

INSTITUT FÜR SANKTIONENRECHT
UND KRIMINOLOGIE

der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Direktorin: Prof. Dr. Monika Frommel

[mfrommel@email-kiel.de](mailto:mfrommel@email.uni-kiel.de)

Kiel, den 10. Februar 2009

Gutachten
zu den geplanten Änderungen der Anforderungen an eine
medizinische Indikation
und einen Rechtsanspruch auf Beratung nach
Pränataldiagnostik (PND)
vorgelegt unter dem irreführenden Titel
„Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder“

Schon in der vergangenen Legislaturperiode sah der [Entwurf der CDU/CSU, BT-Dr. 15/1566 vom 29.09.2003](#) eine Veränderung der Regelungen zur medizinischen Indikation nach einer pränataldiagnostischen Untersuchung (PND) vor. Diese Vorschläge sind eingegangen in den Entwurf von

- *Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer, Hubert Hüppe u. a.*
[BT-Dr. 16/11106 vom 26.11.2008](#)
„Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder“.

- Die medizinische Indikation in ihrer bisherigen Gestalt beibehalten möchten demgegenüber 142 Abgeordnete der SPD, Grünen und ein Abgeordneter der FDP *Christine Humme, Irmingard Schewe-Gerigk u.a.* In Übereinstimmung mit allen im Bundestag vertretenen Parteien verfolgen sie mit ihrem [Antrag BT-Dr. 16/11342](#) das Ziel
„Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft – Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen“.

Hierzu genüge es aber die Mutterschaftsrichtlinien und den Mutterschaftspass zu überarbeiten, um den Rechtsanspruch auf eine verbesserte medizinische und psychosoziale Beratung zu sichern.

- 37 Abgeordnete der FDP-Fraktion schließen sich mit ihrem [Gesetzesentwurf 16/11330](#) im Ergebnis dem Vorschlag von *Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer u.a.* an und sind lediglich in der Begründung zurückhaltender, desgleichen
- 46 Abgeordnete der SPD und Bündnis 90/Die Grünen mit dem [Gesetzesentwurf 16/11347](#) von *Kerstin Griese, Katrin Göring-Eckhardt, Andrea Nahles u.a.*
- Demgegenüber widerspricht die Linksfraktion mit dem [Antrag 16/11377](#) der Änderung der Regelungen der medizinischen Indikation und beschränkt sich im Ergebnis dem Entwurf *Humme u.a.* vergleichbar auf die Sicherung des Rechtsanspruchs auf Beratung im Mutterpass.

I. Schon die Überschrift „Vermeidung von Spätabtreibungen“ in BT-Dr. 16/11106 ist irreführend. Der Sache nach werden die bislang geltenden Anforderungen an die ärztlichen Feststellungen einer medizinischen Indikation über den Umweg des SchwKonfLG verschärft, was verdeckt den Abtreibungskompromiss des Jahres 1995¹ zurück schraubt:

1995 wurde die seit 1976 geltende embryopathische Indikation abgeschafft, um die Annahme zu widerlegen, dass eine festgestellte Behinderung eines Foetus für sich allein gesehen schon einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt. Seitdem gilt auch für diese Fälle die weit gefasste medizinisch soziale Indikation, welche die Zumutbarkeitsgrenze für betroffene Frauen einer ärztlichen Drittfeststellung unterwirft. Der oder die feststellende Ärztin haben dabei auch antizipierend Belastungen für das künftige Leben der Schwangeren zu bedenken.

Die geplanten Änderungen wollen zwar den vor 1995 geltenden Rechtszustand nicht wieder herstellen. Geändert wird also nicht § 218a II StGB. Aber im Schwangerenkonfliktgesetz werden Regelungen vorgeschlagen, welche im Ergebnis die weit gefasste medizinische Indikation zerstören:

- neu thematisiert wird eine enge medizinische Indikation nach dem Modell der akuten Lebensgefahr,
- neu geregelt werden Sonderregelungen bei Indikationen nach einer PND.

Völlig unklar ist demnach, ob diese Sonderregelungen nicht auf alle medizinisch-sozialen Indikationen durchschlagen werden, was zur Folge hätte, dass künftig Ärzte nur noch bereit sind eine medizinische Indikation nach dem Modell der akuten Lebensgefahr zu stellen, da die Sonderregelungen zu Lasten der Ärzte, welche medizinische Indikationen feststellen, hochproblematisch sind.

§ 2a Abs. 2 der neuen Regelung im SchwKonfLG ist abgekoppelt von den Regelungen in § 2a Abs. 1 SchKonfG, die lediglich den Beratungsanspruch der schwangeren Frau betreffen. Schon sprachlich ist der *Singhammer-Entwurf* so gefasst, dass Streit vorprogrammiert ist (hierzu später). Ärzte werden befürchten, dass sie nun bei allen medizinisch-sozialen Indikationen ihre Dokumentation herausgeben müssen. Liberale Auslegungen werden bestätigen, dass dies nicht der Fall ist. Aber wird das die Ärzteschaft interessieren?

Die Änderungen betreffen also nur vordergründig ausschließlich das SchKonfLG und regeln mitnichten nur den Rechtsanspruch von betroffenen Menschen auf eine umfassende Beratung nach einem positiven Befund einer PND, sondern schießen weit über dieses Ziel hinaus. Rechtsnormen stehen nun einmal nicht isoliert, sondern sind eingeflochten in ein Netz von Bestimmungen, aus denen sie Impulse empfangen und in dem sie auch Konsequenzen auslösen. Wer das SchwKonfLG so ändert, dass alle oder zumindest ein Teil der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche einer weitgehenden bürokratischen Kontrolle unterworfen werden, an deren Ende ein Bußgeldverfahren stehen kann, geht bereits den ersten Schritt in Richtung einer möglichen Kriminalisierung von Ärzten, welche Feststellungen zur medizinischen Indikation treffen.

Schon zurzeit ist die Bereitschaft der Ärzteschaft gering eine medizinische Indikation festzustellen. Eine Änderung der Anforderungen an solche Feststellungen über den Umweg des

¹ Vgl. hierzu vertiefend Frommel, Monika: [Lebensschutz, Autonomie und die Grenzen des Rechts, NK 1-2007, 16-22.](#)

Die Annahme, dass dieser Kompromiss die Debatte beendet hat, die in diesem Artikel noch vertreten wird, ist aber offenbar doch etwas zu optimistisch gewesen.

Schwangerenkonfliktgesetzes wird von den Ärzten, die zurzeit noch bereit sind solche Indikationen zu stellen, wahrgenommen und diese Wahrnehmung wird das ohnehin knappe Angebot noch weiter verknappen.

Im übrigen verfehlt der Entwurf auch rechtstechnisch das genannte Ziel der Verhinderung von **Spätabtreibungen** und **Fetoziden**. Spätabtreibungen sind sehr selten und können letztlich nicht verhindert werden. Fetozide nach Mehrlingsschwangerschaften können nur bedingt vermieden werden. Sie werden häufig durch eine unsachgemäße reproduktionsmedizinische Behandlung herbeigeführt (Ärzte setzen zu viele Embryonen zurück, weil sie die unangemessenen und vom ESchG nicht gedeckten Richtlinien der BÄK zu § 1 I Nr. 3 und Nr. 5 ESchG befolgen²). Umso bemerkenswerter ist es, dass der Entwurf sich ausgerechnet auf unbelegte Vermutungen der BÄK beruft, welche unterstellt, dass Ärzte Fetozide nicht zutreffend dokumentieren würden.

Bleibt eine verbesserte Beratung von betroffenen Frauen. Diese lässt sich aber nicht durch mehr Druck auf Ärzte, welche bereit sind eine Indikation festzustellen, erreichen, sondern nur durch den von *Humme* u.a. gewiesenen Weg einer Verbesserung des Zugangs zu Aufklärung und Beratung..

Im folgenden wird die These belegt, dass dieser Entwurf Auswirkungen auf § 218a II StGB, die Regelung der weit gefassten medizinisch-sozialen Indikation, haben wird:

Nach dem neu einzufügenden § 2a Abs. 1 SchKonflG soll zwar nur die Beratung nach einer PND verbessert werden, aber die Absätze 2-4 sind abgekoppelt von Abs. 1. In Abs. 3 dieser Bestimmung wird dem Arzt/der Ärztin, welche eine Indikation feststellt, nicht nur eine umfassende Dokumentationspflicht auferlegt, was für Ärzte ohnehin selbstverständlich ist, sondern darüber hinaus auch die Pflicht zur Herausgabe dieser Dokumentationen an eine vom jeweiligen Bundesland zu bestimmende Behörde. Diese Pflicht ist bußgeldbewehrt.

Zwei Auslegungen sind nun möglich und dürften einen inneren Dissens der UnterzeichnerInnen dieses Entwurfs abbilden³:

1. Moderate Auslegung:

Die Pflicht zur Herausgabe der Dokumentation nach Abs. 3 schließt an Abs. 1 (positiver Befund nach PND) an und betrifft nur Indikationsfeststellungen und Beratungen nach einer PND.

Dann sollte die Gesetzgebung aber auch sprachlich klar zum Ausdruck bringen, dass die Dokumentation sich nur auf Beratungen nach Abs. 1 bezieht (Zurzeit steht aber in Abs. 3: „...Beratung nach Absatz 1 oder Absatz 2..“)

Offenbleibt daher, wie ein angerufenes Gericht entscheidet, wenn ein Arzt gegen einen Bußgeldbescheid klagt, der ergangen ist, weil er die Dokumentation nicht an die Behörde herausgegeben hat (ärztliche Schweigepflicht § 203 StGB). Keiner kann dies antizipieren. Möglich ist nämlich auch eine andere Lesart.

2. Extreme Auslegung:

sie bezieht die Herausgabepflicht nach Abs. 3 auch auf Abs. 2 (Beratungspflicht des die Indikation feststellenden Arztes). Möglich ist diese Auslegung, weil Abs. 2 mit den Worten beginnt: Sind die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB gegeben...

Legt man also Abs. 3 (Dokumentationspflicht und Pflicht zur Herausgabe der Unterlagen an die zuständige Behörde) so aus, dann erstreckt der neu gefasste § 2a SchKonflG die

² Frommel, Monika, Auslegungsspielräume des Embryonenschutzgesetzes, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 2004 Nr. 2, S. 104-111

³ So wundert Außenstehende ohnehin, dass etwa Renate Schmidt diesen Entwurf unterzeichnet hat. Sie hat offenbar keine juristische Beratung hinzugezogen.

Herausgabepflicht auf alle Feststellungen einer medizinischen Indikation und verkürzt damit indirekt den Anwendungsbereich der 1995 normierten weiten medizinisch-sozialen Indikation. Für fast alle medizinischen Indikationen würden nach dieser Lesart eine Beratungspflicht, eine dreitägige Bedenkzeit und eine Herausgabepflicht des dokumentierenden Arztes gelten.

Zwar liegt es nahe, dass die Dokumentation und damit auch die Herausgabepflicht sinnvollerweise nur auf die speziellen Fälle einer Entscheidung nach positivem Befund nach PND beziehen kann. Somit spricht systematisch alles für die unter 1. genannte moderate Auslegung und nichts für die extreme Auslegung.

Aber letztere ist immerhin „vom Wortlaut gedeckt“. Nimmt man außerdem die Begründungen zu diesem Entwurf ernst, wonach es Missstände gebe, die zu kontrollieren sind, dann kann diese Kontrolle mit den vorgeschlagenen Regelungen nur erreichen, wenn man sie extensiv auslegt. Bei moralisch umstrittenen Themen sollte man lieber keine Auslegungsprobleme durch ungeschickt oder hinterhältig formulierte Gesetze provozieren.

Anlass für Befürchtungen gibt im übrigen auch die sehr weitgehende Begründung von *Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer, Hubert Hüppe u. a.* zu ihrem Vorhaben:

- Es erstaunt schon die Gliederung der Begründung auf S. 8 rechte Spalte:
- Verbessert werden soll danach zwar nur das Beratungsangebot „in besonderen Fällen“ (PND).
- Im nächsten Absatz aber erfolgt bereits der pauschale Hinweis darauf, dass § 2a (neu) SchwKonfG eine deutliche Trennlinie ziehen wolle zwischen der Beratungslösung nach § 2 SchwKonfG (Prinzip: Entscheidungsfreiheit der Frau) und der bei der Indikationslösung verfolgten Pflicht der Frau sich einer Drittbewertung zu unterwerfen. Dies gilt aber für alle indizierten Schwangerschaftsabbrüche.

Die Verfasser dieses Entwurfs wollen offenbar alle Elemente der Drittbewertung erheblich verstärken und alle Ärzte in der Nutzung ihres Beurteilungsspielraums sehr viel stärker kontrollieren als es bisher der Fall war und sie wählen deshalb ein Bündel von Maßnahmen, um angebliche, nach meiner Sicht phantasierte strukturelle Missstände zu beseitigen.

Dieses Ziel einer umfassenden Kontrolle passt im übrigen auch zur Begründung zu § 16 Abs. 1 S 1 SchwKonfG, der Erweiterung der statistischen Erfassung:

danach soll das Statistische Bundesamt sehr viel mehr Information erhalten. Wozu könnte dies nützlich sein? Alle bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, dass es möglicherweise Einzelfälle gibt, bei denen die Beratung einer Schwangeren unzureichend war. Aber das gesetzgeberische Motiv einer insgesamt besseren Kontrolle über alle medizinisch indizierten Abtreibungen, Fetozyde nach Mehrlingsschwangerschaften und über alle späten Schwangerschaftsabbrüche, impliziert Misstrauen gegen Ärzte und Patientinnen. Hierfür gibt es außer Unterstellungen keine Belege, wie später noch im einzelnen gezeigt werden soll.

Hierzu passt es, dass – unter Verweis auf äußerst vage Angaben der BÄK aus dem Jahr 1998 – auf S. 10 der Begründung behauptet wird, dass die statistische Erfassung aller medizinisch indizierten Abtreibungen unzureichend sei. Vermutet wird ohne jede dies stützende Studie, dass Fetozyde (nach Mehrlingsschwangerschaften) und Spätabtreibungen möglicherweise unterdokumentiert seien, da Ärzte diese nicht als Schwangerschaftsabbrüche melden könnten, weil einerseits die Schwangerschaft nicht vollständig beendet worden sei, andererseits er Abbruch als Totgeburt gemeldet werde. Und aus der Tatsache, dass die Zahl der PND aus der Statistik zu den

Schwangerschaftsabbrüchen nicht hervorging und seit 1996 keine embryopathisch motivierte Abtreibungen mehr gezählt würden, wird gemutmaßt, dass hier Mißstände verborgen sein könnten. Unverhohlen wird also gegen die betroffenen Frauen der Vorwurf erhoben, sie würden egoistisch ihre Interessen über die der möglicherweise behinderten Kinder stellen. Gegen Ärzte wird gemutmaßt, sie könnten unter Verletzung ihrer ärztlichen Berufspflichten diesem Egoismus Vorschub leisten. Politisch pragmatisch wird daraus der Schluss gezogen, das Netz bürokratischer Kontrollen enger zu schnüren und Ärzten das Stellen einer medizinischen Indikation so schwer wie nur irgend möglich zu machen.

Unter Druck gerät künftig also, wird dieser Entwurf Gesetz, nicht die Frau, welche einen medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch begehrt, auch nicht der Arzt oder die den Eingriff vornimmt, sondern **der Arzt/Ärztin, welcher/welche die Feststellungen trifft**. Dies ist in der langen Geschichte des Kampfes um eine liberale Praxis des Schwangerschaftsabbruchs ein Novum.

Daher nötigt dieser Entwurf zu einem historischen Rückblick:

In den 1980er Jahren begannen die sog. *Memminger Prozesse*. Sie richteten sich gegen einen Arzt, der Abbrüche vorgenommen hatte (ohne dass die nötigen Feststellungen und die Beratung gegeben war) und gegen seine Patientinnen. Dieses Verfahren soll sich nicht wiederholen, soweit besteht Einigkeit. Aber dieser Lernprozess schließt nicht aus, dass es – unter anderen Vorzeichen – wieder zu einer Neuauflage von strafrechtlichen Verfolgungsmaßnahmen kommen könnte. Ich versuche einmal diese Szenarien zu skizzieren. Neu sind die moralische Debatte und die moralisierende Sprache, welche „selektive“ Abtreibungen und „genetische Diskriminierungen“ anprangert. Neu sind auch die neuen schwarz-grünen Mehrheiten, die sich um derartige Metaphern ranken.

Die „Moral“ ändert sich, aber die Struktur der Verrechtlichung von Moralkampagnen bleibt gleich und kann sich jederzeit wiederholen, eben mit anderen „Sündenböcken“:

Den spektakulären Memminger Verfahren der 1980er Jahre waren zahlreiche juristische Versuche vorausgegangen, die das Ziel verfolgten Schwangerschaftsabbrüche, die mit einer Notlagenindikation begründet worden waren, ganz allgemein bürokratisch und über Umwege zu erschweren. Zur Vorgeschichte dieser Verfahren gehörten auch Kampagnen, welche davon lebten zu vermuten, dass „Abtreibungsärzte“ die bis 1995 bedeutsame „Notlagenindikation“ gezielt überdehnten und betroffene Frauen ihre egoistischen Ziele auf Kosten des ungeborenen Lebens verfolgten. Außerdem wurden rein rechtstechnisch gesehen sehr geschickte föderale Elemente des Abtreibungskompromisses 1976 ausgenutzt. In einigen südlichen Bundesländern waren nämlich – auf der Basis des Kompromisses im 5.StRG ambulante Schwangerschaftsabbrüche nur in Kliniken zulässig. Im Norden gab es ambulante Einrichtungen. Für Kenner der Materie war es somit klar, dass eine Skandalisierung nur im Süden Deutschlands beginnen würde. Im Jahre 2009 ist Kennern klar, dass eine Skandalisierung der „selektiven“ Abtreibung in jedem Bundesland beginnen könnte, in dem fundamentalistische konservative Positionen auf eine fundamentalistische Frauenbewegung nach dem Muster von **reprokult** (www.reprokult.de) trifft. Sollte also der Entwurf von *Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer, Hubert Hüppe u. a.* BT Dr. 16/11106 vom 26.11.2008 „Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder“ Gesetz werden, sollten also die Abgeordnete des Entwurf von *Griese u.a.* meinen, dass dieser Entwurf auch ihre Vorbehalte gegen „selektive“ Abtreibungen aufgreift, dann wird folgendes möglich und in meinen Augen sogar wahrscheinlich:

Es kommt zu einem Ordnungswidrigkeiten-Verfahren gegen einen oder einige Ärzte, weil diese angeblich ihre Pflicht verletzt hätten ihre Dokumentationen der zuständigen (vom Land zu bestimmenden) Behörde über alle medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche auszuhändigen. Die Ärzte berufen sich auf § 203 StGB und ihre Schweigepflicht. Wird aber von dieser Behörde dennoch ein solcher Verstoß gegen die Pflicht solche Dokumente auszuhändigen bejaht, und dies ist vorhersehbar, dann wird wieder ziemlich vorhersehbar ein Ermittlungsverfahren wegen § 219b I S2 StGB eingeleitet werden; denn welchen Sinn macht die Kontrolle von Ärzten, wenn man nicht meint, sie würden ihren Beurteilungsspielraum überdehnen. Nach § 219b I S 2 StGB könnte sich der Arzt strafbar machen, der aus der Sicht der kontrollierenden Behörde „unrichtige“ Feststellungen trifft, also eine medizinische Indikation bescheinigt, obgleich aus der Perspektive einer Strafverfolgungsbehörde die Fortsetzung der Schwangerschaft „zumutbar“ gewesen wäre. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat der oder die feststellende Ärztin zwar einen gerichtlich nur begrenzt überprüfbaren Beurteilungsspielraum, aber im Ermittlungsverfahren nützt ihm diese revisionsgerichtliche Bescheidenheit nur wenig. Er ist Beschuldigter und muss sich in einer neu aufgeladenen moralischen Debattenkultur wegen Vorwürfe der genetischen Diskriminierung verteidigen. Für Ärzte eine Horrorvision.

Zugegeben: in der an Skandalen reichen Geschichte der Reformen der §§ 218 StGB gab es noch nie ein spektakuläres Strafverfahren gegen Ärzte, welche angeblich unrichtige Feststellungen getroffen hätten. Aber es wurde früher auch nicht so moralisierend über diese Themen geredet. Wer skandalisiert und erregt über „selektive“ Abtreibungen und/oder Fetozyde spricht und danach Gesetzesentwürfe unterzeichnet, die mehr Kontrolle bewirken sollen, will auch einen Skandalfall. Sonst macht die mediale Aufregung keinen Sinn.

These:

Wenn Themen moralisch kontrovers diskutiert werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt oder eine Ärztin sich künftig moralisch und dann eben auch ggf. strafrechtlich dafür verantworten muss einer Frau bescheinigt zu haben, dass ihr das Austragen einer Schwangerschaft mit einem behinderten Kind nicht zumutbar sei. Dies führt uns zur nächsten Frage, den neuen Bündnissen, die schon personell die hier vorgelegten Gesetzesentwürfe tragen.

Liberal in einem emphatischen Sinne ist nur der *Humme*- Entwurf und die Initiative der Linksfraktion. Die FDP ist verschwommen und unklar und zahlreiche GRÜNE und SPD-PolitikerInnen sind erkennbar Bündnisse mit Konservativen eingegangen. Was steckt hinter dieser neuen Formation?

II. Neue Bündnisse

„Eine Frau hat keine Rechtspflicht zum Austragen der Schwangerschaft, sie hat aber auch kein Recht auf ein gesundes Kind“.

Dieser Satz verbindet. Die vorgelegten Entwürfe dokumentieren neue Konstellationen. Der Grund hierfür ist eine bemerkenswerte Veränderung der von der neueren **Frauenbewegung** bevorzugten Werte. Erst dies erklärt die ansonsten ungewöhnlichen **schwarz-grün-roten Bündnisse**. Man vergleiche nur einmal die Entwürfe von *Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer, Hubert Hüppe u. a.* auf der einen und den von *Kerstin Griese, Katrin Göring-Eckhardt, Andrea Nahles u.a.* auf der anderen Seite. Während des gesamten 20. Jahrhunderts konnten sich ungewollt Schwangere oder Schwangere, die sich das Leben mit einem schwer geschädigten Kind nicht vorstellen konnten, sicher sein, dass Liberale und Frauenrechtlerinnen sich für eine humane Praxis

einsetzen werden. Seit dem Abtreibungskompromiss 1995, der zunehmenden Bedeutung der Reproduktionsmedizin und den neuen moralisierenden Debatten um PID (Präimplantationsdiagnostik) und PND hat sich die politische Landschaft verändert. Konservative und ein Teil der Frauenpolitikerinnen stehen nun gegen Liberale bei der Bewertung des Rechts einer Frau zu verlangen, dass sie einen medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch nach PND durchführen kann, weil sie sich der Belastung nicht gewachsen sieht. Behindertenverbände leugnen die Belastung. Feministinnen setzen sich zwar für einen liberalen Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ein, bekämpfen aber die genetische Diskriminierung, welche in einem angeblich selektiven Schwangerschaftsabbruch liege. Die Debatte wird weltanschaulich geführt und kann strukturell verglichen werden mit den Abtreibungsdebatten der Vergangenheit, nur dass sich das Objekt der Empörung verändert hat: es sind nun Frauen und Ärzte, welche bestimmte genetisch bedingte Erkrankungen ausschließen wollen. Belegt wird diese Veränderung der Debattenkultur besonders deutlich durch die Empfehlungen von *Reprokult*, einem breiten Zusammenschluss von nicht betroffenen Frauenpolitikerinnen, welche u.a. auch selektive Schwangerschaftsabbrüche verhindern wollen (www.reprokult.de). Angeblich im Interesse der betroffenen Frauen, welchen sie aber maternalistisch bescheinigen, dass sie sich von Ärzten missbrauchen lassen. Da sie das nicht empirisch belegen können, sollen nun Ärzte dazu gezwungen werden, ihre Schweigepflicht zu brechen und über Einzelheiten ihrer Beratung berichten.

Damit wird mehr als deutlich, dass Konservative diese unter anderen ideologischen Vorzeichen geführte, aber extrem illiberale Debatte in ihrem Sinne benutzen können und benutzen werden, um schrittweise den 1995 geschlossenen Kompromiss in ihrem Sinne aufzukündigen und nicht nur selektive Schwangerschaftsabbrüche zu erschweren, sondern alle medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche. Das haben dann die Frauen um *reprokult* zwar nicht gewollt, sie wollen ja nur die embryopathisch bedingten Abbrüche verbieten nach dem Motto: **„Eine Frau hat keine Rechtspflicht zum Austragen der Schwangerschaft, sie hat aber auch kein Recht auf ein gesundes Kind“.**

Wer Weltanschauung predigt, bekommt Weltanschauung. Die Remoralisierung einer Debatte lässt sich dann nicht mehr nach erwünschten und unerwünschten Weltanschauungen steuern.

II. Hilfen nach einem positiven Befund einer PND werden zwar angeboten, ein Rechtsanspruch ist zu begrüßen, aber hierfür bedarf es keiner Änderung des Schwangerenkonfliktgesetzes:

Alle Parteien wünschen einen besseren Zugang zur verbesserten medizinischen und psychosozialen Beratung nach einer PND. Er soll als Rechtsanspruch ausgestaltet werden, was bedeutet, dass der oder die Ärztin, welche die PND durchführt, verpflichtet ist ein entsprechendes Angebot zu machen.

Will man lediglich dieses mittlerweile vorhandene Beratungsangebot verbessern, wird man dem Gesetzesentwurf Humme u.a. BT Dr. 16/11342 folgen, da dieser Vorschlag und der der Linkspartei das Schwergewicht auf die Verbesserung der Beratung legt.

Der Entwurf von *Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer, u. a.* BT Dr. 16/11106 vom 26.11.2008 hingegen misstraut hingegen Ärzten, welche eine medizinisch-soziale Indikation stellen und den Frauen, die sie verlangen. Die Folge der von ihnen vorgeschlagenen Regulierung ist die Verknappung des Angebots an Ärzten, welche Feststellungen treffen. Dann würde dieser

Entwurf, wäre er Gesetz, betroffene Frauen wieder ins Ausland zwingen und nicht einmal dem Lebensschutz dienen, wie vorgegeben wird. Ich fasse zusammen:

- Nach dem Entwurf „Singhammer u. a.“ und den Entwürfen, welche dem im Ergebnis mit etwas moderateren Begründungen zustimmen, soll der oder die Ärztin, welche die medizinische Indikation feststellt, nicht nur zu dieser Beratung bzw. zur Sicherstellung dieses Rechtsanspruchs auf Beratung verpflichtet werden, dies ist unproblematisch, sondern diese im einzelnen dokumentieren, auch dies ist unproblematisch. Er oder sie soll diese Dokumentation aber „auf Verlangen“ der „zuständigen Behörde“ vorlegen.
- Die Schwangere soll die Aushändigung der Aufklärungsmaterialien und die Durchführung der Beratung schriftlich bestätigen.
- Schließlich soll eine dreitägige Bedenkzeit zwischen Beratung und Indikationsfeststellung nach dem zu ändernden § 13 a SchwKonfIG vorgesehen und
- mit einem OWi-Tatbestand versehen werden.

Nimmt man diese Anforderungen zusammen, dann wird künftig in erster Linie nicht das Beratungsangebot zugunsten der betroffenen Frauen verbessert, sondern es wird zugleich die Indikationsfeststellung für den oder die Ärztin, welche dazu bereit ist, komplizierter und anfälliger für Fehler aus der Perspektive kontrollierender Behörde, welche es jederzeit ermöglichen den mühsam erkämpften § 218 – Kompromiss wieder in Frage zu stellen. Denn feststellende Ärzte haben nun folgendes zu bedenken:

1. Feststellende Ärzte haben zu bedenken, dass sie den in § 218 a II StGB vorgegebenen Rahmen einhalten.
Ihre Indikationsfeststellung ist nichts anderes als eine Gesamtwürdigung der Faktoren, welche im Einzelfall die Zumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft – Drittbewertung durch den Arzt/die Ärztin, berühren.
Theoretisch kann diese Drittbewertung durch ein Strafgericht dahingehend überprüft werden, ob der feststellende Arzt/Ärztin im Rahmen seiner/ihrer ärztlichen Erkenntnis (Beurteilungsspielraum) die Tatsachen angemessen festgestellt, die konfligierenden Rechtsgüter angemessen abgewogen und zu einer vertretbaren Entscheidung gelangt ist.
2. Sie müssen ihre Feststellungen dokumentieren,
3. dabei den Datenschutz der Schwangeren wahren und
4. das strafrechtliche Verbot nach § 203 StGB einhalten. Dies bedeutet, dass er/sie dafür Sorge tragen muss, dass Privatgeheimnisse der Schwangeren, in diesem Fall die Lebensumstände, welche einfließen in die Zumutbarkeitserwägungen, das gesamte Für und Wider und die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch, nicht nach außen getragen werden.
5. Werden sie ohne irgendeinen Anlass von einer vom Land festgelegten Behörde aufgefordert ihre Dokumentation vorzulegen, müssen sie erwägen, wie sie diese so gestalten, dass sie den Datenschutz der Schwangeren wahren. Dies wird dazu führen, dass Konflikte mit dieser Behörde und Bußgeldverfahren vorprogrammiert sind, es sei denn diese Behörde beschränkt sich darauf, lediglich den statistischen Zusammenhang zwischen PND und Bitte auf Feststellung der medizinischen Indikation abzufragen.

Würden diese Änderungen Gesetz und implementieren einzelne Bundesländer diese ärztlichen Pflichten extensiv, dann sind Konflikte vorprogrammiert, da die ärztlichen Pflichten der Wahrung

des Datenschutzes und das Verbot des § 203 StGB es verbieten eine erweiterte medizinische und psychosoziale Beratung nach einem PND so zu dokumentieren, dass der Datenschutz der betroffenen Frau gewahrt, § 203 StGB eingehalten und die neue Pflicht nach dem geänderten SchwKonfIG eingehalten wird. Angesichts der geringen Zahl solcher Abbrüche sind nämlich Rückschlüsse auf die Patientin immer möglich.

Dies bedeutet. Entweder sind diese Dokumentationen trivial und bekunden nicht mehr als einen ohnehin häufig gegebenen statistischen Zusammenhang zwischen PND und einem medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch oder sie greifen in das Persönlichkeitsrecht der Betroffenen ein. Im übrigen ist eine Koinzidenz von PND und medizinischer Indikation belanglos und sagt nichts darüber aus, wie andere Frauen reagiert haben, die ebenfalls einen positiven Befund nach einer PND erhalten hatten, sich aber anders entschieden. Eine medizinische Indikation folgert nicht kausal aus dem genetischen Befund auf eine künftige Belastung der Schwangeren und darf dies auch nicht. Unstrittig ist, dass der oder die Ärztin die Beratung dokumentieren muss. Strittig ist nur, ob eine Herausgabe ohne Anlass nicht verfassungswidrig wäre. Aber es ist zu hoffen, dass dem BVerfG diese Klärung erspart bleibt.

Nicht die Behinderung, sondern die Gesamtwürdigung der Situation der betroffenen Frau ist entscheidend. Aber diese zu dokumentieren und Außenstehenden zur Verfügung zu stellen verbietet die ärztliche Schweigepflicht.

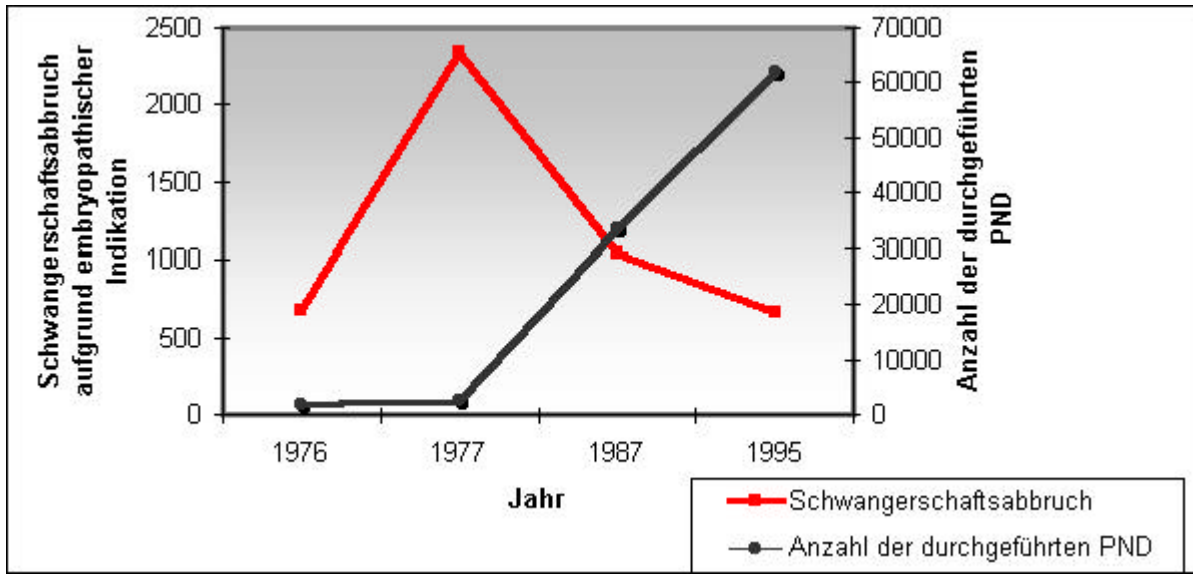
III. Bedenkzeit zwischen Beratung und Feststellung der Indikation

Volker Kauder, Renate Schmidt, Johannes Singhammer, Hubert Hüppe u. a. BT Dr. 16/11106 vom 26.11.2008 “Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder“ sehen zwischen der Bekanntgabe der Ergebnisse der PND, der erweiterten Beratung der Schwangeren nach dem neu einzufügenden § 2a SchwKonfIG und den schriftlichen Feststellung einer medizinischen Indikation nach § 218 a II StGB eine dreitägige Bedenkzeit der Schwangeren vor und wollen die Einhaltung mit einem Bußgeld ahnden (§§ 13, 13 a SchwKonfIG).

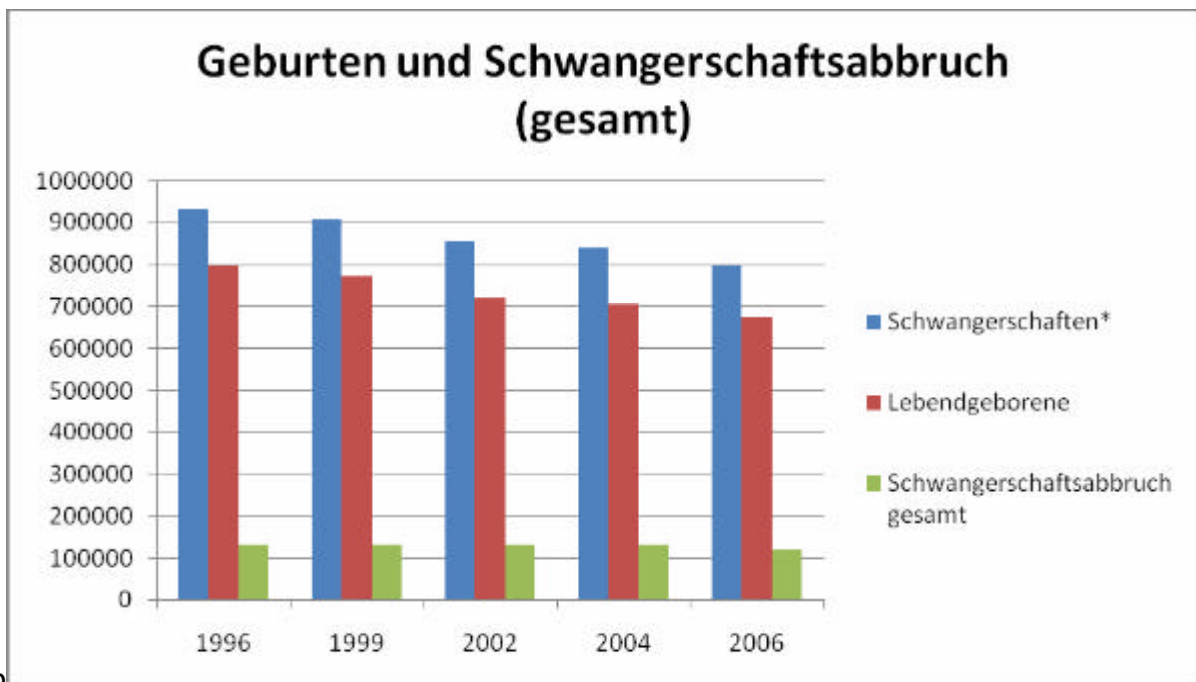
Gibt es Anzeichen dafür, dass strukturell Schwangerschaftsabbrüche nach PND übereilt erfolgen?

Die 1995 erfolgte Abschaffung der seit 1976 vorgesehenen eugenischen oder embryopathischen Indikation hatte gute Gründe. Man wollte gesetzlich klarstellen, dass ein pränataldiagnostischer Befund (PND), der die Gefahr einer kindlichen Schädigung nahe legt oder diese belegt, für sich allein gesehen keine Indikation rechtfertigen könne, da dies eine genetische Diskriminierung darstellen würde. Ein Schwangerschaftsabbruch ist demnach seit 1996 nur dann rechtmäßig, wenn die Voraussetzungen der medizinischen Indikation gegeben sind, insb. wenn mit Blick auf die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Frau eine schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes konkret zu befürchten ist. Dabei ging die Gesetzgebung von der Annahme aus, dass die Zunahme von PND nicht zu mehr, sondern zu weniger medizinisch indizierten Abtreibungen führen wird, da die betroffenen Frauen Klarheit haben, sich beraten lassen können und nicht mehr übereilt unter Zeitdruck handeln müssen.

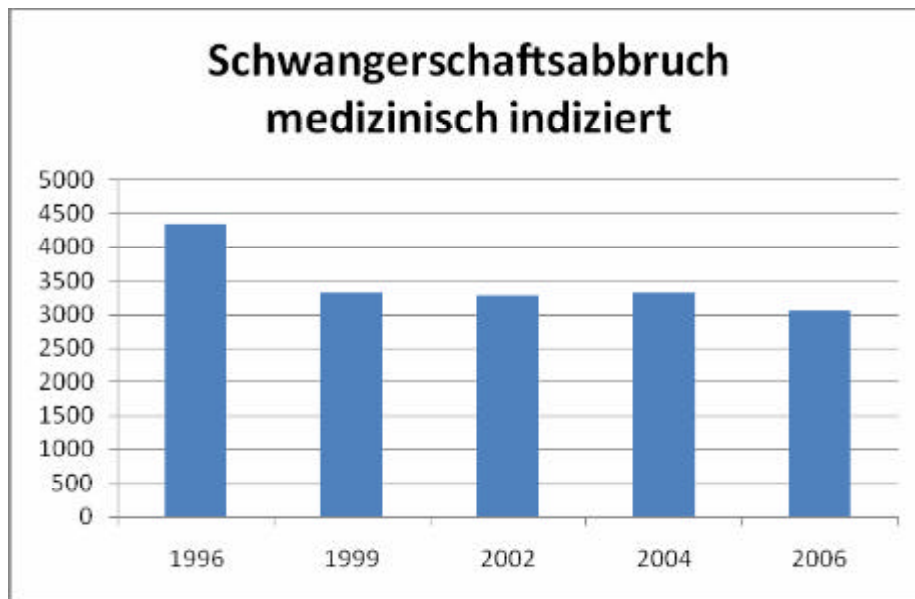
Diese wohl überlegte Annahme, dass eine unbefristete medizinische Indikation Panikabbrüche verhindern könnte, ein Problem, das früher zu beobachten war, hat sich bestätigt wie folgende Daten anschaulich zeigen:



Die gestiegenen Zahlen der durchgeführten Pränataldiagnostiken führen also nicht, wie immer wieder vermutet wurde (etwa im Schlussbericht der Enquete-Kommission, BT-Drucks. 14/9020, 73), zu mehr indizierten Abtreibungen, sondern reduziert diese. Eine mit einer guten Beratung verbundene PND wirkt sich im Ergebnis positiv für den Lebensschutz aus. Zwar werden Foeten mit festgestellter genetisch bedingter schwerer Erkrankung fast immer auf Wunsch der Betroffenen abgetrieben, aber es werden auf der anderen Seite vermeidbare straflose Schwangerschaftsabbrüche aus Panik und auf Verdacht vermieden.



* Summe aus Lebendgeborenen, Totgeborenen und Schwangerschaftsabbrüchen
 Quelle: Statistisches Jahrbuch.



Quelle: Statistisches Jahrbuch.

Die Reform 1995 hat sich somit bewährt. Wie sieht es nach 1996 aus?

Die Frauen gebären später, sie bekommen etwas weniger Kinder und sind etwas älter. Es ist also anzunehmen, dass die Zahl der PND steigt. Dennoch nehmen medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche ab. Die statistischen Daten widerlegen die Unterstellungen in den Entwürfen, welche eine Zunahme von „selektiven“ Schwangerschaftsabbrüchen unterstellen. Im Gegenteil: die Beratung ist besser geworden, wie die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ins Netz gestellten Studien zeigen. Alle Schwangerschaftsabbrüche gehen zurück und relativ gesehen die medizinisch indizierten stärker als die nach der Beratungslösung. Die Gesellschaft hat gelernt. Die Politik sollte ihren WählerInnen folgen.

Kiel, den 10.02.2009

Prof. Dr. Monika Frommel