



Geschäftsstelle  
Postfach 20 03 63  
80003 München  
Telefon (0 89) 2 444 66 0  
Telefax (0 89) 2 444 66 100  
E-Mail [bvf@bvf.de](mailto:bvf@bvf.de)  
Internet <http://www.bvf.de>

**Stellungnahme des BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Bundestagsdrucksache 16/11106 u.a.)**

Der BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. vertritt die Interessen von ca. 13.500 niedergelassenen und klinisch tätigen Frauenärztinnen und Frauenärzten. Die Betreuung Schwangerer sowie die Beratung der Schwangeren im Rahmen der Schwangerenvorsorge, aber auch in Konfliktsituationen bei auffälligen Befunden jeglicher Genese zählen zum Alltag und zum Selbstverständnis der Frauenärztinnen und Frauenärzte.

Bereits aufgrund der bisherigen Gesetzeslage sind wir Frauenärztinnen und Frauenärzte verpflichtet, die Schwangere bzw. die Eltern, die mit der extrem belastenden Situation konfrontiert sind, möglicherweise ein behindertes Kind zu bekommen, ausführlichst zu beraten.

Die Beratungspflichten der Frauenärztinnen und Frauenärzte sind in den Mutterschaftsrichtlinien und den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen und der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer bereits festgelegt und werden gelebt.

Der Berufsverband der Frauenärzte sieht daher **keinen gesetzlichen Handlungsbedarf und lehnt ausdrücklich die geplante Erweiterung von Regelungen zur Dokumentationspflicht des ärztlichen Aufklärungsgespräches, die Vorlage der Dokumentation an eine aufsichtsführende Behörde sowie ein Bußgeld an sich bzw. die Erhöhung des Bußgeldbetrages ab.**

**Wir begrüßen jedoch die Vorschläge zur Verbesserung der Aufklärung, Beratung und Unterstützung der Frauen in diesen Konfliktsituationen wie sie im Antrag der Abgeordneten Humme Nr. 16/11342 vorgeschlagen werden.**

Um die Beratungssituation der Frauen und Eltern in dieser schwierigen Konfliktsituation zu verbessern, sollte der Anspruch auf eine psychosoziale Beratung konkreter in den untergesetzlichen Regelungen wie den Mutterschaftsrichtlinien, aber auch im Mutterpass verankert werden.

Zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Volker Kauder, Renate Schmid, Johannes Singhammer O.A., Nr. 16/11106 nehmen wir Stellung wie folgt:

**Überprüfung der Dokumentation durch die Behörde - Neuregelung § 2 a, Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchwKG)**

Die Verpflichtung zur Dokumentation des ärztlichen Aufklärungsgespräches sowie der ärztlichen Behandlung ergibt sich bereits aus § 10 der Musterberufsordnung und bedarf keiner zusätzlichen Verankerung in einem neuen Gesetz. Sie ergibt sich ebenfalls als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Die Beratung einer Schwangeren insbesondere in Konfliktsituationen ist für uns Frauenärztinnen und Frauenärzte eine Selbstverständlichkeit.

**Die Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht durch die geplante Herausgabe der ärztlichen Dokumentation an eine nichtärztliche Behörde lehnen wir entschieden ab.**

Die geplante Gesetzesänderung, wonach die Dokumentation der Beratung auf Verlangen der zuständigen Behörde offen zu legen ist, stellt eine nicht zu akzeptierende Belastung der in dieser Situation ohnehin sehr schwierigen Arzt-Patientinnen-Interaktion dar.

Die Schwangere, die sich in der absoluten Ausnahmesituation befindet, sich mit einer möglichen Behinderung ihres Kindes auseinandersetzen zu müssen, müsste künftig vor dem Gespräch darüber aufgeklärt werden, dass die ärztliche Dokumentation über das Gespräch ggf. an die zuständige Behörde weitergegeben wird. Die Offenheit und Tiefe des Gespräches wird sich maßgeblich verändern, und damit eine umfassende Beratung unmöglich machen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Frauenärztin/Frauenarzt und Patientin, das Grundvoraussetzung für einen Beratungserfolg ist, wird in dieser ohnehin schwierigen Situation unnötig strapaziert bzw. komplett unterbunden.

Zudem ist mit entsprechenden Ausführungsgesetzen zu rechnen, da die geplante Gesetzesänderung einer Konkretisierung bedarf. In diesem Rahmen ist durchaus zu erwarten, dass eine regelhafte Herausgabe der Dokumentation eingeführt wird. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass trotz Anonymisierung der Daten auf Grund der wenigen Fälle und der Individualität dieser Fälle ein Rückschluss auf die Person der Schwangeren möglich ist.

### **§ 13 a SchwKG - Bedenkzeit:**

Die Einführung einer Bedenkzeit von 3 Tagen, wenn nach der Beratung wegen fetaler Erkrankung ein Schwangerschaftsabbruch in Betracht kommt, halten wir für absolut unzumutbar.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich in dieser schwierigen Situation oftmals ergänzende Untersuchungen und Beratungen ohnehin bereits über mehrere Tage hinziehen. Die Eltern, die sich ein Kind gewünscht hatten, nach ihrer schweren Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch noch tagelang leiden zu lassen ist grausam und unzumutbar. Ein Zeitintervall von 3 Tagen kann allenfalls als Intervall zwischen Erstfeststellung einer fötalen Behinderung und dem Schwangerschaftsabbruch selbst gefordert werden.

**§ 14 - geforderte Erweiterung des Bußgeldkataloges:**

**Die geforderte Erweiterung des Bußgeldkataloges bei gleichzeitiger Verdoppelung der maximalen Bußgeldsumme in dem geplanten Entwurf für den indizierenden Arzt ist völlig inakzeptabel und wird von uns ausdrücklich zurückgewiesen.** Sie bedeutet eine Inkriminierung der Ärzteschaft und **dient unseres Erachtens dem Bestreben, Ärzte von der Ausstellung einer medizinischen Indikation gemäß § 218 A StGB abzuhalten.** Die Beratungssituation der Schwangeren wird dadurch extrem erschwert.

Vor diesem Hintergrund besteht kein Bedarf die geltende Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch abzuändern. Auch ohne Gesetzesänderung ist die Verankerung einer verpflichtenden und verbesserten Information der Schwangeren und des Anspruches auf eine vertiefte psychosoziale Beratung in den Mutterschaftsrichtlinien und in dem Mutterpass möglich. Darüber hinaus ist festzustellen, dass heute schon die absolute Mehrheit der Betroffenen Pränatalzentren und deren angeschlossenen Frauenkliniken zugeführt werden. Netzwerke zur umfassenden Versorgung der Betroffenen haben sich bereits allerorten in den letzten Jahren gebildet und werden gelebt.

München, den 11.03.2009

Dr. med. Christian Albring  
Präsident



Anlage: Fragenkatalog – Anlage 6 zur Anhörung am 16.3.2009 – Antworten des BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V.

## Antworten des BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. zum

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

1. Im Jahr 1995 wurde die so genannte 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?

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?

Dem BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. sind keine wissenschaftlichen Untersuchungen zu Inhalt und Qualität der Beratungen vor und nach pränataler Diagnostik und bei Feststellung eines embryopathischen Befundes bekannt.

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?

Auf welchen Daten die Annahme beruht, wonach Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend medizinisch beraten und/oder es unterlassen, auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung aufmerksam zu machen ist uns unbekannt und unserer Erfahrung nach unzutreffend. Wir halten es für eine Unterstellung, dass Ärztinnen und Ärzte Frauen in dieser besonderen Situation zu einem Abbruch drängen.

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?

Wir sehen Handlungsbedarf dahingehend, die Aufklärung, Beratung und Unterstützung der Frauen in dieser Situation zu verbessern. Es besteht jedoch kein gesetzlicher

Handlungsbedarf. **Nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamts ist die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche 2008 – wie bereits 2007 – weiter gesunken.**

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

Nein. Schwangere mit dem Verdacht einer fötalen Behinderung werden in der absoluten Mehrheit der Fälle Pränatalzentren und deren anhängenden Frauenkliniken zugeführt. Netze haben sich bereits allerorten gebildet.

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

Untergesetzliche Regelungen sind völlig ausreichend.

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

Ja.

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?

Eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beratungsstellen, der Klinik und den niedergelassenen Frauenärzten z.B. durch Fortbildungsveranstaltungen sowie eine bessere Information der Schwangeren bzw. Eltern durch entsprechende Informationsunterlagen z.B. der BZgA.

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 werden de Eltern in Konfliktsituationen besonders wirkungsvoll und für wie wichtig halten Sie nach Ihrer Erfahrung psychosoziale Beratung?

Jeder niedergelassene Frauenarzt muss Beratungsunterlagen zur Verfügung haben und die Verpflichtung zur umfassenderen Beratung der Schwangeren kennen.

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 umfassendere Beratung wird vom BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. unterstützt.

11. Die vorliegenden Vorschläge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes betreffen alle Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation und nicht nur

die sog. Spätabbrüche. Welche Auswirkungen hätten die gesetzlichen Änderungen auf die Praxis von Abbrüchen und das Wesen der medizinischen Indikation? Wie würden die Ärztinnen und Ärzten auf die neuen Regelungen reagieren? Was würde hieraus für die betroffenen Frauen resultieren und wie könnten sie ggf. hierauf reagieren?

Die geplanten Gesetzesänderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz gem. Entwurf Nr. 16/11106 (Kauder, Schmidt, Singhammer) werden dazu führen, dass kaum noch ein Arzt eine medizinische Indikation ausstellen wird und Frauen gezwungen werden, ins Ausland zu gehen.

Die Einführung des Bußgeldes bei nicht ordnungsgemäßer Dokumentation, die Aufweichung der ärztlichen Schweigepflicht durch die Herausgabe der Dokumentation an eine nichtärztliche Behörde kriminalisiert die Ärzte und würde dazu führen, dass die gesetzliche Regelung zur medizinischen Indikation nach § 218 a StGB ausgehebelt wird. Die Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erfordert zur Umsetzung in der Praxis zwingend entsprechende Ausführungsgesetze z.B. die Regelung der Herausgabe der Behandlungsunterlagen des Arztes bei medizinischen Indikationen an die jeweilige Behörde.

Die Überprüfung der Dokumentation durch die zuständige Behörde führt dazu, dass das ärztliche Handeln einer nichtärztlichen Bewertung unterzogen wird. Gleichzeitig ist zu befürchten, dass gegen Ärzte, die eine Indikation zum medizinischen Schwangerschaftsabbruch ausgestellt haben, ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wird, wenn die überprüfende Behörde der Auffassung ist, dass die Voraussetzungen für die Indikation nicht vorlagen.

Alein die Befürchtung, dass solche Maßnahmen eingeleitet werden könnten, wird zu einer Aushöhlung der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch führen.

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?

Da die Information heute am ehesten über das Internet erfolgt, ist es umso wichtiger, den behandelnden FrauenärztInnen die besten Beratungsmaterialien zur Erklärung und Weitergabe zur Verfügung zu stellen.

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?

Ja, durch die Weiterentwicklung der Beratung und der Beratungsunterlagen und die Implementierung in den MuRiLi bzw. im Mutterpass.

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

Umfassend und unterstützt durch Anschauungsmaterial unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen.

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

Durch eine bessere bzw. konkretere Verankerung in den Mutterschaftsrichtlinien. Bisher enthalten die Mutterschaftsrichtlinien lediglich einen pauschalen Verweis auf den Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes.

Die Mutterschaftsrichtlinien sind von den Frauenärztinnen und Frauenärzten zwingend zu beachten.

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?

Sie sollten möglich sein, aber nicht erzwungen werden.

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 Einführung einer Bedenkzeit ist allenfalls als Intervallangabe von der Erstfeststellung einer Fehlbildung bis zur Durchführung eines Abbruchs akzeptabel. Eine Bedenkzeit sollte flexibel gestaltet sein, da die Belastung für die Schwangere bzw. die Eltern in dieser Situation ohnehin sehr groß ist und durch eine starre Beratungsfrist dieser Situation nicht immer Rechnung getragen werden kann. Zudem würde das der Auslegung zugängliche Kriterium der „akuten Gefahr“, die auch bei einer starken psychischen Belastung und drohenden Selbstgefährdung der Schwangeren anzunehmen sein wird und zu einer Ausweitung dieser Indikation führen kann.

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?

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?

Nach unserem Wissen hat die Aussage Bestand. Umfassende Diagnosen sind um so besser zu stellen, je weiter eine Schwangerschaft fortgeschritten ist.



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?

Nein.

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

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

Die angestrebte Neuregelung stellt den im Jahr 1995 gefundenen Kompromiss in Frage und wird die gesetzliche Regelung zum medizinischen Schwangerschaftsabbruch aushebeln.

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 geplante Gesetzesänderung führt zur Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht. Die Vorlagepflicht der Dokumentation bei der zuständigen Behörde führt zu einer massiven Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Schwangerer, die in dieser äußerst schwierigen und belastenden Situation zunächst darüber aufgeklärt werden muss, dass die Inhalte des Beratungsgesprächs letztlich nicht vertraulich behandelt werden. Auch wenn die Dokumentation des Gesprächs keine Rückschlüsse auf die Identität der Schwangeren zulassen soll, ist aufgrund der wenigen Fälle und ihrer jeweiligen Individualität ein Rückschluss auf die Person der Schwangeren nicht auszuschließen. Eine vollständige Anonymisierung der Daten halten wir daher nicht für möglich und daher für datenschutzrechtlich unzulässig.

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?

Diese ist völlig inakzeptabel. Die Einführung eines Bußgeldes bei gleichzeitiger Anhebung desselben für den Arzt, der die Schwangere berät, dient ausschließlich dazu, Frauenärztinnen und Frauenärzte von der Ausstellung einer medizinischen Indikation abzuschrecken. Keinesfalls dient sie der Verbesserung des Beratungsangebots der Frauen.

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?

Bei der Anzahl der Erkrankungen pro Jahr wird eine Statistik der Problematik als solcher nur in geringem Ausmaße gerecht. Sie dürfte nur so wenige Informationen erhalten wie notwendig sind, um die Anonymität der Betroffenen strikt zu wahren.

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

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

Keine, sie dient nur dem Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Offenlegung.

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 Annahme ist völlig falsch und dient in keiner Weise der Hilfe für die Betroffenen.