

Professor Dr. med. Heribert Kentenich,
Chefarzt der Frauenklinik,
DRK-Kliniken Berlin-Westend

Vorschlag für Gesetzesänderungen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, Beratung und Schwangerschafts- abbruch

1. Vorbemerkung

Die Bundestagsdrucksachen 15/3948 (Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfe für Eltern und Kinder) sowie 15/4148 (Psychosoziale Beratungsangebote bei Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation ausbauen) zeigen Defizite in der Beratungssituation im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und einem sich möglicherweise daraus ergebenden Schwangerschaftsabbruch auf.

Die gesetzlichen und administrativen Grundlagen hierfür finden sich in den §§ 218 / 219 StGB, im Schwangerschaftskonfliktgesetz, in der Schwangerschaftsabbruchstatistik (auf der Grundlage des Schwangerschaftskonfliktgesetzes) sowie in der Personenstandsgesetz-Ausführungsverordnung. Die gesetzlichen Vorschriften sind auf ihren Inhalt hin zu überprüfen, wobei die Grundlage der Überprüfung die gemachten Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch sowohl bei der „Beratungsregelung“ als auch bei „medizinischer Indikation“ nach den gesetzlichen Veränderungen aus dem Jahr 1995 darstellen.

Zusätzlich sind die Richtlinien der Bundesärztekammer, die diesen Sachverhalt betreffen (siehe unten), sowie die Mutterschaftsrichtlinien auf eine inhaltlich adäquate Regelung zu überprüfen.

2. Gesetzliche Regelung zur „Beratungsregelung“ und zum „medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch“

2.1. Zur Notwendigkeit einer obligatorischen Beratung

Die Schwangere ist im Falle einer nicht gewollten Schwangerschaft in einer schweren Konfliktlage, wenn es ihr nicht zumutbar ist, diese Schwangerschaft auszutragen. Psychologisch gesehen gibt es bei jeder schwangeren Frau Gründe für das Austragen sowie gegen das Austragen einer Schwangerschaft, da sich die Lebenssituation der Frau im Falle von Schwangerschaft und Geburt deutlich verändert.

Schwangerschaft ist eine Zäsur im Leben der Frau: Ein „Point of no return“.

Wenn eine Frau Gründe für einen Abbruch sieht, finden diese aber ihre Grenzen am Schutz des ungeborenen Lebens, der von unserer Gesellschaft bewusst in den Vordergrund gestellt wird.

Der Gesetzgeber hat im § 218 a Absatz 1 festgelegt, dass eine Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nur dann vorliegt, „wenn seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind“ und sich die Frau nach § 219 durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle hat beraten lassen.

Im Falle dieser „Beratungsregelung“ geht der Gesetzgeber davon aus, dass diese Patientin in der Beratung Hilfe erfahren soll. Die Beratung „dient dem Schutz des ungeborenen Lebens“ und es sind der Frau „Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen“. § 219 sieht vor, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, „wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die **zumutbare Opfergrenze** übersteigt“.

Eine ähnliche Konfliktsituation sieht der Gesetzgeber für die Schwangere im § 218 a, Absatz 2 bei der „medizinischen Indikation“, wenn er festhält, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht rechtwidrig ist, „wenn 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 Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie **zumutbare Weise** abgewendet werden kann“.

In beiden Situationen („Beratungsregelung“ sowie bei „medizinischer Indikation“) werden ähnliche Formulierungen verwendet wie: Übersteigen der „zumutbaren Opfergrenze“ und „unzumutbare Weise“ für die Abwendung der Gefahr.

Im Falle der „Beratungsregelung“ ist die subjektive Situation der Frau so einzuschätzen, dass sie **diese Schwangerschaft** nicht austragen kann. Im Falle der „medizinischen Indikation“ ist die Situation so einzuschätzen, dass die Patientin ursprünglich die Schwangerschaft austragen wollte, dass dann aber Umstände (medizinisch oder psychologisch) eingetreten sind, die es ihr nicht mehr ermöglichen, **diese Schwangerschaft** auszutragen.

Die Patientin ist in einer Konfliktsituation, in der sie sehr wahrscheinlich Hilfe benötigt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass in einem Fall („Beratungsregelung“) die Notwendigkeit der Beratung als obligatorisch angesehen wird und im zweiten Fall („medizinische Indikation“) eine Beratung im Vorfeld des Abbruchs nicht vorgesehen ist.

Im Gegenteil muss man festhalten: Da die medizinische Indikation in der Regel im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik steht, die zu einem Abbruch im zweiten und dritten Trimenon führen kann (wenn also die Schwangerschaft weiter fortgeschritten ist), dürfte die Notwendigkeit einer Beratung um so eher gegeben sein. Die Schwangere hat sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten mit dieser Schwangerschaft positiv auseinandergesetzt, war über diese Schwangerschaft erfreut und sieht sich nunmehr mit einer Situation konfrontiert (z.B. besondere Erkrankungen des Foeten, besondere psychische Situation), die die ehemals gewünschte Schwangerschaft nunmehr als nicht mehr tolerierbar erscheinen lässt.

Da also der Beratungsbedarf für die Frau eher zunimmt und da die Schwangerschaft in der Regel weiter fortgeschritten ist, ist eine obligatorische Beratung sinnvoll.

2.2. Zeit des Überdenkens

Bei der „Beratungsregelung“ ist im § 218 a Absatz 1 und § 219 festgehalten, dass eine Beratung „mindestens drei Tage vor dem Eingriff“ stattgefunden haben muss. Die Erfahrungen im Umgang mit der Beratung bei der Indikation entsprechend „Beratungsregelung“ geben wieder, dass diese Zeit des Überdenkens in der Regel genutzt wird, um die Gründe zum Austragen oder zum Abbruch der Schwangerschaft noch einmal zu reflektieren. Die anlässlich der Neuformulierung der „Beratungsregelung“ vorgetragenen Bedenken gegen eine „Zwangsberatung“ scheinen so nicht zuzutreffen, so dass diese Zeit des Überdenkens als eine positive Chance aufzufassen ist.

Der Beratungsbedarf bei der „medizinischen Indikation“ steigt und es sind Fragen von deutlicher Tragweite zu klären: Was würde das Austragen dieses Kindes für die Frau, das Kind, die Familie bedeuten? Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Schwangerschaftsabbruch für die Frau und die Familie?

Bei der Klärung dieser Fragen ist es eventuell sinnvoll, zusätzlichen Sachverstand hinzuzuziehen. Es können Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Kinderärzte, Psychiater, Psychotherapeuten) beteiligt werden. Dieses braucht Zeit, um den anfänglichen Schock zu überwinden. Es können psychosoziale Beratungsstellen beistehen. Daher ist eine solche Zeit des Überdenkens von „in der Regel drei Tagen“ sinnvoll.

2.3. Mögliche extrauterine Lebensfähigkeit des Kindes

Die Konfliktsituation wird dann verschärft, wenn sich das Kind an der Grenze zum extrauterinen Leben befindet. Diese Grenze ist etwa bei 22+0 SSW post conceptionem anzusehen. Wenn ein Kind zu diesem Zeitpunkt geboren wird, so ist es ärztliche Aufgabe, diesem Kind alle medizinische Hilfe zu geben, wenn das Kind gute Überlebenschancen hat. Ab dem Zeitpunkt der möglichen extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes gewinnt also die ärztliche Hilfe für dieses Kind nach der Geburt an Bedeutung. Insofern ist es notwendig, die Bedingungen für den Schwangerschaftsabbruch in einer besonderen Weise zu formulieren. Daher erscheint die generelle Formulierung nach § 218 a Abs. 2 einer „Gefahr für das Leben oder schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“ zu weitläufig. Es ist eine Formulierung zu wählen, die die medizinische Indikation schärfer fasst. Man könnte z.B. formulieren, dass es sich um eine „unzumutbare Beeinträchtigung“ handelt.

Mit dieser Formulierung soll deutlich gemacht werden, dass die ärztliche Indikation bei möglicher extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes noch einmal besonders zu reflektieren ist, da die Konfliktlage für alle Betroffenen (Kind, Mutter, Vater, Arzt) verschärft ist.

2.4. Ausnahmeregelung

Eine solche Festlegung für eine obligatorische Beratung bei medizinischer Indikation sowie obligatorische Drei-Tages-Frist muss allerdings dann ihre Grenze finden, wenn besondere Umstände vorhanden sind, die es gerechtfertigt erscheinen lassen, von diesen Voraussetzungen abzurücken. Diese sind dann gegeben, wenn eine „unmittelbare Gefahr für das Leben“ der Frau besteht.

Wenn also z.B. eine bedeutsame **akute Indikation** aus medizinischen Gründen besteht (z.B. schwere Präeklampsie oder Eklampsie der Frau), dann besteht eine unmittelbare Gefahr für das Leben, so dass dann auch unmittelbar ein Schwangerschaftsabbruch herbeigeführt werden kann. Ähnlich könnte man die Situation dann kennzeichnen, wenn eine akute Suizidalität bei der Frau besteht, bei der keine Möglichkeiten vorhanden zu sein scheinen, diese anders akut abzuwenden. Da es solche besonders gravierenden Fälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch gibt, müssen auch Ausnahmeregelungen für Beratung und Fristen vorgehalten werden.

2.5. Inhalt der Beratung

Bei der „Beratungsregelung“ ist im § 219 festgelegt, dass die Beratung „dem Schutz des ungeborenen Lebens“ dient. „Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Sie soll ihr helfen, eine verantwortungsvolle und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, ...“

„Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuwenden.“

Die Ziele einer Beratung bei § 218 a Abs. 2 („medizinische Indikation“) wären ähnlich und würden sich aus dem Wortlaut des § 218 a Absatz 2 ergeben. Denn der Schwangerschaftsabbruch ist nur dann angezeigt, „um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Frau abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Vom Inhalt der Beratung her wären dies Angebote der medizinischen, psychischen und sozialen Unterstützung, mit der die beschriebenen Gefahren des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden wären. Auch hier sollte in einer ähnlichen Weise, wie es im § 219 formuliert ist, der Frau bewusst sein, „dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat.“

In der Praxis sähe das so aus, dass z.B. bei einer Konfliktlage, die sich durch die Schwangerschaft mit einer Trisomie 21 ergibt, die Frau vielerlei Hilfe benötigt, was die medizinischen Aspekte eines Lebens mit einem Kind mit Trisomie 21 angeht, die körperlichen Aspekte dieses Lebens, die

psychischen Aspekte dieses Lebens sowie die sozialen Aspekte, wenn ein Kind mit Trisomie 21 in der Familie und in der Umgebung aufwächst.

Die **Details der Beratung** wären in z.B. Richtlinien der Bundesärztekammer zu regeln.

2.6. Ärztliche Beratung

Im § 218 a Absatz 2 sowie § 219 („Beratungsregelung“) hat die Beratung durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Vom Inhalt her dominieren bei der „Beratungsregelung“ psychosoziale Aspekte, so dass eine Beratung mit psychosozialen Inhalt angemessen erscheint.

Bei der „medizinischen Indikation“ dominieren hingegen vielerlei Aspekte, die sich aus den akuten **medizinischen Gesichtspunkten** des Konfliktes mit dem ungeborenen Leben ergeben. Diese wären bei Konflikten, die durch den Foet bedingt sind (z.B. Spaltbildung des Gehirns, schwere Herzfehlbildungen) eher medizinischer Art, weil es um die Prognose des ungeborenen Lebens geht, wobei intrauterine Therapiemöglichkeiten sowie Therapiemöglichkeiten nach der Geburt des Kindes mit einfließen.

Im Falle einer Trisomie 21 handelt es sich um eine Vielzahl von Gesichtspunkten, die medizinischer, psychologischer und sozialer Natur sind. Bei einer eher psychiatrisch ausgelegten Konfliktlage steht z.B. die akute Behandlung einer Neurose, Psychose, Konfliktlage bei einer „verdrängten Schwangerschaft“ oder Suizidalität im Vordergrund, die ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Intervention bedarf.

Über die im Vordergrund stehenden medizinischen Aspekte **hinaus** sind analog der Beratung nach § 219 StGB weitere Beratungsziele:

- Aufzeigen von Perspektiven für ein Leben mit Kind
- Bewusstmachen, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft ein eigenes Recht auf Leben hat
- Rat und Hilfe zur Bewältigung der bestehenden Konfliktlage

Da allerdings die medizinischen Aspekte bei der „medizinischen Indikation“ primär im Vordergrund stehen, soll die Beratung an den Arzt gebunden sein.

2.7. Notwendigkeit des Angebotes der psychosozialen Beratung

Da in jeder medizinischen Indikation eine Vielzahl von medizinischen als auch psychosozialen Aspekten liegt, kann die Beratung nicht ausschließlich auf rein medizinische Aspekte beschränkt bleiben. Es gehört zur genuinen Aufgabe eines Arztes, auch psychosoziale Aspekte anzusprechen und zu verfolgen. Dieses gehört zur ursprünglichen Aufgabe jeder ärztlichen Tätigkeit.

Zugleich soll der Arzt erkennen, dass seine psychosoziale Beratungskompetenz an Grenzen kommen kann und dass es sinnvoll ist, eine unabhängige – auf psychosoziale Aspekte hin fokussierte –

Beratung in Anspruch zu nehmen. Insofern **muss** auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hingewiesen werden. Diese wird im Schwangerschaftskonfliktgesetz geregelt.

Eine solche Beratung ist keinesfalls eine „Ein-Punkt-Beratung“, sondern sie stellt ein dynamisches Kontinuum da. Insofern ist diese Beratung und Betreuung vor, während und nach dem Schwangerschaftsabbruch vorzusehen.

2.8. Bescheinigung

Bei der „Beratungsregelung“ hat eine Bescheinigung nach § 219 Absatz 2, Satz 2 zu erfolgen.

In Analogie zu dieser Regelung soll bei „medizinischer Indikation“ ebenfalls eine Bescheinigung erfolgen, so dass der Schwangerschaftsabbruch an die bescheinigte Beratung geknüpft wäre. Die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch erfolgt unabhängig davon.

3. Weigerungsrecht des Arztes (§ 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz)

§ 12 Absatz 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes regelt: „Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.“

Diese Regelung wird in Absatz 2 eingeschränkt, „wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden“.

In der Praxis bedeutet dies, dass Ärzte zur Mitwirkung verpflichtet sind z.B. bei medizinischen Indikationen nach § 218 a Absatz 2, der vom Wortlaut einen ähnlichen Inhalt hat („Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“).

Besonders problematisch wird dieses z.B. im Falle eines medizinisch indizierten Abbruchs auf Grund einer Konfliktlage bei Vorliegen einer Trisomie 21. Es sind zwar die Voraussetzungen nach § 218 a Abs. 2 gegeben, für den Arzt selbst mag es aber aufgrund seines religiösen, ethischen und moralischen Hintergrunds unzumutbar erscheinen, diesen Abbruch bei dieser Konfliktlage durchzuführen.

Da der abbrechende Arzt auf der einen Seite die Konfliktlage der Frau sieht, aber auf der anderen Seite auch seinen eigenen ethischen und moralischen Hintergrund in der Einschätzung dieser Konfliktlage hat, kann ihm nicht in jedem Fall zugemutet werden, diesen Eingriff durchzuführen.

Insofern wäre eine engere Formulierung notwendig, die auf der einen Seite eine unmittelbare Gefahrenlage für die Frau abwendet, aber auf der anderen Seite nicht an unüberwindbare Konfliktgrenzen des Arztes stößt. Insofern sollte eine Formulierung vorhanden sein, die „eine nicht anders abwendbare **unmittelbare** Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder des Todes festlegt“.

4. Statistische Erhebung des Schwangerschaftsabbruchs

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz hält im § 16 fest, was bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs statistisch erhoben und berichtet werden muss.

Hier sind ebenfalls Änderungen vorzusehen:

4.1. Dauer der Schwangerschaft (Spalte 19 – 20 des Erhebungsvordrucks)

Zur besseren und eindeutigeren statistischen Erfassung soll die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in **abgeschlossenen Wochen** post conceptionem angegeben werden. Insofern sollte in Zukunft nicht mehr von z.B. der 14. SSW post conceptionem gesprochen werden, sondern von 13 Wochen + x Tagen im Sinne abgeschlossener Schwangerschaftswochen und zusätzlich differenzierender Tage. Diese Änderung würde vorhandene Fehlermöglichkeiten minimieren, da insbesondere bei hohen Schwangerschaftswochen bei möglicher extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes eine sinnvolle Erfassung problematischer Zeitabschnitte nicht möglich ist.

4.2. Erkrankung des Fötus

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (§ 16) sind eine Vielzahl von Details zu erfassen, wie z.B. die rechtlichen Voraussetzungen, Familienstand und Alter der Schwangeren, Dauer der Schwangerschaft, etc.

Wesentlich erscheint aber eine **Klassifizierung der Konfliktlage** bei der medizinischen Indikation.

Nach Wegfall der embryopathischen Indikation im Jahr 1995 wurde dieses Indikationsspektrum unter die medizinische Indikation nach § 218 a Abs. 2 subsumiert. Dieses erschien zunächst sinnvoll, da aus einer Auffälligkeit eines Feten heraus allein keinesfalls ein Schwangerschaftsabbruch gefordert werden kann.

Gleichwohl bleibt aber bestehen, dass Auffälligkeiten des Fetus die Ursache einer schweren Konfliktlage für die Frau sein können. Insofern dürfte der größte Teil der Abbrüche bei medizinischen Indikationen durch Konflikte begründet sein, die aus spezifischen Auffälligkeiten dieses betreffenden Fötus resultieren. Von der Gesetzeslage her muss dies derzeit nicht erfasst werden.

Man würde der vom Bundesverfassungsgericht angemahnten Nachbesserungspflicht aber nachkommen, wenn man der Gesellschaft auch darstellen kann, **aus welchen Gründen ein Abbruch bei medizinischer Indikation** in Deutschland durchgeführt wird. Diese sind im Wesentlichen:

- Medizinische Indikation bei Erkrankung des Fötus (z.B. Trisomie 21, schwere kraniale Fehlbildungen, schwere Herzfehlbildungen)
- Psychologisch / psychiatrische Indikationen (Konfliktlage aufgrund schwerer Neurosen oder Psychosen, Konfliktlage bei verdrängter Schwangerschaft).

In letzteren Fällen ist also der Foet ohne jede Auffälligkeiten (und „gesund“). Die psychischen Störungen und die Konfliktlage der Frau sind aber ebenfalls so gestaltet, dass „eine Gefahr für das Leben und die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes“ erwächst und die Gefahr „nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“.

Es geht hierbei **nicht** um die Wiedereinführung einer embryopathischen Indikation. Es handelt sich aber um die Möglichkeit einer genauen statistischen Erfassung, so dass die Gesellschaft nachvollziehen kann, auf Grund welcher medizinischer Befunde Abbrüche aus medizinischer Indikation durchgeführt werden. Möglicherweise würde sich aus den erhobenen Daten die Forderung nach zusätzlichen Hilfsangeboten für die entsprechenden Konfliktsituationen ergeben.

5. Schwangerschaftsabbruchstatistik (Erhebungsvordruck)

Die Rechtsgrundlagen für den Erhebungsbogen sind im § 17 Schwangerschaftsstatistikgesetz gelegt. Problematisch erscheint zum jetzigen Zeitpunkt, dass „veraltete“ Klassifizierungen vorhanden sind und neue Methoden keinen Eingang gefunden haben.

5.1. Veraltete Formulierungen

- Hysterotomie (Spalte 21/3 und 4)

Eine Unterscheidung zwischen abdominaler und vaginaler Hysterotomie erscheint nicht sinnvoll. Die sehr selten durchgeführte Hysterotomie sollte lediglich ohne den Zusatz „abdominal“ oder „vaginal“ erhoben werden.

- Hysterektomie (Spalte 21/5 und 7)

Eine Unterscheidung zwischen abdominaler und vaginaler Hysterektomie erscheint nicht sinnvoll. Die sehr selten durchgeführte Hysterektomie beim Schwangerschaftsabbruch kann ohne den Zusatz „abdominal“ oder „vaginal“ erscheinen.

- medikamentöser Schwangerschaftsabbruch (Spalte 21/8)

Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wird heute fast ausschließlich der Wirkstoff Prostaglandin angewandt. Insofern sollte hier der Zusatz (Prostaglandin) erfolgen.

5.2. Fetozyd (Spalte 21/neu)

Der Fetozyd ist mittlerweile eine nicht selten durchgeführte Methode (Art des Eingriffs) im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch. Diese Klassifizierung gibt es aber im jetzigen Vordruck nicht, so dass sie eingefordert werden sollte.

Beim **Fetozyd** ergeben sich **zwei Indikationsgebiete**.

- Fetozyd zur Embryoreduktion

Im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung können insbesondere bei unkontrollierter Stimulation höhergradige Mehrlingsschwangerschaften (Drillinge, Vierlinge, etc.) entstehen. Diese Schwangerschaften sind für die Kinder sehr gefährlich, weil sie meistens zu einer erheblichen Frühgeburtenproblematik führen. Sie sind für die Mutter ebenfalls nicht ungefährlich, da schwangerschaftsbedingte Erkrankungen (z.B. Präeklampsien) häufiger sind. Ziel ist die Vermeidung von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften im Rahmen der Sterilitätsbehandlung. Wenn sie aber eingetreten sind, so ist der Fetozid im Zusammenhang mit einer Embryoreduktion bei Mehrlingsschwangerschaften eine mögliche Methode.

Man muss befürchten, dass diese durchgeführten Embryoreduktionen gar nicht in der Schwangerschaftsstatistik erscheinen, da die Patientin nirgendwo zu einem operativen Eingriff erscheint, der mit Ausstoßen, Absaugen oder Ausschabung der Frucht endet.

Insofern muss der Fetozid als „Art des Eingriffs“ mit eingeschlossen werden und in die Spalte 21 aufgenommen werden.

- Fetozid bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes/potentiellem Schmerzempfinden des Kindes

Eine zweite Indikationsmöglichkeit zum Fetozid ist dann gegeben, wenn ein Schwangerschaftsabbruch bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes vorliegt. Zugleich ist dieses der Zeitpunkt, wo möglicherweise eine Schmerzempfindung des Foeten bereits vorhanden ist. Medizinisch gibt es Anhaltspunkte dafür, dass ein Schwangerschaftsabbruch, der mit Prostaglandinen durchgeführt wird und zum Absterben des Foeten unter der Geburt oder nach der Geburt führt, von dem Foeten selbst wesentlich qualvoller empfunden wird als ein alternativ möglicher „Sekudentod“. Medizinisch gibt es in dieser Situation die Möglichkeit, mit einer intrakardialen Spritze (Kaliumchlorid) einen unmittelbaren Tod des Kindes herbeizuführen. Dieses Vorgehen würde dem Kind ein möglicherweise qualvolles Absterben unter oder nach der Geburt auf Grund des vorhandenen Sauerstoffmangels ersparen.

Da dieses in Deutschland und weltweit durchgeführt wird, sollte es auch statistisch erfasst werden. Zurzeit gibt es keinerlei Klassifizierungsmöglichkeiten im Erhebungsvordruck, so dass dieser eingefordert wird (Spalte 21).

6. Personenstandsgesetz-Ausführungsverordnung (PersStdGAV)

Im § 29 der Personenstandsgesetz-Ausführungsverordnung ist festgelegt, welches eine Lebendgeburt ist, eine Totgeburt oder ein Schwangerschaftsabbruch ist.

§ 29 Abs. 1 definiert eine **Lebendgeburt** und die Notwendigkeit der Anzeige und Eintragung einer Geburt, „wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.“

§29 Abs. 2 definiert für eine **Totgeburt**, wenn das Gewicht der Leibesfrucht mindestens 500 g betragen hat und keines der Merkmale einer Lebendgeburt vorhanden war (kein Herzschlag, keine Pulsation der Nabelschnur, keine natürliche Lungenatmung nach Scheidung vom Mutterleib).

§29 Abs. 3 hält fest, dass bei Leibesfrüchten von weniger als 500 g, die keine Lebensmerkmale gezeigt haben, eine **Fehlgeburt** vorliegt. Sie ist in den Personenstandsbüchern nicht zu beurkunden.

Im Rahmen des Schwangerschaftsabbruches kann es aber totgeborene Foeten von mindestens 500 g geben (entsprechend § 29 Abs. 2), die im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs unter der Geburt verstorben sind. Diese wären eigentlich als Totgeburten zu klassifizieren.

Weiter kann es Schwangerschaftsabbrüche geben von Kindern über 500 g (aber auch unter 500 g), die zum Zeitpunkt des Ausstoßens (der Geburt) Lebenszeichen hatten, wie Schlagen des Herzens, Pulsieren der Nabelschnur oder natürliche Lungenatmung. Meistens sistieren diese Lebenszeichen nach einigen Minuten. Zum Zeitpunkt der Scheidung vom Mutterleib (Geburt) sind sie jedoch vorhanden. Insofern wären diese Leibesfrüchte eigentlich als Lebendgeburten zu klassifizieren.

Bei einer Bundestagsanfrage der Abgeordneten Eichhorn, Dött, Hüppe, etc. (Fraktion der CDU/CSU) – Drucksache 15/3029) ist in der Antwort der Bundesregierung vom 18.05.2004 festgehalten worden, dass offensichtlich „in diesen Fällen“ eines Schwangerschaftsabbruches kein Anlass für eine Beurkundung im Sinne des StGB gegeben ist. Dass die Problematik bekannt ist, geht aus der Antwort der Bundesregierung hervor (Drucksache 15/3155): „Im Rahmen der beabsichtigten Reform des Personenstandsgesetzes wird mit den Ländern daher zur Zeit geprüft, ob eine Klarstellung in den personenstandsrechtlichen Vorschriften angestrebt werden sollte“.

Eine solche Festlegung ist unbedingt anzunehmen, da ansonsten die Schwangerschaftsabbruchstatistik ungenau ist und es Überschneidungen zwischen der Schwangerschaftsabbruchstatistik und der statistischen Erfassung nach Personenstandsgesetz geben könnte. Diese Überschneidungsmöglichkeiten sollten vermieden werden.

7. Richtlinien der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hat in der Vergangenheit bereits mehrfach zu der o.a. Problematik Stellung genommen und mit Hilfe von Richtlinien versucht, medizinische Standards zu formulieren. Diese sind:

- „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheit und Krankheitsdispositionen“ (Deutsches Ärzteblatt 95 (1998): B 2512-B2518.
- „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ (Deutsches Ärzteblatt 95 (1998): B2334-B2337.
- „Mehrlingsreduktion mittels Fetozyd“ (Deutsches Ärzteblatt 86 (1989): B1575-B1577.

Darüber hinaus hat die „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ in ihrer Schrift

- „Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ (2003)
- „Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch“ (2004)

sich umfassend zu der o.a. Problematik geäußert und Lösungsvorschläge angemahnt.

In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird in erster Linie die Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik als besonders regelungsbedürftig angesehen, da durch die Pränataldiagnostik selbst mögliche Auffälligkeiten des Foeten zum Gegenstand der Beratung (und möglicherweise mit der Konsequenz eines Schwangerschaftsabbruchs) werden können.

Daher sollen **Richtlinien der Bundesärztekammer** besonders zum **Inhalt** haben:

- allgemeine Pränataldiagnostik entsprechend den **Mutterschafts-Richtlinien**
- Aufklärung und Beratung **vor** Durchführung weiterführender Pränataldiagnostik
- Aufklärung und Beratung **nach** pränataler Diagnose einer Erkrankung, einer Entwicklungsstörung oder einer Anlageträgerschaft für eine Erkrankung
- Beratung bei **Fortführung einer Schwangerschaft**
- Beratung bei **Abbruch einer Schwangerschaft**
- Notwendigkeit einer **psychosozialen Beratung**
- Sinnvolle Nutzung einer **Bedenkzeit**
- besonderer Beratungsbedarf bei Schwangerschaftsabbruch bei **zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes**
- Beratungsbedarf bei **Embryo- oder Fetoizid**

Die Bundesärztekammer sollte die o.a. Richtlinien überprüfen und sie als Vorgabe für „Good clinical practice“ im Rahmen von Pränataldiagnostik und bei möglichen Schwangerschaftsabbrüchen festschreiben.

Da aber die Problematik von Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch und der damit zusammenhängenden Beratung von grundlegender Bedeutung ist, werden solche Richtlinien nicht genügen können, wenn Gesetzesvorschriften betroffen sind bzw. einem verantwortungsvollen ärztlichen Handeln entgegenstehen.

Aus diesen Gründen ist es Aufgabe der Bundesärztekammer, über eine Richtlinienformulierung hinaus Änderungen von Gesetzen anzumahnen.

8. Schlussfolgerungen

Im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftskonflikt haben Fragen der Beratung, einer Zeit des Überdenkens, einer Situation der möglichen extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes sowie der Gewichtung einer ärztlichen und einer psychosozialen Beratung grundlegende Bedeutung, sie können daher nicht ausschließlich in Richtlinien der Bundesärztekammer geregelt werden, sondern bedürfen weitergehenden gesetzlichen Regelungen..

Die statistische Erfassung des Schwangerschaftsabbruchs ist in einigen Punkten unsachgemäß und veraltet (Hysterotomie, Hysterektomie), an anderen Punkten bezieht sie bestimmte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nicht mit ein (Fetozid zur Embryoreduktion, Fetozid bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes). Hier ist ebenfalls gesetzliche Nachbesserung zu fordern.

Unschärfen in der Personenstandsausführungsverordnung, insbesondere bei Schwangerschaftsabbrüchen, bei denen Lebenszeichen unmittelbar nach der Geburt bestehen, müssen definitiv beseitigt werden. Dieses alles ist Aufgabe des Gesetzgebers.

Richtlinien der Bundesärztekammer haben nicht normierende Kraft wie dies ein Strafgesetzbuch oder andere Gesetzeswerke haben.

Gleichwohl bleibt es Aufgabe der Bundesärztekammer, Richtlinien zeitgemäß zu aktualisieren, so dass Frauen im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik bei unterschiedlichen Konfliktkonstellationen Anspruch auf eine gute medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung haben.