

*Stellungnahme der Sachverständigen Sybill Schulz (Familienplanungszentrum - BALANCE)*

*zu BT-Drs. 16/11106, 16/11330, 16/11342, 16/11347, 16/11377*

**Fragenkatalog  
zu der öffentlichen Anhörung  
des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
zum Thema  
„Konfliktsituationen während der Schwangerschaft“  
am Montag, dem 16. März 2009, 13:30 bis 17:30 Uhr  
Paul-Löbe-Haus, Saal 4.900**

- 1. Im Jahr 1995 wurde die sogenannte embryopathische Indikation als eigenständiger Grund für einen Schwangerschaftsabbruch abgeschafft und in die medizinisch-soziale Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) überführt. Es sollte einerseits der Erwägung, dass sich durch eine Behinderung des Ungeborenen eine unzumutbare Belastung der Schwangeren ergeben kann, Rechnung getragen werden, andererseits wurde „klargestellt, dass eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann“ (BT Drs. 13/1850 S. 26). Wie hat sich die Situation in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der Behinderung des Ungeborenen sowie für die Schwangeren/Eltern seitdem entwickelt?*

Der Gesetzesänderung von 1995 liegt ein fundamentales Missverständnis zugrunde und die gegenwärtige Diskussion macht dies ganz deutlich. Es werden zwei Aspekte gemeinsam abgehandelt, die nur oberflächlich zusammengehören, tatsächlich aber kaum etwas miteinander zu tun haben. Und schon gar nicht kann einer der beiden Aspekte durch gesetzliche Regelungen des anderen gelöst werden. Wenn sich eine Frau/Paar zum Abbruch einer Schwangerschaft entschließt, aufgrund einer schweren Fehlbildung des Embryos, so geschieht dies aus zutiefst persönlichen Überlegungen. Diese Entscheidung fällt immer sehr schwer und wird als großer Verlust empfunden. Die Entscheidung ist vollkommen unabhängig von der gesellschaftlichen Wertung.

Behinderte Menschen andererseits bedürfen und verdienen all unsere Unterstützung und gesellschaftliche Wertschätzung. Hier ist die Politik gefragt, geeignete Maßnahmen zu treffen. Eine Veränderung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch gehört jedoch nicht zu den wirksamen und damit nicht zu den geeigneten Maßnahmen.

- 2. Gibt es wissenschaftliche Untersuchungen zu Inhalt und Qualität der Beratungen vor und nach pränataler Diagnostik und bei Feststellung eines embryopathischen Befundes und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?*

Nein, empirisch ist jedoch eindeutig, dass vielen Frauen/Paaren vor der Pränataldiagnostik nicht ausreichend bewusst war, dass in den meisten Fällen die einzige therapeutische Konsequenz einer Fehlbildung der Abbruch der

Schwangerschaft ist. Hier ist eine Verbesserung hinsichtlich der Qualität und Inhalt der Beratung sowie der Beratungskompetenz von ÄrztInnen zu fordern. Zudem wird selten auf das Recht auf „Unwissen“ seitens der ÄrztInnen hingewiesen.

- 3. Die Befürworterinnen und Befürworter einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes begründen ihre Vorschläge damit, dass es in der Praxis einen Automatismus zwischen Diagnose und Schwangerschaftsabbruch gäbe. Es wird angenommen, dass Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich nicht ausreichend medizinisch beraten und unterlassen, auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung aufmerksam zu machen. Oft würden Ärztinnen und Ärzte Frauen zu einem Abbruch drängen. Frauen würden in der Folge übereilt und unter Schock entschieden. Ist diese Schilderung der Praxis zutreffend? Also gibt es nach Ihren Erfahrungen einen solchen Automatismus oder wie gestalten sich Ihrer Meinung nach die Prozesse nach einer Diagnose tatsächlich?*

Es gibt keinen Automatismus im Ablauf. Allerdings ist aufgrund fehlender alternativer therapeutischer Möglichkeiten der Abbruch in den meisten Fällen die einzige Behandlungsoption, wenn die Schwangere nicht mit der Behinderung ihres Kindes leben will. Es muss jedoch klar sein und auch klar vermittelt werden, dass die einzige Intention der Pränataldiagnostik die Diagnose von Fehlbildungen darstellt. Wenn nun die Medizin für diese vorhersehbaren Situationen keine Behandlungsalternative zum Abbruch bereitstellt, so ist nachvollziehbar, dass viele Frauen/ Paare auch darauf zurückkommen.

- 4. Wie beurteilen Sie den Handlungsbedarf im Rahmen der medizinischen Indikation, um die Aufklärung, Beratung und Unterstützung der betroffenen Frauen zu verbessern? Inwieweit und an welcher Stelle sollten Änderungen gesetzlich verankert werden? Warum ist das Schwangerschaftskonfliktgesetz der richtige Regelungsort?*

Eine Verbesserung der Beratung vor PND ist auf jeden Fall zu fordern und in dem entsprechenden Gesetz zu verankern. Das Schwangerschaftskonfliktgesetz ist jedoch nicht das geeignete Instrument. Hier besteht kein Änderungsbedarf.

- 5. Bedarf es überhaupt einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, um einen verbesserten Zugang zu medizinischer und psycho-sozialer Beratung sicher zu stellen?*

Nein, etwa jede 5. Schwangere, die sich zu einem Abbruch aus medizinischer Indikation entschieden hat, geht derzeit aus Deutschland zu einem Spätabbruch nach Holland (nachfolgend detailliert ausgeführt.) Dies ist ein unübersehbares Zeichen einer unbefriedigenden Situation des Zuganges zu einem Schwangerschaftsabbruch nach 12. SSW. Allein die Beratungspflicht kann einen solchen Zugang nicht verbessern.

Laut dem Statistischen Bundesamt gab es im Jahr 2007 in Deutschland 2.302 Abbrüche nach der 13. Woche. Mit 1,9% aller Schwangerschaftsabbrüche ist dies eine sehr geringe Häufigkeit, nicht nur national gesehen. Auch im internationalen West-Europäischen Vergleich ist das eine ausgesprochen geringe Zahl (Tabelle 1). Die meisten anderen Länder haben wesentlich mehr Spätabbrüche, Großbritannien etwa 5-mal so viele. Im internationalen Vergleich ist die Situation in Deutschland offenbar beeindruckend gut geregelt.

Table 1: Spätabbrüche im West-Europäischen Vergleich

Land	Anteil	Bemerkungen
Großbritannien	11 %	>12. Woche
Finnland <sup>ii</sup> :	6,1 %	> 12. Woche
Schweden <sup>ii</sup> :	5,2 %	> 12. Woche
Norwegen <sup>ii</sup> :	4,5 %	> 12. Woche
Schweiz <sup>iii</sup>	4,1 %	>12. Woche
Dänemark <sup>ii</sup> :	4 %	> 12. Woche
Holland <sup>iv</sup>	3,9 %	>13. Woche (nur in Holland wohnende Frauen)
Italien <sup>v</sup>	2,3 %	>12. Woche
Deutschland <sup>vi</sup>	1,9 %	>13. Woche

Allerdings muss man berücksichtigen, dass nicht alle Abbrüche auch in Deutschland durchgeführt werden. So fahren relativ viele Frauen zu einem Spätabbruch nach Holland. Im Jahr 2007 waren dies etwa 600 Frauen, ein fünftel aller Spätabbrüche an Deutschen Frauen (Tabelle 2). Diese Zahl war in den letzten Jahren recht konstant, wie der Vergleich mit 2004 deutlich macht.

Tabelle 2: Häufigkeit und Ort von Spätabbrüchen

	2004	2007
Abbrüche >13. Woche in Deutschland	2.205 <sup>vii</sup>	2.302 <sup>vi</sup>
Abbrüche bei Frauen aus Deutschland >13. Woche in Holland	Ca. 600 <sup>iv</sup>	Ca. 600 <sup>viii</sup>
Gesamt Anzahl Spätabbrüche	2.800	2.900

6. *Wären ausschließlich untergesetzliche Regelungen, z.B. in den Mutterschaftsrichtlinien, ausreichend und inwieweit wären diese durch den Bundestag zu beeinflussen?*

Wichtig ist es, die Entscheidungsbefugnis der betroffenen Frauen zu stärken. Aufgrund der biologischen Gegebenheiten, tragen Frauen einen überproportionalen Anteil an den Konsequenzen der Fruchtbarkeit. Es ist unbedingt zu fordern, dass dem Rechnung getragen wird und Frauen auch eine Entscheidungsfreiheit in Belangen der Reproduktion bekommen. Hierzu gehört eine freie Entscheidung auch darüber, ob sie zu einer Beratung gehen möchte. Beratung ist definitionsgemäß freiwillig. Eine ‚Pflichtberatung‘ ist ein unvereinbarer Widerspruch und meint eigentlich eine staatlich verordnete Unterweisung. Ebenso ist eine Beratung definitionsgemäß ‚ergebnisoffen‘. Jede Diskussion darüber, macht deutlich, dass es in Wahrheit nicht um eine Beratung, sondern um eine Unterweisung geht.

7. *Wäre im Zusammenhang mit Beratung eine deutlichere Ausgestaltung der Mutterschaftsrichtlinien Ihrer Meinung nach zielführend und halten Sie einen Umbau des Mutterpasses als Informationsdokument für die schwangere Frau für sinnvoll und hilfreich, auch um die Inanspruchnahme des bereits heute existierenden Rechts auf psychosoziale Beratung zu erhöhen?*

Ja, sinnvoll könnte der Hinweis auf die Möglichkeit einer kostenlosen psychosozialen Beratung sowie eine ausführliche medizinische Aufklärung über diagnostische Verfahren sein.

Die Inanspruchnahme einer Beratung sollte dennoch freiwillig sein.

8. *Welche Maßnahmen sind geeignet, um eine bessere Qualität der medizinischen Beratung, eine bessere Information der Frauen über ihren Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung und eine bessere Verknüpfung zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und psychosozialen Beratungsstellen zu erreichen?*

Vor Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik sollte eine Information über das Wesen der Pränataldiagnostik und die möglichen Folgen verpflichtend eingeführt werden. Dies ist im entsprechenden Gesetz zu verankern. Das derzeit bestehende Angebot zur Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch nach der Diagnose einer Fehlbildung durch qualifizierte Beratungsstellen ist in Berlin als ausreichend zu beurteilen und dennoch abhängig von der jeweiligen Infrastruktur (siehe andere Bundesländer). Hierbei könnte eine Hinweispflicht des behandelnden Arztes hilfreich sein.

9. *Was muss geändert werden, damit tatsächlich alle Frauen in einer Schwangerschaftskonfliktsituation nach der 12. Woche eine psychosoziale Beratung wahrnehmen können, welche Hilfen und welche Art von Unterstützung sind für werdende Eltern in Konfliktsituationen besonders wirkungsvoll und für wie wichtig halten Sie nach Ihrer Erfahrung psychosoziale Beratung?*

Das aktuelle Beratungsangebot sollte hinsichtlich einer Flächendeckung und qualifizierten Personalbesetzung überprüft werden und ggf. verbessert werden.

10. *Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass Ärztinnen und Ärzte über das ärztliche Standesrecht hinaus gesetzlich verpflichtet werden, allen – nicht akut gefährdeten – Schwangeren, bei denen eine medizinische Indikation in Erwägung gezogen wird, eine umfassende Aufklärung und Beratung – auf freiwilliger Basis – anzubieten?*

Gesetzliche Verpflichtungen verbessern nicht automatisch Beratungsqualitäten.

11. *Die vorliegenden Vorschläge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes betreffen alle Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation und nicht nur die sog. Spätabbrüche. Welche Auswirkungen hätten die gesetzlichen Änderungen auf die Praxis von Abbrüchen und das Wesen der medizinischen Indikation? Wie würden die Ärztinnen und Ärzten auf die neuen Regelungen reagieren? Was würde hieraus für die betroffenen Frauen resultieren und wie könnten sie ggf. hierauf reagieren?*

Die Auswirkungen sind relativ leicht vorhersehbar, angesichts der Tatsache, dass bereits jetzt jede 5. Frau ins Ausland zum Abbruch fährt. Eine Verunsicherung der ÄrztInnen ist voraus zu sehen. Ferner ist mit einer dramatischen Abnahme an Indikationen zu rechnen, weil sich nur noch wenige Ärzte auf dieses juristische Risiko einlassen würden, wengleich sie fachlich begründet wären.

12. *Wie können sich Eltern über Pränataldiagnostik und weitere Fragen heute informieren, und sollte darüber hinaus Informationsmaterial mit welchem Inhalt und vom wem erstellt und ausgelegt werden?*

Die Informationsmöglichkeiten sind heutzutage recht gut, insbesondere durch Internet und vorliegende Aufklärungsmaterialien, unter anderem der BZgA. Es wäre jedoch zu fordern, dass jede Schwangere vor der Pränataldiagnostik eine ausreichende Information über das Wesen und die Folgen von PND, mündlich als auch schriftlich bekommt.

13. *Wird sich die heutige Praxis der Pränataldiagnostik durch die vorgesehenen Regelungen im Gendiagnostikgesetz und die von den Anträgen Humme und Dr. Tackmann beabsichtigte Weiterentwicklung der Mutterschaftsrichtlinien verändern? Werden Frauen bzw. Paare hierdurch in ihren Rechten auf informierte Zustimmung zur PND sowie auf Nichtwissen – in jedem Behandlungsschritt – gestärkt werden? Sind hierzu weitere Maßnahmen sinnvoll? -*
14. *In welchem Umfang und Schwerpunkt sollte die Aufklärung und Beratung durch Pränataldiagnostiker, Gynäkologen, Fachärzte oder unabhängigen Beratungsstellen in welcher Form erfolgen?*

Hier sind alle angeführten Berufsgruppen aufgefordert, ihren fachlich-kompetenten Beitrag in patientensensibler Form zu leisten, so wie dies auch in anderen Bereichen der Medizin der Fall ist.

15. *Wie können Ärztinnen und Ärzte – nicht die Frauen – verpflichtet werden, Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen in eine psychosoziale Beratung zu vermitteln?*

Die betroffenen ÄrztInnen brauchen keine solche Vermittlungspflicht, wenn ein solches qualifiziertes Beratungsangebot adäquat zur Verfügung stehen würde. Angesichts der knappen Ressourcen in Praxen greifen ÄrztInnen gern auf solche zusätzlichen niedrighwelligen Unterstützungsangebote zurück.

16. *Für wie wichtig halten Sie in Schwangerschaftskonfliktsituationen, bei denen eine eventuelle Behinderung des Kindes festgestellt wird, Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Eltern behinderter Kinder und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?*

Ein Angebot dafür ist sicher sinnvoll. Allerdings treffen die meisten Frauen/ Paare die Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft aufgrund ihrer ganz persönlichen Situation, ihrer persönlichen Möglichkeiten, sowie Grenzen. In diesem Zusammenhang ist relativ bedeutungslos, wie andere Menschen in ähnlichen Situationen zurechtgekommen sind. Nicht auszuschließen ist jedoch auch, dass schwangeren Frauen, bzw. Paaren erst durch den Kontakt mit Familien mit einem behinderten Kind das Ausmaß an Veränderung im Leben, sowie die notwendigen Einschränkungen bewusst werden und damit die Entscheidung für einen Abbruch bestärkt oder gar erst gestellt wird.

In einer Stadt wie Berlin können derartige Kontakte zu Betroffenenengruppen und spezialisierten Organisationen aufgrund der vorhandenen Vielfalt und Infrastruktur einfach hergestellt und Beratungen zeitnah vermittelt werden, in ländlichen Regionen eher problematisch.

17. *Die drei Anträge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sehen die gesetzliche Fixierung einer dreitägigen Bedenkzeit vor. Halten Sie eine solche Bedenkzeit für einen Schwangerschaftsabbruch für eine sinnvolle Unterstützung von Frauen in schwierigen Schwangerschaftskonflikten? Wie verhält sich eine solche Bedenkzeit zum Prinzip der vertrauensvollen Beratung? Würde eine solche Bedenkzeit Frauen bei einer selbstbestimmten Entscheidung unterstützen oder vielmehr „Frauen vor sich selbst schützen“, zumal wenn diese Bedenkzeit rechtlich für den Arzt verankert wird? Welche Folgen hätte dies für die Praxis von Schwangerschaftsabbrüchen, wenn künftig zwischen Abbrüchen, bei denen die Bedenkzeit eingehalten werden muss, und solchen, die aufgrund akuter Gefahr sofort erfolgen müssen, unterschieden wird?*

Zweifellos ist die Mitteilung einer schweren Fehlbildung eines Fötus eine Krisensituation, in welcher Frauen Hilfe benötigen. Hier sind alle Interventionen sinnvoll, welche von betroffenen Frauen gewünscht werden und freiwillig erfolgen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die großen individuellen Unterschiede. Diese gilt es zu berücksichtigen, wenn Maßnahmen beschlossen werden, die für alle Frauen gelten. In diesem Zusammenhang ist z.B. die Wartezeit von drei Tagen zu erwähnen, die zwischen der Diagnosestellung für einen Spätabbruch und der Durchführung liegen sollen.

Hier gilt es zu berücksichtigen, dass es aus gutem Grund kein anderes Beispiel in der Medizin gibt, wo der Gesetzgeber eine derartige Bedenkzeit gesetzlich vorschreibt. Obwohl es im medizinischen Alltag unglaublich viele Situationen gibt, in denen eine Entscheidung aufgrund einer schwierigen Diagnose getroffen werden muss.

Schließlich gibt es keinen Hinweis darauf, dass eine vorgeschriebene Bedenkzeit irgendeinen Vorteil für die Betroffenen oder die Gesellschaft gibt. Die Willkür einer solchen Bedenkzeit wird auch dadurch deutlich, dass die Länge zwischen 3 und 7 Tagen schwankt, in den wenigen Ländern, in denen eine solche besteht. Ferner unterstellt eine solche gesetzliche Vorschrift den betroffenen Frauen, sie wären nicht in der Lage selbst die für sie notwendige Bedenkfrist bestimmen. Auch dafür gibt es keinen Hinweis.

18. *Halten Sie die Vorschläge zur Verbesserung der Beratung, Aufklärung, Vermittlung und die Einräumung einer Mindestbedenkzeit von drei Tagen im Verlauf eines Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation mit der gängigen Praxis für vereinbar?*

Auch wenn bei vielen Frauen in der Realität 3 Tage und mehr zwischen der Diagnosestellung und dem Abbruch vergehen, so ist doch eine gesetzliche Vorschrift unnötig und kontraproduktiv. Auch werden die Bedürfnisse derjenigen Frauen missachtet, die sehr wohl ausreichend informiert früher eine Entscheidung treffen können und diese dann, aus nachvollziehbaren Gründen, so schnell als möglich umsetzen möchten. Darüber hinaus müssen Fälle der akuten Gefährdung berücksichtigt werden. Somit ist eine Mindest-Bedenkzeit aus Erfahrung nicht notwendig. Frauen/Paare brauchen keine Bevormundung, Fristsetzung, Zwangsberatung, um eine tragfähige Entscheidung treffen zu können. Sie brauchen bei Bedarf konkrete Hinweise und zeitnah sensible, qualifizierte AnsprechpartnerInnen bis hin zu deren direkter Vermittlung. Wichtiger ist eine konsequente Umsetzung von flächendeckenden Beratungsstellen, um der gesetzlichen Vorgabe gem. §6 Abs.1 SchKG eines Anspruches auf unverzügliche Beratung gerecht zu werden.

19. *Die Befürworterinnen und Befürworter einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gehen davon aus, dass von Spätabbrüchen (nach der 22. Schwangerschaftswoche) mehrheitlich behinderte, aber durchaus lebensfähige Ungeborene betroffen seien. Eine Expertenbefragung aus dem Jahr 1999 kam zu einem anderen Ergebnis. Danach waren 80% aller Spätabbrüche dadurch bedingt, dass die Schädigung des Ungeborenen so groß war, dass seine Lebensfähigkeit überhaupt nicht gegeben war. Hat diese Größenordnung heute immer noch Gültigkeit? Welche Diagnosen liegen diesen Spätabbrüchen zugrunde, und sind diese erst in einem späten Schwangerschaftsstadium zu stellen?*

20. *Das Vorliegen eines Befundes beim Ungeborenen oder der Mutter in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium begründet in der Regel eine emotionale Grenzsituation für die Betroffenen. Bei der sich anschließenden Abwägung, ob die Voraussetzungen für eine medizinische Indikation gegeben sind, müssen viele Aspekte berücksichtigt werden, die Entscheidungsfindung ist hochkomplex. Werden die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Komplexität der Situation überhaupt gerecht?*

Die Annahme, der Gesetzgeber könne in derartig komplexen hochemotionellen Situationen die Entscheidungsprozesse verbessern, indem er rigide Restriktionen erlässt, ist eine erschreckende Fehlmeinung, die viel Unkenntnis über die zugrunde liegenden Prozesse erkennen lässt. Wie in anderen Grenzsituationen auch, ist die betroffene Person, allenfalls unterstützt durch erfahrene Fachkräfte, am besten in der Lage, eine verantwortliche Entscheidung zu treffen. Staatliche Einmischung hat fast immer zu negativen oder gar katastrophalen Konsequenzen geführt.

21. *Wie sind alle Vorschläge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter rechtlicher Würdigung des 1995 erzielten parteiübergreifenden Kompromisses zu bewerten?*

22. *Sehen Sie die Gefahr, dass mit der angestrebten Neuregelung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Kompromiss aus dem Jahr 1995 zum §218 in Frage gestellt wird oder halten Sie gerade eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes für eine sinnvolle Ergänzung des §218?*

Es besteht die Gefahr, dass der parteiübergreifende Kompromiss ausgehebelt würde. Stattdessen sollten wie bei anderen medizinischen Problemen den ÄrztInnen Hilfestellungen auf Empfehlungsebene zum Beispiel durch die Bundesärztekammer und einschlägige Berufsverbände gegeben werden.

Hier sei darauf hingewiesen, dass der oberste Gerichtshof in Kanada, das damals geltende Gesetz zum Abbruch vor 20 Jahren ersatzlos gestrichen hat und es seit damals kein Gesetz zum Abbruch gibt. Dies hat nicht zu einem sorglosen Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch bzw. zu einer enormen Zunahme der Abbruchzahlen geführt.

Diese Situation hat sich sehr bewährt und es ist nicht absehbar, dass in Kanada ein neues Gesetz zum Abbruch beschlossen wird.

Eine Änderung des § 218 StGB ist nicht notwendig. Jede schwangere Frau hat gemäß aktueller Gesetzeslage zu jeder Zeit ihrer Schwangerschaft ein Recht auf

Beratung (§ 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz). Es besteht daher kein gesetzlicher Handlungsbedarf.

*23. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um Eltern in der Situation, in der sie erfahren, dass ihr Kind möglicherweise behindert oder krank ist, die Unterstützung zu geben, die sie in dieser Situation benötigen, und sie zu begleiten? Wie können Eltern mit behinderten Kindern besser unterstützt werden?*

Ein Angebot zur Beratung in den bestehenden Einrichtungen ist für betroffene Frauen/ Paare wichtig. Bei Vorlage des Befundes sollte in einer kostenfreien psychosozialen Beratung (keine Pflichtberatung) durch qualifiziertes Personal ein sensibles, realitätsnahes Besprechen von Lebensperspektiven des gemeinschaftlichen Lebens mit einem behinderten Kind unter Berücksichtigung der gegebenen Infrastruktur, Beratungs- und Versorgungseinrichtungen, spezifischen Projekten/Trägern zum gegenseitigen Austausch sowie finanziellen Hilfen erfolgen. Davon unabhängig ist die Unterstützung behinderter Menschen. Beide Aspekte müssen jedoch getrennt betrachtet und diskutiert werden. Eine Vermischung ist nicht zielführend oder hilfreich.

*24. Welche Auswirkungen hätte die vorgesehene Dokumentationspflicht verbunden mit der Verpflichtung zur Datenweitergabe an eine Landesbehörde auf das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin und dies besonders unter grundsätzlicher Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht? Wäre eine solche Dokumentation unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes zulässig und halten Sie in diesem Zusammenhang eine Anonymisierung der Daten für möglich?*

Welchen Mehrwert sollte eine solche Dokumentationspflicht bringen, als eine Verunsicherung der Frau/des Paares in einer ohnehin schwierigen Lebenssituation, unabhängig von der möglichen Folge, dass die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient erheblich gestört werden könnte.

Die aktuelle Gesetzeslage ist unserer Ansicht nach völlig ausreichend und die Aufrechterhaltung der ärztlichen Schweigepflicht unbedingt unter Berücksichtigung des v.g. Aspektes zu wahren.

*25. Die Gesetzentwürfe zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sehen zum Teil vor, dass Pflichtverstöße als Ordnungswidrigkeit gewertet werden und mit Bußgeld bewehrt sind. Welche Möglichkeiten bieten sich dem Gesetzgeber im Rahmen seiner vom Bundesverfassungsgericht aufgegebenen Pflicht zur Beobachtung und ggf. Nachbesserung der gesetzlichen Regelungen, sicherzustellen, dass die von ihm gemachten Vorgaben eingehalten werden und das Gesetz tatsächlich einen „wirksamen Schutz vor Schwangerschaftsabbrüchen bewirkt“ (BVerfGE 88, 203 (309))?*

*26. Wie beurteilen Sie die Einführung neuer Bußgeldtatbestände sowie eine Anhebung des Bußgeldes?*

Bisherige Verurteilungen aufgrund der Gesetzeslage verdeutlichen, dass eine Verschärfung des Strafmaßes und eine Erweiterung der Straftatbestände unnötig sind - weder als zielführend einzuschätzen noch Beleg für Wirksamkeit. Die bestehende Gesetzeslage ist unseres Erachtens als Maximalkompromiss anzusehen, da ÄrztInnen allgemein einer strengen Prüfung obliegen und



27. Welche Bedeutung messen Sie der statistischen Erhebung und Ausweisung durch das Statistische Bundesamt bei und halten Sie Änderungen für wünschenswert? Wie wird der Datenschutz bei der statistischen Erhebung und Ausweisung gewährleistet?

28. Welche Änderungen sollten im Bereich der Statistik aus welchen Gründen erfolgen?

29. Welche Auswirkungen hätte eine statistische Erfassung der Daten über Abbrüche nach medizinischer Indikation, die nach der 22. Woche erfolgen, im Einzelfall auf die betroffene Frau?

Welche Aussagekraft bzw. Nutzen soll eine solch erweiterte, detaillierte statistische Erfassung haben?

Stattdessen könnte auf die Erfassung im Rahmen der Diagnoseschlüssel und Leistungserfassung durch Krankenkassen / KV wie bei anderen medizinischen Prozeduren zurück gegriffen werden, um gewünschte Auswertungen zu tätigen.

30. Die Initiatoren des Singhammer-Antrags behaupten, dass ein Fötus bereits ab der 20. Schwangerschaftswoche lebensfähig sei und deshalb die Zahl der Spätabbrüche sehr viel höher sei als öffentlich angegeben. Nach dieser Definition nennen sie die Zahl von 631 Spätabbrüchen im Jahr 2007 im Gegensatz zur offiziellen Anzahl von 229. Nach unseren Informationen hat ein Fötus in der 20. und 21. Schwangerschaftswoche keinerlei Überlebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibes und die offizielle Zahl von 229 ist deshalb richtig. Können Sie dies bestätigen? Welche Definition sollte für Spätabbrüche verwendet werden? Wie hoch fällt danach die Anzahl der Spätabbrüche aus?

Diese Behauptung widerspricht den medizinischen Fakten.

Eine Überlebensfähigkeit besteht im Allgemeinen ab der 22.SSW p.c. und dabei ist mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Frühgeborenen zu rechnen.

Es ist bei Schwangerschaftsabbrüchen in fortgeschrittenen Stadien nicht davon auszugehen, dass Frauen/Paare leichtfertig eine solche Lebensentscheidung treffen. Aus unserer Erfahrung stellen ÄrztInnen medizinische Indikationen in fortgeschrittenen Schwangerschaften sehr gewissenhaft und nach eingehender Prüfung aller Fakten und Umstände.

## Literaturangaben

---

- i Statistical Bulletin, Abortion Statistics, England and Wales: 2006, Department of Health
- ii Nordic statistics on induced abortions 2005, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland, [www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/reproduction/nordabortions.htm](http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/reproduction/nordabortions.htm)
- iii Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz 2007, Statistik Schweiz, [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/03.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/03.html)
- iv LANDELIJKE ABORTUS REGISTRATIE 2004, 2005 Rutgers Nisso Groep, Utrecht, Holland
- v L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia Anno 2003, ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA
- vi Schwangerschaftsabbrüche 2007, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- vii Schwangerschaftsabbrüche 2004, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2005
- viii Jaarrapportage 2007 van de Wet afbreking zwangerschap, Den Haag, November 2008