

Öffentliche Anhörung
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Wortprotokoll*
49. Sitzung

Berlin, den 16.02.2005, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Paul-Löbe-Haus

Sitzungssaal: Saal 2.200

Vorsitz: Kerstin Griese, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung

zu folgenden Vorlagen:

Antrag der Abgeordneten Dr. Maria Böhmer, Wolfgang Bosbach, Maria Eichhorn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Vermeidung von Spätabtreibungen - Hilfen für Eltern und Kinder

BT-Drucksache 15/3948

Antrag der Abgeordneten Christel Humme, Sabine Bätzing, Ute Berg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Irmgard Schewe-Gerigk, Ekin Deligöz, Jutta Dümpe-Krüger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychosoziale Beratungsangebote bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation

BT-Drucksache 15/4148

*redaktionell überarbeitete Tonbandabschrift

Inhaltsverzeichnis:

Anwesenheitsliste	S. 03
Liste der Sachverständigen	S. 06
Wortprotokoll	S. 07
Anhang 1 Fragen an Herrn Dr. Walter Bayerlein und seine schriftlichen Antworten darauf	S. 40
Anhang 2 Stellungnahmen der Sachverständigen	S. 44

öffentlich

Deutscher Bundestag

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Sitzung des Ausschusses Nr. 12 (Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
Abgeordnete(r)		Abgeordnete(r)	
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Bätzing, Sabine		Akgün Dr., Lale	
Berg, Ute		Binding (Heidelberg), Lothar	
Gradistanac, Renate		Bürsch Dr., Michael	
Graf (Rosenheim), Angelika		Ferner, Elke	
Griese, Kerstin		Hagedorn, Bettina	
Humme, Christel		Kortmann, Karin	
Lehder, Christine		Kressl, Nicolette	
Marks, Caren		Lohmann, Götz-Peter	
Rupprecht (Tuchenbach), Marlene		Merten, Ulrike	
Schaaf, Anton		Spanier, Wolfgang	
Streb-Hesse, Rita		Spielmann Dr., Margrit	
Weigel, Andreas		Wester, Hildegard	
Wieczorek (Böhlen), Jürgen		Wettig-Danielmeier, Inge	
<u>CDU/ CSU</u>		<u>CDU/ CSU</u>	
Blumenthal, Antje		Böhmer, Dr. Maria	
Dörflinger, Thomas		Butalikakis, Verena	
Eichhorn, Maria		Falk, Ilse	
Fischbach, Ingrid		Fischer (Göttingen), Hartwig	
Grübel, Markus		Lanzinger, Barbara	
Link (Diepholz), Walter		Mantel, Dorothee	
Noll, Michaela		Mayer (Siegertsbrunn) Dr., Martin	
Pawelski, Rita		Meckelburg, Wolfgang	
Roedel, Hannelore		Michalk, Maria	
Scheuer, Andreas		Riegert, Klaus	
Schmid, Angela		Romer, Franz	
Zylajew, Willi		Tillmann, Antje	
<u>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</u>		<u>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</u>	
Deligöz, Ekin		Andrae, Kerstin	
Dümpe-Krüger, Jutta		Lazar, Monika	
Schewe-Gerigk, Irmingard		Winkler, Josef Philip	
<u>FDP</u>		<u>FDP</u>	
Haupt, Klaus		Flach, Ulrike	
Lenke, Ina		Gutmacher Dr., Karlheinz	

Mittwoch d. 16. Feb. 05 14 00

-12-
Öff-Kid

Fraktionsvorsitzende:

Vertreter:

SPD	.....	.....
CDU/ CSU	.....	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	.....	.....
FDP	.....	.....

Fraktionsmitarbeiter:

Fraktion:

Unterschrift:

(Name bitte in Druckschrift)

(Präsidentin J. Grünzel)

Köstus, Beena	SPD	U. Köstus
Brumme-Bothe	CDU/CSU	Br-Bothe
Karin Guntner	SPD	Guntner
Ninella Nuebel	FDP	N. Nuebel
Taljaewalka	.....	.....
Andrea Beck	FDP	Beck
Hilke Masche	FDP	Hilke Masche
.....
.....
.....

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Liste der Sachverständigen

Zentralkomitee der Deutschen Katholiken
Vorsitzender Richter am OLG München a.D.
Herr Dr. Walter Bayerlein

Bund Deutscher Hebammen e.V.
Frau Marion Brüssel

pro familia-Bundesverband
Frau Dr. Ulla Ellerstorfer

Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Board für Pränatal- und Geburtsmedizin
Herr Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer

Sozialdienst Katholischer Frauen
Frau Gaby Hagmans

DRK Kliniken Berlin-Westend
Chefarzt der Frauenklinik
Herr Prof. Dr. med. Heribert Kentenich

donum-vitae Beratungsstelle
Frau Rita Klügel

Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht
Herr Dr. Hans-Georg Koch
Privatdozent

Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Frau Ruth Schimmelpfeng-Schütte

Frau Dr. med. Ulrike Schöneck
Pränatal-Diagnostikerin

Universität Köln
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Frau Dr. Christiane Woopen

Vorsitzende: Ich begrüße Sie alle herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema „Vermeidung von Spätabtreibungen“. Ein Thema, das mit der ihm zustehenden Sensibilität und Sachlichkeit behandelt werden soll. Ich begrüße im Besonderen auch die anwesenden Sachverständigen. Der Sachverständige Dr. Bayerlein hat leider aufgrund der Wetterverhältnisse in München nicht kommen können. Er hat dem Ausschuss jedoch zugesagt, die an ihn gerichteten Fragen schriftlich beantworten zu wollen. Die Fragen sowie die Antworten werden diesem Protokoll als Anhang beigefügt. Ich begrüße ebenfalls die Vertreterin der Bundesregierung, Frau Parlamentarische Staatssekretärin Christel Riemann-Hanewinckel. Das zeigt, dass auch die Regierung dem Thema hohe Bedeutung zumisst.

Die Anhörung basiert auf dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU, Drucksache 15/3948, Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder und auf dem Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 15/4148, Psychosoziale Beratungsangebote bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation ausbauen. Von dieser Anhörung wird wie immer ein Wortprotokoll erstellt. Ich möchte noch darauf hinweisen, dass die schriftlichen Stellungnahmen der Sachverständigen vor dem Sitzungssaal ausliegen und mitgenommen werden können.

Als Erste bitte ich Frau Marion Brüssel vom Bund Deutscher Hebammen e.V. um ihr Statement.

Frau Marion Brüssel: Zuerst einmal möchte ich mich für die Einladung bedanken. Der BDH begrüßt die Diskussion zu der Problematik Pränataldiagnostik und die Initiativen der Parteien, weil dadurch die Auseinandersetzung in den Fraktionen im Deutschen Bundestag und in der Öffentlichkeit gefördert wird.

Ich habe auch das Protokoll der ersten Diskussion im Deutschen Bundestag gelesen und war sehr erstaunt, mit wie viel Sachverstand und Einfühlungsvermögen seitens der Abgeordneten debattiert wurde.

Nach ca. zehn Jahren Beobachtung und kritischer Auseinandersetzung meinerseits mit der Problematik Pränataldiagnostik habe ich ganz privat etliche Lösungsentwürfe angedacht und wieder verworfen. Ich bin jetzt nach zehn Jahren so weit, dass ich immer noch die grundsätzliche Forderung des BDH unterstützen kann, dass die Pränataldiagnostik als Routine aus der Schwangerenvorsorge herausgenommen werden muss. Dazu liegt ein Text aus, der gerne mitgenommen werden kann.

Ich denke, dass die späten Schwangerschaftsabbrüche und das Dilemma dieser Situation nicht zu trennen sind von der Praxis der Pränataldiagnostik überhaupt. Wir reden dann nicht mehr von 200 oder auch 400 späten Schwangerschaftsabbrüchen, sondern wir reden von 700.000 Schwangeren und Familien, die sich damit auseinandersetzen müssen. Diese müssen quasi einen Qualitätscheck ihres Kindes mitmachen. Natürlich müssen sie nicht, sie können sich dem auch entziehen, allerdings nicht in der gängigen medizinischen Schwangerschaftsvorsorge.

Ich will mich Frau Riemann-Hanewinkel anschließen, die im Bundestag die Auffassung vertreten hat, dass es wichtig sei, darüber zu diskutieren, welchen Stellenwert die Pränataldiagnostik in unserer Gesellschaft habe, wie sie jetzt schon unsere Gesellschaft verändert habe und ob man das wirklich wolle. Soweit meine Ausführungen.

Vorsitzende: Frau Ellerstorfer vom pro familia-Bundesverband bitte.

Dr. Ulla Ellerstorfer: Auch ich bedanke mich für die Einladung. Unsere Stellungnahme geht ausdrücklich davon aus, dass es sich bei späten Abtreibungen um menschlich tragische Einzelschicksale von Frauen und Paaren handelt. Zahlenmäßig sind diese nach der 23. Woche durchgeführten späten Abbrüche extrem selten. Es handelt sich um jährlich etwa 200 Fälle.

Die wiederholten Gesetzesinitiativen von CDU/CSU zielen – nach unserer Auffassung – nicht auf die Vermeidung dieser Einzelfälle, sondern sie wollen den § 218 a Abs. 2 StGB grundlegend ändern. Darauf will ich kurz eingehen.

Erfasst werden nicht nur die Schwangerschaftsabbrüche nach der 23. Schwangerschaftswoche, sondern es geht um all die Frauen und Paare, wie meine Vorrednerin schon gerade angedeutet hat, die eine Pränataldiagnostik (PND) wünschen, um sich mit diesen Informationen für oder gegen das weitere Austragen einer Schwangerschaft zu entscheiden.

Wir sind der Auffassung, dass gesetzliche Änderungen des geltenden Schutzkonzeptes und eine strafrechtliche Verschärfung der Anforderungen an die medizinische Indikation nicht notwendig sind. Frauen haben heute Anspruch auf umfassende Informationen und ärztliche Beratung über Chancen und Risiken vor, während und nach der PND durch ihren Arzt oder ihre Ärztin. Das beinhaltet allerdings auch die Information, nein zur Pränataldiagnostik zu sagen.

Der Anspruch von Frauen auf ärztliche Beratung im Verlauf ihrer Schwangerschaft, insbesondere nach der PND, ist Grundlage des geltenden Schutzkonzeptes. Fachärzte und –ärztinnen können nach der PND mit positivem Befund durch den kontinuierlichen persönlichen Kontakt mit der Schwangeren auf ihren Wunsch eine qualifizierte medizinische Indikation ausstellen. Das geltende Recht sieht eine Zwangsdiagnose ohnehin durch den Facharzt/die Fachärztin vor, der den Schwangerschaftsabbruch durchführt, so dass sich die Schwangere dem abschließenden Urteil von zwei Ärzten oder Ärztinnen unterwerfen muss.

Zur Unterstützung der Ärzteschaft sollte das Angebot von Supervision als persönliche Entlastung für diese schwierige Aufgabe eine Selbstverständlichkeit werden. Die Einführung einer weiteren Hürde für Schwangere, wie die Einrichtung einer Kommission, sollte nicht vorgesehen werden. Dadurch wird die schwangere Frau nach einem für sie schmerzlichen Untersuchungsergebnis einer nicht zumutbaren weiteren „Drittbewertung“ ausgesetzt, dieses Mal durch ein ihr unbekanntes Gremium. Ihre aus vielfältigen Gründen individuelle Entscheidung, die Schwangerschaft nicht weiter austragen zu können, kann nur ein von Vertrauen geprägtes Gespräch zwischen der Schwangeren und dem Arzt/der Ärztin gerecht werden, nicht aber der Kasuistik eines Gutachtergremiums, das mit der Frau selbst und ihrer Lebenswelt herzlich wenig zu tun hat. Damit würde, meiner Meinung nach, ein Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Arzt-Patientinnen-Verhältnis vorgenommen.

Zur Haftungsfrage lässt sich aus unserer Sicht sagen, dass kein Arzt und keine Ärztin belangt werden kann, wenn er oder sie eine schwangere Frau umfassend verständlich informiert und aufgeklärt hat und ihr keine Informationen über die Untersuchungsergebnisse vorenthalten wurden. Aus jahrzehntelanger Erfahrung plädieren wir für freiwillige soziale Beratungen, um Frauen und Paare in einer besonders schwierigen Lebenslage zu unterstützen und um das Gespräch zu ergänzen, wie im Antrag von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gefordert. Das psychosoziale Beratungsangebot sollte sich an Frauen und Paare vor, während und nach der PND richten. Beratungsstellen sollten personell ausgebaut und Fachkräfte dafür qualifiziert werden. Die Infrastruktur von Beratungsstellen ist in allen Bundesländern gegeben. In allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Fragen ist psychosoziale Beratung gesetzlich vorgeschrieben. Aber sie ist in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt. Sie sollte also auch durch die Ärzteschaft und durch Kliniken besser kommuniziert werden und nicht zu einer weiteren Hürde für eine schwangere Frau durch eine Pflichtberatung führen.

Seit 1995 ist ein wesentlicher Baustein in dem geltenden Schutzkonzept die von der Beratungsregelung deutlich unterschiedene Rechtfertigung eines indizierten Schwangerschaftsabbruches. Bei den hier in Rede stehenden Abbrüchen nach einer PND rechtfertigt eine ärzt-

lich festzustellende „Unzumutbarkeit“ den medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch. Aus gutem Grund ist daher eine gesonderte soziale Beratung hierfür nicht verpflichtend und auch nicht strafbewehrt, sondern Bestandteil der ärztlichen Aufklärung, Beratung und Indikationsstellung. Man kann diesem Schutzkonzept keine weiteren Elemente hinzufügen, wenn man es nicht empfindlich stören will.

Die vorgeschlagene Regelung zerstört folglich das sehr fein austarierte Schutzkonzept des geltenden § 218 a Abs. 2. Bei einer Verschärfung des Indikationsmodells, das in die Grundrechte sowohl der betroffenen Frau als auch der betroffenen Ärztinnen und Ärzte eingreift, würden wir uns eine verfassungsrechtliche Überprüfung vorbehalten.

Vorsitzende: Prof. Hackelöer von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bitte.

Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer: Seit 1995 liegen Erfahrungen mit dem Paragraphen 218 vor und man kann feststellen, dass die von manchen befürchtete und herbei geredete Erhöhung der Spätabtreibung nicht eingetreten ist. Es ist das erfolgt, was wir erwartet haben, dass durch qualifizierte pränatale Diagnostik es zu einem Rückgang von Schwangerschaftsabbrüchen gekommen ist, wie z. B. auch in Großbritannien und in anderen Ländern. Die Statistik in Großbritannien zeigt, dass erweiterte Pränataldiagnostik eher zur Reduktion von Abbrüchen führt. Wenn Sie zum Beispiel an die Rötelnembryopathien denken, so haben diese früher fast regelhaft zu Abbrüchen geführt. Wir können auch feststellen, dass die Frau schon in eine große Krisensituation gerät, wenn z. B. eine Fehlbildung diagnostiziert wird. Bereits in solchen Situationen entsteht erhöhter Beratungs- und Aufklärungsbedarf. Dieser Beratungs- und Aufklärungsbedarf bezieht sich aber vor allem auf die inhaltliche, medizinische Beratung. Das heißt, die Patientinnen wollen genau wissen, mit welchen Einschränkungen das Kind zu leben hat. In diesem Zusammenhang wird auch die eigene Lebenssituation reflektiert und inwieweit man sich zutraut, die Schwangerschaft auszutragen und mit diesem Problem später fertig zu werden. Natürlich kann die Frau das auch alleine, ohne zwangsweise Beratungen reflektieren. Aber in der Regel wird der Arzt oder die Ärztin, der/die mit der Diagnose betraut ist, die Beratungs- und Informationsleistung erbringen. Hierbei kann es sich um Hinweise auf medizinische und andere Spezialisten handeln, um Selbsterfahrungsgruppen, aber auch um psychosoziale Beratung und die Beratung der weiteren Lebensumstände.

Wir sind der Meinung, dass vieles im pränatalen Bereich noch im Argen liegt, und deswegen ist die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe auch der Meinung, dass die Diagnostik und die Durchführung der Therapie in der Pränatalmedizin konzentriert werden sollten, um zu einer Qualitätssteigerung zu gelangen. Denn immer dann, wenn die Qualität

nicht stimmt, stimmt auch die Beratung nicht, und die Ängste und die Unsicherheiten der Frauen werden größer.

Wir sind der Meinung, dass ausreichende Aufklärung die Frauen in die Lage versetzt, ihre Entscheidung allein und eigenverantwortlich treffen zu können.

Wir sind auch der Meinung, dass zwangsweise Beratungen oder auch Zwangsfristen nicht helfen, das Selbstbestimmungsrecht der Frauen zu verbessern, sondern ihnen die Situationen unerträglicher machen.

Wir sind der Auffassung, dass nicht nur bessere Beratungsangebote in den Zentren zur Verfügung gestellt werden sollten. Es muss von diesen auch verlangt werden, dass sie von der Diagnostik bis zur Therapie alles durchführen können und die Patientinnen nicht in Form eines Abtreibungstourismus an andere Kliniken weiter verweisen müssen. Dies würde für die Frauen zu diesem Zeitpunkt das Allerschlimmste sein.

Wir sind der Meinung, dass eine Kommission vor allem dann tätig werden sollte, wenn zwar eine Fehlbildung festgestellt wurde, aber die Prognose für die Lebensfähigkeit des Kindes günstig ist. In dieser Kommission könnten verschiedene Spezialisten: Pränatalmediziner, Geburtshelfer, Kinderärzte, Hebammen, Schwestern und andere noch einmal im Sinne des Lebensschutzes für das Kind über die Gesamtsituation diskutieren. Das hilft auch den Ärzten, die später an der Durchführung des Abbruchs beteiligt sind. Die können dann möglichst sicher sein, dass durch Viele festgestellt, durch Viele nachempfunden, die Lebenssituation der Mutter durch das behinderte Kind so eingeschränkt wird und ihre Bedrohung so sichtbar ist, dass dem Wunsch der Mutter nach Abbruch der Schwangerschaft gefolgt werden kann.

Nach über dreißig Jahren Erfahrung im Pränatalbereich bin ich davon überzeugt, dass Frauen das können. Ich habe in dieser Zeit nie erlebt, dass Frauen hierzu nicht in der Lage gewesen wären, eigenständig diese Entscheidung zu treffen. Deswegen würde ich sie auch dahingehend unterstützen wollen.

Vorsitzende: Frau Hagmans vom Sozialdienst Katholischer Frauen bitte.

Frau Gaby Hagmans: Der Sozialdienst Katholischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland ist Träger für 120 Schwangerenberatungsstellen und damit Träger der Hälfte aller katholischen Beratungsstellen. Vor diesem Hintergrund geben wir unser Statement ab. Ich finde es sehr bedauerlich, dass Dr. Bayerlein verhindert ist, weil wir uns mit Bezug auf sein Statement mit Fragen der Arzthaftung nicht befasst haben. Wir begrüßen grundsätzlich die

beiden Anträge der Fraktionen, weil sie sich mit der sehr prekären Situation bei einer medizinischen Indikation im Verhältnis der Frau zum Arzt beschäftigen. Ich hoffe, dass noch andere Experten sich mit Fragen der Arzthaftung in diesem Zusammenhang heute juristisch auseinandersetzen.

Ich will hier vornehmlich aus der Beratungspraxis und den Erfahrungen berichten, die wir in unserer Arbeit gewonnen haben. Wir beraten in den letzten Jahren intensiv in unseren Schwangerenberatungsstellen zur Pränataldiagnostik, und darauf fußen unsere hier vertretenen Positionen.

Wir teilen die Einschätzung der beiden Anträge, dass wir derzeit eine Diskrepanz zwischen dem Willen des Gesetzgebers und der Praxis vorfinden. Wir stellen fest, dass nach wie vor ein pathologischer Befund des Embryos als Begründung für eine Abtreibung ausreicht und aufgrund dieser Indikationsstellung manche die medizinische Indikation als gegeben ansehen. Wir sehen an dieser Stelle auch, dass dies teilweise damit zusammenhängt, wie die Ärzte dann in die Haftung genommen werden können. Ärzte stehen unter dem Druck, sich gegebenenfalls absichern zu müssen. Das heißt, nicht mehr die Beratung der Frau steht im Vordergrund, sondern die eigene Verantwortlichkeit des Arztes. Hier ist sicherlich noch einiges zu verbessern.

Wir haben aus diesen Erfahrungen mittlerweile den Schluss gezogen, dass unserer Auffassung nach keine Notwendigkeit für eine Änderung des Gesetzes besteht. Wir sehen in der Praxis jedoch Handlungsbedarf bei dem Ausbau des psychosozialen Beratungsangebots für Frauen. Oftmals wissen viele Frauen nicht, dass sie dauerhaft vor, während und nach der Schwangerschaft auf Beratung im Kontext mit Schwangerschaft zurückgreifen können. Hier muss der Informationsfluss verstärkt werden. Deswegen sind wir zum Beispiel dafür, die Information über das Beratungsangebot in den Mutterpass mit aufzunehmen. Auch Ärzte und Hebammen haben unseres Erachtens die Verantwortung, die Frauen darüber zu informieren, dass und welche Angebote bestehen, und dass die medizinische Beratung nicht das einzige Beratungsangebot ist.

Wir haben in Bezug auf Information den Vorschlag gemacht, dass in den Richtlinien des Bundesausschusses sowohl eine verbindliche Beratung vor pränataler Diagnostik als auch nach der diagnostizierten Behinderung des Kindes aufgenommen werden sollte. Nur mit vollständigen und umfassenden Informationen sind die Frauen in der Lage, Entscheidungen zu treffen.

Hier gilt es noch einmal klar in den Richtlinien des Bundesausschusses darzustellen, was an Codex den Ärzten mit auf den Weg gegeben wird. Nach der diagnostizierten Behinderung des Kindes ist es unseres Erachtens notwendig, bevor die medizinische Indikationsstellung erfolgt, dass es einen überprofessionalen Zusammenschluss gibt, jedoch nicht im Sinne eines Kolloquiums, in dem mehrere Professoren über eine sichere medizinische Indikationsstellung diskutieren. Gerade wenn man auf die zukünftige Gesundheit und psychische Gefährdung der Frau abstellt, sind verschiedene Professionen notwendig.

Das psychosoziale Beratungsangebot sollte unseres Erachtens als permanentes Regelangebot während der Schwangerschaft angeboten werden. Das hat nicht nur etwas mit dem Bereich der PND zu tun, sondern wir haben auch bei den so genannten normalen Schwangerschaften die Erfahrungen gemacht, dass viele Probleme und Themenstellungen von den Frauen bzw. den Paaren so nicht vorhergesehen werden konnten. Es ist wichtig, ihnen ein Angebot zu machen und Unterstützung zu geben. Diverse Modellprojekte haben dies bestätigt.

Ist es notwendig, die Beratung verpflichtend vorzunehmen? Wir sind dagegen. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, dass die Pflichtberatung bei medizinischer Indikation eine andere Qualität hat, als die in den ersten drei Monaten nach § 218 vorgesehene Beratungsverpflichtung. Die Konfliktsituation, in der sich die Frau befindet, ist eine andere. In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft kommt aus ganz anderen Motivationen die Frage eines Abbruchs auf. Bei der medizinischen Indikation werde ich überraschend und nicht erwartet mit der Frage konfrontiert, eine Indikation zu haben, die zum Abbruch führen könnte. In dieser Situation, viele sprechen von einer Schocksituation, eine verpflichtende Beratung anzubieten, ist unseres Erachtens nicht legitim. Des Weiteren würde, wenn wir nach pathologischem Befund eine Verpflichtung einführen, eine Unterscheidung gemacht werden und wir würden über diesen Umweg wieder die embryopathische Indikation einführen. Alles Weitere steht in der Stellungnahme zur Anhörung.

Vorsitzende: Prof. Kentenich, DRK Kliniken Berlin-Westend, bitte.

Prof. Dr. Heribert Kentenich: Herzlichen Dank. Ich stimme meiner Vorrednerin zu und will darum das, was zur Pränataldiagnostik gesagt wurde, nicht wiederholen.

Was sehe ich anders. Ich bin der Auffassung, dass eine Beratung bei medizinischer Indikation obligatorisch sein sollte. Genau aus den Gründen, die meine Vorrednerin genannt hat und die Sie negiert haben. Es ist eine besondere Konfliktsituation für die Schwangere, wenn sie im Falle einer medizinischen Indikation mit Befunden konfrontiert wird, die die bisherige

Freude auf das Kind stark beeinträchtigt. Das ist die Situation, in der die Schwangere zweifelsfrei Beratung braucht, sowohl von ärztlicher als auch von psychosozialer Seite, weil die Befunde, mit denen sie konfrontiert wird, zum Beispiel ein Kind mit einer Trisomie, nicht nur medizinische, sondern auch soziale Aspekte haben.

Bitte bedenken Sie, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass solche Patientinnen in der Beratung Hilfe erfahren sollen. In § 219 StGB ist davon die Rede, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, d. h., wenn die Belastungen so schwerwiegend sind, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigen. Ähnlich sieht es der Gesetzgeber in § 218 a Abs. 2 bei der medizinischen Indikation, wenn er festhält, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig ist, wenn der Abbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben abzuwenden oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung nicht auf andere zumutbare Weise abgewendet werden kann. Die Konfliktsituation ist ähnlich, in der die Schwangere Hilfe braucht. 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.

Versuchen Sie sich bitte einmal klar zu machen, warum in einem Fall eine Beratung obligatorisch ist und im zweiten Fall nicht. Ich denke, die Frau hat ein Recht auf Beratung. Es genügt jedoch nicht nur das Angebot. Bei der Größe der Konfliktsituation sollte nicht nur eine Beratung obligatorisch sein, sondern auch eine Zeit des Überdenkens. Alle, die mit Fällen von Trisomie etwas zu tun haben, wissen, dass hier mindestens drei Tage notwendig sind.

Die Konfliktsituation verstärkt sich, wenn das Kind potentiell lebensfähig ist. In dieser Konfliktsituation brauchen wir zudem eine andere Qualität der Beratung. Dann steht das Ungeborene im Vordergrund, weil es zum Zeitpunkt des Abbruchs überleben kann. Ich denke, in § 218 a Abs. 2 sollte eine Formulierung gewählt werden, die die medizinische Indikation noch schärfer fasst.

Im Papier der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe war von einer Kommission die Rede. Das ist teilweise falsch verstanden worden. Die Frau soll selbstverständlich nicht vor diese Kommission treten, sondern die Kommission ist dazu da, um den Ärzten, die sich mit diesem Fall befassen, den Rücken zu stärken, durch Einbeziehung anderer Fachrichtungen, z. B. Humangenetiker, aber natürlich auch durch Betroffenenengruppen etc. Es kann nur einen Ausnahmefall geben, nämlich dann, wenn das Leben der Frau bedroht ist, dann muss ohne jede Rücksicht gehandelt werden können.

Wir dürfen die ärztliche Beratung nicht gegen die psychosoziale Beratung ausspielen. Beide sind absolut notwendig. Wir denken aber, dass bei der medizinischen Indikation die ärztliche Beratung im Vordergrund stehen muss und bei der Notlagenregelung die psychosoziale Beratung. Beide Beratungsformen müssen sich ergänzen.

Das Weigerungsrecht für den Arzt sollte schärfer gefasst werden als bisher in § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz. 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 – er kann zum Beispiel Vater eines behinderten Kindes sein -, kann ihm nicht in jedem Fall zugemutet werden, den Eingriff durchzuführen.

Ich möchte beim Thema Schwangerschaftskonfliktgesetz und Statistik bleiben. Die statistische Erfassung zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht vollständig. Die heutige Schwangerschaftsstatistik zeigt, wie viel Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, aber nicht aus welchem Grund. Schwangerschaftsabbrüche lassen sich in zwei Gruppen einteilen: medizinische Indikation und Beratungsregelung. In der Statistik ist jedoch nicht nachzuvollziehen, ob zum Beispiel bei der medizinischen Indikation abgetrieben wird aus Gründen, die in den Föten liegen oder aus Gründen, die in der Psyche dieser Frau liegen. Wir wissen einfach nicht, was dort geschieht und ich denke, dass diese Daten zur Verfügung stehen sollten, das kann man auch machen, ohne dass man eine embryopathische Indikation wiederum einführt.

Die Statistik ist absolut unvollständig bei Fetoziden, d. h. Mehrlingsreduktion bei Vierlings- oder Fünfilingsschwangerschaften. Das wird statistisch nicht erfasst, also weiß es die Gesellschaft auch nicht. Wir denken, dass hier Nachbesserungen notwendig sind.

Das Personenstandsgesetz und die Personenstandsausführungsverordnung sowie das Schwangerschaftsabbruchstatistikgesetz sind nicht kongruent. Wenn nach einem Schwangerschaftsabbruch in der 20. Woche ein Kind lebend herauskommt und nach 10 Minuten verstirbt, ist nicht klar, ob dieses Kind nach dem Personenstandsgesetz geführt wird oder nicht. Nach den Ausführungen des Innenministers in einer parlamentarischen Anfrage wird das Kind nicht geführt. Das kann m. E. nach nicht die richtige Antwort sein. Meines Wissens erarbeitet die Bund-Länder-Kommission hierzu ein Papier. Ich denke, man muss dieses Papier dringend anmahnen, damit Überschneidungen in Zukunft unterbleiben.

Vorsitzende: Frau Klügel, donum-vitae Beratungsstelle, bitte.

Frau Rita Klügel: Ich danke für die Einladung und möchte Sie mit meinem Statement an der Beratungspraxis und an dem Alltag in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle teilhaben lassen.

Wenn ich von Beratung spreche, dann denke ich an individuelle Fälle, an Frauen und Männer, die mir direkt gegenüber saßen und mich in ihr Leid, in die Unmöglichkeit und in die unvorstellbare Schwere ihrer Entscheidung, ihre Angst, ihre Verzweiflung und ihre Schuldgefühle und ihre Trauer einbezogen haben. Ich arbeite seit über zehn Jahren - zuerst beim SKF und dann bei donum vitae - aus dieser Fürsorge heraus für Frauen, Männer und Kinder. Nach diesen Gesprächen wird mir immer wieder von Betroffenen mitgeteilt, wie hilfreich sie die psychosoziale Beratung erlebt haben.

Die Medizin hat sich derart weiterentwickelt, dass die Psyche der Menschen oftmals nicht mehr mithalten kann. Deshalb eröffnet sich für mich weiterer Beratungsbedarf und dieser entsteht schon vor Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik. Besonders dringlich wird eine Beratung, wenn Paare oder Frauen mit der Mitteilung konfrontiert werden, ihr Kind ist krank, behindert oder nicht lebensfähig. Nach einem solchen Schock ist ein qualifiziertes, individuelles, psychosoziales Beratungsgespräch ergänzend zur medizinischen Beratung unverzichtbar und stellt eine wesentliche Entlastung für die Paare und ihr ungeborenes Kind dar. Viele Frauen fühlen sich gerade in diesem Schockzustand unfähig, ihre Gedanken und Gefühle zu sortieren, ihre Ambivalenzen aus eigenen Kräften zu bewältigen. Manchmal erfahren wir in der Beratung noch nach Jahren, dass nicht genügend Zeit zur Entscheidungsfindung vorhanden war und eine ethische Auseinandersetzung mit einer solchen Konfliktsituation aus Angst und Unsicherheit nicht gesucht wurde. Den Frauen treten dann oft noch die Tränen in die Augen und sie erinnern sich an die Scham und die Schuld von damals. In solchen Situationen wird deutlich, dass die Situation für die Eltern am schwersten ist. Sie stehen oftmals sehr plötzlich vor der Entscheidung, sich für oder gegen ihr gewünschtes Kind entscheiden zu müssen. Sie selbst benötigen jetzt in erster Linie Annahme, Hilfe, Unterstützung und Entlastung.

In unserem Beratungskonzept wird folgendes benannt: Die donum-vitae-Beratungsstellen haben das Ziel, die Not der Betroffenen zu verstehen, ihre Kompetenz für die jeweils anstehende Entscheidung zu stärken, mit ihnen gemeinsam Ressourcen für das Aushalten und das Bewältigen von Unsicherheiten und Angst zu entdecken, Perspektiven für ein Leben mit einem behinderten Kind zu entwickeln und sie unabhängig davon, wofür sie sich entscheiden, auf ihrem Weg zu begleiten. Inzwischen gibt es viele Modelle, die diese Beratung umzusetzen versuchen und wir bemerken trotzdem in der Realität, dass die psychosoziale Beratung immer noch in zu wenigen Fällen in Anspruch genommen wird. Beratung ist ein pro-

zesshaftes Geschehen, welches am Ende zu einer Entscheidung führen soll. Dabei kommt es vor allem darauf an, die Widerstände im Beratungsgeschehen zu überwinden. Beispiele für solche Widerstände sind, wie ich immer wieder erfahre, dass Frauen den Kontakt nach einer Diagnose zu sich selbst, zu ihrem Bauch, zu ihrem ungeborenen Kind verloren haben und am liebsten die Schwangerschaft rückgängig machen oder diese Situation möglichst schnell beenden wollen.

Staatlich anerkannte Schwangerenberatungsstellen könnten ein Knotenpunkt sein. Manche Frauen empfinden die Diagnose und alles, was danach passiert, als ob sie in einem Schnellzug säßen, in den sie einsteigen und durchfahren bis zu dem Ziel Schwangerschaftsabbruch, und keiner ist da, der den Zug anhält. Die Schwangerenberatungsstelle könnte genau diejenige sein, die zum Anhalten rät, eventuell zum Umsteigen. Sie sollte ein Ort sein, zu dem man wiederkommen und zurückfahren kann. Das zeigt schon an, dass Schwangerenberatung lange über die Geburt oder über einen Abbruch hinaus die Frau begleiten sollte.

Um aber nachhaltig beraten zu können, sind aus Sicht der Praxis folgende Punkte für uns dringend notwendig: Um überhaupt Beratung anbieten zu können, muss eine mehrtägige Überlegenszeit für die Betroffenen gegeben sein. Diese Bedenkzeit ist aber nur dann sinnvoll, wenn nicht während dieser Zeit von einem Arztbesuch zum anderen gehastet werden muss und somit keine Ruhe einkehren kann. Frauen und Paare müssen über die Möglichkeiten dieser intensiven Diagnostik früher und besser informiert werden. Die schwierige Aufgabe der Beratung, Begleitung und Unterstützung kann nur in wertschätzender interprofessioneller Kooperation gelöst werden. Gerade in interprofessionellen Qualitätszirkeln merke ich, dass auch Mediziner bei der Diagnoseeröffnung und bei dem, was danach folgt, an ihre persönlichen Grenzen gelangen. Frauen, Paaren und niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen ist oftmals nicht bekannt, dass psychosoziale Beratung in Anspruch genommen werden kann. Hier gibt es erhebliche Informationsdefizite, die von uns Beraterinnen nicht allein behoben werden können. Dazu benötigen wir Unterstützung.

Im ärztlichen wie psychosozialen Fachbereich gibt es immer noch sehr wenig Verständnis für die verschiedenen Beratungsbedürfnisse. Es geht auch darum, Berührungspunkte zwischen den Professionen abzubauen, um so zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit zu kommen.

Vorsitzende: Dr. Koch vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht bitte.

Dr. Hans-Georg Koch: Ich danke für die Einladung. Ich arbeite im Max-Planck-Institut als Leiter des Referates Recht und Medizin und habe über viele Jahre ein rechtsvergleichendes Projekt zum Thema Schwangerschaftsabbruch betreut. Ich möchte zu 10 Punkten thesenhaft Stellung nehmen und verweise ansonsten auf meine schriftliche Stellungnahme.

1. Embryopathisch veranlasste Schwangerschaftsabbrüche sind ein altes Problem. Obwohl gesetzlich gar nicht vorgesehen, wurden in der Schwangerschaftsabbruchstatistik bis 1992 ausweislich die Mehrzahl nach der 22. Schwangerschaftswoche durchgeführten Eingriffe als eugenisch indizierte gemeldet.
2. Zur Indikationsausgestaltung: Jede auch nur indirekte Rückkehr zur embryopathischen Indikation ist dem Verdacht einer Stigmatisierung ebenso ausgesetzt wie das frühere Recht. Stattdessen ist unabhängig von etwaigen Schädigungen des Embryos meines Erachtens die extrauterine Lebensfähigkeit als prinzipielle, wenn auch nicht ausnahmslose Grenze für Schwangerschaftsabbrüche anzusehen. Dies kann bereits durch Interpretation des geltenden Rechts erreicht werden. Für die praktischen Auswirkungen entscheidend ist weniger eine entsprechende Gesetzesfassung, als vielmehr eine Implementation dieses Grundsatzes in den Köpfen der Indikationsfeststeller. Das Prinzip einer dynamischen Interpretation in der medizinischen Indikation ist seit langem in dem juristischen Schrifttum herrschende Meinung. Für eine solche Präzisierung ist das ärztliche Berufsrecht im weiteren Sinne jedenfalls nicht weniger geeignet als die Strafgesetzgebung.
3. Zur Indikationsfeststellung: Von einer förmlichen Verschärfung der Voraussetzungen für die Indikationsfeststellung darf keine nennenswerte Wirkung auf die Entscheidungsfindung in fraglichen Fällen erwartet werden. Jedenfalls würde die rechtsförmliche Übertragung dieser Aufgabe auf ein interdisziplinär besetztes Kollegium eher einer Anonymisierung der Verantwortung Vorschub leisten und zahlreiche weitere Fragen aufwerfen, wie ich in meinem schriftlichen Statement ausgeführt habe. Mit guten Gründen hat sich der deutsche Gesetzgeber 1976 für ein Gutachtenmodell bei der Indikationsfeststellung entschieden und damit die Letztverantwortung des abbrechenden Arztes betont, gleichzeitig aber auch einen weiteren Arzt mit in die Verantwortung genommen. Daher kann für das geltende Recht nicht davon gesprochen werden, wie in einem der hier zugrunde liegenden Papiere gesagt wurde, die Verantwortung für die Prognoseentscheidung liege allein bei einem einzelnen Arzt.
4. Beratung: Meines Erachtens kommt dem Arzt oder der Ärztin, die das erste Gespräch mit der Schwangeren oder dem Paar führt, eine Schlüsselrolle zu. Ich glaube, damit

stehe ich nicht alleine. Hier scheint es bisweilen an der nötigen Empathie zu fehlen. Ich halte diese Situation für wichtiger als eine formalisierte Beratungspflicht unter Einbeziehung nichtärztlicher Institutionen, zu denen die Betroffenen eine Vertrauensbeziehung erst aufbauen müssen. Wo eine solche Beratung möglich ist und gesucht wird, soll sie natürlich erfolgen. Aber eine Verlagerung des Beratungsschwerpunktes auf Dritte würde das ärztliche Verantwortungsbewusstsein vermutlich schwächen. Einer gesetzlich verordneten Dreitage-Karenz zwischen Eröffnung der Diagnose bzw. Beratung und Durchführung des Eingriffs, womöglich noch strafrechtlich abgesichert, bedarf es meines Erachtens nicht.

5. Zur Durchführungsmethode: Ist ein Schwangerschaftsabbruch in dem Sinne medizinisch indiziert, dass das spätere Haben des Kindes und nicht die Schwangerschaft als Zustand die Indikationslage begründet, ist bei gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit der vorherige Fetozid die medizinisch gebotene Methode. Will der Arzt die vorzeitige Geburtseinleitung mit mehr oder weniger wahrscheinlichem Nichtüberleben des Kindes nicht anwenden, muss er die Schwangere darüber aufklären. Abgesehen von extrem seltenen Fällen unmittelbarer Eingriffsnotwendigkeit sehe ich das also enger als Herr Kentenich. Meiner Meinung nach kann sich der Arzt auf das Weigerungsrecht gemäß Art. 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz berufen. Er sollte die betreffende Frau dann aber an einen Kollegen weiter verweisen, von dem anzunehmen ist, dass er den Eingriff nicht von vornherein ablehnt. Aber auch für diesen Kollegen wird die Zumutung eines intrauterinen Fetozids am lebensfähigen Ungeborenen ein Appell zu strenger Indikationsstellung darstellen.
6. Zum Weigerungsrecht: Gegenüber Forderungen nach einer Modifikation möchte ich nur darauf hinweisen, dass die Formulierung in der medizinischen Indikation in § 218 a StGB sich nicht mit der in § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz deckt. Das Wort „notwendig“: Die Notwendigkeit der konkreten Mitwirkung des konkreten Arztes bedeutet, dass Ihr Beispiel des Arztes mit dem behinderten Kind hier fehlt.
7. Zum Thema Ausschluss von Schadensersatzansprüchen meine ich, die Redeweise vom Kind als Schaden ist zwar prägnant, aber nicht korrekt. Vorschläge, an die Stelle von Schadensersatzansprüchen gegen Ärzte und dergleichen einen Ausgleichsfonds zu setzen und Fehlleistungen durch das Berufsrecht zu sanktionieren, gehen fehl, denn 1. auch der Arzt, der bei der Behandlung eines Geborenen oder bei geburtshilflicher Tätigkeit einen Schaden von erheblichem Gewicht schuldhaft herbeiführt, muss gleichwohl alles tun, um das Leben des Patienten zu retten und kann nicht die unterstellt billigere Variante des Sterbenlassens wählen, und

2. fährt der Arzt bei einer berufsrechtlichen Sanktion sogar noch schlechter, denn Geldbußen, die verhaltensleitend wirken, müssten schon erheblich sein, und diese müsste er selbst bezahlen. Sanktionen sind keine Versicherungsleistungen. Den Schadensersatz übernimmt die Haftpflichtversicherung.

8. Prävention: Die wenigsten Fälle behindert geborener Kinder sind das Resultat von Fehlern während der Schwangerschaftsbegleitung. Weit größere Bedeutung hat das Alter der Eltern, offenbar insbesondere der Mutter. Wenn man über verbesserte Rahmenbedingungen nachdenkt, sollte man auch an den Aspekt denken, Paaren eine Entscheidung zum eigenen Kind in einem früheren Stadium ihrer Biographie schmackhaft zu machen. Sicher keine kleine familienpolitische Aufgabe, aber eine mit weit reichenden Konsequenzen.
9. und 10. betrifft den pränatalen Hilfefonds und die Statistik. Ich verweise auf meine schriftliche Stellungnahme.

Vorsitzende: Frau Schimmelpfeng-Schütte vom Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen bitte.

Frau Ruth Schimmelpfeng-Schütte: Allen Beiträgen habe ich bisher entnommen, dass mehr oder weniger beklagt wird, dass die bisherige Beratungspraxis und die Beratungsmöglichkeiten bei Spätabbrüchen noch nicht ausreichend sind. Ich meine, hier kann ein obligatorisches, verpflichtendes Schutzkonzept helfen. In der Bundestagsdrucksache von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird davon gesprochen, dass es im Jahr 2003 nur 217 Fälle von Spätabtreibungen gegeben hätte. Das sei nur 1 % aller Abtreibungen überhaupt. Ich meine, hier verbietet sich eine prozentuale Betrachtung, weil es um das Lebensrecht von Menschen geht, und unser Grundgesetz lässt nach Art. 1 Abs. 1 Satz 1 keine prozentuale Betrachtung zu, sondern jeder Mensch wird geschützt als Individuum, als einzelnes Wesen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BGH steht einer Mutter ein Schadensersatzanspruch gegen den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin zu, wenn eine pflichtgemäße Beratung, die wahrscheinlich zu einem Schwangerschaftsabbruch geführt hätte, unterlassen worden ist und die Mutter ein behindertes Kind zur Welt bringt. Diese Rechtsprechung des BGH ist in der Literatur höchst umstritten, aber nicht nur dort, sondern auch beim Bundesverfassungsgericht selbst. Wie Sie wissen, hat der zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil von 1993 entschieden: Ein Kind kann keine Schadensquelle sein. Das heißt: Ein Schadensersatzanspruch wegen einer Schädigung oder wegen einer unterbliebenen Abtreibung kommt nicht in Betracht. Dem ist der erste Senat entgegengetreten, ohne

das Plenum anzurufen. Der BGH ist der Rechtsprechung des ersten Senats gefolgt und die Ärzteschaft, wir haben es schon gehört, hat auf diese Rechtsprechung reagiert. Sie hat zum einen eine defensive ärztliche Beratungspraxis aufgenommen und zum anderen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, den Fetus innerhalb des Mutterleibes abzutreiben, auch wenn er bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch lebensfähig ist bzw. schon lebensfähig wäre, um von vornherein Unterhaltsansprüche bzw. Schadensersatzansprüche zu vermeiden. Damit hat meiner Meinung nach ein lebensfeindliches Prinzip in die ärztliche Behandlung Einzug gehalten.

Unser Staat schützt in Art. 1 Abs. 1 GG die Würde eines jeden Menschen. Das gilt sowohl für das Kind als auch für die betroffene Frau. Die Frau steht darüber hinaus noch unter dem besonderen Schutz des Art. 6 Abs. 4 GG. Die heutige Regelung des § 218 Abs. 2 lässt die Schwangere aber weitgehend allein mit ihrer Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Spätabtreibung durchzuführen, obwohl bekannt ist, dass die Fehlbildung oder chromosomale Auffälligkeit eines Fetus bei Schwangeren regelmäßig zu schweren psychischen Konfliktsituationen führt. Wenn das Gesetz einer Schwangeren die Möglichkeit eröffnet, eine Spätabtreibung unter bestimmten Voraussetzungen durchzuführen, dann hat der Gesetzgeber meines Erachtens auch die Pflicht, der Schwangeren in ihrer schwierigen Lage Entscheidungshilfe zu gewähren. Frau Klügel hat eben eindrucksvoll geschildert, welcher Bedarf bei der Frau, aber auch bei beiden Elternteilen besteht. In der Konsequenz muss die Frau ihr Leben lang entweder mit dem behinderten Kind, wenn sie sich nicht zur Abtreibung entschließt, zurecht kommen oder aber mit ihrer Entscheidung, das Kind abgetrieben zu haben. Erst die Beratung und die Bedenkzeit versetzen sie in die Lage, eine übereilte Entscheidung zu vermeiden, die später nicht wieder umgekehrt werden kann. Beratung und Bedenkzeit erhöhen auch die Chancen des ungeborenen Kindes auf Leben.

Die Normierung einer Beratungspflicht nebst Bedenkzeit liegt also im Interesse des Kindes und der betroffenen Frau. Aber auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, das ist ein ungeschriebener Verfassungsgrundsatz, gebietet es, eine obligatorische Beratungspflicht einzuführen. Unsere Verfassung schützt das Leben. Der Schwangerschaftsabbruch ist die Ausnahme, das heißt, es ist ein Gebot der Verhältnismäßigkeit, des Untermaßverbotes, die Zahl der Spätabtreibungen so gering wie möglich zu halten.

Diese Frage muss durch den Gesetzgeber geregelt werden, weil es nach der Wesentlichkeitstheorie so ist. Wesentliche Dinge muss der Gesetzgeber regeln, dafür sind Ärztekammern oder der gemeinsame Bundesausschuss nicht zuständig.

Ich meine, der Schadensersatzanspruch „Kind als Schaden“ sollte gestrichen werden. Die Beschränkung im CDU/CSU-Vorschlag auf grobe Fahrlässigkeit reicht meines Erachtens nicht aus, weil sich dann die Prozesse auf die Frage verlagern, war es leichte oder grobe Fahrlässigkeit. Ich würde ihn vollkommen streichen und ich würde durch Gesetz einen Pränatalhilfefonds einführen, der den betroffenen Müttern/Eltern Hilfe leistet, wenn sie tatsächlich ihr behindertes Kind bekommen.

Vorsitzende: Frau Dr. Schöneck, Pränatal-Diagnostikerin, bitte.

Dr. Ulrike Schöneck: Ich bedanke mich herzlich für die Einladung zu dieser Anhörung; dieses Thema liegt mir sehr am Herzen. Ich bin niedergelassene Frauenärztin und beschäftige mich überwiegend mit Pränataldiagnostik. Im Zentrum meiner Überlegungen steht das von der Pränataldiagnostik betroffene Paar und dessen Begleitung. Vorweg will ich sagen, dass ich im Wesentlichen dem Statement von Prof. Kentenich zustimme und auch die Ausführungen von Frau Klügel unterstütze.

Mein Anliegen ist es, Spätabbrüche zu vermeiden. Dies lässt sich aus meiner Sicht nur dann verhindern, wenn ein Angebot an qualifizierter Pränataldiagnostik den Frauen zur Verfügung steht. In diesem Sinne unterstütze ich auch Herrn Prof. Hackelöer, an spezialisierten Zentren schon in der 13. SSW sowie auch in der 20. SSW ohne jegliche Indikation einen freien Zugang zu Ultraschall und Beratung/Aufklärung bei ausgebildeten Pränataldiagnostikern für alle Schwangeren freiwillig zu gewähren. Daraus ergibt sich, dass eine Fehlbildung, bei der es keine Besserung oder keine Therapiemöglichkeit gibt, frühzeitig vor Eintritt der Lebensfähigkeit erkannt wird und ein von den Eltern gewünschter Schwangerschaftsabbruch erfolgen kann. Eine andere Möglichkeit ist, nur wenige Ultraschalluntersuchungen durchzuführen, wenn die werdenden Eltern sich aktiv und bewusst gegen die Pränataldiagnostik entscheiden und sie als Konsequenz daraus bereit sind, ein behindertes Kind anzunehmen.

Mein zweites Anliegen betrifft den Fetozyd. Was ist der Unterschied in der Notlage einer Frau oder eines Paares vor der 22. Woche und nach der 22. Woche? Es ist selbstverständlich die Lebensfähigkeit des Kindes, aber es geht nicht, dass man einen Abbruch bis zur 22. Woche akzeptiert und in 24./25. Woche nicht mehr. Das Begehren der werdenden Eltern und ihre Notlage sind von diesen paar Wochen nicht abhängig. Es darf nicht sein, dass es nach Ausstellen einer medizinischen Indikation Schwierigkeiten bereitet, eine Klinik zu finden, die den Schwangerschaftsabbruch durchführt. Wenn eine Neonatologie angegliedert ist und möglicherweise zu erwarten ist, dass ein lebendes Kind geboren wird, das man versorgen könnte, kann man unmöglich als Klinikleiter akzeptieren, eine Schwangere nach der 22. Woche, ei-

gentlich nach der 20. Woche, postkonzeptionem aufzunehmen. Ich finde, es ist dringend notwendig zu klären, wie mit einem Fetozid umgegangen werden soll.

Es darf auch nicht sein, wie ich herausgefunden habe, dass ein Paar Hilfe in einem spezialisierten Zentrum sucht und danach wenden sie sich wieder an die Klinik. Anders ausgedrückt, erst sucht sich das Paar einen Pränataldiagnostiker, der einen Fetozid durchführt, und dann wendet sich dieses Paar wieder an die Klinik. In diesem Zusammenhang möchte ich die Auffassung von Herrn Kentenich deutlich unterstreichen, dass eine statistische Erfassung aller Fälle dringend erforderlich ist.

Bedenkzeit bzw. Pflichtberatung: Ich finde es richtig, das Recht auf Beratung obligatorisch zu machen. Das umfasst genau das, was ich auch denke. Mir ist wichtig darauf hinzuweisen, dass oft ein sehr großer Zeitdruck entsteht, wenn man einen schwerwiegenden Befund mitteilt. Dieser Zeitdruck muss auf alle Fälle herausgenommen werden. Welcher Weg der bessere ist, die Einführung einer obligatorischen Dreitagesfrist oder eine Pflicht zur Beratung, weiß ich nicht. Wichtig ist auf alle Fälle, Zeit zu gewinnen, denn das Kind ist schon lange krank. Zwar wissen es die Eltern erst durch die Mitteilung des Befundes, aber das Kind wird auch durch eine schnelle Entscheidung nicht gesund werden. Auch die Eltern brauchen Bedenkzeit, ob sie ein behindertes Kind annehmen können oder für einen Abbruch votieren. In beiden Fällen brauchen die Eltern Hilfe, Betreuung und psychosoziale Beratung. Soweit meine Ausführungen.

Vorsitzende: Frau Dr. Woopen, Universität Köln, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, bitte.

Dr. Christiane Woopen: Ich danke für die Einladung und stelle fest, es ist als Wissenschaftlerin ausgesprochen befriedigend festzustellen, dass die durchgeführten Studien im politischen Prozess Eingang finden.

Ich möchte meinen Beitrag gerne auf den Qualitätsaspekt fokussieren. Alle an der Situation Beteiligten befinden sich in einer problematischen und konflikträchtigen Position; keiner ist in einer wirklich guten Situation. Vielleicht liegt die Lösung in einer Art Qualitätsoffensive.

Ich möchte drei Ansatzpunkte dafür nennen:

- die Qualität der Durchführung der pränatalen Diagnostik;
- die Qualität der Aufklärung, Beratung und Indikationsstellung und
- die Qualität der gesellschaftlichen Unterstützung.

Bei der Qualität der Durchführung der PND stellt sich tatsächlich die Frage, ob man diese auf Zentren konzentrieren kann, jedenfalls bestimmte Formen weiterführender Pränataldiagnostik. Hier spielen auch Fragen der Standards in der Fort- und Weiterbildung eine Rolle. Ich sehe hierfür den Gesetzgeber nicht gefordert.

Bei der Qualität der Aufklärung, Beratung und Indikationsstellung gibt es drei Bereiche. Zum einen ist es die Qualität der ärztlichen Beratung. Diese fängt bereits vor der Pränataldiagnostik an, wenn die informierte Einwilligung der Schwangeren in jede Form, auch für die Routineultraschalluntersuchung während der Schwangerschaft eingeholt werden muss. Unsere Studie hat ergeben, dass sich fast 50 % der Frauen tatsächlich nicht ausreichend informiert gefühlt haben über die möglichen Konflikte, die durch die Pränataldiagnostik hervorgerufen werden können. Das empfinden wir als einen so erheblichen Missstand, dass hier dringend Handlungsbedarf besteht. Selbstverständlich gehört zu der Aufklärung und Beratung auch der Hinweis, dass es ein Recht auf Nichtwissen gibt, dass es auch die Möglichkeit des Verzichts auf Pränataldiagnostik gibt.

Zum anderen sollte die Beratung nach einem pathologischen Befund eine interdisziplinäre Beratung sein, denn die Frau kann nur dann richtig abschätzen, was das Leben mit diesem kranken oder behinderten Kind für sie bedeuten würde, wenn sie jeweils mit dem für diese Erkrankung oder Behinderungsform zuständigen Arzt ausführlich hat sprechen können. Das kann keine andere Fachdisziplin machen. Auch in allen anderen Fachdisziplinen würden sich die Ärzte vehement wehren, wenn plötzlich Zuständige anderer Fachdisziplinen in ihren Bereich hineinregierten. Für mich ist es jedoch fraglich, ob es wirklich notwendig ist, auf gesetzlicher Ebene eine ärztliche Pflichtberatung festzuschreiben. Ich empfinde es als vollkommen selbstverständlich, dass ein Arzt, der eine Indikation stellt, die Frau auch berät. Es entzieht sich vollkommen meinem Verständnis, wie eine ärztliche Indikationsstellung unabhängig von einer Beratung erfolgen können soll. Daraus schließe ich auch, dass eine Kommission für eine solche Indikationsstellung niemals zuständig sein kann. Sie kann einem indikationsstellenden Arzt beratend zur Seite stehen, aber nicht die Verantwortung für eine Indikation tragen; das halte ich angesichts der vielfältigen Einzelsituationen und auch der Not der Frau, die selbstverständlich nicht vor diese Kommission gezerrt werden soll, für völlig ausgeschlossen.

Würde man eine psychosoziale Beratung zu einer Pflichtberatung machen, wäre die Analogisierung zur sog. Beratungslösung sehr problematisch. Die Pflichtberatung hat eine andere Funktion. Eine psychosoziale Pflichtberatung würde auch den Stellenwert der ärztlichen Indikationsstellung schwächen oder aushöhlen. Ich halte das für einen wahrscheinlichen und darum problematischen Effekt. Die Qualität der psychosozialen Beratung muss selbstver-

ständig auch in den Blick genommen werden. Sie muss integrativer Bestandteil pränatalmedizinischer Versorgung sein und dies insbesondere nach einem pathologischen Befund.

Zur Qualität der Indikationsstellung möchte ich sagen, dass es in der Regel um die seelische Gesundheitsgefährdung der Frau nach der Geburt des Kindes geht, durch ihre Einstandspflichten und durch die von ihr zu leistende Versorgung des kranken und behinderten Kindes. Für die seelische Gesundheit gibt es Psychiater und Psychotherapeuten. Man muss wirklich überlegen, welche Fachgruppe qualitativ gestützte Indikationen in diesem Bereich stellen können, um Automatismen zu vermeiden (z. B. Vorliegen eines embryopathischen oder fetopathischen Befundes). Die Frau ist im Schock und daraus ergibt sich die medizinische Indikation. Im Einzelfall ist das immer verständlich, dass dieser Kurzschluss passiert, er ist aber nicht wirklich gut und muss, so denke ich, auch was die qualitativ gestützte Indikationsstellung angeht, noch einmal überdacht werden.

Zur Qualität der gesellschaftlichen Unterstützung – als drittem Punkt - möchte ich sagen, dass es hier selbstverständlich auch um die Finanzierung all der guten Forderungen geht: Finanzierung von Aufklärung und Beratung, sowohl in der ärztlichen als auch in der psychosozialen Beratung. Dass Frauen und Paare in ihrer Angst vor sozialer Isolierung und vor psychischer und finanzieller Überforderung unterstützt werden müssen, um sich überhaupt für das Austragen eines Kindes entscheiden zu können, ist für mich selbstverständlich. Ich schließe mich der Meinung von Frau Schimmelpfeng-Schütte an, dass eine Änderung des Haftungsrechts notwendig ist, bei der auch für die gesellschaftliche Diskussion klar wird, dass die Haftung an der Gesundheit der Frau ansetzt. Um ihre gesundheitliche Schädigung geht es bei der Indikationsstellung. Es muss klar sein, dass die Gesellschaft für die Versorgung des kranken oder behinderten Kindes zuständig ist, auch ohne dass die Frau den Weg über ein Gericht gehen muss.

Vorsitzende: Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen, die uns bei der Beratung sehr weiterhelfen. Wir beginnen jetzt mit den Fragerunden der Fraktionen. Frau Abg. Humme bitte.

Abg. **Christel Humme** (SPD): Herzlichen Dank für Ihre Statements, meine Damen und Herren. Ich habe sehr aufmerksam zugehört, insbesondere als es um den Punkt Pflichtberatung ging. Mir ist aufgefallen, dass lediglich zwei von Ihnen die Pflichtberatung befürworten. Die einzige Sachverständige, die sich bisher nicht dazu geäußert hat, ist Frau Brüssel. Darum meine Frage an Frau Brüssel: Sehen Sie die Notwendigkeit, eine Pflichtberatung einzuführen? Es in den Statements zudem deutlich geworden, dass die Beratungspraxis der Ärztinnen und Ärzte sehr kritisch gesehen wird, vor allen Dingen im Bereich der PND. Ich möchte an Herrn Koch die Frage stellen, welche Defizite Sie sehen und vor allen Dingen, was Ärzte-

kammer und Bundesausschuss konkret tun könnten und in welchem Zeitraum man sich Lösungsvorschläge vorstellen könnte?

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Brüssel bitte.

Frau Marion Brüssel: Wir lehnen eine Pflichtberatung ab. Ich gebe Herrn Kentenich Recht, dass der zeitliche Druck vermindert werden muss. Ich will ergänzen, weil ich zum Beratungsangebot nichts gesagt habe, dass ich das psychosoziale Beratungsangebot in Deutschland für sehr gut und flächendeckend halte. Ich denke nicht, dass es einer Stärkung oder Ausweitung des Angebotes bedarf. Es bedarf jedoch der Information, dass Frauen das Recht haben, psychosoziale Beratung wahrzunehmen. Diese Information muss nach meinen Überlegungen von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin kommen. Wenn in den Praxen schon gleich bei Feststellung der Schwangerschaft darauf hingewiesen wird, dass es ein solches Angebot gibt, dann, so bin ich sicher, wird dieses Beratungsangebot auch auf fruchtbaren Boden fallen. Ich mache zurzeit eine interdisziplinäre Fortbildung zur psychosozialen Beraterin und ich kann Ihnen sagen, dass Land auf Land ab die Beratung vor Pränataldiagnostik nicht in Anspruch genommen wird, obwohl sie von sehr kompetenten und gut ausgebildeten Beraterinnen angeboten wird.

Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Dr. Koch bitte.

Dr. Hans-Georg Koch: Ich möchte feststellen, dass die vorhandenen Positionspapiere der Ärzte, etwa der Bundesärztekammer zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik oder die Positionspapiere der DGGG, je für sich die Dinge, wie sie sein sollten, korrekt wiedergeben. Wie die Praxis sich gestaltet, steht offenbar auf einem anderen Blatt. Wenn man sich die Wirkungsweise von rechtlichen Vorschriften anschaut, ist es gerade ein Verdienst des Haftungsrechts, dass dieses explizit darstellt, wie die Betroffenen sich zu verhalten haben, und das in einer Detailtreue, wie es das Strafrecht in seiner Grobheit nicht leisten könnte. Die haftungsrechtlichen Bestimmungen sehen z. B. vor, dass Ärzte im Sinne einer tragfähigen - ohne spätere Reue - Entscheidung des Patienten frühzeitig aufklären, nicht nur informieren, müssen. Das Haftungsrecht nennt zwar keinen Zeitraum, aber meiner Meinung nach sind die drei Tage darin enthalten. Das heißt, nicht nur einmal die Entscheidung überschlafen zu können, sondern man muss sich wirklich in einem Zustand der Entscheidungsfreiheit befinden. Insofern ist es für mich weniger eine Frage, was auf dem Papier steht, sondern wie die Dinge umgesetzt werden. Wenn es in der Praxis eine defizitäre Situation gibt, stellt sich auch die Frage, ob das vielleicht daran liegt, dass der zeitliche Rahmen, der für solche Beratungen und Informationen erforderlich ist, im Widerspruch zu der dafür gewährten Vergütung steht.

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Abg. Dr. Ober bitte.

Abg. **Dr. Erika Ober** (SPD): Sehr geehrte Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren, meine Frage richtet sich an Prof. Hackelöer als Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Wir alle halten eine Bedenkzeit zwischen der Befunderstellung und einem möglichen Abbruch für sinnvoll. Sie haben soeben geschildert, dass es Situationen gibt, in denen manchmal schnell gehandelt werden muss. Dazu meine Fragen: Ist es aus Ihrer Sicht nicht unsinnig, eine fixe Bedenkzeit von drei Tagen einzuführen? Wie wird das in der Praxis zurzeit gehandhabt? Welche Sanktionsmöglichkeiten sehen Sie?

Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Prof. Hackelöer bitte.

Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer: Grundsätzlich möchte ich noch mal sagen, dass es sich immer um individuelle Situationen handelt. Jede Schwangerschaft ist individuell, jede Situation ist individuell und jede Frau ist individuell. Deswegen verbietet sich für diesen Bereich jegliche Schematisierung. Ich bin grundsätzlich dagegen, weil insbesondere die Schematisierung die Frau unmündig machen würde und der Problematik nicht wirklich Rechnung trägt, unabhängig davon, wie intensiv wir uns, zum Beispiel als eine Klinik, die solche Abbrüche durchführt, mit diesen Problemen beschäftigen. Aus diesem Grund verbietet sich eine festgelegte, schematisierte Zeit, die auch durch nichts zu begründen ist. Wieso sollen es drei Tage sein und nicht vier Tage oder zweieinhalb Tage? Für mich heißt das: Eine Beratung, eine Bedenkzeit ist sinnvoll. Sie ist in der Praxis schon dadurch gegeben, weil nach einer gestellten Diagnose auch immer eine interdisziplinäre Beratung stattfindet. Dadurch vergeht Zeit; gewöhnlich zwei oder drei Tage, manchmal auch eine Woche. Wenn es sich um die 27. Woche handelt, spielt es keine Rolle, ob der Abbruch drei Tage oder eine Woche später durchgeführt wird, weil die Lebensfähigkeit des Kindes erreicht ist und die Problematik sich dadurch nicht ändert. Ich möchte nicht leugnen, dass vor vielen Jahren oder auch am Anfang der Pränataldiagnostik solche Dinge passiert sind, dann aber eher aus Unwissenheit oder wegen fehlender Qualifikation. Es ist vor allem dann passiert, wenn der Arzt über die Inhalte nicht Bescheid wusste, in Panik geriet, weil er eine schwere Fehlbildung feststellte, die für ihn sofort abgetrieben werden musste. Mir sind solche Fälle bekannt, aber ich sehe hier einen deutlichen Zusammenhang mit der fehlenden Qualifikation. Die Qualität der Diagnostik spielt eine entscheidende Rolle. Wenn diese gegeben ist, wird auch automatisch die Qualität der Beratung besser.

Vorsitzende: Es fehlte noch die Beantwortung der Frage nach den Sanktionsmöglichkeiten.

Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer: Sanktionen sind widersinnig. Wenn ich aufgrund eines Hilfebedürfnisses, aufgrund einer medizinischen Indikation, den Abbruch schneller durchführe als z. B. in der vorgesehenen Dreitagesfrist und werde dafür noch sanktioniert, widerspricht das jeglicher ärztlicher Leistung. Insofern würde ich das als problematisch empfinden, weil der Arzt dann gezwungen wäre, die Frau noch stärker psychisch zu belasten. Ich möchte als Beispiel hierfür die Diagnose eines so genannten Anencephalus anführen. Es handelt sich dabei um ein Kind, das kein normales Gehirn hat, für das es keine Behandlung gibt, die ein Überleben gewährleisten könnte und das darum mit absoluter Sicherheit stirbt. Diese Diagnose ist auch mit hoher Sicherheit relativ schnell und kurzfristig zu stellen. Wenn ich der Frau dann sagen müsste, sie müssen drei Tage warten, kann das niemand verstehen. Eine solche Situation führt zu einer psychischen Belastung der Frau, die nicht akzeptabel ist.

Vorsitzende: Vielen Dank. Noch eine Nachfrage von Abg. Ober.

Abg. **Dr. Erika Ober** (SPD): Wie können Sie garantieren, dass die Patientin auf die Beratung und die mögliche Bedenkzeit hingewiesen wird, die ihr zusteht?

Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer: Ich kann nur sagen, dass in den Bereichen, die Pränataldiagnostik durchführen und Diagnosen stellen, auch die Qualität der Untersucher gewährleistet ist. Ich kenne keinen Pränatalmediziner, der nicht auch berät, wie das vorhin auch schon gesagt wurde. Die Beratung entsteht aus der Qualität der Kenntnisse und kein Arzt wird eine Diagnose nennen und irgendeine Konsequenz daraus ziehen. Die Beratung ist ein integraler Bestandteil, wenn die Qualität der Untersucher und die Qualität der Pränatalmedizin stimmen.

Vorsitzende: Vielen Dank. Abg. Kressl bitte.

Abg. **Nicolette Kressl** (SPD): Ich glaube, wir sind uns alle einig in dem Ziel, so wenig Spätabbrüche wie möglich zu haben. Wir diskutieren jetzt über die zwei entscheidenden Punkte: Beratungspflicht und formalisierte Bedenkzeit. Frau Hagmans, sehen Sie mit Ihrer Praxiserfahrung überhaupt eine Möglichkeit, mit einer Beratungspflicht den Eltern zu helfen und damit auch tatsächlich unser angestrebtes Ziel zu erreichen, die Zahl der Spätabbrüche zu vermindern?

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Hagmans bitte.

Frau Gaby Hagemans: Auch wir sind uns darin einig, dass eine psychosoziale Beratung für die Frauen gut ist. Es wird in der Argumentation gegen die Pflichtberatung so getan, als ob man dann auch gegen die psychosoziale Beratung sei. Das ist natürlich nicht der Fall. Es geht wirklich um die Wege. Nach der gesetzlichen Lage liegt die Verantwortung für die Indikationsstellung beim Arzt oder der Ärztin. Wir sind zum einen der Meinung, dass es beim Vorliegen einer medizinischen Indikation eine Beratungspflicht für den Arzt oder die Ärztin gibt. Eine dokumentierte Beratungspflicht, die quasi als Legitimation und Entlastung des Arztes dient, können wir nicht befürworten. Zum anderen braucht es, wenn die medizinische Indikation gestellt ist, zur Begründung des Abbruchs nicht noch eine Beratung. Die andere Frage ist, ob ich die Eltern darin unterstützen möchte, sich von ihrem Wunschkind zu verabschieden und dieses Kind anzunehmen; sie sozusagen darin zu befördern, dieses Kind zur Welt zu bringen und in die Familie zu integrieren. Da bin ich einer Meinung mit Frau Klügel, dass dann qualifizierte Beratungs- und Informationsangebote angeboten werden müssen. Ich halte nichts davon, in dieser Situation mit einer Verpflichtung zu arbeiten, und zwar, weil die psychosoziale Situation der Frau eine andere ist. In dieser Schock- oder Paniksituation sind Verpflichtungen kontraproduktiv, deswegen sind wir für eine Bedenkzeit. Es geht darum: Zeit geben, Zeit nehmen, Ruhe reinbringen und Gas wegnehmen sind viel hilfreicher, wenn man die Frauen zur Besinnung kommen lassen will. Anders ausgedrückt, der Druck für die Frauen, Väter, Eltern muss gemindert und nicht erhöht werden.

Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Prof. Hackelöer bitte.

Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer: Im Prinzip schließe ich mich dem an, was Frau Hagemans gesagt hat. Wir sind für eine Bedenkzeit, aber gegen eine vorgeschriebene Dreitagesfrist, wie ich vorhin ausgeführt habe. Man muss vielmehr darüber nachdenken, welche Hilfen man den Frauen und Eltern zur Verfügung stellt, nachdem die Entscheidung getroffen wurde. Sie brauchen die Hilfe, wenn sie die Entscheidung getroffen haben, entweder gegen die Schwangerschaft und für einen Abbruch, aber auch für ein Austragen der Schwangerschaft mit einem behinderten Kind. Es muss das Wissen vorhanden sein, dass man Hilfe erhält, egal wie man sich entscheidet. Hier gibt es Handlungsbedarf.

Vorsitzende: Ich denke, damit ist die Frage umfassend beantwortet. Frau Abg. Humme bitte.

Abg. **Christel Humme** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Woopen. Frau Dr. Woopen, Sie haben in Ihrer Stellungnahme Modelle vorgestellt, wie man die Verzahnung der Beratung zwischen Arzt und Beratungsstelle sicherstellen kann. Können Sie vielleicht noch mal beschreiben, was sich bei diesem Konzept für die Frau verbessert. Eine zweite Frage: Hal-

ten Sie es für möglich, dass die Pflichtberatung gegebenenfalls Einfluss auf die Zahl der Spätabbrüche hat?

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Dr. Woopen bitte.

Dr. Christiane Woopen: Zwei schwierige Fragen. Die Modelle sind je nach strukturellen Gegebenheiten der pränatalmedizinischen Versorgung unterschiedlich. In einem wissenschaftlichen Begleitprojekt werden drei Modelle untersucht. Einmal eine Universitätsklinik, in der auch aufsuchende Beratung stattfindet. Das heißt, die Patientinnen sind zum Teil den ganzen Tag da und die Beraterinnen können aktiv auf die Patientinnen zugehen. Das zeigt, dass der Verweis über den Arzt nicht die einzige Möglichkeit ist, die Frau zu erreichen. Das zweite Modell ist eine pränataldiagnostische Schwerpunktpraxis. Die Möglichkeit der aufsuchenden Beratung gibt es dort nicht, sondern hier ist tatsächlich der Verweis des Arztes erforderlich. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass nur der formale Hinweis oft nicht ausreicht, um die Frau in ihrer Schocksituation überhaupt zu erreichen. Das heißt, sie möchte erst einmal zur Besinnung kommen oder das Problem loswerden. Sie hat vielleicht noch nie vorher in ihrem Leben von psychosozialer Beratung gehört und kriegt jetzt plötzlich vom Arzt gesagt, dass sie drei Türen nebenan eine psychosoziale Beratung machen könne. Hinzu kommt, dass der Begriff psychosoziale Beratung für einige auch negativ besetzt ist. Für uns ist es selbstverständlich, über psychosoziale Beratung zu sprechen, und wir wissen auch, welche Professionalität damit verbunden ist. Für Frauen, die das nicht kennen, könnte der Eindruck entstehen: Jetzt hält der Arzt mich für verrückt, jetzt gehöre ich in die Psychotherapie und werde als seelisch krank eingestuft. Diese Barrieren sind nicht zu unterschätzen. Es bedarf einer sorgfältigen Schulung der Ärzte, dass diese in geeigneter Weise auf dieses Beratungsangebot so hinweisen, dass die Frau auch motiviert wird, das Angebot in Anspruch zu nehmen. Die Studie zeigt, dass die Wertschätzung der Beratung ausgesprochen hoch ist. Die meisten würden sogar vor PND den anderen Betroffenen diese Beratung empfehlen und 100 Prozent der Frauen sprechen sich nach einem pathologischen Befund dafür aus, dass jeder die Beratung in Anspruch nehmen sollte. Da es sich meistens um Mehrfachberatungen handelt, ist es nicht nur eine Hilfe bei der Entscheidungsfindung, sondern auch bei der Vorbereitung auf den Abbruch, beim Austragen des Kindes oder bei der Trauerarbeit. Egal, ob das Kind ausgetragen wird oder die Schwangerschaft abgebrochen wird: Es ist Trauerarbeit notwendig. Soweit zu den Modellen.

Die zweite Frage war, ob die Pflichtberatung die Zahl der Abbrüche senkt. Das ist letztlich Spekulation und ich glaube, dazu kann man zurzeit keine valide Aussage machen. Wünschenswerter wäre es, wenn die Frauen freiwillig in die Beratung gehen, weil sie von dem Wert der Beratung überzeugt sind. In der Studie hat sich auch gezeigt, dass in einem Viertel

der Fälle die psychosoziale Beratung Einfluss auf die Entscheidungsfindung hatte. Insofern kann man davon ausgehen, dass unter der Bedingung freiwilliger Beratungsinanspruchnahme die eine oder andere Frau plötzlich doch eine Perspektive für das Austragen eines kranken oder behinderten Kindes zu erkennen vermag. Ob dieses unter Pflichtberatungsbedingungen auch der Fall ist, können wir nicht beantworten. Wir haben eine Frage im Hinblick auf Pflichtberatung jetzt bei der dritten katamnesischen Untersuchung (Langzeituntersuchung) in den Fragebogen eingebaut. Als Ergebnis erwarten wir Erkenntnisse darüber, ob die Frauen glauben, dass auch unter Pflichtberatungskonstellationen etwas erreicht werden kann. Ich glaube, dass wir dazu noch nicht genügend Anhaltspunkte haben, um ganz sicher Wirkungen voraussagen zu können.

Vorsitzende: Herzlichen Dank. Ein Hinweis an diejenigen, die versuchen, das Gesagte mitzuschneiden. Sie müssen sich diese Mühe nicht machen, denn das Protokoll dieser Anhörung wird hinterher ins Netz gestellt.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Ich möchte zunächst die Fragen an Herrn Dr. Bayerlein zu Protokoll geben: Wir wollten Dr. Bayerlein fragen, auf welchen konkreten Erfahrungen seine speziellen Vorschläge zur Haftungsfrage basieren. Zweitens: Auf welche Weise könnte sichergestellt werden, dass die betroffene Frau von der psychosozialen Beratung auch erreicht wird? Drittens: Wie könnten die sozialen Rahmenbedingungen verbessert werden, damit Eltern zu einem Leben mit einem behinderten Kind leichter ja sagen können?

Jetzt meine Fragen an die hier anwesenden Damen und Herren. Zunächst einmal eine Frage an Prof. Kentenich: Sie haben erläutert, dass für Frauen nach medizinischer Indikation ein besonderer Beratungsbedarf besteht. Wie sehen Sie die jeweilige Situation der Beratung von Frauen nach medizinischer Indikation im Unterschied zur Konfliktberatung nach Beratungsregelung? Meine zweite Frage: Bei der Beratungsregelung gibt es eine Bedenkzeit von drei Tagen, das haben wir ja in unserem Antrag auch vorgesehen. Wie beurteilen Sie jeweils, also in beiden Fällen, diese Bedenkzeit? Eine Frage an Frau Klügel: Gibt es Ihrer Meinung nach Veränderungen in den letzten Jahren bei der Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung im Zusammenhang mit PND? Können Sie das vielleicht sogar durch einen Fall untermauern? Welche Erfahrungen haben Sie mit einer Bedenkzeit gemacht, und wie unterscheidet sich eine Beratung vor und nach einer PND von einer Beratung nach Beratungsregelung? Frau Dr. Woopen hat vorher den Begriff „aufsuchende Beratung“ geprägt. Könnten Sie hierzu noch einmal näher aus der fachlichen Praxis berichten? Meine letzte Frage: Könnte nach Ihrer Meinung die psychosoziale Beratung auch von einem Arzt geleistet werden, und zwar psychosoziale Beratung vor und nach einer PND?

Vorsitzende: Vielen Dank. Die schriftlichen Antworten von Dr. Bayerlein werden dem Protokoll hinzugefügt.

Vorsitzende: Also zuerst Prof. Kentenich, dann Frau Klügel. Herr Prof. Kentenich bitte.

Prof. Dr. Heribert Kentenich: Ihre Frage zielte in erster Linie auf die Vergleichbarkeit der Beratung nach Beratungsregelung und nach medizinischer Indikation. Ich möchte Sie noch einmal darauf aufmerksam machen, dass das Bundesverfassungsgericht eine Verbesserung angemahnt hat. Der Kern des Bundesverfassungsurteils war, dass das Ungeborene zu schützen ist. In § 219 (Beratungsregelung) steht, dass sich die Frau immer bewusst sein muss, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat. Nach der Rechtsordnung kann ein Schwangerschaftsabbruch daher nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen. Der Gesetzgeber hat daraus geschlossen, dass es dann sinnvoll ist, eine Frist einzuführen: Das war die Dreitagesfrist. Es ist schon damals gesagt worden, Zwangsberatung ist in jedem Fall schlecht. Heute hören wir, und das waren die Hinweise von Frau Dr. Woopen, die Zwangsberatung nach Beratungsregelung ist nicht in jedem Fall gut, aber sie kann dazu beitragen, den Überlegensprozess zu entspannen. Bei der Beratungsregelung sind also drei Tage festgeschrieben. Natürlich ist diese Frist willkürlich, der Gesetzgeber hätte auch zwei Tage oder fünf Tage nehmen können. Die Veröffentlichungen zu diesem Thema gehen ebenfalls davon aus, dass nach drei Tagen der Überlegensprozess zu einem vorläufigen Ende kommen kann. Natürlich kommt dieses Nachdenken nie ganz zu einem Ende, weil jeder von uns weiß, dass ein Schwangerschaftsabbruch einen das ganze Leben beschäftigen kann.

Ich verstehe jetzt die Gründe derjenigen nicht, die diese Dreitagesregel oder auch die Beratungspflicht ablehnen. Die Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens ist auch bei der medizinischen Indikation gegeben, da auch hier nach zumutbaren Alternativen gefragt wird, ebenso wie bei der Beratungsregelung. Die medizinische Indikation muss durch den Arzt gestellt werden. Also ergibt sich doch ganz automatisch die Situation, dass man fragt, was soll der Arzt machen: Soll er lediglich eine Indikation stellen? Nein, wir denken, er hat den Schlüssel der Beratung zu den medizinischen, aber auch zu den sozialen Aspekten in der Hand. Er soll zudem obligatorisch die Patientin auf die psychosozialen Beratungsstellen hinweisen, weil nicht jeder Arzt diese Form der Beratung durchführen kann. Aber ebenso wie bei der Beratungsregelung, in der die drei Tage einen Anhaltspunkt geben können, können diese drei Tage auch bei der medizinischen Indikation einen Anhaltspunkt geben. Obwohl damals gesagt worden ist, dass es eine Zwangsberatung ist, so habe ich heute keinen auf dem Podium sagen hören, wir wollen diese Zwangsberatung bei der Beratungsregelung weg haben. Ein Großteil sagt aber, wir wollen sie bei der anderen nicht haben, obwohl die Kon-

fliktlage vom Grundsatz her die gleiche ist. Die Patientin kommt mit ihrer Schwangerschaft nicht zurecht und sucht einen Ausweg. In den ersten drei Monaten nach Konzeption gibt es diesen Ausweg, wenn sie beraten worden ist. Auch später gibt es diesen Ausweg noch, wenn ein Arzt eine Indikation gestellt hat. Für die Patientin bleibt es aber immer ein Konflikt. Beim ersten Mal sind es eher psychosoziale Gründe, beim zweiten Mal sind es Gründe, die in dieser Schwangerschaft liegen, ob eine genetische Disposition vorliegt, ob das Kind eine Missbildung hat oder was es auch immer ist. Eine Konfliktlage besteht also. Die Erfahrungen mit der Beratungsregelung zeigen, dass man auch bei der medizinischen Indikation obligatorisch beraten und eine Frist des Überdenkens geben sollte. Es gibt jedoch Ausnahmesituationen, in denen die Frist nicht eingehalten werden kann. Die Ausnahmesituation kann man aber definieren. Das sind in erster Linie Situationen, in denen das Leben der Frau akut bedroht ist. Ich fasse zusammen: Die Erfahrungen, die wir mit der Beratungsregelung haben, zeigen, dass die Befürchtungen in Bezug auf die Zwangsberatung so nicht vorhanden sind. Es ist vielmehr so, dass im Interesse der Frau eine obligatorische Beratung und ein Anhaltspunkt für eine Zeit einen Sinn ergeben. Danke.

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Kügel bitte.

Frau Rita Klügel: Zu der Frage, ob es in den letzten Jahren Veränderungen zur Beratung rund um die Pränataldiagnostik gibt: Wir bemerken in der allgemeinen Schwangerenberatung, dass immer mehr Frauen mit diesem Thema befasst sind. Ihr Schwangerschaftserleben hat sich dadurch verändert und im Grunde spielt das in jeder Beratung eine Rolle. Wenn es darum geht zu überlegen, nehmen in den letzten Jahren mehr Frauen und Paare eine Beratung in Anspruch. Es ist jedoch sehr viel Arbeit von Seiten der Beraterinnen notwendig, dass dieses Beratungsangebot an die Öffentlichkeit gelangt. Öffentlichkeit heißt: pränataldiagnostische Praxen oder Kliniken, die Ärzte, die die Diagnostik unternehmen und die Diagnose an die Frauen weitergeben sowie niedergelassene Ärzte. Es existiert keine Mund-zu-Mund-Propaganda. Es gibt also wirklich Unterstützungs- und Handlungsbedarf.

Zu den Erfahrungen mit der Bedenkzeit: Ich habe vorhin kurz geschildert, eine Bedenkzeit ist bei einer solchen Entscheidung immer notwendig. Aber es sollte wirklich eine Bedenkzeit sein und nicht nur eine Zeit, in der die medizinische Indikation schon gestellt ist und die Frau eigentlich nur noch darauf wartet, dass der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird. Im Grunde geht es darum, dass die Beratung bei einer nichtmedizinischen Institution vor der Indikation stattfindet. In diesem Gespräch sollte ihnen wirklich Zeit entgegengebracht werden, dass auch für Dinge außerhalb des medizinischen Bereiches ein offenes Ohr gefunden wird. Damit gehe ich über zu der Frage aufsuchende Beratung oder Beratung an der Stelle. Die aufsuchende Beratung ist eine Möglichkeit, schneller und besser an Frauen, die sich in

der Pränataldiagnostik befinden oder eine Diagnose erhalten, heranzukommen. Aber sie ist auch wieder im medizinischen Bereich angesiedelt. Ich sehe das als eine Übergangsmöglichkeit. Psychosoziale Beratung endet nicht mit der Entscheidung der Eltern für oder gegen das behinderte Kind. Ich denke, darum ist die psychosoziale Beratung in der Beratungsstelle der richtige Ort, weil die Frauen oftmals nicht mehr in die Klinik zurückgehen.

Es gibt für mich schon einen Unterschied in der Pflichtberatung nach § 218 bis zur 12. Schwangerschaftswoche und einem obligatorischen Hilfsangebot für Paare und Frauen nach einer Pränataldiagnostik. Vor der 12. Schwangerschaftswoche wissen ganz viele beteiligte Personen oftmals nicht, dass eine Schwangerschaft besteht. Es ist oft eine einsame Entscheidung der Frau, einen Abbruch durchführen lassen zu wollen. Nicht einmal der Arzt wird ins Vertrauen gezogen. Ich denke, in solchen Fällen kann eine Pflichtberatung sehr sinnvoll sein. Wir machen sehr gute Erfahrungen, auch wenn wir hierbei eine Hürde überwinden müssen. Es geht darum, der Frau die Angst zu nehmen und ihr Verständnis entgegenzubringen, wenn sie in die Pflichtberatung kommt. Für die Beratung bei einer Diagnose halte ich das Wort Pflichtberatung für kontraproduktiv. Es ist notwendig, dass Frauen in dieser Situation zusammen mit ihrem Partner und der Familie das psychosoziale Beratungsangebot wirklich in Anspruch nehmen können. Ein Arzt wird immer medizinisch beraten und hat die Teile, die wir beraten, in seinem Beratungsverständnis gar nicht im Blick. Ich bin gestern Abend bei dem Augsburger Qualitätszirkel gewesen. In diesem Zirkel werden Fallberichte durchgesprochen. Am Schluss ging es darum, dass ein Pränataldiagnostiker mit der Frau mehrmals telefoniert hat und seine medizinische Beratungspflicht sehr, sehr ernst genommen hat. Trotzdem ist er an einem Punkt an seine Grenzen gestoßen, als ihn die Frau gefragt hat, wie bringe ich denn meinen Eltern bei, was wir jetzt vorhaben bzw. wie wir mit einem behinderten Kind leben sollen. Was sage ich dem schon vorhandenen dreijährigen Kind? Wenn ich mich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheide, kann ich dann in Mutterschutz gehen? All dies waren Fragen, die der Arzt in seinem medizinischen Beratungsverständnis gar nicht im Blick hatte. Es ist uns deshalb ein ganz großes Anliegen, dass die psychosoziale und die medizinische Beratung nicht auseinander dividiert werden, sondern dass ein Weg und eine Form gefunden werden, wie wir miteinander möglichst viele Frauen erreichen können.

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Dr. Böhmer bitte.

Abg. **Dr. Maria Böhmer** (CDU/CSU): Ich wende mich an Prof. Kentenich und Frau Dr. Schöneck und mit Thema obligatorisches Recht auf Beratung. Ich sehe hier verschiedene Möglichkeiten. Prof. Kentenich: Wäre es eine Möglichkeit, wenn die Bundesärztekammer hierzu ihre Richtlinien deutlicher formulieren würde oder ist dieses eine Aufgabe, die wir als Gesetzgeber haben? Ich habe den bisherigen Äußerungen entnommen, dass die Beratung

als solche als gut erachtet wird, das Angebot auch als ausreichend beurteilt wird, das Problem aber darin besteht, dass die Beratung oftmals nicht in Anspruch genommen wird. Meine Frage an Frau Dr. Schöneck ist: Was verstehen Sie darunter, wenn Sie sagen, das Recht auf Beratung muss obligatorisch werden? Wie soll das konkret aussehen? Und an beide Experten auch noch die Frage, wie Sie die konkrete Beratungssituation erleben. Sind Sie auch der Auffassung, wie von Prof. Hackelöer geäußert, dass die Frauen unter Druck gesetzt werden? Wir kennen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, in der noch einmal die Haftungsfrage angesprochen wurde. Dort wird ausgeführt, dass die Überprüfung des Haftungsrechts dazu führen sollte, dass die Haftung auf Fälle grober Fahrlässigkeit beschränkt wird. Prof. Kentenich und Frau Schimmelpfeng-Schütte möchte ich bitten, uns zu erläutern, welche Konsequenzen das hätte.

Vorsitzende: Je kürzer die Gefragten antworten, desto mehr Meinungen können wir hören. Herr Prof. Kentenich bitte.

Prof. Dr. Heribert Kentenich: Die erste Frage betraf die Regelungsmöglichkeit durch die Bundesärztekammer. Wir haben seit 1998 Regelungen der Bundesärztekammer zur Pränataldiagnostik und einem möglichen Schwangerschaftsabbruch. In diesen, meiner Meinung sehr guten Regelungen, wird im Detail festgehalten, was vor, während und nach einem Abbruch bzw. weiterführender Diagnostik zunächst einmal zu geschehen hat. Wir hoffen, dass die Regelungen zu einer Veränderung der Beratungssituation beitragen. Aber: Die Richtlinien der Bundesärztekammer sind nicht durchsetzbar, sie sind noch nicht einmal Teil der Berufsordnung. Bei einem Verstoß gegen diese Regelungen gibt es so gut wie keine Sanktionsmöglichkeiten. Daher bin ich nicht der Meinung, dass diese Fragen von der Bundesärztekammer geregelt werden können. Die Möglichkeiten der Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer scheitern an der freien Ausübung des Arztberufes. Man kann sich daran halten, aber man muss es nicht. Trotzdem glaube ich, dass Regelungen einen Fortschritt darstellen.

Zur Zwangsberatung: Der Begriff Zwangsberatung ist politisch aus den §§ 218 a Abs. 1 und 219 abgeleitet worden. In den beiden Paragraphen steht, dass diese Beratung obligatorisch ist. Das kann man Pflichtberatung nennen oder man kann es Zwangsberatung nennen. Die bisherigen Ausführungen – auch von den Beratungsstellen - haben gezeigt, dass man das auch positiv nutzen kann. Es ist verständlich, dass die erste Reaktion der Frau bei einer Pflichtberatung eher ablehnend ist. Aber ein Viertel dieser Frauen reflektieren doch noch einmal ernsthaft die Alternativen, die in der Beratungssituation aufgezeigt werden. Bitte bedenken Sie, dass § 219 beinhaltet, dass Hilfen anzubieten seien usw. Wir denken, dass bei der medizinischen Indikation all diese Fragen mit zu bedenken sind, z. B.: Welche medi-

zinischen Alternativen gibt es für das Kind, kann das Kind intrauterin oder extrauterin behandelt werden, wie geht es hinterher weiter, welche psychosozialen Hilfen können diesem Kind, wenn es da ist, und seiner Familie finanziell, ökonomisch etc. gegeben werden? Nach den Erfahrungen mit der so genannten Pflichtberatung bei der Beratungsregelung kann man feststellen, dass viele Frauen diese Chance nutzen. Wir gehen daher davon aus, dass auch bei der medizinischen Indikation viele Frauen diese Chance bei einer obligatorischen Beratung nutzen würden.

Beim Haftungsrecht bin ich mir nicht sicher, welche Lösung die beste ist. Den Ärzten wird oft entgegengehalten, ihr wollt euch mit dem Haftungsrecht irgendwie aus eurem medizinischen Tun heraus schleichen. Da ist was dran, weil das Haftungsrecht nur auf die grobe Haftung, auf grobe Schäden beschränkt wird. Mit dem Vorschlag von Frau Schimmelpfeng-Schütte, dieses in einer besonderen Weise gesetzlich zu fassen, kann ich mich anfreunden. Ich denke nur, es muss dann vermieden werden, dass bei einem unsicheren Befund der Arzt die vermeintlich sichere Variante wählt und im Zweifelsfall eher für einen Abbruch plädiert. Das muss auf jeden Fall vermieden werden. Wie dies zu formulieren ist, dazu sind die Juristen aufgerufen.

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Dr. Schöneck.

Dr. Ulrike Schöneck: Ich sehe das so ähnlich wie Prof. Kentenich. Die Richtlinie der Ärztekammer gibt es seit fast sieben Jahren. Ich denke, im Rahmen eines Gesetzes sollte geregelt werden, dass die Beratung den Frauen tatsächlich zur Verfügung steht – mit einer Dreitagesfrist. Das kann man jetzt Zwangsberatung nennen oder nicht. Meiner Meinung nach sollte eine Frist zwischen der Indikationsstellung und dem Schwangerschaftsabbruch oder zwischen der Diagnosestellung und einem möglichen Schwangerschaftsabbruch gesetzlich verankert sein.

Vorsitzende: Frau Schimmelpfeng-Schütte bitte.

Frau Ruth Schimmelpfeng-Schütte: Ich möchte eine Bemerkung zu dem letzten Punkt machen, den Frau Dr. Schöneck angesprochen hat. Erstens: Es ist richtig, dass die Richtlinien der Bundesärztekammer nicht verbindlich sind, so auch nicht für Dritte. Entsprechendes gilt für die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss ist schon höchst streitig, ob er eine so genannte Normsetzungsbefugnis gegenüber den Versicherten hat. Das wird z. B. in der Literatur bestritten und zu dieser Frage ist auch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts anhängig - leider schon seit 1998. Abgesehen davon ist der Gemeinsame Bundesausschuss auch ein Gremium der gesetzlichen Krankenversicherung und er erreicht damit die Teile der Bevölkerung, die

gesetzlichen Krankenversicherung und er erreicht damit die Teile der Bevölkerung, die gesetzlich krankenversichert sind, dabei handelt es sich allerdings um 90 Prozent der Bevölkerung. Zweitens: Wenn man eine obligatorische Beratung nebst Bedenkzeit einführt, so muss das nach meinem rechtlichen Verständnis der Gesetzgeber tun. Es handelt sich hierbei um eine wesentliche Entscheidung, die nach der Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts der Gesetzgeber treffen muss.

Hinsichtlich der ärztlichen Haftung hat der 2. Senat des Bundesverfassungsgerichts ganz klar festgestellt: Ein Kind kann keine Sachschadensquelle sein. Also aus der Geburt eines Kindes können keine Schadensersatzansprüche erwachsen. Nun sagt der 1. Senat, nicht das Kind ist der Schaden, sondern der Unterhalt für das Kind ist der Schaden. Das ist natürlich logisch richtig, aber in der Praxis können Sie das Kind und Unterhalt nicht trennen. Die Würde des Menschen ist unser höchstes Gut. Wenn das Kind keinen Unterhalt erhält, wird es früher oder später sterben. Hier widersprechen sich also der 1. und der 2. Senat unseres höchsten Gerichts. Diese Frage ist also weiter offen. Ich stimme aus den eben genannten Gründen ausdrücklich der ausführlichen Begründung in dem Urteil des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts zu. Die Konsequenz aus der Rechtsprechung „Kind als Schaden“ hat zu der defensiven Beratungspraxis der Ärzte geführt und auch zur Abtreibung des schon lebensfähigen Fetus im Mutterleib. Die Ärzte neigen lieber zur Abtreibung, als zur Austragung zu raten, um Schadensersatzansprüche zu vermeiden. Wir haben im November eine Tagung zu diesem Thema in Hannover gehabt. In den Gesprächen zwischen Ärzten, Juristen und Theologen haben die Ärzte ganz klar ihr Dilemma benannt. Sie seien in erster Linie dazu da, Leben zu schützen und nicht defensiv die Schwangeren dahin zu beraten, im Zweifel abzutreiben.

Vorsitzende: Vielen Dank. Nach unserer Vereinbarung hat jetzt die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN das Fragerecht.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Kentenich, Sie haben gerade zwei Situationen gleichgestellt: Einmal die Situation einer Frau, die ungewollt schwanger ist, innerhalb der 12-Wochen-Frist eine Pflichtberatung bekommt und dann selbst entscheidet, ob sie dieses Kind austrägt oder nicht. Diese Situation haben Sie verglichen mit der bei einer medizinischen Indikation. Das heißt, eine Frau wünscht sich ein Kind, trägt es vielleicht sogar schon 21 oder 22 Wochen und dennoch sagen Sie, in dieser Situation kann die Frau selbst entscheiden, ob sie das Kind haben möchte oder nicht, und deshalb muss sie in die Beratung. Meine Frage ist: Sind Sie mit mir der Meinung, dass diese Frau bei einer medizinischen Indikation nicht selbst entscheiden kann, sondern dass der Arzt entscheidet,

nachdem er sie vorher angehört hat. Es gibt also keine Möglichkeit, diese beiden Situationen miteinander zu vergleichen.

Meine weiteren Fragen richten sich an Frau Ellerstorfer, pro familia. Wir haben gehört, dass die medizinischen Indikationen insgesamt rückläufig sind. Halten Sie als Vertreterin einer Beratungsstelle eine verpflichtende Beratung im Interesse der Frauen, auch unter dem Aspekt des Lebensschutzes, für ein geeignetes Instrument oder wird nicht gerade dadurch, dass eine embryopatische Indikation dadurch wieder eingeführt wird, die Situation verschärft? Finden die Frauen den Weg zu einer Beratungsstelle durch vorherige Aufklärung durch den Arzt oder die Ärztin oder suchen die Frauen eigenständig die Beratungsstellen von pro familia auf? Ich möchte noch Prof. Hackelöer fragen und ihm damit gleichzeitig die Gelegenheit geben, ein Missverständnis aufzuklären, bei welchen Beratungsfällen er denn annimmt, dass die Frauen unter Druck gesetzt werden?

Vorsitzende: Vielen Dank. Frau Dr. Ellerstorfer bitte.

Dr. Ulla Ellerstorfer: Die Frauen finden den Weg in die anerkannten Schwangerenberatungsstellen einerseits auf Empfehlung oder Hinweis der sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte, aber auch ganz eigenständig. Die Beratungsstellen von pro familia bieten seit Jahren das Angebot zur Kinderwunschberatung und das Angebot zur Sterilitätsberatung. Die meisten Frauen kommen vor der pränataldiagnostischen Sequenz zu uns, um zu erfahren, was das für sie bedeutet. Während der pränataldiagnostischen Maßnahmen kommen die Frauen häufig auch wieder zur Beratung, um mit uns gemeinsam jeweils die nächsten Schritte zu überlegen. Seltener kommen die Frauen, wenn es um einen pathologischen Befund geht. Ich denke, in dieser Situation sind sie wohl besser in den humangenetischen Beratungsstellen bzw. in den Einrichtungen, in denen psychosoziale Beratung angeboten und auch die Pränataldiagnostik erfolgt ist, aufgehoben. Wünschenswert wären eine bessere Vernetzung und bessere Informationen über Beratungsstellen. Aus meiner Beratungserfahrung weiß ich, dass Frauen sich fragen: Halte ich mit meiner Kraft eine solche Situation aus? Hält es meine Partnerschaft, meine Ehe aus? Hält es meine ganze Familie aus? Zur Beantwortung dieser Fragen ist psychosoziale Beratung notwendig. Ich teile die Auffassung von Frau Dr. Woopen, dass viele Frauen keine Ahnung von psychosozialer Beratung haben und daher Angst haben, in dieser Situation therapiert zu werden. Diese Sorge muss den Frauen erst einmal genommen werden, um überhaupt die konkreten psychosozialen Fragestellungen zu klären.

Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Prof. Kentenich bitte.

Prof. Dr. Heribert Kentenich: Ich bin für die Frage sehr dankbar, weil sie an die psychologischen Grundlagen der Schwangerschaft führt. Man kann Schwangerschaften grundsätzlich nicht unterteilen in gewollte und nicht gewollte. Es ist so, dass 30 Prozent aller Schwangerschaften in Deutschland ursprünglich nicht gewollt sind, aber dann akzeptiert werden. Eine Schwangerschaft ist ein psychologisches Kontinuum, das mit Konflikten behaftet ist und letztlich irgendwann zur Geburt führt - oder eben bei einem kleinen Teil, bei jeder siebten Schwangerschaft in Deutschland, nicht zur Geburt führt. Insofern ist die Unterscheidung in gewollt und nicht gewollt nicht hilfreich, sondern die Lösungen ergeben sich immer aus der Konfliktsituation mit dieser Schwangerschaft. In den ersten drei Monaten kann die Situation entstehen, dass die Frau sich gegen die Schwangerschaft entscheidet, weil es ihr aus vielerlei Gründen nicht zumutbar ist. Bei der medizinischen Indikation sind diese Gründe meist im Fetus bedingt. Natürlich entscheidet nicht die Frau, aber ich denke, Sie sind mit mir einer Meinung, dass ein Arzt nur dann ein guter Arzt ist, wenn er die autonome Entscheidung der Frau mit einbezieht.

Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Prof. Hackelöer bitte.

Prof. Dr. Bernhard-J. Hackelöer: Ganz kurz: Auch wenn Frau Böhmer es nicht mehr hören will, aber die Antwort bezog sich selbstverständlich nur auf die Zwangsberatung. Ich bin selbstverständlich dafür, dass jede mögliche Beratung gegeben wird und wir bieten alle möglichen Beratungen an. Die Zwangsberatung ist für mich eine Gängelung nach dem Motto: Du weißt nicht, was gut für dich ist, also muss es dir ein anderer sagen. Das ist für die Frauen nicht richtig. Ich denke, Beratungsangebote und Hilfeangebote sollte es so breit wie möglich geben, aber keine Zwänge.

Vorsitzende: Ich stelle fest, dass es keine weiteren Fragen mehr gibt. Ich bedanke mich herzlich bei den Sachverständigen. Alle Beiträge werden im Protokoll festgehalten und können später im Internet abgerufen werden. Ich bin sicher, dass Ihre Anregungen auch in die weiteren Beratungen einfließen. Nochmals herzlich Dank. Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 16.05 Uhr

Kerstin Griese, MdB
Vorsitzende

1. Woher haben Sie Ihre Erfahrung mit den heute anstehenden Sachfragen ?

Seit 1970 verfolge und begleite ich die wechselnden Rechtsänderungen bezüglich der Abtreibung in Deutschland, davon 20 Jahre als Vizepräsident des Zentralkomitees der deutschen Katholiken. Ich habe an vielen Stellungnahmen des ZdK zu diesem Fragenkreis mitgearbeitet, einiges dazu veröffentlicht und häufig darüber referiert, auch in Österreich und Italien.

Als Richter am Oberlandesgericht München habe ich selbst an der Entscheidung einschlägiger Zivilprozesse zur Arzthaftung nach Geburt eines behinderten Kindes mitgewirkt. Die umfangreichen und vielschichtigen Beratungen im Senat sind mir insoweit in nachhaltiger Erinnerung geblieben.

2. Könnte nicht der Arzt im Rahmen der medizinischen Beratung vor Pränataldiagnostik und nach einer pränatalen Diagnose mit pathologischem Befund auch die psychosoziale Seite der Situation hinreichend einbeziehen ?

Ich glaube, der Arzt bräuchte dafür in aller Regel eine **zusätzliche Ausbildung** in beraterischen Krisenmanagement, in Gesprächsführung, in der Paarberatung und vor allem, um über Selbsthilfeeinrichtungen, verfügbare Hilfen für Eltern behinderter Kinder und vieles Andere hinreichend Bescheid zu wissen.

Nachdem das Gesetz fordert, dass "die Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren" nicht "auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann" (§ 218 a Abs. 2 StGB) bedarf es dazu einer zumindest mittelfristigen Prognose und einer Abklärung der Lebensumwelt der Mutter, z.B. bezüglich der Partnerschaft, der Wohn- und Arbeitssituation, der finanziellen Möglichkeiten, der sozialen Unterstützungspotenziale im Lebensumfeld der Eltern. All das sind **außermedizinische Fragen**.

Abgesehen von der häufig problematischen ärztlichen Kompetenz in diesem Bereich fehlt im heutigen Medizinbetrieb in aller Regel - sehr zum Bedauern vieler Ärzte - dafür die **erforderliche Zeit**.

Insofern liegen hier die Dinge anders als in den Fällen, in denen die Schwangerschaft das Leben der Mutter unmittelbar bedroht und daher die medizinischen Fragen ganz im Vordergrund stehen.

Es erscheint mir daher vordringlich, in Fällen der von mir so bezeichneten "erweiterten medizinische Indikation" die sehr wichtige medizinische Beratung durch eine fachlich und menschlich qualifizierte, selbstverständlich ergebnisoffene, nicht bevormundende, aber am Leben orientierte psychosoziale Beratung zu ergänzen und **sicherzustellen**, dass diese Beratung die betroffenen Frauen erreicht.

3. In welcher Weise könnte sichergestellt werden, dass die betroffene Frau von der psychosozialen Beratung erreicht wird, z.B. standesrechtliche Auflagen an den Arzt, gesetzliche Vorgaben, finanzielle und versicherungsrechtliche Maßnahmen oder wie sonst ?

Im ZdK gibt es dazu bisher keine detaillierten Beschlüsse. Einigkeit besteht aber darin, dass die Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung durch wirksame Maßnahmen sichergestellt werden muss.

Meine persönliche Meinung ist, dass dies am besten durch eine gesetzlich gebotene, d.h. **verpflichtende Beratung** gesichert werden könnte. Dagegen wird eingewandt, damit würde durch die Hintertür die "embryopathische Indikation mit einer Beratungspflicht analog § 219 StGB" eingeführt. Angesichts der **alltäglichen Praxis** in der Anwendung der "erweiterten medizinischen Indikation", die sich offensichtlich unbeanstandet und unkontrolliert vom Gesetz gelöst hat, braucht gerade das möglicherweise behinderte **Kind einen Anwalt für sein Leben**.

Für die heutige Situation scheint mir kennzeichnend und alarmierend zugleich zu sein, dass von 10 Kindern, bei denen pränatal Trisomie 21 (umgangssprachlich Mongolismus) diagnostiziert worden ist, nur noch ein einziges zur Welt kommt.

Das Kind und die Eltern brauchen den **Anwalt der Solidarität schon als Gegengewicht** gegen den gesellschaftlichen Druck auf die Eltern, bis hin zu den bekannten Stimmen, die es für einen private Extravaganz halten, ein behindertes Kind, dessen Behinderung schon während der Schwangerschaft diagnostiziert wurde, zur Welt zu bringen und aufzuziehen. Eine Extravaganz, die nicht von der Gemeinschaft der Versicherten oder der Steuerzahler mitzutragen sei.

Anwalt für das ungeborene Kind und zugleich **Beistand für die Eltern** zu sein, ist **kein Gegensatz**. Im Gegenteil, das eine geht ohne das andere nicht. Das Leben eines behinderten Kindes lässt sich nur mit den Eltern zur Geltung bringen, indem den Eltern Perspektiven für ein Leben mit einem behinderten Kind eröffnet werden, die sie in ihre von ihnen letztlich allein zu verantwortende Entscheidung einbeziehen können.

Die Auffassung, einer Frau in der Panik und Belastung nach einer pränatalen Diagnose mit pathologischem Befund sei eine verpflichtende Beratung nicht **zuzumuten**, teile ich nicht. Im Gegenteil zeigen Modellversuche, dass eine fachlich qualifizierte, menschlich einfühlsame Beratung möglichst in zeitlicher Nähe der Diagnose von den betroffenen Frauen als hilfreich empfunden wird. Und zwar auch dann, wenn sich eine Frau letztlich nicht für ein Leben mit einem behinderten Kind entscheiden kann. Auch dann ist es für ihr Leben nach einer solchen Entscheidung hilfreich, sich vorher umfassend informiert zu haben.

Dass eine psychosoziale Beratung stattfinden **muss**, folgt im übrigen schon aus der Forderung des Gesetzes, dass "die Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren" nicht "auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann"

(§ 218 a Abs. 2 StGB). Diese **gesetzlich geforderte Prognose** ist deutlich als Schutz des möglicherweise behinderten Kindes vor einer übereilten Abtreibung zu verstehen. Soll dieser Schutz reale Wirkung haben, ist es im Rahmen verfassungsrechtlicher Güterabwägung zwischen dem Lebensrecht dieses Kindes und der selbstbestimmten Lebensperspektive der Frau eine verpflichtende Beratung zumutbar.

Die psychosoziale Beratung nur dadurch abzusichern, dass die Ärzte **standesrechtlich verpflichtet** werden, die betroffene Frau auf die Möglichkeit einer solchen Beratung hinzuweisen oder diesen Hinweis in den Mutterpass einzutragen, bleibt aus meiner Sicht ein sehr unsiche-

res, **wenig wirksames Instrument**, die psychosoziale Beratung neben der medizinischen in jedem Fall sicherzustellen.

Auch die Möglichkeit, die **kassenärztlichen Leistungen** nur abrechnen zu können, wenn der Hinweis nachweisbar erfolgt ist, genügt aus meiner Sicht nicht. Sie trifft den Arzt zwar finanziell. Ob ein Eintrag auf dem Krankenblatt tatsächlich erfolgt ist, geschweige denn in welcher Weise (nachhaltig oder eher beiläufig) lässt sich wohl kaum kontrollieren.

Bei Privatpatienten würde dieses Instrument wohl ohnehin so nicht greifen.

4. Stellt die von Ihnen vorgeschlagene Veränderung des BGB bezüglich der Haftung des Arztes für das "Kind als Schaden" nicht die gesamte Systematik des Zivilrechts auf den Kopf ?

Im Gegenteil: Das Zivilrecht wird auf den Kopf gestellt, wenn die **Existenz oder Nichtexistenz eines Menschen** im Schadenersatzrecht unabhängig vom unverlierbaren einmaligen Selbstwert eines jeden Menschen nur unter ökonomischen Gesichtspunkten bewertet wird. Eine solche Bewertung impliziert unausweichlich ein **Negativurteil über das behinderte Kind** und damit letztlich über **alle behinderten Menschen**.

Die Erfahrung eines behinderten Kindes, dass es zwar selbst noch kein Schaden sei, wohl aber Ursache immer neuer Unterhaltsschäden der Eltern, für die der Arzt aufzukommen habe, weil er dafür verantwortlich sei, dass es existiert, führt dem Kind und der Umwelt drastisch vor Augen, dass es von seinen Eltern und der Umwelt in wirtschaftlicher Bewertung als **Negativposten in eine Schadensberechnung** eingestellt wird.

Würde man den vorrangig pekuniär ausgerichteten Gedankengang des BGH zivilrechtlich folgerichtig weiterführen, müsste die Schwangere im Rahmen der Schadensvermeidungspflicht "den noch wiedergutzumachenden Diagnosefehler des Arztes" durch eine Abtreibung nachträglich unwirksam machen, solange diese noch möglich ist", eine aus meiner Sicht absurde Folge: Ein Sinneswandel der Schwangeren zugunsten des Lebens mit einem Kind wäre aus ökonomistischen Gründen unbeachtlich. Die Beseitigung der "Quelle des Schadens" nach den allgemeinen Grundsätzen der sog. "Naturalrestitution" (§ 249 BGB) würde (vorgeburtlich betrachtet) zur Nichtexistenz des Kindes führen. Diese Betrachtung der Situation vor der Geburt, in der die spätere Unterhaltspflicht bereits begründet ist, zeigt, dass die nachgeburtliche Unterscheidung von Kind und Unterhaltspflicht ein **nicht tragfähiges Konstrukt** ist.

Manche Zivilrechtler werden einwenden, dass auf diese Weise **Vertragsverletzungen des Arztes** systemwidrig folgenlos bleiben würden.

Dazu muss man differenzieren: Soweit der Arzt durch Diagnosefehler oder unterlassene Untersuchungen oder Hinweise die mögliche Heilung des Embryo verhindert oder sonst Fehler in der ärztlichen Tätigkeit Mutter und Kind schädigen, bleibt die Haftung selbstverständlich unangetastet.

Soweit es aber darum geht, dass durch einen ärztlichen Fehler oder einen unterlassenen Hinweis ein (gesundes oder krankes Kind) zur Welt kommt, das sonst abgetrieben worden wäre, kann die **Nichtexistenz des Kindes**, sei es gesund (wie bei fehlgeschlagener Sterilisation), sei es behindert (wie nach PND bei nicht behebbaren Befunden) im Lichte der unantastbaren Menschenwürde des Kindes **nicht Ziel des Arztvertrags** sein.

Zwar ist die rechtliche Wirksamkeit des auf einen Schwangerschaftsabbruch (also der Tötung eines Menschen) gerichteten Arztvertrags ein Systembruch. Das BVerfG hat ihn dennoch hingenommen, um Frauen den medizinisch gebotenen Zugang zum Arzt offen zu halten, wenn sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. Es bleibt aber eine begrenzte vertragsrechtliche Ausnahmeregelung. Deshalb hat das BVerfG dem im Schadener-

satzrecht eine klare Grenze gezogen, soweit ein ärztlicher Fehler zum Dasein eines Kindes führt und dieses bloße Dasein des Kindes (Stichwort "Kind als Schaden") haftungsbegründend sein soll.

5. Wie könnten die sozialen Rahmenbedingungen verbessert werden, damit Eltern zu einem Leben mit einem behinderten Kind leichter "Ja" sagen können.

Eine Gesetzesreform, wie sie hier heute diskutiert wird, könnte das **allgemeine Bewusstsein nachhaltig stärken**, dass das Lebensrecht und die Menschenwürde auch dem behinderten Menschen zukommt und dass er nicht als Negativposten in der gesellschaftlichen Gesamtbilanz betrachtet werden darf. Es könnte einem Denken entgegenwirken, dass behinderte Menschen, zumindest geistig schwer behinderte Menschen im Interesse der Umwelt und als Kostenfaktor besser nicht da sein sollten.

Eine solche nachhaltige Veränderung des öffentlichen Bewusstseins kann natürlich kein Gesetzgeber allein herbeiführen. Dazu müssen neben den Kirchen und ihren Verbänden auch andere gesellschaftliche Kräfte mitwirken, insbesondere auch die Medien.

Das **ZDK hat dazu in seiner Erklärung** vom 25.01.2002 "**Mit Behinderung leben: Familiennetze stärken**" konkrete Vorschläge gemacht.

Die rasche **Veränderung der sozialen Rahmenbedingungen** in unserer Zeit verstärkt die Angst, vor einem Leben mit einem behinderten Kind, zumal es zu den steten Ängsten von Eltern behinderter Kinder gehört, was mit ihrem Kind, das lebenslang auf Hilfe und Zuwendung angewiesen ist, nach ihrem Ableben werden wird. Es gibt keine längerfristige Garantie mehr für einen Arbeitsplatz, die Pflege eines behinderten Kindes ist dabei ein **zusätzliches Handicap**. Die **Angst, in die Sozialhilfe abzurutschen**, wächst. Auf Sozialhilfe angewiesen zu sein, bedeutet für viele Frauen, die fest im Berufsleben stehen, einen sozialen Abstieg, eine Stigmatisierung und Demütigung, der sie sich ungern aussetzen möchten.

Dass die äußeren Umstände angesichts der schwierigen Lage der öffentlichen Haushalte nicht besser werden, wissen und verstehen Viele. Aber was unverzichtbar ist, ist die **Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen**, zumindest mittelfristig.
