

sprechenden Ratsbeschlüssen auf protestantischer Seite näher als den Forderungen der eigenen Kirche, aber zwischen den Kirchen gab es nicht nur keine gemeinsamen Erklärungen, sondern deutliche Gegensätze. Eine zweimalige Verlautbarung (vom 29. März 1971 und vom 27. Mai 1973; vgl. den Wortlaut der letzteren in: TC, 14. 6. 73) des „Rates der Französischen Protestantenföderation“ bekennt sich nicht nur strafrechtlich zur „sozial-ökonomischen“ Indikation, sondern läßt auch ent-

sprechende ethische Einschränkungen erkennen. Einen bezeichnenden Hinweis gab der bekannte reformierte Theologe *André Dumas* in einer Rundfunkdiskussion mit dem Jesuiten *Michel Riquet SJ* (vgl. *Le Monde*, 9. 6. 73). Die Kirchenväter hätten zwar den Abort (und die Kindes-tötung) bekämpft mit dem Ziel, den Schwachen gegen den Starken zu schützen, aber, so fragte Dumas, gerate man nicht in Gefahr, gerade den Schwachen Unrecht zu tun?

Rudolf Lewandowski

Interview

Die verharmlosten Folgen der Fristenregelung

Ein Gespräch mit Prof. Hermann Hepp

Vor der ersten Lesung der Reform des § 218 hatten wir ein Interview mit Prof. Hermann Hepp (Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik Mainz) geführt, in dem die damals anstehenden Reformmodelle erläutert wurden (vgl. HK, Mai 1973, 232 ff.). Nach der endgültigen parlamentarischen Verabschiedung der Fristenregelung haben wir das Gespräch nochmals aufgenommen: diesmal hauptsächlich über die Folgen für Ärzte, Krankenhäuser und Öffentlichkeit. Auch das Thema Beratung, das die Anhänger der Fristenregelung sehr in den Vordergrund gerückt haben, wird nochmals angesprochen.

HK: Der Bundestag hat soeben den Einspruch des Bundesrates gegen die Reform des § 218 zurückgewiesen. Die Fristenregelung ist damit parlamentarisch verabschiedet. Wie sehen seine Wirkungen in der Praxis aus? Mit welchen Problemen ist, angenommen, das Gesetz tritt nach der vom Verfassungsgericht verordneten Pause in Kraft, zu rechnen? Vor allem: Was bedeutet die Fristenregelung für den Arzt?

Hepp: Die Frage, ob in der Bundesrepublik Tötung menschlichen Lebens von Ärzten ohne Indikation durchgeführt werden kann und straffrei bleiben soll, wurde letztlich politisch entschieden. Zweifellos wurde in allen Diskussionen der letzten Jahre die Frage der Realisierung einer Fristenregelung viel zu wenig bedacht und diese daher auch von politischer Seite in keiner Weise vorbereitet. Das gilt sowohl für die Errichtung der Beratungsstellen, die zum Schutze des menschlichen Lebens dem Schwangerschaftsabbruch vorgeschaltet sein sollen, als auch für die

Durchführung des Abortes selbst. Der Bevölkerung wurde mehr oder weniger bewußt suggeriert, bei einem Schwangerschaftsabbruch während der ersten 12 Schwangerschaftswochen handle es sich um einen Bagatell-Eingriff, der mittels Absaugverfahren in fast allen Fällen *ambulant* durchgeführt werden kann. Diese Vorstellung haben auch viele Politiker heute noch. Man war und ist daher der Meinung, daß sich in Zukunft der Schwangerschaftsabbruch vorwiegend in den ärztlichen Praxen ereignen würde und in diesem Bereich sich das Problem der Organisation mit der Zeit recht gut einspielen werde.

„Nicht alle Motive für den illegalen Abbruch ausgeräumt“

HK: Warum soll diese Meinung nicht plausibel sein? Man geht doch davon aus, daß bereits bisher die illegalen Aborte in 90% der Fälle von Ärzten in Privatpraxen durchgeführt werden.

Hepp: Von diesem Faktum geht man in der Tat aus, aber das Argument überzeugt deshalb nicht, weil diese Ärzte den Schwangerschaftsabbruch immer nur eingeleitet, die Patientin dann jedoch umgehend zur Therapie des ablaufenden Abortes in das Krankenhaus oder die Klinik eingewiesen hatten. Außerdem ist zu bedenken, daß wahrscheinlich ein großer Teil dieser Ärzte sich am legalen Abort nicht mehr beteiligen werden, da — und das ist wirklich zu begrüßen — eine Bereicherung durch die Tatsache der Illegalität (Risiko-Honorar) des Schwangerschaftsabbruches in Zukunft nicht mehr möglich ist.

HK: Der Hartmannbund hat noch am Tag der endgültigen Verabschiedung der Fristenregelung durch den deutschen Bundestag vor ambulanten Aborten gewarnt und auf die daraus resultierenden gesundheitlichen Gefahren hingewiesen. Werden solche Gefahren nicht überschätzt?

Hepp: Es wäre gefährlich und würde die *gesundheitspolitischen Ziele der Reform* des § 218 in erheblichem Maße in Frage stellen, würde man den ambulanten Schwangerschaftsabbruch zum Regelfall machen. Die Tatsache der Gefährdung der Frau durch einen Schwangerschaftsabbruch ist der Frau eindringlicher, als dies bisher geschah, bewußt zu machen. Es gibt bis heute keine absolut nebenwirkungsfreie Methode. Beim ambulanten Eingriff werden ja nur die Frühkomplikationen beobachtet. Die Frauen kommen dann einige Tage später mit den Spätkomplikationen in die gynäkologischen Abteilungen zur stationären Aufnahme. Die häufigsten *Frühkomplikationen* sind Gebärmutter-Perforation, Gebärmutterhalsriß, eine stärkere Blutung, eine Gebärmutter-schleimhautentzündung mit aufsteigender Entzündung der Eileiter. Da mit einem Schwangerschaftsabbruch stets auch eine Allgemein-Narkose oder Leitungsanästhesie verbunden ist, können jederzeit auch Narkose-Zwischenfälle auftreten. Die genannten Frühkomplikationen sind auch beim Schwangerschaftsabbruch mittels Saugkürette zu erwarten. Die Saugküretage ist zwar risikoärmer, aber ebenfalls nicht risikofrei. Nach *Nathason* (1971) lag die Gesamtkomplikationsrate bei 21 000 Fällen mit Saugkürette bei 2,2%. *Tietze* (1971) berichtet bei 29 458 Interruptionen mit Saugkürette von einer Komplikationsquote von 5,1%. Die Gesamtzahl lag bei 10,1%. — Über *Spätkomplikationen* liegen wenig zuverlässige Zahlen vor. Als wichtigste Spätkomplikation sind das erhöhte Abort- und Frühgeburtenrisiko und die Sterilität zu nennen. Wegen zunehmender Gefährdung der Frau mit fortschreitender Schwangerschaft können Schwangerschaftsabbrüche jenseits der 8. bis 9. Woche und insbesondere bei Wiederholung nur mit großen Bedenken durchgeführt werden. In gleichem Maße steigen die Gefahren eines ambulanten Eingriffs. Jede Wiederholung eines Abbruchs erhöht die Gefahr eines bleibenden Schadens.

HK: Wird mit der Fristenregelung das Hauptziel vieler ihrer Verfechter, die Beseitigung der klandestinen bzw. illegalen Aborte, erreicht werden?

Hepp: Zu dieser Frage liegt ausreichendes Zahlenmaterial aus östlichen wie westlichen Ländern vor. Dennoch wird es immer schwierig sein, eine zuverlässige Aussage über den Einfluß des neuen Gesetzes auf die Zahl der illegalen Abtreibungen zu machen. Dies beruht auf der relativ hohen Dunkelziffer, mit der hier argumentiert werden müßte. Die immer wieder trotz liberaler Gesetze angegebenen hohen Zahlen illegaler Aborte lassen sich vor allem mit dem Wunsch nach Anonymität und vor allem dem

Einfluß des Gesetzes auf die Gewissensbildung erklären. Mit der Freigabe des Schwangerschaftsabbruches werden niemals *alle* Motive, die bisher die Frau in die Illegalität drängten, ausgeräumt.

HK: Ist daraus zu schließen, daß die Zahl und Häufigkeit der Aborte insgesamt steigt?

Hepp: Mit Sicherheit kann man nur sagen, daß die Zahl der legalen Aborte ansteigen wird. An Hand der Zahlen aus west- und osteuropäischen Ländern ist zu fürchten, daß die Summe der noch verbleibenden illegalen und der nun legalen Aborte letztlich tatsächlich höher liegen wird als die derzeit vermutete Zahl der legalen und illegalen Aborte. In Ungarn, wo seit über 20 Jahren der Schwangerschaftsabbruch strafrechtlich weitgehend freigegeben ist, kommen heute auf hundert Geburten 130—140 legale Schwangerschaftsabbrüche. In Rumänien stieg mit der Liberalisierung der Gesetzgebung die Abtreibungszahl in den Jahren 1957—1965 von 120 000 auf 1,2 Millionen pro Jahr, so daß seit 1965 eine rückläufige Reform notwendig wurde. In New York wurden nach der Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs vom 1. Juli 1970 bis 1. Juli 1971 185 000 Unterbrechungen durchgeführt (*Beller* 1972). In England lag 1972 die Zahl der Interruptionen bereits bei 156 714. Davon wurden 100 714 in 54 lizenzierten Privatkliniken und nur 56 000 in Kliniken des Staatlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt.

„Indikationslose Tötung schlichtweg unzumutbar“

HK: Trotz einzelner aus medizinischer Sicht auch positiver Nebenfolgen (erzwungenes „Desinteresse“ von berufsmäßigen privaten Aborteuren) bezeichnen viele Ärzte das Gesetz als mit ihrem Beruf unvereinbar. Sind für diesen Vorwurf ausschließlich Gewissensgründe oder ebenso sehr praktische Folgen für die Ärzte und den Klinikbetrieb maßgebend?

Hepp: Das *grundsätzliche* Problem ist und bleibt, daß die Tötung menschlichen Lebens indikationslos, d. h. ohne Konfliktsituation für viele Ärzte in unserem Land schlichtweg unzumutbar ist. Zahlreiche Ärzte und auch Krankenhäuser werden sich daher aus Überzeugung weigern, Schwangerschaftsabbrüche ohne strenge Indikation und gewissermaßen serienmäßig durchzuführen. Da Bundesrecht in den einzelnen Ländern, Kreisen und Gemeinden sicher nicht nach eigenem Ermessen geändert werden kann und das Gesetz auch praktisch realisierbar sein muß, ist bei allem Zugeständnis der persönlichen Gewissensfreiheit das schwierige Problem des indirekten Zwanges gegeben. Nur ein — beschränkter — Ausweg ist wahrscheinlich. Es ist zu vermuten, daß in Zukunft in einzelnen Regionen und insbesondere in den Großstädten Privatkliniken ent-

stehen, die sich *ausschließlich* dem Schwangerschaftsabbruch widmen werden. Die Errichtung derartiger Abort-Kliniken wird vom Staat subventioniert werden müssen. Sicher werden aber nur in einzelnen Bundesländern staatliche Abort-Kliniken entstehen. Ob sich genügend Ärzte finden, die sich ausschließlich dem Schwangerschaftsabbruch widmen, ist ungewiß. Da der Schwangerschaftsabbruch, wie schon gesagt, auch in Zukunft vorwiegend ein stationäres Problem sein wird, werden in den staatlichen und städtischen Frauenkliniken je nach Bedarf kleinere oder größere Abort-Stationen eingerichtet werden müssen.

HK: Sie sehen also indirekte Zwänge auf Chefärzte und Klinikleitungen zukommen?

Hepp: Ja, sehen Sie, schon allein deswegen: im Falle der Fristenregelung haben wir es mit einem *Auseinanderklaffen von Legalität und Legitimität* zu tun. Solange über die ethische Vertretbarkeit und Legitimität des Schwangerschaftsabbruches nicht eindeutig befunden worden ist, d. h. solange der Schwangerschaftsabbruch über seine Legalisierung hinaus keine Legitimitätsgrundlage hat, ist es ungeheuerlich, einen Menschen, und sei es auch nur indirekt, zu diesem Eingriff zu verpflichten. Es wird daher auch eine Zumutung sein, den Leiter einer gynäkologischen Abteilung, der die Verwirklichung der Fristenregelung ablehnt, durch den Krankenhausträger zu zwingen, von den ihm bisher zugewiesenen Betten mehrere an einen Belegarzt abzugeben oder evtl. als Abortstation einem seiner Mitarbeiter zu übergeben. Diese Entwicklung wird jedoch mit Sicherheit auf uns zukommen.

HK: Von ärztlicher Seite wurde — im Falle der Verabschiedung der Fristenregelung — geradezu von einer Umkehr des ärztlichen Auftrags gesprochen. Haben wir es also mit einem Verstoß des Gesetzgebers gegen das berufliche und ethische Selbstverständnis des Arztes zu tun?

Hepp: Bei der Fristenregelung haben wir es mit einem Gesetz zu tun, das eindeutig *gegen* die Überzeugung derjenigen beschlossen wurde, die für deren Ausführung aufzukommen haben. Es gibt aber ethische Prinzipien der ärztlichen Arbeit, die unverrückbar sind, und es ist deshalb keineswegs übertrieben, wenn von der Umkehr des ärztlichen Auftrages gesprochen wird, die für die Mehrheit der Ärzte nicht annehmbar ist. Ein Arzt hat a priori mit Abtreibung nichts zu tun. Abtreibung ist das Gegenteil von Heilkunde. Nur unter bestimmter Indikation kann sie einmal Bestandteil einer Krankenbehandlung sein. Der Gesetzgeber hat in dieser pluralistischen Gesellschaft diese Prinzipien unberücksichtigt gelassen. Es ist freilich nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, daß eine zukünftige Ärzteschaft unter dem Einfluß gesellschaftlicher Veränderungen und dieses Gesetzes die für uns noch gültigen Prinzipien aufgibt und im indikationslosen Schwangerschaftsabbruch gar keine Umkehr des ärztlichen Auftrages mehr

erkennen kann. Ich meine aber, daß eine Gesellschaft, die sich eine *humane* Gesellschaft nennt, hohes Interesse daran behalten muß, daß ihre Ärzte niemals der Tötung des Menschen durch den Menschen zustimmen, sich dem menschlichen Leben grundsätzlich verpflichtet fühlen und sich kein Urteil über den Lebenswert menschlichen Lebens anmaßen.

„Gefahr einer Spaltung bewußt in Kauf genommen“

HK: Sie sagten vorhin, Bundesrecht könne nicht durch Länder, Kreise und Gemeinden nach eigenem Gutdünken geändert werden. Die „Süddeutsche Zeitung“ sprach aber bereits einen Tag nach der Verabschiedung von (ihrer Meinung nach) „erschreckenden“ Beispielen, wie Landräte und Krankenhausträger sich anmaßen, die in Gesetz und Verfassung garantierte Gewissensfreiheit in ihrem Sinne zu regulieren. Wird es je nach Reaktion der Gebietskörperschaften zu unterschiedlicher oder gegensätzlicher Anwendung des Gesetzes kommen?

Hepp: Bei der Freigabe des Schwangerschaftsabbruches geht es um eine fundamentale Frage eines Volkes. Mit dieser kompromißlosen Entscheidung gegen das Leben während der ersten drei Schwangerschaftsmonate wurde gleichzeitig die Gefahr einer Spaltung des Volkes bewußt in Kauf genommen. Von dieser Tatsache müssen wir ausgehen. Ich habe schon darauf hingewiesen, daß man sich im Verlaufe der zurückliegenden Diskussion um eine Reform des § 218 StGB viel zuwenig mit den Folgen auseinandergesetzt hat, die sich für Ärzte, Krankenhauspersonal und Krankenhausträger bei einer Fristenregelung ergeben. Bei der erwähnten geistigen Spaltung wird es zweifellos — regional vielleicht unterschiedlich stark — zu Auseinandersetzungen über die im Gesetz und der Verfassung garantierten Gewissensfreiheit kommen. Von beiden Seiten sind hier Diskriminierungen zu erwarten.

HK: Bringt nicht die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruches in den Katalog der Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen — die „Pille“ auf Krankenschein soll es nicht geben! — die Ärzte und Krankenhäuser in dieser Beziehung in zusätzliche Konfliktsituationen?

Hepp: Zweifellos entstehen dadurch zusätzliche Belastungen. Denn: auf der einen Seite können die Ärzte für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, auf der anderen Seite wird in bezug auf den Schwangerschaftsabbruch Entscheidungsfreiheit im Gesetz garantiert. Wahrscheinlich wird ein Chefarzt auf Grund der *Entwicklungsklausel* in seinem Vertrag nicht verhindern können, daß an seiner Klinik der Schwangerschaftsabbruch indikationslos durchgeführt oder/und eine Abort-Station, evtl. im Belegarzt-System, errichtet wird. In gynäkologischen Abteilungen der Schwerpunkt-Kranken-

häuser werden bei der jetzigen Betten-Situation viele Patienten mit legalisiertem Wunsch auf Schwangerschaftsabbruch infolge Bettenmangels nicht aufgenommen werden können. Es ist auch möglich, daß es zu einer gewissen Verschiebung der operativen Dringlichkeitsliste kommt. Der Schwangerschaftsabbruch muß vorrangig behandelt werden, damit der Zeitraum der ersten drei Schwangerschaftsmonate eingehalten werden kann. Außerdem sind *personelle Schwierigkeiten* zu erwarten. Das Personal wird die Einrichtung von Abort-Stationen zum Teil ablehnen, so daß die Patienten teils auf operativen, teils auf konservativen oder sogar auf Wochenbett-Stationen untergebracht werden müssen.

HK: Wie ist — Sie stoßen die Frage gerade an — die Mitwirkungsbereitschaft des ärztlichen Personals im Rahmen der Fristenregelung einzuschätzen?

Hepp: Es liegen bis heute noch keine sorgfältigen Untersuchungen beim Pflegepersonal und unter den Anästhesisten vor. Es ist eine völlig offene Frage, wie hoch die Bereitschaft zur Beteiligung am indikationslosen Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate ist. Es muß aber in diesem Zusammenhang eines klar ausgesprochen werden: wenn die Gesellschaft die Tötung eines Menschen durch den Menschen legalisiert, dann kann nicht mit einer geradezu zynischen Selbstverständlichkeit auf die Ärzte verwiesen werden. Bei einer Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs sollte der Vollzug des Schwangerschaftsabbruchs durch einen Exekutionsberuf geregelt werden (was eine Beteiligung von Ärzten nicht ausschließt). Konsequenz zu Ende gedacht, hieße dies, Abort-Klinik oder Abort-Saal mit dem Aborteur, der bei Komplikationen und zur Nachbehandlung des Abortes den Arzt zuzieht. Auf keinen Fall kann es die Aufgabe der Ärzte sein, jetzt nach politischer Verabschiedung einer Gesetzesregelung, die eindeutig gegen die Überzeugung derjenigen beschlossen wurde, die für deren Ausführung aufzukommen haben, aufgrund der politischen Versäumnisse hinsichtlich organisatorischer und struktureller Überlegungen selbst aktiv zu werden. Wir würden uns mit Recht dem Vorwurf aussetzen, wir seien durch eine Gesetzesregelung jederzeit korrumpierbar.

„Kompromiß niemals gewollt“

HK: In der letzten Phase der Verhandlungen wurde von mehreren Seiten — so im Bundesrat seitens der parlamentarischen Opposition und in einem letzten Aufruf des Ratsvorsitzenden der EKD — das sog. Modell der Ärzteschaft, das neben der medizinischen auch eine sozial-medizinische Indikation vorsah, ins Spiel gebracht. Dieser Kompromiß hätte den Bruch zwischen dem Gesetz und dem therapeutischen Auftrag des Arztes wenigstens *im Prinzip* beseitigt. Warum kam er nicht zustande?

Hepp: Das Modell der Ärzteschaft, das zuletzt im Bundesrat durch die parlamentarische Opposition als Kompromißlösung ins Spiel gebracht wurde, hatte aus zweierlei Gründen *politisch* keine Chance. Diese Initiative kam von seiten der Opposition sozusagen nach 12 Uhr. Vor allem aber war den Regierungsparteien dieses Indikationsmodell viel zu eng gefaßt. Es ging ja letztlich im Indikationsmodell der SPD bzw. im Müller-Emmert-Entwurf von Anfang der Diskussionen an stets um die Anerkennung der *rein* sozialen Indikation, was meines Erachtens „de facto“ (nicht „de iure“) auch einer Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs während der ersten drei Monate entsprochen hätte. Ich meine daher, daß bei der politischen Konstellation in unserem Lande dieser Kompromiß von den die politische Macht tragenden Parteien niemals gewollt war.

HK: Ist ein Grund für die Tatsache, daß die Fristenregelung zu guter Letzt mit klarer Mehrheit verabschiedet wurde, nicht darin zu sehen, daß die CDU/CSU in der Frühphase der Diskussion unter den viel günstigeren Bedingungen der fünften Legislaturperiode so ziemlich passiv geblieben ist und das Gespräch über die ersten Jahn-Modelle nicht gesucht hat?

Hepp: Im Verhalten der parlamentarischen Opposition zeigte sich zweifellos ein schwerwiegendes Versäumnis. Die CDU/CSU hätte m. E. in der Frühphase der Diskussion, spätestens jedoch im Wahlkampf 1971/1972 zur Reform des § 218 eine klare Aussage treffen müssen. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß im Indikations-Katalog des ersten Jahn-Modells die rein soziale Indikation fehlte. Es wäre im Sinne des politisch Machbaren wesentlich günstiger gewesen, wenn die Opposition sehr früh und mit einem *einheitlichen* Reformmodell die öffentliche Diskussion mitgetragen hätte.

HK: War aus der Sicht des Arztes die katholische Kirche gut beraten, ihren Standpunkt fast nur axiomatisch zu vertreten? Hätte sie nicht mehr differenzieren müssen zwischen dem, was sittlich zu verdammen ist, und dem, was rechtsethisch für den Gesetzgeber vertretbar und politisch realisierbar erscheint?

Hepp: Diese Frage ist aus der Sicht des Arztes schwer zu beantworten. Meine ganz persönliche Meinung ist, daß in der Diskussion dieser fundamentalen Frage unseres Volkes die Kirchen nur den axiomatischen Standpunkt vertreten konnten. In dieser Frage ist die Brücke zwischen dem, was sittlich zu verdammen, und dem, was rechtsethisch vertretbar ist, sehr schmal. Global haben wir es außerdem stets mit dem Mißverständnis zu tun, als ob das, was gesetzlich nicht mehr verboten ist, nunmehr auch sittlich erlaubt sei. Der Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung für den Schutz menschlichen Lebens während einer willkürlich festgelegten Frist durfte m. E. die Kirchen nicht verführen, sich an politisch-pragmatischen Gesichtspunkten zu orientieren.

HK: Das ist auch meine Meinung. Aber gerade das Ärzte-Modell wäre bei konsequenter rechtsethischer Argumentation vertretbar gewesen, und die Tatsache, daß man kirchlicherseits auf diese Argumentation gar nicht einging und das Ärzte-Modell erst recht spät entdeckte, hatte u. a. auch retardierenden, wenn nicht gar (in dieser Frage) spaltenden Einfluß auf die CDU/CSU. Zudem frage ich mich, ob zur Vermischung des gesetzlich nicht Strafbaren mit dem sittlich Erlaubten nicht auch jene beitragen, für die die Brücke zwischen sittlich Verdammenswertem und rechtsethisch Vertretbarem so schmal ist, daß sie sie gar nicht zu sehen scheinen?

Hepp: Ich meine, dies ist richtig, wenn nicht elementare Werte betroffen sind. Im Fall des § 218 geht es um den Elementarwert Leben. Gesetzesänderungen ziehen hier fast notwendig Konsequenzen im ethischen Verhalten nach sich. Deswegen bleibt der Kirche und uns keine andere Wahl als die des klaren Bekenntnisses.

„Wir werden belohnt oder bestraft für unsere Überzeugung“

HK: Alle Reformentwürfe zum § 218 enthielten eine *Gewissensklausel*, die besagt, daß kein Arzt und keine Schwester gezwungen werden kann, an einer Abtreibung mitzuarbeiten. Ist diese Gewissensklausel nach dem, was Sie bereits andeuteten, überhaupt praktikabel?

Hepp: In der Diskussion um die Reform des § 218 wurde immer mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß kein Arzt kraft Gesetzes gezwungen werden kann, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Das ist sicher richtig. Dennoch muß und wird eine Gesellschaft, die die Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs fordert, schon zur Verwirklichung der gesundheitspolitischen Ziele die Ärzte und insbesondere die Gynäkologen, das Pflegepersonal und auch die Krankenhausträger auf irgendeine Weise in Zwang nehmen. Von einigen indirekten Zwängen, die für die Chefarzte gynäkologischer Abteilungen zu erwarten sind, haben wir schon gesprochen. Ganz besonders werden aber für *weisungsgebundene Ärzte*, und vor allem bei Bewerbungen um leitende Positionen in staatlichen und städtischen Kliniken solche indirekten Zwänge zu erwarten sein. Es kommt daher fast einer bewußten Irreführung gleich, wenn behauptet wird, niemand werde durch die neue Gesetzgebung gezwungen, gegen sein Gewissen einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Durch vielseitige indirekte Zwänge kann und wird es zur Existenzbedrohung in vielen Fällen kommen. Um es deutlich zu sagen: Wir werden belohnt oder bestraft für unsere Überzeugung. Ob ein Arzt während der ersten drei Schwangerschaftsmonate menschliches Leben tötet oder nicht, wird ein neues *Qualifikationsmerkmal* des Arztes. Schon im Vorgriff auf die Gesetzesreform wurden während der letzten zwei

Jahren Gynäkologen bei Bewerbungen um staatliche und städtische Frauenkliniken von den Kommissionen nach ihrer Einstellung zur Fristenregelung befragt.

HK: Also auf jeden Fall Behinderung der Chancengleichheit bei Stellenbewerbungen. Sehen Sie auch Auswirkungen für den *ärztlichen Nachwuchs*?

Hepp: Hinsichtlich der *Ausbildung* sind noch viele Fragen offen. Junge Ärzte, die eine gynäkologische Fachausbildung anstreben, den indikationslosen Schwangerschaftsabbruch jedoch aus Gewissensgründen ablehnen, werden wohl in der Auswahl eingeeengt sein. Die Chancengleichheit ist nach der Freigabe des Schwangerschaftsabbruches auf jeden Fall eingeeengt.

HK: Von der gleichen Einengung scheinen auch Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft betroffen zu sein . . .

Hepp: Das ist sehr zu vermuten. Ein Staat, der Abtreibung nach der Fristenregelung zuläßt und über die Sozialversicherung finanziert, d. h. als Regelleistung anerkennt, kann es sich letztlich nicht leisten, Krankenhäuser im Rahmen des Krankenhaus-Finanzierungs-Gesetzes zu fördern, die die Durchführung des indikationslosen Schwangerschaftsabbruches in ihrem Krankenhaus ablehnen. Es geschah ja auch nicht zufällig, daß der Schwangerschaftsabbruch als Leistung der Sozialversicherung gesetzlich schon vor der Verabschiedung der Fristenlösung als Reform des § 218 gesetzlich verankert wurde. Es ist mit hoher Sicherheit zu erwarten, daß die konfessionellen Krankenhäuser infolge ihrer Weigerung, den indikationslosen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, finanziell benachteiligt werden. Daß hier in einzelnen Landesteilen schon jetzt Gegendruck wirksam wird und zum Teil auch schon politisch ausgetragen wird, ist nur logisch.

HK: In Österreich wurde als Folgewirkung der Fristenregelung ein Gesetz durchgebracht, das auch Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft zur Durchführung von Abtreibungen zwingen soll. Auch bei uns gab es Andeutungen, die Gewissensklausel gelte für physische, aber nicht für juristische Personen. Ist Druck in dieser Richtung nicht auch in der Bundesrepublik zu erwarten?

Hepp: Der Druck auf die konfessionellen Krankenhäuser wird aus den eben genannten Gründen auf jeden Fall spürbar werden. Denn einerseits gibt es Städte in der Bundesrepublik, in denen seit vielen Jahrzehnten die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung fast ausschließlich von konfessionellen Krankenhäusern getragen wird. Andererseits ist es klar, daß insbesondere die gesundheitspolitischen Ziele der Reform des § 218 nur erreicht werden können, wenn der Schwangerschaftsabbruch wirklich „*lege artis*“ von ausgebildeten Ärzten durchgeführt wird. Ich meine, wir müssen zunächst abwarten, was in dieser

Richtung alles geschehen wird. Über die Grundsatzfrage, ob die Gewissensklausel nur für die Person, die den Schwangerschaftsabbruch durchführt oder an ihm mitwirkt, Geltung haben soll, liegen von den Politikern bisher nur vage Formulierungen vor. Da die meisten Politiker, wie schon gesagt, nach wie vor der Meinung sind, ein Schwangerschaftsabbruch sei ein ausschließlich ambulantes Problem und werde sich ohne größere organisatorische Maßnahmen ganz von selbst in unserem Lande verwirklichen, ist darüber bisher noch nicht ernsthaft nachgedacht worden.

HK: Kardinal Döpfner hat angekündigt, kirchlicherseits werde man alle möglichen Maßnahmen zum Schutz der in ihrer Gewissensfreiheit und beruflichen Existenz bedrohten Menschen ergreifen. Sind solche Schutzmaßnahmen nötig, welche sind möglich?

Hepp: Ich glaube nicht, daß kirchlicherseits wirksame Maßnahmen zum Schutz der in ihrer Gewissensfreiheit und beruflichen Existenz bedrohten Menschen möglich sein werden. Ich war in diesem Punkt vor Jahren noch etwas optimistischer, als ich immer wieder auf die dringende Notwendigkeit hinwies, die gynäkologischen Abteilungen konfessioneller Krankenhäuser personell, baulich und apparativ optimal auszurüsten. Kleine zerstreut arbeitende Belegarzt-Abteilungen werden in der zu erwartenden Auseinandersetzung für hochqualifizierte Fachärzte keine Alternative darstellen können. Die Ärzte und ärztlichen Mitarbeiter, die den indikationslosen Schwangerschaftsabbruch ablehnen, müssen klar erkennen, daß sie dadurch finanzielle, berufliche und gesellschaftliche Nachteile erfahren werden.

„In geradezu zynischer Weise Illusionen aufgebaut“

HK: Als die Koalitionsparteien die Fristenregelung durchsetzten, hielten sie große Stücke vom Beratungszwang. Baute man hier nicht Illusionen auf, zumal ja die Beratung dem behandelnden Arzt überlassen ist und der Besuch einer Beratungsstelle nur als *mögliche* Alternative, nicht als *zwingende* Voraussetzung vorgesehen ist?

Hepp: Die Diskussion über die *Beratungssituation* wurde niemals ehrlich geführt. Man hat auch politisch dieses Problem vor sich hergeschoben. In den Schlußdebatten war die Beratungsstelle gleichsam das Feigenblatt der Fristenregelung, um bei Freigabe des Schwangerschaftsabbruches trotzdem betonen zu können, wie sehr man in Wahrheit für den Schutz des ungeborenen Lebens sei. Es wurden zum Teil in geradezu zynischer Weise Illusionen aufgebaut. Wir alle wissen, daß vor allem in personeller Hinsicht Beratung im schützenden Sinne in unserem Lande nur beschränkt möglich ist. Und selbst bei bester personeller Füh-

rung einer Beratungsstelle wird diese bei einer Fristenregelung praktisch ohne Chance sein. Der Spielraum einer echten Beratung mit dem Ziel, das ungeborene Leben zu schützen, wird nach Verabschiedung der Fristenregelung ungeheuer eng. Auch ein sozialmedizinischer Dienst in Verbindung zu einer Klinik kann nur dann wirksam arbeiten, wenn alle Glieder einer Klinik und alle Mitarbeiter dieser sozialmedizinischen Abteilung die Fristenregelung voll akzeptieren. Eine Beratungsstelle kann meines Erachtens nur dann wirklich funktionsfähig sein, wenn sie vor dem Hintergrund möglicher Indikationen mit dem Ratsuchenden abwägen und gleichzeitig praktische Hilfe anbieten kann. Ich befürchte, daß die Beratungsstellen in Zukunft nur kurze Korridore darstellen werden, an deren Ende der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen ist ja über das Recht auf Leben gestellt worden.

HK: Unter der Devise „Beratung statt Strafe“ hat in der letzten Phase der parlamentarischen Entscheidung auch ein Großteil jener SPD-Abgeordneten zur Fristenregelung übergewechselt, die mit dem Vorsitzenden des Strafrechtsausschusses Müller-Emmert lange Zeit rechtsethische und verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Fristenregelung hatten, dennoch wurde der Vorwurf der Alibifunktion weit von sich gewiesen . . .

Hepp: Sie haben in einem früheren Interview, das wir zusammen führten, gesagt, daß eine Reform des § 218 ethisch nicht Rechtens sein kann, wenn es „befristet“ den Schutz eines anerkannten Rechtsgutes aufhebt. Wir waren uns damals einig, daß das menschliche Leben im Verlaufe seiner Entwicklung nicht mit verschiedenen Qualitäten und Wertungen versehen ist. Tut man dies dennoch, begibt man sich auf einen verhängnisvollen Weg. Dieses außerordentlich wichtige Faktum war und ist der *tragende* Unterschied zwischen jeder Form eines Indikationsmodells und der Fristenlösung. Das war ja auch der entscheidende Grund, weshalb eine Minderheit der SPD-Fraktion um den früheren Bundesjustizminister Jahn und um Müller-Emmert niemals der befristeten Freigabe menschlichen Lebens zustimmen konnten. Die Gründe, die nach Einschwenken der Mehrheit der Müller-Emmert-Fraktion auf die Fristenregelung als Reform des § 218 angegeben wurden, konnten daher auch in keiner Weise überzeugen. Hier müssen parteipolitische Zwänge vermutet werden, denen nur wenige standhalten konnten. Auch hier waren wahrscheinlich bei aller sog. Gewissensfreiheit schon in der Stunde der Entscheidung indirekte Zwänge wirksam.

HK: Würden Sie den Kirchen eine wesentliche Intensivierung der Ehe- und Familienberatung mit Schwerpunkt Abortverhütung empfehlen?

Hepp: Die Kirchen haben in den letzten Jahren die Ehe- und Familienberatung wesentlich intensiviert. Sie müssen

alle Maßnahmen unterstützen, die eine Änderung der öffentlichen Einstellung zum Kind im Sinne größerer Zuwendung bezwecken. *Wirksame* Hilfe kann hier auch erfolgen durch Schaffung von Kindergärten, Tagesstätten, Müttererholungsheimen, durch sachgerechte Mütter-Beratung, durch die Annahme der ledigen Mutter usw. Vor allem ist die ethische Entscheidungsfähigkeit und Verantwortlichkeit des einzelnen durch Erziehung und sachgerechte Information grundzulegen und zu stärken. Diese Forderung darf jedoch nicht nur für die Frau Gültigkeit haben, sondern ist auch als Appell an den *Partner* zu verstehen, sich zu seiner Mitverantwortung zu bekennen. Organisationen allein werden dies alles gar nicht leisten können. Es wird in Zukunft darum gehen, daß der einzelne Mitverantwortung trägt. Diese Verantwortung muß sich im Dienste und Beistand äußern.

HK: Die katholische Kirche muß mit dem Vorwurf leben, sie sei in Fragen der Schwangerschafts- bzw. Empfängnisberatung lehramtlich befangen. Setzt eine auch nur annähernd hilfreiche Antiabortionberatung nicht Klarheit in Sachen Empfängnisregelung voraus?

Hepp: In der Tat kann durch eine kostenlose und gezielte Aufklärung aller Bevölkerungsschichten über die Möglichkeiten der Geburtenkontrolle am weitestgehenden geholfen werden. Durch das Angebot zuverlässiger Antikonzeptioneller Methoden kann die große Zahl der Abtreibungen spürbar gesenkt werden. Bei Frauen, bei denen eine Kontraindikation zur hormonalen Antikonzeption besteht und andere zuverlässige Methoden nicht annehmbar sind, ist die Tubensterilisation oder die Sterilisation des Mannes zu befürworten. Ehe- und Familienberatung mit dem Ziel, an der Abortionverhütung mitzuwirken, kann nur glaubhaft und erfolgreich sein, wenn sie sich in der Methodenfrage lehramtlich nicht gebunden fühlt.

„Vollkommen neue Situation im Verhältnis Arzt—Patient“

HK: Welche Folgerungen ergeben sich aus der Fristenregelung für das Verhältnis von Arzt und Patient?

Hepp: Die Gesellschaft hat mit der Freigabe des Schwangerschaftsabbruches während der ersten drei Monate die ungewollte Schwangerschaft für diesen Zeitabschnitt gleichsam zur *Krankheit* erhoben. Der diese „Krankheit“ nicht durch die Ausräumung der Schwangerschaft behandelnde Arzt wird für den Patienten, auch wenn ihm im Gesetz Gewissensfreiheit zugebilligt ist, immer ein „schlechter“ Arzt sein. So werden indirekte Zwänge auch im psychologischen Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung wirksam werden. Und schließlich wird der mit einer Fristenregelung zu befürchtende *Bewußtseinswandel* dem menschlichen Leben gegenüber gleichsam im Nebeneffekt zu einer tiefgreifenden Veränderung der Stellung des

Arztes in der Gesellschaft führen. Der Patient, der die Beratungsstelle zu durchlaufen hat, braucht keinerlei Motive für den Schwangerschaftsabbruch mehr zu nennen; damit ist dem Arzt unmöglich, den Eingriff unter einer bestimmten Indikation vorzunehmen, dennoch muß er den Eingriff bei Auftreten von Komplikationen verantworten können. Bisher war das eigene Wissen und das Gespräch mit dem Patienten die Basis für jede Indikationsstellung zu einem Eingriff. Nur auf diesem Fundament war bislang die Durchführung jedweden ärztlichen Eingriffes vertretbar. Mit der Fristenregelung wird diese ärztliche Entscheidungskraft durch den bloßen Wunsch eines Patienten ersetzt. Dieser Wunsch des Patienten nach einem Eingriff bezieht sich nun aber gar nicht auf die ihm eigenen Organe — etwa die Amputation einer Hand oder eines Beines —, sondern auf neues menschliches Leben, das auch unter rein genetischen Aspekten Individualität erlangt hat. Mit der Fristenregelung wird also eine vollkommen neue Situation in der Begegnung von Arzt und Patient geschaffen. Dieser Vorgang als soziokulturelles Phänomen des 20. Jahrhunderts kann für uns heute noch nicht absehbare Folgen haben. Es wird Aufgabe der Medizin-Geschichte sein, die zu erwartenden Veränderungen zu untersuchen.

HK: Von den Befürwortern der Fristenregelung wurde die These vom Dammbbruch in Richtung Euthanasie weit von sich gewiesen. Wo aber sind die Barrieren gegen die Verfügung über das Leben in sozial u. U. lästigen Randzonen, wenn Leben in einer Zone, und sei es auch in der dem Bewußtsein am wenigsten zugänglichen, ohne vertretbare Güterabwägung verfügbar wird? Und welche Auswirkungen erwarten Sie für das ärztliche Ethos?

Hepp: Auch wenn die Befürworter der Fristenregelung mit Recht die These vom Dammbbruch in Richtung aktiver Sterbehilfe weit von sich gewiesen haben, ist dennoch die gleichzeitig aufkommende Diskussion über die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens am Ende des Weges menschlicher Existenz bereits Ausdruck der sich schleichend entwickelnden *Bewußtseinsänderung* und daher keine Zufälligkeit. Es ist eben nicht möglich, die Tötung menschlichen Lebens während der ersten drei Schwangerschaftsmonate zu fordern und gleichzeitig von „besserer Lebensqualität“ zu sprechen. Dieser Widerspruch kann zum Symptom unserer Gesellschaft mit sozialpsychiatrischem Charakter werden und schließt theoretisch die Gefährdung menschlichen Lebens überhaupt ein. — Hinsichtlich der Auswirkungen der Fristenregelung für das ärztliche Ethos ist eine Prognose schwer möglich. Ich habe schon gesagt, daß mit der jetzt gegebenen Möglichkeit, menschliches Leben bis zur 12. Schwangerschaftswoche indikationslos töten zu können, eine Veränderung und Umkehr des ärztlichen Auftrages eingeleitet wurde. Abtreibung ist und bleibt aber das Gegenteil von Heilkunde. Wie lange dieses ärztliche Prinzip in unserem Lande Gültigkeit haben wird, ist nicht nur von der Entscheidung jedes einzelnen Arztes abhängig. Denn auch die Gesellschaft muß, wie schon

gesagt, ein hohes Interesse daran behalten oder wiederfinden, daß ihre Ärzte niemals der *Tötung des Menschen durch den Menschen* zustimmen, sich dem menschlichen Leben grundsätzlich verpflichtet fühlen und sich kein Urteil über den Lebenswert menschlichen Lebens anmaßen.

HK: Wenn es nach dem Willen des Gesetzgebers ginge, wäre das Gesetz bereits am 21. Juni voll in Kraft getreten. Es fehlt also eine Übergangszeit für notwendige Vorsorge-maßnahmen. Sind solch kurze Fristen für die Realisierung eines solchen Gesetzes nicht recht problematisch?

Hepp: Wir Ärzte hätten es sehr begrüßt, wenn ähnlich

wie in Österreich zwischen Verabschiedung und Inkrafttreten des Gesetzes eine längere Zeitspanne von mindestens sechs Monaten für die Organisation der Realisierung der Fristenregelung eingeplant worden wäre. Bekanntlich wurde in Österreich das neue Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch, der gleichfalls eine Fristenregelung vorsieht, bereits im Januar 1974 mit einer ebenfalls knappen Mehrheit von 92 : 89 verabschiedet. Es tritt aber erst zum 1. Januar 1975 in Kraft. Eine solche Regelung hätte auch für die Bundesrepublik ermöglicht werden müssen. Sie hätte vermutlich auch dem Bundesverfassungsgericht die Aufgabe erleichtert.

Diskussion und Kontroverse

Das „C“ und die Zukunft der Unionsparteien

Die Diskussion über das „C“ in den Unionsparteien hat sich, seitdem die CDU/CSU im Bund in der Opposition ist, neu belebt. Handelt es sich dabei um eine Revitalisierung des Christlichen als politische Motivation oder um Nachhutgefechte, die das Ende christlicher Programmatik in der Politik „christlicher“ Parteien ankündigen? Wir haben zwei Publizisten von Rang, Franz Alt (Leiter von Report beim Südwestfunk Baden-Baden) und Rüdiger Altmann (Deutscher Industrie- und Handelstag, Köln), die an entgegengesetzten Flügeln der CDU engagiert sind, gebeten, aus ihrer Sicht dazu Stellung zu nehmen.

Die Unionsparteien brauchen das „C“

Auch bei der jüngsten Landtagswahl in Niedersachsen fiel auf, daß die SPD kaum kirchlich engagierte Wähler verloren und die CDU kaum solche gewonnen hat. Dennoch scheint das Verhältnis der Unionsparteien zu den Kirchen problemlos — das ist das Problem! *Walter Dirks* und *Eberhard Stammler* suchten für ihr problemgeladenes Buch „Warum bleibe ich in der Kirche?“ führende Unionspolitiker als Mitautoren. Sie erhielten Absagen von: Gerhard Schröder, Gerhard Stoltenberg, Franz Josef Strauß, Kai Uwe von Hassel, Bruno Heck und anderen. Dafür schrieben dann Erhard Eppler und Heinz Oskar Vetter! *Helmut Kohl* wünschte kürzlich wieder ein „freundschaft-

lich-kameradschaftliches Verhältnis zu den Kirchen“. Das klingt so, als würde *Willy Brandt* am 1. Mai über das Verhältnis der SPD zu den Gewerkschaften reden. Ähnlich unverbindliche Floskeln stehen in allen CDU-Partei-programmen über das „C“ des Parteinamens. Für viele CDU-Politiker hören die Fragen zu den ganz entscheidenden Problemen immer noch da auf, wo sie eigentlich beginnen sollten. Und Grundsatzfragen werden für die CDU um so wichtiger und dringlicher je mehr in der SPD „die Macher“ das Sagen haben!

Doch in den „nichtchristlichen“ Parteien SPD und FDP wird das Verhältnis Staat — Kirche und Parteien — Kirche heute intensiver diskutiert als in den „christlichen“ Parteien. Auch die *Jungdemokraten* scheinen von dem Thema weit mehr fasziniert als die *Junge Union* — bisher zumindest! Die Sprachlosigkeit der Christen in der Union trotz der heftigen Diskussion dieser Fragen ist verblüffend. Das Verhältnis der *Unionsparteien* zu den Kirchen reduziert sich immer mehr auf ein Verhältnis zu den kirchlichen Hierarchien. Dabei sind die Bischöfe beider Kirchen in ihren politischen Äußerungen während der letzten Monate oft progressiver als die Mehrzahl der führenden Unionspolitiker. Zur Erklärung der katholischen Bischöfe „Gegen Gewalt und Terror in der Welt“ vom September 1973 hatte kaum ein Unionspolitiker etwas zu sagen. Nur deshalb, weil dem nichts hinzuzufügen war? Viele CDU-Mitglieder würden noch heute in den katholischen Sozialenzykliken eher eine Sammlung von Lenin-Zitaten als sozialpolitische Erklärungen von Päpsten erkennen, wenn sie diese überhaupt kennen würden. Es scheint auch gar nicht sicher, daß heute der heilige Thomas mit seiner sozia-