

c 3117

Redaktion
Prof. Dr. L. Beck, Düsseldorf (Schriftleitung)
Prof. Dr. D. Berg, Amberg
Prof. Dr. F. Leidenberger, Hamburg
Prof. Dr. A. Pfeleiderer, Freiburg

(Für den Berufsverband der Frauenärzte e.V.)
Prof. Dr. M. Link, Dresden
Dr. A. Malter, München

Die Beiträge der Rubrik „Weiterbildung“ sollen dem Wissensstand zur Facharztprüfung für den Gynäkologen entsprechen und zugleich dem Facharzt als Repetitorium dienen. Die Rubrik beschränkt sich auf klinisch gesicherte Aussagen zum Thema.

Schwangerschaftsabbruch aus rechtlicher und ärztlicher Sicht

Nach dem preussischen Strafgesetzbuch (1851) und dem Reichsstrafgesetzbuch (1871) wird im § 218 der Abbruch als Tötungsdelikt aufgeführt und mit Zuchthaus bestraft. Eine medizinische Indikation gibt es in Deutschland seit der Reichsgerichtsentscheidung vom 11. März 1927, wo entschieden wurde, „daß die Schwangerschaftsunterbrechung (Abbruch) nicht rechtswidrig sei, wenn sie das einzige Mittel ist, um die Schwangere aus einer gegenwärtigen Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitschädigung zu befreien.“

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg bis 1974 galt in der BRD die medizinische Indikation, beurteilt durch Gutachterstellen bei den Ärztekammern. Das Bundesverfassungsgericht hat 1975 zur Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruches festgestellt, daß Straffreiheit bei folgenden Indikationen besteht:

- bei der medizinischen Indikation mit vitaler Gefährdung von Gesundheit und Leben der Mutter
- beim Vorliegen einer Vergewaltigung
- aus eugenisch-kindlicher Indikation bis 22 Schwangerschaftswochen (SSW) post conceptionem (p.c.) oder bis 24 SSW post menstruationem (p.m.), wenn eine schwere Störung der kindlichen Entwicklung vorliegt und der Mutter das Austragen der Schwangerschaft nicht zugemutet werden kann
- bei sozialer Notlage bis 12 Wochen p.c. bzw. 14 SSW p.m.

Mit der Wiedervereinigung Deutschlands war eine neue Regelung erforderlich, da in der früheren DDR ein Abbruch bis 12 SSW entsprechend dem Willen der Frau ohne Beratung kostenfrei durchgeführt werden konnte und für den Arzt de facto keine Freistellungsklausel bestand.

Derzeitige rechtliche Regelung

Nach dem Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 28.05.93 und der Neufassung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) vom 21.08.95 ist der Abbruch nach § 218, Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (StGB) nicht rechtswidrig, wenn eine ► **medizinische Indikation** vorliegt. Die frühere kindliche (embryopathische) Indikation ist weggefallen. Eine Fristsetzung existiert nicht. Ein Abbruch aufgrund einer ► **kriminologischen Indikation** ist in den ersten 12 Wochen p.c. ebenfalls nicht rechtswidrig.

Ein Abbruch innerhalb der ersten 12 Wochen p.c. im Sinne einer Fristenlösung ist auch ► **ohne Vorliegen einer Indikation** möglich, wenn sich die Schwangere von einer staatlich anerkannten Stelle (nach Abschn. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)) beraten läßt. Der indikationslose Abbruch ist rechtswidrig; er wird aber strafrechtlich nicht verfolgt. Hieraus folgt, daß keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse für den Eingriff besteht. Soweit eine Frau die Kosten nicht selbst

- **Medizinische Indikation**
- **Kriminologische Indikation**
- **Ohne Indikation**

Der indikationslose Abbruch ist immer in den ersten 12 SSW p.c. nach Beratung rechtswidrig; er wird aber strafrechtlich nicht verfolgt.

► Schutzpflicht des Arztes

► Abtreibung als grundsätzlich rechtswidrige Tötung

► Schutzkonzept für das Kind

► Besondere Sorgfaltspflicht

Pflichtberatung:

Im Ergebnis offen, jedoch zielgerichtet.

Die Aufklärung vor dem Eingriff muß auch den Umstand ansprechen, daß menschliches Leben getötet wird.

Mit der Streichung der embryopathischen Indikation findet die Kindesindikation de facto Eingang in die mütterlich-medizinische Indikation.

übernehmen kann, sind Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz möglich. Es besteht Anspruch auf Lohnfortzahlung.

Voraussetzungen für die Straffreiheit des Abbruchs in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft nach Beratung sind, daß

- die Schwangere den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 StGB nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens 3 Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,
- der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird – der Arzt, der den Abbruch vornimmt, ist als Berater ausgeschlossen – und
- seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind.

Konsequenzen für Ärzte/Ärztinnen aus rechtlicher und medizinischer Sicht

„Jeder hat ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (GG Art. 2 Abs. 2). Der Zweite Senat des BVerfG hat mit seinem Urteil vom 28.05.93 festgestellt, daß der Abbruch für die ganze Dauer der Schwangerschaft – mit Ausnahme der medizinischen sowie kriminologischen Indikation – grundsätzlich als Unrecht, also rechtswidrig, angesehen wird und deshalb rechtlich verboten bleiben muß. Aus dem Grundgesetz leitet sich auch die Menschenwürde und die ► **Schutzpflicht des Arztes** gegenüber dem elementaren unveräußerlichen Lebensrecht des Ungeborenen ab. Eine nicht rechtswidrige Fristenlösung wurde verworfen und die Bewertung der ► **Abtreibung als grundsätzlich rechtswidrige Tötung** menschlichen Lebens erneut festgeschrieben.

Pflichtberatung

Als wesentliche Voraussetzung des ► **Schutzkonzeptes für das Kind** gilt die Pflichtberatung; sie soll im Ergebnis offen, jedoch auf das Ziel gerichtet sein, zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und das familiäre sowie das soziale Umfeld in die Verantwortung mit einzubeziehen.

Damit wird dem Arzt eine ► **besondere Sorgfaltspflicht** bei der Prüfung der Voraussetzung für den Abbruch auferlegt. Er muß sich über das vorangegangene Beratungsverfahren informieren und sich die Gründe der Frau für ihren Entschluß zum Abbruch erläutern lassen, das Alter der Schwangerschaft genau bestimmen und dokumentieren. Er kann zur Mitwirkung am Schwangerschaftsabbruch nach § 12 SchKG nicht gezwungen werden, außer wenn keine andere Möglichkeit besteht, um von der Frau die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden. Die Aufklärung vor dem Eingriff darf sich nicht nur auf die medizinischen Details der somatischen und psychischen Risiken beschränken, sondern muß auch den Umstand ansprechen, daß menschliches Leben getötet wird.

Der Abbruch aus medizinischer und kriminologischer Indikation erfolgt ohne Pflichtberatung.

Die medizinische Indikation

Bei der Regelung bis zum 01.10.95 (§ 218 StGB, Abs. 2 Nr. 1) wurde bei der embryopathischen Indikation gefordert, daß nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind in Folge Erb-anlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht zugemutet werden kann. Mit der Streichung der embryopathischen Indikation findet die Kindesindikation Eingang in die mütterlich-medizinische Indikation, jedoch ohne ausdrücklichen Verweis auf nicht behebbare Schädigungen des Kindes, sondern unter Bezugnahme auf die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren. Der Abbruch ist straffrei, nicht rechtswidrig und somit Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auch im reformierten § 218 a nach dem 01.10.95 bestehen das Lebensrecht und der Würdeanspruch des Ungeborenen, unter Umständen behinderten Kindes un-

Bei der einigen Fällen der medizinischen Indikation ist es nicht das Ziel, die Mutter vor einer unmittelbaren medizinischen Bedrohung ihrer Gesundheit durch die Schwangerschaft zu schützen, sondern eine in der Regel gesunde Mutter für die Phase nach der Geburt von der Last des geschädigten und/oder behinderten Kindes zu befreien.

eingeschränkt fort. Die Qualität des Lebens steht nicht zur Diskussion und Disposition. Dem Gesetzgeber war bewußt, daß weder die Gewißheit noch die Möglichkeit einer schweren Behinderung nach der Wertordnung des Grundgesetzes rechtfertigen würde, dem Menschen sein Lebensrecht abzusprechen. Es umgeht das Problem der Selektion, indem es auf die Gesundheitsgefährdung der Schwangeren abhebt. Dieses Bewußtsein soll durch den Wegfall der embryopathischen Indikation geschärft werden und somit gleichzeitig den von den Behindertenverbänden vorgebrachten Vorwürfen der Diskriminierung entgegengetreten werden.

Bei den Fällen der medizinischen Indikation, die die Fälle der alten embryopathischen Indikation betreffen, ist es also nicht das Ziel, die Mutter vor einer unmittelbaren medizinischen Bedrohung ihrer Gesundheit durch die Schwangerschaft zu schützen, sondern eine in der Regel gesunde Mutter für die Phase nach der Geburt von der Last des geschädigten und/oder behinderten Kindes zu befreien [4]. Dieses Ziel könnte auch durch die Tötung des Kindes nach der Geburt erreicht werden, was jedoch strafrechtlich verfolgt würde, da die Geburt eine juristische Zäsur darstellt. Die Tötung eines als krank diagnostizierten Kindes bedeutet, daß bei einem Abbruch aus Kindesindikation immer auch eine Selektion durch aktive Tötung geschieht, die intrauterin juristisch akzeptiert und ärztlich praktiziert wird.

Exkurs

„Das Kind als Schaden“ („wrongful life“)

Auf Ärzte, die humangenetische oder pränataldiagnostische Beratungen durchführen, Sterilisationen oder Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, können unter bestimmten Bedingungen Schadensersatzansprüche seitens der Eltern eines geborenen Kindes zukommen. In diesem Zusammenhang wird oft von dem „Kind als Schaden“ oder „wrongful life“ gesprochen, da das Kind entweder nicht gezeugt worden wäre, nicht die Möglichkeit hätte haben dürfen gezeugt zu werden oder nicht hätte ausgetragen werden sollen, und nun Unterhaltsaufwendungen entstehen.

Das Kind als Schaden bzw. Schadensquelle zu qualifizieren und damit ein Unwert-Urteil zu fällen, widerspricht Art. 1 GG und darf auch nach dem Urteil des BVerfG vom 28.05.93 von Verfassungs wegen nicht in Betracht gezogen werden. Laut 2. Senat des BVerfG verbietet es sich deshalb auch, die Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen, auch wenn das Verhältnis zwischen Arzt und Frau beim Schwangerschaftsabbruch als wirksamer Vertrag ausgestaltet ist und grundsätzlich vertrags- und deliktsrechtliche Sanktionen auslösen soll. Der 1. Senat des BVerfG hat in seinem Urteil vom 16. Dezember 1997 dieser Auffassung widersprochen und die Verfassungsbeschwerden zweier Ärzte zurückgewiesen, die wegen mißlungener Sterilisation bzw. fehlerhafter genetischer Beratung zu Schadensersatz verurteilt worden waren.

Die Rechtsprechung verfährt hier folgendermaßen (s. BGH-Urteil vom 16.11.93 in NJW 1994, 788-793): Bei fehlerhafter genetischer Beratung, die zur Geburt eines genetisch behinderten Kindes geführt hat, können die Eltern von dem beratenden Arzt im Wege des Schadensersatzes den vollen Unterhaltsbedarf des Kindes verlangen, wenn sie bei richtiger und vollständiger Beratung von der Zeugung des Kindes abgesehen hätten. In den Fällen einer aus ärztlichem Verschulden mißlungenen Sterilisation sowie eines verhinderten oder mißlungenen Schwangerschaftsabbruches aus embryopathischer Indikation (zum Zeitpunkt des Urteils galt § 218 a. F.; Anm. der Verf.) kann der ärztliche Vertragspartner auf Schadensersatz wegen der Unterhaltsbelastung der Eltern durch das Kind in Anspruch genommen werden.

Deutsch empfiehlt eine Verwendung des Schadensbegriffs derart, daß das Kind kein Schaden sei, wohl aber die aus einer schuldhaften Verletzung des Behandlungsvertrages sich ergebende Belastung mit einem übermäßigen Unterhalt.

Indikation des Schwangerschaftsabbruchs

Nach der medizinischen Indikation ist ein Abbruch möglich, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Schwangeren abzuwenden. Durch die verbesserten medizinischen Möglichkeiten hat die Zahl der Erkrankungen, die einen Abbruch

Man wird sich immer wieder die Frage stellen müssen, ob der Abbruch tatsächlich eine Konfliktlösung herbeiführen kann oder selbst einen schweren Konflikt bewirkt.

► **Abbruch im Rahmen der Pränatalmedizin**

► **Interdisziplinäres Gespräch**

Die Möglichkeiten der intrauterinen bzw. postnatalen Möglichkeiten der Therapie bleiben weit hinter den Fortschritten der pränatalen Diagnostik zurück.

► **Meldepflicht an das Statistische Bundesamt**

- **Mechanische Dilatation mit Hegar-Stiften**
- **Prostaglandine**
- **Saugkürettage**
- **Kürettage mit der stumpfen Kürette**

► **Ultraschallkontrolle**

► **Sulproston**

- **Gemeprost**
- **Mifepriston**

► **Gynäkologische Risiken**

rechtfertigen, erheblich abgenommen. Die Mehrzahl der Abbrüche resultiert aus einer schweren psychosozialen Notlage (s. Schwangerschaftskonfliktberatung). Dabei wird man sich immer wieder die Frage stellen müssen, ob der Abbruch tatsächlich eine Konfliktlösung herbeiführen kann oder selbst einen schweren Konflikt bewirkt.

Von der Zahl her bedeutend geringer, aber von der Indikation besonders schwierig ist der ► **Abbruch im Rahmen der Pränatalmedizin**, wenn durch eine Chorionzottenbiopsie, eine Fruchtwasseruntersuchung oder im Ultraschall eine schwere kindliche Erkrankung diagnostiziert wird. In diesen Fällen führen meist beide Partner mit den sie betreuenden Ärzten Gespräche über die Beurteilung der fetalen Erkrankung und die Lebensaussichten des Kindes nach der Geburt, wobei die Befunde des Humangenetikers und die Bewertung des Pädiaters im ► **interdisziplinären Gespräch** eine wichtige Rolle spielen.

Für den Gynäkologen kann diese Situation besonders belastend sein, da die Möglichkeiten der intrauterinen bzw. postnatalen Möglichkeiten der Therapie weit hinter den Fortschritten der pränatalen Diagnostik zurückbleiben. Die Indikation zu einem Abbruch ist zur Zeit nicht zu stellen, wenn die pränatal erkennbare genetische Erkrankung sich erst nach vielen Lebensjahren manifestiert (z.B. beim Morbus Huntington).

Bei der derzeitigen Gesetzgebung kann auch die Situation eintreten, daß das Kind bei einem späteren Abbruch jenseits der 24. SSW lebend zur Welt kommt und Kinderärzte dieses in einer neonatologischen Intensivereinheit behandeln müssen. So muß der Arzt/die Ärztin bei der medizinischen Indikation bei konkreten ethischen Entscheidungen im Sinne der Güterabwägung auf das ärztliche Gewissen als letzte Instanz zurückgreifen. Dabei ist der Arzt auch nach seiner Berufsordnung gehalten, menschliches Leben zu schützen und zu erhalten (vgl. hierzu insbes. [23]).

Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

In Deutschland muß der Abbruch entweder in einem Krankenhaus oder in einer angemeldeten Praxiseinrichtung vorgenommen werden. Es besteht eine ► **Meldepflicht an das Statistische Bundesamt** ohne Mitteilung des Patientennamens.

Einzeitige Entleerung des graviden Uterus

Die Entleerung des Uterus bis zur abgeschlossenen 14. SSW p.m. erfolgt nach Dilatation des Zervikalkanals mittels einer Kürettage. Um die ► **mechanische Dilatation mit Hegar-Stiften** zu erleichtern und evtl. traumatische Folgen zu vermeiden, ist es angeraten, zunächst zur „Erweichung“ der Zervix ► **Prostaglandine** intravaginal oder intrazervikal zu applizieren. Mehrere Stunden danach kann eine ► **Saugkürettage** oder eine ► **Kürettage mit der stumpfen Kürette** durchgeführt werden. Dabei besteht die Gefahr einer Perforation des weichen Uterus. Auch müssen die Basalschichten des Endometriums geschont werden. Vor dem Eingriff muß ein Ultraschallbefund vorliegen. Der Eingriff erfolgt in der Regel in Allgemeinnarkose durch einen in der Narkose ausgebildeten Arzt. Postoperativ ist eine ► **Ultraschallkontrolle** angezeigt.

Ein Abbruch kann aber auch durch Medikamente durchgeführt werden; im deutschsprachigen Raum sind Gemeprost und ► **Sulproston** zugelassen. Durch eine zwei- bis dreimalige i.m. Injektion von 500 µg Sulproston (Nalador®, synthetisches PGE₂-Analogon) oder ► **Gemeprost** (synthetisches PGE₁-Analogon) als vaginal-suppositorium kann ein Abort ausgelöst werden. ► **Mifepriston** (RU 486, Mifegyn®, Progesteron-Rezeptorantagonist) wird oral verabreicht, 36 bis 48 Stunden danach wird ein PG-Analogon verabreicht.

Die ► **gynäkologischen Risiken** des instrumentellen Eingriffes sind: Zervixrisse, Perforation des Uterus, postoperative Entzündungen mit Myometritis und Adnexitis. Bei Schwierigkeiten bei der Entleerung des Uterus mit Verdacht auf größere Plazentaresten oder gar Zurücklassung der Frucht ist unmittelbar nach dem Eingriff eine Ultraschalluntersuchung angezeigt. Bei einem komplikationslosen Eingriff ist es angeraten, im Hinblick auf die möglichen postoperativen Komplikationen 7 bis 10 Tage danach eine gynäkologische Nachuntersuchung vorzunehmen.

Die Sensibilität des Myometriums und auch der Zervix gegenüber Prostaglandinen nimmt mit fortschreitender Schwangerschaft zu.

► Sulproston

► Gemeprostat

► Kontraindikation für die Prostaglandinanwendung

► Häufigkeit

In 0,2-3 % ist mit ernststen Komplikationen zu rechnen.

► Frühkomplikationen

► Spätkomplikationen

► Psychische Spätkomplikationen

Die Beratung übernimmt die Funktion, die zuvor die Strafandrohung erfüllen sollte.

Der Beratung wird die zentrale Aufgabe des Lebensschutzes übertragen.

► Lebensrecht

► Persönlichkeitsrecht

Zweizeitiges Vorgehen nach 14 SSW p.m.

Bei dem zweizeitigen Vorgehen im 2. und 3. Trimenon wird zunächst die spontane Geburt der Frucht durch die Gabe von Prostaglandinen angestrebt und danach eine Ausschabung durchgeführt. Dabei ist im Hinblick auf die Wirkung und Dosis der Prostaglandine das Gestationsalter zu berücksichtigen. Die Sensibilität des Myometriums und auch der Zervix gegenüber Prostaglandinen nimmt mit fortschreitender Schwangerschaft zu.

Die intravenöse Gabe von ► **Sulproston** führt innerhalb von 24 Stunden in 60 bis 90 % der Fälle zu einer Abortinduktion. Die Häufigkeit von Nebenwirkungen ist erheblich. Die vaginale Applikation von ► **Gemeprostat** erfolgt in dreistündigen Intervallen bis zu einer Gesamtdosis von 5 Suppositorien in 24 Stunden.

Als ► **Kontraindikation für die Prostaglandinanwendung** gelten: PG-Allergie, Colitis ulcerosa, Glaukom, Status asthmaticus, Epilepsie.

Komplikationen des Schwangerschaftsabbruchs

► **Häufigkeit:** In 0,2 - 3 % ist mit ernststen Komplikationen zu rechnen. Entscheidend dafür sind das Schwangerschaftsalter und die Methode des Abbruchs. Nach der 8. SSW steigt die Morbiditätsrate deutlich an. Auch aus diesem Grunde ist eine gynäkologische Kontrolluntersuchung nach dem Abbruch in jedem Falle angezeigt.

► **Frühkomplikationen:** Unmittelbar mit dem Eingriff verbunden sind Blutungen, Uterusperforation, Zervixrisse, Narkosezwischenfälle und Gerinnungsstörungen (Fruchtwasserembolie) insgesamt in etwa 1,5 % der Fälle. Danach können weiterhin Blutungen mit und ohne Plazentaresten im Uterus sowie Entzündungen des Uterus und der Adnexe mit dem Risiko einer späteren Sterilität eintreten.

► **Spätkomplikationen** sind neben einer höheren Rate von Eileiterschwangerschaften vor allem Frühgeburten infolge einer Zervixinsuffizienz. Besondere Beachtung erfordert eine mögliche Anti-D-Sensibilisierung bei Rhesus-negativen Frauen. Auch bei einem frühen Abbruch ist die Sensibilisierung der Mutter möglich, so daß Gaben von Anti-D-Gammaglobulin erforderlich sind.

► **Psychische Spätkomplikationen:** Schwangerschaftsabbrüche können psychische – wie Depression, Suizidimpulse, psychotische Episoden – und/oder körperliche Symptome hervorrufen. Zahlreiche Frauen, die in einer tragfähigen Partnerschaft mit einer hilfreichen familiären Beziehung leben, bewältigen einen Abbruch ohne psychologische Hilfe. Bei Frauen mit einer ausreichenden Ich-Stärke kann die Trauer nach zwei bis drei Wochen abklingen. Dies trifft für gut 50 % der betroffenen Frauen zu. Langfristig zeigen 80 % der Frauen eine günstige Verarbeitung des Abbruchs und bei 20 % resultiert eine psychische Irritation. Von diesen zeigen etwa 10% schwere anhaltende Störungen [15].

Schwangerschaftskonfliktberatung

Dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) vom 21.08.95 liegt eine Fristenregelung mit Beratungspflicht zugrunde. Demnach übernimmt die Beratung die Funktion, die zuvor die Strafandrohung erfüllen sollte: Sie soll den Schutz des ungeborenen Lebens gewährleisten, zu dem der Staat nach Art. 2 Abs. 2 GG verpflichtet ist: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“. So wird der Beratung die zentrale Aufgabe des Lebensschutzes übertragen. Dies geschieht in der Annahme, daß das ungeborene menschliche Leben in der Frühphase der Schwangerschaft nur mit der Frau und nicht gegen sie zu schützen ist. Der Frau soll durch die Beratung geholfen werden, die Schwangerschaft fortzusetzen und eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Der Abbruch soll nach der Rechtsordnung nur dann straffrei bleiben, wenn der Frau eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, daß sie die zumutbare Obergrenze übersteigt (§ 219 StGB).

Die Beratung hat darauf einzugehen, daß unterschiedliche Rechtsgüter kollidieren: das ► **Lebensrecht** des Ungeborenen einerseits und das der Schwangeren (Art. 2 Abs. 2 GG) und ihr ► **Persönlichkeitsrecht** andererseits. Bei dem Kind geht es um den fundamentalen Anspruch überhaupt das Recht auf Leben zu haben. Bei der Mutter geht es nicht nur um das Austragen und Gebären des Kindes, sondern eine

► **Loyalitäts- und/oder Identitätskonflikt**

Es soll in der Beratung kein Rechtfertigungsgrund für einen Abbruch festgestellt werden.

► **Beratungsbescheinigung**

Der Arzt wird als erster bei einer eventuellen Schwangerschaft konsultiert.

Es wird vom Arzt keine „Feststellung und Beurteilung einer Indikation“ verlangt.

darüber hinausgehende Handlungs-, Sorge- und Einstandspflicht nach der Geburt über viele Jahre. Aus der Vorausschau der damit verbundenen Belastungen können schwere, unter Umständen auch lebensbedrohliche Konfliktsituationen entstehen, „die ein solches Maß an Aufopferung eigener Lebenswerte verlangen, daß dies von der Frau nicht erwartet werden kann“ (BVerfG, NJW 1993, 1751 Leitsatz 7).

Nach Berichten aus der Beratungspraxis „haben Schwangerschaftskonflikte, die schließlich zum Schwangerschaftsabbruch führen, ihre Ursache zu einem erheblichen Teil nicht primär in wirtschaftlich-sozialen Notlagen, sondern in gestörten Partnerschaftsbeziehungen, in der Ablehnung des Kindes durch den Vater oder die Eltern der Frau sowie in einem Druck, der von diesen ausgeübt wird“ (BVerfG, NJW 1993, 1764).

Der Schwangerschaftskonflikt kann als ► **Loyalitäts- und/oder Identitätskonflikt** beschrieben werden: zwischen der Loyalität der Frau gegenüber dem heranwachsenden Kind und ihrer Loyalität z.B. gegenüber dem Partner, der das Kind ablehnt und den sie zu verlieren befürchtet, oder gegenüber bereits vorhandenen Kindern, denen die Frau meint mit einem weiteren Kind nicht mehr genug Aufmerksamkeit schenken zu können.

Ziel der Beratung ist der Schutz des ungeborenen Lebens. Die Frau trägt nach der Beratung die Letztverantwortung für ihre Entscheidung. Es soll in der Beratung kein Rechtfertigungsgrund für einen Abbruch festgestellt werden, da in der Beratung keine Bewertung stattfindet. Die Beratung soll ermutigen, nicht einschüchtern, Verständnis wecken, nicht belehren, die Verantwortung der Frau stärken, sie nicht bevormunden und stellt somit hohe Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung und an die Personen, die sie durchführen.

Nach erfolgter Beratung erhält die Schwangere eine ► **Beratungsbescheinigung** (§ 7 SchKG). Diese muß mit Namen der Schwangeren und Datum versehen sein, wobei die Schwangere gegenüber der sie beratenden Person anonym bleiben darf.

Im Lande NRW waren Ende 1996 232 Ärztinnen und Ärzte sowie 261 Beraterinnen und Berater nach den gesetzlichen Vorschriften tätig. Von insgesamt 167 Beratungsstellen waren 46 in Trägerschaft weltanschaulich neutraler Verbände (Arbeiterwohlfahrt - AWO 16, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - DPWV/Pro Familia 30), 94 Stellen waren in kirchlicher Trägerschaft, davon 31 in evangelischer und 63 in katholischer. Weitere 25 wurden von Kreisen und kreisfreien Städten sowie 2 von Universitäten getragen.

Die Rolle des Arztes im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung

Der Arzt wird als erster bei einer eventuellen Schwangerschaft konsultiert und in einem ersten Gespräch häufig bereits auf die Konfliktsituation angesprochen. Die erste Konsultation kann richtungsweisend sein, wenn ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen wird, desgleichen die Empfehlung einer geeigneten Beratungsstelle zur weiteren Hilfe, die sich für das Leben des Kindes einsetzt.

Der Arzt ist bei der Beratung, Indikation und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in gesetzliche Vorgaben eingebunden. Der Student hat gemäß der Approbationsordnung im zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung die „Beratung und Beurteilung in Konfliktsituationen, insbesondere medizinische, rechtliche und ethische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs“ zu kennen. Der in der Praxis oder in einem Krankenhaus den Schwangerschaftsabbruch vornehmende Arzt hat zu prüfen, ob sich die Frau hat beraten lassen, ob die Überlegungsfrist zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch gewahrt ist und die Schwangerschaft nicht über die vollendete 12. Woche nach der Empfängnis fortgeschritten ist. Er hat sich darüber hinaus die Gründe mitteilen zu lassen, die die Frau dazu bewegen, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Beziehen sich die Gründe auf den ärztlich überprüfbaren Gesundheitszustand der Schwangeren, so muß der Arzt diesen selbst beurteilen, andersartige Gründe sind vom Arzt nur auf ihre Glaubhaftigkeit hin zu überprüfen. Es wird vom Arzt keine „Feststellung und Beurteilung einer Indikation“ verlangt. Er soll sich nur „ein Bild darüber machen“, „ob er nach seinem ärztlichen Selbstverständnis seine Mitwirkung bei dem von der Frau gewünschten Abbruch verantworten kann“ (BVerfG, NJW 1993, 1751). Der Arzt ist nach ärztlichem Berufsverständnis zum Schutz des Lebens verpflichtet, hat sein ärztliches Handeln zu verantworten und ist nicht Serviceleistender gemäß den Wünschen anderer.

Literatur

1. Beck L (1992) **Zur ärztlichen Bewertung des Schwangerschaftsabbruches.** Der Frauenarzt 33: 279–282
2. Franzki H (1998) **Die Geburt eines Kindes als Schadensquelle und Haftungsgrund.** Gynäkologe 31: 124–128
3. Hepp H (1983) **Schwangerschaftsabbruch aus kindl. Indikation aus der Sicht eines Frauenarztes.** Geburtshilfe Frauenheilkd 43:131–137
4. Hepp H (1996) **Pränatalmedizin und reformierter § 218 a StGB.** Gynäkologe 29: 407–411
5. Hepp H (1996) **Medizinische und ethische Aspekte der Pränatal- und Frühgeburtsmedizin.** Stimmen der Zeit 1996: 651–669
6. Hickl E-J (1998) **Das Kind als Schaden?** Gynäkologe 31:123–124
7. Hiersche H-D (1996) **Der schwere Fruchtschaden als mütterliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.** Gebh Neonat 200: 236–240
8. Molinski H (1980) **Psychische Spätkomplikationen nach Schwangerschaftsabbruch.** In: H A Krone (Hrsg.): Spätkomplikationen nach Schwangerschaftsabbruch, Bamberger Symposien 1980, S. 24–35
9. Molinski H (1983) **Die unbewußte Angst vor dem Kind.** Kindler
10. Molinski H (1985) **Schwangerschaften als Konflikt.** In: Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Springer Berlin Heidelberg New York, S. 67–77
11. Petersen P (1986) **Schwangerschaftsabbruch: Unser Bewußtsein vom Tod im Leben.** Urachhaus, Stuttgart
12. Rath W (1997) **Aktuelles Vorgehen bei der vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigung mit Prostaglandinen im 2. und 3. Trimenon.** Geburtshilfe und Neonatologie 201:39–43
13. Reiter J (1995) **Abtreibung im säkularen Staat.** Stimmen der Zeit 1995: 730–744
14. Royston E (1989) **Deaths from Abortion.** In: Preventing Maternal Deaths. WHO Genf
15. Tröndle H (1995) **Das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz.** NJW 46:3009–3019
16. Van Look P F A., v. Hertzen H (1993) **Demographic Aspects of Induced Abortion.** Current Obstetrics and Gynaecology 3: 2–10
17. Wille R, Barnett W, Freudenberg N (1987) **Nach der Abtreibung - Wie sich Sexualität und Partnerschaft verändern.** Sexualmedizin 16:147–152
18. **Menschenwürde von Anfang an. Die deutschen Bischöfe zur ethischen Beurteilung der Abtreibung.** Herder-Korrespondenz Heft 11, 50. Jahrgang 1996
19. Wollbold A (1995) **Ja zum Kind, aber wie? Eine Antwort der Pastoral auf Schwangerschaftskonflikte.** Stimmen der Zeit 1995: 458–466
20. **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (1997)** Frauenarzt 38:1054–1057
21. Bundesgesetzblatt Nr. 44 (1995) **Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG)**
22. Bundesverfassungsgericht (1993) **Urteil vom 28.05.93 zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches.** NJW 1993, 1751–1779
23. **Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnose. Diskussionsentwurf des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.** (1998) Frauenarzt 39: 321–324
24. Woopen C, Beck L, Hepp H (1998) **Schwangerenberatung – Schwangerschaftskonfliktberatung.** In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik. Thieme, Stuttgart (im Druck)