



**Gesetzliche Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

**Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der  
Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

**für die Anhörung**

**am 16. März 2009**

Bearbeitungshinweis:

Zur Erleichterung der Lesbarkeit der nachstehenden Anmerkungen wird die Bezeichnung Arzt, Mediziner und Patient als generisches Maskulinum verwendet. Selbstverständlich umfassen die Beschreibungen auch Ärztinnen, Medizinerinnen und Patientinnen.

## Gliederung

	<b>Seite</b>
<b>Zusammenfassende Bewertung der Gesetzentwürfe und Anträge</b>	5
<b>A. Einleitung</b>	9
<b>B. Der § 218a Abs. 2 StGB und seine Stellung im Rahmen der Regelung zum Schwangerschaftsabbruch - derzeitige Rechtslage</b>	10
<b>C. Standpunkte und Initiativen der Bundesärztekammer</b>	12
1.1 Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldia- gnostik	12
1.2 Die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen ( <b>Anlage 1</b> )	13
1.3 Vorschläge der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. zur Än- derung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwanger- schaftsabbruch aus medizinischer Indikation ( <b>Anlage 2</b> )	14
<b>D. Kursorischer Überblick über die Rechtsprechung zum Umfang und Inhalt der ärztlichen Beratungspflicht bei ei- nem Schwangerschaftsabbruch</b>	15
<b>E. Zwischenfazit</b>	22
<b>F. Zu den Gesetzentwürfen und Anträgen</b>	23
1. Notwendigkeit und Ziel einer gesetzlichen Regelung	23
2. Gegenstand und Ort der Regelung	25
3. Die Regelungsvorschläge in den Gesetzentwürfen und Anträgen	26
3.1 Der Entwurf der Abgeordneten Kauder, Schmidt, Singham- mer et al.	26
3.1.1 Inhaltliche Ausrichtung	26

---

<b>3.1.2</b>	Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten	28
<b>3.2</b>	Der Entwurf der Abgeordneten Griese et al.	34
<b>3.2.1</b>	Inhaltliche Ausrichtung	34
<b>3.2.2</b>	Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten	36
<b>3.3</b>	Der Entwurf der Abgeordneten Lenke et al.	38
<b>3.3.1</b>	Inhaltliche Ausrichtung	38
<b>3.3.2</b>	Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten	39
<b>3.4</b>	Antrag der Abgeordneten Humme et al.	42
<b>3.4.1</b>	Inhaltliche Ausrichtung	42
<b>3.4.2</b>	Stellungnahme zu den wesentlichen Inhalten	43
<b>3.5</b>	Antrag der Abgeordneten Dr. Tackmann et al.	47
<b>3.5.1</b>	Inhaltliche Ausrichtung	47
<b>3.5.2</b>	Stellungnahme zu den wesentlichen Inhalten	49

## Zusammenfassende Bewertung der Gesetzentwürfe und Anträge

Die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) begrüßen es, dass sich der Deutsche Bundestag mit der Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-sozialer Indikation befasst. Die Ärzteschaft weist seit Jahren auf die bestehenden Probleme hin und fordert gesetzliche Korrekturen.

Jede ärztliche Maßnahme zur Behandlung eines Patienten beruht auf der ärztlichen Indikation und der Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung setzt wiederum eine dem Einzelfall angemessene Aufklärung und Beratung voraus.

Juristische Grundlage der Einwilligung nach Aufklärung bildet Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 GG. Darauf aufbauend sind die Rechtsgüter wie Körper, Gesundheit und Freiheit auch über das zivile Deliktsrecht der §§ 823 ff. BGB geschützt.

Die Aufklärung des Patienten wird als eine wesentliche Pflicht des Arztes aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten angesehen. Zudem findet sich zur Aufklärung eine Regelung in § 8 (Muster-)Berufsordnung bzw. in den Berufsordnungen der Landesärztekammern.

Inhalt und Umfang der Aufklärung und Beratung werden maßgeblich durch die Rechtsprechung geprägt.

Nach der Streichung der embryopathischen Indikation entfiel die gesetzliche Beratungspflicht nach § 219 StGB a. F., damit aber nicht die Notwendigkeit einer umfassenden Information und Aufklärung in diesen äußerst schwierigen Konfliktsituationen. Deshalb hat die Ärzteschaft diesbezüglich stets Nachbesserungen gefordert. Gleiches betraf die Bedenkzeit und die Erfassung statistischer Daten. Diese wesentlichen Aspekte sind deshalb in dem unter Punkt 1.3 erwähnten Vorschlag zur Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation eingeflossen.

Die vorliegenden Gesetzentwürfe haben diesen inhaltlichen Regelungsansatz teilweise antizipiert, ohne dem Vorschlag im Einzelnen zu folgen.

Ziel der ärztlichen Bemühungen und der pränatalen Medizin ist es, Frauen in Konfliktsituationen zu helfen, adäquate Entscheidungen zu finden. Die in dem Kontext notwendige Abwägung muss das Lebensrecht des Kindes ebenso berücksichtigen wie das Bedürfnis der Schwangeren nach einer ausgewogenen Entscheidung im Hinblick auf ihr Leben und ihre Gesundheit.

Die Regelungsnotwendigkeit ergibt sich aus den mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation festgestellten Defiziten, insbesondere wegen des Wegfalls der gesetzlichen Beratungspflicht nach § 219 StGB a. F. und der Bedenkzeit zwischen Indikationsstellung und Abbruch.

**Die in dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Kauder, Schmidt, Singhammer et al. (BT-Drs. 16/11106)** enthaltenen Regelungen greifen nicht nur die Empfehlungen zur Information und Beratung aus den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen und aus den Vorschlägen der Bundesärztekammer und der DGGG zur Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-sozialer Indikation auf, sondern entwickeln diese weiter und führen zu einer strukturierten Beratung zur Unterstützung und Hilfestellung von Schwangeren in Belastungs- oder Konfliktsituationen. Sie zeichnen sich durch die enge Verbindung von ärztlicher und vertiefender psychosozialer Beratung aus. Diese wird von weiteren Maßnahmen, insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, flankiert. Die Einführung einer mindestens dreitägigen Bedenkzeit bis zur schriftlichen Feststellung eines Schwangerschaftsabbruchs ist vorgesehen. Diese Regelungen werden begrüßt.

Sofern die Regelungen zur Dokumentationspflicht über die geltende Rechtslage hinausgehen, ist die Vorlage der Dokumentation an eine zuständige Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung nicht regelungsbedürftig. Für die Sanktionierung einer nicht ordnungsgemäßen Dokumentation bestehen bereits ausreichende Maßnahmen.

Bei Annahme dieses Gesetzesentwurfs werden sowohl die Mutterschafts-Richtlinien als auch die Richtlinien zur Pränataldiagnostik entsprechend zu aktualisieren sein.

**Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Griese et al. (BT-Drs. 16/11347)**

setzt teilweise die von der Ärzteschaft angeregten Änderungen um und wird insofern begrüßt. Verbesserungsfähig ist die im Ansatz geregelte Konzeption zur Beratung und Aufklärung der Schwangeren und ihres Partners in Konfliktsituationen nach einer pränataldiagnostischen Maßnahme bzw. nach Feststellungen, die einen Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 2 StGB rechtfertigen könnten. Die Aufklärungs- und Beratungspflichten nach § 2a Abs. 1 und 2<sup>1</sup> sollten durch weitere Maßnahmen wie sie im Gesetzentwurf BT-16/11106 enthalten sind, flankiert werden.

Die Hinweis- und Vermittlungspflichten für Ärzte bewirken ohne einen breiten, strukturierten Beratungsansatz eine Verschiebung der Verantwortlichkeit in den medizinischen Bereich. Verschärft wird dieser Eindruck durch die Ergänzung der Tatbestände für Ordnungswidrigkeiten.

Die Einräumung einer mindestens dreitägigen Bedenkzeit bis zur schriftlichen Feststellung eines Schwangerschaftsabbruchs ist zu begrüßen.

Sofern die Regelungen zur Dokumentationspflicht über die geltende Rechtslage hinausgehen, ist die Vorlage der Dokumentation an eine zuständige Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung nicht regelungsbedürftig. Auch stehen ausreichend Maßnahmen für eine Sanktionierung bei Verstößen gegen eine ordnungsgemäße Dokumentation zur Verfügung.

**Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Lenke et al. (BT-Drs. 16/11330)** ist insofern zu begrüßen, als die Information, Aufklärung und Beratung für Schwangere geregelt und verbessert werden. Die wesentlichen Regelungselemente (Beratung, Bedenkzeit und Ergänzung der statistischen Erhebung) sind berücksichtigt. Eine Dokumentationspflicht oder Meldung an eine zuständige Behörde ist nicht vorgesehen. Die von der Bundesärztekammer geforderte Verbesserung der statistischen Erhebung ist ansatzweise umgesetzt. Die Erweiterung der Ordnungswidrigkeiten ist nicht notwendig.

---

<sup>1</sup> Die angegebenen Paragraphen beziehen sich auf den im jeweiligen Abschnitt besprochenen Gesetzentwurf.

Insgesamt handelt es sich um einen liberalen Gesetzentwurf, der auch in diesen schwierigen Entscheidungssituationen auf die Verantwortung aller Beteiligten im Interesse des Schutzes des ungeborenen Lebens vertraut.

**Die mit dem Antrag der Abgeordneten Humme et al. (BT-Drs. 16/11342)** verbundenen Ziele können nach Auffassung der Bundesärztekammer mit den angesprochenen Maßnahmen, insbesondere den Regelungen im geplanten Gendiagnostikgesetz oder in den Mutterschafts-Richtlinien und im Mutterpass nur bedingt erreicht werden. Die Mutterschafts-Richtlinien erfassen nur die gesetzlich Versicherten. Zudem basieren Richtlinien auf einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage; sie können das geltende Recht nur konkretisieren bzw. in diesem Rahmen gestalten, nicht aber konstitutiv einen Rechtsanspruch begründen oder diesen erweitern.

Im Übrigen finden die Forderungen der Bundesärztekammer und der DGGG im Hinblick auf eine Beratungsregelung, die Bedenkzeit und eine verbesserte statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen keine Berücksichtigung.

Der Anwendungsbereich des GenDG-E ist – der Konzeption dieses Gesetzentwurfes entsprechend – für die vorgeburtliche Diagnostik auf die genetische Untersuchung auf der Ebene genetischer Analysen zu beschränken.

Im Gendiagnostikgesetz ist der Verweis auf weitere Beratungsmöglichkeiten ausreichend. Die Beratungsregelung im Schwangerschaftskonfliktgesetz könnte mit Blick auf das Problem der sog. „späten Schwangerschaftsabbrüche“ aus medizinisch-sozialer Indikation ergänzt werden, ggf. auch im Rahmen eines Artikelgesetzes.

**Die mit dem Antrag der Abgeordneten Dr. Tackmann et al. (BT-Drs. 16/11377)** verbundenen Ziele können nach Auffassung der Bundesärztekammer und der DGGG mit den angesprochenen Maßnahmen, insbesondere mit untergesetzlichen Regelungen (z. B. Mutterschafts-Richtlinien) nur bedingt erreicht werden. Im Übrigen finden unsere Forderungen im Hinblick auf eine Beratungsregelung, die Bedenkzeit und eine verbesserte statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen in dem Antrag keine Berücksichtigung.

## A. Einleitung

Die Bundesärztekammer und die DGGG begrüßen es, dass sich der Deutsche Bundestag mit der Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-sozialer Indikation befasst. Die Ärzteschaft weist seit Jahren auf die bestehenden Probleme hin und fordert gesetzliche Korrekturen.

Stellung genommen wird zu den folgenden Gesetzentwürfen bzw. Anträgen:

- Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Abgeordneten Singhammer et al. (BT-Drs. 16/11106);
- Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten der Abgeordneten Griese et al. (BT-Drs. 16/11347);
- Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Abgeordneten Lenke et al. (BT-Drs. 16/11330);
- Antrag der Abgeordneten Humme et al., Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft ausbauen – Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen (BT-Drs. 16/11342) und
- Antrag der Abgeordneten Tackmann et al., Späte Schwangerschaftsabbrüche – Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken (BT-Drs. 16/11377).

Eine der schwierigen Materie angemessene Einschätzung der vorliegenden Gesetzentwürfe und Anträge setzt voraus, sich zunächst über die Sachfragen und die geltende Rechtslage Klarheit zu verschaffen (dazu B.). Die Standpunkte und Initiativen der Bundesärztekammer werden in Teil C. dargestellt.

Auf dieser Grundlage werden die rechtspolitischen Vorschläge im Einzelnen bewertet und zwar primär hinsichtlich der Aufklärung und Beratung, Bedenkzeit und der statistischen Erfassung (F.).

Die Ergebnisse der Stellungnahme werden zusammengefasst und den Ausführungen vorangestellt.

## B.

## Der § 218a Abs. 2 StGB und seine Stellung im Rahmen der Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch – derzeitige Rechtslage

Die §§ 218 ff. StGB enthalten die strafrechtlichen Regelungen, die das werdende Leben schützen sollen. Die Einordnung des Schwangerschaftsabbruchs in das Strafrecht ist historisch bedingt. Die in Deutschland nach der Wiedervereinigung und nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.05.1993 geführte Diskussion führte zu dem Ergebnis, dass eine komplizierte Regelung der Einzelindikationen des Schwangerschaftsabbruchs bis zur vollendeten 22. Woche post conceptionem (p.c.) als Rechtfertigungs- oder Strafausschließungsgrund vorsieht<sup>2</sup>.

Nach den §§ 218 ff. StGB und der Neufassung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHG) vom 21. August 1995<sup>3</sup> unterliegt der Schwangerschaftsabbruch nach wie vor grundsätzlich der Strafdrohung, wenn auch erst nach „Abschluss der Einnistung“<sup>4</sup> des Embryos. Gem. § 218a Abs. 2 StGB ist ein Schwangerschaftsabbruch nach folgender Maßgabe straflos:

„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, 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.“

Diese medizinisch-soziale Indikation „gilt unter den bereits seit dem 1. StÄG vorgesehenen Voraussetzungen fort, nachdem die ‚Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse‘, auf die das SFHG wohl mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines nicht rechtswidrigen Abbruchs nach Beratung glaubte verzichten zu können“<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Schönke, Schröder, Strafgesetzbuch, Kommentar, 27. Auflage, §§ 218 ff., Vorbemerkung, Rn. 1ff.

<sup>3</sup> Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21.08.1995

<sup>4</sup> Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht, 6. Auflage, Rn. 737

<sup>5</sup> Schönke, Schröder, .a. a. O., § 218a, Rn. 26 m. w. N.

Diese Regelung steht deshalb im Fokus der Betrachtungen, weil sie als „Auffangindikation“ für die bisher embryopathisch indizierten Fälle eine weitere Funktion erhalten hat. Die frühere „eugenische“ und „allgemeine Notlagenindikation“ sollen nach dem Willen des Gesetzgebers durch die medizinisch-soziale Indikation aufgefangen werden; denn „gleichermaßen können Fälle der bisherigen allgemeinen Notlagenindikation, an deren Stelle nun weiterhin der straflose beratende Abbruch nach Abs. 1 getreten ist, bei Vorliegen einer entsprechenden Gefahrenlage in der medizinisch-sozialen Indikation (Abs. 2) Berücksichtigung finden“<sup>6</sup>.

Mit anderen Worten: Nach Wegfall der sog. embryopathischen Indikation mit den gesetzlichen Änderungen zum Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1995 bezweckte der Gesetzgeber die Integration dieser Fälle in die medizinisch-soziale Indikation<sup>7</sup>.

Durch diese Änderung entfiel insoweit die gesetzliche Beratungspflicht nach § 219 StGB, die mindestens drei Tage vor dem Eingriff erfolgen musste, es entfiel die zeitliche Befristung derart indizierter Abbrüche und ihre gesonderte statistische Erfassung. Darauf hatte die Bundesärztekammer mit einer „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ frühzeitig hingewiesen.

---

<sup>6</sup> Schönke, Schröder, a. a. O., § 218a, Rn. 20 und 26

<sup>7</sup> BT-Drs. 13/1850, S. 25 f., 37 und 54 ff.

## C.

### Standpunkte und Initiativen der Bundesärztekammer

Besonders hervorgehoben werden sollen die Erklärungen zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen sowie der Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation aus dem Jahre 2006.

#### 1.1 Die Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik

In dieser Erklärung wird u. a. herausgearbeitet, dass die Änderung der Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1995 folgende Auswirkungen hatte:

1. Wegfall der embryopathischen Indikationen im Sinne des § 218a StGB a. F., in deren Rahmen eine Frist von 22 vollendeten Wochen p. c. für Schwangerschaftsabbrüche vorgeschrieben war;
2. Wegfall der Beratungspflichten nach § 219 StGB, die im Rahmen der alten embryopathischen Indikation bestand, und damit Wegfall der Frist von drei Tagen nach Beratung bis zur Durchführung des Abbruchs nach Pränataldiagnostik;
3. Wegfall der speziellen statistischen Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen, bei denen eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung für die Indikationsstellung von Bedeutung ist.

Die Ärzteschaft sah und sieht im Hinblick auf die genannten Aspekte gesetzgeberischen Handlungsbedarf zum Schutz kranken und behinderten Lebens.

Die Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik enthält umfängliche inhaltliche Hinweise zur **ärztlichen Beratung** nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung und sie schließt mit folgenden Empfehlungen:

- „1. Nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung sollen Beratungsgespräche gemäß Abschnitt II durchgeführt und dokumentiert werden. Die Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch, bei dem eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung die Unzumutbarkeit begründet, den Konflikt auf eine andere Art und Weise zu lösen, soll durch mindestens zwei der beratenden Ärzte einvernehmlich gestellt werden. Es soll eine angemessene Bedenkzeit zwischen Beratungen und Schwangerschaftsabbruch eingehalten werden.
2. Der Zeitpunkt, zu dem die extrauterine Lebensfähigkeit des Ungeborenen gegeben ist, soll, abgesehen von den in Abschnitt I genannten seltenen Ausnahmefällen, in der Regel als zeitliche Begrenzung für einen Schwangerschaftsabbruch nach pränataldiagnostisch erhobenem auffälligem Befund angesehen werden.
3. Es sollen die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die spezielle statistische Erfassung derjenigen Schwangerschaftsabbrüche, bei denen eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung von Bedeutung war, gewährleistet ist. Im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht festgestellte Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht sowie aus Gründen der Qualitätssicherung sollen die Indikationsgrundlage, das Schwangerschaftsalter, die Methode des Schwangerschaftsabbruchs sowie die postnatale Befundsicherung erfasst werden.
4. Es sollen die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass das Weigerungsrecht, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, ausschließlich für die Fälle unmittelbarer Lebensgefahr der Schwangeren aufgehoben ist.“<sup>8</sup>

## 1.2 Die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen

Diese Richtlinien werden im Zusammenhang mit den vorliegenden Gesetzentwürfen und Anträgen deshalb besonders hervorgehoben, weil sie umfangreiche **Empfehlungen zur Information und Beratung** der Schwangeren vor Durchführung einer gezielten pränatalen Diagnostik sowie nach pränataler Diagnose einer Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Kindes beinhalten (**Anlage 1**, insbesondere Punkt 2 der Richtlinie). Diese Richtlinie ergänzt die

<sup>8</sup> Dt. Ärzteblatt 1998, Heft 47, A-3013 – 3016

Mutterschafts-Richtlinien mit ihren klaren Anweisungen zu den erforderlichen ärztlichen Maßnahmen während der Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung.

### **1.3 Vorschläge der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation**

Darauf aufbauend sind durch die Bundesärztekammer und die DGGG Vorschläge zur Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation unterbreitet worden (**Anlage 2**). Diese Vorschläge orientierten sich an der bestehenden Rechtslage und knüpften u. a. an die Regelungen im StGB an. In der Präambel des gemeinsamen Vorschlags wird zunächst der grundlegende Konflikt bei einem Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik dargelegt. Im Interesse einer umfassenden Lösung der Konfliktsituation beziehen die Vorschläge Regelungen des StGB ebenso ein wie Änderungen in anderen Vorschriften, z. B. dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. Weitere Vorschläge beziehen sich auf die Dokumentation im Rahmen der Schwangerschaftsabbruchstatistik.

Ziel dieses Vorschlages war es insbesondere, auf die bestehenden tatsächlichen und rechtlichen Konfliktsituationen hinzuweisen und der komplizierten Thematik angemessene Vorschläge zu unterbreiten. Der Vorschlag der Ärzteschaft sieht eine ärztliche Beratung bei Abbruch aus medizinischer Indikation vor. Der Arzt muss demnach die Schwangere auf die Hilfen einer psychosozialen Beratung hinweisen. Nach der Beratung durch den Arzt muss eine Bedenkzeit von mindestens drei Tagen eingehalten werden. Auch die statistische Erfassung des Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation ist zu verbessern, um bestehende Lücken zu beseitigen.

## D.

### Kursorischer Überblick über die Rechtsprechung zum Umfang und Inhalt der ärztlichen Beratungspflicht bei einem Schwangerschaftsabbruch

Im Hinblick auf die Gesetzentwürfe ist die Rechtsprechung der Zivilgerichte zum Umfang und Inhalt der ärztlichen Beratung bei Schwangerschaftsabbrüchen wegen der Haftung von besonderer Relevanz. Gleichzeitig zeigt die zivilrechtliche Konstruktion die Schwächen des strafrechtlichen Kompromisses, der Eingang in das Gesetz gefunden hat, auf.

„Denn wenn trotz der Rechtswidrigkeit des Abbruchs nach dem BVerfG gleichzeitig ggf. eine wirksame (arzt-)vertragliche Verpflichtung zum Abbruch besteht und eben kein Fall von §§ 134, 138 BGB vorliegt, beschwört dies unweigerlich einen flagranten Bruch des Prinzips der Einheit der Rechtsordnung herauf.“<sup>9</sup>

Dies belegen Auszüge aus den Leit- bzw. Orientierungssätzen der im Folgenden wiedergegebenen Entscheidungen:

**a)** OLG München, Urteil vom 26.09.2002, Az.: 1 U 4148/99

1. Wird dem eine Schwangerschaft betreuenden Gynäkologen mitgeteilt, dass in den Familien der Eltern ein Fall von Mongoloismus aufgetreten ist, muss er die Eltern darüber belehren, dass es neben der nicht vererblichen freien Trisomie auch eine vererbliche Form, die Translokationstrisomie, gibt.
2. Bei der Belehrung über die Formen der pränatalen Diagnostik gehört es nicht zum ärztlichen Standard, den sog. Triple-Test anzubieten. Bei der Aufklärung im Zusammenhang mit einer familiären Vorbelastung reicht es aus, wenn der Arzt auf die Möglichkeit hinweist, durch eine genetische Blutuntersuchung des Elternteils oder des Familienmitglieds abzuklären, ob eine Erbkrankheit vorliegt. In diesem Fall ist es unbeacht-

<sup>9</sup> Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht a. a. O., Rn. 736

lich, dass der Triple-Test auch eine Risikopräzisierung bezüglich einer freien Trisomie ermöglicht.

3. Zwischen dem Gesundheitsschaden, der durch die Geburt eines an einer freien, nicht vererblichen Trisomie leidenden Kindes eintritt, und der Beratung und Aufklärung über die Risiken, die von derselben Erkrankung eines Familienmitglieds ausgehen, besteht kein Pflichtwidrigkeitszusammenhang, da von der Erkrankung des Familienmitglieds kein Risiko ausgeht.
4. Neben der Aufklärung über eine pränatale Erbgutuntersuchung durch eine Amniozentese muss der Arzt nicht auch über die Möglichkeit einer Chorionzottenbiopsie aufklären, da diese gegenüber der Amniozentese ein höheres Fehlgeburtsrisiko bei einer um den Faktor 10 erhöhten Rate von unklaren Befunden aufweist.

**b)** OLG Düsseldorf, Urteil vom 10.01.2002, Az.: 8 U 79/01

1. Durch die Neufassung der §§ 218 ff. StGB hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass es ein Recht der Eltern auf ein gesundes Kind grundsätzlich nicht gibt. Ein Schwangerschaftsabbruch kann also nicht auf die Erwägung gestützt werden, die Leibesfrucht sei aufgrund einer genetischen Störung voraussichtlich erheblich geschädigt und eines eigenverantwortlichen Lebens nicht fähig. Die sozialmedizinische Indikation kann in derartigen Fällen eine Abtreibung nur rechtfertigen, wenn die Pflege und Erziehung des wahrscheinlich behinderten Kindes die psychische und physische Belastbarkeit der werdenden Mutter in einem Maße überfordert, welches geeignet ist, das Lebensrecht der Leibesfrucht in den Hintergrund zu drängen. Angesichts dieser Zielsetzung der gesetzlichen Regelung ist zu erwägen, ob einem für das Fehlschlagen einer aufgrund sozialmedizinischer Indikation rechtmäßigen Abtreibung verantwortlichen Arzt ausschließlich die wirtschaftlichen Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Mutter, nicht aber die mit der Existenz des Kindes verbundenen Aufwendungen anzulasten sind.
2. Eine sozialmedizinische Indikation kann nur angenommen werden, wenn konkrete Anhaltspunkte vorgetragen werden, die einen Schwan-

gerschaftsabbruch zur Vermeidung schwerwiegender gesundheitlicher Gefahren für die Mutter nahe legen.

**c)** OLG Hamm, Urteil vom 05.09.2001, Az.: 3 U 229/00

...

2. Es obliegt dem Arzt nicht, die Schwangere auf die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs hinzuweisen. Die Pränataldiagnostik ist nicht darauf gerichtet, jeden denkbaren kindlichen Schaden auszuschließen, sondern beschränkt sich auf das Erkennen kindlicher Schwerstschäden.

**d)** OLG Düsseldorf, Urteil vom 07.06.2001, Az.: 8 U 143/00

1. Ein Down-Syndrom kann bei einer Leibesfrucht pränatal nur durch eine Fruchtwasseruntersuchung zuverlässig ausgeschlossen werden. Dabei haben eine Patientin und ihr Ehepartner das Recht, den Umfang der genetischen Diagnostik selbst zu bestimmen: Steht bei ihnen das Sicherheitsbedürfnis im Vordergrund, können sie sich zu einer risikobehafteten Amniozentese auch dann entschließen, wenn eine solche Maßnahme aus objektiver Sicht unvernünftig erscheint.
2. Ist einer schwangeren Patientin aufgrund von Gesprächen mit Dritten oder im Anschluss an eine Erörterung mit ihrem ständigen Frauenarzt bekannt, dass eine genetische Aberration im Sinne einer Trisomie 21 nur durch eine Fruchtwasseruntersuchung ausgeschlossen werden kann, wird das ihr zustehende Selbstbestimmungsrecht nicht in einer haftungsbegründenden Weise beeinträchtigt, wenn ein mit der pränatalen Diagnostik beauftragter Spezialist ihrem Wunsch nach einer ergänzenden Beratung nur oberflächlich nachkommt.

**e)** OLG Zweibrücken, Urteil vom 28.03.2000, Az.: 5 U 19/99

...

2. Wird ein legaler Schwangerschaftsabbruch durch zurechenbare fehlerhafte ärztliche Beratung verhindert, kann der Arzt aus positiver Verletzung des Behandlungsvertrages auf Schadensersatz wegen der durch die Geburt des Kindes entstandenen Unterhaltsbelastung der Eltern in Anspruch genommen werden.

...

**f)** OLG Stuttgart, Urteil vom 14.09.1999, Az.: 14 U 45/98

1. Der geburtshilflich tätige niedergelassene Gynäkologe ist im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung zu einer Aufklärung über weitergehende Diagnosemöglichkeiten zur Früherkennung von Missbildungen nur verpflichtet, wenn er von der Schwangeren hierzu befragt wird, oder aus ärztlicher Sicht Anlass zu weitergehenden Untersuchungen besteht.
2. Allein die von der Schwangeren geäußerte Angst, dass mit dem Kind etwas „nicht ok“ sei, verpflichtet den betreuenden Gynäkologen nicht, über die Mutterschafts-Richtlinien hinausgehende Untersuchungen zu veranlassen. Ohne Vorliegen von Auffälligkeiten in der Schwangerschaftsanamnese oder den während des Verlaufs der Voruntersuchungen erhobenen Befunden ist er nicht verpflichtet, eine gezielte Missbildungsdiagnostik zu betreiben oder die Patientin zu diesem Zweck an einen Spezialisten für pränatale Diagnostik zu überweisen.

...

**g)** OLG Zweibrücken, Urteil vom 15.12.1998, Az.: 5 U 10/96

1. Wenn die Schwangere bereits Mutter eines mit einer schweren Form von Mongoloismus geborenen Kindes ist und weitere besondere Umstände wie Schwangerenalter, Verhalten in der Frühschwangerschaft, Einnahme von Ovulationshemmern, Genuss von Alkohol und Nikotin für den Arzt eine Risikoschwangerschaft erkennen lassen, dann muss dieser die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs, die aufgrund medizinischer und embryopathischer Indikation nicht rechtswidrig gewesen

wäre, erwägen und die Schwangere hierüber eingehend beraten und aufklären. Im Falle eines aus ärztlicher Sicht unterlassenen Schwangerschaftsabbruchs haftet der Arzt auf Ersatz des Unterhaltsschadens aufgrund der Unterhaltsbelastung durch das Kind.

...

**h)** Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 12.11.1997,  
Az.: 1 BvR 478/92 und 1 BvR 307/94

1. Die Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Arzthaftung bei fehlgeschlagener Sterilisation und fehlerhafter genetischer Beratung vor Zeugung eines Kindes verstößt nicht gegen Art. 1 Abs. 1 GG.

...

- 2a. Hier: Fachgerichtliche Entscheidungen, nach denen die Unterhaltspflicht für ein Kind bei fehlgeschlagener Sterilisation oder fehlerhafter genetischer Beratung einen zu ersetzenden Schaden darstellen kann, wahren die Bindung des Richters an Gesetz und Recht, so dass eine Grundrechtsverletzung unter diesem Gesichtspunkt ausscheidet. Hinsichtlich der Verurteilung zur Unterhaltszahlung beruhen die mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Urteile auf dem herkömmlichen Verständnis des Vermögensschadens, wonach grundsätzlich auch Unterhaltsverpflichtungen als Schaden im Sinne des § 249 BGB angesehen werden können, sowie auf der Schadensermittlung nach der Differenzmethode. Es entspricht der Konsequenz des langjährig entwickelten Arzthaftungsrechts, dass in Fällen der vorliegenden Art das Zivilrecht auf neue Einwirkungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin angemessene Antworten gesucht hat.

...

- 2c. ...  
Mit der Menschenwürde als oberstem Wert des Grundgesetzes ist der soziale Wert und Achtungsanspruch des Menschen verbunden, der es verbietet, ihn zum bloßen Objekt des Staates zu machen (vgl. BVerfG, 15.12.1970, 2 BvF 1/69, BVerfGE 30, 1 <26>), wobei die Verletzung des Achtungsanspruchs nicht nur in der Erniedrigung, Brandmarkung,

Verfolgung oder Ächtung von Personen (vgl. BVerfG, 19.12.1951, 1 BvR 220/51, BVerfGE 1, 97 <104>), sondern auch in der Kommerzialisierung menschlichen Daseins liegen kann.

aa) Die Rechtsprechung des BGH, dass die Unterhaltspflicht für ein Kind in den hier zu beurteilenden Sachverhalten als Schaden anzusehen ist, stellt keine Kommerzialisierung dar, die das Kind seines Eigenwertes beraubt. Auch wenn ein Schadensersatzanspruch unmittelbar an die Existenz eines Menschen anknüpft, wird dieser nicht zum Objekt, also zur vertretbaren Größe im Rahmen von vertraglichen oder deliktischen Beziehungen herabgewürdigt.

...

bb) ...  
Die zum Schadensersatz verurteilten Ärzte haben freiwillig vertragliche Verpflichtungen übernommen, die von der Rechtsordnung nicht missbilligt werden. Die ärztliche Hilfeleistung bei der Familienplanung durch Sterilisation oder die Beratung über genetisch bedingte Risiken berühren die Menschenwürde nicht. Widerstreitet solche Hilfeleistung den persönlich ethischen Überzeugungen des Arztes, so kann er vom Vertragsabschluss Abstand nehmen; die Schlechterfüllung einer freiwillig übernommenen Vertragspflicht kann hierin jedoch keine Rechtfertigung finden.

i) Bundesgerichtshof, Urteil vom 17.12.1996, Az.: VI ZR 133/95

Bei mangelhafter ärztlicher Beratung kann ein Mitverschulden des Patienten nur in Ausnahmefällen angenommen werden.

...

Hier: Beratung hinsichtlich der Notwendigkeit regelmäßiger kurzfristiger Kontrolluntersuchungen zu Früherkennung genetischer Missbildungen der Leibesfrucht.

**j)** OLG Düsseldorf, Urteil vom 14.07.1994, Az.: 8 U 48/93

Die Grundsätze, die nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Verneinung von Schadensersatzansprüchen des Kindes wegen unterbliebenen oder fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruchs führen (vgl. BGH, 18.01.1983, VI ZR 114/81, MDR 1983, S. 477), gelten auch in Fällen, in denen es infolge fehlerhafter genetischer Beratung des Arztes überhaupt – durch Unterlassen schwangerschaftsverhütender Maßnahmen – zu der Zeugung des Kindes gekommen ist.

Eine haftungsbegründende Verletzung vertraglicher Schutzpflichten gegenüber dem Kind ist zu verneinen, weil es einen Anspruch des Kindes auf Nichtexistenz nicht gibt, und die Grenzen der von der Rechtsordnung im Rahmen vertraglicher Beziehungen anzuerkennender Individualinteressen überschritten würden, wenn einem Kind, dessen Behinderung genetisch bedingt ist, Schadensersatzansprüche zugebilligt würden, weil es infolge fehlerhafter genetischer Beratung eines Arztes zu seiner Zeugung gekommen ist.

**k)** Bundesgerichtshof, Urteil vom 16.11.1993, Az.: VI ZR 105/92

...

2. Bei fehlerhafter genetischer Beratung, die zur Geburt eines genetisch behinderten Kindes geführt hat, können die Eltern von dem beratenden Arzt im Wege des Schadensersatzes den vollen Unterhaltsbedarf des Kindes verlangen, wenn sie bei richtiger und vollständiger Beratung von der Zeugung des Kindes abgesehen hätten.
3. Der Senat hält an seiner Auffassung fest, dass in den Fällen einer aus ärztlichem Verschulden misslungenen Sterilisation sowie eines verhinderten oder fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruchs aus embryopathischer oder kriminologischer Indikation der ärztliche Vertragspartner auf Schadensersatz wegen der Unterhaltsbelastung der Eltern durch das Kind in Anspruch genommen werden kann.

## E. Zwischenfazit

Jede ärztliche Maßnahme zur Behandlung eines Patienten beruht auf der ärztlichen Indikation und der Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung setzt wiederum eine dem Einzelfall angemessene Aufklärung und Beratung voraus.

Juristische Grundlage der Einwilligung nach Aufklärung bildet Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 GG. Darauf aufbauend sind die Rechtsgüter wie Körper, Gesundheit und Freiheit auch über das zivile Deliktsrecht der §§ 823 ff. BGB geschützt.

Die Aufklärung des Patienten wird als eine Vertragspflicht bzw. eine wesentliche Pflicht des Arztes aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten angesehen.

Zudem findet sich eine Regelung in § 8 (Muster-)Berufsordnung, wonach Ärztinnen und Ärzte zur Behandlung der Einwilligung der Patientin oder des Patienten bedürfen. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

Inhalt und Umfang der Beratung werden maßgeblich durch die Rechtsprechung geprägt. Nach der Streichung der embryopathischen Indikation entfiel auch die gesetzliche Beratungspflicht gemäß § 219 StGB a. F., damit aber nicht die Notwendigkeit einer umfassenden Information und Aufklärung in diesen äußerst schwierigen Konfliktsituationen. Deshalb hat die Ärzteschaft diesbezüglich stets Nachbesserungen gefordert. Gleiches betraf die Bedenkzeit und die Erfassung bestimmter statistischer Daten. Diese wesentlichen Aspekte sind in dem unter Punkt 1.3 erwähnten Vorschlag zur Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation eingeflossen (vgl. Anlage 2).

## F.

### Zu den Gesetzentwürfen und Anträgen

#### 1. **Notwendigkeit und Ziel einer gesetzlichen Regelung**

Pränatalmedizin umfasst die Betreuung von Mutter und Kind in allen Phasen der Schwangerschaft bis zur Geburt. Diese hat sich durch die Entwicklung vielfältiger und zuverlässiger Methoden in den letzten zehn Jahren deutlich ausdifferenziert. Das Ungeborene wird für den Geburtshelfer im Falle einer diagnostizierten Erkrankung oder Fehlbildung zum Patienten. Daraus leitet sich ab, dass pränatale Medizin elementare Fragen des Lebens berührt. Es geht dabei sowohl um das Leben der Mutter als auch um das Leben des ungeborenen Kindes.

Durch das Erkennen einer ungestörten embryonalen und fetalen Entwicklung durch allgemeine pränataldiagnostische Maßnahmen – klinische Untersuchungen und Ultraschalluntersuchungen wie auch durch weiterführende Diagnostik mit Chorionzottenbiopsie, Amniozentese, Nabelschnurpunktion, Serologie – kann der überwiegenden Mehrzahl der Schwangeren und ihrer Partner die Angst vor einem kranken oder fehlgebildeten Kind genommen werden. In Einzelfällen ist diese Diagnostik Ausgangspunkt für eine intrauterine Therapie oder eine adäquate Versorgung des Kindes während und nach der Geburt.

Durch die Möglichkeit des sicheren und direkten Nachweises schwerster Erkrankungen entwickeln Schwangere immer seltener ein Abbruchbegehren aus bloßer anamnestisch begründeter Angst. Insofern hat sich die Pränatalmedizin in nicht wenigen Fällen zu einer Methode des Lebensschutzes entwickelt.

Mehr Wissen erfordert jedoch ein erhöhtes Maß an Verantwortung für die Schwangere und den Arzt im Hinblick auf das ungeborene Kind. Dadurch können auch Konflikte entstehen. Spätestens hier wird das ethische Dilemma der Pränatalmedizin deutlich. Hinzu kommt das auf dem Arzt lastende Risiko

für den Unterhalt nach der Geburt eines schwer behinderten Kindes haften zu müssen.

**Ziel** der ärztlichen Bemühungen und der pränatalen Medizin ist es, Frauen in Konfliktsituationen zu helfen, adäquate Entscheidungen zu finden. Die in dem Kontext notwendige Abwägung muss das Lebensrecht des Kindes ebenso berücksichtigen wie das Bedürfnis der Schwangeren nach einer ausgewogenen Entscheidung im Hinblick auf ihr Leben und ihre Gesundheit.

Die **Regelungsnotwendigkeit** ergibt sich aus den mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation festgestellten Defiziten, insbesondere wegen des Wegfalls der gesetzlichen Beratungspflicht und der Bedenkzeit zwischen Indikationsstellung und Abbruch.

Das statistische Bundesamt berichtete im Jahre 2007 über insgesamt 116 871 Schwangerschaftsabbrüche. Ca. 97,3 % der gemeldeten Abbrüche wurden nach der Beratungsregelung innerhalb des ersten Trimenons vorgenommen. Für das Jahr 2007 wurden 25 Fälle nach kriminologischer und 3072 Fälle nach medizinischer Indikation ausgewiesen. Damit wurde in ca. 2,6 % der Fälle die medizinische Indikation als Grund für den Schwangerschaftsabbruch angegeben. Weiter werden insbesondere die Art des Eingriffs, die Dauer der Schwangerschaft und das Bundesland statistisch erfasst<sup>10</sup>.

Die Angaben des Statistischen Bundesamtes belegen einen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche, auch nach medizinisch-sozialer Indikation, und dies, obwohl sich die Pränatalmedizin in den letzten zehn Jahren erheblich entwickelt hat. Letzteres wiederum verlangt die Inanspruchnahme pränatalmedizinischer Untersuchungen mit in den Blick zu nehmen. Linear kausale Zusammenhänge zwischen pränatalmedizinischen Maßnahmen und einem Schwangerschaftsabbruch sollten aus dieser Statistik nicht hergeleitet werden. Dafür bedürfte es weitergehender wissenschaftlicher Untersuchungen, die im Kontext mit dem Gesetzgebungsverfahren auch vorgetragen werden<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Statistisches Jahrbuch 2008 für die BRD, Statistisches Bundesamt, S. 249

<sup>11</sup> Damit wird insbesondere auf die Untersuchungen von Frau Prof. Nippert oder Frau PD Dr. Woopen Bezug genommen.

## 2. Ort und Gegenstand der Regelung

### a) Ort der Regelung

Änderungen und Ergänzungen sind dort zu regeln, wo die Defizite aufgetreten sind. Die Ausführungen unter Punkt C zeigen den Zusammenhang zu den gesetzlichen Änderungen, die nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts 1995 u. a. in § 218a Abs. 2 StGB vorgenommen wurden. Deshalb setzte unser Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation genau an dieser bestehenden Rechtslage an und sah Änderungen in den verschiedenen Bereichen, insbesondere im StGB und im Schwangerschaftskonfliktgesetz, vor. Dies entspricht der bestehenden Rechtssystematik und den Anwendungs- bzw. Geltungsbereichen der Gesetze. Andere rechtstheoretische Ansätze könnten zu Wertungswidersprüchen führen.

Aus rechtspolitischen Erwägungen sind in den vorliegenden Gesetzentwürfen primär Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgesehen. Dies ist anzuerkennen. Nicht nachvollziehbar ist dagegen die Argumentation von Duttge in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes<sup>12</sup>, der den Regelungsansatz im Strafgesetzbuch für den Gesamtkomplex „Schwangerschaftsabbruch“ angreift; denn dies ist der dem Schutzgut angemessene Regelungsort.

Wesentlich erscheint das Verhältnis der strafrechtlichen Bestimmungen zu denen im Schwangerschaftskonfliktgesetz nicht außer Acht zu lassen und mit Blick auf die beabsichtigten Regelungen einerseits den Grundkonsens nicht anzutasten, andererseits die Beratungssituation für Schwangere grundlegend zu verbessern, ihr und dem behinderten Kind eine Lebensperspektive aufzuzeigen.

---

<sup>12</sup>

Prof. Duttge, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 09.02.2009 anlässlich der Informationsveranstaltung „Gesetzesinitiative Spätabbruch“.

- b) Gegenstand einer Regelung sollten die beschriebenen Defizite sein. Dies betrifft inhaltlich sowohl die Beratung der Schwangeren im weiteren Sinne als auch die Bedenkzeit und andere damit verbundene Fragen. Vor einer Regelung ist stets zu klären, welche Bestimmungen bestehen und ob eine weitere Normierung notwendig ist. So ist z. B. die Dokumentationspflicht für Ärzte in § 10 (Muster-)Berufsordnung<sup>13</sup> fixiert; ein Verstoß kann daher berufsrechtlich sanktioniert werden. Zuständig ist die jeweilige Landesärztekammer. Darüber hinaus resultiert die Dokumentationspflicht als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Eine Verletzung kann haftungsrechtliche Ansprüche auslösen.

Der Gesetzgeber sollte sich daher auf die notwendigen Regelungen beschränken. Diese lassen sich aus der Defizitanalyse ableiten und betreffen insbesondere die Beratung und die Bedenkzeit. Da die Regelungen an die geltende Rechtslage anknüpfen, sind sie auch dort zu verorten.

### 3. Die Regelungsvorschläge in den Gesetzentwürfen und Anträgen

#### 3.1 Der Entwurf der Abgeordneten Kauder, Schmidt, Singhammer et al. (BT-Drs. 16/11106)

##### 3.1.1 Inhaltliche Ausrichtung

Der Gesetzentwurf (BT-Drs. 16/11106) zielt darauf ab, eine verbesserte und erweiterte Beratung zur Unterstützung und Hilfestellung von Schwangeren in Belastungs- oder Konfliktsituationen zu erreichen und damit die Ungeborenen besser zu schützen.

Dazu ist vorgesehen, das Beratungsangebot im Schwangerschaftskonfliktgesetz insgesamt, u. a. über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zu verbessern. Die Bundeszentrale soll entsprechende Aufklärungsmaterialien, auch Lehrmate-

---

<sup>13</sup> Die (Muster-)Berufsordnung entfaltet über die jeweiligen Berufsordnungen der Landesärztekammern Rechtswirkung.

rial etc., zur Verfügung stellen. Daneben werden die Informations- und Beratungsinhalte auf Beratung durch die Schwangerschaftsberatungsstellen erweitert (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5) und zusätzlich zu dem in § 2 verankerten Rechtsanspruch auf Beratung in § 2a eine Aufklärungs- und Beratungspflicht durch den Arzt in besonderen Fällen statuiert, die in § 2a Abs. 1 an die Ergebnisse von pränataldiagnostischen Maßnahmen und im zweiten Absatz an die Voraussetzungen für die medizinisch-soziale Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB anknüpft. Die Erfüllung der Beratungspflichten ist zu dokumentieren (vgl. § 2a Abs. 3). Die Dokumentation ist der zuständigen Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung vorzulegen.

Der Gesetzentwurf führt eine dreitägige Bedenkzeit zwischen der ärztlichen Beratung und der schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation ein. Davon kann abgesehen werden, sofern eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren vorliegt.

Ferner wird die Bundesstatistik zu Schwangerschaftsabbrüchen präzisiert und erweitert (§ 16).

Die Verstöße gegen die Beratungs- und Dokumentationspflicht des Arztes bei Nichteinhaltung der dreitägigen Bedenkzeit sowie bei Verletzung zur Auskunftserteilung für die Erhebung der Bundesstatistik werden als Ordnungswidrigkeit ausgestaltet und können mit einer Geldbuße bis zu 10.000 EUR geahndet werden (Ergänzung in § 14).

### 3.1.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten

#### a) Regelungen zur Aufklärung und Beratung

Der diesem Gesetzentwurf zugrundeliegende breite Beratungsansatz, Aufklärung und Beratung über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, über Beratungsstellen, Ärzte, Psychologen u. a., ist zu begrüßen. Dies betrifft zum einen die Konkretisierung des gesetzlichen Auftrags an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (§ 1). Die Materialien sollen insbesondere über mögliche physische und psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs umfassend aufklären und über mögliche Alternativen zu einem Schwangerschaftsabbruch informieren, zum Beispiel über die Möglichkeit einer Adoption und die damit verbundenen rechtlichen und psychologischen Gesichtspunkte.

Zum anderen werden die Informations- und Beratungsinhalte der Schwangerschaftsberatungsstellen über § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 erweitert. Den Schwangeren sollen Informationen und Beratungen über die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien an die Hand gegeben werden. Dazu gehört auch Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Behindertenverbänden zur Verfügung zu stellen.

Daneben wird die Aufklärungs- und Beratungspflicht durch einen Arzt zu verschiedenen Zeitpunkten in Abhängigkeit von der konkreten Verantwortung geregelt. So hat der Arzt, der die Maßnahmen der Pränataldiagnostik verantwortlich durchgeführt hat, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, zu beraten und auf den Anspruch auf weitere und

vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen hinzuweisen (§ 2a Abs. 1).

Soweit die Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch nach medizinisch-sozialer Indikation gegeben sind, hat der Arzt, der die schriftliche Feststellung trifft, ob diese Voraussetzungen gegeben sind, über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten und auf den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen nach § 2 hinzuweisen. Dieser Arzt hat die Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an die Schwangere auszuhändigen. Ausnahmen von dieser umfassenden Beratungspflicht bestehen für den Fall, dass für die Schwangere eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben besteht.

Diese Regelungen im Gesetzentwurf der Abgeordneten Singhammer et al. greifen nicht nur die Empfehlungen zur Information und Beratung aus den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen und aus den Vorschlägen der Bundesärztekammer und der DGGG zur Änderung der gesetzlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation auf, sondern entwickeln diese weiter und führen zu einer strukturierten Beratung zur Unterstützung und Hilfestellung von Schwangeren in Belastungs- oder Konfliktsituationen. Sie zeichnen sich durch die enge Verbindung von ärztlicher und vertiefter psychosozialer Beratung aus, was zukünftig zum Ausbau der Kooperation zwischen Ärzteschaft und psychosozialen Beratungsstellen bzw. Beratern führen wird. Daneben gilt es die herkömmlichen Formen der Zusammenarbeit, z. B. mittels Überweisung

oder Konsil, zu nutzen und zu entwickeln. Dies betrifft beispielsweise eine fallbezogene interdisziplinäre Kooperation verschiedener, auch ärztlicher, Experten<sup>14</sup>.

Der Schwerpunkt liegt insoweit bei der ärztlichen Beratung als über die medizinischen und psychosozialen Aspekte einschließlich Folgen des Austragens oder eines Abbruchs einer Schwangerschaft zu beraten ist. Dazu sind Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe nach der Weiterbildung befähigt. Gleichzeitig verlangt das im Gesetzentwurf angelegte Beratungskonzept eine enge Kooperation und Vernetzung der die Schwangere und ihren Partner unterstützenden Personen.

**b) Bedenkzeit**

Gemäß § 13a des Gesetzentwurfs darf die schriftliche Feststellung nach § 218b Abs. 1 i. V. m. § 218a Abs. 2 StGB nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Beratung vorgenommen werden, sofern keine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren besteht.

Diese Bedenkzeit von mindestens drei Tagen soll der Schwangeren und den Beratern die Möglichkeit einräumen, die gesetzlich bestimmten Beratungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen und in Anerkennung der Krisensituation, nicht selten befindet sich die Schwangere nach Mitteilung einer Erkrankung oder Behinderung des ungeborenen Kindes in einem Schockzustand, mit Hilfe der ärztlich geleiteten Berater Lösungen zu suchen, die damit verbundenen Gefühle, Ängste und Befürchtungen zu re-

---

<sup>14</sup> Vgl. auch Wopen, Rummer, Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, MedR 2009 (noch unveröffentlicht).

flektieren sowie die Behandlung krankhafter Zustände und Leiden zu beginnen.

Das oben beschriebene Beratungskonzept kann nur umgesetzt werden, wenn dafür eine angemessene Zeit zwischen der Mitteilung der Diagnose und der Indikationsstellung vorliegt, um den erörterten Vorgaben und Zielstellungen zu entsprechen. Dabei ist allen Beteiligten klar, dass es sich um einen äußerst knapp bemessenen Zeitraum handelt, der aber insbesondere im Hinblick auf die Dauer der Schwangerschaft begrenzt ist.

**c) Verbesserung der statistischen Erfassung**

Der Gesetzentwurf ändert § 16 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, indem die statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen um weitere Erhebungsmerkmale erweitert wird. Dies sind die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in vollendeten einzelnen Wochen seit der Empfängnis, die vorgeburtlich diagnostizierte Fehlbildung des Embryos oder des Fötus oder Auffälligkeiten im Genom; die Tötung des Embryos oder Fötus im Mutterleib bei Mehrlingsschwangerschaft sowie die Tötung des Embryos oder Fötus im Mutterleib in sonstigen Fällen.

Durch die Erweiterung der Erhebungsmerkmale sollen die Lücken in der Statistik geschlossen und ihre Aussagekraft über die Anzahl und Art von Spätabtreibungen unter Wahrung des Datenschutzes gestärkt werden.

Die Bundesärztekammer und die DGGG haben sowohl in der Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik als auch im Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indi-

kation die Unvollständigkeit der statistischen Erfassung kritisiert und die Ergänzung der Erhebungsmerkmale angeregt, wobei die Klassifizierung bei medizinischer Indikation; die Schwangerschaftsdauer und der Fetozid besonders angesprochen worden waren. Diesbezüglich ist stets die Auffassung vertreten worden, dass auf eine explizite statistische Erfassung nicht verzichtet werden kann.

**d) Ärztliche Dokumentationspflicht und Vorlage zur Ansicht und Auswertung an die zuständige Behörde**

In § 2a Abs. 3 des Gesetzentwurfs ist in Satz 1 eine berufsrechtliche Selbstverständlichkeit geregelt, dass der Arzt den Inhalt und Umfang der Beratung entsprechend zu dokumentieren hat. Die Dokumentation ist der zuständigen Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung vorzulegen. Die der Behörde vorgelegte Dokumentation darf keine Rückschlüsse auf die Identität der Schwangeren und der zu dem Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Person ermöglichen.

Die ärztliche Dokumentationspflicht resultiert aus § 10 MBO-Ä sowie als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu treffen. Diese dienen auch dem Interesse der Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Die Dokumentation hat die Anamnese, die Beschwerden des Patienten, die Diagnose und Behandlung sowie das Ergebnis zu enthalten<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht a. a. O., Rn. 609 ff.

Die Folgen der Verletzung der Dokumentationspflicht ergeben sich nicht nur aus dem Berufsrecht, sondern auch aus dem Vertrags- und Prozessrecht. Diesbezüglich hat sich eine umfassende Rechtsprechung entwickelt, die bis zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Patienten geführt hat<sup>16</sup>.

Diese diversen Sanktionsmöglichkeiten sind ausreichend, um eine angemessene ärztliche Dokumentation abzusichern. Weiterer rechtlicher Institutionen oder Sanktionen bedarf es nicht. Aus dem Gesetzentwurf lässt sich weder ablesen, wer die zuständige Landesbehörde sein soll und welchen Zwecken die Überprüfung dient, noch wie der Arzt unter diesen Voraussetzungen ein Vertrauensverhältnis gewährleisten und die Identität der Schwangeren schützen soll. Die mit dem Gesetzentwurf avisierten Ziele sind auch ohne die Überprüfung der Dokumentation, und damit der ärztlichen Tätigkeit durch eine „zuständige Behörde“ zu erreichen. Eine andere Handhabung würde nur denjenigen Kritikern Recht geben, die den Gesetzentwurf als einen weiteren Misstrauensbeweis gegenüber der Ärzteschaft ansehen.

### **Fazit:**

Der Gesetzentwurf ist geeignet, die von der Ärzteschaft angeregten Verbesserungen zu erreichen; dies betrifft insbesondere die vorgesehene strukturierte Aufklärung und Beratung von Schwangeren in Konfliktsituationen sowie die Einräumung einer ausreichenden Bedenkzeit, um diesen neuen Ansatz im Interesse der Schwangeren und des ungeborenen Kindes umzusetzen. Dabei wird eine umfassende Beratung nicht nur durch Ärzte, sondern ein enges Zu-

---

<sup>16</sup> Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht a. a. O., Rn. 613

sammenwirken mit anderen Professionen und Institutionen (z. B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) gewährleistet.

Sofern die Regelungen zur Dokumentationspflicht über die geltende Rechtslage hinausgehen, ist die Vorlage der Dokumentation an eine zuständige Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung nicht regelungsbedürftig. Für die Sanktionierung einer nicht ordnungsgemäßen Dokumentation bestehen bereits ausreichende Maßnahmen.

Bei Annahme dieses Gesetzesentwurfs werden sowohl die Mutterschafts-Richtlinien als auch die Richtlinien zur Pränataldiagnostik entsprechend zu aktualisieren sein.

### **3.2 Der Entwurf der Abgeordneten Griese et al. (BT-Drs. 16/11347)**

#### **3.2.1 Inhaltliche Ausrichtung**

Dieser Gesetzesentwurf geht nach seiner Begründung davon aus, dass sich die Beratungskonzeption für Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Schwangerschaftswoche p.c. an dem für die Frühphase der Schwangerschaft geregelten Konzept anlehnen sollte.

Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation seien zwar rechtlich umfassend geregelt, die Art und Qualität der Beratung der werdenden Eltern, die sich in einem Schwangerschaftskonflikt befinden, seien jedoch verbesserungsbedürftig. Hierzu seien neben untergesetzlichen Maßnahmen (z. B. Änderung der Mutterschafts-Richtlinien) auch Verbesserungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Leben mit einem behinderten Kind und eine genauere Regelung der ärztlichen Beratungspflichten nötig. Zudem gelte es, das Recht der Schwangeren auf Nichtwissen bei jeder vorgeburtlichen Untersuchung zu wahren.

Die Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz beschränken sich auf § 2a (Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen) sowie § 14 (Bußgeldvorschriften). Hinsichtlich der Aufklärung und Beratung wird in § 2 Abs. 1 an die Ergebnisse von pränataldiagnostischen Maßnahmen angeknüpft; in Absatz 2 an die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB. Der Arzt, der die Maßnahmen der Pränataldiagnostik verantwortlich durchgeführt hat, soll über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, beraten. Insoweit stimmt diese Regelung mit der in dem vorgenannten Entwurf der Abgeordneten Kauder, Schmidt, Singhammer et al. enthaltenen Beratungsregelung in § 2a Abs. 1 Satz 1 überein. Die Beratung soll in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen erfolgen sowie die medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie die Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischer und psychischer Belastung umfassen. Der Arzt hat auf den Anspruch auf vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen hinzuweisen und Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden zu vermitteln.

Eine entsprechende Hinweis- und Vermittlungspflicht enthält § 2a Abs. 2.

§ 2a Abs. 3 regelt die ärztliche Dokumentationspflicht. Die Dokumentation ist der zuständigen Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung vorzulegen. Die der Behörde vorgelegte Dokumentation darf keine Rückschlüsse auf die Identität der Schwangeren und der zu dem Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Personen ermöglichen.

Die ergänzten Tatbestände für Ordnungswidrigkeiten entsprechen inhaltlich dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Kauder, Schmidt, Singhammer et al.

### 3.2.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten

#### a) Regelung zur Aufklärung und Beratung

Der Gesetzentwurf enthält im Vergleich zum Entwurf der Abgeordneten Kauder, Schmidt, Singhammer et al. einen „verkürzten“ Beratungsansatz. Weder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung noch die Schwangerschaftsberatungsstellen werden in ein Beratungskonzept einbezogen. Da gleichzeitig die Anforderungen an die ärztliche Beratungstätigkeit dezidiert geregelt und erweitert werden, werden Schwangere und Ärzte u. a. nicht auf entsprechende Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zurückgreifen können.

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs wird zwar eine Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Leben mit einem behinderten Kind angestrebt, gleichzeitig aber bereits auf der Stufe der Beratung und Aufklärung ein breites gesellschaftliches Konzept nicht angeboten. Ohne diese Unterstützung über Materialien, Hinweise auf Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbände und Verbände von Eltern behinderter Kinder bewirken die Hinweis- und Vermittlungspflichten für Ärzte eine Verschiebung der Verantwortlichkeit in den medizinischen Bereich. Verschärft wird dieser Eindruck weiter durch die Ergänzung der Tatbestände für Ordnungswidrigkeiten.

Die Ziele der medizinischen und der psychosozialen Beratung bestehen im Schutz von Leben und Gesundheit des Ungeborenen und der Schwangeren. Das Bemühen, Frauen zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihnen Perspektiven für ein Leben mit einem behinderten Kind zu eröffnen, verlangt auch, dieses Ansinnen über eine umfassende Aufklärung und Beratung zu unterstützen. Im Vergleich hierzu wird die ärztliche Beratungs- und Aufklärungspflicht im Gesetzentwurf der Abge-

ordneten Kauder, Schmidt, Singhammer et al. mit weiteren Maßnahmen flankiert und dadurch in der Umsetzung gestützt. Dies betrifft sowohl die Regelungen zu den Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als auch die Tätigkeit der Beratungsstellen nach § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5.

**b) Bedenkzeit**

Die Bedenkzeit ist im Zusammenhang mit der Aufklärung und Beratung für die Voraussetzungen nach § 218a Abs. 2 in § 2a Abs. 2 des Entwurfs geregelt:

„Bis zur schriftlichen Feststellung ist eine mindestens dreitägige Bedenkzeit einzuhalten.“

Diese Regelung entspricht im Wesentlichen dem unter Punkt 3.1 beschriebenen Regelungsansatz und ist zu begrüßen.

**c) Statistische Erfassung**

Regelungen zur Verbesserung der Statistik sind nicht vorgesehen.

**d) Ärztliche Dokumentationspflicht und Vorlage zur Ansicht und Auswertung an die zuständige Behörde**

Die Regelungsvorschläge zur ärztlichen Dokumentationspflicht und Vorlage zur Ansicht und Auswertung an die zuständige Behörde entsprechen dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (BT-Drs. 16/11106), so dass auf diese Ausführungen (S. 32 f.) verwiesen werden kann.

**Fazit:**

Dieser Gesetzentwurf erscheint teilweise geeignet, die von der Ärzteschaft angeregten Änderungen zu erreichen. Verbesserungsfähig ist die im Ansatz geregelte Konzeption zur Beratung und Aufklärung der Schwangeren und ihres Partners in Konfliktsituationen nach einer pränataldiagnostischen Maßnahme bzw. nach Feststellungen, die einen Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 2 StGB rechtfertigen könnten. Die Aufklärungs- und Beratungspflichten nach § 2a Abs. 1 und 2 sollten daher durch weitere Maßnahmen wie sie im Gesetzentwurf BT-16/11106 enthalten sind, flankiert werden.

Die Hinweis- und Vermittlungspflichten für Ärzte bewirken ohne einen breiten, strukturierten Beratungsansatz eine Verschiebung der Verantwortlichkeit in den medizinischen Bereich. Verschärft wird dieser Eindruck weiter durch die Ergänzung der Tatbestände für Ordnungswidrigkeiten.

Die Einräumung einer mindestens dreitägigen Bedenkzeit bis zur schriftlichen Feststellung eines Schwangerschaftsabbruchs ist zu begrüßen.

Sofern die Regelungen zur Dokumentationspflicht über die geltende Rechtslage hinausgehen, ist die Vorlage der Dokumentation an eine zuständige Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung nicht regelungsbedürftig. Auch stehen ausreichend Maßnahmen für eine Sanktionierung bei Verstößen gegen eine ordnungsgemäße Dokumentation zur Verfügung.

**3.3 Der Entwurf der Abgeordneten Lenke et al. (BT-Drs. 16/11330)****3.3.1 Inhaltliche Ausrichtung**

Ausgehend von dem Ziel, alle Möglichkeiten für ein gemeinsames Leben von Mutter und Kind zu unterstützen und voreilige Entscheidungen zu vermeiden, besteht der Lösungsansatz dieses Gesetzentwurfs im Wesentlichen darin, die Aufklärungs- und Beratungsmöglichkeiten auszubauen bzw. zu intensivieren, eine

Bedenkzeit (§ 13a) einzuführen und den Ordnungswidrigkeitstatbestand (§ 14) sowie die statistische Erhebung (§ 16) zu ergänzen.

### **3.3.2 Stellungnahme im Hinblick auf die wesentlichen Regelungsinhalte**

#### **a) Regelungen zur Aufklärung und Beratung**

Durch die Änderung von § 1 wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Aufgabe zugewiesen, unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger zum Zwecke der gesundheitlichen Vorsorge und der Lösung von Schwangerschaftskonflikten, Informationsmaterialien zur Pränataldiagnostik für Betroffene sowie für Multiplikatoren, die insbesondere über das Leben mit einem behinderten Kind informieren, zu erstellen.

Die damit im Zusammenhang stehenden Änderungen von § 2a setzen bei der Bekanntgabe der Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Ungeborenen nach Pränataldiagnostik an. In diesen Fällen hat der verantwortliche Arzt die Schwangere medizinisch zu beraten und dafür Sorge zu tragen, dass ein Angebot zur psychosozialen Beratung gemacht wird. Der Arzt soll auch darauf hinwirken, dass die Schwangere dieses Beratungsangebot wahrnimmt. Über die Aufklärung zu den medizinischen Belangen und das Angebot einer weiteren psychosozialen Beratung soll eine Bescheinigung ausgehändigt werden (§ 2a Abs. 2). Von dem Angebot einer psychosozialen Beratung und der Aushändigung einer Bescheinigung kann bei einer konkreten und ge-

genwärtigen Gefahr für das Leben der Schwangeren abgesehen werden.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird das Recht der werdenden Mutter auf Nicht-Wissen betont. Sie trägt die Verantwortung für ihre Schwangerschaft und kann sich für oder gegen die Durchführung von Untersuchungen und dafür entscheiden, einzelne Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Darüber ist die Schwangere aufzuklären. Zudem hat jede Schwangere im Zusammenhang mit den Untersuchungen das Recht auf eine begleitende Information, Aufklärung und Beratung.

Diese Konzeption rückt die ärztliche Beratung in den Vordergrund und verknüpft sie mit Angeboten der psychosozialen Beratung. Dem Arzt wird eine Beratungspflicht zugewiesen, wobei es der Entscheidung der Schwangeren überlassen bleibt, inwieweit sie sich beraten lässt und sie Angebote zur psychosozialen Beratung in Anspruch nimmt. Es besteht keine Vermittlungspflicht des Arztes im Hinblick auf weiterführende Beratungsangebote, vielmehr soll der Arzt darauf hinwirken, dass die Schwangere dieses Beratungsangebot wahrnimmt.

Über die Aufklärung in medizinischer Hinsicht und das Angebot der weiteren Beratung soll eine Bescheinigung ausgestellt und der Schwangeren ausgehändigt werden (§ 2a Abs. 2). Der Entwurf nimmt ausdrücklich nicht auf § 7 (Beratungsbescheinigung) des Schwangerschaftskonfliktgesetzes Bezug, sondern normiert den Nachweis über die Aufklärung bewusst im Kontext zur Beratung.

**b) Bedenkzeit**

Die Einfügung einer Regelung zur Bedenkzeit entspricht den oben vorgestellten Gesetzentwürfen und den Vorstellungen der Bundesärztekammer.

**c) Erweiterung der Statistik zur Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen**

Die amtliche Statistik zur Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen wird im Interesse einer verbesserten Beobachtung und Bewertung präzisiert. Neben einer Klärstellung soll zur eindeutigen statistischen Erfassung die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in abgeschlossenen Wochen p. c. und in Zwei-Wochen-Intervallen angegeben werden. Zudem soll die statistische Aussagekraft zu den Gründen des Schwangerschaftsabbruchs erhöht werden, indem die „Erkrankung des Fetus“ eingeführt werden.

**d) Ordnungswidrigkeiten**

Die entsprechenden Tatbestände des § 14 werden insoweit ergänzt, als die Nichtbeachtung der Bedenkzeit als Ordnungswidrigkeit ausgestaltet wird. Bei Verletzung der Bestimmung droht ein Bußgeld.

**Fazit:**

Der Gesetzentwurf ist insofern zu begrüßen, als die Information, Aufklärung und Beratung für Schwangere geregelt und verbessert werden. Die wesentlichen Regelungselemente (Beratung, Bedenkzeit und Ergänzung der statistischen Erhebung) sind berücksichtigt. Eine Dokumentationspflicht oder Meldung an eine zuständige Behörde ist nicht vorgesehen. Die von der Bundes-

ärztekammer und der DGGG geforderte Verbesserung der statistischen Erhebung ist ansatzweise umgesetzt. Die Erweiterung der Tatbestände für Ordnungswidrigkeiten ist nicht notwendig.

Insgesamt handelt es sich um einen liberalen Gesetzentwurf, der auch in diesen schwierigen Entscheidungssituationen auf die Verantwortung aller Beteiligten im Interesse des Schutzes des ungeborenen Lebens vertraut.

### **3.4 Antrag der Abgeordneten Humme et al. (BT-Drs. 16/11342)**

#### **3.4.1 Inhaltliche Ausrichtung**

Der Antrag ist mit den Worten „Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft ausbauen – Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen“ überschrieben. Die geltende Rechtslage einschließlich der bestehenden Beratungsmöglichkeiten wird dargestellt. Es wird unter Bezugnahme auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes zu Schwangerschaftsabbrüchen ausgeführt, dass die Zahl der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche seit der Neuregelung im Jahr 1996 bis 2007 um rund 36 % zurückgegangen ist. Gleiches betrifft den Anteil der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche:

„Dies ist umso bedeutsamer angesichts der Tatsache, dass die Anzahl vorgenommener pränataldiagnostischer Untersuchungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist. Die Datenlage zur medizinischen Indikation begründet keinen gesetzlichen Handlungsbedarf.“<sup>17</sup>

Auf dieser Grundlage wird gefordert, die Qualität der Beratung während der Schwangerschaft zu erhöhen. Im Weiteren wird wesentlich darauf abgestellt, dass die geplanten Regelungen im Gendiagnostikgesetz (§ 15 des GenDG-E) ausreichend seien.

<sup>17</sup> Antrag vom 10.12.2008, BT-Drs. 16/11342, S. 3

Ziel müsse es sein, die Trias aus ärztlicher Behandlungspflicht vor und nach den pränatalen Untersuchungen, Hinweispflicht auf psychosoziale Beratung und Sicherung einer fachlich qualifizierten Beratung bei allen pränataldiagnostischen Untersuchungen anzuwenden.

Diejenigen Untersuchungen, die nicht vom Gendiagnostikgesetz erfasst seien, bedürften einer rechtlichen Verankerung in den Mutterschafts-Richtlinien. Das Recht der Schwangeren auf Nicht-Wissen sei zu wahren.

Im Weiteren wird gefordert, die Rahmenbedingungen für Kinder und Familien und die umfassende Teilnahme für Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben zu verbessern.

Die Bundesregierung wird zudem aufgefordert:

„... darauf hinzuwirken, dass die Ärztekammern der Länder sowohl für die vom Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes erfassten als auch die nicht erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik Sorge tragen; darauf hinzuwirken, dass die Bundesärztekammer für die nicht vom Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen Richtlinien zur verbindlichen Information und Beratung der Schwangeren, die auch entsprechende Kooperationen mit anderen betroffenen Berufsgruppen sicherstellen, erarbeitet und die Ärztekammern der Länder diese in verbindliches Satzungsrecht umsetzen ...“

### **3.4.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Inhalten**

Da konkrete Regelungsvorschläge zur Aufklärung und Beratung, Bedenkzeit etc. nicht unterbreitet werden, wird ausschließlich zu den aus ärztlicher Sicht wesentlichen Inhalten des Antrags Stellung genommen. Dies betrifft zum einen den Verweis auf die ge-

planten Regelungen im Gendiagnostikgesetz (a), zum anderen die oben zitierten Forderungen an die Bundesregierung im Hinblick auf die Aufgaben der Ärztekammern und der Bundesärztekammer (b).

a) Vorgeburtliche genetische Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz

Die Ärzteschaft betrachtet mit Sorge, dass der Anwendungsbereich des Gendiagnostikgesetzes im Hinblick auf die vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen um die nicht-genetischen vorgeburtlichen Untersuchungen erweitert wird (vgl. BT-Drs. 16/10532, S. 63).

Die Bundesärztekammer fordert, den Anwendungsbereich – der methodischen Konzeption des Gesetzentwurfes folgend – auch für die vorgeburtliche Diagnostik auf die genetische Untersuchung auf der Ebene genetischer Analysen zu beschränken. Da gerade die nicht-genetischen vorgeburtlichen Untersuchungen, beispielsweise mit dem sog. Ersttrimester-Screening oder mittels Ultraschall insbesondere im späten Stadium einer Schwangerschaft zu erheblichen Konfliktsituationen und einem entsprechend großen Bedarf für eine ausführliche Aufklärung und Beratung einer Schwangeren führen, ist eine konsequente Regelung der Gesamtproblematik zwar dringend geboten, sollte aber nicht Gegenstand eines Gendiagnostikgesetzes sein.

§ 15 Abs. 2 GenDG-E regelt die Beratung vor und nach der vorgeburtlichen genetischen Untersuchung; ergänzend wird auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz verwiesen.

Es entspricht der Regelungssystematik, dass die Beratung über einen Schwangerschaftsabbruch nicht im Gendiagnostikgesetz zu regeln ist. Dies würde den Geltungsbereich dieses Gesetzes in unzulässiger Weise überdehnen und zu Wertungswidersprüchen führen. Es würden die Ebenen zwischen einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer subjektiven Konfliktsituation einer Schwangeren und aufgrund einer Indikationsstellung durch einen Arzt, die zu einem Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 StGB führen kann, vermischt. Die Schwangerschaftskonfliktberatung und die Beratung im Zusammenhang mit § 218a Abs. 2 StGB gehören nicht in ein Gendiagnostikgesetz.

Eine andere Frage ist, ob ein Arzt vor und nach einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung eine Beratung entsprechend § 10 Abs. 2 und 3 GenDG-E anzubieten und ergänzend auf die Möglichkeit einer Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu verweisen hat. Denn nach § 2 dieses Gesetzes besteht ein (allgemeiner) Anspruch auf eine Schwangerschaftsberatung. Gemäß § 2 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz haben jede Frau und jeder Mann das Recht, sich in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Fragen informieren und beraten zu lassen. Diese Regelung im Schwangerschaftskonfliktgesetz könnte ergänzt werden, ggf. auch im Rahmen eines Artikelgesetzes. Im Gendiagnostikgesetz ist der Hinweis auf weitere Beratungsmöglichkeiten ausreichend.

**b) Aufgaben der Ärztekammern und der Bundesärztekammer**

Der Antrag soll die Ärztekammern auf ihre Verpflichtung im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik hinweisen. Diesen Hinweis werden die Kammern aufnehmen und insbesondere für die Umsetzung der bereits in den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen enthaltenen umfangreichen Empfehlungen zur Information und Beratung der Schwangeren vor Durchführung einer gezielten pränatalen Diagnostik sowie nach pränataler Diagnose einer Erkrankung oder Entwicklungsstörung Sorge tragen.

Die Bundesärztekammer wird zu gegebener Zeit und in Abhängigkeit von der geltenden Rechtslage die genannten Richtlinien überarbeiten.

Für die Umsetzung von Richtlinien in verbindliches Satzungsrecht bedarf es einer entsprechenden Ermächtigungsgrundlage, die in den Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder geschaffen werden müsste.

Auch der weitere Hinweis auf die Mutterschutz-Richtlinien kann nicht überzeugen, weil diese nur die gesetzlich Versicherten erfassen. Zudem können Richtlinien das geltende Recht nur konkretisieren oder in diesem Rahmen gestalten, nicht aber konstitutiv einen Rechtsanspruch begründen.

**Fazit:**

Die mit dem Antrag verbundenen Ziele können nach Auffassung der Bundesärztekammer und der DGGG mit den angesprochenen Maßnahmen, insbesondere mit den Regelungen im geplanten Gendiagnostikgesetz oder mit Regelungen in den Mutterschafts-Richtlinien nur bedingt erreicht werden. Im Übrigen finden die Forderungen der Bundesärztekammer und der DGGG im Hinblick auf eine Beratungsregelung, die Bedenkzeit und eine verbesserte statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen keine Berücksichtigung.

**3.5 Antrag der Abgeordneten Dr. Tackmann et al. (BT-Drs. 16/11377)****3.5.1 Inhaltliche Ausrichtung**

Der Antrag ist mit der Überschrift „Späte Schwangerschaftsabbrüche – Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken“ versehen. Es wird davon ausgegangen, dass die gesetzlichen Regelungen für Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer medizinischen Indikation nicht novelliert werden müssen. Die bestehende Konfliktberatung sei ausreichend und situationsgerecht in den Mutterschafts-Richtlinien und den Richtlinien zur Pränataldiagnostik geregelt.

Frauen, die sich in diesen schwierigen Konfliktsituationen befinden, sollten umfassend beraten werden. Die dafür erforderlichen Angebote seien derzeit weder kostenfrei zu erhalten noch flächendeckend erreichbar. Die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft schwangerer Frauen dürfe nicht erzwungen werden. Daher wird eine „faktische Pflichtberatung im Rahmen der medizinischen Indikation und eine sich anschließende Mindest-Bedenkzeit“ abgelehnt. Auch eine Dokumentationspflicht über die Beratung, die Reaktion der Frau und das Ergebnis des Gesprächs sei für die Betroffene stigmatisierend und nicht dazu angetan, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen. Deshalb

werde eine indirekte Verschärfung der geltenden gesetzlichen Regelung durch die Einflussnahme auf die Beratungs- und Entscheidungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte abgelehnt. Schon nach bisheriger Gesetzeslage seien Mediziner dazu verpflichtet, diejenigen Schwangeren ausführlich zu beraten, die möglicherweise ein gesundheitlich beeinträchtigtes Kind austragen.

Im Weiteren wird dargelegt, dass das Recht auf umfassende, vertrauensvolle und ergebnisoffene medizinische und psychosoziale Beratung und Unterstützung im besonderen Maße auch mögliche vorgeburtliche Untersuchungen betreffe<sup>18</sup>.

Ausgehend von der Feststellung, dass Schwangere, die sich zu einem späten Schwangerschaftsabbruch entscheiden, einen Rechtsanspruch auf eine umfassende medizinische und psychosoziale Beratung sowohl vor als auch nach dem Abbruch haben, werden weitere Rechte statuiert; beispielsweise das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt<sup>19</sup>.

Die Bundesärztekammer habe gemeinsam mit den Ärztekammern der Länder auf Folgendes hinzuwirken:

- „a) Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für diagnostizierende Ärztinnen und Ärzte die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik zu sichern;
- b) im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die Qualitätssicherung der Beratung, insbesondere nach erfolgtem Abbruch zu verbessern.

In den Krankenhäusern gilt es, auch das Personal im Umgang mit den Schwangeren, die sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entschlossen haben, und gegebenenfalls Partnerinnen und Partner besser zu schulen. Vorhandenes In-

<sup>18</sup> Antrag vom 17.12.2008, BT-Drs. 16/11377, S. 3

<sup>19</sup> Antrag vom 17.12.2008, BT-Drs. 16/11377, S. 4

formations- und Beratungsmaterial muss die Betroffenen erreichen und kostenlos zur Verfügung stehen.

- c) Beratungsangebote, Informationsmaterialien und Fortbildungen für Hebammen und Klinikpersonal – insbesondere zum Zusammenfallen von Geburt und Tod – in ausreichender Qualität und Quantität zur Verfügung zu stellen ...“

### **3.5.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Inhalten**

Da konkrete Regelungsvorschläge zur Aufklärung und Beratung, Bedenkzeit etc. nicht unterbreitet werden, wird ausschließlich zu den aus ärztlicher Sicht erheblichen Inhalten des Antrags Stellung genommen. Dies betrifft im Wesentlichen die oben zitierten Forderungen gegenüber der Bundesärztekammer und den Ärztekammern der Länder. Diese stimmen inhaltlich mit dem Antrag der Abgeordneten Humme et al. überein, so dass auf die Stellungnahme unter 3.4.2 verwiesen wird.

Die mit dem Antrag verbundenen Ziele können nach Auffassung der Bundesärztekammer und der DGGG mit den angesprochenen Maßnahmen, insbesondere mit Hilfe untergesetzlicher Regelungen (z. B. Mutterschafts-Richtlinien) nur bedingt erreicht werden. Im Übrigen finden die Forderungen im Hinblick auf eine Beratungsregelung, die Bedenkzeit und eine verbesserte statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen keine Berücksichtigung.

## Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen

### Vorwort

Ein wichtiges Ziel der 1987 vom Wissenschaftlichen Beirat veröffentlichten Empfehlungen „Pränatale Diagnostik“ war die enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten der involvierten medizinischen Fachrichtungen unter Beteiligung der nachsorgenden Kinderärzte und Kinderchirurgen. Der Schwerpunkt der pränatalen Diagnostik lag damals in der Erfassung von Chromosomenaberrationen, angeborenen Stoffwechselstörungen und Neuralrohrdefekten. Es gab neben der bewährten Amniozentese und der bereits arrivierten Ultraschalldiagnostik auch schon die in statu nascendi befindliche Chorionzottenbiopsie, die eine Vorverlegung der Pränataldiagnostik vom zweiten ins erste Schwangerschaftstrimenon erlaubte.

In den vergangenen 10 Jahren hat eine außergewöhnlich erfolgreiche medizinische und medizintechnische Entwicklung stattgefunden. Diese umfaßt im pränataldiagnostischen Bereich eine zunehmende Anzahl monogener Krankheitsbilder, die Einführung molekularer Techniken in die Chromosomendiagnostik und die hochauflösende Ultraschalldiagnostik sowie im therapeutischen Bereich unter anderem auch die intrauterine Blutaustausch-Transfusion bei Rh-Inkompatibilität zwischen Mutter und Fetus.

Die nunmehr vorliegende erste Fortschreibung der Empfehlungen von 1987 ist notwendig geworden, weil sich

nicht nur die ärztlichen Aufgaben stark ausgeweitet und differenziert haben. Auch die juristischen und ethischen Rahmenbedingungen haben durch Gesetzesänderungen und höchstrichterliche Urteile sowie durch die zunehmende Patientenautonomie mit der Forderung nach „informed consent“ für alle medizinischen Maßnahmen eine zeitgemäße Anpassung erfahren. Somit ist die Schwangerenberatung in das Zentrum der Pränataldiagnostik gerückt. Sie erfordert neben solider Sachkenntnis zu genetischen Fragen und zu den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und Risiken auch eine verständnisvolle Aussprache und eine Erörterung der elterlichen Entscheidungsoptionen. Diese hochsensible Wechselwirkung im Arzt-Patienten-Verhältnis ist der Grund, warum aus der ursprünglichen Empfehlung in der ersten Fassung dieses Papieres nun eine Richtlinie wurde.

Die lang bewährten Mutterschafts-Richtlinien mit ihren klaren Anweisungen zu den erforderlichen ärztlichen Maßnahmen während Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklung werden durch die „Richtlinien zur Pränataldiagnostik“ ergänzt. Ihr Schwerpunkt sind die Information und Beratung der Schwangeren in einer besonderen, oft schwerwiegenden Entscheidungssituation, die nicht selten die langfristige ärztliche Begleitung eines betroffenen Kindes und seiner Eltern, auch in der weiteren Familienplanung, erforderlich macht.



Prof. Dr. med. Dr. h. c. K. Vilmar  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages



Prof. Dr. med. K.-D. Bachmann  
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates  
der Bundesärztekammer

### Einführung

Die pränatale Medizin dient der Betreuung der ratsuchenden Schwangeren und des Ungeborenen. Die pränatale Diagnostik ist ein wesentlicher Bestandteil der pränatalen Medizin. Sie beinhaltet in Anlehnung an die Definition der „European Study Group on Prenatal Diagnosis“ (1) alle die diagnostischen Maßnahmen, durch die morphologische, strukturelle, funktionelle, chromo-

somale und molekulare Störungen vor der Geburt erkannt oder ausgeschlossen werden können. Bei ihrer Einführung stand neben der Absicht, die perinatale Morbidität und Mortalität zu reduzieren, die Klärung des Risikos für spezifisch genetisch bedingte Erkrankungen im Einzelfall im Vordergrund. Mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaften wurde auch die pränatale Diagnostik weiterentwickelt. Durch die Ultraschalltechnik ist der Fetus aus

seiner pränatalen Anonymität herausgetreten und bereits vor der Geburt zum bildlich dokumentierbaren Individuum und im Krankheitsfall zum Patienten geworden. Die strenge Einhaltung einer unteren Altersgrenze der Schwangeren als definierte medizinische Indikation zur invasiven pränatalen Diagnostik, die auf das altersabhängig erhöhte Risiko der Mutter für Chromosomenanomalien des Kindes abhob, wurde inzwischen verlassen. Dies führte

zu einem Anstieg invasiver diagnostischer Maßnahmen auch bei jüngeren Frauen und zu einer Abnahme pathologischer Chromosomenbefunde. Durch Vorschaltung des Triple-Tests und der frühen Ultraschalldiagnostik ist die Zahl invasiver pränataler diagnostischer Eingriffe bei jüngeren Schwangeren wieder rückläufig. Heute ist eine pränatale Diagnostik angezeigt bei risikobehafteter beziehungsweise klinisch auffälliger Schwangerschaft und wenn bei der Betreuung der Schwangeren im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien Entwicklungsstörungen des Kindes auffallen. Keine Maßnahme der pränatalen Diagnostik hat eine eugenische Zielsetzung.

## 1. Ziele der pränatalen Diagnostik

Ziele der pränatalen Diagnostik sind:

- ▷ Störungen der embryonalen und fetalen Entwicklung zu erkennen,
- ▷ durch Früherkennung von Fehlentwicklungen eine optimale Behandlung der Schwangeren und des (ungeborenen) Kindes zu ermöglichen,
- ▷ Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren zu objektivieren und abzubauen und
- ▷ Schwangeren Hilfe bei der Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft zu geben.

Die grundsätzliche Anerkennung des elterlichen Wunsches nach einem gesunden Kind kann zu einem Konflikt mit der grundsätzlichen Anerkennung des Schutzbedürfnisses des Ungeborenen führen. Aus der pränatalen Diagnostik gewonnene Erkenntnisse und deren Bewertung rechtfertigen allein nicht, zu einem Schwangerschaftsabbruch zu raten, ihn zu fordern oder durchzusetzen. Hingegen ist die Entscheidung einer Schwangeren für einen Abbruch der Schwangerschaft vom Arzt zu respektieren.

Die menschlichen, ethischen und juristischen Probleme der pränatalen Diagnostik erfordern fachliche Erfahrung und nachgewiesene Kompetenz sowie in der Regel eine frühzeitige Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen, Humangenetikern, Neonatologen und gegebenenfalls Spezialisten anderer Fachgebiete.

## 2. Information und Beratung der Schwangeren

Die Komplexität der pränatalen Diagnostik erfordert es, daß die Schwangere von dem Zeitpunkt an, zu dem sie ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, beratend

und informierend begleitet wird. Dabei ist der Beratungs- und Informationsbedarf zu verschiedenen Zeitpunkten während und nach der Schwangerschaft unterschiedlich.

**2.1** Die ungezielte pränatale Diagnostik, wie zum Beispiel die im Mutterpaß verankerten Ultraschalluntersuchungen auf Entwicklungsstörungen, obwohl nicht mit einem spezifischen körperlichen Risiko verbunden, bedarf gleichwohl einer aufklärenden Beratung.

**2.2** Die Schwangere soll vor Durchführung einer gezielten pränatalen Diagnostik ausführlich beraten werden über

- ▷ Anlaß für die Untersuchung,
- ▷ Ziel der Untersuchung,
- ▷ Risiko der Untersuchung,
- ▷ Grenzen der pränatalen diagnostischen Möglichkeiten und pränatal nicht erfassbare Störungen,
- ▷ Sicherheit des Untersuchungsergebnisses,
- ▷ Art und Schweregrad möglicher oder vermuteter Störungen,
- ▷ Möglichkeiten des Vorgehens bei einem pathologischen Befund,
- ▷ psychologisches und ethisches Konfliktpotential bei Vorliegen eines pathologischen Befundes,
- ▷ Alternativen zur Nicht-Inanspruchnahme der invasiven pränatalen Diagnostik.

### Anmerkung:

Die Einwilligung der Schwangeren nach Aufklärung ist eine unverzichtbare Voraussetzung für jede Maßnahme der pränatalen Diagnostik.

**2.3** Die ausführliche Beratung der Schwangeren nach pränataler Diagnose einer Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Kindes beinhaltet Informationen über die

- ▷ Bedeutung des Befundes,
- ▷ Ursache, Art und Prognose der Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Kindes,
- ▷ mögliche Komplikationen,
- ▷ prä- und postnatale Therapie- und Förderungsmöglichkeiten,
- ▷ Konsequenzen für die Geburtsleitung (Modus, Zeit und Ort),
- ▷ Alternativen: Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft,
- ▷ Kontaktmöglichkeiten zu gleichartig Betroffenen und Selbsthilfegruppen und
- ▷ Möglichkeiten der Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfe.

### Anmerkung:

Die Mitteilung eines pathologischen Befundes an die Schwangere hat durch

den behandelnden und/oder beratenden Arzt zu erfolgen.

**2.3.1** Bei Entscheidung zur Fortführung der Schwangerschaft über

- ▷ Behandlungsmöglichkeiten, gegebenenfalls intrauterine Therapie,
- ▷ nichtinvasive medikamentöse Behandlung des Kindes über die Schwangere,
- ▷ invasive medikamentöse Behandlung des Kindes,
- ▷ operative Maßnahmen.

**2.3.2** Bei Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft über

- ▷ die Möglichkeiten der Durchführung des Abbruchs unter den gegebenen medizinischen und juristischen Rahmenbedingungen,
- ▷ den Umgang mit dem toten Kind (zum Beispiel Beerdigung),
- ▷ die Möglichkeiten einer eventuell erforderlichen psychotherapeutischen Nachsorge, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Selbsthilfegruppen sowie deren Vermittlung.

### Anmerkung:

Die Entscheidung der Schwangeren sowie die erhobenen Befunde und die Aufklärungsinhalte hierzu sind in jedem Falle zu dokumentieren.

## 3. Umfang der pränatalen Diagnostik

Die pränatale Diagnostik enthält folgende Elemente:

**3.1** Frühzeitige, anamnestische und diagnostische Erfassung von Risikofaktoren für Entwicklungsstörungen des Kindes (2)

▷ aus der Eigenanamnese der Schwangeren: zum Beispiel Diabetes mellitus, zerebrale Anfallsleiden und Autoimmunerkrankungen,

▷ aus der Familien- und Schwangerschaftsanamnese: Fehl- und Totgeburten, angeborene Anomalien, genetisch bedingte oder familiär gehäuft aufgetretene Erkrankungen,

▷ gegebenenfalls ethnische Herkunft; Verwandtenehe,

▷ Exposition gegenüber mutagenen, teratogenen und fetotoxischen Agenzien (auch Infektionen), prä-, peri- und postkonzeptionell,

▷ Einnahme oder Mißbrauch von Medikamenten, Genußmitteln und Drogen.

### Anmerkung:

In einigen Bevölkerungsgruppen treten Genmutationen häufiger auf (zum Beispiel aus Mittelmeerländern:  $\beta$ -Thalassämie). In diesen Fällen ist eine genetische Beratung zu empfehlen.

3.2 Risiko-Ermittlung

3.2.1 Maßnahmen zur Risiko-Ermittlung:

- ▷ Untersuchung gemäß den Mutterschafts-Richtlinien,
- ▷ Prüfung bestimmter altersabhängiger genetischer Risiken durch Bestimmung von Serummarkern und gezielte Ultraschalluntersuchungen,
- ▷ bei Anhaltspunkten für ein genetisch bedingtes Risiko Nutzung der Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und Diagnostik einschließlich einer Heterozygotentestung bei häufigen Genmutationen,
- ▷ bei Anhaltspunkten für teratogene Risiken Konsultation sachkundiger Institutionen:
  - Frauenarzt (mit Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin),
  - Kinderarzt (mit Schwerpunkten spezielle pädiatrische Intensivmedizin und/oder Neonatologie),
  - Humangenetiker,
  - Pharmakologen, Toxikologen, Spezialisten für Strahlenschutz,
  - Arzneimittel-Informationszentrale,
  - Giftzentrale,
  - Pharmazeutische Hersteller,
- ▷ bei Verdacht auf teratogen oder fetotoxisch wirkende Infektionserreger:
  - Mikrobiologen,
  - Humangenetiker.

3.2.2 Methoden der Risikospezifizierung

Bei der pränatalen Risiko-Ermittlung kann die Untersuchung biochemischer Marker, zum Beispiel Triple-Test, hilfreich sein. Dieser umfaßt die Bestimmung im mütterlichen Serum von

- ▷ Alpha-Fetoprotein (AFP),
- ▷ Choriongonadotropin (HCG) und
- ▷ unkonjugiertes (= freies) Östriol.

**Anmerkung:**

Der Test kann in unterschiedlichen Laboratorien mit unterschiedlichen Reagenzien durchgeführt werden, was zu unterschiedlichen methodenabhängigen Bewertungsbereichen führen kann. Daher können die erhaltenen Werte zur Zeit nur als Vielfaches der Referenzbereiche (multiple of medians = MOM) angegeben werden. Die Anwendung einheitlicher Testsysteme ist anzustreben, um - vom jeweiligen Labor unabhängig - zu verlässlichen und reproduzierbaren Meßwerten zu kommen.

Das Ergebnis einer gewichteten Auswertung aller drei Komponenten des Triple-Tests ermöglicht unter Berücksichtigung von Alter und Gewicht der Mutter und der möglichst genau zu bestimmenden Schwangerschaftsdauer eine im Vergleich zur alleinigen Berücksichtigung des mütterli-

chen Alters genauere Ermittlung des Risikos, ob bei dem zu erwartenden Kind ein Down-Syndrom vorliegt. Die Aufklärung der Schwangeren über das Ergebnis der Untersuchung biochemischer Marker und die Beratung darüber sind zu dokumentieren.

Die Durchführung der internen und externen Qualitätskontrolle in Anlehnung an die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung medizinischer Laboratorien wird empfohlen.

3.3 Mögliche Gründe für eine gezielte, insbesondere invasive pränatale Diagnostik sind:

- ▷ erhöhtes Alter der Schwangeren,
- ▷ auffällige Serummarker,
- ▷ verdächtige sonographische Befunde (zum Beispiel dorsonuchales Ödem),
- ▷ pränatal diagnostizierbare Erkrankungen in der Familie,
- ▷ strukturelle oder numerische chromosomale Aberrationen bei einem Elternteil,
- ▷ Exposition prä- und perikonzeptionell und postkonzeptionell der Mutter gegenüber potentiell mutagenen, teratogenen und fetotoxischen Agenzien einschl. ionisierender Strahlen,
- ▷ teratogen und fetotoxisch wirkende Infektionen der Mutter.

Ziele		
Gezielte invasive Maßnahmen der pränatalen Diagnostik		
Anlaß	Test	Entnahmetechnik
Erhöhtes Alter der Schwangeren	Chromosomenanalyse	Chorionzottenentnahme Früh-Amniozentese Standard-Amniozentese (mit oder ohne Plazentapunktion) Alternativ: Nabelschnurpunktion
Verdächtiger Ultraschallbefund oder auffälliges Ergebnis der Untersuchung biochemischer Marker	Chromosomenanalyse und weitergehende Laboruntersuchung	Amniozentese (mit oder ohne Plazentapunktion) Alternativ: Plazentapunktion Chorionzottenentnahme (z. B. bei Nackenödem, Plexuszyste) Früh- oder Standard-Amniozentese und Plazentapunktion Alternativ: Nabelschnurpunktion
Risiko für eine molekulargenetisch erkennbare Störung	DNA-Analyse	Chorionzottenentnahme oder Plazentapunktion (mit oder ohne Amniozentese)
Risiko für eine biochemisch erkennbare Störung	Biochemische Analyse	Chorionzottenentnahme, Früh- oder Standard-Amniozentese und Plazentapunktion
Zeitpunkt des Eingriffs: Frühamniozentese: SSW 12 + 0 bis 14 + 6; Standard-Amniozentese: ab SSW 15 + 0; Nabelschnurpunktion: ab SSW 17 + 0; Chorionzottenentnahme: ab SSW 10 + 0 (wegen evtl. eingriffsbedingter Extremitätenfehlbildungen nicht früher)		

Das Risiko einer Erkrankung oder Fehlentwicklung des Kindes infolge einer prä- und perikonzeptionellen Exposition der Eltern und postkonzeptionellen Exposition der Mutter gegenüber mutagenen, teratogenen oder fetotoxischen Agenzien einschließlich infektiöser und physikalischer (ionisierende Strahlen) Noxen wird meistens überschätzt; es bedarf einer Beurteilung, beispielsweise durch Humangenetiker, Toxikologen oder Arbeitsmediziner. Ungeachtet dieser fachlichen Beurteilung sollte eine gezielte Ultraschalluntersuchung zur Absicherung beitragen.

**3.4 Pränatale Diagnostik bei erhöhtem Risiko (zum Beispiel nach dem Ergebnis der Untersuchung biochemischer Marker)**

Möglichkeiten der gezielten pränatalen Diagnostik bei erhöhtem Risiko sind

► **nicht invasiv:**

- mikrobiologische Untersuchungen aus dem Blut der Schwangeren,
- gezielte Sonographie,
- Röntgendiagnostik, eventuell Magnetresonanztomographie.

► **invasiv (siehe Tabelle):**

- Chorionzotten-/Plazentabiopsie,
- Amniozentese,
- Chordozentese,
- Organbiopsie (zum Beispiel Haut, Leber, Muskel),
- Embryo-/Fetoskopie.

Das zytogenetische Ergebnis ist verfügbar

- ▷ in der Kurzzeitkultur nach 1 bis 3 Tagen (hat die Bedeutung eines vorläufigen Ergebnisses),
- ▷ in der Langzeitkultur nach 10 bis 21 Tagen,
- ▷ nach Nabelschnurpunktion nach 3 bis 5 Tagen.

Die Interphase-FISH-Diagnostik und/oder molekulargenetische Schnell-diagnostik kann als Schnelltest zur Erkennung der häufigsten Aneuploidien dienen, jedoch – mit Ausnahmen – eine Karyotypisierung nicht ersetzen.

Anmerkung zu Risiken des Aborts bzw. intrauterinen Fruchttodes bei invasiven Verfahren der pränatalen Diagnostik (siehe dazu auch Nutzen-Risiko-Analyse und -Abwägung bei 10. „Rechtliche Rahmenbedingungen“): Die genaue Ermittlung eines Kausalzusammenhangs zwischen Eingriff und Abort ist im Einzelfall – auch durch morphologische Untersuchung des Abortmaterials – nur selten möglich, jedoch unabhängig von der Entnahmetechnik (transzervikal und transabdominal)  $\leq 3\%$ .

#### Amniozentese

Eine Amniozentese im 2. Trimenon ist mit einem Abortrisiko von 0,5 bis 1,0 % behaftet. Wenn eine Frühamniozentese nach der SSW 11 + 0 durchgeführt und die aspirierte Fruchtwassermenge auf 10 ml begrenzt werden, ist das Risiko eines Aborts  $\leq 1\%$ . Eine Amniozentese vor der SSW 11 + 0 hat ein deutlich erhöhtes Abortrisiko und kann durch die diagnostisch gleichwertige Chorionzottenbiopsie ersetzt werden.

#### Chorionzottenbiopsie

Das Abortrisiko durch Chorionzottenbiopsie ist an entsprechend ausgewiesenen Zentren nicht höher als das bei Amniozentese.

#### Chordozentese

Das Risiko eines Aborts oder intrauterinen Fruchttodes bei der Chordozentese ist indikationsabhängig.

#### Fetoskopie

Das Abortrisiko einer Fetoskopie bis zur 28. SSW in Zusammenhang mit einer Hautbiopsie beträgt 2 bis 3 %.

### 4. Nachsorge

Die Nachsorge nach Abbruch der Schwangerschaft oder Geburt eines kranken Kindes sollte umfassen:

- ▷ sorgfältige Dokumentation des klinischen Befundes, gegebenenfalls fotografisch, röntgenologisch und fetalpathologisch,
- ▷ Bestätigung, Ergänzung oder Korrektur des pränatal erhobenen Befundes,
- ▷ genetische Beratung der Eltern,
- ▷ Beratung über mögliche gezielte pränatale diagnostische Maßnahmen bei nachfolgenden Schwangerschaften und gegebenenfalls bei Schwangerschaften weiterer Nachkommen,
- ▷ begleitende – gegebenenfalls psychotherapeutische – Betreuung.

### 5. Präimplantationsdiagnostik

Die In-vitro-Fertilisation erlaubt es, unter Einsatz hochempfindlicher molekulargenetischer Methoden an einzelnen, dem Embryo entnommenen Zellen eine genetische Diagnostik vorzunehmen (Präimplantationsdiagnostik). In anderen europäischen Ländern, wie zum Beispiel Großbritannien, Belgien und den Niederlanden, ist die Präimplantationsdiagnostik ethisch und juri-

stisch akzeptiert und wird praktiziert. In Deutschland regelt das Embryonenschutzgesetz den Umgang mit Embryonen. Ob danach eine Präimplantationsdiagnostik zulässig ist, ist umstritten.

### 6. Präkonzeptionelle Diagnostik

Definition: Untersuchung des aus der Oogenese stammenden zweiten Polkörperchens noch vor Befruchtung der Eizelle.

Diese Diagnostik befindet sich noch in einem experimentellen Stadium und kann routinemäßig noch nicht eingesetzt werden.

### 7. Intrauterine Therapie

#### 7.1 Indikationen

Eine intrauterine Therapie ist indiziert, wenn Überlebens- und Entwicklungschancen des Kindes verbessert werden könnten.

Sie ist nicht indiziert,

▷ wenn der Reifegrad des Kindes ohne größeres Risiko eine Entbindung erlaubt und das Kind postnatal effektiver behandelt werden kann,

▷ wenn der Schweregrad der zu behandelnden Fehlbildung oder Erkrankung therapeutische Maßnahmen nicht mehr zulässt oder

▷ wenn Begleitfehlbildungen, Folgeveränderungen oder zugrundeliegende chromosomale oder monogene Syndrome die postnatale Überlebenschance beeinträchtigen.

#### 7.2 Konservative Maßnahmen

##### 7.2.1 Nicht invasiv

Medikation über die Mutter zum Beispiel von

- ▷ Antiarrhythmika und Digitalisglykosiden bei Tachyarrhythmie,
- ▷ Kortikosteroiden bei unzureichender Lungenreife und bei adrenogenitalem Syndrom.

##### 7.2.2 Invasiv

Bluttransfusion bei Rhesusinkompatibilität

Die intravaskuläre Transfusion unter sonographischer Kontrolle ist erfolgreicher als die intraperitoneale Transfusion, ist bereits ab SSW 17 + 0 möglich und insbesondere beim Hydrops fetalis effektiv. Daher müssen die vorbereitenden Untersuchungen (zum Beispiel Bilirubin- und Hämoglobin-Kon-

zentration und Hämatokrit im fetalen Blut sowie die Bilirubin-Konzentration im Fruchtwasser) zu diesem Zeitpunkt vorliegen.

### 7.3 Operative Maßnahmen

Intrauterine Operationen sind wegen des hohen Risikos und mangelhafter Erfolgchancen weitgehend verlassen worden. Sie sind nur in seltenen Einzelfällen indiziert.

#### Anmerkung:

Jede intrauterine Therapie kann nur über die Mutter erfolgen. Daher ist ihre Zustimmung aus zwei Gründen erforderlich:

- ▷ die Mutter ist in ihrer Leibesintegrität mitbetroffen,
- ▷ das Kind ist nicht einwilligungsfähig.

Der Vater des Kindes sollte in die Überlegungen einbezogen werden, seine Zustimmung ist nicht erforderlich, ein Verweigerungsrecht besteht nicht.

### 8. Qualifikationsnachweise

Die Qualifikation für verschiedene Bereiche der pränatalen Diagnostik wird wie folgt dokumentiert:

#### Erstuntersuchung der Schwangeren und Erfassung der Risikofaktoren:

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### Gezielte Ultraschalluntersuchungen und invasive pränatale Eingriffe:

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

– mit fakultativer Weiterbildung in spezieller Geburtshilfe und Perinatalmedizin und/oder

– gleichartige Qualifikation

Facharzt für Kinderheilkunde

– mit fakultativer Weiterbildung in spezieller pädiatrischer Intensivmedizin und/oder

– Schwerpunkt Neonatologie

#### Genetische Beratung und Risikoabschätzung:

Facharzt für Humangenetik

Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“

#### Genetische Labordiagnostik:

Facharzt für Humangenetik, Fachhumangenetiker, gegebenenfalls mit Fachkunde in zytogenetischer und/oder molekulargenetischer Labordiagnostik

Fachhumangenetiker, gegebenenfalls mit Fachkunde in Zytogenetik und/oder Molekulargenetik

#### Infektionsdiagnostik:

Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

### 9. Ethische Aspekte der pränatalen Diagnostik

In jedem Einzelfall sind Nutzen und Risiko für Mutter und Kind gegeneinander abzuwägen. Dabei ist die Entscheidung einer schwangeren Frau für oder gegen eine pränatale Diagnostik – unabhängig von späteren Konsequenzen – vom Arzt zu respektieren. Eine pränatale Diagnostik ist sinnvoll und ärztlicherseits geboten, wenn dadurch eine Erkrankung oder Behinderung des Kindes intrauterin behandelt oder für eine rechtzeitige postnatale Therapie gesorgt werden kann.

Für das Kind fehlt es dann an einer Indikation für die pränatale Diagnostik, wenn – was nicht selten der Fall ist – sich keine Therapiemöglichkeiten abzeichnen. In dem Falle kann das ungeborene Kind dem Risiko eines diagnostischen Eingriffs ausgesetzt werden, obwohl eine Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft die einzige Konsequenz aus dem Ergebnis der Diagnostik darstellt. Für die schwangere Frau stellen die Ergebnisse der pränatalen Diagnostik einen Informationsgewinn dar, der meistens Befürchtungen und Sorgen um den Gesundheitszustand des Kindes ausräumen kann. Wird jedoch die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung oder Behinderung durch die pränatale Diagnostik bestätigt, entscheidet die schwangere Frau darüber, ob sie von der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches Gebrauch machen will.

Das zentrale ethische Problem der pränatalen Diagnostik ist die Frage nach einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch bei Nachweis einer Erkrankung oder Behinderung des ungeborenen Kindes. Bei einer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch geraten alle Beteiligten – Schwangere und Ärzte – unvermeidlich in den Konflikt mit dem Tötungsverbot. Die Pluralität der Wertsetzungen ermöglicht für diesen Konflikt keine von allen Menschen gleichermaßen akzeptierte Lösung. Entscheidungen können nur im Einzelfall erarbeitet werden. Der Schwangerschaftsabbruch nach pränataler Diagnostik eines erkrankten oder behinderten Kindes stellt das unvollkommene Bemühen dar, eine im Kern nicht auflösbare Konfliktsituation zu beenden.

Dieser Sachverhalt erfordert es, daß die Problematik des Schwangerschaftsabbruches und das Risiko der Diagnostik in die Beratung der Schwangeren vor einer pränatalen Diagnostik einbezogen werden.

### 10. Juristische Aspekte

Die rechtliche Bewertung muß zum einen das Lebensrecht des Ungeborenen (BVerfG vom 28. 5. 1993, Az.: 2 BvF 4/92) und zum anderen die aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (GG Art. 2 Abs. 2) folgende Handlungsfreiheit der Frau/Eltern auf selbstbestimmte Mutterschaft/Elternschaft einbeziehen. Somit muß sich das ärztliche Handeln in der pränatalen Diagnostik an diesen beiden gleichermaßen grundrechtlich geschützten Positionen orientieren.

Durch Inanspruchnahme beziehungsweise Übernahme der Betreuung einer Frühschwangerschaft wird zwischen der Schwangeren und dem Arzt ein Behandlungsvertrag begründet. Dieser bezieht neben der Betreuung der Mutter die des Ungeborenen ein. Im Rahmen dieses Behandlungsvertrages ist der Arzt verpflichtet, auf die Möglichkeiten hinzuweisen, Schäden der Leibesfrucht zu diagnostizieren (3, 4). Unterläßt der Arzt diesen Hinweis oder eine medizinisch begründete Diagnosemaßnahme, in die die Schwangere eingewilligt hat, so verletzt er den Behandlungsvertrag und ist gegebenenfalls schadenersatzpflichtig (5). Hinweise auf ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko erfordern es, die Schwangere über die Möglichkeiten der invasiven pränatalen Diagnostik aufzuklären, insbesondere, wenn sich daraus eine potentiell erfolgreiche Behandlungsmöglichkeit des Kindes ergeben kann.

Das Ergebnis der pränatalen Diagnostik muß der Mutter/den Eltern im Rahmen eines Beratungsgesprächs mitgeteilt werden. Wurde eine schwere gesundheitliche Störung des ungeborenen Kindes festgestellt, ist der Arzt gehalten, auf die bestehenden Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Geburt eines behinderten Kindes hinzuweisen. Die Beratung vor und nach pränataler Diagnostik hat unter Beachtung der unter 2. dargestellten Grundsätze zu erfolgen.

Die potentielle Gefährdung des Kindes durch invasive Eingriffe im Rahmen der pränatalen Diagnostik erfordert es, die Möglichkeiten einer risikoarmen Diagnostik voll auszuschöpfen (6). Grundsätzlich dürfen bei diagnostischen Eingriffen in Relation zum Nutzen nur geringere Risiken in Kauf genommen werden als bei den sich aus der Diagnostik ergebenden therapeutischen Eingriffen.

Die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung des Kindes kann eine Voraussetzung nach §§ 218 ff. StGB für die Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft und daher Anlaß für einen Schwangerschaftsabbruch

sein. Gemäß § 218 a Abs. 2 StGB ist der mit der Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch dann nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch – nach derzeitiger Gesetzeslage – unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, 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. Die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ist von einem approbierten Arzt zu stellen, der den Schwangerschaftsabbruch nicht selbst durchführt (s. dazu auch Anmerkung zu 2.3.2). Eine ausführliche Darstellung der Gesamtsituation des Schwangerschaftsabbruches im Sinne des § 218 a StGB enthält die „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ (7).

Zitierweise dieses Beitrags:  
Dt Ärztebl 1998; 95: A-3236–3242  
[Heft 50]

**Literatur**

1. Report of the European Study Group on Prenatal Diagnosis, Recommendations and Protocols for Prenatal Diagnosis, 1993.
2. Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, Mutterschafts-Richtlinien und letzte Änderung. Dt Ärztebl 1995; 92: A-311–313 [Heft 5].
3. BGHZ 76, S. 95 ff.
4. BGHZ 124, S. 129 ff. Fetal Ther. 1989; 4: 93–96.
5. Deutsch E.: Arztrecht und Arzneimittelrecht, 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag, 1991; 316.
6. Laufs A.: Arztrecht, 5. Auflage, R.-Nr. 419. München: Ch. Beck Verlag, 1993.
7. Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Dt Ärztebl 1998; 95: A-3013–3016 [Heft 47].

**Mitglieder des Arbeitskreises**

- Prof. Dr. med. K.-D. Bachmann  
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Münster
- Prof. Dr. med. R. Happle  
Geschäftsführender Direktor des Med. Zentrums für Hautkrankheiten der Universität Marburg
- Prof. Dr. med. K. R. Held, Hamburg
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. W. Holzgreve  
Departementsvorsteher und Chefarzt der Universitäts-Frauenklinik, Kantonsspital Basel
- Prof. Dr. med. J. Kunze  
Kinderklinik und Institut für Humangenetik Virchow-Klinikum der Humboldt-Universität Berlin

Prof. Dr. med. R. Rauskolb  
Chefarzt der Frauenklinik  
Albert-Schweitzer-Krankenhaus  
Northeim

Prof. Dr. med. Helga Rehder  
(federführend)  
Leiterin der Abt. f. Klinische Genetik  
Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. med. K.-Fr. Sewing  
Wissenschaftlicher Beirat  
der Bundesärztekammer, Hannover

Prof. Dr. med. J. Schmidke  
Direktor des Instituts für Humangenetik  
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. med. G. Wolff  
Institut für Humangenetik und Anthropologie der Universität Freiburg

RA Ulrike Wollersheim  
Rechtsabteilung der Bundesärztekammer  
Köln

**Gäste**

Prof. Dr. med. M. Hansmann  
Direktor der Abt. f. Pränatale Diagnostik und Therapie der Universität Bonn

Dr. med. Dagmar Hutzler  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Köln

Wissenschaftlicher Beirat  
der Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Straße 1  
50931 Köln

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

**Lehrgänge zur Einführung  
in die vertragsärztliche Tätigkeit**

Januar bis März 1999

Bei jedem Einführungslehrgang ist die Teilnehmerzahl begrenzt. Es empfiehlt sich daher, die schriftliche Anmeldung rechtzeitig vorzunehmen. Eine Bescheinigung über die Teilnahme an dem Lehrgang erhält am Ende des Lehrgangs der Arzt, der bei Beginn des Lehrgangs anwesend ist, den Lehrgang nicht zwischenzeitlich und/oder vorzeitig verläßt und die Gebühr überwiesen beziehungsweise eingezahlt hat. Bedenken Sie bitte, daß nicht jede Kassenärztliche Vereinigung am Veranstaltungsort ausreichend Parkplätze zur Verfügung stellen kann.

**KV Hamburg, 9. Februar**

Hamburg, Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. Beginn 9.00 Uhr – Ende gegen 16.30 Uhr. Schriftliche Anmeldungen unter Angabe von Vor- und Zunamen, Geburtsdatum, genauer An-

schrift und Datum des Einführungslehrgangs an die KV Hamburg, Abteilung Arztregister (obige Anschrift), Tel 0 40/2 28 02-3 43. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, ist die Reihenfolge des Eingangs der schriftlichen Anmeldung ausschlaggebend. Die Teilnahme wird schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr von 30,00 DM ist nach Erhalt der Anmeldebestätigung auf das Konto der KV Hamburg, Nr. 133 5006 (BLZ 200 906 02) bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse Hamburg, mit dem Vermerk „Gebühr für Einführungslehrgang“ zu überweisen.

**KV Berlin, 20. Februar**

Berlin, großer Sitzungssaal Ärztehaus, Bismarckstraße 95/96, 10625 Berlin. Beginn 9.00 Uhr – Ende gegen 14.00 Uhr. Schriftliche oder telefonische Anmeldun-

gen an die KV Berlin (obige Anschrift), Tel 0 30/3 10 03-3 06. Die Teilnahmegebühr von 20,00 DM ist auf das Postgirokonto der KV Berlin, Nr. 534 99-104, Postgiroamt Berlin, mit dem Vermerk „Einführungslehrgang“ zu überweisen.

**KV Niedersachsen, 6. März**

Braunschweig, Ärztehaus, An der Petrikirche 1, 38100 Braunschweig, Beginn 9.00 Uhr – Ende gegen 14.00 Uhr. Schriftliche Anmeldungen sind bis zum 1. März 1999 unter Angabe von Vor- und Zunamen, Geburtsdatum und genauer Anschrift an die KV Niedersachsen, Bezirksstelle Braunschweig (obige Anschrift), Tel 05 31/24 14-1 18, zu richten. Die Teilnahmegebühr von 35,00 DM ist auf das Konto-Nr. 101 133527 (BLZ 270 906 18) bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse Braunschweig mit dem Vermerk „Einführungslehrgang“ zu überweisen.

**KV Sachsen-Anhalt, 30. Januar**

Magdeburg, im Hause der KV Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg. Beginn 10.00 Uhr – Ende gegen 14.30 Uhr. Schriftliche Anmeldungen unter Angabe von Vor- und Zunamen, Geburtsdatum, genauer Anschrift und Telefonnummer an die

KV Sachsen-Anhalt (obige Anschrift), Tel 03 91/62 76-4 42 (Frau Hillesheim). Die Teilnahmegebühr von 30,00 DM wird am Tage des Lehrgangs bar erhoben.

**KV Westfalen-Lippe, 20. März**

Dortmund, im Hause der KV Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund. Beginn 9.30 Uhr - Ende gegen 16.30 Uhr. Rechtzeitige Anmeldungen unter Angabe von Vor- und Zunamen, Geburtsdatum und genauer An-

schrift an die KV Westfalen-Lippe, Landesstelle (obige Anschrift), Tel 02 31/ 94 32-2 54, Fax 02 31/94 32-1 31. Die Teilnahme ist nur zulässig nach schriftlicher Bestätigung. Die Teilnahmegebühr von 55,00 DM ist gleichzeitig mit der schriftlichen Anmeldung auf das Konto der KV Westfalen-Lippe, Landesstelle, Nr. 261 3123 (BLZ 440 606 04) bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank Dortmund, mit dem Vermerk „Einführungslehrgang“ zu überweisen. □

(7) Der Länderausschuß kann mit der Mehrheit seiner Stimmen der Beratung eines Beratungsgegenstandes widersprechen, wenn die dafür notwendigen Unterlagen erst am 3. Tage vor der Sitzung zugestellt worden sind, gerechnet vom Eingang bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

§ 4

**Anwesenheitsliste**

Für jede Sitzung wird eine Anwesenheitsliste ausgelegt, in die sich die Teilnehmer der Sitzung einzutragen haben.

§ 5

**Ausschluß der Öffentlichkeit**

Die Sitzungen des Länderausschusses sind nicht öffentlich. Presseverlautbarungen im Namen des Länderausschusses gibt der Vorsitzende nur nach Abstimmung mit dem Länderausschuß ab.

§ 6

**Anträge und Rederecht**

(1) Jede Kassenärztliche Vereinigung hat das Recht, im Länderausschuß Anträge zu stellen. Die außerordentlichen Mitglieder verfügen über ein gemeinsames Antragsrecht.

(2) Redeberechtigt sind die Mitglieder des Länderausschusses, die Mitglieder des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Vorsitzende und der Stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Stellvertretenden Vorsitzenden und die Mitglieder der Geschäftsführungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Mitglieder der Geschäftsführung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Anderen Sitzungsteilnehmern kann der Vorsitzende das Wort erteilen.

(3) Wortmeldungen erfolgen beim Vorsitzenden; die Redner erhalten das Wort in der Reihenfolge ihrer Meldungen. Hierzu ist eine Rednerliste zu führen. Der Vorsitzende kann Rednern zur Sachaufklärung das Wort außer der Reihe erteilen. Rednern, die einen Antrag zur Geschäftsordnung stellen, hat er das Wort außer der Reihe zu erteilen.

§ 7

**Stimmenverteilung**

Die Anzahl der Stimmen, die jedem Mitglied aus der Reihe der Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen und den außerordentlichen Mitgliedern nach § 6 a der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im

**Bekanntmachungen**

**Geschäftsordnung des Länderausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Der Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat am 11. September 1998 gemäß § 6 a der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die nachfolgende Geschäftsordnung für den Länderausschuß beschlossen:

§ 1

**Mitglieder des Länderausschusses und Teilnehmer an seinen Sitzungen**

Mitglieder des Länderausschusses sind die Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen und die beiden außerordentlichen Mitglieder des Länderausschusses gemäß § 6 a Abs. 1 S. 2 der Satzung. Im Verhinderungsfalle bei den Ersten Vorsitzenden treten an ihre Stelle die satzungsgemäßen Vertreter. Sitzungsteilnehmer sind die Mitglieder des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. An den Sitzungen können auch der Vorsitzende und der Stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen und je ein Mitglied der Geschäftsführung einer Kassenärztlichen Vereinigung, ebenso die Mitglieder der Geschäftsführung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung teilnehmen. Der Vorsitzende des Länderausschusses (§ 2) kann weiteren Personen die Teilnahme gestatten, sofern nicht der Länderausschuß mehrheitlich widerspricht.

§ 2

**Vorsitz**

Den Vorsitz führt der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in seiner Abwesenheit der Stellver-

tretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in dessen Abwesenheit das lebensälteste Mitglied des Länderausschusses aus dem Kreis der Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen.

§ 3

**Einberufung des Länderausschusses**

(1) Den Länderausschuß beruft der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Sitzungen ein.

(2) Der Länderausschuß ist zu einer Sitzung unverzüglich einzuberufen, wenn mindestens fünf Erste Vorsitzende von Kassenärztlichen Vereinigungen dies verlangen.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitet die Sitzungen des Länderausschusses vor. Zur Vorbereitung der Sitzungen werden die zu beratenden Vorlagen in Tagesordnungen zusammengestellt.

(4) Die Tagesordnung, die Vorlagen sowie die sonstigen Unterlagen sollen dem Länderausschuß spätestens am 8. Tage vor der Sitzung zugestellt werden.

(5) Jede Kassenärztliche Vereinigung kann durch ihren Ersten Vorsitzenden verlangen, daß ein Beratungsgegenstand auf die Tagesordnung gesetzt wird. Der Beratungsgegenstand soll in dem schriftlichen Verlangen näher beschrieben werden. Ist das Verlangen spätestens 8 Tage vor der Sitzung gestellt worden, so ist dem Verlangen zu entsprechen. Andernfalls entscheidet die Mehrheit des Länderausschusses vor Eintritt in die Tagesordnung der Sitzung, ob der Beratungsgegenstand beraten werden soll.

(6) Vor Eintritt in die Beratungen stellt der Länderausschuß durch Beschluß die endgültige Tagesordnung fest.

Länderausschuß zusteht, ergibt sich aus der jährlich zum 31. Dezember festzustellenden Stimmenverteilung. Die Stimmenverteilung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen zu Beginn eines jeden Jahres mitgeteilt.

#### § 8 Beschlussfähigkeit

(1) Der Länderausschuß ist beschlußfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder vertreten ist.

(2) Bei Beschlußunfähigkeit hat der Vorsitzende die Sitzung aufzuheben und möglichst den Zeitpunkt der nächsten Sitzung bekanntzugeben.

#### § 9 Beschlussfassung

(1) Der Länderausschuß faßt grundsätzlich seine Beschlüsse mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder. Stimmenthaltungen zählen nicht mit.

(2) Über Anträge zur Geschäftsordnung (§ 10, § 14 S. 1, § 16) entscheidet der Länderausschuß mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Das Stimmzählungsverfahren nach § 7 findet keine Anwendung.

#### § 10 Abstimmung

(1) Über Geschäftsordnungsanträge wird unmittelbar abgestimmt. Als Geschäftsordnungsanträge sind nur zulässig:

- Anträge zum Verfahren nach dieser Geschäftsordnung
- Schluß der Aussprache
- Vertagung auf die nächste Sitzung

(2) Nach Aufruf durch den Vorsitzenden zur Abstimmung über Vorlagen oder Sachanträge können Anträge – außer zur Geschäftsordnung – nicht mehr gestellt werden.

(3) Der Vorsitzende stellt die Anträge zur Abstimmung. Sind zu demselben Gegenstand mehrere Anträge gestellt, so ist über den weitestgehenden Antrag zuerst abzustimmen. Entscheidend ist der Grad der Abweichung von der Vorlage. Im Zweifel entscheidet der Länderausschuß mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder.

(4) Abgestimmt wird durch Handaufheben. Auf Verlangen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der außerordentlichen Mitglieder wird durch Aufruf der Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmt.

(5) Geheime schriftliche Abstimmung ist auf Antrag der Mehrheit der anwe-

senden Mitglieder zulässig. Bei einem solchen Abstimmungsverfahren geben die stimmberechtigten Mitglieder einen Stimmzettel ab, der neben dem Hinweis auf die Sachentscheidung (zum Beispiel „ja“ oder „nein“) die Angabe zur Zahl der ihm zustehenden Stimmen gemäß § 7 enthält. Die außerordentlichen Mitglieder geben gemeinsam einen Stimmzettel ab. Der Länderausschuß bestimmt zwei Vertrauenspersonen mit der geheimen Auszählung der Stimmen. Es wird nur das Ergebnis der Abstimmung bekanntgegeben.

(6) Der Vorsitzende kann die Abstimmung über einen Beratungsgegenstand der Tagesordnung und/oder dazu vorliegende Anträge bis spätestens zum Schluß der Sitzung zurückstellen. Die Abstimmung muß zurückgestellt werden, wenn mindestens fünf Kassenärztliche Vereinigungen dies verlangen.

#### § 11 Zweite Abstimmung

Auf Verlangen des Vorsitzenden oder von mindestens fünf Mitgliedern des Länderausschusses ist eine zweite Abstimmung über einen Beratungsgegenstand durchzuführen. Auf Wunsch der Antragsteller kann zuvor eine zweite Lesung durchgeführt werden. Das Ergebnis dieser Abstimmung tritt an die Stelle der ersten Abstimmung.

#### § 12 Besonderes Abstimmungsverfahren

(1) Soll eine Beschlussfassung gemäß § 6 a Abs. 5 der Satzung mit dem Ziel der Bindung des Vorstandes an einen Grundsatzbeschuß getroffen werden, so ist in einem zweistufigen Verfahren abzustimmen:

1. Auf Antrag entscheidet der Länderausschuß mit der Mehrheit der Stimmen seiner anwesenden Mitglieder, ob ein Abstimmungsverfahren nach § 6 a Abs. 5 der Satzung einzuleiten ist. Dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zu geben, seinen Standpunkt dazu darzulegen, ob es sich um eine wichtige Angelegenheit aus dem gesetzlichen Aufgabenkreis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, welche sich auf die gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen auswirkt, handelt (§ 6 a Abs. 5 S. 1 der Satzung).

2. Wird die Einleitung einer Abstimmung mit dem Ziel einer Grundsatzentscheidung beschlossen, so ist die Grundsatfrage möglichst in der Weise zur Abstimmung zu stellen, daß der Länderausschuß darüber mit „Ja“ oder „Nein“ abstimmen kann.

(2) Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann zu einem Beschluß nach Abs. 1 Nr. 2 eine gesonderte Erklärung zur Niederschrift abgeben.

#### § 13 Vereinfachtes Verfahren

Bei Vorlagen, die der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dem Länderausschuß zur zustimmenden Kenntnisnahme zugeleitet hat, gelten die Vorlagen als abgestimmt, sofern bis zur nächsten Sitzung kein Mitglied des Länderausschusses einen Antrag auf Behandlung der Vorlage in der Sitzung gestellt hat.

#### § 14 Abstimmung im Umlaufverfahren

Der Länderausschuß kann mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder beschließen, daß über einen Beratungsgegenstand, über den eine Beschlussfassung in der Sitzung nicht herbeigeführt worden ist, eine Abstimmung im schriftlichen Umlaufverfahren erfolgen soll. Die Abstimmung im Umlaufverfahren ist in dem in der Beschlussfassung festgelegten Zeitraum herbeizuführen; nach dem festgelegten Zeitpunkt eingehende Abstimmungen zählen als Stimmenthaltungen.

#### § 15 Sitzungsbericht

(1) Über die Sitzungen des Länderausschusses wird eine Ergebnisschrift erstellt. Die Niederschrift muß zumindest die Beschlüsse des Länderausschusses ausweisen. Beschlüsse im Umlaufverfahren werden in die Niederschrift über die folgende Sitzung aufgenommen.

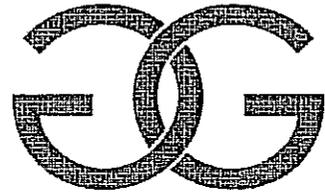
(2) Die Zuleitung der Niederschrift ist auf den Teilnehmerkreis gemäß § 1 der Geschäftsordnung beschränkt.

#### § 16 Auslegung der Geschäftsordnung

Während einer Sitzung entscheidet der Länderausschuß mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung der Geschäftsordnung für diese Sitzung.

#### § 17 Inkrafttreten

Die Geschäftsordnung tritt in der Sitzung, in der sie beschlossen wird, in Kraft. Sie wird im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. □



Vorschlag zur Ergänzung  
des Schwangerschaftsabbruchsrechts  
aus medizinischer Indikation

insbesondere  
unter Berücksichtigung  
der Entwicklung der Pränataldiagnostik

## Inhalt

<b>Präambel</b>	<b>3</b>
<b>Entwurf zur Änderung der Rechtsgrundlagen</b>	<b>6</b>
<b>Begründung – Allgemeiner Teil</b>	<b>11</b>
<b>Begründung – Spezieller Teil</b>	<b>22</b>
<b>Schlussbemerkung</b>	<b>30</b>

## Präambel

Pränatalmedizin umfasst die Betreuung von Mutter und Kind in allen Phasen der Schwangerschaft bis zur Geburt. Jede Schwangerenvorsorgeuntersuchung beinhaltet Pränataldiagnostik im weiteren Sinn. Diese hat sich durch die Entwicklung vielfältiger und hoch zuverlässiger Methoden in den letzten 10 Jahren deutlich ausdifferenziert. Das Ungeborene wird für den Geburtshelfer im Falle einer diagnostizierten Erkrankung oder Fehlbildung zum Patienten. Daraus leitet sich ab, dass pränatale Medizin elementare Fragen des Lebens berührt. Es geht dabei sowohl um das Leben der Mutter als auch um das Leben des ungeborenen Kindes.

Durch das Erkennen einer ungestörten embryonalen und fetalen Entwicklung durch allgemeine pränataldiagnostische Maßnahmen – klinische Untersuchungen und Ultraschallscreening wie auch durch weiterführende Diagnostik mit Chorionzottenbiopsie, Amniozentese, Nabelschnurpunktion, Serologie – kann der überwiegenden Mehrzahl der Schwangeren und ihrer Partner die Angst vor einem kranken oder fehlgebildeten Kind genommen werden. In Einzelfällen ist diese Diagnostik Ausgangspunkt für eine intrauterine Therapie oder eine adäquate Versorgung des Kindes während und nach der Geburt.

Durch die Möglichkeit des sicheren und direkten Nachweises schwerster Erkrankungen entwickeln Schwangere immer seltener ein Abbruchbegehren aus bloßer anamnestisch begründeter Angst. Insofern hat sich die Pränatalmedizin in nicht wenigen Fällen zu einer Methode des Lebensschutzes entwickelt.

Zunehmend kann aber der Eindruck entstehen, als ob es einen Anspruch auf ein „gesundes Kind“ nach Pränataldiagnostik gebe. Nach dieser Auffassung steht die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs offen, wenn Auffälligkeiten beim Kind gefunden würden. Der Durchführung sei dann auf Wunsch der Frau auch stattzugeben.

Mehr Wissen erfordert jedoch ein erhöhtes Maß an Verantwortung für Schwangere und Arzt im Hinblick auf das ungeborene Kind. Dadurch können vielfältige Konflikte entstehen. Spätestens hier wird das ethische Dilemma der Pränatalmedizin deutlich. Hinzu kommt das auf dem Arzt lastende Risiko einer möglichen Pflicht für den Unterhalt im Zusammenhang mit der Geburt eines schwer behinderten Kindes haften zu müssen.

Mit Neufassung der §§ 218 ff. StGB im Jahre 1995 wurde die embryopathische Indikation gestrichen und unter der medizinischen Indikation im § 218 a Abs. 2 StGB subsumiert.

Hiermit entfielen die bis dahin gültige Grenze für die Tötung des Ungeborenen nach 22 Wochen p. c., die Pflicht zur Beratung der Schwangeren, die Dreitagesfrist zwischen Beratung und der Vornahme des Abbruchs, die differenzierte statistische Erfassung des Abbruchs und damit der fetalen Erkrankungen sowie die Freistellungsklausel (§ 12 Abs. 1 SchKG), nämlich das Recht auf Verweigerung der ärztlichen Mitwirkung am Abbruch, die bei „medizinisch indizierten“ Abbrüchen nicht zwangsläufig greift.

Bereits 1998 hat der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seiner „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ auf den absehbaren Paradigmenwandel der Geburtsmedizin aufmerksam gemacht.

Das von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vorgelegte Positionspapier „Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch (2004)“ wurde von der politischen Öffentlichkeit aufgegriffen und hat im Deutschen Bundestag zu unterschiedlichen Fraktionsinitiativen geführt. Die Anträge „Vermeidung von Spätabtreibung – Hilfen für Eltern und Kinder“ (Drucksache 15/3948) sowie „Psychosoziale Beratungsangebote bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation ausbauen“ (Drucksache 15/4148) als auch „Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik – Verantwortungsvolle Regelungen und Maßnahmen treffen“ (Drucksache 15/5034) verdeutlichen, dass die politischen Parteien sowohl Mängel in der Beratungssituation als auch bei den gesetzlichen Grundlagen für den Schwangerschaftsabbruch sehen. Sie ziehen daraus allerdings sehr unterschiedliche Schlussfolgerungen.

Das Statistische Bundesamt berichtete im Jahre 2003 über insgesamt 128.030 Schwangerschaftsabbrüche. Ca. 97 % der gemeldeten Abbrüche wurden nach der „Beratungsregelung“ innerhalb des ersten Trimenons vorgenommen. In knapp 3 % der Fälle wurden medizinische oder kriminologische Indikationen als Grund für den Schwangerschaftsabbruch angegeben. Eine klare Ausweisung der Schwangerschaftsabbrüche an der Grenze der extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes kann aufgrund der vorhandenen Statistik nicht gemacht werden. Gleichwohl haben die ärztlichen Fachkreise deutliche Anhaltspunkte für die Annahme, dass dieser Anteil aufgrund des Erhebungsrechts wesentlich unterzeichnet ist.

Auch deshalb wird von ärztlicher Seite ein deutlicher Regelungs- und Verbesserungsbedarf gesehen.

Dieser richtet sich neben der Einführung einer ärztlich geleiteten Beratungspflicht wesentlich auf die Abwägung des Lebensrechts des Kindes insbesondere ab dem Zeitpunkt seiner

extrauterinen Lebensfähigkeit gegenüber dem Recht der Schwangeren auf ein Leben, das unzumutbar durch die besonderen Sorgepflichten z. B. für ein schwer behindertes Kind in gesundheitlicher Hinsicht beeinträchtigt erscheint.

Die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe schlagen deshalb gemeinsam die nachfolgenden Ergänzungen der Rechtsvorschriften zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation vor.

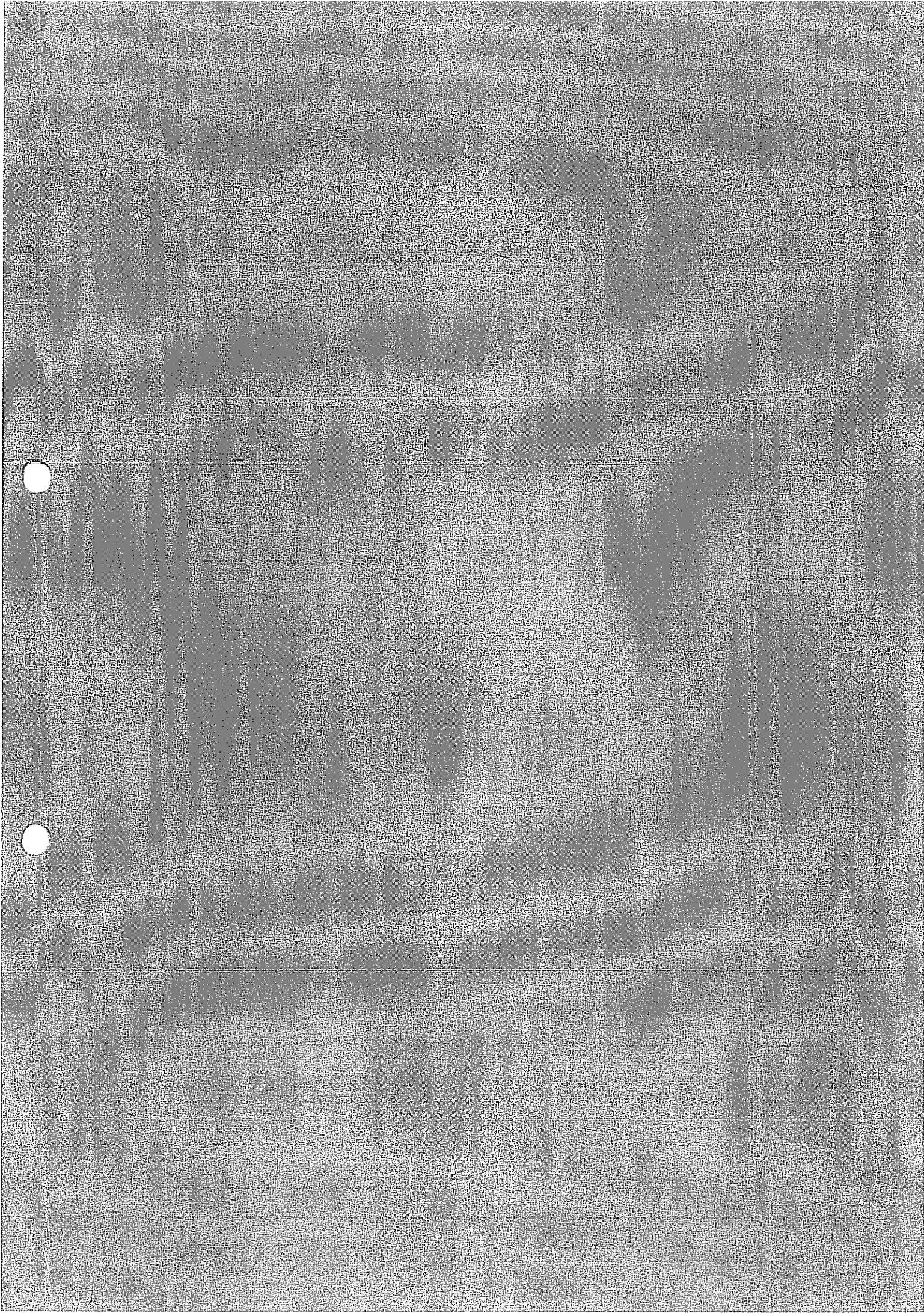
# Entwurf zur Änderung

des / der

Strafgesetzbuchs (StGB)

Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG)

Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes



Entwurf für eine Neueinführung der §§ 218 a Abs. 2 a und b sowie 219 a StGB

§ 218 a  
Beratung der Schwangeren  
in einer Not- und Konfliktlage

- (1) Die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,
  - 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und
  - 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.
- (2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, 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.

§ 219 a - neu.-

Beratung der Schwangeren  
nach § 218 a Abs. 2 b

- (1) Die Beratung dient dem Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zwischen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung und dem Fortsetzen der Schwangerschaft zu ermöglichen. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen. Im Beratungsgespräch ist der besonderen Konfliktlage bei möglichen extraterinen Lebensfähigkeit des Kindes Rechnung zu tragen. Auf das Angebot einer psychosozialen Betreuung vor, während und nach dem Schwangerschaftsabbruch (§ 2 SchKG) muss hingewiesen werden. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.
- (2) Die Beratung nach Abs. 1 erfolgt durch den Arzt, der die Indikation nach § 218 a Abs. 2 U 2 a zum Schwangerschaftsabbruch stellt. Der beratende Arzt hat die Schwangeren über die erfolgte Beratung eine Bescheinigung auszustellen.

(2 a) neu - ist die Schwangerschaft soweit fortgeschritten, dass die Möglichkeit extrateriner Lebensfähigkeit des Kindes anzunehmen ist, ist der Schwangerschaftsabbruch dann nicht rechtswidrig, wenn nach ärztlicher Erkenntnis unter Berücksichtigung des Alters des ungeborenen Kindes und seiner extraterinen Lebensfähigkeit eine Gefahr für das Leben oder eine zumutbare Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren besteht und die Gefahr auf andere für die Frau zumutbare Weise nicht abgewendet werden kann.

(2 b) neu - Soweit keine unmittelbare Gefahr für das Leben der Frau besteht, hat sich die Schwangere mindestens drei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch nach den Absätzen 2 und 2 a gemäß § 219 a ärztlich beraten zu lassen.

(1) Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Obergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuhelfen. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.

(2) Die Beratung hat nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Die Beratungsstelle hat der Schwangeren nach Abschluss der Beratung hierüber eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung nach Maßgabe des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auszustellen. Der Arzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vornimmt, ist als Berater ausgeschlossen.

## Anderung

### Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

#### § 12 Weigerung

(1) Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare unmittelbare Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder des Todes abzuwenden.

## Anderungen

### Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

#### § 16 Erhebungsmerkmale, Berichtszeit und Periodizität

(1) Die Erhebung wird auf das Kalendervierteljahr bezogen durchgeführt und umfasst folgende Erhebungsmerkmale:

1. Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen im Berichtszeitraum (auch Fehlanzeige),
2. rechtliche Voraussetzungen des Schwangerschaftsabbruchs (Beratungsregelung oder nach Indikationsstellung),
3. Familienstand und Alter der Schwangeren sowie die Zahl ihrer lebenden Kinder,
4. Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in abgeschlossenen Wochen post conceptionem,
5. Art des Eingriffs und beobachtete Komplikationen,
6. Erkrankung(en) des Feten,
7. Bundesland, in dem der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird, und Bundesland oder Staat im Ausland, in dem die Schwangere wohnt,
8. Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus und im Falle der Vornahme des Eingriffs im Krankenhaus die Dauer des Krankenhausaufenthaltes.

Der Name der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden.

(2) Die Angaben nach Absatz 1 sowie Fehlanzeigen sind dem Statistischen Bundesamt vierteljährlich zum jeweiligen Quartalsende mitzuteilen.

# Schwangerschaftsabbruchstatistik

des

**Statistischen Bundesamtes**

(einschließlich Rechtsgrundlagen)

## Anderungen des Erhebungsvordrucks

(Mustervordruck in der bisherigen Fassung siehe Folgeselten)

- **Erweiterung der Hauptspalten**
  - Einführung einer neuen Spalte 18a mit der Bezeichnung: „fetale Erkrankungen“
- **in Spalte 21**
  - Zusammenfassung der Unterspalten 3 und 4  
Neubezeichnung: „Hysterotomie“
  - Zusammenfassung der Unterspalten 5 und 7  
Neubezeichnung: „Hysterektomie“
  - Ergänzung der Bezeichnung der Unterspalte 8 („Prostaglandine“)
  - Einführung einer neuen Unterspalte „Andere“ und zwar:
    - Einführung einer neuen Unterspalte „Embryozid / Fetozyd“
      - a) bei Embryonenreduktion
      - b) bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes



Zum Online-Einsatz bitte sorgfältig senden an:

Statistisches Bundesamt  
Zweigstelle Bonn  
Gruppe VIII A  
Postfach 17 03 77

53029 Bonn  
Tel.: 018 88/643-81 54  
Fax: 018 88/643-89 94

Die Bundesagentur für Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsstatistik (Arbeitsmarktstatistik) ist ein Bestandteil der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Statistik der Bundesagentur für Arbeit) und wird durch die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit) durchgeführt.

Bitte helfen Sie uns, indem Sie diesen Fragebogen bis zum 30.09.2009, 11:12 Uhr, an:

Statistisches Bundesamt  
Zweigstelle Bonn  
Gruppe VIII A  
Postfach 17 03 77  
53029 Bonn

### Anschrift oder Stempel der Arztpraxis oder des Krankenhauses

Name der Arztpraxis oder des Krankenhauses .....

Eintrags / Hausnummer .....

PLZ / Ort .....

Teil der Vorwahlnummern der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person .....

### Länderschlüssel:

Baden-Württemberg	08
Bayern	09
Berlin	11
Brandenburg	12
Bremen	04
Hessen	02
Mecklenburg-Vorpommern	06
Niedersachsen	13
Nordrhein-Westfalen	03
Rheinland-Pfalz	05
Saarland	07
Sachsen	10
Sachsen-Anhalt	14
Schleswig-Holstein	15
Thüringen	01
Ausland	17

(In diesem Fall bitte den Namen des Staates am rechten Rand angeben)





Zum Quartalsende bitte ausgefüllt senden an:

Statistisches Bundesamt  
Zweigstelle Bonn  
Gruppe VIII A  
Postfach 17 0377  
  
53029 Bonn  
Tel.: 01888/643-8154  
Fax: 01888/643-8994

Erhebungsvordrucke für die Schwangerschaftsabbruchstatistik können kostenlos unter dieser Anschrift angefordert werden.

Bitte halten Sie den Absendetermin (jeweils 31.03., 30.06., 30.09., 31.12.) ein.

Rechtsgrundlagen, Hilfsmerkmale und weitere Unterrichtungen nach § 17 Bundesstatistikgesetz siehe Rückseite.

**Anschrift oder Stempel der Arztpraxis oder des Krankenhauses**

Name der Arztpraxis oder des Krankenhauses .....

Strasse / Hausnummer .....

PLZ / Ort .....

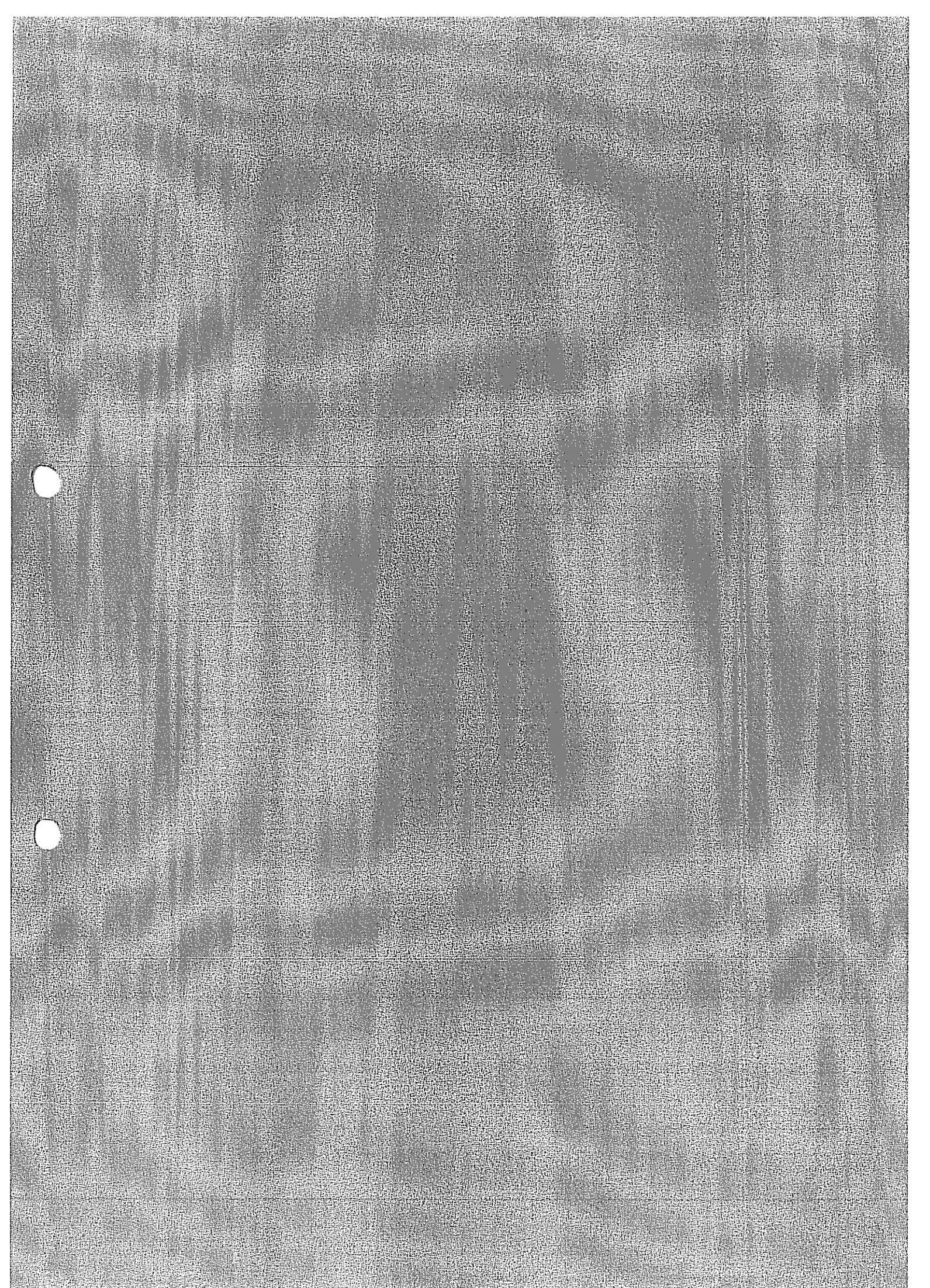
Telefon (Vorwahl/Rufnummer) der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person .....

Weitere Hinweise und Ausfüllanleitung siehe Rückseite

**Länderschlüssel:**

Baden-Württemberg .....	08
Bayern .....	09
Berlin .....	11
Brandenburg .....	12
Bremen .....	04
Hamburg .....	02
Hessen .....	06
Mecklenburg-Vorpommern .....	13
Niedersachsen .....	03
Nordrhein-Westfalen .....	05
Rheinland-Pfalz .....	07
Saarland .....	10
Sachsen .....	14
Sachsen-Anhalt .....	15
Schleswig-Holstein .....	01
Thüringen .....	16
Ausland .....	17

(In diesem Fall bitte den Namen des Staates am rechten Rand angeben)



# Begründung

## Allgemeiner Teil

### I. Pränataldiagnostik und mögliche Konsequenzen für die Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

Jede Schwängerenvorsorge beinhaltet Pränataldiagnostik (PND) im weiteren Sinne. Ziel der PND ist ein erwünschter positiver Ausgang einer Schwangerschaft. Dazu sollen Risiken und pathologische Befunde frühzeitig erkannt werden, um entsprechende vorsorgliche und therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Die Grundlage bildet die Pränataldiagnostik entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien. Diese dienen in erster Linie der genauen Bestimmung des Gestationsalters, der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Feten und der frühzeitigen Erkennung von Mehrlingsschwangerschaften.

Zunehmend haben sich auch weitere Untersuchungsmöglichkeiten durchgesetzt, die nicht mehr Teil der Mutterschafts-Richtlinien sind. So können Ultraschalluntersuchungen zum Ende des ersten Trimenons wie beispielsweise die Nackentransparenzmessung in Verbindung mit Blutuntersuchungen und die zum Ende des zweiten Trimenons vorgenommene Ultraschalluntersuchung („Ultraschall-Feindiagnostik“) zur Erkennung von Auffälligkeiten beim Ungeborenen führen, die den Ausgangspunkt einer Konfliktsituation für die Schwangere, das Kind, den Vater und den behandelnden Arzt darstellen.

Die Entwicklungen seit der Neufassung des Schwangerschaftsabbruchsrechts gemäß §§ 218 ff. StGB und der Einführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes durch das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes von 1995 geben aus ärztlicher Sicht in Ausfüllung der vom Bundesverfassungsgericht festgestellten Nachbeobachtungspflicht des Gesetzgebers Anlass zu den vorgeschlagenen gesetzlichen Ergänzungen.

§ 218 a Abs. 2 StGB regelt die Grundlagen des medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs und bestimmt, dass ein Schwangerschaftsabbruch *„nicht rechtswidrig ist, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperli-*

*chen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“*

Diese Bestimmung geht somit nicht nur von einer Lebensgefahr der Schwangeren aus. Eine unmittelbare Lebensgefahr stellt vielmehr nur in seltenen Fällen eine Indikation für einen medizinischen Schwangerschaftsabbruch dar, da gravierende schwangerschaftsrelevante internistische Erkrankungen wie z. B. Hypertonus oder Diabetes mellitus durch eine medizinische Betreuung in der Schwangerschaft in der Regel gut zu therapieren sind.

Der größte Teil der gegenwärtig medizinisch indizierten Abbrüche ergibt sich aus Konfliktsituationen wegen Auffälligkeiten des ungeborenen Kindes. Auffälligkeiten, die insbesondere durch moderne Formen der Pränataldiagnostik erkannt werden können, sind außerordentlich vielfältig:

- Veränderungen, die nicht mit dem Leben des Kindes vereinbar sind (z.B. Anenzephalus, Trisomie 16).
- Veränderungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tod des Kindes nach der Geburt führen (z. B. hypoplastische Lungen, Nierenagenesie).
- Veränderungen mit unterschiedlichem/r Ausprägungsgrad und Prognose (z. B. Trisomie 21 mit fakultativen Befunden, wie einem komplexen Herzfehler).
- Veränderungen mit guter operativer Therapiemöglichkeit (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, einige urogenitale Fehlbildungen).

Durch frühzeitige Pränataldiagnostik kann ein großer Teil der Auffälligkeiten entdeckt werden. In einigen Fällen ist eine intrauterine Therapie möglich. Sie kann sowohl medikamentös (z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom) als auch invasiv-operativ (z. B. Fetofetales Transfusionssyndrom, Diaphragmahernie) erfolgen. Teilweise ergeben sich gute therapeutische Möglichkeiten nach Geburt des Kindes. In einigen Fällen gibt es allerdings keine Therapieoption.

Die beschriebenen Veränderungen können die Ursache einer *„schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren darstellen“*, die es abzuwenden gilt und bei der *„die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“*.

Unabhängig von Schweregrad und Ausprägung einer Erkrankung oder Auffälligkeit kann sich aber die Situation ergeben, dass die Schwangere aus somatischen oder psychischen Grün-

den nur einen Schwangerschaftsabbruch als eine für sie zumutbare Lösung des Konfliktes ansieht.

Diese Situation verdeutlicht, dass ärztliche Diagnose, Prognoseeinschätzung und Indikationsstellung sowie die Beratung der Schwangeren im Hinblick auf einen möglichen Schwangerschaftsabbruch im Vordergrund stehen.

Das geltende Recht (§ 218 a Abs. 2 StGB) sieht eine Beratungspflicht bei der medizinischen Indikation jedoch nicht vor. Diese Lücke wird durch den Ergänzungsvorschlag ausgefüllt.

## II. Notwendige Veränderungen

### II. 1. Notwendigkeit der Beratung und einer Bedenkzeit bei Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation

#### 1.1. Obligatorische Beratung

Wenn es der Schwangeren fraglich erscheint, eine Schwangerschaft aus persönlichen Gründen austragen zu können, gerät sie in eine schwere Konfliktlage. Zum Verständnis der Bedeutung dieser Konfliktsituation ist daran zu erinnern, dass es grundsätzlich aus psychologischer Sicht bei jeder schwangeren Frau Gründe für das Austragen sowie gegen das Austragen einer Schwangerschaft gibt, da sich die Lebenssituation der Frau im Falle von Schwangerschaft und erwarteter Geburt deutlich verändert.

Wenn eine Frau Gründe für einen Abbruch sieht, sind diese dem Recht des Ungeborenen auf Leben gegenüberzustellen.

Nach § 218 a Abs. 1 StGB ist ein Schwangerschaftsabbruch dann straflos, „wenn seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind“ und sich die Frau nach § 219 StGB durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle hat beraten lassen.

Im Falle dieser „Beratungsregelung“ geht der Gesetzgeber davon aus, dass diese Schwangere in der Beratung Hilfe erfahren soll. Die Beratung „dient dem Schutz des ungeborenen Lebens“ und es sind der Frau „Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen“. § 219 StGB sieht ferner vor, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, „wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt“.

Eine ähnliche Konfliktsituation sieht der Gesetzgeber für die Schwangere im § 218 a Abs. 2 StGB bei der medizinischen Indikation, wenn er bestimmt, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig ist, *„wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“*.

In beiden Situationen (Beratungsregelung in der Frist des ersten Trimenons sowie bei medizinischer Indikation) werden ähnliche Voraussetzungen gefordert: Übersteigen der *„zumutbaren Opfergrenze“* und *„unzumutbare Weise“* für die Abwendung der Gefahr.

Im Falle der fristgebundenen Beratungsregelung ist die subjektive Situation der Frau so einzuschätzen, dass sie diese Schwangerschaft jetzt nicht austragen kann. Im Falle der medizinischen Indikation ist die Situation so einzuschätzen, dass die Frau ursprünglich die Schwangerschaft austragen wollte, dass dann aber somatische oder psychische Risiken hinzugetreten sind oder Probleme drohen, die es ihr nicht mehr möglich erscheinen lassen, diese Schwangerschaft auszutragen.

Die Schwangere befindet sich also in einer elementaren Konfliktsituation. Es erscheint daher nicht überzeugend, dass einerseits im Fall der fristgebundenen Beratungsregelung (§ 218 a Abs. 1 StGB) die Notwendigkeit der Beratung vom Gesetzgeber als obligatorisch angesehen wird und andererseits im Fall der medizinischen Indikation (§ 218 a Abs. 2 StGB) eine Beratung im Vorfeld eines möglichen Abbruchs nicht vorgesehen ist.

Diese Unplausibilität ist zu beseitigen: Denn gerade weil die medizinische Indikation in der Regel im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik steht, die zu einem Abbruch im zweiten oder dritten Trimenon führen kann (wenn also die Schwangerschaft weiter fortgeschritten ist), ergibt sich die Notwendigkeit einer Beratung um so deutlicher. Die Schwangere hat sich dann bereits über einen längeren Zeitraum mit dieser Schwangerschaft positiv auseinandergesetzt, war darüber erfreut und sieht sich nunmehr mit einer Situation konfrontiert, die die ehemals gewünschte Schwangerschaft als nicht mehr tolerierbar erscheinen lässt; dies kann beispielsweise durch Erkrankungen des Foeten und / oder eine besondere psychische Situation der Schwangeren verursacht sein.

Kennzeichnend für die Gesamtsituation ist der notwendigerweise prospektiv orientierte Umgang mit zwar grundsätzlich erkannten mütterlichen oder kindlichen Gesundheitsrisiken, deren konkrete Bewältigungsmöglichkeit jedoch in den meisten Fällen zunächst nicht definitiv einschätzbar sind. In einer solchen Situation erscheint das Kind ohne eine qualifizierte Beratung der Schwangeren nicht ausreichend geschützt.

Im Ergebnis gebietet sich daher ein Beratungserfordernis primär aus dem Grund des Lebensschutzes des Kindes, aber auch aus der gesundheitlichen Perspektive der Schwangeren selbst. Dies gilt im Besonderen für die Situation bei anzunehmender extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes.

## 1.2. Zeit des Überdenkens

Für die fristgebundene Beratungsregelung gilt, dass eine Beratung „mindestens drei Tage vor dem Eingriff“ stattgefunden haben muss. Die ärztlichen Erfahrungen im Umgang mit der Beratung belegen deutlich, dass diese Zeit des Überdenkens in der Regel genutzt wird, um die Gründe zum Austragen oder zum Abbruch der Schwangerschaft noch einmal (selbst) kritisch zu reflektieren, auch wenn die Entscheidung der Frau vor Aufsuchen der Beratungsstelle schon weitgehend festzustehen scheint. Die anlässlich der Einführung der fristgebundenen Beratungsregelung vorgetragenen Bedenken gegen eine „Zwangsberatung“ treffen nach ärztlicher Erfahrung in aller Regel nicht zu, so dass diese Zeit des Überdenkens als eine positive Chance im Hinblick auf die Entscheidungssicherheit aufzufassen ist.

Wie dargelegt steigt der Beratungsbedarf bei der medizinischen Indikation und es sind Fragen von deutlicher Tragweite zu klären: Was würde das Austragen dieses Kindes für die Frau, das Kind, die Familie bedeuten? Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Schwangerschaftsabbruch für die Frau und die Familie?

Bei der Klärung dieser Fragen kann es sinnvoll sein, zusätzlichen Sachverstand hinzuzuziehen. Es können Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (z. B. Kinderärzte, Humangenetiker, Psychiater, Psychotherapeuten) beteiligt werden. Dieses erfordert Zeit, um den anfänglichen Schock über den auffälligen pränatalen diagnostischen Befund und das Gefühl der Hilflosigkeit bei der Schwangeren zu überwinden. Ergänzend können psychosoziale Beratungsstellen beistehen. Daher erscheint eine solche Zeit des Überdenkens von „in der Regel drei Tagen“ auch im Zusammenhang eines möglichen Abbruchs aus medizinischer Indikation sinnvoll und geboten.

### 1.3. Inhalt der Beratung

Ziel der fristgebundenen „Beratungsregelung“ ist nach § 219 StGB, dass die Beratung „dem Schutz des ungeborenen Lebens“ dient. *„Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Sie soll ihr helfen, eine verantwortungsvolle und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, ...“.*

*„Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuhelpfen.“*

Die Ziele einer Beratung nach § 218 a Abs. 2 StGB (medizinische Indikation) sind konsequenterweise ähnlich zu bestimmen und lassen sich aus dem Wortlaut ableiten. Denn der Schwangerschaftsabbruch ist nur gerechtfertigt, *„um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Frau abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“*

Vom Inhalt der Beratung her wären dies Angebote der medizinischen, psychischen und sozialen Behandlung und Unterstützung, mit der die beschriebenen Gefahren des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden wären. Auch hier sollte in einer ähnlichen Weise, wie es im § 219 StGB bestimmt ist, der Frau bewusst sein, *„dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat.“*

Bei einer Konfliktlage, die sich z. B. aus einer Schwangerschaft mit Vorliegen einer Trisomie 21 beim Kind ergibt, wären die Hilfsangebote hinsichtlich der Aspekte eines Lebens mit diesem Kind aufzuzeigen. Dies umfasst neben den körperlichen und psychischen auch die sozialen Aspekte des Lebens mit einem Kind mit Trisomie 21.

Die Details der Beratung könnten z. B. in Richtlinien der Bundesärztekammer zusammengestellt werden.

#### 1.4. Obligate ärztliche Beratung

Nach der fristgebundenen Beratungsregelung hat die Beratung durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Ursächlich dominieren dabei psychosoziale Aspekte, so dass eine Beratung mit psychosozialer Ausrichtung angemessen erscheint.

Bei der medizinischen Indikation dominieren hingegen Aspekte, die sich aus den akuten medizinischen Gesichtspunkten des Konfliktes mit dem ungeborenen Leben ergeben. Dies können z. B. Spaltbildungen des Rückens (Neuralrohrdefekte) oder schwere Herzfehlbildungen sein, wobei es auch um die Prognose des ungeborenen Lebens geht und intrauterine Therapiemöglichkeiten sowie Behandlungsoptionen nach der Geburt des Kindes mit einfließen müssen.

Im Falle einer Trisomie 21' des Kindes handelt es sich um eine Vielzahl von Gesichtspunkten, die medizinischer, psychologischer und sozialer Natur sind. Bei einer eher psychiatrisch betonten Konfliktlage der Mutter steht z. B. die akute Behandlung einer Neurose, Psychose, einer Konfliktlage bei einer „verdrängten Schwangerschaft“ oder Suizidalität im Vordergrund, die ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Intervention bedarf.

Über die im Vordergrund stehenden medizinischen Aspekte hinaus sind analog der Beratung nach § 219 StGB weitere Beratungsziele:

- Aufzeigen von Perspektiven für ein Leben mit Kind
- Bewusstmachen, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft ein eigenes Recht auf Leben hat
- Rat und Hilfe zur Bewältigung der bestehenden Konfliktlage.

Da die medizinischen Aspekte bei der medizinischen Indikation deutlich im Vordergrund stehen, soll die Beratung ärztlich geleitet sein. Auch wenn diese Beratung nur obligatorisch vor einem möglichen Abbruch durchzuführen ist, so ist sie aus ärztlichem Selbstverständnis heraus auch nach der Entscheidungsfindung weiter anzubieten.

### 1.5. Notwendigkeit des Angebotes einer fakultativen psychosozialen Betreuung

Da jede medizinische Indikation eine Vielzahl von medizinischen und psychosozialen Aspekten umfasst, kann die Beratung über die rein medizinischen Aspekte hinaus sinnvoll sein. Es ist genuine ärztliche Aufgabe, auch psychosoziale Aspekte mit anzusprechen und zu verfolgen.

Zugleich soll der Arzt erkennen, dass seine psychosoziale Beratungskompetenz an Grenzen stoßen und es daher sinnvoll sein kann, eine unabhängige – auf psychosoziale Aspekte hin fokussierte – Beratung ergänzend in Anspruch zu nehmen. Insofern muss auf das Angebot einer psychosozialen Betreuung hingewiesen werden. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.

Ebenso wie die ärztliche Beratung stellt sie ein dynamisches Kontinuum dar. Insofern ist diese Beratung und Betreuung vor und nach der Entscheidungsfindung zum möglichen Schwangerschaftsabbruch vorzusehen.

### 1.6. Bescheinigung

Bei der fristgebundenen Beratungsregelung ist die Beratung gemäß § 219 Abs. 2 S. 2 StGB nach Beendigung zu bescheinigen. In Analogie zu dieser Regelung soll bei medizinischer Indikation ebenfalls eine Bescheinigung ausgestellt werden, so dass der Schwangerschaftsabbruch an die vom Arzt bescheinigte Beratung geknüpft ist. Die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch erfolgt unabhängig davon.

### 1.7. Ausnahmeregelung

Eine obligatorische Beratung bei medizinischer Indikation sowie eine Fristregel von drei Tagen muss allerdings dann ihre Grenze finden, wenn besondere medizinische Umstände dies aus Gründen der Gefahrenabwehr gebieten. Sie sind dann gegeben, wenn eine „unmittelbare Gefahr für das Leben“ der Frau besteht.

Eine **akute Indikation** aus medizinischen Gründen besteht z. B. bei schwerer Präeklampsie oder Eklampsie der Frau, wodurch eine unmittelbare Herbeiführung eines Schwangerschaftsabbruchs notwendig werden kann. Ähnlich könnte man die Situation dann kennzeichnen, wenn eine akute Suizidalität bei der Frau besteht, bei der keine Möglichkeiten vorhanden zu sein scheinen, diesen Zustand akut anders abzuwenden. Da es solche besonders

gravierenden Fälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch gibt, müssen auch Ausnahmeregelungen für Beratung und Fristen vorgehalten werden.

## II. 2 Schwangerschaftsabbruch bei zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes

Mit der Neufassung des Schwangerschaftsabbruchsrechts entfiel 1995 die embryopathische Indikation, die seither von der medizinischen Indikation mit umfasst ist. Damit sind Schwangerschaftsabbrüche im Zusammenhang mit einer schweren Schädigung des erwarteten Kindes und einer erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung der Mutter bis unmittelbar vor der Geburt zulässig.

Mit Methoden der PND werden vitale Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und Anlagetragerschaften eines Fetus mitunter erst nach 22 Schwangerschaftswochen erkennbar bzw. diagnostiziert. Andererseits hat die Entwicklung in der Medizin dazu geführt, dass bereits Kinder mit 500 Gramm Geburtsgewicht ab einem Schwangerschaftsalter von ca. 22 Wochen p. c. überleben können. Im Einzelfall kann dies zu einer unerträglichen und unzumutbaren Situation für die Schwangere und den betreuenden Arzt führen, wenn insbesondere der Wunsch nach Beendigung der Schwangerschaft wegen Schäden des Feten mit dessen extrauteriner Lebensfähigkeit zusammentrifft und möglicherweise darüber hinaus der gewünschte Abbruch mit der Geburt eines lebenden Kindes endet und somit die unbedingte Lebenserhaltungspflicht des Arztes eintritt.

Aus diesen Gründen sind die Bedingungen für den Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a Abs. 2 StGB bei anzunehmender Lebensfähigkeit des Kindes besonders deutlich zu fassen, um allen Beteiligten die Bedeutung der Tötung eines Kindes, das dank der modernen Perinatalmedizin außerhalb des Mutterleibes selbständig lebensfähig ist, klar vor Augen zu führen und die Entscheidungsfindung besonders kritisch zu reflektieren. Nur wenn in dieser Abwägung die Zumutbarkeitsgrenze eindeutig überschritten erscheint, kann ein solcher später Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt sein. Diese Verdeutlichung steht im Einklang mit der Auffassung des Bundesgerichtshofs, nach der die Rechtfertigungsgründe ihrer Wichtigkeit nach mit dem Gestationsalter wachsen müssen (BGHZ 151, 133).

## II. 3. Weigerungsrecht des Arztes

Nach geltendem Recht sind Ärzte verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, wenn diese Mitwirkung notwendig ist, um von einer Frau eine anders nicht abwendbare

Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (§ 12 Abs. 2 SchKG).

In der Praxis bedeutet dies, dass Ärzte zur Mitwirkung verpflichtet sind z. B. bei medizinischen Indikationen nach § 218 a Abs. 2 StGB, dessen Wortlaut ähnliches vorgibt („Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“).

Besonders problematisch wird dieses z. B. im Falle eines medizinisch indizierten Abbruchs auf Grund einer Konfliktlage bei Vorliegen einer Trisomie 21 des Kindes. Zwar sind die Voraussetzungen nach § 218 a Abs. 2 StGB gegeben; für den Arzt kann es aber aufgrund seiner religiösen, ethischen und moralischen Überzeugungen unzumutbar erscheinen, einen Abbruch bei dieser Konfliktlage durchzuführen. Deshalb kann ihm nicht in jedem Fall zugemutet werden, diesen Eingriff vorzunehmen.

Insofern ist eine engere Fassung des Mitwirkungsgebots notwendig, die auf der einen Seite eine unmittelbare Gefahrenlage jederzeit und eindeutig für die Frau abwendet, aber auf der anderen Seite keine unüberwindbaren Konfliktgrenzen ärztlicherseits errichtet. Das ärztliche Weigerungsrecht sollte deshalb nur durch die Unmittelbarkeit der Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung der Frau durchbrochen werden können.

#### **II. 4. Unvollständigkeit der statistischen Erfassung**

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz bestimmt den Umfang der statistischen Erhebungen zum Schwangerschaftsabbruch. Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber die Pflicht zur Beobachtung und zur Nachbesserung aufgegeben, falls sich erweist, dass die geltende Regelung den Lebensschutz für das Kind nicht hinreichend gewährleistet. Die bisherigen statistischen Erhebungen, deren Umfang durch § 16 SchKG vorgegeben sind, haben sich für die Erfüllung dieses Auftrags als unzulänglich erwiesen und werden in ihrer Vollständigkeit angezweifelt.

Deshalb werden konkretisierende Ergänzungen der Erhebungsmerkmale zur / zum

- Klassifizierung bei medizinischer Indikation
- Schwangerschaftsdauer
- Fetozyd

vorgeschlagen.

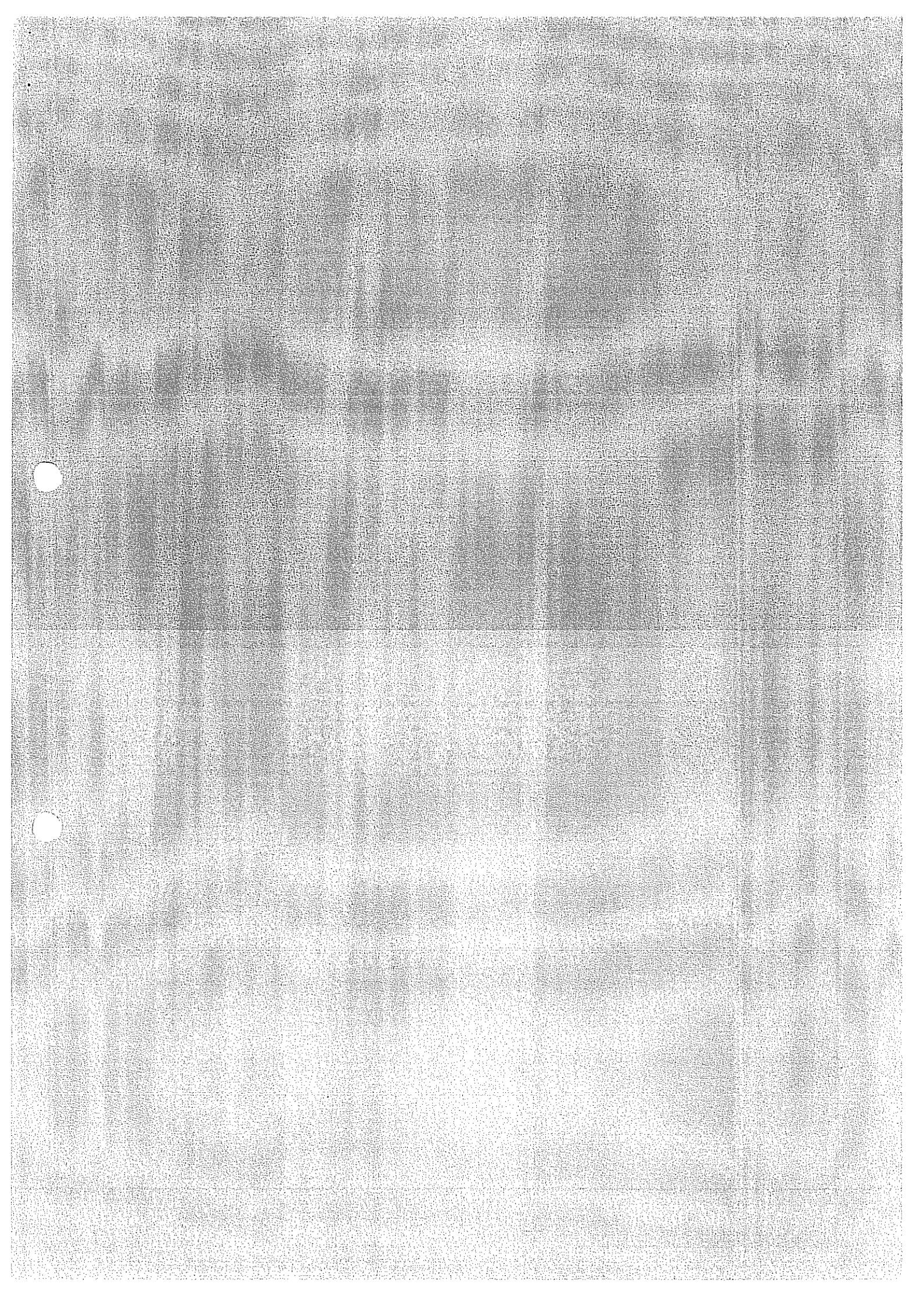
Wesentlich erscheint dabei eine konkretere Dokumentation der Konfliktlage bei der medizinischen Indikation. Nach Wegfall der embryopathischen Indikation im Jahr 1995 wurde dieses Indikationsspektrum unter die medizinische Indikation nach § 218 a Abs. 2 StGB subsumiert. Dieses erschien zunächst sinnvoll, da aus einer Auffälligkeit eines Feten heraus allein keinesfalls ein Schwangerschaftsabbruch hergeleitet werden kann.

Gleichwohl bilden aber die durch PND festgestellten Auffälligkeiten des Fetus häufig den Ausgangspunkt für eine schwere Konfliktlage der Frau. Insofern dürfte der größte Teil der Abbrüche bei medizinischen Indikationen durch Konflikte begründet sein, die aus spezifischen, pränatal festgestellten Auffälligkeiten des Fetus resultieren, welche in sinnvollen Fallkonstellationen durch Obduktion des Feten nach Schwangerschaftsabbruch gesichert werden sollten. Die fetalen Erkrankungen – sowohl pränatal als auch postmortal festgestellte Befunde – werden bisher nicht erfasst.

Der vom Bundesverfassungsgericht angemahnten Nachbesserungspflicht würde aber mittels angemessener Regelung Rechnung getragen werden mit der Dokumentation der Gründe, die den Abbruch bei medizinischer Indikation maßgeblich veranlasst haben.

Dies ist nicht zu verwechseln mit der Wiedereinführung einer embryopathischen Indikation. Es handelt sich vielmehr um die Möglichkeit einer Ursachenerfassung, die möglicherweise zur Erweiterung von Hilfsangeboten für die entsprechenden Konfliktsituationen führen können.

Eine Dokumentationslücke von besonderer Bedeutung ist der Fetozyd. Er ist eine nicht selten angewendete Methode im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch. Auf eine explizite statistische Erfassung kann nicht verzichtet werden.



# Begründung

## Spezieller Teil

### Vorbemerkung

*Die vorgeschlagenen Rechtsänderungen begründen sich wesentlich aus grundsätzlichen Erwägungen. Die Darlegungen im allgemeinen Teil der Begründung stehen deshalb in besonders enger Beziehung zum Entwurf der Ergänzungen des StGB. Auf Wiederholungen im speziellen Teil wird daher weitgehend verzichtet.*

### zu § 218 a Abs. 2 a StGB

Nach geltendem Recht ist gemäß § 218 a Abs. 2 der Schwangerschaftsabbruch dann nicht rechtswidrig, wenn die Schwangere sich in einer Konfliktsituation befindet, aufgrund derer sie bei Fortsetzung und folgender Geburt sich selbst z. B. einer Gefahr der schwerwiegenden Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder seelischen Gesundheit aussetzen würde. Nach der Rechtsordnung kann der bestehende Konflikt in diesem Fall immer zugunsten der Frau aufgelöst werden.

Die Konfliktsituation verschärft sich, wenn sich das Kind an der Grenze zur selbständigen extrauterinen Lebensfähigkeit befindet. Diese Grenze liegt bei etwa 22 Wochen p. c.

Unter Herausstellung, dass die potentielle Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit durch ein Austragen der Schwangerschaft unzweifelhaft als unzumutbar erkennbar sein muss, bevor der Abbruch in dieser späten Schwangerschaftsphase nicht rechtswidrig ist, verdeutlicht sich das mit seiner Entwicklung aufwachsende Recht des Kindes auf Leben.

Dieser besonders kodifizierte Anspruch entspricht auch dem Gedanken einer höchstrichterlichen Entscheidung, nach der die Gründe für einen Abbruch desto gravierender sein müssen, je weiter das Alter des Ungeborenen fortgeschritten und je wahrscheinlicher seine extrauterine Lebensfähigkeit ist (BGHZ 151, 133).

Die Feststellung der Alternativlosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs wird zudem durch die Vorgaben einer ärztlich geleiteten Beratung flankiert, in der alle Aspekte der Konfliktlage der Betroffenen (Kind, Mutter, Vater, Arzt) abzuwägen sind.

## zu § 218 a Abs. 2 b StGB

Die Einführung einer Beratungspflicht im Zusammenhang mit Erwägungen zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation dient primär dem Schutz des Kindes.

Da die Konfliktlage bei medizinischer Indikation mindestens dieselbe Intensität aufweist wie beim Schwangerschaftsabbruch nach fristgebundener Indikation gem. § 218 a Abs. 1 StGB, erscheint die Vorgabe einer auf Hilfestellung orientierten Begleitmaßnahme auch für die Entscheidungsfindung zum möglichen Abbruch nach den Absätzen 2 und 2 a aus Gleichbehandlungsgründen erforderlich.

Im Falle der fristgebundenen Beratungsregelung gemäß § 218 a Abs. 1 Nr. 1 StGB ist eine Beratung durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle erforderlich. Bei Vorliegen einer medizinisch begründeten Konfliktlage soll die Beratung ärztlich geleitet sein.

Wie im allgemeinen Begründungsteil ausgeführt, soll eine Bedenkzeit von mindestens drei Tagen in Analogie zu § 218 a Abs. 1 Nr. 1 StGB dazu beitragen, die Entscheidung der Frau zum Abbruch selbstkritisch zu reflektieren und sie so breiter zu fundieren.

Das Beratungserfordernis gilt nicht im Fall einer unmittelbaren Gefahr, die das Leben der Frau bedroht.

Wenn also z. B. eine bedeutsame dringliche Indikation zum Abbruch aus medizinischen Gründen besteht (z. B. schwere Präeklampsie oder Eklampsie der Frau), kann auch unmittelbar ein Schwangerschaftsabbruch herbeigeführt werden. Ähnliches gilt, wenn eine akute Suizidalität bei der Frau besteht, die keine Möglichkeit offen lässt, diese anders abzuwenden.

## zu § 219 a Abs. 1 StGB

### Inhalte der Beratung

Wie im allgemeinen Teil bereits ausführlich dargelegt, sind die Ziele der Beratung im Zuge einer Entscheidungsfindung zum möglichen Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation gemäß § 218 Abs. 2 und 2 a im Vergleich zur Beratung der Schwangeren nach § 219 StGB grundsätzlich identisch; der Wortlaut des Entwurfs für § 219 a Abs. 1 reflektiert dies insbesondere in den Sätzen 1 bis 3.

Satz 4 hebt die besondere Bedeutung der möglichen extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes im Zusammenhang mit einer Abbruchentscheidung nach § 219 a Abs. 2 a hervor und verdeutlicht auch im Beratungsgespräch das grundsätzliche Recht des im Gestationsalter weit entwickelten Kindes auf Leben. Die Vorgabe trägt dazu bei, die mögliche Abbruchentscheidung besonders kritisch zu prüfen.

### Notwendigkeit des Angebots einer psychosozialen Beratung

Da in jeder medizinischen Indikation eine Vielzahl von sowohl medizinischen als auch psychosozialen Aspekten zusammentreffen können, kann die Beratung nicht immer ausschließlich auf rein medizinische Aspekte beschränkt bleiben. Es gehört zur genuinen ärztlichen Aufgabe, auch psychosoziale Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Dabei soll die Ärztin / der Arzt zugleich erkennen, dass ihre / seine psychosoziale Beratungskompetenz an Grenzen stoßen kann und es daher sinnvoll erscheint, eine unabhängige – auf psychosoziale Aspekte hin fokussierte – Beratung in Anspruch zu nehmen. Insofern ist das nach Satz 5 obligatorische Angebot einer zusätzlichen fakultativen psychosozialen Betreuung vorgesehen. Da sich eine solche Betreuung nicht auf eine „Einpunktberatung“ beschränken sollte, sondern sie häufig ein dynamisches Kontinuum darstellt, muss auf konkrete Beratungsangebote vor, während und nach dem Schwangerschaftsabbruch hingewiesen werden.

**zu § 219 a Abs. 2 StGB**

Über die Begründung zur ärztlich geleiteten Beratung nach § 218 a Abs. 2 b StGB-E hinaus soll die Bindung an den die Indikation zum Abbruch stellenden Arzt einer Teilung der Verantwortung entgegenwirken. Gleichwohl bleibt es dem Arzt unbenommen ein Konsil durchzuführen.

Im Interesse der Rechtssicherheit für die Beteiligten soll gemäß Satz 2 auch bei medizinischer Indikation eine Bescheinigung über die durchgeführte ärztliche Beratung in Analogie zu § 219 Abs. 2 S. 2 StGB ausgestellt werden.

**zu § 12 Abs. 2 SchKG**

Um das auch für Ärzte geltende Recht, nicht an Schwangerschaftsabbrüchen mitwirken zu müssen, nicht unnötig einzuengen, wird die Pflicht zur Mitwirkung näher qualifiziert, nach der es gilt, die Unmittelbarkeit einer Gefahr für das Leben der Schwangeren abzuwenden bzw. einer unmittelbar drohenden schweren Gesundheitsschädigung der Frau entgegenzuwirken.

**zu § 16 Abs. 1 SchKG****Zahl der Kinder (Nr. 3)**

Redaktionelle Klarstellung im Interesse der Eindeutigkeit.

**Dauer der Schwangerschaft (Nr. 4)**

Zur besseren und eindeutigeren statistischen Erfassung soll die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in abgeschlossenen Wochen post conceptionem angegeben werden. Insofern sollte in Zukunft nicht mehr von z. B. der 14. SSW post conceptionem gesprochen werden, sondern von 13 Wochen + x Tagen im Sinne abgeschlossener Schwangerschaftswochen und zusätzlich differenzierender Tage. Diese Änderung würde vorhandene Fehlermöglichkeiten minimieren, da insbesondere bei hohen Schwangerschaftswochen und möglicher extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes eine Erfassung problematischer Zeitabschnitte nicht möglich ist.

**Erkrankungen des Feten (Nr. 6 - neu -)**

Durch die Einführung dieses neuen Erhebungsmerkmals wird die statistische Aussagekraft zum rechtlichen und medizinischen Hintergrund von Schwangerschaftsabbrüchen erhöht.

**Nummern 7 und 8**

Die Umnummerierung dieser beiden Erhebungsmerkmale sind Folgeänderungen zu Nr. 6 – neu –.

## zur Änderung des Erhebungsvordrucks für die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes

- neue Hauptspalte 18 „fetale Erkrankungen“

Folgeergänzung zu § 16 Abs. 1 Nr. 6 – neu – SchkG

- Zu Hauptspalte 21:

- >> Zusammenfassungen jeweils der Unterspalten 3 und 4 (zu „Hysterotomie“) sowie wie 5 und 7 (zu „Hysterektomie“)

Vereinfachung der Statistik, da der bisherigen Differenzierung keine wesentliche Bedeutung zukommt.

- >> Ergänzung der Unterspalte 8 („Prostaglandine“)

Konkretisierung der Vorgabe, da die Verwendung von Prostaglandinen die häufigste medikamentöse Anwendungsmöglichkeit darstellt.

- >> Einführung einer neuen Unterspalte „Andere, und zwar:“

Hierunter werden andere Anwendungsmöglichkeiten erfasst, die konkret zu benennen sind.

- >> Einführung einer neuen Unterspalte „Embryozid / Fetozid“

Wie im allgemeinen Begründungsteil dargelegt, bedarf die Herbeiführung eines Fetozids auch der öffentlichen Transparenz. Hierbei sind zwei Indikationsbereiche zu unterscheiden.

### Embryozid / Fetozid zur Embryoreduktion

Im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung können insbesondere bei unkontrollierter Stimulation höhergradige Mehrlingsschwangerschaften (Drillinge, Vierlinge, etc.) entstehen. Diese Schwangerschaften sind für die Kinder sehr gefährlich, weil sie meistens zu einer erheblichen Frühgeburtenproblematik führen. Sie sind für die

Mutter ebenfalls nicht ungefährlich, da schwangerschaftsbedingte Erkrankungen (z.B. Präeklampsien) häufiger auftreten.

Grundsätzlich gilt das Ziel der Vermeidung von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften im Rahmen der Sterilitätsbehandlungen. Wenn sie aber eingetreten sind, so ist der Fetozid im Zusammenhang mit einer Embryoreduktion bei Mehrlingsschwangerschaften eine mögliche Option.

Es ist zu befürchten, dass diese durchgeführten Embryoreduktionen nicht in der Schwangerschaftsstatistik erscheinen, da sich die Patientin keinem operativen Eingriff unterzieht, der mit Ausstoßen, Absaugen oder Ausschabung der Frucht endet.

Insofern muss der Fetozid als „Art des Eingriffs“ (Hauptspalte 21) mit in die Dokumentation eingeschlossen werden und eine separate Unterspalte im Erhebungsbogen ergänzt werden.

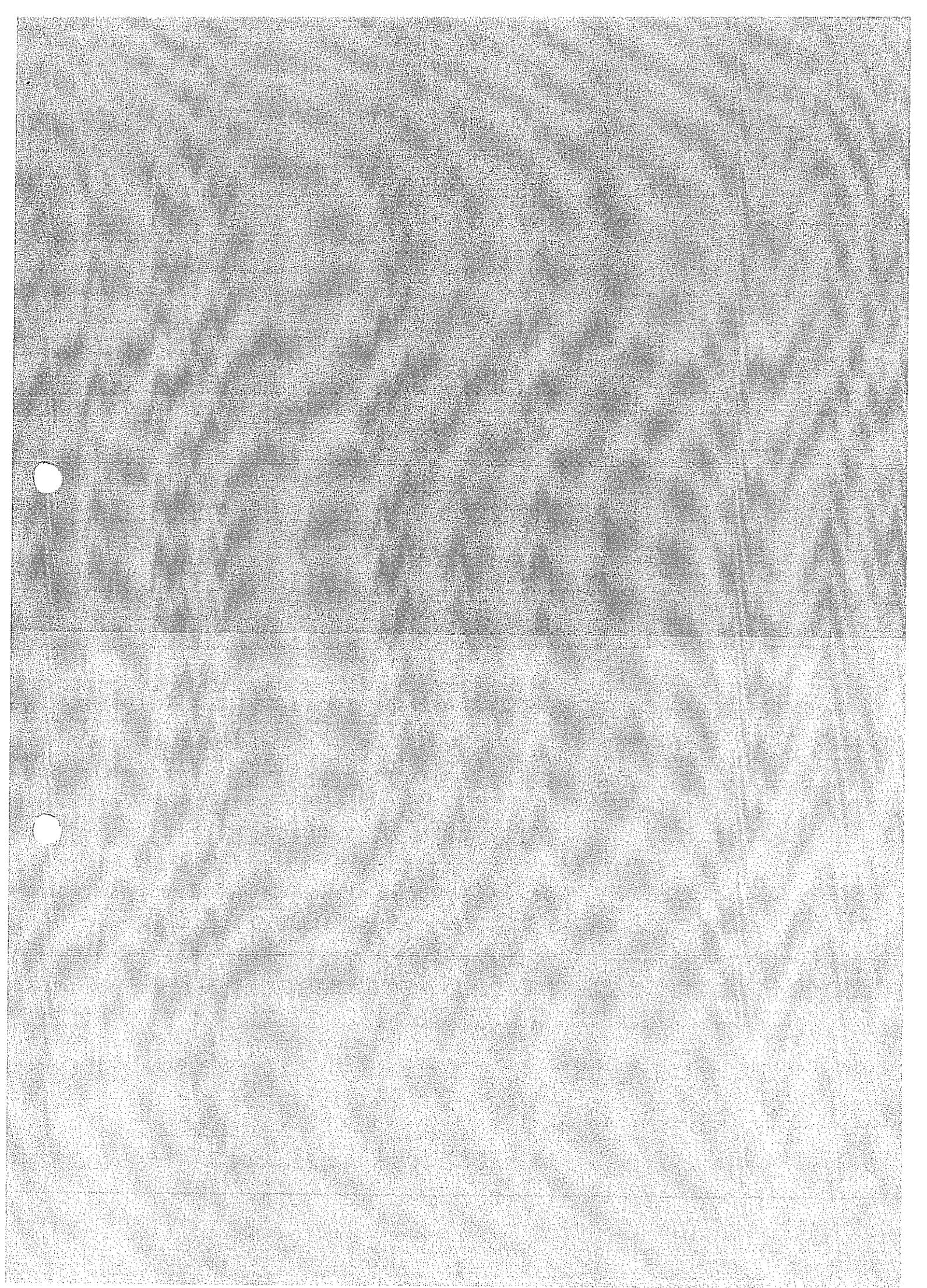
#### **Fetozid bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes**

Eine zweite Indikationsmöglichkeit zum Fetozid ist dann gegeben, wenn ein Schwangerschaftsabbruch bei potentieller extrauteriner Lebensfähigkeit des Kindes vorgenommen werden soll.

Zum einen kann ein Kind nach medikamentös eingeleitetem Schwangerschaftsabbruch lebend geboren werden und danach im Beisein der Eltern wegen extremer Unreife versterben, was von diesen traumatisch erlebt werden kann.

Zum anderen wird angenommen, dass ein Schwangerschaftsabbruch, der mit Prostaglandinen durchgeführt wird und zum Absterben des Feten unter der Geburt oder nach der Geburt führt, von dem Feten selbst wesentlich qualvoller empfunden wird als ein alternativ möglicher „Sekundentod“. Medizinisch gibt es in dieser Situation z. B. die Möglichkeit, mit einer intrakardialen Injektion (Kaliumchlorid) einen unmittelbaren Tod des Kindes herbeizuführen oder ihm hochdosiert ein Anästhetikum über die Nabelschnurvene zu applizieren. Dieses Vorgehen würde dem Kind ein möglicherweise qualvolles Absterben unter oder nach der Geburt auf Grund des somit bedingten Sauerstoffmangels ersparen.

Da der Fetozid in Deutschland und weltweit durchgeführt wird, sollte es auch statistisch erfasst werden. Zurzeit gibt es keinerlei Klassifizierungsmöglichkeiten im Erhebungsvordruck, so dass dieser zu fordern ist.



## Schlussbemerkung

### Überschneidungen zwischen statistischer Erhebung des Schwangerschaftsabbruchs und Personenstandsrecht

§ 29 der Personenstandsgesetz-Ausführungsverordnung (PersStdGAV) definiert Lebend- und Totgeburten sowie Schwangerschaftsaborte.

§ 29 Abs. 1 PersStdGAV bestimmt die Notwendigkeit der Anzeige und Eintragung einer Geburt, „wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.“

§ 29 Abs. 2 PersStdGAV definiert eine Totgeburt, dessen Gewicht mindestens 500 g betragen hat und keines der Merkmale einer Lebendgeburt aufgewiesen hat

§ 29 Abs. 3 PersStdGAV definiert eine Fehlgeburt als eine Leibesfrucht, die weniger als 500 g wiegt und keine Lebensmerkmale gezeigt hat. Sie ist in den Personenstandsbüchern nicht zu beurkunden.

Im Rahmen des Schwangerschaftsabbruches kann es aber Totgeborene von mindestens 500 g geben (entsprechend § 29 Abs. 2 PersStdGAV), die im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs unter der Geburt verstorben sind. Diese wären eigentlich als Totgeburten zu klassifizieren.

Weiter kann es Schwangerschaftsabbrüche geben von Kindern über 500 g (aber auch unter 500 g), die zum Zeitpunkt des Ausstoßens (der Geburt) Lebenszeichen hatten, wie z. B. Schlagen des Herzens, Pulsieren der Nabelschnur oder natürliche Lungenatmung. Meistens sistieren diese Lebenszeichen nach einigen Minuten. Zum Zeitpunkt der Scheidung vom Mutterleib (Geburt) sind sie jedoch vorhanden. Insofern sind diese Leibesfrüchte als Lebendgeburten einzustufen.

Im Zuge einer Antwort vom 18.05.2004 auf eine parlamentarische Frage (BT-Drucksache 15/3155) stellt die Bundesregierung fest, dass offensichtlich „in diesen Fällen“ eines Schwangerschaftsabbruchs kein Anlass für eine Beurkundung im Sinne des Personenstandsrechts gegeben ist. Allerdings weist die Bundesregierung auch auf die gegenteilige Rechtsauffassung hin und informiert darüber, dass im Rahmen der beabsichtigten Reform des Personenstandsgesetzes mit den Ländern daher zur Zeit geprüft werde, ob eine Klar-

stellung in den personenstandsrechtlichen Vorschriften erforderlich sei. Aus diesem Grund verzichtet die Bundesärztekammer auf eigene Vorschläge zur Klärung dieser Frage.

Eine solche Klärung ist jedoch unbedingt anzumehmen, da sonst die Schwangerschaftsabbruchstatistik ungenau ist und es widersprüchliche Angaben zwischen ihr und der statistischen Erfassung nach Personenstandsrecht geben könnte.

### § 29 PersStdGAV

- (1) Eine Lebendgeburt, für die die allgemeinen Bestimmungen über die Anzeige und die Eintragung von Geburten gelten, liegt vor, wenn bei einem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.
- (2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des § 21 Abs. 2 des Gesetzes als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind.
- (3) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.