

Monika Häußler-Sczepan:

Arzt und Schwangerschaftsabbruch.

Eine empirische Untersuchung zur Implementation  
des reformierten § 218 StGB

KRIMINOLOGISCHE FORSCHUNGSBERICHTE AUS DEM  
MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR AUSLÄNDISCHES UND  
INTERNATIONALES STRAFRECHT, FREIBURG I. BR. Band 39

Herausgegeben von  
Professor Dr. Günther Kaiser

# **Arzt und Schwangerschaftsabbruch**

**Eine empirische Untersuchung zur  
Implementation des reformierten § 218 StGB**

---

**Monika Häußler-Sczepan**

---

**Freiburg 1989**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

**Häussler-Sczepan, Monika:**

Arzt und Schwangerschaftsabbruch : eine empirische  
Untersuchung zur Implementation des reformierten § 218 StGB/  
Monika Häussler-Sczepan. – Freiburg (Breisgau) :  
Max-Planck-Inst. für Ausländ. u. Internat. Strafrecht, 1989.  
(Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-  
Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht  
Freiburg i. Br. ; Bd. 39)  
ISBN 3-922498-44-2

NE: Max-Planck-Institut für Ausländisches und  
Internationales Strafrecht <Freiburg, Breisgau >:  
Kriminologische Forschungsberichte aus ...

© 1989 Eigenverlag Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht,  
Günterstalstraße 73, D-7800 Freiburg i. Br.

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany/Imprimé en Allemagne

Gesamtherstellung: C. F. Dreyspring GmbH, 7630 Lahr

ISBN 3-922498-44-2

## Geleitwort

Der Schwangerschaftsabbruch ist seit langem Gegenstand rechtspolitischer Auseinandersetzung. Dies trifft für das Inland ebenso zu wie für das Ausland. Auch hier bildet er weithin eine unverändert aktuelle Streitfrage. Dabei stehen Positionen des Lebensschutzes solchen der Selbstbestimmung von zum Schwangerschaftsabbruch entschlossenen Frauen scharf gegenüber.

Nach langer politischer Auseinandersetzung wurde durch das 15. Strafrechtsänderungsgesetz im Jahre 1976 der Schwangerschaftsabbruch im Sinne einer Indikationslösung strafrechtlich neu geregelt. Sieben Jahre nach der Reform stellte sich daher die Frage nach Akzeptanz, Anwendung und Durchsetzung des neuen Rechts. Die Zeit war reif, die Implementation der Sanktionsnormen im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs zu untersuchen. Dabei galt es, auch die Entscheidungsrelevanz des neuen Rechts für die betroffenen Frauen sowie Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft beim Vollzug der §§ 218ff. StGB einzubeziehen. Denn die rechtspolitische Diskussion über die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs und seine normativen Grundlagen, über Mittel und Verfahren seiner Regulierung ist nicht zum Stillstand gekommen. Dies ist ein Zeichen dafür, daß die rechtliche Ausgestaltung des Schwangerschaftsabbruchs nach wie vor Interessengegensätze gesellschaftlicher Gruppen erkennen läßt und in weiten Teilen der Bevölkerung noch immer als fragwürdig empfunden wird.

Normen erlangen verhaltensprägende Kraft, indem sie angenommen und beachtet werden. Bei der strafrechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (§§ 218ff. StGB) jedoch werden sowohl die Akzeptanz als auch die Durchsetzung der Norm kritisch beurteilt. Schon aus diesem Blickwinkel eröffnet sich ein für die Kriminologie traditionelles Forschungsfeld, das trotz der ungebrochenen Aktualität des Themas auffällig vernachlässigt wurde. Soweit der illegale Schwangerschaftsabbruch in der kriminologischen Literatur überhaupt behandelt wird, finden sich Erörterungen in Zusammenhang mit dem Verbrechensbegriff, ferner unter den Stichwörtern der Opferlosigkeit, der Entkriminalisierung und seltener als Exkurs zur Thematik der Gewalt in der Familie. Die Unterschiede bei der systematischen Zuweisung der illegalen Abtreibung in den Kontext anderer Formen abweichenden Verhaltens lassen Unsicherheiten erkennen. Diese können nicht zuletzt mit dem Fehlen empirischer Studien erklärt werden, die sowohl die Einstellungen der potentiellen Normadressaten zum geltenden Recht als auch die Strafverfolgung und Sanktionspraxis zum Gegenstand haben. Der Mangel an empirisch abgesicherten Erkenntnissen ist hier besonders empfind-

lich, da die Einschätzungen zum sowohl legalen als auch kriminellen Schwangerschaftsabbruch wie bei kaum einer anderen Sozialerscheinung von ethischen Grundeinstellungen und weltanschaulich-politischen Überzeugungen geprägt sind. Zugleich macht dieser Sachverhalt empirische Forschung zum Problem.

Zwar haben einzelne Forschungsvorhaben zwischenzeitlich das empirische Wissen zum Schwangerschaftsabbruch erweitert. Dennoch blieben Fragestellungen, die sich auf den Vollzug der Sanktionsnormen der §§ 218ff. StGB richten, vollständig ausgeklammert. Die empirische Analyse dieser Bereiche ist jedoch geboten. Denn die Schaffung von mehr Gerechtigkeit durch mehr Gleichheit im Rahmen strafrechtlichen Schutzes beginnenden Lebens zählte zu den wichtigsten Zielen des Reformgesetzgebers. Galt es doch, den Verdacht der Praktizierung eines "Zufallsstrafrechts" auszuräumen und über eine gleichmäßige Definition des Schutzbereiches der §§ 218ff. StGB eine Regelhaftigkeit des Vollzugs der Sanktionsnorm zu schaffen, die eine unerläßliche Bedingung der Einleitbarkeit normvalidierender Prozesse darstellt.

Das Freiburger Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht hat sich daher seit 1983 in einem breit angelegten, international-vergleichenden Forschungsprojekt die Aufgabe gestellt, die Forschungslücken zu füllen.

Im einzelnen sollte untersucht werden,

- ob, gegebenenfalls inwieweit und unter welchen Bedingungen die spezifisch strafrechtliche Regelung und ihre praktische Handhabung überhaupt verhaltensteuernde Wirkung entfaltet,
- ob andere Normen und Einstellungen für die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs (mit)bestimmend sind, ferner
- ob und inwieweit außerstrafrechtliche Schutzmechanismen ausreichen, wenn nicht sogar angemessener sein könnten.

Für die Untersuchung waren drei Projektstufen vorgesehen: Ein rechtsvergleichender Überblick, empirisch-kriminologische Implementationsuntersuchungen sowie eine umfassende rechtspolitische Auswertung, in der die Einzelergebnisse zusammengefaßt und rechtspolitisch bewertet werden sollen.

In der (ersten) rechtsvergleichenden Projektstufe hat die strafrechtliche Forschungsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Albin ESER einen Überblick über die verschiedenen rechtlichen Regelungen nahezu aller europäischer Länder und einer Auswahl außereuropäischer Staaten verschiedener Kulturkreise und Rechtstraditionen, sowie eine Bestandsaufnahme der jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Rechtstraditionen, der Verbreitung des Schwangerschaftsabbruchs und der Strafverfolgung wegen illegaler Abtreibung erarbeitet. Diese systematische und umfassende Zusammenstellung verdeutlicht die Komplexität des Lösungsvorrates. Sie vermittelt zugleich einen Einblick in den jeweiligen kulturellen Kontext. Die Ergebnisse dieses Projektteiles, der von Dr. jur. Hans-Georg KOCH konzeptionell mitentwickelt und betreut wurde, sind in zwei Bänden 1988 und 1989 erschienen.

In der (zweiten) empirischen Projektstufe hat sich die kriminologische Forschungsgruppe des Instituts in drei verschiedenen Projektteilen der Implementation der Reform des Schwangerschaftsabbruchs von 1976 angenommen:

- Zunächst wurden die Strafverfolgungspraxis und die Einstellungen der Strafverfolgungsorgane untersucht,
- ferner die Entscheidungsmuster betroffener Frauen im Hinblick auf Austragung oder Abbruch ihrer Schwangerschaft, insbesondere die Bedeutung des Strafrechts bei der Entscheidungsfindung.
- Gegenstand eines weiteren Teilprojektes waren Einstellungen und Verhaltensmuster der Ärzteschaft, denen durch die Indikationsregelung eine besondere Rolle zugewiesen wird.

Im Rahmen des kriminologischen Teilprojektes Normanwendung durch die Organe der Strafverfolgung - betreut von Dr. Karlhans LIEBL unter Mitarbeit von Assessor Alfons BORA, M.A., Rechtsreferendarin Marlene FUCHS, Georg GANZ, M.A., Assessor Olaf GROSCHE - wurden durch eine Auswertung aller nach der Reform von 1976 bis 1982 durchgeführten Straf- und Ermittlungsverfahren die Verfahrens- und Sanktionspraxis der zuständigen Instanzen strafrechtlicher

---

\* Albin Eser, Hans-Georg Koch (Hrsg.): Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich. Rechtliche Regelungen - Soziale Rahmenbedingungen - Empirische Grunddaten - Teil 1: Europa. Baden-Baden 1988; Teil 2: Außereuropa. Baden-Baden 1989.

\*\* Karlhans Liebl: Ermittlungsverfahren, Strafverfolgungs- und Sanktionspraxis beim Schwangerschaftsabbruch. Materialien zur Implementation des reformierten § 218 StGB. Freiburg 1989.

Sozialkontrolle erforscht. Neben Fragen der Normkonkretisierung, insbesondere der Interpretation des gesetzlichen Merkmals der "allgemeinen Notlagenindikation", sollten der Gang der Strafrechtspflege (Anklageerhebung, Verurteilung, Strafzumessung) sowie die dokumentierten Entscheidungsgründe, ferner etwaige strukturelle Merkmale auf seiten der Anzeigerstatter und der im Rahmen strafrechtlicher Kontrolle des Schwangerschaftsabbruchs erfaßten Personen sowie der festgestellten Sachverhalte untersucht werden. Ergänzend zu den Aktenauswertungen galt es, durch Expertenbefragungen zu klären, inwieweit Handlungsspielräume der Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Staatsanwaltschaft) durch Entscheidungen übergeordneter Instanzen auf Ministerial- und Behördenebene vorstrukturiert werden.

In dem Teilprojekt Entscheidungsmuster betroffener Frauen<sup>\*</sup> - durchgeführt von Dipl.-Psych. Brigitte HOLZHAUER unter Mitarbeit von Martina MICHAELIS, M.A., Dipl.-Psych. Nicole EIERMANN, Dipl.-Psych. Ruthild RAPP und Dipl.-Psych. Ursula JAKOBS - wurde untersucht, welche Rolle speziell das Strafrecht, neben etwaigen außerrechtlichen Faktoren wie subjektive Wertorientierungen oder soziodemographische Merkmale, bei der Entscheidungsfindung der Schwangeren über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft spielt. Dabei ging es um die Einhaltung und Akzeptanz des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch sowie die Verfügbarkeit diesbezüglicher Leistungen als auch um die Bedeutung des im Gesetz formulierten grundsätzlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs und der damit verbundenen Sanktionsdrohung.

Im dritten Teilprojekt - betreut von Soziologin Monika HÄUSSLER-SCZEPAN, M.A. unter Mitarbeit von Dipl.-Sozialwirt Victor VAN GEMMEREN - wurden die Einstellung und das Verhalten der Ärzteschaft<sup>\*\*</sup> untersucht. Die Bedeutung dieser Fragestellung ergibt sich aus der besonderen Rolle, die den Ärzten zugeordnet ist. Sie bilden die Schnittstelle zwischen dem Anliegen der im Schwangerschaftskonflikt befindlichen Frau und den gesetzlichen Normen. Der Konflikt wird von diesen Personen ausgetragen, wobei dem Arzt die Definitionsmacht der rechtfertigenden Indikationen eingeräumt wurde. Entsprechend ist der Arzt in stärkerem Umfang Sanktionsdrohungen ausgesetzt als die Schwangere. Im Rahmen dieses Projektteiles wurde das Verhalten der Ärzteschaft in Zusammenhang mit den reformierten §§ 218ff. StGB, differenziert nach einzelnen

\* Brigitte Holzauer: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen. Freiburg 1989.

\*\* Monika Häußler-Sczegan: Arzt und Schwangerschaftsabbruch. Eine empirische Untersuchung zur Implementation des reformierten § 218 StGB. Freiburg 1989.



Indikationsbereichen, untersucht. Forschungsrelevant war hierbei die Beziehung zwischen Kenntnis und Akzeptanz der strafrechtlichen Normen sowie die Frage nach den verhaltenswirksamen Regeln, die sich in der alltäglichen Praxis durchsetzen.

In der (dritten und abschließenden) rechtspolitischen Projektstufe, die unter Leitung von Prof. Dr. Albin ESER steht, wird nach einem rechtsvergleichenden Querschnitt sowie unter Auswertung der empirischen und rechtshistorischen Befunde die Frage nach den rechtspolitischen Konsequenzen und gegebenenfalls nach möglichen Alternativen zum gegenwärtigen Recht zu stellen sein.

Die Veröffentlichung sämtlicher Forschungsberichte und der Abschluß des gesamten Projektes sind für das Jahr 1990 zu erwarten. Die Befunde der Frauenbefragung sind in Band 38, die Ergebnisse der Strafaktenanalyse und der Expertenbefragungen werden in Band 40 der Reihe "Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut" veröffentlicht.

Mit dem vorliegenden Band werden die Ergebnisse des dritten Projektteiles der empirischen Untersuchungen - Ärztebefragung - vorgelegt.

Allen Mitarbeitern, die mit der Konzeptualisierung, Beratung und Durchführung des Projekts befaßt waren, sei für Mühe und Einsatz herzlich gedankt. Frau Martina HOG hat das Manuskript hergestellt und den Text für den Druck vorbereitet. Frau Isolde GEISLER betreute die Drucklegung. Herr Michael KNECHT erledigte die Korrekturarbeiten.

Zu danken haben wir auch den Landesärztekammern in Hessen und Baden-Württemberg, ohne deren vertrauensvolle, uneigennützige Hilfe der Zugang zu den befragten Gynäkologinnen und Frauenärzten kaum möglich gewesen, zumindest sehr erschwert worden wäre.

Unser Dank gilt ferner dem FACHBEIRAT des Max-Planck-Instituts, der sich in nie ermüdendem Engagement gemeinsam mit uns stets für eine Forschung eingesetzt hat, die sich der Objektivität verpflichtet weiß.

Die Durchführung des Projekts ist im Rahmen des DFG-Schwerpunkts "Empirische Sanktionsforschung" während der Jahre 1986 bis 1987 in erheblichem Umfang gefördert worden. Wir schulden daher der DEUTSCHEN FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT und deren Prüfungsgruppe großen Dank für fachlichen Rat und finanzielle Unterstützung.

Freiburg, im Oktober 1989

Günther Kaiser



## Vorwort

Empirische Sozialforschung zielt auf den Erwerb von Wissen über Menschen und ihre Verhältnisse - sie kann daher immer nur durch Mithilfe und unter Beteiligung von Menschen realisiert werden. Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen, die zur Entstehung und Verwirklichung der vorliegenden Arbeit beigetragen haben, bedanken.

Mein besonderer Dank gilt den Ärztinnen und Ärzten, die durch ihre Gesprächsbereitschaft und Mitwirkung die vorliegende Arbeit erst möglich machten, sowie den Landesärztekammern von Hessen und Baden-Württemberg, ohne deren Kooperationsbereitschaft das Vorhaben nicht hätte realisiert werden können.

Ebenso gilt mein Dank der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem wissenschaftlichen Beirat des Freiburger Max-Planck-Instituts sowie den Direktoren Prof. Dr. A. Eser und Prof. Dr. G. Kaiser, die die Arbeit mit großem Engagement begleitet haben. Prof. Dr. J. Kürzinger danke ich für seinen fachkundigen Rat, dem wissenschaftlichen Mitarbeiter Viktor van Gemmeren für seine tatkräftige Unterstützung und Frau Martina Hog für ihre Geduld und Ausdauer bei der Erstellung des Textes. Verdient gemacht um den vorliegenden Band haben sich auch Frau Isolde Geissler und die Verlagsmitarbeiter.

Freiburg, im Oktober 1989

Monika Häußler-Sczegan



# Inhaltsverzeichnis

Geleitwort .....	V
Vorwort .....	XI
Verzeichnis der Schaubilder .....	XVIII
Verzeichnis der Tabellen .....	XIX
Abkürzungsverzeichnis .....	XXII

<b>I. EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
----------------------------	----------

<b>II. DIE ROLLE DES ARZTES UND DIE IMPLEMENTATION DES § 218 STGB .....</b>	<b>8</b>
---	----------

<b>1. Die Rolle des Arztes im Rahmen der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs .....</b>	<b>8</b>
---	----------

1.1 Gesetzesreform und Praxis .....	8
-------------------------------------	---

1.2 Ärztliche Aufgaben bei der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs .....	14
--	----

1.3 Der Arzt als Adressat von Sanktionsdrohungen .....	18
--	----

1.4 Zusammenfassung .....	20
---------------------------	----

<b>2. Die Implementation des reformierten § 218 StGB .....</b>	<b>25</b>
--	-----------

2.1 Bedingungen der Implementation von Gesetzen .....	25
---	----

2.2 Besonderheiten der Implementation des reformierten § 218 StGB .....	27
---	----

2.3 Länderspezifische Unterschiede der Implementation des reformierten § 218 StGB am Beispiel Hessen und Baden-Württemberg .....	30
--	----

2.4 Zusammenfassung .....	33
---------------------------	----

<b>III. THEORETISCHE VORÜBERLEGUNGEN .....</b>	<b>38</b>
<b>1. Ärztliche Profession und Schwangerschaftsabbruch aus soziologischer Sicht .....</b>	<b>38</b>
1.1 Die soziale Bestimmtheit des Schwangerschaftsabbruchs .....	38
1.2 Strukturelle Merkmale von Professionen .....	41
1.3 Professioneller ärztlicher Normkonflikt: § 218 StGB .....	45
1.4 Zusammenfassung .....	48
<b>2. Kriminologische und rechtssoziologische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs und seiner gesetzlichen Regelung .....</b>	<b>53</b>
2.1 Schwangerschaftsabbruch als abweichendes Verhalten? .....	53
2.2 Grenzen der symbolischen Bedeutung des Rechts .....	56
2.3 Generalpräventive Implikationen des § 218 StGB .....	60
2.4 Zusammenfassung .....	62
<b>3. Aktueller Forschungsstand: Ergebnisse empirischer Untersuchungen .....</b>	<b>67</b>
3.1 Bevölkerungsumfragen .....	67
3.2 Studien zur Situation der Frau .....	71
3.3 Ärztebefragungen .....	75
3.4 Zusammenfassung .....	80
<b>4. Entwicklung der Untersuchungshypothesen .....</b>	<b>87</b>

<b>IV. METHODISCHES VORGEHEN</b> .....	92
<b>1. Befragungsmethode und Erhebungsinstrument</b> .....	92
1.1 Befragungsmethode .....	92
1.2 Fragebogaufbau .....	93
1.3 Operationalisierung der Variablen .....	97
<b>2. Durchführung der Untersuchung</b> .....	107
2.1 Vorstudie und Pre-Test .....	107
2.2 Stichprobenziehung und Organisation der Hauptuntersuchung .....	108
2.3 Gütekriterien der Untersuchung .....	111
2.4 Auswertungsverfahren .....	115
<b>3. Beschreibung der Stichprobe</b> .....	122
3.1 Soziodemographische Merkmale der untersuchten Population ...	122
3.2 Überprüfung der Repräsentativität .....	125
<b>4. Zusammenfassung</b> .....	130

<b>V. EMPIRISCHE FORSCHUNGSERGEBNISSE .....</b>	<b>132</b>
<b>1. Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch und § 218 StGB .....</b>	<b>132</b>
1.1 Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .....	132
1.2 Einstellung zum Gesetz .....	138
1.3 Akzeptanz der Indikationen .....	147
1.4 Einstellung zur sozialen Beratung .....	154
1.5 Zusammenfassung .....	159
<b>2. Verhalten im Rahmen der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs .....</b>	<b>165</b>
2.1 Soziale Beratung .....	167
2.2 Medizinische Beratung .....	169
2.3 Indikationsfeststellung .....	171
2.4 Schwangerschaftsabbruch .....	174
2.5 Zusammenfassung .....	178
<b>3. Normkenntnis und Norminterpretation .....</b>	<b>181</b>
3.1 Medizinische Indikation .....	181
3.2 Eugenische Indikation .....	186
3.3 Kriminologische Indikation .....	188
3.4 Notlagenindikation .....	192
3.5 Fallbeispiele zu den einzelnen Indikationen .....	199
3.6 Zusammenfassung .....	205



<b>4. Sanktionswissen und Sanktionsrisiko</b> .....	209
4.1 Gesetzliche Sanktionsdrohung .....	209
4.2 Informelle Sanktionierung .....	212
4.3 Zusammenfassung .....	214
<b>5. Professionelle Werte und biographische Ereignisse</b> .....	217
5.1 Professionelle Wertorientierung .....	217
5.2 Persönliche Erfahrungen .....	223
5.3 Zusammenfassung .....	225
<b>6. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse</b> .....	228
<b>VI. DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b> .....	234
<b>1. Diskussion der Untersuchungshypothesen</b> .....	234
<b>2. Kritische Würdigung</b> .....	241
Literaturverzeichnis .....	243
Anhang .....	259

## VERZEICHNIS DER SCHAUBILDER

<b>Schaubild 1:</b>	Anteil der einzelnen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch 1977-1986 .....	13
<b>Schaubild 2:</b>	Wege zum legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland .....	17
<b>Schaubild 3:</b>	Phasen und Akteure im politischen Prozeß .....	26
<b>Schaubild 4:</b>	Phasen und Akteure bei der Implementation des § 218 StGB .....	29
<b>Schaubild 5:</b>	Zuständigkeit für Anerkennungen und Zulassungen des Schwangerschaftsabbruchs in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg .....	32
<b>Schaubild 6:</b>	Fälle, in denen die Bevölkerung einen Schwangerschaftsabbruch billigt .....	69
<b>Schaubild 7:</b>	Bedingungsgefüge des Schwangerschaftskonflikts .....	72
<b>Schaubild 8:</b>	Struktur des Interviewleitfadens .....	96
<b>Schaubild 9:</b>	Verlaufsschema der Untersuchung .....	131
<b>Schaubild 10:</b>	Kritik am Gesetz .....	141
<b>Schaubild 11:</b>	Befürwortete gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs .....	143
<b>Schaubild 12:</b>	Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und befürwortete gesetzliche Regelung .....	145
<b>Schaubild 13:</b>	Einflüsse auf die Akzeptanz verschiedener Indikationsarten .....	153
<b>Schaubild 14:</b>	Ärztliche Vorstellungen über die Aufgaben des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB im Vergleich zur Gesamtbevölkerung .....	158
<b>Schaubild 15:</b>	Aufgaben der sozialen Beratung aus der Sicht von beratenden und nicht-beratenden Ärzten .....	168
<b>Schaubild 16:</b>	Expertenbeurteilung der Indikationsbegründungen .....	202

## Verzeichnis der Tabellen

<b>Tabelle 1:</b>	Soziodemographische Merkmale der untersuchten Population .....	124
<b>Tabelle 2:</b>	Vergleich der Akzeptanz der Indikationen zwischen Chefärztebefragung und Gynäkologenbefragung .....	126
<b>Tabelle 3:</b>	Zustimmung bzw. Ablehnung zu Items der Skala "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" .....	133
<b>Tabelle 4:</b>	Einflüsse auf die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .....	137
<b>Tabelle 5:</b>	Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs .....	139
<b>Tabelle 6:</b>	Einflüsse auf die präferierte gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs .....	147
<b>Tabelle 7:</b>	Akzeptanz der Indikationen in Abhängigkeit von berufsethischen Konflikten .....	148
<b>Tabelle 8:</b>	Einflußfaktoren der Akzeptanz der eugenischen Indikation ...	149
<b>Tabelle 9:</b>	Einflußfaktoren der Akzeptanz der kriminologischen Indikation .....	150
<b>Tabelle 10:</b>	Einflußfaktoren der Akzeptanz der Notlagenindikation .....	152
<b>Tabelle 11:</b>	Aufgaben des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB .....	155
<b>Tabelle 12:</b>	Ärztliche Leistungen bei der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs .....	166
<b>Tabelle 13:</b>	Gesprächsthemen bei der medizinischen Beratung .....	170
<b>Tabelle 14:</b>	Sicherheit bei der Indikationsfeststellung nach Indikationsart .....	172
<b>Tabelle 15:</b>	Merkmale von Gynäkologen, die Notlagenindikationen feststellen .....	173
<b>Tabelle 16:</b>	Merkmale von Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen .....	177
<b>Tabelle 17:</b>	Vergleich der Fristsetzung bei der vitalen Indikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung .....	182

<b>Tabelle 18:</b>	Vergleich der Fristsetzung bei der medizinisch-somatischen Indikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung .....	184
<b>Tabelle 19:</b>	Vergleich der Fristsetzung bei der medizinisch-psychiatrischen Indikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung .....	185
<b>Tabelle 20:</b>	Erforderlicher Wahrscheinlichkeitsgrad der Schädigung bei einer eugenischen Indikation .....	187
<b>Tabelle 21:</b>	Individuelle Beweisanforderungen bei der kriminologischen Indikation .....	190
<b>Tabelle 22:</b>	Anforderungen des Gesetzes bei der kriminologischen Indikation .....	191
<b>Tabelle 23:</b>	Vergleich der Fristsetzung bei der Notlagenindikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung .....	193
<b>Tabelle 24:</b>	Vergleich der Beurteilung von Modellfällen zur Notlagenindikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung .....	194
<b>Tabelle 25:</b>	Beurteilung von Modellfällen zur Notlagenindikation in drei verschiedenen Ärztebefragungen .....	198
<b>Tabelle 26:</b>	Wissen um gesetzliche Strafandrohung: differenziert nach Verfahrensabschnitt .....	211
<b>Tabelle 27:</b>	Wahrgenommene informelle Sanktionsdrohung bei Indikationsfeststellung und Schwangerschaftsabbruch .....	212
<b>Tabelle 28:</b>	Bewertungsunterschiede bezüglich der informellen Sanktionsdrohung zwischen Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und solchen, die dies nicht tun .....	213
<b>Tabelle 29:</b>	Vergleich der wichtigsten Eigenschaften im Arztberuf zwischen Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung .....	219
<b>Tabelle 30:</b>	Vergleich der angemessensten Entschädigung im Arztberuf zwischen Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung .....	220
<b>Tabelle 31:</b>	Mit der Arzttätigkeit vergleichbare Berufe in Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung .....	221

<b>Tabelle 32:</b>	Prägende persönliche Erlebnisse .....	224
<b>Tabelle 33:</b>	Soziodemographische Merkmale der Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg und Vergleichsdaten der untersuchten Population .....	286
<b>Tabelle 34:</b>	Skala "Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" .....	287
<b>Tabelle 35:</b>	Trennschärferechnung und Faktorenwerte der Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch .....	288
<b>Tabelle 36:</b>	Skala "Aufgabe des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB" .....	289
<b>Tabelle 37:</b>	Faktoren-Matrix der Skala zur sozialen Beratung (Gynäkologenbefragung) .....	290
<b>Tabelle 38:</b>	Faktoren-Matrix der Skala zur sozialen Beratung (Bevölkerungsbefragung) .....	291

# Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BVerfGE	Entscheidungssammlung des Bundesverfassungsgerichts
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
Diss.	Dissertation
DM	Deutsche Mark
etc.	et cetera
F	Fallbeispiel
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GABI.	Gemeinsames Amtsblatt (Baden-Württemberg)
GVBl.	Gesetz und Verordnungsblatt (Hessen)
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
k.A.	keine Angabe
Kap.	Kapitel
med.	medizinisch
mult.	multipel
N	Stichprobengröße (Gesamtstichprobe)

n	Fallzahl (Untergruppe)
Nr.	Nummer
n.s.	nicht signifikant
o.g.	oben genannt
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
ref.	reformiert
Rn.	Randnummer(n)
RVO	Reichsversicherungsordnung
s.	siehe
S.	Seite
sog.	sogenannt
SPSS	Statistical Package for the Social Science
stand.	standardisiert
StGB	Strafgesetzbuch
5. StRG	5. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18.6.1974
Tab.	Tabelle
u.a.	und andere, unter anderem
u.ä.	und ähnliches
u.U.	unter Umständen
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
zit.	zitiert
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil





## I. EINLEITUNG

Schwangerschaftsabbruch als gesellschaftspolitisches Problem ist ein viel diskutiertes und heiß umstrittenes Thema. Zwei Perspektiven fehlen in keiner Debatte: die des ungeborenen Kindes und die der schwangeren Frau. Im folgenden geht es jedoch um eine **dritte Perspektive**, die in diesem Zusammenhang oft vernachlässigt wird, nämlich um diejenigen, die den Schwangerschaftsabbruch durchführen - **die Ärzte**.

Der Berufsstand der Ärzte ist von der in der Bundesrepublik Deutschland geltenden gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in besonderer Weise betroffen, denn der **Arzt** nimmt bereits im Rahmen des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch einen **wesentlichen Platz** ein. Alle nach § 218 StGB vorgesehenen Verfahrensschritte, d.h. die soziale Beratung über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder sowie die Beratung über ärztlich bedeutsame Gesichtspunkte als auch die Feststellung der sachlichen Voraussetzungen für einen **legalen** Schwangerschaftsabbruch, die sog. Indikationsfeststellung, können bzw. müssen - mit Ausnahme der sozialen Beratung - von einem Arzt durchgeführt werden.<sup>1)</sup> Wenn die vorgeschriebene soziale Beratung ebenfalls von einem Arzt vorgenommen wird, stellen die am Verfahren beteiligten Ärzte sogar die einzige Profession, die die Entscheidung der schwangeren Frau mitzuverantworten hat. Die ärztliche Profession nimmt somit eine zentrale Position im Rahmen der Normdurchsetzung und Gesetzesanwendung ein.

Eine Besonderheit des § 218 StGB besteht darin, daß die **staatliche Zielsetzung nicht ganz eindeutig** bestimmt werden kann. Bei der Neuregelung des Gesetzes standen verschiedene - sich z.T. widersprechende - rechtspolitische Ziele im Vordergrund. Neben dem Schutz des ungeborenen Lebens durch die Minimierung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche sollte durch die Gesetzesreform auch die Gesundheit der schwangeren Frau und die Glaubwürdigkeit des

Strafrechts gewährleistet werden.<sup>2)</sup> Die Neuregelung gilt als Kompromiß zwischen den beiden Rechtsgütern "Schutz des ungeborenen Lebens" und "Selbstbestimmungsrecht der Frau". Bei der Formulierung des Gesetzes haben sich bestehende gesellschaftliche Widersprüche und die Vielfalt der diesbezüglich vorhandenen Wertorientierungen niedergeschlagen.<sup>3)</sup> In der Konsequenz hat dieser "politisch-juristische" Kompromiß bewirkt, daß die Norm des Strafrechts gelockert und die Entscheidung auf den Beratungs- und Indikationsvorgang verschoben wurde.<sup>4)</sup>

Zwar bewirkte die Reform des § 218 StGB eine strafrechtspraktische Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, doch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß die im Normsetzungsprozeß wirksam gewordenen Interessen und Wertorientierungen<sup>5)</sup> auch nach der Verabschiedung der reformierten Tatbestände in der Implementationsphase wirksam bleiben.<sup>6)</sup> Im Prozeß der Normdurchsetzung kommt daher den konkreten **Interpretations- und Anwendungsspielräumen des Gesetzes** besondere Bedeutung zu.<sup>7)</sup>

Die praktische Ausgestaltung des § 218 StGB hinsichtlich der Durchführung der sozialen Beratung sowie die Zulassung von Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch wird den einzelnen Bundesländern überlassen. Infolgedessen sind die konkreten Ausführungsbestimmungen des Gesetzes entsprechend den politisch und damit normativ unterschiedlich orientierten Landesregierungen verschieden ausgefallen.<sup>8)</sup> Neben diesen **länderspezifischen Unterschieden** in der Ausgestaltung des Gesetzes beinhaltet der reformierte § 218 StGB einen gewissen Interpretationsspielraum im Rahmen der Indikationsfeststellung.

Die reformierten §§ 218 StGB f. geben verschiedene **Indikationen** an, bei deren Vorliegen die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs aufgehoben ist. Das Gesetz gibt zwar die einzelnen Indikationen vor, läßt aber gleichzeitig einen gewissen Spielraum, wenn es bestimmt, die Feststellung der Indikation habe nach "ärztlicher Erkenntnis" zu erfolgen.<sup>9)</sup> Es stellt sich daher die Frage, an welchen Normen und Werten sich Ärzte in diesem Zusammenhang

orientieren bzw. **welche Normen und Werte bei der Implementation des Gesetzes verhaltensrelevant werden.**

Im Verständnis der Implementationsforschung sind rechtliche Regelungen immer auch Teile politischer Programme, die gegenüber anderen Formen staatlicher Programme dadurch gekennzeichnet sind, daß sie von einer Sanktionsinstanz mit Zwangsmitteln garantiert werden.<sup>10)</sup> In der Bundesrepublik Deutschland unterliegt die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nach wie vor einem **grundsätzlichen gesetzlichen Verbot**. Der reformierte § 218 StGB sieht lediglich bestimmte Ausnahmen - **Indikationen** - vor, bei deren Vorliegen dieses Verbot aufgehoben wird bzw. ein legaler Schwangerschaftsabbruch möglich ist. Für den Fall der Abweichung von den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen sowie dem damit verbundenen Verfahren droht das Gesetz mit **Sanktionen**.

Entsprechend der zentralen Position, die der Arzt im Rahmen des Vorverfahrens zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch einnimmt, richtet sich die **Sanktionsdrohung** der §§ 218 ff. StGB in starkem Maße auf die beteiligten **Ärzte**.<sup>11)</sup> Das Gesetz sieht eine Reihe von Strafbestimmungen vor, die die Täterschaft eines Arztes voraussetzen - die Schwangere ist von der Strafbarkeit ausdrücklich ausgenommen.<sup>12)</sup> Neben dem Verstoß gegen Verfahrensregeln im Rahmen der §§ 218 f. StGB geht es dabei vor allem um fehlerhafte Indikationsfeststellungen wider besseres Wissen, Abbruch ohne vorherige Indikationsfeststellung, Abbruch unter Verstoß gegen die Beratungspflicht oder Abbruch außerhalb eines Krankenhauses oder einer zugelassenen Einrichtung.

Generalpräventiven Erwägungen zufolge zielen Strafrechtsnormen und die damit verbundenen Sanktionsdrohungen nicht nur auf die Abschreckung potentieller Straftäter, sondern auch auf die **Wertorientierungen der Normadressaten**. Die Normen sollen internalisiert werden und bereits im Individuum als innere Verhaltenskontrolle wirken.<sup>13)</sup> Aus kriminologischer Sicht stellt sich daher die Frage, welche Auswirkungen die Sanktionsnormen der reformierten §§ 218 ff. StGB auf die damit befaßten Ärzte haben bzw. **welche Bedeutung der**

**im Gesetz verankerten Sanktionsdrohung für Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft zukommt.**

Es gibt **keine** empirische Untersuchung, die sich mit Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft im Zusammenhang mit dem reformierten § 218 StGB nach der ersten Implementationsphase befaßt. Allerdings wurden zwei empirische Studien direkt nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes durchgeführt. RAHMSDORF (1980, vgl. auch DREWS 1982) befragte eine repräsentative Stichprobe von 245 gynäkologischen Chefarzten. Die Befragung beschränkte sich auf Kliniken, und hier nur auf leitende Ärzte. Im Rahmen der Begleitforschung zu § 218-Modellberatungsstellen wurden von KNÖFERL u.a. (1981) zwei psychologisch-qualitative Studien mit 30 bzw. 120 in ihrer Fachrichtung unterschiedlichen Ärzten durchgeführt. Bei beiden Untersuchungen fand die Datenerhebung in den Jahren 1976 und 1977 statt und dürfte von daher erste Reaktionen nach der Reform widerspiegeln. **Aktuelle Ergebnisse** zu Einstellung und Handhabung des § 218 StGB bei niedergelassenen Gynäkologen, die in ihrer Praxis maßgeblich mit Konfliktschwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen konfrontiert sind, **liegen nicht vor.**

**Ziel** der im folgenden dargestellten Untersuchung ist es, Einstellung und Verhalten von Gynäkologen im Zusammenhang mit der Anwendung der reformierten §§ 218 ff. StGB nach 10jähriger Implementationsphase zu erfassen. Neben der Ermittlung von grundsätzlich **neuen empirischen Erkenntnissen** über die Probleme der in diesem Zusammenhang bislang vernachlässigten Untersuchungsgruppe "Ärzte" mit der Anwendung des neuen Gesetzes soll mit der vorliegenden Studie auch zur **Beantwortung allgemeingültiger Fragen** nach den Bedingungen der ärztlichen Einstellung und des ärztlichen Verhaltens in diesem Zusammenhang sowie der Bedeutung von Normkenntnis und Normverständnis für den Normsetzungsprozeß beigetragen werden. Besondere Aufmerksamkeit wurde auch der Frage nach der **Verhaltensrelevanz der Legalnorm** und der Abhängigkeit des Verhaltens von einer Sanktionsdrohung gewidmet. Darüber hinaus erscheint die Anwendungsproblematik der Ärzte mit der gesetzlichen Neuregelung, namentlich den einzelnen Indikationen, von allgemeinem gesellschafts- und rechtspolitischem Interesse.

Die **Leitfrage** der Studie lautet daher:

**Von welchen Faktoren werden Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft im Zusammenhang mit der Anwendung der Sanktionsnormen des reformierten § 218 StGB beeinflusst, und welche Bedeutung kommt dabei den Legalnormen zu?**

Außerdem sollte die Anlage der Studie ermöglichen, potentielle **Einflußfaktoren** für Einstellung und Verhalten von Ärzten zu überprüfen, die **in vorliegenden Untersuchungen nicht berücksichtigt** wurden, wie z.B. Unterschiede zwischen klinisch arbeitenden und niedergelassenen Ärzten oder zwischen Männern und Frauen sowie die Bedeutung der unterschiedlichen Ausführungsbestimmungen des Gesetzes in verschiedenen Bundesländern. Da in der Regel der Gynäkologe der Hauptansprechpartner schwangerer Frauen ist, bezog sich die Untersuchung auf die **Grundgesamtheit aller berufstätigen Gynäkologen\*** in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg, die sich hinsichtlich der gesetzlichen Richtlinien und Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs unterscheiden. Die Befragung wurde 1986 durchgeführt. Es wurden insgesamt **406 Gynäkologen mündlich befragt**. Dies entspricht 1/5 der Grundgesamtheit. Statistische Überprüfungen ergaben, daß **Repräsentativität angenommen werden kann**.

---

\* Die untersuchte Population hätte korrekterweise immer als "Ärztinnen und Ärzte" bzw. "Gynäkologinnen und Gynäkologen" gekennzeichnet werden müssen. Da sich diese Bezeichnung jedoch insbesondere bei der Darstellung der Ergebnisse als unangemessen aufwendig und dem flüssigen Sprachgebrauch - und somit der Verständlichkeit - abträglich erwies, wurde entgegen den gebotenen Anforderungen der exakten Benennung sowie einer frauengerechten Sprache der ungenauen herkömmlichen Sprachform des männlichen Plurals der Vorzug gegeben, so daß die untersuchte Population im folgenden trotz ihres weiblichen Anteils meist verkürzt als "Ärzte" oder "Gynäkologen" bezeichnet wird.

Im folgenden werden zunächst in **Teil II** die besondere **Rolle des Arztes** im Rahmen der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs dargelegt sowie die untersuchungsrelevanten Bedingungen und Besonderheiten der **Implementation des reformierten § 218 StGB** erörtert. Daran anschließend werden in **Teil III** - ausgehend von den **theoretischen Vorüberlegungen** der Studie - die Untersuchungshypothesen entwickelt. In **Teil IV** wird das **methodische Vorgehen** erläutert und die Stichprobe beschrieben. **Teil V** schließlich umfaßt die ausführliche Darstellung der **empirischen Ergebnisse**, differenziert nach den einzelnen Untersuchungsschwerpunkten. In **Teil VI** werden die Ergebnisse anhand der aufgestellten Hypothesen **diskutiert und bewertet**.

## Anmerkungen zu I:

- 1) Zu den Einzelheiten des Verfahrens vgl. Augstein/Koch 1985; Eser 1980a; Eser 1980b.
- 2) Vgl. Eser 1985a.
- 3) So Koschorke 1978, S.19.
- 4) Siehe Zundel u.a. 1982, S.190/191.
- 5) Zu den verschiedenen involvierten gesellschaftlichen Gruppen und Interessen vgl. Sandschneider 1983.
- 6) Vgl. Albrecht 1984.
- 7) Siehe Haferkamp u.a. 1978.
- 8) Die Ausführungsbestimmungen aller Bundesländer finden sich im Anhang von Eser/Hirsch 1980. Die Ausführungsbestimmungen für Hessen und Baden-Württemberg können im Anhang nachgelesen werden, S.262 ff.
- 9) Vgl. Eser 1980b.
- 10) So Ellermann 1983, S.145.
- 11) Zu den besonderen Strafbestimmungen für Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe vgl. Koch 1988, S.216-255.
- 12) Siehe hierzu Eser 1985a; Koch 1988, S.217.
- 13) Zum theoretischen Konzept der Generalprävention siehe Otto 1982 mit weiteren Verweisen.

## II. DIE ROLLE DES ARZTES UND DIE IMPLEMENTATION DES § 218 StGB

### 1. Die Rolle des Arztes im Rahmen der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

#### 1.1 § 218 - Gesetzesreform und Praxis

Die derzeit in der Bundesrepublik Deutschland geltende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, der "reformierte § 218 StGB", trat am 21.6.1976 in Kraft.<sup>1)</sup> Die Gesetzesreform war das Ergebnis einer seit Beginn der 70er Jahre wieder aufgeflamnten lebhaften Debatte um die **Liberalisierung der Abtreibungsgesetzgebung**, die bis zu diesem Zeitpunkt im wesentlichen auf dem Strafgesetzbuch von 1871 basierte, demzufolge eine Frau, "die ihre Leibesfrucht abtötet oder die Tötung durch einen anderen zuläßt", mit Gefängnis, in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft wurde. Ebenso bestraft wurden Personen, die bei der Schwangeren den Eingriff vorgenommen hatten. Selbst der Versuch der Abtreibung an einer nicht schwangeren Frau oder unter Benutzung untauglicher Mittel sowie die Beschaffung von Mitteln oder Gegenständen zur Abtötung der Leibesfrucht stand unter Strafandrohung.<sup>2)</sup>

Straflos konnte **nur ein medizinisch** indizierter Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden, d.h. wenn ernste Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren bestand und eine Gutachterstelle den Eingriff für erforderlich erklärte.<sup>3)</sup> Von der letztgenannten Bedingung konnte nur bei akuter Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter Abstand genommen werden. Der medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbruch, der unter bestimmten Bedingungen straffrei durchgeführt werden konnte, war zwar in § 218 StGB nicht vorgesehen, hatte sich jedoch als Gewohnheitsrecht etabliert.<sup>4)</sup>



Die **Reformbedürftigkeit** dieser Gesetzesregelung rückte nicht zuletzt dadurch ins Bewußtsein der Öffentlichkeit, daß seit der zweiten Hälfte der 60er Jahre offenkundig eine rapide zunehmende Zahl deutscher Frauen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ins Ausland fuhr.<sup>5)</sup> Diese Entwicklung wurde als Indiz für die weitgehende Wirkungslosigkeit eines strikten Abtreibungsverbotes gewertet und verdeutlichte die Grenzen des Strafrechts in diesem Zusammenhang, zumal Verurteilungen aufgrund eines Verstoßes gegen § 218 StGB relativ selten stattfanden.<sup>6)</sup> Daneben formierte sich Anfang der 70er Jahre eine "neue Frauenbewegung", die den Kampf um die Liberalisierung der Abtreibungsgesetzgebung bzw. die "ersatzlose Streichung des § 218" als zentrales politisches Ziel verfolgte.<sup>7)</sup> Im Kampf gegen dieses Gesetz wurde von seiten der Frauenbewegung durch vielfältige und ungewöhnliche Aktionsformen wie z.B. öffentliche Selbstbeziehungskampagnen "Ich habe abgetrieben" eine breite öffentliche Diskussion entfacht.<sup>8)</sup>

Dies blieb auch auf **parlamentarischer Ebene** nicht ohne Konsequenzen. Im Jahre 1974 setzte die damalige sozial-liberale Regierung eine "Fristenregelung" durch, die eine Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft vorsah. Dieses Gesetz konnte jedoch nicht in Kraft treten, weil die christdemokratische Opposition das Bundesverfassungsgericht anrief, um über die Vereinbarkeit einer solchen Regelung mit dem grundrechtlich garantierten Lebensrecht zu urteilen.<sup>9)</sup>

Am 25.2.1975 befand das Bundesverfassungsgericht die **Fristenregelung als verfassungswidrig**: Der Lebensschutz der Leibesfrucht genieße grundsätzlich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft Vorrang und dürfe nicht für eine bestimmte Frist in Frage gestellt werden.<sup>10)</sup> Darüber hinaus machte das Bundesverfassungsgericht Vorgaben für ein noch auszuarbeitendes verfassungskonformes Gesetz zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, denzufolge der Schutz des ungeborenen Lebens grundsätzlich höherrangig gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht der Frau sei. Allerdings sollte von strafrechtlichen Maßnahmen abgesehen werden, wenn für den

Schwangerschaftsabbruch triftige Gründe vorlägen bzw. wenn der Schutz des ungeborenen Lebens durch andere Maßnahmen erreicht werden könne.<sup>11)</sup>

Unter Berücksichtigung der Empfehlung des Bundesverfassungsgerichtes wurde die Reform der Abtreibungsgesetzgebung im Juni 1976 abgeschlossen. Der reformierte § 218 StGB läßt sich schlagwortartig beschreiben als "zeitlich abgestuftes **Indikationenmodell** in Verbindung mit besonderen Verfahrensregelungen für erlaubte Schwangerschaftsabbrüche",<sup>12)</sup> wobei die Abtreibung grundsätzlich unter Strafe steht.

Das Gesetz gibt nur bestimmte als "Indikationen" bezeichnete Sachverhalte an, bei deren Vorliegen die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs aufgehoben ist.<sup>13)</sup> Diese sind:

- die **medizinisch-soziale Indikation**, derzufolge

"(...) der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und des seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann" (§ 218a Abs.1, Nr.2 StGB).

Bereits diese Indikation setzt kein bestimmtes Krankheitsbild voraus, da ein Schwangerschaftsabbruch schon bereits bei "Gefahr einer seelischen (und nicht unbedingt körperlichen) Gesundheitsbeeinträchtigung gesetzlich zulässig ist. Auch sind die "gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse" der Schwangeren zu berücksichtigen, so daß entscheidend ist, ob beim Austragen der Schwangerschaft eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zu befürchten ist. Wenn eine medizinische bzw. medizinisch-soziale Indikation vorliegt, ist für den Schwangerschaftsabbruch keine bestimmte Frist vorgesehen und eine Sozialberatung nicht obligatorisch.

- Eine **eugenische Indikation** liegt vor, wenn

"(...) dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann" (§ 218a Abs.2 Nr.1 StGB).

Diese Indikation bezieht sich letztentscheidend auf den individuellen Konflikt der Schwangeren. Nur wenn der Frau die befürchtete geistige oder körperliche Schädigung als unerträglich erscheint, darf die Schwangerschaft abgebrochen werden. Ein Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation ist bis zur 22. Schwangerschaftswoche zulässig.

- Eine **kriminologische Indikation** liegt vor, wenn

"(...) an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176-179 StGB begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf dieser Tat beruht" (§ 218a Abs.2 Nr.2 StGB).

Dies bedeutet, daß die Schwangerschaft entweder auf sexuellem Mißbrauch von Kindern unter 15 Jahren (§ 176 StGB) oder durch Vergewaltigung (§ 177 StGB) verursacht wurde oder durch sexuelle Nötigung (§ 178 StGB) oder durch den sexuellen Mißbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB). Ein Schwangerschaftsabbruch bei kriminologischer Indikation kann bis zur 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden.

- Eine **allgemeine Notlagenindikation** liegt vor, wenn beim Austragen der Schwangerschaft die Gefahr einer Notlage für die Schwangere besteht, die

"(...) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann und auch nicht auf andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann" (§ 218a Abs.2 Nr.3 StGB).

Die allgemeine Notlagenindikation beruht auf der Erwägung, daß auch

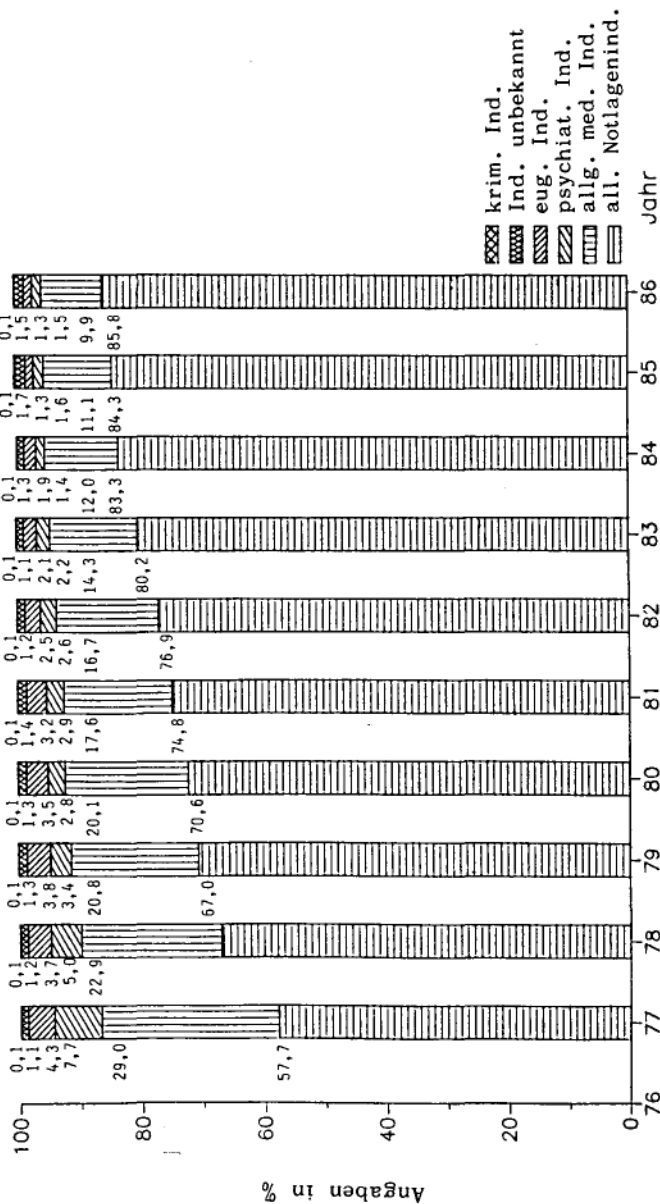
"(...) die allgemeine soziale Lage der Schwangeren und ihrer Familie Konflikte von solcher Schwere erzeugen (kann), daß von der Schwangeren über ein bestimmtes Maß hinaus Opfer zugunsten des ungeborenen Lebens mit den Mitteln des Strafrechts nicht erzwungen werden können"<sup>14)</sup>.

Auch bei der Notlagenindikation ist ein Abbruch nur bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche zulässig.

Im Jahr 1986 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 84.274 Schwangerschaftsabbrüche registriert.<sup>15)</sup> Davon entfielen 85,8% auf den Bereich der allgemeinen Notlagenindikation. 11,4% der 1986 in der BRD durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche waren medizinisch-sozial indiziert; 1,3% fielen in den Bereich der eugenischen Indikation und 0,1% in den Bereich der kriminologischen Indikation. Bei 1,5% der Fälle ist die Indikation unbekannt. Der allgemeinen Notlagenindikation kommt somit in der Praxis die größte Bedeutung zu. Der Anteil dieser Indikationsart ist seit der Reform des § 218 StGB stetig angewachsen. Schaubild 1 zeigt die Verteilung der einzelnen Indikationsarten in den Jahren 1977-1986.

Während im Jahre 1977 nur knapp 2/3 (57,7%) der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche mit einer schweren Notlage begründet wurden, stieg der Anteil dieser Indikationsart kontinuierlich bis zum Jahre 1986 auf 85,8%. Diese Entwicklung zeigt, daß der **Notlagenindikation zentrale Bedeutung** für die Begründung eines Schwangerschaftsabbruchs zukommt. Doch ist dieser Indikationsbereich nicht unumstritten. Während die einen vermuten, daß auch medizinische und eugenische Indikationen z.T. unter diese Kategorie eingeordnet werden,<sup>16)</sup> so mutmaßen andere, daß durch diese Indikationsart der Zustand einer "verkappten Fristenlösung" verwirklicht sei.<sup>17)</sup>

Schaubild 1: Anteil der einzelnen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch 1977-1986



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 (Gesundheitswesen): Reihe 3 Schwangerschaftsabbrüche 1977 ff.

Wie aus dem Schaubild ersichtlich wird, hat sich seit der Reform der Anteil der medizinischen und eugenischen Indikationen stark verringert - nur die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche aus Notlagenindikationen stieg kontinuierlich an. Der kriminologischen Indikation kommt als Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch nur Modellfallcharakter zu. Der Anteil der kriminologischen Indikationen, bezogen auf die Gesamtzahl der jährlich in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche, liegt konstant bei 0,2-0,1%.

## 1.2 Ärztliche Aufgaben bei der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs

Das Vorverfahren zu einem nach § 218 StGB erlaubten Schwangerschaftsabbruch erfordert die Einhaltung von **drei Verfahrensschritten**, die alle potentiell von einem **Arzt** durchgeführt werden können:

1. Die schwangere Frau muß an einer **Sozialberatung nach § 218b StGB** teilnehmen. Im Rahmen dieser Beratung wird die Frau über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder informiert, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern (§ 218b Abs.1, Nr.1 StGB). Die Sozialberatung kann nur von einer für diese Tätigkeit offiziell anerkannten Beratungsstelle oder von einem Arzt durchgeführt werden. Um ihrer Funktion als Entscheidungshilfe gerecht werden zu können, muß zwischen der Sozialberatung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs eine Frist von drei Tagen eingehalten werden.<sup>18)</sup> Der die Sozialberatung durchführende Arzt darf nicht mit dem Abbrucharzt identisch sein.<sup>19)</sup>
2. Neben der Teilnahme an einer Sozialberatung verlangt das Gesetz, daß die schwangere Frau "von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch beraten worden ist" (§ 218b Abs.1 Nr.2 StGB). Die **ärztliche Beratung** bezieht sich auf Informationen über den Schwangerschaftsverlauf, den Schwangerschaftsabbruch, etwaige medizinische Gegenindikationen und die zur Durchführung des Eingriffs vorgesehene Methode. Sie darf **nur** von einem Arzt durchgeführt werden. Dies kann sowohl der Indikationsarzt als auch der Abbrucharzt sein.<sup>20)</sup>
3. Ebenso kann die **ärztliche Indikationsfeststellung** als letzter Schritt des Vorverfahrens zu einem gesetzlich erlaubten Schwangerschaftsabbruch nur von einem Arzt vorgenommen werden. Die reformierten §§ 218 ff. StGB geben bestimmte Sachverhalte - Indi-

kationen - an, bei deren Vorliegen die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs aufgehoben ist. Der sog. Indikationsarzt überprüft, ob die sachlichen Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer der gesetzlich vorgegebenen Indikationen vorliegen. Der Schwangerschaftsabbruch muß nach **ärztlicher Erkenntnis** angezeigt sein, um "die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden", die nicht auf andere zumutbare Weise abgewendet werden kann (§ 218a Abs.1 Nr.2 StGB). Ohne die schriftliche Feststellung eines Arztes darüber, ob die Voraussetzungen einer Indikation gegeben sind, ist die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nicht gestattet (§ 219 Abs.1 StGB). Auch der Indikationsarzt darf nicht mit dem abbrechenden Arzt identisch sein.<sup>21)</sup>

**Alle drei Verfahrensschritte können von einem Arzt durchgeführt werden:** Während die Sozialberatung anstelle eines Arztes auch von einer anerkannten Beratungsstelle vorgenommen werden kann, sind die ärztliche Beratung und die Indikationsfeststellung der medizinischen Profession vorbehalten.

Nach Absolvierung der drei vorgegebenen Verfahrensschritte soziale Beratung, medizinische Beratung und Indikationsfeststellung kann - nach nochmaliger Überprüfung der Indikation durch den abbrechenden Arzt und unter der Voraussetzung, daß der abbrechende Arzt nicht identisch mit dem Indikationsarzt ist - ein **gesetzlich erlaubter Schwangerschaftsabbruch** durchgeführt werden. Gemäß § 219 Abs.1 StGB ist ein Schwangerschaftsabbruch nur dann zulässig, wenn dem Abbrucharzt die schriftliche Feststellung eines anderen Arztes darüber vorliegt, ob eine der in § 218a StGB genannten Indikationen gegeben und die Frist für einen Abbruch nach § 218a Abs.3 StGB eingehalten ist. Das Urteil des Indikationsarztes bindet jedoch den Abbrucharzt nicht, es dient lediglich als Entscheidungshilfe. Die "Letztverantwortung" liegt bei dem Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch durchführt.<sup>22)</sup>

Der Schwangerschaftsabbruch **muß** durch einen **Arzt** (§ 218a StGB) erfolgen. Je nach Indikationsart müssen dabei unterschiedliche Fristen eingehalten werden (§ 218a Abs.3 StGB). Bezüglich der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs existieren in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Ausführungsbestimmungen,

die die genauen Modalitäten regeln.<sup>23)</sup> Die Teilnahme an einem Schwangerschaftsabbruch kann sowohl von ärztlicher Seite als auch von seiten des nicht-ärztlichen Personals verweigert werden.<sup>24)</sup>

Unter Berücksichtigung der beiden wesentlichen Identitätsverbote, daß der abbrechende Arzt nicht identisch sein darf mit dem Indikationsarzt oder dem sozialberatenden Arzt, ergeben sich somit die in Schaubild 2 dargestellten Kombinationsmöglichkeiten des **Verfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch** und **mögliche Positionen des Arztes im Verfahrensweg**.

Demnach ist zur Durchführung eines gesetzlich erlaubten Schwangerschaftsabbruchs grundsätzlich die Teilnahme von **mindestens zwei Ärzten** erforderlich:

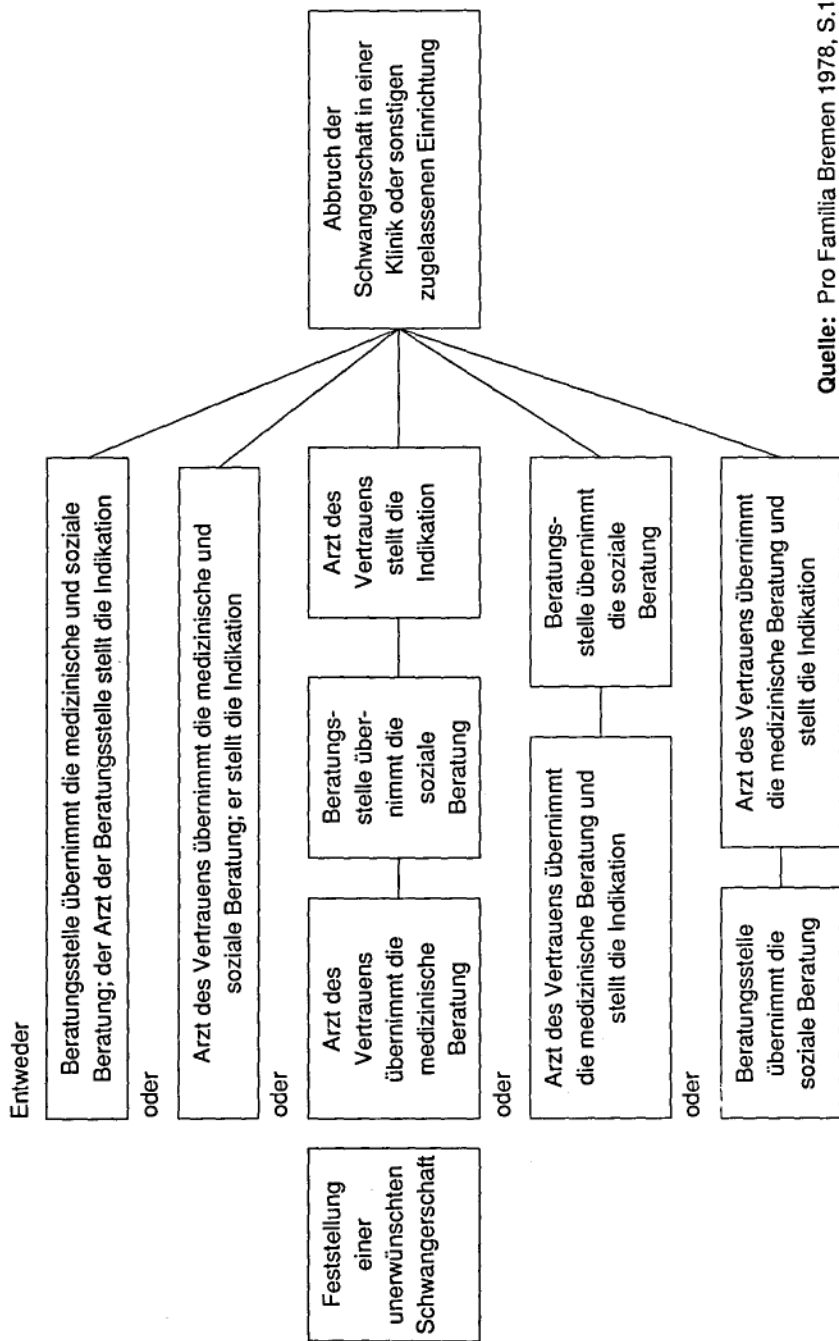
- Ein Arzt muß schriftlich feststellen, ob die Voraussetzungen einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gegeben sind, und
- ein weiterer Arzt muß nach nochmaliger Überprüfung des Sachverhaltes (bei Vorlage der schriftlichen Feststellung des Indikationsarztes) bereit sein, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.

Die soziale Beratung kann von einer Beratungsstelle bzw. einem Berater übernommen werden, während die medizinische Beratung sowohl durch den Indikationsarzt als auch den abbrechenden Arzt erfolgen.

Was die **fachliche Qualifikation** der am Abbruch mitwirkenden Personen betrifft, so sehen die landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen teilweise bezüglich der Sozialberatung als Voraussetzung für die Anerkennung einer Beratungsstelle deren Besetzung mit sachkundigem und erfahrenem Personal vor. Auch für die Sozialberatung durch **anerkannte Ärzte** (§ 218 Abs.2 Nr.2b StGB) bestehen verbreitet Bestimmungen, die formelle und materielle Qualifikationsanforderungen sowie die Pflicht zur Teilnahme an einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen vorsehen.<sup>25)</sup> Für die ärztliche Beratung gemäß § 218b Abs.1 Nr.2 StGB sowie für die Indikationsfeststellung (§ 219



**Schaubild 2:** Wege zum legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: Pro Familia Bremen 1978, S.11

StGB) nennen weder das Strafgesetzbuch noch (mangels entsprechender Regelungskompetenz) die landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen besondere Qualifikationskriterien. Allgemein wird davon ausgegangen, daß für die ärztliche Beratung - ebenso wie für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs (§ 218a StGB) - die Approbation als Arzt genügt. Bezüglich der Indikationsfeststellung meinen viele, hierfür sei die deutsche Approbation erforderlich - allerdings ist diesbezüglich dem Gesetzeswortlaut nichts zu entnehmen.<sup>26)</sup> Besonders in Hinsicht auf die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs wird von ärztlicher Seite kritisiert, daß der Gesetzgeber sich mit der Approbation begnüge, ohne speziell das Tätigwerden eines Facharztes für Gynäkologie zu verlangen - was allerdings in der Praxis meist der Fall ist.

### 1.3 Der Arzt als Adressat von Sanktionsdrohungen

Entsprechend der bedeutsamen Rolle, die dem Arzt im Rahmen der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zukommt, richtet sich die **Sanktionsdrohung der §§ 218 ff. StGB in starkem Maße an die beteiligten Ärzte.**<sup>27)</sup> Um das Verfahren zum erlaubten Schwangerschaftsabbruch abzusichern, sieht das Strafgesetzbuch eine Reihe von Strafbestimmungen vor, die entweder faktisch oder ausdrücklich die Täterschaft eines Arztes voraussetzen (§§ 218b, 219, 219a). Neben der Durchführung nicht-indizierter und somit unerlaubter Schwangerschaftsabbrüche, die auch mit Berufsverbot bis zu fünf Jahren geahndet werden können (§ 70 Abs.1 S.1 StGB)<sup>28)</sup> werden Verstöße gegen besondere Verfahrensregeln mit Strafe bedroht.

Wenn ein Arzt mit Einwilligung der Frau einen Schwangerschaftsabbruch durchführt, für den **keine** der im Gesetz genannten Indikationen vorliegt, oder zwar die sachlichen Voraussetzungen erfüllt sind, sie jedoch wegen der Überschreitung der dazugehörigen **Frist** nicht mehr angewendet werden können, kann der Abbrucharzt wegen unerlaubten Schwangerschaftsabbruchs mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft werden (§ 218 Abs.1).

**Andere Personen** können sich als Teilnehmer, in den Fällen der §§ 218b, 219 StGB auch als mittelbare Täter strafbar machen. Die Schwangere selbst ist von der Strafbarkeit ausdrücklich ausgenommen.<sup>29)</sup>

So bestraft der § 219a StGB die "**fehlerhafte Indikationsfeststellung**", die ein Arzt wider besseres Wissen trifft. Dabei braucht es nicht unbedingt zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zu kommen. Der Arzt kann mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe geahndet werden. Allerdings wurde in der Strafverfolgungsstatistik bislang kein solcher Fall verzeichnet, was nicht verwundert angesichts der Tatsache, daß ein Nachweis dieses Verstoßes schwer sein dürfte.<sup>30)</sup>

§ 218b Abs.1 StGB bedroht **Verstöße gegen die Beratungspflicht** mit Strafe. Diese werden nur geahndet, wenn ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde. Eine Verletzung der Beratungspflicht ist bereits gegeben, wenn nur eine der beiden vorgeschriebenen Beratungen, d.h. die soziale oder die ärztliche Beratung, unterblieben ist oder nicht in der vorgeschriebenen Weise, von dazu nicht berechtigten Personen bzw. - im Falle der Sozialberatung - weniger als drei Tage vor dem Eingriff vorgenommen wurde. Das Strafmaß beträgt in solchen Fällen Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldbuße.<sup>31)</sup>

Der **Schwangerschaftsabbruch ohne vorherige Indikationsfeststellung** durch einen Arzt ist nach § 219 StGB strafbar. Dies gilt für den Tatbestand, daß der Abbruch selbst gerechtfertigt ist, jedoch die Vorlage eines vorschriftsmäßigen Indikationsgutachtens versäumt wurde, d.h. ein Arzt führt einen Schwangerschaftsabbruch durch, ohne daß ihm die schriftliche Feststellung eines anderen Arztes darüber vorgelegen hat, ob die Voraussetzungen einer der in § 218a StGB genannten Indikationen gegeben sind. Auch hier beträgt das Strafmaß Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldbuße.<sup>32)</sup>

Wenn ein ansonsten gerechtfertigter **Schwangerschaftsabbruch außerhalb eines Krankenhauses oder einer dafür zugelassenen Einrichtung**

vorgenommen wird, so verstößt dies gegen die sog. Krankenhauspflicht und ist durch Art.3 Abs.2 5. StrRG als Ordnungswidrigkeit mit Geldbußen bis zu 10.000 DM belegt.<sup>33)</sup>

Ebenfalls mit einer Geldbuße bis zu 10.000 DM kann ein Arzt bestraft werden, der vorsätzlich oder fahrlässig einen von ihm unter den Voraussetzungen des § 218a StGB ausgeführten Schwangerschaftsabbruch nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres an das Statistische Bundesamt **meldet**. Er verstößt damit gegen die Meldepflicht und begeht eine Ordnungswidrigkeit gemäß § 14 des Gesetzes über die Statistik für Bundeszwecke.<sup>34)</sup>

Weitere Strafbestimmungen, die nicht nur an den Arzt gerichtet sind, betreffen ein **Werbeverbot** und ein **Verbot des Inverkehrbringens von Abtreibungsmitteln**. Nach § 219b Abs.1 StGB kann jeder, der seines Vermögens wegen oder in grob anstößiger Weise öffentlich eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung eines Schwangerschaftsabbruchs oder Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zum Abbruch der Schwangerschaft geeignet sind, anpreist oder Erklärungen solchen Inhaltes bekanntgibt, mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe geahndet werden.<sup>35)</sup>

#### 1.4 Zusammenfassung

Die reformierten §§ 218 ff. StGB geben verschiedene als "**Indikationen**" bezeichnete Sachverhalte an, bei deren Vorliegen die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs entfällt. Demzufolge kann ein legaler Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden, wenn medizinische Gründe dafür vorliegen (medizinisch-soziale Indikation), das Kind vermutlich behindert zur Welt kommen wird (eugenische Indikation), die Schwangerschaft Resultat einer Straftat ist (kriminologische Indikation) oder eine sonstige schwere Notlage vorliegt (allgemeine Notlagenindikation). Der am heftigsten umstrittenen **allgemeinen Notlagenindikation** kommt in der Praxis die größte Bedeutung zu. Im Jahr 1986 entfielen 85,8% aller registrierten Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik Deutschland auf diesen Indikationsbereich.

Außerdem sieht das Gesetz ein bestimmtes **Verfahren** vor, das bei der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs eingehalten werden muß. Dem **Arzt** kommt im Rahmen dieses Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch **zentrale Bedeutung** zu. Das Vorverfahren zum legalen Schwangerschaftsabbruch sieht folgende Verfahrensschritte vor:

- die **soziale Beratung** über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder;
- die **ärztliche Beratung** über die medizinisch bedeutsamen Gesichtspunkte;
- die **Indikationsfeststellung**, d.h. die Überprüfung der sachlichen Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch.

Alle drei Verfahrensschritte können bzw. **müssen** - mit Ausnahme der Sozialberatung - **von einem Arzt durchgeführt werden**. Ebenso ist die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs der ärztlichen Profession vorbehalten.

Entsprechend der zentralen Position, die der Arzt im Rahmen des Vorverfahrens zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch einnimmt, richtet sich die **Sanktionsdrohung der §§ 218 ff. StGB in starkem Maße an die beteiligten Ärzte**. Das Gesetzbuch sieht eine Reihe von Strafbestimmungen vor, die die Täterschaft eines Arztes voraussetzen. Nebem dem Verstoß gegen Verfahrensregeln im Rahmen der §§ 218 f. StGB geht es dabei vor allem um fehlerhafte Indikationsfeststellungen wider besseres Wissen, Abbruch ohne vorherige Indikationsfeststellung, Abbruch unter Verstoß gegen die Beratungspflicht oder Abbruch außerhalb eines Krankenhauses oder einer zugelassenen Einrichtung.

## Anmerkungen zu II 1

- 1) Grundlage der bestehenden Gesetzgebung sind die §§ 218-219 des Strafgesetzbuches, die im Anhang S.260 ff. nachgelesen werden können. Das Gesetzeswerk wird im folgenden kurz als § 218 StGB bezeichnet.
- 2) Zur Gesetzgebung vor der Reform vgl. Hofmann 1974, S.43 sowie Koch 1988, S.64-84 mit weiteren Verweisen.
- 3) Die Straflosigkeit des medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs ergab sich aus § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933, wonach der Arzt die Schwangerschaftsunterbrechung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernststen Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Schwangeren vornehmen darf, wenn die Einwilligung der Mutter vorliegt und wenn eine Gutachterstelle den Eingriff für erforderlich erklärt hat. Die Einhaltung der beiden letzterwähnten Bedingungen entfällt nur unter der Voraussetzung, daß der Eingriff wegen unmittelbarer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren nicht mehr aufgeschoben werden kann. Siehe hierzu Hofmann 1974, S.44 mit weiteren Verweisen.
- 4) Vgl. Hofmann 1974, S.46. Zur Rechtsentwicklung vor der Reform siehe auch Roxin 1981.
- 5) So war z.B. Mitte der 70er Jahre die Zahl der ausländischen Frauen, die in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, auf einem Höchststand von mehr als 60.000 angelangt, vgl. Ketting 1986, S.32. Dies waren vor allem Frauen aus der Bundesrepublik Deutschland, denn - so formuliert Ketting an anderer Stelle über die niederländischen "Abbruch-Kliniken": "Zwischen 1970 und 1980 wurde in diesen Kliniken mehr deutsch als niederländisch gesprochen. Diese Situation hat sich seit 1976 allmählich verändert (...)", Ketting 1985, S.65.
- 6) Siehe hierzu Werth 1971; Eser 1985b, S.30.
- 7) Vgl. Walterspiel 1983, S.110.
- 8) So z.B. die Selbstbeziehungskampagne in der Zeitschrift STERN vom 3.6.1971, die bundesweit großes Aufsehen erregte. Zu dieser Entwicklung in der Zeit vor der Reform vgl. z.B. Zwerenz 1980; Sandschneider 1983; Kraiker 1983, S.30-39; Däubler-Gmelin/Faerber-Husemann 1987.
- 9) Vgl. hierzu die Dokumentation von Arndt/Erhard/Funcke 1979.
- 10) Siehe BVerfGE 39, 1, S.1
- 11) Siehe BVerfGE 39, 1, S.1.

- 12) So Koch 1988, S.9.
- 13) Ausführlicher Kommentar zum Indikationenmodell siehe Eser in Schönke/Schröder 1985a, § 218a StGB sowie Eser 1980b. Zur rechtsdogmatischen Diskussion des Indikationenmodells siehe Gropp 1988 mit weiteren Verweisen.
- 14) So BVerfGE 39, 50.
- 15) Die Angaben beziehen sich auf das Kalenderjahr 1986, da zu diesem Zeitpunkt die vorliegende empirische Untersuchung durchgeführt wurde. Die beschriebene Entwicklung setzt sich auch 1987 unverändert fort: So betrug die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche 88.540, wovon wiederum die überwiegende Mehrzahl (86,8%) auf den Bereich der Notlagenindikation entfiel, siehe Statistisches Bundesamt 1987.
- 16) So Kommissionsbericht 1980, S.77.
- 17) Siehe z.B. Roxin 1981, S.232; Wille 1986; Tröndle 1987.
- 18) Bei einer medizinisch-somatischen Indikation braucht keine Sozialberatung nachgewiesen zu werden, da sie in diesen Fällen von vornherein keinen Erfolg im Sinne eines Abbaus der Notlage erwarten läßt. Siehe hierzu Koch 1988, S.156 mit weiteren Verweisen.
- 19) Zum "Identitätsverbot" zwischen sozialberatendem und abbrechendem Arzt sowie bezüglich Indikationsfeststellung und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs siehe Eser 1980b, S.167 mit weiteren Verweisen.
- 20) Die ärztliche Beratung sollte sowohl die Information über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken als auch alle Gesichtspunkte beinhalten, die aus ärztlicher Sicht für die Entscheidung über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft von Bedeutung sind. Auch sollte in diesem Rahmen der Schwangeren verdeutlicht werden, daß durch den Eingriff werdendes Leben vernichtet wird. Zu Funktion und Aufgabe der ärztlichen Beratung siehe Koch 1988, S.170 mit weiteren Verweisen.
- 21) Siehe hierzu Anm.19.
- 22) Vgl. Eser in Schönke/Schröder 1985a, § 218 Rn.2.
- 23) Siehe hierzu Ketting/van Praag 1985 sowie Eser/Hirsch 1980 Anhang. Die Ausführungsbestimmungen der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg werden in Kapitel II 2.3 dargestellt und können im Anhang nachgelesen werden.
- 24) Zum Weigerungsrecht vgl. Augstein/Koch 1985, S.120-129; Koch 1988, S.183-185.
- 25) Siehe hierzu Koch 1988, S.174-178 mit weiteren Verweisen.

- 26) So Koch 1988, S.175.
- 27) Geiger 1987, S.62 spricht in diesem Zusammenhang von der "heiklen Rolle des Arztes im gegenwärtig gültigen Abtreibungsverfahren". Zu den besonderen Strafbestimmungen für Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe siehe Koch 1988, S.216-255.
- 28) Vgl. Koch, S.216.
- 29) Siehe hierzu Koch 1988, S.217 mit weiteren Verweisen.
- 30) So Koch 1988, S.217. Eine Darstellung und Auswertung der diesbezüglichen Strafverfolgungsstatistik für die Jahre 1960-1985 bzw. ausführlicher für die Jahre 1977-1985 findet sich ebenda S.248-263.
- 31) A.a.O., S.219.
- 32) A.a.O., S.221.
- 33) A.a.O., S.222.
- 34) A.a.O., S.223.
- 35) Ebenfalls mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldbuße geahndet wird nach § 219c Abs.1 StGB derjenige, der in der Absicht, rechtswidrige Taten nach § 218 StGB zu fördern, "zum Schwangerschaftsabbruch geeignete Mittel oder Gegenstände in den Verkehr bringt", vgl. Koch 1988, S.225-227.



## 2. Die Implementation des reformierten § 218 StGB

### 2.1 Bedingungen der Implementation von Gesetzen

Die Implementation oder Umsetzung politischer Programme ist Thema einer Forschungsrichtung, die sich aus der amerikanischen Politikwissenschaft Anfang der 60er Jahre entwickelte.<sup>1)</sup> Bis zu diesem Zeitpunkt galt das Interesse der Forschung vorwiegend der Politikberatung und der wissenschaftlichen Überprüfung von Programmauswirkungen (Evaluationsforschung).<sup>2)</sup> Die Phase der **Durchführung von Gesetzen** war als Forschungsthema lange uninteressant, da man davon ausging, daß in einem zentralistisch gesteuerten Politiksystem nach Abschluß eines politischen Entscheidungsprozesses (Legislative) eine klar vorgegebene Phase der Durchführung folge. Die Bedeutung der vielfältigen Einflußfaktoren und Handlungsspielräume, die in dieser Phase des Politikgeschehens wirksam werden können, wurden nicht beachtet.<sup>3)</sup>

Anstoß für ein Umdenken in dieser Hinsicht war die Erkenntnis, daß das Scheitern politischer Programme nicht nur dem Prozeß der Politikformulierung zuzuschreiben ist.<sup>4)</sup> Vielmehr wurde die Aufmerksamkeit auf die Phase der Durchführung politischer Programme gelenkt, um so das Scheitern bzw. dessen Vermeidung besser erklären zu können. HARGROVE (1975) nannte daher die Implementationsforschung "The Missing Link" in der Analyse des politischen Prozesses.<sup>5)</sup>

Die Umsetzung oder Implementation eines politischen Programmes wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, von deren Zusammenwirken es abhängt, ob das Programm sein Ziel erreicht oder ob sich entscheidende Verschiebungen zwischen dem ursprünglich formulierten Programmziel und der Art und Weise seiner Verwirklichung ergeben.<sup>6)</sup>

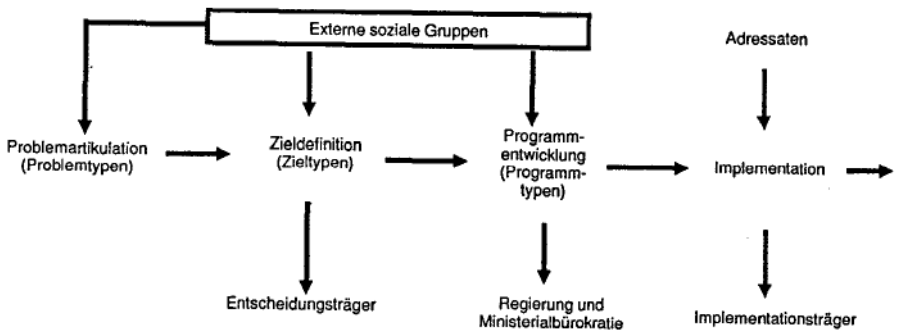
Determinanten dieses Bedingungsgefüges, das die sog. "Implementationsstruktur" bildet, sind:

- die Merkmale der durchzuführenden Programme;
- die Merkmale der Durchführungsinstanzen;
- die Merkmale der Zielgruppen bzw. der Leistungs- oder Normadressaten.<sup>7)</sup>

Alle drei Faktorenkomplexe müssen bei der Analyse der Implementation eines politischen Programmes beachtet werden.<sup>8)</sup>

Im Rahmen der Implementation oder Umsetzung politischer Programme können bestimmte **Phasen** unterschieden werden, in deren Verlauf **unterschiedliche Akteure** an der Umsetzung des politischen Programmes beteiligt sind. Das folgende Schaubild zeigt die verschiedenen Phasen und Akteure im Rahmen der Umsetzung politischer Programme:

Schaubild 3: Phasen und Akteure im politischen Prozeß



Quelle: MAYNTZ 1980a, S.238.

Die eigentliche Programmwirkung, der "impact", entwickelt sich im Zusammenspiel der verschiedenen am Implementationsprozeß beteiligten Akteure.<sup>9)</sup> Die am Implementationsprozeß beteiligten Akteure haben unterschiedliche Interessen und Einflußmöglichkeiten, so daß anfängliche Intentionen eines politischen Programmes in der Praxis oft eine Umstrukturierung erfahren. So können nicht intendierte Nebenfolgen der Programmdurchführung manchmal bedeutungsvoller sein als die Verwirklichung oder Nichtverwirklichung der expliziten Programmziele.<sup>10)</sup>

Im Verständnis der Implementationsforschung sind **rechtliche Regelungen** immer auch Teile politischer Programme, die gegenüber anderen Formen staatlicher Programme dadurch gekennzeichnet sind, daß sie klare Zielvorgaben besitzen, die von einer Sanktionsinstanz mit Zwangsmitteln garantiert werden.<sup>11)</sup> Dennoch ist auch bei der Durchsetzung von Recht - ebenso wie bei der Umsetzung anderer politischer Programme - die Konsensbildung zwischen Implementationssträgern und Adressaten, die Verhaltensbeeinflussung mittels Informations- und Überzeugungsstrategien eine wesentliche Alternative zur Durchsetzung mit Hilfe von Sanktionsdrohungen oder finanziellen Anreizen. Schließlich hängt die Umsetzung eines politischen Programmes - auch wenn es in Form juristischer Normen kodifiziert ist - vor allem vom **normativen Zielkonsens der Adressaten** ab. Denn, so formuliert es Renate MAYNTZ (1980a, S.22):

"Wenn man als Programmziel deklariert, was die Adressaten sowieso geneigt sind, spontan zu tun, wird es kaum Vollzugsprobleme geben."<sup>12)</sup>

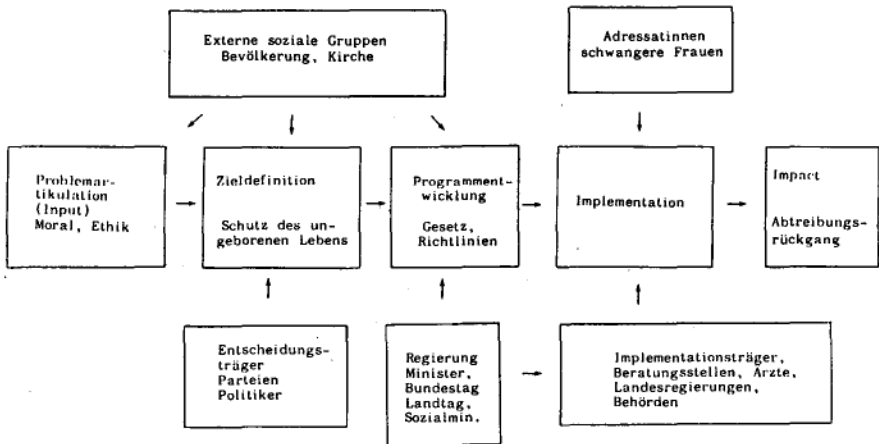
## 2.2 Besonderheiten der Implementation des reformierten § 218 StGB

Bei der Implementation des reformierten § 218 StGB ergab sich als Problem, daß bereits in der Phase der Programmentwicklung keine Einheitlichkeit und Eindeutigkeit in der Zielbestimmung zu erlangen war.<sup>13)</sup> Rechtliche Regelungen haben gegenüber sonstigen politischen Programmen im allgemeinen den Vorzug, daß eindeutige Zielvorgaben bestehen, so daß sich das klassische Problem der Implementations-

forschung - die uneindeutige bzw. nicht klar definierte Zielbestimmung - in der Regel nicht ergibt.<sup>14)</sup> Der reformierte § 218 StGB gilt jedoch als ein Gesetz, dessen Besonderheit darin besteht, daß die **staatliche Zielsetzung nicht ganz eindeutig** bestimmt werden kann. Die Neuregelung gilt als Kompromiß zwischen den beiden Rechtsgütern "Schutz des ungeborenen Lebens" und "Selbstbestimmungsrecht der Frau". Bei der Formulierung des Gesetzes haben sich bestehende gesellschaftliche Widersprüche und die Vielfalt der diesbezüglich vorhandenen Wertorientierungen niedergeschlagen.<sup>15)</sup> In der Konsequenz hat dieser "politisch-juristische" Kompromiß bewirkt, daß die Norm des Strafrechts gelockert und die Entscheidung auf den Beratungs- und Indikationsvorgang verschoben wurde.<sup>16)</sup> Dem mit der Gesetzesneuregelung verbundenen **Verfahren** kommt daher **zentrale Bedeutung** bei der Implementation des Gesetzes zu.

Die strafrechtspraktische Entkriminalisierung darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die im Normsetzungsprozeß wirksam gewordenen Interessen und Wertorientierungen auch nach der Verabschiedung der reformierten Tatbestände und in der Implementationsphase wirksam bleiben.<sup>17)</sup> Neben den Interessen und Wertorientierungen der unmittelbar mit der Umsetzung des Gesetzes befaßten bzw. davon betroffenen Personengruppen kommt daher im Prozeß der Normdurchsetzung den konkreten Interpretations- und Anwendungsspielräumen des Gesetzes besondere Bedeutung zu.<sup>18)</sup> Das folgende Schaubild zeigt die spezifisch für die Umsetzung des reformierten § 218 StGB verantwortlichen Faktoren der Politikimplementation anhand des Phasenmodelles von MAYNTZ (1980a):<sup>19)</sup>

Schaubild 4: Phasen und Akteure bei der Implementation des § 218 StGB



Quelle: Michaelis 1987, S.150.<sup>20)</sup>

Adressaten der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs sind demzufolge vor allem schwängere Frauen, deren Verhalten im Hinblick auf den "Schutz des ungeborenen Lebens" beeinflusst werden soll. Grundsätzlich zielen jedoch politische Programme auf die gesamte Bevölkerung und die Schaffung eines normativen Klimas zur Unterstützung des gewünschten Verhaltens. In diesem Sinne ist jeder Staatsbürger Normadressat. Der Arzt ist im Rahmen der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nicht nur in diesem allgemeinen Sinne Normadressat, da er im Rahmen der Umsetzung des Gesetzes eine aktive Rolle einnimmt.

Der **Arzt** steht als **Implementationsträger** bei der Umsetzung des reformierten § 218 StGB an zentraler Stelle. Insbesondere im Zusammenhang mit der Indikationsfeststellung nimmt er starken Einfluß auf Art und Inhalt des politischen Programmes, denn ihm wurde vom Gesetzgeber die Definitionsmacht über das Vorliegen einer

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch eingeräumt. Aber auch durch das Monopol für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen übt die ärztliche Profession eine für die Gesetzeswirklichkeit des § 218 StGB bedeutsame Funktion aus.

Umgesetzt werden politische Programme von den sog. Implementationsträgern. Diese sind im Falle des reformierten § 218 StGB auf verschiedene Bereiche und Ebenen verteilt. Als **Implementationsträger des § 218 StGB** fungieren neben den Ärzten

- die **Landesregierungen**, denen Teile der Politikformulierung zur Ausgestaltung übertragen wurden;<sup>21)</sup>
- die **Beratungsstellen**, die im Rahmen der Sozialberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung Einfluß auf die schwangere Frau nehmen und teilweise für die Vermittlung finanzieller Hilfen verantwortlich sind;<sup>22)</sup>
- die **Behörden** der Polizei und Justiz, die bei Gesetzesübertretungen mit der Sanktionsmacht betraut sind.<sup>23)</sup>

Im folgenden wird speziell auf die Bedeutung der Landesregierungen als Implementationsträger näher eingegangen, da die Länderrichtlinien zur Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs die Rahmenbedingungen für ärztliches Verhalten in diesem Zusammenhang setzen.

### **2.3 Länderspezifische Unterschiede der Implementation des reformierten § 218 StGB am Beispiel Hessen und Baden-Württemberg**

Die Zuständigkeitsbereiche für die Gestaltung und Handhabung des § 218 StGB sind gekennzeichnet durch das stufenartige föderative Politiksystem der Bundesrepublik Deutschland, das Bund, Ländern und Gemeinden unterschiedliche Aufgaben und Entscheidungsbereiche zuweist. Die Kompetenz des Bundes als oberste Ebene umfaßt die Gesetzesformulierung und Informationsvermittlung sowie flankierende Maßnahmen für Mutter und Kind. Die **praktische Ausführung des Gesetzes** hinsichtlich der Anerkennungsbedingungen und Verhaltensrichtlinien für Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und Ärzte,

die eine soziale Beratung anbieten, sowie Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (Kliniken und gynäkologische Privatpraxen), wird den einzelnen **Bundesländern** überlassen. Diese sind infolgedessen - im Licht der politisch und damit normativ unterschiedlich orientierten Landesregierungen - verschieden ausgefallen.<sup>24)</sup>

Zwar haben nach der Reform des § 218 StGB sämtliche Bundesländer Ausführungsbestimmungen erlassen, doch sind diese nach Form und Inhalt und damit in ihrer rechtlichen Wirkung unterschiedlich ausgestattet. Im folgenden wird speziell auf die unterschiedliche rechtliche Ausgestaltung des § 218 StGB in Hessen und Baden-Württemberg eingegangen, da sich die im folgenden dargestellte Befragung von Gynäkologen auf diese beiden Bundesländer bezog.

**Unterschiede** in den Ausführungsbestimmungen zum § 218 StGB bestehen **zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg** in folgenden Bereichen:

- Zuständigkeit für die Anerkennung und Zulassung von Beratungsstellen und Ärzten für die soziale Beratung nach § 218b;
- Ziele der Beratungsarbeit und Beratungsschwerpunkte;
- Zulassung von Einrichtungen zur ambulanten Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs.

Das folgende Schaubild zeigt, welche verschiedenen Institutionen in Hessen und Baden-Württemberg für die Zulassung einer Beratungsstelle oder eines Arztes zur sozialen Beratung nach § 218b StGB zuständig sind, sowie die Unterschiede bezüglich der Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs:

Schaubild 5: Zuständigkeit für Anerkennungen und Zulassungen in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg

Bundesland:	Zuständigkeit für die Anerkennung von Beratungsstellen	Zuständigkeit für die Anerkennung von Ärzten	Zuständigkeit für die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs
Baden-Württemberg	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	-
Hessen	Regierungspräsident, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts in eigener Zuständigkeit, sofern die Beratung zu ihren Aufgaben gehört	Landesärztekammer	Regierungspräsident nach Anhörung des zuständigen Gesundheitsamtes und der Landesärztekammer

Quelle: Kommissionsbericht 1980, S.26.

Demnach ist in Hessen die Landesärztekammer für die **Zulassung eines Arztes zur sozialen Beratung** zuständig, während diese Funktion in Baden-Württemberg vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung ausgeübt wird.

Was die Ziele der Beratungsarbeit und Beratungsschwerpunkte betrifft, so begnügt sich Hessen mit dem Wortlaut des Gesetzes,<sup>25)</sup> während Baden-Württemberg (ähnlich wie Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein) ausdrücklich den Schutz des ungeborenen Lebens betont.

Zwar gibt es auch unterschiedliche Regelungen bezüglich der ärztlichen Indikationsfeststellung in einzelnen Bundesländern (z.B. Bayern), allerdings bestehen in dieser Hinsicht keine Differenzen zwischen Hessen und Baden-Württemberg - beide Bundesländer fügen dem § 219 Abs.1, demzufolge die Indikationsfeststellung ausschließlich Aufgabe eines in der Bundesrepublik approbierten Arztes ist, keine weiteren Ergänzungen hinzu.



Große Unterschiede bestehen allerdings - wie aus Schaubild 5 ersichtlich ist - bezüglich der Zulassung von Einrichtungen zur ambulanten Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs. In Baden-Württemberg existiert weder eine Zuständigkeitsbestimmung noch eine sonstige Regelung für die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.<sup>26)</sup> Dies bedeutet, daß Schwangerschaftsabbrüche **nur in Krankenhäusern** vorgenommen werden können. Baden-Württemberg begründet diese Entscheidung damit, daß darüber hinaus kein Bedarf für Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen bestünde.<sup>27)</sup>

Demgegenüber werden in Hessen Einrichtungen zur ambulanten Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, d.h. sowohl private Kliniken als auch Praxen, zugelassen, wenn die Einrichtung unter ärztlicher Leitung steht und vom Regierungspräsidenten nach Anhörung des zuständigen Gesundheitsamtes und der Landesärztekammer genehmigt wurde.

Diese unterschiedlichen Zulassungsbestimmungen haben **Auswirkungen auf die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs** in den verschiedenen Bundesländern: Während laut Bundesstatistik 1986 in Baden-Württemberg nur 6.337 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, so waren dies in Hessen in demselben Zeitraum 20.275 Abbrüche. Fraglich bleibt allerdings, inwieweit dies durch einen "unterschiedlichen Bedarf" der beiden Bundesländer begründet ist bzw. ob nicht aufgrund der unterschiedlichen Zulassungsbestimmungen Frauen aus anderen Bundesländern zum Schwangerschaftsabbruch nach Hessen fahren.<sup>28)</sup>

## **2.4 Zusammenfassung**

Die Implementation oder Umsetzung eines politischen Programmes hängt von einer Vielzahl von Faktoren bzw. deren Zusammenwirken ab. Die wesentlichsten Faktorenkomplexe dieses Bedingungsgefüges - der **Implementationsstruktur** - sind die durchzuführenden Programme und ihre Eigenheiten, die beauftragten Durchführungsinstanzen sowie die angesprochene Zielgruppe bzw. die Leistungs- oder Normadressaten.

Rechtliche Regelungen unterscheiden sich von anderen Formen politischer Programme dadurch, daß sie eindeutiger Zielvorgaben besitzen und von einer Sanktionsinstanz mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden. Eine Besonderheit des reformierten § 218 StGB besteht darin, daß die **staatliche Zielsetzung nicht ganz eindeutig** zu bestimmen ist. Bei der Gesetzesformulierung haben sich bestehende widersprüchliche Interessenlagen und die damit verbundenen unterschiedlichen Wertorientierungen niedergeschlagen, so daß der reformierte § 218 StGB als "Kompromiß" zwischen den beiden Rechtsgütern "Schutz des ungeborenen Lebens" und "Selbstbestimmungsrecht der Frau" gilt.

Die im Normsetzungsprozeß wirksam gewordenen unterschiedlichen Interessen und Wertorientierungen bleiben auch in der Implementationsphase weiter bestehen. Daher kommt den unmittelbar mit der Umsetzung befaßten Personen bzw. deren Interessen und Wertorientierungen sowie den Interpretations- und Anwendungsspielräumen des Gesetzes große Bedeutung für die Normdurchsetzung zu. Mit der zentralen Position, die der Arzt im Rahmen der Indikationsfeststellung und bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen einnimmt, fungiert die **medizinische Profession als wesentlicher "Implementationsträger"** des § 218 StGB.

Weitere für ärztliches Handeln relevante Implementationsträger sind die Landesregierungen, denen die praktische Gestaltung und Handhabung des Gesetzes überlassen wurde. Die in der vorliegenden Untersuchung **erfaßten Erhebungsregionen Hessen und Baden-Württemberg unterscheiden sich bezüglich der Ausführungsbestimmungen zum § 218 StGB**: Während in Hessen die Landesärztekammer über die Zulassung eines Arztes als Sozialberater entscheidet, wird diese Funktion in Baden-Württemberg vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung ausgeübt. Außerdem betont Baden-Württemberg zusätzlich zum bestehenden Gesetzeswortlaut den "Schutz ungeborenen Lebens" als Beratungsschwerpunkt. Auch dürfen in Baden-Württemberg Schwangerschaftsabbrüche nur in Krankenhäusern durchgeführt werden, während in Hessen zusätzlich ambulante Einrichtungen wie private Kliniken und Praxen zu diesem Zweck zugelassen werden.

## Anmerkungen zu II 2

- 1) Nach ihren amerikanischen Ursprüngen läßt sich die Policy-Forschung auf zwei Quellen zurückführen, nämlich einerseits auf die primär an der Beratung praktischer Politik orientierte "policy science" und andererseits auf die primär an der Erklärung des Zustandekommens politischer Entscheidungen orientierte "policy analysis". Beide Richtungen führten zusammen mit systemtheoretischen Überlegungen zu einer Theorie des politischen Prozesses, die den Ausgangspunkt der Implementationsforschung bildet, vgl. Kaufmann/Rosewitz 1983, S.31. Umfassend zum Policy-Ansatz siehe Jann 1983.
- 2) Vgl. Windhoff-Héritier 1980, S.8.
- 3) Ebenda, S.11.
- 4) Vgl. Williams 1971, S.4.
- 5) Hargrove 1975, S.1.
- 6) Vgl. Windhoff-Héritier 1980, S.1.
- 7) Vgl. Mayntz 1980a, S.242.
- 8) Entsprechend berücksichtigt die umfassende Studie zur Implementation des reformierten § 218 StGB, zu der die vorliegende Untersuchung zählt, verschiedene Analyseebenen und unterschiedliche Normadressaten: In einem **strafrechtlichen Projektteil** werden rechtliche Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs und ihre Rahmenbedingungen im internationalen Vergleich untersucht (Merkmale der durchzuführenden Programme); die **empirischen Untersuchungen** umfaßten eine Befragung von Richtern und Staatsanwälten sowie eine Analyse von Strafakten (Merkmale der Durchführungsinstanzen), eine Befragung betroffener Frauen sowie die vorliegende Gynäkologenbefragung (Merkmale der Zielgruppen bzw. der Leistungs- oder Normadressaten).
- 9) Vgl. Mayntz 1980a, S.239.
- 10) Ebenda, S.242.
- 11) Vgl. hierzu Ellermann 1983 und Mayntz 1983a.
- 12) Vgl. hierzu auch Seibel 1982, S.278, demzufolge die Problemlösungsfähigkeit eines gegebenen Programmes entscheidend vom "ideologischen Klima" abhängt. Zu Theorie und Praxis der Implementationsforschung siehe z.B. Mayntz 1980c, Mayntz 1983b, Wollmann 1980, Hellstern/Wollmann 1983.
- 13) Zur diesbezüglichen Problematik der Implementationsforschung vgl. Windhoff-Héritier 1983.

- 14) Vgl. Mayntz 1980b, S.4. Siehe auch Blankenburg 1980.
- 15) Vgl. Koschorke 1987, S.24-28.
- 16) So Zundel u.a. 1982, S.191.
- 17) Vgl. Albrecht 1984.
- 18) Vgl. Haferkamp u.a. 1978.
- 19) Vgl. Schaubild 3, S.26.
- 20) Das Schaubild wurde von der Verfasserin um die Implementations-träger "Landesregierungen" und "Behörden" ergänzt. Eine weitergehende Bearbeitung der spezifischen Politikimplementa-tion des § 218 StGB findet sich bei Michaelis 1987 mit weiteren Verweisen.
- 21) Die Ausführungsbestimmungen aller Bundesländer finden sich im Anhang von Eser/Hirsch 1980, vgl. auch Kommissionsbericht 1980, S.25-32. Zu den Bundesländern Hessen und Baden-Würt-temberg siehe Kapitel II 2.3 sowie Anhang, S.262.
- 22) Zur Rolle der Berater und Beratungsstellen bei der Implemen-tation des § 218 StGB vgl. Arndt 1983, Knöferl u.a. 1981, Stössel u.a. 1981, Jungermann u.a. 1981 sowie Holzhauser 1989, S.28-36.
- 23) Zum Verhalten der Behörden in diesem Zusammenhang vgl. Liebl u.a. 1986 sowie Koch 1988, S.248-265.
- 24) Vgl. Michaelis 1987, S.61.
- 25) Nach § 218b Abs.1 Nr.1 StGB muß sich die Schwangere mindestens 3 Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater wenden und dort über "die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten (werden), insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern."
- 26) Art. 3 Abs.1 des Fünften Strafrechtsreformgesetzes spricht nach Auffassung des Landes Baden-Württemberg keine Verpflichtung, sondern lediglich eine "Ermächtigung" für die Bundesländer aus, Vorschriften über die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu erlassen, vgl. Kommissionsbericht 1980, S.30.
- 27) Ebenda.
- 28) Vgl. hierzu die Ergebnisse von Holzhauser 1989 zum innerdeut-schen "Abtreibungstourismus", denenzufolge ca. 2/3 der baden-württembergischen Frauen zum Schwangerschaftsabbruch ihr Bundesland verließen, wobei fast alle hessische Einrich-

tungen aufsuchten (S.311). Weitere Länderunterschiede zwischen Hessen und Baden-Württemberg bezüglich der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs aus der Sicht betroffener Frauen siehe ebenda S.308-318.

### III. THEORETISCHE VORÜBERLEGUNGEN

#### 1. Ärztliche Profession und Schwangerschaftsabbruch aus soziologischer Sicht

##### 1.1 Die soziale Bestimmtheit des Schwangerschaftsabbruchs

Eine soziologische Betrachtung des Phänomens "Abtreibung" bedeutet immer die Analyse eines "fait social".<sup>1)</sup> Denn ungeachtet der Tatsache, ob "Abtreibung" oder "Schwangerschaftsabbruch" als normgetreues oder normbrechendes, (abweichendes oder gar kriminelles) Verhalten betrachtet wird, ist Verhalten aus soziologischer Sicht immer ein **soziales Phänomen**. Diese Betrachtungsweise hat der Soziologie im Bereich der soziologischen Kriminalitätstheorien häufig den Vorwurf eines "disziplinären Imperialismus"<sup>2)</sup> eingetragen - bedeutet dies in letzter Konsequenz doch, daß zur Erklärung von Kriminalität und abweichendem Verhalten kein wissenschaftlicher Zugang über die Erforschung der physischen oder psychischen Struktur des Menschen möglich ist. Als Begründung für diese Sichtweise von Kriminalität und abweichendem Verhalten werden in der Soziologie im wesentlichen folgende Argumentationen angeführt:<sup>3)</sup>

1. Nach den Erkenntnissen der Anthropologie ist der Mensch aufgrund seiner gattungsgeschichtlichen Entwicklung ein von biologischen Zwängen, Instinkten und Verhaltensschemata befreites Wesen, das demzufolge seine Verhaltensweisen und Ordnungsmuster selbst zu bewerkstelligen hat:

"Die naturgeschichtliche Entwicklung hat ein Lebewesen hervorgebracht, das seinem biologischen Organisationsplan zufolge genötigt und in der Lage ist, Form und Inhalt seines Verhaltens selbst zu schaffen".<sup>4)</sup>

In dieser **anthropologischen Grundstruktur** der "Gattung Mensch" liegt begründet, weshalb Menschen unter Normen leben:

"Weil und insoweit Menschen nicht schon von Natur aus die Verkehrsformen im Umgang mit ihresgleichen mitbringen, müssen sie sie selbst ausbilden. Sie tun das vorzüglich in den Formen der Normativität".<sup>5)</sup>

Die Tatsache aber, daß Menschen ihre Normen selbst ausbilden und sie nicht qua "Gott" oder "Natur" bereits Gesetz sind, impliziert, daß menschliches Handeln immer auch "anders, d.h. normabweichend" sein könnte. Oder - um es mit LUHMANN auszudrücken - menschliches Handeln ist seiner anthropologischen Grundstruktur zufolge "kontingent", d.h. es kann immer anders ausfallen als erwartet wurde.<sup>6)</sup> Dies impliziert die grundsätzliche Möglichkeit abweichenden Verhaltens.

**2. Abweichendes Verhalten variiert** über Kulturen und Gesellschaften. Es gibt quasi kein Verhalten, das nicht unter irgendwelchen kulturellen oder historischen Bedingungen als "abweichend" oder "kriminell" bezeichnet worden wäre. Dies ist ein wesentliches Argument, das von DURKHEIM erstmals in diesem Zusammenhang eingeführt wurde.<sup>7)</sup>

**3. Die empirische Erscheinungsform der Kriminalität** in unserer Gesellschaft weist systematische Aspekte auf, die nicht mit physischen oder psychischen Merkmalen der Menschen zusammenhängen, sondern mit der Art, "wie sie leben". So ist z.B. die Kriminalitätsbelastung in Großstädten höher als auf dem Land oder in den unteren sozioökonomischen Schichten stärker verbreitet, bei Mädchen und Frauen geringer als bei Jungen und Männern usw.<sup>8)</sup>

Alle aufgeführten Argumente zur sozialen Bestimmtheit "abweichenden" Verhaltens begründen nicht nur dieses als **universelles soziales Phänomen**,<sup>9)</sup> sondern verdeutlichen die soziale Wurzel jeglichen - wie auch immer benannten - Verhaltens. Diese Betrachtungsweise der Soziologie impliziert nicht die Leugnung aller nicht-soziologischen Erklärungen von Verhalten. Vielmehr wird davon ausgegangen, daß die verhaltensbestimmende Kraft von biologischen und psychologischen Merkmalen eine sozial entwickelte ist, d.h. daß sie nur unter bestimmten sozialen Bedingungen in dieser Weise entstehen

konnten.<sup>10)</sup> Ziel einer soziologischen Analyse ist es daher, die sozialen Bedingungen zu nennen, die ein bestimmtes Verhalten entstehen ließen bzw. unter denen es in der vorgefundenen Art entwickelt wurde.

Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, daß neben der empirischen Ermittlung der aktuellen Einstellungen und Verhaltensweisen von Gynäkologen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung die konkreten sozialen Bedingungen, das soziale und gesellschaftliche Umfeld, in dem sich die thematisierten Handlungen entwickeln, in die Analyse miteinbezogen werden und auf ihre Bedeutung für das zu untersuchende soziale Phänomen hinterfragt werden müssen. Es gilt daher, die für die Ärzteschaft in diesem Zusammenhang **relevanten sozialen Bezugssysteme** und deren gesellschaftliche Vernetzung zu ermitteln sowie die derzeit geltende gesetzliche Regelung auf ihre Bedeutung zu überprüfen.

Nach SIEBEL (1971) werden Einstellung und Verhalten im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch maßgeblich durch die **individuell relevanten** sozialen Bezugssysteme geprägt. Diese müssen nicht in zwingender Weise das Sozialsystem "Staat" beinhalten:

"Mag der Staat sich nun so oder so zur Abtreibung stellen, das vor der Frage der Abtreibung stehende Individuum wird niemals allein von seiner Mitgliedschaft im Staat ausgehen und die Stellungnahme der staatlichen Autorität als einzigen Orientierungspunkt für die zu treffende Entscheidung wählen. Vielmehr sind für dieses oft eine Anzahl von Bezugsgruppen von größerer Relevanz".<sup>11)</sup>

Diese Bezugsgruppen können sowohl Gruppen sein, in denen man Mitglied ist, als auch im Sinne von MERTONS Bezugsgruppentheorie<sup>12)</sup> solche, nach denen man sich ausrichtet, ohne ihnen anzugehören. SIEBEL nennt in diesem Zusammenhang z.B. die Familie, die Verwandtschaft, die Nachbarschaft, die religiöse Gruppe und die Ärzteschaft.<sup>13)</sup> Speziell für den Arzt vermutet er eine maßgebende **Orientierungsfunktion der Standesorganisation** und des von ihr vertretenen "ärztlichen Ethos".<sup>14)</sup> Diese Einschätzung korrespondiert



mit den einschlägigen Ergebnissen der Berufssoziologie, wonach gerade der Arztberuf als klassische Profession gilt, der über den engen Rahmen der Berufstätigkeit hinaus normsetzende und identitätsprägende Kraft zukommt.<sup>15)</sup>

Doch ist auch der Arzt nicht nur Angehöriger einer Profession, sondern ebenso Staatsbürger, Familienangehöriger, Nachbar und evt. Angehöriger einer Religionsgemeinschaft oder einer politischen Organisation. Diese verschiedenen Systemzugehörigkeiten oder Systemorientierungen können **Normkonflikte** verursachen:

"Stehen die Forderungen oder Gebote verschiedener Gruppen, in denen jemand Mitglied ist, miteinander im Widerspruch, so bedeutet die Entscheidung für die Norm einer der Gruppen in der Regel auch die Entscheidung für die Vorrangigkeit dieser Gruppe gegenüber der anderen für die moralische Orientierung. Es wird also die Stellung der Gruppen in der individuellen Werthierarchie festgelegt".<sup>16)</sup>

Demzufolge müßten Einstellung und Verhalten des einzelnen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch vor allem unter dem Aspekt der Gruppenmitgliedschaft bzw. der Orientierung an bestimmten Gruppennormen gesehen werden. SIEBEL vermutet hierzu:

"Die höher eingeschätzte Mitgliedschaft wird den Ausschlag geben".<sup>17)</sup>

Den Ergebnissen der Berufssoziologie zufolge sind dies im Falle der Ärzteschaft die eigene Profession und ihre Mitglieder.

## 1.2 Strukturelle Merkmale von Professionen

Die Untersuchung beruflicher Sozialisationsprozesse setzte in größerem Umfang in den 50er Jahren ein. Im allgemeinen wird der Anfang dieser Forschungsrichtung der Berufssoziologie, speziell der Soziologie der Professionen, mit zwei Arbeiten datiert, die beide die **berufliche Sozialisation der Ärzte** zum Thema hatten: "The Student Physician" von MERTON u.a. (1957) und die Studie von BECKER/GEER (1958).<sup>18)</sup> Diese Aufmerksamkeit verdankte der Arztberuf seiner besonders klar ausgeprägten Berufsstruktur.

Den Erkenntnissen der Berufssoziologie zufolge haben Berufsrolle und die beruflich bestimmte soziale Position in industriellen Gesellschaften eine wichtige Funktion bezüglich der Prägung und Stabilisierung der Person. Allerdings gilt dies nicht für alle Berufe in gleichem Maße:

"Je nach Lage der Dinge kann die identitätsprägende Funktion des Berufs mehr oder weniger eingeschränkt sein. So hat z.B. der Beruf der Sortiererin von Postleitzahlen an und für sich eine relativ geringe Chance, die Ich-Identität der Sortiererin zu bestimmen und ihre Biographie zu integrieren. Anders steht es dagegen mit dem Beruf des Arztes. Allgemein kann man sagen, daß je mehr sich ein Beruf dem Typ. einer lebenslangen professionalisierten Karriere nähert, je mehr eine Berufsgruppe den Charakter von Primärgruppen annimmt und ein verbindliches Ethos und über die Berufsrolle hinausreichende Verhaltensnormen formuliert, umso größer im Durchschnitt die Chance ist, daß ein solcher Beruf eine starke identitätsprägende und biographisch sinnintegrierende Funktion ausübt".19)

Solchermaßen als typische "Profession" klassifiziert - gelten für den Arztberuf die von GOODE (1972) entwickelten Charakteristiken etablierter Professionen. Kennzeichnend hierfür ist die "Zunftstruktur" des Berufs. Die **Zunftstruktur des Berufes** läßt sich nach GOODE an folgenden Merkmalen festmachen:

1. Professionsmitglieder teilen ein Gefühl gemeinsamer beruflicher Identität.
2. Für die meisten Mitglieder ist der erworbene Status endgültig und dauerhaft.
3. Die Mitglieder haben gemeinsame Wertvorstellungen.
4. Es herrscht Übereinstimmung über die Rollendefinition gegenüber Kollegen und Professionslaien. Diese ist für alle Mitglieder gleich.
5. Im Berufsbereich wird eine gemeinsame "Sprache" gesprochen, die Laien nur teilweise zugänglich ist.

6. Die professionelle Gruppe kontrolliert das berufliche Handeln ihrer Mitglieder.
7. Die Profession ist deutlich erkennbar und von ihrer sozialen Umwelt abgegrenzt.
8. Sie produziert die nachfolgende Professionsgeneration nicht im biologischen, sondern im sozialen Sinne.<sup>20)</sup>

Alle diese Kriterien treffen auf den Beruf des Arztes zu bzw. wurden u.a. aufgrund spezifischer Charakteristika dieser Berufsgruppe entwickelt, weil die **Medizin gemeinhin als der Prototyp der Professionen betrachtet wird**, auf welcher die gegenwärtigen soziologischen Vorstellungen einer Profession mit Vorliebe aufbauen.<sup>21)</sup>

Das **berufliche Handeln von Professionsangehörigen** unterliegt weitgehenden Normierungen durch die Professionsgemeinschaft. Um diese spezifischen Normen und Werte zu vermitteln, muß die Profession für eine sorgfältige Sozialisation des Nachwuchses sorgen:

"Drei klassische Professionen - die Priester, das Militär und die Medizin - isolieren zu diesem Zweck ihren Nachwuchs nahezu vollständig von Laienkontakten, etablieren ein neues (professionelles) Ich-Ideal und zu dessen Stützung adäquate Bezugsgruppen. Sie führen ihren Studenten die absolute Abhängigkeit von der Profession für ihre Berufskarriere deutlich vor Augen und belegen unerwünschte Einstellungen und Verhaltensweisen mit negativen Sanktionen".<sup>22)</sup>

Eine Untersuchung, die sich mit der Frage befaßte, wie Medizinstudenten ein professionelles Selbstbewußtsein als Arzt entwickeln bzw. wie aus Anfangssemestern mit vorherrschend studentischer Orientierung Ärzte werden, die sich voll und ganz mit ihrer professionellen Rolle identifizieren, kam zu folgendem Ergebnis:

"Individuen neigen dazu, ein Selbstbild zu entwickeln, das die Bilder ihrer Bezugsperson widerspiegelt".<sup>23)</sup>

Demnach wird die Vermittlung des ärztlichen Selbstverständnisses durch die Anbindung der Studenten in die Profession als primäre Bezugsgruppe garantiert.<sup>24)</sup>

Ein Hauptunterscheidungsmerkmal der Profession im Vergleich zu anderen Berufen liegt darin, daß die Professionen bestimmte **"wesentliche Werte"** verwirklichen. Hierzu zählen z.B. die auf "Wissenschaft" oder "Geistigem" beruhenden Werte des "selbstlosen Dienens" und des Universalismus, die sich von der Profitmoral der Wirtschaft deutlich unterscheiden oder dieser sogar widersprechen.<sup>25)</sup> Man geht daher in der Berufssoziologie davon aus, daß die Professionswerte im allgemeinen und die des Arztberufes im besonderen, einen unabhängigen Einfluß auf die politischen Einstellungen und deren Variationen seiner Mitglieder ausüben würden.<sup>26)</sup> Die Werte, die die verschiedenen Professionen vertreten, lenken die politische Orientierung ihrer Mitglieder in bestimmte Richtungen.<sup>27)</sup>

**Zentraler Wert der medizinischen Profession** ist die Erhaltung und Wiederherstellung von "Gesundheit". Nach RÜSCHEMEYER (1972) ist es geradezu eine Besonderheit der medizinischen Profession (etwa im Vergleich zur juristischen Profession), daß über den zentralen Wert - von Grenzfällen abgesehen - nahezu "völlige Übereinstimmung" innerhalb der Disziplin und auch in der gesamten Gesellschaft besteht:

"Arzt und Patient, die Kollegen und die Familie des Patienten, seine Freunde, seine Rollenpartner in anderen Kontexten und auch die Stadtgemeinde mit ihren zahlreichen Gremien und Instanzen haben im wesentlichen die gleichen Vorstellungen von "Gesundheit" und ihrer Bedeutung im Vergleich zu anderen Werten".<sup>28)</sup>

Diese nahezu völlige Übereinstimmung dürfte gerade im Falle des Schwangerschaftsabbruchs **nicht** gegeben sein. Vielmehr liegt in diesem Falle das Problem darin, daß nicht eindeutig bestimmbar ist, "wessen" Gesundheit geschützt und wiederhergestellt werden soll bzw. "was" in diesem Zusammenhang "Gesundheit" bedeutet. Der

§ 218 beinhaltet somit einen besonderen Konfliktfall im Rahmen der Normen und Werte dieser klassischen Profession, da die sonst klar vorgegebene Normierung nicht eindeutig zu bestimmen ist.

### 1.3 Professioneller ärztlicher Normkonflikt: § 218 StGB

Ärzte empfinden im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch einen **besonderen Normkonflikt**. Zu diesem Ergebnis kam die Sachverständigenkommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB.<sup>29)</sup> Ärzte werden im Laufe ihrer Erziehung und Ausbildung ebenso wie andere Mitglieder der Gesellschaft von weltanschaulichen Wertvorstellungen geprägt, die den Ermessensspielraum, wenn es um die Erhaltung von Leben geht, durch strenge sittliche Normen bestimmen. Die Berufsgruppe der Ärzte wird jedoch aufgrund des täglichen Umgangs mit dem in seiner Existenz und Qualität gefährdeten Lebens mit solchen Konflikten unerbittlicher konfrontiert als andere Berufsgruppen.

"Im Problem des Schwangerschaftsabbruchs erfährt dieser Normenkonflikt eine besondere Zuspitzung, da die Güterabwägung zwischen dem Recht des ungeborenen Lebens und der Bedrohung der Gesundheit und psychosozialen Befindlichkeit der Mutter eine besondere Herausforderung an das ärztliche Gewissen darstellt".<sup>30)</sup>

Als besondere Problematik der ärztlichen Berufsgruppe sieht der Kommissionsbericht "spezifische berufsethische Normen im Rahmen des viel zitierten Hippokratischen Eides", die nach wie vor als moralische Richtschnur gelten, obwohl dessen unmittelbare Funktion u.U. überholt und seine ursprüngliche Bedeutung auch oft vergessen ist.<sup>31)</sup>

"Zu diesem ethischen Konflikt, den der Arzt weitgehend mit der übrigen Bevölkerung teilt, kommt bei der Konfrontation mit der Notlagenindikation noch eine weitere Erschwernis hinzu, die in dem weitgehend naturwissenschaftlich ausgerichteten Konzept der medizinischen Berufsausbildung begründet liegt und die oft erkennbare Unsicherheit der Ärzte im sozialmedizinischen Bereich erklärt".<sup>32)</sup>

Der Blick des Arztes für die psychosozialen Aspekte einer Notlage ist im Falle des Schwangerschaftsabbruchs zumindest von der Ausbildung her nur unzureichend oder gar nicht geschärft. Demzufolge befinden sich viele Ärzte im Zusammenhang mit einer **Notlagenindikation** nicht nur in einem **besonderen Normenkonflikt**, sondern fühlen sich auch noch **extrem unsicher**:

"Es ist kein Geheimnis, daß sich ein großer Teil der Bevölkerung und auch der Ärzteschaft nach der Novellierung des § 218 im Juni 1976 der Notlagenindikation gegenüber sehr reserviert verhielt und bis zum heutigen Tag noch verhält. Hinter diesem Verhalten trifft man keineswegs nur weltanschaulich-ethische Motivationen, sondern auch Hilflosigkeit gegenüber der speziellen Problematik des psychosozialen Bereiches an."<sup>33)</sup>

Daß dieser Normkonflikt auch von ärztlicher Seite so empfunden wird, dokumentiert eine Flut von Veröffentlichungen in einschlägigen medizinischen Publikationsorganen, die seit der gesetzlichen Neuregelung anhält.<sup>34)</sup>

So sieht z.B. IVERSEN (1985) grundsätzliche Probleme mit der ärztlichen Berufsethik und zitiert die ärztliche Berufsordnung,<sup>35)</sup> derzufolge der Arzt grundsätzlich verpflichtet ist, keimendes Leben zu erhalten. Andererseits widerspricht die Verweigerung von Hilfe für eine bedrängte Frau auch den Normen der ärztlichen Berufsethik.<sup>36)</sup> Dies verleiht dem professionellen ärztlichen Normkonflikt im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch eine **zusätzliche Brisanz** und verschärft die Problematik der betroffenen Ärzte.

HEPP (1983) verweist auf die **Grundproblematik des Arztes** als Täter, die er als universellen Konflikt bewertet:

"Unmittelbar betroffen sind die Frauen und der Arzt als Täter. Die den Schwangerschaftsabbruch betreffenden Gesetze aller Länder erwarten, daß der Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt erfolgt, auch wenn, wie in unserem Lande durch die Freistellungsklausel festgelegt, ein einzelner Arzt nicht dazu gezwungen werden kann. Hier liegt einer der Ansatzpunkte des Konfliktes".<sup>37)</sup>

Neben dieser Problematik der grundsätzlichen Täterposition und damit auch der Verantwortung des Arztes im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch zielen die Probleme, die die Ärzte formulieren, auf die bestehende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs.

Insbesondere im Zusammenhang mit der allgemeinen Notlagenindikation sehen die Ärzte Probleme, die die Praktikabilität des Gesetzes in Frage stellen.<sup>38)</sup> Beklagt wird von ärztlicher Seite vor allem, daß das **Gesetz zuviel Spielraum für willkürliche Entscheidungen** biete und es keine sicheren Indikationskriterien für die Mediziner gäbe:<sup>38)</sup>

"Man kann sagen, daß jeder Berater oder indizierende Arzt nach einem selbstgesetzten Kriterienkatalog beurteilt, der je nach subjektivem Wertmaßstab enger oder weiter gefaßt ist".<sup>40)</sup>

Bei der **Notlagenindikation** verschiebt sich durch das Fehlen medizinischer oder sonstiger "harter Fakten", die üblicherweise Entscheidungsgrundlage ärztlichen Handelns sind, der Schwerpunkt ganz auf die subjektive Seite:

"Dem Arzt wurde die nicht lösbare Aufgabe zugewiesen, in einer - zumindest für den Embryo - existentiell wichtigen Frage subjektiv geschilderte und erlebte Sachverhalte, die insgesamt die Notlage der Schwangeren ausmachen, zu objektivieren".<sup>41)</sup>

Aufgrund der Interpretationsspielräume, innerhalb deren eine Indikationsfeststellung stattfindet, erfolgt eine subjektive Gewichtung der objektiven Befunde. Da Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch nicht nur bei jeder Schwangeren, sondern auch bei jedem Arzt einen unterschiedlichen Platz in der je persönlichen Werthierarchie einnehmen, werden in diesem Zusammenhang **subjektive Meinungen entscheidend**.

"Man kann als Arzt genauso gut für wie gegen den Abbruch in jedem Fall sein, unabhängig von der individuellen Situation der Betroffenen".<sup>42)</sup>

Diese Situation wird von vielen Ärzten als unbefriedigend empfunden. Entsprechend sind einige der Ansicht, daß speziell die Notlagenindikation **nicht** in den Aufgabenbereich des Arztes fallen sollte. So z.B. HEPP (1979):

"Die Behebung eines sozialen Notstandes ist primär die Aufgabe des Staates und nicht die des Arztes".<sup>43)</sup>

#### 1.4 Zusammenfassung

Aus soziologischer Sicht muß sich die Untersuchung bzw. Analyse eines sozialen Phänomens - und als solches ist der Schwangerschaftsabbruch zu verstehen - immer auf die konkreten **sozialen Bedingungen**, das soziale und gesellschaftliche Umfeld, in dem sich die "faits sociaux" entwickeln bzw. entwickelt haben, beziehen. Eine Untersuchung, die sich mit Einstellung und Verhalten von Gynäkologen im Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung befaßt, muß daher die in diesem Zusammenhang **relevanten sozialen Bezugssysteme** ermitteln und sie auf ihre Bedeutung für das zu untersuchende Phänomen hin überprüfen.

Den Ergebnissen der Berufssoziologie zufolge ist die **wesentlichste soziale Bezugsgruppe** der ärztlichen Profession die eigene Berufsgruppe. Der Arztberuf gilt als "die" Profession mit den dazugehörigen klassischen Merkmalen solcherart bezeichneter Berufsgruppen. Kennzeichnend für die Profession ist insbesondere die **"identitätsprägende" Bedeutung der Berufsgruppe** und die Orientierung der Mitglieder an gemeinsamen Wertvorstellungen, die im Vergleich zu anderen Berufen eher als "höhere" oder "wesentliche" Werte zu charakterisieren sind und sich von der Profitmoral der Wirtschaft absetzen. Der "wesentliche" Wert der medizinischen Profession liegt in der Erhaltung und Wiederherstellung von "Gesundheit". Dies führt in der Konfrontation mit dem sozialen Phänomen "Schwangerschaftsabbruch" zum **berufsethischen Konflikt**. Die Güterabwägung zwischen dem Recht des ungeborenen Lebens und der Bedrohung der Gesundheit und psychosozialen Befindlichkeit der Mutter beinhaltet für den Arzt eine besondere Problematik, da er - unabhängig von



seiner Entscheidung - zwangsläufig gegen professionelle ärztliche Normen verstößt. Denn nicht nur die Beendigung menschlichen Lebens, sondern auch die Verweigerung von Hilfe für eine bedrängte Frau widerspricht der ärztlichen Berufsethik.

Dieser **besondere professionelle Normkonflikt** wird von der betroffenen Ärzteschaft vor allem im Zusammenhang mit einer **Notlagenindikation** thematisiert und kritisiert. Die ärztliche Kritik an der bestehenden Gesetzgebung zielt insbesondere auf den Interpretationsspielraum des Gesetzes im Rahmen der Indikationsfeststellung und auf das Fehlen "klarer" Indikationskriterien für Mediziner im Bereich der Notlagenindikation.

## Anmerkungen zu III 1:

- 1) Siehe Durkheim 1912, "Qu'est-ce qu'un fait social?", S.7-19. In der deutschen Übersetzung wird der Ausdruck "soziologischer Tatbestand" oder "soziale Tatsache" verwendet:  
"Hier liegt also eine Klasse von Tatbeständen von sehr speziellem Charakter vor: sie bestehen in besonderen Arten des Handelns, Denkens und Fühlens, die außerhalb der Einzelnen stehen und mit zwingender Gewalt ausgestattet sind, kraft deren sie sich ihnen aufdrängen. Mit organischen Erscheinungen sind sie nicht zu verwechseln, denn sie bestehen aus Vorstellungen und Handlungen, ebensowenig mit psychischen Erscheinungen, deren Existenz sich im Bewußtsein des Einzelnen erschöpft. Sie stellen also eine neue Gattung dar und man kann ihnen mit Recht die Bezeichnung "sozial" vorbehalten" (Durkheim 1976, S.107).
- 2) Vgl. Sack 1985, S.234.
- 3) Ebenda, S.234/235.
- 4) Dux 1978, S.27; zur anthropologischen Ausgangslage des Menschen siehe auch Dux 1982, S.26-53.
- 5) Dux 1978, S.27.
- 6) "Der Mensch lebt in einer sinnhaft konstituierten Welt, deren Relevanz für ihn durch seinen Organismus nicht eindeutig definiert ist. Die Welt zeigt ihm dadurch eine Fülle von Möglichkeiten des Erlebens und Handelns, der nur ein sehr begrenztes Potential für aktuell-bewußte Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Handlung gegenübersteht. In dem jeweils aktuell und damit evident gegebenen Erlebnisinhalt finden sich mithin Verweisungen auf andere Möglichkeiten, die zugleich komplex und kontingent sind. Unter **Komplexität** wollen wir verstehen, daß es stets mehr Möglichkeiten gibt, als aktualisiert werden können. Unter **Kontingenz** wollen wir verstehen, daß die angezeigten Möglichkeiten weiteren Erlebens auch anders ausfallen können, als erwartet wurde; daß die Anzeige mithin täuschen kann, indem sie auf etwas verweist, das nicht ist oder wider Erwarten nicht erreichbar ist oder, wenn man die notwendigen Vorkehrungen für aktuelles Erleben getroffen hat (z.B. hingegangen ist), nicht mehr da ist. Komplexität heißt also praktisch Selektionszwang, Kontingenz heißt praktisch Enttäuschungsgefahr und Notwendigkeit des Sicheinlassens auf Risiken".  
Luhmann 1987, S.31; zur Bedeutung des Begriffes "Kontingenz" in der Luhmannschen Theorie siehe auch Luhmann 1982, S.39-50 und Luhmann 1984.

- 7) Vgl. Durkheim 1912, S.80-93 oder Durkheim 1976, S.155-164. Ebenso variiert die Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs in menschlichen Gesellschaften sowohl kulturell als auch historisch in starkem Maße. Siehe z.B. Devereux 1956, Dähn 1971, Heinsohn/Knieper/Steiger 1979, Riese 1983, Wetterer/Walterspiel 1983, Jerouschek 1988.
- 8) Zur unterschiedlichen Kriminalitätsbelastung in Stadt und Land siehe Amelang 1985, S.15-18; zur Schicht-Delinquenz-Beziehung vgl. z.B. Elliott/Ageton 1980, Elliott/Huizinga 1983, Villmow/Stephan 1983, Reuband 1983; zum Verhältnis zwischen Geschlecht und Kriminalität siehe Kaiser 1988, S.430-446 mit weiteren Verweisen.
- 9) So bereits Durkheim 1912: "Il n'en est pas où il n'existe une criminalité".
- 10) Vgl. Sack 1985, S.235.
- 11) Siebel 1971, S.250.
- 12) Vgl. Merton 1949 und Merton 1968.
- 13) Siebel 1971, S.251.
- 14) Ebenda, S.252.
- 15) Siehe hierzu Kapitel III 1.2.
- 16) Siebel 1971, S.253.
- 17) Ebenda.
- 18) Siehe hierzu Lüscher 1972, S.225; vgl. auch Lüscher 1968; zur Soziologie der Professionen siehe Luckmann/Sprondel 1972 und Dingwall/Lewis 1983.
- 19) Luckmann/Sprondel 1972, S.17.
- 20) Siehe Goode 1972, S.157/158.
- 21) So auch Bucher/Strauss 1972, S.183.
- 22) Goode 1972, S.160.
- 23) Cornish 1972, S.261.
- 24) Zur Bedeutung der Gruppe für die berufliche Sozialisation vgl. auch Trescher/Büttner 1985.
- 25) Siehe Lipset/Schwarz 1972, S.389; vgl. auch Parsons 1954, S.35, Parsons 1973, S.170.
- 26) So auch Lipset/Schwarz 1972, S.389.

- 27) Lipset/Schwarz weisen darauf hin, daß dies bereits von Michel wie auch von Durkheim, Mannheim und Laski so angenommen wurde, ebenda, S.390.
- 28) Rüchemeyer 1972, S.169.
- 29) Kommissionsbericht (1980), S.76.
- 30) Ebenda.
- 31) Zwar untersagte der Hippokratische Eid Ärzten das Verabreichen von Abortiva, doch war der antiken Medizin ein generelles Abtreibungsverbot unbekannt. Zum Verhältnis der Hippokratischen Medizin zur Abtreibung siehe Jerouschek 1988, S.17-20.
- 32) Kommissionsbericht 1980, S.77.
- 33) So Poettgen 1984, S.1919; vgl. auch Poettgen 1981.
- 34) Siehe hierzu z.B. Stoll/Sievers 1976, Heising 1977, Lau 1978, Arzt 1979, Schuhmann 1979, Hepp 1979, Iversen 1979, Petersen/Retzlaff 1980, Retzlaff 1980, Mayer 1980, Poettgen 1980, Stoll 1980, Adler 1980, Petersen 1981, Petersen 1982, Petersen 1985, Schmitt-Thannwald 1985, Iversen 1985, Schuth/Siebers 1985, Stoll 1987, Schlund 1988, Weinknecht 1988, Berghofer-Weichner 1988.
- 35) So § 5 der ärztlichen Berufsordnung, vgl. Iversen 1985, S.263; zur Problematik bezüglich professioneller Ethik und Recht in diesem Zusammenhang siehe auch Hunter/Hunter 1984, Butler/Walbert 1986, Heaney/Doughert 1988.
- 36) Vgl. hierzu v. Troschke u.a. 1982, S.162. Die von v. Troschke u.a. befragten Frauen berichteten z.T. über schwerwiegende Verstöße von Ärzten gegen ihre Berufsethik, derzufolge negative Sanktionen gegen Patientinnen nicht erlaubt sind.
- 37) Hepp 1983, S.3.
- 38) Vgl. hierzu besonders Lau 1978 und Schuhmann 1979.
- 39) Vgl. Arzt 1979.
- 40) Grünwald 1979, S.134.
- 41) Schuth/Siebers 1985, S.1175.
- 42) Ebenda, S.1176.
- 43) Hepp 1979, S.417.

## 2. Kriminologische und rechtssoziologische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs und seiner gesetzlichen Regelung

### 2.1 Schwangerschaftsabbruch als abweichendes Verhalten?

Die von SIEBEL u.a. 1971 publizierte "Soziologie der Abtreibung"<sup>1)</sup> stellt als vorrangiges Kennzeichen dieses sozialen Phänomens fest, daß ein "Widerspruch zwischen moralischer und gesetzlicher Norm einerseits und tatsächlichem Verhalten andererseits" besteht, so daß sich die **Frage** stellt, "ob eine staatliche Norm, die allem Anschein nach oft und vielfältig durchbrochen wird, überhaupt oder in der gegebenen Form aufrechterhalten werden soll".<sup>2)</sup>

SIEBELs Analyse fand vor der Reform des § 218 StGB statt und bezieht sich demnach auf eine gesetzliche Regelung, die den Schwangerschaftsabbruch - mit Ausnahme der medizinischen Indikation - grundsätzlich verbietet.<sup>3)</sup> Trotz der unterschiedlichen Rechtslage und der zeitlichen Verschiebung trifft die **grundsätzliche Problematik**, wie sie von SIEBEL charakterisiert wird, auch auf die heutige Situation zu:

"Bei der Analyse der Abtreibung zeigt sich, daß Rechtsnormen, religiös moralische und andere soziale Normen zusammen mit den entsprechenden Sanktionsmustern einen schwer auflösbaren Komplex bilden. Weil die Abtreibung heutzutage als eine Massenerscheinung auftritt, stellt sich die Frage, ob man durchschnittliches oder "normales Verhalten" als "abweichend" klassifizieren soll."<sup>4)</sup>

Diese Frage ist heute ebenso berechtigt wie vor 20 Jahren, denn an der "Massenerscheinung" von Schwangerschaftsabbrüchen hat sich nach wie vor nichts geändert. Allerdings muß die **Frage** nach der Kategorisierung als abweichendes Verhalten in Anbetracht der veränderten gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs **neu** gestellt werden.

Sicherlich ist ein Schwangerschaftsabbruch dann als **abweichendes Verhalten** zu kategorisieren, wenn dadurch gegen geltende Gesetze verstoßen wird. In diesem Falle muß er auch als kriminelles

Verhalten bezeichnet werden. Da jedoch die gegenwärtige Gesetzgebung einen breiten Spielraum gewährt, innerhalb dessen ein Schwangerschaftsabbruch straffrei ist, stellt sich die **Frage**, ob demnach eine "legale Abtreibung" konformes Verhalten darstellt. Die Feststellung wird durch die Formulierung des § 218 erschwert, demzufolge der Schwangerschaftsabbruch - trotz bestehender Möglichkeiten, einen straffreien Abbruch durchzuführen - einem grundsätzlichen Verbot unterliegt.<sup>5)</sup>

In aktuellen Lehrbüchern der Kriminologie wird das Stichwort "Abtreibung" oder "Schwangerschaftsabbruch" **entweder gar nicht** aufgeführt<sup>6)</sup> oder **sehr unterschiedlich eingeordnet**. So führt z.B. das Kleine Kriminologische Wörterbuch<sup>7)</sup> die "Abtreibung" unter dem Stichwort "Frauenkriminalität" auf und beschränkt sich dabei einzig auf die Erwähnung dieses Phänomens als Besonderheit der statistisch registrierten Kriminalität weiblicher Täter:

"Soweit Delikte per definitionem nur von Frauen begangen werden können (Kindestötung, Selbstabtreibung etc.), handelt es sich zumeist um privilegierte Formen von Straftatbeständen, die bei Männern mit härteren Strafen bedroht sind. Ferner ist das Dunkelfeld bei einigen spezifischen weiblichen Delikten (z.B. Abtreibung und Kaufhausdiebstahl) besonders groß."<sup>8)</sup>

Diese Einteilung erscheint insofern **fragwürdig**, als die gegenwärtige gesetzliche Regelung gerade die schwangere Frau weitgehend straffrei hält.

EISENBERG (1985) behandelt in seinem Lehrbuch der Kriminologie den Schwangerschaftsabbruch unter dem Stichwort "sozialer Wandel":

"Mit zunehmender Häufigkeit dieses Verhaltens und sodann hinzutretender (auch rechtswidriger) Verhaltensweisen durch andere Gesellschaftsmitglieder oder durch gesellschaftliche Gruppen sollen diese durch die Faktizität der Begehung nach und nach **legitime Spielarten sozialen Verhaltens** (und schließlich entkriminalisiert) werden."<sup>9)</sup>

Gemäß dieser Kategorisierung ordnet EISENBERG die geltende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs denjenigen Pro-

zessen strafrechtlich legislatorischer Tätigkeit zu, denen er "symbolische Bedeutung" zugeschrieben hat:

"Es handelt sich bei letzterem meist um bestimmte, das öffentliche Moralbewußtsein bewegende Regelungsprobleme, deren Bewältigung von Bedeutung für den Bestand von Nation oder Kulturkreis sein soll (z.B. Frage der Strafbarkeit der Abtreibung). Solche Einzelprobleme sind geeignet, die öffentliche Meinung von anderen Regelungsproblemen gewissermaßen abzulenken und Zeit und Energie der zuständigen Institutionen abzuziehen oder zu binden, so daß diese für andere der Regelung harrende Probleme verloren sind".<sup>10)</sup>

Mit der Einstufung des § 218 StGB als Gesetz mit eher "symbolischer Bedeutung" und "legitimatorischer Funktion" fällt es schwer, den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen allgemeiner Kriminalität einzuordnen. Vielmehr legt diese Bewertung die **Konsequenz** nahe, die in der einschlägigen amerikanischen Literatur bereits seit einigen Jahren gezogen wird, nämlich den Schwangerschaftsabbruch nicht mehr unter der Kategorie "abweichendes Verhalten" aufzuführen.<sup>11)</sup>

Im Lehrbuch der Kriminologie von KAISER (1988) wird der Schwangerschaftsabbruch als Exkurs im Rahmen des Kapitels "Gewalt in der Familie" aufgeführt. Er begründet diese Einordnung damit:

"(...) daß nach der geltenden Rechtsordnung und Systematik der Schwangerschaftsabbruch ein Personen- oder Gewaltdelikt ist (...), das weithin im familiär partnerschaftlichen Zusammenhang geschieht und auf das die Wandlungen der Familie, insbesondere der Frauenrolle, erheblichen Einfluß gewonnen haben. Diese Gesichtspunkte rechtfertigen es, den Schwangerschaftsabbruch systematisch an diesem Ort zu behandeln."<sup>12)</sup>

Das kriminologische Interesse am Thema Schwangerschaftsabbruch sieht KAISER im Bereich der **Normakzeptanz und Normdurchsetzung**, an denen es in diesem Zusammenhang offensichtlich mangelt:

"Die sogenannte **Dunkelziffer** deutet diesen Sachverhalt ebenso an wie das vielbeklagte **Vollzugsdefizit** bei der Implementation der gesetzlichen Vorschriften."<sup>13)</sup>

Wenn im Rahmen der §§ 218 ff. StGB Personen verurteilt und bestraft werden - was relativ selten der Fall ist -, so stammen sie in der Regel aus **ohnehin benachteiligten Gruppen**:

"Nur eine unglückliche Auswahl sozial hilfloser, ohnmächtiger und handlungsinkompetenter Personen ist es offenbar, die als Rechtsbrecher offiziell erfaßt und als solche auch gekennzeichnet werden."<sup>14)</sup>

Somit läßt sich die Frage der Einstufung des Schwangerschaftsabbruchs als "abweichendes Verhalten" auf der Ebene der strafrechtlichen Sanktionierung auf die Frage reduzieren, ob die betroffenen Personen den **gesetzlichen Verfahrensweg** eingehalten haben oder diesen überhaupt kannten.

Kriminell, abweichend bzw. strafbar ist die nicht korrekt durchgeführte Abtreibung, sei es durch fehlende Indikation oder Beratung oder durch Personen, die nicht dazu berechtigt waren. Die Verbotsnorm ist - zumindest was die Sanktionierung betrifft - auf dem Weg, sich zu einer **faktischen Verfahrensnorm** zu entwickeln.

Die Frage nach abweichendem Verhalten gerät somit auf der Ebene der strafrechtlichen Sanktionierung zur Frage nach **Normkenntnis/Normverständnis und Normakzeptanz**. Insbesondere im Zusammenhang mit der Indikationsfeststellung wird Normwissen und Normverständnis der Ärzteschaft ausschlaggebend für die Einordnung eines Schwangerschaftsabbruchs als "legal" oder "illegal", d.h. als "normkonformes" oder "abweichendes Verhalten". Im Extremfall wird somit die Frage der Konformität oder Abweichung zur Frage nach der **sozialen Kompetenz des Handelnden**.

## 2.2 Grenzen der symbolischen Bedeutung des Rechts

Bereits vor der Reform des § 218 StGB stellten SIEBEL u.a. (1971) in bezug auf die Abtreibungsgesetzgebung fest:

"(...) daß bestimmte Gesetze in der Tat allein nur dazu bestimmt sind, die Moral zu regulieren".<sup>15)</sup>



Sie konstatierten eine **bemerkenswerte Differenz** zwischen der Einstellung der Bevölkerung zum Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung und der faktischen Rechtsnorm. Dies veranlaßte zu folgender Einschätzung der Situation:

"Tatsächlich kann bereits die Mehrheit der Bürger eines Staates gegen ein bestimmtes Gesetz eingestellt sein, sei es, daß man das Gesetz für unbegründet hält oder sich an alten Gewohnheiten orientiert oder beides. Diese Mehrheit (...) kann bereits einen zweiten Orientierungspunkt für den Handelnden bilden. Es ist dies allerdings ein Grenzfall, der - sofern er länger dauert - auf eine bemerkenswerte **Desintegration** schließen läßt. In der Regel wird es sich um Übergangszustände handeln. Entweder ist ein Gesetz gerade erst eingeführt worden und die Bevölkerung ist noch nicht an den vorhergegebenen Zuständen orientiert, oder die staatliche Ordnung stützt die Norm bereits nicht mehr mit voller Überzeugungskraft, so daß man glaubt, absehen zu können, daß die Norm bald aufgehoben wird".16)

Die zitierte Untersuchung wurde in den Jahren 1967/68 durchgeführt und die damals prognostizierte Aufhebung der Norm bzw. Veränderung der gesetzlichen Regelung fand erst 1976 statt. Der "Grenzfall", daß die Mehrheit der Bevölkerung sich in diesem Zusammenhang an anderen als den staatlichen Normen orientiert, hält möglicherweise noch an, und mit ihm die "bemerkenswerte" gesellschaftliche "Desintegration" in der Frage der Abtreibung.

So wurde auch nach der Reform des § 218 StGB die Problematik der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im wesentlichen im Bereich der "symbolischen Normgeltung" gesehen. BLANKENBURG (1976) stellte fest,

"daß der Konflikt um die Legalisierung von Abtreibungen um die **symbolische Bekräftigung von Normansprüchen geführt wird**, nicht jedoch um deren effektive Durchsetzung".17)

Er präzisiert diese Einschätzung sogar an anderer Stelle im Sinne einer "intendierten Unwirksamkeit" der Gesetzgebung und klassifiziert den § 218 StGB als typischen Fall "symbolischer Normgeltung":

"Als Beispiel mag das Abtreibungsverbot dienen, das selbst dessen Befürworter nicht wirksam halten (können), dennoch lange Zeit aufrechterhalten haben; konsequent sind sie deshalb auch nicht daran interessiert, daß Forschungen die faktische Unwirksamkeit aufdecken - bekannt ist diese ohnehin, aber ihre Publikation zerstört gerade die einzig beabsichtigte, nämlich die symbolische Wirkung".<sup>18)</sup>

BLANKENBURGS Einordnung der **Abtreibungsgesetzgebung** als typisches Beispiel für die intendierte nur **symbolische Geltung von Normen** wird in der Rechtssoziologie allgemein geteilt.

So wird z.B. auch im Lehrbuch der Rechtssoziologie von RAISER (1987) der § 218 StGB unter das Stichwort "symbolische Normgeltung" eingeordnet. Dazu führt er aus:

"**Symbolische Normen** bezeichnen also Leitvorstellungen, die meinungsbildend und orientierend wirken sollen und sich insofern auch im Verhalten der Normadressaten auswirken, aber keine unmittelbaren, ohne weiteres realisierbaren Handlungsanweisungen erteilen. Sie spielen überall dort eine wichtige Rolle, wo die Komplexität und mangelnde Programmierbarkeit gesellschaftlicher Abläufe dazu nötigen, die normativen Vorgaben offen und auf einer hohen Stufe der Generalisierung und Abstraktion zu formulieren. Von der symbolischen Geltung einer Norm kann man demgemäß schon sprechen, wenn sich feststellen läßt, daß sich die Normadressaten die in der Norm zum Ausdruck gelangten Wertvorstellungen zueigen machen - also etwa das strafrechtliche Abtreibungsverbot prinzipiell bejahen -, ohne daß weitergefragt werden müßte, ob sie dieses ggf. tatsächlich befolgt haben oder befolgen würden."<sup>19)</sup>

Was die Situation der schwangeren Frau betrifft, die bei der geltenden gesetzlichen Regelung weitgehend von der Strafbarkeit ausgenommen ist, so mag die gängige rechtssoziologische Analyse zutreffen, mehr als **fraglich** bleibt jedoch die symbolische Normgeltung im Bereich der "Täter", d.h. Ärzte und medizinisches Hilfspersonal, die am Verfahren und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs beteiligt sind.<sup>20)</sup> Stellen doch die §§ 218 ff. StGB explizit den Arzt in vielfältiger Weise unter Strafandrohung, die - wie gerade in jüngster Zeit deutlich wurde - im Bedarfsfall auch umgesetzt wird.<sup>21)</sup>

Dieser Aspekt - d.h. der Blickwinkel weiterer "Tatbeteiligten" oder "Normadressaten" außer der Schwangeren - wird einzig von RÖHL (1987) beachtet. Er widerspricht der gängigen rechtssoziologischen Einschätzung des § 218 als ausschließlich symbolischer Norm. Vielmehr beurteilt er die geltende gesetzliche Regelung als klassisches Beispiel für die **Grenzen des Rechts** vor dem Hintergrund eines Wertkonfliktes:

"Auch bei der Abtreibung geht es primär um einen Wertkonflikt, der mit moralischen Kategorien ausgetragen wird. Weite Kreise billigen die Schwangerschaftsunterbrechung oder setzen ihr jedenfalls keinen Widerstand entgegen, so daß die in §§ 218a, b StGB eingebauten Sperren - Notwendigkeit einer Indikation, deren Feststellung durch einen Arzt, das Beratungserfordernis und die Durchführung des Abbruchs durch einen Arzt nicht zu greifen scheinen, zumal die ganze Verantwortung den Ärzten zugeschoben worden ist, die sich nur schwer bereifinden, den Wünschen ihrer Patienten mit moralischen Argumenten entgegenzutreten. Trotzdem hat die Strafvorschrift erheblich mehr als nur symbolische Bedeutung, u.a., weil sie Ärzten und Kliniken die Mitwirkung bei einer Abtreibung außerordentlich erschwert."(22)

Wenn die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch gesetzliche Vorschriften faktisch erschwert bzw. u.U. durch Sanktionsdrohung verhindert wird, kann **nicht mehr** von einer nur **symbolischen Bedeutung** oder Funktion **des Rechts** gesprochen werden. Dies ist bei der bestehenden gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs - zumindest was die Position des Arztes betrifft - der Fall.

Allerdings ist vielen Autoren in diesem Zusammenhang der Blick verstellt, weil sie sich **zu sehr** auf die Perspektive der schwangeren **Frau** konzentrieren, so daß die "symbolische Normgeltung" scheinbar nur durch das als individuell wahrgenommene Verhalten von einigen unwilligen Ärzten gestört wird. Diese Sichtweise verkennt allerdings, daß hinter dem als individuell wahrgenommenen Verhalten einzelner Mitglieder eines Berufsstandes das nicht nur "symbolische" Gesetz steht.

### 2.3 Generalpräventive Implikationen des § 218 StGB

Bei der Neuregelung der Abtreibungsgesetzgebung zählte die Schaffung von mehr Gerechtigkeit durch mehr Gleichheit zu den wichtigsten Reformzielen im Rahmen des strafrechtlichen Schutzes beginnenden Lebens.<sup>23)</sup> Galt es doch, den Verdacht der Praktizierung eines "Zufallsstrafrechts" auszuräumen und über eine gleichmäßige Definition des Schutzbereiches der §§ 218 f. StGB eine Regelhaftigkeit des Vollzugs der Sanktionsnormen zu schaffen, die, der Theorie der **Integrationsprävention** entsprechend, unerläßliche Bedingung der Einleitung normvalidierender Prozesse ist.<sup>24)</sup>

Generalpräventiven Erwägungen zufolge zielen Strafrechtsnormen und die damit verbundenen Sanktionsdrohungen nicht nur auf die Abschreckung potentieller Straftäter, sondern auch auf die Wertorientierungen der Normadressaten. Die Normen sollen internalisiert werden, um bereits im Individuum als innere Verhaltenskontrolle zu wirken.<sup>25)</sup> Die Idee der **generalpräventiven Wirkung von Strafen** basiert auf in experimentellen Tests gewonnenen Ergebnissen der Lerntheorie, die grundsätzlich eine verhaltenssteuernde Wirkung von Sanktionen nachwies. Der Gedanke der Abschreckung (deterrence) geht davon aus, daß aufgrund der subjektiven Einschätzung des Bestrafungsrisikos eine Handlung unterlassen wird. Da dies kein unmittelbar beobachtbares oder meßbares Phänomen darstellt, weil der Abschreckungsvorgang in der Psyche des einzelnen stattfindet, kann die Abschreckungstheorie in den Bereich **psychologischer Erklärungsansätze** eingestuft werden.<sup>26)</sup>

Als mögliche präventive Wirkungsmöglichkeiten von Strafe unterscheidet man die **Generalprävention** und die **Spezialprävention**.<sup>27)</sup> Unter der generalpräventiven Wirkung (negative oder Abschreckungsgeneralprävention) versteht man, daß durch die Sanktionierung eines Straftäters andere Personen abgeschreckt werden, ähnliche Straftaten zu begehen, bzw. daß andere Personen aus diesem Grunde gesetzeskonforme normative Orientierungen aufbauen oder daran festhalten (positive oder Integrationsgeneralprävention). Unter der spezialprä-

ventiven Wirkung von Strafe wird verstanden, daß der Täter selbst durch die Strafe von der Begehung weiterer Straftaten abgeschreckt wird.

Im Zusammenhang mit der Abtreibungsgesetzgebung wurde vor allem befürchtet, daß die **positive Generalprävention** oder Integrationsgeneralprävention **durch eine Fristenregelung gefährdet sein könne**. So begründete das Bundesverfassungsgericht die Ablehnung der Fristenlösung u.a. mit folgenden Worten:

"Entfällt die Drohung mit Strafe ganz allgemein, so wird notwendig im Bewußtsein der Staatsbürger der Eindruck entstehen, in allen Fällen sei der Schwangerschaftsabbruch rechtlich erlaubt und damit auch sozialetisch nicht mehr zu mißbilligen. Der 'gefährliche Schluß von der rechtlichen Sanktionslosigkeit auf das moralische Erlaubtsein' (...) liegt zu nahe, als daß er nicht von einer großen Anzahl Rechtsunterworfenen gezogen wird".<sup>28)</sup>

Hinter dieser Begründung steht die Vorstellung einer "erzieherischen Kraft" des Strafrechts und seiner Handhabung.<sup>29)</sup> Es wird davon ausgegangen, daß die in Gesetzen formulierten Normen und Wertorientierungen zu einer "moralischen Verbindlichkeit der Norm" und damit letztlich zu konformem Verhalten führen.<sup>30)</sup>

Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, daß die vom einzelnen **wahrgenommene Sanktionsdrohung** nicht unbedingt das Wissen um den objektiven Strafraum, sondern eher die **subjektive Einschätzung** der sozialen Bewertung des zugrundeliegenden Verhaltens wiedergibt.<sup>31)</sup> Was als soziale Bewertung wahrgenommen wird, scheint sich im allgemeinen stärker an den "significant others" als an den Leitgedanken des Strafrechts zu orientieren. Der Sanktionsdrohung auf informeller Ebene kommt in der Regel stärkere Verhaltensrelevanz zu als der Androhung von staatlicher Strafe.<sup>32)</sup>

Auch ELLERMANN (1983) betont in seiner Systematik für die Befolgung von Gesetzen neben anderen Einflußfaktoren die Bedeutung von Variablen, die mit **sozialen Beziehungen** zusammenhängen, wie z.B. die Sichtbarkeit des Normverstoßes und die etwaige Stigmatisie-

rung des Normbrechers durch das soziale Umfeld.<sup>33)</sup> Darüber hinaus geht er davon aus, daß der Normorientierung des Individuums sowie seiner Informiertheit über die Norm und den erwarteten positiven und negativen Sanktionen Bedeutung für die Befolgung von Gesetzen zukommt. Außerdem betont er den Aspekt der Verfügbarkeit von Handlungsalternativen. Als Merkmale, die auf soziale Beziehungen bezogen sind, versteht ELLERMANN neben der Sichtbarkeit des Normverstoßes auch die Möglichkeit und Schwere einer etwaigen **Stigmatisierung durch das soziale Umfeld.**

Für die Berufsgruppe der **Ärzte** ist demnach die Frage der Stigmatisierung zum einen auf formeller gesetzlicher Ebene und zum anderen auf informeller Ebene, d.h. vor allem Stigmatisierung durch Berufskollegen, jeweils gesondert zu stellen. Zwar besteht insgesamt eine geringe Verurteilungsquote,<sup>34)</sup> doch zeigte sich gerade in jüngerer Zeit, daß der Arzt als "Täter" nicht nur weitaus stärker als die schwangere Frau vom Gesetz mit Sanktionen bedroht, sondern auch in der Tat sanktioniert wird.<sup>35)</sup>

#### **2.4 Zusammenfassung**

Die Einstufung des sozialen Phänomens "Schwangerschaftsabbruch" unter die Kategorie "abweichendes" oder gar "kriminelles" Verhalten fällt nach der Reform des § 218 StGB schwer. Zweifelsohne ist ein Schwangerschaftsabbruch als **Delikt** zu bewerten, wenn dabei gegen geltende Gesetze verstoßen wird. Fraglich bleibt jedoch, wie ein korrekt durchgeführter "legaler" Abbruch zu bewerten ist bzw. ob dies "konformes" Verhalten darstellt. Erschwert wird diese Frage durch die spezifische Formulierung des § 218 StGB, demzufolge zwar unter bestimmten Bedingungen ein gesetzlich erlaubter Abbruch durchgeführt werden kann, die Abtreibung jedoch einem grundsätzlichen Verbot unterliegt. Entsprechend besteht in den neueren Lehrbüchern der **Kriminologie keine Einigkeit** darüber, ob und wie der Schwangerschaftsabbruch als **"abweichendes Verhalten"** zu kategorisieren sei. Die Behandlung dieser Thematik unter dem Stichwort "Frauenkriminalität" oder "sozialer Wandel" ist ebenso vertreten wie die Auffassung, daß ein Schwangerschaftsabbruch nicht mehr Thema der Kriminologie sei.

Ausgehend von der Ebene der strafrechtlichen Sanktionierung, ist ein Schwangerschaftsabbruch "kriminell" oder "illegal", wenn die gesetzlichen Vorschriften und Verfahrensnormen nicht eingehalten werden. Dies hat zur Folge, daß die Einstufung eines Abbruchs als abweichendes Verhalten von der **Normkenntnis** bzw. dem Normverständnis und der **Normakzeptanz** der handelnden Person abhängt. Ob es gelingt, einen legalen Abbruch durchzuführen, kann somit zur Frage nach der **sozialen Kompetenz des Handelnden** geraten.

Aus rechtssoziologischer Sicht wird der § 218 StGB als typischer Fall einer - vom Gesetzgeber intendierten - **"symbolischen Geltung des Rechts"** gewertet, wobei es um die symbolische Bekräftigung von Normansprüchen geht, nicht jedoch um deren effektive Durchsetzung. Diese Sichtweise mag in bezug auf die Situation der schwangeren Frau u.U. gerechtfertigt sein, kann jedoch in Anbetracht der gesetzlichen und faktischen Sanktionsdrohung und Sanktionierung des Arztes als "Täter" für die Beurteilung der Gesamtproblematik **nicht** aufrechterhalten werden.

Als **generalpräventive Wirkung von Strafen** wird neben der Abschreckung (negative Generalprävention) potentieller Straftäter durch die Sanktionierung im Falle der Abweichung auch der Einfluß auf die Wertmaßstäbe und Normorientierung der Individuen (positive oder Integrationsgeneralprävention) verstanden. Die im Gesetz formulierten Normen und Werte sollen "moralisch verbindlich" werden und so konformes Verhalten garantieren.

Die **soziale Bewertung** eines Verhaltens hängt wesentlich vom sozialen Umfeld, den "significant others" ab. Dies bedeutet, daß die Frage nach der abschreckenden oder normbildenden Kraft von Gesetzen sowohl in bezug auf die **formale** gesetzliche Sanktionsdrohung als auch auf die individuell wahrgenommene **informelle** Sanktionsdrohung beantwortet werden muß. Auf informeller Ebene gilt es, eine potentielle Stigmatisierung durch das soziale Umfeld zu berücksichtigen. Um den Einfluß der gesetzlichen Sanktionsdrohung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch zu ermitteln, muß daher für die Profession der Ärzte neben der Einschätzung der formalen **staatlichen Sanktionsdrohung** auch auf eine potentielle **Stigmatisierung durch Berufskollegen** geachtet werden.

## Anmerkungen zu III 2:

- 1) Siebels Arbeit stellt den ersten - und bislang einzigen - deutschsprachigen Versuch einer "Soziologischen Theorie der Abtreibung" dar. Er geht von einem strukturfunktionalistischen Klassifikationsschema abweichenden Verhaltens nach Merton (1968) aus und erweitert dieses. Demzufolge wäre das Handeln des abbrechenden Arztes - bei grundsätzlicher Akzeptanz des bestehenden Systems - vor allem als "unzulässige Bereicherung" zu verstehen und bei Ablehnung des Systems als "Negativismus" bzw. "Rebellion" (vgl. Siebel 1971, S.254-256). Siebels Kategorien wurden vor der Reform des § 218 StGB entwickelt, d.h. die Möglichkeit eines "legalen" Schwangerschaftsabbruchs wurde im Schema nicht berücksichtigt. Seine Kategorien könnten in der heutigen Situation nur auf den illegal operierenden Arzt oder Kurpfuscher angewandt werden, jedoch nicht auf regulär durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche.
- 2) Siebel u.a. 1971, S.3.
- 3) Zur gesetzlichen Regelung vor der Reform des § 218 StGB vgl. Kapitel II.1.1, S.8.
- 4) Siebel u.a. (1971), S.5.
- 5) Siehe hierzu Kapitel II 1.1, S.10 f.
- 6) Vgl. z.B. Schneider 1987, Amelang 1986.
- 7) Kaiser, Kerner, Sack, Schellhoss 1985.
- 8) Ebenda, S.119.
- 9) Eisenberg 1985, S.89.
- 10) Ebenda, S.177.
- 11) In den aktuellen amerikanischen Lehrbüchern der Kriminologie - vgl. Hagen 1986 und Siegel 1986 sowie Morris/Braukmann 1987 - wird der Schwangerschaftsabbruch nicht mehr als abweichendes Verhalten aufgeführt. Sykes begründet dies in seinem Lehrbuch 1978 mit dem Satz: "Abortion performed by a qualified medical practitioner in a registered hospital shall cease to be a criminal offense" (ebenda S.165). Zu dieser Entwicklung siehe auch Davis 1985.
- 12) Kaiser 1988, S.653.
- 13) Ebenda. Vgl. hierzu auch Kaiser 1987, S.668 f.
- 14) A.a.O., S.654. Mit diesem Satz kann das Ergebnis einer Analyse der Strafakten der letzten 10 Jahre zusammengefaßt werden; vgl. hierzu auch Liebl u.a. 1986.



- 15) Siebel u.a. 1971, S.36.
- 16) Siebel 1971, S.251.
- 17) Blankenburg 1976, S.11.
- 18) Blankenburg 1984, S.48.
- 19) Raiser 1987, S.256.
- 20) Vgl. hierzu Kapitel II 1.3.
- 21) So ermittelt z.Z. in einem publizistisch vielbeachteten Verfahren die Staatsanwaltschaft Memmingen wegen illegalen Schwangerschaftsabbruchs in 156 Fällen gegen einen Frauenarzt. Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 10.1.1989, S.17. In einem anderen Großverfahren, das in der Öffentlichkeit viel Beachtung erfuhr, wurde im Mai 1987 ein Nürnberger Arzt wegen Körperverletzung mit Todesfolge (§ 226 StGB), begangen im Zusammenhang mit einem unerlaubten Schwangerschaftsabbruch, sowie wegen Verstoßes gegen § 218 in 26 Fällen (und wegen Steuerhinterziehung) zu einer Freiheitsstrafe von 4 Jahren und 10 Monaten verurteilt. Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 16./17.5.1987, S.23.
- 22) Röhl 1987, S.254.
- 23) Vgl. Eser 1985a, S.1333.
- 24) Vgl. z.B. Albrecht 1985.
- 25) Zum Stand sozialwissenschaftlicher Forschung zur Generalprävention siehe Giehring 1987.
- 26) Vgl. hierzu Jeffery 1979, S.115.
- 27) Vgl. Giehring 1987, S.4; ausführliche Darstellung siehe Otto 1982, Schuhmann u.a. 1987.
- 28) So BVerfGE 39,1, S.58.
- 29) Vgl. Albrecht 1985, S.133.
- 30) Vgl. Schöch 1984, S.276.
- 31) Zur subjektiven Wahrnehmung des Bestrafungsrisikos ("perception") siehe Erickson/Gibbs 1978, Williams/Erickson 1981 sowie Otto 1982, S.125 mit weiteren Verweisen. Zur Bedeutung der Einschätzung von Strafen und ihren Wirkungen vgl. auch Karstedt-Henke 1985.
- 32) Vgl. hierzu Beylveeld 1980. Die Bedeutung informeller Sanktionen innerhalb des Konzeptes der Sozialkontrolle wird nicht nur von Kontrolltheoretikern, sondern auch von Vertretern des Labeling Approach gesehen. Vgl. z.B. Abele/Stein-Hilpers 1978.

- 33) Ellermann 1983, S.136.
- 34) Wegen unerlaubten Schwangerschaftsabbruchs wurden in den Jahren 1977-1985 insgesamt 255 Personen verurteilt. Die Quote, bezogen auf 100.000 strafmündige Einwohner, reduzierte sich von 0,08 Verurteilten im Jahre 1977 auf 0,03 Verurteilte im Jahre 1985. Siehe hierzu ausführlich Koch 1988, Kriminal- und Verurteiltenstatistik, S.248-263. Zur Verurteiltenquote vor der Reform sowie im Ausland siehe Koch 1985, S.1069.
- 35) Siehe hierzu Anm.21.

### 3. Aktueller Forschungsstand: Ergebnisse empirischer Untersuchungen

#### 3.1 Bevölkerungsumfragen

Verschiedene nach der Reform des § 218 durchgeführte Bevölkerungsbefragungen ermittelten je **unterschiedliche Akzeptanzverteilungen** bezüglich der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Während sich bei ZUNDEL u.a. (1982) ein starkes Drittel der Befragten für die Fristenlösung aussprach (35,9%) und ca. ein Viertel für das Indikationenmodell, so wurde bei den Meinungsumfragen von LEGGE (1983) und NÖLLE-NEUMANN/PIEL (1983) eine Akzeptanz der Indikationslösung bei 40-50% der Befragten ermittelt. Allerdings sprechen sich bei LEGGE (1983) 17% für eine Liberalisierung und ca. 40% für eine restriktivere gesetzliche Regelung aus, während bei NÖLLE-NEUMANN/PIEL (1983) die Verteilung gerade umgekehrt ist. Die **Problematik** der verschiedenen Bevölkerungsbefragungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch und § 218 liegt darin, daß in den Studien jeweils unterschiedliche Maße Verwendung fanden. Insbesondere bei der Frageformulierung konnte häufig zwischen allgemeiner ethischer Wertung und wünschenswerter rechtlicher Regelung nicht klar unterschieden werden.<sup>1)</sup>

Die **aktuellste Meinungsumfrage** zum Thema wurde vom INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (1988)<sup>2)</sup> durchgeführt. Derzufolge befürworteten 2/3 der Befragten die **Indikationenregelung**. Beim Vergleich mit früheren Umfragen des Instituts ergibt sich eine leicht **steigende Tendenz** bezüglich der **Akzeptanz** des bestehenden Gesetzes: Während 1983 55 % für die Indikationsregelung plädierten, waren dies 1988 bereits 61% der Befragten. Umgekehrt hat sich der Anteil der Befürworter einer Fristenlösung von 30% auf 22% reduziert.

Auch hat sich in demselben Zeitraum das **Problembewußtsein** in punkto Abtreibung **verstärkt**. So gaben 1983 noch 21% der Befragten an, daß für sie eine Abtreibung ein ganz normaler medizinischer Eingriff sei, während 1988 nur noch 15% dieser Ansicht sind. Dieser Trend zeigte sich bei Frauen stärker als bei Männern. Ebenso

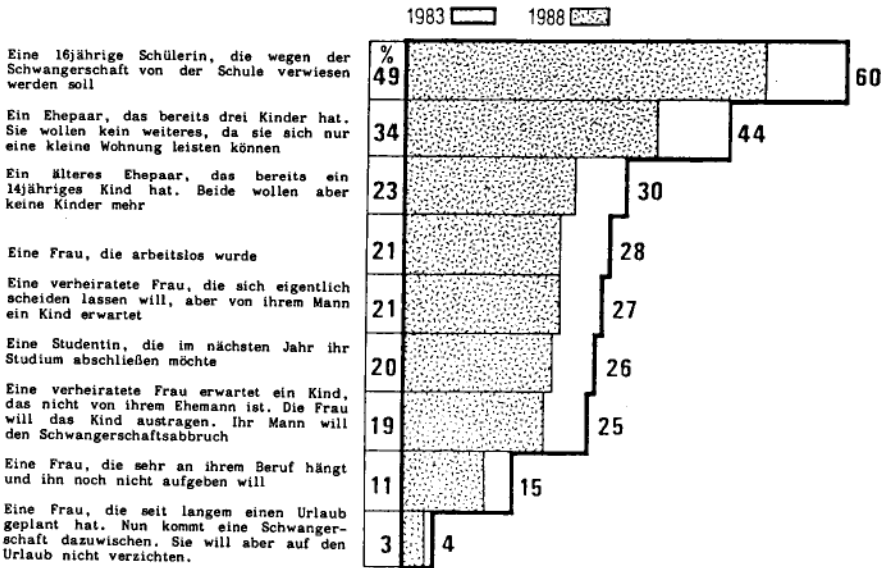
verstärkte sich die Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs als "Tötung menschlichen Lebens" in diesem Zeitraum. Während 1983 jeder zweite Befragte (52%) eine solche Bewertung ablehnte, waren dies 1988 nur noch 34%. Es sind eher ältere Menschen und jüngere Frauen mit Kindern, die einen Schwangerschaftsabbruch als Tötung bewerten.

Ein **Umdenken der jungen Generation** zeigt sich bezüglich des Selbstbestimmungsrechts der Frau. 1983 vertraten noch 53% der unter 30jährigen die Meinung, daß die Frau selbst bestimmen solle, ob sie ein Kind bekomme oder nicht. Diese Ansicht vertreten 1988 nur noch 39% dieser Altersgruppe. Entsprechend ging der Anteil derjenigen, die für eine Fristenregelung plädieren, in demselben Zeitraum von 41% auf 29% zurück.

Auch hinsichtlich der Auslegung der **Notlagenindikation** zeigt der Trend des Allensbacher Instituts eine **restriktivere Haltung der Bevölkerung**. Schaubild 6<sup>3)</sup> verdeutlicht diesen Trend anhand der Bewertung von 9 Modellfällen zur Notlagenindikation.

In allen Fällen hat die Bevölkerung **heute weniger Verständnis** für eine Abtreibung als noch vor fünf Jahren. Daß eine 16jährige Schülerin ihre Schwangerschaft abbricht, weil sie sonst von der Schule gewiesen werden könnte, nahmen 1983 noch 60% ohne Einwand hin, heute dagegen nur noch 49%. Im Falle eines Ehepaares, das bereits drei Kinder hatte und sich nur eine kleine Wohnung leisten konnte, hielten damals 34% eine Abtreibung für gerechtfertigt, heute 44%. Ein älteres Ehepaar, das keine weiteren Kinder mehr möchte, kann noch bei 23% der Bevölkerung auf Verständnis rechnen; 1983 sprachen in diesem Fall 30% ihr Verständnis aus. Auch Arbeitslosigkeit, eine instabile Partnerbeziehung, Studien- und Berufspläne und die Situation einer verheirateten Frau, die ein Kind von einem anderen Mann erwartet, werden heute durchgängig weniger als hinreichender Grund für eine Abtreibung anerkannt als vor fünf Jahren.

Schaubild 6: Fälle, in denen die Bevölkerung einen Schwangerschaftsabbruch billigt



Basis: Bundesgebiet mit West-Berlin, Bevölkerung ab 16 Jahre  
Quelle: Allensbacher Archiv

Bereits in der "ALLBUS-Umfrage"<sup>4)</sup> von 1982 hatte sich gezeigt, daß die Akzeptanz der Bevölkerung hinsichtlich vorgegebener Fallbeispiele zum Schwangerschaftsabbruch rapide **abnimmt**, wenn die geschilderten Situationen **soziale Sachverhalte** berühren. Während Beispiele aus dem Bereich der medizinischen, eugenischen und kriminologischen Indikation von mehr als 90% der Bevölkerung akzeptiert wurden, bewegte sich die Zustimmung zu Fällen der Notlagenindikation zwischen 30% und 50% der Befragten.<sup>5)</sup>

Das INSTITUT FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG des Bistums Essen (1984) und BORA/LIEBL (1986) werteten die ALLBUS-Ergebnisse in Hinsicht auf die **sozialen Merkmale** der Stichprobe aus. Dabei zeigte

sich nach BORA/LIEBL (1986) ein nur schwach ausgeprägter Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen<sup>6)</sup> und der Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs. Stärkere Zusammenhänge fanden sich in Hinsicht auf die **allgemeinen Wertorientierungen der Befragten**, d.h. Kirchenbindung, Religionszugehörigkeit und parteipolitische Orientierung. Das INSTITUT FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG (1984) kam zu dem Ergebnis, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch im Zusammenhang mit einem **Faktorenbündel** steht, das sich aus den Variablen Alter, Konfessionszugehörigkeit und Religiosität zusammensetzt. So zeigte sich bei allen Indikationen, daß Protestanten den Schwangerschaftsabbruch eher befürworteten als Katholiken. Noch deutlicher unterschieden sich Personen, die einer Konfession angehörten, von Konfessionslosen. Während letztere eine eher liberale Haltung einnahmen, lehnten Konfessionsangehörige den Schwangerschaftsabbruch eher ab.<sup>7)</sup>

Daß mehrfach versucht wurde, im nachhinein aus einer bestehenden Umfrage mögliche Zusammenhänge und Einflußfaktoren zu ermitteln, weist auf ein **zentrales Problem** der aktuellen Bevölkerungsumfragen zum Schwangerschaftsabbruch hin: Sie beschränken sich in der Regel auf die Ermittlung der vorhandenen Meinungen zum Thema. Theoretische Vorannahmen über mögliche Einflußfaktoren oder Bedingungsbeziehungen finden kaum Eingang in das Untersuchungsdesign. Eine **Ausnahme** bildet in dieser Hinsicht die bereits erwähnte Bevölkerungsbefragung von ZUNDEL u.a. (1982), die sich um eine differenzierte Erfassung der Zusammenhänge bemühte. So wurde festgestellt, daß die Vorlage konkreter Fallbeispiele bereits ausreichte, um Befragte, die auf einem abstrakten Niveau den Schwangerschaftsabbruch eher ablehnend gegenüberstehen, zu einem Meinungswandel zu bewegen.

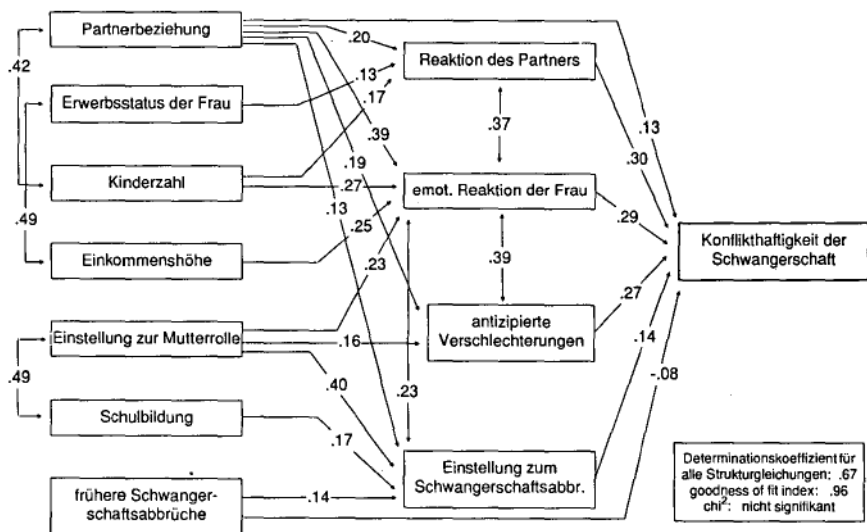
Auch zeigte sich, daß diesbezüglich persönliche Wert- und Normvorstellungen in enger Beziehung zu den Wertvorstellungen stehen, die der einzelne in seiner **Umgebung** wahrnimmt und vermutet. Welche Orientierung dabei im konkreten Fall überwiegt, bestimmen nach ZUNDEL u.a. (1982) folgende **soziodemographische Variablen**: Kirchenbindung, Kinderzahl, Alter, soziale Schicht, Familienstand sowie

die dadurch bedingte **Problemnähe**. Die nach Alter und Geschlecht problemnächsten gebärfähigen Frauen tendieren zu liberaleren Ansichten als der Durchschnitt der Bevölkerung, wogegen Kinderreiche sehr konservativ denken und Schwangerschaftsabbrüche ablehnen.<sup>8)</sup>

### 3.2 Studien zur Situation der Frauen

Im Gegensatz zu allgemeinen Bevölkerungsumfragen beschäftigen sich Studien, die die Problematik der schwangeren Frau zum Thema haben, ausführlich mit den Hintergründen und Motiven des Umgangs mit dem Schwangerschaftsabbruch. Die **aktuellste Studie** zu diesem Problembereich stammt von HOLZHAUER (1989)<sup>9)</sup>. Sie untersuchte mit einem Kontrollgruppendesign vergleichend Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, sich jedoch zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen ("Konfliktschwangere"), und Frauen, die die Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte austrugen. Dabei wurden folgende **zentrale Einflußfaktoren** für die **Konflikthaf-tigkeit einer Schwangerschaft** - und damit im Extremfall für den **Schwangerschaftsabbruch** - ermittelt:

Schaubild 7: Bedingungsgefüge des Schwangerschaftskonflikts nach HOLZHAUER (1989) (Pfadanalyse)



Quelle: Holzauer 1989, S.254 <sup>10)</sup>

Eine Schwangerschaft wird demnach um so eher als **konflikthaft** empfunden, wenn sowohl der **Partner** als auch die Frau negativ auf die Schwangerschaft reagieren, in hohem Maße **Verschlechterungen** durch das Kind antizipiert wurden, die **Einstellung** zum Abbruch liberal war und wenn zudem eine unverbindliche Partnerbeziehung vorlag und noch keine Erfahrungen mit früheren Abbrüchen gemacht wurden. Weitere Merkmale wie die Kinderzahl, die Einkommenshöhe, die Einstellung zur Mutterrolle und die Schulbildung wirkten **indirekt** auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft, indem sie die oben genannten zentralen Merkmale beeinflussten. Als wünschenswerte gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs plädierten die befragten Frauen **mehrheitlich** (2/3) für eine **Fristenlösung** bzw.



für die völlige Freigabe des Abbruchs. Nur knapp 1/3 bevorzugte das Indikationenmodell.

Zu ähnlichen Ergebnissen wie HOLZHAUER kam eine österreichische Untersuchung von WIMMER-PUCHINGER (1983), die ebenfalls vergleichend Frauen, die die Schwangerschaft abbrachen, und Frauen, die sie austrugen, untersucht hatte. Die beiden Gruppen unterschieden sich dieser Studie zufolge signifikant nach der jeweiligen **Partnersituation** und in bezug auf die **finanziellen Lebensumstände** und die berufliche Situation sowie in Hinsicht auf die **antizipierte Sicherheit für die Zukunft mit dem Kind**.<sup>11)</sup>

Auch OETER/NOHKE (1982) gingen in ihrer Studie über Gründe und Motivationen der Frau bei einem Schwangerschaftsabbruch davon aus, daß die **erwarteten Konsequenzen** des Austragens der Schwangerschaft für einzelne Lebensbereiche ausschlaggebend sind. Allerdings zeigte sich hier, daß die Auswirkungen der Schwangerschaft im **finanziellen Bereich** am wichtigsten waren.<sup>12)</sup> Andere Faktoren wie Auswirkungen auf die Berufstätigkeit, Partnerbeziehung oder psychische oder physische Gesundheit standen erst an zweiter Stelle. Möglicherweise liegt die unterschiedliche Gewichtung der Bedeutung finanzieller Faktoren in den verschiedenen Ansätzen der erwähnten Studien begründet. Da die von OETER/NOHKE befragten Frauen ausschließlich solche mit einem Schwangerschaftsabbruch waren, konnte die relative Bedeutung bestimmter Faktoren im Vergleich zu den "glücklichen Müttern" nicht ermittelt werden.

**Übereinstimmend** stellen die meisten Studien, die sich mit der Motivation der Frau zum Schwangerschaftsabbruch beschäftigen, fest, daß nur in ganz seltenen Fällen ein einziger Grund für den Schwangerschaftsabbruch angegeben wird, vielmehr handelt es sich zumeist um ein **Bündel von Motiven**, die je nach Untersuchung stärker oder schwächer gewichtet werden.<sup>13)</sup>

Einige neuere Studien untersuchten die Beziehung zwischen der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und der Orientierung an bestimmten **weiblichen Rollenkonzepten**. Ausgangspunkt der Überle-

gungen war hierbei, daß Frauen mit einem traditionellen Rollenverständnis eher Probleme mit effektiver Empfängnisverhütung haben und infolgedessen auch häufiger ungewollt schwanger werden.<sup>14)</sup> Allerdings stellten ROSEN/MARTINDALE (1980) fest, daß sich Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, signifikant **weniger** an traditionellen Geschlechtsrollen orientierten.

Daß die **Geschlechtsrollenorientierung Einfluß auf die Entscheidung der Frau** zum Schwangerschaftsabbruch hat, wurde auch von NEUBAUER (1982) nachgewiesen. Auch hier standen Frauen, die über eine Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch verfügten,<sup>15)</sup> der traditionellen weiblichen Geschlechtsrolle eher ablehnend gegenüber. Es ist daher anzunehmen, daß Frauen mit traditioneller geschlechtsspezifischer Orientierung zwar häufiger ungewollt schwanger werden, sich jedoch eher zum Austragen als zum Abbrechen der Schwangerschaft entschließen, während umgekehrt Frauen mit ablehnender Haltung zur traditionellen Mutterrolle effektiver verhüten, aber eher abbrechen, wenn sie schwanger werden.<sup>16)</sup>

Eine weitere Gruppe neuerer Studien betrachtet die Entscheidung der Frau zum Schwangerschaftsabbruch unter **moralpsychologischen** Gesichtspunkten.<sup>17)</sup> Ausgehend von KOHLBERGs Konzept der moralischen Entwicklung<sup>18)</sup>, versuchte GILLIGAN (1984), Begründungen von Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch den verschiedenen moralischen Stufen zuzuordnen. Sie entdeckte dabei eine **spezifisch "weibliche Moral"**, derzufolge die Fürsorge für das ungeborene Kind ("care") die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch begründet.<sup>19)</sup> GILLIGANs Arbeit fand international große Beachtung, obwohl sie unter methodischen und konzeptionellen Gesichtspunkten als recht fragwürdig einzustufen ist.<sup>20)</sup> Auch ist **zweifelhaft**, inwieweit der Verweis auf die biologische Tatsache "Geschlecht" zusätzlichen Erklärungswert für die Konflikte der ungewollt schwangeren Frau und ihrer Handlungsmotive bieten kann. Zwar ist angesichts des Umstandes, daß nur Frauen gebären oder abtreiben können, unbestreitbar, daß sie sicherlich eine andere Sicht der Dinge haben als Männer, jedoch muß daraus nicht zwingend auf die universale Gültigkeit einer biologisch gegebenen Moralstruktur

geschlossen werden.<sup>21)</sup> Konsequenterweise kann mit diesem Ansatz die Frage nach den weiblichen Motiven zum Schwangerschaftsabbruch nur mit dem lapidaren Satz beantwortet werden: weil sie Frauen sind. Und dies ist ja ohnehin die Voraussetzung zum Schwangerschaftskonflikt.

Insbesondere **psychoanalytisch** orientierte Autoren betrachten den Schwangerschaftsabbruch als "**unbewußten Konfliktlösungsversuch**", dem Symptomcharakter zukommt.<sup>22)</sup> Hierbei wird der Schwangerschaftsabbruch meist als Bewältigung einer Trennung bedeutend. Weitere psychologisch orientierte Studien beschäftigen sich mit dem Verhältnis zwischen Sexualität bzw. der Einstellung zur Sexualität und dem Schwangerschaftsabbruch. Demzufolge haben Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, eine **negativere Einstellung zur Sexualität** und mehr diesbezügliche Schuldgefühle.<sup>23)</sup> Allerdings ist zu beachten, daß in diesem Zusammenhang möglicherweise die Retrospektivität der Befragungen einen verzerrenden Einfluß ausübt und die Frauen nach einem Abbruch die Sexualität - als auslösende Ursache dieser Erfahrung - eher negativ bewerten. Mit der **psychischen Verarbeitung** des Schwangerschaftsabbruchs beschäftigen sich daher eine Vielzahl psychologischer Studien, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Es ist jedoch festzuhalten, daß **keine einheitliche Beurteilung** dieser Problematik auszumachen ist, vielmehr variiert die Bewertung von schwerwiegenden (nahezu irreparablen) pathologischen Schäden bis hin zur problemlosen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs.<sup>24)</sup>

### 3.3 Ärztebefragungen

Die Einstellung von Ärzten zum Schwangerschaftsabbruch und der bereits diskutierten Gesetzesreform wurde **erstmalig** von WILLE (1974) erfaßt.<sup>25)</sup> Die 1973 durchgeführte Umfrage wandte sich an alle in Schleswig-Holstein gemeldeten Ärzte.<sup>26)</sup> Dabei wurde festgestellt, daß bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch große Unterschiede nach den **Konfessionen** und dem **Alter** bestehen. Am zurückhaltendsten äußerten sich katholische Ärzte, wogegen die konfessionell nicht gebundenen Ärzte sogar zu 52% das Fristenmodell

befürworteten. Bezüglich des Alters war die Tendenz ersichtlich, daß die jüngeren Mediziner eher dem Fristenmodell zuneigten, während im höheren Alter die bisherige Regelung - d.h. die Regelung vor der Reform des § 218 StGB - bevorzugt wurde. Zwischen Männern und Frauen wurden keine Einstellungsunterschiede festgestellt.

Kurz vor der Reform des § 218 StGB führten TROJAN und WALLER (1979) eine schriftliche Befragung gynäkologisch tätiger Ärzte in Hamburg durch. Ziel der Arbeit war die Beantwortung der Frage, wie die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs nach Inkrafttreten einer liberalisierten Fassung des § 218 StGB aussehen könnte. Mögliche Faktoren für Einstellung und Verhalten in diesem Zusammenhang wurden dabei nicht berücksichtigt.

Im Rahmen der **wissenschaftlichen Begleitung** des Modellprogramms "Beratungsstellen im Rahmen ergänzender Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB" wurde von KNÖFERL u.a. (1976) kurz nach der Gesetzesneuregelung die **erste Ärztebefragung** durchgeführt.<sup>27)</sup> Dabei handelte es sich um eine **psychologisch-qualitative Studie** mit 30 Ärzten (Gynäkologen und Allgemeinmediziner). Die von KNÖFERL u.a. (1976) ermittelten Daten lassen demnach zwar Aussagen über Inhalte, Schwerpunkte und Struktur von Einstellungen zu, jedoch keine Aussagen über Häufigkeitsverteilungen und die Einstellung der Ärzteschaft insgesamt.

Eine **zweite Ärztebefragung** im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms "Beratungsstellen - § 218" wurde ebenfalls von KNÖFERL u.a. (1978) vorgenommen. Es handelte sich wieder um eine **psychologisch-qualitative Studie** mit 120 Ärzten verschiedener Fachrichtungen.<sup>28)</sup> Hierbei ergab sich als zentrales Ergebnis, daß die befragten Ärzte vor allem **Probleme mit der Notlagenindikation** hatten. Neben persönlichen Vorbehalten bestanden sachliche und fachliche Probleme bei der Ermittlung und Zuordnung der für eine "Notlage" relevanten Daten.

Eine 1977 erfolgte **Repräsentativumfrage gynäkologischer Chefärzte** zur Problematik des reformierten § 218 StGB (RAHMSDORF 1980/DREWS

1982) ist die **einzige bislang vorliegende** umfassendere Studie zum Thema. Hierbei ergab sich als wesentliches Kriterium für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch die Zugehörigkeit zur katholischen oder evangelischen **Konfession**. Knapp die Hälfte der evangelischen Gynäkologen vertrat eine eher liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, wohingegen umgekehrt mehr als die Hälfte der katholischen Befragten sich dem Schwangerschaftsabbruch gegenüber restriktiv äußerte. Die Ärzte ohne Religion mußten in diesem Zusammenhang vernachlässigt werden, da sie nur einen geringen Teil der Befragten ausmachten. Die ermittelten Einstellungsunterschiede sind signifikant. RAHMSDORF (1980) kommt zu dem **Fazit**, daß nach Ansicht seiner Befragten der § 218 ein rechtspolitisch gelungener, gesetzestechnisch jedoch völlig **mißratener Kompromiß** sei. Er stellt einen Unwillen der Gynäkologen fest, weil "der Gesetzgeber ihnen eine Entscheidung im Einzelfall zumutet, die er selbst nicht einmal generell lösen kann".<sup>29)</sup>

Als besonderes **Problem der Notlagenindikation** und auch der Indikationsstellung im allgemeinen sieht RAHMSDORF (1980):

"Die vom Gesetzgeber vorgelegte Fassung der Notlagenindikation negiert zwar nicht die ethisch moralischen Wertmaßstäbe des Ärztestandes oder jedes einzelnen Kollegen, relativiert oder reduziert sie aber zur Grundlage von Ermessensentscheidungen, die von anders Meinenden jederzeit angezweifelt oder angegriffen werden können. Damit werden internalisierte Normen, die meist nicht die Ebene der Bewußtseinsdominanz erreichen und damit auch schwer rationalen Auseinandersetzungen zugänglich sind, im Wortsinne 'entscheidend über Leben und Tod'".<sup>30)</sup>

DREWS (1982) wertete ebenfalls einen Teil der **Daten dieser Studie** aus und kam dabei zu dem Schluß, daß maßgebend für das Verhalten gegenüber dem Problemkreis der Abruption die Einstellung des verantwortlichen gynäkologischen Chefarztes an einer Klinik ist.<sup>31)</sup> Es gilt jedoch zu bedenken, daß sich diese Untersuchung ausschließlich auf gynäkologische Chefarzte bezog und daß DREWS (1982) unter anderem feststellte, daß progressiv eingestellte Chefarzte überwiegend an kommunal getragenen Krankenhäusern ohne konfessionelle Ausrichtung tätig waren, während

konservativ eingestellte Chefärzte häufiger als bei Normalverteilung erwartet an konfessionell katholisch ausgerichteten Krankenhäusern beschäftigt waren. Diese Feststellung relativiert den Erklärungswert des von ihm konstatierten Zusammenhanges zwischen der Einstellung des verantwortlichen Chefarztes und dem Verhalten der übrigen Chefärzte bzw. läßt die Frage aufkommen, inwieweit die beiden Ergebnisse nicht eher als tautologisch zu begreifen sind.

Die vom DEUTSCHEN BUNDESTAG beauftragte Sachverständigenkommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB<sup>32)</sup> kam in ihrem Abschlußbericht aus dem Jahre 1980 (KOMMISSIONSBERICHT) zu dem Ergebnis, daß sich die **grundsätzliche Problematik** der Ärzte im Rahmen der gesetzlichen Neuregelung zum einen aus ihrer Verantwortung im Rahmen der Indikationsfeststellung und aus der **Letztverantwortung des abbrechenden Arztes** ergibt. Der Gesetzgeber hat auf einen Kriterienkatalog für die Indikationsfeststellung verzichtet, da die komplexe Wirklichkeit möglicher Not- und Konfliktsituationen eine vollständige Erfassung des Tatbestandes etwa mit Regelbeispielen unmöglich erscheinen läßt. Im Rahmen der Indikationsfeststellung befindet sich daher der Arzt in einem **Normkonflikt**: Ihm ist die Aufgabe der Güterabwägung zwischen dem Recht des ungeborenen Lebens und der Bedrohung der Gesundheit und psychosozialen Befindlichkeit der Mutter zugeschrieben. Insbesondere bei der Feststellung einer **Notlagenindikation** fürchten die Ärzte, den sicheren Boden medizinisch-diagnostischen Ermitteln verlassen zu müssen.<sup>33)</sup>

Als grundsätzliche **Rahmenbedingungen der Indikationsfeststellung** werden im KOMMISSIONSBERICHT (1980) folgende Merkmale genannt:

- die Kompetenz des indikationsfeststellenden Arztes;
- die sozialen Merkmale der Frau (besonders ihre Fähigkeit, das Problem darzustellen);
- die Art der Beziehung zwischen Frau und Arzt;
- die Akzeptabilität der gestellten Indikation durch den abbrechenden Arzt;
- die Normen und ethischen Vorstellungen innerhalb der Ärzteschaft

sowie

- die Palette der zur Verfügung stehenden Indikationen.<sup>34)</sup>

Eine 1984 in Amerika durchgeführte Untersuchung (WEISMAN u.a. 1986) beschäftigte sich mit **geschlechtsspezifischen Einstellungsunterschieden von Gynäkologen und Gynäkologinnen** im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch und seine Durchführung.<sup>35)</sup> Die von WEISMAN u.a. (1986) ermittelten Einstellungsunterschiede, denen zufolge Frauen eine liberalere Haltung einnahmen als Männer, relativierten sich nach der Durchführung multivariater Rechenoperationen.<sup>36)</sup> Hierbei ergaben sich als stärkste Einflußfaktoren für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch Religionszugehörigkeit und Religiosität. Die Studie kommt daher zu dem Schluß, daß die **Einstellung** der befragten Gynäkologen und Gynäkologinnen **primär eine Funktion religiöser Werte** zu sein scheint.<sup>37)</sup>

In ihrer Analyse gehen WEISMAN u.a. (1986) außerdem der Frage nach, welche Faktoren für die **Durchführung von Abbrüchen** relevant sind. Ob ein Gynäkologe oder eine Gynäkologin Schwangerschaftsabbrüche durchführt hängt ihren Ergebnissen zufolge von **drei Faktoren** ab:

- dem **Ausmaß der ethischen Bedenken** (Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch);
- von der Tatsache, ob in dem **Krankenhaus**, in dem der Arzt oder die Ärztin arbeitet, Abbrüche durchgeführt werden;
- von der **Verfügbarkeit staatlicher Hilfen** für den Schwangerschaftsabbruch, d.h. ob in dem jeweiligen amerikanischen Bundesstaat, in dem der Arzt arbeitet, der Schwangerschaftsabbruch in irgendeiner Form finanziell unterstützt wurde.<sup>38)</sup>

Demnach steht zwar das **Ausmaß der ethischen Bedenken** als stärkster Prädiktor oder Faktor für das konkrete Verhalten an erster Stelle, jedoch gilt es zu bedenken, daß die anderen beiden gefundenen Faktoren eventuell, wenn man sie als **"circumstances"** zusammenfaßt, den Ausschlag geben.

### 3.4 Zusammenfassung

Empirische Untersuchungen zum Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung zielen vor allem auf die Situation der ungewollt schwangeren Frau und ihre Motive oder beschäftigen sich mit der Meinung der Bevölkerung zum Thema. **Nur wenige** Studien thematisieren die Position des Arztes und die damit verbundene Problematik.

Aktuelle Meinungsumfragen konstatieren ein **verstärktes Problembewußtsein der Bevölkerung** im Vergleich zur Situation zu Beginn der 80er Jahre. Insbesondere Fälle der Notlagenindikation wie z.B. gefährdete Ausbildung, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit oder instabile Partnerbeziehung werden heute restriktiver beurteilt als vor fünf Jahren. Im selben Zeitraum zeigte sich eine leicht steigende Tendenz in der Bevölkerung bezüglich der **Akzeptanz des reformierten § 218 StGB**. Das Indikationenmodell wird inzwischen von 2/3 der Bevölkerung befürwortet, nur noch 1/5 der Befragten plädieren für eine Fristenlösung (INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 1988).

**Übereinstimmend** kommen verschiedene Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß vor allem der **Konfessionszugehörigkeit** und **Kirchenbindung** sowie dem **Alter** der Befragten Einfluß bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zukommt. Außerdem sind soziodemographische Variablen, die eine bestimmte **Problemnähe** bedingen wie Geschlecht, Kinderzahl, Familienstand und soziale Schicht in dieser Hinsicht bedeutsam.

**Frauen** mit Problemnähe (d.h. Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen oder vor kurzem schwanger waren) haben eine **andere Einstellung** zum § 218 StGB als die Gesamtheit der Bevölkerung. Dies ergab eine aktuelle Studie zum Thema (HOLZHAUER 1989). Solcherart betroffene Frauen plädieren zu 2/3 für eine Fristenlösung, und nur knapp 1/3 befürwortet das Indikationenmodell.



Übereinstimmend stellen die meisten Studien zur Situation der Frau fest, daß in der Regel eine **Vielzahl von Faktoren und Motiven** für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch verantwortlich ist, wobei die einzelnen Schwerpunkte je nach Untersuchung verschieden gesetzt werden. Neben der **antizipierten Sicherheit** für die Zukunft mit dem Kind kommt dabei vor allem der **Partnerbeziehung** und den **finanziellen Lebensumständen** Bedeutung zu. Des weiteren haben allgemeine Wertvorstellungen sowie die Orientierung an **weiblichen Rollenkonzepten** (Mutterrolle) Einfluß auf die Entscheidung der Frau.

Nach den Ergebnissen der **einzigsten** bislang vorliegenden repräsentativen Ärztebefragung zur Problematik des reformierten § 218 StGB wird das Indikationenmodell und besonders die Rolle des Arztes in diesem Zusammenhang von den befragten Medizinerinnen negativ beurteilt. Insbesondere die **Notlagenindikation** wird von ärztlicher Seite als problematisch eingeschätzt, weil sie die Mediziner dazu zwingt, den sicheren Boden medizinisch-diagnostischen Ermitteln zu verlassen und subjektive - jederzeit anzweifelbare - 'Ermessensentscheidungen' zu treffen. Der Arzt befindet sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung in einem besonderen **Normkonflikt**, da er die Güterabwägung zwischen dem Recht des ungeborenen Lebens und der Bedrohung der Gesundheit und psychosozialen Befindlichkeit der Mutter mitzuverantworten hat.

Wesentliche **Rahmenbedingungen der Indikationsfeststellung** sind nach Ergebnissen der Sachverständigenkommission des Deutschen Bundestages zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB (KOMMISSIONSBERICHT 1980) neben der Kompetenz des Arztes und den sozialen Merkmalen der Frau die **Normen und ethischen Vorstellungen innerhalb der Ärzteschaft** sowie die Akzeptanz der gestellten Indikation durch den jeweiligen Arzt.

Als **Einflußfaktoren** für die **ärztliche Einstellung** zum Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung wurden in bundesdeutschen Untersuchungen die **Konfessionsart** und das **Alter** ermittelt. Die vorliegenden Untersuchungen sind jedoch nicht repräsentativ bzw. **vernachlässigen wesentliche potentielle Einflußfaktoren** wie

z.B. Geschlecht, Anstellungsart oder Konfessionszugehörigkeit. Diese Variablen konnten auch in der einzigen Repräsentativbefragung gynäkologischer Chefärzte (RAHMSDORF 1980) nicht berücksichtigt werden, weil die Zielgruppe 'Chefärzte' dies nicht ermöglichte. Gynäkologische Chefärzte sind zwangsläufig ausschließlich Kliniker, gehörten in der vorliegenden Studie fast alle einer Konfession an und waren bis auf wenige Ausnahmen Männer.

Nach den Ergebnissen einer amerikanischen Untersuchung (WEISMAN u.a. 1986), die ebenfalls zu dem Schluß kam, daß die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch primär eine Funktion religiöser Werte sei, wird das **ärztliche Verhalten** vor allem durch das **Ausmaß ethischer Bedenken** sowie durch die 'circumstances', d.h. die konkreten **Bedingungen**, unter denen Abbrüche durchgeführt werden können, beeinflusst.

### Anmerkungen zu III 3

- 1) Auch ist die Veröffentlichung der Ergebnisse sowie die Beschreibung der verwendeten Methode oft unzureichend. Z.B. wurde als Ergebnis einer nicht näher spezifizierten Meinungsumfrage von Buschmann (1984) angegeben, daß sich 28% für eine Liberalisierung des § 218 StGB und 10% für eine Verschärfung aussprechen würden. Aus diesen Verteilungen wird der Schluß gezogen, daß die Indikationslösung bei der Bevölkerung in hohem Maße Akzeptanz finden würde. Ebenso ermittelten Däubler-Gmelin/Färber-Husemann (1987, S.14), daß 75% der Bevölkerung die geltenden Vorschriften des § 218 StGB für richtig, notwendig oder wenigstens akzeptabel halten würden. Andererseits führt Schwarzer (1986, S.11) eine Umfrage an, derzufolge 69% befürworteten, daß die Frau selbst die Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch zu treffen habe.
- 2) Die Untersuchung wurde im ersten Halbjahr 1988 durchgeführt.
- 3) Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach 1988, S.11.
- 4) Siehe auch Lepsius/Scheuch/Ziegler: Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften; ALLBUS 1982. Die Daten sind über das Zentralarchiv für empirische Sozialforschung der Universität Köln zugänglich.
- 5) Vgl. Bora/Liebl 1986, S.14.
- 6) Wie z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinderzahl, Stadt und Land, vgl. ebenda, S.36.
- 7) Vgl. Institut für Kirchliche Sozialforschung 1984, S.25/26.
- 8) Zu den Ergebnissen vgl. Zundel u.a. 1982, S.233-237.
- 9) Die Untersuchung von Holzauer 1989 wurde ebenso wie die vorliegende Arbeit im Rahmen eines breit angelegten interdisziplinären Forschungsprojekts des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg zum Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung durchgeführt.
- 10) Das dargestellte Bedingungsgefüge der Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft wurde von Holzauer 1989 als Ergebnis einer Pfadanalyse ermittelt. Zu den genauen statistischen Kennwerten der ermittelten Zusammenhänge vgl. ebenda, S.252 f.
- 11) Siehe hierzu Wimmer-Puchinger 1983, S.59.
- 12) Vgl. Oeter/Nohke 1982, S.40 f. Auch in den Untersuchungen von Klein (1983, S.30), Junior (1982, S.117) und Friedrich (1980, S.607) standen finanzielle Gründe und eine unzureichende ökonomische Situation an erster Stelle der Motive zum Schwangerschaftsabbruch.

- 13) Vgl. v. Troschke u.a. (1982, S.47) sowie ausführlich zu diesem Bereich Holzhauser 1989, S.64-109 mit weiteren Verweisen.
- 14) Siehe hierzu Luker 1975, Irons 1978, Adler 1981, Oeter/Wilken 1981.
- 15) Neubauer (1982) untersuchte eine Stichprobe von gegenwärtig nicht schwangeren Frauen. Zum Einfluß der geschlechtsspezifischen Rollenorientierung vgl. ebenda, S.120.
- 16) Zu diesem zunächst paradox erscheinenden Fazit kommen auch Oeter/Wilken 1981: Frauen, die effektiv verhüten, treiben eher ab; vgl. ebenda, S.26.
- 17) So vor allem Gilligan 1984, siehe auch Smetana 1982 und Belenky/Gilligan 1983.
- 18) Vgl. Kohlberg 1974.
- 19) Vgl. Gilligan 1984, S.202.
- 20) Gilligans Entwurf des Entwicklungsmodells der Fürsorge-Moral bezieht sich auf wiederholte Befragungen von 29 Frauen, die mit der Entscheidung umgehen mußten, eine Schwangerschaft abzubrechen oder das Kind auszutragen. Wesentliche Variablen wie z.B. Religion oder Schicht wurden in der Studie nicht berücksichtigt. Auch wurde kein Vergleich mit einer männlichen Stichprobe durchgeführt. Zur Kritik an Gilligans Konzept siehe Althof/Garz 1988 sowie Häußler/Holzhauser 1988b.
- 21) Daß dieses Argument gerade von feministischer Seite wieder in die Debatte gebracht wird und dort auch viel Beifall erhält, ist mehr als unverständlich.
- 22) Vgl. Merz 1979, Menne/Mörsch 1980, Jürgensen 1983, Goebel 1984.
- 23) Siehe hierzu Adler 1981, S.58; Wimmer-Puchinger 1983, S.44 f. sowie Gerrard 1977.
- 24) Siehe hierzu die Literaturübersichten von Buck 1976 und Hoch 1977 über internationale Studien zur Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs sowie die Arbeiten von Petersen 1977, 1985, 1986, Simon 1986 sowie Barnett u.a. 1986. Ausführlicher zum Thema mit weiteren Literaturverweisen siehe Holzhauser 1989, S.105-109.
- 25) Speziell mit der **Situation des Arztes** beschäftigt sich vor der Reform des § 218 StGB **keine Studie**. Vielmehr galt zu diesem Zeitpunkt das wissenschaftliche Interesse den Problemen und der Lage der **schwangeren Frau**. Dies wird auch in der von Siebel u.a. (1971) in den Jahren 1967/68 durchgeführten ersten Arztebefragung deutlich. Die gestellten Fragen beziehen sich nicht auf Verhalten und Meinung der Ärzte, sondern auf deren Erfahrungen mit den ungewollt schwangeren Frauen.

- 26) Wille (1974) verschickte einen anonymen Fragebogen mit Einstellungsfragen zum Schwangerschaftsabbruch und zur gynäkologischen Erfahrung. Er erzielte eine Antwortquote von 60% - speziell für die Gruppe der Frauenärzte sogar 80% - und befragte somit insgesamt 2.783 Ärzte.
- 27) Die Studie war als psychologische Exploration angelegt und wandte sich an 30 Ärzte (darunter 24 Gynäkologen), wobei eine Exploration ca. zwei Stunden dauerte. Selektionskriterien für die Auswahl der Ärzte war die Fachrichtung: Es wurden Gynäkologen und Allgemeinpraktiker befragt; die Niederlassungsart bzw. der Standort der Klinik; die Feldarbeit wurde im Einzugsgebiet von Modellberatungsstellen durchgeführt und in Kooperation mit den Beratungsstellen. Die Feldarbeit fand im Herbst 1976 im Einzugsbereich von Modellberatungsstellen im gesamten Bundesgebiet statt. Die Befragungen wurden von Psychologen durchgeführt, die in den Methoden der psychologischen Exploration (Tiefeninterviews) speziell ausgebildet wurden.
- 28) Dies waren 67 Gynäkologen, 27 Allgemeinärzte, 13 Klinikärzte und 13 Amtsärzte. Vgl. Knöferl u.a. 1978, Blatt IX.
- 29) Rahmsdorf 1980, S.111.
- 30) Ebenda, S.112.
- 31) Drews 1982, S.51.
- 32) Die im Kommissionsbericht 1980 dargelegten Sachverhalte stützen sich u.a. auf die Untersuchungen von Knöferl u.a. 1976, 1978; vgl. auch Knöferl u.a. 1981.
- 33) Vgl. Kommissionsbericht 1980, S.82.
- 34) Ebenda, S.77.
- 35) Die Untersuchung wurde mit 1.420 praktizierenden Frauenärzten/innen durchgeführt, wobei eine systematische Zufallsstichprobe gezogen wurde, so daß Frauen und Männer in annähernd gleichem Maße erfaßt wurden. Auswahlkriterium für die Stichprobe war, daß die Gynäkologen und Gynäkologinnen zwischen 1974 und 1979 Examen gemacht hatten und inzwischen berufstätig waren. Dahinter stand der Gedanke, daß dies der Zeitraum war, in dem der Frauenanteil in diesem Beruf am meisten gestiegen war und feministisches Gedankengut bezüglich der Abtreibung propagiert wurde. Die Ärzte und Ärztinnen waren zum Zeitraum der Untersuchung im Durchschnitt ca. drei Jahre berufstätig, vgl. Weisman u.a. 1986, S.68.

- 36) Die Prädiktoren für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wurden anhand einer multiplen Regressionsanalyse ermittelt. Abschließend geben Weisman u.a. 1986 zu bedenken, daß die Studie Ärzte umfaßt, die zu einer Zeit studierten, als feministisches Gedankengut ein Motiv war, Gynäkologin zu werden; sie sind daher der Ansicht, daß die beobachteten Geschlechtsunterschiede nicht aussagekräftig für die Zukunft seien.
- 37) Weisman u.a. 1986, S.69.
- 38) Ebenda, S.72. Die Prädiktoren für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wurden von Weisman u.a. (1986) wiederum als Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse ermittelt.

#### 4. Entwicklung der Untersuchungshypothesen

Eine soziologische Betrachtung des Schwangerschaftsabbruchs bedeutet immer die Analyse eines **sozialen Phänomens**, das sich in der Interaktion handelnder Personen konstituiert. Diese agieren unter bestimmten sozialen Bedingungen und orientieren sich an Normen. Eine soziologische Analyse des "fait social" Schwangerschaftsabbruch muß sich daher auf die konkreten sozialen Bedingungen sowie auf die für das individuelle Handeln relevanten Normen beziehen. Nach SIEBEL (1971) werden Einstellung und Verhalten beim Schwangerschaftsabbruch durch die **individuell relevanten sozialen Bezugssysteme** geprägt. Eine Untersuchung, die sich mit Einstellung und Verhalten von Gynäkologen in diesem Zusammenhang beschäftigt, muß daher die für Ärzte relevanten Bezugssysteme berücksichtigen.

**Wesentlichste Bezugsgruppe der Ärzteschaft** ist die eigene Berufsgruppe mit ihren spezifischen "professionellen" Werten. Ist es doch gerade ein Merkmal klassischer Professionen – als deren Prototyp die Medizin in der Soziologie gemeinhin gilt –, daß sie ein eigenes **professionelles Ich-Ideal** schaffen, das von der jeweiligen Berufsgruppe nach zunfteigenen Normen aufgebaut wird (GOODE 1972). Diese identitätsprägende Funktion der Professionen gilt in besonderem Maße für den Beruf des Arztes (LUCKMANN/SPRONDEL 1972). Zentraler Wert der professionellen Arzt-Identität ist die Erhaltung und Wiederherstellung von "Gesundheit" (RÜSCHEMEYER 1972) sowie die Erhaltung und Förderung von Leben schlechthin (LAU 1983). Mit dem Hippokratischen Eid sind diese "Grundwerte" tief im traditionellen ärztlichen Selbstverständnis verankert (CHRISTOPH 1975; POETTGEN 1981).

Wir können daher von einem grundsätzlichen **Konflikt** zwischen dem beruflichen Selbstverständnis des Ärztstandes und dem geltenden Recht ausgehen. Dies um so mehr, als einerseits der Hippokratische Eid ausdrücklich die Beendigung menschlichen Lebens durch den Arzt verbietet (STOLL 1980, MAYER 1980) und andererseits die Verweigerung von Hilfe für eine bedrängte Frau ebenfalls gegen die ärztliche Berufsethik verstößt (v. TROSCHKE u.a. 1982, POETTGEN

1982). Bei jeder Indikationsfeststellung (Entsprechendes gilt erst recht für die Indikationsbestätigung durch den Abbrucharzt) erfährt dieser Normkonflikt eine "einmalige Zuspitzung", die eine besondere Herausforderung an das ärztliche Gewissen darstellt (POETTGEN 1981).

Aus kriminologischer Sicht stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die Sanktionsnormen der reformierten §§ 218 ff. StGB auf die damit befaßten Ärzte haben bzw. welche Bedeutung der im Gesetz verankerten **Sanktionsdrohung** für das ärztliche Verhalten zukommt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, daß die vom einzelnen wahrgenommene Sanktionsdrohung nicht unbedingt das Wissen um den objektiven Strafraum, sondern eher die subjektive Einschätzung der sozialen Bewertung des zugrundeliegenden Verhaltens wiedergibt (WILLIAMS/ERICKSON 1981). Was als soziale Bewertung wahrgenommen wird, scheint sich im allgemeinen stärker an den "significant others" als an den Leitgedanken des Strafrechts zu orientieren. Der Sanktionsdrohung auf **informeller** Ebene kommt in der Regel stärkere Verhaltensrelevanz zu als der Androhung von staatlicher Strafe (BEYLEVELD 1980). Für die Profession der Ärzte muß daher neben der formalen staatlichen Sanktionsdrohung auch die mögliche informelle Sanktionierung oder Stigmatisierung durch Berufskollegen berücksichtigt werden.

Ausgehend von der Ebene der **strafrechtlichen Sanktionierung**, ist ein Schwangerschaftsabbruch als 'kriminell' oder 'illegal' zu bewerten, wenn dabei gegen bestehende Verfahrensnormen verstoßen wird. Bei der Einordnung eines Schwangerschaftsabbruchs als 'abweichendes Verhalten' kommt demnach der **Normkenntnis** bzw. dem Normverständnis und der **Normakzeptanz** der handelnden Person zentrale Bedeutung zu.

Verschiedene empirische Untersuchungen zum Schwangerschaftsabbruch kamen zu dem Ergebnis, daß vor allem **Art und Ausmaß der konfessionellen Bindung** sowie das **Alter** der Befragten die jeweilige Einstellung zum Thema beeinflussen (INSTITUT FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG 1984, BORA/LIEBL 1986). Des weiteren sind



soziodemographische Variablen, die eine **Problemnähe** zum Thema bedingen, wie Geschlecht, Kinderzahl, Familienstand und soziale Schicht in diesem Zusammenhang von Bedeutung (ZUNDEL u.a. 1982).

Studien, die sich speziell mit der **Situation des Arztes** im Hinblick auf die reformierten Tatbestände der §§ 218 f. StGB befaßten, kamen zu dem Ergebnis, daß das Indikationenmodell und die damit verbundene Position des Arztes im Abbruchgeschehen von Medizinern als konflikthaft beurteilt wird (KOMMISSIONSBERICHT 1980, RAHMSDORF 1980). Insbesondere im Zusammenhang mit einer **Notlagenindikation** sehen sich die Ärzte einem besonderen Normkonflikt mit berufsethischen Grundsätzen ausgesetzt (KNÖFERL u.a. 1976, 1978, 1981). Neben **Konfessionsart** und **Alter** (WILLE 1974) sind für den Umgang von Ärzten mit einem Schwangerschaftsabbruch daher auch **Normen und Werte der Profession** sowie die **individuelle Akzeptanz einzelner Konfessionsarten** (KOMMISSIONSBERICHT 1980) von Bedeutung.

Den Ergebnissen einer amerikanischen Studie zufolge sind für das faktische Verhalten von **Gynäkologen** im Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch neben dem **Ausmaß ethischer Bedenken** vor allem die 'circumstances', d.h. die **Bedingungen**, unter denen Abbrüche durchgeführt werden können, relevant (WEISMAN u.a. 1986).

Außerdem wird die Einstellung einer Person zum Thema Schwangerschaftsabbruch und der dazugehörigen Gesetzesregelung immer auch durch **eigene Erfahrungen** mit dieser Problematik geprägt (vgl. ZUNDEL u.a. 1982). So ist es sicherlich von Bedeutung, wie oft ein Arzt in seinem Berufsfeld bereits mit dieser Thematik konfrontiert wurde, um welche speziellen Fälle es sich dabei handelte und wie oft bzw. ob überhaupt er in seiner privaten Sphäre gezwungen war, sich mit dem Problem Schwangerschaftsabbruch auseinanderzusetzen (HEISING 1977). Nach den Ergebnissen von ZUNDEL u.a. (1982) ist in diesem Zusammenhang eine eindeutige Tendenz erkennbar, nur solche Gründe und Haltungen zu akzeptieren, die die eigene Entscheidungsalternative legitimieren helfen.

Ausgehend von diesen Überlegungen sowie der einschlägigen Literatur lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

**A) Die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird vor allem durch die Werte und Normen der sozialen Bezugsgruppe geprägt.**

1. Wesentlichste soziale Bezugsgruppe der Ärzteschaft ist die eigene Berufsgruppe mit ihren spezifischen professionellen Werten.
2. Im professionellen ärztlichen Selbstverständnis kommt dem Auftrag, Leben zu schützen, besondere Bedeutung zu. Dieser Auftrag wird von Ärzten im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch als konflikthaft erlebt.
3. Art und Ausmaß dieses Konflikts sind bei den einzelnen gesetzlich vorgegebenen Indikationen unterschiedlich. Am stärksten mit Konflikten beladen ist für Ärzte die allgemeine Notlagenindikation.

**B) Das faktische Verhalten des Arztes ist abhängig vom Ausmaß der wahrgenommenen Sanktionsdrohung und den professionellen Arbeitsbedingungen.**

1. Es gibt zwei Ebenen der Sanktionierung für das ärztliche Verhalten: die staatliche Strafe und die informelle Sanktionierung durch die soziale Bezugsgruppe. Der informellen Sanktionsdrohung kommt größere Verhaltensrelevanz zu.
2. Die wichtigste soziale Bezugsgruppe des Arztes ist die Profession. Die vom Arzt wahrgenommene informelle Sanktionsdrohung ist daher die potentielle Stigmatisierung durch Berufskollegen.
3. Ob ein Arzt Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellt oder Abbrüche durchführt, wird davon beeinflusst,

ob er in einer Klinik arbeitet oder als niedergelassener Arzt tätig ist.

- C) Alter, Geschlecht, Konfession und soziogeographische Herkunft wirken als soziodemographische Variablen auf alle Bereiche.**

## IV. METHODISCHES VORGEHEN

### 1. Befragungsmethode und Erhebungsinstrument

#### 1.1 Befragungsmethode

##### - Stichprobe

Im Rahmen der Untersuchung wurden Gynäkologinnen und Gynäkologen über ihre Einstellung und ihr Verhalten im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung mündlich befragt. Die Befragung wurde 1986 durchgeführt und bezog sich ausschließlich auf **berufstätige Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg**. Diese beiden Bundesländer waren ausgewählt worden, weil sie sich hinsichtlich der Richtlinien und Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs unterscheiden.<sup>1)</sup> Im Gegensatz zu vergleichbaren früheren Untersuchungen wurden nicht nur **klinisch arbeitende** Gynäkologen, sondern auch **niedergelassene Frauenärzte** erfaßt. Insgesamt haben **406 Gynäkologen/innen** an unserer Studie teilgenommen. Dies entspricht einem Anteil von 20,5% der Grundgesamtheit aller berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg.<sup>2)</sup>

Die Datenerhebung fand in Form von **strukturierten teilstandardisierten Interviews** statt. Diese Methode wurde in allen vergleichbaren empirischen Untersuchungen zum Thema verwendet.<sup>3)</sup> Trotz des hohen zeitlichen und finanziellen Aufwandes, den die Methode des Interviews bedingt, erschien dieses Verfahren - in Anbetracht der Tatsache, daß die Berufsgruppe der Ärzte in der Regel mit schriftlichen Befragungen und Formularen verschiedenster Provenienz überschwemmt wird - als einzige Möglichkeit, sowohl einen angemessenen Rücklauf zu erhalten als auch die Befragungssituation kontrollieren zu können.

Die Methode der **mündlichen Befragung** gilt in der Regel nicht als adäquates Verfahren zur Erhebung von tatsächlichem Verhalten.<sup>4)</sup> Dennoch mußte in unserem speziellen Fall auf diese Erhebungsmethode zurückgegriffen werden: Zum einen entziehen sich die uns interessierenden Situationen jeglicher direkter Beobachtung bzw. sozialwissenschaftlicher Kontrollmethoden, zum anderen ist bei dem Verfahren der schriftlichen Befragung ein sehr geringer Rücklauf zu

erwarten, und es besteht ebenso wenig Gewißheit, daß faktisches Verhalten erfaßt wird.<sup>5)</sup> Demgegenüber bietet die Methode der mündlichen Befragung den **Vorteil**, daß die Antwortbereitschaft durch die Präsenz der Interviewer beeinflusst bzw. erhöht werden kann und durch spezielle Fragetechniken auf die Unterschiede zwischen Einstellung und faktischem Verhalten eingegangen werden kann. Diesem Umstand mußte sowohl bei der Schulung der Interviewer<sup>6)</sup> als auch bei der Konstruktion des Interviewleitfadens<sup>7)</sup> besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die Durchführung der Interviews wurde von **männlichen Interviewern** übernommen. Dieses Verfahren erschien insofern notwendig, als die Befragungssituation möglichst **nicht** an die Interaktion zwischen abbruchwilliger Frau und Indikations- oder Abbruchsarzt erinnern sollte, um die Ergebnisse nicht unnötig zu verzerren. Alle vergleichbaren Untersuchungen wurden ebenfalls von männlichen Interviewern durchgeführt.<sup>8)</sup> Die Sekundärauswertung von zwei in Wien durchgeführten Bevölkerungsumfragen zum Thema "Recht und abweichendes Verhalten" kam zu dem Ergebnis, daß speziell im Zusammenhang mit Fragen nach der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs von einem **starken Interviewereinfluß** im Hinblick auf das Merkmal "Geschlecht" ausgegangen werden muß.<sup>9)</sup> Daneben haben eigene Erfahrungen mit der Durchführung von Gynäkologeninterviews ergeben, daß der Einsatz von Interviewerinnen einen stark verzerrenden Effekt haben kann bzw. teilweise eine Befragung unmöglich macht.<sup>10)</sup>

## 1.2 Fragebogaufbau

Die Interviews wurden anhand eines **strukturierten teilstandardisierten Interviewleitfadens** durchgeführt, der alle untersuchungsrelevanten Fragekomplexe differenziert nach Einstellung und faktischem Verhalten umfaßte.<sup>11)</sup>

Zu **Beginn** standen zwei Fragen, die den Probanden zunächst allgemein ins Thema einstimmen sollten. Die erste einführende Frage lautete:

**Frage 1:**

"Wie Sie wissen, ist ein Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen bestimmter Indikationen nicht strafbar. Wie ist Ihre Einstellung zu den gesetzlich vorgegebenen Indikationen?"<sup>12)</sup>

Nach dieser ersten Einstimmung in die allgemeine Beurteilung der bestehenden Gesetzesregelung, die im späteren Verlauf des Interviewleitfadens weitaus detaillierter erfaßt wurde, folgte eine weitere **"Warming-up"-Frage**, die auf den ersten großen Fragebereich "Normkenntnis" hinzielte. Sie beschäftigte sich mit der Selbsteinschätzung der Probanden bezüglich ihrer Gesetzeskenntnis:

**Frage 2:**

"Obwohl der reformierte § 218 StGB nun schon 10 Jahre in Kraft ist, gibt es von ärztlicher Seite immer wieder Stimmen, das Gesetz sei nicht eindeutig formuliert und schwer verständlich. Wie beurteilen Sie Ihre Gesetzeskenntnis? Halten sie sich für weniger informiert, nicht in allen Einzelheiten informiert oder für genau informiert?"

Diese beiden eingangs gestellten Fragen wurden - ebenso wie der erste Schwerpunktbereich des Fragebogens, der sich mit der Normkenntnis und Normakzeptanz der Ärzte befaßte - in Anlehnung an die Untersuchung von RAHMSDORF (1980)<sup>13)</sup> formuliert, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

Der **Fragebogaufbau** gliederte sich nach folgenden chronologisch aufgeführten thematischen Bereichen:<sup>14)</sup>

1. **Normkenntnis und Verständnis**, differenziert nach den einzelnen Indikationsbereichen (Fragen 2-13);
2. **Faktische Handhabung des Gesetzes**: Verhalten der Ärzteschaft und Norminterpretation, differenziert nach den möglichen ärztlichen Leistungen im Rahmen des Vorverfahrens zur Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs,

a) Soziale Beratung (Fragen 14-18)

b) Medizinische Beratung (Fragen 22-27)

- c) Indikationsfeststellung (Fragen 30-46, Fragen 49-52)
- d) Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (Fragen 53-69);

3. **Sanktionswissen** und Einschätzung des **Sanktionsrisikos** (Fragen 19, 20, 28, 29, 47, 48, 70-73);
4. **Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** und seiner gesetzlichen Regelung (Fragen 21, 77-82, 1);
5. Bedeutung des **professionellen Systems**: Ärztliches Selbstbild und Einfluß von Berufskollegen (Fragen 74, 75, 85-91, 94-97);
6. **Persönliche Erfahrungen** im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch und **politische Orientierung** (Fragen 83, 84, 92, 93);
7. **Soziodemographische Merkmale** (Fragen 98-105);
8. **Daten zum Interview** (Fragen 106-113).

Die ausführliche Fragegestaltung kann dem Fragebogen im Anhang entnommen werden.

Die Variablenbereiche "Normkenntnis" und "Einstellung" sowie das Verhalten der Gynäkologen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch und § 218 StGB wurden je **differenziert** für die möglichen ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen eines legalen Schwangerschaftsabbruchs erfaßt. Das folgende Schaubild verdeutlicht diese **Struktur des Erhebungsinstruments**:

## Schaubild 8: Struktur des Interviewleitfadens

### Zentrale Themenkomplexe des Interviewleitfadens

- Normkenntnis
- Einstellung
- Verhalten
- Professionelle Orientierung
- Soziodemographische Merkmale

differenziert nach

### Mögliche ärztliche Aufgaben bei einem legalen Schwangerschaftsabbruch

Soziale Beratung

Medizinische Beratung

Indikationsfeststellung

Schwangerschaftsabbruch

Medizinische Indikation

Eugenische Indikation

Kriminologische Indikation

Notlagenindikation

Der Frageleitfaden umfaßte insgesamt 113 Fragen, von denen 105 dem **Probanden vorgelesen** wurden. Die restlichen 8 Fragebereiche, die sich mit allgemeinen Daten zum Interview befaßten, mußten vom Interviewer im Anschluß an das Gespräch ausgefüllt werden. Der größte Teil der Fragen wurde so formuliert, daß entweder mit JA oder NEIN geantwortet werden konnte oder im Leitfaden **standardisierte Kategorien vorgegeben** werden konnten, die - für den Probanden nicht sichtbar - vom Interviewer angekreuzt werden mußten.

Durchweg standardisiert vorgegeben und vom Probanden selbst auszufüllen waren 7 Beiblätter, die während des Interviews zu verschiedenen Fragen ausgegeben wurden. Neben einem Beiblatt zur bereits erwähnten Eingangsfrage<sup>15)</sup> wurden den Probanden im Verlauf des Gesprächs weitere 6 Beiblätter vorgelegt, die sie selbst ausfüllen mußten. Es handelte sich dabei um die Bewertung von Modellfällen zur Notlagenindikation, zwei Einstellungsskalen und Fragen nach dem professionellen ärztlichen Selbstverständnis.<sup>16)</sup>



Bei zwei Fragen wurden vom Interviewer **standardisierte Antwortvorgaben** vorgelesen. Neben der bereits erwähnten Eingangsfrage (Frage 2) zur Selbsteinschätzung der Gesetzeskenntnis handelte es sich dabei um die Frage nach der Qualifikation für die soziale Beratung nach § 218b (Frage 15).

**Offene Fragestellungen** ohne standardisierte oder kategorisierte Antwortvorgaben waren insgesamt 15mal vertreten. Hierbei waren die Interviewer aufgefordert, die jeweilige Antwort des Probanden **stichwortartig zu notieren.**<sup>17)</sup> Außerdem waren die Interviewer angewiesen, auch bei allen anderen Fragen diejenigen Antworten, die nicht in die vorgegebenen Kategorien eingeordnet werden konnten, stichwortartig unter der Kategorie "**Sonstiges**" zu vermerken. Die Auswertung der offenen Fragen sowie der Kategorien "**Sonstiges**" erforderte ein aufwendiges gesondertes Auswertungsverfahren.<sup>18)</sup>

In einem besonders aufwendigen qualitativen Verfahren wurden **Fallbeispiele** zu den einzelnen gesetzlich vorgegebenen **Indikationen** ermittelt. Hierbei wurden die Probanden aufgefordert, **den letzten Fall** einer medizinischen (Frage 35), einer eugenischen (Frage 38), einer kriminologischen (Frage 41) und einer Notlagenindikation (Frage 44) zu erzählen, an den sie sich erinnerten. Die dabei ermittelten Fallgeschichten wurden von den Interviewern ebenfalls in Stichworten notiert. Die Auswertung dieses Interviewbereichs wurde gemeinsam mit einem juristischen Expertenteam durchgeführt und nimmt ein eigenes Kapitel dieser Arbeit ein.<sup>19)</sup>

### 1.3 Operationalisierung der Variablen

Die aufgeführten thematischen Schwerpunkte des Frageleitfadens wurden als zu überprüfende Variablenbereiche in Anlehnung an die in Kapitel III 4 formulierten Hypothesen entwickelt. Entsprechend der unterschiedlichen Fragestellungen, die sich insbesondere bei der Ermittlung von "Einstellungen" und "faktischem Verhalten" bzw. dem Verhältnis der beiden ergeben, wurden unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur sowie vergleichbarer Untersuchungen je

verschiedene **quantitativ und qualitativ orientierte Fragetechniken** und Verfahren verwendet, um dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand gerecht zu werden. Im folgenden wird die Operationalisierung der einzelnen Variablen für jeden Teilbereich gesondert erläutert.

**Normkenntnis und Verständnis** der Gynäkologen, differenziert nach den verschiedenen Indikationsbereichen des § 218 StGB, wurden in Anlehnung an das Vorgehen von RAHMSDORF (1980), der eine Befragung gynäkologischer Chefärzte durchgeführt hat, ermittelt. Sie umfaßte detaillierte Fragen zum formalen und inhaltlichen Verständnis der gesetzlich vorgegebenen Indikationsbereiche.<sup>20)</sup>

Das konkrete inhaltliche **Normverständnis** für den Bereich der **Notlagenindikation** wurde zusätzlich in Anlehnung an die Ärztebefragung von WILLE (1974), die vor der Reform des § 218 StGB durchgeführt wurde,<sup>21)</sup> durch die Vorlage und Beurteilung fiktiver Fälle erfaßt. Hierbei mußten die Probanden für jeden von **fünf vorgegebenen Modellfällen** selbst ankreuzen,<sup>22)</sup> ob die aufgeführten Gründe nach ihrem Verständnis "ausreichend" oder "nicht ausreichend" für eine Notlagenindikation seien. Der Vergleich der diesbezüglich ermittelten Daten mit den Ergebnissen einer Studie, die mehr als 10 Jahre früher und zudem vor der Reform des § 218 StGB durchgeführt wurde,<sup>23)</sup> sollte Rückschlüsse auf einen eventuellen Wandel im ärztlichen Normverständnis bezüglich der umstrittenen Notlagenindikation erlauben.

Die Erfassung **ärztlichen Verhaltens** im Zusammenhang mit der Durchführung eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs beanspruchte den Hauptteil des Interviewleitfadens.<sup>24)</sup> Die Fragebereiche wurden entsprechend den möglichen ärztlichen Leistungen im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Verfahrens zum Schwangerschaftsabbruch und bei der Durchführung des Eingriffs untergliedert. Sie wurden in der Reihenfolge des vorgesehenen Verfahrenswegs nach § 218 StGB abgefragt: Soziale Beratung, medizinische Beratung, Indikationsfeststellung und Schwangerschaftsabbruch. Fragen nach dem **Sanktionswissen** und der Einschätzung des **Sanktionsrisikos** wurden jeweils am Ende der einzelnen Fragebereiche eingefügt.

Die **Formulierung der Fragen** nach dem Sanktionswissen (insbesondere die Antwortvorgaben) basierte ebenso wie die Fragen zum Verfahrensweg und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs maßgeblich auf **Erfahrungen**, die im Rahmen des **Pre-Tests**<sup>25)</sup> gemacht worden waren, sowie auf intensiven **Diskussionen** mit dem **wissenschaftlichen Beirat** des Max-Planck-Instituts, der die Entwicklung des Befragungsinstrumentes aufmerksam begleitete und wertvolle Anregungen gab. Im Gegensatz zu anderen Fragebereichen konnte bei diesem zentralen Teil des Interviews relativ wenig auf vergleichbare Untersuchungen bzw. einschlägige Literatur zurückgegriffen werden, da viele Themata wie z.B. die medizinische Beratung, das ärztliche Sanktionswissen oder die ärztliche Meinung zur Position des Indikationsarztes **nie zuvor empirisch erfaßt** worden waren. Bei vielen Formulierungen in diesem Bereich wurde daher im Zweifelsfall eine Version gewählt, die sich eng an den Gesetzeswortlaut anlehnte, wobei jedoch auf die umgangssprachliche Verständlichkeit geachtet wurde.<sup>26)</sup>

Neben der Erfassung von Häufigkeit, Inhalt und Dauer der einzelnen Verfahrensschritte wurde im Rahmen der Ermittlung ärztlichen Verhaltens der detaillierten inhaltlichen Beschreibung der **Indikationsfeststellung** breiten Raum gegeben. Sie bildete im Verlauf des Interviews das Kernstück bzw. den Mittelteil der Befragung (Fragen 30-46 und 49-52). Ebenso wie bei den Fragen zu Normkenntnis und Normverständnis wurde **jeder einzelne Indikationsbereich gesondert** abgefragt. Im Rahmen dieses Fragebereiches wurden auch die bereits erwähnten **Fallbeispiele**<sup>27)</sup> aus der Praxis der Gynäkologen ermittelt. Mit der Aufforderung, den **letzten** Fall einer in der Praxis erlebten Indikationsfeststellung zu jedem Indikationsbereich<sup>28)</sup> zu schildern, sollte der Gefahr begegnet werden, daß die Probanden ein beliebiges, möglicherweise idealtypisch imaginiertes Fallbeispiel konstruieren. Die unvorhersehbare Unterschiedlichkeit und Bandbreite der auf diesem Wege ermittelten 752 Fallbeispiele läßt darauf schließen, daß es tatsächlich gelungen ist, die **"erlebte Praxis"** der Gynäkologen zu erfassen.<sup>29)</sup>

Die Fragen zum **Schwangerschaftsabbruch** schlossen den Fragebereich zum ärztlichen Verhalten im Rahmen der §§ 218 f. StGB ab.<sup>30)</sup> Die inhaltliche Ausrichtung und Bandbreite der Fragen orientierte sich u.a. an einschlägigen Untersuchungen<sup>31)</sup> und berücksichtigte rechtspolitisch interessierende Fragen ebenso wie die **Vergleichbarkeit der Ergebnisse** mit der ebenfalls am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg durchgeführten Befragung betroffener Frauen (HOLZHAUER 1989). So wurde z.B. neben der Häufigkeit des Abbruchs und der verwendeten medizinischen Methode die Herkunft der Patientinnen erfragt oder die individuelle Belastung durch einen Schwangerschaftsabbruch. **Empirisches Neuland** thematisierten die Fragen (64-67) zum Verweigerungsrecht. Die Gynäkologen wurden nicht nur gefragt, ob sie schon einmal die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch verweigert hätten, sondern auch, wie oft dies der Fall war bzw. warum das kein Problem für sie darstelle. Außerdem wurde - ebenso wie bei der Indikationsfeststellung - nach dem **letzten Fall einer Verweigerung**, an den sie sich erinnerten, gefragt.

Die **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung** wurde neben der bereits erwähnten<sup>32)</sup> ersten "Warming-up-Frage" zur Einstellung zu den einzelnen Indikationen anhand von zwei **Skalen**<sup>33)</sup> aus anderen Untersuchungen sowie fünf **offenen Fragen** erfaßt. Aus der Untersuchung von HOLZHAUER (1989) stammte die Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch. Diese Skala umfaßte 10 Items mit verschiedenen Bewertungen des Schwangerschaftsabbruchs. Die Items wurden von HOLZHAUER nach Sichtung der einschlägigen Literatur formuliert. Anregungen wurden vor allem den Arbeiten von ZUNDEL (1982) und BÖNITZ (1979) entnommen.<sup>34)</sup> Ebenfalls aus der Untersuchung von ZUNDEL u.a. (1982) stammte die Skala zur Erfassung der Einstellung zur sozialen Beratung nach § 218b StGB.<sup>35)</sup>

Die **offen formulierten Einstellungsfragen** umfaßten neben der Einstellung zum bestehenden Gesetz auch Vorstellungen über alternative Regelungsmodelle. Diese Fragen lauteten:

"Finden Sie, daß die gegenwärtige **gesetzliche** **Regelung** des Schwangerschaftsabbruchs den Interessen der Ärzte gerecht wird?" (Frage 77)

"Welche Kritik am Gesetz haben Sie?" (Frage 78)

"Sollte Ihrer Ansicht nach die geltende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs geändert werden?" (Frage 79)

"Welche Regelung würden Sie befürworten?" (Frage 80)

"Wer sollte Ihrer Ansicht nach die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch übernehmen?" (Frage 81)

Da der ärztlichen Indikationsfeststellung eine zentrale - und umstrittene Bedeutung - im Rahmen des reformierten § 218 StGB zukommt, wurde dieser Fragebereich um einige Fragen zur Bedeutung und **Einschätzung der Rolle des Arztes** in diesem Zusammenhang erweitert. Diese lauteten:

"Finden Sie es richtig, daß nur die Berufsgruppe der Ärzte Indikationen ausstellen darf?" (Frage 49)

"Welche andere Berufsgruppe könnte Ihrer Meinung nach diese Aufgabe übernehmen?" (Frage 50)

"Brauchen die Ärzte zur Indikationsfeststellung Ihrer Meinung nach eine besondere Qualifikation?" (Frage 51)

"An welche Art Qualifikation denken Sie dabei?" (Frage 52)

Die Bedeutung der **Profession** für Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung wurde mit Fragen erfaßt, die auf den informellen Druck bzw. den Einfluß von Standesorganisationen und Berufskollegen zielten sowie auf etwaige empfundene Konflikte mit der ärztlichen Berufsethik.<sup>36)</sup>

Außerdem wurde das **berufliche Selbstverständnis** der befragten Ärzte thematisiert. Hierzu wurden den Probanden drei Beiblätter<sup>37)</sup> vorgelegt, die aus einer Untersuchung über "Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität" von KAUPEN-HAAS (1969) stammen. Das erste Beiblatt hatte die "wichtigste Eigenschaft" für den Arztberuf zum Thema. Die Probanden mußten von vier vorgegebenen Eigenschaften

diejenigen ankreuzen, auf die es ihrer Meinung nach im Arztberuf am meisten ankäme. Das zweite Beiblatt befaßte sich mit der "angemessensten Entschädigung" im Arztberuf. Wiederum mußten von vier vorgegebenen Antwortkategorien eine als wichtigste angegeben werden. Auf dem letzten Beiblatt schließlich waren acht Berufe bzw. Berufsgruppen angegeben, und die Probanden sollten denjenigen Beruf nennen, der dem "Wesen seiner Tätigkeit" nach am ehesten mit dem Arztberuf verglichen werden könne.

Auf die Bedeutung **persönlicher Erfahrungen** mit einem Schwangerschaftsabbruch zielten die Fragen:

"Gab es besondere Ereignisse in Ihrem Leben, die Ihre allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch geprägt haben?" (Frage 83)

"An welche Ereignisse denken Sie dabei?" (Frage 84)

Des weiteren wurde mit zwei Fragen zur Mitgliedschaft in einer politischen Organisation oder einem Verband versucht, die Bedeutung einer individuellen **politischen Orientierung** oder eines diesbezüglichen Engagements zu ermitteln.<sup>38)</sup>

Als **soziodemographische Merkmale** wurden erfaßt:

- Alter
- Familienstand
- Kinderzahl
- Konfessionszugehörigkeit
- Ausmaß der Religiosität
- Staatsangehörigkeit
- Art der Berufstätigkeit
- Einwohnerzahl des Berufsortes.

Abschließend waren die Interviewer aufgefordert, nach Beendigung des Gesprächs folgende **Daten zum Interview** zu erfassen:

- Geschlecht des Probanden
- Dauer des Interviews
- Bundesland
- Kooperationsbereitschaft des Befragten
- Besondere Schwierigkeiten<sup>39)</sup>
- Datum des Interviews.

Das Befragungsinstrument umfaßte insgesamt 324 Variablen, die jedoch nicht für alle Befragten in gleichem Umfang bedeutsam wären. An vielen Stellen des Leitfadens waren "Filter" eingebaut, die ganze Fragebereiche ausklammerten. So waren z.B. alle Fragen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs irrelevant, wenn der betreffende Arzt angab, selbst keine Abbrüche durchzuführen. Diese Ausfälle betrafen alle möglichen ärztlichen Leistungen im Rahmen des Gesetzes, d.h. auch die soziale Beratung, die medizinische Beratung und die Indikationsfeststellung. Entsprechend variierte die Interviewdauer von einer halben Stunde bis zu eineinhalb Stunden, je nachdem, wieviele ärztliche Leistungen im Rahmen der Durchführung eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs der jeweilige Proband erfüllte.

## Anmerkungen zu IV 1

- 1) Vgl. hierzu Kapitel II 2.3 sowie Anhang, S.262.
- 2) Dies sind 1.981 Personen laut Statistik der Bundesärztekammer vom 31.12.1986 (Erhebungsjahr).
- 3) Siehe z.B. Knöferl u.a. 1981, Rahmsdorf 1980 und Drews 1982. Das Interview ist die am häufigsten verwendete Methode in der Soziologie. Darunter wird ein "zielgerichtetes Gespräch" verstanden bzw. exakter definiert: "(...) ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Reaktionen veranlaßt werden soll" (Scheuch 1967, S.138).
- 4) Die Aussagen von Individuen geben eher Auskunft über Einstellungen, Meinungen und Wahrnehmungen und lassen nur bedingte Schlüsse auf Verhalten zu, vgl. z.B. Friedrichs 1981, S.208.
- 5) Vgl. ebenda S.236/237. Zur Problematik schriftlicher Befragungen siehe Hermann/Streng 1986.
- 6) Zur Interviewerschulung siehe Kapitel IV 2.2.
- 7) Zur Konzeption des Frageleitfadens vgl. Kapitel IV 1.2 und IV 1.3 sowie Anhang, S.271.
- 8) Siehe Knöferl u.a. 1981, Rahmsdorf 1980 und Drews 1982.
- 9) Siehe Steinert 1984.
- 10) Der Einsatz von Interviewerinnen führte in der Praxis der Gynäkologen häufig zu einer Verwechslung mit Patientinnen, so daß eine adäquate Interviewsituation nur mühsam bzw. gar nicht aufgebaut werden konnte, weil die Situation nach dem Muster der alltäglichen Berufsroutine der Ärzte abließ.
- 11) Der Fragebogen kann im Anhang eingesehen werden (S.271).
- 12) Im Anschluß an diese Frage wurde den Probanden ein Blatt vorgelegt, auf dem sie für jede einzelne Indikationsart ankreuzen konnten, ob sie diese "voll" oder "mit geringen Vorbehalten" akzeptieren, ob sie "starke Vorbehalte" hätten oder die jeweilige Indikation ablehnen würden oder ob sie sich noch keine Meinung gebildet hätten. Siehe Beiblatt 1 im Anhang, S.282.
- 13) Siehe Rahmsdorf 1980 (Anhang).
- 14) Die Variablenbereiche korrespondieren mit den in Kapitel III 4 entwickelten Hypothesen.



- 15) Siehe Anm.12 sowie Anhang, Beiblatt 1, S.282.
- 16) Siehe Beiblatt 2-7 im Anhang (S.282-285) sowie die diesbezüglichen Erläuterungen in Kapitel IV 1.3.
- 17) Es handelte sich dabei um die Fragen 20, 29, 46, 50, 65, 67, 69, 75, 76, 78, 80, 84, 90, 93, 94.
- 18) Vgl. hierzu Kapitel IV 2.4.
- 19) Siehe Kapitel V 3.5.
- 20) Fragen 2-12 siehe Anhang (S.271-273); vgl. auch Anhang Rahmsdorf 1980.
- 21) Die Untersuchung wurde 1973 durchgeführt und erfaßte alle in Schleswig-Holstein gemeldeten Ärzte, vgl. hierzu Kapitel III 3.3, S.79 sowie Anm.26, S.85.
- 22) Siehe Beiblatt 2 (S.282) des Frageleitfadens im Anhang sowie Kapitel V 3.4.
- 23) Vgl. Wille 1974.
- 24) Vgl. hierzu Kapitel IV 1.2, S.94 f., Punkt 2.
- 25) Zu den Erfahrungen der Vorstudie und des Pre-Tests siehe Kapitel IV 2.1.
- 26) Zu den Sprachproblemen bei der Vermittlung juristischer Sachverhalte in "Laiensprache" bzw. "Medizinersprache" vgl. Kapitel IV 2.1, S.107.
- 27) Vgl. Kapitel IV 1.2, S.97 sowie ausführlich Kapitel V 3.5.
- 28) Fragen 35, 38, 41, 44 siehe Anhang. (S.275 f.).
- 29) Vgl. hierzu einige zufällig ausgewählten Fallbeispiele im Anhang, S.267.
- 30) Frage 53 bis Frage 73 siehe Anhang. (S.277 f.).
- 31) Vgl. Rahmsdorf 1980 und Drews 1982, Knöferl u.a. 1981, Trojan/Waller 1975, Wille 1974.
- 32) Kapitel IV 1.2, S.94.
- 33) Siehe Beiblatt 3 und 4 im Anhang. (S.283).
- 34) Siehe hierzu Holzauer 1989, S.127 ff. sowie ebenda, S.198-201: Eine ausführliche Darstellung und Analyse der Skala sowie der auf ihr basierenden durchgeführten Rechenoperationen findet sich in Kapitel V 1.1.

- 35) Ausführlich hierzu Kapitel V 1.4.
- 36) Siehe hierzu Fragen 74-94 im Anhang, S.279 f.
- 37) Vgl. Anhang Beiblatt 5, 6, 7, (S.284 f.).
- 38) Vgl. Fragen 92 und 93 im Anhang (S.280) sowie Kapitel V 5.1.
- 39) Zur Kooperationsbereitschaft der Probanden siehe Kapitel IV 2.2.

## 2. Durchführung der Untersuchung

### 2.1 Vorstudie und Pre-Test

Aufgrund der bislang dürftigen Untersuchungsergebnisse zu speziellen Fragen nach der Situation der Ärzteschaft im Rahmen der Implementation des reformierten § 218 StGB war es nicht möglich, durch Literaturstudium eine hinreichende Präzisierung der Fragestellungen zu erreichen. Zur exakten **Konstruktion eines Erhebungsinstrumentes** reichten die alltäglichen Erfahrungen aus der Forschung sowie das Studium vorliegender Untersuchungen nicht aus. Insbesondere zur detaillierten Erfassung von spezifischen Problemstellungen, die sich im Zusammenhang mit den einzelnen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch für die betroffene Ärzteschaft ergeben, erschien es notwendig, konkretere Informationen einzuholen.

Es wurden daher im Rahmen einer **Vorstudie explorative Experteninterviews** durchgeführt. Als Experten galten in diesem Zusammenhang Ärzte, die sich zum Thema § 218 StGB in einschlägigen medizinischen Publikationen besonders engagiert hatten. Insgesamt wurden 10 Personen - Befürworter und Gegner der bestehenden gesetzlichen Regelung - befragt.

Die Anfrage erfolgte in schriftlicher und fernmündlicher Form. Die Experten wurden zunächst auf schriftlichem Wege über das geplante Vorhaben informiert. Daran anschließend wurden in einem fernmündlichen Gespräch ein Interviewtermin und -ort vereinbart. Die **Gesprächsbereitschaft** der angesprochenen Experten war außerordentlich **hoch**. Es gab keine Ablehnungen. Die Interviews wurden anhand eines sehr offen gehaltenen Interviewleitfadens<sup>1)</sup> durchgeführt und mit Tonband aufgezeichnet.

Die Interviews hatten nicht den Stellenwert eines Pre-Tests, sie dienten vielmehr dazu, bereits in der Phase der **Instrumentenkonstruktion** das gesamte Spektrum möglicher Positionen und Fragestellungen detailliert zu erfassen. Zu Beginn des Jahres 1986 wurde die bereits zum Jahresende 1985 begonnene Expertenbefragung abgeschlos-

sen. Anhand der Ergebnisse dieser ersten explorativen Feldstudie wurde sodann ein Frageleitfaden für die Hauptuntersuchung entwickelt.

Der nach Auswertung der Experteninterviews entwickelte Frageleitfaden wurde im Frühjahr 1986 im Rahmen eines **Pre-Tests** an **30 Gynäkologen/innen der Freiburger Region** hinsichtlich seiner Qualität und Verständlichkeit überprüft. Hierbei ergab sich als spezielles **Problem** die Vermittlung juristischer Sachverhalte in "Laiensprache" bzw. "Medizinersprache". Dieser Problematik wurde bei der Überarbeitung des Frageleitfadens für die Hauptuntersuchung besonders Rechnung getragen.

Viele Fragebereiche betrafen empirisches Neuland<sup>2)</sup> und mußten - auch der juristischen Korrektheit halber - in Anlehnung an den Gesetzestext formuliert werden. Dementsprechend lag ein wesentlicher **Schwerpunkt** und Nutzen des Pre-Tests darin, **Kategorienvorgaben** für das Befragungsinstrument zu gewinnen und die juristisch exakte Sprache in verständliche Alltagssprache bzw. "Medizinersprache" zu übersetzen - auch wenn die juristische Präzision nicht mehr ganz gegeben war. Im Zweifelsfalle wurde der Verständlichkeit für die Probanden vor der juristischen Exaktheit der Vorzug gegeben, um die sozialwissenschaftliche Qualität der Befragung zu erhöhen.

## 2.2 Stichprobenziehung und Organisation der Hauptuntersuchung

Die ursprüngliche Planung sah eine Zufallsstichprobe von  $N = 200$  Gynäkologen/innen aus der Grundgesamtheit der berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg vor.<sup>3)</sup> Zur Durchführung dieses Vorhabens waren wir auf die **Kooperationsbereitschaft der zuständigen Landesärztekammern** angewiesen, da nicht alle für uns relevanten Ärztheadressen aus Adreß- und Branchenbüchern zu beschaffen waren. Insbesondere die Anschriften der klinisch tätigen Gynäkologen konnten nur direkt vom zuständigen Landeskrankenhaus oder über die Landesärztekammern beschafft werden. Da wir bereits im Rahmen des Pre-Tests Erfahrungen gesammelt hatten, die den Weg über die einzelnen Krankenhäuser als langwierig, kompliziert und

nur teilweise erfolgreich erwiesen, verlegten wir unsere Bemühungen auf die Landesärztekammern.

Die Landesärztekammer Hessen war nach einigen Verhandlungen bereit, uns die für die Hauptuntersuchung notwendigen Adreßlisten der berufstätigen Frauenärzte zu schicken. In Baden-Württemberg blieben unsere Bemühungen jedoch leider erfolglos. Die zuständige Landesärztekammer lehnte es aus Gründen des **Datenschutzes** ab, uns Adressen von Gynäkologen zur Verfügung zu stellen. Allerdings erklärte sich die Landesärztekammer bereit, vorbereitete Anschreiben des Max-Planck-Instituts in bereits frankierten Briefumschlägen mit Adreßaufklebern zu versehen und für uns den Versand zu übernehmen. Wir mußten infolgedessen vom ursprünglich vorgesehenen Verfahren der Ziehung einer Zufallsstichprobe Abstand nehmen, um die Durchführung der gesamten Untersuchung nicht zu gefährden.

Es wurden daher **alle berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg angeschrieben** und gebeten, an der Untersuchung teilzunehmen. Die hessischen Frauenärzte wurden direkt vom Max-Planck-Institut in Freiburg angeschrieben. Die baden-württembergischen Frauenärzte erhielten die vorfrankierten Briefe über den Postweg Stuttgart, wo sie von der zuständigen Landesärztekammer mit Adressen versehen worden waren. Die Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, konnten die Ärzte mittels einer Rückantwortkarte bekunden, auf der sie Namen und Adresse sowie ihre Telefonnummer angeben konnten und die sie an das Max-Planck-Institut zurückschicken mußten.

Die Teilnahme an der Untersuchung basierte somit auf der **individuellen Bereitschaft** der Ärzte und Ärztinnen, so daß wir aufgrund des methodischen Vorgehens zunächst nicht von einer repräsentativen Stichprobe ausgehen konnten. Allerdings war der Rücklauf mit insgesamt 444 gesprächsbereiten Gynäkologen, das entspricht 22,4% der Grundgesamtheit,<sup>4)</sup> so hoch, daß zumindest mit einer gewissen Verlässlichkeit der Daten zu rechnen war.

In Anbetracht des veränderten Zuganges wurde die ursprünglich vorgesehene Stichprobengröße erweitert und der Rücklauf voll ausgeschöpft. Insgesamt wurden im Zeitraum von Mitte September 1986 bis einschließlich Dezember 1986 insgesamt **406 Interviews** durchgeführt. Dies entspricht 20,5% der Grundgesamtheit.<sup>5)</sup> 25 gesprächsbereite Gynäkologen wurden nicht befragt, da sie den Anforderungen unserer Stichprobe nicht entsprachen, weil sie nicht mehr aktiv berufstätig waren. 13 Interviews entfielen, weil die jeweiligen Probanden trotz mehrmaliger Versuche telefonisch nicht erreichbar waren.

Die Befragung wurde von 10 **speziell geschulten Interviewern** durchgeführt. Die Schulung erfolgte Anfang September 1986 im Max-Planck-Institut in Freiburg. Sie fand an zwei Wochenenden statt und umfaßte neben der inhaltlichen Einführung in das Thema unter Berücksichtigung juristischer und medizinischer Sachaspekte eine intensive Unterweisung im Umgang mit dem Erhebungsinstrument sowie die Erörterung methodischer und psychologischer Aspekte des Interviews und der Erhebungssituation. Die Interviewsituation wurde in Rollenspielen mit wechselnder Besetzung simuliert und in Kleingruppenarbeit jeweils bewertet und ausgewertet. Bei den Interviewern handelte es sich vor allem um Psychologie- und Jurastudenten. Die Rollenspiele wurden in der Besetzung mit je einem Juristen und einem Psychologen durchgeführt, um die Chance des gegenseitigen Lernens zu nutzen.

Insgesamt gab es bei der Durchführung der Hauptuntersuchung **keine Verweigerungen**, was allerdings nicht so verwunderlich erscheint angesichts der Tatsache, daß bereits die Entsendung einer Rückantwortkarte an das Max-Planck-Institut in Freiburg eine hohe Gesprächsbereitschaft voraussetzt. Einzelne berufsbedingte Ausfälle der Gynäkologen wie z.B. eine unvermutete Geburt u.ä. wurden durch erneute Terminvereinbarungen behoben. Die Interviewtermine wurden zentral vom Max-Planck-Institut aus telefonisch vereinbart und dann an die einzelnen Interviewer weitergegeben. Ein Interview dauerte im Durchschnitt ca. eine Stunde.

Mittels **telefonischer Kontrollanrufe** bei den Befragten wurde die Verlässlichkeit der Interviewer sowie die Zufriedenheit mit dem Gespräch ermittelt. Ausfälle bzw. vorgetäuschte Interviews ließen sich auf diesem Wege nicht feststellen. Ganz selten wurde Kritik am Interviewer geäußert, wobei wiederum das grundsätzliche "Mediziner- bzw. Juristenproblem" zur Sprache kam. Zwei Mediziner konnten "mit diesen Juristen" nichts anfangen. Umgekehrt ergab die Auswertung der **Daten zur Kooperationsbereitschaft**, daß von den Interviewern insgesamt 96,1% der Probanden als kooperativ bezeichnet wurden. Nur knapp 4% wurden als eher unkooperativ eingestuft.

### 2.3 Gütekriterien der Untersuchung

Wesentliche Bedeutung für die Qualität und Aussagekraft einer empirischen Untersuchung kommt der Frage nach der **Repräsentativität** der Stichprobe zu. Bei dem gewählten Verfahren der Stichprobenziehung, das auf der freiwilligen Teilnahmebereitschaft der Probanden basierte, konnten zugangsbedingte Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden. Besondere Sorgfalt wurde daher auf einen Vergleich der soziodemographischen Merkmale der befragten Gynäkologen mit den Daten der baden-württembergischen und hessischen Ärztestatistik gelegt, um eventuelle diesbezügliche Verzerrungen zu ermitteln.<sup>6)</sup>

Ein typischer verzerrender Effekt von Stichproben mit **selbstselektiven Verfahren** besteht darin, daß sich als Probanden meist Personen mit höherem Bildungsstand oder/und besonderem Interesse an der Untersuchungsthematik melden.<sup>7)</sup> Zugespißt formuliert bedeutet dies, daß alle Formen der Befragung unter einer "Mittelschichtorientierung" leiden.<sup>8)</sup> Diese typische Problematik des höheren Bildungsstandes war im Rahmen unserer Befragung nicht gegeben, da es sich bei der relevanten Grundgesamtheit - alle berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg - ausschließlich um Akademiker handelte. Auch ergab ein Vergleich mit den Daten der Ärztestatistik, daß keine sonstigen soziodemographischen Abweichungen von der Grundgesamtheit vorliegen. Allerdings ist damit die Frage nach dem besonderen Interesse der freiwilligen Probanden nicht geklärt. Im

Hinblick auf die Thematik der Untersuchung stellte sich insbesondere die Frage, inwieweit mit einem selbstselektiven Verfahren nicht ausschließlich oder vorwiegend engagierte Gegner bzw. Befürworter des Schwangerschaftsabbruchs angesprochen wurden. Glücklicherweise konnte diese Frage anhand vorliegender Daten einer repräsentativen Befragung gynäkologischer Chefärzte (RAHMSDORF 1980) überprüft werden. Auch diesbezüglich zeigten sich keine Verzerrungen, so daß Repräsentativität angenommen werden kann.<sup>9)</sup>

Neben der Repräsentativität sind Reliabilität und Validität die Hauptgütekriterien einer sozialwissenschaftlichen empirischen Studie.<sup>10)</sup> Mit **Reliabilität** wird die Zuverlässigkeit der gewonnenen Daten bezeichnet.<sup>11)</sup> Diese umfaßt sowohl die Stabilität und Genauigkeit der Messungen als auch die Konstanz der Meßbedingungen. Hierdurch soll die systematische Zuordnung der Werte gewährleistet werden. Reliabilitätsprobleme ergaben sich bei der Ärztebefragung durch die Verwendung "offener" Fragen. Die Kodierung der vorgefundenen Antworten wurde daher grundsätzlich von zwei Personen vorgenommen. Bei Abweichungen über 5% wurde das Kategoriensystem geändert und erneut überprüft. Nach einem Zufallsprinzip wurden stichprobenweise bestimmte Fälle (insgesamt 100) doppelt kodiert, d.h. von zwei voneinander unabhängigen Personen. Hierbei ergab sich eine außerordentlich hohe Reliabilität (Abweichungen unter 1%) der Kodierung. Abweichungen bezogen sich - wenn sie auftraten - nahezu ausschließlich auf den Bereich der offenen Fragen.

Besondere Verfahren der Reliabilitätsüberprüfung erforderte auch die Auswertung der offen erzählten **Fallbeispiele** zu den einzelnen Indikationsbereichen.<sup>12)</sup> Um Idealfallschilderungen zu vermeiden, war bereits bei der Frageformulierung darauf geachtet worden, daß nicht ein "typischer" Fall einer Notlagen- oder sonstigen Indikation geschildert wurde, sondern "der letzte Fall, an den Sie sich erinnern". Allerdings kann selbst unter der Annahme, daß die Probanden sich bemühten, wahrheitsgetreu zu antworten, das Problem der "memory errors" nicht behoben werden.<sup>13)</sup> Ebenso bietet die Tatsache, daß die geschilderten Fälle von den Interviewern



stichwortartig notiert wurden, eine weitere mögliche Fehlerquelle. Dieser Problematik wurde im Rahmen der Auswertung der Fallbeispiele Rechnung getragen, die im Vergleich zu anderen Variablenbereichen wie z.B. bei soziodemographischen Merkmalen eine eher geringe Reliabilität aufwiesen.

Nicht zuletzt aus finanziellen und zeitlichen Gründen war eine Re-Testbefragung bzw. eine Parallelbefragung zur Reliabilitätskontrolle von Instrument und Methode nicht durchführbar. Allerdings wurden die verwendeten **Skalen** auf ihre **Konsistenz** überprüft. Berechnungen nach dem "Split-half"-Verfahren<sup>14)</sup> (SPEARMAN/BROWN) sowie die Analyse der "internen Konsistenz" (CRONBACH ALPHA) wurden zur Ermittlung der Skalenreliabilität durchgeführt.<sup>15)</sup>

Die **Validität** einer empirischen Untersuchung ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob das verwendete Erhebungsinstrument tatsächlich den Sachverhalt ermittelt, den es messen soll.<sup>16)</sup> Validitätsprobleme bezüglich der Frageformulierung wurden bereits im Rahmen des Pre-Tests ersichtlich. Juristisch korrekte Frageformulierungen erschwerten das Verständnis von Forscher und Befragten. Insbesondere die Tatsache, daß juristisch korrekte Formulierungen für die Methode der mündlichen Befragung grundsätzlich zu langwierig und ausführlich waren, erwies sich als Problem. Die Korrektheit der Frageformulierung führte zu Unverständlichkeit und Unbeantwortbarkeit. Bereits die juristisch exakte Bezeichnung, "der reformierte § 218 StGB und die mit ihm zusammenhängenden weiteren Vorschriften", wenn die Gesamtregelung des Schwangerschaftsabbruchs angesprochen war, verlängerte jede Frage unangemessen, so daß die lapidare und juristisch unkorrekte Bezeichnung "der § 218" oder der "reformierte § 218" vorgezogen wurde. Diese Verkürzungen und Ungenauigkeiten waren die Voraussetzung dafür, daß Forscher und Befragte die gleiche Sprache sprechen. Eine Validitätsüberprüfung der Aussagen unserer Probanden anhand eines Außenkriteriums wie z.B. einer Nachfrage in der jeweiligen Klinik, ob der Gynäkologe tatsächlich Abbrüche durchführt, war aufgrund der zugesagten Anonymität nicht möglich.

Da das Interview in direktem Gespräch zwischen Arzt und Interviewer durchgeführt wurde, war gewährleistet, daß der Proband selbst die Frage beantwortete. Allerdings konnte nicht überprüft werden, inwieweit die Antworten der Gynäkologen z.B. einen "social desirability effect" widerspiegeln.<sup>17)</sup> Um solche Effekte zu vermeiden, war bereits bei der Auswahl der Interviewer das Kriterium der Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht angelegt worden. Hatten doch vergleichbare Untersuchungen ergeben, daß das Geschlecht des Interviewers im Zusammenhang mit Fragen zur Abtreibung einen verzerrenden Effekt hat.<sup>18)</sup> Die Interviewer zählten durchweg zu der Altersgruppe Mitte 20 bis Anfang 30. Damit sollte gewährleistet werden, daß der Interviewer nicht zu jung war, um vom Probanden als Gesprächspartner für ein so heikles Thema ernst genommen zu werden, und andererseits nicht zu alt, daß er eventuelle Autoritäts- oder Kompetenzkonflikte in der konkreten Interaktionssituation auslösen könnte.

Die Erhebungsmethode "mündliches Interview" gewährt dem Interviewer einen entscheidenden Einfluß auf das Meßergebnis. Mögliche verzerrende Komponenten seines Verhaltens in der Interviewsituation können neben dem Grad seiner Informiertheit und der Erfahrung im Umgang mit Interviewsituationen auch Einstellungen oder nonverbale Merkmale einer Person sein.<sup>19)</sup> Bei der **Schulung der Interviewer** wurde daher besonderer Wert auf **Rollenspiele** gelegt, um eine möglichst große Einheitlichkeit des Interviewerverhaltens zu erzielen.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, daß - entgegen anfänglicher Befürchtungen - auch der Absender "Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales **Strafrecht**" **keine abschreckende Wirkung** bezüglich der Angabe von Gesetzesübertretungen wie z.B. Fristüberschreitungen bei bestimmten Indikationen zu haben schien. Die Interviewer berichteten übereinstimmend von einer großen Gesprächsbereitschaft der Probanden. Neben der Tatsache, daß die Befragten, die als Akademiker einer privilegierten Schicht angehören, keinerlei sprachliche oder statusbedingte Hemmungen hatten, war sicherlich auch der Ruf der "Max-Planck-Gesellschaft"

ein Garant für die Anonymität der Befragung. Auch schien für manche Befragten eine gewisse traditionelle professionelle Befriedigung darin zu liegen, daß "die Mediziner" von "den Juristen" endlich einmal gefragt werden.<sup>20)</sup>

Überall, wo es der Fragestellung angemessen und auch möglich war, wurden **bereits geprüfte** Skalen und Fragen verwendet.<sup>21)</sup> Darüber hinaus wurden Praktikabilität und Verständlichkeit des Befragungsinstrumentes nicht nur im Pre-Test, sondern auch durch verschiedene Gremien wie die Prüfungskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft und den Fachbeirat des Max-Planck-Instituts **ständig diskutiert und überprüft**. Es ist daher von einer Problemangemessenheit des Interviewleitfadens und insofern von einer relativ hohen "face validity" und/oder "expert validity" auszugehen.<sup>22)</sup>

## 2.4 Auswertungsverfahren

Die Interviewdaten wurden datenträgerecht aufbereitet und in die EDV eingegeben. Nach Beendigung der Dateneingabe wurde eine Datenkorrektur im Hinblick auf mögliche Eingabefehler durchgeführt. Die **elektronische Datenverarbeitung** und -auswertung erfolgte überwiegend mit der 9. Version des Statistikprogrammes SPSS.<sup>23)</sup> In einigen Fällen wurde auch die 10. Version verwendet.

Als **univariate** Auswertungstechniken wurden Häufigkeitsauszählungen durchgeführt und die Kennwerte der Items (Mittelwerte, Standardabweichung, Schiefe und Exzeß) ermittelt sowie die Normalverteilung des Merkmals überprüft.<sup>24)</sup> Darüber hinaus wurde jeder Merkmalsbereich mit Hilfe von Signifikanztests im Hinblick auf folgende **Gruppenunterschiede** überprüft:

- Unterschiede zwischen hessischen und baden-württembergischen Gynäkologen;
- Unterschiede zwischen niedergelassenen und klinisch arbeitenden Frauenärzten;
- Geschlechtsspezifische Unterschiede.

Die **Signifikanzprüfungen** wurden gemäß dem Skalenniveau der Daten mit unterschiedlichen Testverfahren durchgeführt. Bei Nominalskalenniveau wurde der  $\chi^2$ -Test verwendet, bei Intervallskalenniveau der t-Test. Entsprechend der allgemein gängigen Nomenklatur wurde das Signifikanzniveau wie folgt angegeben:

- \* signifikant,  $p < .05$
- \*\* signifikant,  $p < .01$
- \*\*\* hoch signifikant,  $p < .001$ .

Bei der Auswertung der **offenen Fragen** beschränkten sich die angewandten Verfahren auf Häufigkeits- und Inhaltsanalysen, da sich die ermittelten Daten aufgrund der Problematik von Mehrfachnennungen nicht zur Verwendung weiterer statistischer Rechenoperationen eigneten.<sup>25)</sup> Daneben dienten die so ermittelten Äußerungen der Probanden der Veranschaulichung und Ergänzung und fließen teilweise als wörtliche Zitate in den Text ein. Eine Ausnahme bildet lediglich die Frage nach der wünschenswerten gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Obwohl diese Frage offen gestellt worden war, hatten sich keine Mehrfachnennungen ergeben, so daß mit diesem Variablenbereich weitere Rechenoperationen durchgeführt werden konnten.<sup>26)</sup>

Ein ausschließlich **qualitativ orientiertes Auswertungsverfahren** ohne Rückgriff auf bi- oder multivariate Rechenoperationen erforderten auch die offen erzählten **Fallbeispiele zu den einzelnen Indikationsbereichen**. Alle ermittelten Fallbeispiele (741) wurden von vier voneinander unabhängigen juristischen Experten gelesen und anhand eines speziellen Beurteilungsbogens eingestuft.<sup>27)</sup> Bei den Experten handelte es sich um vier wissenschaftlich tätige Juristen, die sich alle speziell mit dem Thema "§ 218 StGB und Schwangerschaftsabbruch aus juristischer Sicht" beschäftigt hatten. Bei der Auswahl der Experten wurde darauf geachtet, daß ein breites Spektrum möglicher Positionen zum § 218 StGB und der damit verbundenen Problematik gegeben war. Die Experten mußten für jedes einzelne Fallbeispiel angeben, ob sie diesen Fall als Indikation zum Schwangerschaftsabbruch akzeptieren oder ablehnen

würden bzw. welcher anderen Indikation sie das angegebene Fallbeispiel unterordnen oder warum sie es als nicht ausreichend für eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ansehen würden.<sup>28)</sup> Die Expertenbeurteilung diente der Einordnung und Bewertung des ärztlichen Normverständnisses.

Auf **bivariater** Ebene wurden jeweils zwei Merkmalsbereiche auf einen möglichen Zusammenhang überprüft. Die **Korrelationskoeffizienten** wurden entsprechend dem Skalenniveau der Variablen gewählt. Bei nominalskalierten Daten wurde der Kontingenzkoeffizient verwendet, für intervallskalierte Daten PEARSONS  $r$  und - was relativ häufig der Fall war - bei Korrelationen von intervallskalierten mit Nominaldaten wurde der Eta-Koeffizient verwendet.<sup>29)</sup> Gemäß den üblichen Konventionen wurde ein starker Zusammenhang ab .50 postuliert, ein mittelstarker bei Koeffizienten zwischen .30 und .50. Koeffizienten, die kleiner als .30 waren, wurden zwar manchmal berücksichtigt, können jedoch höchstens als Hinweis auf einen potentiellen Zusammenhang dienen, wenn dieser sich auch über andere Rechenoperationen bestätigt.<sup>30)</sup>

Auf **multivariater** Ebene wurden folgende Verfahren verwendet:

**Reliabilitätsanalysen** wurden nach dem "Split-half-Verfahren" (SPEARMAN/BROWN) und mittels der Analyse der "internen Konsistenz" (CRONBACH ALPHA)<sup>31)</sup> durchgeführt. Auf diese Weise konnte die Anzahl der Variablen, die bei der statistischen Auswertung berücksichtigt werden müssen, reduziert werden. Zwar wurden bereits die Variablen, die bei diesem Verfahren verwendet wurden, nach theoretischen Vorüberlegungen ausgewählt, doch konnten auf diese Weise Variablen ermittelt werden, die als sinnvolle Indikatoren des theoretischen Konstruktes dienen. Durch die Zusammenfassung mehrerer Variablen zu einem **Summenscore** konnte die Zuverlässigkeit der Meßwerte erhöht werden.<sup>32)</sup> Wenn die Bildung von Skalen nach der klassischen Testtheorie nicht möglich war, wurde ein **Index** gebildet. So z.B. bei der Frage nach der wünschenswerten gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Hierbei wurden die Ausprägungen mehrerer Merkmale miteinander verknüpft und so eine neue inhaltlich umfassendere Variable geschaffen.<sup>33)</sup>

Das statistische Verfahren der **Faktorenanalyse** basiert auf bivariaten Korrelationen verschiedener Merkmale. Mittels dieses Verfahrens werden Gruppen von Variablen identifiziert, die jeweils untereinander relativ stark, jedoch schwach mit den Variablen anderer Gruppen zusammenhängen. Die Faktorenanalyse ermöglicht eine Reduktion von Merkmalen auf die jeweils latent zugrundeliegenden Dimensionen.<sup>34)</sup>

Die **Diskriminanzanalyse** ermittelt eine Linearkombination von mehreren Merkmalen, die eine möglichst gute Trennung verschiedener Gruppen ermöglichen soll. Anhand der Diskriminanzfunktion kann die Gruppenzugehörigkeit von Fällen geschätzt werden (Klassifikation). Bei der Diskriminanzanalyse sollte die abhängige Variable, die die zu trennenden Gruppen darstellt, dichotom bzw. nominal skaliert sein. Die unabhängigen Variablen dagegen sollten intervallskaliert vorliegen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, nominalskalierte Daten zu binären "Dummy-Variablen" zu reduzieren. Obwohl Dummy-Variablen eine reduzierte Aussagekraft haben, wurde dieses Verfahren angewandt, da die Diskriminanzanalyse gegen geringe Verstöße der statistischen Voraussetzungen relativ robust ist.<sup>35)</sup> Wenn zwei Variablen hoch miteinander korrelierten, d.h. mit mehr als .60, so wurde eine der beiden für die weiteren Berechnungen ausgeschlossen.

Im Gegensatz zur Diskriminanzanalyse sollte bei der **multiplen Regressionsanalyse** die abhängige Variable intervallskaliert sein. Anhand der Regressionsfunktion können aus einer Anzahl von Prädiktoren Werte der abhängigen Variablen prognostiziert werden. Beim Verfahren der stufenweisen Einbeziehung der Prädiktoren werden lediglich solche Aspekte eines Merkmals berücksichtigt, die nicht bereits durch zuvor einbezogene Merkmale abgedeckt sind. Die Regressionsanalyse ist ebenso wie die Diskriminanzanalyse gegenüber geringen Übertretungen der Voraussetzungen wie z.B. die Einbeziehung von Dummy-Variablen als unabhängige Merkmale relativ robust.<sup>36)</sup>

## Anmerkungen zu IV 2:

- 1) Der Interviewleitfaden zur Durchführung von Expertengesprächen umfaßte folgende zentrale Themenkomplexe: 1. Allgemeine Einstellung zum Thema sowie besondere Beurteilung und Einschätzung der bestehenden Gesetzesregelung aus ärztlicher Sicht. 2. Einstellung und Verhalten von Berufskollegen und Standesorganisationen. 3. Einfluß von Öffentlichkeit und Klientinnen. 4. Normkenntnis und Norminterpretation. 5. Eigene Erfahrungen mit der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs, differenziert nach den einzelnen Verfahrensschritten und Indikationsarten.
- 2) So z.B. die Inhalte der medizinischen Beratung, das ärztliche Sanktionswissen, die Beurteilung und Einschätzung der Funktion und Rolle des Indikationsarztes sowie Fragen zum ärztlichen Verweigerungsrecht bezüglich der Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch. Vgl. hierzu Kapitel IV 1.3, S.100.
- 3) Dies waren 1.959 Personen laut Statistik der Bundesärztekammer vom 31.12.1985 (erste Planungsphase).
- 4) Dies sind 1.981 Personen laut Statistik der Bundesärztekammer vom 31.12.1986 (Erhebungsjahr).
- 5) Siehe Anm.4.
- 6) Siehe hierzu ausführlich Kapitel IV 3.2.
- 7) Vgl. z.B. Anger 1970, S.589; Sudman 1983, S.157; Friedrichs 1981, S.133.
- 8) Vgl. Friedrichs 1981, S.209. Besonders kritisch hierzu äußerte sich Galtung 1970, S.148 f.
- 9) Siehe hierzu ausführlich Kapitel IV 3.2.
- 10) Siehe Atteslander 1984, S.35-39.
- 11) "Die Begriffe Verlässlichkeit, Zuverlässigkeit und Reliabilität werden synonym gebraucht. Sie bezeichnen den formalen Aspekt der Genauigkeit, der danach fragt, ob das, was gemessen werden soll, auch exakt erfaßt wird" (Atteslander 1984, S.36); vgl. auch Grubitsch/Rexilius 1978, S.100 f. sowie Friedrichs 1981, S.102.
- 12) Siehe hierzu Kapitel V 3.5.
- 13) Vgl. hierzu Bradburn 1983, S.308 f.

- 14) Beim "Split-half"-Verfahren wird eine Skala in zwei gleiche Teile aufgegliedert, wobei die Elemente (Items) der Skala so geteilt werden, daß jede Hälfte aus der Gesamtheit aller einschlägigen Items betrachtet werden kann; der Zuverlässigkeitsgrad ergibt sich aus der Korrelation der Meßergebnisse der beiden Hälften. Vgl. Atteslander 1984, S.269 sowie Friedrichs 1981, S.102.
- 15) Zu den Güteberechnungen der Skala siehe Kapitel V 1.1. Einstellungsskala nach Holzauer 1989, S.132 sowie Kapitel V 1.4, S.158 f., Einstellung zur sozialen Beratung, Skala nach Zundel u.a. 1982.
- 16) Vgl. hierzu Atteslander 1984, S.38/39, Friedrichs 1981, S.100 f.
- 17) Siehe hierzu Holm 1986, Die soziale Wünschbarkeit, S.82-87.
- 18) Siehe hierzu Kapitel IV 1.1, S.93.
- 19) Zum Intervieweinfluß vgl. z.B. Scheuch 1962, S.155 f., Mayntz/Holm/Hübner 1971, S.114-119; Friedrichs 1981, S.218.
- 20) Diesen Eindruck schilderten mehrere Interviewer.
- 21) So vor allem die im Frageleitfaden verwendeten Beiblätter (siehe Anhang): die Einstellung zu den gesetzlichen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch nach Rahmsdorf 1980 (Beiblatt 1); die Beurteilung von Modellfällen zur Notlagenindikation in Anlehnung an Wille 1974 (Beiblatt 2); Skala zur sozialen Beratung nach § 218 StGB von Zundel u.a. 1982 (Beiblatt 3); Einstellungsskala nach Holzauer 1989 (Beiblatt 4); Fragen zum professionellen ärztlichen Selbstverständnis von Kaupen-Haas 1969 (Beiblatt 5-7, S.284 f.).
- 22) Man spricht von "face validity" ("offensichtliche Gültigkeit") im Sinne einer "logischen Gültigkeit", d.h. die Vereinbarkeit zwischen begrifflich gemeintem Sachverhalt und den Situationen, die Aussage über diesen Sachverhalt ermöglichen sollen. Siehe Scheuch 1962, S.174. Zur Expertenüberprüfung ("expert validity") siehe Mayntz/Holm/Hübner 1971, S.66.
- 23) Siehe Nie/Hull 1983.
- 24) Vgl. Bauer 1984, S.45-56.
- 25) Zur Bildung eines Kategoriensystems bei offenen Fragen sowie der weiteren statistischen Aufbereitung dieser Art von Daten siehe Atteslander 1984, S.73-77.
- 26) Siehe hierzu Kapitel V 1.3, S.147 sowie Anm.5, S.164.
- 27) Der Beurteilungsbogen zu den Fallbeispielen findet sich im Anhang (S.285).



- 28) Ausführlich zur Auswertung der Fallbeispiele siehe Kapitel V 3.5.
- 29) Zum Eta-Koeffizient siehe Diehl/Kohr 1982, S.299 f.
- 30) Vgl. hierzu Bauer 1984, S.167.
- 31) Siehe hierzu Anm.14.
- 32) Zur Bildung eines Summenscores siehe Bauer 1984, S.247-273 sowie Kapitel V 1.1, S.134.
- 33) Siehe Kapitel V 1.2, Anm.5, S.164.
- 34) Zur Faktorenanalyse siehe Bauer 1984, S.202-238 sowie ausführlich Überla 1971.
- 35) Vgl. hierzu Backhaus u.a. 1987, S.161-221 sowie umfassend zur Diskriminanzanalyse Klecka 1980.
- 36) Vgl. Backhaus u.a. 1977, S.1-42; Diehl/Kohr 1982, S.211-337.

### 3. Beschreibung der Stichprobe

#### 3.1 Soziodemographische Merkmale der untersuchten Population

Insgesamt wurden **406 berufstätige Gynäkologen aus Hessen und Baden-Württemberg** befragt. Nachdem **alle** berufstätigen Frauenärzte<sup>1)</sup> in Hessen und Baden-Württemberg angeschrieben und um ihre Teilnahme an der Untersuchung gebeten worden waren, wurde ein Rücklauf von 444 gesprächsbereiten Gynäkologen erzielt. Dies entspricht einer **Rücklaufquote** von 23%, was bei postalischen Befragungen und bei nur einmaligem Anschreiben im Rahmen des Erwartbaren liegt. 35 Anschreiben kamen als "unzustellbar" bzw. "Empfänger verzogen" zurück. Von den gesprächsbereiten 444 Ärzten wurden 25 Personen nicht befragt, da sie den Anforderungen unserer Stichprobe nicht entsprachen. Sie waren nicht mehr berufstätig. 13 Interviews entfielen, da die jeweiligen Ärzte/innen trotz mehrmahliger Versuche telefonisch nicht erreichbar waren. Von den 406 durchgeführten Interviews entfielen 342 auf Frauenärzte und 64 auf Frauenärztinnen. Wir haben somit in unserer Stichprobe einen **Frauenanteil von 16%**: Dies entspricht exakt der Verteilung der Gynäkologinnen in unserer Grundgesamtheit, die zum damaligen Zeitpunkt 17% ausmachte.<sup>2)</sup>

Ein anderes Bild ergibt die **Verteilung der Interviewpartner auf die Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg**: Es wurden von uns insgesamt 287 baden-württembergische Ärzte (dies entspricht 24% der baden-württembergischen Gynäkologen) befragt und 119 hessische Gynäkologen (dies entspricht 14% der hessischen Frauenärzte). Die höhere Gesprächsbereitschaft der Baden-Württemberger erklärt sich - nach Aussage einiger Befragten - zum einen aus dem persönlichen und regionalen Bekanntheitsgrad des Max-Planck-Instituts in Freiburg und zum anderen eventuell daraus, daß der Poststempel Stuttgart die Landesärztekammer als Absender vermuten ließ.

Mehr als 2/3 (70%) der Befragten arbeiteten als **niedergelassene Frauenärzte**; knapp 1/3 (28,6%) waren angestellte Klinikärzte.<sup>3)</sup> Der hohe Anteil niedergelassener Gynäkologen ist besonders hervorzuhe-

ben, denn obwohl niedergelassene Gynäkologen die Hauptansprechpartner schwangerer Frauen sind und somit auch am häufigsten mit der Problematik Schwangerschaftsabbruch konfrontiert werden, beziehen sich vergleichbare empirische Untersuchungen zum Thema vorwiegend auf Kliniker (RAHMSDORF 1980, DREWS 1982) oder Ärzte anderer Fachrichtungen (KNÖFERL u.a. 1981, WILLE 1974).

Ebenso wie die Gruppe der niedergelassenen Gynäkologen erstmals von uns zum Thema Schwangerschaftsabbruch befragt wurde, stellt die angemessene Berücksichtigung von **Gynäkologinnen** im Rahmen einer Befragung zu diesem Thema eine Besonderheit dar. Da die einzige direkt vergleichbare Studie eine Repräsentativbefragung gynäkologischer Chefarzte ist (RAHMSDORF 1980) – eine Gruppe, in der Frauen kaum vertreten sind –, gibt es keine Daten bezüglich der Einstellung von Gynäkologinnen zum Thema Schwangerschaftsabbruch.<sup>4)</sup>

Tabelle 1 gibt einen Überblick der **soziodemographischen Merkmale der untersuchten Population**.

Nahezu alle Befragten waren **deutsche** Staatsbürger (97,9%). Bei den wenigen Ausländern (2,1%) handelte es sich um Jugoslawen, Tschechen und einen Griechen.

Die Probanden stammten zu mehr als 2/3 aus **Baden-Württemberg**, und knapp 1/3 der Befragten waren **hessische** Frauenärzte.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten kam aus Gemeinden mit weniger als 50.000 Einwohner und knapp die Hälfte aus eher städtischen Gebieten mit mehr als 50.000 Einwohnern.

Die Mehrzahl der Befragten (70%) arbeitete als **niedergelassene Frauenärzte**, und knapp 1/3 waren klinisch arbeitende Gynäkologen. 8,4% der Befragten waren klinisch arbeitende Frauenärzte in leitender Stellung.

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der untersuchten Population

		abs.	%
<u>Alter</u>	bis 34 Jahre	8	2,0
	35-39 Jahre	92	22,7
	40-44 Jahre	97	23,9
	45-49 Jahre	95	23,4
	50-54 Jahre	42	10,3
	55-59 Jahre	29	7,1
	60-64 Jahre	23	5,7
	65 Jahre und älter keine Angaben	19 1	4,7 0,2
<u>Geschlecht</u>	weiblich	63	15,5
	männlich	343	84,5
	keine Angaben	-	-
<u>Familien- stand</u>	ledig	33	8,1
	verheiratet	356	87,7
	geschieden	11	2,7
	verwitwet	6	1,5
	keine Angaben	-	-
<u>Kinderzahl</u>	keine Kinder	48	11,8
	1 Kind	51	12,6
	2 Kinder	162	39,9
	3 Kinder	111	27,3
	4 und mehr Kinder	30	7,4
	keine Angaben	4	1,0
<u>Konfession</u>	evangelisch	193	47,6
	katholisch	120	29,6
	Sonstige	18	4,4
	konfessionslos	74	18,2
	keine Angaben	1	0,2
<u>Art der Berufstätig- keit</u>	niedergelassener Gynäkologe/in	284	70,0
	angestellter Klinikarzt/ ärztin	82	20,2
	leitender Klinikarzt/ ärztin	34	8,4
	Sonstiges	3	0,7
	keine Angaben	3	0,7
<u>Wohnort- größe</u>	bis 50.000 Einwohner	224	55,2
	51.000-100.000 Einwohner	67	16,5
	101.000-500.000 Einwohner	76	18,7
	mehr als 500.000 E.	37	9,1
	keine Angaben	2	0,5
<u>Bundesland</u>	Hessen	120	29,6
	Baden-Württemberg	286	70,4
	keine Angaben	-	-
<u>Staatsange- hörigkeit</u>	deutsch	397	97,9
	Sonstige	9	2,1
	keine Angaben	-	-
			N = 406

Was die **Altersverteilung** betrifft, so war knapp die Hälfte der Gynäkologen zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 40 und 49 Jahren alt. Ca. 1/5 gehörten der Altersgruppe der 35-39jährigen an, und 17,5% waren in der Gruppe der 50-59jährigen. Älter als 60 Jahre waren zum Befragungszeitpunkt nur 10,3% der Probanden. Ein ganz geringer Anteil der Befragten, nämlich 2%, war jünger als 34 Jahre.

Die Angaben zum **Familienstand** zeigen, daß die überwiegende Mehrzahl der Gynäkologen (87,7%) verheiratet ist. Nur 8,1% waren zum Befragungszeitpunkt ledig, 2,7% geschieden und 1,5% verwitwet. Fast alle Befragten (88%) hatten **Kinder**. Nur 12% der Gynäkologen waren kinderlos.

Insgesamt gehörten 82% der Gynäkologen einer **Konfession** an: Knapp die Hälfte (47,7%) war evangelisch, ein knappes Drittel (29,6%) katholisch, und 4,4% gehörten einer anderen religiösen Gemeinschaft an. 18,3% gaben an, keine Konfession zu haben.

### 3.2 Überprüfung der Repräsentativität

Da unsere Stichprobe auf der Basis eines "selbstselektiven" Auswahlverfahrens gezogen wurde,<sup>5)</sup> mußte ihre Angemessenheit für die Grundgesamtheit überprüft werden, um die Aussagekraft der Ergebnisse gewährleisten zu können. Bezüglich der Grundgesamtheit liegen **Daten der Bundesärztestatistik 1986** für die Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg vor. Die Statistik gibt Auskunft über die Verteilung der Merkmale "Alter", "Geschlecht" und "Art der Berufstätigkeit".<sup>6)</sup> Hinsichtlich dieser Merkmale konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen unserer Stichprobe und der Grundgesamtheit festgestellt werden.<sup>7)</sup> Weder ein Vergleich der gesamten Stichprobe mit der Grundgesamtheit aller baden-württembergischen und hessischen Frauenärzte noch ein Vergleich der hessischen Teilpopulation mit der Grundgesamtheit der hessischen berufstätigen Gynäkologen oder der baden-württembergischen Teilpopulation mit der Grundgesamtheit aller berufstätigen baden-württembergischen Gynäkologen konnte eine signifikant unterschiedliche Merkmalsverteilung ergeben. Unsere Stichprobe ist demnach bezüglich

der soziodemographischen Merkmale "Alter", "Geschlecht" und "Art der Berufstätigkeit" **nicht verzerrt**.

Als weitere Möglichkeit, die Qualität der Stichprobe zu überprüfen, standen Daten über die **Einstellung gynäkologischer Chefärzte zum Schwangerschaftsabbruch** (RAHMSDORF 1980) zur Verfügung. In der 1977 durchgeführten **repräsentativen Untersuchung** wurden die gynäkologischen Chefärzte nach ihrer Einstellung bzw. Akzeptanz der einzelnen Indikationen der §§ 218 f. StGB gefragt. Diese Frage wurde in der vorliegenden Untersuchung analog verwendet,<sup>8)</sup> um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Die folgenden Tabellen zeigen die diesbezüglichen Ergebnisse der beiden Untersuchungen:

Tabelle 2: Vergleich der Akzeptanz der Indikationen<sup>9)</sup> zwischen Chefärztebefragung und Gynäkologenbefragung

a) Akzeptanz der Indikationen: Chefärztebefragung (Erhebungsjahr 1977/N = 241)

Indikation Ein- stellun- gen	medizinische Indikation		eugenische Indikation		kriminologische Indikation		Notlagenindi- kation	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
akzeptiere	227	94,2	208	86,3	173	71,8	91	37,7
lehne ab	14	5,8	33	13,7	68	28,2	150	62,2
SUMME	241	100,0	241	100,0	241	100,0	241	99,9

Quelle: Rahmsdorf 1980, S.24.

b) Akzeptanz der Indikationen: Gynäkologenbefragung  
(Erhebungsjahr 1986/N = 406)

Einstellung	medizinische Indikation		eugenische Indikation		kriminologische Indikation		Notlagenindikation	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
akzeptiere	395	97,4	372	91,7	355	87,4	174	42,8
lehne ab	6	1,4	28	6,9	44	10,9	225	55,5
keine Angaben	5	1,2	6	1,4	7	1,7	7	1,7
SUMME	406	100,0	406	100,0	406	100,0	406	100,0

Alle Indikationen werden von den Befragten unserer Stichprobe etwas stärker akzeptiert, als dies bei den gynäkologischen Chefärzten im Jahre 1977 der Fall war. Die **Reihenfolge und Verteilung der Akzeptanz** dagegen ist in beiden Gruppen ähnlich: Fast alle Befragten akzeptieren die medizinische Indikation (97,4% der Gynäkologen und 94,2% der Chefärzte), fast ebenso viele (ca. 90%) billigen die eugenische Indikation. An dritter Stelle der Akzeptanz steht die kriminologische Indikation, die ebenfalls von der überwiegenden Mehrzahl der Befragten akzeptiert wird (87,4% der Gynäkologen und 71,8% der Chefärzte). Die letzte Stelle der Akzeptanz nimmt die Notlagenindikation ein, die in beiden Befragungen von den Ärzten eher abgelehnt als befürwortet wird: Nur 42,8% der Gynäkologen akzeptieren diese Indikation im Vergleich zu 37,7% der Chefärzte.

Es ist anzunehmen, daß die durchgängig etwas höhere Akzeptanz der Indikationen in der Gynäkologenbefragung aus dem Jahre 1986 mit der Tatsache zusammenhängt, daß die reformierten Tatbestände der

§§ 218 f. StGB zum Zeitpunkt der Durchführung der Untersuchung schon fast 10 Jahre in Kraft waren. Es ist mittels des vorliegenden Datenmaterials nicht möglich, diese Zusammenhänge weitergehend zu überprüfen. Allerdings können wir aufgrund der nahezu identischen **Akzeptanzverteilung** bezüglich der einzelnen Indikationen in beiden Untersuchungen davon ausgehen, daß wir in unserer Stichprobe **keine Extremgruppen** bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch erfaßt haben. **Repräsentativität** kann somit angenommen werden.



### Anmerkungen zu IV 3

- 1) Dies waren zum Erhebungszeitpunkt 1.981 Personen laut Statistik der Bundesärztekammer vom 31.12.1986.
- 2) Nach Informationen der Bundesärztekammer, Stand vom 31.12.1986.
- 3) 8,4% der erfaßten angestellten Klinikärzte (n = 522) waren leitende Ärzte bzw. Chefärzte.
- 4) Zur Bedeutung geschlechtsspezifischer und professioneller Faktoren für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch siehe Häußler/Holzauer 1988b.
- 5) Zur Problematik selbstselektiver Stichproben vgl. Kapitel IV 2.3, S.111.
- 6) Siehe Tabelle 33, S.286 im Anhang.
- 7) Die Berechnungen erfolgten nach dem  $\chi^2$ -Test.
- 8) Siehe Frage 1 des Interviewleitfadens im Anhang (S.271).
- 9) Zur besseren Unterscheidung der beiden Untersuchungen wird im folgenden immer zwischen "Gynäkologenbefragung" und "Chefärztebefragung" unterschieden, obwohl gynäkologische Chefärzte auch unter den Oberbegriff "Gynäkologen" eingeordnet werden können. Für die vorliegenden Tabellen wurden Kategorien zusammengefaßt. Die Kategorien "akzeptiere" bzw. "lehne ab" entsprechen der bedingten Zustimmung, die aus der Zusammenfassung von "akzeptiere voll" und "habe geringe Vorbehalte" ermittelt wurden sowie der Addition der Kategorien "habe starke Vorbehalte" und "lehne ab" als Ablehnung. Vgl. hierzu Beiblatt 1 des Fragebogens im Anhang (S.282).

#### 4. Zusammenfassung

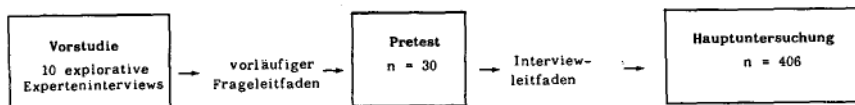
In der vorliegenden Untersuchung wurden **406 Gynäkologen/innen aus den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg** über ihre Einstellung und ihr Verhalten im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung mündlich befragt. Dies entspricht einem Fünftel der Grundgesamtheit aller berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg. Im Gegensatz zu vergleichbaren früheren Untersuchungen wurden dabei nicht nur klinisch arbeitende Gynäkologen, sondern auch **niedergelassene Frauenärzte** erfaßt. Ebenso waren erstmals **Gynäkologinnen** ihrem Anteil entsprechend vertreten.

Die Befragung wurde anhand eines **teilstrukturierten Interviewleitfadens** durchgeführt, dessen thematische Schwerpunkte neben der differenzierten Erfassung von Einstellung und Verhalten im Zusammenhang mit einem legalen Schwangerschaftsabbruch auf die Normkenntnis der Befragten und ihre professionelle Wertorientierung zielten. Dabei wurden dem Untersuchungsgegenstand entsprechend quantitativ **und** qualitativ orientierte Fragetechniken und Verfahren angewendet.

Die Befragung wurde von **speziell geschulten Interviewern** durchgeführt. Als Interviewer waren ausschließlich Männer tätig. Dies erschien insofern geboten als die Befragungssituation möglichst nicht an die Interaktion zwischen schwangerer Frau und Indikations- oder Abbruchsarzt erinnern sollte, um die Ergebnisse nicht unnötig zu verzerren.

Ein **Pre-Test** des Erhebungsinstruments und die **Hauptuntersuchung** wurden **1986** durchgeführt. Sie schlossen an eine bereits Ende 1985 begonnene **Vorstudie** mit **explorativen Experteninterviews** zum Thema an. Die folgende Übersicht zeigt die einzelnen Untersuchungsschritte:

Schaubild 9: Verlaufsschema der Untersuchung



Sowohl die Vorstudie als auch der in der Freiburger Region durchgeführte Pre-Test dienten vorrangig der **Entwicklung und Überprüfung des Erhebungsinstruments**. Während die explorativen Experteninterviews vor allem Anhaltspunkte für die Formulierung bislang noch nicht empirisch erfaßter Themenbereiche boten, diente der Pretest der Überprüfung und Weiterentwicklung des vorläufigen Frageleitfadens. Dabei erwies sich vor allem die "interviewgeeignete" Formulierung von Fragen zu juristisch komplexen Sachverhalten als wesentliche Problematik.

Aus Gründen des **Datenschutzes** mußte vom ursprünglich vorgesehenen Verfahren der Ziehung einer Zufallsstichprobe für die Hauptuntersuchung abgesehen werden. Mit Unterstützung der jeweiligen Landesärztekammern wurden daher **alle berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg** schriftlich um ihre Mitarbeit an der Studie gebeten. Die auf diesem Wege erreichte Population von 406 Gynäkologen muß daher als **selbst-selektive Stichprobe** klassifiziert werden.

Statistische Überprüfungen ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen unserer Stichprobe und der Grundgesamtheit bezüglich der soziodemographischen Merkmale "Alter", "Geschlecht" und "Art der Berufstätigkeit" (Kliniker/niedergelassene Frauenärzte). Ebenso ergaben Vergleiche mit einer früheren Untersuchung zum Thema, daß wir keine Extremgruppen bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch erfaßt haben. Unseren Daten kommt daher **repräsentative Bedeutung** zu.

## V. EMPIRISCHE FORSCHUNGSERGEBNISSE

### 1. Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch und § 218 StGB

#### 1.1 Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

##### - Skalenbeschreibung

Die grundsätzliche Einstellung der Gynäkologen zum Problemkreis Schwangerschaftsabbruch wurde anhand einer Einstellungsskala ermittelt, die im Teilprojekt Frauenbefragung entwickelt und verwendet wurde.<sup>1)</sup> Es handelte sich dabei um eine vierstufige Kategorienskala mit den Antwortvorgaben "sehr dafür", "eher dafür", "eher dagegen" und "sehr dagegen". Die Skala umfaßte 10 Items mit Aussagen über den Schwangerschaftsabbruch bzw. der wünschenswerten gesetzlichen Regelung des Problems. Tabelle 3 zeigt das Ausmaß der Zustimmung bzw. Ablehnung zu den einzelnen Items, wobei die Vorgaben "sehr dafür" und "eher dafür" als Zustimmung zusammengefaßt wurden und die Vorgaben "eher dagegen" und "sehr dagegen" als Ablehnung.<sup>2)</sup>

Insgesamt werden vier Aussagen von mehr als 50% der Befragten bestätigt. Die **stärkste Zustimmung** findet die Aussage: "Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein". 82,5% der Befragten stimmen dieser Beurteilung des Problems zu. 71,7% sind der Ansicht, daß "objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte" feststellen sollten, "ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist". Fast ebenso viele meinen, daß "der Schwangerschaftsabbruch vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden sollte, weil ungeborenes Leben prinzipiell geschützt werden sollte". Knapp 60% schließlich sind der Ansicht, daß "Schwangerschaftsabbruch zwar Tötung ist", sie aber Verständnis dafür hätten, wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren könne. Diese vier Aussagen, die die stärkste Zustimmung unter den Gynäkologen finden, umschreiben im wesentlichen die bestehende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, das **Indikationenmodell**. Die vierte Aussage, die starke Zustimmung findet, geht eher in Richtung "**Selbstbestimmungsrecht der Frau**".

Tabelle 3: Zustimmung bzw. Ablehnung zu Items der Skala "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch"

<u>Itemformulierung</u>	stimme zu	lehne ab	keine Angaben
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen	40,9	58,6	0,5
2. Ebenso wie über ihren eigenen Körper, sollte jede Frau auch über den in ihr heranwachsenden Embryo bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen	31,8	66,8	1,5
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden	68,2	29,9	2,0
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist	33,5	61,1	5,4
5. Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist	71,7	25,9	2,5
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten	37,2	56,9	5,9
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte	32,0	64,8	3,2
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden	37,6	59,4	3,0
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein	82,5	14,8	2,7
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich dafür Verständnis	59,4	37,7	3,0

N= 406

Demgegenüber finden alle Aussagen, die eindeutig auf ein Selbstbestimmungsrecht der Frau und auf eine **Fristenlösung** hinzielen, **starke Ablehnung**. 66,8% lehnen die Aussage ab: "Ebenso wie über ihren eigenen Körper sollte jede Frau auch über den in ihr heranwachsenden Embryo bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen". Fast ebenso viele Befragte lehnen

eine alleinige Entscheidung der Frau ab (Item 7). Auch die Fristenlösung (Item 1) wird von fast 60% abgelehnt. Doch ebenso wie die Fristenlösung von mehr als die Hälfte der Befragten abgelehnt wird, werden auch **stärkere Verurteilungen des Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt**. So wird die Aussage "Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist", von 61,1% der Befragten abgelehnt, ebenso wie der Satz "Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten" von 56,9% zurückgewiesen wird. Stärkere Ablehnung findet auch die Aussage "gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Ihr Mann muß da auf jeden Fall mitreden". Knapp 60% sprechen sich gegen diese Formulierung aus.

#### - Güteberechnungen und Bildung eines Summenscores

Zur Prüfung der **Dimensionalität** der Skala wurde eine **Faktorenanalyse** durchgeführt. Die Faktoren wurden nach dem Eigenwertkriterium ( $\geq 1$ ) extrahiert. Daraus ergab sich eine **dreifaktorielle Lösung**, die 70,7% der Gesamtvarianz erklärt.

**Faktor 1** kann als "Selbstbestimmungsrecht der Frau" bzw. "die Frau soll entscheiden" interpretiert werden, während **Faktor 2** die Dimension "Schwangerschaftsabbruch ist Tötung" repräsentiert. Insgesamt sechs Variablen laden auf Faktor 1 (Item 1, 2, 3, 5, 7, 10) und drei Variablen auf Faktor 2 (Item 4, 6, 8). Faktor 1 erklärt 74,8% und Faktor 2 erklärt 14,9% der relativen Varianz. **Faktor 3** schließlich gibt die Einschätzung "ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein" wieder. Auf Faktor 3 laden nur zwei Items (9, 10), er erklärt 10,3% der relativen Varianz. Tabelle 7 zeigt die einzelnen Faktorladungen der Variablen sowie die jeweiligen Trennschärfekoeffizienten (Corrected Item Total Correlation).3)

**Reliabilitätsprüfungen** der Skala ergaben eine Testhalbierungsreliabilität nach SPEARMAN-BROWN von .75. Der Koeffizient für die interne Konsistenz (CRONBACH ALPHA) lag bei .77. Werden die Items 9 und 10 weggelassen, so erhöhen sich die Testhalbierungsreliabilitäten nach SPEARMAN-BROWN auf .82 und der Koeffizient für die interne Konsistenz (CRONBACH ALPHA) auf .88. Für weitere Rechenoperationen wurde die Skala zu einem **Summscore** umgebildet. Da ohne die Items 9 und 10 bessere Ergebnisse erzielt werden, gehen diese beiden Variablen nicht in die Bildung des Summenscores ein. Der ungewichtete Summscore kann einen **Maximalwert** von 32 erreichen (8 Items, Aussage vier: "Bin sehr dagegen"), dies bedeutet ein Votum für das **Selbstbestimmungsrecht der Frau**. Der **Minimalwert** liegt bei 8 (8 Items, Aussage 1: "Stimme stark zu"), er kann als **Schwangerschaftsabbruch ist Tötung** interpretiert werden.

Werte zwischen 17 und 24 wurden als "Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein" gedeutet.

Nach Umbildung der Skala in einen **Summenscore** konnte folgendes **Meinungsbild** ermittelt werden:

- 42,1% der Gynäkologen sind der Ansicht, daß **Schwangerschaftsabbruch Tötung ist und der Mensch nicht das Recht haben soll, zu töten**;
- 37,7% meinen, daß **Schwangerschaftsabbruch zwar Tötung ist, aber als Notlösung gerechtfertigt sein kann**;
- für 20,2% steht das **Selbstbestimmungsrecht der Frau** beim Schwangerschaftsabbruch im Vordergrund, sie sind der Ansicht, daß die Frau entscheiden müsse.

Die größte Gruppe bilden mit 42,1% diejenigen Gynäkologen, die den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich als Tötung menschlichen Lebens ablehnen. Etwas kleiner ist mit 37,7% die Gruppe derjenigen, die den Schwangerschaftsabbruch zwar als Tötung menschlichen Lebens verurteilen, jedoch als Notlösung für gerechtfertigt halten. Diese Einstellung korrespondiert am ehesten mit der geltenden gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Die kleinste Gruppe bilden diejenigen Gynäkologen, die der Ansicht sind, daß die Frau entscheiden müsse, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen wolle oder nicht. Faßt man diejenigen, die den Abbruch als Notlösung gelten lassen wollen, und diejenigen, die der Frau die Entscheidung überlassen wollen, zusammen, so ergibt sich mit 57,9% eine **knappe Mehrheit der Befragten, die den Schwangerschaftsabbruch - zumindest als Notlösung - akzeptieren**.

#### - Einstellungsunterschiede und Einflußfaktoren

Anhand des Summenscores der Skala "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" wurden - gemäß den formulierten Untersuchungshypothesen - mögliche Zusammenhänge mit anderen Variablenbereichen überprüft. Dabei ließen sich auf **bivariater Ebene** folgende Einstellungsunterschiede bzw. **Einflußfaktoren** ermitteln:

- die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hängt in hohem Maße damit zusammen, ob ein Arzt **grundsätzliche Konflikte** zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der **ärztlichen Berufsethik** sieht ( $\eta^2 = .53$ ). Ärzte, die keinen diesbezüglichen Konflikt wahrnehmen, vertreten meist eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, während umgekehrt Ärzte, die einen diesbezüglichen Konflikt sehen, eher eine ablehnende Haltung einnehmen;
- **konfessionell gebundene** Gynäkologen lehnen weitaus häufiger den Schwangerschaftsabbruch als Tötung menschlichen Lebens ab als Gynäkologen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören ( $\eta^2 = .31$ );
- Gynäkologen, die **regelmäßig zur Kirche gehen**, lehnen den Schwangerschaftsabbruch stärker ab als Gynäkologen, die selten oder nie zur Kirche gehen ( $\eta^2 = .38$ ,  $r = .35$ );
- **ältere Gynäkologen** lehnen häufiger den Schwangerschaftsabbruch als Tötung menschlichen Lebens ab, und **jüngere Gynäkologen** plädieren häufiger für ein Selbstbestimmungsrecht der Frau ( $\eta^2 = .31$ ).<sup>4)</sup>

Entgegen plausibler Vorüberlegungen ließen sich **keine** statistisch signifikanten Einstellungsunterschiede für die Variablen Geschlecht, Konfessionsart, Bundesland und Anstellungsart ermitteln. In Hinsicht auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch unterschieden sich weder Männer von Frauen, noch evangelische von katholischen Ärzten, noch Hessen von Baden-Württembergern, noch niedergelassene von klinisch arbeitenden Gynäkologen.

Nach der Durchführung **multivariater Analyseverfahren** ließen sich die **zentralen Einflußfaktoren** für die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch auf **drei Variablen** reduzieren: Konfessionszugehörigkeit, Alter und Konflikte mit der ärztlichen Berufsethik. Die folgende Tabelle zeigt das Resultat einer multiplen Regressionsanalyse bei stufenweisem Einschluß der Prädiktoren und der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch als zu erklärender Variable:



Tabelle 4: Einflüsse auf die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (Regressionsanalyse)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Einstellung "liberaler", wenn:
1. Konflikt mit Berufsethik	-.46***			- kein Konflikt mit Berufsethik
2. Religionszugehörigkeit	.21***			- keine Religionszugehörigkeit
3. Alter	-.15**	.58	34%	- jünger

Signifikanzprüfung:

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch vertreten demnach eher junge Gynäkologen, die keiner Konfession angehören und keine grundsätzlichen Konflikte sehen zwischen der Durchführung eines Abbruchs und der ärztlichen Berufsethik. Demgegenüber nehmen religiös gebundene ältere Gynäkologen, die grundsätzliche Konflikte in dieser Hinsicht empfinden, eine eher ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch ein.

Die im Rahmen der Regressionsanalyse gefundenen Prädiktoren für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch entsprechen den auf bivariater Ebene ermittelten Zusammenhängen. An zentraler Stelle steht wiederum der **Konflikt mit der ärztlichen Berufsethik**, dem auf bivariater Ebene die größte Bedeutung zukam. Aber auch die **Konfessionszugehörigkeit** und das **Alter** der Gynäkologen erwiesen sich als vorhersagestarkes Merkmal für die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Diesem Ergebnis zufolge erklären nur drei Prädiktoren bereits 34% der Gesamtvarianz.

## 1.2 Einstellung zum Gesetz

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt, stimmen die Gynäkologen, wenn sie nach ihrer **allgemeinen** Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch befragt werden, in relativ hohem Maße der bestehenden gesetzlichen Regelung zu. Allerdings änderte sich dieses Bild, wenn genauer nach der **Einstellung zum Gesetz** gefragt wird. Auf die Frage: "Finden Sie es richtig, daß nur die Berufsgruppe der Ärzte Indikationen ausstellen darf?", antworteten nur 50,7% der Gynäkologen mit "ja", obwohl bei der Skala "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" über 70% der Probanden der Aussage zugestimmt hatten, daß "objektive Beurteiler, wie z.B. Ärzte feststellen sollten, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist". 47,5% der Probanden hielten es bei direkter Fragestellung **nicht** für richtig, daß nur die Berufsgruppe der Ärzte Indikationen ausstellen darf, und 1,2% gaben an, es nicht so genau zu wissen.

Wenn Gynäkologen der Ansicht waren, daß auch eine **andere Berufsgruppe** als die der Ärzte Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellen könnte (n = 200), so dachten sie vorwiegend an Berufe aus dem **sozialen Bereich**. Mehr als die Hälfte der Gynäkologen, die sich auch andere Berufsgruppen in dieser Funktion vorstellen konnten, nannten als Alternative Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Lehrer, Psychologen und verwandte Berufsgruppen. Als weitere Professionen wurden die Juristen (15,5%) und die Theologen (8%) genannt. Ca. 1/5 der Gynäkologen aus dieser Gruppe schlug als Alternative eine **Sonderregelung für die Notlagenindikation** vor. 7,5% meinten, daß die Indikationsfeststellung von Ämtern oder Behörden übernommen werden sollte, und nur ganz wenige waren der Ansicht, daß die Frau dies allein entscheiden könne (3,5%) bzw. daß hierfür wieder eine Gutachterkommission eingerichtet werden solle (4%).

Auf die Frage, ob Ärzte eine **besondere Qualifikation** für die Indikationsfeststellung bräuchten, antworteten 67,7% der Befragten mit "ja". Wie die Zusatzqualifikation nach Meinung dieser Gynäkologen (n = 275) aussehen sollte, zeigt die folgende Übersicht:

- 29,5% waren der Ansicht, daß Ärzte hierfür eine spezielle Schulung zum Thema Schwangerschaftsabbruch absolvieren müßten;
- 28% hielten eine psychologische Zusatzausbildung für erforderlich;
- für 37,1% waren **gynäkologische Fachkenntnisse** bzw. die Facharzt- ausbildung zum Gynäkologen ausreichend;
- 16,7% nannten als wesentliche Qualifikation Lebenserfahrung bzw. Berufserfahrung;
- nur 5,1% hielten eine juristische Schulung für erforderlich.

In einer weiteren offen gestellten Frage wurde ermittelt, wer nach Ansicht der Gynäkologen die **Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch** übernehmen sollte. Interessanterweise gab es bei dieser Frage keinerlei Antwortverweigerungen oder Ausfälle: Zur Frage nach der Bezahlung wußte wirklich **jede/r** einen Vorschlag zu machen. Die folgende Tabelle gibt die Angaben zur Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs wider:

Tabelle 5: Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs

	abs.	%	
Krankenkasse	175	43,3	
Krankenkasse, außer Notlagenindikation: soll selbst bezahlt werden	60	14,7	25,7%
Krankenkasse mit Selbstbeteiligung	31	7,6	
Krankenkasse medizinische und eugenische Indikation, ansonsten die Betroffenen	14	3,4	
Die Betroffenen mit Beihilfen in Härtefällen	63	15,5	22,4%
Frau und Sozialversicherung/Sozialamt	28	6,9	
Der Staat	16	3,9	
Je nach Einzelfall	6	1,5	
Sonstiges	13	3,2	
SUMME	406	100,0	

43,3% der Befragten sind der Ansicht, daß die **Krankenkasse** die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch übernehmen sollte. 14,7% meinen, daß die Notlagenindikation von den Betroffenen selbst bezahlt werden und die Krankenkasse nur für die restlichen drei Indikationsarten aufkommen solle. 7,6% halten bei allen Indikationsarten eine Mischfinanzierung Krankenkasse/Selbstbeteiligung für angebracht, und 3,4% sind der Ansicht, daß nicht nur die Notlagenindikation, sondern auch die kriminologische Indikation von den Betroffenen selbst bezahlt werden solle und nur medizinische und eugenische Fälle von der Krankenkasse getragen werden sollten. Faßt man die drei letztgenannten Gruppen zusammen, so ergibt sich ein prozentualer Anteil von 25,7% der Befragten, die eine Lösung im Sinne einer Finanzierung der **Krankenkasse mit Selbstbeteiligung** präferieren.

Demgegenüber plädieren 15,5% für eine ausschließliche Finanzierung durch die Betroffenen (d.h. in der Regel Frau und Mann) mit staatlichen Beihilfen in Härtefällen. 6,9% meinten, daß die betroffene Frau die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch alleine tragen müsse - allerdings ebenfalls mit staatlichen Beihilfen in Härtefällen. Es ergibt sich also eine zweite Gruppe von insgesamt 22,4% der Befragten, die eine **Übernahme der Kosten** durch die **Betroffenen** für wünschenswert halten. 3,9% halten den "Staat" für den angemessensten Financier, und 1,5% wollten die Kostenfrage "je nach Einzelfall" entschieden wissen.

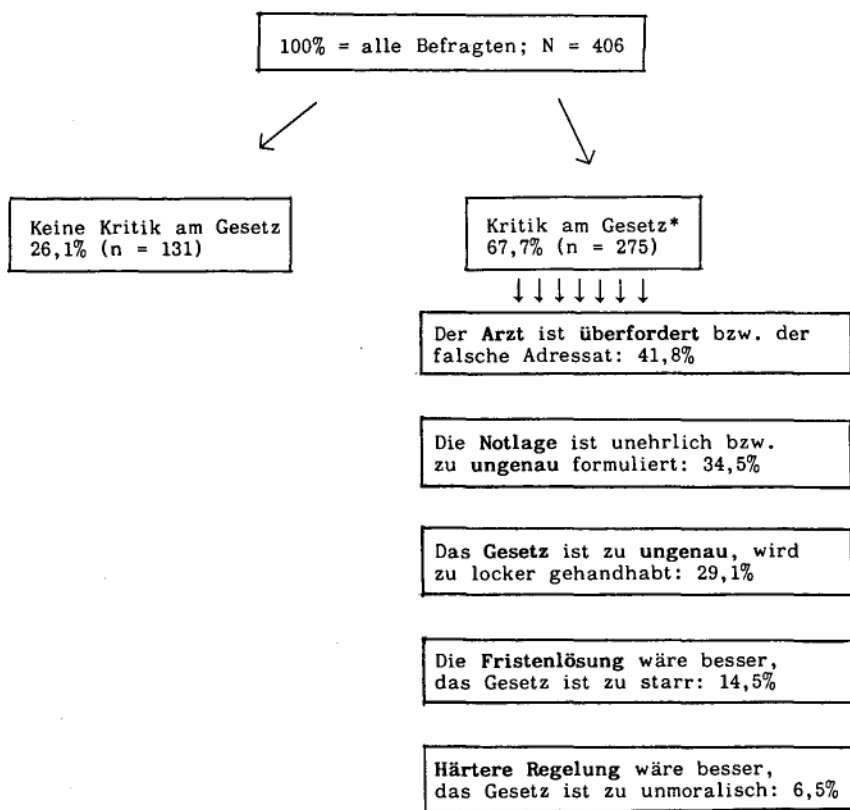
Das **Meinungsbild** ergibt demnach im wesentlichen drei große Gruppen:

- diejenigen, die die **bestehende Finanzierung** durch die Krankenkasse befürworten (43,3%);
- diejenigen, die eine Finanzierung der **Krankenkasse mit Selbstbeteiligung** präferieren (25,7%);
- und diejenigen, die für eine ausschließliche **Kostenübernahme durch die Betroffenen** plädieren (22,4%).

Bezüglich der Frage nach der Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs zeigt sich demnach, daß zwar Alternativvorschläge zum Status quo bestehen, jedoch kein Alternativvorschlag so viele Anhänger findet wie die bestehende Regelung.

**Kritik an der bestehenden Gesetzgebung** äußerten 67,7% (n = 275) der Befragten. 26,1% waren der Ansicht, daß die gegenwärtige gesetzliche Regelung den Interessen der Ärzte gerecht wird. Das folgende Schaubild gibt eine Übersicht der geäußerten Kritikpunkte:

Schaubild 10: Kritik am Gesetz



\* Die aufgeführten Kritikpunkte ergeben mehr als 100%, weil Mehrfachnennungen möglich waren.

Die am häufigsten geäußerte Kritik bezog sich auf die **Rolle des Arztes** im Rahmen der reformierten §§ 218 f. StGB sowie den Bereich der **Notlagenindikation**. 41,8% der Gynäkologen, die Kritik am Gesetz äußerten, waren der Ansicht, daß der Arzt überfordert bzw. der falsche Adressat für diese Aufgabe sei. Die folgenden Zitate veranschaulichen diesen Kritikpunkt:

"Der Arzt hat den Schwarzen Peter bekommen."

"Der Gesetzgeber hat die Verantwortung auf die Ärzte abgewälzt."

Vielfältige Kritik wurde auch im Zusammenhang mit der **Notlagenindikation** geäußert. Ca. 1/3 der kritisierenden Gynäkologen hatten Schwierigkeiten mit der Notlagenindikation. Sie sei ungenau definiert bzw. "unehrlich", war eine häufig geäußerte Kritik. Nahezu ebenso viele kritischen Äußerungen bezogen sich auf das Gesetzeswerk als Ganzes:

"Das Gesetz ist zu ungenau formuliert; es ist ein 'Gummiparagraph'".

"Das Gesetz wird zu locker gehandhabt; es ist eine verdeckte Fristenlösung".

"Die Indikationenregelung ist zu starr; die Fristenlösung wäre ehrlicher".

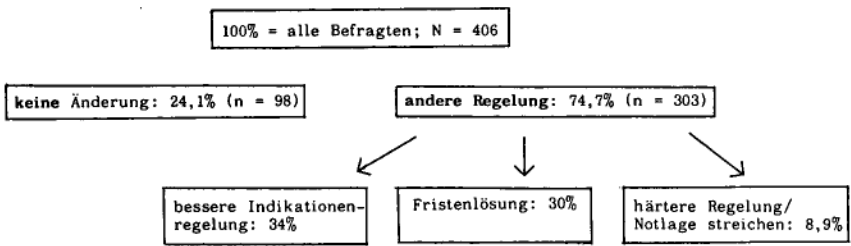
"Das Gesetz ist unmoralisch".

Nur 14,5% der kritisierenden Gynäkologen hielten eine Fristenlösung für besser bzw. erachteten das Gesetz als zu "starr". Noch weniger Befragte aus dieser Gruppe, nämlich 6,5%, waren der Ansicht, daß eine härtere Regelung besser sei.

Ein ähnliches Bild wie bei der Kritik am Gesetz zeigte sich bei der Frage nach der **wünschenswerten gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs**. Während zuvor 67,7% Kritik geäußert hatten, plädierten bei dieser Frage sogar 74,7% der Befragten für eine Gesetzesänderung. 24,1% wünschten keine andere Regelung - dies entspricht in etwa den 26,1%, die zuvor keine Kritik am Gesetz

hatten. Die quasi identische Beantwortung der verschiedenen Fragen deutet auf eine hohe **Validität** hin. Der Unterschied wird erklärlich, wenn die genannten Veränderungsvorschläge, die z.T. auf dem Indikationenmodell basierten, genauer betrachtet werden. Das folgende Schaubild gibt eine Übersicht der genannten Vorschläge unter Einbeziehung derjenigen, die keine Änderung wünschten, so daß das **gesamte Meinungsspektrum** sichtbar wird:

Schaubild 11: Befürwortete gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs



Während ein knappes Drittel der Gynäkologen für die **Fristenlösung** plädierte, machten insgesamt 34% der Befragten Änderungsvorschläge auf der Basis eines Indikationenmodells, wobei sich knapp die Hälfte der Äußerungen aus dieser Gruppe (14%) auf Probleme mit bzw. **Verbesserungsvorschläge zur Notlagenindikation** bezogen: So z.B.:

"Die Notlage sollte nicht vom Arzt definiert werden."

oder

"Status quo mit besserer Notlagendefinition."

Weitere Vorschläge auf der Basis des **Indikationenmodells** lauteten z.B.:

"Die flankierenden Maßnahmen sollten verbessert werden."

"Es sollte klarere Ausführungsbestimmungen geben."

"Die Indikationsfeststellung sollte erleichtert werden."

Nur 8,9% der Befragten plädierten für eine **restriktivere gesetzliche Regelung** als das bestehende Indikationenmodell. In dieser Gruppe wurden Vorschläge gemacht wie z.B.:

"Die Notlage sollte ganz gestrichen werden."

oder

"Eine Gutachterkommission soll entscheiden."

oder gar

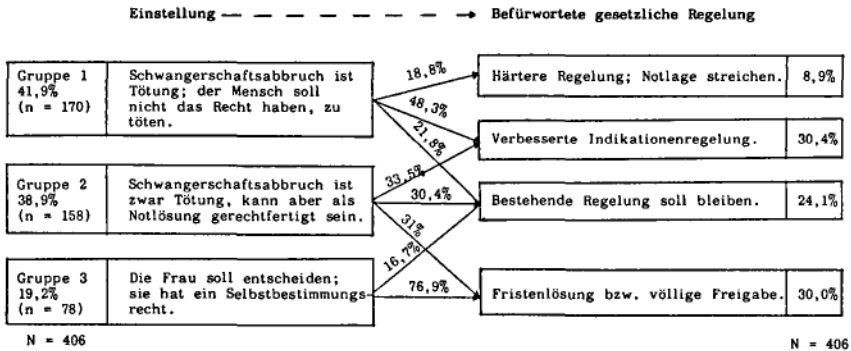
"Nur die medizinische Indikation sollte zugelassen werden."

Wenn man die Gruppe derjenigen, die Veränderungsvorschläge auf der Basis einer Indikationenregelung machten, mit denjenigen Gynäkologen zusammenfaßt, die keine Änderung der bestehenden Gesetzeslage wünschen, so ergibt sich mit 58,1% eine **Mehrheit der Befragten**, die ein **Indikationenmodell** als gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs befürwortet. Es zeigt sich demnach - ebenso wie bei der Frage nach der wünschenswerten Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs -, daß zwar Alternativvorschläge bestehen, jedoch keiner dieser Vorschläge eine größere Mehrheit erzielt als die bestehende Regelung.

Vergleicht man die Angaben der Befragten hinsichtlich der **wünschenswerten gesetzlichen Regelung** des Schwangerschaftsabbruchs mit ihrer **allgemeinen Einstellung** zur Problematik, so zeigt sich, daß zwar einsichtigerweise ein großer **Zusammenhang** zwischen diesen Variablen ( $r = .59$ ) besteht, sie sich jedoch nicht gänzlich überschneiden. Auch Gynäkologen, die eine stark ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch einnehmen, befürworten u.U. eine weniger rigide gesetzliche Regelung, während umgekehrt Gynäkologen, die ein Selbstbestimmungsrecht der Frau in diesem Zusammenhang sehen, nicht unbedingt für eine Fristenlösung eintreten. Das folgende Schaubild zeigt die Zusammenhänge im einzelnen:



**Schaubild 12:** Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und befürwortete gesetzliche Regelung



Die Vorschläge zur gesetzlichen Regelung von Gynäkologen, die eine **stark ablehnende Haltung** zum Schwangerschaftsabbruch einnehmen, reichen von einer Gesetzesverschärfung über Verbesserungen des Indikationenmodells bis zur Beibehaltung des bestehenden Gesetzes. Allerdings tritt kein Gynäkologe dieser Gruppe für die Fristenlösung ein.

Gynäkologen der zweiten Einstellungsgruppe, die den Schwangerschaftsabbruch als **Notlösung** akzeptieren, variieren in ihren Vorschlägen von Verbesserungen des Indikationenmodells über Beibehaltung der bestehenden Regelung bis zur Fristenlösung oder völligen Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs. Kein Gynäkologe dieser Gruppe plädiert jedoch für eine Verschärfung der bestehenden Gesetzeslage.

Gynäkologen der dritten Einstellungsgruppe schließlich, die der Ansicht sind, daß die Entscheidung zum **Schwangerschaftsabbruch Sache der Frau** sei, befürworten mehrheitlich eine Fristenlösung

bzw. die völlige gesetzliche Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs. Nur knapp 1/5 dieser Gruppe ist dafür, die bestehende Lösung beizubehalten. Offensichtlich besteht in dieser Gruppe die stärkste Übereinstimmung zwischen allgemeiner Einstellung und präferierter gesetzlichen Regelung. Allerdings kann auch für die anderen beiden Einstellungsgruppen festgehalten werden, daß die Vorschläge zwar streuen, jedoch **keine Extrempositionen** zum grundsätzlichen Meinungsbild eingenommen werden: Wer den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich ablehnt, tritt **nicht** für die Fristenlösung ein, und wer ein Selbstbestimmungsrecht der Frau in diesem Zusammenhang anerkennt, fordert **keine** Gesetzesverschärfung.

Es kann vermutet werden, daß übergreifende **politische Wertorientierungen** als intervenierende Variablen für die beobachteten Differenzen zwischen allgemeiner Einstellung und präferierter gesetzlicher Regelung verantwortlich sind. Allerdings kann dieser Frage anhand unseres Datenmaterials nicht weiter nachgegangen werden. Zwar enthielt der verwendete Interviewleitfaden Fragen (Fragen 92 und 93), die auf diesen Bereich zielten, doch war die Antwortbereitschaft der Probanden in dieser Hinsicht so gering, daß keine sinnvolle statistische Auswertung vorgenommen werden konnte.<sup>5)</sup> Erstaunlicherweise stellte es kein erhebungstechnisches Problem dar, die Probanden nach Gesetzesüberschreitungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch zu befragen, wogegen die Frage nach der Zugehörigkeit zu einer politischen Gruppe kein Gehör fand.

Aufgrund des erhebungstechnischen Mangels an theoretisch plausiblen erklärenden Variablen in diesem Zusammenhang konnte mittels multivariater Analysen neben der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** nur ein weiterer erklärender Faktor für die präferierte gesetzliche Regelung ermittelt werden, nämlich das **Alter der Befragten**. Allerdings erklären diese beiden Faktoren bereits 36% der Varianz. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse<sup>5)</sup> bei stufenweisem Einschluß der Prädiktoren:

Tabelle 6: Einflüsse auf die präferierte gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Präferierte gesetzliche Regelung "freizügiger", wenn:
1. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	$\beta = .56^{***}$			- "liberale" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch
2. Alter	$\beta = -.12^*$	.60	36%	- jünger

Signifikanzprüfung:

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $P < .001$

Eine **Gesetzesverschärfung** wird demnach um so eher gefordert, je ablehnender die grundsätzliche Haltung zum Schwangerschaftsabbruch ist und je älter der Gynäkologe ist; wogegen eine **freizügigere Lösung** eher von jüngeren Gynäkologen präferiert wird, die eine liberale Haltung zum Schwangerschaftsabbruch einnehmen. "Alter" als zusätzlicher erklärender Faktor deutet auf den vermuteten Zusammenhang mit übergreifenden politischen Wertorientierungen hin, im Sinne eines "konservativen" Weltbildes bei älteren Personen bzw. einer "fortschrittlichen" oder "liberalen" Sichtweise bei jüngeren Personen.<sup>6)</sup>

### 1.3 Akzeptanz der Indikationen

Die verschiedenen gesetzlich vorgegebenen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch werden von den Befragten in **unterschiedlichem Ausmaß akzeptiert:**<sup>8)</sup>

- Nahezu **alle** Befragten (97,4%) akzeptieren die medizinische Indikation;

- die **überwiegende Mehrzahl** akzeptiert die eugenische (91,7%) und die kriminologische Indikation (87,4%);
- **nur 42,8%** der Gynäkologen akzeptieren die **Notlagenindikation**.

Gynäkologen, die grundsätzliche Konflikte zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik sehen, **unterscheiden sich** bezüglich der Akzeptanz der gesetzlich vorgeschriebenen Indikationen von Ärzten, die keine solchen Konflikte wahrnehmen:

Tabelle 7: Akzeptanz der Indikationen in Abhängigkeit von berufsethischen Konflikten (Angaben in %)

Berufsethische Konflikte Akzeptanz d. Indikationen	Konflikt mit ärztlicher Berufsethik ( n = 251)		Kein Konflikt ( n = 145)		Signifikanzprüfung
	akzeptiere	lehne ab	akzeptiere	lehne ab	
Medizinische Indikation	-97,6	2,4	100%	-	-
Eugenische Indikation	-89,6	10,4	98,6	1,4	**
Kriminologische Indikation	-84,1	15,9	97,2	2,8	***
Allgemeine Notlagenindikation	28,7	71,3	68,3	31,7	***

Signifikanzprüfung (chi<sup>2</sup>):

\* p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p <.001

Da die medizinische Indikation mit Ausnahme von sechs Probanden von allen Befragten übereinstimmend akzeptiert wurde, ließen sich schlüssigerweise auch keine diesbezüglichen Einstellungsunterschiede zwischen Gynäkologen mit und ohne berufsethische Konflikte feststellen. Statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch bereits bezüglich der **Akzeptanz der eugenischen** und der **kriminologischen Indikation**: Gynäkologen, die einen Schwangerschaftsabbruch in

berufsethischer Hinsicht als konfliktlos empfinden, akzeptieren fast ausnahmslos diese beiden Indikationsbereiche, während bei den Gynäkologen, die diesbezügliche Konflikte empfinden, 10,4% die eugenische Indikation ablehnen und 15,9% die kriminologische.

Die eindeutigsten **Gruppenunterschiede** lassen sich bezüglich der **Akzeptanz der Notlagenindikation** feststellen. Mehr als 2/3 der Gynäkologen mit berufsethischen Konflikten lehnen diese Indikationsart ab im Vergleich zu nur knapp 1/3 der Gynäkologen ohne diesbezügliche Konflikte. Der professionellen ärztlichen Ethik kommt somit Bedeutung für die Akzeptanz der einzelnen Indikationen zu.<sup>9)</sup>

Bezüglich der **Akzeptanz der eugenischen Indikation** als zu erklärender Variablen zeigte sich im Anschluß an eine multiple Regressionsanalyse mit stufenweisem Einschluß der Prädiktoren folgendes Ergebnis:

Tabelle 8: Einflußfaktoren der Akzeptanz der eugenischen Indikation (Regressionsanalyse)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil an erklärter Varianz	Interpretation: eugenische Indikation wird eher abgelehnt, wenn:
1. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	-.25***			"konservative" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch
2. Konfessionsart	.19**			katholisch
3. Arztbild	.15*	.36	14%	humanistisches Arztbild

Signifikanzprüfung:

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Eine eugenische Indikation wird demzufolge von Gynäkologen **abgelehnt**, wenn sie allgemein eine ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch vertreten, der katholischen Konfession angehören und ihrem professionellen Selbstverständnis zufolge eine humanistische Grundhaltung als wesentliche Komponente des Arztberufes ansehen. Demgegenüber wird die eugenische Indikation von Gynäkologen **akzeptiert**, die den Arzt in der Rolle des technischen Sachexperten sehen, nicht der katholischen Konfession angehören und allgemein eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch vertreten. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muß jedoch der Tatsache Rechnung getragen werden, daß die zu erklärenden Gruppenunterschiede auf einer **relativ geringen Fallzahl** basieren. Insgesamt lehnten nur 26 Probanden einen Schwangerschaftsabbruch bei eugenischer Indikation ab. Die geringe Fallzahl erklärt z.T. den relativ geringen Anteil erklärter Varianz. Doch trotz des nach statistischen Kriterien eher niedrig einzustufenden Resultates erscheinen die ermittelten Einflußfaktoren - theoretischen Erwägungen zufolge - höchst plausibel und können zumindest Anhaltspunkte für weitere Arbeiten liefern.

Als Einflußfaktoren für die **Akzeptanz der kriminologischen Indikation** ermittelte die multiple Regressionsanalyse mit stufenweisem Einschluß der Prädiktoren folgende Variablen:

Tabelle 9: Einflußfaktoren der Akzeptanz der kriminologischen Indikation (Regressionsanalyse)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil an erklärter Varianz	Interpretation: Kriminologische Indikation eher abgelehnt, wenn:
1. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	-.25***			"konservative" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch
2. Kirchengang	.19**			Kirchgänger
3. Konfessionsart	.17*			katholisch

Signifikanzprüfung:

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

An erster Stelle der Prädiktoren für die Akzeptanz bzw. Ablehnung der kriminologischen Indikation steht wiederum die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Weitere Einflußfaktoren sind das Ausmaß der Religiosität und erneut die Konfessionsart. Eine kriminologische Indikation wird demnach **abgelehnt**, wenn bereits die grundsätzliche Haltung zum Schwangerschaftsabbruch ablehnend ist, der Gynäkologe ein Kirchgänger ist und der katholischen Konfession angehört.

Ebenso wie bei der eugenischen Indikation hatte die bloße Zugehörigkeit zu einer Konfession keinen Einfluß auf die Akzeptanz oder Ablehnung der kriminologischen Indikation, wogegen der Konfessionsart und dem Ausmaß der **Religiosität** Bedeutung zukam. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen bivariater Rechenoperationen, wo sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied bzw. Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der kriminologischen Indikation und der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft feststellen ließ. Die Variablen Kirchgang ( $r = .26$ ) und Konfessionsart ( $\eta^2 = .17$ ) wiesen jedoch auch auf dieser Ebene der Rechenoperationen Korrelationen mit der Akzeptanz der kriminologischen Indikation auf. Die auf multivariater Ebene ermittelten drei Prädiktoren der Akzeptanz der kriminologischen Indikation erzielten eine Aufklärung von 16% der Varianz. Dieses unter statistischen Gesichtspunkten eher niedrige Ergebnis mag wiederum z.T. der eher geringen Anzahl derjenigen zu verdanken sein, die überhaupt eine kriminologische Indikation ablehnen ( $n = 40$ ). Somit ist die Vorhersagekraft der ermittelten Prädiktoren schon deshalb als eher **gering** einzustufen, weil ohnehin die meisten Probanden zur Gruppe derjenigen gehören, die die kriminologische Indikation akzeptieren.

Statistisch signifikante Ergebnisse ließen sich jedoch bezüglich der **Akzeptanz der Notlagenindikation** ermitteln. Eine multiple Regressionsanalyse mit stufenweisem Einschluß der Prädiktoren führte zu folgendem Ergebnis:

Tabelle 10: Einflußfaktoren der Akzeptanz der Notlagenindikation (Regressionsanalyse)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil an erklärter Varianz	Interpretation: Notlagenindikation eher abgelehnt, wenn:
1. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	-.45***			"konservative" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch
2. Konfessionsart	.18***			katholisch
3. Alter	.16**			älter
4. Wissen um die Strafbarkeit der	.11*	.57	33%	weiß, daß man sich bei der Indikationsstellung strafbar machen kann

Signifikanzprüfung:

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

An erster Stelle der Prädiktoren für die Akzeptanz bzw. Ablehnung der Notlagenindikation findet sich ebenso wie bei den anderen Indikationsarten die allgemeine **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch**. Auch ist mit der **Konfessionsart** ein Prädiktor gegeben, der sowohl die Akzeptanz der eugenischen als auch der kriminologischen Indikation beeinflusste. Als **neue** Einflußfaktoren in dieser Hinsicht erscheinen die Variable "Alter" sowie das Wissen um die potentielle Strafmöglichkeit im Rahmen der Indikationsfeststellung.

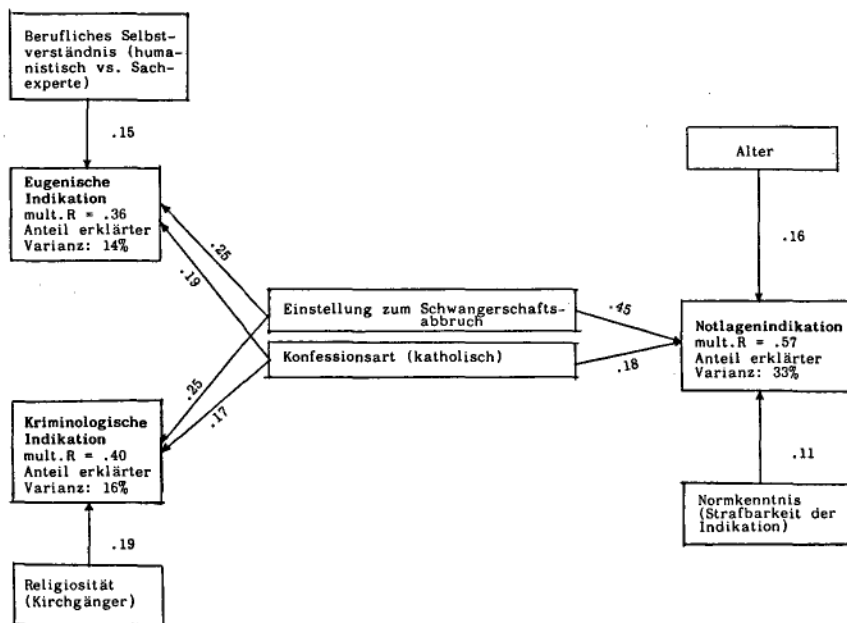
Ein Gynäkologe **lehnt** demnach die **Notlagenindikation ab**, wenn er grundsätzlich eine eher ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch vertritt, der katholischen Konfession angehört, eher älter ist und weiß, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung **strafbar** machen kann. Interessant erscheint, daß im Zusammenhang mit der Akzeptanz der Notlagenindikation erstmals der ärztlichen **Normkenntnis** bzw. der gesetzlichen **Sanktionsdrohung** Bedeutung zukommt. In den bisher untersuchten Einstellungsbereichen hatte



sich kein diesbezüglicher Einfluß feststellen lassen. Der Faktor Alter, dem auch in Hinsicht auf die grundsätzliche Haltung zum Schwangerschaftsabbruch Bedeutung zugekommen war, kann allgemein als Indikator für eine "konservativere" (weil älter) bzw. "liberale-re" (weil jünger) Wertorientierung gelten.

Das folgende Schaubild zeigt die ermittelten Prädiktoren bezüglich der **Akzeptanz der eugenischen, kriminologischen und Notlagenindikation im Vergleich:**

**Schaubild 13:** Einflüsse auf die Akzeptanz verschiedener Indikationsarten (signifikante standardisierte Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient (R) bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)



Zentrale Bedeutung für die Akzeptanz der verschiedenen gesetzlich vorgesehenen Indikationsbereiche kommt der **grundsätzlichen Einstellung** zum Problem Schwangerschaftsabbruch sowie der Zugehörigkeit zur **katholischen Konfession** zu. Eine liberale Haltung zum Schwangerschaftsabbruch sowie die Nicht-Zugehörigkeit zur katholischen Konfession begünstigen die **Akzeptanz** der Indikationen, während umgekehrt katholische Gynäkologen mit ablehnender Haltung zum Schwangerschaftsabbruch auch die einzelnen Indikationen eher ablehnen. Eine **Ablehnung** der kriminologischen Indikation erfolgt, wenn der Gynäkologe nicht nur der katholischen Konfession angehört, sondern auch noch regelmäßiger Kirchgänger ist. Bei der eugenischen Indikation kommt als zusätzlicher erklärender Faktor die Orientierung an einem humanistischen Arztideal hinzu.

Einzig für den Bereich der **Notlagenindikation** treten zwei weitere Variablen als Einflußfaktoren auf. Neben der bereits erwähnten ablehnenden Haltung zum Schwangerschaftsabbruch und der Zugehörigkeit zur katholischen Konfession, die die Akzeptanz aller aufgeführten Indikationsarten beeinflusst, wird eine Notlagenindikation um so eher **abgelehnt**, je **älter** ein Gynäkologe ist und wenn er um die **Strafbarkeit** der Indikation weiß. Neben dem letztgenannten Einflußfaktor, dem Wissen um die potentielle Strafbarkeit einer Indikationsfeststellung, deuten alle ermittelten Prädiktoren auf globale **Wertorientierungen** hin, die vorab in keinem Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs stehen. Die ermittelten religiösen und professionellen Wertorientierungen weisen gemeinsam mit der Variable "Alter" auf das Vorherrschen eines "konservativen" bzw. "liberalen" Weltbildes hin. Der Einfluß der Normkenntnis auf die Akzeptanz der Notlagenindikation kann als **generalpräventiver Effekt**, im Sinne einer Abschreckung durch das Wissen um die Strafandrohung, verstanden werden.

#### 1.4 Einstellung zur sozialen Beratung

Die Einstellung zur gesetzlich vorgeschriebenen sozialen Beratung wurde anhand einer fünfstufigen Kategorienskala ermittelt, die von ZUNDEL u.a. (1982) im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung zum

Schwangerschaftsabbruch entwickelt und verwendet worden war.<sup>10)</sup> Den Probanden wurde ein Blatt vorgelegt,<sup>11)</sup> auf dem insgesamt 10 Aussagen über Sinn und Zweck dieser Beratung angegeben waren. Die Befragten wurden aufgefordert, für jede Aussage anzukreuzen, ob sie diesen Aspekt "sehr wichtig", "wichtig", "weder noch", "ziemlich unwichtig" oder "ganz unwichtig" fänden. Die vorgegebenen Aussagen bezogen sich sowohl auf Beratungskonzepte (direktiv versus non-direktiv) als auch auf thematische **Schwerpunkte der sozialen Beratung**. Die folgende Tabelle zeigt die diesbezüglichen Vorstellungen der befragten Gynäkologen:<sup>12)</sup>

Tabelle 11: Aufgaben des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie wichtig Sie diesen Aspekt finden!	% wichtig	% weder noch	% un- wichtig	% keine Angaben
1. Die Berater sollten möglichst beide Partner anhören	79,3	4,9	13,8	2,0
2. Die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr auf den Zahn fühlen	47,8	15,5	31,7	4,9
3. Die Berater sollten sachlich über Schwangerschaftsabbruch und die körperlichen und seelischen Folgen aufklären	81,5	3,9	12,8	1,7
4. Die Berater sollten der Frau bei den Behörden weiterhelfen	89,4	3,9	4,2	2,5
5. Die Berater sollten der Frau Hilfen vermitteln (z.B. Krippenplätze, Sozialwohnungen, finanzielle Unterstützung usw.)	90,9	4,2	2,2	2,7
6. Die Beratung sollte der Frau bei der Lösung ehelicher Schwierigkeiten helfen	65,5	15,3	16,3	3,0
7. Die Berater sollten die Partner über Empfängnisverhütungsmethoden aufklären	55,0	7,9	34,0	3,2
8. Die Berater sollten die Frau davon überzeugen, daß sie das Kind austragen muß	21,1	39,2	33,7	5,9
9. Die Berater sollten sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen	83,0	6,2	7,7	3,2
10. Die Berater sollten objektiv über die gesetzlichen Bestimmungen informieren und ihre persönliche Meinung für sich behalten	81,5	8,1	5,1	5,2

Was die **Beratungsinhalte** betrifft, so halten nahezu alle befragten Gynäkologen die Vermittlung **sozialer Hilfen** (90,9%) und die Unterstützung der Frau bei den Behörden (89,4%) für ein wichtiges Thema der Sozialberatung. Fast ebenso viele sind der Ansicht, daß die Berater **sachlich** über Schwangerschaftsabbruch und die körperlichen und seelischen Folgen **aufklären** sollten (81,5%). Ca. 2/3 befürworten, daß die Beratung der Frau bei der Lösung ehelicher Schwierigkeiten hilft, und nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten meinen, daß die Berater über Methoden der Empfängnisverhütung aufklären sollten. Entsprechend halten 34% die Aufklärung über Empfängnisverhütung explizit für unwichtig. Dies kann z.T. daher rühren, daß Frauenärzte diese Aufgabe eher im Rahmen der medizinischen Beratung untergebracht wissen wollen.<sup>13)</sup>

In Hinsicht auf das **Beratungskonzept** plädiert die Mehrzahl der Gynäkologen für eine **intensive, verständnisvolle und sachliche Beratung**:

- 83% halten es für wichtig, daß sich die Berater Zeit für **mehrere** Gespräche nehmen;
- 81,5% meinen, daß die Berater **objektiv** über die gesetzlichen Bestimmungen informieren sollten und ihre persönliche Meinung für sich behalten;
- und 79,3% erwarten, daß die Berater möglichst **beide** Partner anhören.

Nur knapp die Hälfte der Befragten sind der Ansicht, daß der Frau "auf den Zahn gefühlt" werden solle. Noch weniger, nämlich ca. 1/5 der Probanden meinen, daß die Frau im Rahmen der Sozialberatung zum **Austragen des Kindes** motiviert werden sollte. Die beiden letztgenannten Items werden auch umgekehrt von ca. 1/3 der Befragten explizit als Beratungskonzept **abgelehnt**.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage von ZUNDEL u.a. (1982), die 1977 durchgeführt wurde, zeigt, daß die Ansichten der Gynäkologen über die Aufgaben des sozialen Beraters nur in wenigen Punkten vom damals ermittelten Meinungsbild der

Gesamtbevölkerung abweichen. Schaubild 14 zeigt einen **Vergleich** der beiden Studien bezüglich der als "wichtig" erachteten Aufgaben im Rahmen der Sozialberatung.

**Übereinstimmend** werden in beiden Befragungen die Vermittlung sozialer Hilfen sowie die intensive sachliche Aufklärung und Beratung als inhaltliche Schwerpunkte genannt. Auch bezüglich der Art der Beratung besteht Einigkeit darüber, daß die Berater objektiv und verständnisvoll sein sollten. **Unterschiede** zeigten sich jedoch bezüglich der Präferenz eines direktiven Beratungskonzeptes "pro Kind" sowie der Bedeutung, die der Aufklärung über Empfängnisverhütung zugeschrieben wird.

Während bei der Umfrage von ZUNDEL u.a. (1982) die überwiegende Mehrzahl der Befragten (83,1%) dafür plädiert, daß die Berater über **Empfängnisverhütungsmethoden** aufklären sollten, waren nur etwas mehr als die Hälfte der Gynäkologen dieser Ansicht. Wie bereits erwähnt, steht zu vermuten, daß die Gynäkologen diese Aufgabe eher im Rahmen der medizinischen Beratung wahrgenommen sehen wollen.<sup>14)</sup> Die **direktive Beratung** "pro Kind" findet zwar in beiden Studien keine Mehrheit, wird jedoch in der Bevölkerungsbefragung weitaus seltener gefordert, als dies bei den Frauenärzten der Fall war. Während knapp die Hälfte der Gynäkologen es als wichtiges Beratungsziel ansieht, daß der Frau "auf den Zahn gefühlt wird", ist nur ca. 1/4 der Befragten von ZUNDEL u.a. (1982) dieser Ansicht. Es steht zu vermuten, daß der in der Gesamtbevölkerung vertretene Anteil potentiell betroffener Frauen für die unterschiedliche Bewertung dieses Items verantwortlich ist.

#### - Güterechnungen der Skala

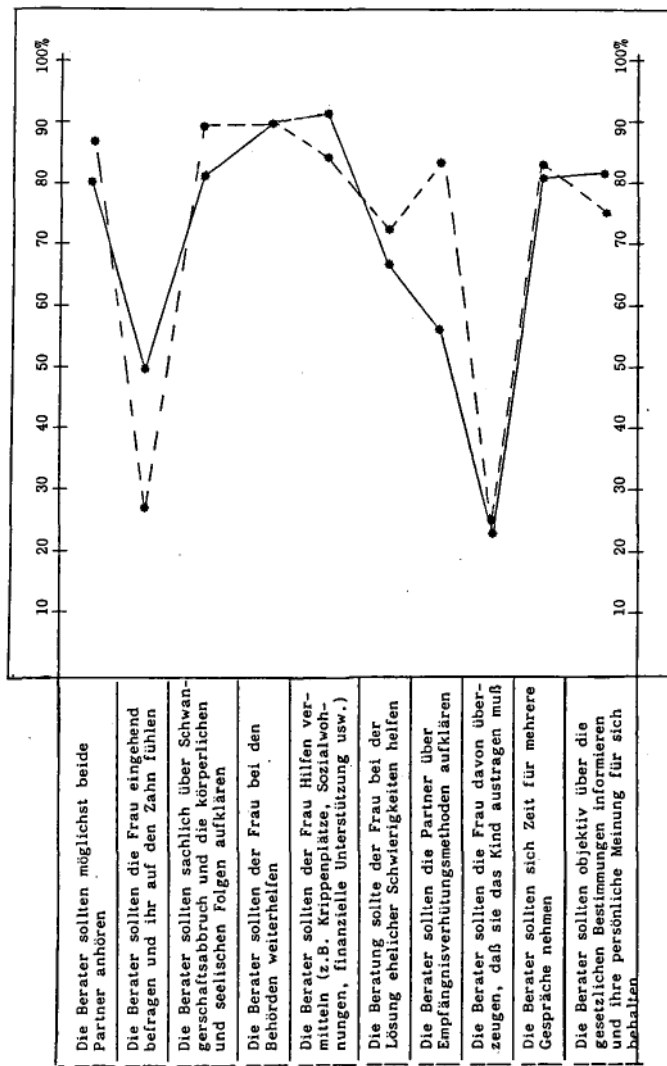
Zur Prüfung der **Dimensionalität** der Skala wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Es ergab sich eine dreifaktorielle Lösung. Die faktorenanalytische Aufschlüsselung der Gynäkologenbefragung erklärt 52,8% der Gesamtvarianz. Faktor 1 bedeutet "ausführliche Beratung pro Kind", und Faktor 2 beinhaltet "Aufklärung über Verhütungsmethoden". Faktor 3 schließlich bezieht sich auf die "Vermittlung sozialer Hilfen". Insgesamt fünf Variablen (Item 1, 2, 3, 8 und 9) laden auf Faktor 1, eine Variable lädt sehr hoch auf Faktor 2 (Item 7) und drei Variablen (4, 5, und 6) auf Faktor 3.

## Schaubild 14:

Ärztliche Vorstellungen über die Aufgaben des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Angaben in %; Mehrfachnennungen)

----- Gynäkologenbefragung (N = 406, Erhebungsjahr 1986)

----- Bevölkerungsbefragung (N = 2.510, Erhebungsjahr 1977)



Faktor 1 erklärt 52,3% der relativen Varianz, Faktor 2 erklärt 28,3%, und Faktor 3 erklärt 19,4% der relativen Varianz. Die einzelnen Faktorladungen der Variablen können aus der Tabelle im Anhang entnommen werden. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse machen deutlich, daß die Skala unterschiedliche Dimensionen mißt: Neben **inhaltlichen Schwerpunkten** der Beratung wie z.B. Aufklärung über Verhütungsmethoden oder die Vermittlung sozialer Hilfen werden auch **konzeptionelle Vorstellungen** wie z.B. die direktive Beratung "pro Kind" erfaßt. Die Skala eignet sich daher nicht zur Bildung eines Summenscores. Die ermittelten Faktorwerte fanden als potentielle erklärende Variablen Eingang in Berechnungen bezüglich der Durchführung sozialer Beratungen (vgl. Kap. V 2.1).

**Reliabilitätsprüfungen** der Skala ergaben für die Gynäkologenbefragung eine Testhalbierungsreliabilität nach SPEARMAN/BROWN von .66, der Koeffizient für die interne Konsistenz (CRONBACH ALPHA) lag bei .64. Bezüglich der Reliabilität der Skala liegen uns keine Daten der ZUNDEL-Untersuchung vor.

Die **faktorenanalytische Auswertung der Bevölkerungsbefragung** von ZUNDEL ergab ebenfalls eine dreifaktorielle Lösung, allerdings handelt es sich dabei - mit einer Ausnahme - um andere Faktoren. Hierbei bedeutet Faktor 1 "aufklärende psychologisch einfühlsame Beratung und Vermittlung bei den Behörden", Faktor 2 "Beratung pro Kind, Verhütungsberatung und Hilfe bei Eheproblemen" und Faktor 3 bedeutet "objektive Beratung und Zeit für mehrere Gespräche". Insgesamt vier Variablen (1, 3, 4 und 5) laden hierbei auf Faktor 1, der 63,4% der relativen Varianz erklärt, und sechs Variablen (1, 2, 5, 6, 7 und 8) auf Faktor 2, der 21,7% der relativen Varianz erklärt. Die Doppelladungen auf Faktor 1 und 2 machen die Einschätzung der Ergebnisse von ZUNDEL problematisch. Auf Faktor 3, der 14,9% der relativen Varianz erklärt, laden bei ZUNDEL u.a. (1982) zwei Variablen (9 und 10). Zu den einzelnen Faktorladungen vgl. die Tabelle im Anhang. Ebenso erscheint bei den Ergebnissen von ZUNDEL problematisch, daß sich bei den ermittelten Faktoren die verschiedenen Dimensionen der Skala - **Beratungsinhalte** und **Beratungskonzepte** - zum Teil überlappen.

## 1.5 Zusammenfassung

Bezüglich der grundsätzlichen **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** ließ sich unter den Gynäkologen folgendes Meinungsbild ermitteln:

- 42% der Befragten **lehnten** den Schwangerschaftsabbruch als Tötung menschlichen Lebens ab;
- 38% meinten, daß Schwangerschaftsabbruch zwar Tötung sei, aber als **Notlösung** gerechtfertigt sein könne;
- 20% waren der Ansicht, daß die **Frau** entscheiden müsse, und

plädierten für ein Selbstbestimmungsrecht der Frau in diesem Zusammenhang.

Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hing in hohem Maße davon ab, ob ein Arzt grundsätzliche **Konflikte** zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik sah. Ärzte, die keine diesbezüglichen Konflikte wahrnahmen, hatten meist eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, während umgekehrt Ärzte, die einen solchen Konflikt sahen, eher eine ablehnende Haltung einnahmen. Weitere Einflußfaktoren für die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch waren die Variablen **Konfessionszugehörigkeit** und **Alter**.

Eine **liberale Einstellung** zum Schwangerschaftsabbruch vertraten eher junge Gynäkologen, die keiner Konfession angehörten und keine grundsätzlichen Konflikte sahen zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik. Demgegenüber nahmen religiös gebundene ältere Gynäkologen, die grundsätzliche Konflikte mit der Berufsethik empfanden, eine eher **ablehnende Haltung** zum Schwangerschaftsabbruch ein. Geschlechtsspezifische Einflüsse konnten in diesem Zusammenhang **nicht** festgestellt werden: Gynäkologinnen unterschieden sich bezüglich ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch nicht von Gynäkologen. Auch zwischen hessischen und baden-württembergischen Frauenärzten bestanden diesbezüglich nur geringfügige Unterschiede, denen keine statistische Bedeutung zukam.

Auch was die wünschenswerte gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs betrifft, gab es keine Unterschiede zwischen hessischen und baden-württembergischen Gynäkologen. Die **Einstellung zum Gesetz** hing im wesentlichen von der allgemeinen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und dem Alter der Befragten ab. Liberale junge Gynäkologen plädierten eher für eine freizügigere Lösung als konservative ältere Frauenärzte.

Insgesamt äußerten sich die Gynäkologen zur **wünschenswerten gesetzlichen Regelung** wie folgt:



Jeweils knapp 1/3 der Befragten sprach sich für eine freizügigere gesetzliche Regelung auf der Basis des Selbstbestimmungsrechts der Frau bzw. für eine andere Form der Indikationsregelung aus, meist im Sinne einer 'klarer definierten' Notlagenindikation. Nur 9% der Befragten plädierten ausdrücklich für eine restriktivere Lösung, wie sie vor der Gesetzesreform bestanden hatte. Knapp 1/4 der Befragten ist mit der bestehenden Regelung zufrieden. Demzufolge plädieren ca. 2/3 der Befragten für die bestehende Gesetzeslage bzw. für eine Regelung auf der Basis des **Indikationenmodells** und knapp 1/3 für eine freizügigere Regelung im Sinne einer **Fristenlösung** bzw. einer völligen Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs.

Übereinstimmend äußerte die Mehrzahl (68%) der Gynäkologen **Kritik** an der bestehenden gesetzlichen Regelung, insbesondere was die spezifische **Rolle des Arztes** betrifft. Der Arzt habe den "schwarzen Peter" zugeschoben und eine Verantwortung aufgebürdet bekommen, die der Gesetzgeber nicht habe übernehmen wollen, wurde häufig beklagt. Auch wurde vielfältige Kritik an der **Notlagenindikation** geäußert. Sie sei "zu ungenau definiert" bzw. "unehrlich".

Als **Finanzierungsmodell** des Schwangerschaftsabbruchs befürworten die Gynäkologen mehrheitlich eine Übernahme der Kosten durch die **Krankenkasse** (43,3%) bzw. eine Finanzierung der Krankenkasse mit Selbstbeteiligung (25,7%). Für eine ausschließliche **Kostenübernahme durch die Betroffenen** (d.h. in der Regel von Frau und Mann) plädieren ca. 1/5 der Befragten.

In Hinsicht auf die **soziale Beratung** nach § 218 StGB vertritt die Mehrzahl der Gynäkologen ein **Konzept der intensiven, verständnisvollen und sachlich-objektiven Beratung**. Knapp die Hälfte der Befragten meinen, daß der Frau auch "auf den Zahn gefühlt" werden solle, und nur ca. 1/5 sind der Ansicht, daß die Frau zum Austragen des Kindes motiviert werden solle.

Die gesetzlich vorgegebenen **Indikationen** zum Schwangerschaftsabbruch werden von den Gynäkologen in unterschiedlichem Ausmaß

akzeptiert. Nahezu **alle** Befragten akzeptieren die medizinische Indikation, und die **überwiegende Mehrzahl** akzeptiert die eugenische (91,7%) und die kriminologische Indikation (87,4%), **nur** 42,8% der Gynäkologen akzeptieren die **Notlagenindikation**.

**Zentrale Einflußfaktoren für die Akzeptanz der verschiedenen Indikationen** sind die grundsätzliche **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** und die Zugehörigkeit zur **katholischen Konfession**. Eine Indikation wird eher akzeptiert, wenn der Gynäkologe eine liberale Haltung zum Schwangerschaftsabbruch einnimmt und **nicht** der katholischen Konfession angehört. Weitere Bedeutung kommt - je nach Indikationsart verschieden - den Faktoren "Alter" und "Religiosität" sowie professionellen Orientierungen und dem Wissen um die potentielle Strafbarkeit der Indikationsfeststellung zu.

Eine **eugenische Indikation** wird von Gynäkologen eher **abgelehnt**, wenn sie ohnehin eine ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch einnehmen, der katholischen Konfession angehören und nach ihrem professionellen Selbstverständnis eine **humanistische Grundhaltung** als wesentliche Komponente des **Arztberufs** ansehen. Umgekehrt wird diese Indikationsart eher **akzeptiert**, wenn der Gynäkologe den Arzt in der Rolle des technischen Sachexperten sieht, **nicht** der katholischen Konfession angehört und eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat.

Eine **kriminologische Indikation** wird **abgelehnt**, wenn der Gynäkologe neben der ablehnenden Haltung zum Schwangerschaftsabbruch und der Zugehörigkeit zur katholischen Konfession auch ein regelmäßiger **Kirchgänger** ist. Entsprechend wird diese Indikationsart eher **akzeptiert**, wenn die genannten Merkmale **nicht** zutreffen.

Zusätzliche Einflußfaktoren für die **Akzeptanz der Notlagenindikation** neben Einstellung und Konfessionsart sind das **Alter** der Befragten sowie das **Wissen** um die potentielle **Strafbarkeit der Indikationsfeststellung**. Die Notlagenindikation wird abgelehnt, wenn ein Gynäkologe grundsätzlich eine ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch einnimmt, der katholischen Konfession angehört, eher älter ist

und weiß, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung strafbar machen kann.

Insgesamt deuten die ermittelten religiösen und professionellen Einflußfaktoren bezüglich der **Akzeptanz** der **verschiedenen Indikationsarten** ebenso wie die allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch gemeinsam mit der Variable "Alter" auf das Vorherrschen eines eher "konservativen" oder "liberalen" Weltbildes hin, d.h. auf die Bedeutung **allgemeiner Wertsysteme und Orientierungsmuster**. Die Bedeutung des Wissens um die potentielle Strafmöglichkeit im Rahmen einer Indikationsfeststellung für die Akzeptanz der **Notlagenindikation** kann als **generalpräventiver Effekt** verstanden werden. Das Wissen um die Strafandrohung hat Einfluß auf die ärztliche Werthaltung im Zusammenhang mit einer Notlagenindikation.

## Anmerkungen zu V 1:

- 1) Siehe hierzu Holzhauser 1989, S.198 f.
- 2) Die ausführlichen Angaben finden sich in Tabelle 34, S.287 (Anhang).
- 3) Die statistischen Kennwerte der Skala finden sich in Tabelle 35 im Anhang, S.288, vgl. hierzu auch Holzhauser 1989, S.199.
- 4) Alle angeführten Gruppenunterschiede sind statistisch hochsignifikant mit  $p < .001$  nach dem  $\chi^2$ -Test.
- 5) Vgl. hierzu S.217.
- 6) Die ermittelten Vorschläge zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs wurden im Rahmen der Regressionsanalyse gemäß der Anordnung in Schaubild 12 als gerichtete Rangskala verwendet, die von einer Verschärfung des Gesetzes über Verbesserungsvorschläge zum Indikationenmodell über der Präferenz der bestehenden Regelung in Richtung einer freizügigeren Regelung weist.
- 7) Zur Bedeutung übergreifender Wertsysteme in diesem Zusammenhang siehe auch Bora/Liebl 1986.
- 8) Vgl. hierzu Kapitel IV 3.2, S.126 f.
- 9) Der Einfluß professioneller Wertorientierungen ließ sich auch auf multivariater Ebene nachweisen - allerdings tritt dort die Variable "Konflikt mit der ärztlichen Berufsethik" in den Hintergrund. Dies ist z.T. dadurch bedingt, daß die Variable "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" als unabhängige Variable zu stark mit diesem Faktor interkorreliert, so daß in der Regel auf die Variable "Konflikt" im Rahmen der multivariaten Analysen verzichtet werden mußte.
- 10) Vgl. Zundel u.a. 1982, S.255 f.
- 11) Vgl. Beiblatt 3 bzw. Frage 21 des Frageleitfadens im Anhang.
- 12) Zur Verdeutlichung der einzelnen Positionen wurde die Skala auf 3 Kategorien reduziert, wobei die Vorgaben "sehr wichtig" und "wichtig" sowie "ganz unwichtig" und "unwichtig" jeweils zu einer Kategorie zusammengefaßt wurden. Die ausführlichen Werte können im Anhang nachgelesen werden.
- 13) Vgl. hierzu Kapitel V 2.2.
- 14) Siehe Anm.12.

## **2. Verhalten im Rahmen der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs**

Das faktische **Verhalten von Ärzten** im Zusammenhang mit der Durchführung eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs läßt sich gemäß den Funktionen, die ein Arzt im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens einnehmen kann, in **vier Bereiche** einteilen:

- die Durchführung von sozialen Beratungen nach § 218b StGB;
- die Durchführung von medizinischen Beratungen nach § 218b StGB;
- die Feststellung von Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch;
- die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Diese Aufgaben werden von den Befragten in **unterschiedlichem Ausmaß** wahrgenommen. Nahezu alle Gynäkologen (90,9%) führen medizinische Beratungen durch, aber nur relativ wenige, nämlich 12,6% bieten soziale Beratungen nach § 218b StGB an. Die Mehrzahl der Gynäkologen (80%) stellt Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch fest, aber nur halb so viele, nämlich 40,4%, führten auch selbst Schwangerschaftsabbrüche durch.

Die meisten Befragten erbringen **zwei bis drei Leistungen im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens**, meist Indikationsfeststellung und medizinische Beratung oder Indikationsfeststellung, medizinische Beratung und Schwangerschaftsabbrüche. Nur wenige Gynäkologen (4,4%) erklärten, alle Leistungsbereiche abzudecken. 2,5% der Befragten übernahmen gar keine Aufgaben im Rahmen der § 218 StGB f. Die folgende Tabelle gibt eine **Übersicht der gängigen ärztlichen Leistungskombinationen**:

**Tabelle 12:** Ärztliche Leistungen bei der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs

	abs.	%	
führe <b>keine</b> diesbezüglichen Leistungen durch	10	2,5	
<b>Eine Leistung, nämlich</b>			
nur medizinische Beratungen	17	4,2	} 9,1
nur Indikationsfeststellung	5	1,2	
nur Schwangerschaftsabbrüche	15	3,7	
<b>Zwei Leistungen, nämlich</b>			
medizinische und soziale Beratung	2	0,5	} 54,9
medizinische Beratung und Schwangerschaftsabbrüche	34	8,4	
Indikationsfeststellung und Schwangerschaftsabbrüche	7	1,7	
medizinische Beratung und Indikationsfeststellung	180	<b>44,3</b>	
<b>Drei Leistungen, nämlich</b>			
soziale und medizinische Beratung und Schwangerschaftsabbrüche	3	0,7	} 29,1
medizinische Beratung, Indikationsfeststellung und Schwangerschaftsabbrüche	87	<b>21,5</b>	
soziale und medizinische Beratung und Indikationsfeststellung	28	6,9	
Alle <b>vier</b> Leistungen	18	4,4	
SUMME	406	100	

Am **häufigsten** werden Indikationsfeststellung und medizinische Beratung miteinander kombiniert: 44,3% der Befragten gaben an, diese beiden Leistungen zu erbringen. 1/5 der Gynäkologen führte zusätzlich zur Indikationsfeststellung und medizinischen Beratung auch noch selbst Schwangerschaftsabbrüche durch. Nur 9,1% der Befragten beschränkten sich auf einen Leistungsbereich. Es handelte sich dabei um die medizinische Beratung, die Indikationsfeststellung oder den Schwangerschaftsabbruch. Ausschließlich soziale Beratungen nach § 218b StGB machte keiner der Befragten.

Im folgenden wird das ärztliche Verhalten im Zusammenhang mit der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs für jeden der vier Aufgabenbereiche gesondert dargestellt.

## 2.1 Soziale Beratung

Die soziale Beratung wird **nicht** vorwiegend als **ärztliche Aufgabe** gesehen. Nur relativ wenige (12,6%; n = 51) der Gynäkologen führen soziale Beratungen nach § 218b StGB durch. Es waren vor allem Ärzte, die sich auch mit medizinischen Beratungen oder Indikationsfeststellungen befaßten. Die Mehrzahl der sozial beratenden Frauenärzte (64,7%) führte ca. ein bis vier solcher Beratungen im Monat durch. Nur ein knappes Drittel (29,4%) dieser Ärzte gab an, mehr als vier Beratungen pro Monat zu machen. Eine soziale Beratung nach § 218b StGB dauert im Schnitt ca. 45 Minuten.

Auf die Frage, **wie** sie sich für diese Tätigkeit **qualifiziert** hätten, machten die Gynäkologen folgende Angaben:

- knapp die Hälfte (47,1%) der sozial beratenden Ärzte hatte sich **eigenständig** über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen informiert;
- 43,1% waren von einer Behörde, Körperschaft oder Anstalt des Öffentlichen Rechts für diese Tätigkeit **anerkannt** worden;
- nur 7,8% waren Mitglieder einer anerkannten Beratungsstelle.

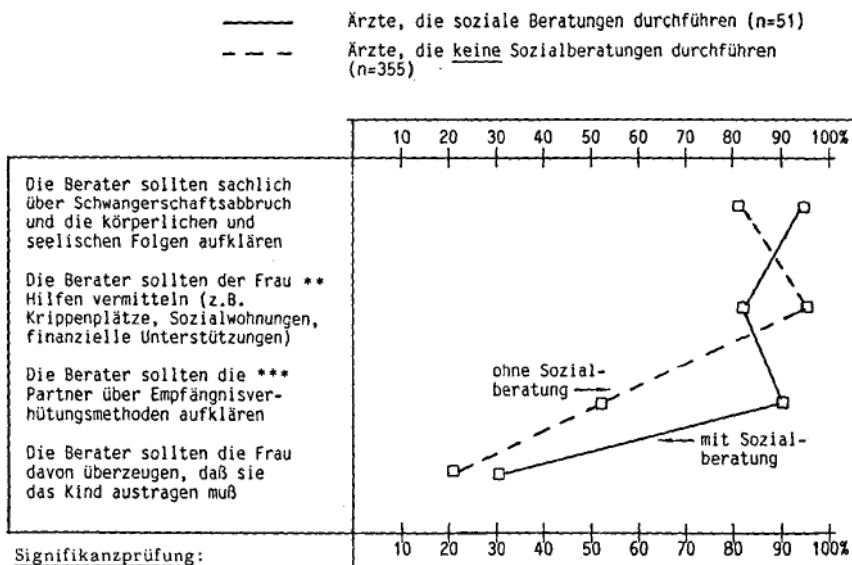
Die Gynäkologen, die sich individuell fortgebildet hatten, gaben auf Nachfrage an, daß sie an einem Fortbildungskurs der Ärztekammer,

der Pro Familia oder einer kirchlichen Beratungsstelle teilgenommen bzw. sich durch entsprechende Lektüre informiert hätten.

**Hessische Frauenärzte** führten **häufiger** Sozialberatungen durch als ihre baden-württembergischen Kollegen: 1/4 aller hessischen Gynäkologen gab an, soziale Beratungen vorzunehmen im Vergleich zu nur 7% der baden-württembergischen Befragten.<sup>1)</sup> Es ist zu vermuten, daß sich hier die unterschiedlichen Ausführungsbestimmungen der beiden Bundesländer niederschlagen. Während es in Hessen ausschließlich der Landesärztekammer obliegt, einen Arzt zum Sozialberater nach § 218b StGB zuzulassen bzw. in dieser Tätigkeit zu überwachen, so wird in Baden-Württemberg diese Funktion vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung ausgeübt. Möglicherweise beinhaltet die Zulassung bzw. Kontrolle durch den eigenen Berufsverband eine geringere Hemmschwelle als sie der Kontakt zu einer staatlichen Stelle erfordert.

Gynäkologen, die als Sozialberater tätig sind, haben andere Vorstellungen über die **inhaltlichen Schwerpunkte** der Sozialberatung als ihre Kollegen.<sup>2)</sup> Dies veranschaulicht die folgende Übersicht:

**Schaubild 15:** Aufgaben der sozialen Beratung aus der Sicht von beratenden und nicht beratenden Ärzten (Angaben in %; Mehrfachnennungen)





Während die sozialberatenden Ärzte der Aufklärung über mögliche körperliche und seelische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs und der künftigen **Empfängnisverhütung** den größten Stellenwert beimaßen, so sollte nach Ansicht der Ärzte, die selbst keine Sozialberatungen durchführten, die Vermittlung sozialer Hilfen und die Unterstützung der Frau bei ihrem Behördenweg im Zentrum dieser Beratung stehen. Übereinstimmend sprachen **alle** Befragten dem einfühlsamen und ausführlichen Beratungsgespräch große Bedeutung zu, während die direktive Beratung "pro Kind" wenige Anhänger fand: Etwa 1/3 der sozial beratenden Ärzte hielt diesen Aspekt für wichtig und nur ca. 1/5 der nicht beratenden Ärzte.

## 2.2 Medizinische Beratung

Fast **alle** Gynäkologen (90,9%, n = 369) führen medizinische Beratungen nach § 218b StGB durch. Die medizinische Beratung wird vor allem von Ärzten angeboten, die auch Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellen (C = .36). Auch wird diese Tätigkeit häufiger von **niedergelassenen** Frauenärzten (C = .21) als von Klinikern ausgeübt.

Knapp 2/3 der medizinisch beratenden Gynäkologen üben diese Tätigkeit ein- bis viermal pro Monat aus. 1/5 führt zwischen fünf und neun medizinische Beratungen pro Monat durch und nur 15,7% mehr als 10 pro Monat. Eine medizinische Beratung nach § 218b StGB dauert im Schnitt ca. 40 Minuten.

Alle medizinisch beratenden Frauenärzte gaben an, daß sie ein **Gespräch** mit der Klientin führen würden. 9,8% verwenden zusätzlich ein Merkblatt und nur 1,6% noch weitere Materialien wie Dias, Filme u.ä. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht der Themen, die nach Auskunft der Gynäkologen im Rahmen einer medizinischen Beratung zwischen Arzt und Patientin erörtert werden:

Tabelle 13: Gesprächsthemen bei der medizinischen Beratung

	abs.	%
Risiken des Schwangerschaftsabbruchs	336	91,1
Psychologische Konfliktverarbeitung	216	58,5
Medizinische Einzelheiten des Schwangerschaftsabbruchs	203	55,0
Fragen der Kontrazeption	155	42,0
Risiken der Schwangerschaft	100	27,1
Medizinisch-psychische Spätfolgen	91	24,7
Embryonalentwicklung im Mutterleib	58	15,7
Soziale Lage	25	6,8
Gründe für den Schwangerschaftsabbruch	20	5,4
Verfahren, gesetzliche Anforderungen	16	4,3
Austragen der Schwangerschaft	14	3,8

(Mehrfachnennungen)

n= 369

Zentrales Gesprächsthema der medizinischen Beratung sind die **Risiken des Schwangerschaftsabbruchs**. Fast alle Gynäkologen, die medizinische Beratungen durchführen, sprechen diesen Punkt an. Aber auch Probleme der **psychologischen Konfliktverarbeitung** sowie **medizinische Einzelheiten des Schwangerschaftsabbruchs** werden von mehr als der Hälfte dieser Gynäkologen im Rahmen einer medizinischen Beratung thematisiert. 42% nutzen das Beratungsgespräch zur Erörterung von Fragen der Kontrazeption. Ca. 1/4 geht auch auf mögliche Risiken beim Austragen der Schwangerschaft und potentielle medizinische und psychische Spätfolgen eines Schwangerschaftsabbruchs ein. Nur 15,7% der medizinisch beratenden Frauenärzte thematisieren die Embryonalentwicklung im Mutterleib. **Seltene Themen** in diesem Zusammenhang sind auch die soziale Lage der schwangeren Frau, die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch oder gar die Frage nach dem möglichen Austragen der Schwangerschaft.

### 2.3 Indikationsfeststellung

80% (n = 325) der Befragten gaben an, **Indikationen** zum Schwangerschaftsabbruch festzustellen. Es waren vorwiegend **niedergelassene Frauenärzte**, die diese Tätigkeit ausübten (C = .37). Die Mehrzahl dieser Gynäkologen bescheinigt zwischen ein und vier Indikationen pro Monat. Nur 4% gaben an, mehr als 10 Indikationen pro Monat zu stellen. Das Aufkommen der einzelnen Indikationsarten wurde von den Gynäkologen wie folgt geschätzt: ca. 75% Notlagenindikationen, je 10% medizinische und eugenische Indikationen und 1% kriminologische Indikationen.<sup>3)</sup>

Gynäkologen, die Indikationsfeststellungen nach § 218a StGB durchführen, befassen sich nicht in gleichem Ausmaß mit allen gesetzlich vorgesehenen Indikationsbereichen. Die überwiegende **Mehrzahl** stellt **medizinische, eugenische und Notlagenindikationen** fest (jeweils ca. 80%). Medizinisch psychiatrische Indikationen werden von knapp 2/3 der indikationsstellenden Gynäkologen bescheinigt und kriminologische von ca. 1/3 der Befragten dieser Gruppe. Der geringe Anteil der kriminologischen Indikation erklärt sich allerdings aus der Seltenheit dieses Tatbestandes. Die meisten Gynäkologen, die Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellen, gaben an, daß solche Fälle nur selten bzw. überhaupt nicht vorkämen.<sup>4)</sup>

Die überwiegende Mehrheit empfindet die **Indikationsfeststellung als Belastung**: 79,1% gaben an, daß für sie die Feststellung einer Indikation eher belastend sei; 19,4% schätzten diese Tätigkeit als eher nicht belastend ein. Die Nachfrage an diejenigen Frauenärzte, die die Indikationsfeststellung als Belastung empfinden (n = 257), **welche Gesichtspunkte** sie denn besonders belasteten, erbrachte folgende Angaben:

- daß es um die **Tötung menschlichen Lebens** ginge (43,6%);
- nicht zu wissen, ob die Frau ihre Entscheidung einmal bereuen würde (13,6%);
- daß sie sich unsicher und überfordert fühlten (14%);
- daß sie sich durch ethische Aspekte der Indikationsfeststellung

- belastet fühlten (5,4%);
- daß der "Leichtsinn" der Patientinnen ein Problem sei (4,3%);
  - daß die unklar definierte Notlagenindikation eine persönliche Belastung sei (3,1%).

Neben der individuell empfundenen Belastung durch eine Indikationsfeststellung fühlen sich die Gynäkologen bei der Ausübung dieser Tätigkeit auch häufig unsicher. Das subjektive Gefühl der **Sicherheit bzw. Unsicherheit bei der Indikationsfeststellung** ist je nach Indikationsart unterschiedlich ausgeprägt. Die folgende Tabelle zeigt die diesbezüglichen Angaben der Probanden, differenziert nach den einzelnen Indikationsarten:

Tabelle 14: Sicherheit bei der Indikationsfeststellung nach Indikationsart

Fühle mich bei der Indikationsstellung:	Medizinische Indikation (n = 267)		Eugenische Indikation (n = 228)		Kriminologische Indikation (n = 114)		Notlagenindikation (n = 264)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
eher sicher	222	83,1	175	76,8	5	43,9	97	36,7
eher unsicher	33	12,4	43	18,9	61	53,5	158	59,8
keine Angaben	12	4,5	10	4,3	3	2,6	9	3,5
SUMME	267	100	228	100	114	100	264	100

Erwartungsgemäß ist das Gefühl der Sicherheit beim Feststellen einer medizinischen und eugenischen Indikation am stärksten ausgeprägt. Die Mehrzahl der Befragten fühlt sich dabei "eher sicher". Eher "unsicher" ist sich jedoch die Hälfte der Gynäkologen, die kriminologische Indikationen feststellen, und gar 2/3 bei der Notlagenindikation.

Ob ein Gynäkologe **Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellt**, hing vor allem damit zusammen, ob es sich um einen niedergelassenen oder um einen klinisch tätigen Frauenarzt handelte. **Niedergelassene Frauenärzte** stellen weit häufiger Indikationen fest als Kliniker ( $C = .37$ ).

Zusätzliche Einflußfaktoren der Indikationsstellung konnten jedoch für den Bereich der **Notlagenindikation** ermittelt werden.<sup>5)</sup> Das folgende Schaubild zeigt, in welchen Merkmalen sich Gynäkologen, die Notlagenindikationen feststellen, von Kollegen unterscheiden, die diese Tätigkeit nicht ausüben:

Tabelle 15: Merkmale von Gynäkologen, die Notlagenindikationen feststellen (Diskriminanzanalyse)

Merkmal	standard. Diskriminanzkoeffizient	Interpretation: Ein Gynäkologe stellt eher <u>Notlagenindikationen</u> , wenn er:
1. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	-.55	- eine 'liberale' Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat
2. Art der Berufstätigkeit	.47	- als niedergelassener Arzt tätig ist
3. Religiosität	-.42	- kein Kirchgänger ist
4. Alter	.30	- jünger ist
5. Strafbarkeit der Indikationsfeststellung	.24	- der Ansicht ist, daß man sich im Rahmen der Indikationsfeststellung nicht strafbar machen kann.

canon. Korrelationskoeffizient: .50\*\*\*

Anteil an erklärter Varianz: 25%

korrekte Klassifikationen:

1. stellt Notlagenindikationen 74,2%

2. stellt keine Notlagenindikationen 80,4%

Notlagenindikationen stellen demnach eher **junge niedergelassene** Gynäkologen fest, die eine **liberale Haltung** zum Schwangerschaftsabbruch vertreten, keine Kirchgänger sind und meinen, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung nicht strafbar machen könne. Neben der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, dem

**Alter** und der **Religiosität** kam in diesem Zusammenhang offenbar der wahrgenommenen gesetzlichen **Sanktionsdrohung** eine Bedeutung zu. In weiteren Merkmalsbereichen wie z.B. Kinderzahl, Familienstand, Geschlecht oder Wohnortsgröße unterschieden sich die hier untersuchten Gruppen nicht signifikant voneinander. Bemerkenswert erscheint, daß im Falle der Notlagenindikation die ermittelten Einflußfaktoren **nahezu identisch** sind mit den Faktoren, die die spezifische Akzeptanz dieses Bereiches erklärten.<sup>6)</sup> Es kann daher für den Fall der Notlagenindikation von einer starken Übereinstimmung von Einstellung und Verhalten ausgegangen werden.

## 2.4 Schwangerschaftsabbrüche

40,4% (n = 164) der Gynäkologen führten selbst Schwangerschaftsabbrüche durch. Im Gegensatz zur Indikationsfeststellung wurden Schwangerschaftsabbrüche vor allem von **klinisch arbeitenden** Gynäkologen durchgeführt (C = .51).

Die Gynäkologen führen vor dem Schwangerschaftsabbruch nochmals ein **Gespräch** mit der Frau. Zentrale Themen dieses Vorgesprächs sind:

- Informationen über **medizinische Aspekte** des Schwangerschaftsabbruchs (73,8%);
- eine erneute Indikationsvergewisserung (42%);
- die Frage, ob die Frau sicher ist, daß sie einen Abbruch will (29,3%);
- Risiken des Schwangerschaftsabbruchs (29,3%);
- die künftige Empfängnisverhütung (23,8%);
- mögliche physische und psychische Spätfolgen eines Schwangerschaftsabbruchs (20,1%).<sup>7)</sup>

Der Eingriff wurde vorwiegend in allgemeinen **Kliniken** vorgenommen. Nur 6,7% benutzten dazu die eigene Praxis und 2,4%, d.h. insgesamt nur vier Personen, eine speziell auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisierte Klinik. Als bevorzugte **Methode** wurde eine Kombination der gängigen Verfahren verwendet: Absaugmethode, Kurettage und

Medikamente (67,8%). Ca. 1/5 der abbrechenden Ärzte beschränkte sich ausschließlich auf die Absaugmethode und nur 8,5% auf die Kurettag. Bei den meisten Gynäkologen blieben die Frauen mehr als drei Tage in der Einrichtung, in der der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde. Nur bei ca. 10% ging die Frau am selben Tag nach Hause. Länderspezifische Unterschiede konnten diesbezüglich nicht festgestellt werden.

In der Regel werden die **Kosten** für den Schwangerschaftsabbruch von der Krankenkasse getragen. Bei 93% der Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführten, bezahlt die Krankenkasse den Eingriff. Nur ein Gynäkologe gab an, daß er ein Zusatzhonorar verlange. Bei 2/3 der Ärzte, die Abbrüche durchführten, kamen die Frauen auch zur **Nachbetreuung** nach dem Eingriff zurück. 20% gaben an, daß sie die Frauen an den einweisenden Arzt bzw. Hausarzt zurücküberweisen.

Bei der überwiegenden Mehrzahl (80%) kamen die Frauen aus dem näheren Umland bzw. waren bereits Patientinnen der jeweiligen Ärzte. Bezüglich der **Herkunft der Patientinnen** bestehen statistisch signifikante Unterschiede zwischen hessischen und baden-württembergischen Frauenärzten: Die hessischen Frauenärzte gaben weitaus häufiger (31,6%) an, daß ihre Patientinnen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs aus einem anderen Bundesland kämen, als dies bei den Baden-Württembergern der Fall war (8,6%). Es steht zu vermuten, daß neben Baden-Württemberg auch Bayern als Grenzland zu Hessen einen Beitrag zu dieser Situation leistet.<sup>8)</sup>

**Keine** statistisch signifikanten länderspezifischen Unterschiede ließen sich bezüglich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen feststellen. Es führten nicht **mehr** hessische Gynäkologen Abbrüche durch als baden-württembergische - obwohl sicherlich hessische Gynäkologen **häufiger** Abbrüche durchführen als ihre baden-württembergischen Kollegen.<sup>9)</sup>

Die meisten Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (77,4%), empfinden diese Tätigkeit als belastend. Als Hauptgrund für die **Belastung** wird die **Tötung menschlichen Lebens** gesehen. 2/3

der Frauenärzte, die die Durchführung eines Abbruchs als belastend empfinden, nannten auf Nachfrage diesen Grund.

Ca. 80% der abbrechenden Ärzte gaben an, schon ein bzw. mehrmals einen **Schwangerschaftsabbruch verweigert** zu haben. Daß es keine Notlage gewesen sei bzw. die Indikation zweifelhaft, daß es sich um Mehrfachabbrüche oder Fristüberschreitungen gehandelt habe, waren die am häufigsten genannten Gründe. Die **Verweigerung einer Notlagenindikation** wurde mit Kommentaren begründet wie folgt:

"Die Frau war nicht arm".

"Konsumwünsche gingen vor".

"Die Eltern wollten ein Haus bauen".

"Die Eltern waren gesund".

"Es war kein Kind erwünscht".

"Es war ein Konflikt mit der Ausbildung".

Als **weitere Gründe, eine Indikation anzuzweifeln**, wurden z.B. genannt:

"Es handelte sich um eine unbekannte Patientin".

"Es war eine ambivalente Frau".

"Die Frau hat die Indikationsvergewisserung verweigert".

"Die Indikationsbescheinigung war negativ".

"Es war einfach schlampige Verhütung".

6,5% der Verweigerungsgründe resultierten aus einer Fristüberschreitung und ebenso viele aus der Tatsache, daß die Frau bereits mehrere Schwangerschaftsabbrüche hinter sich hatte.

Entscheidend dafür, ob ein **Gynäkologe Schwangerschaftsabbrüche durchführt**, war vor allem die konkrete Möglichkeit, Abbrüche durchzuführen, d.h. der **Zugang zu Klinikbetten**. Unter denjenigen Gynäkologen, die in einer Klinik arbeiteten bzw. Belegbetten in



einer Klinik hatten, waren es dann vorwiegend die Ärzte mit **evangelischer Konfession**, die eher nicht in die Kirche gingen und **keine grundsätzlichen Konflikte** zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik sahen, die Abbrüche vornahmen. Die folgende Tabelle zeigt die diesbezüglichen Ergebnisse einer Diskriminanzanalyse:

Tabelle 16: Merkmale von Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (Diskriminanzanalyse)

Merkmals	standard. Diskrimi- nanzkoeffi- zient	Interpretation: Ein Gynäkologe <u>führt</u> eher Abbrüche <u>durch</u> , wenn er:
1. Arbeitsplatz	1.0	- in der Klinik arbeitet und
2. Konfessionsart	-.20	- evangelisch ist
3. Kirchgänger	.18	- kein Kirchgänger ist
4. Konflikte mit Berufsethik	-.17	- keine Konflikte mit Berufsethik empfindet

canon. Korrelationskoeffizient: .76\*\*\*

Anteil an erklärter Varianz: 58%

korrekte Klassifikation:

1. führt Abbrüche durch 80,2%
2. führt keine Abbrüche durch 88,0%

Neben der konkreten Möglichkeit, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, entschieden somit religiös-weltanschauliche und professionelle Wertorientierungen über das faktische Verhalten. Es bestand kein direkter Zusammenhang zwischen der allgemeinen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und der faktischen Durchführung von Abbrüchen. Allerdings beeinflussten religiöse und professionelle Wertvorstellungen Einstellung und Verhalten in diesem Zusammenhang.

## 2.5 Zusammenfassung

Die überwiegende **Mehrzahl** der Befragten führt medizinische Beratungen nach § 218 (90,9%) durch und stellt Indikationen (80%) zum Schwangerschaftsabbruch fest. 40,4% führen auch Schwangerschaftsabbrüche durch, und nur 12,6% sind als soziale Berater tätig.

**Soziale Beratungen** nach § 218 werden häufiger von hessischen Frauenärzten angeboten als von ihren baden-württembergischen Kollegen. Während 1/4 aller hessischen Gynäkologen auch sozialberatend tätig ist, sind dies bei den baden-württembergischen Befragten nur 7%. Es ist anzunehmen, daß sich hier die **unterschiedlichen Ausführungsbestimmungen** der beiden Bundesländer niederschlagen, die verschiedene Verfahren der Zulassung zum sozialen Berater nach § 218b StGB vorsehen. Während hierfür in Hessen ausschließlich die Landesärztekammer zuständig ist, wird diese Funktion in Baden-Württemberg vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung ausgeübt.

Zentrale Gesprächsthemen der **medizinischen Beratung** sind die Risiken des Schwangerschaftsabbruchs, medizinische Einzelheiten des Eingriffs und die psychologische Konfliktverarbeitung.

**Indikationen** zum Schwangerschaftsabbruch werden vorwiegend von **niedergelassenen Frauenärzten** festgestellt. Die Mehrzahl von ihnen empfindet eine Indikationsfeststellung als **Belastung**, weil es dabei um die Tötung menschlichen Lebens geht. Auch fühlen sich Gynäkologen bei dieser Tätigkeit häufig unsicher. Insbesondere beim Feststellen einer Notlagenindikation fühlen sich 2/3 der indikationsstellenden Frauenärzte "eher unsicher".

**Notlagenindikationen** werden eher von jungen niedergelassenen Gynäkologen festgestellt, die ohnehin eine liberale Haltung zum Schwangerschaftsabbruch einnehmen, keine Kirchgänger und der Ansicht sind, daß man sich bei einer Indikationsstellung nicht strafbar machen könne.

Im Gegensatz zur Indikationsstellung werden **Schwangerschaftsabbrüche** vor allem von **klinisch arbeitenden Ärzten** durchgeführt. Auch hier gab die Mehrzahl an, daß sie diese Tätigkeit als **Belastung** empfänden, weil es dabei um die Tötung menschlichen Lebens geht. Die Abbrüche werden vorwiegend in **allgemeinen Kliniken** durchgeführt, so daß die Patientinnen in der Regel mehrere Tage in der Klinik bleiben. Als bevorzugte Methode wird eine Kombination der gängigen Verfahren, vor allem Absaugen und Kürettage verwendet.

Hinsichtlich der **Herkunft der Patientinnen** bestanden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die **hessischen** Gynäkologen gaben weitaus häufiger an, daß ihre Patientinnen zum Schwangerschaftsabbruch aus einem **anderen Bundesland** kämen, als dies bei den baden-württembergischen Frauenärzten der Fall war. Es ist anzunehmen, daß neben Baden-Württemberg auch Bayern zu dieser Situation beiträgt. Allerdings führten insgesamt hessische Gynäkologen nicht mehr Abbrüche durch als baden-württembergische Frauenärzte - es kann höchstens angenommen werden, daß erstere dies häufiger tun.

Fast alle Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführten, gaben an, schon ein bzw. mehrmals einen Abbruch **verweigert** zu haben. Eine nicht-anerkannte Notlagenindikation, Fristüberschreitungen und Mehrfachabbruch waren die am häufigsten genannten Begründungen.

**Ob ein Gynäkologe Schwangerschaftsabbrüche durchführte**, hing vor allem davon ab, ob er klinisch arbeitete bzw. Zugang zu Klinikbetten hatte, d.h. die **faktische Möglichkeit, Abbrüche vorzunehmen**. Des weiteren führte ein Gynäkologe eher Abbrüche durch, wenn er evangelisch und kein Kirchgänger war und diesbezüglich keine grundsätzlichen berufsethischen Konflikte empfand. Neben der konkreten Möglichkeit, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, waren somit **religiöse und professionelle Wertorientierungen** für das ärztliche Verhalten ausschlaggebend.

## Anmerkungen zu V 2:

- 1) Die Unterschiede zwischen hessischen und baden-württembergischen Gynäkologen sind mit  $p < .001$  statistisch hoch signifikant nach dem  $\chi^2$ -Test. Bezüglich der Durchführung sozialer Beratungen fand sich einzig für die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Bundesländern ein statistisch erwähnenswerter Zusammenhang ( $C = .24$ ).
- 2) Die im Schaubild dargestellten Unterschiede werden anhand der bereits in Kapitel V 1.4 beschriebenen Skala über die Aufgaben des sozialen Beraters nach § 218 StGB aus der Untersuchung von Zundel u.a. 1982 ermittelt. Vgl. hierzu Tabelle 11, S.155.
- 3) Dies entspricht in groben Zügen der Verteilung der Indikationsarten laut Angaben des Statistischen Bundesamtes, vgl. hierzu Kapitel II 1.1, S.11 f.
- 4) Der Anteil der kriminologischen Indikation liegt seit Jahren bei ca. 0,1%. Siehe hierzu Anm.3.
- 5) Ob ein Gynäkologe medizinische, eugenische oder kriminologische Indikationen feststellte, erwies sich weder auf bivariater noch auf multivariater Ebene als sinnvolle oder ergiebige Fragestellung. Da die meisten Gynäkologen mehrere bzw. alle genannten Indikationsarten feststellten, ließen sich diesbezüglich keine trennscharfen Gruppen bilden. Eine Ausnahme macht in dieser Hinsicht ausschließlich die Notlagenindikation, die im Rahmen der Indikationsstellung eine Sonderrolle einnimmt: wer Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellt, beschäftigt sich in der Regel auch mit medizinischen, eugenischen und kriminologischen Fällen - allerdings nicht unbedingt mit sozialen Notlagen. Vgl. hierzu auch die Ergebnisse bezüglich der Akzeptanz der einzelnen Indikationsarten, Kapitel V 1.3.
- 6) Vgl. hierzu Kapitel V 1.3, S.152.
- 7) Mehrfachnennungen waren möglich. Vgl. hierzu die Angaben in Kapitel V 2.2 bezüglich der Inhalte der medizinischen Beratung, die sich im wesentlichen auf dieselben Bereiche beziehen, siehe S.170.
- 8) Siehe hierzu Ketting/van Praag 1985, S.77.
- 9) Vgl. hierzu die Ergebnisse von Holzhauser 1989, denenzufolge mehr als die Hälfte der Frauen aus Baden-Württemberg zum Schwangerschaftsabbruch nach Hessen fahren. Ebenda, S.310 f.

### 3. Normkenntnis und Norminterpretation

Nach **Selbsteinschätzung** hält sich die Mehrzahl der Gynäkologen für **sehr gut** über die zum Befragungszeitpunkt schon 10 Jahre bestehende Gesetzesneuregelung der §§ 218 ff. StGB **informiert**. Mehr als 2/3 der Befragten (65,5%) halten sich für genau informiert, 25% für "nicht in allen Einzelheiten" informiert, und nur 6,4% schätzen sich selbst als "wenig informiert" ein. Im folgenden werden Normkenntnis und individuelle Norminterpretation der Gynäkologen differenziert nach den einzelnen Indikationsarten dargestellt. Neben formalen Anforderungen der Indikationsfeststellung wie z.B. die Einhaltung unterschiedlicher Fristen, werden inhaltliche Dimensionen der konkreten Norminterpretation anhand von offen erzählten Fallbeispielen dargelegt und bewertet.

#### 3.1 Medizinische Indikation

Die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch läßt sich in **drei Teilbereiche** untergliedern: Die vitale Indikation, die medizinisch-somatische und die medizinisch-psychiatrische Indikation. Nach dem Gesetz ist bei einer medizinischen Indikation eine zeitliche Befristung grundsätzlich nicht vorgesehen.<sup>1)</sup> Dennoch setzen die meisten Gynäkologen auch bei der medizinischen Indikation - je nach Teilbereich - unterschiedliche Fristen, innerhalb derer sie einen Schwangerschaftsabbruch befürworten würden.

Dies gilt sogar für den Bereich der **vitalen Indikation**. Nur knapp die Hälfte der Befragten (49,6%) würde in einem solchen Falle "immer", d.h. über die 40. Woche hinaus einen Schwangerschaftsabbruch befürworten. 5,9% würden nach Einzelfall entscheiden, und nur einer der befragten Gynäkologen gab an, auch bei Gefahr für das Leben der Mutter einen Schwangerschaftsabbruch abzulehnen. Die übrigen Befragten nannten einen bestimmten Zeitraum, innerhalb dessen sie einen Abbruch aus vitaler Indikation befürworten würden. Medizinische Gesichtspunkte<sup>2)</sup> sowie Erwägungen der Vergleichbarkeit mit der Chefarztebefragung von RAHMSDORF (1980) legen nahe,<sup>3)</sup> die offen formulierten Angaben der befragten Gynäkologen in dieselben Zeitkategorien einzuteilen, wie dies bei der

Chefärztebefragung geschehen war. Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der Ergebnisse der Gynäkologenbefragung mit der Chefärztebefragung<sup>4)</sup> aus dem Jahre 1977:

Tabelle 17: Vergleich der Fristsetzung bei der vitalen Indikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung

Ich würde einen Schwangerschaftsabbruch bei vitaler Indikation befürworten bis:	Art und Jahr der Umfrage	Gynäkologenbefragung (1986) N = 406	Chefärztebefragung (1977) N = 241
überhaupt nicht		0,2	3,3
1.-16. Woche		7,6	9,6
17.-39. Woche		35,7	3,7
40. Woche und länger		49,6	82,6
je nach Einzelfall		5,9	-
keine Angaben		1,0	0,8
SUMME		100	100

\* Vergleichsdaten siehe Rahmsdorf 1980, S.35.

Die überwiegende Mehrzahl der gynäkologischen Chefärzte (83,6%) befürwortet einen Schwangerschaftsabbruch aus vitaler Indikation bis über die 40. Woche hinaus. Diese Haltung wurde in der Gynäkologenbefragung nur von knapp der Hälfte der Befragten eingenommen. Statt dessen wollten 35,7% der Frauenärzte den Schwangerschaftsabbruch in diesem Falle auf eine Wochenfrist zwischen der 17. und 39. Woche begrenzt sehen. Sehr wahrscheinlich resultiert die vorsichtigere Haltung der Probanden im Jahre 1986 aus der berechtigten Annahme, daß beim heutigen Stand der Medizin ein Hinauszögern der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch über die jeweilige Wochenfrist hinaus unnötig sei.

Wenn man die Kategorien "17.-39. Woche" und "40. Woche und länger" der Gynäkologenbefragung zusammenfaßt, so erhält man eine Mehrheit von 85,3% der Befragten. Dies entspricht in etwa dem Prozentsatz der Kategorie "über die 40. Woche hinaus" der Chefärztebefragung (82,6%). **Relativ ähnlich** ist in beiden Befragungen der Prozentsatz derjenigen, die nur bis zur 16. Woche einen Schwangerschaftsabbruch aus vitaler Indikation befürworten würden: 9,6% der Chefärzte und 7,6% der Gynäkologen. **Unterschiede** finden sich bezüglich der grundsätzlichen **Ablehnung**. Während bei den Chefärzten insgesamt 8 Personen einen Abbruch auch bei Gefahr für das Leben der Mutter nicht durchführen und sich damit nach § 330 StGB strafbar machen würden, findet sich in der Gynäkologenbefragung nur ein einziger Arzt, der diese extreme Position vertritt.

Während bei der vitalen Indikation 85,3% der Gynäkologen einen Abbruch über die 16. Woche hinaus befürworten würden, wären bei einer **medizinisch-somatischen** Indikation nur 64,9% der Befragten dazu bereit. Allerdings ist mit 14% der Anteil derjenigen, die nach Einzelfall entscheiden wollen, höher als bei der vitalen Indikation. 16,5% würden in diesem Falle nur in der ersten bis 16. Woche einen Abbruch befürworten. Nur 3,9%, das sind 16 Personen, würden in diesem Falle einen Abbruch grundsätzlich nicht befürworten. Es ist anzunehmen, daß diese Ärzte unter einer "medizinischen Indikation" ausschließlich die vitale Indikation verstehen.<sup>5)</sup> Die folgende Tabelle zeigt wiederum einen Vergleich der diesbezüglichen Ergebnisse mit der Chefärztebefragung von RAHMSDORF (1980) aus dem Jahre 1977:

**Tabelle 18:** Vergleich der Fristsetzung bei der **medizinisch-somatischen Indikation** zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung

Ich würde einen Schwangerschaftsabbruch bei med.-somat. Indikation befürworten bis:	Art der Umfrage	Gynäkologenbefragung (1986) N = 406	Chefärztebe- befragung (1977) N = 241
überhaupt nicht		3,9	9,5
1.-16. Woche		16,5	21,6
17.-39. Woche		35,6	10,0
40. Woche und länger		29,3	58,9
je nach Einzelfall		14,0	-
keine Angaben		0,7	-
SUMME		100	100

\* Vergleichsdaten siehe Rahmsdorf 1980, S.42.

Ähnlich wie bei der vitalen Indikation urteilen die **Chefärzte** auch bezüglich der medizinisch-somatischen Indikation **großzügiger** als die Gynäkologen insgesamt. Während knapp 2/3 der Chefärzte (58,9%) einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-somatischer Indikation bis zum Ende der Schwangerschaft durchführen würden, sind dies bei der Gynäkologenbefragung nur 29,3%. Allerdings gleicht sich dies wiederum - ähnlich wie bei der vitalen Indikation - durch den höheren Prozentsatz derjenigen aus, die einen Schwangerschaftsabbruch in der 17.-39. Woche durchführen würden: 35,6% der Gynäkologen im Vergleich zu 10% der Chefärzte. Wiederum entspricht der Prozentsatz derjenigen Gynäkologen, die einen Abbruch bei medizinisch-somatischer Indikation "über die 16. Woche hinaus" befürworten würden (64,9%), in etwa der Anzahl derjenigen Chefärzte, die in diesem Falle einen Abbruch über die "40. Woche hinaus" für angezeigt hielten (58,9%).



Die ablehnende Haltung der Gynäkologen verstärkt sich, wenn nach der **medizinisch-psychiatrischen Indikation** gefragt wird. Während bei der vitalen Indikation 49,6% der Gynäkologen und bei der medizinisch-somatischen Indikation 29,3% "über die 40. Woche hinaus" einen Abbruch befürworten würden, sind dies bei der medizinisch-psychiatrischen Indikation **nur noch 14%**. Auch der Prozentsatz derjenigen, die in der 17.-39. Woche einen Abbruch befürworten würden, der bei der vitalen und medizinisch-somatischen Indikation annähernd gleichbleibt (knapp 36%), sinkt bei der medizinisch-psychiatrischen Indikation auf 22,7%. Dementsprechend steigt der Anteil derjenigen, die in diesem Falle einen Schwangerschaftsabbruch **grundsätzlich nicht** durchführen würden, auf 10,6%. Der Anteil derjenigen, die nach Einzelfall entscheiden wollen, bleibt im Vergleich zur medizinisch-somatischen Indikation mit ca. 14% relativ konstant. Ein Vergleich mit der Chefärztebefragung aus dem Jahre 1977 zeigt, daß die **Gynäkologen im Jahre 1986 eine rigidere Haltung** bezüglich der medizinisch-psychiatrischen Indikation einnehmen:

**Tabelle 19:** Vergleich der Fristsetzung bei der **medizinisch-psychiatrischen Indikation** zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung

Ich würde einen Schwangerschaftsabbruch bei med.-psychiatr. Indikation befürworten bis:	Art der Umfrage	Gynäkologenbefragung (1986) N = 406	Chefärztebe-* befragung (1977) N = 241
überhaupt nicht		10,6	16,2
1.-16. Woche		35,7	29,9
17.-39. Woche		22,7	8,7
40. Woche und länger		<b>14,0</b>	<b>44,0</b>
je nach Einzelfall		13,8	-
keine Angaben		3,2	1,2
SUMME		100	100

\* Vergleichsdaten siehe Rahmsdorf 1980, S.51.

Während knapp die Hälfte der Chefärzte (44%) einen Abbruch aus medizinisch-psychiatrischer Indikation über die 40. Woche hinaus befürwortet, sind nur 14% der Gynäkologen dazu bereit. Auch eine Zusammenfassung der Kategorien "über die 16. Woche hinaus" ergibt eine rigidere Haltung der Gynäkologen: 52,7% der Chefärzte befürworten in diesem Falle einen Abbruch im Vergleich zu 36,7% der Gynäkologen.

Statistische Überprüfungen der Gynäkologenbefragung ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den dort erfaßten Chefärzten<sup>6)</sup> und den restlichen Probanden. Es ist daher anzunehmen, daß die rigidere Beurteilung in der Gynäkologenbefragung **nicht** aus der Tatsache resultiert, daß es sich mehrheitlich nicht um Chefärzte gehandelt hatte. Möglicherweise zeigt sich hier eine Entwicklung, die durch den unterschiedlichen Zeitpunkt der Befragung bedingt ist: die Verschiebung der medizinisch-psychiatrischen Indikation zur Notlage hin.

### 3.2 Eugenische Indikation

Bei der eugenischen oder genetischen Indikation sieht das **Gesetz** eine **zeitliche Befristung** von 22 Wochen für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs vor.<sup>7)</sup> Ca. 2/3 (63,3%) der Gynäkologen würden einen Abbruch bis zu diesem Zeitpunkt befürworten. 17,7% gaben an, auch über diese Frist hinaus in der 22.-32. Woche in diesem Falle den Eingriff zu befürworten, und 10,8% würden dies sogar "immer befürworten". Somit würde knapp 1/3 der Gynäkologen (28,5%) einen Abbruch aus eugenischer Indikation auch noch **über** die gesetzlich vorgesehene **Frist hinaus** gutheißen.

Ein **Vergleich mit der Chefärztebefragung** zeigt, daß in diesem Falle die Gynäkologen insgesamt im Jahre 1986 **eine akzeptierendere Haltung** einnehmen, als dies bei den Chefärzten 1977 der Fall war: Nur 10% der Chefärzte würden auch über die 22. Woche hinaus einen Abbruch aus eugenischer Indikation befürworten, während 78,3% in diesem Falle einen Abbruch innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Wochenfrist durchführen würden. Es ließen sich in der Gynäkologen-

befragung keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich dieser Frage zwischen den erfaßten Chefärzten<sup>8)</sup> und den restlichen Probanden feststellen.

In der Praxis läßt sich eine mögliche Schädigung des Kindes nur nach **Wahrscheinlichkeitsaussagen** aufgrund von Voruntersuchungen<sup>9)</sup> ausmachen. Somit kann nicht immer zweifelsfrei die Sicherheit einer Schädigung bzw. deren Ausmaß nachgewiesen werden. Bei den befragten Gynäkologen konnte diesbezüglich kein einheitliches Meinungsbild ermittelt werden:

Tabelle 20: Erforderlicher Wahrscheinlichkeitsgrad der Schädigung bei einer eugenischen Indikation

	abs.	%	
Möglichkeit der Schädigung genügt	37	9,1	27,3%
1-10%	48	11,8	
11-25%	26	6,4	
26-50%	65	16,0	33,0%
51-90%	57	14,0	
91-100%	77	19,0	
Jedes Kind hat ein Recht auf Leben	5	1,2	
Bei sicherem Nachweis	24	5,9	
Kommt auf den Einzelfall an	42	10,3	
Kommt auf die Eltern an	15	3,7	
Keine Angaben	10	2,5	
SUMME	406	100,0	

Faßt man diejenigen Frauenärzte, die bereits bei geringem Wahrscheinlichkeitsgrad einer Schädigung (bis 25%) eine eugenische Indikation für angemessen halten, zusammen mit denjenigen, die die Eltern entscheiden lassen, so erhält man eine Gruppe von **31%** der Befragten, die der eugenischen Indikation **sehr offen** gegenübersteht. 16% nehmen eine mittlere Position ein und verlangen eine 26-50%ige Mindestwahrscheinlichkeit. Insgesamt 33% der Befragten verlangen eine 51-100%ige Wahrscheinlichkeit einer Schädigung, und 1,2% vertreten die Position, daß jedes Kind ein Recht auf Leben habe.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit der in Kap. 1.3 dargelegten Akzeptanz der eugenischen Indikation, so zeigt sich, daß die **grundsätzliche Akzeptanz** dieser Indikation mit 91,6% der Befragten noch **keinen Aufschluß** über das im einzelnen praktizierte **Verhalten** gibt. Offensichtlich machen **mehr als 2/3 der Befragten** einen Schwangerschaftsabbruch in diesem Falle von einem **relativ hohen Wahrscheinlichkeitsgrad einer Schädigung** abhängig.

### 3.3 Kriminologische Indikation

Die kriminologische Indikation spielt bei der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche nur eine **verschwindend geringe Rolle**: Der Prozentsatz liegt seit einigen Jahren bei 0,1%.<sup>10)</sup> Die kriminologische Indikation hat demzufolge eher Modellfallcharakter. Sie spielt quantitativ keine Rolle. Das Hauptproblem bei der kriminologischen Indikation besteht in der Praxis darin, zu erklären, ob überhaupt eine die Indikation begründende Straftat an der Schwangeren verübt worden ist. Bei Frauen, die nach der Tat sofort einen Arzt aufsuchen, läßt sich in aller Regel ein Abbruch durch nidationshemmende Medikamente vermeiden. Der Arzt steht daher im Zusammenhang mit einer kriminologischen Indikation in der Regel vor Beweisproblemen, d.h. er kann die Angaben der Schwangeren meist nur nach ärztlichem Wissen bzw. Plausibilität und Wahrscheinlichkeit der Angaben überprüfen.

Nur 4,4% der Gynäkologen lehnen Schwangerschaftsabbrüche aus kriminologischer Indikation grundsätzlich ab. Die überwiegende **Mehrzahl der Befragten** (83,3%) gab an, einen Abbruch in diesem Falle in der **ersten bis 16. Schwangerschaftswoche zu befürworten**. 8,9% würden auch über die 16. Woche hinaus einen Abbruch aus kriminologischer Indikation befürworten, und nur drei Frauenärzte würden dies "immer" tun. Zwei Gynäkologen wollten je nach Einzelfall entscheiden. Diese Ergebnisse **korrespondieren** mit der in Kap. V 1.3 dargestellten **Akzeptanz** der kriminologischen Indikation: insgesamt 87,5% der Befragten hatten angegeben, die kriminologische Indikation vollständig bzw. mit geringem Vorbehalt zu akzeptieren.

Als **Rechtfertigungsgründe** für einen Schwangerschaftsabbruch aus **kriminologischer Indikation** kommen die Tatbestände der §§ 176-179 StGB in Betracht: Sexueller Mißbrauch von Kindern unter 14 Jahren (§ 176), Vergewaltigung (§ 177), Sexuelle Nötigung (§ 178), Sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger (§ 179). Tabelle 21 gibt einen Überblick der **Beweisanforderungen**, die von den Befragten bei der kriminologischen Indikation gestellt werden. Antwortkategorien waren bei dieser Frage nicht vorgegeben, vielmehr wurden die Äußerungen der Gynäkologen im nachhinein kategorisiert.

Unter den genannten Beweisanforderungen steht an erster Stelle die **Glaubwürdigkeit der Frau**. Ca. die Hälfte der Befragten erkennen eine kriminologische Indikation an, wenn ihnen die Schilderung der Schwangeren glaubwürdig erscheint. 1/4 der Gynäkologen besteht auf dem Vorliegen einer polizeilichen Anzeige und ebenso viele gar auf einer Bestätigung des Tatherganges durch die Polizei bzw. auf einem gerichtsmedizinischen Gutachten. **Nur** für 7,6% genügen **"dringende Gründe"**, die für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf einer Straftat beruht, wie es dem **Gesetzeswortlaut** entspricht. **Noch weniger**, nämlich 4,4% der Befragten, geben als Bedingung den juristisch korrekten Tatbestand an, "wenn die Schwangere unter 14 Jahren ist".

Tabelle 21: Individuelle Beweisanforderungen bei der kriminologischen Indikation

	abs.	%
Ich lehne Schwangerschaftsabbrüche aus kriminologischer Indikation ab	18	4,4

	abs.	%
Ich erkenne die kriminologische Indikation an, wenn:		
eine polizeiliche Anzeige vorliegt	102	25,1
dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf einer Straftat beruht	31	7,6
ein medizinisches Fachgutachten vorliegt	28	6,9
die Behörden ermitteln	17	4,2
mir die Schilderung der Schwangeren glaubwürdig erscheint	210	51,7
Spermanachweis erfolgt	11	2,7
es Gewaltspuren gibt	16	3,9
es Zeugen gibt	25	6,2
mir die Polizei objektive Anhaltspunkte für eine Vergewaltigung bestätigt (gerichtsmed. Gutachten)	102	25,1
die Schwangere unter 14 Jahren ist	18	4,4
die Frau entscheidet	5	1,2
Sonstiges	9	2,2

(Mehrfachnennungen waren möglich)

N = 406

Alle Angaben waren Antworten auf die **offen gestellte Frage**: "Wann erkennen Sie eine kriminologische Indikation an?" Es gilt daher zu berücksichtigen, daß die Gynäkologen häufig mehrere der genannten Beweisanforderungen aufzählten. Die Antworten können als Ausdruck der mehr oder minder spontan geäußerten **individuellen Norminterpretation** verstanden werden. Um so mehr verwundert, daß viele Nennungen über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen bzw. sogar einen Abbruch aus kriminologischer Indikation unmöglich

machen würden. So ist z.B. in den seltensten Fällen ein Zeuge einer Vergewaltigung auszumachen bzw. kann die Zeitspanne bis zur offiziellen Bestätigung des Tatherganges durch die Polizei eine unnötige, wenn nicht gar unmögliche Fristverzögerung für einen Schwangerschaftsabbruch bedeuten.

Die bislang beschriebenen Beweisanforderungen für eine kriminologische Indikation bezogen sich auf die subjektive Norminterpretation der Gynäkologen. Im folgenden geht es um die **Normkenntnis** der Befragten. Die folgende Tabelle stellt die Antworten der Gynäkologen auf die Frage dar: "Welche Anforderung stellt das **Recht** bei einer kriminologischen Indikation?"

Tabelle 22: Anforderungen des Gesetzes bei der kriminologischen Indikation

	abs.	%
weiß nicht	160	<b>39,4</b>
gar keine Anforderungen	9	2,2
daß Anzeige erstattet werden muß	67	16,5
daß dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf einer Straftat beruht	168	<b>41,4</b>
daß ein medizinisches Fachgutachten vorliegt	18	4,4
daß die Behörden ermitteln	12	3,0
daß die Frau glaubwürdig ist	2	0,5
daß ein Spermanachweis vorliegt	6	1,5
daß Gewaltspuren nachweisbar sind	2	0,5
daß es Zeugen gibt/Täternachweis	4	1,0
Sonstiges	4	1,0

(Mehrfachnennungen waren möglich)

N = 406

39,4% der Gynäkologen geben offen zu, daß sie die gesetzlichen **Anforderungen nicht genau kennen**. Neun Frauenärzte sind der Ansicht, daß es keinerlei gesetzliche Anforderungen bei der kriminologischen Indikation gäbe. Die restlichen Angaben sind wiederum spontan geäußerte und nachträglich kategorisierte Mehrfachnennungen. Die am **häufigsten genannte Beweisanforderung** des Rechts lehnt sich an den Gesetzestext an: 41,4% der Befragten gehen davon aus, daß "dringende Gründe" für die Annahme sprechen müssen, daß die Schwangerschaft auf einer Straftat beruht. 16,5% meinen, daß nach geltendem Recht in diesem Falle eine Anzeige erstattet werden müsse. Nur wenige halten ein medizinisches Fachgutachten, die Ermittlung der Behörden, einen Spermanachweis oder gar Zeugen oder einen Täternachweis für gesetzlich erforderlich.

### **3.4 Notlagenindikation**

Seit der Reform der §§ 218 ff. StGB ist die Notlagenindikation die **häufigste Ursache für einen Schwangerschaftsabbruch**.<sup>11)</sup> 1986 wurden laut Bundesstatistik insgesamt 72.307 Schwangerschaftsabbrüche (85,8%) mit einer schweren Notlage begründet. Diese Indikation stellt seit der Gesetzesreform nicht nur den häufigsten, sondern auch den **umstrittensten Indikationsbereich** dar. Wie schon an anderer Stelle erwähnt,<sup>12)</sup> ist die Notlagenindikation auch für die befragten Gynäkologen ein Stein des Anstoßes. Dennoch würden **knapp 2/3** unserer Probanden (59,4%) einen Schwangerschaftsabbruch im Falle einer Notlagenindikation **bis zur 12. Woche befürworten**. 10,6% der Befragten würden in diesem Falle sogar über die 12. Woche hinaus einen Abbruch befürworten. 16% lehnen einen Schwangerschaftsabbruch aus dem Bereich der Notlagenindikation grundsätzlich ab, und 11,3% würden in diesem Falle den Eingriff nur vor der 12. Woche befürworten. Die folgende Tabelle zeigt einen **Vergleich** dieser Angaben mit der **Chefärztebefragung**:



**Tabelle 23:** Vergleich der Fristsetzung bei der **Notlagenindikation** zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung

Ich würde einen Schwangerschaftsabbruch bei der <u>Notlagenindikation</u> befürworten bis:	Gynäkologenbefragung (1986) N = 406	Chefärztebefragung (1977) N = 241
lehne Schwangerschaftsabbrüche bei Notlagenindikation ab	16,0	38,1
entscheide nach Einzelfall	2,2	-
weniger als bis zur 12. Woche	11,3	4,6
12. Woche	59,4	55,2
über 12. Woche hinaus	10,6	2,1
keine Angaben	0,5	-
SUMME	100	100

\* Vergleichsdaten siehe Rahmsdorf 1980, S.73.

Ebenso wie in der Gynäkologenbefragung befürworten auch mehr als die Hälfte der Chefärzte einen Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen einer Notlagenindikation bis zur 12. Woche. Allerdings ist bei den Chefärzten der Prozentsatz derjenigen, die über die 12. Woche hinaus abrechnen würden, mit 2,1% verschwindend gering. Ebenso ist unter den **Chefärzten** der nun bereits 10 Jahre alten Untersuchung der Anteil derjenigen, die einen Abbruch bei Vorliegen einer Notlagenindikation **grundsätzlich ablehnen**, doppelt so groß wie in der Gynäkologenbefragung aus dem Jahre 1986.

Statistische Überprüfungen der Gynäkologenbefragung ließen keine signifikanten Unterschiede in dieser Frage zwischen den dort vertretenen Chefärzten und den restlichen Probanden zutage treten. Die ermittelte Differenz kann daher nicht auf das Problem der unterschiedlichen Zielgruppen reduziert werden. Vielmehr müssen wir

davon ausgehen, daß sich hier auch **Prozesse des Normwandels und der Normimplementation** niederschlagen, die im Laufe der letzten 10 Jahre stattgefunden haben.

Einen weiteren Hinweis auf diese Entwicklung bietet die **Beurteilung von fünf verschiedenen Modellfällen**, die ebenfalls in beiden Untersuchungen analog durchgeführt wurde. Die folgende Übersicht zeigt die Ergebnisse der Studien im **Vergleich**:

Tabelle 24: Vergleich der Beurteilung von Modellfällen zur Notlagenindikation zwischen Gynäkologenbefragung und Chefärztebefragung (Angaben in %)

a) Gynäkologenbefragung (Erhebungsjahr 1986)

Mo- dellfälle zur Notlagenindik.:	Beurteilung	a) keine Indikation	b) ausrei- chende Indikation	c) nur bei Vorliegen zusätzlicher Bela- stungen ausrei- chende Indikation	b) + c) (bedingte) Zustimmung
1. Ehezerüttung bei mehreren Kindern		16,0	58,9	6,4	65,3
2. werdende Mutter ist noch nicht 16 Jahre alt		19,2	52,7	10,8	63,5
3. lediger Mutter entstehen erhebliche finanz. Belastungen		32,3	41,4	8,4	49,8
4. Berufsausbildung der Schwangeren ist ernsthaft gefährdet		41,6	34,7	5,7	40,4
5. Ehemann droht mit Scheidung		59,4	14,5	8,4	22,9

N = 406

N = 406

b) Chefärztebefragung (Erhebungsjahr 1977)

Mo- dellfälle zur Notlagenind.	Beurteilung	a) keine Indikation	b) ausrei- chende	c) nur bei Vorliegen zusätzlicher Bela- stungen ausrei- chende Indikation	b) + c) (bedingte) Zustimmung
1. Ehezerrüttung bei mehreren Kindern		39,4	32,4	28,0	60,4
2. werdende Mutter ist noch nicht 16 Jahre alt		43,8	23,8	32,6	56,4
3. lediger Mutter entstehen erhebliche finanz. Belastungen		66,7	16,1	16,3	32,4
4. Berufsausbildung der Schwangeren ist ernsthaft gefährdet		70,3	14,2	15,5	29,7
5. Ehemann droht mit Scheidung		82,7	3,8	13,6	17,4

N = 239

N = 239

Quelle: Rahmsdorf 1980, S.83.

Offensichtlich ist in beiden Untersuchungen die Reihenfolge der Akzeptanz, d.h. der grundsätzliche **Bewertungsmaßstab derselbe**: Die Modellfälle werden analog ihrer Reihenfolge akzeptiert, d.h. der erste Fall erhält die meiste Zustimmung und Fall Nr.5 die meiste Ablehnung. **Verändert** hat sich allerdings das **Ausmaß der Akzeptanz**: Jeder der genannten Modellfälle wird von Gynäkologen im Jahre 1986 stärker akzeptiert, als dies bei den Chefärzten 1977 der Fall war. Dementsprechend ist auch das Ausmaß der Ablehnung in der Gynäkologenbefragung geringer.

**Modellfall Nr.1:** "Wenn die Ehe zerrüttet ist und die Familie schon mehrere Kinder hat" wird von knapp 2/3 der Gynäkologen als Notlagenindikation akzeptiert. 6,4% wollten den Fall nur bei Vorliegen zusätzlicher Belastungen akzeptieren, und 16% lehnten die geschilderte Situation ab. In der Chefärztebefragung hielt nur knapp 1/3 Modellfall Nr.1 für eine ausreichende Notlagenindikation, und 28% wollten den geschilderten Fall nur bei Vorliegen zusätzlicher Belastungen akzeptieren. Faßt man allerdings diese beiden Gruppen als "bedingte Zustimmung" zum Modellfall zusammen, so akzeptieren insgesamt 60,4% der Chefärzte die "Ehezerrüttung mit mehreren Kindern" als Notlagenindikation im Vergleich zu 65,3% der

Gynäkologen. Demnach **unterschieden sich** die beiden Untersuchungen zwar in der uneingeschränkten Akzeptanz der geschilderten Situation, jedoch **nicht in der bedingten Zustimmung**. Dieser Trend setzt sich bei den folgenden vier Modellfällen fort.

Eindeutige **Unterschiede** zwischen den beiden Untersuchungen bestehen jedoch bezüglich der **Ablehnung der genannten Fallgeschichten**. Während nur 16% der Gynäkologen die "Ehezerrüttung bei mehreren Kindern" als Notlagenindikation ablehnen, so sind dies bei den Chefärzten 39,4%. Ähnlich verhält es sich bei **Modellfall Nr.2**, "wenn die werdende Mutter noch nicht 16 Jahre alt ist": 43,8% der Chefärzte lehnen diesen Fall als Notlagenindikation ab im Vergleich zu 19,2% der Gynäkologen. Nur 23,8% der Chefärzte beurteilen diesen Modellfall als ausreichend für eine Notlagenindikation.

An **dritter Stelle der Akzeptanz** steht die finanzielle Belastung der ledigen Mutter. Bezüglich der Ablehnung dieses Modellfalles als Notlagenindikation bleibt der **Gesamttrend unverändert**: Ca. doppelt so viele Chefärzte lehnen diesen Fall ab im Vergleich zu den übrigen Gynäkologen. Auch ist die uneingeschränkte Zustimmung zu diesem Fall umgekehrt bei den Gynäkologen wiederum höher als bei den Chefärzten.

**Große Unterschiede** zwischen beiden Untersuchungen zeigten sich auch bei der Beurteilung von **Modellfall Nr.4**, "wenn die Berufsausbildung der Schwangeren ernsthaft gefährdet ist". 70,3% der Chefärzte lehnen diese Begründung als Notlagenindikation ab im Vergleich zu 41,6% der übrigen Gynäkologen.

**Relativ einig** scheinen sich dagegen alle Befragten in der Beurteilung des **letztgenannten Falles** zu sein, "wenn der Ehemann mit Scheidung droht". Diese Fallschilderung wird einhellig am stärksten abgelehnt. Knapp 2/3 der Gynäkologen lehnen diese Begründung als Notlagenindikation ab im Vergleich zu sogar 82,7% der Chefärzte.

Wir können daher festhalten, daß zwar die **Rangfolge der Bewertung** der geschilderten Fallbeispiele in beiden Untersuchungen **gleich** ist,

jedoch das **Ausmaß der Akzeptanz und der Ablehnung sehr verschieden**. Alle Modellfälle werden übereinstimmend von den Gynäkologen stärker akzeptiert als von den Chefärzten. Umgekehrt ist entsprechend das **Ausmaß der Ablehnung bei den Chefärzten durchgängig größer** als bei den übrigen Gynäkologen. Erwähnenswert erscheint zudem, daß Fallbeispiele Nr.4 und 5, die finanzielle Belastung der ledigen Mutter sowie die Gefährdung der Berufsausbildung der Schwangeren, noch fast von der Hälfte der Gynäkologen aus dem Jahre 1986 als Indikation akzeptiert wird, während dies bei den Chefärzten im Jahr 1977 nur 1/3 der Befragten ist. Statistische Überprüfungen ergaben für die Gynäkologenbefragung **keine** signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Beurteilung der Modellfälle zwischen gynäkologischen Chefärzten und anderen Gynäkologen. Wir gehen daher davon aus, daß die unterschiedlichen Beurteilungen in beiden Studien nicht daher rühren, daß 1977 ausschließlich gynäkologische Chefärzte befragt wurden, sondern eher in den verschiedenen Befragungszeitpunkten bzw. der nunmehr 10jährigen **Normimplementation** gründen.

Die Modellfälle zur Notlagenindikation wurden bereits von WILLE (1974) bei einer Ärzteumfrage zum Thema Schwangerschaftsabbruch in Schleswig-Holstein verwendet.<sup>13)</sup> Diese Untersuchung, die zwei Jahre vor der Reform der §§ 218 ff. StGB durchgeführt wurde, richtete sich an alle praktizierenden Ärzte in Schleswig-Holstein, ungeachtet ihrer Fachrichtung. Die folgende Tabelle zeigt die **Ergebnisse der drei zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführten Ärztebefragungen** im Hinblick auf die "bedingte Zustimmung" zu den einzelnen Modellfällen:

**Tabelle 25:** Beurteilung von Modellfällen zur Notlagenindikation in drei verschiedenen Ärztebefragungen (Angaben in %)

Modellfälle \ Art und Jahr der Umfrage	Gynäkologenbefragung 1986: bedingte Zustimmung (N= 406)	Umfrage unter gyn. Chefarzten in der Bundesrepublik 1977: bedingte Zustimmung (N= 239)	Ärztumfrage in Schleswig-Holstein 1973: ethisch-moralische Zustimmung (N= 2738)
1. Ehezerüttung bei mehreren Kindern	65,3	60,4	65,1
2. Werdende Mutter ist noch nicht 16 Jahre alt	63,5	56,4	55,7
3. Lediger Mutter entstehen erhebl. finanz. Belastungen	49,8	32,4	42,6
4. Berufsausbildung der Schwangeren ist ernsthaft gefährdet	40,4	29,7	Frage wurde nicht gestellt
5. Ehemann droht mit Scheidung	22,9	17,4	18,3

Offensichtlich stimmt in allen drei Untersuchungen die **Reihenfolge der Akzeptanz** überein. Auffällig erscheint auch die große prozentuale Übereinstimmung der Ärzte in Schleswig-Holstein, die kurz vor der Gesetzesreform befragt wurden, mit den Chefarzten, die kurz nach der Gesetzesreform interviewt wurden. Dies legt die Vermutung nahe, daß die davon abweichenden Ergebnisse bzw. Trends der Gynäkologenbefragung aus dem Jahre 1986 mit der nun 10jährigen Implementation der reformierten §§ 218 ff. StGB zusammenhängen.

Der Vergleich verschiedener Ärztebefragungen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden und eine Zeitspanne von insgesamt 13 Jahren umfassen, zeigt, daß die allgemeine **Akzeptanz der Notlagenindikation** seit der Reform des Gesetzes **zugenommen** hat. In den beiden Untersuchungen, die kurz vor und kurz nach der Gesetzesreform durchgeführt wurden, dokumentiert sich eine ablehnendere Haltung zu allen Modellfällen der Notlagenindikation, als dies in der Gynäkologenbefragung 1986 der Fall ist. Unverändert über die Jahre hinweg bleibt allerdings die **Rangfolge der**

**Akzeptanz**, d.h. das zugrundeliegende Bewertungsmuster ist in allen Umfragen und bei allen Befragten gleich.

### 3.5 Fallbeispiele zu den einzelnen Indikationen

Alle Gynäkologen, die angegeben hatten, Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch festzustellen (n = 325), wurden aufgefordert, den **letzten Fall einer Indikationsfeststellung** zu schildern, an den sie sich erinnern. Diese Aufforderung wurde für jede gesetzlich vorgesehene Indikationsart gesondert formuliert. Ein Proband konnte daher potentiell **bis zu fünf Fallbeispiele** erzählen: Eine medizinisch-somatische Indikation, eine medizinisch-psychiatrische, eine eugenische, eine kriminologische und eine allgemeine Notlagenindikation. Die meisten Befragten erzählten nur ca. **zwei Fallbeispiele**, die von den Interviewern in kurzen Stichworten notiert wurden. Meist handelte es sich dabei um ein Beispiel zur Notlagenindikation und ein Beispiel zur medizinischen oder eugenischen Indikation. Insgesamt wurden auf diesem Wege 741 Fälle<sup>14)</sup> ermittelt, die sich wie folgt auf die einzelnen **Indikationsbereiche** verteilen:

- 189 Fälle zur medizinisch-somatischen Indikation (25,5% aller erzählten Beispiele);
- 43 Fälle zur medizinisch-psychiatrischen Indikation (5,8%);
- 185 Fälle der eugenischen Indikation (25%);
- 74 Fälle der kriminologischen Indikation (10%);
- 250 Fälle der allgemeinen Notlagenindikation (33,7%).

Die erzählten Fälle der **medizinisch-somatischen Indikation** streuten über das ganze Spektrum denkbarer möglicher Krankheitsbilder zu dieser Indikationsart. Tuberkulose und Beckenvenenthrombose waren ebenso vertreten wie multiple Sklerose, Nierenbeckenentzündungen, Mamakarzinom und Asthma bronchiale. Aber auch Krankheiten mit geringerem medizinischem Risiko wie z.B. Diabetes, hoher Blutdruck oder "Schwangerschaft bei liegender Spirale" wurden als Beispiele zur medizinischen Indikation genannt.

In mehr als der Hälfte der geschilderten Fälle zur **medizinisch-psychiatrischen Indikation** litt die Schwangere unter schweren - z.T. endogenen - **Depressionen** und war **stark suizidgefährdet**. Bei 9,3% der medizinisch-psychiatrischen Fallbeispiele war die Diagnose "Schizophrenie", und weitere 11,6% bezogen sich auf die Krankheitsbilder Epilepsie, Anorexia nervosa und starke Suchtkrankheiten (Alkohol und Drogen). Somit waren in mehr als 2/3 der geschilderten Fälle zur medizinisch-psychiatrischen Indikation **schwere psychiatrische Krankheitsbilder** als Indikationsgrund genannt. In weiteren Beispielen wurde angegeben, daß die Frau allgemein labil und psychisch überfordert gewesen oder daß die Schwangere wegen zu starker Unreife zu jung (14-17 Jahre) für ein Kind gewesen sei.

Die Mehrzahl (71,9%) der geschilderten Fälle zur **eugenischen Indikation** bezog sich auf **genetische Schädigungen** wie z.B. Down-Syndrom, Anecephalus, Morbus Hodgkin u.ä. 11,3% dieser Fälle betrafen **infektiöse Krankheiten in der Frühschwangerschaft**, meist Röteln. In 3,8% der Fälle hatte die Schwangere Medikamente eingenommen, die eine Schädigung der Frucht hätten verursachen können, und in 2,7% der Fälle war die Schwangere ionisierenden Strahlen ausgesetzt gewesen. 10,3% der Fallbeispiele zur eugenischen Indikation thematisierten nicht klar einzuordnende Fälle wie z.B. "familiäre Diabetes" oder "Frau alkoholabhängig".

Die Fallbeispiele zur **kriminologischen Indikation** thematisierten mit zwei Ausnahmen, bei denen es sich um den sexuellen Mißbrauch von Kindern handelte, den Tatbestand der **Vergewaltigung**.

Die geschilderten Fälle der **Notlagenindikation** gaben einen Einblick in die ganze Bandbreite denkbarer möglicher Fälle dieser Indikation. In der Regel beinhaltete jede Schilderung mehrere der üblicherweise erwähnten Kriterien wie "Geldmangel", "Wohnungsnot", "in der Ausbildung", "zerrüttete Partnerbeziehung" u.ä. Die folgenden **zufällig ausgesuchten Fallbeispiele** mögen einen Einblick in die geschilderten Situationen geben:



"21jährige Schülerin mit sehr bewegtem Schulverlauf, hat angeblich verhütet, Drogenszene, Freund stand nicht zum Mädchen und der Schwangerschaft, obwohl aus gutem wohlhabenden Elternhaus." (F 6)

"41 Jahre, vier Kinder, zweimal geschieden, Sozialhilfeempfängerin, wollte wieder arbeiten gehen." (F 13)

"Griechin, hatte drei Kinder, sie und ihr Mann sind arbeitslos." (F 46)

"Mädchen, 18 Jahre, unverheiratet, kurzfristige Bekanntschaft ohne Zukunft, Geschlechtskrankheit, seit zwei Monaten neue Arbeitsstelle nach längerer Arbeitslosigkeit." (F 82)

"Türkin, unverheiratet, ihr Leben ist bedroht vom Bruder." (F 111)

"Mutter mit sehr vielen Kindern, die sich gegen relativ brutalen Mann nicht wehren konnte." (F 130)

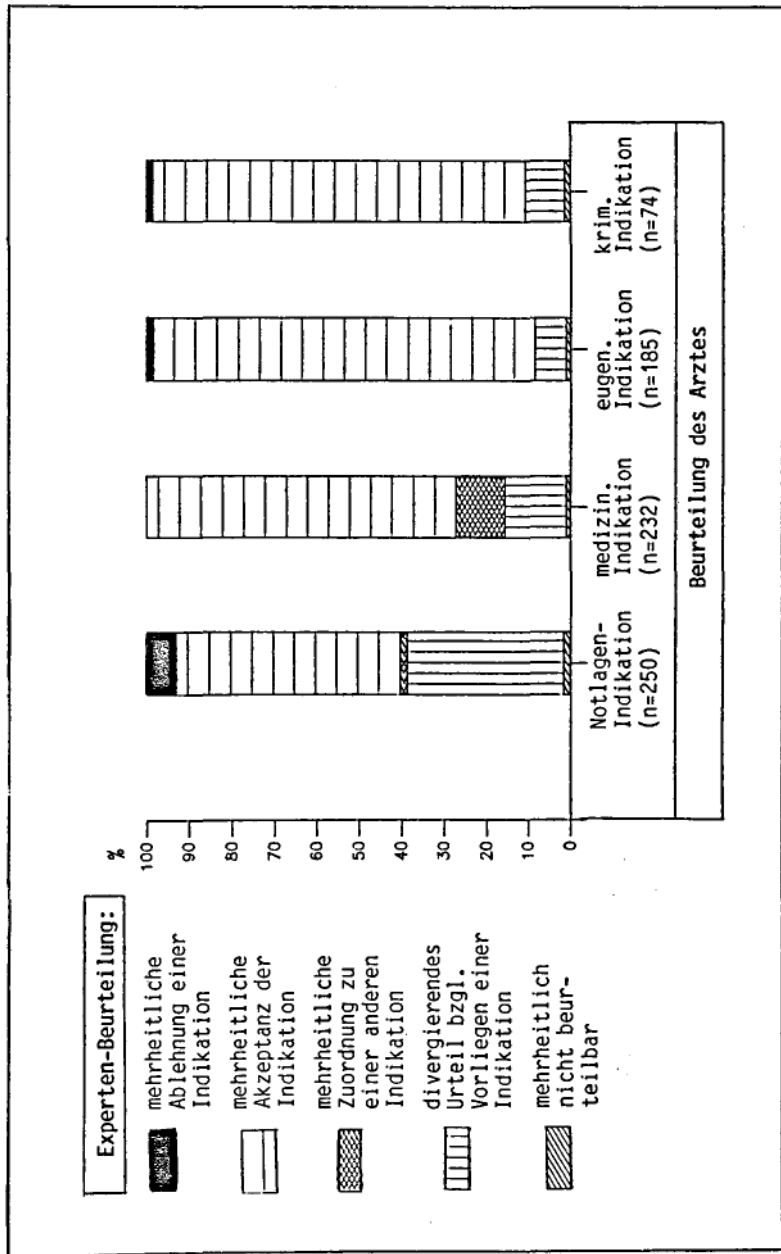
Da nahezu alle Fallbeispiele zur Notlagenindikation vielfältige und teilweise ganz seltene **Kombinationen von Gründen zum Schwangerschaftsabbruch** darstellten, war es nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, ob z.B. häufiger eine finanzielle Notlage oder eine zerrüttete Ehe ein Abbruchgrund waren. In der Regel wurden mehrere der klassischen Indikationsgründe genannt sowie die unterschiedlichsten individuellen Konstellationen und Kombinationen.

#### - Expertenbeurteilung der Fallbeispiele

Alle notierten Fallbeispiele wurden von vier voneinander unabhängigen **juristischen Experten** gelesen und anhand eines Beurteilungsbogens<sup>15</sup>) eingeordnet. Bei den Experten handelte es sich um vier wissenschaftlich tätige Juristen aus dem Max-Planck-Institut in Freiburg, die sich alle speziell mit dem Thema "§ 218 StGB und Schwangerschaftsabbruch" aus juristischer Sicht beschäftigt hatten. Bei der Auswahl der Experten wurde darauf geachtet, daß ein breites Spektrum möglicher Positionen zum Thema gegeben war. Die Experten mußten für jedes einzelne Fallbeispiel angeben, ob sie diesen Fall als Indikation zum Schwangerschaftsabbruch akzeptieren oder ablehnen würden bzw. unter welche andere Indikation sie den geschilderten Fall einordnen würden **oder** warum sie den Fall als nicht ausreichend für eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ansehen würden.

Das folgende Schaubild zeigt die **Beurteilung der Fallbeispiele durch juristische Experten**, differenziert nach den einzelnen Indikationsar-

Schaubild 16: Expertenbeurteilung der Indikationsbegründungen



ten. Die Prozentzahlen geben die mehrheitliche Meinung der Experten wieder, d.h. mindestens drei, wenn nicht sogar vier Experten teilten diese Auffassung.

Die stärkste Akzeptanz fanden die Fallbeispiele zur **eugenischen Indikation**: Sie wurden zu 90% von der Mehrheit der Experten in der angegebenen Form befürwortet. An zweiter Stelle standen die Fallbeispiele zur kriminologischen Indikation. Auch sie wurden fast zu 90% mehrheitlich akzeptiert. Unterschiedliche Beurteilungen gab es erst bei den Fällen der **medizinischen Indikation**, die nur in ca. 70% mehrheitliche Zustimmung fand. Medizinisch-somatische und medizinisch-psychiatrische Fallbeispiele unterschieden sich dabei nicht.

Erwartungsgemäß wurden die Fallbeispiele zur **Notlagenindikation** am wenigsten akzeptiert. Weniger als 7% der Fälle zur Notlagenindikation wurden von den juristischen Experten als Indikation zum Abbruch ganz abgelehnt. Bei mehr als 1/3 der Fälle gingen die Meinungen stark auseinander, und ca. die Hälfte der Fälle wurde in der geschilderten Form befürwortet. Offensichtlich kommt dem **individuellen Normverständnis** im Bereich der Notlagenindikation die größte Bedeutung zu. Was der eine Experte als Notlage anerkennt, wird vom zweiten abgelehnt, vom Dritten als nicht beurteilbar eingestuft und vom vierten einer anderen Indikation zugeordnet und umgekehrt.

Insgesamt wurde 176mal ein Fallbeispiel von den Experten einer **anderen** als der angegebenen **Indikationsart zugeordnet**. Die häufigsten Umordnungen bezogen sich auf die **eugenische Indikation**: 76,1% aller Umordnungen entfielen auf diesen Bereich. Es handelte sich dabei vor allem um Fälle, die von den Gynäkologen als medizinische Indikation angegeben worden waren. Insgesamt 18,8% der Umordnungen entfielen auf den Bereich der **medizinischen Indikation**. Es handelte sich dabei ausschließlich um Fälle, die von den Gynäkologen als Notlagenindikationen angegeben worden waren. Bei 3,4% der Umordnungen wurden Fälle, der **Notlagenindikation** zugeschrieben, die von den Gynäkologen dem Bereich der medizinischen Indikation zugeordnet worden waren.

Zusammenfassend läßt sich demnach festhalten, daß derjenige Bereich, in dem die **Expertenurteile am stärksten differierten**, der Bereich der allgemeinen **Notlagenindikation** ist. Nur die Hälfte aller angegebenen Beispiele zu diesem Indikationsbereich wurden mehrheitlich akzeptiert. Im Vergleich dazu wurden Beispiele zur eugenischen oder kriminologischen Indikation bis zu 90% mehrheitlich in der angegebenen Form akzeptiert. Bei der medizinischen Indikation ergab sich das Problem, daß viele der angegebenen Beispiele eher dem Bereich der eugenischen Indikation zuzuordnen waren. Allerdings wurde kein einziges Beispiel aus diesem Bereich grundsätzlich als Indikation zum Abbruch abgelehnt.

Nach Aussage der Experten ergab sich als **Grundproblem der Beurteilung**, daß in einer Vielzahl von Fällen, die stichwortartige Beschreibung der Situation nicht ausreichte, um sich ein genaues Bild des geschilderten Falles zu machen. Die Nicht-Beurteilbarkeit aufgrund ungenauer Kenntnis des Einzelfalles war insbesondere im Bereich der Notlagenindikation das Hauptproblem. Zusätzlich wurde geäußert, daß nicht nur eine genauere Kenntnis der Fakten, sondern auch der jeweiligen betroffenen Frau unerlässlich sei, denn was jeweils individuell "zumutbar" sei, könne ohne Kenntnis der jeweiligen Person nicht beurteilt werden. Alle Experten äußerten übereinstimmendes Unbehagen bezüglich dieser Art der Beurteilung ohne genauere Kenntnis der Situation. Dies deutet darauf hin, daß auch die Vorgabe exakterer Kriterien für den Bereich der Notlagenindikation aus dem **grundsätzlichen Dilemma der Beurteilung des Einzelfalles** nicht herausführen würde. Zudem muß noch einmal betont werden, daß die Vielfalt der Beurteilungsmaßstäbe bei den medizinischen Praktikern sicherlich genau so vertreten ist wie bei den juristischen Sachexperten. Allerdings erscheint es angesichts der Vielfalt menschlicher Schicksale und denkbarer Situationen fragwürdig, ob sich an diesem Sachverhalt grundsätzlich etwas ändern läßt bzw. ob dies überhaupt wünschenswert wäre.

### 3.6 Zusammenfassung

Zwar sind den Befragten, die - je nach Indikationsart unterschiedlichen - gesetzlich vorgesehenen Fristen zur Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs bekannt, doch weicht das **individuelle Normverständnis** der Gynäkologen in vielen Punkten davon ab. So würden z.B. bei einer medizinisch-psychiatrischen Indikation nur knapp die Hälfte der Befragten und bei einer medizinisch-somatischen Indikation ca. 2/3 einen Schwangerschaftsabbruch "immer" befürworten, obwohl das Gesetz in diesem Fall keine Frist vorsieht. Die übrigen Probanden würden auch in diesem Fall eine bestimmte Frist einhalten, d.h. eine **rigidere Haltung, als das Gesetz** vorschreibt, einnehmen.

Beim Vergleich mit einer 1977 durchgeführten Repräsentativbefragung gynäkologischer Chefärzte (RAHMSDORF 1980) zeigte sich, daß die Gynäkologen heute eine **rigidere Fristsetzung** bei der medizinischen Indikation vertreten **als vor 10 Jahren**.

Demgegenüber zeigten die Befragten bezüglich der **eugenischen Indikation** eine weitaus **offenere Haltung**: Knapp 1/3 der Gynäkologen würde einen Abbruch aus eugenischer Indikation auch noch über die gesetzlich vorgesehene Frist hinaus gutheißen, die übrigen im Rahmen der Frist. Allerdings wollen mehr als 2/3 der Befragten einen Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation von einem relativ **hohen Wahrscheinlichkeitsgrad** einer Schädigung abhängig machen.

Über die gesetzlichen Anforderungen hinaus würde auch ca. 1/4 der Befragten bei einer **kriminologischen** Indikation auf dem Vorliegen einer polizeilichen Anzeige oder der Bestätigung des Tatherganges durch die Polizei bestehen. Allerdings gründet die subjektive Norminterpretation in diesem Bereich weniger auf abweichenden Vorstellungen und Meinungen als vielmehr auf einer nur **ungenauen Normkenntnis**. 40% der Befragten erklärten, die gesetzlichen Anforderungen in diesem Falle nicht genau zu kennen.

Eine **Notlagenindikation** wird von 2/3 der Gynäkologen innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von 12 Wochen befürwortet. Jeweils 11% würden in diesem Falle bis über bzw. nur unter der vorgesehenen Frist einen Abbruch gutheißen, und 16% schließlich lehnen dies grundsätzlich ab. Ein Vergleich mit der Chefärztebefragung aus dem Jahre 1977 (RAHMSDORF 1980) zeigte, daß der Prozentsatz derjenigen, die einen Abbruch aus Notlagenindikation grundsätzlich ablehnen, damals doppelt so groß war wie in der vorliegenden Untersuchung.

**Unterschiede** zwischen den beiden Untersuchungen zeigten sich demnach vor allem bezüglich der **Akzeptanz der medizinisch-psychiatrischen und der Notlagenindikation**: Vor 10 Jahren wurde die Notlagenindikation rigider und die medizinisch-psychiatrische Indikation weiter gehandhabt. Es ist anzunehmen, daß kurz nach der Gesetzesreform noch größere Vorbehalte gegen die neue Indikationsart bestanden und viele Fälle, die früher der medizinisch-psychiatrischen Indikation zugeordnet wurden, heute in den Bereich der Notlagenindikation fallen.

**Nicht verändert** über die Jahre hat sich das ärztliche **Bewertungsmuster** hinsichtlich der Einstufung eines Sachverhalts als Notlagenindikation. Ein Vergleich der Bewertung von fünf **Modellfällen zur Notlagenindikation** in drei verschiedenen Ärztebefragungen, die eine Zeitspanne von insgesamt 13 Jahren umfaßten, ergab **dieselbe Rangfolge der Akzeptanz**. In allen Untersuchungen wurde der Fall "wenn die Ehe zerrüttet ist und die Familie schon mehrere Kinder hat" am häufigsten als soziale Notlage akzeptiert und die Begründung "wenn der Ehemann mit Scheidung droht" überwiegend abgelehnt. Unterschiede zeigten sich jedoch im Ausmaß der Akzeptanz. In den beiden Ärztebefragungen, die **kurz vor** (WILLE 1974) und **kurz nach der Reform** des § 218 durchgeführt wurden (RAHMSDORF 1980), wurden alle Modellfälle zur Notlagenindikation **stärker abgelehnt** als in der vorliegenden Untersuchung. Offenbar hat die grundsätzliche **Akzeptanz der Notlagenindikation** von seiten der Ärzte mit der Gesetzesneuregelung **zugenommen**, wogegen die inhaltlichen Dimensionen der ärztlichen **Norminterpretation unverändert bleiben**.

Die Beurteilung von erlebten **Fallbeispielen aus der Praxis der Gynäkologen** durch vier voneinander unabhängige juristische Experten verdeutlichte die **Problematik der Indikationsstellung** und die damit verbundene Bedeutung der **individuellen Norminterpretation**. Während fast alle Beispiele zur eugenischen und kriminologischen Indikation **übereinstimmend** von den Experten akzeptiert wurden, wurden ca. 70% der Fälle der medizinischen Indikation und ca. die Hälfte der geschilderten Notlagenindikationen mehrheitlich befürwortet. Nur knapp 7% der Beispiele zur Notlagenindikation wurden als Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich abgelehnt, und bei 1/3 dieser Fälle gingen die Meinungen stark auseinander.

Insbesondere bei der **Notlagenindikation** zeigte sich die **grundsätzliche Problematik der Beurteilung**: Fälle, die vom ersten Experten als Notlage anerkannt wurden, lehnte der zweite ab, während sie der dritte einer anderen Indikation zuordnete und der vierte als nicht beurteilbar einstufte. Entsprechend äußerten **alle** Experten großes **Unbehagen** bezüglich dieser Art der Beurteilung ohne genauere Kenntnis der Situation, insbesondere der jeweils betroffenen Frau. Denn die Frage der **individuellen Zumutbarkeit** könne ohne Kenntnis der Person nicht beurteilt werden. Fraglich bleibt, ob dadurch das grundsätzliche Dilemma gelöst wird. Vielmehr ist davon auszugehen, daß sich die in den Fallbeispielen angeklungene Vielfalt menschlicher Situationen und Schicksale auf der interpersonellen Ebene eher vergrößert als vermindert und in der Tat "kein Fall wie der andere ist", was eine eindeutige Kategorisierung unmöglich macht. Die gesammelten Fallbeispiele geben einen anschaulichen Eindruck von dieser Problematik. Sie können auszugsweise im Anhang nachgelesen werden.

### Anmerkungen zu V 3:

- 1) Zum Gesetzestext vgl. Kapitel II 1.1, S.10 sowie Anhang, S.260.
- 2) In der 1.-16. Schwangerschaftswoche ist eine sectio pava nicht erforderlich, so daß die übliche Technik der Saugkurettag angewendet werden kann.
- 3) Siehe Rahmsdorf 1980, S.35.
- 4) Zwar waren die von Rahmsdorf 1980 befragten Chefärzte ebenfalls Gynäkologen, doch wird im folgenden zur besseren Unterscheidung der beiden Befragungen immer mit "Chefärztebefragung" die Untersuchung von Rahmsdorf 1980 und mit "Gynäkologenbefragung" die vorliegende Arbeit bezeichnet.
- 5) Vgl. hierzu Rahmsdorf 1980, S.44.
- 6) 8,4% der 1986 befragten Gynäkologen waren Chefärzte. Dies entspricht ihrem Anteil in der Grundgesamtheit aller berufstätigen Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg. Vgl. hierzu Kapitel IV 3.2 sowie Tabelle 33, S.286 im Anhang.
- 7) Zum Gesetzestext vgl. Kapitel II 1.1, S.9 f.
- 8) Vgl. Anm.6.
- 9) Zu den gegenwärtig gebräuchlichen Verfahren vgl. Poettgen 1981, S.238. Als Wahrscheinlichkeitsgrenze, oberhalb derer die Zumutbarkeitsfrage zu stellen sei, werden in der Literatur Wahrscheinlichkeiten zwischen 10% und 65% angegeben. Vgl. hierzu die Übersicht bei Schrömbgens 1976, Fruchtschadensindikation, S.228 f.
- 10) Vgl. hierzu Kapitel II 1.1, S.10-13.
- 11) Siehe Anm.10.
- 12) Vgl. Kapitel V 1.2, S.142 f.
- 13) Vgl. Wille 1974, S.8.
- 14) Vgl. zufällig ausgewählte Fallbeispiele zu allen Indikationsbereichen im Anhang, S.267.
- 15) Siehe Anhang, S.285.



## 4. Sanktionswissen und Sanktionsrisiko

### 4.1 Gesetzliche Sanktionsdrohung

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, im Rahmen der §§ 218 ff. StGB mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, die je nach Zeitpunkt der Handlung oder Person des Handelnden differieren.<sup>1)</sup> Jeder Verfahrensabschnitt birgt unterschiedliche Möglichkeiten der Strafbarkeit aller am Verfahren beteiligten Personen. Einzig die Schwangere nimmt eine Sonderstellung ein, da ja u.a. ein wesentliches Ziel der Reform von 1976 darin lag, die schwangere Frau weitestgehend von den Strafbestimmungen auszuschließen.<sup>2)</sup> Dies gilt jedoch **nicht** für die am Verfahren beteiligten **Ärzte**, sei es in der Funktion des Sozialberaters, des medizinischen Beraters, des indikationsstellenden Arztes oder des abbrechenden Arztes.<sup>3)</sup> Sie können sich potentiell in jeder dieser Funktionen strafbar machen. Allerdings scheint das Wissen über dieses Sanktionsrisiko bezüglich der einzelnen Verfahrensabschnitte unterschiedlich vorhanden zu sein bzw. individuell verschieden gewichtet zu werden.

Nur 40,3% der Gynäkologen wußten, daß man sich bei der Durchführung einer **sozialen Beratung** nach § 218b StGB strafbar machen kann. Entsprechend war knapp die Hälfte der Befragten (49,4%) der Ansicht, daß man sich im Rahmen dieses Verfahrensschrittes **nicht** strafbar machen könne. 10,3% gaben an, es nicht zu wissen.

Als Möglichkeit der Gesetzesübertretung im Rahmen einer Sozialberatung nach § 218b wird vor allem die **oberflächliche und bewußt einseitige Beratung** gesehen. Verfahrensfehler bzw. die Nicht-Einhaltung der Fristen sowie die faktische Nicht-Durchführung wurden seltener genannt.

Die Möglichkeit, sich im Rahmen einer **medizinischen Beratung** nach § 218b StGB strafbar zu machen, wird von knapp der Hälfte der Gynäkologen gesehen (47%). Die übrigen sind der Ansicht, daß dies nicht möglich sei. Als wesentlichste Möglichkeit, im Rahmen einer

medizinischen Beratung mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, wird die **mangelnde Aufklärung durch den Arzt** sowie die bewußt einseitige bzw. **falsche Information** gesehen.

Wesentlich höher als bei der sozialen und medizinischen Beratung war das Wissen der Gynäkologen um die Möglichkeit, sich im Rahmen einer **Indikationsfeststellung** strafbar zu machen. 72,2% gaben sachlich richtig an, daß sich der Arzt im Rahmen einer Indikationsfeststellung strafbar machen könne. Nur ca. 1/4 (26,1%) war der Ansicht, daß sich der Arzt auch im Rahmen dieser Tätigkeit nicht strafbar machen könne. Als größter Gefahrenpunkt wurde die **Indikationsfeststellung wider besseres Wissen** genannt. Als weitere Möglichkeit, sich strafbar zu machen wurde auch die zu **oberflächliche** Indikationsvergewisserung erwähnt.

Am stärksten wurde von den Gynäkologen die Sanktionsgefahr im Zusammenhang mit der **Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen** wahrgenommen. 94,2% der Befragten waren der Ansicht, daß man sich dabei strafbar machen könne. Als Gefahren für den abbrechenden Arzt, sich strafbar zu machen, wurden folgende Punkte genannt:

- fehlende Indikationsvergewisserungen;
- Kunstfehler;
- Fristüberschreitungen;
- mangelhafte Aufklärung;
- Formfehler bzw. Verfahrensfehler.

Wie die folgende Tabelle zeigt, ist das **Wissen** der Gynäkologen **über die gesetzliche Strafandrohung** bezüglich der einzelnen Verfahrensschnitte auf dem Wege zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden:

Tabelle 26: Wissen um gesetzliche Strafandrohung differenziert nach Verfahrensabschnitt

Verfahrens- abschnitt:	Strafandrohung:			
	JA	NEIN	weiß nicht	Summe
Soziale Beratung	40,3 %	49,4 %	10,3 %	100 %
Medizinische Beratung	47,0 %	49,1 %	3,9 %	100 %
Indikationsfeststellung	72,2 %	26,1 %	1,7 %	100 %
Durchführung von Schwanger- schaftsabbrüchen	94,2 %	5,7 %	-	100 %

N= 406

Während bezüglich der sozialen und medizinischen Beratung nur knapp die Hälfte der Gynäkologen die gesetzliche Strafandrohung kennt, so steigert sich dies bei der Indikationsfeststellung auf 72,2% und bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen schließlich auf 94% der Befragten. Das Wissen über die Strafbarkeit nimmt offenbar zu, je näher die faktische Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs rückt. Erstaunlich erscheint, daß immer noch 5,7% der Gynäkologen selbst bei der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs keine juristische Sanktionsdrohung wahrnehmen.

Nicht auf das Wissen um eine mögliche Sanktionierung, sondern auf die **Wahrscheinlichkeit der Bestrafung**, das **Bestrafungsrisiko**, zielte eine weitere Frage zum Bereich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Die überwiegende Mehrheit der Gynäkologen (89,2%) schätzte die Wahrscheinlichkeit, wegen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs bestraft zu werden, als **eher gering** ein. Nur 5,2% hielten diese Wahrscheinlichkeit für eher hoch, 2,7% wußten es nicht so genau.<sup>4)</sup>

## 4.2 Informelle Sanktionsdrohung

Eine informelle Sanktionsdrohung von seiten der **Berufskollegen** im Zusammenhang mit der Indikationsfeststellung wurde nur von wenigen Gynäkologen gesehen. Die überwiegende Mehrheit bemerkte **kein** informelles Sanktionsrisiko von seiten der Berufskollegen, wenn ein Arzt Indikationen zum Abbruch feststellte: 75,6% gaben an, daß dies keine Auswirkungen auf den privaten bzw. informellen Kontakt unter Medizinnern habe. 9,4% meinten, daß man "eher schief angesehen" würde, 11,3% sagten "teils teils", und 1,5% wußten es nicht so genau.

Diese Einschätzung ändert sich allerdings, wenn nach der Durchführung von **Schwangerschaftsabbrüchen** gefragt wird. 39,2% der Gynäkologen gaben an, daß Ärzte, die Abbrüche durchführen, von Berufskollegen "eher schief" angesehen werden. 16,3% beantworteten die Frage mit "teils teils", und 41,9% waren der Ansicht, es habe keine Auswirkungen. 1,2% wußten die Frage nicht zu beantworten. Die folgende Tabelle zeigt einen **Vergleich** der Angaben bezüglich der **Indikationsfeststellung** und der **Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen**:

Tabelle 27: Wahrgenommene informelle Sanktionsdrohung bei Indikationsfeststellung und Schwangerschaftsabbruch

Art der Tätigkeit: Ärzte werden von Berufskollegen:	Indikationsfeststellung	Schwangerschaftsabbruch
eher schief angesehen	9,4%	39,2%
teils, teils	11,3%	16,3%
hat keine Auswirkungen	75,6%	41,9%
weiß nicht	1,5%	1,2%
keine Angaben	2,2%	1,4%
Summe	100,0%	100,0%

N = 406

Wenn man die Kategorie "teils teils" mit unter die wahrgenommene potentielle Sanktionsdrohung faßt, so ergibt sich, daß im Rahmen einer Indikationsfeststellung 20,7% der Gynäkologen eine informelle Ächtung konstatieren, während dies bezüglich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen von **mehr als der Hälfte** der Befragten wahrgenommen wird. Häufig wurde im Rahmen der Interviews ergänzend bzw. erläuternd von den Gynäkologen angegeben, daß sich die informelle Ächtung in diesem Zusammenhang besonders auf solche Kollegen richte, die **viele** Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Durchaus üblich bzw. akzeptiert im Kollegenkreise sei es jedoch, wenn ein Frauenarzt ab und an bei begründeter Indikation und möglichst nur bei eigenen Patientinnen einen Abbruch durchführen würde. Die informelle Sanktionierung durch Berufskollegen hänge im wesentlichen von der Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ab.

Ärzte, die selbst Abbrüche durchführten, waren weitaus häufiger der Ansicht, daß man wegen dieser Tätigkeit von Kollegen **nicht** "schief angesehen" würde, als Ärzte, die selbst keine Abbrüche vornahmen. Die folgende Tabelle zeigt die Unterschiede im einzelnen:

Tabelle 28: Bewertungsunterschiede bezüglich der informellen Sanktionsdrohung zwischen Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und solchen, die dies nicht tun

Ärzte werden von Berufskollegen:	Art der Tätigkeit:		führe keine Schwangerschaftsabbrüche durch	
	führe Schwangerschaftsabbrüche durch		abs.	%
eher schief angesehen	abs.	%	abs.	%
eher schief angesehen	43	26,2	116	47,9
teils, teils	24	14,6	42	17,4
hat keine Auswirkungen	95	58,0	75	30,9
weiß nicht	1	0,6	7	1,7
keine Angaben	1	0,6	5	2,1
Summe	164	100	242	100

N = 406

Die Unterschiede zwischen den Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen und denjenigen, die dies nicht tun, sind statistisch signifikant nach dem  $\chi^2$ -Test mit  $p < .001$ .

Knapp 2/3 der abbrechenden Ärzte waren der Ansicht, wegen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs **nicht** von Kollegen "schief angesehen" zu werden im Vergleich zu nur ca. 1/3 derjenigen, die selbst keine Abbrüche durchführten. Entsprechend war knapp die Hälfte der nicht abbrechenden Ärzte der Ansicht, in diesem Zusammenhang von Kollegen "schief angesehen" zu werden, im Vergleich zu nur 1/4 der abbrechenden Ärzte. Die Gruppenunterschiede sind statistisch hoch signifikant. Dieser auf bivariater Ebene festgestellte Trend verliert allerdings auf multivariater Ebene an Bedeutung. Hier zeigte es sich, daß anderen Faktoren weit stärkerer Einfluß dafür zukommt, ob ein Gynäkologe Schwangerschaftsabbrüche durchführt.<sup>5)</sup>

### 4.3 Zusammenfassung

Das **Wissen um eine gesetzliche Strafandrohung** der von uns befragten Ärztinnen und Ärzte war am ausgeprägtesten in bezug auf die Durchführung von **Schwangerschaftsabbrüchen**. 94% der Befragten wußten, daß man sich im Rahmen der Durchführung eines Abbruchs strafbar machen kann. Dennoch erstaunt, daß immerhin 6% der Befragten darüber nicht informiert waren. Knapp 3/4 der Gynäkologen wußten, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung strafbar machen kann, und nur 40% war die gesetzliche Sanktionsdrohung im Zusammenhang mit der vorgeschriebenen sozialen Beratung nach § 218b bekannt.

Das unterschiedlich vorhandene Wissen um die potentielle Strafbarkeit entspricht dem Ausmaß der **gesetzlichen Sanktionsdrohung**: Die schärfsten Sanktionen sehen die §§ 218 f. StGB für die ungesetzliche Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Indikationsfeststellung vor. Dennoch verwundert, daß das Wissen um die grundsätzliche Strafbarkeit nicht bei allen Befragten und nicht bezüglich aller Verfahrensabschnitte vorhanden war.

Eine **informelle Sanktionsdrohung** von seiten der Berufskollegen wird nur im Zusammenhang mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wahrgenommen. Ca. die Hälfte der Befragten erklärte, daß

man wegen der Durchführung von Abbrüchen von Kollegen zum Teil "schief angesehen" werde. Ärzte, die dieser Ansicht waren, führten **seltener Abbrüche** durch als Ärzte, die keine informelle Sanktionsdrohung in dieser Hinsicht wahrnahmen. Allerdings zeigte sich dieser Zusammenhang bei Einbeziehung weiterer möglicher Einflußfaktoren auf der Ebene multivariater Rechenoperationen als unbedeutend.

**Verhaltensrelevante Bedeutung** kam nur der wahrgenommenen **gesetzlichen Sanktionsdrohung** im Rahmen der Feststellung von **Notlagenindikationen** zu. Wie in Kapitel V 2.3 dargelegt, war das Wissen, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung strafbar machen kann, neben der Einstellung, der Art der Berufstätigkeit, dem Alter und der Religiosität ausschlaggebend dafür, ob ein Arzt Notlagenindikationen feststellte. Ärzte, die Notlagenindikationen stellten, wußten **nicht**, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung strafbar machen kann. Die gesetzliche Sanktionsdrohung hat demnach eine **abschreckende Wirkung** was das Festellen von Notlagenindikationen betrifft.

#### Anmerkungen zu V 4:

- 1) Vgl. hierzu Augstein/Koch 1985, S.198 f.
- 2) Vgl. Koch 1988, S.217.
- 3) Zum besonderen Sanktionsrisiko der Ärzte siehe Kapitel II 1.3.
- 4) Diese Einschätzung entspricht der bislang gängigen Praxis der Strafverfolgung. So ergab eine Analyse aller Ermittlungs- und Strafakten der Jahre 1976 bis 1982, daß von insgesamt 1.637 beschuldigten Personen nur 7,3% Fremdbtreiber waren. Über die Hälfte der Anklagen zielte auf die Schwangere. Vgl. Liebl u.a. 1986, S.10. Allerdings hat sich diese Praxis der Strafverfolgung, insbesondere was die Rolle des Arztes betrifft, verändert. Zwei publizistisch vielbeachtete Verfahren gegen Gynäkologen machten dies deutlich, vgl. Anm.21, S.65.
- 5) Siehe hierzu Kapitel V 2.4.



## 5. Professionelle Werte und biographische Ereignisse

Ausgehend von den Erkenntnissen der Berufssoziologie, deren zufolge gerade der Arztberuf in besonderem Maße identitätsprägende und verhaltensbestimmende Wirkung hat,<sup>1)</sup> nahmen Fragen zur **Bedeutung professioneller Wertorientierungen** einen wesentlichen Platz im Rahmen der Untersuchung ein. Zwei Fragen des Interviewleitfadens zielten auf den Stellenwert **persönlicher Erlebnisse** mit einem Schwangerschaftsabbruch.

### 5.1 Professionelle Wertorientierung

Die Annahme, daß der Umgang von Gynäkologen mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung von der **Zugehörigkeit** zu irgendeiner **beruflichen Organisation** beeinflußt werde, ließ sich im Rahmen unserer Untersuchung **nicht** bestätigen. Zwar gaben 83% der Befragten an, Mitglied in einer freiwilligen ärztlichen Berufsorganisation, wie z.B. dem Hartmann-Bund oder dem Marburger Bund, zu sein, doch war die Bandbreite der angegebenen Fachverbände immens, so daß sich keine eindeutigen Gruppierungen ausmachen ließen. Außerdem waren nahezu alle Befragten, die einem Fachverband angehörten, Mitglied in mehreren Berufsverbänden.

Auch der Versuch, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Mitgliedschaft in einer sonstigen **kulturellen oder politischen Organisation** und der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zu überprüfen, ließ sich mit unseren Daten nicht realisieren.<sup>2)</sup> Nur 2,7% der Befragten gaben an, Mitglied in einer außerberuflichen Organisation zu sein. Es steht daher zu vermuten, daß viele Probanden diese **Frage nicht wahrheitsgemäß beantwortet haben**. Aber auch die Angaben derjenigen, die die Mitgliedschaft in einer außerberuflichen Organisation bejahten, ließen sich aufgrund der ermittelten spezifischen Datenstruktur nicht weiter verwerten. Die genannten Organisationen umfassen ein riesiges Spektrum von gesellschaftlichen Verbänden aller Art: Sportvereine, Musikvereine, Naturschutzverbände u.ä. Politische Organisationen wurden nur sehr selten genannt, und kaum eine Organisation kann übereinstimmend

mehr als drei oder vier unserer Probanden als ihre Mitglieder aufweisen. Die meisten genannten Organisationen wurden nur einmal erwähnt, so daß eine weitere statistische Auswertung dieser Frage nicht als sinnvoll erschien. Ebenso verhielt es sich mit den Antworten auf die Frage: "Welche Fachzeitschriften lesen Sie?" Auch hier erwies sich aufgrund der Vielfalt der Nennungen eine weitere statistische Auswertung nicht als sinnvoll.

Besonderes Gewicht wurde im Rahmen unserer Untersuchung entsprechend der vorangegangenen theoretischen Annahmen der Frage nach dem **ärztlichen Selbstverständnis** beigemessen.<sup>3)</sup> Dieses wurde in Anlehnung an eine frühere Untersuchung zu "Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität" (KAUPEN-HAAS 1969) ermittelt.<sup>4)</sup> Das ärztliche Selbstverständnis wurde dabei im wesentlichen durch drei Fragen ermittelt, die auf die "wichtigste Eigenschaft für den Beruf des Arztes", die "angemessenste Entschädigung im Arztberuf" sowie die Angabe "vergleichbare Berufe" zielten.

Zunächst wurde den Gynäkologen die Frage gestellt, was ihrer Ansicht nach die **wichtigste Eigenschaft** für den Beruf des Arztes sei. Ebenso wie in der Untersuchung von KAUPEN-HAAS (1969), die 1968 durchgeführt wurde, wurden dazu vier Eigenschaften schriftlich vorgegeben, die von den Gynäkologen in eine Rangfolge gebracht werden sollten. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse bezüglich der "wichtigsten Eigenschaft" für die beiden Untersuchungen<sup>5)</sup> im **Vergleich:**

Tabelle 29: Vergleich der wichtigsten Eigenschaften im Arztberuf zwischen Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung

Wichtigste Eigenschaft im Arztberuf:	Art und Jahr der Umfrage	
	Ärztebefragung (1968) N = 223	Gynäkologenbefragung (1986) N = 406
besondere Fachkenntnisse, Wissen	29,6	31,3
Genauigkeit, Zuverlässigkeit	15,2	17,2
moralische Integrität	17,9	16,0
besondere Liebe zum Beruf	31,8	15,8
alle gleich	4,0	7,1
keine Angaben	1,5	12,6
SUMME	100,0	100,0

Die wichtigste Eigenschaft für den Arztberuf ist nach Meinung der Gynäkologen das **Fachwissen**. Ca. 1/3 unserer Befragten ist dieser Ansicht. Die restlichen drei der vier vorgegebenen Eigenschaften - "Genauigkeit", "moralische Integrität" und "besondere Liebe zum Beruf" - werden durchweg von nur ca. halb so vielen Probanden für die wichtigsten Eigenschaften im Arztberuf gehalten. Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden 18 Jahre auseinanderliegenden Untersuchungen besteht offensichtlich in der Bewertung der "**Liebe zum Beruf**". Diese wird von ca. 1/3 der niedergelassenen Ärzte im Jahre 1968 für die wichtigste Eigenschaft im Arztberuf gehalten, während nur halb so viele der Gynäkologen dieser Ansicht sind.

Faßt man die eher **sachbezogenen Eigenschaften** wie "besondere Fachkenntnisse" und "Genauigkeit, Zuverlässigkeit" sowie die eher emotional menschlichen Eigenschaften wie "moralische Integrität" und "besondere Liebe zum Beruf" zusammen, so zeigt sich folgendes Bild: In der Studie aus dem Jahre 1968 hielten 44,8% der Ärzte **sachliche** Eigenschaften für zentral und knapp die Hälfte **emotional menschliche** Eigenschaften. Demgegenüber wurden emotional menschliche

Eigenschaften nur von knapp 1/3 der Gynäkologen im Jahre 1986 für die wichtigste Eigenschaft im Arztberuf gehalten, und ca. die Hälfte dieser Befragten bevorzugte sachbezogene Werte.

Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der beiden Untersuchungen bezüglich der **angemessensten Entschädigung im Arztberuf**:

Tabelle 30: Vergleich der angemessensten Entschädigung im Arztberuf zwischen Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung

Art und Jahr der Umfrage Ange- messenste Entschädigung im Arztberuf:	Ärztebe- fragung (1968) N = 223	Gynäkolo- genbefra- gung (1986) N = 406
Erfüllung, persönliche Befriedigung	28,7	35,3
sachliche Anerkennung der Leistung	24,2	24,6
Dankbarkeit, Vertrauen	32,7	20,9
Prestige, Einkommen	11,2	5,4
alle gleich	0,9	1,2
keine Angaben	2,3	12,6
SUMME	100,0	100,0

Ein gutes Drittel der Gynäkologen hält "Erfüllung" und "persönliche Befriedigung" für die angemessenste Entschädigung im Arztberuf. 1/4 setzt die "sachliche Anerkennung der Leistung" auf den ersten Platz, und 1/5 hält "Dankbarkeit" und "Vertrauen der Patienten" für die wichtigste Entschädigung im Arztberuf. Nur 5,4% nannten "Einkommen" und "Prestige" als wichtigsten Punkt.

Die Frage nach der **angemessensten Entschädigung** im Arztberuf wurde im Jahre 1968 **relativ ähnlich** beantwortet wie im Jahre 1986. Zwar wurde in der früheren Studie "Dankbarkeit und Vertrauen der Patienten" etwas häufiger genannt als "Erfüllung und Befriedigung", doch zeigen sich im grundsätzlichen Verhältnis von sachbezogenen Werten zu eher menschlich individueller Befriedigung kaum Unterschiede: Faßt man die Kategorien "sachliche Anerkennung der

Leistung" und "Prestige, Einkommen" zusammen und vergleicht die resultierenden Häufigkeiten mit der Summe der eher menschlich persönlich orientierten Kategorien "Dankbarkeit und Vertrauen der Patienten" und "Erfüllung, persönliche Befriedigung", so ergibt sich für die Gynäkologenbefragung ein Verhältnis von ca. 1/3 **sachlichen** zu knapp 2/3 **persönlich menschlichen** Präferenzen. Dies entspricht den Ergebnissen der früheren Studie.

Die dritte Frage, die sich mit dem ärztlichen Selbstverständnis beschäftigte, handelte von der Arzttätigkeit **vergleichbaren Berufen**. Den Probanden wurde eine Liste mit insgesamt 7 Berufsgruppen vorgelegt, und sie wurden gebeten, diejenige Berufsgruppe anzukreuzen, die ihrer Ansicht nach dem "Wesen der Arzttätigkeit" am nächsten käme. Die folgende Tabelle zeigt wiederum einen **Vergleich** der Ergebnisse zwischen Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung.

Tabelle 31: Mit der Arzttätigkeit vergleichbare Berufe in Ärztebefragung und Gynäkologenbefragung

Art und Jahr der Umfrage Mit der Arzttätigkeit vergleichbare Berufe:	Ärztebefragung	Gynäkologenbefragung
	1968 N = 223	1986 N = 406
Architekt, Ingenieur	5,8	6,2
Manager, Wirtschaftsführer	0,4	0,7
Richter	2,7	5,2
Pädagoge, Pfarrer	61,9	51,5
Dichter, Schriftsteller, Künstler	15,2	5,9
Kaufmann, Geschäftsmann	0,4	1,2
"technischer" Berater, Sachverständiger	9,8	15,3
keine Angaben	3,8	14,0
<b>SUMME</b>	100,0	100,0

Ähnlich wie die von uns befragten Gynäkologen waren auch die niedergelassenen Ärzte vor 20 Jahren überwiegend der Ansicht, daß der Beruf des Arztes am ehesten mit der Tätigkeit von **Pädagogen** oder **Pfarrern** vergleichbar sei. Knapp 2/3 der niedergelassenen Ärzte und ca. die Hälfte der Gynäkologen gaben diese Antwort. Während bei der Gynäkologenbefragung aus dem Jahre 1986 die zweithäufigste Antwort dem "**technischen Sachexperten**" galt (15,3%), lag die zweithäufigste Nennung im Jahre 1968 erstaunlicherweise bei den **künstlerischen Berufen** (15,2%). Nur 9,8% der niedergelassenen Ärzte verglichen den Arztberuf mit dem eines technischen Sachexperten.

Die aufgeführten **Berufsgruppen** lassen sich wiederum in **zwei Richtungen** einteilen: zum einen in eher technische, **sach- und leistungsbezogene Berufe** und zum anderen in Berufe, mit denen traditionellerweise bestimmte **humanistische Ansprüche** und Ideale verbunden werden. In die erste Gruppierung gehören neben dem technischen Sachexperten auch der Architekt, Ingenieur, der Manager und Wirtschaftsführer sowie der Kaufmann und Geschäftsmann. Zur zweiten Gruppierung zählen neben dem Pfarrer und Pädagogen, die künstlerischen Berufe und der Richter. Grob vereinfacht unterscheiden wir somit eine **technokratische** und eine **geisteswissenschaftliche Orientierung**. In der Gynäkologenbefragung zählen nach diesem Muster ca. 2/3 der Probanden den Arztberuf zur humanistisch-geisteswissenschaftlichen Richtung und ca. 1/4 zählt ihn zur technokratischen Gruppierung. In der Studie aus dem Jahre 1968 beträgt dieses Verhältnis 79,8% zu 16,4%. Offensichtlich spielte **vor 20 Jahren** die Orientierung an einem **humanistischen Arztideal** eine weitaus **größere Rolle**, als dies bei den Gynäkologen im Jahre 1986 der Fall ist.

Statistische Überprüfungen im Rahmen der Gynäkologenbefragung ergaben **keine** signifikanten Unterschiede bezüglich der Beantwortung der Frage nach dem Wesen der Arzttätigkeit zwischen niedergelassenen und klinisch arbeitenden Gynäkologen. Wir können daher davon ausgehen, daß die unterschiedlichen Antworttendenzen in keinem Zusammenhang mit der Tatsache stehen, daß in der

Gynäkologenbefragung im Gegensatz zur früheren Studie nicht ausschließlich niedergelassene Ärzte, sondern auch angestellte Klinikärzte erfaßt wurden. Nicht kontrolliert werden kann die Tatsache, daß in der Studie von KAUPEN-HAAS (1969) Ärzte aller Fachrichtungen erfaßt wurden. Es ist jedoch anzunehmen, daß dem **großen zeitlichen Abstand** zwischen den beiden Untersuchungen und dem darin vollzogenen Wandel - nicht nur des Gesundheitswesens - wesentlicher Erklärungswert für die konstatierten Unterschiede zukommt. Als weiterhin einschränkend muß angemerkt werden, daß in der Gynäkologenbefragung bezüglich des Themenkomplexes "ärztliches Selbstverständnis" durchgängig eine **relativ hohe Verweigerungsquote** bestand (12%-14%). Diese Probanden waren der Ansicht, daß sich der Beruf des Arztes mit nichts vergleichen ließe.<sup>6)</sup>

**Grundsätzliche Konflikte** zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der **ärztlichen Berufsethik** sahen 2/3 der Befragten (63,1%). 36,2% der Gynäkologen konnten keine diesbezüglichen Konflikte wahrnehmen. Die Probleme mit der Berufsethik wurden fast ausnahmslos wie folgt charakterisiert:

"Der Arzt soll Leben schützen, nicht töten."

## 5.2 Persönliche Erfahrungen

Knapp 2/3 der Gynäkologen (57,4%) gaben an, daß u.a. auch persönliche Erfahrungen ihre allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch geprägt hätten. 42,1% verneinten dies. Auf die Nachfrage an diejenigen, bei denen **persönliche Erlebnisse** eine Rolle gespielt hatten, um welche Erfahrungen es sich dabei gehandelt hätte, wurden folgende Angaben gemacht:

Tabelle 32: Prägende persönliche Erlebnisse

	abs.	%
selbst durchgeführte Abbrüche	42	18,0
Tod einer Frau nach Laienabbruch	21	9,0
private Erlebnisse	102	43,8
erlebte Fallgeschichte einer Patientin	35	15,2
Sonstiges	30	12,9
keine Angaben	3	1,3
SUMME	233	100,0

43,8% der Gynäkologen, bei denen persönliche Erfahrungen eine Bedeutung hatten, gaben nur an, daß es sich dabei um **"private"** Erlebnisse gehandelt hätte. 18% berichteten von Eindrücken, die **selbst durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche** hinterlassen hatten. 15,2% gaben an, daß sie die selbsterlebte **Fallgeschichte einer Patientin** diesbezüglich beeinflusst hätte, und 9% sprachen gar vom miterlebten **Tod einer Frau** nach einem **Laienabbruch**. 12,9% der Gynäkologen aus dieser Gruppe machten die verschiedensten Angaben, wie z.B. "ich bin Pazifist" oder "ein Aufenthalt in Afrika hat mich diesbezüglich geprägt" u.ä. Die berichteten Erlebnisse aus dem Privatbereich bezogen sich neben familiären Ereignissen und Hinweisen auf eigene Kinder, häufig auch auf **autobiographische Aspekte** wie z.B. "ich bin selbst ein unerwünschtes Kind".

Entgegen ursprünglicher Annahmen kam der Tatsache, ob ein Gynäkologe prägende persönliche Erlebnisse in Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch hatte, auf multivariater Ebene in **keinem Bereich** einstellungs- oder verhaltensbeeinflussende **Wirkung** zu.



### 5.3 Zusammenfassung

Als **wesentliche Eigenschaften** für den Arztberuf sehen die Befragten **sachbezogene Fähigkeiten** wie "besondere Fachkenntnisse" sowie "Genauigkeit und Zuverlässigkeit". Die **wesentliche Entschädigung** im Arztberuf ist jedoch für 2/3 der Befragten auf der **persönlich-menschlichen Ebene** angesiedelt. Sie stellen "Dankbarkeit und Vertrauen der Patienten" sowie die "persönliche Erfüllung und Befriedigung" in den Vordergrund im Gegensatz zu ca. 1/3 der Befragten, für die die "sachliche Anerkennung der Leistung" sowie "Prestige und Einkommen" Vorrang hat.

Ein **Vergleich** mit einer **Befragung** niedergelassener Ärzte, die **vor 20 Jahren** durchgeführt wurde, ergab, daß sich die Gynäkologen nur bezüglich ihrer Einschätzung der **wichtigsten Eigenschaft** im Arztberuf von den früher Befragten unterscheiden. Während 1968 jeweils ca. die Hälfte der Ärzte sachlich bzw. emotional-menschliche Eigenschaften als zentral für den Arztberuf ansah, wurde **1986 mehrheitlich** der **sachlichen Orientierung** der Vorrang gegeben.

Ähnliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungen zeigten sich bei der Frage, welche Berufe am ehesten mit der Tätigkeit des Arztes verglichen werden könnten. Einig war sich in beiden Befragungen die Mehrzahl der Ärzte darüber, daß die **Tätigkeit des Arztes** am ehesten mit der Arbeit eines **Pfarrers** oder **Pädagogen** vergleichbar sei. Unterschiede zeigten sich jedoch bezüglich der Mehrheitsverhältnisse: Während 1968 noch ca. 80% den Arztberuf zur Gruppe der humanistisch orientierten Professionen zählen und nur knapp 20% zu den **"technischen Sachexperten"**, so beträgt dieses Verhältnis 1986 ca. 2/3 : 1/4 der Gynäkologen. Offenbar hat die eher sach- und leistungsbezogene Vorstellung vom Arztberuf in der Zwischenzeit auf Kosten des **humanistischen Arztideals** an Wichtigkeit gewonnen, allerdings kommt letzterem nach wie vor **die größte Bedeutung** für das ärztliche Selbstverständnis zu.

Grundsätzliche **Konflikte** zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik sehen 2/3 der

Gynäkologen. Insbesondere der professionelle Auftrag, "Leben zu schützen" wird in diesem Zusammenhang als problematisch empfunden.

**Prägende persönliche Erlebnisse** im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch hatten knapp 2/3 der befragten Gynäkologen. Neben Ereignissen im privaten Bereich wurden Erfahrungen bei der Durchführung von Abbrüchen sowie miterlebte Fallgeschichten von Patientinnen bis hin zum "Tod einer Frau nach Laienabbruch" geschildert. Entgegen ursprünglicher Annahmen kam dieser Variable in **keinerlei** Hinsicht statistische Bedeutung zu.

## Anmerkungen zu V 5:

- 1) Vgl. Kapitel III 1.2.
- 2) Allerdings ergab die Bevölkerungsbefragung von Zundel u.a. (1982), daß die normative Kraft von Parteien im Zusammenhang mit der Bewertung eines Schwangerschaftsabbruchs eher gering ist. Vgl. ebenda, S.236.
- 3) Siehe die Entwicklung der Untersuchungshypothesen Kapitel III 4.
- 4) Die Untersuchung wurde 1968 in Freiburg und Umgebung durchgeführt und erfaßte alle in der Kartei der Ärztekammer Freiburg registrierten niedergelassenen Ärzte.
- 5) Vgl. Beiblatt 5-7, S.284/285 im Anhang.
- 6) Die Untersuchung von Kaupen-Haas (1969) wird im folgenden zwecks sofortiger Zuordnung und Verständlichkeit immer als "Ärztebefragung" im Unterschied zur vorliegenden "Gynäkologienbefragung" bezeichnet, obzwar Gynäkologen zweifelsohne ebenfalls unter die Oberkategorien "Ärzte" fallen.
- 7) Der Versuch, aus den drei Fragen zum ärztlichen Selbstverständnis einen Index zu bilden, bezüglich einer eher technokratisch sachlich oder humanistisch emotionalen professionellen Orientierung im Arztberuf, ließ sich wegen der hohen Ausfälle in diesem Fragenbereich nicht verwirklichen. Bei den Rechenoperationen, die das ärztliche Selbstverständnis bzw. die diesbezügliche professionelle Wertorientierung als zu erklärende Variable erfassen, wurden die drei Variablen "wichtigste Eigenschaft", "angemessenste Entschädigung" und "vergleichbarer Beruf" als dichotome Merkmale eingeführt, die jeweils eine Ausprägung technisch-sachlich versus emotional-menschlich hatten.

## 6. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden Fachärzte für Gynäkologie über ihren Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch und seiner gesetzlichen Regelung befragt. Die Befragung wurde 1986 durchgeführt und bezog sich ausschließlich auf **berufstätige Gynäkologen aus den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg**, die sich hinsichtlich der Ausführungsbestimmungen und Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs unterscheiden. Insgesamt wurden **406 Personen** in einem teilstandardisierten Interview **mündlich befragt**. Im Gegensatz zu vergleichbaren früheren Untersuchungen wurden nicht nur klinisch arbeitende Gynäkologen, sondern auch **niedergelassene Frauenärzte**, die in ihrer Praxis maßgeblich mit Konfliktschwangerschaften befaßt sind, erfaßt. Ebenso wurden **erstmalig Gynäkologinnen** prozentual angemessen erfaßt.

Die Durchführung der Interviews wurde von speziell geschulten männlichen Interviewern übernommen. Der ausschließliche Einsatz männlicher Interviewer erschien insofern geboten, als die Befragungssituation möglichst nicht an die Interaktion zwischen schwangerer Frau und Indikations- oder Abbruchsarzt erinnern sollte, um die Ergebnisse nicht unnötig zu verzerren.

Statistische Überprüfungen ergaben, daß den vorliegenden Daten **repräsentative Bedeutung** zukommt.

### - Einstellung zum Gesetz: Problemschwerpunkt Notlagenindikation

Trotz vielfältiger Kritik am bestehenden Gesetz wird von seiten der **Ärzte mehrheitlich** eine gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs auf der Basis eines **Indikationenmodells** befürwortet. Nur knapp 1/3 der Befragten sprach sich für eine Fristenlösung aus und noch weniger, nämlich 9% wünschten ausdrücklich eine restriktivere Gesetzgebung, wie sie vor der Reform des § 218 StGB bestanden hat.

Die **ärztliche Kritik** an der bestehenden gesetzlichen Regelung bezog sich vor allem auf die Rolle des Arztes und den Bereich der

**Notlagenindikation.** Der Gesetzgeber habe die "Verantwortung auf die Ärzte abgewälzt" und die Notlage sei zu "ungenau definiert", so wurde häufig geklagt. Entsprechend gab mehr als die Hälfte der Befragten an, sie hätte große Vorbehalte gegen die Notlagenindikation bzw. sie würde diesen Bereich grundsätzlich ablehnen. Alle übrigen Indikationsarten werden übereinstimmend von fast allen Befragten (ca. 90%) akzeptiert. Nur knapp 43% der Gynäkologen akzeptierten die Notlagenindikation.

"Wenn die Ehe zerrüttet ist und die Familie schon mehrere Kinder hat" oder "wenn die werdende Mutter noch nicht 16 Jahre alt ist" waren die am stärksten akzeptierten **Modellfälle zur Notlagenindikation**. Dagegen wurde die Begründung "wenn der Ehemann mit Scheidung droht" überwiegend abgelehnt. Ein Vergleich mit zwei Ärztebefragungen, die kurz vor (WILLE 1974) und kurz nach der Reform des § 218 StGB (RAHMSDORF 1980) durchgeführt wurden, ergab, daß die inhaltlichen Vorstellungen von einer Notlagenindikation in allen Untersuchungen übereinstimmten. Allerdings wurden in den früheren Untersuchungen alle Modellfälle stärker abgelehnt. Demnach hat die grundsätzliche **Akzeptanz der Notlagenindikation** von ärztlicher Seite seit der Gesetzesreform **zugenommen**, wogegen das **Grundmuster der Norminterpretation unverändert** blieb.

#### - Einflußfaktoren der Akzeptanz und Feststellung von Notlagenindikationen

Als Einflußfaktoren für die **Akzeptanz** der Notlagenindikation erwiesen sich die allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, die Konfession und das Alter der Befragten sowie das Wissen um die potentielle Strafbarkeit einer Indikationsfeststellung. Gynäkologen mit akzeptierender Haltung zur Notlagenindikation hatten eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, waren evangelisch, eher jünger und wußten nicht, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung strafbar machen kann.

Ähnliche Einflußfaktoren ergaben sich für **ärztliches Verhalten** in diesem Bereich. Gynäkologen, die Notlagenindikationen feststellten,

vertraten eine liberale Grundhaltung zum Schwangerschaftsabbruch, arbeiteten als niedergelassene Frauenärzte, waren eher jünger und keine Kirchgänger und meinten, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung nicht strafbar machen könne. Da die Tätigkeit der Indikationsfeststellung in der Regel von niedergelassenen Frauenärzten ausgeübt wird, zeigten sich bei der Frage, ob ein Gynäkologe tatsächlich Notlagenindikationen feststellt, diesbezügliche Einflüsse, denen für die allgemeine Akzeptanz keine Bedeutung zukommt.

Bezüglich der übrigen ermittelten Einflußfaktoren ist eine bemerkenswerte **Übereinstimmung von Einstellung und Verhalten** zu konstatieren, was auf eine starke emotionale Besetzung dieser Thematik schließen läßt. Wenn man die Variable "Alter" im Sinne eines eher "konservativen" (weil älter) oder eher "liberaleren" (weil jünger) Weltbildes versteht, so können die ermittelten Einflußfaktoren überwiegend in den Bereich **allgemeiner Wertorientierungen** und Normsysteme eingeordnet werden. Ebenso bemerkenswert wie die starke Bedeutung allgemeiner normativer Orientierungen in diesem Bereich erscheint der Einfluß der wahrgenommenen **gesetzlichen Sanktionsdrohung**. Die Sanktionsnormen der §§ 218 f. StGB wirken im Zusammenhang mit einer Notlagenindikation sowohl im Sinne der **positiven** (normbildend) als auch der **negativen** (abschreckend) **Generalprävention** auf die Berufsgruppe der Ärzte.

- Individuelles Normverständnis und Anwendungsspielräume des Gesetzes

Das **individuelle Normverständnis** der Gynäkologen unterscheidet sich in einigen Punkten vom gesetzlich vorgesehenen Verfahren. Insbesondere bezüglich der **Fristsetzung** bei den verschiedenen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch haben die Ärzte zum Teil **differierende Vorstellungen**. So würde z.B. ca. die Hälfte der Befragten auch noch bei der medizinischen Indikation bestimmte Fristen einhalten, obwohl das Gesetz in diesem Falle keine vorschreibt. Andererseits gab 1/3 der Gynäkologen an, bei einer eugenischen Indikation "immer" einen Schwangerschaftsabbruch zu befürworten, obwohl in diesem Bereich

gesetzliche Fristen vorgesehen sind. Hinsichtlich der kriminologischen Indikation wurden aufgrund mangelnder **Normkenntnis** vielfach rigidere Anforderungen gestellt, als sie das Gesetz vorschreibt.

Auch bezüglich der **Notlagenindikation** wurden individuelle Fristsetzungen genannt, die über bzw. unter das gesetzliche Maß reichten. Ein Vergleich mit einer Befragung gynäkologischer Chefärzte aus dem Jahre 1977 (RAHMSDORF 1980) ergab Unterschiede bezüglich der Handhabung der medizinisch-psychiatrischen und der Notlagenindikation. Den Ergebnissen der früheren Studie zufolge wurde damals die medizinisch-psychiatrische Indikation weiter gehandhabt und die Notlagenindikation rigider, als dies in der vorliegenden Untersuchung der Fall war. Möglicherweise bestanden kurz nach der Gesetzesreform noch größere Vorbehalte gegen die neue Indikationsart, so daß Fälle, die heute in den Bereich der Notlagenindikation fallen, eher der medizinisch-psychiatrischen Indikation zugeordnet wurden.

Unterschiede in der Zuordnung zu einzelnen Indikationsarten ergaben sich auch bei der **Beurteilung von Fallbeispielen** aus der Praxis der Gynäkologen. Während nahezu alle berichteten Beispiele zur eugenischen und kriminologischen Indikation übereinstimmend von vier unabhängigen juristischen Experten in der vorliegenden Form akzeptiert wurden, ergaben sich bezüglich der medizinischen und der Notlagenindikation Uneinigigkeiten in der Zuordnung und der Akzeptanz. Dies verdeutlichte die **Interpretations- und Anwendungsspielräume des Gesetzes**, die sich offenbar auch aus juristischer Sicht besonders im Bereich der medizinisch-sozialen und der Notlagenindikation ergeben.

#### - Ärztliches Verhalten und Unterschiede nach Bundesländern

Die **ärztlichen Aufgaben** im Rahmen der Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs werden von den Befragten in **unterschiedlichem Ausmaß wahrgenommen**. Während die überwiegende Mehrzahl medizinische Beratungen durchführt und Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch stellt, führen 40% der Befragten auch Abbrüche

durch und nur knapp 13% soziale Beratungen nach § 218b StGB. Hessische Gynäkologen machen eher soziale Beratungen als baden-württembergische Frauenärzte. Möglicherweise zeigt sich hier ein Effekt der **unterschiedlichen Ausführungsbestimmungen** der beiden Bundesländer, die verschiedene Verfahren der Zulassung zum sozialen Berater nach § 218b StGB vorsehen. Während diese Aufgabe in Hessen in den Zuständigkeitsbereich der Landesärztekammer fällt, wird sie in Baden-Württemberg vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung ausgeübt.

Weitere **Länderunterschiede** zeigten sich bezüglich der **Herkunft der Patientinnen** zum Schwangerschaftsabbruch. Hessische Gynäkologen gaben weitaus häufiger an, daß ihre Patientinnen aus einem anderen Bundesland kämen, als dies bei baden-württembergischen Frauenärzten der Fall war. Es führten prozentual **nicht** mehr hessische Gynäkologen Abbrüche durch als ihre baden-württembergischen Kollegen. Es kann nur angenommen werden, daß erstere dies häufiger tun.

Ob ein Gynäkologe Schwangerschaftsabbrüche durchführt, wird vor allem durch die **faktische Möglichkeit, Abbrüche vorzunehmen**, beeinflußt, d.h. den Zugang zu Klinikbetten. Klinisch arbeitende Gynäkologen und niedergelassene Frauenärzte mit Belegbetten in Kliniken führten eher Abbrüche durch, wenn sie evangelisch und keine Kirchgänger waren und keine grundsätzlichen Konflikte zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik sahen. Neben der konkreten Möglichkeit, Abbrüche durchzuführen, beeinflussten somit **religiöse und professionelle Wertorientierungen** das ärztliche Verhalten.

#### - Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

Während der allgemeinen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zentrale Bedeutung für die Akzeptanz und tatsächliche Feststellung einer Notlagenindikation zukam, ließ sich diesbezüglich **kein** Einfluß auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nachweisen. Allerdings beeinflussten **dieselben Wertsysteme Einstellung und Verhalten** in diesem Zusammenhang.



Ein Gynäkologe nahm eine **ablehnende Haltung** zum Schwangerschaftsabbruch ein, wenn er diesbezüglich grundsätzliche Konflikte mit der ärztlichen Berufsethik empfand, einer Konfession angehörte und eher älter war. Umgekehrt vertraten jüngere Frauenärzte, die keiner Konfession angehörten und keine diesbezüglichen berufsethischen Konflikte sahen, eine **liberale Einstellung** zum Schwangerschaftsabbruch. Insgesamt waren jeweils 2/5 der Befragten der Ansicht, daß ein Schwangerschaftsabbruch als Tötung menschlichen Lebens abzulehnen sei bzw. zwar Tötung sei, aber als Notlösung gerechtfertigt sein könne, während 1/5 der Gynäkologen für ein Selbstbestimmungsrecht der Frau plädierte.

#### - Professioneller Normkonflikt und persönliche Erlebnisse

Grundsätzliche **Konflikte** zwischen der **ärztlichen Berufsethik** und dem Schwangerschaftsabbruch empfanden 2/3 der Gynäkologen. Insbesondere der professionelle ärztliche Auftrag, "Leben zu schützen", wurde als konflikthaft erlebt. Entsprechend gab die Mehrzahl der Ärzte an, daß sie eine Indikationsfeststellung bzw. die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs als **belastend** empfinden würden, weil es dabei "um die Tötung menschlichen Lebens" ginge.

Über **prägende persönliche Erlebnisse** im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch berichteten 2/3 der Gynäkologen. Neben miterlebten Fallgeschichten von Patientinnen (mehrmals sogar der Tod einer Frau nach Laienabbruch) wurden eigene Erfahrungen bei der Durchführung eines Abbruchs sowie private Erlebnisse und biographische Aspekte ("ich bin selbst ein unerwünschtes Kind") geschildert. Überraschenderweise kam dieser Variable keine statistische Bedeutung zu. Entgegen ursprünglicher Annahmen ließ sich auch **kein geschlechtsspezifischer Einfluß** nachweisen. Zwar stellten Gynäkologinnen etwas häufiger Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch als Gynäkologen, während umgekehrt Männer häufiger Abbrüche durchführten als Frauen, doch kam diesem Umstand keine statistisch relevante Bedeutung zu. Vielmehr erklärten sich die gefundenen Unterschiede aus der Tatsache, daß Frauen häufiger als niedergelassene Gynäkologinnen arbeiteten und Männer häufiger Kliniker waren.

## VI DISKUSSION DER ERGEBNISSE

### 1. Diskussion der Untersuchungshypothesen

Im folgenden werden die in Kapitel III 4 entwickelten Untersuchungshypothesen anhand der vorliegenden Ergebnisse bewertet. Neben jeweils spezifischen Annahmen für die Bereiche "Einstellung" und "Verhalten" wurde im Rahmen der Untersuchung davon ausgegangen, daß **Alter, Geschlecht, Konfession und soziogeographische Herkunft als soziodemographische Variablen auf alle Bereiche wirken (Hypothese C).**

#### - Hypothesen zur ärztlichen Einstellung

A) Die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird vor allem durch die Werte und Normen der sozialen Bezugsgruppe geprägt.

1. Wesentliche soziale Bezugsgruppe der Ärzteschaft ist die eigene Berufsgruppe mit ihren spezifischen professionellen Werten.
2. Im professionellen ärztlichen Selbstverständnis kommt dem Auftrag, Leben zu schützen, besondere Bedeutung zu. Dieser Auftrag wird von Ärzten im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch als konflikthaft erlebt.
3. Art und Ausmaß dieses Konflikts sind bei den einzelnen gesetzlich vorgegebenen Indikationen unterschiedlich. Am stärksten mit Konflikten beladen ist für Ärzte die allgemeine Notlagenindikation.

Den vorliegenden Ergebnissen zufolge wird die ärztliche **Einstellung** zum Schwangerschaftsabbruch neben der Orientierung an professionellen Werten durch die Faktoren Alter und religiöse Bindung beeinflusst. Dabei kommt insbesondere der Frage, ob ein Gynäkologe grundsätzliche Konflikte zwischen der Durchführung eines Schwanger-

schaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik wahrnimmt, Bedeutung zu. Wir können demnach die untersuchungsleitende Annahme, daß die wesentliche soziale Bezugsgruppe der Ärzte die eigene Profession sei, dahingehend konkretisieren, daß die ärztliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch vor allem davon abhängt, **ob der Arzt einen Konflikt zwischen den Werten und Normen seiner Profession und der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sieht.**

Bestätigt werden kann auch die weitere untersuchungsleitende Annahme, daß der **professionelle ärztliche Auftrag**, Leben zu schützen, im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch von Ärzten als **konflikthaft** erlebt wird. 2/3 der Befragten empfanden diesen Konflikt. Die Aussage muß demnach dahingehend relativiert werden, daß die **Mehrzahl der Ärzte einen Konflikt** zwischen dem ärztlichen Auftrag, Leben zu schützen, und der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sieht. Am stärksten wird dieser Konflikt im Zusammenhang mit einer Notlagenindikation wahrgenommen. Nur knapp 1/3 der Ärzte, die berufsethische Konflikte empfinden, akzeptiert die Notlagenindikation, während sie mit den übrigen Indikationsarten keine Akzeptanzprobleme haben.

Die hypothetischen Annahmen bezüglich des Einflusses soziodemographischer und soziogeographischer Variablen ließen sich für die Faktoren **Alter** und **Religionszugehörigkeit** bestätigen: Ältere, konfessionell gebundene Gynäkologen nehmen eher eine ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch ein als junge Gynäkologen ohne Konfessionszugehörigkeit. Soziogeographischen Faktoren wie z.B. der Wohnortgröße und der regionalen Herkunft kam in diesem Zusammenhang keine Bedeutung zu. Ebenso soll hervorgehoben werden, daß **keine geschlechtsspezifischen Unterschiede** bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch festgestellt werden konnten. Auch **niedergelassene** und **klinisch arbeitende** Gynäkologen unterschieden sich **nicht** in ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

Bezüglich der Einflußfaktoren Alter und Konfessionszugehörigkeit korrespondieren die vorliegenden Ergebnisse mit den Daten der Ärztebefragungen von WILLE (1974) und RAHMSDORF (1980) insofern, als in beiden Untersuchungen die Variablen Alter und Konfessionsart von Bedeutung für die ärztliche Einstellung waren. Allerdings gehen unsere Daten über die damaligen Ergebnisse hinaus, da **erstmalig** die Bedeutung der **professionellen Wertorientierungen** in diesem Zusammenhang untersucht wurde.

Im Gegensatz zu Befragungen, die die gesamte Bevölkerung einschlossen (ZUNDEL u.a. 1982), konnte für die Untersuchungsgruppe "Fachärzte für Gynäkologie" weder ein geschlechtsspezifischer noch ein soziogeographischer Einfluß auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch festgestellt werden. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen der vorliegenden Ärztebefragungen vor und nach der Reform des Gesetzes (WILLE 1974, RAHMSDORF 1980), die ebenfalls keine diesbezüglichen Zusammenhänge feststellen konnten. Es scheint demnach eine **Besonderheit der Untersuchungsgruppe "Ärzte"** zu sein, daß sich - im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung - soziogeographische Faktoren wie Wohnortgröße und Bundesland sowie das Geschlecht der Befragten nicht auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch auswirken. Vielmehr muß davon ausgegangen werden, daß speziell bei der **Profession der Ärzte berufsspezifische Werte und Normen** eine wesentliche Rolle in diesem Zusammenhang spielen. Auch darf nicht vergessen werden, daß Ärzte als Untersuchungsgruppe im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung über ein identisches Bildungs- und Ausbildungsniveau verfügen, so daß auch diesbezüglichen Einflußfaktoren keine Bedeutung zukommt.

**Übergreifende Einflußfaktoren** für die **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** sowohl in Befragungen der Gesamtbevölkerung als auch in Ärztebefragungen sind das **Alter** der Befragten sowie die **religiöse Bindung**. Hervorzuheben ist, daß im Falle der akademischen Profession der Ärzte die Berufsrolle bzw. die berufliche Identifikation den Einfluß geschlechtsspezifischer Rollen und Einstellungsmuster übertrifft bzw. ausschaltet.

- Hypothesen zum ärztlichen Verhalten

B) Das faktische Verhalten des Arztes ist abhängig vom Ausmaß der wahrgenommenen Sanktionsdrohung und den professionellen Arbeitsbedingungen.

1. Es gibt zwei Ebenen der Sanktionierung für das ärztliche Verhalten: die staatliche Strafe und die informelle Sanktionierung durch die soziale Bezugsgruppe. Der informellen Sanktionsdrohung kommt größere Verhaltensrelevanz zu.
2. Die wichtigste soziale Bezugsgruppe des Arztes ist die Profession. Die vom Arzt wahrgenommene informelle Sanktionsdrohung ist daher die potentielle Stigmatisierung durch Berufskollegen.
3. Ob ein Arzt Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch feststellt oder Abbrüche durchführt, wird davon beeinflusst, ob er in einer Klinik arbeitet oder als niedergelassener Arzt tätig ist.

Zentrale Bedeutung für die Indikationsfeststellung und die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen kommt den **professionellen Arbeitsbedingungen** zu. Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch werden vorwiegend von niedergelassenen Frauenärzten gestellt, während Schwangerschaftsabbrüche von klinisch arbeitenden Gynäkologen und niedergelassenen Ärzten mit Belegbetten in Kliniken durchgeführt werden. Zusätzliche Einflußfaktoren für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen sind **Konfessionsart** und **Alter** sowie diesbezügliche **berufsethische Konflikte**. Katholische, ältere Gynäkologen, die grundsätzliche Konflikte zwischen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs und der ärztlichen Berufsethik sehen, führen - auch wenn sie Zugang zu Klinikbetten haben - eher keine Schwangerschaftsabbrüche durch. Umgekehrt ist die Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch größer, wenn ein klinisch arbeitender Gynäkologe evangelisch und jung ist und keine berufsethischen Konflikte empfindet. Somit kann **Hypothese B** in

Hinsicht auf die Bedeutung der professionellen Arbeitsbedingungen wie des Ausmaßes ethischer Bedenken **bestätigt werden**.

**Nicht bestätigt werden** konnte jedoch die Annahme, daß die wahrgenommene **Sanktionsdrohung** - formeller oder informeller Art - Einfluß auf die Bereitschaft eines Gynäkologen, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, hat. Zwar wußten nahezu alle Befragten, daß man sich bei der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs strafbar machen kann, doch kam diesem Wissen keine Verhaltensrelevanz zu. Nicht bestätigt wurde auch die ursprüngliche Annahme, daß der potentiellen informellen Sanktionierung und Stigmatisierung durch Berufskollegen größere Verhaltensrelevanz zukäme. Zwar gaben ca. die Hälfte der Befragten an, daß man von Kollegen wegen der Durchführung von Abbrüchen zum Teil "schief angesehen" würde, doch hatte dies keinen Einfluß auf die Frage, ob ein Gynäkologe Abbrüche durchführt.

Die ermittelten Einflußfaktoren für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen korrespondieren mit einer amerikanischen Untersuchung (WEISMAN u.a. 1986), die sich ebenfalls auf die Berufsgruppe der Gynäkologen bezog und deren Ergebnisse erkenntnisleitend für die Formulierung der Untersuchungshypothesen waren. Aus der Bundesrepublik liegen bislang keine Studien vor, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigt haben.

Ebenso wie im Zusammenhang mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ließen sich auch für das diesbezügliche **Verhalten** keine geschlechtsspezifischen oder soziogeographischen Einflüsse nachweisen. Die als **Hypothese C** formulierte Annahme, daß soziodemographische und soziogeographische Faktoren Einstellung und Verhalten im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch beeinflussen, ließ sich ausschließlich für die Faktoren **Alter und Konfession** bestätigen, die als Indiz für **übergreifende Wertorientierungen** gelten können.

- Zentrales Untersuchungsergebnis: Sonderfall Notlagenindikation

Die Ergebnisse zu Einstellung und Verhalten im Zusammenhang mit einer Notlagenindikation nehmen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine besondere Position ein. Neben einer **bemerkenswerten Übereinstimmung der Einflußfaktoren von Einstellung und Verhalten** in diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, daß auf beiden Ebenen der Analyse der **staatlichen Sanktionsdrohung Bedeutung** zukam. Eine Notlagenindikation wurde um so eher **akzeptiert**, je liberaler die allgemeine Einstellung eines Gynäkologen zum Schwangerschaftsabbruch war, wenn er evangelisch war und die Ansicht vertrat, daß man sich bei der Indikationsfeststellung nicht strafbar machen könne. Die Einflußfaktoren bezüglich der Akzeptanz der Notlagenindikation weichen daher insofern von den hypothetischen Annahmen für den Einstellungsbereich ab, als sich bereits auf der Ebene der Normorientierung ein **generalpräventiver Effekt** bemerkbar macht.

In **völliger Übereinstimmung** mit den hypothetischen Annahmen bezüglich des Verhaltensbereiches befinden sich jedoch die ermittelten Einflußfaktoren für die Frage, **ob** ein Gynäkologe **Notlagenindikationen feststellt**. Diese Gynäkologen hatten eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, waren eher jung und keine Kirchgänger, arbeiteten in niedergelassenen Praxen und meinten, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung nicht strafbar machen könne. Neben dem **Ausmaß ethischer Bedenken** beeinflussten somit die **professionellen Arbeitsbedingungen** (niedergelassener Gynäkologe) sowie die **wahrgenommene Sanktionsdrohung** das Verhalten in diesem Zusammenhang. Die Sanktionsnormen der §§ 218 f. StGB wirken somit auf die ärztliche Einstellung und ärztliches Verhalten im Zusammenhang mit einer **Notlagenindikation** sowohl im Sinne der **positiven** (normbildend) als auch der **negativen** (abschreckend) **Generalprävention**.

Die gängige **rechtssoziologische Einordnung** der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs als klassischer Fall eines intendierten nur **symbolischen** Geltungsanspruchs von Normen (z.B. BLANKENBURG

1984, RAISER 1987) muß anhand der vorliegenden Ergebnisse für den Bereich der **Notlagenindikation** sowie für die **Berufsgruppe der Ärzte zurückgewiesen** werden. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, daß die generalpräventiven Implikationen der Gesetzesneuregelung auf die Berufsgruppe der Ärzte im Bereich der Notlagenindikation normbildend und abschreckend wirken. Fraglich bleibt jedoch, inwieweit durch die generalpräventive Beeinflussung dieser Zielgruppe, Schwangerschaftsabbrüche reduziert bzw. vermieden werden können. Vielmehr ist davon auszugehen, daß aufgrund der professionellen ärztlichen Ethik in dieser Berufsgruppe ohnehin ein starkes Normbewußtsein im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch besteht, so daß die normative Kraft der gesetzlichen Sanktionsdrohung eher im Sinne einer Verstärkung bestehender Bedenken der Ärzteschaft wirkt und die Situation der bedrängten Frau durch den Normadressaten Arzt höchstens erschwert.



## 2. Kritische Würdigung

Die normative Orientierung von Ärzten beim Schwangerschaftsabbruch wird beeinflusst durch Profession, Kirche und Staat. Aufgrund der zwangsläufigen Täterschaft beim Schwangerschaftsabbruch verfügt die ärztliche Berufsgruppe über ein ausgeprägtes normatives und ethisches Problembewußtsein in diesem Zusammenhang. In Anbetracht dieser Tatsache sowie dem aus der Zeit vor der Reform geläufigen Wissen, daß Frauen weder mit den Mitteln des Strafrechts noch durch Ärzte abgehalten werden können, eine Abtreibung vorzunehmen, erscheint die generalpräventive Zielrichtung der bestehenden Gesetzesregelung auf die ärztliche Profession fragwürdig. Zwar können Ärzte mit den Mitteln des Strafrechts abgehalten werden, Notlagenindikationen festzustellen, doch werden Frauen dadurch nicht abgehalten, Schwangerschaftsabbrüche z.B. wieder im Ausland durchführen zu lassen. Die faktische Entkriminalisierung betroffener Frauen auf Kosten einer in jüngster Zeit wieder zunehmenden Kriminalisierung von Ärzten erscheint absurd bzw. verschärft die bestehenden Widersprüche des Gesetzes. Während Frauen sich beklagen, daß Ärzte sie abweisen, beklagen sich Ärzte, daß Frauen so leichtsinnig seien. Die zwangsläufigen Hauptbeteiligten eines Schwangerschaftsabbruchs, Arzt und schwangere Frau, sind von der bestehenden Gesetzesregelung in unterschiedlicher Weise betroffen. Mit der einseitigen Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, bezogen auf die betroffene Frau, bewirkte die Reform des § 218 StGB einen doppelten bzw. gegenläufigen Normwandel: Während Frauen zunehmend angstfreier mit einem Schwangerschaftsabbruch umgehen konnten, blieb die Profession der Ärzte davon ausgenommen. Vielmehr personifizierte sich der im Gesetz ungelöste Konflikt zwischen den Rechtsgütern "Schutz des ungeborenen Lebens" und "Selbstbestimmungsrecht der Frau" in den Hauptakteuren Arzt und schwangerer Frau. Die zunehmende Sanktionierung von Ärzten im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch kann vor allem eine weitere Störung des Arzt-Patientinnen-Verhältnisses bewirken, das ohnehin in diesem Fall durch einseitige Abhängigkeit der Frau und einseitige Strafbarkeit des Arztes belastet wird. Schwangerschaftsabbrüche können auf diesem Wege kaum vermieden werden.

Nach Ansicht der Ärzte wurde ihnen bei der Reform des Gesetzes der "schwarze Peter" zugeschoben. Stellvertretend für die schwangere Frau wird im Zweifelsfall der Arzt mit Sanktionen bedroht. Diese Sanktionsdrohung wird von der ärztlichen Profession wahrgenommen und schlägt sich in Verhalten nieder. Die Zurückweisung durch Ärzte wird von schwangeren Frauen als persönliche Demütigung und Diskriminierung erfahren und als besondere Schikane einer speziellen Berufsgruppe gegen wehrlose Frauen interpretiert. Entsprechend spitzt sich der öffentlich geführte Disput in regelmäßigen Abständen als Konflikt zwischen Interessenvertretungen betroffener Frauen und der Ärzteschaft zu, ohne daß eine Lösung in Sicht wäre. Der Disput scheint hoffnungslos zu sein und muß es auch bleiben, denn die Inszenierung des Konfliktes als individuelles Drama zwischen Ärzten und Frauen verstellt den Blick auf die gesetzlich vorgegebenen Bedingungen dieser Konfrontation. Die einseitig ausgerichtete Strafandrohung auf die ärztliche Profession verhindert eine vertrauensvolle Kooperation zwischen Ärzten und Frauen und polarisiert einen strukturell ungelösten Konflikt in den Rollen dieser beiden Hauptakteure. Unbeantwortet bleibt in der Praxis die Frage, wer eigentlich über den Abbruch einer Schwangerschaft entscheiden kann, soll oder darf. Eine Frage, die immer individuell beantwortet werden muß, wobei die Rahmenbedingungen der Antwort gesellschaftlich vorgegeben sind. Die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen sind einer konstruktiven Lösung der konflikthafter Interaktion zwischen Arzt und schwangerer Frau abträglich und verspielen somit die Chance einer vertrauensvollen Beratungssituation - die *conditio sine qua non* eines sinnvollen Umgangs mit der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs. Die einseitige Kriminalisierung von Ärzten sorgt für eine dauerhafte Störung der Beziehung zwischen Arzt und schwangerer Frau und garantiert somit den Dialog auf der falschen Ebene um die falschen Fragen.

Auch die rechtspolitische Zielsetzung der Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen kann durch die Abschreckung von Ärzten kaum verwirklicht werden. Durch die Weigerung von Ärzten können höchstens sozial schwache oder inkompetente Frauen von einem Schwangerschaftsabbruch abgehalten werden - und gerade diese Diskriminierung zu verhindern, war ja auch eines der Ziele der Reform.

## Literaturverzeichnis

Abele, A./Stein-Hilpers, M.: Alltagswissen, öffentliche Meinung über Kriminalität und soziale Kontrolle. In: Kriminologisches Journal 2 (1978), S.161-173.

Adler, M.: Schwangerschaftsabbruch als Sozialtechnik. Deutsches Ärzteblatt 12 (1980), S.765-772.

Adler, N.: Sex roles and unwanted pregnancy among adolescent and adult women. Prof. Psychatry 12 (1981), S.56-66.

Albrecht, H.-J.: Schwangerschaftsabbruch - Empirische Untersuchungen zur Implementation der strafrechtlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs. Vortrag anlässlich des deutsch-polnischen Symposiums am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg 1984.

Albrecht, H.-J.: Generalprävention. In: Kaiser, G./Kerner, H.-J./Sack, F./Schellhoss, H. (Hrsg.): Kleines Kriminologisches Wörterbuch. Heidelberg 1985, S.132-139.

Althof, W./Garz, D.: Sind Frauen die besseren Menschen? Psychologie heute 9 (1988), S.58-65.

Amelang, M.: Sozial abweichendes Verhalten - Entstehung - Verbreitung - Verhinderung. Berlin, Heidelberg, New York 1986.

Amendt, G.: Die bestrafte Abtreibung. Argumente zum Tötungsvorwurf. Fulda 1988.

Anger, H.: Befragung und Erhebung. In: Graumann, C.F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd.7, Göttingen 1970, S.567-617.

Arndt, J.K.P.: Schwangerschaftskonfliktberatung und Beraterpersönlichkeit. Diss. Bonn 1983.

Arndt, C./Erhard, B./Funcke, L.: Der § 218 StGB vor dem Bundesverfassungsgericht. Dokumentation zum Normenkontrollverfahren wegen verfassungsrechtlicher Prüfung des 5. Strafrechtsreformgesetzes (Fristenregelung). Heidelberg, Karlsruhe 1979.

Arzt, G.: Zwei Jahre 'Reformparagraph 218'. Deutsches Ärzteblatt 10 (1979), S.654-658.

Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York 1984.

Augstein, R./Koch, H.-G.: Was man über den Schwangerschaftsabbruch wissen sollte. Information und Rat (nicht nur) für Schwangere, Ärzte und Berater. München 1985.

Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Schuchard-Fischer, C./Weiber, R.: Multivariate Analyseverfahren. Berlin, Heidelberg, New York 1987.

Barnett, W./Freudenberg, N./Wille, R.: Eine regionale Prospektivstudie psychischer Folgeerscheinungen der Notlagenabruptio. In: Fortschritte der Neurologischen Psychiatrie 54 (1986), S.106-118.

Bauer, I.: Datenverarbeitung mit SPSS. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984.

Baumann, J. (Hrsg.): Das Abtreibungsverbot des § 218. Berlin 1971.

Becker, H.S./Geer, B.: The fate of idealism in medical school. American Sociological Review 23 (1958), S.50-56.

Belenky, M./Gilligan, C.: Der Einfluß einer Abtreibungskrise auf die Moralentwicklung. In: Lind, G./Hartmann, H.A./Wokenhut, R.: Moralisches Urteil und soziale Umwelt. Weinheim 1983.

Berghofer-Weichner, M.: Der Schutz des menschlichen Lebens ist unteilbar. Der Frauenarzt 5 (1988), S.543-545.

Beyleveld, D.: Bibliography on General Deterrence. Westmead u.a. 1980.

Blankenburg, E.: Über die Unwirksamkeit von Gesetzen. Internationales Institut für Management und Verwaltung. Wissenschaftszentrum Berlin 1976.

Blankenburg, E.: Die Implementation von Recht als Programm. In: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Köln 1980, S.127-137.

Blankenburg, E.: Rechtssoziologie und Rechtswirksamkeitsforschung. Warum es so schwierig ist, die Wirksamkeit von Gesetzen zu erforschen. In: Plett, K./Ziegart, K.A. (Hrsg.): Empirische Rechtsforschung zwischen Wissenschaft und Politik. Zur Problemlage rechtssoziologischer Auftragsforschung. Tübingen 1984, S.45-68.

Böckle, F.: Schwangerschaftsabbruch als individuelles und gesellschaftliches Problem. Düsseldorf 1981.

Bönitz, D.: Zur Psychologie der Abtreibung. Legale und illegale Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich. Göttingen 1979.

Bora, A./Liebl, K.: Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch - Zur Bedeutung generalisierter Wertsysteme in Konfliktsituationen. Pfaffenweiler 1986.

Bradburn, N.M.: Response Effects. In: Rossi, P.H./Wright, J.D./Andersson, A.B. (Hrsg.): Handbook of Survey Research. New York, London 1983, S.289-328.

Bräutigam, H., Grimes, D.A.: Ärztliche Aspekte des legalen Schwangerschaftsabbruchs in der Bundesrepublik Deutschland und in den USA. Stuttgart 1985.

Bucher, R./Strauss, A.: Wandlungsprozesse in Professionen. In: Luckmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln 1972, S.182-197.

Buck, W.: Psychische Folgezustände des legalen Schwangerschaftsabbruchs. Diss.Med. Hannover 1976.

Buschmann, E.: Einstellungen der Bevölkerung zum Schwangerschaftsabbruch. Caritas 1 (1984), S.20-24.

Butler, J.D./Walbert, D.F. (Hrsg.): Abortion, Medicine and the Law. New York 1986.

Christoph, K.: Medizin und Empfängnisverhütung. Ein Beitrag zur Analyse des Selbstverständnisses westdeutscher Ärzte. Stuttgart 1979.

Cornish, M.J.: Die Entwicklung eines professionellen Selbstbildes. In: Lückmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssoziologie, Köln 1972, S.255-262.

Däubler-Gmelin, H./Faerber-Husemann, R.: § 218 - Der tägliche Kampf um die Reform. Bonn 1987.

Davis, N.J.: From Crime to Choice. The Transformation of Abortion in America. Westport C.T., Greenwood Press 1985.

Dähn, G.: Zur Geschichte der Abtreibung. In: Baumann, J. (Hrsg.): Das Abtreibungsverbot des § 218. Berlin 1971.

Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfe e.V. (Hrsg.): Jugendgerichtsverfahren und Generalprävention. München 1984.

Devereux, G.: A Study of Abortion in Primitive Societies (1956). New York 1976.

Diehl, J.M./Kohr, H.U.: Deskriptive Statistik. Frankfurt 1982.

Dingwall, R./Lewis, P. (Hrsg.): The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors and others. London 1983.

Draws, R.: Repräsentativumfrage unter gynäkologischen Chefärzten zur Problematik des neuen § 218 StGB. Statistische Grunddaten, die Gesamteinstellungsgruppen und Einflußfaktoren. Diss. Kiel 1982.

Durkheim, E.: Les règles de la méthode sociologique, Librairie Félix Alcan, Paris 1912, Originalausgabe: Presses Universitaire de France, Paris 1985.

Durkheim, E.: Regeln der soziologischen Methode, Luchterhand-Verlag Darmstadt und Neuwied 1976, Titel der französischen Originalausgabe: Les règles de la méthode sociologique, Presse Universitaire de France, Paris 1985.

Dux, G.: Rechtssoziologie - Eine Einführung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer 1978.

Dux, G.: Die Logik der Weltbilder. Sinnstrukturen im Wandel der Geschichte. Frankfurt 1982.

Eisenberg, U.: Kriminologie. Köln, Berlin, Bonn, München 1985.

Ellermann, R.: Anregungen zur Konzeptualisierung einer Effektivitätsforschung rechtlicher Regelungen. In: Hellstern, G.M./Wollmann, H. (Hrsg.): Experimentelle Politik - Reformstrohfeuer oder Lernstrategie? Opladen 1983, S.130-146.

Elliott, D.S./Ageton, S.S.: Reconciling race and class differences in self-reported and official estimates of delinquency. In: American Sociological Review 45 (1980), S.95-110.

Elliott, D.S./Huizinga, D.H.: Social class and delinquent behaviour in a national youth panel 1976-1980. In: Criminology 21 (1983), S.149-177.

Erickson, M.L./Gibbs, I.P.: Objective and Perceptual Properties of Punishment and the Deterrence Doctrine. In: Social Problems 3 (1978), S.253-265.

Eser, A.: Schwangerschaftsabbruch: Der rechtliche Rahmen. In: Eser, A./Hirsch, G. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Stuttgart 1980a, S.105-136.

Eser, A.: Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. In: Eser, A./Hirsch, G. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Stuttgart 1980b, S.150-170.

Eser, A.: § 218 StGB. In: Schöнке, A./Schröder, H. (Hrsg.): Strafbgesetzbuch Kommentar. München 1985a, S.1330-1381.

Eser, A.: Reform des Schwangerschaftsabbruchs im Strafrecht der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung und gegenwärtiger Stand. In: Gedächtnisschrift für Zong Uk Tjong, Tokio 1985b, S.25-49.

Eser, A./Hirsch, H.A. (Hrsg.): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierung zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen. Stuttgart 1980.

Eser, A./Koch, H.-G.: Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich. Rechtliche Regelungen - soziale Rahmenbedingungen - empirische Grunddaten. Baden-Baden 1988.

Friedrich, K.G.: Sozialstruktur bei Schwangerschaftsabbrüchen - Ergebnisse einer einjährigen Untersuchung bei der Indikationsstelle der Stadt Nürnberg. Das öffentliche Gesundheitswesen 2 (1980), S.600-611.

Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen 1981.

- Galtung, I.: Theory and Methods in Social Research. London 1970.
- Geiger, W.: Abtreibung und Rechtsordnung. Jura 2 (1987), S.60-65.
- Gerrard, M.: Sex Guilt in Abortion Patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 4 (1977), S.708.
- Giehring, H.: Sozialwissenschaftliche Forschung zur Generalprävention. Kriminologisches Journal 19 (1987), S.2-12.
- Gilligan, C.: Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München 1984.
- Goode, W.J.: Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In: Luckmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssociologie, Köln 1972, S.157-167.
- Goebel, P.: Abbruch der ungewollten Schwangerschaft - ein Konfliktlösungsversuch? Berlin, Heidelberg 1984.
- Gropp, W.: § 218 StGB als Rechtfertigungsgrund: Grundfragen zum rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch. In: Goltdammers Archiv für Strafrecht 1988, S.1-32.
- Grubitzsch, S./Rexilius, G.: Testtheorie - Testpraxis. Voraussetzungen, Verfahren, Formen und Anwendungsmöglichkeiten psychologischer Tests im kritischen Überblick. Reinbek bei Hamburg 1978.
- Grünwald, U.: Auswirkungen der Neufassung des § 218 StGB. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an 941 ratsuchenden Frauen. In: Sigusch, V. (Hrsg.): Sexualität und Medizin. Stuttgart 1979, S.132-140.
- Häussler, M./Helfferich, C./Walterspiel, G./Wetterer, A.: Bauchlandungen. Abtreibung - Sexualität - Kinderwunsch. München 1983.
- Häussler, M./Holzhauer, B.: Die Implementation der reformierten §§ 218 f. StGB. Empirische Untersuchungen zu Einstellung und Verhalten von Ärzten und schwangeren Frauen. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 4 (1988a), S.58-75.
- Häussler, M./Holzhauer, B.: Urteilen Frauen anders als Frauen? Professionelle versus geschlechtsspezifische Einstellungskomponenten zum Recht am Beispiel des Schwangerschaftsabbruchs. Vortrag anlässlich des Internationalen Kongresses für Kriminologie in Hamburg am 6.9.1988b.
- Haferkamp, H./Lautmann, R./Brusten, M.: Empirische Erforschung der Normgenese. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 6 (1978), S.351-363.
- Hagan, F.E.: Criminology. Chicago 1986.
- Hargrove, E.C.: The Missing Link. The Study of the Implementation of Social Policy. The Urban Institute, Washington, D.C. 1975.

Hartwich, H.H. (Hrsg.): Gesellschaftliche Probleme als Anstoß und Folge von Politik. Opladen 1983.

Heaney, R.P./Dougherty, C.J.: Research for Health Professionals. Design, Analysis and Ethics. Ames. Iowa State University Press 1988.

Heinsohn, G./Knieper, K./Steiger, O.: Menschenproduktion. Allgemeine Bevölkerungslehre der Neuzeit. Frankfurt 1979.

Heising, G.: Medizinische Indikation oder soziale Notlage. In: Sozialmedizin 7 (1977), S.569-572.

Hellstern, G.-M./Wollmann, H. (Hrsg.): Experimentelle Politik - Reformstrohfeuer oder Lernstrategie. Bestandsaufnahme und Evaluierung. Opladen 1983.

Hepp, H.: Die verschiedenen Aspekte des § 218 StGB im dritten Jahr der Neuregelung. Saarländisches Ärzteblatt 9 (1979), S.415-418.

Hepp, H.: Medizinisch-ethische Implikation der Neuregelung des § 218 StGB. In: Jung, H./Müller-Dietz, H. (Hrsg.): § 218 StGB - Dimensionen einer Reform. Heidelberg 1983, S.1-17.

Hermann, D./Streng, F.: Das Dunkelfeld der Befragung: Unit-nonresponse und item-nonresponse bei einer schriftlichen Befragung von Richtern und Staatsanwälten. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2 (1986), S.337-351.

Hesse, H.A.: Berufe im Wandel: Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung. Stuttgart 1968.

Hoch, W.: Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. Diss. Universität Düsseldorf 1977.

Hofmann, D. (Hrsg.): Schwangerschaftsunterbrechung. Aktuelle Überlegungen zur Reform des § 218. Frankfurt 1974.

Hoffacker/Steinschulte/Fietz (Hrsg.): Auf Leben und Tod - Abtreibung in der Diskussion. Verlag Lübbe Bergisch-Gladbach 1985.

Hofmann, D.: Ärztliche Überlegungen zur Reform des § 218. In: Hofmann, D. (Hrsg.): Schwangerschaftsunterbrechung. Aktuelle Überlegungen zur Reform des § 218. Frankfurt 1974, S.9-116.

Holm, K. (Hrsg.): Die Befragung 1. Tübingen 1986.

Holzhauser, B.: Der Verfahrensweg nach § 218 StGB im Licht der Erfahrungen betroffener Frauen. In: Kaiser, G./Kury, H./Albrecht, H.-J. (Hrsg.): Kriminologische Forschung in den 80er Jahren. Projektberichte aus der Bundesrepublik Deutschland. Freiburg 1988, S.23-42.



Holzauer, B.: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch: Die Rolle des § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen. Diss. Freiburg 1989.

Hunter, E.J./Hunter, D.B. (Hrsg.): Professional ethics and law in the health services. Issues and dilemmas. Malabar, Fl: Robert E. Krieger Publ. 1984.

Institut für Demoskopie Allensbach: Schwangerschaftsabbruch. Das Problembewußtsein in der Bevölkerung ist größer geworden. Allensbacher Berichte Nr.30 (1988).

Institut für Kirchliche Sozialforschung des Bistums Essen: Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch bei Angehörigen verschiedener Konfessionen und bei Konfessionslosen. Handreichung Nr.52 (1984).

Irons, E.S.: The causes of unwanted pregnancy. A psychological study from a feminist perspective. Diss. Univ. Massachusetts 1978.

Iversen, G.: Schutz des ungeborenen Lebens - mit Blick auf seine Zukunft? Deutsches Ärzteblatt 34 (1979), S.2143-2148.

Iversen, G.: Zur Machbar- und Verwerfbarkeit menschlichen Lebens. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 5 (1985), S.260-266.

Jann, W.: Der Policy-Ansatz. Ein Überblick über Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland und den USA. Speyer 1983.

Jeffery, C.R.: Punishment and Deterrence: A Psychobiological Statement. In: Jeffery, C.R. (Hrsg.): Biology and Crime. Beverly Hills, London 1979, S.100-121.

Jeffery, C.R. (Hrsg.): Biology and Crime. Beverly Hills, London 1979.

Jerouschek, G.: Lebensschutz und Lebensbeginn. Kulturgeschichte des Abtreibungsverbots. Stuttgart 1988.

Jung, H./Müller-Dietz, H. (Hrsg.): § 218 StGB-Dimensionen einer Reform. Heidelberg 1983.

Jungermann, H./Franke, G./Schneider, B.: Beratung bei Schwangerschaftskonflikten. Bericht über die Entwicklung und Erprobung eines Modells zur sozialen Beratung gemäß § 218. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.122. Stuttgart 1981.

Junior, K.: Dimensionen der Notlage - Konfliktschwangerschaft: Eine sozialpsychologische Untersuchung. In: Poettgen, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft. Köln 1982, S.116-119.

Jürgensen, O.: Schwangerschaftskonfliktberatung. Abtreibung als wiederholter Trennungsversuch. Sexualmedizin 1 (1983), S.15-18 und S.26-30.

Kaiser, G.: Forschung auf der Spur des Verbrechens. Was weiß die Kriminologie von Täter und Opfer? Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 4 (1987), S.664-684.

Kaiser, G.: Kriminologie - Ein Lehrbuch. Heidelberg 1988.

Kaiser, G./Kerner, H.-J./Sack, F./Schellhoss, H. (Hrsg.): Kleines Kriminologisches Wörterbuch. Heidelberg 1985.

Karstedt-Henke, S.: Die Einschätzung von Strafen und ihre Wirkungen - ein Beitrag zur Sanktionsforschung. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie 1 (1985), S.70-89.

Kaufmann, F.X./Rosewitz, B.: Typisierung und Klassifikation politischer Maßnahmen. In: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II. Opladen 1983, S.25-49.

Kaupen-Haas, H.: Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität. Eine Anwendung soziologischer Theorien auf Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart 1969.

Kerner, H.-J./Kury, H./Sessar, K. (Hrsg.): Deutsche Forschungen zur Kriminalitätentstehung und Kriminalitätskontrolle Bd.6, Köln 1983.

Ketting, E.: Konsequenzen für unerwünscht schwangere Frauen aus der Bundesrepublik. Das neue Abtreibungsgesetz in den Niederlanden. Pro Familia Magazin 1 (1986), S.32-33.

Ketting, E./van Praag, P.: Schwangerschaftsabbruch. Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich. Tübinger Reihe Nr.5 der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen 1985.

Klein, U.: Abtreibung. Umfrage in Münster nach Schwangerschaftsabbruch. Sexualpädagogik und Familienplanung 6 (1983), S.29-30.

Knöferl, G./Voigt, B./Kolvenbach, K.: Ärztebefragung. Einstellungen zu Beratungsstellen und Kooperation. Nürnberg 1976.

Knöferl, G./Voigt, B./Kolvenbach, K.: Modellprogramm "Beratungsstellen" - § 218. Zweiter Zwischenbericht. Nürnberg 1978.

Knöferl, G./Voigt, B./Kolvenbach, K.: Modellprogramm "Beratungsstellen" § 218. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.127, Stuttgart 1981.

Koch, H.-G.: Landesbericht Bundesrepublik Deutschland. In: Eser, A./Koch, H.-G. (Hrsg.): Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich. Baden-Baden 1988, S.19-324.

Köpcke, U./Liebl, K.: Schwangerschaftsabbruch. Empirische Materialien zu den Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB. In: Soziale Arbeit 1 (1986), S.2-8.

- Kohlberg, L.: Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Frankfurt 1974.
- Kommissionsbericht: Bericht der "Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches." Deutscher Bundestag, Drucksache 8/3630 vom 31.12.1980.
- Koschorke, M.: Beratung in Widersprüchen. Bedingungen und Probleme der Schwangerschaftskonfliktberatung. In: Koschorke, M./Sandberger, J. (Hrsg.): Schwangerschaftskonfliktberatung. Göttingen 1978, S.13-48.
- Koschorke, M./Sandberger, J. (Hrsg.): Schwangerschaftskonfliktberatung. Göttingen 1978.
- Kraiker, G.: § 218 - zwei Schritte vorwärts und ein Schritt zurück. Frankfurt 1983.
- Lau, H.: Zwei Jahre 'Reformparagraph' 218. Was ist, was wird? Deutsches Ärzteblatt 40 (1978), S.2283-2290.
- Lau, H. (Hrsg.): Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch. Gräfel-fing 1982.
- Lau, H.: Die gesellschaftspolitische Relevanz des § 218 in der Bundesrepublik Deutschland. Sexualmedizin 6 (1983), S.253-258 und 302-304.
- Legge, J.S.jr.: Predictors of Abortion Attitudes in the Federal Republic of Germany. Journal of Politics 45 (1983), S.759-766.
- Liebl, K./Ganz, G./Köpcke, U.: Normanwendung im Prozeß der Strafverfolgung. Tätigkeitsbericht des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg 1986, S.9-12.
- Lind, G./Hartmann, H.A./Wokenhut, R.: Moralisches Urteil und soziale Umwelt. Weinheim 1983.
- Lipset, S.M./Schwarz, M.A.: Das politische Verhalten professioneller Experten. In: Luckmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssoziologie, Köln 1972, S.382-397.
- Luckmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln 1972.
- Luhmann, N.: Soziologische Aufklärung Bd.2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. Opladen 1982.
- Luhmann, N.: Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt 1984.
- Luhmann, N.: Rechtssoziologie. Opladen 1987.
- Luker, K.: Taking Chances: Abortion and the Decision not to Contracept. Los Angeles 1975.

Lüderssen, K.: Kriminologie. Baden-Baden 1984.

Lüscher, K.: Der Prozeß der beruflichen Sozialisation. Stuttgart 1968.

Lüscher, K.: Berufliche Sozialisation. In: Luckmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssoziologie, Köln 1972, S.219-238.

Mayer, E.Th.: Aktuelle Fragen zur Abtreibung. Deutsches Ärzteblatt I (1980), S.35-42.

Mayntz, R.: Zur Einleitung: Probleme der Theoriebildung in der Implementationsforschung. In: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Ansätze zur Theoriebildung, II. Opladen 1983a, S.7-24.

Mayntz, R.: Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen 1983b.

Mayntz, R.: Die Implementation politischer Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet. In: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts. 1980a, S.236-250.

Mayntz, R.: Zur Entwicklung des analytischen Paradigmas in der Implementationsforschung: In: Dieselbe (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts. 1980b, S.1-19.

Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts. 1980c.

Mayntz, R./Holm, K./Hübner, P.: Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. Opladen 1971.

Menne, K./Moersch, E.: Psychoanalytische Erfahrungen aus der Supervision von Schwangerschaftskonfliktberatungen. Psyche 2 (1980), S.121-151.

Merton, R.K.: Social Theory and Social Structure. Glencoe Ill. 1968.

Merton, R.K./Reader, G./Kendall, P. (Hrsg.): The student-physician, Cambridge, Mass. 1957.

Merz, M.: Unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz. Eine psychoanalytische Untersuchung. Bern 1979.

Meulemann, H./Reuband, K.-H. (Hrsg.): Soziale Realität im Interview. Frankfurt 1984.

Michaelis, M.: Neuere Entwicklungen in der Implementationsforschung und ihre praktische Anwendung auf die Politikimplementation des § 218 Strafgesetzbuch. Diplomarbeit Universität Frankfurt 1987.

Morris, E.K./Braukmann, C.J.: Behavioral Approaches to Crime and Delinquency. A Handbook of Application, Research and Concepts. New York 1987.

Neubauer, E.: Schwangerschaftsabbruch als soziales und personales Problem. Eine empirische Untersuchung zur Soziologie der Frau. Weinheim 1982.

Nie, N.H./Hull, C.H.: SPSS9. Statistik-Programm-System für die Sozialwissenschaften. Stuttgart 1983.

Noelle-Neumann, E./Piel, E.: Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1978-1983. München, New York, London, Paris 1983.

Oeter, K./Wilken, M.: Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung zum kontrazeptiven Verhalten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.75, Stuttgart 1981.

Oeter, K./Nohke, A.: Der Schwangerschaftsabbruch - Gründe - Legitimationen - Alternativen. In: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.123. Stuttgart 1982.

Otto, H.J.: Generalprävention und Verhaltenskontrolle. Freiburg 1982.

v. Pacensky, S./Sadrozinski, R. (Hrsg.): § 218: Zu Lasten der Frauen. Neue Auskünfte zu einem alten Kampf. Reinbek bei Hamburg 1988.

Parsons, T.: Essays in Sociological Theory, rev.ed. Glencoe Ill (Free Press) 1954.

Parsons, T.: Soziologische Theorie. Darmstadt und Neuwied 1973. Titel der Originalausgaben: Essays in Sociological Theory, rev.ed., Glencoe Ill (Free Press) 1954 und The Incest Taboo in Relation to Social Structure and the Socialization of the Child. In: British Journal of Sociology, Bd.V, 1954, S.101-117.

Petersen, P.: Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch. Deutsches Ärzteblatt 18 (1977), S.1205-1212.

Petersen, P.: § 218-Beratung - der Konflikt im Berater und Arzt. Niedersächsisches Ärzteblatt 3 (1981), S.86-93.

Petersen, P.: Unsere Verantwortung im Schwangerschaftskonflikt. Deutsches Ärzteblatt 38 (1982), S.51-57.

Petersen, P.: Schwangerschaftsabbruch und Todesbewußtsein. Der Frauenarzt 1 (1985), S.47-50.

Petersen, P.: Schwangerschaftsabbruch - unser Bewußtsein vom Tod im Leben. Tiefenpsychologische und anthropologische Aspekte der Verarbeitung. Stuttgart 1986.

- Petersen, P./Retzlaff, I.: Freiheit und Verantwortung in "Pro Familia". Deutsches Ärzteblatt 37 (1980), S.2192-2197.
- Plett, K./Ziegert, K.A. (Hrsg.): Empirische Rechtsforschung zwischen Wissenschaft und Politik. Zur Problemlage rechtssoziologischer Auftragsforschung. Tübingen 1984.
- Poettgen, H.: Die ungewollte Schwangerschaft. Der Frauenarzt 1 (1980), S.16-32.
- Poettgen, H.: Praktische Erfahrungen mit der Abgrenzung der gesetzlich definierten Indikationen in der Ärzteschaft. In: Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/1, Stuttgart 1981, S.227-257.
- Poettgen, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft. Köln 1982.
- Poettgen, H.: Auf dem Weg zu einer ärztlichen Indikation. In: Deutsches Ärzteblatt 24 (1984), S.1918-1920.
- Pro Familia Bremen: Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren. Reinbek 1978.
- Pross, H.: Abtreibung, Motive und Bedenken. Stuttgart 1971.
- Rahmsdorf, P.: Repräsentativumfrage unter gynäkologischen Chefärzten zur Problematik des neuen § 218 StGB. Diss. Kiel 1980.
- Retzlaff, I.: Zu Auswirkungen des neuen § 218 StGB in der Praxis einer Gynäkologin. Ärztin 2 (1980), S.5-11.
- Reuband, K.-H.: Dunkelfeld, Deliktsstruktur und Täterbild. Zum Verhältnis von registrierter und nicht-registrierter Kriminalität. In: Kerner, H.-J./Kury, H./Sessar, K. (Hrsg.): Deutsche Forschungen zur Kriminalitätsentstehung und Kriminalitätskontrolle Bd.6, Köln 1983, S.199-234.
- Rieger, H.-J.: Schwangerschaftsabbrüche durch freipraktizierende Ärzte. Deutsche Medizinische Wochenschrift 13 (1985), S.519-521.
- Riese, K.: In wessen Garten wächst die Leibesfrucht? Das Abtreibungsverbot und andere Bevormundungen. Wien 1983.
- Roehl, K.F.: Rechtssoziologie. Köln, Berlin, Bonn, München 1987.
- Rossi, P.H./Wright, J.D./Andersson, A.B. (Hrsg.): Handbook of Survey Research. New York, London 1983.
- Rottleuthner, H.: Einführung in die Rechtssoziologie. Darmstadt 1987.
- Roxin, C.: Entwicklung und gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Juristische Arbeitsblätter 4 (1981), S.226-232.

- Rüpke, G.: Schwangerschaftsabbruch und Grundgesetz. Frankfurt 1975.
- Rüschemeyer, D.: Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen. In: Luckmann, T./Sprondel, W.-M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln 1972, S.168-181.
- Runte, R.: § 218 nach der Reform. Köln 1978.
- Sack, F.: Soziologische Kriminalitätstheorien. In: Kaiser, G./Kerner, H.-J./Schellhoss, H. (Hrsg.): Kleines Kriminologisches Wörterbuch. Heidelberg 1985, S.234-243.
- Sandschneider, E.: Die Reform des § 218 StGB im Kräftefeld gesellschaftlicher Gruppen und Interessen. In: Jung, H./Müller-Dietz, H. (Hrsg.): § 218 StGB. Dimensionen einer Reform. Heidelberg 1983, S.19-43.
- Scheuch, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Bd.I. Stuttgart 1967, S.136-196.
- Schlund, G.: Rechtsprobleme beim Schwangerschaftsabbruch. Der Frauenarzt 3 (1988), S.276-279.
- Schmidt-Thannwald, I.: Sozialmedizinische Aspekte der Kontrazeption. Der Frauenarzt 6 (1985), S.68-69.
- Schneider, H.-J.: Kriminologie. Berlin, New York 1987.
- Schöch, H.: Kriminalprävention durch Generalprävention? In: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfe e.V. (Hrsg.): Jugendgerichtsverfahren und Generalprävention. München 1984, S.273-280.
- Schrömbgens, G.: Die Fruchtschadensindikation zum Schwangerschaftsabbruch. Diss.jur. Heidelberg 1976.
- Schumann, C.: Arzt im Konflikt. Sexualmedizin 3 (1979), S.87-89.
- Schumann, K.F./Berlitz, C./Guth, H.W./Kaulitzki, R.: Jugendkriminalität und Grenzen der Generalprävention. Neuwied 1987.
- Schuth, W./Siebers, J.: Ärztliche Schwangerschaftskonfliktberatung. Dilemma und Chance. Deutsche Medizinische Wochenschrift 110 (1985), S.1175-1178.
- Schwarzer, A.: Weg mit dem § 218. Köln 1986.
- Seibel, W.: "Regierbarkeits"-Krise und Verwaltungswissenschaft. Diss. Kassel 1982.
- Siebel, W.: Soziologische Theorie der Abtreibung. In: Siebel, W./Martin, N./Stumpf, K./Waldmann, P./Werth, M. (Hrsg.): Soziologie der Abtreibung. Stuttgart 1971, S.224-277.

Siebel, W./Martin, N./Stumpf, K./Waldmann, P./Werth, M. (Hrsg.): Soziologie der Abtreibung. Stuttgart 1971.

Siegel, L.J.: Criminology. West Publishing Company, St. Paul u.a. 1986.

Sigusch, V. (Hrsg.): Sexualität und Medizin. Stuttgart 1979.

Simon, M.: Psychische Spätfolgen nach Schwangerschaftsabbruch. In: Die Medizinische Welt Nr.11 (1986), S.332-335.

Smetana, J.G.: Concepts of Self and Morality. Womens's Reasoning about Abortion. New York 1982.

Statistisches Bundesamt: Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3. Gesundheitswesen. Wiesbaden 1978-1987.

Steinert, H.: Das Interview als soziale Interaktion. In: Meulemann, H./Reuband, K.-H. (Hrsg.): Soziale Realität im Interview. Frankfurt 1984, S.17-59.

Stoll, P.: Der Arzt und der Schwangerschaftsabbruch. Ärztliche Überlegungen zur Ethik. Der Frauenarzt 2 (1980), S.107-110.

Stoll, P.: Die Forderungen der modernen Frauen an die Medizin. Der Frauenarzt 1 (1987), S.73-76.

Stoll, P./Siewers, S.: Versuch einer Handhabung der neuen gesetzlichen Regelung zum § 218. Fortschritte der Medizin 33 (1976), S.1893-1894.

Stössel, U./Grundmann, A./Kanz, F.-I./Keil, S.: Quantitative und qualitative Evaluation des Beratungsangebots zum Schwangerschaftskonflikt. In: Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Bd.92/2. Stuttgart 1981.

Sudman, S.: Applied Sampling. In: Rossi, P.H./Wright, J.D./Anderson, A.B. (Hrsg.): Handbook of Survey Research. New York, London 1983, S.145-194.

Sykes, G.: Criminology. New York u.a. 1978.

Trescher, H.-G./Büttner, C. (Hrsg.): Die Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation: Beruf und Gesellschaft. Göttingen 1985.

Trojan, A./Waller, H.: Sozialmedizinische Probleme nach der Reform des § 218 - Möglichkeiten und Grenzen der zukünftigen Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Öffentliches Gesundheitswesen 37 (1975), S.693-699.



v. Troschke, J./Hendel-Kramer, A./Werner, E.: Erfahrungen von Frauen mit dem Abbruch einer Schwangerschaft nach der Reform des § 218 StGB. In: Materialien der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/3. Stuttgart 1982.

Tröndle, H.: Soziale Indikation - Rechtfertigungsgrund? Jura 2 (1987), S.66-75.

Überla, K.: Faktorenanalyse. Berlin, Heidelberg, New York 1971.

Villmow, B./Stephan, E.: Jugendkriminalität in einer Gemeinde. Freiburg 1983.

Walterspiel, G.: Die Umwertung der weiblichen Werte. Vom Kampf gegen den § 218 zur Neuen Mütterlichkeit. In: Häußler, M./Helfferich, C./Walterspiel, G./Wetterer, A.: Bauchlandungen. Abtreibung - Sexualität - Kinderwunsch. München 1983, S.110-116.

Weinknecht, J.: Rechtsgrundlage der Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs. Der Frauenarzt 4 (1988), S.427-429.

Werth, M.: Analyse der Gerichtsakten. In: Siebel, W./Martin, N./Stumpf, K./Waldmann, P./Werth, M. (Hrsg.): Soziologie der Abtreibung. Stuttgart 1971, S.102-153.

Wetterer, A./Walterspiel, G.: Der weite Weg von den Rabenmüttern zu den Wunschkindern. Zur Logik der Bevölkerungsentwicklung seit dem Mittelalter. In: Häußler, M. u.a.: Bauchlandungen. Abtreibung - Sexualität - Kinderwunsch. München 1983, S.15-57.

Wilkitzki, P./Lauritzen, C.: Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland. Heidelberg 1981.

Wille, R.: Bilanz der Reform des § 218 StGB. Fragwürdige Tendenzen nach 10 Jahren. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 9 (1986), S.522-530.

Wille, R.: Einstellungen und Erfahrungen der Ärzte und Studentinnen in Schleswig-Holstein zum Schwangerschaftsabbruch. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1 (1974), S.6-9.

Williams, W.: Social Policy Research and Analysis. The Experience in the Federal Social Agencies. New York, London, Amsterdam 1971.

Williams, K.R./Erickson, M.L.: Potential for Crime and Knowledge of Legal Sanctions. Deviant Behavior, an Interdisciplinary Journal 2 (1981), S.287-304.

Wimmer-Puchinger, B.: Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Soziale und psychische Situation der Frau. Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Finanzen. Wien 1983.

Windhoff-Heritier, A.: Politikimplementierung. Ziel und Wirklichkeit politischer Entscheidungen. Königstein/Ts. 1980.

Windhoff-Heritier, A.: Politikimplementierung und politische Steuerung - Die Sicht "von unten". In: Hartwich, H.H. (Hrsg.): Gesellschaftliche Probleme als Anstoß und Folge von Politik. Opladen 1983, S.238-246.

Wollmann, H. (Hrsg.): Politik im Dickicht der Bürokratie. Beiträge zur Implementationsforschung. Opladen 1980.

Zundel, E./Laimer, M./Schönhals, M.: Wertorientierung und Schwangerschaftsabbruch - Bevölkerungsbefragung. In: Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/3, Stuttgart 1982.

Zwerenz, I.: Frauen - die Geschichte des § 218. Frankfurt 1980.

## ANHANG

Seite

1.	Gesetzestext §§ 218 f. StGB	260
2.	Ausführungsbestimmungen der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg	262
3.	Zufällig ausgewählte Fallbeispiele zu allen Indikationsarten	267
4.	Erhebungsinstrument und Beurteilungsbogen	271
5.	Tabellen	286

## 1. Gesetzestext §§ 218 f. StGB

### 1. Strafbuch (Auszug)

**§ 218. Abbruch der Schwangerschaft.** (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder
2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2).

(3) Begibt die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 218b Abs. 1 Nr. 1, 2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz 1 absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Frau wird nicht wegen Versuchs bestraft.

**§ 218a. Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.** (1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,
  2. an der Schwangeren eine rechtschwidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder
  3. der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die
- a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und
- b) nicht auf andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sein.

**§ 218b. Abbruch der Schwangerschaft ohne Beratung der Schwangeren.** (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß die Schwangere

1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (Absatz 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden ist, nicht mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Berater im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 ist

1. eine von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannte Beratungsstelle oder
2. ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt und als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1) mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist.

b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder

c) sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1), das mit der Beratung im Sinne des Absatzes Nr. 1 betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

(3) Absatz 1 Nr. 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschaden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden.

**§ 219. Abbruch der Schwangerschaft ohne ärztliche Feststellung.** (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß ihm die schriftliche Feststellung eines Arztes, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, darüber vorgelegen hat, ob die Voraussetzung des § 218a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 gegeben sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Ein Arzt darf Feststellungen nach Absatz 1 nicht treffen, wenn ihm die zuständige Stelle dies untersagt hat, weil er wegen einer rechtschwidrigen Tat nach Absatz 1 oder den §§ 218, 218b, 219a, 219b oder 219c oder wegen einer anderen rechtschwidrigen Tat, die er im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch begangen hat, rechtskräftig verurteilt worden ist. Die zuständige Stelle kann einem Arzt vorläufig untersagen, Feststellungen nach Absatz 1 zu treffen, wenn gegen ihn wegen des Verdachts einer der in Satz 1 bezeichneten rechtschwidrigen Taten das Hauptverfahren eröffnet worden ist.

**§ 219a. Unrichtige ärztliche Feststellung.** (1) Wer als Arzt wider besseres Wissen eine unrichtige Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 zur Vorlage nach § 219 Abs. 1 trifft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist.

(2) Die Schwangere ist nicht nach Absatz 1 strafbar.

**§ 219b. Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft.** (1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3) seines Vermögenswertes wegen oder in grob anstößiger Weise

1. eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung eines Schwangerschaftsabbruchs oder
2. Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zum Abbruch der Schwangerschaft geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Absatz 1 Nr. 1 gilt nicht, wenn Ärzte oder anerkannte Beratungsstellen (§ 218b Abs. 2 Nr. 1) darüber unterrichtet werden, welche Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen bereit sind, einen Schwangerschaftsabbruch unter den Voraussetzungen des § 218a vorzunehmen.

(3) Absatz 1 Nr. 2 gilt nicht, wenn die Tat gegenüber Ärzten oder Personen, die zum Handel mit den in Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Mitteln oder Gegenständen befugt sind, und durch eine Veröffentlichung in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern begangen wird.

**§ 219c. Inverkehrbringen von Mitteln zum Abbruch der Schwangerschaft.** (1) Wer in der Absicht, rechtswidrige Taten nach § 218 zu fördern, Mittel oder Gegenstände, die zum Schwangerschaftsabbruch geeignet sind, in den Verkehr bringt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Die Teilnahme der Frau, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft vorbereitet, ist nicht nach Absatz 1 strafbar.

(3) Mittel oder Gegenstände, auf die sich die Tat bezieht, können eingezogen werden.

**§ 219d. Begriffsbestimmung.** Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.

## **2. Fünftes Gesetz zur Reform des Strafrechts (5. StrRG)**

Vom 18.6.1974 (BGBl. I, S. 1297) i.d.F. vom 18.5.1976 (BGBl. I, S. 1213) –  
Auszug

**Art. 2. 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.

**Art. 3. Schwangerschaftsabbruch außerhalb einer geeigneten Einrichtung.** (1) Der Schwangerschaftsabbruch darf nur in einem Krankenhaus oder in einer hierfür zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer eine Schwangerschaft unter Verstoß gegen Absatz 1 aboricht. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10.000 Deutsche Mark geahndet werden.

**Art. 4. Bundesstatistik.** Über die unter den Voraussetzungen des § 218a des Strafgesetzbuches vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche wird beim Statistischen Bundesamt eine Bundesstatistik geführt. Wer als Arzt einen solchen Schwangerschaftsabbruch ausgeführt hat, hat dies bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres mit Angaben über

1. den Grund des Schwangerschaftsabbruchs,
  2. den Familienstand und das Alter der Schwangeren sowie die Zahl der von ihr versorgten Kinder,
  3. die Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften und deren Beendigung,
  4. die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft,
  5. die Art des Eingriffs und beobachtete Komplikationen,
  6. den Ort der Vornahme des Eingriffs und im Fall eines Krankenhausaufenthalts dessen Dauer sowie
  7. gegebenenfalls den fremden Staat, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat,
- dem Statistischen Bundesamt anzuzeigen; der Name der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden.

## 2. Ausführungsbestimmungen der Bundesländer zum 5. StrRG

**Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg über die Beratung werdender Mütter gemäß § 218b Abs. 1 Nr. 1 StGB vom 9.12.1985 – GABl. 1986, S. 126**

1. **Geltungsbereich.** Diese Richtlinien gelten für die Beratung gemäß § 218b Abs. 1 Nr. 1 StGB (Beratung).
2. **Ziel der Beratung.** Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie ist an die Verordnung des Grundgesetzes gebunden, wonach dem sich im Mutterleib entwickelnden Kind das Recht auf Leben uneingeschränkt zukommt und welche den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich mißbilligt. Der Beratung obliegt daher die Pflicht, sich schützend und fördernd vor das ungeborene Leben zu stellen und es der werdenden Mutter dadurch zu ermöglichen, ihre Not- und Konfliktlage zu bewältigen und die Schwangerschaft fortzusetzen.
3. **Form und Inhalt der Beratung**
  - 3.1 Die werdende Mutter ist in einem unmittelbaren persönlichen Gespräch (Beratungsgespräch) zu beraten. Mit ihrer Einwilligung sollen am Beratungsgespräch auch Personen teilnehmen, die zur Bewältigung der Not- und Konfliktlage beitragen können. Dies gilt insbesondere für den Vater des ungeborenen Kindes und – bei minderjährigen werdenden Müttern – auch für deren Eltern.
  - 3.2 Die Beratung darf sich nicht in einer schriftlichen oder mündlichen Aufzählung von allgemein möglichen Hilfen oder in einer Unterrichtung oder Übergabe schriftlichen Materials (z.B. Broschüren und Merkblätter) erschöpfen. Im Beratungsgespräch sind vielmehr mit der werdenden Mutter die für sie bestehenden, möglicherweise nicht nur auf der Schwangerschaft beruhenden Probleme und ihre gesamten persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse umfassend zu erörtern. Dabei sind die ihr angemessenen, zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Familien, Mütter und Kinder aufzuzeigen, insbesondere solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen und die Lage von Mutter und Kind erleichtern. Diese Hilfen sind gegebenenfalls zu vermitteln. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden, insbesondere mit den örtlich zuständigen Jugend- und Sozialämtern, und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege erforderlich.
  - 3.3 In der Beratung sind insbesondere Leistungen aus dem Landesprogramm »Hilfen für werdende Mütter« vom 15. Juli 1985, der Landesstiftung »Familie in Note und der Bundesstiftung »Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens« zu vermitteln.
  - 3.4 Im Beratungsgespräch sind den Beteiligten ihre Verantwortung gegenüber dem ihnen anvertrauten ungeborenen Leben und ihre Pflicht zur Achtung des Lebensrechts des sich entwickelnden Kindes bewußt zu machen. Insbesondere sind sie über Bedeutung, Risiken und Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs aufzuklären und darauf hinzuweisen, daß durch diesen unwiderruflich menschliches Leben zerstört würde.
  - 3.5 Erforderlichenfalls sind Beratung und Betreuung nach dem Beratungsgespräch für die gesamte Dauer der Schwangerschaft und die Zeit danach fortzusetzen.

4. **Zeitpunkt und Kostenfreiheit der Beratung**
  - 4.1 Die Beratung soll möglichst frühzeitig und insbesondere in Fällen einer Notlage gemäß § 218a Abs. 2 Nr. 3 StGB vor einer etwaigen Indikationsfeststellung gemäß § 219 Abs. 1 StGB durchgeführt werden.
  - 4.2 Wartezeiten für rauschende Mütter sind möglichst zu vermeiden.
  - 4.3 Die Beratung ist unentgeltlich.

5. **Trennung von Beratung und Indikationsfeststellung gemäß § 219 Abs. 1 StGB**
  - 5.1 Ärzte dürfen als Mitglieder einer gemäß § 218b Abs. 1 Nr. 1 StGB anerkannten Beratungsstelle (Nr. 9.1.1) keine Feststellung gemäß § 219 Abs. 1 StGB treffen, wenn sie die werdende Mutter sozial beraten haben.
  - 5.2 Anerkannte Beratungsstellen sind als solche nicht befugt, Feststellungen gemäß § 219 Abs. 1 StGB zu treffen.

6. **Bestätigung der Beratung**
  - 6.1 Berater im Sinne des § 218b Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nrn. 1, 2a und b StGB sind auf Verlangen der werdenden Mutter verpflichtet, dieser schriftlich zu bestätigen, daß und wann sie über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Familien, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen und die Lage von Mutter und Kind erleichtern.
  - 6.2 Die Bestätigung muß die Zielsetzung der Beratung (Nr. 2) angeben, darf jedoch den Inhalt des Beratungsgesprächs im einzelnen nicht wiedergeben.

7. **Verschwiegenheitspflicht und Zeugnisverweigerungsrecht.** Die Mitglieder und Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle im Sinne des § 218b Abs. 2 Nr. 1 StGB und Berater nach § 218 Abs. 2 Nr. 2a und b StGB sind über die Beratung und deren Inhalt zur Verschwiegenheit verpflichtet. Der Träger der Beratungsstelle hat deren Mitglieder und Beauftragten über ihre Pflicht zur Verschwiegenheit (§ 203 Abs. 1 Nr. 4a StGB) und ihr Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 Abs. 1 Nr. 3a StPO) zu unterrichten und auf die strafrechtlichen Folgen einer Verletzung der Verschwiegenheitspflicht hinzuweisen.

8. **Tätigkeitsbereiche.** Anerkannte Berater (Nr. 9) legen dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung in regelmäßigen Zeitabständen Tätigkeitsberichte vor.

9. **Anerkennung von Beratern gemäß § 218b Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 1 und 2b StGB**

- 9.1 **Beratungsstellen**
  - 9.1.1 Eine Beratungsstelle wird auf Antrag vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung gemäß § 218b Abs. 2 Nr. 1 StGB anerkannt, wenn ihr Träger
    - a) eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts ist oder einem der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg angeschlossenen Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege oder dessen Mitgliedsorganisationen angehört und

- b) Gewähr für eine den Nrn. 2 bis 7 entsprechende Tätigkeit der Beratungsstelle bietet.
- Über Ausnahmen von Nr. 9.1.1 a) entscheidet das Ministerium nach Anhörung der Liga der freien Wohlfahrtspflege.
- 9.1.2 Die Beratungsstelle muß mit mindestens einem durch mehrjährige Berufstätigkeit erfahrenen und in Hilfen vertrauten staatlich anerkannten oder graduieren, beim Träger hauptberuflich angestellten Sozialarbeiter/Sozialpädagogen oder Diplompädagogen (Fachrichtung Sozialpädagogik) besetzt sein. Außerdem muß sie im Bedarfsfall einen Psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung und einen Arzt zur Beratung beziehen können und dies durch entsprechende Abmachungen sicherstellen. Soweit erforderlich, soll auch ein Rechtskundiger zugezogen werden.
- 9.1.3 Ärzte dürfen als Berater gemäß § 218b Abs. 1 Nr. 1 StGB in der Beratungsstelle nur tätig sein, wenn sie für die Beratung die besondere Sachkunde nach den Nrn. 9.2.2 und 9.2.3 nachweisen.
- 9.1.4 Die Beratungsstelle muß über die zur sachgemäßen Durchführung der Beratung geeigneten Räumlichkeiten und über die hierzu erforderlichen Einrichtungen verfügen.
- 9.1.5 Die Beratungsstelle muß an mindestens 3 Tagen in der Woche regelmäßig geöffnet und zu den Zeiten üblicher Tätigkeit fermündlich erreichbar sein. Öffnungszeiten und Fernsprechanrufe sind in geeigneter Form bekanntzumachen.
- 9.1.6 Der Träger einer anerkannten Beratungsstelle hat die Fortbildung der Mitglieder der Beratungsstelle in angemessenem Umfang zu ermöglichen.
- 9.2 Ärzte**
- 9.2.1 Ein Arzt ist auf Antrag vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung gemäß § 218b Abs. 2 Nr. 2b StGB anzuerkennen, wenn er die Voraussetzungen der Nr. 9.2.2 erfüllt und Gewähr für eine dort Nrn. 2 bis 7 entsprechende Tätigkeit bietet.
- 9.2.2 Ärzte als Berater nach § 218b Abs. 2 Nr. 2b StGB müssen über eine mindestens 2jährige ärztliche Berufstätigkeit sowie über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen auf sozialem Gebiet verfügen und insbesondere über die möglichen Hilfen für Schwangere, Familien, Mütter und Kinder unterrichtet sein.
- 9.2.3 Ein gemäß Nr. 9.2.1 anerkannter Arzt hat sich zu verpflichten, seine Kenntnisse in den öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Familien, Mütter und Kinder den Entwicklungen auf diesem Gebiet anzupassen und zu diesem Zweck an Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für anerkannte Ärzte teilzunehmen.
- 10. Widerruf und Erlöschen der Anerkennung**
- 10.1 Die Anerkennung ist zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen (Nrn. 9.1 oder 9.2) im Zeitpunkt der Entscheidung nicht vorgelegen haben, nachträglich wegfallen oder eine sachgemäße Beratung (Nr. 2) nicht mehr gewährleistet ist.
- 10.2 Die Anerkennung erlischt, wenn der Träger einer anerkannten Beratungsstelle oder ein anerkannter Arzt auf die Anerkennung verzichtet oder die Beratungstätigkeit nicht nur vorübergehend einstellt. Verzicht und Einstellung sind dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung schriftlich anzuzeigen.
- 11. Finanzielle Förderung.** Die Anerkennung einer Beratungsstelle oder eines Beraters begründet keinen Rechtsanspruch auf finanzielle Zuwendungen des Landes.
- 12. Öffentliche Bekanntmachung.** Anerkennung sowie Widerruf und Erlöschen der Anerkennung werden im Staatsanzeiger öffentlich bekanntgemacht.

**13. Übergangsbestimmung.** Diese Richtlinien gelten auch für bestehende anerkannte Beratungsstellen.

**14. Inkrafttreten.** Diese Richtlinien sind von sofort an anzuwenden. Sie treten an die Stelle der Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung über die Beratung Schwangerer nach § 218b Abs. 1 Nr. 1 StGB vom 1.3.1977 (GABl. S. 338) in der Fassung der Ersten Änderung vom 6.5.1980 (GABl. S. 568).

## Hessen

a) *Gesetz zur Ausführung der §§ 218b und 219 des Strafgesetzbuches und des Art. 3 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 2. Mai 1978 (GVBl. 1 1978, 273ff.)* — Auszug —

### Erster Abschnitt

Berater im Sinne des § 218b Abs. 2 Nr. 1 und 2 Buchst. b des Strafgesetzbuches

#### § 1

Voraussetzungen der Anerkennung

(1) Die Beratungsstelle nach § 218b Abs. 2 Nr. 1 des Strafgesetzbuches darf nur anerkannt werden, wenn sichergestellt ist, daß ein graduierter Sozialarbeiter oder eine Person mit gleichwertiger Ausbildung die Beratung durchführt, die durch entsprechende berufliche Tätigkeit und Fortbildung über angemessene Kenntnisse der öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder sowie über gründliche Erfahrung in der Sozial- und Konfliktberatung Schwangerer verfügt. Im Bedarfsfall soll gewährtet sein, daß ein Arzt oder ein Psychologe mit wissenschaftlicher Abschlussprüfung zu der Beratung hinzugezogen werden kann.

(2) Als Berater nach § 218b Abs. 2 Nr. 2 Buchst. b des Strafgesetzbuches darf ein Arzt nur anerkannt werden, wenn er

1. an wenigstens einer ganzjährigen Informationsveranstaltung der Landesärztekammer Hessen oder eines Trägers anerkannter Beratungsstellen über die soziale Beratung nach § 218b Abs. 1 Nr. 1 des Strafgesetzbuches teilgenommen hat oder
2. mindestens drei Monate lang als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle mit der sozialen Beratung im Sinne des § 218b Abs. 1 Nr. 1 des Strafgesetzbuches betraut war.

#### § 2

Anerkennung von Beratungsstellen und Ärzten

- (1) Über die Anerkennung entscheidet auf Antrag der Beratungsstelle oder auf Antrag des Arztes die zuständige Stelle.
- (2) Zuständig für die Anerkennung von Beratungsstellen ist der Regierungspräsident, in dessen Bereich die Beratungsstelle ihren Sitz hat.
- (3) Innerhalb ihres örtlichen und sachlichen Wirkungskreises können auch Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, zu deren gesetzlichen oder satzungsgemäßen Aufgaben die Beratung von Schwangere, die Familien-, Ehe- oder Sexualberatung gehören, eigene Einrichtungen oder solche ihnen zugehöriger Träger als Beratungsstellen anerkennen.
- (4) Zuständig für die Anerkennung von beratenden Ärzten ist die Landesärztekammer Hessen.

#### § 3

Pflichten der Berater

- (1) Die Beratung der Schwangere hat die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder, insbesondere solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, zum Gegenstand.

(2) Die Beratung hat in persönlicher Anwesenheit der Schwangere zu erfolgen. Sie ist der Schwangere oder mit ihrer Zustimmung einem von ihr benannten Arzt auf Verlangen schriftlich zu bestätigen. Die Beratung und die darüber ausgestellte Bescheinigung ist unentgeltlich.

(3) Anerkannte Beratungsstellen müssen unter einer festen Anschrift zur Beratung geeignete Räume unterhalten und über die erforderliche Einrichtung verfügen. Sie haben in diesen Räumen regelmäßig Sprechstunden abzuhalten und sicherzustellen, daß sie telefonisch erreichbar sind.

(4) Der Träger einer anerkannten Beratungsstelle hat die Mitglieder und Beauftragten der Beratungsstelle sowie deren berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, über ihre Pflicht zur Verschwiegenheit sowie über ihr Zeugnisverweigerungsrecht zu unterrichten und sie auf die strafrechtlichen Folgen einer Verletzung der Geheimhaltungspflicht hinzuweisen. Die Ratsuchenden sollen über die Schweigepflicht der Berater unterrichtet werden.

#### § 4

Überwachung, Statistik

(1) Die Beratungsstellen werden von dem Regierungspräsidenten, die beratenden Ärzte von der Landesärztekammer Hessen daraufhin überwacht, ob die für die Beratung geltenden gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden.

(2) Die Beratungsstellen haben jährlich in Form eines schriftlichen Berichtes dem Regierungspräsidenten Auskunft über die Zahl der Beratungen sowie über Alter, Familienstand, Wohnsitz und Nationalität der Beratenen, jedoch ohne Namensnennung, zu geben.

#### § 5

Rücknahme und Widerruf der Anerkennung

(1) Die Anerkennung kann zurückgenommen werden, wenn eine ihrer Voraussetzungen nicht gegeben war.

- (2) Sie kann von der anerkennenden Stelle ferner widerrufen werden, wenn 1. auf Grund nachträglich eingetretener Tatsachen eine Versagung der Anerkennung gerechtfertigt wäre,
2. die Beratungsstelle oder der Arzt den Pflichten nach § 3 schuldhaft nicht nachkommt,
3. die Beratungsstelle oder der Arzt die Beratung wiederholt nur unzureichend durchführt.
- (3) Hat eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts eine Beratungsstelle nach § 2 Abs. 3 anerkannt, so ist die Anerkennung zu widerrufen, wenn die anerkennende Stelle aufgelöst wird. Zuständig für den Widerruf ist der Regierungspräsident.

#### § 6

Bekanntmachung, Listenführung

- (1) Anerkennungen von Beratungsstellen und von Ärzten sowie Rücknahme und Widerruf sind von den Regierungspräsidenten im Staatsanzeiger für das Land Hessen bekanntzugeben. Die übrigen anerkennenden Stellen sind verpflichtet, dem Regierungspräsidenten, in dessen Bereich die anerkannte Beratungsstelle ihren Sitz hat oder der anerkannte Arzt seinen Beruf ausübt, die dazu erforderlichen Angaben zu machen.



(2) Die anerkannten Beratungsstellen, die Ärzte, die als Mitglieder einer anerkannten Beratungsstelle mit der Beratung im Sinne des § 218b Abs. 1 Nr. 1 des Strafgesetzbuches betraut sind, und die anerkannten Ärzte werden in einem von der Landesärztekammer Hessen zu führenden Verzeichnis aufgenommen, das jährlich im amtlichen Verkündungsblatt der Landesärztekammer zu veröffentlichen ist.

## Zweiter Abschnitt

Einrichtungen im Sinne des Art. 3 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts

### § 7

Voraussetzungen für die Zulassung

(1) Die Zulassung einer Einrichtung im Sinne des Art. 3 Abs. 1 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974 (BGBl. I S. 1297), geändert durch Gesetz vom 18. Mai 1976 (BGBl. I S. 1213), setzt voraus, daß die Einrichtung unter ärztlicher Leitung steht, mit fachlich geeignetem Personal besetzt ist und über die erforderliche Ausstattung verfügt. Die ärztliche Beratung und Überwachung der Schwangeren auch nach dem Eingriff sowie eine etwa notwendige stationäre Nachbehandlung müssen sichergestellt sein.

(2) Der Sozialminister erläßt Richtlinien über die Voraussetzungen für die Zulassung.

### § 8

Zuständigkeit für die Zulassung

Zuständige Behörde für die Zulassung einer Einrichtung im Sinne des Art. 3 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts ist der Regierungspräsident, in dessen Bereich die Einrichtung betrieben werden soll. Vor der Entscheidung sind das örtlich zuständige Gesundheitsamt und die Landesärztekammer Hessen zu hören.

### § 9

Rücknahme und Widerruf der Zulassung

(1) Die Zulassung kann zurückgenommen werden, wenn die Voraussetzungen dafür nicht vorliegen.

(2) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn  
1. auf Grund nachträglich eingetretener Tatsachen eine Versagung der Zulassung berechtigt wäre,

2. Tatsachen bekannt werden, die darauf schließen lassen, daß Schwangerschaftsabbrüche nicht unter Beachtung der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt werden oder dem Leiter der Einrichtung die erforderliche Zuverlässigkeit mangelt.

### § 10

Bekanntmachung, Listenführung

Die Vorschriften des § 6 über die Bekanntmachung der Anerkennungen, der Rücknahme und des Widerrufs sowie die Führung eines Verzeichnisses durch die Landesärztekammer Hessen finden entsprechende Anwendung.

### § 13

Schwangerschaftsabbrüche in Krankenhäusern

Die Klinika der Universitäten des Landes haben unbeschadet ihrer Aufgaben in der Krankenversorgung und Geburtshilfe sowie in Forschung und Lehre einen angemessenen Teil der gynäkologischen Betten für Schwangerschaftsabbrüche bereitzustellen.

### § 14

Beratung nach Schwangerschaftsabbruch

Nach dem Abbruch der Schwangerschaft ist der Patientin, bevor sie aus dem Krankenhaus oder der zugelassenen Einrichtung im Sinne des Art. 3 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts entlassen wird, Gelegenheit zu geben, sich von einem Arzt über die für sie geeigneten Methoden der Empfängnisregelung beraten zu lassen.

b) Richtlinien des Sozialministers über die Voraussetzungen für die Zulassung von Einrichtungen im Sinne des Art. 3 des 5. StrRG vom 17.5.1978 (Staatsanzeiger 1978, 1210)

Nach § 7 Abs. 1 des am 11. Mai 1978 in Kraft getretenen Gesetzes zur Ausführung der §§ 218b und 219 des Strafgesetzbuches und des Art. 3 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 2. Mai 1978 – hier: Ausführungsgesetz – (GVBl. I S. 273) in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 des 5. StrRG vom 18. Juni 1974 (BGBl. I S. 1297), geändert durch Art. 3 des Fünftzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18. Mai 1976 (BGBl. I S. 1213), darf ein Schwangerschaftsabbruch außerhalb von Krankenhäusern und konzeptionierten Privatkankeinstalten nur in einer hierfür behördlich zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden, die unter ärztlicher Leitung steht, mit fachlich geeignetem Personal besetzt ist und über die erforderliche Ausstattung verfügt. Wegen der mit dem Eingriff verbundenen gesundheitlichen Gefahren für die Schwangere sollen in ihr Schwangerschaften nur bis zur 8. Schwangerschaftswoche – gerechnet ab Empfängnis – abgebrochen werden. Im Hinblick auf nicht auszuschließende Komplikationen müssen die ärztliche Beratung und Überwachung auch nach dem Eingriff sowie eine etwa notwendige stationäre Nachbehandlung sichergestellt sein.

Im einzelnen sind folgende Voraussetzungen zu beachten:

1. Der den Eingriff vornehmende Arzt muß in der Frauenheilkunde erfahren sein und auf Grund seiner bisherigen Tätigkeit und Fortbildung mit den nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannten Methoden des Schwangerschaftsabbruchs vertraut sein. Es muß gewährleistet sein, daß dem Arzt eine ausgebildete Fachkraft – Krankenschwester oder Arzthelferin – assistiert. Werden Eingriffe in Allgemeinarztpraxis vorgenommen, ist ein in der Narkosetechnik und in der Erkennung und Behandlung von Narkosezwischenfällen erfahrener Arzt – in der Regel ein Anästhesist – zu beschäftigen. Bei Anwendung der Lokalanästhesie muß der den Eingriff vornehmende Arzt Kenntnisse und Erfahrungen in der Reanimation einschließlich der endotrachealen Intubation nachweisen können. Durch das vorhandene Personal muß nach dem Eingriff eine kontinuierliche Überwachung der Patientin gewährleistet sein.
2. Die Einrichtung muß geeignete Räume für die Behandlung und Überwachung einschließlich eines Ruheraumes zur Nachsorge aufweisen. Der Behandlungsraum muß den aseptischen Bedingungen eines Operationsraumes entsprechen und ebenso wie die anderen Räume für einen liegenden Krankentransport zugänglich sein.
3. Die apparative und medikamentöse Ausstattung der Einrichtung muß neben der Narkose (Narkoseapparat) auch die Beherrschung von Zwischenfällen (Beatmungsbeutel, Intubationsbesteck, EKG-Monitor) einschließlich der notwendigen Maßnahmen zur Wiederbelebung und Behandlung von Atmungs-, Herz- und Kreislaufkomplikationen und deren Folgen ermöglichen. Die intravenöse Infusionstherapie muß sofort, die Gabe von Blut kurzfristig möglich sein.
4. Für nicht beherrschbare Notfälle muß mit einem nahegelegenen Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen werden, die eine sofortige Krankenhauseinweisung gestattet.

5. Der den Eingriff vornehmende Arzt hat nach der Entlassung in häusliche Überwachung und Pflege eine kontinuierliche Nachbetreuung sicherzustellen, welche die Erkennung von Komplikationen und deren sofortige Behandlung gewährleistet.

Anträge auf Zulassung sind formlos in zweifacher Ausfertigung bei dem für die Entscheidung zuständigen Regierungspräsidenten (§ 8 Satz 1 des Ausführungsgesetzes) zu stellen. Ihnen sollen die entsprechenden Unterlagen und Nachweise beigelegt werden. Die Beteiligung des örtlich zuständigen Gesundheitsamtes (§ 8 Satz 2 des Ausführungsgesetzes) erfordert regelmäßig eine Beschichtung der Einrichtung.

Die Zulassung wird in der Regel unbefristet erteilt. In dem Zulassungsbescheid ist der Antragsteller auf die von ihm nach diesen Richtlinien zu erfüllenden Anforderungen hinzuweisen. Ihm ist ferner aufzuerlegen, daß er Veränderungen in den für die Zulassung maßgeblichen Voraussetzungen unverzüglich mitzuteilen hat.

Als Tatsache im Sinne des § 9 Abs. 2 des Ausführungsgesetzes ist neben dem Fortfall wesentlicher, für die Zulassung maßgeblicher personeller, apparativer oder räumlicher Voraussetzungen jede erhebliche Verletzung der dem Antragsteller oder den für die ärztliche Leitung der Einrichtung verantwortlichen Personen obliegenden gesetzlichen oder beruflichen Pflichten anzusehen. Für die Überwachung der Einrichtungen ist § 47 der Dritten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1933 (RMBl. S. 327), zuletzt geändert durch Gesetz vom 31. Oktober 1972 (GVBl. I S. 349), sinngemäß anzuwenden.

### 3. Zufällig ausgewählte Fallbeispiele zu allen Indikationsarten:

#### a) medizinische Indikation

Zustand nach Wochenbettpsychose mit Monaten Klinikaufenthalt und Psychopharmaka (F327)

Patientin aus asozialem Milieu, drogenabhängige Geschwister, geschieden, schwere Herzrhythmusstörungen und Herzkrankheit (F332)

Patientin bekam von altem Praktiker Tragynon, zwei Packungen Tetragnon (F333)

hebephrene Schizophrenie (F334)

Beckenvenenthrombose, 4. Schwangerschaft, bereits wieder Venenthrombose, nach Herzoperation und Marcumar-Behandlung (F335)

akutes Nierenversagen während der letzten Schwangerschaft, Nierendialyse, zwei Wochen Koma (F336)

Patientin mit schwerem Leberschaden und mehrfachen Thrombosen (Gutachten vom Internisten eingeholt) (F339)

schwere Epilepsie mit sozialer Komponenten (F341)

Frau 40-42 Jahre, operative Eingriffe, die nötig waren und intrauteriner Blutaustausch (schwere Blutgruppenunverträglichkeit), der Frau nicht zumutbar (F344)

Aids-Patientin aus der Drogenhilfe mit Lymphknotenbefall im stationären Stadium (F345)

Patientin mit malignem Lymphom (Hodgkin), 3 Jahre erfolgreich behandelt, schwanger, Geburt, ein halbes Jahr nach der Geburt rezidiv (Lymphom), kurz später wieder schwanger, Indikation zusammen mit Internist (F349)

b) eugenische Indikation

Klinefelter-Syndrom, 34 Jahre, 1 Kind (F138)

Fruchtwasserpunktion, 16. Woche, mongoloides Kind (F140)

Fruchtwasseranalyse, Chromosomenanomalie nachgewiesen, Kind  
rückenmarksgeschädigt (F141)

32jährige Frau, Fruchtwasseranalyse, mongoloides Kind (F142)

junge Frau, Rötelinfection (F143)

Froschkopf (fehlendes Großhirn), 14. Woche (F144)

mongoloides Kind (F146)

Potter-Syndrom (F147)

siamesische Zwillinge, ohne Arme (F150)

Anenzephalus (Kind ohne Kopf) (F152)

Chromosomenanomalie, festgestellt durch Fruchtwasseranalyse, 22.  
Woche Abbruch (F157)

Rötelinfection in der 5. Woche (F159)

Röteln (F163)

debiles Mädchen, wurde schwanger (F164)

Arthrogryposis multiplex congenita, Knochen- und Gesichtsmißbil-  
dung, Kind hätte nie schlucken können (F165)

Rötelinfection in der Frühschwangerschaft, Frau war sehr verun-  
sichert (F166)

c) kriminologische Indikation

Vergewaltigung im Auto nach Discobesuch von Exfreund, mit Einschaltung der Kripo (F305)

Vergewaltigung, im Haus von amerikanischen Soldaten überfallen, Täter unbekannt (F325)

alkoholisierte Halbnotzucht an einer 14jährigen (F327)

15- bis 16jährige Tochter, die ein Verhältnis mit einem Neger hatte (verführt worden). (F328)

23jährige, kleines Gastgewerbe, ein Kind, Ausländer als Freund, der sie in die Drogen- und Zuhälterszene bringen wollte und sie (nach vorheriger Trennung) gefügig machen wollte (F329)

von Nordafrikaner vergewaltigt und bedroht (mußte Wohnort wechseln) (F332)

Patientin, die sich geschämt hatte, Anzeige zu erstatten, nach Anzeige Indikation (F333)

Vergewaltigung einer schwachsinnigen 17jährigen (F335)

Patientin sofort nach Vergewaltigung zur Kripo, fünf Wochen später schwanger (F339)

Vergewaltigung eines Kindes, polizeiliche Sicherstellung des Falles (F341)

17jährige Ausländerin von ihrem Vater vergewaltigt (F352)

17jährige vom Freund des Freundes vergewaltigt (F353)

d) Notlagenindikation

23jährige, bereits vor acht Monaten von unehelichem Kind entbunden, Kindsvater anerkannter Asylant, der nicht arbeiten will, Beziehung in Auflösung, lebt von Mutter-Kind-Projekt (F345)

15jährige Schülerin, Freund wollte sich von ihr trennen (F351)

24jährige, unverheiratet, Freund 19 Jahre, Lehre vor kurzem erst abgeschlossen, ohne Zukunftsperspektive mit Kind (F352)

Frau sagt, sie stehe in Scheidung, der Mann sei aber über sie hergefallen, hat bereits drei Kinder, Frau weiß nicht, wie es weitergehen soll, auch finanziell, nach der Scheidung (F353)

junge Frau, geschieden, lose Sexualbeziehung, Italienerin, in Familienclan verhaftet, berufstätig, bereits ein Kind (F356)

psychisch auffällige Frau (nervös), unterdurchschnittlich intelligent, meistert ihr Leben nicht, außerehelich schwanger, hat bereits ein Kind (F358)

Türkin, zwei Kinder, würde in wirtschaftliche Notlage kommen, da der Mann in der Türkei zum Militär muß, Indikation seitens des Arztes, es stellt sich heraus, daß dies gelogen war (F359)

Ehebruch, Kind vom Freund, Ehemann nicht einverstanden (F360)

Frau ca. 40 Jahre, Mann Trinker, schwanger von anderem Mann, Rücksprache mit dem Hausarzt (F361)

16jähriges Mädchen, Eltern schmeißen Kind raus bei Austragen (F362)

Ende 20, zwei Kinder, Mann arbeitslos, Hausfrau, erwartete Zwillinge, Indikation, Holland, Abbruch (F363)

Patientin noch keine Kinder, mit Freund zusammen Restaurant aufgebaut, Aufbauphase, Austragen der Schwangerschaft würde wirtschaftlichen Ruin bedeuten (F364)

#### 4. Erhebungsinstrument und Beurteilungsbogen

MAX-PLANCK-INSTITUT  
FÜR AUSLÄNDISCHES UND INTERNATIONALES  
STRAFRECHT

Diktator: Prof. Dr. ALBIN ESER, M. C. J., Prof. Dr. GÖTHER KAISER

D-7800 Freiburg im Breisgau  
Gartenstraße 73  
Telefon (0761) 706-1

#### INTERVIEWLEITFADEN

ZUR

#### ÄRZTEBEFRAGUNG

Frage	Antwort	Filter
1. Wie Sie wissen, ist ein Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen bestimmter Indikationen nicht strafbar. Wie ist Ihre Einstellung zu den gesetzlich vorgegebenen Indikationen?	- medizinische Indikation - eugenische Indikation - kriminologische Indikation - Notlagenindikation	
INTERVIEWER: BEI BLATT 1 VORLESEN!		2
2. Obwohl der reformierte § 218 StGB nun schon 10 Jahre in Kraft ist, gibt es von ärztlicher Seite immer wieder Stimmen, die sagen, das Gesetz sei nicht eindeutig formuliert und schwer verständlich. Wie beurteilen Sie Ihre Gesetzeskenntnis? Halten Sie sich für...!	- wenig(er) informiert - nicht in allen Einzelheiten informiert - genau informiert - Sonstiges	
INTERVIEWER: ANTWORTVORGABEN VORLESEN!		3
3. Nach dem Gesetz ist bei der medizinischen Indikation eine zeitliche Befristung nicht vorgesehen. Bis zu welcher Woche würden Sie bei Gefahr für das Leben der Schwangeren einen Schwangerschaftsabbruch befürworten?	- ich lehne Schwangerschaftsabbrüche auch bei Gefahr für das Leben der Mutter ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	4
4. Bis zu welcher Woche würden Sie bei Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen Gesundheitszustandes der Schwangeren einen Schwangerschaftsabbruch befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbruch bei medizinisch-somatischer Indikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	5

Projekt: Schwangerschaftsabbruch

M. Häußler/August '86

Frage	Antwort	Filter
5. Bis zu welcher Woche würden Sie bei Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des mütterlichen Gesundheitszustandes der Schwangeren einen Schwangerschaftsabbruch befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbrüche bei medizinisch-psychiatrischer Indikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	11
6. Bei der sog. genetischen oder eugenischen Indikation sieht das Gesetz eine zeitliche Befristung von 22 Wochen für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs vor. Bis zu welcher Woche würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbrüche bei eugenischer Indikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	6
7. Bei der genetischen oder eugenischen Indikation müssen dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind an einer nicht beherrschbaren schwerwiegenden Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde. Bei welchem Wahrscheinlichkeitsgrad einer Schädigung des Kindes würden Sie eine genetische Indikation für angemessen halten.	- .....% Wahrscheinlichkeit - allein die Möglichkeit einer Schädigung genügt, wenn die Frau meint, es nicht verkraften zu können - jedes behinderte Kind hat ein Recht, zu leben - Sonstiges: .....	7
8. Nach dem Gesetz besteht bei der sog. ethischen oder kriminologischen Indikation (Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch) eine zeitliche Befristung von 12 Wochen. Bis zu welcher Woche würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch aus kriminologischer Indikation befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbrüche aus kriminologischer Indikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	9
9. Bei der ethischen oder kriminologischen Indikation kann die Beweislage schwierig sein. Wann erkennen Sie eine kriminologische Indikation an?	- wenn eine polizeiliche Anzeige vorliegt - wenn die Polizei mir objektive Anhaltspunkte für eine Vergewaltigung bestätigt (gerichtsmed. Gutachten) - wenn es Zeugen gibt - wenn mir die Schilderung der Schwangeren glaubwürdig erscheint - wenn die Schwangere jünger als 14 ist - Sonstiges: .....	10
10. Würden Sie eher bei einem sexuell mißbrauchten Kind oder eher bei einer vergewaltigten Frau eine kriminologische Indikation anerkennen?	- Ich sehe darin keinen Unterschied - eher bei einem mißbrauchten Kind - eher bei einer vergewaltigten Frau - Sonstiges: .....	11

Frage	Antwort	Filter
8. Nach dem Gesetz besteht bei der sog. ethischen oder kriminologischen Indikation (Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch) eine zeitliche Befristung von 12 Wochen. Bis zu welcher Woche würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch aus kriminologischer Indikation befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbrüche aus kriminologischer Indikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	9
9. Bei der ethischen oder kriminologischen Indikation kann die Beweislage schwierig sein. Wann erkennen Sie eine kriminologische Indikation an?	- wenn eine polizeiliche Anzeige vorliegt - wenn die Polizei mir objektive Anhaltspunkte für eine Vergewaltigung bestätigt (gerichtsmed. Gutachten) - wenn es Zeugen gibt - wenn mir die Schilderung der Schwangeren glaubwürdig erscheint - wenn die Schwangere jünger als 14 ist - Sonstiges: .....	10
10. Würden Sie eher bei einem sexuell mißbrauchten Kind oder eher bei einer vergewaltigten Frau eine kriminologische Indikation anerkennen?	- Ich sehe darin keinen Unterschied - eher bei einem mißbrauchten Kind - eher bei einer vergewaltigten Frau - Sonstiges: .....	11



Frage	Antwort	Filter	Antwort	Filter
11. Welche Anforderungen stellt das Recht bei einer kriminologischen Indikation?	- weiß nicht - gar keine - daß Anzeige erstattet werden muß - daß dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf einer Straftat beruht - Sonstiges: .....			
12. Bei der allgemeinen Notlagenindikation sieht das Gesetz eine zeitliche Befristung von 12 Wochen vor. Bis zu welcher Woche würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch aus Notlagenindikation befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbrüche bei Notlagenindikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	14		
13. Im folgenden geht es um Ihr persönliches Verständnis einer "schwerwiegenden Notlage" als Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. INTERVIEWER: BEIPLATT 2 VORLEGEN! Bitte kreuzen Sie bei jedem Beispiel an, ob Sie die aufgeführten Gründe als ausreichend oder nicht ausreichend für eine Notlagenindikation ansehen!		13		
14. Das Vorverfahren zu einem strafreifen Schwangerschaftsabbruch sieht u.a. die Durchführung einer sozialen Beratung vor. Führen Sie soziale Beratungen nach § 218b StGB durch?	- JA - NEIN			15
15. Wie haben Sie sich für diese Tätigkeit qualifiziert? Sind Sie... INTERVIEWER: ANTWORTVORGABEN VORLESEN!	- Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle - von einer Behörde, Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt - oder haben Sie sich auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen informiert? - Sonstiges: .....			17
16. Wie haben Sie sich über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen informiert?	- ca. .... Beratungen - ganz selten - weiß nicht			16
17. Wieviele Sozialberatungen machen Sie pro Monat?	- ca. .... Minuten - Sonstiges: .....			17
18. Wie lange dauert eine Sozialberatung normalerweise?	- JA - NEIN - weiß nicht			18
19. Kann man sich Ihrer Ansicht nach bei der Durchführung einer Sozialberatung strafbar machen?	- JA - NEIN - weiß nicht			19

Frage	Antwort	Filter
11. Welche Anforderungen stellt das Recht bei einer kriminologischen Indikation?	- weiß nicht - gar keine - daß Anzeige erstattet werden muß - daß dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf einer Straftat beruht - Sonstiges: .....	
12. Bei der allgemeinen Notlagenindikation sieht das Gesetz eine zeitliche Befristung von 12 Wochen vor. Bis zu welcher Woche würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch aus Notlagenindikation befürworten?	- lehne Schwangerschaftsabbrüche bei Notlagenindikation ab - entscheide nach Einzelfall - immer - bis zur ..... Woche - Sonstiges: .....	14
13. Im folgenden geht es um Ihr persönliches Verständnis einer "schwerwiegenden Notlage" als Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. INTERVIEWER: BEIPLATT 2 VORLEGEN! Bitte kreuzen Sie bei jedem Beispiel an, ob Sie die aufgeführten Gründe als ausreichend oder nicht ausreichend für eine Notlagenindikation ansehen!		13

Frage	Antwort	Filter
20. Wie kann man sich bei der Durchführung einer Sozialberatung Ihrer Ansicht nach strafbar machen?	- mangelnde Aufklärung - Falschinformation - Sonstiges: .....	
INTERVIEWER: STICHWORTE NOTIEREN!	.....	21
21. Es gibt unterschiedliche Vorstellungen über die Aufgabe des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218b StGB. Ich habe hier eine Liste möglicher Einstellungen.		
INTERVIEWER: BEIBLATT 3 VORLEGEN!		
Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie wichtig Sie diesen Aspekt finden!		22
22. Das Vorverfahren zu einem straffreien Schwangerschaftsabbruch sieht neben der sozialen Beratung eine medizinische Beratung vor. Führen Sie medizinische Beratungen nach § 218b StGB durch?	- JA - NEIN	23 28
23. Führen Sie ein Gespräch mit der Klientin oder verwenden Sie ein Merkblatt?	- Gespräch - Merkblatt - Sonstiges, z.B. Filme, Dias etc. ....	25 24 25

Frage	Antwort	Filter
24. Welche Themen werden in dem Merkblatt besprochen?	- Embryonalentwicklung im Mutterleib - Risiken der Schwangerschaft - Risiken des Schwangerschaftsabbruchs - medizinische Einzelheiten des Schwangerschaftsabbruchs - Fragen der Kontrazeption - Sonstiges, nämlich: .....	
25. Über welche Themen sprechen Sie bei der medizinischen Beratung?	- Embryonalentwicklung im Mutterleib - Risiken der Schwangerschaft - Risiken des Schwangerschaftsabbruchs - medizinische Einzelheiten des Schwangerschaftsabbruchs - Fragen der Kontrazeption - psychologische Konfliktverarbeitung - Sonstiges, nämlich: .....	26
26. Wieviele medizinischen Beratungen nach § 218b StGB führen Sie pro Monat durch?	- ca. .... Beratungen - ganz selten - weiß nicht	27 27 28
27. Wie lange dauert eine medizinische Beratung nach § 218b StGB normalerweise?	- ..... Minuten - Sonstiges: .....	



Frage	Antwort	Filter	Frage	Antwort	Filter
41. Bitte schildern Sie mir den letzten Fall einer kriminologischen Indikation aus Ihrer Praxis, an den Sie sich erinnern.	.....		47. Kann sich der Arzt Ihrer Ansicht nach bei der Indikationsstellung strafbar machen?	- JA - NEIN - weiß nicht	48 49 49
INTERVIEWER: FALLGESCHICHTE MITSCHREIBEN!	.....	42	48. Wie kann sich der Arzt bei der Indikationsstellung strafbar machen?	- Indikation wider besseres Wissen - zu oberflächliche Indikationsvergewisserung - Sonstiges: .....	
42. Wie groß ist der prozentuale Anteil der allgemeinen Notlagenindikationen bei den Indikationen, die Sie feststellen?	- ca. ....% - Ich stelle keine Notlagenindikationen - ganz selten - weiß nicht	43 45 43 43	49. Finden Sie es richtig, daß nur die Berufsgruppe der Ärzte Indikationen ausstellen darf?	- JA - NEIN - weiß nicht	51 50 50
43. Fühlen Sie sich in der Regel eher sicher oder eher unsicher bei der Feststellung einer allgemeinen Notlagenindikation?	- eher sicher - eher unsicher - weiß nicht		50. Welche andere Berufsgruppe könnte Ihrer Meinung nach diese Aufgabe übernehmen?	.....	
44. Bitte schildern Sie mir den letzten Fall einer allgemeinen Notlagenindikation aus Ihrer Praxis, an den Sie sich erinnern.	.....		INTERVIEWER: ANTWORT MITSCHREIBEN!	.....	51
INTERVIEWER: FALLGESCHICHTE NOTIEREN!	.....	45	51. Brauchen die Ärzte zur Indikationsfeststellung Ihrer Meinung nach eine besondere Qualifikation?	- JA - NEIN	52 53
45. Ist für Sie eine Indikationsstellung im Rahmen des § 218a StGB eher belastend oder eher nicht belastend?	- eher belastend - eher nicht belastend - Sonstiges: .....	46 47 47	52. An welche Art Qualifikation denken Sie dabei?	- geschärfttherapeutische Zusatzbildung - spezielle Schulung zum Thema Schwangerschaftsabbruch - Sonstiges: .....	
46. Welche Gesichtspunkte belasten Sie besonders?	- daß es um die Tötung menschlichen Lebens geht - daß ich nie weiß, ob die Frau ihre Entscheidung nicht mal bereuen wird - Sonstiges: .....				53
INTERVIEWER: STICHWORTE NOTIEREN!	.....	47			

Frage	Antwort	Filter
53. Führen Sie Schwangerschaftsabbrüche durch?	- JA - NEIN	54 70
54. Wo führen Sie die Schwangerschaftsabbrüche durch?	- eigene Praxis - fremde Arztpraxis - auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisierte Klinik - allgemeine Klinik - Belegklinik - Sonstiges: .....	55
55. Wie lange sind die Frauen in Ihrer Klinik/Praxis?	- gehen gleich nach dem Abbruch - gehen am selben Tag - ..... Tage - Sonstiges: .....	56
56. Führen Sie vor dem Schwangerschaftsabbruch ein Gespräch mit der Frau?	- JA - NEIN	57 58
57. Wörtlich sprechen Sie mit der Frau?	- medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs - Indikationsvergewisserung - ob die Frau sicher ist, daß sie einen Abbruch will - künftige Empfängnisverhütung - Sonstiges: .....	59 58 58 58 58

Frage	Antwort	Filter
58. Wie werden die Frauen von Ihnen über das medizinische Vorgehen bei einem Schwangerschaftsabbruch informiert?	- mündlich - schriftlich (Merkblatt) - gar nicht - Sonstiges: .....	59
59. Nach welcher medizinischen Methode führen Sie den Schwangerschaftsabbruch durch?	- Absaugmethode - Ausschaben/Kürettage - medikamentöser Abbruch (Prostaglandine) - andere Methode: .....	60
60. Welche Kosten muß die Frau für den Schwangerschaftsabbruch entrichten?	- Kosten trägt Krankenkasse - Kasse plus Zusatzhonorar von DM: .....	61
61. Kommen die Frauen auch zu Ihnen zur Nachbetreuung?	- JA - NEIN	63 62
62. Warum kommen Sie nicht zu Ihnen?	- ich überweise zurück an den einweisenden Arzt/Hausarzt - ich halte eine Nachbetreuung für überflüssig - Sonstiges: .....	63





Frage	Antwort	Filter
88. Wie ist das mit der Indikationsstellung: Werden Ärzte, die Indikationen feststellen, eher schief angesehen oder hat das keine Auswirkungen auf den privaten Umgang?	- eher schief angesehen - teils, teils - keine Auswirkungen	
89. Jetzt habe ich noch einige Fragen zu Ihrer beruflichen Orientierung: Sind Sie Mitglied in einer freiwilligen ärztlichen Berufsorganisation wie z.B. Hartmannbund, Marburgerbund?	- JA - NEIN	89
90. In welchen Berufsverbänden sind Sie Mitglied? INTERVIEWER: NOTIEREN!	- Hartmannbund - Marburgerbund - Berufsverband der Frauenärzte - Verband niedergelassener Gynäkologen - Fachverband der Gynäkologen - Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin - Sonstige, nämlich: .....	90 92
91. Hat die Haltung Ihrer ärztvereinigungs Einfluß auf Ihren Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch?	- JA - NEIN	91
92. Sind Sie außerhalb Ihrer ärztlichen Tätigkeit Mitglied in einer Organisation oder einem politischen Verband?	- JA - NEIN	93 94

Frage	Antwort	Filter
93. In welchen sonstigen Organisationen/Verbänden sind Sie Mitglied? INTERVIEWER: NOTIEREN!	(1) ..... (2) ..... (3) .....	
94. Welche Fachzeitschriften lesen Sie? INTERVIEWER: NOTIEREN!	- Geburtshilfe und Frauenheilkunde - Der Gynäkologe - Gynäkologische Praxis - Deutscher Frauenarzt - Sexualmedizin - Deutsches Ärzteblatt - Medical Tribune - Sonstige, nämlich: ..... .....	94
95. Es gibt unterschiedliche Vorstellungen über den Beruf des Arztes. INTERVIEWER: BEIBLATT 5 VORLEGEN Auf welche Eigenschaft kommt es Ihrer Meinung nach im Arztberuf am meisten an?	- Genauigkeit und Zuverlässigkeit - moralische Integrität - besondere Fachkenntnisse und Wissen - besondere Liebe zum Beruf	
96. Und was wäre Ihrer Meinung nach die angemessenste Entschädigung im Arztberuf? INTERVIEWER: BEIBLATT 6 VORLEGEN! Bitte bilden Sie wieder eine Rangreihe von 1 bis 4!	- Dankbarkeit, Vertrauen - Prestige, Einkommen - sachliche Anerkennung der Leistung - Erfüllung, persönliche Befriedigung	96 97



Frage	Antwort	Filter
102. Sind Sie ein regelmäßiger Kirchgänger?	- ja, regelmäßig - nein, selten - nein, nie	103
103. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	- deutsch - anderes: .....	104
104. Wo arbeiten Sie? INTERVIEWER: GENAU NOTIEREN!	- niedergelassener Gynäkologe mit eigener Praxis - Gruppenpraxis - angestellter Klinikarzt - anderes: .....	105
105. Wieviele Einwohner hat der Ort, an dem Sie arbeiten?	- unter 5000 - 5000 - 50.000 - 50.000 - 100.000 - 100.000 - 500.000 - mehr als 500.000	106
106. NUR VOM INTERVIEWER AUSZUFÜLLEN: Geschlecht des Probanden	- männlich - weiblich	107
107. Dauer des Interviews	- ..... Minuten	108
108. Bundesland	- Hessen - Baden-Württemberg	109
109. Kooperationsbereitschaft des Befragten	- sehr kooperativ - eher kooperativ - eher unkooperativ - sehr unkooperativ	110
110. Besondere Schwierigkeiten?	- JA - NEIN	111 112
111. Welche?	..... ..... ..... .....	
112. Datum	.....	113
113. Interviewer	.....	

Frage	Antwort	Filter
97. Wir haben hier einige Berufe zusammengestellt: INTERVIEWER: BEIBLATT 7 VORLEGEN! Mit welchem dieser Berufe würden Sie den Beruf des Arztes nach dem <u>Wesen seiner Tätigkeit</u> am ehesten vergleichen?	- Architekt, Ingenieur - Manager, Wirtschaftsführer - Richter - Pädagoge, Pfarrer - Dichter, Schriftsteller, Künstler - Kaufmann, Geschäftsmann - "technischer" Berater, Sachverständiger - Beamter - ..... - .....	98
98. Zum Schluß möchte ich Sie noch um einige <u>statistischen Angaben</u> zu Ihrer Person bitten! Wie alt sind Sie?	- 25-29 Jahre - 30-34 Jahre - 35-39 Jahre - 40-44 Jahre - 45-49 Jahre - 50-54 Jahre - 55-59 Jahre - 60-64 Jahre - 65 und älter	
99. Sind Sie verheiratet?	- ledig - verheiratet - geschieden - verwitwet	100
100. Haben Sie Kinder? Wieviele?	- keine - 1 Kind - 2 Kinder - 3 Kinder - 4 Kinder - 5 Kinder	101
101. Welche Konfession haben Sie?	- evangelisch - katholisch - keine - Sonstiges: .....	102 102 103 102

BEIBLATT 2: Gründe für eine Notlagenindikation

Bitte kreuzen Sie bei jedem Beispiel an, ob Sie die aufgeführten Gründe als ausreichend oder nicht ausreichend für eine Notlagenindikation ansehen!

BEIBLATT 1: Einstellung zu den gesetzlichen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch

Wie ist Ihre Einstellung zu den aufgeführten gesetzlichen Indikationen?

Tragen Sie bitte die zwischen den Klammern stehenden Schlüsselzahlen in die entsprechenden Kästchen links ein.

- (1) Ich akzeptierte voll...
- (2) Ich habe geringe Vorbehalte gegen...
- (3) Ich habe starke Vorbehalte gegen...
- (4) Ich lehne ab...
- (5) Ich habe noch keine Meinung gebildet über...

die gesetzlichen Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs bei

- medizinischer Indikation
- eugenischer Indikation
- kriminologischer Indikation
- allgemeiner Notlagenindikation

Würden Sie eine schwerwiegende Notlage als ausreichende Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ansehen,	ausreichend	nicht ausreichend	nur wenn weitere Gründe vorliegen, nämlich:
wenn die Schwangere jünger als 16 Jahre ist?			..... ..... .....
wenn für die ledige Mutter durch das Austragen des Kindes erhebliche Belastungen wie Geldmangel und Wohnungsnot entstehen?			..... ..... .....
wenn der Ehemann mit Scheidung droht?			..... ..... .....
wenn die werdende Mutter schon mehrere Kinder hat und die Ehe zerrüttet ist?			..... ..... .....
wenn die Mutter durch Austragen der Schwangerschaft in ihrer Ausbildung ernsthaft gehindert wäre (z.B. Abbruch des Studiums u.ä.)?			..... ..... .....

BEIHLATT 3: Aufgabe des Beräters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie wichtig Sie diesen Aspekt finden!	sehr wichtig	wichtig	weder noch	ziemlich unwichtig	ganz unwichtig
Die Berater sollten möglichst beide Partner anhören.					
Die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr auf den Zahn fühlen.					
Die Berater sollten sachlich über Schwangerschaftsabbruch und die körperlichen und seelischen Folgen aufklären.					
Die Berater sollten der Frau bei den Behörden weiterhelfen.					
Die Berater sollten der Frau Hilfen vermitteln (z.B. Krippenplätze, Sozialwohnungen, finanzielle Unterstützungen usw.).					
Die Beratung sollte der Frau bei der Lösung ehelicher Schwierigkeiten helfen.					
Die Berater sollten die Partner über Empfängnisverhütungsmethoden aufklären.					
Die Berater sollten die Frau davon überzeugen, daß sie das Kind austragen muß.					
Die Berater sollten sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen.					
Die Berater sollten objektiv über die gesetzlichen Bestimmungen informieren und ihre persönliche Meinung für sich behalten.					

BEIHLATT 4: Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder sie ablehnen

	sehr dafür (1)	eher dafür (2)	eher dagegen (3)	sehr dagegen (4)
Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen				
Ebenso wie über ihren eigenen Körper sollte jede Frau auch über den in ihr heranwachsenden Embryo bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.				
Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.				
Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.				
Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.				
Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.				
Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.				
Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.				
Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.				
Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich dafür Verständnis.				

BEIBLATT 5: Wichtige Eigenschaften für den ArztberufBEIBLATT 6: Angemessenste Entschädigung im Arztberuf

Bitte stellen Sie für die folgenden vier Eigenschaften eine Rangfolge von 1 bis 4 nach ihrer Wichtigkeit für den Arztberuf auf - d.h. welcher Eigenschaft würden Sie den ersten Rang geben, welcher den zweiten, den dritten und den vierten?

Was wäre Ihrer Meinung nach die angemessenste Entschädigung im Arztberuf?

Bitte ordnen Sie die folgenden vier Begriffe in einer Rangfolge von 1 bis 4 zu - d.h. die angemessenste Entschädigung erhält die Ziffer eins, die zweitwichtigste eine zwei usw.

- Genauigkeit und Zuverlässigkeit
- moralische Integrität
- besondere Fachkenntnisse, Wissen
- besondere Liebe zum Beruf

- Dankbarkeit, Vertrauen
- Prestige, Einkommen
- sachliche Anerkennung der Leistung
- Erfüllung, persönliche Befriedigung

Bitte kreuzen Sie an, mit welchen der folgenden Berufe Sie den  
 Arztberuf nach dem Wesen seiner Tätigkeit am ehesten vergleichen  
 würden!

- Architekt, Ingenieur
- Manager, Wirtschaftsführer
- Richter
- Pädagoge, Pfarrer
- Dichter, Schriftsteller, Künstler
- Kaufmann, Geschäftsmann
- "technischer" Berater, Sachverständiger
- Beamter

Fallnummer:

Die angegebene Indikation ist

- keine ausreichende Fallbeschreibung
- eine andere Indikationsart, nämlich: .....

Begründung: .....

.....

.....

- nicht ausreichend für angegebene Indikationsart, weil .....
- .....
- .....
- .....

Rater:

## 5. Tabellen

**Tabelle 33:** Soziodemographische Merkmale der Gynäkologen in Hessen und Baden-Württemberg und Vergleichsdaten der untersuchten Population

### a) Grundgesamtheit (N = 1981)

	Hessen		Baden-Württemb.		insgesamt	
berufstätige Gynäkologen	759	100,0%	1222	100,0%	1981	100,0%
davon weiblich	134	17,7%	202	16,5%	336	17,0%
niedergelassen	554	73,0%	848	69,4%	1402	70,1%
in Krankenhäusern	187	24,6%	347	28,4%	534	27,0%
davon leitende Ärzte	54	7,1%	92	7,5%	146	7,4%
Sonstige ärztliche Tätigkeit	18	2,4%	27	2,2%	45	2,3%
Alter: bis 34 Jahre	38	5,0%	46	3,8%	84	4,2%
35 - 39 Jahre	118	15,5%	237	19,4%	355	17,9%
40 - 49 Jahre	343	45,2%	552	45,2%	895	45,2%
50 - 59 Jahre	140	18,4%	229	18,7%	369	18,6%
60 Jahre und älter	120	15,8%	156	12,8%	276	13,9%
	N = 759		N = 1222		N = 1981	

Quelle: Informationen der Bundesärztekammer, Stand 31.12.1986.

### b) Stichprobenbeschreibung (N = 406)

	Hessen		Baden-Württemb.		insgesamt	
berufstätige Gynäkologen	120	100,0%	286	100,0%	406	100,0%
davon weiblich	14	11,6	49	17,1	63	15,5
niedergelassen	83	69,2	201	70,3	284	70,0
in Krankenhäusern	37	30,8	79	27,6	116	28,6
davon leitende Ärzte	11	9,2	23	8,0	34	8,4
sonstige ärztliche Tätigkeit	-	-	3	1,0	3	0,7
Alter: bis 34 Jahre	2	1,7	6	2,1	8	2,0
35 - 39 Jahre	24	20,0	68	23,8	92	22,7
40 - 49 Jahre	51	42,5	141	49,3	192	47,3
50 - 59 Jahre	29	24,2	42	14,7	71	17,5
60 Jahre und älter	14	11,7	28	9,8	42	10,3
	N = 120		N = 286		N = 406	

Erhebungszeitraum: September - Dezember '86

**Tabelle 34: Skala "Allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" (Angaben in %)**

	sehr dafür (1)	eher dafür (2)	sehr dagegen (3)	sehr dagegen (4)	keine Angaben
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen	20,9	20,0	18,0	40,6	0,5
2. Ebenso wie über ihren eigenen Körper sollte jede Frau auch über den in ihr heranwachsenden Embryo bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.	13,3	18,5	22,2	44,6	1,5
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	47,5	20,7	20,0	9,9	2,0
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	13,3	20,2	25,9	35,2	5,4
5. Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	39,2	32,5	16,5	9,4	2,5
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.	17,2	20,0	32,0	24,9	5,9
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.	10,6	21,4	26,1	38,7	3,2
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.	10,8	26,8	30,3	29,1	3,0
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.	34,0	48,5	8,4	6,4	2,7
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich dafür Verständnis.	18,5	40,9	20,7	17,0	3,0

N = 406

**Tabelle 35: Trennschärferechnung und Faktorenwerte der Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch**

Item Inhalt	Trennschärfer (it-i)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen	0,73	0,84	-0,30	-0,01
2. Ebenso wie über ihren eigenen Körper sollte jede Frau auch über den in ihr heranwachsenden Embryo bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.	0,75	0,83	-0,29	-0,12
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	0,69	-0,70	0,31	0,07
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	0,58	-0,30	0,76	-0,09
5. Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	0,43	-0,52	0,12	-0,05
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.	0,56	-0,22	0,88	-0,10
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.*	0,73	0,76	-0,36	-0,06
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.	0,37	-0,19	0,42	-0,02
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.	0,16	-0,16	-0,01	0,43
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen einbaren kann, habe ich dafür Verständnis.	-0,51	0,54	-0,25	0,68

\* Die Items wurden für die Deskriptionsmaße, Güteberechnungen und zur Bildung des Summenscores umgepolt.



Tabelle 36: Skala "Aufgabe des Beraters bei der sozialen Beratung nach § 218 StGB" (Angaben in %)

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie wichtig Sie diesen Aspekt finden!	sehr wichtig	wichtig	weder noch	ziemlich unwichtig	ganz unwichtig	keine Angaben
Die Berater sollten möglichst beide Partner anhören.	46,8	32,5	4,9	10,1	3,7	2,0
Die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr auf den Zahn fühlen.	21,9	25,9	15,5	14,5	17,2	4,9
Die Berater sollten sachlich über Schwangerschaftsabbruch und die körperlichen und seelischen Folgen aufklären.	68,0	13,5	3,9	3,4	9,4	1,7
Die Berater sollten der Frau bei den Beschwerden weiterhelfen.	59,1	30,3	3,9	2,7	1,5	2,5
Die Berater sollten der Frau Hilfen vermitteln (z.B. Krippenplätze, Sozialwohnungen, finanzielle Unterstützungen usw.).	67,7	23,2	4,2	1,2	1,0	2,7
Die Beratung sollte der Frau bei der Lösung ehelicher Schwierigkeiten helfen.	27,8	37,7	15,3	10,1	6,2	3,0
Die Berater sollten die Partner über Empfängnisverhütungsmethoden aufklären	35,5	19,5	7,9	14,8	19,2	3,2
Die Berater sollten die Frau davon überzeugen, daß sie das Kind austragen muß.	7,1	14,0	39,2	7,6	26,1	5,9
Die Berater sollten sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen.	39,4	43,6	6,2	5,2	2,5	3,2
Die Berater sollten objektiv über die gesetzlichen Bestimmungen informieren und ihre persönliche Meinung für sich behalten.	48,5	33,0	8,1	3,4	1,7	5,2

N = 406

**Tabelle 37: Faktoren-Matrix\* der Skala zur sozialen Beratung  
(Gynäkologienbefragung)**

**Forderungen an die Beratungssituation - Varimax-rotierte Faktoren-Matrix nach  
Kaiser-Normalisierung\***

Frage	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Kommunalität
Eigenwert Gesamt	2,61	1,57	1,1	
Erklärte Varianz	26,1	15,7	11,0	52,8 %
Eigenwert intern	2,08	1,13	0,77	
Erklärte Varianz	52,3	28,3	19,4	
1. Die Berater sollten möglichst beide Partner anhören.	<b>0,5259</b>	0,0723	0,0818	0,2885
2. Die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr auf den Zahn fühlen.	<b>0,7107</b>	0,0735	-0,0271	0,5112
3. Die Berater sollten sachlich über Schwangerschaftsabbruch und die möglichen körperlichen und seelischen Folgen aufklären.	<b>0,4022</b>	<b>0,3908</b>	-0,1222	0,3294
4. Die Berater sollten der Frau bei Behörden weiterhelfen.	-0,0559	0,0468	<b>0,5645</b>	0,3239
5. Die Berater sollten der Frau Hilfen vermitteln.	0,15600	-0,0885	<b>0,8377</b>	0,7339
6. Die Berater sollten den Partnern bei der Lösung von ehelichen Problemen helfen.	0,2206	0,2461	<b>0,3084</b>	0,2043
7. Die Berater sollten die Partner über Methoden der Empfängnisverhütung aufklären.	0,1516	<b>0,9850</b>	0,0584	0,9967
8. Die Berater sollten die Frau davon überzeugen, daß sie das Kind austragen muß.	<b>0,5948</b>	0,1152	0,1283	0,3836
9. Die Berater sollten sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen.	<b>0,3408</b>	0,2360	0,1029	0,1824
10. Berater sollten objektiv informieren und ihre Meinung für sich behalten.	-0,1399	-0,0377	-0,0065	0,0211

\* Zundel-Skala/Ergebnisse Gynäkologienbefragung.

N= 406

**Tabelle 38: Faktoren-Matrix\* der Skala zur sozialen Beratung  
(Bevölkerungsbefragung)**

**Forderungen an die Beratungssituation - Varimax-rotierte Faktoren-Matrix nach  
Kaiser-Normalisierung\***

Frage	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Kommunalität
Eigenwert Gesamt	3,39	1,58	1,13	
Erklärte Varianz	30,8	14,3	10,2	55,4 %
Eigenwert intern	2,82	0,96	0,66	
Erklärte Varianz	63,4	21,7	14,9	
1. Die Berater sollten möglichst beide Partner anhören.	<b>,31398</b>	<b>,37291</b>	,10247	,24815
2. Die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr auf den Zahn fühlen.	,04719	<b>,45428</b>	,05973	,21270
3. Die Berater sollten sachlich über Schwangerschaftsabbruch und die möglichen körperlichen und seelischen Folgen aufklären.	<b>,53116</b>	,16157	,27685	,38489
4. Die Berater sollten der Frau bei Behörden weiterhelfen.	<b>,70933</b>	,02574	,14310	,52429
5. Die Berater sollten der Frau Hilfen vermitteln.	<b>,43344</b>	<b>,41190</b>	,14740	,37925
6. Die Berater sollten den Partnern bei der Lösung von ehelichen Problemen helfen.	,25793	<b>,64223</b>	,07358	,48441
7. Die Berater sollten die Partner über Methoden der Empfängnisverhütung aufklären.	,22070	<b>,48557</b>	,14236	,30476
8. Die Berater sollten die Frau davon überzeugen, daß sie das Kind austragen muß.	-,19637	<b>,54229</b>	,04129	,33434
9. Die Berater sollten sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen.	,21924	,19454	<b>,74398</b>	,63942
10. Berater sollten objektiv informieren und ihre Meinung für sich	,20487	,07750	<b>,74582</b>	,60422

N= 2510

\* aus: Zundel et al., "Wertorientierung und Schwangerschaftsabbruch" - Bevölkerungsbefragung - Stuttgart 1982, in: Materialien Bd. III, S. 185 f.

---

---

*Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i.Br.*

*Herausgegeben von Professor Dr. Albin Eser, M.C.J.*

---

---

- Band S 7 Albin Eser/George P. Fletcher (Hrsg.)**  
**RECHTFERTIGUNG UND ENTSCULDIGUNG**  
**JUSTIFICATION AND EXCUSE**  
Teilbd. I Freiburg 1987, 785 Seiten  
Teilbd.II Freiburg 1988, 895 Seiten DM 56,-
- Band S 8 Barbara Paetow**  
**VERGEWALTIGUNG IN DER EHE**  
Eine strafrechtsvergleichende Untersuchung unter  
besonderer Berücksichtigung des Rechts der  
Vereinigten Staaten von Amerika  
Freiburg 1987, 256 Seiten DM 19,-
- Band S 9 Otto Lagodny**  
**DIE RECHTSSTELLUNG DES AUSZULIEFERNDEN**  
**IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**  
Freiburg 1987, 376 Seiten DM 19,-
- Band S 10 Karl-Friedrich Nagel**  
**BEWEISAUFNABME IM AUSLAND**  
Rechtsgrundlagen und Praxis der internationalen  
Rechtshilfe für deutsche Strafverfahren  
Freiburg 1988, 341 Seiten DM 19,-
- Band S 11 Ou-Chan Choi**  
**NOTWEHR UND "GESELLSCHAFTLICHE SITTEN"**  
Ein deutsch-koreanischer Vergleich zu soziaethischen  
Implikationen von Rechtfertigungsgründen  
Freiburg 1988, 186 Seiten DM 19,-
- Band S 12 Albin Eser/Barbara Huber (Hrsg.)**  
**STRAFRECHTSENTWICKLUNG IN EUROPA \* II \***  
Landesberichte 1984/1986 über Gesetzgebung,  
Rechtsprechung und Literatur  
zwei Teilbände  
Freiburg 1988, 1802 Seiten DM 56,-

---

---

*Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i.Br.*

*Herausgegeben von Professor Dr. Albin Eser, M.C.J.*

---

---

- Band S 13 Steven Less**  
**DIE UNTERBRINGUNG VON GEISTESKRANKEN**  
Eine rechtsvergleichende Kritik der Zwangseinweisung in den USA und der Bundesrepublik Deutschland  
Freiburg 1989, 295 Seiten DM 19,-
- Band S 14 Johannes Klages**  
**MEERESUMWELTSCHUTZ UND STRAFRECHT**  
Zur Ausdehnung deutscher Strafgewalt auf den Festlandsockel  
Freiburg 1989, 263 Seiten DM 19,-
- Band S 15 Albin Eser/Otto Lagodny (Hrsg.)**  
**INTERNATIONALE RECHTSHILFE IN STRAFSACHEN**  
Rechtsprechungssammlung 1949-1988  
Freiburg 1989, 536 Seiten DM 38,-
- Band S 16 Albin Eser/Jonatan Thormundsson (Hrsg.)**  
**OLD WAYS AND NEW NEEDS IN CRIMINAL LEGISLATION**  
Documentation of a German-Icelandic Colloquium  
Freiburg 1989, 333 Seiten DM 24,-
- Band S 17 Jörg Martin**  
**STRAFBARKEIT GRENZÜBERSCHREITENDER UMWELTBEEINTRÄCHTIGUNGEN**  
Zugleich ein Beitrag zur Gefährdungsdogmatik und zum Umweltvölkerrecht  
Freiburg 1989, 391 Seiten DM 24,-

*In Vorbereitung ist folgender Titel*

**Albin Eser/Barbara Huber (Hrsg.)**  
**STRAFRECHTSENTWICKLUNG \* III \***  
Landesberichte 1986/1988

*Band 30*

Efsthia Lambropoulou:

**Erlebnisbiographie und Aufenthalt im Jugendstrafvollzug.**

Freiburg 1987, 320 Seiten. ISBN 3-922498-33-7

DM 19,-

*Band 31*

Anton Rosner:

**Alkohol am Steuer, Fahrerlaubnisentziehung und Nachschulung.**Eine empirische Untersuchung zu den Nachschulungskursen für  
erstmals alkoholauffällige Kraftfahrer in Baden-Württemberg.

Freiburg 1988, 281 Seiten. ISBN 3-922498-34-5

DM 19,-

*Band 32*

Volker Meinberg, Wolfgang Link:

**Umweltstrafrecht in der Praxis.**

Falldokumentation zur Erledigung von Umweltstrafverfahren.

Freiburg 1988, 152 Seiten. ISBN 3-922498-35-3

DM 19,-

*Band 33*

Günther Kaiser, Helmut Kury, Hans-Jörg Albrecht (Hrsg.):

**Criminological Research in the 80's and Beyond.**Reports from the Federal Republic of Germany,  
German Democratic Republic, Austria, Switzerland.

Freiburg 1988, 106 Seiten. ISBN 3-922498-36-1

DM 19,-

*Band 34*

Günther Kaiser, Helmut Kury, Hans-Jörg Albrecht (Hrsg.):

**Kriminologische Forschung in den 80er Jahren.**Forschungsberichte aus der Bundesrepublik Deutschland, der  
Deutschen Demokratischen Republik, Österreich und der Schweiz.

Freiburg 1988, 496 Seiten. ISBN 3-922898-37-x

DM 19,-

*Band 36*

Günther Kaiser, Isolde Geissler (Hrsg.):

**Crime and Criminal Justice.**Criminological Research in the 2nd Decade at the  
Max Planck Institute in Freiburg.

Freiburg 1988, 436 Seiten. ISBN 3-922498-40-x

DM 19,-

*Band 37*

Franz Pallin, Hans-Jörg Albrecht, János Fehérváry:

**Strafe und Strafzumessung bei schwerer Kriminalität  
in Österreich.**

Freiburg 1989, 403 Seiten. ISBN 3-922498-41-8

DM 19,-

*Band 38*

Brigitte Holzhauer:

**Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.**

Die Rolle des § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung  
betroffener Frauen.

Freiburg 1989, 436 Seiten. ISBN 3-922498-43-4

DM 19,-

*Band 39*

Monika Häußler-Sczepan:

**Arzt und Schwangerschaftsabbruch.**

Eine empirische Untersuchung zur Implementation des  
reformierten § 218 StGB.

Freiburg 1989, 291 Seiten. ISBN 3-922498-44-2

DM 19,-

**Sonderband**

Heinz-Müller Dietz (Hrsg.):

**Festschrift - oder nicht?**

25 Jahre Kolloquien der Südwestdeutschen Krimino-  
logischen Institute.

Freiburg 1989, 162 Seiten. ISBN 3-922498-42-6

DM 19,-

**In Vorbereitung:**

Karlhans Liebl:

**Ermittlungsverfahren, Strafverfolgungs- und Sanktionspraxis  
beim Schwangerschaftsabbruch.**

Hans-Jörg Albrecht, Anton van Kalmthout (Hrsg.):

**Drug Policies in Western Europe.**