

Fragenkatalog zu den Hilfen für Schwangere in Konfliktlagen

Antworten von Frau Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust,
Bundesvereinigung Lebenshilfe
für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

1. Im Jahr 1995 wurde die sogenannte embryopathische Indikation als eigenständiger Grund für einen Schwangerschaftsabbruch abgeschafft und in die medizinisch-soziale Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) überführt. Es sollte einerseits der Erwägung, dass sich durch eine Behinderung des Ungeborenen eine unzumutbare Belastung der Schwangeren ergeben kann, Rechnung getragen werden, andererseits wurde „klargestellt, dass eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann“ (BT Drs. 13/1850, S. 26). Wie hat sich die Situation in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der Behinderung des Ungeborenen sowie für die Schwangeren/Eltern seitdem entwickelt?

Zunächst ist durch die geänderte Rechtslage die Befristung der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs entfallen, wie auch die damals geltende Beratungspflicht und die dreitägige Bedenkzeit. Damit sind seit diesem Zeitpunkt auch Abtreibungen lebensfähiger Kinder möglich. Einige spektakuläre Abtreibungsversuche, bei denen die Kinder überlebten, führten Ende der neunziger Jahre zur Einführung des Fetozid bei lebensfähigem Kind. Darunter versteht man das Abtöten des Kindes bereits im Mutterleib, damit es bei etwa mit der 20. SSW entwickeltem Schmerzempfinden unter dem Abbruch und Tod keine Schmerzen erleide. Weiterhin wird dies mit der Erfüllung des Behandlungsvertrages gegenüber der Schwangeren begründet¹. Haben anfangs Ärzte noch erklärt², keine lebensfähigen Kinder abtreiben zu wollen, ist es inzwischen eine übliche Maßnahme – auch wenn sicherlich versucht wird, den Zeitpunkt der Diagnosestellung nach vorn zu verlagern, um genau dies zu vermeiden.

Anhand der Zahlen von Rohde/Woopen³ lässt sich erkennen, dass ein großer Teil der Spätaborte Kinder mit Down-Syndrom betrifft, die zumeist lebensfähig sind Diese Schlussfolgerung entspräche auch den Angaben bei Lenard⁴ und den aus internationalen Übersichten bekannten Zahlen⁵. Dies legt den Schluss nahe, dass die geänderte Rechtslage als erweiterte Möglichkeit eines Abbruchs bei vorliegender Behinderung des Kindes genutzt wird. Wie sich dies konkret in Zahlen ausdrückt ist bei der unsicheren Statistik in diesem Punkt nicht darstellbar. Nimmt man wiederum die Zahlen von Rohde und Woopen⁶, die auf einem kleinen Einzugsgebiet beruhen, erscheint die offizielle Statistik von Spätabbrüchen als zu niedrig. Eine Veränderung erscheint sich im Zeitablauf zu ergeben, nach Zahlen von Nippert⁷ finden ein Drittel der Spätabbrüche innerhalb der 3-Tagesfrist statt. Ob sich für den indikationsstellenden Arzt eine sichere Basis für die Indikationsstellung ergibt, wenn er die Frau noch im Schockzustand nach Diagnosestellung beurteilt und sie dann ihren Wunsch nach Abbruch ausdrückt, erscheint nach den Erkenntnissen der Bewältigungsforschung zweifelhaft. Von Strachota⁸ wird dagegen die Vermutung geäußert, die Frauen wünschten in dieser Situation eine schnelle Lösung und litten ganz erheblich, so dass die Ärzte ihnen in dieser Situation mit einer schnellen Lösung

¹ Vgl. Schmidt-Recla in Schumann, Eva (Hg): Verantwortungsbewusste Konfliktlösungen bei embryopathischem Befund, Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2008

² Vgl. DÄB 1998

³ Vgl. Rohde/Woopen: Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen, 2007, Modellprojekt zur Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik des Bundesministeriums Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006 Die Angaben zu Chromosomalen Anomalien, wie Trisomie 13, 18 und 21, werden kumuliert dargestellt, da die Trisomie 21 allerdings 10 x häufiger als eine Trisomie 18 und 15 mal häufiger als eine Trisomie 13 vorkommt, lässt sich dieser Schluss ziehen.

⁴ Lenhard, Wolfgang: Die psychosoziale Stellung von Eltern behinderter Kinder im Zeitalter der Pränataldiagnostik, Inaugural Dissertation Würzburg 2004

⁵ Vgl. Mansfield, C et al: Termination Rates After Prenatal Diagnosis of Down Syndrome, Spina Bifida, Anencephaly, and Turner and Klinefelter Syndromes: A Systematic Literature Review, *renat. Diagn.* 19: 808–812 (1999)

⁶ Rohde/Woopen a.a.O.

⁷ Deutscher Bundestag Protokoll 15/37a 15. Wahlperiode, Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 30.5.2005

⁸ Strachota, Andrea: Zwischen Hoffen und Bangen Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrungen mit pränataler Diagnostik Frankfurt a. M.: Mabuse-Verl., 2006

beizustehen versuchen. Man kann sich fragen, inwieweit ein solches Vorgehen vor dem Hintergrund der Bewältigungsforschung fachlich zu rechtfertigen ist, da diese auch zeigt, dass ein auf unsicherer Grundlage gefasster Entschluss schwerer zu tragen ist. Es stellt sich zudem die Frage, ob ein Gynäkologe für diese prognostische Einschätzung der psychischen Belastung der Frau qualifiziert ist. Im Umgang mit der medizinischen Indikation, die im Zusammenhang mit einer Behinderung des Kindes steht, auch medizinisch-soziale Indikation genannt, wird jedoch von Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen ohnehin die Auffassung vertreten, es handele sich um eine Entscheidung der Frau, auch wenn der § 218 eine Prognoseentscheidung des Arztes vorsieht.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass sich seit 1995 erhebliche Änderungen in der Praxis ergeben haben, die nur durch Studien und nicht durch eine Statistik in ihrem Ausmaß beurteilt werden können. Diese Veränderungen ergeben aus Sicht der Lebenshilfe einen Handlungsbedarf, der nicht auf eine Änderung des § 218, sondern auf eine Verbesserung der Hilfestellung in der konkreten Situation abzielt: Eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes in Verbindung mit einer gesetzlichen Regelung der Pränataldiagnostik - wie im Entwurf des Gendiagnostikgesetzes vorgesehen - erscheinen hierzu als geeignete Maßnahmen, gerade auch den gesetzgeberischen Willen von 1995 angemessen umzusetzen.

2. Gibt es wissenschaftliche Untersuchungen zu Inhalt und Qualität der Beratungen vor und nach pränataler Diagnostik und bei Feststellung eines embryopathischen Befundes und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?

Es gibt einerseits das Modellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend⁹ und andererseits die Untersuchung von Rohde/Woopen¹⁰, aktuell beginnt Frau Rohde eine neue Untersuchung. Weitere Untersuchungen stammen von Frau Feldhaus-Plumin¹¹ und Frau Baldus¹², zur Zufriedenheit der Frauen gibt es auch Aussagen aus der BZgA-Studie¹³. Zur qualitätsgesicherten Gestaltung der Beratung gibt es neben den Richtlinien aus der Ärzteschaft Konzepte und Ausbildung z. B. vom SKF¹⁴ und dem EZI¹⁵.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass die psychosoziale Beratung zu selten bekannt ist und in zu geringem Maße – aus der Sicht von Frauen, die z.B. im Rahmen der Untersuchungen von Rohde/Woopen befragt wurden - in Anspruch genommen wird. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in der BZgA-Studie und bei Feldhaus-Plumin sowie in den Berichten von Strachota. Hinsichtlich der Beratungsinhalte ist auf die Untersuchung von Rohde, die Berichte von Strachotta, das aus dem Modellprojekt hervorgegangene Praxishandbuch von Lammert¹⁶ u.a. sowie auch auf die Studie der BZgA zu verweisen. Die Inhalte betreffen häufig die eigene Lebenssituation sowie die Perspektiven für das erwartete Kind mit Behinderung, den Umgang mit

⁹ Cierpka, Manfred: "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes" Modellprojekt ; Zusammenfassung der Ergebnisse Berlin, 2002

¹⁰ Rohde/Woopen 2007 a.a.O.

¹¹ Feldhaus-Plumin, Erika: Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik, V&R unipress, Göttingen 2005

¹² Baldus, Marion: Von der Diagnose zur Entscheidung, Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom, Bad Heilbrunn : Klinkhardt, 2006

¹³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik 2006, BZgA 2007

¹⁴ In Zusammenhang mit dem Modellprojekt des BFSFJ

¹⁵ Unter wissenschaftlicher Begleitung entstanden.

¹⁶ Lammert, Christiane: Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik Ein Praxishandbuch Göttingen [u.a.] : Hogrefe, 2002

dem Spätabbruch einschließlich konkreter Maßnahmen wie der Bestattung des Kindes sowie der Trauerarbeit. Dies unterstreicht, dass die Beratung dazu dienen kann, die eigene Entscheidung so zu treffen und den Umgang mit ihr individuell so zu gestalten, dass deren Folgen für den Rest des Lebens tragbar wird.

3. Die Befürworterinnen und Befürworter einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes begründen ihre Vorschläge damit, dass es in der Praxis einen Automatismus zwischen Diagnose und Schwangerschaftsabbruch gäbe. Es wird angenommen, dass Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich nicht ausreichend medizinisch beraten und unterlassen, auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung aufmerksam zu machen. Oft würden Ärztinnen und Ärzte Frauen zu einem Abbruch drängen. Frauen würden in der Folge übereilt und unter Schock entschieden. Ist diese Schilderung der Praxis zutreffend? Also gibt es nach Ihren Erfahrungen einen solchen Automatismus oder wie gestalten sich Ihrer Meinung nach die Prozesse nach einer Diagnose tatsächlich?

Inwieweit es einen „Automatismus“ gibt, ist sicher außer für Einzelfälle nicht generell zu klären. Auf ihn verweisen jedoch Feldhaus-Plumin in ihrer Untersuchung sowie die Berichte von Strachota¹⁷. Bei der Geschwindigkeit, mit der Spätabbrüche aktuell durchgeführt werden, ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen diesen Abbrüchen keine sorgfältig abgewogenen Entscheidungen zugrunde liegen. Daher ist zu fragen, ob in einer solchen Situation unter Umständen antizipierte Entscheidungen handlungsleitend sind. Dies ist – bei aller Unterschiedlichkeit der Fallkonstellationen - eher zu bezweifeln: Die Studie von McCoyd¹⁸ unterstreicht, dass eine Antizipation der Entscheidung nicht wirklich möglich ist.

Soweit Ärztinnen und Ärzte bereits auf psychosoziale Beratung hinweisen, tun sie es wohl nicht effektiv genug, da die Inanspruchnahme weiterhin ausgesprochen niedrig ist – die Zahlen von Nippert¹⁹ für die unterschiedlichen Zentren zeigen, dass es Zentren mit sehr guter und Zentren ohne Kooperation mit psychosozialer Beratung gibt.

Ein pathologischer Befund trifft jedenfalls häufig eine darauf nicht angemessen vorbereitete Frau²⁰. Die Aufklärung vor einer PND ist oft unzureichend und bereitet Frauen nicht auf den möglichen Entscheidungskonflikt vor. In der Umsetzung scheint es in der Aufklärung durch Ärztinnen und Ärzte erhebliche Probleme zu geben: Frau Dr. Schumann, niedergelassene Frauenärztin, unterstrich in der Anhörung der Enquetekommission Ethik und Recht in der modernen Medizin von 2005, wie unmöglich eine umfassende Aufklärung vor dem ersten Einsatz von PND ist, wenn man sich den Zeitablauf der Arztbesuche vergegenwärtigt. Beim ersten Besuch werde die Schwangerschaft festgestellt, die eine Flut von Gefühlen, auch Ambivalenzen auslöse. In dieser Situation müsste die Aufklärung stattfinden, denn beim zweiten Arztbesuch wäre der richtige Zeitpunkt für die Nackenfaltenuntersuchung. Auch das Gutachten von Francke/Regenbogen²¹ verweist darauf, dass die Aufklärung vor der PND nicht dem Standard für einen informed consent entspricht. Darüberhinaus scheint es vielmehr ein unausgesprochenes Einvernehmen zwischen aufklärenden Ärztinnen und Ärzten und den betroffenen Schwangeren zu geben, dass es um die Bestätigung geht, ein „gesundes“ Kind zu erwarten. Dies jedenfalls

¹⁷ Vgl. Feldhaus-Plumin 2005 a.a.O., Strachota 2006 a.a.O.

¹⁸ McCoyd, Judith L. M.: Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28:1, 37 – 48, 2007

¹⁹ Nippert 2005 a.a.O.

²⁰ Vgl. BZgA 2007 sowie McCoyd 2007 a.a.O.

²¹ Francke/Regenbogen: Der Schutz des Selbstbestimmungsrechts der Frau bei der Betreuung nach den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, 2002

schlussfolgern die Autorinnen der BzGA-Studie²². Dies wiederum führt dazu, dass sich Frauen mit einem pathologischen Befund in einer Entscheidungssituation wiederfinden, für die sie sich nicht bewusst entschieden haben und die den Charakter eines Dilemma in sich trägt: Es gibt keine gute Entscheidung, sondern nur eine, die der Situation der Frau und des Paares eher angemessen ist als eine andere. Die Tragfähigkeit der Entscheidung kann in Frage gestellt werden, wenn auch in der Untersuchung von Rohde²³ nur 50% der Frauen nach 2 Jahren sagen, dass sie sicher wieder die gleiche Entscheidung treffen würden.

Zu beobachten ist eine im Kern widersprüchliche Entwicklung: Einerseits werden gezielt Methoden der Früherkennung z. B. des Down-Syndrom verfeinert, die auch ein Screening ermöglichen, andererseits soll das Leben mit Behinderung nicht abgewertet werden, was einer Ausgestaltung solcher Untersuchungen als „Screening“ diametral entgegensteht. Neben dieser gesellschaftlichen Ambivalenz ergeben sich auch Ambivalenzen der Beteiligten: Einerseits wird die Frau zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der Schwangerschaft aufgefordert, bei dem sie auch frühzeitig „Sichtkontakt“ zum Ungeborenen bekommt, wodurch die Erwartung gefördert wird, nach Teilnahme an allen Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge sei sichergestellt, ein gesundes Kind zu bekommen. Andererseits werden Eltern von Kindern mit Down-Syndrom gefragt, ob sie das nicht vorher gewusst hätten²⁴ – und die Konsequenzen werden gleich mitgedacht. Eine solche Einstellung impliziert die Erwartung und den Vorrang der Vermeidung der Geburt behinderten Lebens. Dabei sind die Grenzen der Pränataldiagnostik – nur etwa 25% der angeborenen Behinderungen und Fehlbildungen können vorgeburtlich diagnostiziert werden – weder Ärztinnen und Ärzten noch der Bevölkerung bekannt. Auch ist fraglich, ob nicht die Entwicklung von Test auf das Vorliegen eines Down-Syndroms allein schon die Botschaft in sich trägt, es sei wünschenswert, die Geburt eines solchen Kindes zu vermeiden. Einige Äußerungen in der Untersuchung von Wohlfahrt²⁵, die eine Begründungspflicht der Weiterführung der Schwangerschaft im sozialen Umfeld wie auch gegenüber Ärztinnen und Ärzten hinauslaufen, legen eine solche Schlussfolgerung nahe.

Die Schwangere hat in der Entscheidungssituation selten genug Zeit und Raum für eine professionelle Beratung zu ihrer Lebensgestaltung; ebenso fehlen Angebote für angemessene Begleitung der weiteren Schwangerschaft oder eines Abbruchs einschließlich einer Nachbetreuung. Nach der Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sind auch Frauenärztinnen und -ärzte ambivalent, weil sie sich einerseits durch die „Kind als Schaden“-Rechtsprechung²⁶ genötigt sehen, in Richtung eines Abbruchs zu beraten, auch wenn dies fachlich und berufsrechtlich weder vorgesehen noch ethisch zu rechtfertigen ist.

Die aktuelle Lage ist davon geprägt, dass ausschließlich berufsrechtliche Richtlinien zur Ausgestaltung des Umgangs mit der PND und Spätabbrüchen existieren, die offenbar nicht ausgereicht haben, um in den vergangenen 14 Jahren eine für betroffene Frauen und Paare

²² Vgl. BzGA 2007 a.a.O., ähnlich auch Friedrich, H et al, Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1998, die sogar ein Verdrängungs- und Verleugungsverhalten der Frauen identifizieren

²³ Rohde/Woopen 2007 a.a.O.

²⁴ Lenard 2004 a.a.O.

²⁵ Wohlfahrt 2002 a.a.O.

²⁶ Unseres Erachtens liegt in der Rezeption der Rechtsprechung in dem Sinne, jedes Kind mit Behinderung das geboren werde, berge das Risiko einer Haftung durch den die Schwangerschaft betreuenden Arzt/Ärztin, eine Verkennung der gerichtlichen Entscheidungen, das BGH Urteil von 2003 stellt beispielsweise einen klassischen Kunstfehlerprozess dar, da das Missverhältnis zwischen Oberschenkellänge und Kopfdurchmesser nicht erkannt wurde. Anders bewertet dies jedoch Schmidt-Recla in Schumann 2008 a.a.O.

angemessene Praxis zu sichern: Auch wenn diese Richtlinien eine umfassende Beratung empfehlen, tun dies Ärztinnen und Ärzte offenbar zu selten²⁷.

Ein zusätzliches Problem liegt darin, dass eine ausschließlich medizinische Beratung die Gefahr birgt, dass vor allem auf die Pathologie, das Unnormale verwiesen wird, weil Förderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten den Gynäkologinnen und Gynäkologen häufig weniger bekannt sind. So hat Woopen auf der öffentlichen Anhörung vom 9.2.2009 ausdrücklich eine interdisziplinäre Beratung durch fachlich ausgewiesene Ärztinnen und Ärzte gefordert. Diese Einschätzung kennen wir aus Berichten von Familien, die sich für eine Weiterführung der Schwangerschaft entschieden haben und dabei häufig großen Widerständen seitens der beteiligten Ärzte gegenüber standen. Hilfen für die Zeit vor und nach der Geburt wurden ihnen dagegen nur selten von Medizinerinnen und Medizinern benannt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Nur wenig Allgemeingültiges ist über den Prozess nach einem pathologischen Befund bekannt, das Spektrum scheint sehr breit zu sein und sicherlich ist keinem der Beteiligten Leichtfertigkeit zu unterstellen. Aber die Ergebnisse aus Studien und Erfahrungsberichten stützen das Anliegen, eine Verbesserung in der Breite anzustreben, indem eine umfassende Beratung, gerade auch interprofessionell und mehrperspektivisch gesichert wird. Insbesondere die psychosoziale Beratung scheint hier wichtig zu sein. Als sehr hilfreich werden auch Kontaktmöglichkeiten zu betroffenen Familien beschrieben²⁸. Eine entsprechende Erweiterung der ärztlichen Beratungspflichten erscheint als fachlich und menschlich angemessener Entwicklungsansatz. Ein Grundproblem bleibt die Ambivalenz und die verdeckten Botschaften rund um Pränataldiagnostik in unserer Gesellschaft²⁹.

Hinweis: Im Folgenden werden die Fragen teilweise wegen ihres Sachzusammenhangs zusammengefasst beantwortet.

4. Wie beurteilen Sie den Handlungsbedarf im Rahmen der medizinischen Indikation, um die Aufklärung, Beratung und Unterstützung der betroffenen Frauen zu verbessern? Inwieweit und an welcher Stelle sollten Änderungen gesetzlich verankert werden? Warum ist das Schwangerschaftskonfliktgesetz der richtige Regelungsort?

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

8. Welche Maßnahmen sind geeignet, um eine bessere Qualität der medizinischen Beratung, eine bessere Information der Frauen über ihren Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung und eine bessere Verknüpfung zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und psychosozialen Beratungsstellen zu erreichen?

Wie oben ausgeführt besteht dringender Handlungsbedarf. Da es sich um die Ausgestaltung eines Schwangerschaftskonfliktes handelt, der durch die Einführung der PND als Routinemaßnahmen während der Schwangerschaft herbeigeführt wird, ist eine gesetzliche Regelung der PND im vorgelegten Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes sowie im

²⁷ Verwiesen sei hierzu auf die BZgA-Studie, die Untersuchung von Rohde/Woopen, die Untersuchung von Feldhaus-Plumin, die Untersuchung von Wohlfahrt und für Österreich von Strachota. Weiterhin auf die große Varianz der Anzahl von Kooperationen mit psychosozialer Beratung selbst in spezialisierten Zentren (Nippert).

²⁸ Vgl. Wohlfahrt, Feldhaus-Plumin, in eigenen Erfahrungen führt dieser Kontakt keineswegs immer zu der Entscheidung die Schwangerschaft weiterzuführen und wird auch nur von einem Teil der Frauen und Paare in Anspruch genommen. Nicht verschwiegen werden darf, dass diese Kontaktaufnahme auch für die betroffenen Familien eine Belastung mit sich bringen kann.

²⁹ Vgl. u. a. Beck-Gernsheim 1995

Schwangerschaftskonfliktgesetz sehr sinnvoll. Dabei ist es wesentlich, die Ärztinnen und Ärzte zu verpflichten – und nicht die Frauen und Paare, da sich diese in aller Regel in einer für sie im Vorfeld nicht überschaubaren Konfliktsituation befinden. Hierfür spielt es eine besondere Rolle, dass die Schwangerschaft einen einzigartigen Zustand von körperlicher Einheit von Mutter und Kind wie gleichzeitig der Existenz zweier Individuen darstellt. Die Tatsache, dass Frauen vor dem Spätabort in der Regel neben den Ultraschalluntersuchungen als Form der Kontaktaufnahme bereits Kindsbewegungen spüren und den Abbruch als eingeleitete Geburt mit Abtöten des Kindes leibhaftig durchleben, macht es unabdingbar, dass die in diesem Prozess Beteiligten die professionelle Verantwortung dafür tragen, dass Schaden z.B. im Sinne einer langwierigen und potentiell auch Krankheitswert in sich tragenden Bewältigung des Entscheidungskonfliktes und des Spätabbruchs vermieden wird³⁰. Ein Hinweis im Mutterpass auf den Anspruch auf psychosoziale Beratung könnte dies unterstützen, da dieses Dokument für viele Frauen eine hohe Bedeutung hat.

Da in Deutschland die Schwangerenvorsorge zu einem sehr hohen Prozentsatz ausschließlich in der Hand von Ärztinnen und Ärzten liegt, scheint in mangelnder Kenntnis und Akzeptanz psychosozialer Beratungsangebote seitens der Ärztinnen und Ärzte ein Hauptproblem zu liegen – jedoch finden sich immer mehr Praxen, die auch Hebammen in die Betreuung Schwangerer einbeziehen und so nicht nur der medizinischen Seite von Schwangerschaft, sondern auch der Seite von Schwangerschaft als Lebensphase Raum geben. Für die gegenwärtige Situation weisen die Zahlen von Nippert³¹ aus Zentren, in denen diese Fragen zum Alltag gehören, auf grundsätzliche Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit hin. Insgesamt bleibt die Hoffnung, dass in Modellprojekten sich eine gute interprofessionelle Kooperation als fachlich so überlegen erweist, dass es zumindest für Zentren unumgänglich ist, eine solche Ausgestaltung vorzusehen.

Darüber hinaus bleibt zu hoffen, dass über die gesetzliche Verpflichtung, Frauen in eine psychosoziale Beratung zu vermitteln, auch die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Beratungsstellen verbessert wird. Dies erscheint notwendig, weil ein Entscheidungskonflikt bei Behinderung eines Kindes während der Schwangerschaft in einer durchschnittlichen Frauenarztpraxis so selten vorkommt, dass umfassende Informationen über Möglichkeiten einer psychosozialen Beratung ohne eine kollegiale Vernetzung nicht immer gewährleistet wären.

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

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

Eine Ergänzung der Mutterschaftsrichtlinien und die Ausgestaltung des Mutterpasses als Informationsdokument für die Frau könnte die Inanspruchnahme psychosozialer Beratung unterstützen, aber bei der Bedeutung eines ärztlichen Hinweises auf und die Vermittlung in die psychosoziale Bedeutung in einer Schocksituation keinesfalls ersetzen. Dies zeigt die Praxis der

³⁰ Die Beschäftigung mit Schuld nimmt in der Bewältigung einen zentralen Raum ein vgl. Leuzinger-Bohleber, Marianne; Engels Eve-Marie; Tsiantis, John (Hg): The Janus Face of Prenatal Diagnostics, A European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis and Medicine, Karnac Verlag, London 2008

³¹ Vgl. Nippert 2005 a.a.O.

letzten 14 Jahre und die Untersuchung von Rohde/Woopen³², die beide die Bedeutung einer ärztlichen Vermittlung unterstreichen. Allerdings hat der GBA nach ähnlich lautenden Beschlüssen des Bundestages in der Vergangenheit eine solche Umwidmung stets abgelehnt³³.

9. Was muss geändert werden, damit tatsächlich alle Frauen in einer Schwangerschaftskonfliktsituation nach der 12. Woche eine psychosoziale Beratung wahrnehmen können, welche Hilfen und welche Art von Unterstützung sind für werdende Eltern in Konfliktsituationen besonders wirkungsvoll und für wie wichtig halten Sie nach Ihrer Erfahrung psychosoziale Beratung?

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

Wie oben ausgeführt wäre eine gesetzliche Verankerung der Hinweispflichten von Ärzten hilfreich. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sind in immer größerem Maße für die Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik qualifiziert, für die verschiedene, auch mit wissenschaftlicher Begleitung entstandene Curricula vorliegen. Damit sollte der Bedarf zunächst zu decken sein.

Eine individuelle Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik mit angemessener Information wäre sicher sehr hilfreich, um die Entscheidungskonflikte für Paare leichter tragbar zu machen. Auf die Schwierigkeiten, dies auch in der besonderen Situation einer Schwangerschaft tatsächlich umzusetzen, bin ich oben bereits eingegangen. Dabei ist zu bedenken, dass einerseits starke gesellschaftliche Impulse zur Vermeidung der Geburt von Kindern mit einer Behinderung existieren, die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik generell überschätzt werden, aber die Entscheidung und die Verantwortung für Spätabbruch einerseits und die Geburt eines Kindes andererseits dann wiederum individualisiert, das heißt der einzelnen Frau zugeschrieben werden. Da Menschen mit Behinderungen, gerade auch mit Down-Syndrom stärker inmitten der Gesellschaft sichtbar werden, gibt es jedoch auch gegenläufige Entwicklungen einer stärkeren Akzeptanz, die auch auf Frauen und Paare in einem Entscheidungskonflikt einwirken. Die Sorge der Stigmatisierung für das eigene Kind, sich selbst und die ganze Familie ist dennoch sehr präsent. Um eine wirklich selbstbestimmte, individuelle und unabhängige Entscheidung treffen zu können, wäre somit neben konkreter Unterstützung auch die gesellschaftliche Anerkennung von Menschen mit einer Behinderung und die Akzeptanz einer zumeist glücklichen Lebensrealität von ihnen und ihren Familien wichtig. Davon sind wir jedoch trotz bedeutender Fortschritte, gerade auch in der Gesetzgebung, weit entfernt. Als Beispiel mag die im SGB IX gut geregelte und immer noch nicht bundesweit sinnvoll in die Praxis umgesetzte Komplexleistung Frühförderung dienen.

Gerade die zunehmende Integration und Vielfalt von Lebensformen für Menschen mit Behinderung wird Frauen und Paare immer wieder mit ihrer Entscheidung für einen Spätabbruch konfrontieren, beispielsweise ein junger Mann mit Down-Syndrom im Bus auf dem Weg zur Arbeit, ein Kind mit Spina bifida im Rollstuhl als Klassenkamerad des eigenen Kindes, um nur die häufigeren Diagnosen, die einem Spätabbruch zugrunde liegen können, zu benennen. Dies ist ein weiterer Grund dafür, diese Entscheidung für die Frau bzw. das Paar auf so sicheren Boden wie möglich zu stellen.

³² Vgl. BZgA 2007 und Rohde/Woopen 2007 a.a.O.

³³ Vgl. BT-Drucksache 15/4148 bzw. 14/9030

10. Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass Ärztinnen und Ärzte über das ärztliche Standesrecht hinaus gesetzlich verpflichtet werden, allen – nicht akut gefährdeten – Schwangeren, bei denen eine medizinische Indikation in Erwägung gezogen wird, eine umfassende Aufklärung und Beratung – auf freiwilliger Basis – anzubieten?

Dies bewerte ich auf Grundlage der Erfahrungen der letzten 14 Jahre und verschiedener Studien und Untersuchungen - wie oben bereits ausgeführt - als sinnvoll und notwendig. Wobei eine solche ausführliche Aufklärung und Beratung jedenfalls nötig ist, um eine Indikation, die auf eine psychische Beeinträchtigung der Frau zurückzuführen ist, angemessen zu stellen.

11. Die vorliegenden Vorschläge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes betreffen alle Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation und nicht nur die sog. Spätabbrüche. Welche Auswirkungen hätten die gesetzlichen Änderungen auf die Praxis von Abbrüchen und das Wesen der medizinischen Indikation? Wie würden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Regelungen reagieren? Was würde hieraus für die betroffenen Frauen resultieren und wie könnten sie ggf. hierauf reagieren?

Die Abbrüche nach sogenannter medizinischer Indikation werden ja heute schon teilweise unterschieden nach medizinischer und medizinisch-sozialer Indikation. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass sich unter der Regelung der medizinischen Indikation zwei Fallgestaltungen finden: Einmal die Indikation, bei der es unumgänglich ist, die Schwangerschaft vorzeitig zu beenden, um das Leben der Schwangeren zu bewahren mit dem Ziel, möglichst beider Leben zu retten. Zum Zweiten die Indikation, bei der es gerade darum geht, die Schwangerschaft zu beenden, um das Kind nicht lebend zur Welt zu bringen. Die letzte Fallgestaltung nimmt den größten Teil der nach medizinischer Indikation abgebrochenen Schwangerschaften ein und erfordert eine Regelung, die eine umfassende Beratung und Begleitung der Frauen und Paare sicherstellt. Eine Spätabtreibung stellt in diesem Zusammenhang eine besondere Zuspitzung dar, weil der Abbruch der Schwangerschaft allein nicht reicht, um das Ziel der Vermeidung einer Geburt eines lebenden Kindes zu erreichen, sondern über den Fetozid eine gezielte Tötung des Ungeborenen vorgenommen wird.

Für die Schwangere selbst ist jedoch allein die Entscheidung, ein gewünschtes Kind nicht zu bekommen, ein erheblicher Konfliktfall, der sich bei Spätabbrüchen weiter zuspitzt. Die Tatsache, dass viele aus einer Behinderung des Kindes resultierende Abbrüche nach Einsetzen der Kindsbewegungen durchgeführt werden, ist besonders traumatisierend. Damit ist es in jedem Fall wünschenswert und sinnvoll, in allen Fällen einer Schwangerschaftsbeendigung bei Behinderung des Kindes eine umfassende Beratung sicherzustellen. In der Praxis würde der Abbruch etwas später stattfinden, psychosoziale Beratungen in größerem Umfang genutzt und damit eine Verbesserung der Situation für Frauen und Paare erreicht, die ihr Leben lang mit dieser Entscheidung leben müssen.

Ich halte es für möglich, dass eine umfassendere Beratung und Begleitung der Frauen und Paare für Ärztinnen und Ärzte eine Erleichterung in einem sehr schwierigen Feld ihrer beruflichen Praxis bringt, da in einer durchschnittlichen Frauenarztpraxis weder der Raum, die Zeit noch die spezifische Erfahrung im Umgang mit Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik in einer Weise vorhanden ist, wie dies in spezialisierten Beratungsstellen der Fall ist. Dies soll nicht den Anteil schmälern, den eine vertrauensvolle Arzt-Patientinnen-Beziehung in diesen Situationen hat, sondern verdeutlichen, dass eine interprofessionelle Kooperation für alle Seiten eine Bereicherung darstellen kann.

Für die betroffenen Frauen würde eine solche Kooperation bedeuten, dass in einer Entscheidungssituation, die starke lebensweltliche Bezüge aufweist eine Fokussierung auf medizinische Aspekte und Strukturen, unterbleibt. Damit ist eine Stärkung ihrer

Entscheidungsautonomie möglich, wie diese von psychosozialer Beratung angestrebt wird. Auch ärztliche Aufklärungs- und Beratungsgespräche verfolgen das Ziel der Frau bzw. dem Paar eine Entscheidungskompetenz zu geben – bezogen auf medizinische Kontexte bleibt jedoch häufig der Eindruck, es handele sich um Expertenentscheidungen. Als Beispiel mag hierfür dienen, dass in der BZgA-Untersuchung für 25% der Frauen die Empfehlung des Arztes/der Ärztin für die Inanspruchnahme von PND entscheidend war. Ähnlich berichten auch Frauen aus Entscheidungssituationen nach einem pathologischen Befund, dass sie sich den Empfehlungen der Ärzte nicht entziehen konnten. Dies kann die Bewältigung erleichtern, wenn damit die Verantwortung für die Entscheidung dem Arzt/der Ärztin zugeschrieben wird. Dennoch stellt sich die Frage, ob ein solches Vorgehen über längere Zeit trägt³⁴. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach den geplanten Gesetzesänderungen die Frau bzw. das Paar die Entscheidung, psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, weiterhin selbst trifft.

Schließlich bleibt zu hoffen, dass die Hinweis- und Vermittlungspflicht nicht zu einer Floskel verkommt, sondern aus den gesetzlichen Änderungen tatsächlich eine veränderte Praxis resultiert.

Kommt es jedoch zu der von mir erhofften Stärkung der Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Beratungsstellen sowie Selbsthilfevereinigungen, dürfte sich für die betroffenen Frauen und Paare eine deutliche Verbesserung in Bezug auf Beratung und Begleitung ergeben.

12. *Wie können sich Eltern über Pränataldiagnostik und weitere Fragen heute informieren, und sollte darüber hinaus Informationsmaterial mit welchem Inhalt und vom wem erstellt und ausgelegt werden?*

Es existieren z. B. von der BZgA Informationen zur PND³⁵. Auch verschiedene familien- und gesundheitsbezogene Zeitschriften und andere Medien wie das Internet werden hierfür genutzt, wobei es große Unterschiede in der Qualität und auch der Darstellungsweise der Informationen gibt. Auch die allgemeinen Informationen der BZgA zur Entwicklung von Kindern werden gerade um Aspekte zu frühgeborenen, entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern ergänzt. Zur Information über Behinderungen haben Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen Informationsmaterialien entwickelt, die möglicherweise auch stärker in Frauenarztpraxen genutzt werden könnten. Zu dem Spätabbruch selbst gibt es schließlich auch Informationsbroschüren – dennoch ist der Wert schriftlicher Informationen in aller Regel eingeschränkt.

13. *Wird sich die heutige Praxis der Pränataldiagnostik durch die vorgesehenen Regelungen im Gendiagnostikgesetz und die von den Anträgen Humme und Dr. Tackmann beabsichtigte Weiterentwicklung der Mutterschaftsrichtlinien verändern? Werden Frauen bzw. Paare hierdurch in ihren Rechten auf informierte Zustimmung zur PND sowie auf Nichtwissen – in jedem Behandlungsschritt – gestärkt werden? Sind hierzu weitere Maßnahmen sinnvoll?*

Wie oben ausgeführt bedarf es m. E. zusätzlicher Änderungen sowohl im Gendiagnostikgesetz als auch im Schwangerschaftskonfliktgesetz, um eine Verbesserung der aktuellen Situation zu erreichen.

³⁴Dies wird bspw. verneint von Haselbacher und Beutel in Leunziger-Bohleder 2008 a.a.O.

³⁵ Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln: Pränataldiagnostik Beratung, Methoden und Hilfen; eine Erstinformation, Köln, 2003

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

Vor Pränataldiagnostik sollte - wie dies im Medizinrecht üblich und notwendig ist - zur Aufklärung eine Beratung über Chancen und Risiken der Methode durchgeführt werden. Besonders wichtig ist es, hierbei sicherzustellen, dass die Risikokommunikation verständlich erfolgt, mit natürlichen Häufigkeiten³⁶ anstelle von Prozentangaben, einschließlich der Angabe der Rate zu erwartender positiver Befunde – z. B. 12% bei der Messung der Nackentransparenz³⁷. Trotz Zertifizierung durch die FMF findet dies nicht durchgängig in ausreichender Qualität statt. Für einen „informed consent“ ist eine Aufklärung und Beratung durch die behandelnde und durchführende Gynäkologin/Gynäkologen nötig, in bestimmten Fällen wird dies ein auf PND spezialisierter Arzt sein. Eine zusätzliche Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen und/oder Hebammen kann sehr sinnvoll sein, um die eigene Einstellung zur Schwangerschaft und Schwangerschaftsbetreuung zu klären und sich grundsätzlich für oder gegen PND zu entscheiden. Da jedoch PND nicht nach individueller Entscheidung, sondern regelhaft bei 85% der Schwangeren durchgeführt wird, wären dies etwa 685.000 Beratungen pro Jahr, was nicht durchführbar scheint.

Bei allen invasiven Maßnahmen der PND, etwa 100.000/Jahr, sollte eine humangenetische Beratung und eine Beratung in einer psychosozialen Beratungsstelle zum Regelangebot gehören. Für die Situation nach einem pathologischen Befund wäre dies zu erweitern um Fachärzte, die valide Aussagen zu dem Behinderungsbild machen und auf die Hilfe durch entsprechende Behindertenverbände verweisen könnten.

Diese – von vielen geteilte - Vorstellung zur Aufklärung und Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik steht in starkem Kontrast zu den Zahlen von Nippert³⁸, bei denen in 40% der Fälle die Beratung vor Fetozyd und Schwangerschaftsabbruch und –ärzte allein niedergelassene Frauenärztinnen durchführten. Dies bedeutet allerdings, dass nicht zu erwarten ist, dass diese Beratungen bezogen z. B. auf das Down-Syndrom und Spina bifida als häufigste Ursachen für einen Abbruch nach medizinischer Indikation aktuelle Kenntnisse über die Förderungsmöglichkeiten, das Leben mit einer solchen Behinderung und Folgen für den familiären Alltag zu erwarten sind. Aus ihren Zahlen geht nicht hervor, wer letztendlich die Indikation gestellt hat, allerdings belegt sie mit über 36 % der Abbrüche innerhalb von 3 Tagen, über 27% innerhalb der ersten beiden Tage, dass es eine erhebliche Änderung der Praxis gegeben hat, die weder zu einer besseren Entscheidungsfindung der betroffenen Frauen und Partner noch zu einer validen Indikationsstellung durch für seelische Beeinträchtigung fachfremde Ärztinnen und Ärzte führt, die eine Prognose trotz möglicherweise vorhandener Weiterbildungen innerhalb der Schockphase für möglich hielten.

16. Für wie wichtig halten Sie in Schwangerschaftskonfliktsituationen, bei denen eine eventuelle Behinderung des Kindes festgestellt wird, Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Eltern behinderter Kinder und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Nach den Ergebnissen von Feldhaus-Plumin und Wohlfahrt³⁹ sind diese Kontaktmöglichkeiten für Frauen und Paare sehr hilfreich, auch wenn nicht alle dieses Angebot wahrnehmen. Dieses Angebot wird von allen von Frauen und Paaren wahrgenommen, für die eine Weiterführung der Schwangerschaft eine Möglichkeit ist. Auch eigene Erfahrungen gehen in diese Richtung: Die

³⁶ Gigerenzer a.a.O.

³⁷ Gasiorek-Wiens et al. a.a.O.

³⁸ Nippert 2005 a.a.O.

³⁹ Vgl. Feldhaus-Plumin 2005 und Wohlfahrt 2006 a.a.O.

Paare, die diesen Kontakt wahrnehmen, finden ihn für eine umfassend abgewogene Entscheidung wichtig. Dennoch kann es auch für die Familien, die sich dafür zur Verfügung stellen, schwierig sein, wenn die anschließende Entscheidung ein Abbruch der Schwangerschaft ist, was durchaus vorkommt.

17. *Die drei Anträge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sehen die gesetzliche Fixierung einer dreitägigen Bedenkzeit vor. Halten Sie eine solche Bedenkzeit für einen Schwangerschaftsabbruch für eine sinnvolle Unterstützung von Frauen in schwierigen Schwangerschaftskonflikten? Wie verhält sich eine solche Bedenkzeit zum Prinzip der vertrauensvollen Beratung? Würde eine solche Bedenkzeit Frauen bei einer selbstbestimmten Entscheidung unterstützen oder vielmehr „Frauen vor sich selbst schützen“, zumal wenn diese Bedenkzeit rechtlich für den Arzt verankert wird? Welche Folgen hätte dies für die Praxis von Schwangerschaftsabbrüchen, wenn künftig zwischen Abbrüchen, bei denen die Bedenkzeit eingehalten werden muss, und solchen, die aufgrund akuter Gefahr sofort erfolgen müssen, unterschieden wird?*

18. *Halten Sie die Vorschläge zur Verbesserung der Beratung, Aufklärung, Vermittlung und die Einräumung einer Mindestbedenkzeit von drei Tagen im Verlauf eines Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation mit der gängigen Praxis für vereinbar?*

Auch jetzt schon bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Fallkonstellationen, die in der medizinischen Indikation zusammengefasst sind, da einmal alles daran gesetzt wird, das Leben des Kindes zu retten und bei der anderen Konstellation alles unternommen wird, kein lebendes Kind zur Welt zu bringen. Eine Frist zwischen Diagnosemitteilung und Indikation zum Abbruch würde eine Rückkehr zum vor 1995 geltenden Prinzip bedeuten. Es entschleunigt die Situation, in der ohnehin keine gute, sondern nur eine weniger schlechte Entscheidung möglich ist. Damit wären die genannten Veränderungen aus meiner Sicht eher positiv als negativ zu beurteilen. Gerade in einer Situation, in der die Schwangere sehr unterschiedlichen Impulsen ausgesetzt ist, kann es ihr den Freiraum geben, zu einer eigenen, von ihr zu verantwortenden Entscheidung zu kommen. Eine vertrauensvolle Beratung ist mit und ohne Bedenkzeit möglich, aber es entspricht eher dem Prinzip einer Stärkung einer selbstbestimmten Entscheidung, mit etwas mehr Zeit die Bewältigung einer akuten Schocksituation zu ermöglichen, anstatt dem Beratenden und der Schwangeren die Option der Beschleunigung an die Hand zu geben. In einer Situation, in der z. B. wegen einer drohenden Eklampsie eine Beendigung der Schwangerschaft im Raum steht, wird zum Schutz des Kindes ohnehin der Eingriff soweit verschoben, wie es bezogen auf die Gefährdung der Mutter möglich ist. Da bereits jetzt mehr als die Hälfte der Abbrüche bei Behinderung des Kindes nach der 3-Tagesfrist erfolgen, scheint es auch für den Ablauf unproblematisch zu sein – zumal nach Entfallen der Frist bis zur 22. Woche und dem Einsatz der Methode des Fetozides keine schwerwiegenden Folgen aus einer Verzögerung um drei Tage zu erwarten sind.

19. *Die Befürworterinnen und Befürworter einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gehen davon aus, dass von Spätabbrüchen (nach der 22. Schwangerschaftswoche) mehrheitlich behinderte, aber durchaus lebensfähige Ungeborene betroffen seien. Eine Expertenbefragung aus dem Jahr 1999 kam zu einem anderen Ergebnis. Danach waren 80% aller Spätabbrüche dadurch bedingt, dass die Schädigung des Ungeborenen so groß war, dass seine Lebensfähigkeit überhaupt nicht gegeben war. Hat diese Größenordnung heute immer noch Gültigkeit? Welche Diagnosen liegen diesen Spätabbrüchen zugrunde, und sind diese erst in einem späten Schwangerschaftsstadium zu stellen?*

Noch 1998 lag eine Erklärung der Ärzteschaft vor, bei lebensfähigem Kind von einem Abbruch der Schwangerschaft abzusehen. Dies hat sich zwischenzeitlich, nicht zuletzt mit der Einführung des Fetozids erheblich gewandelt. Sowohl die Zahlen von Nippert als auch von Rohde/Woopen⁴⁰ lassen bei Beachtung der Häufigkeiten vermuten, dass die häufigsten Diagnosen, die zum Abbruch der Schwangerschaft führen, eine Trisomie 21 sowie eine Spina bifida im lumbosakralen Bereich sind – beides in der Regel mit dem Leben gut vereinbare Diagnosen. Definitive Klarheit würde eine detaillierte Statistik geben, die für Deutschland zurzeit nicht vorliegt, da weder der Fetozid noch die Ursache einer medizinischen Indikation verlässlich erfasst werden.

20. Das Vorliegen eines Befundes beim Ungeborenen oder der Mutter in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium begründet in der Regel eine emotionale Grenzsituation für die Betroffenen. Bei der sich anschließenden Abwägung, ob die Voraussetzungen für eine medizinische Indikation gegeben sind, müssen viele Aspekte berücksichtigt werden, die Entscheidungsfindung ist hochkomplex. Werden die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Komplexität der Situation überhaupt gerecht?

Die Einführung einer Hinweispflicht für Ärzte wie auch die 3-Tagesfrist werden der Komplexität der Lage deutlich besser gerecht als eine Situation, in der vor einem Schwangerschaftsabbruch in 40% allein niedergelassene Gynäkologen die Beratung sicherstellen, wie dies die Zahlen von Nippert⁴¹ nahelegen.

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

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

Da es sich bei den vorgeschlagenen Änderungen jeweils nur Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder auch nur um untergesetzliche Regelungen vorgesehen sind, handelt es sich um Ausgestaltungen der Gesetzeslage des § 218, die den 1995 erzielten Kompromiss nicht in Frage stellen, sondern nur seine Anwendung so präzisieren, dass dem gesetzgeberischen Willen angemessen zur Geltung verholfen wird. Damit handelt es sich aus meiner Sicht um eine sinnvolle Ergänzung.

23. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um Eltern in der Situation, in der sie erfahren, dass ihr Kind möglicherweise behindert oder krank ist, die Unterstützung zu geben, die sie in dieser Situation benötigen, und sie zu begleiten? Wie können Eltern mit behinderten Kindern besser unterstützt werden?

Eine einfühlsame Aufklärung über die Diagnose, ihre Konsequenzen und die Lebensmöglichkeiten ihres Kindes sind vordringlich. Weiterhin ist eine Information über die Unterstützungs-, Förder- und Hilfsmöglichkeiten für ihr Kind und die Familie von Bedeutung. Auch der Kontakt zu Gleichbetroffenen könnte sinnvoll sein, um Rollenvorbilder zu geben und ein

⁴⁰ Nippert 2005, Rohde/Woopen 2007 a.a.O.

⁴¹ Nippert 2005 a.a.O.

Beispiel dafür zu geben, wie ein Leben mit einem behinderten Kind möglich ist. Es ist eine verbreitete und auch wissenschaftliche belegte Erfahrung, dass von Außenstehenden das Leben mit einer Behinderung als leidvoll angesehen wird, sich dies von der Innenperspektive jedoch meist ganz anders darstellt. So kommen Untersuchungen der Lebensqualität von Menschen mit Einschränkungen oder auch von Familien mit behinderten Kindern oft zu vergleichbaren Ergebnissen wie bei Familien ohne Kinder mit Behinderung⁴².

24. Welche Auswirkungen hätte die vorgesehene Dokumentationspflicht verbunden mit der Verpflichtung zur Datenweitergabe an eine Landesbehörde auf das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin und dies besonders unter grundsätzlicher Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht? Wäre eine solche Dokumentation unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes zulässig und halten Sie in diesem Zusammenhang eine Anonymisierung der Daten für möglich?

Eine Dokumentation ist im Rahmen ärztlicher Dokumentationspflichten ohnehin vorgesehen und vorhanden. Eine Vorlage bei zuständigen Landesbehörden gibt es in besonders geregelten Fällen, aber es wäre vorstellbar, dass dies Probleme mit der Anonymisierung nach sich zieht, wenn besondere Einzelfälle betrachtet werden. Somit wäre eine Dokumentation nach ärztlichem Berufsrecht mit einer kumulativ erhobenen Statistik, die keine bundeslandbezogene Dokumentation einzelner Fälle vorsieht, möglicherweise vorzuziehen. Zur Erfüllung der vom Bundesverfassungsgericht 1993 aufgegebenen Beobachtungspflicht wäre eine zuverlässige Statistik erforderlich.

25. Die Gesetzentwürfe zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sehen zum Teil vor, dass Pflichtverstöße als Ordnungswidrigkeit gewertet werden und mit Bußgeld bewehrt sind. Welche Möglichkeiten bieten sich dem Gesetzgeber im Rahmen seiner vom Bundesverfassungsgericht aufgegebenen Pflicht zur Beobachtung und ggf. Nachbesserung der gesetzlichen Regelungen, sicherzustellen, dass die von ihm gemachten Vorgaben eingehalten werden und das Gesetz tatsächlich einen „wirksamen Schutz vor Schwangerschaftsabbrüchen bewirkt“ (BVerfGE 88, 203 (309))?

26. Wie beurteilen Sie die Einführung neuer Bußgeldtatbestände sowie eine Anhebung des Bußgeldes?

Die Einführung eines Bußgeldes unterstreicht die Ernsthaftigkeit der gesetzlich formulierten Anforderungen. Inwieweit eine Anhebung des Bußgeldes erforderlich ist, entzieht sich unserer Beurteilung. Es scheint jedoch in Anbetracht der allgemeinen Geldwertentwicklung überlegenswert, eine Anpassung des Bußgeldes zu erwägen.

27. Welche Bedeutung messen Sie der statistischen Erhebung und Ausweisung durch das Statistische Bundesamt bei und halten Sie Änderungen für wünschenswert? Wie wird der Datenschutz bei der statistischen Erhebung und Ausweisung gewährleistet?

⁴² Vgl. als extremes Beispiel: Kirsch, A, et al. Klinik für Neuropädiatrie und Neurologische Rehabilitation Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche, Vogtareuth: Studie zur Lebensqualität von Familien mit Kindern nach schweren Beinahe-Ertrinkungsunfällen

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

Die vorgeschlagenen Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz zielen tatsächlich darauf, den gesetzgeberischen Willen aus dem Jahr 1995 besser umzusetzen, als dies mit der alleinigen Regelung des § 218 gelingt. Eine Erweiterung der Statistik, die wie oben vorgeschlagen kumulativ erfasst, welche Gründe der medizinischen Indikation zugrunde liegen und den Tatbestand des Fetozid einbezieht, würde diese Nachbeobachtungspflicht aus unserer Sicht erfüllen, ohne die Rückführung der Sachverhalte auf einzelne Frauen/Paare zu ermöglichen.

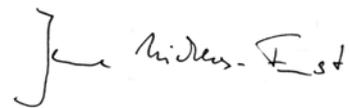
29. Welche Auswirkungen hätte eine statistische Erfassung der Daten über Abbrüche nach medizinischer Indikation, die nach der 22. Woche erfolgen, im Einzelfall auf die betroffene Frau?

Sofern durch eine kumulative Erhebung eine Rückführung auf eine einzelne Frau unmöglich gemacht wird, gibt es für einzelne Frauen keine Konsequenzen. Da die Bundesstatistik öffentlich zugänglich ist, gäbe es für betroffenen Frauen und Paare jedoch durchaus die Möglichkeit, sich davon zu überzeugen, wie statistisch gesehen ähnliche Fälle von anderen Paaren gehandhabt worden sind. Dies kann durchaus entlastend wirken, wenn man davon ausgeht, dass einerseits gesellschaftliche Vorstellungen auf die Frauen/Paare einwirken, sie andererseits aber einer Individualisierung ihrer Verantwortung ausgesetzt sind. Auch hier könnte sich eine zuverlässige Statistik als sinnvoll erweisen.

30. Die Initiatoren des Singhammer-Antrags behaupten, dass ein Fötus bereits ab der 20. Schwangerschaftswoche lebensfähig sei und deshalb die Zahl der Spätabbrüche sehr viel höher sei als öffentlich angegeben. Nach dieser Definition nennen sie die Zahl von 631 Spätabbrüchen im Jahr 2007 im Gegensatz zur offiziellen Anzahl von 229. Nach unseren Informationen hat ein Fötus in der 20. und 21. Schwangerschaftswoche keinerlei Überlebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibes und die offizielle Zahl von 229 ist deshalb richtig. Können Sie dies bestätigen? Welche Definition sollte für Spätabbrüche verwendet werden? Wie hoch fällt danach die Anzahl der Spätabbrüche aus?

Deutsche Frauenärztinnen und Frauenärzte haben sich, im Gegensatz zu ihren Schweizer Kolleginnen und Kollegen, nicht umsonst gegen eine feste Grenze für die Indikation lebenserhaltender Maßnahmen ausgesprochen. Eine feste Grenze für die (Über-)Lebensfähigkeit existiert schlichtweg nicht. Die heutigen Aussichten früher Frühgeborener (ab etwa der 20. SSW post conceptionem) waren vor 15 Jahren unvorstellbar, insbesondere auch die hohe Zahl an Frühgeborenen, die keine oder nur geringe neurologische Schäden davontragen. Mag die Lebensfähigkeit für die Ärztinnen und Ärzte eine markante Grenze darstellen, stellt für die betroffenen Frauen der Zeitpunkt der Kindsbewegungen eine besondere Grenze dar. Ab diesem Zeitpunkt gewinnt die vorgeburtliche Beziehung zwischen Mutter und Kind in Form eines direkt spürbaren Kontaktes an Bedeutung – und dies liegt häufig vor einem Abbruch aus medizinischer Indikation bei Behinderung des Kindes. Jedoch würde ich die Zuspitzung, die es bei lebensfähigem Kind, das die Mutter schon seit einigen Wochen spürt, nicht absolut setzen. Die besondere Situation bei einem Abbruch aus medizinischer Indikation bei Behinderung des Kindes ist, dass bei erwartetem und erwünschten Kind eine Eigenschaft dazu führt, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit Todesfolge für das Kind angestrebt wird. Die Verantwortung hierfür liegt gemäß § 218 bei dem die Indikation stellenden Arzt mit dessen Prognose, dies sei der Mutter nicht ohne schwerwiegende psychische Beeinträchtigung zumutbar und müsse deshalb abgewendet werden.

Ärztinnen und Ärzte führen dagegen die selbstbestimmte Entscheidung der Frau als ursächlich an und übertragen ihr damit auch die Verantwortung für den Tod ihres Kindes. Hier fällt auf, dass es einen breiten gesellschaftlichen Konsens gibt, die Geburt eines Kindes z. B. mit Down-Syndrom sei ein vermeidbares Übel. Dies führt für Familien mit einem Kind mit Down-Syndrom, aber auch für Menschen, die mit einer Behinderung leben, zu der doppelten Botschaft, wir haben nichts gegen dich und deine Existenz, dennoch halten wir es für nur zu verständlich, nach (werdenden) Menschen deiner Art zu suchen und ihre Existenz zu vermeiden. Dies führt zu einer Stigmatisierung behinderten Lebens, die ihrerseits wiederum die Akzeptanz behinderten Lebens durch werdende Eltern erschwert. Damit wird eine Spirale eingeleitet, die den Anspruch auf ein behinderungsfreies Leben schürt, obwohl dieser weder durch die PND, die „nur“ 25% angeborener Behinderungen zu entdecken vermag, noch durch die moderne Medizin, die es umgekehrt gerade ermöglicht, dass Menschen mit einer Behinderung lange leben, 95% der Behinderungen entstehen erst im Laufe des Lebens, gewährleistet. Vielleicht wäre es an der Zeit den Stimmen, die deutlich machen, dass ein Leben mit Behinderung gut möglich ist und oft ebenso glücklich verläuft wie eines ohne Behinderung mehr Kraft zu verleihen und damit eine wahrhaft humane Gesellschaft zu ermöglichen, in der jeder in seiner Eigenart willkommen ist und seinen Platz findet.



11. März 2009

Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust

8. Februar 2009

Stellungnahme

der
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen
mit geistiger Behinderung e. V.

zu

**Hilfen für Schwangere in Konfliktlagen – Änderungsanträge zum
Schwangerschaftskonfliktgesetz**

Ausgangslage - Grundsätzliche Probleme der Pränataldiagnostik

Verfahren der Pränataldiagnostik (PND) zur Feststellung von Fehlbildungen beim Ungeborenen sind in Deutschland weit verbreitet: So nehmen laut einer aktuellen repräsentativen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 85% der Schwangeren PND in Anspruch, invasive Verfahren der Pränataldiagnostik werden bei über 10% der Schwangerschaften durchgeführt¹. Aus verschiedenen Untersuchungen und Gutachten ist bekannt, dass die Information und Aufklärung vor diesen Maßnahmen nicht dazu führt, dass Frauen und Paare informierte Entscheidungen zur Inanspruchnahme von PND treffen².

Daher fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe seit langem, dass die Information und Beratung vor Inanspruchnahme von PND verbessert werden müsse.

Allgemeine Screeninguntersuchungen auf das Vorliegen einer Behinderung, ohne dass es Möglichkeiten zur Therapie gibt oder Auswirkungen auf die Geburt hat, wie z.B. bei einem Herzfehler, haben keine ethische und rechtliche Grundlage. Solche pränatalen Untersuchungen sind nur nach einer individuellen Entscheidung zu rechtfertigen.

Daher begrüßt die Lebenshilfe das geplante Gendiagnostikgesetz, das Rahmenbedingungen der Anwendung pränataldiagnostischer Untersuchungen sowie die Information und Beratung zu diesen Verfahren erstmals gesetzlich regelt³.

Für Menschen mit geistigen Behinderungen und ihre Familien, deren Interessen die Lebenshilfe vertritt, sind die jüngsten Entwicklungen in der pränatalen Diagnostik problematisch. Das Kernproblem der PND liegt – zugespitzt formuliert – darin, dass sie den Anspruch auf ein gesundes Kind suggeriert und eine Konfliktlage heraufbeschwört, die ein Spannungsverhältnis zwischen dem Lebensrecht eines gegebenenfalls kranken oder behinderten Kindes und dem Wunsch der Mutter nach einem gesunden Kind aufbaut. Es werden Untersuchungstechniken wie die Messung der Nackentransparenz etabliert, die die Feststellung einer Behinderung zum Ziel haben. Damit gelingt es, immer häufiger Auffälligkeiten und Dispositionen vor der Geburt medizinisch zu erfassen, die Möglichkeiten für eine therapeutische Intervention sind jedoch auf Einzelfälle begrenzt. Daher provozieren sie bei positivem Befund, die Frage nach einer Beendigung der Schwangerschaft. Solche Angebote der Pränataldiagnostik geben somit das latente Signal, die Vermeidung der Geburt eines kranken oder (insbesondere geistig) behinderten Kindes wäre moralisch legitim, wenn nicht gar geboten. Dies wird von Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihren Familien als deutliches Signal wahrgenommen, nicht erwünscht zu sein.

Im Rahmen der Anwendung des Paragraphen 218 a Abs. 2 wird der Eindruck erweckt, eine Frau müsse sich entscheiden, wobei nach Erfahrungen der Lebenshilfe der Entscheidung für ein Kind mit Behinderung von Ärzten häufig mehr Widerstand entgegengesetzt wird – entgegen der Intention des Gesetzgebers. Insgesamt führt dies zu einer Individualisierung der Verantwortungszuschreibung für die Geburt eines behinderten Kindes an die betroffenen Eltern sowie zu einem gesellschaftlichen Druck auf werdende Eltern, die Geburt eines behinderten Kindes nach Möglichkeit zu vermeiden. Der Satz, das wäre doch nicht nötig gewesen, gehört zum Erfahrungsschatz vieler Familien mit behinderten Kindern⁴ – unabhängig von der Ursache und Diagnostizierbarkeit der Behinderung. Damit aber steht die individuelle und bedingungslose Akzeptanz eines jeden Kindes zur Disposition – mit nachhaltigen Folgen für die Stellung behinderter Menschen in unserer Gesellschaft und die Solidarität, die ihnen entgegengebracht wird.

Zu den Kassenleistungen der Schwangerenvorsorge und -betreuung durch Ärzte gehört bei Ultraschalluntersuchungen explizit die Suche nach Fehlbildungen und Markern für eine Behinderung. Diese wird häufig ohne Aufklärung und Zustimmung der Schwangeren durchgeführt⁵. Auch die Sorge von Ärztinnen und Ärzten, ein Haftungsrisiko einzugehen, führt dazu, dass heute jede schwangere Frau ungefragt mit dem

¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik 2006, BZgA 2007

² Vgl. BZgA 2007 a.a.O., Francke/Regenbogen: Der Schutz des Selbstbestimmungsrechts der Frau bei der Betreuung nach den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, 2002

³ Gerade um das Recht auf Nichtwissen, des Ungeborenen zu schützen, scheint es bedeutsam spätmanifestierende Krankheiten, die nicht zu einem Schwangerschaftskonflikt führen können, nicht zuzulassen.

⁴ Auch in Untersuchungen bestätigt wie z.B. von Lenhard et al. Die Einstellung von Müttern zu ihrem Kind mit Down-Syndrom vor und nach Pränataldiagnostik: Vergleich 1970 versus 2003, Würzburg 2006

⁵ BZgA 2007 a.a.O., Francke/Regenbogen 2002 a.a.O.

Angebot konfrontiert wird, ihr ungeborenes Kind auf „Auffälligkeiten“ untersuchen zu lassen. Dadurch verstärkt und verselbständigt sich die Dynamik der Pränataldiagnostik weiter und führt zur gesellschaftlichen Überzeugung, angeborene Behinderungen seien vermeidbar – die Grenzen der Pränataldiagnostik, z.B. dass sie nur etwa 25% der angeborenen Behinderungen diagnostizieren kann und dass sie nur in seltenen Einzelfällen Möglichkeiten der Behandlung eröffnet, sind in der Allgemeinheit weit weniger präsent.

Als Organisation für Menschen mit geistiger Behinderung weiß die Lebenshilfe um die Erfahrungen betroffener Familien. Diese zeigen, dass sich die Lebenssituation im konkreten Erleben häufig anders darstellt als in der Außensicht: Menschen mit einer Behinderung leiden in der Regel nicht unter ihrer Behinderung, sondern vielmehr unter der daraus erwachsenden Ablehnung in ihrer Umgebung und Einschränkungen ihrer Lebensmöglichkeiten. Die Lebenshilfe steht für die Erfahrung von mehreren hunderttausend Familien, dass ein glückliches und zufriedenes (Familien-)Leben mit Behinderung möglich ist⁶. Maßnahmen der Integration von Menschen mit Behinderungen haben gezeigt, wie ein Zusammenleben miteinander von Kindesbeinen an möglich ist. Diese Erfolge werden konterkariert, wenn nun stattdessen planmäßig nach einer möglichen Behinderung gefahndet wird und schließlich auch bei lebensfähigen Kindern eine Indikationsstellung nach § 218 a Abs. 2 erfolgt.

Insgesamt ist die Selbstverständlichkeit und Undifferenziertheit von Angebot und Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik ethisch höchst bedenklich. Pränataldiagnostische Maßnahmen sollten auf das Wohl von Mutter und Kind ausgerichtet sein. In Wirklichkeit aber stehen nur in wenigen Fällen den diagnostischen auch therapeutische Möglichkeiten gegenüber. Darüber und über den Inhalt der Untersuchungen und ihre Konsequenzen sollten Frauen vor der Inanspruchnahme aufgeklärt sein – dies ist häufig nicht der Fall.

Vorgeburtliche Diagnose einer Behinderung als Konfliktlage

Findet sich bei Untersuchungen der PND eine Behinderung oder Fehlbildung des Ungeborenen, wird die Situation für die betroffenen Frauen und Paare besonders schwierig: Sie sind mit einer Entscheidung konfrontiert, die sie in aller Regel so nie treffen wollten. In dieser Lage benötigen sie umfassende Hilfe und Unterstützung. Psychosoziale Beratung eröffnet hier eine Möglichkeit, die bisher nur sehr selten in Anspruch genommen wird⁷, obwohl sie seit langem im Schwangerschaftskonfliktgesetz verankert ist. Darüber hinaus sind qualifizierte und spezialisierte Angebote zur Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik vorhanden⁸. Ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder betroffenen Familien, wie sie die Lebenshilfe und andere Selbsthilfegruppen an verschiedenen Orten anbieten, kann dabei helfen, einen Einblick in das Leben mit einem Kind mit Behinderung zu bekommen.

Die Fragen, die bei der Diagnose einer Behinderung beim Ungeborenen im Vordergrund stehen, sind häufig nicht medizinische Fragen, sondern Fragen an die persönliche Lebensgestaltung. Diese Fragen finden Raum in einer ergebnisoffenen psychosozialen Beratung mit viel Zeit, wie sie Ärztinnen und Ärzte in aller Regel nicht anbieten können.

Dabei fordert die Lebenshilfe seit langem, die medizinische Beratung um eine psychosoziale Beratung zu ergänzen. So begrüßen wir die Initiativen zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Ärztinnen und Ärzte zu einem Hinweis auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung und konkrete Beratungsstellen zu verpflichten.

Da sich Frauen und Paare nach der Diagnosemitteilung in der Regel in einem Schockzustand⁹ befinden, erscheint eine direkte Vermittlung zu den Beratungsstellen sehr sinnvoll. In der akuten Situation der Diagnosemitteilung fällt auch eine prognostische Einschätzung schwer, inwieweit die Fortsetzung der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis zu einer Lebens- oder Gesundheitsgefahr für die Schwangere führt,

⁶ Wie dies auch Studien belegen, z.B. eine Studie als extremes Beispiel zur Lebensqualität von Familien mit Kindern nach schweren Beinahe-Ertrinkungsunfällen von Kirsch et al., die selbst in dieser Konstellation bei 81% der Familien fand – unabhängig von der Schwere der Behinderung, dass sie sehr zufrieden oder eher zufrieden waren

⁷ Vgl. Rohde/Woopen: Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen, 2007, Modellprojekt zur Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik des Bundesministeriums Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006

⁸ Entsprechende Qualifizierungen finden sich zum Beispiel bei dem Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung und dem Sozialdienst katholischer Frauen

⁹ Vgl. Rohde/Woopen 2007 a.a.O.

die anders nicht abzuwenden ist. Dies stellt aber nach der Neuregelung des §218 StGB von 1995 die Voraussetzung für einen rechtmäßigen Abbruch der Schwangerschaft dar, da die embryopathische Indikation, die auf die Schädigung des Kindes abstellte, damals abgeschafft wurde.

Somit wird auch die dreitägige Bedenkzeit zwischen der Mitteilung der Diagnose und der Indikationsstellung von der Lebenshilfe Bundesvereinigung ausdrücklich begrüßt: Dies unterstützt Frauen und Paare darin, in einer überaus schwierigen Situation ohne Zeitdruck zu einer fundierten Entscheidung zu gelangen, die sie auch in Zukunft tragen können.

Dass dies bisher nicht die Regel ist, zeigt ein Ergebnis aus der Studie von Rohde/Woopen¹⁰: Dort gaben nur die Hälfte der untersuchten Frauen nach 2 Jahren an, sie würden die Entscheidung sicher wieder so treffen. Insgesamt sind die Auswirkungen der Wertentscheidung des Gesetzgebers zur Abschaffung der embryopathischen Indikation nicht abschätzbar, da zur Zeit keine verlässlichen Zahlen über die nach medizinischer Indikation durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche, deren Grundlage eine Behinderung des Kindes ist, existieren. Eine genauere statistische Erfassung, wie dies die Lebenshilfe seit langem fordert, wäre als Grundlage für eine fundierte Bewertung hilfreich.

Zusammengefasst ist die Bundesvereinigung Lebenshilfe der Auffassung, dass die aktuelle Praxis der Spätabtreibung nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht: Mit der im Jahre 1995 erfolgten Neuregelung der Vorschriften zum legalen Schwangerschaftsabbruch ist die embryopathische Indikation, die Schwangerschaftsabbrüche wegen einer Behinderung des zu erwartenden Kindes bis zum Ende der 22. Woche zugelassen hatte, bewusst gestrichen worden.

Damit fand die Kritik, gerade auch der Bundesvereinigung Lebenshilfe, an der Regelung des § 218a Abs. 2 Nr. 1 StGB (alte Fassung) Berücksichtigung. Immer wieder war von den Behindertenverbänden darauf hingewiesen worden, dass eine Behinderung des ungeborenen Kindes als alleiniger Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch, eine Diskriminierung behinderten Lebens bedeute. Seit dem Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes mehren sich allerdings die Berichte über embryopathische Indikationen unter dem „Deckmantel“ des neuen § 218a Abs. 2 StGB. Es gibt Hinweise, dass zwischen einem embryopathischen Befund und einer Indikationsstellung nach medizinischen Kriterien in der Praxis ein gewisser Automatismus besteht. Es gibt Informationen über Abtreibungen von nahezu lebensfähigen Feten, ohne dass eine medizinische Indikation im engeren Sinne vorliegt. Diese Praxis widerspricht der gesetzgeberischen Intention, die embryopathische Indikation als Legitimationsgrundlage für einen Abbruch zu streichen. Gleichzeitig geht die Praxis an den Bedürfnissen der betroffenen Paare und Frauen vorbei, wenn sie über eine – nachgewiesenermaßen hilfreiche¹¹ – psychosoziale Beratung nicht informiert werden und sie somit nur selten in Anspruch nehmen.

Daher begrüßt die Lebenshilfe ausdrücklich die Initiativen zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, die die Hilfen für Frauen und Paare in Konfliktsituationen verbessern und damit die Intentionen des Gesetzgebers mit der Neuregelung des § 218 a Abs. 2 StGB aufgreifen: Eine Diskriminierung aufgrund einer Behinderung zu vermeiden und eine Indikationsstellung auf die Betrachtung des Einzelfalls und der Beeinträchtigung der Mutter zu stützen. Die Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte auf die Möglichkeiten der psychosozialen Beratung hinzuweisen und ihre Inanspruchnahme zu fördern sowie die Frist von drei Tagen zwischen Diagnosemitteilung und Indikationsstellung sind aus Sicht der Lebenshilfe hierzu geeignete Maßnahmen. Weiterhin ist es erforderlich die Rahmenbedingungen der Pränataldiagnostik so zu gestalten, dass ihr Grundkonflikt, in der Regel keine Therapie zu ermöglichen, ihre gesellschaftlichen Folgen und die Selbstbestimmung von Frauen und Paaren in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden. Die Regelungen im geplanten Gendiagnostikgesetz hält die Lebenshilfe in diesem Zusammenhang für differenziert und lösungsorientiert.

gez.
Robert Antretter MdB a. D.
Bundesvorsitzender

gez.
Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust
stellvertretende Bundesvorsitzende

¹⁰ Vgl. Rohde/Woopen 2007 a.a.O.

¹¹ Vgl. Rohde/Woopen 2007 a.a.O., BZgA 2007 a.a.O.