UNIKLINIK KÖLN
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Forschungsstelle Ethik

Leiterin
PD Dr. Christiane Woopen

Herderstr. 54
50931 Köln
Telefon: +49 221 478-86990
Telefax: +49 221 478-86996
christiane.woopen@uni-koeln.de

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Familie, Senioren
Frauen u. Jugend

Ausschussdrucksache
16(13)439c

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

Köln, 11. März 2009

Stellungnahme

für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

zum Thema „Konfliktsituationen während der Schwangerschaft“

am Montag, dem 16. März 2009

PD Dr. Christiane Woopen

Die Diskussion um einen angemessenen Umgang mit den tiefgreifenden Konfliktsituationen im Zusammenhang mit auffälligen pränataldiagnostischen Befunden und der möglicherweise aufkommenden Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der medizinisch-sozialen Indikation wird seit der Gesetzesänderung des § 218a StGB, also seit über einem Jahrzehnt intensiv geführt und ist sowohl fachlich als auch emotional hoch komplex. Vor diesem Hintergrund möchte ich die vom Ausschuss unterbreiteten Fragen nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit beantworten, sondern beschränke meine Antworten auf die mir in der aktuellen Situation besonders wichtig erscheinenden Aspekte sowie auf die Erkenntnisse und Erfahrungen aus eigenen Arbeiten.

Für eine differenzierte Auseinandersetzung mit den fünf dem Bundestag vorgelegten Eingaben sowie eine grundsätzliche Darstellung der Inhalte, Aufgaben und normativen Funktionen von medizinischer und psychosozialer Beratung verweise ich darüber hinaus auf die Publikation *„Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch – Pflichten der Ärzte und Ansprüche der schwangeren Frau“*, die in diesem Monat in der Zeitschrift Medizinrecht erscheinen wird und die ich mit Erlaubnis des Springer-Verlages hier schon im Anhang vorlegen darf.

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?*

Die Situation in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche nach pränataldiagnostisch auffälligem Befund hat sich insbesondere dadurch geändert, dass durch die Integration der sog. embryopathischen in die medizinisch-soziale Indikation eine zeitliche Befristung entfallen ist. Dies führt auf der einen Seite dazu, dass Auffälligkeiten beim Ungeborenen, die nicht sofort in ihrer Bedeutung und weiteren Entwicklung einzuschätzen sind, in ihrem Verlauf in Ruhe beobachtet werden können und es nicht zu einer vorschnellen Indikationsstellung kommt, nur um die Frist nicht zu überschreiten. Auf der anderen Seite führt dies aber auch dazu, dass in fortgeschrittenen Stadien der Schwangerschaft, in denen das Ungeborene bereits außerhalb des Mutterleibes lebensfähig ist, die Frage nach einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aufkommen kann, so dass für Arzt und Schwangere zusätzlich belastende Konfliktsituationen entstehen sowie grundlegende rechtliche und ethische Probleme des Lebensschutzes Ungeborener aufgeworfen werden.

Für die Schwangere bedeutet dies zuweilen ganz konkret, dass sie zwar möglicherweise eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch erhält, aber in späten Schwangerschaftsstadien manchmal erst nach längeren Bemühungen einen Arzt findet, der den Abbruch tatsächlich durchführt.

Mit Blick auf die Beratung der Schwangeren und ihres Partners gibt es bereits seit Wegfall der Beratungspflicht im Rahmen der sogenannten embryopathischen Indikation und seit Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes im Jahr 1995 vielfältige Bemühungen, die medizinische Beratung zu erweitern und insbesondere die psychosoziale Beratung als integrativen Bestandteil der Versorgung in der Pränataldiagnostik (PND) zu etablieren. Wenngleich an manchen Stellen Fortschritte erzielt werden konnten, steht der dafür betriebene personelle, zeitliche und finanzielle Aufwand in keinem Verhältnis zum tatsächlich erzielten Ergebnis in der Praxis.

Im Entscheidungsverhalten der Ärzte bezüglich des Stellens einer medizinisch-sozialen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach einem pathologischen pränataldiagnostischen Befund ist nach derzeitigem Erkenntnisstand durch die Gesetzesänderung kein Wandel zu beobachten.

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?*

In einer wissenschaftlichen Begleitung von drei Modellprojekten in NRW zur psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik (PND) mit einer Verlaufsuntersuchung an mehr als 500 Frauen über zwei Jahre wurde eine sehr hohe Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung nach einem auffälligen Befund in der PND festgestellt. Besonders wichtig war den Studienteilnehmerinnen der „Neutrale Platz", die „Besprechung, wie der Abschied vom Kind gestaltet werden kann", das „Persönliche Verständnis der Berate-

rin“, das „Angebot weiterer Unterstützung durch die Beraterin“ sowie der „Raum für Gefühle“.

Hinsichtlich der ärztlichen Beratung vor Pränataldiagnostik fühlten sich 75% der Frauen umfassend über die Risiken der PND aufgeklärt, 25% hingegen nicht ausreichend oder überhaupt nicht. Über mögliche Konsequenzen der PND empfanden sich nur 57% der Befragten umfassend, 22 % nicht ausreichend und 20% überhaupt nicht durch den Arzt aufgeklärt (vgl. Rohde, A.; Woopen, C.: Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik, Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2007).

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?*

Pauschalierende Antworten auf diese Fragen sind nicht möglich, die Praxis ärztlicher Beratung und Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch ist vielgestaltig. Gleichwohl scheint es in Abhängigkeit von der Einstellung des jeweiligen Arztes und vom vorliegenden Befund (insbesondere bei chromosomalen Auffälligkeiten) gewisse Automatismen zu geben.

Unbestritten ist jedoch, dass es Defizite bei der Überweisung der Schwangeren und ihres Partners an solche Ärzte gibt, die sich mit der diagnostizierten Erkrankung oder Behinderung des Kindes auskennen und aus eigener Erfahrung mit der Versorgung gleichartig betroffener Kinder beraten können. Darüber hinaus gibt es mit einigen Ausnahmen erhebliche Defizite in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und psychosozialen Beratungseinrichtungen im Kontext der PND.

Defizite sind erfahrungsgemäß auch im Umgang mit der extrem belasteten Situation unmittelbar nach Mitteilung eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes zu verzeichnen. Wird ein Schwangerschaftsabbruch nur zu schnell als „Lösung“ dieser Situation angesehen, werden die langfristigen Folgen einer schnellen Entscheidung für die Frau, verbunden mit einer unzureichenden Vorbereitung auf den Eingriff des Abbruchs und den Abschied vom Kind, übersehen. Eine gründliche Reflexion über alle denkbaren Entscheidungsmöglichkeiten mit ihrer jeweiligen Bedeutung für die Frau und ihre Familie erfordert ausreichend Zeit, einen angemessenen und vom medizinischen Kontext unabhängigen Ort sowie eine entsprechende Ausbildung und Qualifikation des Beratenden.

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?*

Ärztliche und psychosoziale Beratung schwangerer Frauen, denen ein pränatal auffälliger Befund mitgeteilt wurde, sind von herausragender praktischer und normativer Bedeutung. Die betroffenen Frauen und ihre Partner, aber auch die Ärzte, geraten in eine außerordentlich belastende und konflikthafte Situation. Langjährige intensive Bemühun-

gen, den Umgang mit dieser Situation zu verbessern, haben nach wie vor nicht zu einer flächendeckend zufriedenstellenden Versorgungssituation geführt. Vor diesem Hintergrund ist ein dringender Handlungsbedarf bezogen auf die Verbesserung sowohl der interdisziplinären ärztlichen Aufklärung und Beratung als auch der Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen zu verzeichnen. Diesbezügliche Regelungen sind von ihrem materiellen Gehalt her dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) zuzuordnen.

Erforderlich wäre hier insbesondere die Aufklärung und Beratung durch einen Arzt, der auf die Gesundheitsschädigung des Kindes spezialisiert ist. Darüber hinaus muss es in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegen, eine psychosoziale Beratung nicht nur zu erwähnen, sondern auch zu vermitteln, falls die Frau diese wünscht. Schließlich ist das Schwangerschaftskonfliktgesetz der richtige Ort, um den in § 2 SchKG bisher unzureichend ausgestalteten Beratungsanspruch der Frau auf psychosoziale Beratung im Kontext der PND auszuweiten und abzusichern.

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

Auf *medizinische* Beratung enthält das Schwangerschaftskonfliktgesetz – außerhalb der Konfliktberatung der §§ 5 ff. SchKG – bislang keinen Anspruch, geschweige denn eine Konkretisierung ärztlicher Aufklärungs- und Beratungspflichten im Kontext einer medizinisch-sozialen Indikationsstellung gemäß § 218a Abs. 2 StGB. Eine Verankerung im SchKG würde hier Abhilfe schaffen (s. hierzu auch die Antwort zu Frage Nr. 4).

Zudem wäre eine Erweiterung des § 2 SchKG wünschenswert. Diese Erweiterung sollte einen Anspruch auf Beratung über jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale und juristische Information, die Darlegung der Rechtsansprüche von Mutter und Kind und der möglichen Hilfen umfassen, insbesondere solcher Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern. Darüber hinaus sollte die Frau einen Anspruch darauf haben, dass andere, insbesondere ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte und solche mit besonderer Erfahrung in der Frühförderung behinderter Kinder hinzugezogen werden können.

Eine in dieser Weise ausgestaltete Änderung des SchKG würde den Zugang zu medizinischer und psychosozialer Beratung deutlich verbessern, die Ansprüche der Frauen und ihrer Partner stärken und dem selbst von der Bundesärztekammer vorgetragenen Wunsch nach einer Unterstützung durch den Gesetzgeber nachkommen. Zudem würde sie die Umsetzung der Indikationsgrundlage des § 218a Abs. 2 StGB stärken und dem Missverständnis entgegenwirken, dass schon die Behinderung des Kindes ein für sich genommen ausreichender Anknüpfungspunkt für die medizinisch-soziale Indikation zum Schwangerschaftsabbruch darstellt.

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

Die Mutterschaftsrichtlinien enthalten bereits jetzt eine Aufforderung an den betreuenden Arzt, jedoch keine Pflicht, die Schwangere auf den Beratungsanspruch gem. § 2 SchKG hinzuweisen. Die Vorschrift in der bisherigen Form hat sich als unzureichend erwiesen. Eine Einflussnahme der Bundesregierung auf die Gestaltung der Mutterschaftsrichtlinien als Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist lediglich durch einen – unverbindlichen - Appell möglich. Ähnliches gilt für berufsrechtliche und -

ethische Regeln wie etwa Richtlinien, Erklärungen und Empfehlungen der Bundesärztekammer. Die Richtlinien zur Pränataldiagnostik wurden bislang nur durch zwei Landesärztekammern in Landesrecht umgesetzt.

Maßnahmen auf dieser untergesetzlichen Ebene beispielsweise auch seitens der Verbände von Gynäkologen und Pränataldiagnostikern sind zweifellos wichtig und wünschenswert, sie haben sich jedoch trotz vielfältiger Bemühungen als nicht ausreichend erwiesen. Zudem hat der Staat hier, anders als bei gesetzlichen Regelungen, keine Handhabe zur Durchsetzung. Nicht zuletzt aus diesem Grund reichen untergesetzliche Regelungen allein nicht aus.

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?*

Ein Ausbau der Mutterschaftsrichtlinien mit ausführlicheren Hinweisen zur Beratung wäre aus Gründen der Bewusstseinsbildung hilfreich, aber nicht ausreichend (s.o. zu Frage Nr. 6) und damit auch nur eingeschränkt zielführend.

Unabhängig davon wäre ein Hinweis im Mutterpass auf die gesetzlich verankerten Ansprüche der Schwangeren auf Beratung und Unterstützung, möglicherweise versehen mit der Angabe einer Internetseite (z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), von der aus sich die Schwangere das verschiedenartige und plurale Angebot von Beratungseinrichtungen, Hilfen, Selbsthilfegruppen etc. weiter erschließen kann, sinnvoll und hilfreich. Ein umfassender Umbau des Mutterpasses zu einem Informationsdokument für die schwangere Frau wäre jedoch eine Überfrachtung, würde den Charakter des Mutterpasses grundlegend ändern und die Schwangere womöglich sogar eher verunsichern und belasten.

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?*

Um diese Ziele zu erreichen, eignet sich eine Kombination verschiedener Regelungen auf unterschiedlichen Ebenen, von denen einige untergesetzliche Maßnahmen bereits genannt wurden (s.o. zu Fragen Nr. 6 und 7). Zusätzlich wären Möglichkeiten zu prüfen, nachgewiesenermaßen etablierte Kooperationen von pränataldiagnostisch tätigen Ärzten mit psychosozialen Beratungseinrichtungen zur Zertifizierungsvoraussetzung für bestimmte Qualifikationen (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) zu machen. Darüber hinaus führen entsprechende Anpassungen von Vergütungsstrukturen erfahrungsgemäß sehr schnell zum Erfolg.

Auf gesetzlicher Ebene bedarf es über eine reine Verpflichtung zum Hinweis auf die Möglichkeit einer unabhängigen psychosozialen Beratung hinaus der Pflicht des Arztes zur Vermittlung an eine Beratungsstelle, falls die Frau dies wünscht. Ein niedrigschwelliges Angebot psychosozialer Beratung für die Frau und ihren Partner wird vor allem an solchen Stellen gelingen, an denen die Beratung in zeitlicher und räumlicher Nähe zur medizinischen Versorgung angeboten und vermittelt werden kann und der vermittelnde Arzt aus seiner persönlichen Überzeugung heraus die psychosoziale Beratung als einen integralen Bestandteil einer qualitativ guten Versorgung seiner Patientin ansieht.

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?*

Psychosoziale Beratung unterstützt die Schwangere und das Paar nach Mitteilung eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes bei der Verarbeitung der ersten Schocksituation, bei der Reflexion und Einschätzung der eigenen Situation sowie bei der Vorbereitung und dem Treffen einer Entscheidung, die auch langfristig getragen werden kann. Sowohl die Bewältigung der Trauer als auch der Verlauf psychischer Belastungsreaktionen bei der Frau und bei ihrem Partner werden durch psychosoziale Beratung positiv beeinflusst. In vielen Fällen kommt es zu einer langfristigen Beratung und Begleitung über mehrere Termine.

In der psychosozialen Beratung können darüber hinaus durch die vorhandenen Netzwerke mit anderen sozialen Hilfseinrichtungen, Ämtern, Verbänden etc. weitere Unterstützungen vermittelt werden – sei es im Prozess der Entscheidungsfindung, nach einem Schwangerschaftsabbruch ,nach einer Entscheidung zum Austragen des Kindes und bei der Vermittlung von konkreten Hilfen und Kontakten zu Selbsthilfegruppen, betroffenen Familien etc.

S. dazu auch die Antwort zu Frage Nr. 8.

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?*

Eine medizinische Indikation wird dann in Erwägung gezogen, wenn Anzeichen dafür bestehen, dass unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren der Schwangerschaftsabbruch angezeigt sein könnte, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Ausschlaggebend hierfür ist gem. § 218a Abs. 2 StGB die ärztliche Erkenntnis. Die nach § 218a Abs. 2 StGB für einen gerechtfertigten Schwangerschaftsabbruch erforderliche Erkenntnis gewinnt der Arzt mangels anderer Erkenntnisgrundlagen aus seinem Aufklärungs- und Beratungsgespräch mit der betroffenen Frau. Eine umfassende Aufklärung und Beratung ist daher unerlässlich, um den Anforderungen des § 218a Abs. 2 zu genügen. Aufgrund der Unerlässlichkeit ist für eine Freiwilligkeit der Beratung kein Raum, denn ohne eine solche Beratung ist der Arzt schlicht nicht in der Lage, eine Entscheidung zu treffen, die auf der geforderten „ärztlichen Erkenntnis“ über die in § 218a Abs. 2 StGB genannten Umstände beruht.

Sofern mit der Freiwilligkeit auf das Recht der Schwangeren auf Nichtwissen angespielt wird, ist darauf hinzuweisen, dass dieses Recht sich auf solche Befunde und Erkenntnisse bezieht, die einem Patienten unbekannt sind, mithin auf noch zu erhebende oder noch nicht mitgeteilte Befunde. Die für die ärztliche Entscheidung im Rahmen der Indikationsstellung notwendige Aufklärung und Beratung dagegen bietet keinen Anknüpfungspunkt für ein Recht auf Nichtwissen.

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 Ärzte auf die neuen Regelungen reagieren? Was würde hieraus für die betroffenen Frauen resultieren und wie könnten sie ggf. hierauf reagieren?

Die vorliegenden Vorschläge würden in geeigneter Kombination und ergänzt um die Beratung durch einen auf die jeweilige Gesundheitsschädigung spezialisierten Arzt (s. dazu den anhängenden Beitrag aus MedR) das Wesen der medizinischen Indikation stärken und die Betreuung der schwangeren Frau und ihres Partners verbessern.

Darüber hinaus würde der Gesetzgeber das 1995 gewählte Schutzkonzept im Kontext der Pränataldiagnostik verdeutlichen ohne es aufzuweichen oder zu verschärfen und ohne den Gehalt des § 218a StGB zu verändern. Dieser Schutz der Frau und des Ungeborenen ist zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft sinnvoll und notwendig, nicht nur in späten Schwangerschaftsstadien - auch wenn dann der Konflikt besonders tragisch und belastend ist.

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?

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?

Die vorgesehenen Vorschriften im Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes wären hilfreich, würden aber nur einen Teil der Frauen betreffen, die eine Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen und mit einem auffälligen Befund konfrontiert werden. Dies würde – wenn es keine ergänzenden gesetzlichen Regelungen im SchKG geben würde - zu einer nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung und unterschiedlichen Beratungsansprüchen gleichartig betroffener Frauen und Paare in schweren Konfliktsituation führen.

Zu den Mutterschaftsrichtlinien s. die Antwort auf Frage Nr. 6. Ihre Weiterentwicklung ohne flankierende gesetzliche Maßnahmen würde nicht ausreichen.

Das Recht auf Nichtwissen im Vorfeld einer pränataldiagnostischen Maßnahme wird zusätzlich gestärkt, wenn die Frau im Mutterpass über ihr Recht auf Aufklärung und Beratung sowie das Erfordernis einer Einwilligung vor jedem Eingriff (dazu gehört auch eine Ultraschalluntersuchung) informiert würde.

14. In welchem Umfang und Schwerpunkt sollte die Aufklärung und Beratung durch Pränataldiagnostiker, Gynäkologen, Fachärzte oder unabhängigen Beratungsstellen in welcher Form erfolgen?

S. dazu im anhängenden Beitrag MedR die Ausführungen zu medizinischer und psychosozialer Beratung in Abschnitt III. Folgende Aspekte seien hier eigens erwähnt:

Nur ein Arzt, der Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen Versorgung von Kindern hat, die die beim Ungeborenen festgestellte Gesundheitsschädigung haben, kann die Frau und das Paar angemessen aufklären und beraten.

Frauen und Paare schätzen Studien zufolge an der psychosozialen Beratung unter anderem besonders, dass sie dort einen vom medizinischen Kontext unabhängigen Ort der Reflexion und eine längerfristig mögliche Begleitung finden. Egal, wie kompetent der betreuende Arzt nicht nur über medizinische, sondern auch über psychosoziale Aspekte beraten kann, kann er allein schon diese beiden wesentlichen Punkte nicht erfüllen.

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

Die Verpflichtung von Ärzten zur Vermittlung erfordert eine ausdrückliche gesetzliche Vermittlungspflicht. Diese kann durch untergesetzliche Maßnahmen wie die in der Antwort zu Frage Nr. 8 bereits erwähnten Zertifizierungen und Vergütungsstrukturen unterstützt werden.

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?

Werdende Eltern in einer Konfliktsituation nach auffälliger PND reagieren auf ein Angebot, Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder Eltern behinderter Kinder herzustellen, sehr unterschiedlich. Einige profitieren sehr von einem solchen Kontakt, andere scheuen ihn und empfinden ihn als belastend.

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?

Die Mitteilung eines auffälligen Befundes nach einer pränatalen Untersuchung führt bei betroffenen Frauen regelmäßig zu einer emotionalen Situation, die als Schockzustand zu beschreiben ist. Um die betroffenen Frauen in dieser Situation professionell zu unterstützen, ist ihre umfassende ärztliche, aber auch psychosoziale Betreuung von größter Bedeutung. Die Beratungen können von der Frau und ihrem Partner dazu genutzt werden, sich mit der eingetretenen Situation auseinanderzusetzen, sich über die Bedeutung der neuen Umstände für das eigene Leben klar zu werden und Informationen insbesondere auch über die Bedeutung des Befundes für den Gesundheitszustand des Kindes und ein Leben mit dem Kind zu sammeln. Nur so kann eine fundierte Entscheidung für oder gegen den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch getroffen werden, mit der die Frau auch langfristig leben kann. Die Einführung einer Bedenkzeit zwischen der Mitteilung der Diagnose und der eventuellen Indikationsstellung schafft hierfür Raum und verhilft gerade erst zu einer selbstbestimmten Entscheidung in Kenntnis der relevanten Informationen. Mit einem - paternalistischen – „Schutz der Frau vor sich selbst" hat dies nichts zu tun. Vielmehr berichten in einer derzeit laufenden Studie zu Entscheidungsprozessen in der Pränataldiagnostik die betroffenen Frauen, dass diese Bedenkzeit angesichts der emotionalen Ausnahmesituation unerlässlich ist.

Die meisten halten sogar eine Zeit von 1 bis 1,5 Wochen für angemessen. Aufgrund der praktischen und auch normativen Notwendigkeit dieser Bedenkzeit ist eine Verankerung im Gesetz erforderlich und kann nicht etwa in das Ermessen des Arztes gestellt werden. Ein Konflikt mit dem Prinzip einer vertrauensvollen ärztlichen Beratung ist nicht ersichtlich.

Die Einführung einer Bedenkzeit ist darüber hinaus auch für den indikationsstellenden Arzt erforderlich, der gem. § 218a Abs. 2 StGB eine Prognose über den zukünftigen seelischen Gesundheitszustand der Frau zu treffen hat. Eine ärztliche Erkenntnis über eine Patientin, die sich in einem aktuellen Schockzustand befindet, ist in dieser Hinsicht nicht zu gewinnen (s.a. die Antwort zu Frage Nr. 10).

Wenn künftig zwischen Abbrüchen, bei denen die Bedenkzeit eingehalten werden muss, und solchen, die aufgrund akuter Gefahr sofort erfolgen müssen, unterschieden werden muss, sind keine negativen Auswirkungen auf die Praxis von Schwangerschaftsabbrüchen zu erwarten. Aufgrund der erheblichen Fortschritte in der Schwangerschaftsbetreuung bilden die vorgesehenen Ausnahmefälle von akuter (dann in der Regel: körperlicher) Gefährdung der Frau, die ein sofortiges Einschreiten erforderlich machen, ohnehin die Ausnahme.

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?

Die gängige Praxis müsste sich an manchen Orten anpassen – das ist das gerechtfertigte Ziel der Vorschläge. In vielen Fällen verstreicht eine ausreichende Zeit zwischen Mitteilung eines pathologischen Befundes und Indikationsstellung ohnehin schon durch das Erfordernis von Kontrolluntersuchungen. Durch die Umsetzung der Vorschläge könnte die heute noch zu geringe Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungsgesprächen gesteigert 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?

Verlässliche Zahlen stehen zu dieser Frage mangels statistischer Erfassung nicht zur Verfügung. Für die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der betroffenen Frauen und Paare sind sie zudem nicht entscheidend. Auch bei fehlender Überlebensfähigkeit des Kindes steht die Frage nach dem für die Frau und das Paar besten Vorgehen zur Entscheidung an und auch in diesen Fällen können ärztliche und psychosoziale Beratungen von großer Hilfe sein.

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 vorgeschlagenen Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes können mit der Verpflichtung des Arztes zur umfassenden Beratung, deren weiteren Verpflichtung zur Vermittlung betroffener Frauen an psychosoziale Beratungsstellen und Einführung einer dreitägigen Bedenkzeit entscheidend dazu beitragen, die Situation zu verbessern.

Aufgrund der Komplexität der Entscheidungsfindung ist es darüber hinaus erforderlich, in dieser Situation die jeweils erforderlichen fachärztlichen Kompetenzen einzubinden. Dies sollte durch die verpflichtende Hinzuziehung eines Arztes gewährleistet werden, der auf die pränataldiagnostische festgestellte Gesundheitsschädigung des Kindes spezialisiert ist (s. auch die Antwort auf Frage Nr. 4).

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

Gegenstand der Auseinandersetzungen, die schließlich im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz von 1995 beigelegt wurden, waren die §§ 218 ff. StGB. Zu der in erster Linie umstrittenen Beratungsregelung des § 218a Abs. 1 StGB gehören über die Verklammerung des § 219 StGB die §§ 5 ff. SchKG und damit die Regelungen zur Konfliktberatung. Die vorliegenden Vorschläge zur Änderung des SchKG tasten diesen im Jahre 1995 gefundenen Kompromiss nicht an. Ebensowenig stellen sie die Streichung der embryopathischen Indikation in Frage.

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?

Da sich die angestrebte Neuregelung außerhalb der §§ 218 ff. StGB hält, steht eine Infragestellung des Kompromisses aus dem Jahr 1995 nicht zu befürchten. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des Konzeptes für die medizinisch-soziale Indikation, welches von einer Pflichtberatung für die Schwangere als Rechtfertigungsvoraussetzung absah. Dies wird mit der nun angestrebten Neuregelung nicht angetastet. Wie nach der bisherigen Gesetzeslage ist eine Beratungspflicht für die Schwangere als Voraussetzung für einen rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch-sozialer Indikation nicht vorgesehen; jegliche Verpflichtungen sind immer nur an den Arzt adressiert.

Beweggrund für die Streichung der früheren embryopathischen Indikation war der Wunsch, dem Gesetzeswortlaut den – seit jeher unbeabsichtigten - Anschein der Tolerierung eugenischer Schwangerschaftsabbrüche zu nehmen. Wenn nunmehr durch die Neuregelung des SchKG die Situation schwangerer Frauen, denen nach einer pränataldiagnostischen Untersuchung ein auffälligen Befund mitgeteilt wurde, verbessert wird, indem eine umfassende Aufklärung und Beratung und die Verbesserung der Möglichkeiten der Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung etabliert wird, so geschieht dies nicht entgegen dem ursprünglichen Sinne des Gesetzgebers, sondern ist vielmehr als sinnvolle Ergänzung zu sehen - insbesondere, wenn auch der Beratungsanspruch der Frau in § 2 SchKG um die bereits in der Antwort zu Frage Nr. 5 genannten Aspekte im Kontext von PND erweitert wird.

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?

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?

Die Weitergabe anonymisierter Daten wird z.B. in der klinischen Forschung nicht als ein Problem für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient angesehen, auch wenn die Forschung nur an wenigen Patienten erfolgt. Aufgrund dieser Erfahrungswerte ist ein Konflikt der Dokumentationspflicht weder mit der ärztlichen Schweigepflicht noch mit Aspekten des Datenschutzes zu erwarten.

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?

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?

Eine ausreichend differenzierte statistische Erhebung ist für den Gesetzgeber vor dem Hintergrund der verfassungsgerichtlichen Vorgaben zur Beobachtung und Überprüfung seines Schutzkonzeptes im Rahmen des § 218a StGB unerlässlich.

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

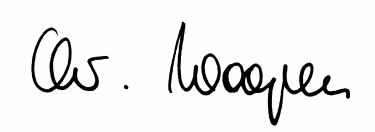
Hierzu haben die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in ihrer gemeinsamen Empfehlung zur Gesetzesänderung detaillierte Vorschläge unterbreitet.

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?

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?

Die Definition sog. Spätabbrüche erfolgt uneinheitlich. Es erscheint sinnvoll, unter den Begriff „Spätabbruch“ nur solche Abbrüche zu fassen, bei denen das Ungeborene auch außerhalb der Gebärmutter schon überlebensfähig sein könnte.

Gemäß der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/019, Dezember 2007) nimmt die Rate überlebensfähiger Neugeborener bei guter neonatologischer Versorgung ab 22 vollendeten Schwangerschaftswochen post menstruationem (= p.m., geburtshilfliche Zählweise) kontinuierlich zu. Das entspricht 20 vollendeten Wochen post conceptionem (= p.c., juristische Zählweise).

Auf die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen hat diese Begrifflichkeit keine Auswirkungen, da sich die Pflichten der Ärzte und die Ansprüche der schwangeren Frauen unabhängig vom Schwangerschaftsstadium zu Recht auf alle Fälle von Schwangerschaftsabbrüchen nach Pränataldiagnostik beziehen.

Köln, den 11. März 2009