

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Tackmann, Diana Golze, Elke Reinke, Dr. Petra Sitte, Jörn Wunderlich, Hüseyin-Kenan Aydin, Dr. Dietmar Bartsch, Karin Binder, Dr. Lothar Bisky, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Dr. Martina Bunge, Roland Claus, Sevim Dağdelen, Dr. Diether Dehm, Werner Dreibus, Dr. Dagmar Enkelmann, Klaus Ernst, Wolfgang Gehrcke, Dr. Gregor Gysi, Heike Hänsel, Lutz Heilmann, Hans-Kurt Hill, Cornelia Hirsch, Inge Höger, Dr. Barbara Höll, Ulla Jelpke, Dr. Lukrezia Jochimsen, Katja Kipping, Monika Knoche, Jan Korte, Katrin Kunert, Oskar Lafontaine, Michael Leutert, Ulla Lötzer, Dr. Gesine Löttsch, Ulrich Maurer, Dorothee Menzner, Kornelia Möller, Kersten Naumann, Wolfgang Neskovic, Dr. Norman Paech, Petra Pau, Bodo Ramelow, Paul Schäfer (Köln), Volker Schneider (Saarbrücken), Frank Spieth, Dr. Axel Troost, Alexander Ulrich und Sabine Zimmermann

Späte Schwangerschaftsabbrüche – Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Eine Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen, ist zu jedem Zeitpunkt eine Entscheidung der Frau. Aufgabe des Staates kann es nur sein, die Rahmenbedingungen dafür festzulegen.

In Deutschland ist der Abbruch einer Schwangerschaft bis zur zwölften Woche strafbar, aber nicht rechtswidrig, wenn die Frau zuvor die Teilnahme an einer so genannten Konfliktberatung nachweisen kann. Nach der zwölften Schwangerschaftswoche sind Abbrüche nur wegen einer kriminologischen oder medizinischen Indikation nicht rechtswidrig.

Eine medizinische Indikation liegt vor, wenn die Gefahr besteht, dass der körperliche oder seelische Gesundheitszustand der Schwangeren derzeit oder zukünftig gefährdet ist bzw. wenn der Fötus so stark beeinträchtigt ist, dass er nicht lebensfähig wäre.

Aufgrund einer medizinischen Indikation wurden 2007 in Deutschland 3 072 Schwangerschaften abgebrochen. In besonders seltenen Fällen (2007: 227) fanden die Abbrüche in einem späten Stadium der Schwangerschaft statt (nach der 23. Schwangerschaftswoche).

2. Die gesetzlichen Regelungen für Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer medizinischen Indikation müssen nicht novelliert und schon gar nicht verschärft werden. Richtigerweise weist der Berufsverband der Frauenärzte in seiner Stellungnahme vom Dezember 2008 darauf hin, dass „die bestehende

Konfliktberatung ausreichend und situationsgerecht in den Mutterschaftsrichtlinien und den Richtlinien zur Pränataldiagnostik geregelt ist.“ Im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist das Recht für jede Frau und jeden Mann festgeschrieben, sich in allen, eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen (§ 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes).

3. Frauen müssen auch in schwierigen Konfliktsituationen nicht vor sich selbst geschützt, sondern in ihren Entscheidungsprozessen unterstützt werden. Mit Fortschreiten der Schwangerschaft wird die physische und psychische Belastung für die Frauen immer größer. Allein das macht die Entscheidung für einen Abbruch immer schwieriger. Wenn daher bei einer vorgeburtlichen Untersuchung (Pränataldiagnostik) Auffälligkeiten beim Fötus festgestellt wurden, sind Schwangere, aber auch deren Partnerinnen und Partner in besonderem Maße auf ihr Recht angewiesen, in einer besonders sorgfältigen, vertrauensvollen, ergebnisoffenen und umfassenden Weise medizinisch und psychosozial beraten zu werden. Die dafür erforderlichen Angebote sind bedauerlicherweise jedoch derzeit weder kostenfrei zu erhalten noch flächendeckend erreichbar.
4. Die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frauen darf nicht erzwungen werden. Dies widerspricht zum einen den Prinzipien einer vertrauensvollen Beratung. Zum anderen kann eine Pflicht zur Beratung für die Frau in einer solch extremen Konfliktsituation selbst zu einer Gefährdung ihrer seelischen Gesundheit führen. Und zwar völlig unabhängig davon, ob sie zur Austragung der Schwangerschaft bewegt oder ihr ein Schwangerschaftsabbruch nahegelegt werden soll.

Daher gehen Überlegungen, eine faktische Pflichtberatung im Rahmen der medizinischen Indikation und eine sich anschließende Mindest-Bedenkfrist einzuführen in die falsche Richtung. Sie richten nur weitere Hürden in einer ohnehin bestehenden emotionalen Grenzsituation auf. Eine Dokumentationspflicht über die Beratung, die Reaktion der Frau und das Ergebnis des Gesprächs wäre für die Betroffene stigmatisierend und ist ebenso nicht dazu angetan, die dringend nötige vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen.

5. Eine indirekte Verschärfung der geltenden gesetzlichen Regelungen durch Einflussnahme auf die Beratungs- und Entscheidungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte lehnt der Bundestag ab. Schon nach bisheriger Gesetzeslage sind Medizinerinnen und Mediziner dazu verpflichtet, diejenigen Schwangeren ausführlich zu beraten, die möglicherweise ein gesundheitlich beeinträchtigtes Kind austragen.
6. Kinder mit Behinderungen und ihre Eltern brauchen – wie auch Erwachsene mit Behinderung – dringend bessere Lebensperspektiven, mehr gesellschaftliche Akzeptanz und Unterstützung. Ihre Lebenssituation ist vor allem erschwert durch schwierig zu erreichende oder fehlende Unterstützungsleistungen und ausgrenzende Praktiken. Einrichtungen, in denen Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam gefördert werden, sind immer noch die Ausnahme, obwohl von solchen Angeboten im Ergebnis alle Kinder profitieren. Kinder mit besonderem Förderbedarf benötigen entsprechende Angebote. Ihre besonderen Kompetenzen müssen erkannt, geschätzt und gestärkt werden.

Trotz Einführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) im Jahr 2001 sowie der Frühförderungsverordnung von 2003 gelingt es immer noch nicht, Frühförderung als trägerübergreifende Komplexleistung unbürokratisch anzubieten, zu der auch Stärkung der elterlichen Kompetenz (Elternberatung) gehört. Zur Finanzie-

zung dieser Angebote besteht beim Bund und bei den Ländern dringender Regelungsbedarf.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. untergesetzliche Regelungen und Instrumente zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts schwangerer Frauen, insbesondere ihres Rechtes auf Information zu schaffen, die folgenden Grundsätzen folgen:
 - a) Frauen bzw. Paare haben während jeder Schwangerschaft einen Rechtsanspruch auf eine umfassende, vertrauensvolle und ergebnisoffene medizinische und psychosoziale Beratung und Unterstützung. Auf diesen Rechtsanspruch ist bereits im Mutterpass deutlich hinzuweisen. Deshalb ist dieser von einem Dokument vor allem für Ärztinnen und Ärzte zu einem Informationsinstrument auch für die Schwangere und ihre Angehörigen weiterzuentwickeln.
 - b) Das Recht auf umfassende, vertrauensvolle und ergebnisoffene medizinische und psychosoziale Beratung und Unterstützung betrifft in besonderem Maße mögliche vorgeburtliche Untersuchungen.
 - Die Schwangeren und gegebenenfalls ihre Partnerin bzw. ihr Partner müssen bereits vor diesen Untersuchungen darüber aufgeklärt werden, dass sie derartige Untersuchungen – sowohl generell als auch jeden Untersuchungsschritt im Einzelnen – in Anspruch nehmen oder ablehnen können (das Recht auf informierte Einwilligung sowie das Recht auf Nichtwissen).
 - Dazu sind die Schwangeren und gegebenenfalls ihre Partnerin bzw. ihr Partner vor jeder vorgeburtlichen Untersuchung umfassend über die Möglichkeiten, Grenzen und Risiken der jeweiligen Methode zur vorgeburtlichen Diagnostik aufzuklären sowie über die möglichen Konflikte, die sich aus dem Ergebnis ergeben könnten. Den Frauen bzw. Paaren sollte auf eigenen Wunsch hin ermöglicht werden, nur therapierelevante Informationen über den Fötus zu erhalten.
 - c) Sollten aufgrund vorgeburtlicher Untersuchungen medizinische Auffälligkeiten am Fötus festgestellt werden, muss der Schwangeren und gegebenenfalls ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner unmittelbar nach der Diagnosestellung sowie jederzeit später auf Verlangen ein umfassendes Beratungsangebot gemacht werden. Dies betrifft insbesondere Informationen über:
 - die „Treffsicherheit“ der Untersuchung und die Wahrscheinlichkeit falscher Diagnosen;
 - Optionen zur vorgeburtlichen Therapie und ihre Erfolgsaussichten bzw. Risiken;
 - nachgeburtliche Therapiemöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten;
 - das Leben mit einem behinderten Kind, Zugang zu Selbsthilfegruppen, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten;
 - Methoden und Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs, d. h. die eingeleitete künstliche Geburt und evtl. erforderliche Maßnahmen zur Tötung des Embryos im Mutterleib (Fetozid);
 - Möglichkeiten der Schwangeren, eine Entscheidung über Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft zu einem späteren Zeitpunkt zu treffen.
 - d) Entscheidet sich die Schwangere zu einem späten Schwangerschaftsabbruch, hat sie einen Rechtsanspruch auf umfassende medizinische und

psychosoziale Beratung sowohl vor als auch nach dem Abbruch. Sie hat insbesondere

- das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt (beispielsweise die Entscheidung für oder gegen eine Narkose und Schmerzmittel);
 - das Recht, das totgeborene Kind nach der Geburt nicht zu sehen;
 - das Recht, das totgeborene Kind sofort nach der Geburt zu sehen, zu waschen, anzuziehen, zu fotografieren und solange im Arm halten zu dürfen, wie sie es möchte;
 - das Recht, das totgeborene Kind noch Tage nach der Geburt zu sehen;
 - das Recht, die in der Krankenakte enthaltenen Fotos und Fußabdrücke des totgeborenen Kindes sofort oder noch Jahre später einzusehen und zu erhalten;
 - das Recht, totgeborene Kinder zu bestatten;
 - das Recht, im Trauerprozess durch eine Hebamme begleitet zu werden;
2. in Zusammenarbeit mit den Ländern, einen qualitativen und quantitativen Ausbau der medizinischen und psychosozialen Beratungsangebote sicherzustellen,
- a) die kostenfrei und erreichbar (z. B. in angemessener Entfernung) sein müssen;
 - b) Beratung und Information aus einer Hand anzubieten. Dazu sind Kooperationen und flexible Beratungsangebote zwischen Beratungsträgern und pränataldiagnostischen Zentren zu entwickeln;
3. darauf hinzuwirken, dass die Bundesärztekammer gemeinsam mit den Ärztekammern der Länder
- a) im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für diagnostizierende Ärztinnen und Ärzte die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik sichern;
 - b) im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die Qualitätssicherung der Beratung, insbesondere nach erfolgtem Abbruch zu verbessern. In den Krankenhäusern gilt es, auch das Personal im Umgang mit den Schwangeren, die sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entschlossen haben, und gegebenenfalls deren Partnerinnen und Partnern besser zu schulen. Vorhandenes Informations- und Beratungsmaterial muss die Betroffenen erreichen und kostenlos zur Verfügung stehen;
 - c) Beratungsangebote, Informationsmaterialien und Fortbildungen für Hebammen und Klinikpersonal insbesondere zum Zusammenfallen von Geburt und Tod – in ausreichender Qualität und Quantität zu Verfügung stellen;
4. in Zusammenarbeit mit den Ländern, die Rahmenbedingungen für Kinder mit Behinderungen und ihre Eltern zu verbessern. Dazu gehört unter anderem sicherzustellen, dass
- a) die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wirkungsvoll und vollumfänglich umgesetzt wird;
 - b) bundesweit Kinder mit und ohne Behinderungen in dieselben Kindertagesstätten und Schulen gehen können;
 - c) die Finanzierung der Frühförderung von Kindern mit bestehender oder drohender Behinderung einschließlich der Beratung ihrer Eltern eindeutig

geklärt und eine klare gesetzliche Definition des Begriffs Komplexleistung festgeschrieben wird.

Berlin, den 16. Dezember 2008

Dr. Kirsten Tackmann
Diana Golze
Elke Reinke
Dr. Petra Sitte
Jörn Wunderlich
Hüseyin-Kenan Aydin
Dr. Dietmar Bartsch
Karin Binder
Dr. Lothar Bisky
Heidrun Bluhm
Eva Bulling-Schröter
Dr. Martina Bunge
Roland Claus
Sevim Dağdelen
Dr. Diether Dehm
Werner Dreibus
Dr. Dagmar Enkelmann

Klaus Ernst
Wolfgang Gehrcke
Dr. Gregor Gysi
Heike Hänsel
Lutz Heilmann
Hans-Kurt Hill
Cornelia Hirsch
Inge Höger
Dr. Barbara Höll
Ulla Jelpke
Dr. Lukrezia Jochimsen
Katja Kipping
Monika Knoche
Jan Korte
Katrin Kunert
Oskar Lafontaine
Michael Leutert

Ulla Lötzer
Dr. Gesine Löttsch
Ulrich Maurer
Dorothee Menzner
Kornelia Möller
Kersten Naumann
Wolfgang Neskovic
Dr. Norman Paech
Petra Pau
Bodo Ramelow
Paul Schäfer (Köln)
Volker Schneider (Saarbrücken)
Frank Spieth
Dr. Axel Troost
Alexander Ulrich
Sabine Zimmermann

Begründung

Seit Jahrzehnten kämpfen Frauen für ihr Recht auf sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche. Bereits Erreichtes wird in Europa wie weltweit zunehmend wieder angegriffen. Vor diesem Hintergrund sind weitere Verschärfungen des bereits seit 1995 repressiven Abtreibungsrechtes in Deutschland entschieden zurückzuweisen.

In seinen bisherigen Entscheidungen zur Reform der §§ 218, 219 des Strafgesetzbuches (StGB) hat das Bundesverfassungsgericht durch eine gedankliche Aufspaltung der Einheit von schwangerer Frau und Leibesfrucht zwei getrennt von einander existierende Rechtssubjekte konstruiert.

Auf Grundlage dieser Konstruktion hat das Bundesverfassungsgericht eine Kollision zwischen den verfassungsrechtlich geschützten Grundrechten der Frau einerseits und dem Lebensrecht der Leibesfrucht andererseits behauptet, die nicht zu einem verhältnismäßigen Ausgleich gebracht werden könne.

In der daraus abgeleiteten Güterabwägung ist das Bundesverfassungsgericht zu dem Schluss gekommen, dass das postulierte Lebensrecht der Leibesfrucht gegenüber den Grundrechten der Frau überwiegt, weshalb der Staat eine Schutzfunktion für die Leibesfrucht auch gegenüber der schwangeren Frau habe.

Damit wurden für Frauen die Grundrechte auf Unantastbarkeit ihrer Würde, auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit und auf Gewissensfreiheit während der Schwangerschaft eingeschränkt, ohne dass es hinreichende Hinweise darauf gibt, dass diese Rechte systematisch missbräuchlich in Anspruch genommen werden.

