwaltungsgericht
Vorsitzender der JVL
Postfach 10 06 65
W-5000 Köln 1

Schlußwort

Aufgabe des Arbeitskreises im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer war es, über die Frage Auskunft zu geben, in welcher Art und Weise und von welchem Zeitpunkt an bei den ungeborenen sowie neugeborenen Kindern mit der Entwicklung der verschiedenen Formen von Schmerzempfindung zu rechnen ist.

Dieser Auftrag bezog sich ausdrücklich auf *alle* Maßnahmen im Rahmen der „Pränatalen Medizin“ – als einer neu erschlossenen Dimension ärztlicher Diagnostik und Therapie. Deshalb ist als ein besonderes bewährtes und wichtiges Beispiel die Unverträglichkeit der Rh-Blutgruppen zwischen Mutter und Kind im Vorwort erwähnt worden. Der Schwangerschaftsabbruch ist zweifellos rein zahlenmäßig die größte und im Bewußtsein der Öffentlichkeit, aber auch im Bewußtsein der Ärzte und der Juristen – insbesondere zum gegenwärtigen Zeitpunkt – die umstrittenste Maßnahme aus dem Bereich der „Pränatalen Medizin“. Dennoch liegen die Ebene dieser Diskussion zum Schwangerschaftsabbruch und die Ebene jener Fragen nach der prä- und perinatalen Schmerzempfindung von Em-

bryo, Fetus, Früh- und Neugeborenen sachlich so weit auseinander, daß der Schwangerschaftsabbruch insbesondere wegen anästhesiologischer Gesichtspunkte nur unter 8.1 sowie im Schlußwort der vorgelegten Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Erwähnung gefunden hat. Es wäre daher ein Irrtum des Lesers der zehn juristischen Thesen oder auch der ausführlichen Stellungnahme der Juristenvereinigung, wenn er unter dem Eindruck der Lektüre dieser beiden Papiere den (denkbaren) Schluß ziehen würde, der Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates hätte eine Stellungnahme ganz allgemeiner Art oder sogar zu speziellen juristischen Problemen des Schwangerschaftsabbruches gegeben.

Vielmehr war es gerade *nicht* die Aufgabe dieses Arbeitskreises, sich mit der Frage nach der rechtsdogmatischen Einordnung des Schwangerschaftsabbruches einschließlich der Frage, ob in § 218 a StGB die soziale Indikation als Rechtfertigungs- oder Schuldausschließungsgrund einzuordnen ist, auseinanderzusetzen.

Darum soll die in den zehn Thesen dargelegte juristische Auffassung nicht in Einzelheiten erörtert werden.

Allerdings müssen die kollektiven Vorwürfe gegen die Ärzteschaft, die in den Thesen sechs und sieben artikuliert sind, zurückgewiesen werden. Denn der 94. Deutsche Ärztetag hat mit seinem Beschluß lediglich zum Ausdruck gebracht, daß die Schwangere, die einen Abbruch ihrer Schwangerschaft vornehmen lassen will, eigenverantwortlich handeln muß und daß ihr niemand und auch nicht der Arzt diese Entscheidung abnehmen kann.

Als Antwort auf die Behauptung einer Einschränkung des im Hippokratischen Eid begründeten Lebensschutzes durch die Berufsordnung wird nachfolgend der § 5 aus der Berufsordnung wörtlich zitiert: „Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.“ ▷

Diese berufsrechtliche Regelung ist innerhalb der gesetzlichen Hierarchie eine sogenannte untergesetzliche Norm und kann deshalb geltendes Recht (hier: § 218 ff StGB) nicht suspendieren.

Die Formulierung vom Ausweichen „der Bundesärztekammer mit ihrem Wissenschaftlichen Beirat“ vor der „Hauptfrage“, ob der Schwangerschaftsabbruch Recht oder Unrecht ist, stellt sich in der Sicht des Arbeitskreises als der Versuch dar, den Aktionsradius dieses mit einer rein medizinischen Aufgabenteilung betrauten Gremiums auf juristische Probleme auszuweiten.

Die in der These acht zum Ausdruck gebrachten Zweifel an der Richtigkeit der medizinischen Expertenempfehlungen werden vom Arbeitskreis zur Kenntnis, aber nicht zum Anlaß einer Apologie genom-

men. Denn diese vielschichtige Problematik hat der Arbeitskreis in besonders eingehenden Beratungen unter den verschiedensten Aspekten diskutiert und analysiert und sieht sich – auch durch die dargelegten Einwände – nicht zu einer Meinungsäußerung veranlaßt.

In der These neun wird ein Schmerzduldungsanspruch der Mutter gegenüber dem Embryo oder Feten angesprochen, der aber mit keinem Wort von Seiten des Arbeitskreises geltend gemacht worden ist. Auch hat dieses Gremium *nicht* unzureichende Ausstattungen einer Ambulanz als Rechtfertigungsgrund für gebotene, aber nicht durchgeführte Schmerzverhinderungsmaßnahmen konzediert. Vielmehr ist bekannt, daß die Zulassung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen durch Vorgaben wie etwa der Erfüllung be-

stimmter apparativer und personeller Voraussetzungen abhängig ist.

Diese knappe Replik soll mit einem Wort von Hermann Hesse abgeschlossen werden, das auch auf die hier zur Diskussion stehende Problematik zutrifft: „Alles Wissen und alle Vermehrung unseres Wissens endet nicht mit einem Schlußpunkt, sondern mit einem Fragezeichen. Ein Plus an Wissen bedeutet ein Plus an Fragestellungen und jede von ihnen wird immer von neuen Fragestellungen abgelöst.“

Für den Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer:

Prof. Dr. med. Kl.-Ditmar Bachmann
Vorsitzender des
Wissenschaftlichen Beirates der
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
W-5000 Köln 41

Alles für die Katz! ?

Die medizinische Literatur befaßt sich vorwiegend mit Verletzungen, Allergien und Zoonosen, die durch Haustiere hervorgerufen wurden. Daß das Halten von Hunden oder Katzen einen günstigen Effekt auf den Gesundheitsstatus des Besitzers hat, konnte jetzt in einer prospektiven Studie über zehn Monate nachgewiesen werden. 71 Erwachsene wurden, nachdem sie sich ein Haustier zugelegt hatten, analysiert, die Vergleichsgruppe bestand aus 26 alters- und geschlechtskorrelierten Probanden ohne Haustiere. Während der ersten vier Wochen der Studie klagten die Haustierbesitzer über signifikant weniger Gesundheitsprobleme als Leute aus der Kontrollgruppe. Bei den Hundebesitzern hielt dieser Effekt über die gesamten zehn Monate an. Hundebesitzer entwickelten eine beachtliche körperliche Aktivität beim Ausführen ihrer Lieblinge, wobei dieser Effekt während der gesamten Studie nachweisbar war. In der Vergleichsgruppe waren keine statistisch signifikanten Veränderungen bezüglich der Gesundheit oder der allgemeinen körperlichen Aktivität zu verzeichnen.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß das Halten eines Haustieres (Hund oder Katze) sich günstig auf das allgemeine Wohlbefinden der Menschen auswirkt. W

James Serpell: Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behaviour, *J. Roy. Soc. Med.* 84: 717–720, 1991.

Companion Animal Research Group, University of Cambridge, Department of Clinical Veterinary Medicine, ARS Site, 307 Huntingdon Road, Cambridge CB3 0JQ, U.K.

30 mg Aspirin bei TIA ausreichend

Patienten mit einer transitorischen ischämischen Attacke weisen ein jährliches Risiko von 7 bis 12 Prozent auf, einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt zu erliegen. In einer Reihe von Studien konnte gezeigt werden, daß Aspirin in einer Dosierung zwischen 300 und 1500 mg/Tag das Risiko derartiger Gefäßkomplikationen um 20 bis 25 Prozent zu senken vermag.

In einer holländischen Studie wurden an 3131 Patienten zwei Do-

FÜR SIE REFERIERT

sen von Azetylsalicylsäure, nämlich 30 mg gegen 283 mg verglichen, die Nachbeobachtungszeit betrug 2,6 Jahre. Unter 30 mg Aspirin lag die Häufigkeit vaskulärer Todesfälle, nicht tödlicher Schlaganfälle oder nicht tödlicher Herzinfarkte bei 14,7 Prozent, unter 283 mg Aspirin bei 15,2 Prozent. Unter der niedrigeren Aspirindosierung waren Blutungskomplikationen seltener zu beobachten. Das gleiche gilt für gastrointestinale Symptome und andere Nebenwirkungen.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß 30 mg Aspirin täglich zur Prävention von Gefäßkomplikationen bei Patienten mit transitorischen ischämischen Attacken ausreichend sind. W

The Dutch TIA Trial Study Group: A Comparison of Two Doses of Aspirin in Patients after a Transient Ischemic Attack or Minor Ischemic Stroke. *N Engl. J. Med.* 325: 1261–1266, 1991.

University Department of Neurology, University Hospital Utrecht, PO Box 85500, N-3508 GA Utrecht, Niederlande.