



Varia

Fazit nach einem Jahr einer liberalen Regelung des Abortes im Staate New York

F. K. Beller, New York

Am 1. Juli 1970, also vor 1½ Jahren, trat im Staat New York ein neues liberales Abtreibungsgesetz in Kraft. Ähnliche Gesetze wurden in anderen Staaten, z. B. Hawaii und Oregon, erlassen, die sich von dem New Yorker Gesetz dadurch unterscheiden, daß ein 6wöchiger bis 3monatiger Aufenthaltsnachweis verlangt wird. In New York wurde dieses Gesetz mit einer Stimme Mehrheit angenommen. Der betreffende Senator hatte zuerst mit „Nein“ gestimmt, dann aber seine Stimme zurückgezogen und unter erheblichen Emotionen mit „Ja“ gestimmt. Er wurde im folgenden Jahr in seinem vorwiegend katholischen Wahlkreis abgewählt. Der Hinweis auf die eine Stimme Mehrheit scheint angebracht, wenn man die Konsequenzen bedenkt, die diese Stimme zur Folge hatte.

Gesetzentwürfe, die etwa dem gegenwärtigen deutschen Entwurf entsprechen (bedingte Unterbrechung bei genetischen Defekten, Jugendlichen und Vergewaltigungen), wurden in den Jahren vor dem 1. Juli 1970 mehrfach abgelehnt. Das ursprüngliche Gesetz im Staate New York entsprach etwa dem deutschen Paragraphen 218. Allerdings wurde das Gesetz mit Übereinstimmung der Staatsanwälte schon seit Jahren durchbrochen, wenn die Geburt eines geschädigten Kindes mit Sicherheit zu erwarten war (z. B. Rubella-Infektion), obwohl dies nicht im Gesetz vorgesehen war. Die Unterbrechung wurde dann durch ein Abortion-Committee des betreffenden Hospitals abgesichert. Im Laufe der Zeit wurde das Gesetz weiter durchlöchert und zur Farce durch psychiatrische Gutachten, die die psychische Gefahr für das Leben der Mutter konstatierten. Dies führte schließlich dahin, daß lediglich die Unbemittelten weiterhin beim Pfscher endeten.

Das neue Gesetz sieht vor, daß Aborte bis zur 24. Woche (!) nach Übereinstimmung zwischen Arzt und Patientin vorgenommen werden können. In dem Gesetz fehlen nähere Ausführungsbestimmungen.

Ob der Abort z. B. durch einen Facharzt vorgenommen werden muß, blieb offen. Diese Bestimmungen wurden den

Gesundheitsbehörden der Städte und Gemeinden überlassen. Das Health Department der Stadt New York schreibt vor, daß der Abort von einem Facharzt (FACOG oder FACS) oder einem Arzt mit entsprechender Ausbildung durchgeführt oder zumindest überwacht werden muß. Die Räumlichkeiten, in denen Aborte durchgeführt werden dürfen, haben eine vorgeschriebene Größe und Einrichtung. Unter anderem wird verlangt, daß eine Blutbank vorhanden ist und ein Operationstisch, auf dem dringliche Operationen vorgenommen werden können. Die Größe der Aufzüge ist ebenso vorgeschrieben wie die Zahl des Hilfspersonals. Darüber hinaus muß eine solche Abortionsklinik ohne Betten im Radius von 10 Autominuten eines Krankenhauses liegen, das sich verpflichtet hat, Dringlichkeitsfälle sofort aufzunehmen.

Im Augenblick bestehen 16 solcher Abortionskliniken in der Stadt New York. Darüber hinaus werden Aborte in allen größeren Krankenhäusern durchgeführt. Bezüglich der Technik der Unterbrechung werden die Aborte in 3 Gruppen eingeteilt: 1. Frühe Aborte, bis zur 8. Woche, werden in sogenannten „Outpatient“-Programmen abgefertigt. Die Patientin kommt morgens ins Hospital, wird mittels Saugkürettage abortiert und geht am Nachmittag wieder nach Hause. Der Eingriff wird entweder unter Lokalanästhesie oder allgemeiner Narkose durchgeführt. 2. Schwangerschaften zwischen der 8. und 12. Woche werden entweder wie die Frühaborte in „Outside“-Programmen durchgeführt, oder die Patientin wird am Nachmittag aufgenommen, die Schwangerschaft am nächsten Morgen durch Saugkürettage unterbrochen, und die Patientin wird am Nachmittag oder nächsten Morgen nach Hause entlassen. 3. Schwangerschaften nach der 12. Woche werden in der Mehrheit in einem Hospital durch Instillation von 20% Kochsalz in die Amnionhöhle unterbrochen. Die Patienten abortieren dann spontan 15 bis 60 Stunden später. Einige Kliniken haben sich darauf spezialisiert, die Salzinstitution ambulant vorzunehmen und die Patientin anzuweisen, zur Ausstoßung in ein Hospital zu gehen. Manche Hospitäler

Liberaler Regelung des Abortes im Staate New York

restriktieren diesen Eingriff bis zur 20. Woche, obwohl das Gesetz ihn bis zur 24. Woche erlaubt. Bei Mehrgebärenden, die gleichzeitig eine Sterilisation wünschen, wird im allgemeinen die Hysterektomie mit Tubenligatur durchgeführt.

Einige statistische Zahlen von einem Jahr Erfahrung mit dem neuen Gesetz liegen jetzt vor. Für jeden Abort muß ein Formblatt, ähnlich einer Todeserklärung, ausgefüllt werden. Aufgrund dieser Berichte wird dann vom Department of Health die Statistik erstellt. Daraus ergibt sich, daß in der Stadt New York allein in dem einen Jahr 160 000 Aborte durchgeführt wurden. 60% kamen von außerhalb des Staates. Damit ist New York, wie vorauszusehen war, zur Abortionsmetropole Amerikas geworden. Das Verhältnis von Geburten zu Aborten liegt bei 1:1. Interessanterweise sank die Anzahl an Schwangerschaften mit 16,8/1000 Lebendgeburten nur unwesentlich gegenüber dem Vorjahr (17,3/1000). Dies ist möglicherweise durch die hohe Zahl an Aborten erklärt, die von außerhalb des Staates New York kommen.

Erwartungsgemäß ist die mütterliche Sterblichkeit gegenüber dem Vorjahr abgesunken, und zwar auf die Hälfte (2,5/100 000). Unerwartet jedoch sank auch die kindliche Mortalität auf 16/1000 Lebendgeborene. Es wird daher die interessante Frage diskutiert, ob möglicherweise Schwangerschaften abortiert wurden, die als spätere Risikogeburten die kindlichen Mortalitätszahlen beeinflusst hätten. Die Anzahl von fieberhaften Aborten wurde um 40% vermindert, und die Anzahl von septischen Aborten sank erheblich; Todesfälle sind Ausnahmen geworden.

Dem stehen die Komplikationen gegenüber. Die Anzahl von schweren Komplikationen (die Definition soll in diesem Zusammenhang nicht erfolgen) nach Aborten bis zur 12. Woche betrug 0,1%, nach der 12. Woche 20%. Insgesamt wurden 16 Todesfälle registriert. In der Tat liegen die Morbidität und die Mortalität jedoch erheblich höher, da bei den 60% „Out of State“-Patienten eine Nachuntersuchung nicht erfolgen kann. Auf Kongressen und Tagungen hört man von Kollegen Berichte über Frauen, die in New York abortiert und dann in ihren Heimatstaaten mit schweren Komplikationen weiterbehandelt werden mußten. Wenn z. B. einige Abortzentren von 10 000 Aborten ohne Zwischenfälle berichten, dann zeigt dies nur einen Mangel an Kritik. Die Patienten werden entlassen und finden sich dann prompt in den Hospitälern ein, um ihre Komplikationen behandeln zu lassen. In der Tat ergeben die Zahlen von Tietze, der im Population Council die Aborte in 10 Hospitälern mit Nachfolgeuntersuchungen registriert, daß die Komplikationsrate gegenüber den Zahlen des Department of Health of the City of New York in allen Gruppen um eine Zehnerpotenz höher liegt (z. B. „Salting out technique“ 22,1%). Über Spätkomplikationen, wie Eierstocksentzündungen und Infertilität, als Folge des Abortes liegen vorläufig keinerlei Zahlen vor.

Als Folge des neuen Gesetzes hatten sich eine Reihe von Begleiterscheinungen ergeben, die man kaum als erfreulich bezeichnen kann. Wenn man von der Argumentation über den Wert und Unwert von neuem Leben einmal absieht, dann gibt es einen gewichtigen Grund, Eingriffe nach der 12. Woche auf ein Minimum zu beschränken. Nach der 12. Schwangerschaftswoche steigen die Risiken der Methoden zur Unterbrechung an. Von einer sicheren Methode läßt sich dann nicht mehr sprechen. Die Komplikationen der am häufigsten verwandten „Salting out“-Methode beginnen sich gerade erst

abzuzeichnen. So wurden von Stander et al. und unserer Gruppe gezeigt, daß nahezu alle Frauen eine Verbrauchskoagulopathie entwickeln, die die hämorrhagischen Zwischenfälle post abortum erklärt.

Ein weiteres Problem, das für die medizinische Ethik von größter Bedeutung ist, betrifft die Lebendgeburten. Feten, die nach Einleitung mittels hochprozentiger Salzinjektion oder der Kathetertechnik geboren werden, werden nicht in allen Fällen tot geboren. Mindestens 56 solcher Feten wurden lebend geboren, von denen einer überlebte. Wenn ein Fetus lebend geboren wird, was dann? Ist der betreffende Arzt oder die Schwester verpflichtet, dieses neugeborene Leben mit allen Mitteln zu erhalten oder mit allen Mitteln zu töten? Schließlich wurde ja mit der Patientin ein Dienstvertrag geschlossen, nach dem der Arzt die Schwangerschaft beendet. Es ist erschreckend, wie selten diese Frage im Kollegenkreis diskutiert wird. Damit kommen wir zum nächsten Problem, nämlich dem „großen Geschäft“. Dem Verfasser sind in New York mindestens 3 Hospitäler bekannt, die bankrott waren. Sie haben sich in einem Jahr erholt und florieren heute als Abortmühlen. Durchführung bis zu 100 Aborten am Tage, von morgens 9 Uhr bis abends 6 Uhr, und das an jedem Tag der Woche, mit Ausnahme der Sonntage, ergibt eine beachtliche Summe. Der Eingriff bis zur 12. Woche kostet je nach Hospital zwischen \$ 100 und \$ 500. Ein Jahresumsatz einer Abortmühle von \$ 8 Millionen wird daher verständlich. Viele unserer Fachgenossen haben sich auf diese ergiebige Geldquelle „spezialisiert“ und beruhigen ihr Gewissen mit der Feststellung, daß sie einer „sozialen Pflicht“ gehorchen. Diese Zahl von Unterbrechungen kann natürlich von einzelnen Individuen gar nicht geschafft werden. Daher wurden Gesellschaften gegründet, die dann auch Reklame betreiben können (was dem Arzt verboten ist). Die Gesellschaft stellt Ärzte an, die stundenweise bezahlt werden (pro Stunde \$ 40–100). Ärzte in der Ausbildung, sog. Residents, füllen damit ihre Freizeit aus (sog. Moonlighting), aber auch Professoren mit internationalem Namen entziehen sich dieser „sozialen Pflicht“ nicht. Andere Partner partizipieren ebenfalls am Geschäft: Taxichauffeure, Hotels, Airlines, und vor allem Vermittlungsagenturen. Diese wurden zwar kürzlich gesetzlich verboten, betreiben jedoch insgeheim weiter ihr schmutziges Geschäft.

Eine der zwangsläufigen Fragestellungen des neuen Gesetzes ist diejenige, ob man sich als Gynäkologe dem Gesetz entziehen kann. Zwar wird niemand durchs Gesetz verpflichtet, Aborte auszuführen. Kann sich jedoch derjenige, der für ein großes Cityhospital mitverantwortlich ist, der Pflicht entziehen, ein Abortprogramm aufzuziehen? Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Abweisung armer Patientinnen, die in den Cityhospitälern frei behandelt werden, zum Pfscher treibt. Zweifellos besteht in diesem Zusammenhang eine soziale Verpflichtung. Das hat zur Folge, daß nicht einmal alle Katholiken die logische Konsequenz ziehen und kündigen, was in vielen Fällen auch die Kündigung der akademischen Position zur Folge hätte. Und so finden sich in New York viele ambivalente Fachgenossen, die persönlich mit dem Geschäft nichts zu tun haben wollen. Sie finden es abstoßend und fühlen sich doch verpflichtet, dem Gesetz Genüge zu tun, indem sie Abtreibungsprogramme leiten, aber nicht selbst ausführen. Dies ist eine der vielen Kehrseiten eines solchen Gesetzes, über die nachzudenken sich lohnt.

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. Fritz K. Beller, 550 First Avenue, New York 10016, USA.)