

Kommentare

Ärztliche Schwangerschaftskonflikt-Beratung

Dilemma und Chance

W. Schuth und J. Siebers

Die folgenden Ausführungen möchten einen Beitrag liefern zur Problematik, Bedeutung und Gestaltung der ärztlichen Beratung Schwangerer im Konflikt, besonders in Notlagen-situationen. Die Arbeit erscheint aus drei voneinander unabhängigen Gründen gerechtfertigt:

1. Die Hoffnung des Gesetzgebers, daß sich durch die Reform des § 218 Schwangerschaftsabbrüche aus psychosozialen Gründen in nennenswertem Umfang verhindern ließen durch die obligat vorgeschaltete Beratung durch den Arzt und eigens anerkannte Schwangerschaftskonflikt-Berater mit dem Ziel, zum Austragen der Schwangerschaft zu ermutigen, hat sich nicht bestätigt. Bei 71 904 gemeldeten Abbrüchen aus Notlagenindikation 1984 (14) mit einem relativen und absoluten Anstieg seit der Reform 1976 ist zumindest unter quantitativem Aspekt die Konfrontation des Arztes und besonders des Gynäkologen mit diesem Problem tägliche Praxis.

2. Es ist eine erneute und an Intensität und »Frontenbildung« verschärfte Diskussion im gesellschaftlichen und politischen Bereich um die Reform der Reform des § 218 zu beobachten. Auch in Ärztekreisen ist die Diskussion erneut aufgebrochen, wie die Reaktionen (4) auf den Vorschlag Poettgens (10) zeigen, als Ersatz für die bisherigen Indikationen eine allgemeine ärztliche Indikation zu erarbeiten.

3. Den Ärzten wird vom Gesetzgeber die zentrale Funktion im *Procedere* zugeschrieben: Sie haben die Schwangerschaft festzustellen, die Beratung über medizinisch bedeutsame Gesichtspunkte und bei entsprechender Qualifikation auch die »Sozialberatung« durchzuführen, die Indikation zu stellen und schließlich den Abbruch durchzuführen. Über die optimierte und medizinische Durchführung des Abbruchs sowie medizinische Früh- und Spät komplikationen (1, 13) und medizinische Indikationen (5) liegt reichlich Literatur vor, während sich auf die vorausgehende Beratung nur spärliche Hinweise finden (8, 9).

Im folgenden soll versucht werden, einen Rahmen für ärztliche Schwangerschaftskonfliktberatung in formaler und inhaltlicher Sicht anzugeben. Konkrete Lösungsvorschläge verbieten sich, da es sich bei der Konfliktbera-

tung wie in sonst keiner anderen Arzt-Patientin-Interaktion um ein individuelles »Zwei-Personen-Stück« zwischen Arzt und Schwangerer handelt. Hier interessieren vor allem Beratungsvariablen, zum Beispiel Voraussetzungen, Ziele und typische Interaktionsmuster, weniger die zum Abbruchsbegehren führenden psychosozialen Hintergrundvariablen.

Für diesen Beitrag werden neben der Literatur Beobachtungen aus der Betreuung von anerkannten Schwangerschaftskonflikt-Beratern sowie Erfahrungen aus der eigenen Beratungspraxis herangezogen. Prozentangaben ohne Literaturnachweis beziehen sich auf eine systematisch ausgewertete Stichprobe von 200 Beratungen des Erstautors. Eine Verallgemeinerung dieser Prozentangaben verbietet sich aus Gründen der Selbstselektion der Schwangeren.

Besonderheiten der Schwangerschaftskonflikt-Beratung für den Arzt

1. Kann sich der Arzt bei der medizinischen und eugenischen Indikation auf »objektive« Parameter meist unter Hinzuziehung medizinischer Fachkollegen in seiner Indikationsstellung beziehen, so ist er bei der Notlagenindikation darauf verwiesen, die Befunde selbst zu erheben und vor allem zu werten.

Allerdings sind auch bei medizinischer, eugenischer und kriminologischer Indikationsstellung in den meisten Fällen Interpretationsspielräume vorhanden, innerhalb deren eine subjektive Gewichtung der objektiven Befunde erfolgt. Nur verschiebt sich bei der Notlagenindikation durch das Fehlen medizinischer oder sonstiger »harter« Fakten, die üblicherweise Entscheidungsgrundlage ärztlichen Handelns sind, der Schwerpunkt ganz auf die subjektive Seite. Zwar hat der Gesetzgeber durch das 15. Strafrechtsänderungsgesetz 1976 einen Indikationskatalog erstellt und präzise formale Ausführungsbestimmungen erlassen, die Indikationen jedoch naturgemäß nur im Sinne einer allgemeinen Umschreibung festgelegt. Dem Arzt wurde die nicht lösbare Aufgabe zugewiesen, in einer – zumindest für den Embryo – existentiell wichtigen Frage subjektiv geschilderte und erlebte Sachverhalte, die insgesamt die Notlage der Schwangeren ausmachen, zu objektivieren. Das Ausmaß einer Notlage läßt

sich aber nicht verbindlich objektiv quantifizieren, es unterliegt vielmehr einer subjektiven Wertung.

2. Der Arzt ist nicht geschult, psychosoziale Gesichtspunkte in der Anamnese über die reine Faktenfeststellung hinaus zu erheben und den Erlebens- und Wertungsaspekt, den ein sozialer Sachverhalt für die Schwangere besitzt, präzise zu erfassen. So ist zum Beispiel die Tatsache, daß eine Schwangere verheiratet ist, formal gesehen in der Beratung relativ bedeutungslos; erst die erlebte Qualität der Ehe wird entscheidungsrelevant für oder gegen den Abbruch.

3. Ärztliche Anamneseerhebung zielt im somatischen Bereich zwingend auf eine Diagnosestellung als Basis für die Therapie ab. In der Konfliktberatung ist eine vorschnelle Einengung der Kommunikation auf die Frage »Indikation ja oder nein?« durch ausschließliche Erhebung aktueller Fakten schädlich. Individuelle lebensgeschichtliche Ereignisse und psychosoziale Entwicklungsprozesse spielen eine den Konflikt auslösende oder mitbedingende Rolle. Eine individuelle Längsschnittbetrachtung im Gegensatz zur üblichen, auf die aktuellen Symptome oder den Konflikt zentrierte Querschnittsbetrachtung ist erforderlich, entspricht aber nicht dem in der somatischen Medizin üblichen Vorgehen.

4. Es gibt keine verbindliche, gesellschaftlich einheitlich definierte und sanktionierte Einstellung in der Frage des Schwangerschaftsabbruches. Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch werden bei jeder Schwangeren und bei jedem Arzt einen unterschiedlichen Platz in der persönlichen Werthierarchie einnehmen. Man kann als Arzt genauso gut für wie gegen den Abbruch in jedem Fall sein, unabhängig von der individuellen Situation der Betroffenen. Mit einer solchen dogmatischen A-priori-Einstellung ist zwar Beratung nicht mehr möglich und sinnvoll, doch besitzt sie eine enorme Entlastungsfunktion für den Arzt. Nur wenn der Arzt bereit ist, ohne Aufgabe seiner eigenen Werthaltung und Einstellung sich der Problematik der Schwangeren und deren Bewertung auszusetzen, sollte er das Angebot einer Beratung machen oder den Wunsch der Schwangeren danach aufgreifen. Das setzt für ihn aber voraus, daß er seine Einstellung zum Abbruch und zu den damit zusammenhängenden Bereichen kennt (eigene Sexualität, eigenes Verständnis von Partnerschaft, männlichem und weiblichem Rollenverhalten, Wert des eigenen Lebens, eigener religiöser bzw. weltanschaulicher Standpunkt, dessen Begründung und daraus abgeleitete moralische Wertungen).

Zur Feststellung und Korrektur eigener »blinder Flecke« – neben dem Gewinn an Gesprächskompetenz – eignen sich Supervisions- oder Balint-Gruppen (7) oder eine gesprächspsychotherapeutische Orientierung (15, 16).

5. Die Auseinandersetzung mit der ungewollten Schwangerschaft ist meist ein Prozeß, in dem nicht der Arzt, sondern die Schwangere den Ausgang bestimmt und auf den zahlreiche andere, professionelle und nicht-

professionelle Berater einen für den Arzt nicht abschätzbaren Einfluß nehmen. Im Gegensatz zu somatischen Fragestellungen ist er nicht aufgrund seiner Sachkompetenz zentrale Entscheidungsinstanz, sondern nur ein Berater neben anderen. Allerdings ist er im Entscheidungsprozeß ganz zu Beginn beteiligt, wenn er nämlich die von der Schwangeren meist schon vermutete und befürchtete Schwangerschaft bestätigt. Dadurch wird die Phase der Spekulation für sie »Was wäre, wenn ich wirklich schwanger wäre?« abgelöst durch die rationale und emotionale Auseinandersetzung mit dem Faktum Schwangerschaft. Daraus ergibt sich für den Arzt seine Chance und seine Verantwortung. Gegenüber allen anderen und späteren Beratern hat er günstige Beratungsvoraussetzungen:

a) Die Schwangere ist in ihrer Entscheidung für oder gegen den Abbruch meist noch nicht definitiv festgelegt; es liegt noch ein Ambivalenzkonflikt vor.

b) Sie ist meist noch nicht in der Panik, den Zeitpunkt des Abbruchs zu »verpassen«; der Zeitdruck ist noch nicht so groß, daß alle anderen Überlegungen verdrängt werden müssen.

c) Sie hat noch nicht gegenüber den verschiedensten Personen und Instanzen ihre Motive zum Abbruch nennen, rechtfertigen und damit subjektiv auch verfestigen müssen.

d) Ganz im Gegensatz zu allen anderen Beratern besteht im allgemeinen zwischen der Schwangeren und dem Arzt ihrer Wahl ein Vertrauensverhältnis. Er ist kein per Gesetz aufgezwungener Berater, der in der Erwartung der Schwangeren auf das Ausfüllen einer Beratungsbescheinigung reduziert ist.

e) Der Arzt kennt oft die soziale Situation der Schwangeren umfassender und durch eigene Längsschnittbeobachtung gewonnen, im Gegensatz zu allen anderen Beratern.

f) Im zumindest anfangs meist ambivalenzbetonten Prozeß der Entscheidungsfindung könnte der Arzt aufgrund seiner persönlichen und fachlichen Autorität und der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung als Gegengewicht gegen die ganz überwiegend auf Abbruch gerichteten Interventionen der sozialen Umgebung der Schwangeren (68%) die Gesichtspunkte vertreten, die für ein Austragen sprechen.

g) Die vorhandenen öffentlichen und privaten Hilfen werden unter anderem deshalb nicht beansprucht, weil sie subjektiv die Schwangere in die Rolle der Almosenempfängerin drängen (64%); hier kann der Arzt kraft seines sozialen Status korrigierend eingreifen, indem er den Rechtsanspruch auf die Unterstützung betont.

Von den Beratungsvoraussetzungen her ist der Arzt also in einer günstigeren Situation als jeder andere Berater. In folgenden Punkten aber ist seine Situation mit ihnen identisch:

a) Ist bei der Schwangeren keine Ambivalenz, kein Leidensdruck, der sich allerdings hinter überforschern und forderndem Auftreten verbergen kann, vorhanden

oder feststellbar, so ist auch keine Beratung, sondern lediglich Information möglich.

b) Jeder Berater ist vor eine unlösbare Aufgabe gestellt: Der Anspruch der Schwangeren auf Abbruch ist mit dem Anspruch des Ungeborenen auf Leben unvereinbar. Ein Kompromiß ist nicht möglich, sondern nur ein Entweder-Oder. Diese für jede Beratung extrem ungünstige Konstellation liegt in dieser scharfen Ausprägung in keiner anderen Konfliktsituation vor, in allen anderen Konflikten gibt es Ausweich- oder Kompromißmöglichkeiten.

Funktion und Ziele ärztlicher Schwangerschaftskonflikt-Beratung

Realistisches Ziel der Beratung kann es nicht sein, jeden Abbruch verhindern zu wollen oder zu können. Neben der Information über medizinische Früh- und Spät komplikationen, die Durchführung des Abbruchs, mögliche psychische Fehlverarbeitungen sowie das weitere formale Vorgehen sollten folgende Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

1. Der Arzt sollte es der Schwangeren ermöglichen, zu einer rationalen und emotionalen Entscheidung zu gelangen, die möglichst viele Aspekte ihrer Situation und deren subjektive Gewichtung umfaßt. Damit arbeitet die Beratung einer Entscheidung entgegen, die auf einer verkürzten und ausblendenden Sichtweise beruht. Formal ginge es darum, es der Schwangeren zu ermöglichen, ihre undifferenzierte und aus der momentanen Panik heraus verständliche und nachvollziehbare Einstellung »Es geht nicht, ich kann nicht, ich will nicht!« nicht als abgeschlossene, durchdachte und durchlittene Entscheidung gelten zu lassen. Durch das Gespräch sollte es der Schwangeren ermöglicht werden, selbst gedanklich und emotional klarer zu sehen, welche Hindernisse vorhanden sind, wie sie diese einschätzt, welche Tragweite sie in ihrem Leben haben, welche Veränderungsmöglichkeiten real gegeben sind und wie sich Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft auf ihre psychosoziale Situation wahrscheinlich auswirken werden. Ob ein solcher Klärungsprozeß bei der Schwangeren einsetzt, hängt entscheidend davon ab, daß der Arzt eine Atmosphäre des Verstehens, Einfühlens und Mit-Leidens herstellen kann, nicht aber unbedingt eine Atmosphäre des Billigens. Läßt sich die Schwangere auf einen solchen Entscheidungsprozeß ein, so eröffnet sich für den Arzt die Möglichkeit, von ihr nicht berücksichtigte Aspekte einzuführen. Auch bei ambivalenter Einstellung selektiert die Schwangere aus subjektiv gut verständlichen Gründen: Was für den Abbruch spricht, wird betont, was dagegen spricht, wird im Dienst der Angstabwehr verdrängt oder bagatellisiert. So sprechen die meisten Schwangeren (89%) nicht vom Ungeborenen, Kind oder Embryo, sondern vom Ding, Gewächs oder der Schwangerschaft; das Ding sei ja noch kein Mensch und spüre daher beim Abbruch auch nichts. Natürlich muß das die Schwangere so sehen, damit sie

vor sich selbst den erwogenen Abbruch leichter rechtfertigen kann. Oder die Schwangere ist davon überzeugt, daß sie, auch nach Gesetzeslage, das Recht auf einen Abbruch hat; ist er aber rechtens, so ist er erlaubt und damit keine so drängende Gewissensfrage mehr. Durch den Versuch, solche Verdrängungen und Rationalisierungen in der Beratung zu korrigieren, wird eine realitätsgerechtere Auseinandersetzung möglich. Dadurch aber verringert sich die Gefahr einer psychischen Fehlverarbeitung des Abbruchs für den Fall, daß danach die Verdrängungen nicht mehr aufrechterhalten werden können (2, 12). Erst in der Ermöglichung und Beobachtung eines solchen Entscheidungsprozesses dürfte der Arzt eine hinreichende Begründung für die Ausstellung oder Verweigerung einer Indikationsbescheinigung finden.

2. Gelingt die primäre ärztliche Beratung dahingehend, daß sich die Schwangere nicht in einem vorschnellen Akt entscheidet, sondern sich auf einen Prozeß einläßt, so ist sie offen für weitere Beratungsangebote, besonders durch die dafür anerkannten Sozialberatungsstellen. Nach den Beobachtungen dieser Berater ist eine wirkliche Beratung meist nicht mehr durchführbar, wenn die Schwangere durch das Gespräch mit dem Arzt bereits festgelegt ist. Sie verharrt dann in einer reinen Verteidigungshaltung und ist für das Beratungsangebot nicht mehr zugänglich. Die Beratung wird als Zwangsberatung zur Verschaffung der gesetzlich vorgeschriebenen Bescheinigung angesehen. Um den Entscheidungsprozeß der Schwangeren nicht vorschnell zu beenden, empfiehlt es sich, die Indikationsstellung erst nach der Sozialberatung und nach Rücksprache mit der Beratungsstelle – natürlich mit Einwilligung der Schwangeren – in einem zweiten Gespräch auszustellen. Dieses zweite Gespräch bietet nämlich die Chance, den Partner einzubeziehen.

Ein fatales Mißverstehen der Frau im Schwangerschaftskonflikt wäre es, den Konflikt und die Notlage mit Geldmangel gleichzusetzen. Der Entschluß zum Abbruch ist wohl nie monokausal, sondern durch zahlreiche, sich meist gegenseitig verstärkende Motive bedingt. Geld spielt zwar häufig auch eine Rolle (46%), ist aber nur Motiv neben oder vor anderen. Zum Mangel an Geld kommt die zu enge Wohnung, der bedrohte Arbeitsplatz, die zerrüttete Beziehung, die »Nervosität« der Frau, ihre Doppel- und Dreifachbelastung in Haushalt, Beruf und Familie, die anstrengenden und »schwierigen« Kinder, der moralische Vorwurf der sozialen Umgebung. Die ungewollte Schwangerschaft bedroht das mühsam ausbalancierte soziale und intrapsychische Gleichgewicht so, daß schon die Vorstellung, ein Kind auszutragen, gefährlich wäre und daher unterdrückt werden muß. Beratungsziel und -inhalt sollte es daher sein, die Schwangere kognitiv und emotional selbst die Überlegung anstellen zu lassen, ob nicht ein neues Gleichgewicht mit dem Kind möglich wäre, unterstützt durch materielle und immaterielle Hilfsangebote. Ohne oder gar gegen den Partner ist die Schwangere aber nicht in

der Lage, ein solches neues Gleichgewicht auch nur gedanklich zu entwickeln. Praktisch gleichgewichtiger Adressat aller Beratungsbemühungen muß daher der Partner sein – in über 50% der Fälle ist dies der Ehemann.

3. Letztlich entscheidet die Qualität der Beziehung über den Ausgang des Konflikts: ob sich die Schwangere in dieser Situation alleingelassen fühlt (77%) oder ob sie mit der Unterstützung des Partners rechnen kann.

Zentrales und die anderen Motive lediglich bedingendes und gewichtendes Motiv im Konflikt ist somit die Qualität der Partnerschaft (85%). Durchgängig ist aber zu beobachten, daß der Schwangerschaftskonflikt in der gegenseitigen Rollenzuschreibung in der Partnerschaft die Sache der Frau ist. Das äußert sich augenfällig darin, daß auch zum Zweitgespräch der Partner selten (17%) mitkommt und in seinem Verhalten zu erkennen gibt, daß es nicht auch sein Konflikt oder der des Paares ist, sondern ausschließlich der der Frau. Seine Stellungnahme erschöpft sich in den meisten Fällen darin, daß er in dieser Frage der Frau freie Hand lasse. Meist ist dies jedoch nur ein rationalisierender Vorwand für sein faktisches Drängen auf Abbruch; das zeigt sich an seinen Interventionen zugunsten des Abbruchs, wenn die Schwangere ihre widersprüchlichen Empfindungen und Gedanken im Gespräch äußert. Die Konstellation, daß die Schwangere für den Abbruch, der Partner für Austragen plädiert, ist äußerst selten (1,5%). Die schwierige ärztliche Aufgabe besteht darin, die Verantwortung des Partners für Frau, Schwangerschaft und Entscheidung zu verdeutlichen und die vom Partner oft verweigerte Kommunikation des Paares (72%) über den Konflikt anzuregen. Unter vorsichtiger Ausnutzung seines Status kann der Arzt auch die Ambivalenzen der Schwangeren wirkungsvoller als sie selbst gegenüber dem Partner vertreten.

4. Wenn es zutrifft, daß die Qualität der Partnerschaft und das Ausmaß ihrer Störung für den Ausgang des Konflikts entscheidend sind, sollte der Arzt diesen auch als Chance darstellen, Konsequenzen daraus abzuleiten. Eine verständliche Fehlmeinung des Paares ist es, daß mit dem Abbruch alle Probleme gelöst seien; damit wäre aber die Chance vertan, die Konstellationen, die zum Konflikt führten, aktiv und gemeinsam zu verändern. Mit anderen Worten: Da alle Probleme durch den Abbruch gelöst erscheinen, braucht nichts aus ihm gelernt zu werden; es kann alles so bleiben, wie es war. Nicht einmal eine konsequente Antikonzeption wird als Lehre aus dem Konflikt durchgeführt. Zwar ist das Paar im Beratungsgespräch meist nicht bereit, eine solche Problemerkennung über den aktuellen Anlaß hinaus zuzulassen, dennoch sollte der Versuch unternommen werden.

5. Soweit vorhanden, sollte der Arzt auf konkrete und umfassende Hilfsangebote, die über die finanzielle Unterstützung hinausgehen, hinweisen. Hier sind die an verschiedenen Orten installierten Mutter-Kind-Projekte sowie die personale, individuelle und langfristige Begleitung durch Helferkreise zu erwähnen (11).

6. Beratungsinhalt sollte auch die Auseinandersetzung um eine Adoptionsfreigabe sein. Allerdings ist dies nur in der Theorie eine Lösung des Konflikts, denn stereotyp wird dieses Ansinnen von der Schwangeren als eine Zumutung empfunden (98%), die mit dem Argument, doch keine »Rabenmutter« zu sein, erledigt wird. In dieser Situation als Berater logisch oder moralisierend zu reagieren, etwa: »Ihr Kind weggeben können Sie nicht, aber es umbringen lassen«, mag zwar subjektiv verständlich sein, kann die Schwangere aber nicht erreichen, da ihre Entscheidung nicht allein logisch, sondern vor allem psychologisch fällt.

Literatur

- (1) Bräutigam, H. H., W. Warnke: Zur Häufigkeit von Spät komplikationen des legalen Schwangerschaftsabbruches in der Bundesrepublik Deutschland. Geburtsh. 185 (1981), 193.
- (2) Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, Drucksache 8/3630: Bericht der »Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches« (1980).
- (3) Deutsches Ärzteblatt (ohne Verfasser) 81 (1984), 2691.
- (4) Deutsches Ärzteblatt 81 (1984), 3714–3722 (Leserbriefe).
- (5) Lau, M.: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch. 2. Aufl. (Demeter: Gräfelfing 1982).
- (6) Mayer, E. Th.: Aktuelle Fragen zur Abtreibung. Dtsch. Ärztebl. 77 (1980), 31.
- (7) Menne, K., E. Moersch: Psychoanalytische Erfahrungen aus der Supervision von Schwangerschaftskonflikt-Beratungen. Psyche 34 (1980), 121.
- (8) Petersen, P.: Unsere Verantwortung im Schwangerschaftskonflikt. Dtsch. Ärztebl. 79 (1982), 53.
- (9) Poettgen, H.: Schwangerschaftskonfliktberatung bei der »Notlagen-Indikation«. Dtsch. Ärztebl. 74 (1977), 515.
- (10) Poettgen, H.: Auf dem Weg zu einer ärztlichen Indikation. Dtsch. Ärztebl. 81 (1984), 1918.
- (11) Priebe, Th.: Das Modell »Mutter und Kind« in Lübeck. Gynäk. u. Geburtsh. 3 (1980), 36.
- (12) Simon, M.: Die psychosoziale Situation der Frau nach Schwangerschaftsabbruch. Med. Klin. 75 (1980), 592.
- (13) Stamm, H.-E.: Risiken bei legal indizierten Aborten. Gynäk. Rundschau 20 (1980), 65.
- (14) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1985, pers. Mitteilung.
- (15) Tausch, R., A.-M. Tausch: Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. (Verlag für Psychologie: Göttingen 1981).
- (16) Weber, W.: Wege zum helfenden Gespräch. 4. Aufl. (Reinhardt: München 1976).

Dipl.-Psych. Dr. med. W. Schuth
Lehrbeauftragter für Medizinische Psychologie
der Universität Mainz
7801 Vörstetten, Bühlacker Str. 27

Privatdozent Dr. J. Siebers
Universitäts-Frauenklinik
7800 Freiburg, Hugstetter Str. 55