



Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin Öffentliche Anhörung zum Thema „Konfliktsituationen während der Schwangerschaft“

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hält es für dringend geboten, sowohl bei der Erarbeitung von Prognosen als auch, und erst recht, bei der Beratung von Paaren immer dann kinderärztlichen Sachverstand verbindlich bei zu ziehen, wenn im Rahmen pränataler Diagnostik eine Fehlbildung oder Krankheit des Ungeborenen festgestellt wurde und es dann um Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft geht.

Nur Kinder- und JugendärztInnen begleiten und behandeln Kinder und Jugendliche mit schweren Fehlbildungen, erheblichen Behinderungen und anderen angeborenen Störungen, z.B. angeborenen Anomalien des Stoffwechsels. Kinder- und Jugendärzte (im Folgenden wird diese kurze Bezeichnung aus praktischen Gründen gewählt) sind es gewohnt, Spezialisten aus dem Bereich der Pädiatrie, aber auch aus anderen Fächern zu konsultieren, so auch in Schwangerschafts-Konfliktfällen. Nur mit dem Erfahrungsschatz der Kinder- und Jugendmedizin ist eine fundierte Aufklärung betroffener Frauen bzw. Paare möglich darüber, was auf die Familie zukommt und wie diese Probleme zu meistern sind. Für den ersten Kontakt werden in der Regel Neonatologen (auf Neugeborenen-Medizin spezialisierte Pädiater) zugezogen, da sie mit Geburts- und Pränatal-Medizinern routinemäßig zusammen arbeiten. Neonatologen sind diejenigen, die immer als erste kranke Neugeborene behandeln. Neonatologen können daher den betroffenen Schwangeren bzw. Paaren am besten erklären, welche Behandlungs-Optionen sich nach der Geburt eines behinderten bzw. geschädigten Neugeborenen anbieten. Dies kann das Erhalten des Lebens durch Intensivmedizin bedeuten, es kann aber auch, nach Diagnostik und nochmaliger Erarbeitung einer Prognose, die Rücknahme lebenserhaltender Maßnahmen zugunsten einer allein leidensmindernden Therapie (i.e. Palliativ-Behandlung) sein. Das muss von denjenigen erklärt werden, die diese Medizin selbst betreiben.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass in Frankreich eine interdisziplinäre Beratung vorgeschrieben ist („Equipe pluridisciplinaire“, Code de la Santé publique, Artt. R2213-2 bis -5; R bedeutet partie réglementaire, d.h. in etwa Ausführungsbestimmung, im Gegensatz zu L = partie législative = Gesetzestext). Auch die DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) hat sich zusammen mit der Bundesärztekammer am 14.12.2006 in diesem Sinne ausgesprochen.

In einem der Gesetzentwürfe (Singhammer et al.) wird die Beiziehung von Humangenetikern und Hebammen gefordert. Dies ist auch aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin zu befürworten, es genügt indessen nicht: Humangenetiker können nur zu genetisch bedingten Störungen etwas beitragen; mindestens die Hälfte der pränatal feststellbaren Störungen sind jedoch nicht genetisch bedingt. Humangenetiker behandeln keine Kinder und Jugendlichen, kennen daher nicht aus eigener Anschauung Langzeit-Verläufe der infrage stehenden Gesundheits-Störungen und deren Behandlung. Humangenetiker können zu Qualität und Interpretation genetischer Untersuchungen Wertvolles beitragen und die Wiederholungswahrscheinlichkeit genetischer Abweichungen darlegen, sie behandeln und begleiten aber keine betroffenen Kinder. Hebammen sind für Geburtsleitung und Wochenpflege von Mutter und Kind zuständig, sie behandeln keine Kinder und Jugendlichen jenseits der Neugeborenen-Periode. Der Beistand von Hebammen bei einer späten Abtreibung ist wertvoll, ersetzt aber nicht pädiatrische Beratung, sondern ergänzt sie allenfalls.

In allen Entwürfen wird psychosoziale Beratung gefordert. Das ist richtig. Allerdings fehlen Hinweise darauf, wie psychosoziale Berater für die Probleme der medizinischen Indikation

der Schwangerschafts-Beendigung qualifiziert sein müssen. Schwangerschafts-Konflikt-Beratungsstellen sind für Beratungen im Rahmen der sozialen Indikation („Fristenregelung“) qualifiziert. Die Beratungen zur medizinischen Indikation setzen zusätzliche Kenntnisse und Erfahrungen der Beratenden voraus. Sogenannte psychosoziale Beratungsstellen sind das, was früher Erziehungsberatungs-Stellen hieß. Auch hier können einschlägige Kenntnisse über die medizinischen und sozialen Konflikte im Rahmen der medizinischen Indikation des Schwangerschafts-Abbruchs nicht vorausgesetzt werden. Es wird daher angeregt, darüber nachzudenken, ob nicht die inzwischen zahlreich etablierten sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) hier die best geeigneten Ansprechpartner sein könnten, da dort behinderte und chronisch kranke Kinder betreut werden. Die DAKJ bzw. die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) kann hierzu sicher wertvolle Anregungen geben.

Zum Fragen-Katalog:

1. Nach pädiatrischer Kenntnis hat sich nichts geändert.
2. Es scheint einzelne erste Untersuchungen zum Thema zu geben, eine Recherche des Berichterstatters in wissenschaftlichen Datenbanken blieb indessen ohne Ergebnis.
3. Hier kann nur der eigene Erfahrungshintergrund herangezogen werden: regelmäßige Zusammenarbeit als Pädiater (Neonatologe) mit einem der weltweit führenden Pränataldiagnostiker, Prof. Dr. Eberhard Merz (Frankfurt a.M.). Ich werde regelmäßig zu Beratungen zugezogen, die zeitaufwändig sind (1 bis 2 Stunden pro Beratung). Hier wird keine Frau, kein Paar zu irgend einer Lösung gedrängt, Behandlungsoptionen werden dargelegt. Es bleibt den Betroffenen, schon aus praktischen Gründen, eine mehrtägige Bedenkzeit. Allerdings ist eine Entscheidung der Schwangeren/Paare gegen eine Abtreibung eher die Ausnahme. Der Rückgang der Zahl der Abtreibungen aus medizinischer Indikation (s. Aufstellung Drucksache 16/11342, S. 3, 5. Absatz, Ch. Humme et al.) spricht für eine zunehmende Sorgfalt bei Diagnostik und Beratung.
4. Entsprechende Ergänzung bzw. Präzisierung der Mutterschaftsrichtlinien, auf deren Verbindlichkeit im Gesetzestext verwiesen werden kann. In Richtlinien können, im Gegensatz zu einem Gesetz, auch Qualitätskriterien festgeschrieben werden, z.B. die von E. Merz als derzeitigem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) und ständigem Vorsitzenden der Fraktion Pränataldiagnostik der DEGUM formulierte Forderung, dass Pränataldiagnostik Qualifikation nach DEGUM III (mindestens II) und die Kooperation mit einem Neonatologen erfordert. Mutterschaftsrichtlinien sind geeignet, immer wieder aktualisiert zu werden, ganz im Gegensatz zu einem Gesetz.
5. Nur in dem in Abs. 4 beschriebenem Sinne.
6. s. Abs. 4
7. Der Mutterpaß sollte keinesfalls Hinweise auf Beratungsrechte im Falle eines Schwangerschafts-Konfliktes enthalten, da hiermit die Schwangerschaft bereits pathologisiert und das Recht auf Nichtwissen der Schwangeren tangiert würden. Tritt der Konfliktfall ein, dann und erst dann ist die Aushändigung von Informationsmaterial angebracht.
8. s. Abs. 4
9. Gesetzlich muss nichts geändert werden. Pränatalmediziner sollten in Form von Leitlinien oder Richtlinien verpflichtet werden, sich kundig zu machen, wo psychosoziale Beratung angeboten wird und wie qualifiziert diese ist. Es dürfen dort weder Panik erzeugt noch Probleme schön geredet werden.
10. Eine derartige Beratung ist erst dann zu rechtfertigen, wenn sich ein Konfliktfall

abzeichnet. Besteht ein Konfliktfall, dann ist Beratung selbstverständlich. Besteht kein Konfliktfall, dann würde nur unsinnigerweise Beunruhigung erzeugt. „Erwägung“ ist hier nicht der richtige Terminus.

11. Diese Frage wird von mir nicht verstanden. Sollte gemeint sein, dass eine zeitliche Grenze eingeführt werden sollte, nach deren Überschreitung eine Abtreibung nicht mehr möglich sein sollte, außer bei akuter Lebensgefahr? Dies sieht keiner der Gesetzentwürfe vor. Man kann auch nur davon abraten, denn eine herannahende Grenze würde mit Sicherheit unnötige Abbrüche lediglich aus Panik heraus provozieren. Im übrigen steigen bei Schwangeren wie bei Ärzten die Hemmungen, abzutreiben, mit steigendem Schwangerschaftsalter. Auch wenn man philosophisch darüber streiten mag, ob es einen abgestuften Lebensschutz des Ungeborenen geben könne oder nicht, so ist doch festzustellen, dass ein solcher kollektiv gefühlt wird.
12. Es ist ärztliche Pflicht (was zivilrechtlich bekanntermaßen mehrfach festgestellt wurde), über die Möglichkeit pränatalmedizinischer Diagnostik aufzuklären. Dies muss aber mit Augenmaß geschehen. Es schädigt Schwangere, wenn detailliert über alle möglichen Störungen berichtet wird. Auslegen seriösen Informationsmaterials ist eine gute Lösung. Wer nicht wissen will, braucht nicht nachzulesen.
13. Es ist insofern offen, ob die „heutige Praxis“ der Pränataldiagnostik durch die im Entwurf von Ch. Humme et al. gemachten Vorschläge noch verändert werden wird oder ob die Pränataldiagnostik die dort formulierten Kriterien nicht bereits erfüllt, s. hierzu die Stellungnahme des Berufsverbandes niedergelassener Pränatalmediziner vom 01.02.2009.
14. s. hierzu die im Vorspann gemachten Ausführungen.
15. Schwangere sollen nicht in eine psychosoziale Beratung „vermittelt“ werden. Schwangere sollen auf diese Möglichkeit hingewiesen werden, es sollen entsprechende Gelegenheiten nachgewiesen werden. „Vermitteln“ setzt bereits Zwänge und tangiert das Recht auf Nichtwissen.
16. Der Hinweis auf Selbsthilfegruppen und Hilfsorganisationen hat sich nach eigener Erfahrung bewährt und wurde von mir immer praktiziert.
17. Bei akuter Gefahr ist jeder Aufschub ein Fehler. Besteht keine akute Gefahr, dann ergibt sich schon aus praktischen Gründen (es handelt sich ja um die Planung eines elektiven Eingriffes) eine Bedenkzeit etwa in der Größenordnung von 3 Tagen, insbesondere wenn noch außerhäusliche Beratungen anstehen.
18. dto.
19. Es gibt keine scharfe Grenze zwischen Nicht-Lebensfähigkeit und Lebensfähigkeit, auch nicht, wie lange überlebt werden kann. Allerdings hat so gut wie noch nie ein Kind überlebt mit einem Schwangerschaftsalter von 20 oder weniger Wochen post conceptionem, d.h. 22 Wochen post menstruationem. Die in der Frage angeführte Ordinalzahl „22. Woche“ sollte ohnehin nicht verwendet werden. Es gibt laufend ärgerliche Verwirrungen durch die Verwendung von Ordinalzahlen. Auch der Bezug auf den immer unsicheren Konzeptions-Zeitpunkt ist ein deutscher Zopf, der abgeschnitten werden muss. International wird in Kardinalzahlen gerechnet nach Wochen + Tagen post menstruationem („p.m.“). Es ist ferner durch zahlreiche Studien belegt, dass mit fallendem Schwangerschaftsalter bei überlebenden Kindern die Rate schwerer Gehirnschäden nicht-linear (hier: steiler als linear) ansteigt. Überdies ist ein wesentlicher Teil der nach diesen Wochen abgetriebenen Kinder aufgrund ihrer Fehlbildungen ohnehin nicht überlebensfähig (z.B. beim Fehlen von Nieren).
20. Eine Gesetzgebung ist hoffnungslos überfordert, wenn die in dieser Frage völlig zu recht genannte Komplexität in einem Gesetzestext formuliert werden sollte.
21. Aus meiner Sicht des Kinderarztes müssten die im Papier Ch.- Humme (16/11342) gemachten Vorschläge ausreichen, s.o.. Vor einem ins Detail gehenden Gesetzestext,

wie von der Gruppe um J. Singhammer vorgeschlagen, ist abzuraten, da die medizinische Entwicklung rascher voranschreitet, als ihr die Gesetzgebung folgen kann (ich darf eigene Erfahrungen mit der Einbecker Empfehlung Fassung 1 und 2 anführen!). Die Vorschläge der Gruppe um J. Singhammer werden damit nicht kritisiert, sie sind weitestgehend nachvollziehbar, nur sollte sie nicht in dieser Form Gesetz werden. Eine potentielle Beeinflussung des §218 ff.-Kompromisses von 1995 durch die hier vorgelegten Entwürfe kann ich nicht erkennen.

22. s. Abs. 21
23. Anbieten wiederholter Besprechungen, wenn dies gewünscht wird, durch Vertreter aller involvierter Disziplinen, durch nicht medizinische Berater, durch Seelsorger. Nachweis von Hilfsorganisationen und Selbsthilfegruppen. Die Unterstützung von Eltern mit behinderten Kindern ist nach eigenen Erfahrungen verbesserungswürdig. Aber es muss realisiert werden, dass noch so gute praktische und finanzielle Hilfen nie kompensieren können, was Eltern als Zusammenbrechen ihres Lebensentwurfes und als Kränkung empfinden.
24. Eine nicht anonymisierte Weitergabe von Informationen an eine Landesbehörde verletzt Schweigepflicht und Vertrauensverhältnis, sie ist daher abzulehnen. Andererseits ist der von der Gruppe um J. Singhammer gemachte Vorschlag, dass die pränatal gestellte Diagnose nach der Abtreibung durch „ärztliche Leichenschau“ zu bestätigen sei, d.h. ganz klar durch eine Autopsie (nichts anderes hat einen Sinn), nur energisch zu unterstützen. Es ist dies eine unverzichtbare Methode der Qualitätssicherung.
25. Es ist wohl mehr eine Frage, wie man miteinander umgehen sollte. Eine noch geradezu gerühmte Erhöhung eines Bußgeldes schafft Animositäten. Sollte man hier nicht besser auf das Zivilrecht setzen, wie dies in anderem aber ähnlichem Zusammenhang einmal Frau von Renesse formuliert hat?
26. s. Abs. 25
27. Eine statistische Erhebung in anonymisierter Form wirkt versachlichend und ist deshalb zu begrüßen.
28. Bei Schwangerschaftsalter bzw. Gestationsalter nur Kardinalzahlen verwenden, d.h. abgeschlossene Wochen + Tage. Als Bezugspunkt sollte wie international üblich der erste Tag der letzten Regelblutung dienen und nicht der stets unsichere Tag der Konzeption.
29. Keine.
30. Hier krankt die Frage an der bereits oben beanstandeten Verwendung von Ordinalzahlen. Im Entwurf der Gruppe Singhammer sind dagegen korrekt Kardinalzahlen verwendet. Allerdings findet sich auch in diesem Entwurf eine rechnerische Verwirrung (Seite 10, linke spalte, letzter Absatz). s. hier auch die unter 19 gemachten Ausführungen. Ein pragmatischer Ansatz wäre es, als Spätabtreibungen zu klassifizieren, wenn bei einem Gestationsalter von 24 Wochen p.m. oder mehr (Schwangerschaftsalter von 22 Wochen p.c. oder mehr) eine Abtreibung vorgenommen wird. Von 22 bis 24 Wochen p.m. spricht man mit Recht von einer Grauzone. Die Schweizer Neonatologie empfiehlt z.B. Absehen von lebenserhaltender Therapie bei einem Gestationsalter von 24 Wochen p.m. (22 Wochen p.c.) oder weniger.

Prof. Dr. med. Volker v. Loewenich (Frankfurt a.M.)
Sprecher der Kommission für ethische Fragen der DAKJ

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin | Tel. 030.4000588-0 | Fax 030.4000588-88 |
kontakt@dakj.de | www.dakj.de