

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Direktor: Professor Dr. med. Klaus Jork

Schwangerschaftskonfliktberatung
in der ambulanten Krankenversorgung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Stefan Sahm
aus
Hagen in Westfalen

Frankfurt am Main
1998

Dekan: Professor Dr. med. Gebhard von Jagow
Referent: Professor Dr. med. Klaus Jork
Korreferent: Professor Dr. med. Hans-G. Siedentopf

Tag der mündlichen Prüfung: 29. Oktober 1999

In Dankbarkeit meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis	VI
1 Problemdefinition und Fragestellung	1
1. 1 Historischer Überblick.....	1
1. 2 Juristische Grundlagen	5
1. 3 Zielsetzung und Fragestellung.....	10
2 Material und Methoden	12
2. 1 Patientenstichprobe	12
2. 2 Erhebungsinstrumentarium.....	12
2. 3 Statistik	15
3 Ergebnisse	16
3. 1 Auswertung des Fragebogens	16
3. 2 Auswertung der Karteidaten	33
4 Diskussion	36
4. 1 Diskussion der Ergebnisse der Datenerhebung.....	36
4. 2 Diskussion der Methodik der Datenerhebung	46
4. 3 Diskussion des Beratungsgesetzes	49
4. 4 Möglichkeiten und Grenzen der Schwangerschaftskonfliktberatung.....	57
4. 5 Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch.....	61
5 Zusammenfassung.....	66
6 Literaturverzeichnis.....	68

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Grenzbeträge der sozialen Bedürftigkeit in den alten und neuen Bundesländern.....	6
Tab. 2:	Beratungsgespräche pro Quartal	16
Tab. 3:	Anzahl der Patientinnen in verschiedenen Altersgruppen (n = 103).....	17
Tab. 4:	Anzahl der zum Beratungstermin bereits lebenden Kinder (n = 126) der Patientinnen in den einzelnen Altersgruppen	21
Tab. 5:	Anzahl der Abbrüche (n = 42), die eine entsprechende Zeit (in Jahren) zurückliegen.....	23
Tab. 6:	Abstand in Wochen zwischen dem Zeitpunkt der letzten Periode der Patientinnen (n = 103) und den Beratungsterminen	25
Tab. 7:	Häufigkeit der Angaben, die von den Patientinnen als Gründe zum Anliegen des Abbruchs gemacht werden (n = 170)	27

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anzahl der Beratungsgespräche (n = 103) pro Quartal	17
Abb. 2:	Anzahl der Patientinnen in verschiedenen Altersgruppen (n = 103).....	18
Abb. 3:	Prozentualer Anteil der Ledigen, Geschiedenen oder Getrenntlebenden, Witwen und Verheirateten an der gesamten Stichprobe (n = 103)	18
Abb. 4:	Prozentualer Anteil der einzelnen Herkunftsländer der nichtdeutschen Patientinnen (n = 51)	19
Abb. 5:	Prozentualer Anteil der einzelnen Tätigkeiten der Patientinnen mit n = 101 bezogen auf den Zeitpunkt des Beratungsgesprächs	20
Abb. 6a:	Anzahl der Patientinnen (n = 103) mit 1, 2, 3, 4, 6 und ohne Kind(er)	20
Abb. 6b:	Anzahl der zum Beratungstermin bereits lebenden Kinder (n = 126) der Patientinnen in den einzelnen Altersgruppen	22
Abb. 7a:	Aufteilung der Stichprobe der Patientinnen (n = 103) in Gruppen mit 0, 1, 2, 3 und 5 Abbrüchen.....	23
Abb. 7b:	Anzahl der Abbrüche (n = 42), die eine entsprechende Zeit (in Jahren) zurückliegen.....	24
Abb. 8:	Anzahl der Frauen (n = 103), die eine gewisse Zeit nach der letzten Regelblutung zum Beratungstermin kommen.....	25
Abb. 9a:	Anzahl der Patientinnen (n = 103), die verhütet, bzw. nicht verhütet haben.....	26
Abb. 9b:	Anteil der einzelnen Kontrazeptionsmethoden an den Kontrazeption durchführenden Patientinnen (n = 42)	26
Abb. 10:	Häufigkeit der Nennung verschiedener Gründe im Bereich Partnerproblematik (n = 78)	28
Abb. 11:	Prozentuale Anteile der beruflichen Situation der Partner an der Gesamtheit der verwertbaren Angaben (n = 64).....	29
Abb. 12:	Prozentuale Darstellung der finanziellen Situation der Patientinnen (68 verwertbare Angaben)	30
Abb. 13:	Prozentuale Darstellung der Wohnungssituation (64 verwertbare Angaben)	30

Abb. 14: Häufigkeit der verschiedenen Einstellungen des sozialen Umfeldes der Patientinnen (39 verwertbare Angaben)	31
Abb. 15: Anzahl der sozialen, medizinischen und sonstigen Indikationen an der gesamten Stichprobe (n = 103)	33
Abb. 16: Begleitung der 103 Patientinnen.....	33
Abb. 17: Entfernung des Wohnortes der Patientinnen (n = 102) zur Beratungspraxis	34
Abb. 18: Prozentualer Anteil der verschiedenen Versicherungsarten der Versicherten (n = 102)	35
Abb. 19: Anzahl der von verschiedenen Ärzten überwiesenen oder eigenen Patientinnen (n = 103).....	35

1 Problemdefinition und Fragestellung

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich weit über 80.000 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Die geschätzte Dunkelziffer liegt allerdings mit über 250.000 Abbrüchen pro Jahr erheblich höher. Damit käme auf drei Lebendgeburten ein Schwangerschaftsabbruch (*Thuro, Rabe, Runnebaum 1989; Krüger 1989; Bitzer 1991; Ullrich 1990*).

In Verbindung mit der sich in der Vergangenheit ständig ändernden juristischen Situation gewinnt dieses Thema zunehmend auch in der Allgemeinarztpraxis an Bedeutung, da immer mehr Frauen den Allgemeinmediziner aufsuchen, um an einer Schwangerschaftskonfliktberatung teilzunehmen.

1.1 Historischer Überblick

Die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch ist älter, als man zunächst vermuten würde. Schon Aristoteles (384-322 v. Chr.) nahm an, daß der Embryo erst zu einem späteren Zeitpunkt als zu dem der Zeugung Leben empfängt. Erst von diesem Moment an betrachtete er den Schwangerschaftsabbruch als sittenwidrig. Thomas von Aquin (1224-1274 n. Chr.) griff auf die Sukzessiv-Beseelungstheorie des Aristoteles zurück und bestimmte mit daraus abgeleiteten Fristenmodellen die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs und die beginnende kanonische, zivile Rechtsdiskussion. Parallel dazu entwickelten sich neue embryologische Erkenntnisse, die über die ersten Entwicklungswochen Auskunft gaben und die

Beseelungsdiskussion mehr an den Beginn der Schwangerschaft verschoben.

Später, seit einem päpstlichen Dekret von Pius XI. (1869), galt die menschliche Leibesfrucht vom Augenblick der Empfängnis an als beseelt und der Schwangerschaftsabbruch als Tötung menschlichen Lebens.

Das seit 1871 geltende deutsche Gesetzbuch sieht im § 218 für alle an der "Abtötung der Leibesfrucht" Beteiligten zwischen ein und fünf Jahren Zuchthaus vor. Durch einen Reichsgerichtsbeschuß folgt 1926 eine Abmilderung der Strafe von Zuchthaus auf Gefängnis und 1927 die Aufhebung der Strafbarkeit im Falle der medizinischen Indikation. Bereits 1928 vermutet der Deutsche Ärztetag, daß pro Jahr 500.000-800.000 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, 10.000 davon enden für die werdende Mutter tödlich. Dies zeigt die auch damals schon bestehende große Not, welche die ungewollt Schwangeren dazu veranlaßt, auch bei Androhung noch so hoher Strafen die Schwangerschaft abzuberechnen. Unter anderem aufgrund dieser Tatsache strebt die Öffentlichkeit eine Liberalisierung des § 218 an (*Austein 1989*). Diese Diskussion um die Liberalisierung des § 218 veranlaßt vermutlich in den 40er Jahren auch V. v. Weizsäcker zu dem Kommentar: "Gehört die Frucht der Mutter oder sich selbst? Dieser Grundkonflikt ist unauflösbar" (*Pöttgen 1987*).

Zur Zeit des Nationalsozialismus kann dann von Liberalisierung keine Rede mehr sein, denn ab 1943 wird mit der Todesstrafe bedroht, wer durch einen Schwangerschaftsabbruch "der Lebenskraft des deutschen Volkes" Schaden zufügt. Es besteht jedoch Straffreiheit, wenn es sich um eine Frau einer "minderwertigen Rasse" handelt (*Ullrich 1990*).

Am 21.06.1976 tritt die Indikationslösung in Kraft: Sie stellt den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich zwar unter Strafe, läßt aber Ausnahmen, die durch die sogenannten Indikationen definiert werden, unter Einhaltung einer bestimmten Frist zu:

1. Eine **medizinische Indikation** liegt dann vor, wenn ärztlicherseits festgestellt wird, daß nur durch einen Schwangerschaftsabbruch eine Gefährdung des Lebens oder der körperlichen oder seelischen Gesundheit von der Frau abgewendet werden kann (ohne zeitliche Begrenzung).
2. Von einer **eugenischen Indikation** spricht man, wenn das Ungeborene eine nicht heilbare, schwerwiegende Schädigung aufweist, so daß die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht von der Frau verlangt werden kann (bis zur 22. Woche nach der Empfängnis).
3. Die **kriminologische Indikation** ist gegeben, sofern die Schwangerschaft durch Vergewaltigung, sexuelle Gewalt, sexuellen Mißbrauch von Kindern unter 14 Jahren oder aufgrund sexueller Nötigung oder sexuellen Mißbrauch einer widerstandsunfähigen Frau entstanden ist (bis zur zwölften Woche nach der Empfängnis).
4. Die **Notlagenindikation** liegt dann vor, wenn durch den Schwangerschaftsabbruch die Gefahr einer schwerwiegenden und nicht aufhebbaren Notlage von der Frau abgewendet werden kann (bis zur zwölften Woche nach der Empfängnis).

Obligatorisch für die Erlangung der Straffreiheit unter Erfüllung einer der vier Indikationen ist die Teilnahme der den Abbruch wünschenden Patientin an einem **Beratungsgespräch**, das mindestens drei Tage vor dem Abbruch stattfinden muß.

(Burr 1992; Austein 1989; Meckel 1988; Ullrich 1990)

Am 27.07.1992 beschließt das Parlament die §§ 218 und 219 StGB, die am 28.05.1993 vom 2. Senat des Bundesverfassungsgerichtes als verfassungsmäßig anerkannt werden: Der Schwangerschaftsabbruch, der innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch eine Ärztin oder einen Arzt auf Wunsch der Schwangeren vorgenommen wird, ist rechtswidrig, aber straffrei, wenn bis spätestens drei Tage vor dem Abbruch ein Beratungsgespräch erfolgt ist. Ähnlich wie 1976 gilt auch hier wieder die Indikationsregelung: Die medizinische Indikation bleibt unter Hinzufügung des ausdrücklichen Hinweises bestehen, daß bei ihrer Anwendung auch schwere psychosoziale Krisen Berücksichtigung finden müssen. Eine Beratung ist im Fall der medizinischen Indikation nicht mehr zwingend vorgeschrieben. Bei der embryopathischen (vormals "eugenische Indikation") und der kriminologischen Indikation sind eine Beratung weiterhin bis drei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch vorgeschrieben, auch die Fristen behalten ihre Gültigkeit.

Allerdings fällt bezüglich der embryopathischen Indikation auf, daß die Gesetzgebung mit der Frist von 22 Wochen Rücksicht darauf nimmt, daß viele Behinderungen des Ungeborenen erst nach dem 3. Schwangerschaftsmonat diagnostiziert werden können. Dies aber impliziert, daß der staatliche Schutz ungeborener behinderter Kinder hinter medizinische Aspekte zurückzutreten hat (Meise 1994).

Bei der kriminologischen Indikation wird eine Strafanzeige nicht vorausgesetzt. Die Notlagenindikation ist aus dem Indikationenkatalog gestrichen worden (Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann NRW 1994; Bockenheimer-Lucius 1993).

1.2 Juristische Grundlagen

Folgender Sachverhalt ist seit dem **01.10.1995** bzw. **01.01.1996** geltendes Recht: Der Tatbestand eines Schwangerschaftsabbruchs ist für alle Beteiligten nach § 218 a Abs. 1 StGB ausgeschlossen, wenn die Schwangere den Abbruch ausdrücklich verlangt, sie dem Arzt eine Bescheinigung einer anerkannten Beratungsstelle über eine mindestens drei Tage zurückliegende Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB vorgelegt hat und die Schwangerschaft innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird. Der medizinisch indizierte Abbruch ist bezüglich der Beratungspflicht eine Ausnahme: hier ist eine Beratung nicht zwingend vorgeschrieben.

Sind diese Bedingungen erfüllt, so bleiben alle an dem Schwangerschaftsabbruch Beteiligten straffrei, obwohl ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtswidrig ist, wenn nicht die medizinische oder die kriminologische Indikation zutrifft. Eine Notlagenindikation und eine embryopathische Indikation sieht die neue Gesetzesregelung nicht mehr vor, wobei die Notlagenindikation zu einem kleinen Teil in der medizinischen Indikation (schwere psychosoziale Krisen) aufgeht. Das Wegfallen der embryopathischen Indikation - sie wird ebenfalls teilweise von der medizinischen Indikation abgedeckt - ist mehr als ein deutliches Zeichen

dahingehend zu verstehen, daß ein behinderter oder geschädigter Embryo dasselbe Lebensrecht hat wie jeder andere Embryo auch.

Strafbar nach neuem Recht macht sich hingegen derjenige, der eine Schwangere mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zum Schwangerschaftsabbruch nötigt (§ 240 StGB) oder der einer Schwangeren in verwerflicher Weise Unterhalt vorenthält und dadurch den Schwangerschaftsabbruch bewirkt (§ 170 b Abs. 2 StGB).

Eine Konsequenz der scheinbar widersprüchlichen Tatsache, daß ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig aber straffrei sein kann, ist die folgende: Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt nur für gesetzeskonforme Behandlungsmethoden. Die Frau, die ohne das Vorliegen einer Indikation innerhalb von 12 Wochen nach Empfängnis einen somit rechtswidrigen aber straffreien Schwangerschaftsabbruch vornehmen läßt, hat die unmittelbaren Kosten für den Abbruch selbst zu tragen. Allerdings wird auch der rechtswidrige Abbruch im Falle der sozialen Bedürftigkeit der Frau vom Sozialamt bezahlt. Der Grenzbetrag, ab dem eine soziale Bedürftigkeit vorliegt, errechnet sich folgendermaßen (*Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 1995*):

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Maximaler Verdienst:	1.700 DM	1.500 DM
Für jedes im Haus der Bedürftigen lebendes, minderjähriges Kind	400 DM	370 DM
Wenn Kosten der Unterkunft > 500 bzw. > 400 DM (neue Bundesländer)	max. 500 DM	max.500 DM
Grenzbetrag	max. 2.600 DM	max. 2.370 DM

Tab. 1: Grenzbeträge der sozialen Bedürftigkeit in den alten und neuen Bundesländern

Schon seit 1980 ist die Bundesregierung in Bezug auf den § 218 StGB der Ansicht, "daß die Einflußnahme auf den Motivationsprozeß der Schwangeren im Sinne der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nicht zum Ziel haben darf, die Schwangere unter allen Umständen trotz ihrer Notlage zur Geburt ihres Kindes zu überreden" (*Meckel 1988*). Die Beratung sollte die Ratsuchende zu einer selbstverantwortlichen und sachgerechten Entscheidung befähigen (*Retzlaff 1990*).

Die nähere Betrachtung dieser Auffassung der Beratungsproblematik läßt auch ersichtlich werden, warum es die allgemeine Notlagenindikation nicht mehr geben kann. Im Falle einer solchen Indikation wäre die Patientin nämlich gezwungen, den Berater vom Vorliegen einer schweren allgemeinen Notlage zu überzeugen. Dies widerspricht aber dem erklärten Ziel der Beratung, den Schwangerschaftskonflikt ohne Ausübung von Zwang oder Druck auf die werdende Mutter offenzulegen (*Bockenheimer-Lucius 1993*).

Das Beratungskonzept, das aufgrund einer Anordnung des Bundesverfassungsgerichtes seit dem 16.06.1993 geltendes Recht ist, folgt der Überzeugung, daß ungeborenes, menschliches Leben in der Frühphase der Schwangerschaft nur mit der Frau und nicht gegen sie zu schützen ist. Auf dieser Erkenntnis aufbauend lassen sich für das Beratungskonzept folgende Regeln ableiten, die im § 219 StGB und in den §§ 1 bis 11 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) kodifiziert sind:

Der Tatbestand kann nur dann ausgeschlossen werden, wenn bis spätestens drei Tage vor dem Abbruch eine Beratung durchgeführt worden ist. Da diese Beratung

dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen soll, hat sich der Berater von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Er soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Hierzu muß der Frau bewußt sein, daß das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat.

Dennoch sollte die Frau in der Beratung nicht bedrängt, bevormundet oder belehrt werden. Vielmehr hat die Beratung, die ergebnisoffen geführt werden soll und von der Verantwortung der Frau ausgeht, zu ermutigen und Verständnis zu wecken. Im einzelnen umfaßt die Schwangerschaftskonfliktberatung folgende Punkte:

Das Eintreten in eine Konfliktberatung, wobei erwartet wird, daß die schwangere Frau der sie beratenden Person die Gründe mitteilt, deretwegen sie einen Abbruch der Schwangerschaft erwägt. Die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der Schwangeren kann aber nicht erzwungen werden.

Die Frau soll die erforderlichen medizinischen, sozialen und juristischen Informationen erhalten und die Rechtsansprüche und Möglichkeiten der praktischen Hilfen, insbesondere solcher, welche die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, dargelegt bekommen. Weiterhin soll der Schwangeren angeboten werden, sie bei der Geltendmachung von Ansprüchen, bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und ggf. bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen.

Nach Beendigung der Schwangerschaftskonfliktberatung hat die Beratungsstelle (u. a. der beratende Arzt) der Schwangeren eine mit Namen und Datum des letzten Beratungsgesprächs versehene Beratungsbescheinigung nach § 7 SchKG auszustellen.

Darüber hinaus dürfen die Beratungsstellen nicht mit Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, organisatorisch oder durch wirtschaftliche Interessen verbunden sein (§ 9 SchKG).

Ärzte und Hilfspersonal dürfen grundsätzlich die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch verweigern, wenn keine Lebensgefahr oder die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung der Frau besteht (§ 12 SchKG).

An denjenigen den Schwangerschaftsabbruch durchführenden Arzt werden im Speziellen folgende Ansprüche gestellt: Er muß der Frau Gelegenheit geben, ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen, und sie über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten. Außerdem muß der Arzt das Alter der Schwangerschaft feststellen.

1.3 Zielsetzung und Fragestellung

Dem beratenden Arzt werden für die Schwangerschaftskonfliktberatung eine Vielzahl von juristischen Auflagen gemacht, die den groben Ablauf des Beratungsgesprächs vorschreiben. Wie aber der Schwangerschaftskonflikt im einzelnen aufzudecken ist, wie der Arzt die schwangere Frau zu einer von ihr selbst akzeptierbaren und bewußt gewollten Konfliktlösung führen soll, geht nicht aus dem Gesetzestext hervor.

In dieser Situation gibt es für den beratenden Arzt wenige konkrete Handlungsleitlinien, auf die er bei der schwierigen Aufgabe der Schwangerschaftskonfliktberatung zurückgreifen kann. Für eine erfolgreiche Beratung, die der ungewollt Schwangeren einen Ausweg aus ihrer schwierigen, ambivalenten Situation aufzeigen kann, sind - neben den Wertvorstellungen und Erfahrungen des Beratenden - genaue Kenntnisse des Beratungsalltags und der Besonderheiten des Kollektivs, das zur Schwangerschaftskonfliktberatung in eine Praxis oder Beratungsstelle kommt, von großem Nutzen, um eine Beratung anzubieten und durchzuführen, welche sich an den Bedürfnissen und Schwierigkeiten der ratsuchenden Frauen in ihrer konflikthaften Situation orientiert.

Aus diesem Grund werden in der folgenden Studie individualpsychologische Faktoren des Patientinnenkollektivs, das das ärztliche Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch aufsucht, analysiert und beschrieben, um Standards und Voraussetzungen für die effiziente Ausübung der Beratungsfunktion durch den Arzt definieren zu können. Die vorliegende Untersuchung soll folgende Fragen beantworten:

1. Welche Patientinnenbesonderheiten lassen sich bei der Schwangerschaftskonfliktberatung nachweisen?
2. Welche Gründe werden für den geplanten Schwangerschaftsabbruch angegeben?
3. Welche psychosozialen Faktoren beeinflussen die Entscheidungsfindung der Patientinnen?
4. Welche Handlungsleitlinien lassen sich bei der Schwangerschaftskonfliktberatung definieren?

2 Material und Methoden

2.1 Patientenstichprobe

Erfasst werden 103 Patientinnen, die im Zeitraum vom 08.09.1994 bis zum 12.04.1996 eine südhessische Allgemeinarztpraxis zur Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen.

2.2 Erhebungsinstrumentarium

Als Erhebungsinstrumentarium dient ein Fragebogen, der gleichzeitig als Protokoll für das Beratungsgespräch verwendbar ist (siehe unter 2. 2. 3).

2. 2. 1 Struktur des Fragebogens

Der Kopfteil des Fragebogens enthält den Namen der Patientin und das Datum des Gesprächs. Im Folgenden lässt sich der Fragebogen in fünf Abschnitte gliedern:

Der Abschnitt 1. erfasst anamnestische Daten wie Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Beruf bzw. Tätigkeit und die Zahl der lebenden Kinder, der Abbrüche und der Fehlgeburten. Erfragt werden ebenfalls das Kontrazeptionsverhalten sowie der Tag der letzten Periode, mit dessen Hilfe sich die

Schwangerschaftswoche errechnen lässt. Der Abschnitt enthält ausschließlich Fragen, die mit Zahlen oder wenigen Worten beantwortet werden können.

Unter 2. werden die Gründe eruiert, die ausschlaggebend für den Wunsch nach einem Abbruch sind. Neben der Frage nach der finanziellen Lage und der Wohnungssituation der Schwangeren werden auch die Meinung des Partners zur Abbruch, sein Beruf sowie die Einstellung des sozialen Umfeldes zum Abbruch erfragt. Die verwendete offene Formulierung der Fragen gibt der Patientin die Gelegenheit, ihr Problem und ihren Konflikt mit eigenen Worten darzustellen.

Unter Punkt 3. besteht die Möglichkeit, eine eventuell selbst formulierte Problemdefinition der Patientin zu notieren.

Abschnitt 4. enthält Stichpunkte als Hilfen für das eigentliche Beratungsgespräch: Problemanalyse und mögliche Hilfen, Erörterung der Lebensschutzproblematik und die weltanschauliche Orientierung anhand ethischer Grundlagen.

Unter 5. ist Gelegenheit, die Ergebnisse der Schwangerschaftskonfliktberatung zu dokumentieren: Art der Indikation, Entscheidung der Patientin, Dauer des Gesprächs und den Vermerk über die Abgabe einer Bescheinigung für das Beratungsgespräch.

2. 2. 2 Durchführung der Befragung

Der Arzt führt die Befragung anhand des Fragebogens durch und notiert die Antworten der Patientinnen.

2. 2. 3 Fragebogen

Protokoll Schwangerschaftskonfliktberatung

Name

Datum

1. Anamnese

Alter: ____ Jahre

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Beruf bzw. Tätigkeit:

Zahl der lebenden Kinder:

Abbrüche: Fehlgeburten:

Letzte Periode:

Schwangerschaftswoche:

Kontrazeption: durchgeführt: ja/nein angewandte Methode:

2. Individuelle u. soziale Situation

Gründe zum Anliegen des Abbruchs:

Eigenproblematik (psychische Konflikte bzw. körperliche Leiden):

Partnerproblematik

(insbesondere Einstellung des Erzeugers zur bestehenden Schwangerschaft):

Berufliche Situation des Erzeugers:

Finanzielle Situation:

Wohnungssituation:

Einstellung des sozialen Umfeldes (vor allem Eltern):

3. Problemdefinition:

4. Problemanalyse und mögliche Hilfen

Erörtern der Lebensschutzproblematik

Ethische Grundlagen - weltanschauliche Orientierung

Institutionelle und finanzielle Hilfen

5. Ergebnis der Schwangerschaftskonfliktberatung

Indikation:

Fortbestand der Gravidität:

Dauer des Beratungsgesprächs:

Bescheinigung über Beratungsgespräch abgegeben

Unterschrift

2. 2. 4 Daten aus der Kartei

Ergänzend werden aus der Patientenkartei das genaue Geburtsdatum, der Wohnort, die Krankenkasse, eventuell der überweisende Arzt und gegebenenfalls das Herkunftsland der Patientinnen entnommen.

2. 3 Statistik

Die Ergebnisse der Untersuchung sind statistisch nicht repräsentativ und werden im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie summenstatistisch ausgewertet.

3. Ergebnisse

3.1 Auswertung des Fragebogens

3.1.1 Zeitliche Verteilung der Beratungsgespräche

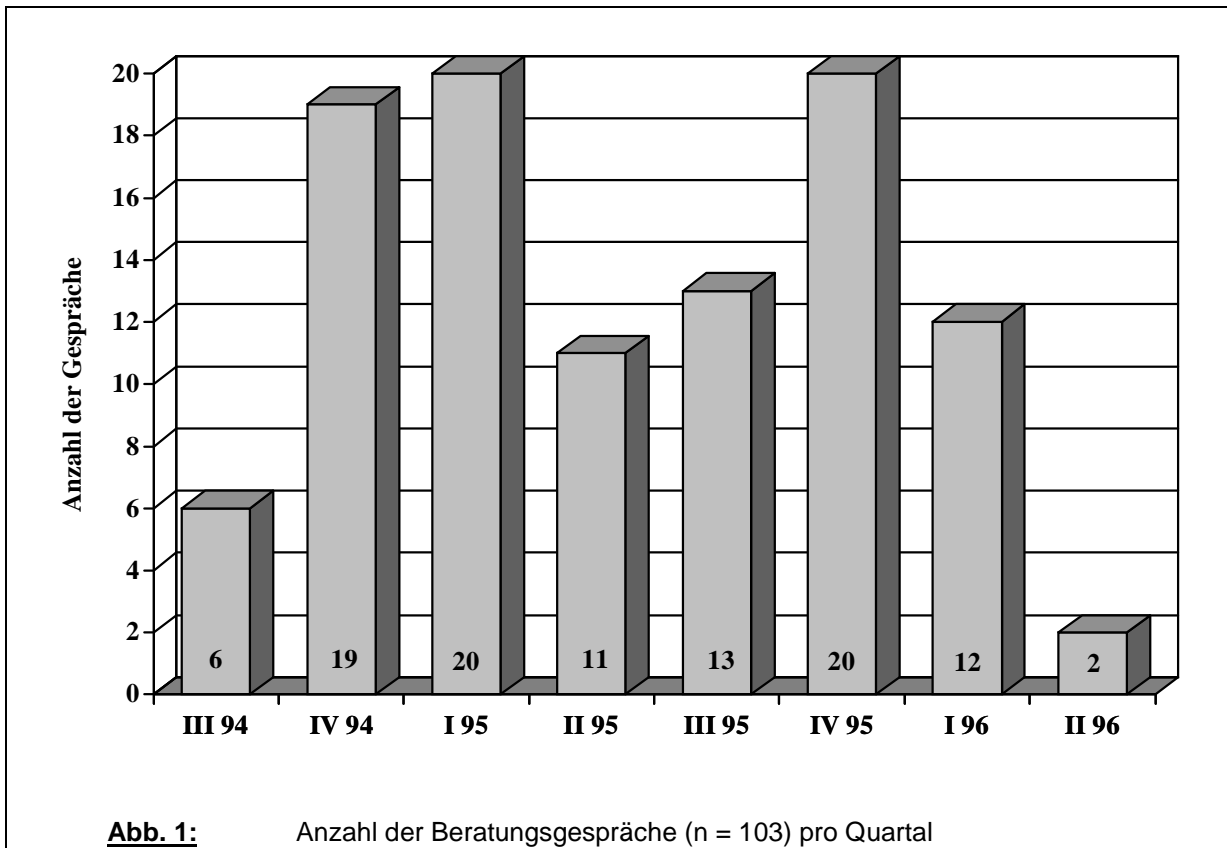
Die 103 Beratungsgespräche sind wie folgt auf die einzelnen Quartale verteilt (Abb.

1):

Quartale / Jahr	I	II	III	IV
1994	-	-	6 (5,8 %)	19 (18,4 %)
1995	20 (19,4 %)	11 (10,7 %)	13 (12,6 %)	20 (19,4 %)
1996	12 (11,7 %)	2 (1,9 %)	-	-

Tab. 2: Beratungsgespräche pro Quartal

Durchschnittlich finden 12,9 Gespräche pro Quartal statt.



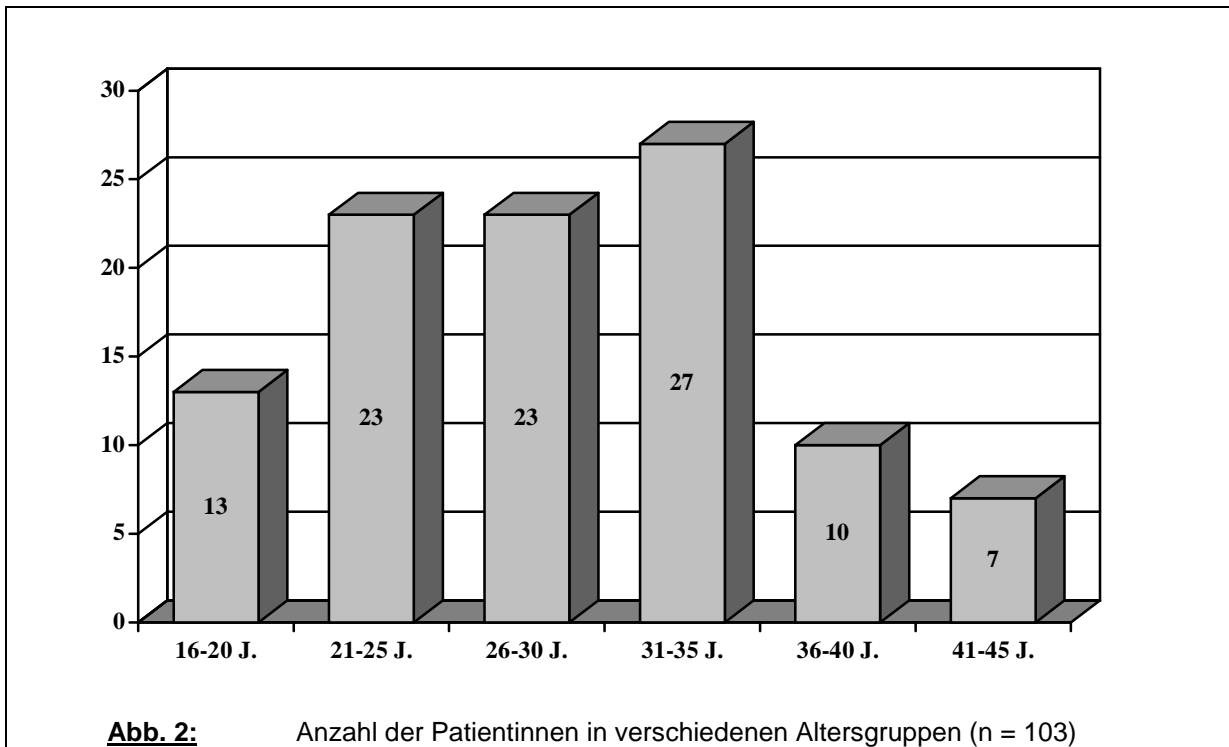
3. 1. 2 Alter der Patientinnen

Die jüngste Patientin ist zum Zeitpunkt des Beratungsgesprächs 16, die älteste 45 Jahre alt. Drei der Patientinnen sind minderjährig. Das Durchschnittsalter der 103 Frauen liegt bei 28,95 Jahren.

16-20 Jahre	21-25 Jahre	26-30 Jahre	31-35 Jahre	36-40 Jahre	41-45 Jahre
13 (12,6 %)	23 (22,3 %)	23 (22,3 %)	27 (26,2 %)	10 (9,7 %)	7 (6,8 %)

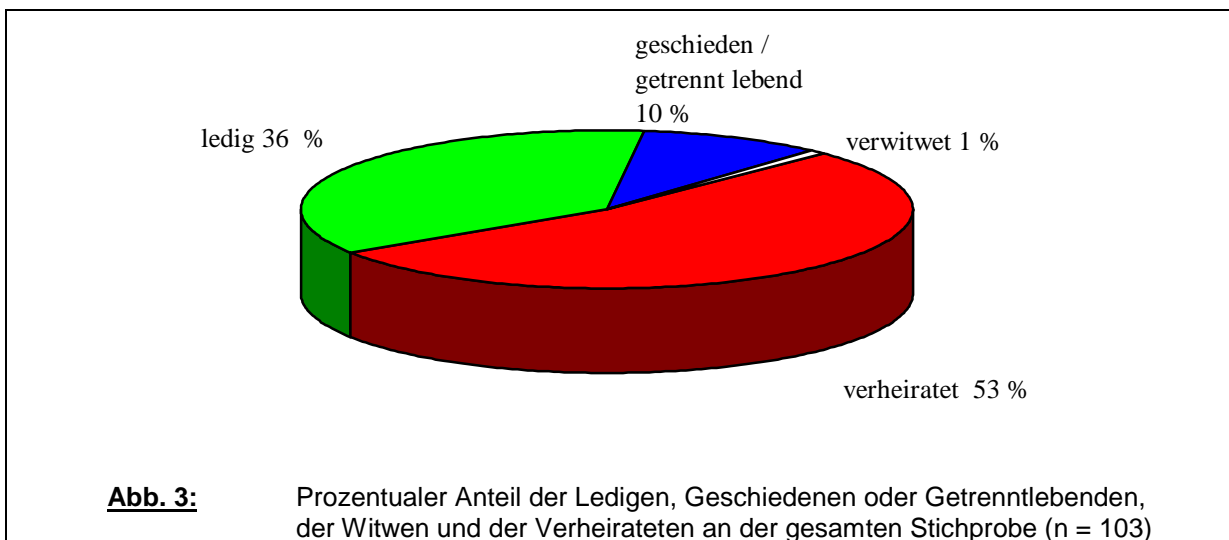
Tab. 3: Anzahl der Patientinnen in verschiedenen Altersgruppen (n = 103)

73 Patientinnen (70,9 %) sind zwischen 21 und 35 Jahre alt, wobei die 31- bis 35-jährigen mit 27 Frauen (26,2 %) die stärkste Gruppe ausmachen (Abb. 2).



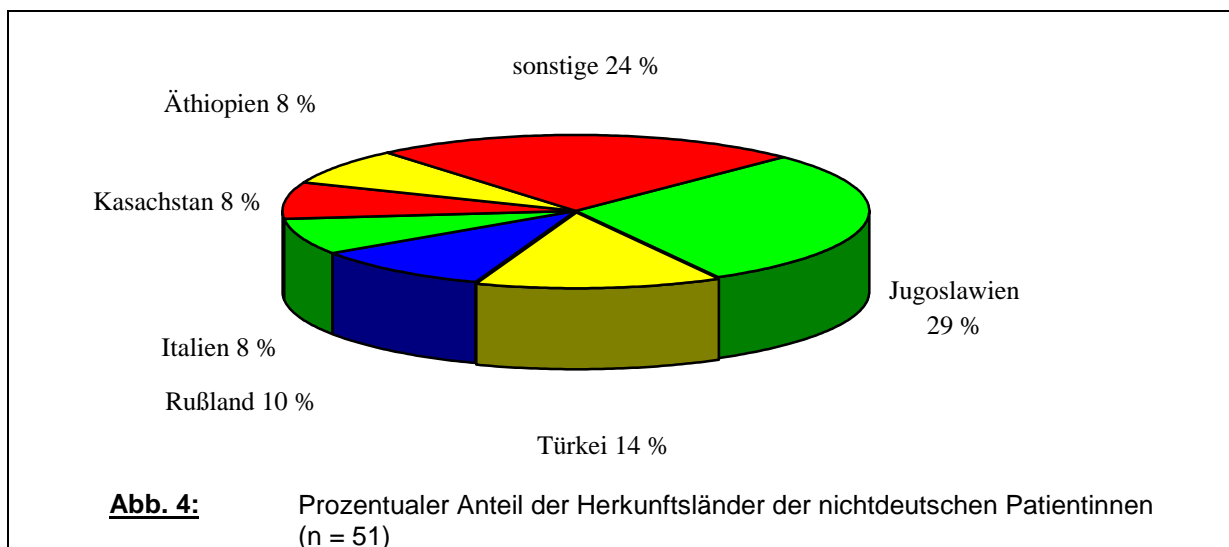
3. 1. 3 Familienstand der Patientinnen

Von 103 Frauen sind 55 verheiratet, 37 ledig, 10 geschieden oder getrennt lebend und eine ist verwitwet (Abb. 3).



3. 1. 4 Staatsangehörigkeit und Herkunftsland

Bei Personen mit zwei Staatsangehörigkeiten wird nur die ausländische Staatsangehörigkeit berücksichtigt. Von 102¹ Patientinnen sind 51 (50 %) aus einem nicht deutschen Herkunftsland. Davon sind 29 % Jugoslawinnen, 14 % Türkinnen, 10 % Russinnen und jeweils 8 % Italienerinnen, Kasachinnen und Äthiopierinnen. Die restlichen 24 % verteilen sich auf die 9 Länder Polen (2 Frauen), Marokko (2) und Afghanistan, Bulgarien, Ghana, Indien, Israel, Österreich, Südkorea (jeweils 1) sowie eine staatenlose Frau (Abb. 4).

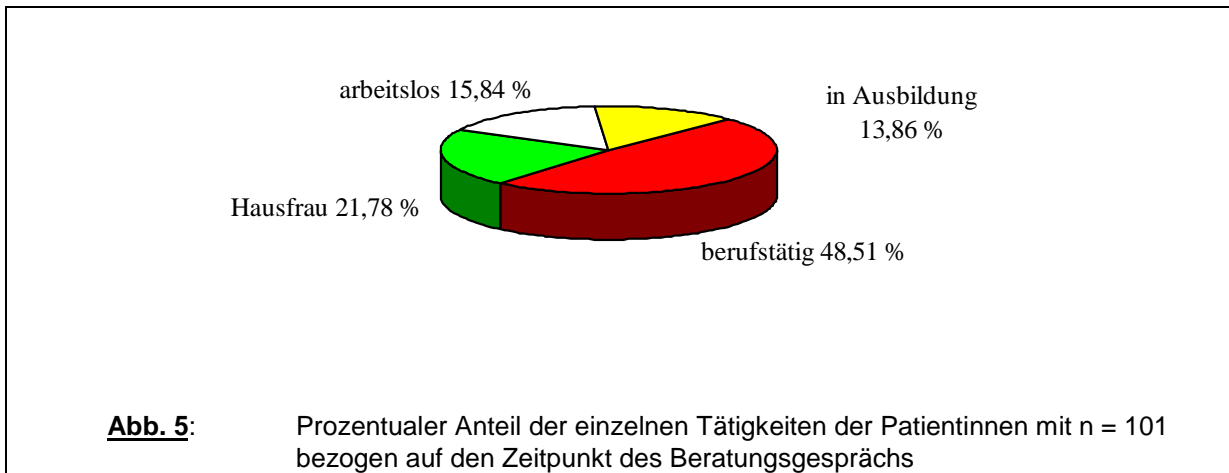


3. 1. 5 Beruf und Tätigkeit

Zum Zeitpunkt der Beratung geben von 101² Patientinnen 49 (48,51 %) an, berufstätig, 22 (21,78 %) Hausfrau, 16 (15,84 %) arbeitslos und 14 (13,86 %) in der Ausbildung zu sein (Abb. 5).

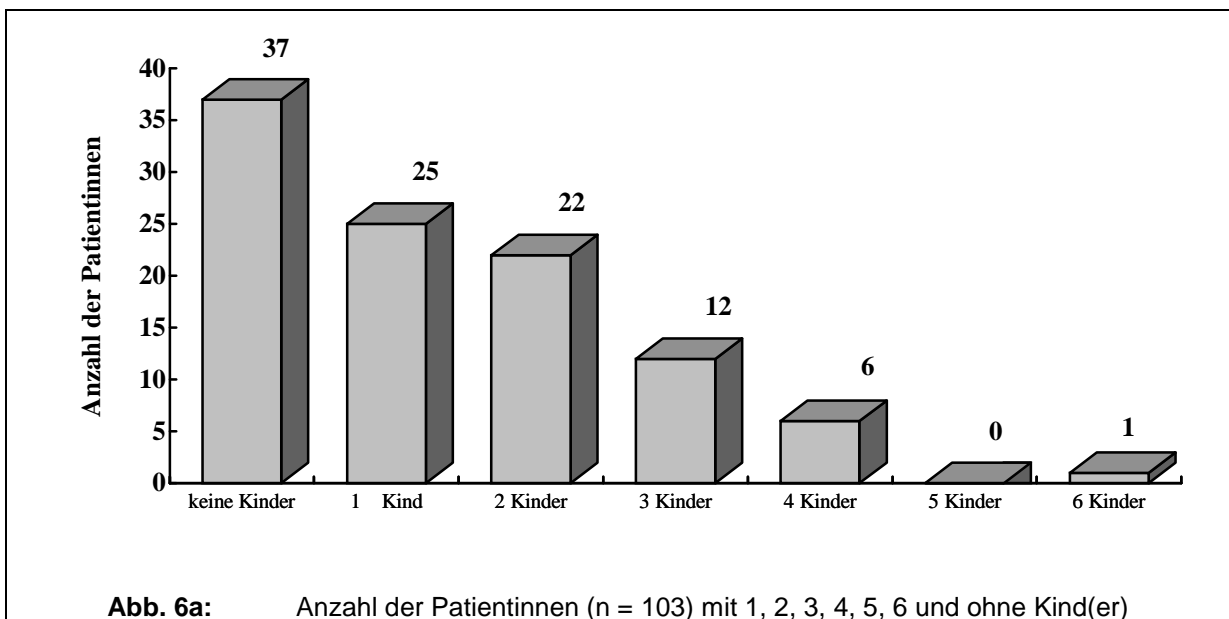
¹ Bei einer Patientin läßt sich die Herkunft nicht feststellen.

² Hier liegen nur 101 verwertbare Angaben vor.



3. 1. 6 Kinder

Von 103 Frauen haben 37 (35,92 %) keine Kinder, 25 (24,27 %) ein Kind, 22 (21,36 %) zwei Kinder, 12 (11,65 %) drei Kinder, sechs (5,83 %) vier Kinder und eine Frau (0,97 %) sechs Kinder. Die Mehrheit der Patientinnen (81,6 %) hat somit höchstens zwei Kinder (Abb. 6a). Im Durchschnitt hat jede Frau 1,31 Kinder.



Das Durchschnittsalter der 126 Kinder beträgt 7,94 Jahre. Das jüngste ist drei Monate, das älteste 26 Jahre alt. Über die Hälfte (52,4 %) der Kinder sind jünger als acht Jahre. Die Kinder lassen sich nach Jahren wie folgt in Gruppen einteilen (Abb. 6b):

[0-1 [Jahre:	05 Kinder (4,0 %)	[10-11 [Jahre:	09 Kinder (7,1 %)
[1-2 [Jahre:	10 Kinder (7,9 %)	[11-12 [Jahre:	06 Kinder (4,8 %)
[2-3 [Jahre:	15 Kinder (11,9 %)	[12-13 [Jahre:	09 Kinder (7,1 %)
[3-4 [Jahre:	08 Kinder (6,3 %)	[13-14 [Jahre:	06 Kinder (4,8 %)
[4-5 [Jahre:	10 Kinder (7,9 %)	[14-15 [Jahre:	01 Kinder (0,8 %)
[5-6 [Jahre:	06 Kinder (4,8 %)	[15-16 [Jahre:	00 Kinder (0,0 %)
[6-7 [Jahre:	04 Kinder (3,2 %)	[16-17 [Jahre:	04 Kinder (3,2 %)
[7-8 [Jahre:	08 Kinder (6,3 %)	[17-18 [Jahre:	03 Kinder (2,4 %)
[8-9 [Jahre:	07 Kinder (5,6 %)	[18-27 [Jahre:	11 Kinder (8,7 %)
[9-10 [Jahre:	04 Kinder (3,2 %)		

Tab. 4: Anzahl der zum Beratungstermin bereits lebenden Kinder (n = 126) der Patientinnen in den einzelnen Altersgruppen

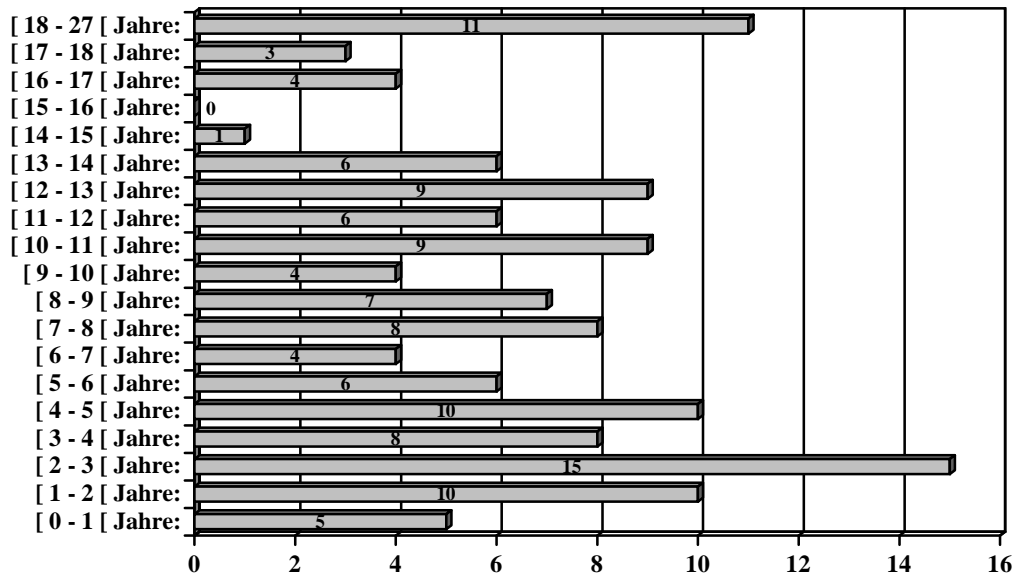
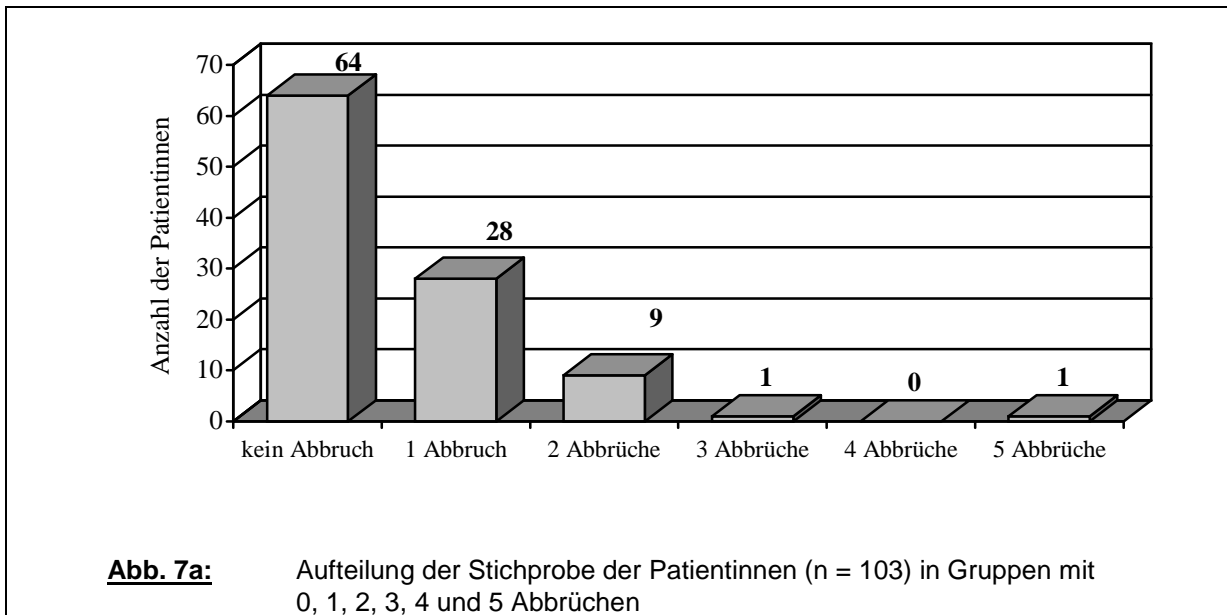


Abb. 6b: Anzahl der zum Beratungstermin bereits lebenden Kinder (n = 126) der Patientinnen in den einzelnen Altersgruppen

3. 1. 7 Anamnestisch erfaßbare Schwangerschaftsabbrüche

Von 103 Patientinnen haben 64 (62,1 %) noch keinen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. 28 (27,2 %) haben einen, neun (8,7 %) haben zwei Abbrüche und jeweils eine Frau (0,97 %) hat drei bzw. fünf Abbrüche hinter sich (Abb. 7a). Durchschnittlich hat somit jede Frau 0,52 Abbrüche durchführen lassen.

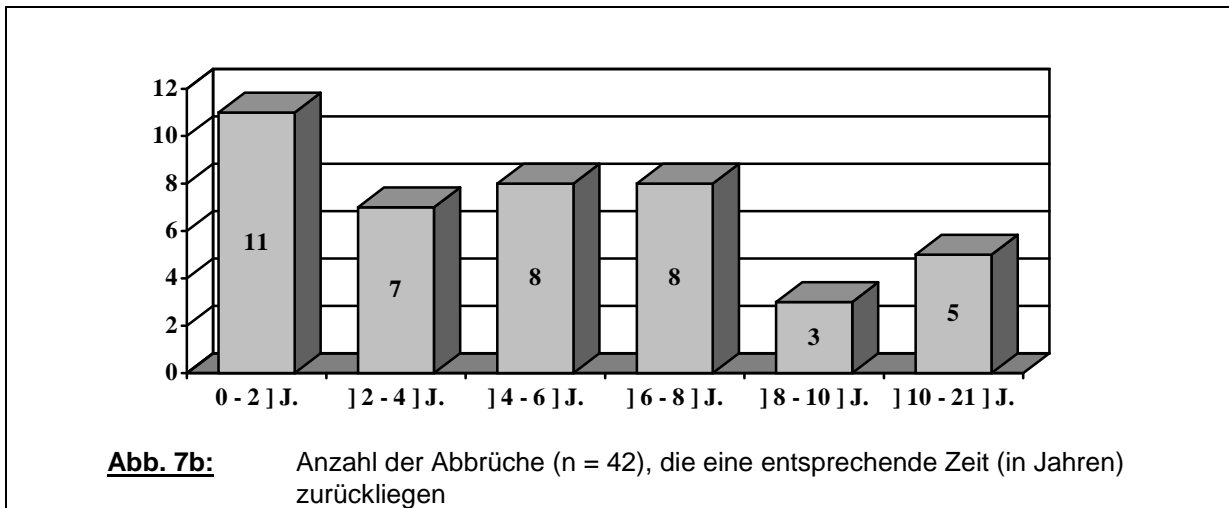


Anhand der Daten läßt sich bei 42 Schwangerschaftsabbrüchen eine Aussage über die Zeitspanne machen, die der Abbruch zurückliegt. Dieser Zeitraum reicht von 4,5 Monaten bis zu 21 Jahren (Abb. 7b):

] 0-2] Jahre: 11 Abbrüche (26,2 %)] 6-8] Jahre: 8 Abbrüche (19 %)
] 2-4] Jahre: 7 Abbrüche (16,7 %)] 8-10] Jahre: 3 Abbrüche (7,1 %)
] 4-6] Jahre: 8 Abbrüche (19 %)] 10-21] Jahre: 5 Abbrüche (11,9 %)

Tab. 5: Anzahl der Abbrüche (n = 42), die eine entsprechende Zeit (in Jahren) zurückliegen

43 % der Abbrüche liegen somit maximal vier Jahre und insgesamt 81 % höchstens acht Jahre zurück. Im Durchschnitt fand eine Abruption vor 5,90 Jahren statt.



3. 1. 8 Fehlgeburten

Von 103 befragten Patientinnen haben 13 (12,6 %) eine, zwei (1,9 %) zwei und eine (1 %) acht Fehlgeburten gehabt. 87 Frauen (84,5 %) haben bisher noch keine Fehlgeburten erlitten. Durchschnittlich haben sich bei jeder Patientin 0,24 Fehlgeburten ereignet.

3. 1. 9 Intervall zwischen letzter Periode und Beratungstermin

Aus der vergangenen Zeit zwischen dem Zeitpunkt der letzten Periodenblutung und dem Beratungstermin lässt sich die Schwangerschaftswoche post menstruationem (p. m.) berechnen. Im Durchschnitt ist die Schwangerschaft bei den 103 Patientinnen 7,15 Wochen (p. m.) alt. Frühestens wird nach drei, spätestens nach 14 Wochen (p. m.) beraten (Abb. 8):

2,1 - 3 Wochen:	1 Frau (0,97 %)	8,1 - 9 Wochen:	10 Frauen (9,7 %)
3,1 - 4 Wochen:	0 Frauen (0,0 %)	9,1 - 10 Wochen:	6 Frauen (5,8 %)
4,1 - 5 Wochen:	7 Frauen (6,8 %)	10,1 - 11 Wochen:	8 Frauen (7,8 %)
5,1 - 6 Wochen:	22 Frauen (21,4 %)	11,1 - 12 Wochen:	0 Frauen (0,0 %)
6,1 - 7 Wochen:	33 Frauen (32,9 %)	12,1 - 13 Wochen:	0 Frauen (0,0 %)
7,1 - 8 Wochen:	14 Frauen (13,6 %)	13,1 - 14 Wochen:	2 Frauen (1,9 %)

Tab. 6: Abstand in Wochen zwischen dem Zeitpunkt der letzten Periode der Patientinnen (n = 103) und den Beratungsterminen

Folglich kommen 69 Patientinnen (67 %) nach 5,1 - 8 Wochen (p. m.) und 100 Patientinnen (97 %) nach insgesamt 4,1 - 11 Wochen (p. m.) zum Beratungsgespräch.

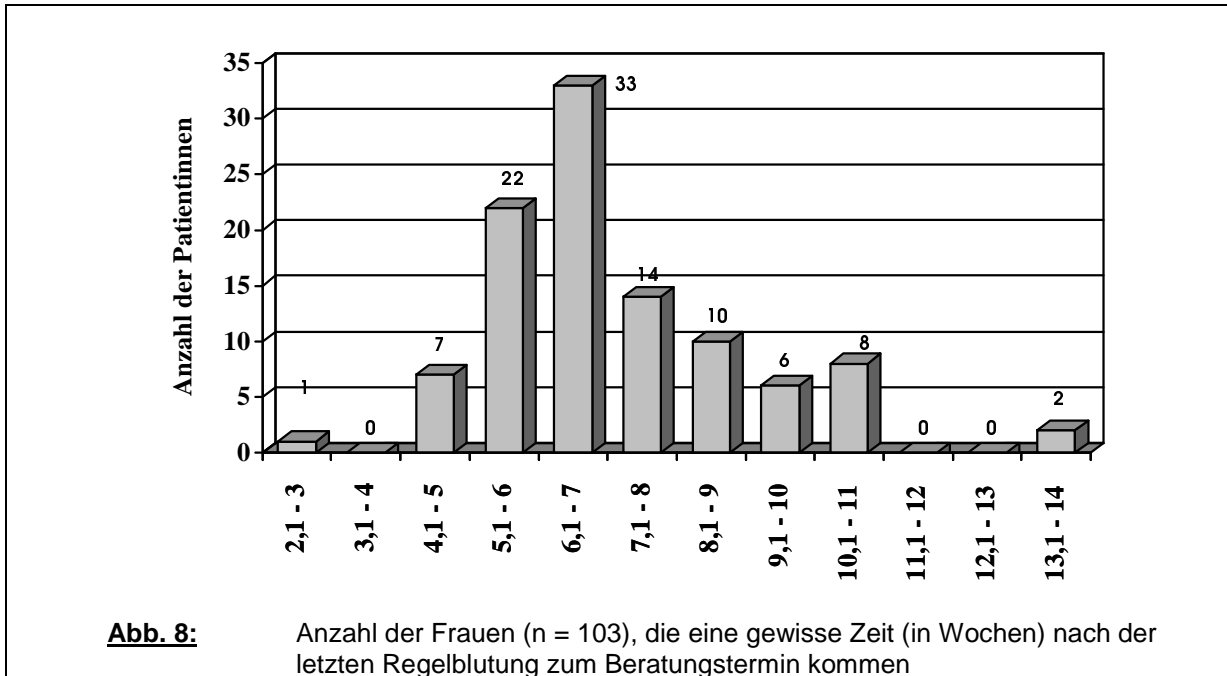


Abb. 8: Anzahl der Frauen (n = 103), die eine gewisse Zeit (in Wochen) nach der letzten Regelblutung zum Beratungstermin kommen

3. 1. 10 Kontrazeption

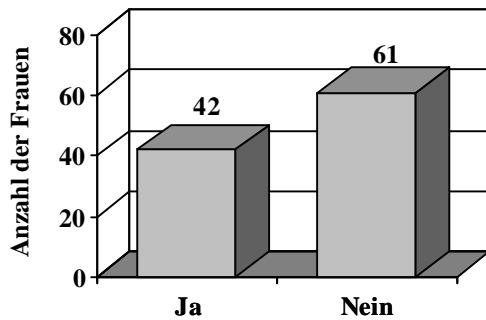


Abb. 9a:

Anzahl der Patientinnen (n = 103), die verhütet, bzw. nicht verhütet haben

Von 103 Patientinnen geben 42 (40,8 %) an, daß sie Kontrazeptionsmethoden (IUP, orale Kontrazeptiva oder Präservative) anwenden. Von den 61 Frauen, die keine Kontrazeptiva benutzen, verlassen sich drei (2,9 %) auf die Knaus-Ogino-Methode, eine (1 %) betreibt Verhütung durch Koitus Interruptus und eine Frau (1 %) verhütet nicht, weil sie weder orale Kontrazeptiva, noch ein Intrauterinpeessar verträgt.

Die restlichen 56 nicht-verhütenden Patientinnen (54,4 %) machen keine näheren Angaben zu ihrer "Nicht-Verhütung". Von den 42 Frauen, die Kontrazeption betreiben, benutzen 19 (45,2 %) Präservative, 17 (40,5 %) orale Kontrazeptiva, eine (2,4 %) Präservative und orale Kontrazeptiva, vier (9,5 %) Intrauterinpeessare. Eine Frau macht zu der Methode der Kontrazeption keine Angaben (Abb. 9b).

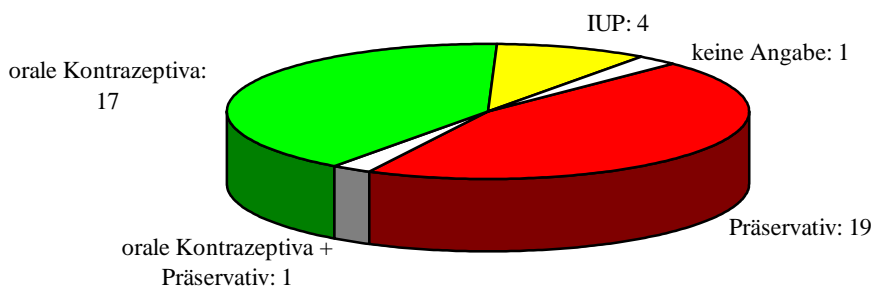


Abb. 9b:

Anteil der einzelnen Kontrazeptionsmethoden an den Kontrazeption durchführenden Patientinnen (n = 42)

3. 1. 11 Gründe für den Schwangerschaftsabbruch

Die im Fragebogen unter Punkt 2. u. a. gestellten Fragen nach den Gründen für den Abbruch sowie die Frage nach der Eigenproblematik werden zusammen ausgewertet, so daß aufgrund von Mehrfachnennungen die Anzahl der verwertbaren Gründe n = 170 beträgt.

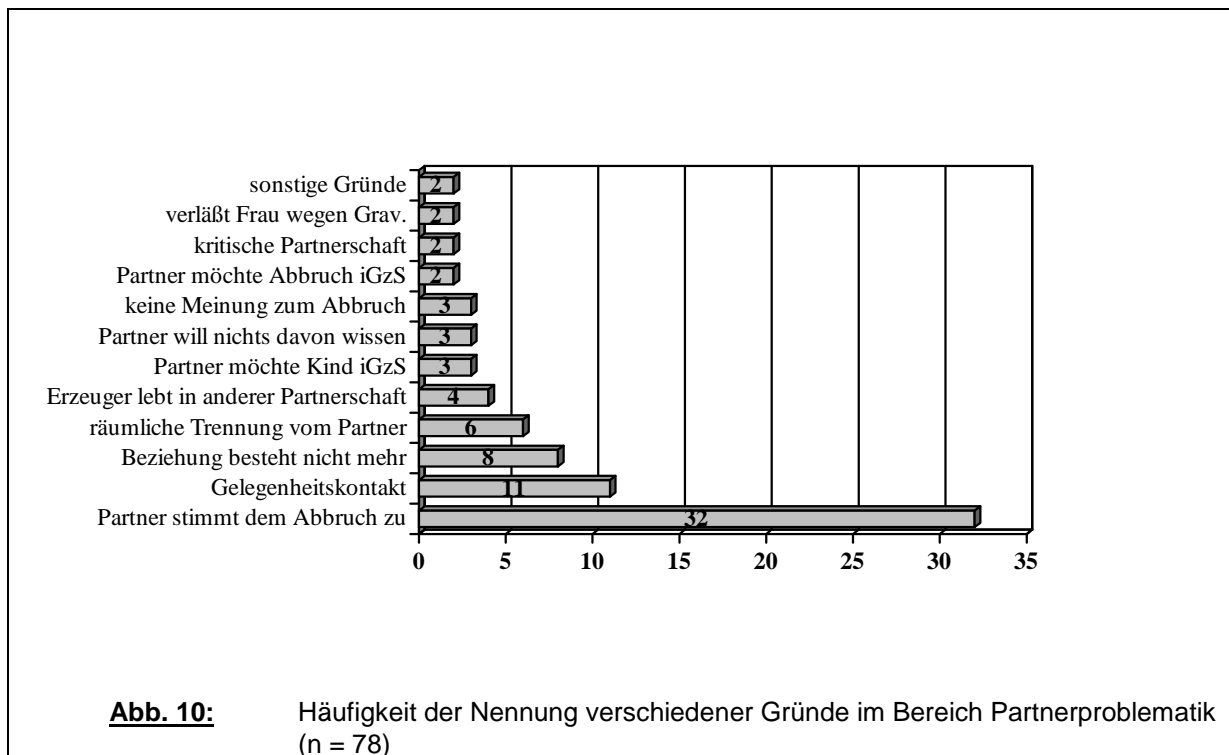
Die verschiedenen Gründe lassen sich den Bereichen der Eigenproblematik (93 ⇒ 54,7 %), der Familienproblematik (26 ⇒ 15,3 %), der Beziehungsproblematik (7 ⇒ 4,1 %), der sozialen Notstände (37 ⇒ 21,8 %) und der sonstigen Gründe (7 ⇒ 4,1 %) zuordnen (Tab. 7).

Eigenproblematik: 93 (54,7 %)	berufliche Gründe Überforderung kein Kinderwunsch Patientin lebt allein mangelnde persönliche Reife medizinische Gründe psychische Probleme "Seitensprung-Kind" Patientin spricht kaum Deutsch Patientin fühlt sich zu alt
Familienproblematik: 26 (15,3 %)	abgeschlossene Familienplanung Angst vor (erneutem) Kindsschaden hohe Geburtenfrequenz
Beziehungsproblematik: 7(4,1 %)	Beziehung beendet Partner will kein Kind zerrüttete Beziehung
soziale Notstände: 37 (21,8 %)	finanzielle Gründe Wohnverhältnisse Flüchtlinge/Obdachlose
Sonstige: 7 (4,1 %)	

Tab. 7: Häufigkeit der Angaben, die von den Patientinnen als Gründe zum Anliegen des Abbruchs gemacht werden (n = 170)

3. 1. 12 Partnerproblematik

Speziell nach der Partnerproblematik befragt machen 78 Frauen folgende Angaben (Abb. 10):

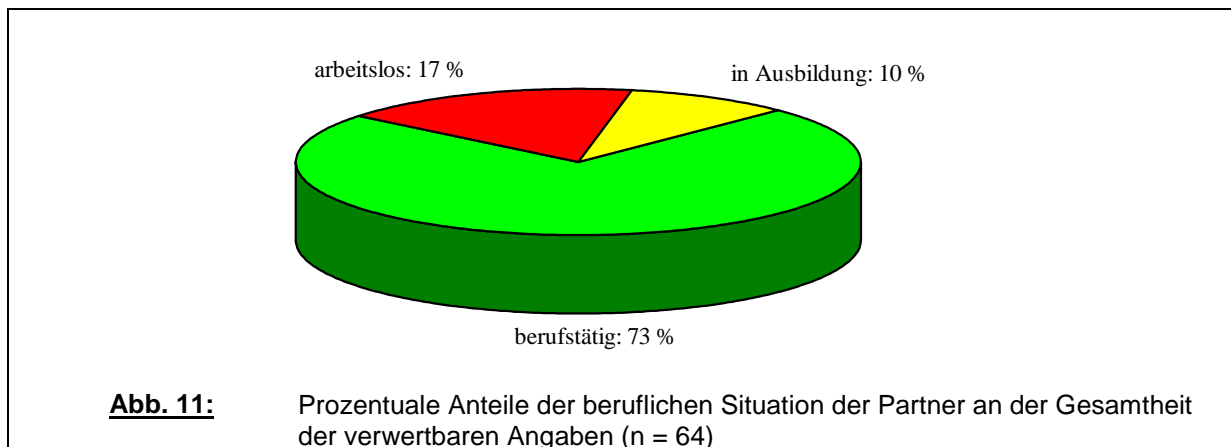


Der Partner möchte ebenfalls den Abbruch (32 Frauen \Rightarrow 41 %), die Schwangerschaft ist das Resultat eines Gelegenheitskontaktes (11 Frauen \Rightarrow 14,1 %), die Beziehung, aus der das Kind entstammt, besteht nicht mehr (8 Frauen \Rightarrow 10,3 %), die Schwangere lebt vom Erzeuger räumlich getrennt (6 Frauen \Rightarrow 7,7 %), der Erzeuger ist mit einer anderen Frau verheiratet oder lebt mit ihr in eheähnlicher Gemeinschaft zusammen (4 Frauen \Rightarrow 5,1 %), der Partner wünscht im Gegensatz zur Schwangeren (iGzS), daß das Kind ausgetragen wird (3 Frauen \Rightarrow 3,8 %), der

Erzeuger will nichts von der Schwangerschaft wissen (3 Frauen \Rightarrow 3,8 %), der Erzeuger hat keine Meinung zum Abbruch (3 Frauen \Rightarrow 3,8 %), der Partner wünscht den Abbruch im Gegensatz zur Schwangeren (iGzS) (2 Frauen \Rightarrow 2,6 %), das Kind würde in eine kritische Partnerschaft hineingeboren (2 Frauen \Rightarrow 2,6 %), der Erzeuger hat die Schwangere wegen der Gravidität verlassen (2 Frauen \Rightarrow 2,6 %), sonstige Gründe (2 Frauen \Rightarrow 2,6 %).

3. 1. 13 Berufliche Situation des Partners

64 Frauen äußerten sich zur beruflichen Situation des Partners. Zum Zeitpunkt der Beratung sind 47 Partner (73 %) berufstätig, 11 (17 %) arbeitslos und 6 (10 %) in der Ausbildung (Abb. 11).



3. 1. 14 Finanzielle Situation der Patientinnen

Von 68 Frauen, die die Frage nach der finanziellen Situation beantworten, sehen 16 (24 %) diese als ausreichend, sieben (10 %) als nicht gesichert und 27 (40 %) als angespannt an. 18 Schwangere (26 %) werden ohnehin schon durch Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe und/oder Mutterschaftsgeld staatlich unterstützt (Abb. 12).

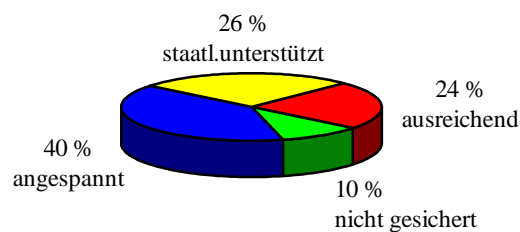


Abb. 12: Prozentuale Darstellung der finanziellen Situation der Patientinnen (68 verwertbare Angaben)

3. 1. 15 Wohnungssituation

Ihre Wohnungssituation beurteilen von 64 Patientinnen 24 (37,5 %) als ausreichend, 33 (51,56 %) als angespannt. Sieben (10,94 %) befinden sich in einer Notsituation (Notunterkunft, Flüchtlings-/Übergangwohnheim) und werden durch den Staat oder die Kirche unterstützt (Abb. 13).

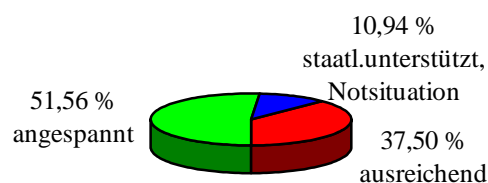
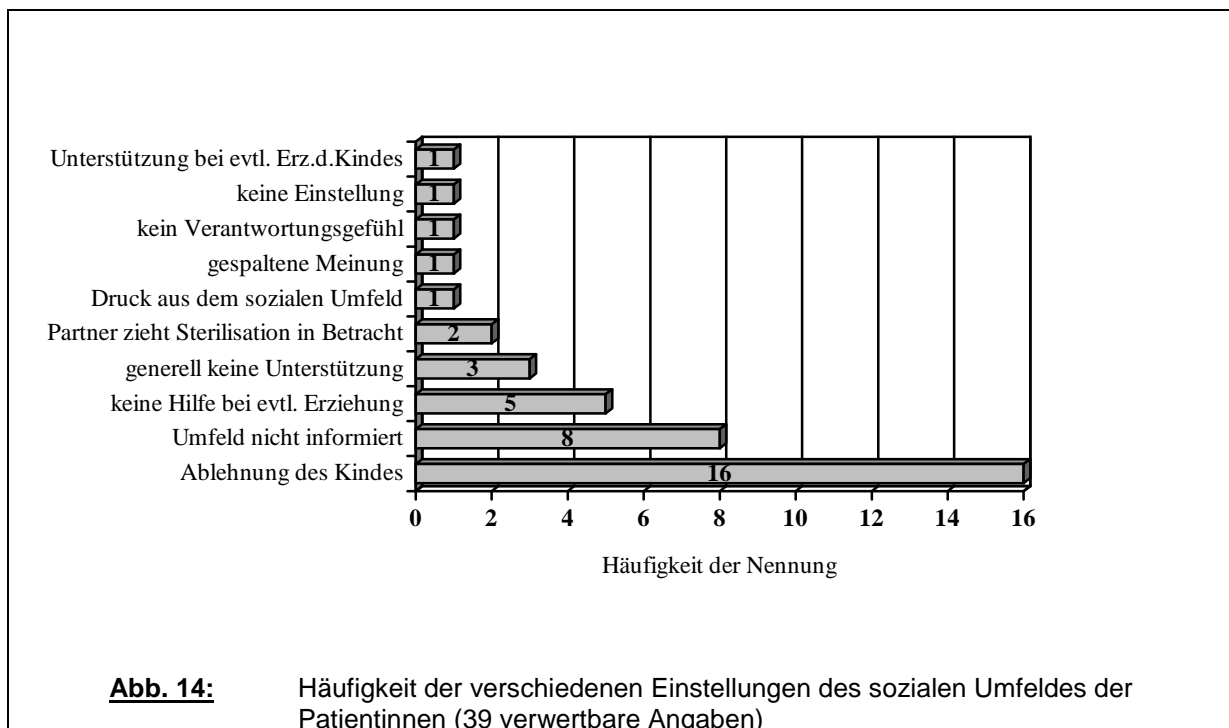


Abb. 13: Prozentuale Darstellung der Wohnungssituation (64 verwertbaren Angaben)

3. 1. 16 Einstellung des sozialen Umfeldes

39 Patientinnen machen Angaben zur Einstellung des sozialen Umfeldes (insbesondere der Eltern). 16 Frauen stoßen mit der Schwangerschaft auf Ablehnung, acht mal ist das Umfeld gar nicht erst informiert worden, fünf Frauen erwarten keine Hilfe bei der Erziehung des Kindes, falls sie dies austrügen. Keinerlei Unterstützung erwarten drei Patientinnen, zweimal zieht der Partner seine Sterilisation in Betracht und jeweils einmal geht vom sozialen Umfeld Druck auf die Schwangere aus, ist es gespaltener Meinung, zeigt keinerlei Verantwortungsgefühl oder hat keine positive Einstellung zur Gravidität. Ebenfalls nur eine Schwangere hat Unterstützung bei der Erziehung des Kindes im Falle des Austragens zugesagt bekommen (Abb. 14).

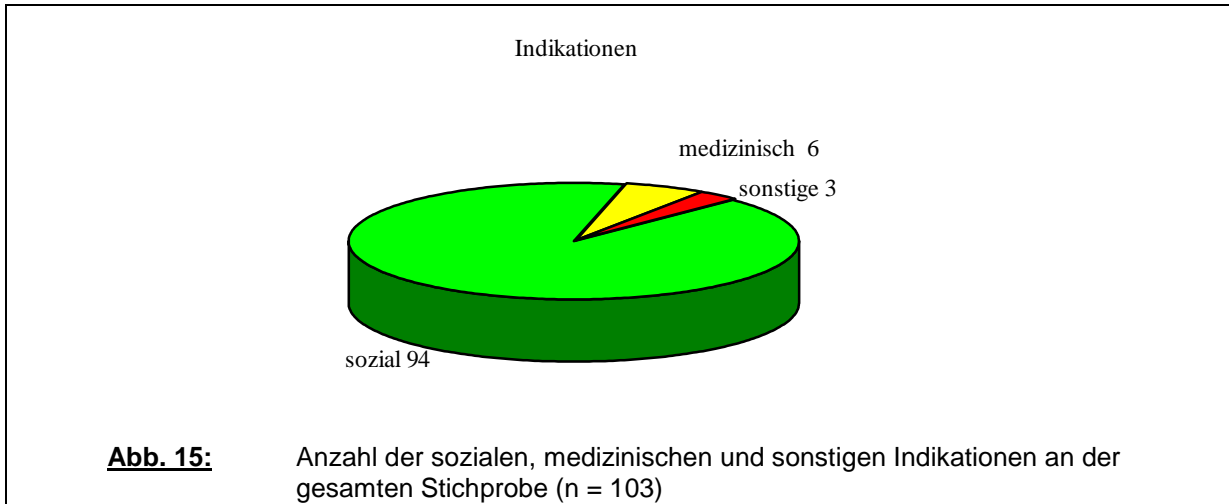


3. 1. 17 Problemdefinition

Nur 43 Frauen formulieren selbst eine Problemdefinition. 26 mal ist dies die "soziale Indikation". Die restlichen 17 Frauen geben detaillierte Gründe an. Es werden genannt: Drohende Arbeitslosigkeit, der eigene Beruf geht vor, das erstgeborene Kind war frühgeboren und geschädigt, die werdende Mutter möchte keine soziale Verantwortung übernehmen, hat keinen festen Wohnsitz, erhält keine Unterstützung durch den Partner oder befindet sich in einer komplexen Situation (3x) oder einer psychosozialen Konfliktsituation. Eine medizinisch-soziale Indikation wird einmal und eine medizinische Indikation wird zweimal erwähnt, eine allgemeine Überlastung wird ebenfalls zweimal als Grund angegeben. Ein weiteres Motiv ist der nicht vorhandene Kinderwunsch ("wir wollen einfach nicht"). Einmal ist sich die Schwangere noch nicht sicher, ob sie die Schwangerschaft beenden oder austragen sollt.

3. 1. 18 Indikationen

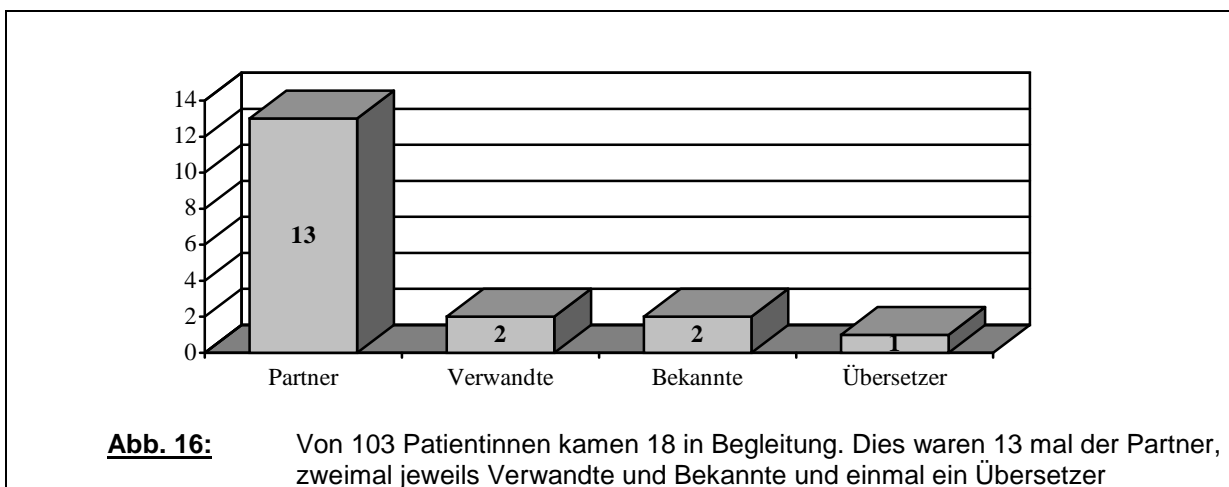
Bei 103 Patientinnen wird 94 mal (91,3 %) die soziale und sechsmal (5,85 %) die medizinische Indikation gestellt (Abb. 15). Die restlichen drei Fälle setzten sich zusammen aus einer fraglichen sozialen und einer medizinisch-sozialen Indikation. Einmal lag keine Indikation vor (die Patientin entschloß sich am Ende des Beratungsgesprächs zum Austragen der Schwangerschaft).



3. 2 Auswertung der Karteidaten

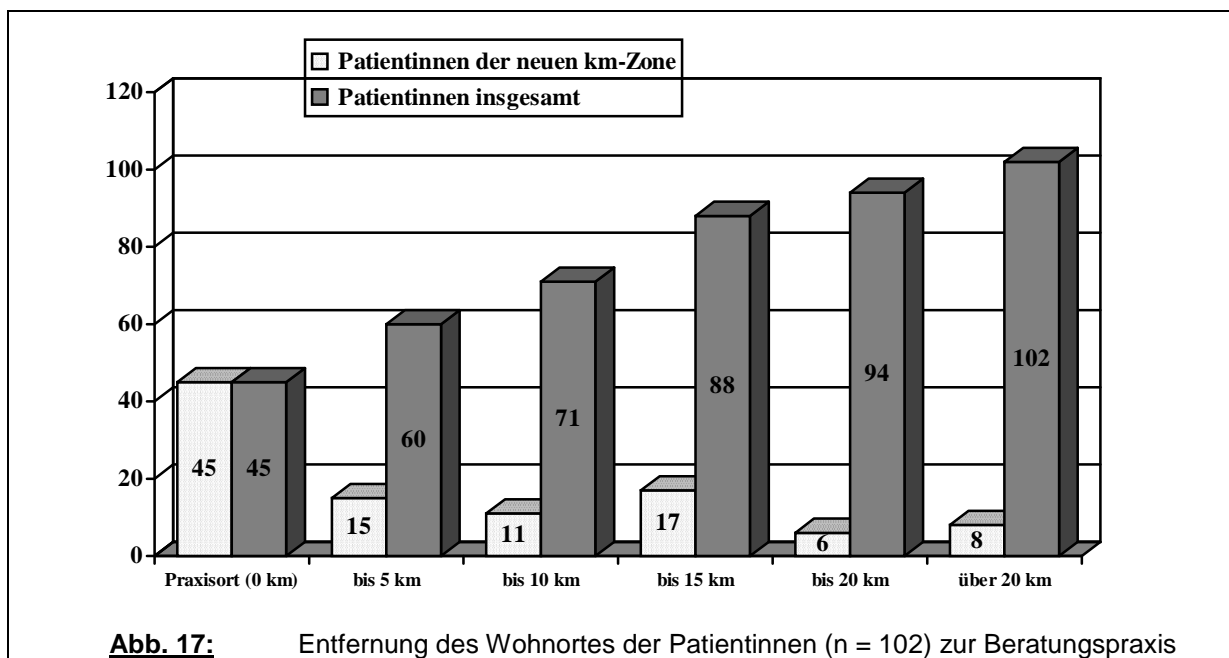
3. 2. 1 Begleitung der Beratungssuchenden

Von 103 Patientinnen kommen 18 (17,5 %) in Begleitung zum Beratungsgespräch. Nur in 13 Fällen (12,6 %) ist dies der Partner, jeweils zweimal (1,9 %) ein sonstiger Verwandter oder ein Bekannter und einmal ein Übersetzer (0,97 %) (Abb. 16).



3. 2. 2 Wohnort der Patientinnen

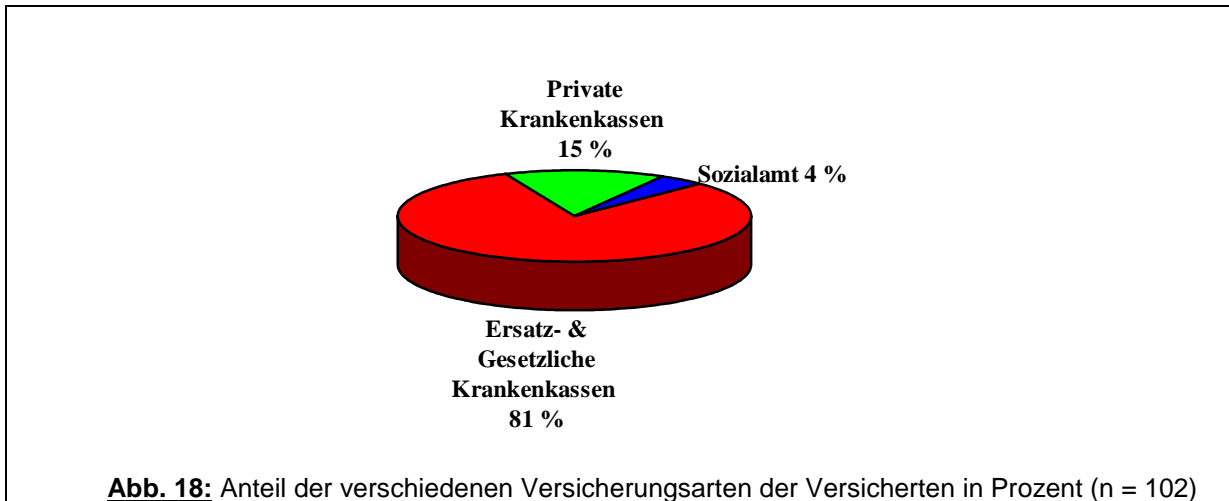
Unter Berücksichtigung von 102³ verwertbaren Angaben wohnen die Patientinnen durchschnittlich 11,03 km von der Praxis entfernt. Die kürzeste Entfernung müssen Frauen zurücklegen, die direkt im Praxisort (Langen/Südhessen) wohnen. Am weitesten entfernt lebt eine Frau aus Ursensollen, das 216 km vom Praxisort entfernt liegt. 45 Patientinnen (44,1 %) stammen aus dem Praxisort, insgesamt 60 (58,8 %) wohnen im Umkreis von 5 km, 71 (69,6 %) im Umkreis von 10 km, 88 (86,3 %) im Umkreis von 15 km und 94 (92,2 %) im Umkreis von 20 km (Abb. 17).



³ Einmal wird kein Wohnort angegeben.

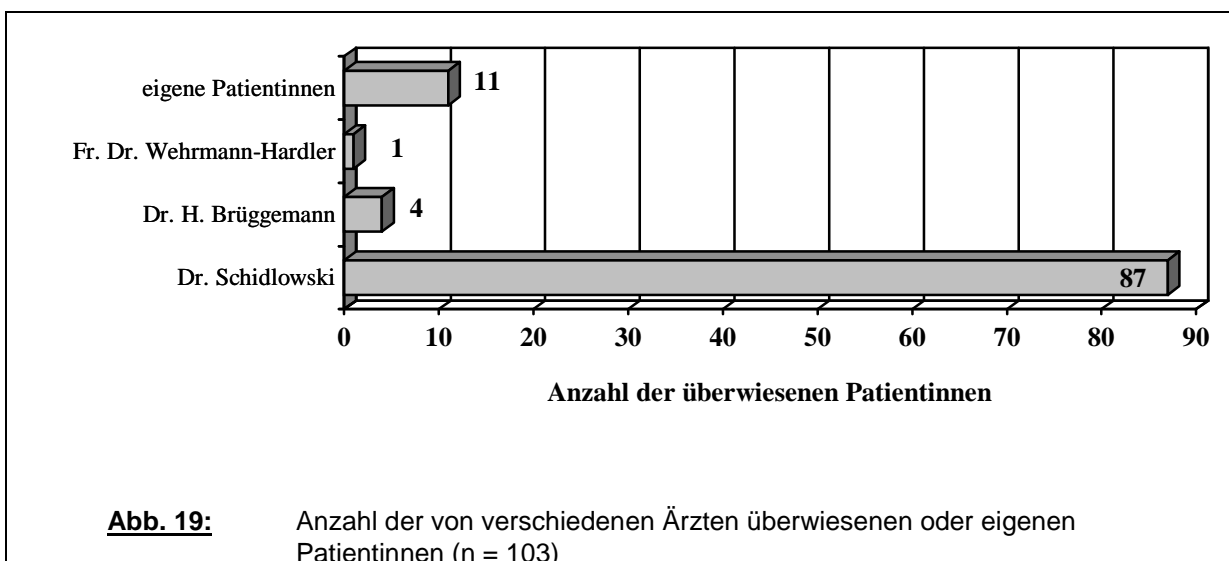
3. 2. 3 Versicherungsart

Von 102 Frauen sind 83 bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkrankenkasse, 15 bei einer privaten Krankenkasse und 4 beim Sozialamt versichert (Abb. 18).



3. 2. 4 Überweisender Arzt oder eigene Patientin

Von 103 Patientinnen werden 92 von anderen Ärzten zum Beratungsgespräch in die Allgemeinarztpraxis überwiesen, 11 sind eigene Patientinnen (Abb. 19).



4 Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse der Datenerhebung

Die Angaben in der Literatur über die Altersverteilung der Patientinnen sind relativ einheitlich. Nahezu übereinstimmend wird festgestellt, daß die Mehrheit der Frauen (über 65 %) zwischen 21 und 35 Jahre alt ist (*Weber 1987; Thuro, Rabe, Runnebaum 1989; Berg-Gast, Jäger 1988*), wobei die 31- bis 35-jährigen mit 26 % bzw. 27 % (*Weber 1987*) die größte Gruppe bilden.

Die durch die Befragung gewonnenen Angaben über den Familienstand der Patientinnen liegen innerhalb der Spannbreite der Ergebnisse anderer Studien: 53 % (Spannbreite: 25 % - 65 %) sind verheiratet, 10 % (Spannbreite: 5 % - 11 %) geschieden oder getrennt lebend und 36 % (Spannbreite: 29 % - 52,1 %) ledig (*Bitzer 1991; Mantel 1987; Berg-Gast, Jäger 1988; Weber 1987*).

Im Rahmen der Analyse der zeitlichen Verteilung aller Beratungsgespräche fällt eine Häufung im jeweils ersten und vierten Quartal des betreffenden Jahres auf. *Weber* stellt in seiner Studie von 1987 ähnliche Häufungen fest.

Liegt 1985 der Anteil deutscher Patientinnen noch bei 70 % (*Weber 1987; in Lauf/Bayern*), so machen am Ort der Untersuchung (Langen/Südhessen) in der Zeit von 1994 bis 1996 deutsche Beratungssuchende nur 50 % der Gesamtzahl aus. Sowohl der Zeitraum, der zwischen den beiden Studien verstrichen ist, als auch die

Tatsache, daß die letzte Studie den Großraum Frankfurt am Main und seine multikulturelle Struktur mit berücksichtigt, mögen zum Anstieg des Ausländeranteils beitragen.

Die in der vorliegenden Arbeit gemachten Angaben betreffs der bereits vorhandenen Kinder liegen im Bereich der in der Literatur genannten Zahlen: Zwischen 82 % und 94,4 % der Frauen haben höchstens 2 Kinder, wobei der Anteil der Nullipara zwischen 24 % und 62 % schwankt (*Berg-Gast, Jäger 1988; Weber 1987; Thuro, Rabe, Runnebaum 1989*).

Zu der Häufigkeit der vorangegangenen Abbrüche läßt sich aufgrund der vorliegenden Studie die Aussage treffen, daß über 62 % der Patientinnen noch keinen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen. Im Durchschnitt liegt eine Abortio fast sechs Jahre zurück.

Der Anteil der Frauen, die noch keine Fehlgeburt erlitten haben, liegt bei über 84 %. Über 75 % der Frauen kommen in der 8. Schwangerschaftswoche zur Beratung. Diese Erkenntnisse zeigen sich auch in der Literatur (*Weber 1987*).

Die Kontrazeption ist auch im Zusammenhang mit der Schwangerschaftskonfliktberatung ein bedeutsames Thema, denn durch sichere Verhütung wäre es möglich, zu verhindern, in die schwierige Lage einer ungewollten Schwangerschaft zu kommen. In Deutschland **verhüten** im Bevölkerungsdurchschnitt nur weniger als 20 % der Frauen im gebärfähigen Alter **nicht**. Im europäischen Vergleich ist der Anteil der Nichtverhütenden in Nord- und

Nordwesteuropa mit weniger als 10 % kleiner, und in Italien, Spanien und Frankreich mit über 20 % größer als in der Bundesrepublik Deutschland (*Aresin 1991*). Sowohl in der Literatur als auch in dieser Studie wird deutlich, daß mehr als die Hälfte der Frauen, die zur Schwangerschaftskonfliktberatung kommen, keinerlei Kontrazeptiva verwenden oder sich auf unsichere Methoden verlassen (*Berg-Gast, Jäger 1988; Thuro, Rabe, Runnebaum 1989*).

Warum aber wird immer noch von so vielen Frauen nicht verhütet, wenngleich sichere und einfach zu handhabende Verhütungsmethoden zur Wahl stehen? Ein Teil der ratsuchenden Patientinnen verhütet nicht, weil sie keine feste Beziehung haben und nicht mit Verkehr rechnen (*Berg-Gast, Jäger 1988*). Auch halten viele die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftseintrittes für so gering, daß ihnen eine Kontrazeption nicht notwendig erscheint.

In der Literatur findet sich die Behauptung der scheinbaren Gesetzmäßigkeit, daß, je höher das Alter und die Kirchenbindung, je kleiner die Wohngemeinde, je niedriger der Schulabschluß und je ungünstiger die soziale Situation der Betroffenen ist, um so häufiger unsichere Methoden verwendet werden (*Thuro, Rabe, Runnebaum 1989*). Diese angebliche "Gesetzmäßigkeit" läßt sich allerdings im Rahmen dieser Studie durch die gegebene Stichprobe nicht verifizieren.

Auch die Angst vor und die Belastung durch Nebenwirkungen der Kontrazeptiva trägt zum unzureichenden Antikonzeptionsverhalten bei. Interessant in diesem Zusammenhang ist, daß Frauen mit Abitur oder Realschulabschluß oder aber Frauen von Männern mit diesen Abschlüssen wesentlich häufiger Angst vor Nebenwirkungen haben und Widerwillen bei der Medikamenteneinnahme empfinden als Frauen mit

Hauptschulabschluß oder ohne Abschluß. Hier wird deutlich, daß die persönliche Akzeptanz einer Methode nicht weniger bedeutend für die kontinuierliche Anwendung und somit für ihre Effektivität ist als die objektive Sicherheit. Oft werden Nebenwirkungen erst durch die innere Ablehnung des Kontrazeptivums verursacht (*Thuro, Rabe, Runnebaum 1989*). Die zahlreichen Unverträglichkeitsphänomene bei Kontrazeptiva oder die sogenannte "Pillenmüdigkeit" sind aber auch vielfach Ausdruck eines latenten innerpsychischen Konfliktes (s. u.), wie beispielsweise die Frustration der Frau darüber, daß ihr Partner der Meinung ist, nur sie als der weibliche Teil des Paares sei für die (orale) Kontrazeption verantwortlich (*Beilfuss 1992; Burr 1992*).

Welche Gründe veranlassen zum Schwangerschaftsabbruch? Die von den Patientinnen am häufigsten angegebenen Gründe sind - verglichen mit anderen Arbeiten (*Prill 1990; Ullrich 1990; Berg-Gast, Jäger 1988; Weber 1987; Häussler, Holzhauser 1988*) - ähnlich:

Im Bereich der Eigenproblematik fühlen sich viele werdende Mütter überfordert oder nicht reif genug, um ein Kind eventuell auch noch allein zu erziehen. Andererseits liegt auch häufig aufgrund der gesteckten beruflichen oder privaten Ziele kein Kinderwunsch vor. Hier sind die Schwierigkeiten zu bedenken, mit denen eine alleinstehende Schwangere oder Mutter eines Kleinkindes konfrontiert wird, wenn sie ihre Ausbildung abschließen möchte, oder wenn sie einfach nur berufstätig bleiben muß, um ihren Unterhalt zu sichern. Auch gestaltet sich im privaten Bereich die Partnersuche mit einem Kind oftmals schwieriger, so daß die Frau über einen längeren Zeitraum der Doppelbelastung (Mutter und Alleinverdienerin) ausgesetzt ist.

Es stellt sich ferner die Frage, warum die Patientinnen eine Konzeption zulassen, wenn kein Kinderwunsch besteht. Wie auch beim schlechten Konzeptionsverhalten läßt sich vermuten, daß die ungewollt Schwangere sich in einer innerpsychischen Konfliktsituation befindet. Innerpsychische Konflikte tauchen dort auf, wo sich im Menschen gegensätzliche, innere Forderungen gegenüberstehen (*Pöttgen 1987*). "Ich will kein Kind" ist häufig nur eine momentane Verweigerung (*Prill 1990*).

Eine Aufgabe des Beraters muß es daher sein, die unbewußten Konflikte, die ihm eher indirekt durch Fehlleistungen (z. B. durch das Vergessen oraler Kontrazeptiva), Unentschlossenheit, Schuldgefühle, Trennungswunsch in der Partnerschaft u. v. m. erkennbar werden, der Patientin bewußt zu machen, damit diese erlebt und reflektiert werden können. Denn erst, wenn der Konflikt bewußt gemacht und erkannt wird, kann er gelöst oder vermindert werden. Somit erscheint es der Patientin in vielen Fällen dann auch nicht mehr nötig, zu versuchen, das vormals bestehende vermeintliche Problem durch den Schwangerschaftsabbruch scheinbar zu lösen (*Burr 1992*).

Viele innerpsychische Konflikte gehen aus einer ambivalenten Haltung hervor: Auf der einen Seite schließt die Entscheidung gegen ein Kind das untergründige Verlangen nach einem Kind nicht aus. Auf der anderen Seite ist es durchaus möglich, daß trotz vorhandenen Kinderwunsches die Ängste der Mutter, der Aufgabe der Erziehung nicht gewachsen zu sein, so groß werden, daß diese Frau sich letztendlich doch gegen das Kind entscheidet. Oft wird auch in der Literatur beschrieben, daß die werdende Mutter durch die Schwangerschaft befürchtet, ihre sexuelle Attraktivität und somit ihre Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Frauen

zu verlieren (*Ludwig, Franke 1988*).

Die nicht bewußt gewollte Schwangerschaft kann auch als Demonstration vollwertiger Weiblichkeit verstanden werden, wenn die Patientin kurz vor einer Sterilisation steht oder aus gesundheitlichen Gründen die Angst hegt, nicht konzipieren zu können (*Pöttgen 1987*).

Schließlich ist auch das große Feld der Partnerschafts- und Trennungskonflikte anzusprechen. Laut *Petersen 1990* ist bei den zum Schwangerschaftsabbruch entschlossenen - ebenso wie bei den ambivalent eingestellten Frauen - ein wesentliches Motiv, die Schwangerschaft abzulehnen, ihre tiefgreifende Beziehungsnot. Nicht selten ist die Schwangerschaft ein Appell an den oft passiveren Partner, selbst einmal aktiv zu werden bzw. selbst wieder Verantwortung zu übernehmen.

Sowohl die Schwangerschaft als auch der Abbruch derselben wird zur Verarbeitung von Trennungskonflikten benutzt: Die Schwangerschaft kann ein Zeichen der Unsicherheit über die Stabilität der bestehenden Beziehung sein und den Versuch darstellen, den Partner fester zu binden. Ebenso kann durch sie versucht werden, sowohl eine vollzogene Trennung oder einen erlittenen Verlust ungeschehen zu machen, als auch einen Schlußstrich unter eine Beziehung zu ziehen.

Oftmals wird dabei der Haß und das empfundene Leid, die aus einer Trennung resultieren, auf das aus dieser Beziehung stammende Kind projiziert. Und somit wird durch den Abbruch der Schwangerschaft anstelle des ehemaligen Partners das Kind

getroffen (*Bitzer 1991; Pöttgen 1987*).

Dieses Verarbeitungsschema scheint so oft anwendbar zu sein, daß *Jürgensen 1986* in diesem Zusammenhang Frauen, bei denen Konzeption und Schwangerschaftsabbruch in eine Trennungsthematik eingebettet sind, in fünf verschiedene Kategorien einteilt:

Bei der ersten Gruppe zerbrechen langjährige, relativ gute Beziehungen. Die Schwangerschaft kommt zustande, nachdem die Trennung beschlossen worden ist, und wird dann abgebrochen.

In der zweiten Gruppe sind frühere Partnerschaften längst zerbrochen. Die Konzeption erfolgt mit oft ungeliebten Ersatzpartnern.

Die dritte Gruppe besteht aus Frauen, die in der Kindheit meist ihre Väter verloren haben, und jetzt von für sie inadäquaten Männern schwanger werden.

Die werdenden Mütter der vierten Gruppe sind meist ohne Mutter aufgewachsen und klammern sich an ungeeignete, haltlose Partner.

Die Frauen der fünften Gruppe haben in der Kindheit ihren Bruder verloren. Die gegenwärtigen Partner sind durchweg ungeliebte Männer.

Es entsteht der Eindruck, das nicht bewußt gewollte Kind soll einen Verwandten oder einen ehemaligen Partner ersetzen. Da dieses Wunschdenken in den seltensten

Fällen einer realistischen Prüfung standhält, werden die Schwangerschaften letztendlich abgebrochen.

Auch partnerschaftliche Probleme sind häufig Anlaß für den Wunsch nach einer Schwangerschaftsunterbrechung. In der vorliegenden Studie läßt sich aufgrund der Angaben bei 52,6 % eine kritische und/oder nicht belastbare Partnerschaft vermuten. Auch brechen nicht wenige Frauen auf Wunsch des Partners die Schwangerschaft ab (*Bitzer 1991*).

Nach ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch befragt, geben die mitbetroffenen Männer oft vorgeblich rationale Gründe an. Die eigentliche Entscheidung überlassen die Partner jedoch fast ausnahmslos der Frau (*Ludwig 1993*).

Im folgenden werden die psychosozialen Faktoren erörtert, die die Entscheidungsfindung der Frau beeinflussen:

Die Anzahl der arbeitslosen Schwangeren steigt von 4,9 % 1988 (*Berg-Gast, Jäger 1988*) auf knapp 16 % im Zeitraum der Datenerhebung der vorliegenden Studie. Fast 14 % befinden sich noch in der Ausbildung. Die berufliche Situation des Partners ist vergleichbar: 17 % sind arbeitslos, 10 % in der Ausbildung.

Als einen weiteren Grund für den Schwangerschaftsabbruch geben 16 % der Patientinnen an, sich in einer finanziellen Notsituation zu befinden (*Weber 1987*). Insgesamt 66 % der Frauen sehen ihre finanzielle Situation als angespannt an oder

werden staatlich unterstützt. Auch verfügen die Frauen, die einen Abbruch haben durchführen lassen, über ein im Durchschnitt niedrigeres Einkommen, als diejenigen Frauen, welche die Schwangerschaft ausgetragen haben (*Häussler, Holzhauer 1988*).

In der Studie von *Weber 1987* machen 8,3 % der Befragten beengte Wohnverhältnisse für den Schwangerschaftsabbruch verantwortlich. In der vorliegenden Arbeit geben - ausdrücklich nach der Wohnungssituation befragt - knapp 11 % der Frauen, die sich zu dieser Frage äußerten, an, staatlich unterstützt zu werden oder sich in einer Notsituation zu befinden. Weitere 51 % sehen ihre Wohnverhältnisse als angespannt an. Bei der Frage nach den Gründen, die hauptsächlich zum Abbruch motivieren, betragen die "Wohnverhältnisse" allerdings nur 3 % der Nennungen.

Bei den Antworten auf die Frage nach der Einstellung des sozialen Umfeldes zur Schwangerschaft ist bezeichnend, daß nur eine Patientin Unterstützung zu erwarten hat, falls das Kind geboren würde. In allen übrigen Fällen herrschen - nach Angabe der Patientinnen - Desinteresse, Ablehnung und Ignoranz vor. Dieses Verhalten des sozialen Umfeldes wird auch dadurch deutlich, daß nur rund 16 % (*Weber 1987: 27 %*) der Frauen durch den Partner, Verwandte oder Bekannte zum Beratungsgespräch begleitet werden. Größtenteils wird die ungewollt Schwangere in ihrer Situation alleingelassen.

Letztendlich hat die soziale Notsituation (die in der aktuellen Rechtsprechung keine Indikation mehr darstellen) den größten Stellenwert (80 % - 93,4 %) bei den

Schwangerschaftsabbrüchen. Die medizinische Indikation greift in 6 % - 10 % der Fälle (*Berg-Gast, Jäger 1988; Thuro, Rabe, Runnebaum 1989; Meckel 1988; Ludwig 1988*). In einer Studie von *Schmid-Tannwald 1986* werden dagegen 23,8 % soziale, 28,7 % medizinische und 47,5 % eugenische Indikationen angegeben. *Schmid-Tannwald* hat allerdings auch vorwiegend wegen Erkrankung oder Gefährdung des Kindes beraten, so daß sich diese Zahlen durch die Spezialisierung der Klinik, in der die Studie vorgenommen worden ist, erklären.

Bezüglich der Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch vertritt *Körner 1991* die Meinung, daß heute keine echten Notlagen mehr bestehen. *Jürgensen* stellt 1986 in seiner Studie fest, daß ein Großteil der medizinischen, aber auch ein Teil der sozialen Indikationen sich bei genauerer Betrachtung als strittig herausstellen. Dies versucht *Jürgensen* dadurch zu erklären, daß nur 20 % der zu Rate gezogenen Ärzte nach Anhörung der Schwangeren keine Indikation stellen und somit die meisten Ärzte den Rahmen zur Indikationsstellung oft etwas weiter stecken als nach genauerer Prüfung wahrscheinlich haltbar wäre.

Dagegen zeigt die vorliegende Studie, daß über 45 % der Frauen einen Abbruch aus beruflichen oder finanziellen Gründen wünschen, oder weil sie - meist auf sich allein gestellt - sich durch ein Kind überfordert fühlen.

4.2 Diskussion der Methodik der Datenerhebung

Bei der Bearbeitung des Themas Schwangerschaftskonfliktberatung mit Hilfe eines Fragebogens und der Patientenkartei stellt sich ein grundsätzliches Problem:

Ein aus geschlossenen Fragen bestehender Fragebogen ist optimal auszuwerten, läßt der Schwangeren aber weniger Freiraum für die Beschreibung ihrer Situation. Ein Fragebogen mit offenen Fragen dagegen, der bedingt die Möglichkeit bietet, die Problemsituation der Hilfesuchenden in eigenen Worten darzustellen und tieferliegende Konflikte aufzudecken, läßt sich nur schwer auswerten. Durch den verwendeten Fragebogen wird versucht, einen Mittelweg zu finden zwischen der Auswertbarkeit der Daten und der Möglichkeit, durch den Fragebogen Informationen zu erlangen, die helfen können, den Schwangerschaftskonflikt aufzudecken.

Letztendlich ist die Lage der Beratungssuchenden meist kompliziert und multifaktoriell bedingt, so daß zur Darstellung des Schwangerschaftskonfliktes ein tiefgehendes psychologisches Gespräch nötig ist. Der Fragebogen allein kann dies nicht leisten. Mit ihm können untereinander vergleichbare Daten gesammelt werden, er kann allenfalls - wie in dieser Studie - als Vorlage zur standardisierten Datenerhebung und/oder als Protokoll eines psychologischen Gesprächs dienen. Um der Schwangeren wirklich zu helfen, bedarf es aber unbedingt eines solchen psychologischen Gesprächs, dessen Details durch den Fragebogen nicht erfaßt werden können.

Es ist zudem kaum möglich zu überprüfen, in wieweit die Fragen von den Patientinnen wahrheitsgemäß beantwortet werden. Viele Frauen fühlen sich während

des Beratungsgesprächs in einer Situation, in der sie meinen, Verständnis gegebenenfalls auch erschwindeln zu müssen (*Busch, Siermann 1990*), damit ihnen in ihrem Sinne geholfen wird. Auch sind die meisten Patientinnen (90-95 %) bei der Beratung bereits eindeutig entschlossen, den Abbruch vornehmen zu lassen (*Amberg 1994*), so daß alle anderen Aspekte - und ebenso die ausführliche und wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen - oft hinter dem Ziel der Abtreibung zurückzutreten scheinen.

Zusätzlich werden aus der Patientenkartei wichtige Daten gewonnen. Diese Daten könnten ebenfalls mit dem Fragebogen erfaßt werden: Die persönlichen Daten sollten durch die Frage nach der Religion und dem Herkunftsland der Patientin ergänzt werden, denn sie sind wichtige Faktoren für die Bewertung des möglichen Abbruches durch ihr soziokulturelles Umfeld.

Bei den im Fragebogen nun folgenden Angaben ist es interessant zu wissen, wann eventuell Kinder geboren wurden, Fehlgeburten erfolgt sind, frühere Abbrüche vorgenommen wurden und seit wann die Ratsuchende mit welcher Methode verhütet. Schließlich könnte auf dem Fragebogen ebenfalls vermerkt werden, ob die Patientin in Begleitung - und wenn ja, in wessen Begleitung - zum Beratungsgespräch kommt. Ein Fragebogen, der die obigen Punkte berücksichtigt, könnte wie folgt aussehen:

Name:
Wohnort:

Datum:
Begleitung:

1. Anamnese

Alter: ____ Jahre
Staatsangehörigkeit:
Herkunftsland:

Familienstand:
Beruf bzw. Tätigkeit:
Religion:

Zahl der lebenden Kinder:
Wieviele Abbrüche:
Wieviele Fehlgeburten:
Letzte Periode:
Schwangerschaftswoche:

Geburtsdaten der Kinder:
Wann fanden die Abbrüche statt:
Wann geschahen die Fehlgeburten:
Kontrazeption: durchgeführt: ja/nein
Angewandte Methode (seit wann):

2. Individuelle u. soziale Situation

Gründe zum Anliegen des Abbruchs:

Eigenproblematik (psychische Konflikte bzw. körperliche Leiden):

Partnerproblematik
(insbesondere Einstellung des Erzeugers zur bestehenden Schwangerschaft):

Berufliche Situation des Erzeugers:

Finanzielle Situation:

Wohnungssituation:

Einstellung des sozialen Umfeldes (vor allem Eltern):

3. Problemdefinition:

4. Problemanalyse und mögliche Hilfen

Erörtern der Lebensschutzproblematik
Ethische Grundlagen - weltanschauliche Orientierung

Institutionelle und finanzielle Hilfen

5. Ergebnis der Schwangerschaftskonfliktberatung

Indikation: Fortbestand der Gravidität:
Dauer des Beratungsgesprächs:
Bescheinigung über Beratungsgespräch abgegeben:

Unterschrift

4.3 Diskussion des Beratungsgesetzes

Die Diskussion um das Beratungsgesetz wird auf den verschiedensten Ebenen geführt. Schon V. v. Weizsäcker formulierte in den 40er Jahren die grundlegende Problematik:

"Ist die Frucht im zweiten Monat ein Kind oder ist sie nur ein Teil der Mutter? Gehört die Frucht der Mutter wie ein Besitz, oder gehört sie sich selbst? Ist das nicht doch der Leib der Frau, der zunächst einmal ihr gehört und niemand anderem?" (*Pöttgen 1987*).

Für *Schmid-Tannwald 1986* ist das vorrangige Ziel der Beratung das gesunde Überleben von Mutter und Kind, weil die ethischen Probleme des Tötungsvorganges ihrer Meinung nach nicht aus dem Beratungszusammenhang wegzudenken sind.

Ganz gegensätzlicher Auffassung ist *Busch 1991*: Ihr zufolge darf die Herausbildung von Wertbewußtsein gegenüber vorgeburtlichem menschlichem Leben nicht Gegenstand der Schwangerschaftskonfliktberatung sein.

Schlagworte wie "Hier geht es um Leben oder Tod" (*Petersen 1990*), "Mein Bauch gehört mir" (dies denken allerdings nur 10 % der in jener Studie befragten Jugendlichen (*Mantel 1987*)) sind ebenfalls Gegenstand der Diskussion und beeinflussen diese in nicht geringem Maße. Diese unterschiedlichen Ebenen, sowohl der hohe Grad an Emotionalität, mit der diese Auseinandersetzung geführt wird, als auch medizinische, soziale, ethische und rechtliche Aspekte, sollten bei der

Diskussion des Beratungsgesetzes berücksichtigt werden.

Der Arzt ist im Normalfall aufgerufen, zu helfen, Leiden abzumildern und diese, wenn möglich, zu beseitigen. Bezüglich eines Schwangerschaftsabbruches sucht *Bitzer 1988* jedoch nach dem ärztlichen (Be-) Handlungsauftrag mit der Frage: "Aber wo ist hier die Krankheit, wer oder was ist wie krank? ... Derselbe objektiv beschreibbare Befund (die Schwangerschaft) hat also einmal Krankheitswert und ein andermal ist er das Ziel ärztlichen Bemühens." Während sich ein kinderloses Paar nichts sehnlicher wünscht, als eine Konzeption, so ist genau dies der Grund, weswegen der Arzt bei der ungewollt schwangeren Patientin konsultiert wird. Nimmt der Arzt einen Schwangerschaftsabbruch bei letzterer vor, so handelt er nicht, um eine Krankheit zu beseitigen. Er handelt nicht aufgrund einer pathologischen Diagnose, sondern vielmehr diktiert ihm das Selbstbestimmungsrecht der Frau den ärztlichen Eingriff (*Körner 1991*). Dies unterscheidet den Schwangerschaftsabbruch medizinisch gesehen von den meisten übrigen ärztlichen Tätigkeiten.

Ein nicht unerheblicher Faktor in dieser Diskussion ist die soziale Komponente. Hier geht es nicht nur um die Frage, ob eine Frau ein Kind austragen oder abtreiben möchte. An dieser Entscheidung hängt oftmals die soziale Existenz. Bricht die betroffene Frau die Schwangerschaft ab, so kann sie zwar weiterhin ihrer Beschäftigung nachgehen und ihren Lebensunterhalt verdienen, allerdings wird ihre Situation vom sozialen Umfeld nicht so neutral gesehen, als daß die Betroffene ihr Leben wie gewohnt und als hätte sich nichts verändert fortsetzen könnte. Häufig führt ein bekannt gewordener Schwangerschaftsabbruch - gerade in kleineren Städten und Gemeinden - dazu, daß die betroffene Frau aus dem sozialen Gefüge

ausgestoßen wird. Ein Umzug in eine andere Stadt und ein wirtschaftlicher und sozialer Neuanfang ist nicht selten die Folge.

Auch wenn die werdende Mutter das Kind austrägt, hat sie, wenn sie überdies noch alleinstehend ist, mit ähnlichen Problemen zu kämpfen als hätte sie abgetrieben. Erschwerend kommt zusätzlich hinzu, daß sie sowohl finanziell für das Kind sorgen als auch Zeit für es aufwenden muß. Somit bleibt gewöhnlich nicht genügend Zeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es entwickelt sich ein *circulus vitiosus*, aus dem auch die staatlich vorgesehenen Hilfen sie nur schwer herauszubringen vermögen.

Wie sich die ungewollt schwangere Frau auch entscheidet, sie ist in der Regel nicht mehr in der Lage, in gewohnter Weise in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld ohne erhebliche Beeinträchtigungen weiterzuleben.

Auch ethnische Besonderheiten sind zu berücksichtigen, denn 50 % der Ratsuchenden in der vorliegenden Studie sind ausländischer Herkunft. Zusätzliche Belastungen ergeben sich dadurch, daß die finanzielle Unterstützung für Ausländerinnen noch schlechter ist als für deutsche Frauen. Viele Ausländerinnen sind in Deutschland noch nie erwerbstätig gewesen und erhalten deswegen kein Arbeitslosengeld. Darüber hinaus kann jeder Ausländer aufgrund des § 46 des Ausländergesetzes (einzelne Ausweisungsgründe) ausgewiesen werden, der für sich oder seine Familie Sozialhilfe in Anspruch nehmen muß.

Penzkofer berichtet 1994, daß ausländische Frauen oft mit einem größeren Schamgefühl als der Durchschnitt zur Beratung erscheinen, und vermutet, daß diese Scham, gepaart mit den Schwierigkeiten der häufig vorhandenen Sprachbarriere, das

Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch um ein Vielfaches erschwert. Auch wenn die Deutschkenntnisse der Beratungssuchenden ausreichend sind, bietet sich zur besseren Darlegung des Schwangerschaftskonfliktes eine Beratung in der Muttersprache an, denn in der eigenen Sprache können Gefühle und Probleme treffender formuliert und somit eher ein Zugang zu den Konflikten gefunden werden. Die Umsetzung einer Schwangerschaftskonfliktberatung in der Muttersprache scheint jedoch nur in Zentren realistisch, in denen das Beratungsaufkommen so hochfrequent ist, daß die Beratung der meistvertretenen Ausländerinnengruppen in der jeweiligen Sprache durchführbar ist. Kleineren Institutionen oder Arztpraxen wird es dagegen nicht möglich sein, ständig einen Dolmetscher oder einen die benötigte Sprache sprechenden Arzt abrufbar zu haben.

Baecker und *Mayer* finden 1990 oftmals in der Gesellschaft die Ansicht vor, daß ungeborenes Leben nicht menschliches Leben und deshalb weder schutzwürdig noch schutzbedürftig ist. Sie stellen fest, daß Frauen, die dieser Meinung sind, die auf die Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens abzielende Beratung somit nur als hinderlich, unzumutbar und zeitaufwendig empfinden. *Ellerstorfer* berichtet 1989, daß die Schwangerschaftskonfliktberatung nur dann als notwendig erachtet wird, wenn das Problem der Schwangeren ein finanzielles ist.

Neben Meinungen und Ansichten gibt es auch Argumente gegen eine Beratungspflicht. Betrachtet man in den Niederlanden trotz - oder gerade wegen - des liberalen Abtreibungsrechts die in Europa niedrigste Abtreibungsrate, stellt sich die Frage, ob in Deutschland die §§ 218 und 219 StGB überhaupt erforderlich sind.

Häufig sehen Frauen sich nur in folgender Weise zum Beratungsgespräch motiviert: "Es gab die Notwendigkeit, sich das Gespräch, die Informationen anzuhören. Es war vollkommen klar, daß ich abtreiben will" (*Häussler, Holzauer 1988*). Ebenso wünscht sich nur etwa ein Drittel der Frauen eine psychologische Konfliktberatung im engeren Sinne. Nur 3 % sehen ihre Problemlage nach der Beratung aus einer anderen Perspektive (*Wimmer-Purchinger 1991*).

Ebenfalls ist zu überdenken, ob der zusätzliche Streß und der psychische Druck, dem die ungewollt Schwangere durch die Pflichtberatung ausgesetzt wird, die Lage der Ratsuchenden nicht in größerem Maße erschwert, als die Beratung sie erleichtern könnte (*Amberg 1994*).

Auf den Zwangscharakter der Beratung angesprochen merkte *Pöttgen 1987* an, daß der Zwang zwar keine gute Voraussetzung für eine wirkliche Beratung ist, die von Offenheit und Vertrauen geprägt sein sollte, daß aber die (Zwangs-) Beratung für viele die erste Gelegenheit ist, in konstruktiver Weise über ihre eigentlichen Probleme nachzudenken und somit auch zu einer adäquaten Lösung zu gelangen.

In der Arbeit von *Häussler und Holzauer 1988* geben nahezu alle befragten Frauen an, sie hätten das Gefühl gehabt, daß auf ihre Probleme und Bedürfnisse während der Beratung eingegangen worden sei. Etwa $\frac{3}{4}$ von ihnen halten die Beratung sogar für prinzipiell sinnvoll, da dort Gespräche und Informationen angeboten werden. Somit scheint sich das Problem der Zwangsberatung zumindest in jener Studie als sekundär herauszustellen.

Die ungewollt Schwangere, der eine hinreichende Lösung ihrer inneren Konflikte nicht gelingt, bedarf der Schwangerschaftskonfliktberatung (*Mollinski 1986*), denn die Beratung nimmt den möglichen destruktiven Akt des Abbruchs aus der Anonymität heraus in eine zwischenmenschliche Beziehung und ermöglicht es, so evtl. eine andere Lösung als den Abbruch für den Schwangerschaftskonflikt zu finden (*Burr 1992*). Die Beratungssuchenden sind sogar dankbar für ein wirklich vertrauensvolles Gespräch. Es erleichtert ihnen das Tragen der Last ihrer Entscheidung, hilft Selbstvorwürfe zu mindern und kann zur psychischen Bewältigung des Abbruchs beitragen (*Busch, Siemann 1990*), indem das Gefühl der Sicherheit statt irrationaler Angst entsteht, Panik aufgefangen und vordergründige Argumente für den Abbruch entschärft werden und somit der wahre Schwangerschaftskonflikt herausgearbeitet wird (*Pöttgen 1988*).

Der § 219 StGB legt in Verbindung mit §§ 5 und 6 SchKG den Inhalt und die Aufgabe der Schwangerschaftskonfliktberatung fest:

"Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens."

Ausgehend von der Erkenntnis, daß ein Schutz des ungeborenen Lebens gegen den Willen der Frau nicht möglich ist, hat sich die Beratung von dem Bewußtsein leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Die Frau sollte sich dabei bewußt sein, daß das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und daß deshalb nach der

Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in solchen Ausnahmefällen in Betracht kommen kann, in denen der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, daß sie die zumutbare Obergrenze übersteigt.

Die Orientierung der Beratung an dem Ziel "Schutz des ungeborenen Lebens" bedeutet nicht, daß die Frau während der Beratung bedrängt werden soll. Das würde auch dem fachlichen Verständnis von Beratung widersprechen. Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Frau aus (§ 5 Abs. 1 SchKG). Die Beratung soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Sie soll eigenverantwortliche Entscheidungen fördern. Im einzelnen umfaßt die Schwangerschaftskonfliktberatung (§ 5 Abs. 2 SchKG):

- das Eintreten in eine Konfliktberatung, wobei erwartet wird, daß die schwangere Frau der sie beratenden Person die Gründe mitteilt, deretwegen sie ein Abbruch der Schwangerschaft erwägt; die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frau kann aber nicht erzwungen werden;
- jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale und juristische Information, die Darlegung der Rechtsansprüche von Mutter und Kind und der möglichen praktischen Hilfen, insbesondere solcher, welche die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern;
- das Angebot, die Schwangere bei Geltendmachung von Ansprüchen, bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen sowie das Angebot einer Nachbetreuung.

Auf Wunsch der Schwangeren kann sie auch über Möglichkeiten unterrichtet werden, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden (*Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 1995*).

Trotz dieses Gesetzes demonstriert das Bundesland Bayern, daß Ausnahmen möglich sind: Hier soll die Beratungssuchende durch das bayerisch-katholische Sondergesetz gezwungen werden, die Gründe für ihren Abtreibungswunsch zu nennen. Dies widerspricht damit dem § 5 Abs. II des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG), denn eigentlich darf die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der Schwangeren nicht erzwungen werden (*Der Spiegel 32/1996 s. 57-59*). Schon 1989 läßt das bayerische Justizministerium seine eigenwillige Einstellung zum § 218 StGB deutlich werden und schlägt vor: "... Sobald erkennbar wird, daß das vorrangige Ziel, in der werdenden Mutter den Wunsch nach einem Austragen und behalten des Kindes zu wecken, nicht erreicht werden kann, sollte es möglich sein, der werdenden Mutter behutsam, aber mit der gebotenen Deutlichkeit nahezubringen, daß eine Freigabe des Kindes zur Adoption im Vergleich zur Tötung der Leibesfrucht das geringere Übel darstellt" (*Schliermann 1989*). Weder die Einstellung des bayerischen Justizministeriums auf der einen, noch das Verharren in der Empathie auf der anderen Seite kann den Konflikt aufarbeiten (*Prill 1990*).

4.4 Möglichkeiten und Grenzen der Schwangerschaftskonfliktberatung

62 % der Beratungssuchenden gehen mit der Erwartung zur Beratung, dort eine formale Bescheinigung zu erhalten (*Häussler, Holzhauer 1989*). Dabei ist klarzustellen, daß die Beratung und nicht das Beratungsergebnis das Entscheidende ist und daß die Beratungsbescheinigung nicht bestätigt **wie**, sondern nur **daß** beraten wurde (*Mantel 1987*).

Nur die Gewißheit der ungewollt Schwangeren, daß die Beratung - die zugegebenermaßen einen Zwangscharakter hat - trotz allem das Ziel hat, ihr zu helfen, läßt eine freie und offene Beratungsatmosphäre entstehen, in der die Schwangere zu einer persönlich verantworteten und von ihr akzeptierbaren Entscheidung finden kann (*Petersen 1990; Hühn 1992*). Fühlen sich die Frauen dagegen in ihrem Anliegen nicht ernstgenommen und in ihrer Entscheidungsautonomie beschnitten, empfinden sie das Gespräch als belastend (*Roppelt 1994*).

Der Beratende sollte sich bemühen, der Patientin Angst und den realen oder vermeintlichen Zeitdruck zu nehmen, indem er sie über die oft nicht bekannten gesetzlichen Fristen informiert. Ärztlich, medizinisch und sozial muß die Ratsuchende über alles informiert werden, was in ihrer Situation zu bedenken ist. Nur so ist es möglich, vordergründige Argumente zu entschärfen, Ambivalenzen und schließlich den Schwangerschaftskonflikt aufzudecken und zu verarbeiten (*Schmid-Tannwald 1986; Pöttgen 1988; Retzlaff 1990*). Als Wunschberatungsinhalte werden von den Frauen angegeben:

- Feststellung einer Schwangerschaft,
- Sicherheit bezüglich der Wahrung der zeitlichen Entscheidungsfristen und
- Aufklärung über Gefahren, Risiken und die Vorgehensweise während des Eingriffs.

Hierdurch rückt der Arzt aufgrund seines diesbezüglichen Fachwissens als kompetentester Berater in den Vordergrund (*Wimmer-Purchinger 1991*). Sowohl der Langzeitkontakt zwischen Allgemeinmediziner und Patientin als auch die örtliche Nähe des Arztes zu ihrem Umfeld - in der vorliegenden Studie leben über 90 % der Patientinnen weniger als 20 Kilometer von der Praxis entfernt - sind hier wichtige zusätzliche Faktoren.

Nach *Baecker und Mayer (1990)* sollten Ärzte nicht die soziale Beratung durchführen. Sie fordern vielmehr eine Trennung von medizinischer und sozialer Beratung, wodurch jedoch der Beratungs- und Abruptionprozeß unnötig kompliziert würde.

Geteilte Meinungen und verhärtete Fronten existieren zu der Frage, ob die Lebensschutzproblematik in der Schwangerschaftskonfliktberatung angesprochen werden sollte. Die Beratung darf zwar nicht zum Ziel haben, das Kind trotz der Notlage der Mutter um jeden Preis auszutragen (*Meckel 1988*), doch sollte die Beratung "ohne vorhandene Ängste und seelische Nöte zu verstärken, ein hinreichendes Wissen davon vermitteln und zur Sprache bringen, daß der Schwangerschaftsabbruch menschliches Leben zerstört" (*Schreiber 1995; Faller 1994*), entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für die Beratung, die "dem Schutz

des ungeborenen Lebens zu dienen hat" (*Retzlaff 1993*).

Auch ethische Gesichtspunkte sollten in der Beratung angesprochen werden. *Schmid-Tannwald* betrachtet 1986 den Schwangerschaftsabbruch als Tötung menschlichen Lebens. Diese Problematik ist auch für den abbrechenden Arzt nicht unbedeutend. Gerade von Ärzten, die keine Zusatzausbildung in psychologischer Gesprächsführung haben, wird die Schwangerschaftskonfliktberatung als sehr belastend empfunden (*Wimmer-Purchinger 1991*), zumal in der neuen Gesetzgebung nicht mehr die Frauen, sondern die Ärzte das größte Sanktionsrisiko tragen (*Häussler, Holzhauer 1988; Burr 1992*).

Die Fristenregelung bedeutet für den Arzt, einen gravierenden medizinischen Eingriff auszuführen, der nicht aus einer Diagnose, sondern aus der Selbstbestimmung der Frau heraus indiziert ist (*Körner 1991*). Deshalb formuliert *Dinkel 1991* die Forderung, "wenn die Gesellschaft Tötung fordert, soll der Staat dies als Amtshandlung in eigener Regie und Verantwortung tun".

Gleich, ob man die Thematik von der ethischen oder juristischen Seite betrachtet, der Arzt sollte sich nicht nötigen lassen, sicherheitshalber (etwa aus Angst vor Nichtakzeptanz seiner Entscheidung) zum Abbruch zu raten. Rät er zum Abbruch, muß er auch in diesem Falle sein Handeln verantworten können. Sein Recht auf eine eigene Entscheidung auch im Schwangerschaftskonflikt verletzt weder den Respekt vor der Entscheidung der Schwangeren noch deren Entscheidungsfreiheit selbst (*Schmid-Tannwald 1986*).

Auch hat der Arzt nach § 12 SchKG das Recht der Weigerung:

- (1) Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.

- (2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.

(Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 1995)

Letztendlich sollte der beratende Arzt sein Augenmerk auch darauf richten, ob die Frau tatsächlich den Schwangerschaftsabbruch bejaht oder von ihrem sozialen Umfeld Druck bzw. Zwang ausgeübt wird (*Scholz 1995*). Er kann die eventuell latente Problematik offenlegen und sich dem Konflikt der Beratungssuchenden stellen (*Mollinski 1986*). Dazu ist es erforderlich, ein fragendes Vordringen zu unterlassen. Trotzdem ist diese nichtdirektive Gesprächsführung keine ziellose Plauderei. Die Ratsuchende soll angeregt werden, "sich selber zu explorieren, um eine verbesserte und differenzierte Einsicht in die eigenen Gefühle und Bedürfnisse und neue Perspektiven für die Erweiterung ihrer Entscheidungsräume zu finden" (*Pöttgen 1987*). Weder bedingungsloses Nachgeben noch das Tabuisieren des Schwangerschaftsabbruchs hilft der Ratsuchenden. Sie muß durch den Berater an ihren eigenen Konflikt herangeführt werden. Nur so kann sie diesen erkennen und zu einer von ihr tragbaren Entscheidung gelangen.

Nach *Ullrich 1990* sollte der Berater folgendes Wissen mitbringen:

- Fachliche Kenntnisse im Bereich sozialer Hilfen, familien- und sozialpolitischer Leistungen, einschlägiger Rechtsfragen,
- Kontakte zum breitgefächerten Angebot sozialer Dienste, Hilfen und Einrichtungen sowie Zusammenarbeit mit diesen,
- das Wissen um die Einmaligkeit der Würde des Menschen mit seinem Recht auf Übernahme eigener Verantwortung, auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung seiner Persönlichkeit,
- das Bewußtsein, daß menschliches Handeln und menschliche Freiheit gebunden ist durch die Verantwortung für den anderen und am Lebensrecht des anderen eine Grenze findet,
- das Wissen um die Konflikthaftigkeit des Menschen, eingebunden und verwurzelt in Familie, Umwelt, Kultur und Gesellschaft,
- das Wissen um die ganze Breite menschlicher Nöte,
- und letzten Endes auch das Wissen um massive Einflußmöglichkeiten auf menschliche Entscheidungen, um religiöse und geistige Verunsicherung, Orientierungslosigkeit und Ratlosigkeit.

4.5 Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch

Eine Alternative zum Schwangerschaftsabbruch wäre, eine ungewollte Schwangerschaft nicht entstehen zu lassen. Was zunächst einfach klingt, stellt sich in der Praxis schwierig dar. Nichtverhüten ist trotz des großen Angebotes verschiedener Kontrazeptiva meist Ausdruck und Folge einer konflikthaften Einstellung zur Kontrazeption, zur Sexualität oder zum Partner (*Schmid-Tannwald*

1986). Wie diese Studie zeigt, haben mehr als 59 % der Beratungssuchenden keine Kontrazeptiva angewendet. Anwendung von Verhütungsmitteln erfordert aber auch eine Bejahung der Sexualität der Lust wegen (*Thuro, Rabe, Runnebaum 1989*). Eine mögliche Lösung der Schwangerschaftskonflikte ist also eine rechtzeitige Sexualpädagogik und Kontrazeptionsberatung (*Pöttgen 1988; Busch, Siermann 1990*) sowie eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung bezüglich vorbeugender Maßnahmen vor dem Entstehen von Ambivalenzen (*Mantel 1987; Baecker, Mayer 1990*).

Kommt es trotz guter Prävention doch zur ungewollten Schwangerschaft, gibt es zwei unterschiedliche Wege, der Schwangeren zu helfen und sie in ihrer Konfliktsituation zu unterstützen:

1. Im Falle des Schwangerschaftsabbruches "könnte eine weniger abwertende und weniger moralisierende Diskussion in der Gesellschaft über Abbrüche und uneheliche Schwangerschaften und eine weniger auf Sensationslust angelegte Berichterstattung in den Medien zu diesem Thema sicherlich dazu beitragen, daß weniger Frauen starke Gewissensbisse aufgrund ihrer Entscheidung haben und damit erreichen, daß weniger Frauen durch eine ungewollte Schwangerschaft belastet sind" (*Berg-Gast, Jäger 1988*). Immer noch werden Schuldgefühle von der Gesellschaft gefördert (*Krüger 1989*), wenn durch die anhaltende juristische Diskussion der Akt des Schwangerschaftsabbruches scheinbar in den Bereich von Illegalität und Verbrechen eingeordnet wird. Durch die Tabuisierung dieses Themas wird der Frau die Möglichkeit genommen, den Abbruch als "normales" Lebensereignis zu sehen und über ihre Entscheidung

ohne Angst vor gesellschaftlicher Ächtung zu sprechen. Das jedoch ist Voraussetzung, um ohne Schuldgefühle leben zu lernen und das sogenannte Abtreibungstrauma vermeiden zu können (*Amberg 1994*). Hier sind die Niederlande mit ihrem liberalen Abtreibungsrecht wegweisend. Aus der liberalen Handhabung der Problematik folgt eine positivere soziale Beurteilung eines Abbruches in der Gesellschaft (*Wimmer-Purchinger 1991*).

2. Die Schwangere möchte das Kind austragen. Immer wieder genannte Motive für den ursprünglich gewünschten Schwangerschaftsabbruch sind - wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen - die folgenden: Ein Großteil der Gründe ist beruflich und vor allem finanziell bedingt. So fühlt sich die Mutter überfordert oder die Wohnverhältnisse sind unzureichend. Durch die Geburt des Kindes würde die Ratsuchende - sofern sie alleinstehend ist - gezwungen, zum Beispiel ihre Berufsausbildung abzubrechen bzw. nicht mehr zu arbeiten, obwohl die durch das Kind verursachten höheren Lebenshaltungskosten eine abgeschlossene Berufsausbildung oder zumindest eine regelmäßige Einkommensquelle unentbehrlich machen.

Ohne die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches würde man eine schwere Notsituation provozieren. Soll sich die ungewollt Schwangere nun zum Austragen des Kindes - was vom Gesetzgeber gewünscht wird - entscheiden, so müßte der Gesetzgeber der werdenden Mutter diese Entscheidung auch erträglich machen. Durch ausreichende finanzielle Hilfe, durch Unterstützung bei der Wohnungssuche und durch Anbieten beruflicher Alternativen ließe sich

möglicherweise die hohe Zahl der Schwangerschaftsabbrüche senken und gleichzeitig eine annehmbare Lösung für die Frau im Schwangerschaftskonflikt finden. Laut *Häussler* und *Holzhauer 1988* wurde "bei der Neuregelung des § 218 StGB das Augenmerk auf präventive und sozialfürsorgliche Maßnahmen gelegt". Hier kann der Beratende (Arzt) nur bei der Antragstellung helfen oder an die bewilligende Stelle verweisen. Die derzeitige gesellschaftliche Situation läßt jedoch die Wirksamkeit staatlicher Hilfen eher unwahrscheinlich werden.

Neben den staatlichen Hilfen gibt es ergänzende finanzielle und nichtfinanzielle Hilfen, bei deren Organisation sich der Arzt mit eigenem Engagement einbringen und dadurch im eigenen Umfeld direkt etwas zugunsten der Schwangeren verändern kann:

- Preiswerte Wohnungen,
- Wohngemeinschaften für Alleinerziehende,
- ggf. vorbereitende Gespräche für die Rückkehr ins eigene Elternhaus,
- "Krabbeleinrichtungen",
- Kindertagesstätten mit flexiblen Öffnungszeiten,
- Betreuungsmöglichkeiten bei Erkrankung oder Erholungsbedürftigkeit der Mutter,
- Ansprache von Familienpflegerin/Dorfhelferin,
- Vermittlung von Kur- und Erholungsaufenthalten,
- Hilfe beim Schul- und Berufsabschluß sowie bei der Berufsfindung (z. B. unter Berücksichtigung großzügigerer Freistellungsmöglichkeiten einer berufstätigen Mutter bei Erkrankung des Kindes),

- Kompetente Beratung in Unterhalts-, Rechts-, sowie Alltagsfragen, und schließlich auch
- Informationen über die Freigabe des Kindes zur Adoption

(Schliermann 1989; Ullrich 1990).

Diese Art von zusätzlichen Hilfen sollen weder die staatlichen Unterstützungen ersetzen, noch können sie alle bis ins Detail vom Staat organisiert und finanziert werden. Sie sind eine notwendige Ergänzung der staatlichen Hilfen, aber bisher nicht in ausreichendem Maße vorhanden *(Ellerstorfer 1989)*.

Die verfügbaren Hilfen zeigen zwar den richtigen Weg auf, denn die ungewollt schwangeren Frauen wollen und sollen auch weiterhin die Möglichkeiten haben, am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Doch werden ihnen diese Möglichkeiten meist verwehrt, weil immer noch ein Mißverhältnis zwischen den Bedürfnissen der Frauen und dem existiert, was ihnen angeboten werden kann, um auch weiterhin eine soziale und berufliche Integration zu ermöglichen und ihnen in ihrer schwierigen Not- und Konfliktsituation zu helfen. Die Debatte um den § 218 ist eine institutionelle Diskussion von verschiedenen Interessengruppen, die die Bedürfnisse der ungewollt schwangeren Frau und ihres Alltags nur unzureichend berücksichtigt.

5 Zusammenfassung

Die Zahl der jährlich in der Bundesrepublik vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche wird auf weit über 250.000 geschätzt. Auf drei Lebendgeburten kommt somit ein Abbruch.

Mit Hilfe eines Fragebogens und ergänzender Daten aus der Patientenkartei werden im Zeitraum vom 08.09.1994 bis 12.04.1996 103 Patientinnen im Alter von 16 bis 45 Jahren befragt, die eine Allgemeinarztpraxis in Südhessen zu einem Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch aufsuchen.

Über 90 % der Frauen wohnen weniger als 20 km von der Praxis entfernt. Der Anteil der Verheirateten, Ausländer und Berufstätigen beträgt jeweils ca. 50 %. Über 80 % haben höchstens 2 Kinder. 64 % der Frauen haben zuvor noch keinen Abbruch durchführen lassen.

Die Beratungsgespräche finden zu 69 % fünf bis acht Wochen nach der letzten Regelblutung statt. Knapp 60 % der Patientinnen führen keine sichere Verhütung durch. 57 % der Gründe, die zum Abbruch veranlaßten, waren soziale Notstände, Überforderung der alleinstehenden oder sich nicht reif genug fühlenden Mutter oder berufliche Gründe. Lediglich einer Patientin wurde im Falle des Austragens des Kindes Unterstützung durch ihr soziales Umfeld zugesagt. Nur 24 % sahen ihre finanzielle Situation, 37,5 % ihre Wohnverhältnisse als ausreichend an. In über 52 % der Fälle entstammt das Kind einer krisenhaften Partnerschaft. 17 % der Partner sind arbeitslos, 10 % befinden sich noch in der Ausbildung. Weniger als 13 % der

Schwangeren werden zur Beratung von ihrem Partner begleitet. Außer bei sechs medizinisch indizierten Abbrüchen liegt bei fast allen Fällen eine komplexe, multifaktoriell bedingte, soziale Problematik oder eine soziale Notsituation vor.

Entgegen den Inhalten der öffentlichen Diskussion, die meist auf juristischer Ebene geführt wird, befindet sich die Mehrzahl der Ratsuchenden in einer ambivalenten Konflikt- und/oder Notsituation. Bezüglich der Konfliktsituation sollte der ungewollt Schwangeren geholfen werden, den zugrundeliegenden Konflikt selbst zu erkennen, um eine von ihr selbst verantwortbare und tragbare Konfliktlösung finden zu können. In sozialen Notsituationen sehen ungewollt Schwangere keine Alternative zum Schwangerschaftsabbruch.

Staatlich zugesicherte Hilfen - auch wenn sie durch Hilfeleistungen des sozialen Umfeldes ergänzt werden - stehen in einem deutlichen Mißverhältnis zu den Bedürfnissen der Schwangeren. Ist die junge Mutter alleinstehend, so ist sie trotz staatlicher Zuwendungen nur sehr eingeschränkt in der Lage, für ihren und des Kindes Lebensunterhalt zu sorgen. In einer Partnerschaft oder Familie bringt die Geburt eines Kindes häufig den Verdienstausschlag der Mutter mit sich, was die soziale Situation der Betroffenen erschwert. Um erweiterte Problemlösungsansätze erarbeiten zu können, wäre eine öffentliche Diskussion erforderlich. Sie müßte zum einen die Prävention (Sexualpädagogik, Antikonzeptionsaufklärung) fördern und zum anderen die realen Bedürfnisse ungewollt Schwangerer in Konfliktsituationen berücksichtigen, um ihre soziale Sicherheit und Integration in die Gesellschaft zu gewährleisten.

6. Literaturverzeichnis

- Amberg E** (1994) Drohung mit dem Abtreibungstrauma. pro familia magazin, 22 (4), 16-17
- Aresin L** (1991) Vom Abort zur Kontrazeption. pro familia magazin, Nr. 1, 23-24
- Austein R**: Der Beratungsauftrag im § 218. In: Grotjahn MM, Schwangere in Konflikten. Annehmen, Beraten, Begleiten. 1-142, Quell Verlag, Stuttgart 1989
- Baecker G, Mayer ET** (1990) Bericht der "Kommission zum Schutz der ungeborenen Kinder" beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bayerisches Ärzteblatt, 45 Nr. 5, 188-189
- Beilfuss C** (1992) Sexualität, unerfüllter Kinderwunsch und Schwangerschaftskonflikt. pro familia magazin, 20 (4), 15-17
- Berg-Gast C, Jäger RS** (1988) Belastung durch und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten. pro familia magazin, 16 (5), 24-27
- Bitzer J (1988)** Familienplanung: Hilfe zum Leben - Hilfe zum Sterben. Wie kann der Arzt diesen Konflikt bewältigen? Sexualmedizin, 17 (3), 115-120
- Bitzer J** (1991) Wie kann der Arzt sinnvoller betreuen? Ungewollte Schwangerschaft. Sexualmedizin, 20 (4), 142-146
- Bockenheimer-Lucius G** (1993) Anmerkung zum Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Neufassung des § 218 StGB. Ethik in der Medizin, 5 (3), 158-162
- Burr C** (1992) Die Neuordnung des Paragraphen 218. Ein Plädoyer für die Schwangerschaftskonfliktberatung. Wege zum Menschen, 44 (2), 102-110
- Busch U** (25.04.1991) Abruptio und Beratungspflicht - eine Präzisierung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 85 (8), 339-340
- Busch U, Siermann K** (1990) Abruptio und Beratungspflicht. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 84/17, 883-884
- Der Spiegel**, "Wirklich beherzt", 32/1996, 57-59
- Dinkel L** (1991) Beratungsauftrag und schutzwürdiges Leben. Dt Ärztebl, 88, 347-352
- Ellerstorfer U** (1989) Über den faulen Zauber der § 218 b-Beratung und seine Verführung für "die Beraterin". pro familia magazin, 17 (3), 9-10

- Faller HJ** (1994) Strenge Inpflichtnahme des Arztes beim Schwangerschaftsabbruch. Das Urteil des Bundesverfassungsgericht vom 28. Mai 1993 stellt neue Gesetze auf. *Versicherungsmedizin*, 46 Nr. 2, 35-37
- Häussler M, Holzauer B** (1988) Beratung nach § 218 StGB: Hürdenlauf oder Hilfestellung? Ergebnisse einer neuen Studie zum Schwangerschaftsabbruch. *pro familia magazin*, 16 (6), 22-26
- Häussler M, Holzauer B** (1989) Die Impletation der reformierten §§ 218 STGB - Empirische Untersuchungen zu Einstellung und Verhalten von Ärzten und schwangeren Frauen. *Z Ges Strafrechtswiss*
- Hühn C** (1992) Unter Zwang läßt sich nicht sprechen. Gesetzentwürfe zur Beratung ungewollt schwangerer Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5 (2), 163-167
- Jürgensen O**: Schwangerschaft als seelischer Konflikt - bewußte und unbewußte Motivationen zum Schwangerschaftsabbruch. In: Fervers-Schorre B, Pöttgen H, Stauber M, *Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe* 1985. 107-113, Springer, Berlin 1986
- Körner U** (1991) Schwangerschaftsabbruch - Ärztliche Kompetenzen, Pflichten und Konflikte. *Zeitschrift für Klinische Medizin*, 46 Heft 18, 1311-1316
- Krüger E** (1989) Beratungsgesetz und kein Ende. *pro familia magazin*, 17 Nr. 3, 13-15
- Ludwig A** (1993) Der Mann im Schwangerschaftskonflikt. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 254/1-4, 1185-1187
- Ludwig A, Franke P** (1988) Zur Problematik der Schwangerschaftskonfliktberatung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 82 (11), 495-499
- Mantel I** (02.01.1987) Sexual- und Schwangerschaftsberatung des Diakonischen Werks in Bayern. Die Chance der Beratung. *Krankenpflege Journal*, 25 (1-2), 4-7
- Meckel M** (1988) Zum umstrittenen § 218 StGB, Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 39 (5), 188-191
- Meise K** (1994) Kontrolliertes Töten. *Universitas*, 49 (3), 269-278
- Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) (Februar 1994) § 218-Ratgeber für Frauen im Schwangerschaftskonflikt. Schriftenreihe Ministerium für Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 7, 1-16
- Mollinski H**: Schwangerschaft als Konflikt. In: Fervers-Schorre B, Pöttgen H, Stauber M, *Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe* 1985. 67-77, Springer, Berlin 1986

- Penzkofer B** (1994) Ausländerinnen tragen mehr als die doppelte Last. Türkinnen in der Schwangerschaftsberatung. pro familia magazin, 22 (4), 14-15
- Petersen P:** Zum Entwurf eines Schwangerschaftberatungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland. In: Dmoch W, Stauber M, Beck L, Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1989/90. Springer, Berlin 1990
- Pöttgen H** (1988) Die konfliktvolle Schwangerschaft und der ärztliche Beratungsauftrag. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 33 (2), 70-76
- Pöttgen H:** Schwangerschaftskonfliktberatung. In: Fedor-Freybergh PG, Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen, 361-373, Rotation Verlag, Berlin 1987
- Presse und Informationsamt der Bundesregierung** (Hrsg.) (Oktober 1995) § 218 - Was ist neu ? 1-96
- Prill HJ:** Schwangerschaft - Konflikt und Beratung. In: Dmoch W, Stauber M, Beck L, Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1989/90. 116-123, Springer, Berlin 1990
- Retzlaff I** (1990) Schwangerschaftskonflikt - Schwangerschaftsabbruch. Ist eine Pflichtberatung zumutbar? Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 43 Nr. 9, 14-18
- Retzlaff I** (1993) Beziehungskonflikt als Ursache wiederholter Schwangerschaftsabbrüche. Ethik in der Medizin, 5 (3), 147-151
- Roppelt U** (1994) Der Schwangerschaftsabbruch als Streßereignis. Ergebnisse einer empirischen Studie. pro familia magazin, 22 (4), 18-19
- Schliermann B** (1989) Adoption statt Abtreibung. Staatliche Abnahmegarantie für bayerische Embryonen. pro familia magazin, 17 Nr. 3, 12-13
- Schmid-Tannwald I:** Zur Schwangerschaftskonfliktberatung an einer Universitätsfrauenklinik. In: Fervers-Schorre B, Pöttgen H, Stauber M, Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe 1985. 141-144, Springer, Berlin 1986
- Scholz K** (Juni 1995) Schwangerschaftskonfliktberatung nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 89 (3), 307-311
- Schreiber HL** (1995) Die Beratung als prozedurales Modell für den rechtswidrigen, aber nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch. Archives of Gynecology and Obstetrics, 257/1-4, 381-388

- Thuro HC, Rabe T, Runnebaum B** (1989) Hintergründe des Kontrazeptionsverhaltens von Abruptionpatientinnen als Hinweis auf psychosoziale Entstehungsbedingungen ungewollter Schwangerschaften. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 49 Nr. 12, 1074-1082
- Ullrich A:** Beratung und Hilfe in Schwangerschaftskonfliktsituationen. In: Textor MR (Ed), Ein Handbuch für psychosoziale Berufe. 1-755, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1990
- Weber U:** Schwangerschaftskonfliktberatung, Öffentliches Gesundheitswesen. 49, 32-33, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1987
- Wimmer-Purchinger B:** Schwangerschaftskonfliktberatung. In: Davies-Osterkamp S, Psychologie und Gynäkologie. Edition Medizin, 73-79, VCH, Weinheim 1991

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn **Universitäts-Professor Dr. med. Klaus Jork**, für die freundliche Überlassung des Themas und seine motivierende, wissenschaftliche Betreuung während der Anfertigung der Arbeit.

Weiterhin möchte ich folgenden Personen für ihre konstruktive Kritik und andere freundliche Unterstützung recht herzlich danken:

Christina Kolb

Ulrike & Uwe Misdziol

Kirsten Heinicke & Michael Möbus

Jacqueline Nettke-Wagner

Alexandra Schuler

Jan-Dirk Zimmermann

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die dem Fachbereich der Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main zur Promotion eingereichte Arbeit mit dem Titel: "Schwangerschaftskonfliktberatung in der ambulanten Krankenversorgung" im Institut für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Professor Dr. med. Klaus Jork ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Medizinischen Fakultät bzw. Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Frankfurt am Main, 26.10.1998

Stefan Salm

Lebenslauf:

Name: Sahm
Vorname: Stefan
Geburtsdatum: 12.10.1971
Geburtsort: Hagen in Westfalen

Schulbildung: 01.08.1978-14.07.1982
Grundschule Helfe in Hagen-Helfe

30.08.1982-08.06.1991
Christian-Rohlf's-Gymnasium in Hagen-Haspe;
Erlangen der allgemeinen Hochschulreife

Zivildienst: 02.09.1991-30.11.1992
Malteser Hilfsdienst Hagen;
Ausbildung zum Rettungssanitäter

Studium: 01.04.1993-21.10.1999 Studium der Humanmedizin
an der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main

Stefan Sahm