

Geburtenregelung und Schwangerschaftsunterbrechung in psychiatrischer Sicht

Von *F. Meerwein*¹

Zusammenfassung

Der Psychiater trifft das Problem der Geburtenregelung meist erst, wenn es sich um die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus psychiatrischer Indikation handelt. Die Fragestellung, wie sie durch den Art. 120 des Schweizerischen Strafgesetzbuches aufgegeben wird, überschreitet den Rahmen der klinischen Psychiatrie. Dennoch sind psychiatrische Kriterien ausgearbeitet worden, nach denen bei der Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit vorgegangen werden kann. Diese Kriterien sowie diejenigen für eine Sterilisation aus psychiatrischer Indikation, werden näher geschildert. Es wird auf die geringe Selbstmordhäufigkeit bei unerwünschten Schwangerschaften hingewiesen. Abschließend werden kritische Gedanken zur heute in der Schweiz üblichen Unterbrechungspraxis angebracht.

Summary

The problem of birth control is generally encountered by the psychiatrist only when a pregnancy already exists and the question of abortion on psychiatric ground has arisen. The conditions as laid down in Art. 120 of the Swiss Code of Criminal Law under which such a measure is permissible are actually beyond the powers of clinical psychiatry to determine. However, certain criteria have been worked out to help in estimating the psychiatric dangers of pregnancy in any given case. These criteria are described in detail, as well as those governing sterilization for psychiatric reasons. The infrequency of suicide as a result of unwanted pregnancy is emphasized. There follows in closing a critical examination of legalized abortion as it is practiced in Switzerland to-day.

Die Frage der Geburtenregelung könnte sich dem Psychiater theoretisch auf mannigfache Art stellen. Es wäre denkbar, daß angehende Eltern von ihm die Beantwortung der Frage nach ihrer Mutterschafts- oder Vaterschaftsfähigkeit forderten, daß sie Beratung oder Behandlung wünschten dann, wenn ihnen diese Mutterschafts- oder Vaterschaftsfähigkeit nicht als gegeben erscheint, daß sie Aufklärung über die psychologischen Auswirkungen familiensoziologischer Tatbestände verlangten oder schließlich lediglich Anweisung im Gebrauch anti-konzeptioneller Mittel suchten. All dies kommt aber in der psychiatrischen Praxis leider meist nur selten oder gar nicht vor. Werden solche Probleme dem Psychiater vorgelegt, so geben sie doch fast nie den primären Grund zur Konsultation bei ihm ab. Meist stellen sie sich erst im Laufe von Behandlungen bei Patienten, die ihn wegen anderer Störungen aufsuchen und von ihm behandelt werden. Für diese Sachlage sind viele Gründe verantwortlich. Zunächst stellt der Psychiater in der öffentlichen Meinung immer noch weitgehend den Irren-

¹Adresse: Dr. med. *F. Meerwein*, Nervenarzt FMH, Muhlebachstraße 82, Zürich 8

arzt dar, den aufzusuchen für viele Menschen irrtümlicherweise ein Eingeständnis eigener Schwäche bedeutet, das mit einem Makel behaftet ist. Andererseits besteht beim gesunden Menschen die starke und natürliche Tendenz, Handlungs- und Verhaltensweisen, deren Motive weitgehend aus unbewußten Quellen stammen, wie dies im Bereiche dieser Fragen der Fall ist, im unbewußten Bereiche zu belassen, so daß die Frage erst dann akut werden kann, wenn sie sich konflikthaft zugespitzt hat und als Notlage dem Bewußtsein zu schaffen macht. Praktisch heißt dies, daß der Psychiater mit den Fragen der Geburtenregelung erst dann in Berührung kommt, wenn bereits eine Schwangerschaft vorliegt und sich die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung stellt, eventuell kombiniert mit der Frage nach der operativen Unfruchtbarmachung im Anschluß an die Unterbrechung. In seltenen Fällen stellt sich dem Psychiater die Frage nach der operativen Unfruchtbarmachung auch ohne das Vorliegen einer Schwangerschaft, aber doch wohl immer auf der Grundlage einer Konfliktsituation.

«Die Fragwürdigkeit der heutigen gesetzlichen Regelung»

Bekanntlich erlaubt der Art. 120 des Schweiz. Strafgesetzbuches (StGB), das 1942 in Kraft gesetzt wurde, die straflose Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft, falls die große und nicht anders abwendbare Gefahr besteht, daß das Austragen der Schwangerschaft für die Schwangere mit einem dauernden und schweren Gesundheitsschaden verbunden sein wird. Das Gesetz spricht sich absichtlich nicht darüber aus, ob unter Gesundheitsschaden nur ein körperlicher Gesundheitsschaden verstanden wird. Es läßt also in der Tat Schwangerschaftsunterbrechungen auch zu, wenn durch die Schwangerschaft die große und nicht anders abwendbare Gefahr eines dauernden und schweren seelischen Gesundheitsschadens heraufbeschworen wird. Zur Beurteilung dieser Gefahr wird der Psychiater angerufen. Er leistet diesem Ruf aus mehreren Gründen aber nur ungern Folge.

1. Die Tötung keimenden, gesunden Lebens widerspricht dem ärztlichen Empfinden, heißt es doch bereits im Eid des Hippokrates: «Nie werde ich einem, der es verlangt, ein tödliches Mittel reichen, noch solch ein Vorhaben unterstützen, gleicherweise werde ich keinem Weibe ein die Frucht tötendes Mittel geben, keusch und fromm will ich mein Leben und meine Kunst bewahren» (zit. nach H. Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1853).

2. Der Begutachter hat nicht nur die Lebensinteressen der Mutter, sondern auch diejenigen des ungeborenen Kindes, die oft genug im Zeitpunkt der Konsultation mit denjenigen der Mutter im Widerstreit liegen können, zu verteidigen, nämlich dann, wenn die Mutter die Unterbrechung wünscht, die gesetzlichen Voraussetzungen für eine solche jedoch nicht gegeben sind. In günstigen Fällen kann diese Situation psychotherapeutisch angegangen werden, das heißt,

die Mutter kann innerlich für das Austragen der Schwangerschaft gewonnen werden. Dieses Ziel soll überhaupt in allen Fällen, in denen eine Schwangerschaftsunterbrechung gefordert wird, zuerst angestrebt werden. In ungünstigen Fällen kann daraus aber eine Trübung des Vertrauensverhältnisses zwischen der Patientin und ihrem Arzt entstehen, der ihr die von ihm gewünschte Hilfe versagen muß, was als unärztliche Haltung mißverstanden wird. Je mehr der Arzt zum medizinischen Funktionär wird, der lediglich die Behandlungsansprüche der Patienten zu stillen hat, um so schärfer treten hier die Gegensätze hervor.

3. Während es in der gesamten Medizin üblich ist, den Entschluß zu einem ärztlichen Eingriff vorwiegend auf Grund einer Diagnose zu fassen, so spielt bei der Beurteilung der psychiatrischen Schwangerschaftsfähigkeit die Diagnose allein oft nur eine untergeordnete Rolle, und es muß der Entschluß zum Eingriff auf Grund einer Prognose, also auf Grund der Voraussage einer möglichen psychischen Entwicklung erfolgen. Es stellt sich die Frage, ob die der Psychiatrie zur Verfügung stehenden Untersuchungsmittel überhaupt ausreichen, das Stellen einer Prognose mit genügender Sicherheit zu ermöglichen, das heißt also, eine seelische Entwicklung in ihrem Gang vorauszusehen. Fehlen solche Mittel aber, so ist der Willkür und dem freien Ermessen des begutachtenden Arztes Tür und Tor geöffnet. Es soll später gezeigt werden, welche Kriterien die schweizerische Psychiatrie zur Beurteilung dieser Frage heute weitgehend benutzt.

4. Falls es tatsächlich gelingt, die Prognose einer psychischen Entwicklung zu stellen, so erhebt sich unmittelbar darauf die nächste Frage, unter welchen Umständen eine prognostizierte seelische Entwicklung einem langdauernden und schweren seelischen Gesundheitsschaden gleichgesetzt werden kann, mit anderen Worten, die alte, ungelöste, ihrem Wesen nach unlösbare Streitfrage nach dem seelischen Krankheits- oder Gesundheitsbegriff taucht auf. Soll man sich bei der Beantwortung der Frage, was nun tatsächlich als dauernder und schwerer seelischer Gesundheitsschaden zu bezeichnen sei, an einen klinischen Gesundheits- respektive Krankheitsbegriff halten und nur eigentliche Geisteskrankheiten als dauernden und schwereren Gesundheitsschaden bezeichnen? Oder soll man sich an einen sich auf die Arbeits- und Genußfähigkeit stützenden Normbegriff halten, also eine Unterbrechung dort für erlaubt betrachten, wo die sogenannte Arbeits- und Genußfähigkeit der Schwangeren durch das Austragen der Schwangerschaft in langdauernder und schwerer Weise gefährdet würde? Soll man sich auf das Kriterium der sozialen Anpassungsfähigkeit stützen, oder soll man schließlich von tiefenpsychologischen Vorstellungen ausgehen und dabei einen Normbegriff benutzen, der die innerseelische Reife anzielt und sich mit dem bloß oberflächlichen Begriff der Arbeits-, Genuß- oder sozialen Anpassungsfähigkeit nicht zu decken braucht? Je nach dem Normbegriff, den der Begutachter verwendet, wird das Resultat der Begutachtung also verschieden ausfallen. Die Wahl des Normbegriffes ist ihrerseits aber wie-

derum durch die Weltanschauung des Psychiaters mitbeeinflusst. Ein Psychiater, der sich solchem Einfluß ganz zu entziehen suchte, wäre ein Roboter, der auf Grund seiner eigenen Leblosigkeit kaum in einen menschlichen Kontakt mit seinen Patienten eintreten könnte.

5. Schließlich werden dem einer religiösen Überzeugung verpflichteten Arzt aus einer derartigen Begutachtertätigkeit mancherlei Bedenken erwachsen. Die Haltung der katholischen Kirche der Interruptio aus psychiatrischer Indikation gegenüber ist zwar eindeutig ablehnend. *Flournoy* zitiert jedoch in seiner 1955 erschienen Schrift «Nouvelles données et Réflexions psychologiques sur les avortements médicaux» einen Satz aus *Karl Barths* Dogmatik, wo es heißt: «Sagen wir es offen heraus: Es gibt Situationen, in denen die Tötung keimenden Lebens nicht Mord, sondern geboten ist.»

Es wird aus den angeführten 5 Punkten ohne weiteres klar, daß das Mißbehagen des mit der Lösung dieser Fragen betrauten Psychiaters daher rührt, daß ihm dabei in der Gestalt einer medizinischen Fragestellung eine Arbeit zugehalten wird, zu deren Ausführung der Psychiatrie, wenn sie medizinische Wissenschaft bleiben will, die notwendigen Voraussetzungen und Mittel noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Nicht nur überschreitet die Fragestellung die Grenzen der heutigen Psychiatrie bei weitem, auch insofern sie innerhalb der Grenzen der Psychiatrie bleibt, kann sie – ähnlich wie zum Beispiel die Frage der Zurechnungsfähigkeit von Delinquenten – eine völlig verschiedene Beurteilung erfahren, je nachdem, ob sich der Beurteiler mehr von klinischen, also objektiv-beobachtbaren, oder von tiefenpsychologischen, also subjektiv-nachvollziehbaren Erfahrungen am Patienten leiten läßt. Die eine wie die andere Haltung ist wissenschaftlich zulässig und kann doch in bezug auf die sich stellenden Fragen zu völlig anderen Schlüssen führen. Zur Veranschaulichung dieses Sachverhaltes möge ein Beispiel eigener Beobachtung dienen:

Eine 19jährige Verkäuferin, die sich in einer stark gestörten Entwicklung befindet und deutliche Zeichen eines hochgradigen neurotischen Infantilismus mit hysterischen Zügen zeigt, wird von einem jungen brotlosen Taugenichts geschwängert und wünscht die Schwangerschaftsunterbrechung. Angesichts der belasteten Vorgeschichte und der schweren aktuellen Konfliktsituation wird für den Fall, daß die Patientin das Kind austrägt, eine ungünstige Prognose bezüglich der seelischen Entwicklung gestellt und die Unterbrechung befürwortet. An den Eingriff schließt sich aber eine frisch aufgetretene Lungentuberkulose an, die einen mehrjährigen Aufenthalt in einem Sanatorium notwendig macht und die Entwicklung der Patientin nun ihrerseits schwer schädigt.

Was war geschehen? Eine objektiv-beobachtende Untersuchung befürwortete den Unterbrechungswunsch. Eine tiefenpsychologische Erhellung der Situation hätte aber erkennen können, daß in der unehelichen Mutterschaft der Patientin ein starkes, ihr unbewußtes Rivalisierungsbedürfnis mit der Mutter vorlag, für das sie sich durch die Unterbrechung gestraft erlebte, um sich daraufhin wieder in die Krankheit, das heißt die infantile Abhängigkeit von mütterlicher Obhut und Fürsorge zurückbegeben zu müssen. Wären diese Tatbestände, die sich im Laufe einer späteren analytischen Behandlung ergaben, zur Zeit der

Begutachtung bekannt gewesen, hätte man der Patientin von einer Unterbrechung wahrscheinlich abraten müssen.

Daß die Psychiatrie es sich trotz des ihren Rahmen überschreitenden Charakters der Fragestellung und trotz der Vielfalt ihrer eigenen theoretischen Ansatzpunkte bis heute hat gefallen lassen, die Last der Beurteilung von Schwangerschaftsunterbrechungen beinahe allein zu tragen, liegt einerseits daran, daß sich bis heute niemand bereit gefunden hat, ihr diese Last abzunehmen und daß es andererseits doch im Interesse der Volksgesundheit liegt, wenigstens einen Teil der nicht mutterschaftsfähigen Schwangeren vor dem Zugriff der illegalen Abtreibung zu schützen. Nach gewissen Schätzungen – genaue Zahlen sind selbstverständlich nicht erhältlich – muß in unseren Verhältnissen damit gerechnet werden, daß das Verhältnis von normalen Geburten zu vorzeitig unterbrochenen Schwangerschaften 1:1 beträgt, das heißt auf Zürcher Verhältnisse umgerechnet, daß etwa 8000 Schwangerschaften jährlich vorzeitig unterbrochen werden. Aus diesen Zahlen erhellt die enorme sozialmedizinische Bedeutung, die einer gewissen ärztlichen Kontrolle der Schwangerschaftsunterbrechungen zukommt. Es muß hier aber noch einmal betont werden, daß sich der Gesetzgeber irrt, wenn er glaubt, daß der Psychiater über Untersuchungsmethoden verfüge, die eine eindeutige Beurteilung der ihm gestellten Frage nach den Gesichtspunkten einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Schulmedizin gestatte. Jeder Psychiater wird den Entschluß, eine Interruptio zu befürworten, letzten Endes aus seiner eigenen Persönlichkeit und Weltanschauung heraus zu fassen und zu verantworten haben. Er stellt sich damit persönlich und direkt in die menschliche Kollektivschuldverstrickung hinein, an der er durch sein Mittun, das er auf eigene Verantwortung hin übernimmt, teilhat. Er kann nicht damit rechnen, durch einen sogenannten objektiven wissenschaftlichen Standpunkt von dieser Mitschuld befreit zu werden.

«Die heute gültigen Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation»

Es kann Autoren wie *Binder* und *Glaus* nicht hoch genug angerechnet werden, daß sie es trotz dieser für die Psychiatrie ungünstigen Ausgangslage unternommen haben, auf Grund ausgedehntester katamnestischer Untersuchungen Richtlinien aufzustellen, an denen sich der Begutachter orientieren kann und die, wenn sie von sämtlichen Begutachtern als verbindlich anerkannt werden, eine gewisse Einheitlichkeit der Beurteilung zu schaffen vermögen. Es sind dies die Richtlinien, nach denen heute zum Beispiel die Zürcher psychiatrische Poliklinik auf diesem Gebiete arbeitet. Was die historische Entwicklung dieser Richtlinien anbelangt, so sei hier nur soviel gesagt, daß bereits vor dem Inkrafttreten des Schweiz. Strafgesetzbuches im Jahre 1942, als in den meisten Kan-

tonen die Unterbrechungspraxis noch auf kantonalen sogenannten Notstandsartikeln basierte, nach ähnlichen Prinzipien gearbeitet wurde. Den wissenschaftlichen Unterbau besitzt die heutige Praxis nun aber vor allem in dem grundlegenden Werk *Binders* über die uneheliche Mutterschaft (1941), in dem der Autor Lebensgeschichte und weitere Lebensentwicklung von 350 auslesefreien, unehelichen Müttern untersucht. Binder legt darin zunächst dar, daß eine Interruptio aus akuter Notlage, bei unmittelbarer Lebensbedrohung aus psychiatrischer Indikation heraus so gut wie nie empfohlen werden muß. Hingegen anerkennt er, immer basierend auf der Untersuchung von 350 unehelichen Müttern, sehr wohl die Tatsache, daß eine Schwangerschaft zu chronischen seelischen Gesundheitsschäden im Sinne von Art. 120 StGB führen kann. Ich zitiere hier betreffend die zu erwartenden Entwicklungen den Autor selber:

«Eine chronisch-depressive Fehlentwicklung kann eine Frau so sehr verdüstern, daß sie sich zu ihrer Tagesarbeit nicht mehr recht aufzuraffen vermag und in ihrer Versunkenheit die Erziehung der Kinder schwer vernachlässigt. Eine Entwicklung im Sinne zunehmender Reizbarkeit und Zornmütigkeit kann zu derart häufigen Zusammenstößen der Person mit ihrer Umgebung führen, daß keine Arbeit und keine Beziehung zu einem anderen Menschen mehr für längere Zeit aufrechterhalten werden kann. Eine asthenische Entwicklung vermag eine Frau so sehr zu lähmen, daß sie den Haushalt verlottern läßt und nicht einmal mehr für sich selbst genügend sorgt. Eine hysterische Entwicklung kann eine erwerbstätige Frau derart unzuverlässig, unstet und fahrig machen, daß sie auf der sozialen Stufenleiter immer tiefer sinkt. Eine hypochondrische Entwicklung vermag jemanden in einem solchen Maße in überwertige Ideen hineintreiben, daß er die Erfüllung primitivster Alltagsforderungen vergißt. Eine paranoide Entwicklung kann zu einem derartigen Zerfall eines Menschen mit der ganzen Welt führen, daß schließlich eine Anstaltsinternierung nötig wird. Eine Organneurose macht einen Menschen durch körperliche Beschwerden und Funktionsstörungen, eine Angstneurose durch Phobien nicht so selten mehr oder weniger arbeitsunfähig.»

Binder erhebt die Forderung, daß das Recht, bei einer Schwangeren eine Unterbrechung einzuleiten, dann besteht, wenn bei ihr zwei Kriterien erfüllt sind. Das erste Kriterium besteht darin, daß durch die Gravidität und die Aufzucht des Kindes eine außerordentlich schwere, durch keine sozialen Maßnahmen abzuwendende chronische Konfliktsituation geschaffen wird, wobei sich eine besonders schwere Konfliktsituation dadurch kennzeichnet, daß die große Mehrzahl der grundlegenden Beziehungen, in denen die werdende Mutter sonst einen Halt und eine Stütze zu gewinnen pflegt, konflikthaft alteriert wird. Das zweite Kriterium wird dann erfüllt, wenn bei der Schwangeren eine besondere, die Norm offensichtlich übersteigende seelische Empfindlichkeit und Widerstandslosigkeit gegenüber den Auswirkungen einer chronischen Konfliktsituation vorhanden ist. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Frau bereits vor der Schwängerung in einer abnormen psychischen Verfassung bestimmter Art befunden hat, wenn sie nämlich eine Debile oder Imbezille oder eine selbstunsichere oder reizbare oder infantile Psychopathin ist oder wenn sie bereits vor der Schwängerung eine ungünstige seelische Entwicklung dysphorischer Fär-

bung durchgemacht hat. Binder fordert also, daß eine abnorme « Längsschnitt- » und eine abnorme « Querschnittsdiagnose » vorliegen muß, damit eine Interruptio gerechtfertigt wird.

Auf Grund dieser Forderungen *Binders* haben *Glaus* und seine Mitarbeiter in jahrelanger Arbeit an der Zürcher Poliklinik Richtlinien ausgearbeitet, die heute als die in unseren Verhältnissen allein maßgebenden Grundlagen bei der Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit zu gelten haben. Diese lauten folgendermaßen:

1. Es gibt keine sogenannte eugenische Indikation zur Interruptio.

2. Es gibt keine sogenannte kriminelle Indikation. Schwangerschaft als Folge von Notzucht oder Verbrechen stellt noch nicht eo ipso einen Interruptionsgrund dar.

3. Es gibt keine rein soziale Indikation, wobei natürlich zu sagen ist, daß häufig soziale Schwierigkeiten schwere psychoreaktive Störungen verursachen, die ihrerseits einen Interruptionsgrund abgeben können, falls sie Frauen mit abnormer psychischer Entwicklung treffen.

4. Bei intellektuell normalen und affektiv und charakterlich ausgeglichenen Schwangeren wird auch bei erheblichen zu erwartenden Konfliktsituationen kaum je die Gefahr eines schweren psychischen Dauerschadens entstehen, so daß eine Unterbrechung in diesen Fällen nie in Frage kommt.

5. Geisteskrankheiten im engeren Sinne rechtfertigen eine Schwangerschaftsunterbrechung noch nicht. Es muß außerdem noch eine unmittelbare Gefährdung der geisteskranken Persönlichkeit durch die vorliegende Gravidität nachgewiesen werden können. So muß zum Beispiel die Auslösung oder Verschlimmerung von prognostisch ernst zu nehmenden Symptomen durch die Schwangerschaft im konkreten Fall nachgewiesen werden können.

6. Eine bloße reaktive Depression, auch wenn dabei eine gewisse Suizidalität angenommen wird, spielt unter der Voraussetzung einer psychisch gesunden Persönlichkeit sozusagen nie die Rolle einer Indikation zur Interruptio. Besteht ernsthafte Suizidalität, so wird im allgemeinen eine Einweisung in eine Heilanstalt angeordnet, wo auf Grund klinischer Beobachtung die Indikationsstellung überprüft wird.

7. Finden sich bei der Patientin aber zum Beispiel Schwachsinn, Psychopathie, abnorme Selbstunsicherheit, Reizbarkeit und Infantilismus, ferner schwere Psychoneurosen oder andere ungünstige psychoreaktive Entwicklungen, so genügen diese Befunde allein noch nicht zur Indikationsstellung, sondern die durch die Geburt zu erwartende Konfliktsituation muß überdurchschnittlich groß und durch keine anderen sozialen oder psychotherapeutischen Maßnahmen abwendbar sein.

8. Die Indikation zur Interruption kann schließlich nur gestellt werden, wenn die Untersuchung auch ergeben hat, daß keinerlei Gegenindikation von Seiten der religiösen und sittlichen Einstellung der Patientin vorliegen, die der

Patientin unter dem Eindruck der meist vorhandenen reaktiven Depression zu Beginn der Schwangerschaft unter Umständen gar nicht zum Bewußtsein kommen.

Wie wird bei der Begutachtung vorgegangen? Naturgemäß steht für die Untersuchung der Schwangeren wenig Zeit zur Verfügung. Jede der Frauen wird zunächst sorgfältig psychiatrisch exploriert, wozu im Durchschnitt 2 bis 3 einstündige Sitzungen benötigt werden. Es wird dabei großer Wert auf eine möglichst lückenlose Schilderung der Lebensentwicklung und der Begründung des Interruptionswunsches gelegt. Sämtliche Angaben der Patientin werden nach Möglichkeit durch Einholung von Auskünften des Ehemannes, Kindsvaters oder weiterer Angehöriger objektiviert. Verweigert eine Schwangere die Anhörung von Drittpersonen, so wird in den meisten Fällen, wenn nicht außerordentliche Begründungen vorliegen, auf das Interruptionsbegehren gar nicht eingegangen. Bei verheirateten Schwangeren ist für die Interruptio die schriftliche Einwilligung des Ehemannes, bei unmündigen, unehelich Geschwängerten diejenige des Inhabers der elterlichen Gewalt erforderlich. Diese Unterredungen sollen aber, wie bereits erwähnt, nicht nur exploratorischen, sondern zugleich psychotherapeutischen Charakter haben, indem in jedem Falle versucht wird, die Patientin psychotherapeutisch auf das Austragen der Schwangerschaft vorzubereiten.

Eng, manchmal untrennbar eng mit der Interruptionspraxis ist die Sterilisationspraxis verbunden, deren Handhabung gesetzlich nicht geregelt ist. In Zürcher Verhältnissen gelten folgende Grundsätze für die Sterilisation aus psychiatrischer Indikation:

1. Die Sterilisation darf dann durchgeführt werden, wenn eine Frau die Sterilisation selber wünscht, wenn sie 30jährig ist und bereits 3 gesunde Kinder geboren hat.

2. Wenn eine Frau die eben genannten Bedingungen zwar noch nicht erfüllt, eine Sterilisation aber wünscht und nach psychiatrischer Indikation keine Kontraindikation gegen die Vornahme der Sterilisation besteht. In diesen Fällen drückt sich der Begutachter meistens so aus, daß keine Kontraindikation von psychiatrischer Seite gegen die Sterilisation besteht und überläßt den Entscheid, ob die Sterilisation wirklich durchgeführt werden soll, dem Operateur.

3. Wenn einer Frau die Schwangerschaft aus psychiatrischer Indikation unterbrochen wird und angenommen werden muß, daß die Schwangerschaftsfähigkeit der Schwangeren auf unbestimmte Zeit hinaus nicht gegeben ist, gleichzeitig aber die Gefahr weiterer Schwängerungen groß ist. In diesen Fällen kann die Zustimmung zur Sterilisation geradezu einer *conditio sine qua non* für die Zustimmung zur Interruptio gleichkommen. Diese Forderung hat allerdings keinerlei rechtlichen Rückhalt, da auf Grund des bestehenden Rechtes bei einer Schwangeren eine Schwangerschaft beliebig häufig interruptiert werden kann, vorausgesetzt, daß die Gründe hierfür vorliegen. Eine solche Verbindung einer

Interruptio mit einer Sterilisation ist also nicht eine Forderung des Rechtes, sondern kann in bestimmten Ausnahmefällen zu einer Forderung der ärztlichen Ethik werden.

4. In bestimmten Fällen können sich in einer Ehe trotz der Notwendigkeit der Sterilisation Bedenken gegen die Unfruchtbarmachung der Frau erheben. In diesem Falle kann die sogenannte vikariierende Unfruchtbarmachung des Ehemannes angezeigt sein. Für sie gelten dieselben Kriterien wie für die Unfruchtbarmachung der Frau. Als Regel soll allerdings gelten, daß von beiden Ehepartnern der, medizinisch oder psychiatrisch gesehen, kränkere Partner unfruchtbar gemacht werden soll, das beiderseitige, völlig freiwillige Einverständnis der Ehegatten natürlich vorausgesetzt.

Es erscheint mir wesentlich, nach der Darstellung dieser Richtlinien noch einmal auf den Umstand hinzuweisen, daß die Suizidgefahr bei Schwangeren, entgegen der landläufigen Erwartung, so gut wie nie eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung abgeben kann. Suizide von Schwangeren wegen der Schwangerschaft sind äußerst selten. Dies wird von *Schwarz* in seiner Arbeit über die «Probleme des Selbstmordes» deutlich bestätigt. *Binder* erwähnt, daß er unter 418 unehelich Geschwängerten nur 5% Suizidversuche hat nachweisen können, daß tatsächliche Suizide aber noch seltener seien. Solche Suizidversuche würden meist aus einem momentanen Impuls unternommen und seien deshalb wenig erfolgreich. Außerdem hätten statistische Untersuchungen ergeben, daß zum Beispiel im Jahre 1938 unter den gebärfähigen schweizerischen Selbstmörderinnen nur 3% gravid gewesen seien, während unter der übrigen Bevölkerung unter den gebärfähigen Frauen 8% gravid gewesen seien. Aus dieser Statistik könnte man sogar auf einen Schutz vor Selbstmord durch die Schwangerschaft schließen, wobei zudem auch nicht sicher ist, ob unter den schwangeren Selbstmörderinnen immer die Schwangerschaft Anlaß zum Suizid gegeben hat. Diesen günstigen Statistiken kann man allerdings entgegenhalten, daß sie die Folge einer seit Jahren relativ großzügig geübten Interruptionspraxis darstellen und Schwangerschaftsunterbrechungen bei Suizidgefahr rechtfertigen. Es wird heute empfohlen, eine schwangere Frau, die wegen Suizidgefahr eine Unterbrechung fordert, in eine psychiatrische Klinik zur mehrtägigen Beobachtung einzuweisen. Widersetzt sich die Schwangere dieser Einweisung, besteht meist keine echte Suizidgefahr, unterzieht sie sich ihr, kann der Verdacht meist besser als in der ambulanten Untersuchung erhärtet oder zerstreut werden.

Die grundsätzlichen Bedenken, die trotz dieser von *Binder, Glaus et al.* aufgestellten Richtlinien der üblichen Interruptionspraxis entgegengebracht werden müssen, sind eingangs erwähnt worden. Auf die Probleme, die durch die von Kanton zu Kanton verschiedenen Ausführungsbestimmungen zum Art. 120 StGB und die daraus entstehende Rechtsungleichheit zurückzuführen sind, kann ich hier aus Raumgründen nur hinweisen, ohne sie im einzelnen auszuführen.

«Ausblick»

Bereits 1930 hat *Bally* in der Schweiz. Med. Wochenschrift darauf hingewiesen, daß sich eine Krise der Sexualauffassung anbahne, die bei der Beurteilung der Interruptionsprobleme mitzubersichtigen sei. Die weibliche Psyche werde in fortschreitendem Maße von den biologischen Abläufen der weiblichen Existenz unabhängig gemacht. Dieser Bruch, der durch die Persönlichkeit der Frau immer deutlicher hindurchgehe, stelle ein umwälzendes Ereignis dar, da das bisherige Idealbild der gebärenden und mütterlichen Frau verlassen werde, es zu einer Emanzipation der Frau komme und die Gesellschaft sich anschicke, sich die weiblichen Qualitäten, losgelöst vom biologischen Muttersein, in mannigfaltigsten Zweigen der Kultur und des öffentlichen Lebens nutzbar zu machen. Hiedurch können für die schwangeren Frauen Notsituationen entstehen, denen ein klinisch-psychiatrisches Instrumentarium wie dasjenige von *Binder* und *Glaus* nicht mehr unbedingt gerecht wird. Dieses geht ja implizit von der Annahme aus, daß Gesundheit einer Frau ohne weiteres auch deren Gebärfähigkeit bedinge. Es kann nicht unbesehen zugestanden werden, daß dies auch heute noch zutrifft. Den jungen Mann von heute bewegt ferner nicht mehr so sehr das Bestehen oder Nichtbestehen innerhalb einer durch die Familientradition vorgezeichneten Norm, als vielmehr das Bestehen oder Nichtbestehen vor dem Mädchen, dem Geschlechtspartner, in vordringlichster Weise. Dort sucht er den Maßstab, an dem seine Selbstwerteinschätzung sich formt. Damit sind Konflikte auf Grund einer Schwangerschaft in Gruppen, in denen sie vielleicht vor kurzem noch undenkbar waren, viel häufiger geworden, was wiederum den «Stellenwert» der unehelichen oder ehelichen Schwangerschaft innerhalb der Gesellschaft wesentlich verschiebt. Trotz der Erarbeitung ausgedehnter soziologischer Kenntnisse über diese Tatbestände, ist die Psychiatrie, zum mindesten bezüglich der Geburtenregelung, an diesen Arbeitsergebnissen mit Ausnahme der zitierten Arbeit *Bally's* bis heute leider fast völlig vorbeigegangen. Eine für den Psychiater befriedigendere Lösung der Interruptionspraxis, insofern sie überhaupt befriedigen kann, hätte wohl eine Neufassung des Art. 120 StGB zur Voraussetzung, eine solche wiederum käme aber um die Berücksichtigung soziologischer Erfahrungstatsachen nicht herum. So weit sind wir jedoch heute noch nicht.

Literatur

Bally, G.: Psychologische Überlegungen zur Frage der Fruchtabtreibung. Schweiz. Med. Wochenschrift, 1930, S. 996. – *Binder, H.*: Die uneheliche Mutterschaft. Bern 1941. – *Binder, H.*: Die psychiatrischen Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Schweiz. Archiv f. Neur. und Psych. Band 67 (1951), S. 245. – *Flournoy, H.*: Encore les avortements médicaux, Praxis 33/34 (1952). – *Glaus, A.*: Über Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Verhütung. Bern 1962. – *Haeser, H.*: Lehrbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1853. – *Schwarz, F.*: Probleme des Selbstmordes. Bern 1946.