

Aus der I. Univ.-Frauenklinik in München (Direktor: Prof. Dr. med. J. Zander)

Schwangerschaftsabbruch — Pro und Contra

Von H. Lochmüller

Zusammenfassung: Trotz der nachweisbaren Zunahme von Konzeptionsbewußtsein und Familienplanung liegt die Zahl der illegalen Eingriffe bei unerwünschten Schwangerschaften in der BRD ca. zwischen 100 000 und 300 000 pro Jahr. Die Erfahrungen von Ländern mit weitgehender Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches zeigen neben landesspezifischen Entwicklungen mit hohen Eingriffszahlen als Methode der Geburtenbeschränkung das relativ geringe mütterliche Risiko bei sachgerechtem Vorgehen und die Abnahme schwerer Komplikationen.

Das Abwägen konkurrierender Rechtsgüter mit dem eventuellen Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch als Angriff gegen menschliches Leben erfolgt für den Arzt auf der ihm zugänglichen Ebene „Leben und Gesundheit“.

Die Wahl des Themas „Schwangerschaftsabbruch — Pro und Contra“ geschah im Bewußtsein des emotionsbeladenen Risikos. Ich möchte auch keine programmatischen Lösungsvorschläge entwickeln oder vertreten. Die Vielschichtigkeit des ganzen Problemkreises läßt sich hier nur andeuten. Doch es läßt sich gerade an diesem Beispiel das Spannungsfeld zeigen zwischen objektiven, also wertfreien wissenschaftlichen Aussagen und notwendigem Wertungszwang für die Stellungnahme des einzelnen.

Jeder Arzt, besonders der Frauenarzt, wird sich mit der Frage der provozierten Fehlgeburt, d. h. des Schwangerschaftsabbruches, immer wieder auseinandersetzen müssen. Je nach weltanschaulicher Bindung wird er bei entsprechender Situation einen Schwangerschaftsabbruch befürworten oder ablehnen. Dabei gehen in die Überlegung das Wissen um biologische oder gesundheits-politische Fak-

Herrn Prof. Dr. med. J. Zander in Dankbarkeit gewidmet.

Öffentliche Antrittsvorlesung, gehalten am 20. April 1972 in München.

Summary: Interruption of pregnancy — for and against. In spite of the demonstrable increase in conception consciousness and family planning, the number of illegal operations in unwanted pregnancy is approximately between 100,000 and 300,000 per year in the Federal Republic. The experiences of countries with extensive legalisation of abortion show, in addition to developments specific for the country with large numbers of operations as the method of birth limitation, relatively small maternal risk in suitable procedures and a decrease in severe complications. The weighing of the decision to terminate pregnancy as an attack on human life against the legally protected interests must be done by the doctor in his own sphere of "Life and Health".

ten ebenso ein wie Wertmaßstäbe, die unter anderem geprägt sind durch Erziehung, Ausbildung, Kulturkreis, Weltanschauung usw.

Folgen illegaler Eingriffe

Der Handlungsbereich des einzelnen kann begrenzt werden durch die jeweiligen Rechtsvorschriften. Gerade der Arzt einer Frauenklinik steht immer wieder unter dem Eindruck deprimierender Erlebnisse mit Patientinnen, deren Schwangerschaft unerwünscht ist, und die an den Folgen illegaler Eingriffe zugrunde gehen oder schwere gesundheitliche Schäden davontragen. Die Spanne reicht dabei von Verletzungen im Bereich der Gebärmutter über Läsionen des Darmes bis zu den schweren Bildern des Endotoxinschocks, deren Sterblichkeitsziffer auch heute noch bei 50% liegt.

Vorsichtig geschätzt liegt die Zahl der jährlichen illegalen Abtreibungen zwischen 100 000 und 300 000 in der BRD. Auch die von den Sachverständigen anlässlich des Hearings im Bundestag genannten Zahlen liegen in diesem Bereich. Wenn auch die Dunkelziffer exakt nur schwer zu erfassen ist, so

gibt es doch verschiedene vorurteilsfreie Methoden, eine grobe Hochrechnung zu erstellen. Als Basis können z. B. die Zahlen der mit der Diagnose „Fehlgeburt“ krank geschriebenen Versicherten der Ortskrankenkassen benützt werden. Dabei wird die Relation der Kassenversicherten zur weiblichen Gesamtpopulation im entsprechenden Alter berücksichtigt und 50 bis 90% der Fehlgeburten als „proviziert“ gerechnet.

Ein anderer Weg ist die für bestimmte Zeitabschnitte anonym erfragte Relation Fehlgeburt zu ausgetragener Schwangerschaft, die sich in Notzeiten in Richtung Fehlgeburt verlagert. Diese Verhältniszahl wird für die letzten Jahre mit 1:4 bis 1:7 angegeben, d. h. bei ca. 1 Mill. lebend Geborener jährlich ist mit 150 000 bis 250 000 Fehlgeburten zu rechnen.

Angegebene Größenordnungen wie „Millionen Frauen der BRD leiden jährlich an den Folgen einer Abtreibung“, sind ebenso als Übertreibung erkennbar wie „Zehntausende von Frauen sterben jährlich in der BRD an den Folgen einer illegalen Abtreibung“. Sollen doch in diesen Spekulationen mehr Frauen jährlich an einer Abtreibung sterben, als überhaupt nach dem Statistischen Jahrbuch Frauen im gebärfähigen Alter an allen Todesursachen zusammen in der BRD gestorben sind.

Doch auch die von Mikat angegebene Zahl von 100 bis 500 Todesfällen pro Jahr als Folge einer illegalen Abtreibung im Verein mit der nachgewiesenen Komplikationsrate illegaler Eingriffe und ihrer Spätschäden sind eindrucksvoll genug. Lassen Sie uns einmal bewußt nur die Gefährdung der Frau analysieren und dabei das Ungeborene vernachlässigen.

Dabei stellen sich zwei Fragen:

1. Gibt es eine Möglichkeit, die zum Abbruch der Schwangerschaft entschlossenen Frauen in sachkundige ärztliche Hände zu lenken?
2. Wie hoch ist die Gefährdung einer Frau durch sachgerecht herbeigeführten Abbruch einer Schwangerschaft?

Risiko

des sachgerechten Schwangerschaftsabbruches

Erfahrungen anderer Länder mit völligem oder weitgehendem Aufheben einer Strafandrohung für den Schwangerschaftsabbruch müssen sehr vorsichtig gewertet werden, da u. a. Ausgangssituation, Untersuchungsberichte und Erwartungshorizonte des Berichterstatters einen exakten Vergleich unmöglich machen. Mit einiger Sicherheit läßt sich jedoch aus allen Berichten ableiten:

1. Bis zur 12. Schwangerschaftswoche birgt der sachgerecht ausgeführte Schwangerschaftsabbruch für die Frau nicht mehr Risiko als eine Geburt.

2. Die Komplikationsrate ist korreliert mit dem Alter der Schwangerschaft und der angewandten Methodik.

Bis zur 12. Schwangerschaftswoche wird heute statt einer instrumentellen Ausräumung oder Kürettage des Uterus das Verfahren des „Absaugens mit einem Unterdruckgerät“ angewandt. Je nach Übung des Ausführenden dauert dies 3—5 Minuten. Bei weiter fortgeschrittener Schwangerschaft kommen zu deren Abbruch kompliziertere Verfahren, wie die Instillation von 20%iger Kochsalzlösung durch eine Punktion der Bauchdecke oder die Sectio parva — der kleine Kaiserschnitt — in Frage. Erfahrungen über den Einsatz von Substanzen aus der Gruppe der Prostaglandine liegen zwar vor, doch sind diese Substanzen in Wirkung und Nebenwirkungen noch im Stadium der Erprobung.

3. Die Komplikationsrate des sachgerechten Schwangerschaftsabbruches ist ebenfalls abhängig vom Einsatz der Antibiotika, von der Klinikgröße und von Erfahrung und Frequenz des Operateurs.

4. Spätfolgen sind noch nicht eindeutig abgrenzbar; nach neueren amerikanischen Untersuchungen ist ihre Zahl größer als bisher angenommen.

5. Jedes Berichtsland gewinnt andere, landesspezifische Erfahrungen.

Erfahrungen in anderen Ländern

Das Fehlen einer Strafandrohung ist nur ein Teilaspekt für das Verhalten einer Frau mit unerwünschter Schwangerschaft. Nach Aufhebung der Strafandrohung für den sachgerechten Abbruch einer Schwangerschaft konnten in den osteuropäischen Ländern mehrere Entwicklungsphasen definiert werden.

1. Vor Aufheben der Strafandrohung gab es wenig legale gegenüber vielen illegalen Schwangerschaftsabbrüchen.

2. Nach Aufhebung der Strafandrohung wurde ein Anstieg sowohl des legalen als des illegalen Schwangerschaftsabbruches bemerkt.

Als 3. Phase war ein weiteres Ansteigen des legalen Schwangerschaftsabbruches bei einem Absinken der Frequenz des illegalen Schwangerschaftsabbruches zu bemerken, wobei die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche noch anstieg.

Nur aus Jugoslawien wird eine 4. erwünschte Phase beschrieben, der Rückgang des legalen Schwangerschaftsabbruches und die gleichzeitige Zunahme des Gebrauchs antikonzeptioneller Mittel. Für alle osteuropäischen Länder gemeinsam ist die Phase des kontinuierlichen Anstiegs der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenziffer. Dieser Trend konnte z. B.

in Rumänien durch erneut beschränkende Maßnahmen gestoppt werden, bei anderen pendelte sich die Zahl der provozierten Abgänge auf einem Plateau ein. Auch Japan, Dänemark, England oder New York können nur sehr bedingt für prospektive Vergleiche mit der BRD herangezogen werden, dennoch zeichnen sich bei fehlender Strafandrohung für sachgerechten Abbruch einer Schwangerschaft zwei Aussagen ab:

a) die Zahl der Komplikationen aufgrund von illegalen Abtreibungen nimmt — nach landesspezifischem Intervall — ab.

b) Der provozierte Schwangerschaftsabbruch — trotz seiner Komplikationsmöglichkeiten — wird zum festen Bestandteil der Familienplanung in diesen Ländern.

Die Erfahrungen der anderen sind also, selbst wenn wir die zum Schwangerschaftsabbruch entschlossene Frau in das Zentrum der Überlegung stellen, zwiespältig. Bei einer Gesamtanalyse von Kassenspatienten der BRD zeigte sich, daß von 1963 bis 1967 die Zahl der wegen einer Fehlgeburt arbeitsunfähig geschriebenen oder behandelten Patienten prozentual wesentlich stärker absank als die Geburtenzahl; in der Großstadt war dieser Effekt doppelt so stark nachweisbar wie auf dem Land. Dieser Trend zu Konzeptionsbewußtsein, Schwangerschaftsverhütung oder ausgetragener Schwangerschaft ist beweisbar. Die Wahrscheinlichkeit, mit der für einen Teil der Frauen bei weitgehendem Fehlen der Strafandrohung der sachgerechte Schwangerschaftsabbruch Methode der Geburtenkontrolle wird, ist für die BRD, in der Informationsdichte und Bildungsstand als notwendige Voraussetzung bewußter Kontrazeption gegeben sind, nicht eindeutig vorauszuberechnen.

Die Einstellung des Arztes zum Schwangerschaftsabbruch

Eindeutig eingehen wird in die Überlegung des Arztes die Tatsache, daß der Schwangerschaftsabbruch in jedem Stadium der Schwangerschaft einen Angriff gegen menschliches Leben darstellt. Daß es sich um menschliches Leben — eigenständig trotz der Verbindung zum Mutterleib — in jedem Entwicklungsstadium nach der Befruchtung handelt, ist für den Biologen keine Frage. Wann die Qualität „Mensch“ erreicht ist, wurde viel diskutiert. Je nach Zusammensetzung des Diskussionsforums — mit oft unbewußter Willkür — wurden verschiedene Stationen auf dem Weg von der befruchteten Eizelle bis zum lebensfähigen Kind für den „entscheidenden Entwicklungsschritt zum Menschen“ deklariert. Die zur Kennzeichnung eines „Beginns“ notwendige Objektivierung der essentiellen, also wesentlichen Merkmale des Menschen

ist eine Funktion dessen, was als essentiell erachtet wird. Für den Genetiker kann dies etwas anderes bedeuten als für den Anthropologen, für den Biochemiker etwas anderes als für den Neurophysiologen, für den Psychologen etwas anderes als für den Theologen.

Diese Abhängigkeit von der Perspektive des einzelnen wird auch in einem Diskussionsband deutlich, der 1971 von 9 Autoren verschiedener Fakultäten zusammengestellt und von J. Gründel im Echter-Verlag unter dem Titel „Abtreibung Pro und Contra“ verlegt wurde. Ein gemeinsamer Nenner kann — wenn überhaupt — nur durch Konvention bestimmt werden. Der Versuch jedoch, einzelne Entwicklungsstufen zum Menschen qualitativ zu unterscheiden, läßt an den scholastischen Satz von der Sukzessivbeseelung denken.

Zwischen der Vernichtung einer befruchteten Eizelle und der eines Embryos mit Herzschlag und Gehirnströmen besteht wohl vom Erwartungshorizont her ein Unterschied insoweit, als die spätere Entwicklungsstufe „wahrscheinlicher“ das Ziel der Geburt erreicht als die frühere, mit Blick auf die „biologische Verlustrate“, also ein *quantitativ* wirksamerer Angriff auf das Leben erfolgt. Wird jedoch *qualitativ* die artifizielle Beendigung einer Schwangerschaft der 24. Schwangerschaftswoche mit dem Verlust des noch nicht lebensfähigen Feten in den Bereich des Tötens eingeordnet, so fällt es schwer, auf dem Weg „zurück zur befruchteten Eizelle“ — ohne Willkür diesen Bereich zu begrenzen. Biologische Tatsachen können nicht nach kriminalpolitischen Erwägungen modifiziert werden.

Von dieser „biologischen Bedeutung“ abzugrenzen, ist die Frage nach der jeweiligen Wertigkeit dessen, was nach seiner Entwicklung von der befruchteten Eizelle über Embryonal- und Fetalzeit, nach dem heutigen Stand der Medizin angewiesen auf die mütterliche Unterstützung, zu dem werden kann, was als Neugeborenes heute bei allen Kulturvölkern mit eigenen Rechten als lebender Mensch gestattet ist und gerade bei uns im Zentrum perinatologischer Bemühungen steht. Die Schutzbedürftigkeit und Schutzwürdigkeit der verschiedenen Entwicklungsstufen des einzelnen Menschen ist keine Frage der Naturwissenschaft, sondern gebunden an Wertmaßstäbe, die sich im Lauf der Menschheitsgeschichte mehrfach gewandelt haben. Sie werden geprägt von einer Vielzahl von Faktoren, wie Grundarten des menschlichen Verhaltens, Familien-, Gruppen-, Volksbewußtsein, Bevölkerungspolitik, Kultur- und Zivilisationsentwicklung, Philosophie und Religion und anderem mehr. Es wäre demnach keinesfalls von allen Menschen auf der ganzen Welt eine einheitliche Haltung dem „ungeborenen Leben“ gegenüber zu erwarten.

Von einem Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt, können wir annehmen:

1. daß er weiß, was er tut, daß also seine Handlung einen Angriff gegen Leben darstellt,
2. daß er weiß, warum er es tut, daß er sich also der Motive bewußt ist,
3. daß er bei analogen Situationen bereit wäre, analog vorzugehen.

Für die Handlungsmaxime des Arztes sind dabei mehrere Denkmodelle möglich, wieder abhängig von seinen „Wertmaßstäben“, z. B.:

Er stellt die personale Entscheidung der Frau und die mögliche Verletzung ihrer personalen Werte — durch die Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches — höher als das damit konkurrierende Rechtsgut des Ungeborenen; ein Nachvollzug der Motivation der Frau ist für ihn damit nicht erforderlich.

Oder:

Er ist nur dann bereit, eine aktive Handlung gegen das Leben zu begehen, wenn die Abwägung konkurrierender Rechtsgüter von ihm selbst, evtl. mit Hilfe von Spezialisten, in dem ihm zugänglichen Bereich „Leben und Gesundheit“ erfolgt.

Wie weit diese ärztliche Entscheidungsfreiheit durch gesetzlichen Rahmen gestützt oder gelenkt werden soll, ist keine primär medizinische Frage, solange der einzelne Arzt nicht direkt oder indirekt gezwungen wird, gegen seine Überzeugung zu handeln. Ob der konfessionell gebundene Arzt sich durch spezielle, der Konfession spezifische Gebote die Entscheidung a priori abnehmen läßt, oder in der Freiheit seines Gewissens gegebenenfalls bewußt gegen eine kirchliche Lehrmeinung handelt, bleibt in seiner Verantwortung.

„Es verbietet sich eine Polemik, die dem Diskussionspartner den Respekt vor dem ungeborenen

Leben oder die Menschlichkeit gegenüber der Frau abstreitet.“

Die Weltgesundheitsorganisation hat Empfehlungen ausgearbeitet, einen Schwangerschaftsabbruch im wesentlichen nur als therapeutische Maßnahme unter bestimmten sachlichen Voraussetzungen ohne Strafandrohung zu lassen. Der weite Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation mit körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Qualität erlaubt dabei mühelos Grenzsituationen einzuordnen. Die Abgrenzung dieses Gesundheitsbegriffes läßt erheblichen Spielraum für verschiedene Auffassungen innerhalb eines pluralistischen Staates. Dabei bedarf besonders der soziale Aspekt einer für den Raum des Gesetzgebers spezifischen *harten* Begrenzung.

Trotz gesundheitspolitischer Argumente dafür, kann eine Sonderstellung des Arztes, ob seiner Sachkenntnisse auch *ohne für ihn erkennbare Motivationen* auf Verlangen der Frau einen gesunden Embryo zu vernichten, nur als „Relativieren des Tötungsverbotes“ eingeordnet werden. Eine Entwicklung dieser Art kann von mir als einzelner Gynäkologen in subjektiver Überlegung nur abgelehnt werden.

Auch hier wird das teilweise ganz unterschiedliche Spannungsfeld deutlich, in dem der einzelne — Frau — Gesetzgeber — Arzt — seine Position bestimmen muß.

Primär wird der Arzt Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit als biologische Phänomene auffassen und definieren. Ob der einzelne in Zukunft fähig sein kann, die biologische Zerstörung eines Organismus gegen den möglichen Verfall personaler Werte abzuwägen, kann nur als offene Schlußfrage im Raum stehenbleiben.

Anschr. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. med. *Hanns Lochmüller*, I. Univ.-Frauenklinik, 8 München 2, Maistr. 11.