

**Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**  
**Wortprotokoll**  
**81. Sitzung**

Berlin, den 16.03.2009, 13:30 Uhr  
Sitzungsort: Paul-Löbe-Haus (Europasaal)  
Sitzungssaal: 4.900

Vorsitz: Kerstin Griese, MdB  
Ekin Deligöz, MdB

**Öffentliche Anhörung**

zu dem

Gesetzentwurf der Abgeordneten Volker Kauder, Renate Schmidt (Nürnberg), Johannes Singhammer, Dr. Peter Ramsauer, Ilse Falk, Dr. Norbert Lammert, Dr. Maria Böhmer und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

BT-Drucksache 16/11106

Gesetzentwurf der Abgeordneten Kerstin Griese, Katrin Göring-Eckardt, Andrea Nahles, Ulla Schmidt (Aachen), Dr. h.c. Wolfgang Thierse und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten**

BT-Drucksache 16/11347

Gesetzentwurf der Abgeordneten Ina Lenke, Sibylle Laurischk, Ulrike Flach, Hans-Michael Goldmann, Michael Kauch und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

BT-Drucksache 16/11330

Antrag der Abgeordneten Christel Humme, Irmingard Schewe-Gerigk, Elke Ferner, Lothar Mark, Dr. Carola Reimann und weiterer Abgeordneter

**Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft ausbauen - Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen**

BT-Drucksache 16/11342

Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Tackmann, Diana Golze, Elke Reinke, Dr. Petra Sitte, Jörn Wunderlich und weiterer Abgeordneter

**Späte Schwangerschaftsabbrüche - Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken**

BT-Drucksache 16/11377

(Beginn: 13.40 Uhr)

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Ich begrüße Sie alle sehr herzlich. Mein Name ist Kerstin Griese, ich bin die Vorsitzende des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ich begrüße die Mitglieder unseres Ausschusses. Ich begrüße natürlich auch alle Abgeordneten aus anderen Ausschüssen, die heute hier sind, weil wir eine ganz besondere Anhörung, nämlich zu Gruppenanträgen, machen.

Besonders herzlich begrüße ich Sie, die Sachverständigen, die wir zu dieser öffentlichen Anhörung eingeladen haben, damit Sie uns, wie immer in Sachverständigenanhörungen des Deutschen Bundestages, mit Ratschlägen zur Seite stehen und wir gute Beschlüsse fassen.

Ich begrüße außerdem für die Bundesregierung den Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Kues aus dem Bundesfamilienministerium.

Natürlich begrüße ich auch die Besucher sehr herzlich, die hier sehr zahlreich erschienen ist.

Unsere Anhörung wird vom Parlamentsfernsehen aufgezeichnet.

Ich rufe den **einzigen Punkt der heutigen Tagesordnung** auf:

Gesetzentwurf der Abgeordneten Volker Kauder, Renate Schmidt (Nürnberg), Johannes Singhammer, Dr. Peter Ramsauer, Ilse Falk, Dr. Norbert Lammert, Dr. Maria Böhmert und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

**- BT-Drucksache 16/11106 -**

**Federführend:**

*Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

**Mitberatend:**

*Rechtsausschuss*

*Ausschuss für Gesundheit*

Gesetzentwurf der Abgeordneten Kerstin Griese, Katrin Göring-Eckardt, Andrea Nahles, Ulla Schmidt (Aachen), Dr. h. c. Wolfgang Thierse und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten**

**- BT-Drucksache 16/11347 -**

**Federführend:**

*Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

**Mitberatend:**

*Rechtsausschuss*

*Ausschuss für Gesundheit*

Gesetzentwurf der Abgeordneten der Abgeordneten Ina Lenke, Sibylle Laurischk, Ulrike Flach, Hans-Michael Goldmann, Michael Kauch und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes**

**- BT-Drucksache 16/11330 -**

**Federführend:**

*Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

**Mitberatend:**

*Rechtsausschuss*

*Ausschuss für Gesundheit*

Antrag der Abgeordneten Christel Humme, Irmingard Schewe - Gerigk, Elke Ferner, Lothar Mark, Dr. Carola Reimann und weiterer Abgeordneter

**Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft ausbauen - Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen**

- BT-Drucksache 16/11342 -

**Federführend:**

*Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

**Mitberatend:**

*Rechtsausschuss  
Ausschuss für Gesundheit*

Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Tackmann, Diana Golze, Elke Reinke, Dr. Petra Sitte, Jörn Wunderlich und weiterer Abgeordneter

**Späte Schwangerschaftsabbrüche - Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken**

- BT-Drucksache 16/11377 -

**Federführend:**

*Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

**Mitberatend:**

*Rechtsausschuss  
Ausschuss für Gesundheit*

Ich habe Ihnen zu Beginn ein paar formale Hinweise zu geben:

Erstens. Diese Anhörung wird aufgezeichnet, und es wird ein Wortprotokoll erstellt, das dann auch im Internet verfügbar sein wird.

Zweitens. Die Stellungnahmen der Anhörspersonen liegen vor dem Sitzungssaal aus und wurden auch im Internet eingestellt, soweit nicht widersprochen wurde.

Drittens. Der Fragenkatalog der Berichtserstatterinnen und Berichtserstatter, der den Sachverständigen zugegangen ist, liegt ebenfalls draußen aus. Außerdem liegt draußen noch eine große Zahl unangeforderter Stellungnahmen aus.

Wir haben eine Übersicht über den Ablauf der Anhörung auf den Tischen verteilt. Der Ablauf der Anhörung ist wie folgt vorgesehen: Zunächst werden die Anhörspersonen Eingangsstatements von jeweils fünf Minuten vortragen. Danach folgt eine erste Frageunde von einer Berliner Stunde. Danach ist eine Fragezeit für Abgeordnete ohne Antrag geplant, weil auch Abgeordnete, die keinen der Gruppenanträge unterschrieben haben, die Möglichkeit haben sollen, Fragen zu stellen. Wir haben dann gegen 15.50 Uhr eine Pause von zehn Minuten vorgesehen. Danach folgen noch zwei weitere Frageunden.

Wir beschäftigen uns mit einem schwierigen Thema: mit Konfliktsituationen während der Schwangerschaft. Deshalb gibt es zu dieser Gewissensfrage fraktionsübergreifende Anträge, also Gruppenanträge. Bei diesem Thema erhoffen wir uns, wie gesagt, von Ihnen einen Rat. Wir beginnen deshalb direkt mit der Runde der Sachverständigen.

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): 10 500 Frauenärztinnen und Frauenärzte sind in Deutschland niedergelassen. Sie sind die Berater und Betreuer der circa 670 000 Schwangeren pro Jahr und haben seit Einführung der Mutterschafts-Richtlinien zusammen mit den Klinikern und Kinderärzten die perinatale Mortalität, das heißt die Sterblichkeit der Säuglinge, auf ein Zehntel und die Mortalität der Mütter auf ein Hundertstel reduziert.

Die Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland werden in allen Altersgruppen als Folge der hervorragenden Beratung durch ebendiese Ärztinnen und Ärzte in der Kontrazeption und beim Schwangerschaftskonflikt von Jahr zu Jahr geringer. Aber auch die Beratungsstellen und vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen seit 1995 haben großen Anteil an diesem Erfolg. So empfinden wir es als grotesk, in dieser Situation nicht ausschließlich die Beratung in Anbetracht der beschriebenen guten Beratungsergebnisse auch für Schwangere mit kranken oder fehlgebildeten Föten für den Spätabbruch zu optimieren.

Schnell, zum Beispiel durch eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien und des Mutterpasses mit dem Recht auf umfassende auch psychosoziale Beratung, könnte die Konfliktberatung optimiert werden. Stattdessen soll ausgerechnet diese Novelle von

1995 unter - unseres Erachtens - Missachtung von Rechten und mit Implementierung von drastischen Strafen für die Helfer in der Not geändert werden?

Ein Konfliktgesetz muss sich nach unserer tiefen Überzeugung an den Bedürfnissen der betroffenen Familien ausrichten. Wir Frauenärzte sind uns unseres Wissens auch mit den niedergelassenen Pränatalmedizern und den meisten Beraterinnen und Beratern der unterschiedlichen Institutionen darin einig, dass wir eine frauenfeindliche, zynische Verschlimmbesserung des bestehenden Gesetzes entschieden ablehnen. Die Tatsache, dass die Personengruppe, die in der Hauptsache die sensiblen Entscheidungsprozesse im Schwangerschaftskonflikt begleitet, so denkt, sollte eigentlich zum Nachdenken veranlassen.

Wir Frauenärzte fordern eine Optimierung der Beratung mit all den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. Wir Frauenärzte lehnen jedoch eine Offenlegung der Beratungsunterlagen entschieden ab. Die Basis für jeden Therapieerfolg des ärztlichen Handelns ist seit jeher das Arzt-Patientinnen-Vertrauensverhältnis, basierend auf der ärztlichen Schweigepflicht. In dieser Konfliktsituation ist das die Basis für den Beratungserfolg. In dem Wissen um die mögliche Weitergabe der Beratungsinhalte an Fremde wird das Beratungsgespräch zur Farce und eine ergebnisoffene Beratung unmöglich. Dabei ist die inkriminierte Dokumentation der behandelnden Frauenärzte durch Berufsordnung und Behandlungsvertrag längst vorgeschrieben und gelebte Praxis.

Ich möchte Ihnen kurz einige Beispiele aus meiner Praxis schildern. Da gibt es die 41-jährige Migrantin, die ihre Schwangerschaft wegen der Angst, dass das Kind krank oder missgebildet sein könnte, und wegen ihrer enormen familiären Belastungen durch die anderen Kinder und ihre Arbeit, noch vor der zwölften Schwangerschaftswoche post conceptionem beenden will, die ich aber mit dem Hinweis auf die Pränataldiagnostik überzeugen konnte, abzuwarten. Wäre es nicht furchtbar, wenn dieses Kind die Chance auf seine Geburt nicht bekommen hätte?

Dann gibt es die Mutter, die die Geburt eines mongoloiden Kindes riskierte, weil sie es mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren konnte, eine Schwangerschaft zu beenden. Sie muss für die heute 16-jährige Tochter Tag und Nacht bereitstehen und deshalb die anderen Kinder, Ehemann und Beruf ver-

nachlässigen. Muss man nicht akzeptieren, dass sich nicht jede Schwangere imstande sieht, ihr Leben so nachhaltig zu verändern?

Dann ist da noch die 66-jährige Mutter, die ihr geistig behindertes, hilfloses Kind pflegt und sich wirklich täglich sorgt, was aus ihrem Kind in diesem Land wird, wenn sie irgendwann einmal nicht mehr da ist. Ist sie ein Beispiel dafür, dass Mütter verantwortungslos handeln?

Dann gibt es die Frau, die nach einer Totgeburt wieder schwanger wurde und bei der erneut ein thanatophorer Zwergwuchs diagnostiziert wurde, eine mit dem Leben nicht vereinbare Missbildung, die in fünf Abteilungen untersucht und beraten wurde. Soll sie drei weitere grausame Tage gequält werden, bevor sie die Schwangerschaft abbrechen darf?

Sehr geehrte Damen und Herren, die Netzwerke sind schon da. Kaum eine Frau wird heute nicht in einer den Pränataldiagnostikpraxen angeschlossenen Klinik behandelt. Dort werden die Schwangeren sehr gut betreut. Die Basis für die selbst vor zehn Jahren nur vermutete Ordnungswidrigkeit ist heute nicht vorhanden. Eine Kriminalisierung dieser Frauenärzte käme einer Verhöhnung gleich.

Zusammenfassend ist zu sagen: Was unterstützt die Schwangere, die sich doch ihr Kind von Herzen wünscht? Wir wissen, dass eine Vermeidung von Spätabbrüchen am ehesten durch Folgendes zu erreichen ist: eine noch umfassendere ergebnisoffene Beratung, die Einführung eines Rechtes auf psychosoziale Beratung, die Erstellung von Beratungsmaterialien, ausgeliefert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Schaffung der Möglichkeit, Behindertengruppen kennenzulernen, und die unbedingte Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der Mutter.

Was bringt uns dem Ziel, dass möglichst viele Schwangere ein Leben mit geistig oder körperlich behinderten Kindern wagen, nicht näher? Wir meinen, Hilfe für Eltern und Kinder sind sicher nicht die Zerstörung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, eine Offenlegungspflicht der Beratungsdokumentation, die Schaffung einer qualvollen dreitägigen Bedenkzeit bzw. Argumentationen mit falschen Zahlen, in denen zum Beispiel erklärt wird, Föten seien schon ab der 20. Woche lebensfähig.

Die Weitergabe von Adressenlisten an Schwangere in Konfliktsituationen und den

entwürdigenden Weg ins benachbarte Ausland halten wir für nicht zielführend.

**Sachverständiger Prof. Dr. Gunnar Duttge** (Georg-August-Universität Göttingen): Lassen Sie mich einen Blick auf die grundsätzliche rechtliche Ausgangslage werfen. Einige Stellungnahmen, die im Vorfeld vorbereitet worden sind, lassen es mir geraten erscheinen, klarzustellen, innerhalb welchen rechtlichen Rahmens wir überhaupt diskutieren.

Die Debatte, die wir führen, findet nicht in einem rechtsfreien Raum statt, in dem wir äußern dürfen, was uns rechtspolitisch gerade wünschenswert erscheint, sondern das Umfeld, innerhalb dessen wir hier debattieren, ist verfassungsrechtlich und, solange § 218 a des Strafgesetzbuches unangetastet bleiben soll, einfachgesetzlich vorgeprägt. Damit ist ein verbindlicher Rahmen gesetzt. Nur solange man sich innerhalb dieses verbindlichen Rahmens bewegt, kann man rechtlich relevante Argumente vortragen. Alles andere sind unverbindliche Meinungsäußerungen.

Zu diesem nicht verrückbaren rechtlichen Rahmen zählt insbesondere der Umstand, dass die sogenannte medizinische Indikation nach § 218 a Abs. 2 einen echten Rechtfertigungsgrund darstellt. Das heißt, das Abbrechen der Schwangerschaft unter den dort geregelten Voraussetzungen ist in jeder Hinsicht mit der Rechtsordnung vereinbar, ist erlaubt, ist gebotenes, tadelfreies Verhalten. Diese Rechtsfolge zwingt dazu, im Unterschied zur verfahrensrechtlichen Lösung für die ersten zwölf Wochen im Rahmen des § 218 a Abs. 1 die Entscheidung nicht in die Letztverantwortung der betroffenen Frauen zu übertragen, sondern den objektiven Grund für das erlaubte Abbrechen-Dürfen zu prüfen.

Eine Drittbewertung ist also unvermeidlich. Alle Äußerungen, die von einer Missachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Frauen sprechen, gehen insofern an der Sache vorbei, als eine objektive Bewertung unvermeidlich ist. Denn wer soll die Indikation feststellen? Natürlich die behandelnden Ärzte. Eine Selbstindikation ist in dem Gesetz nicht vorgesehen. In allen vorgelegten Gesetzentwürfen soll daran nichts geändert werden: § 218 a soll bitte schön unangetastet bleiben. Ich bitte daher alle Diskutanten, dass wir hier nicht die alten Debatten aus den 90er-Jahren wieder aufleben lassen.

Das wäre fern von der Intention der vorgelegten Entwürfe.

Lassen Sie mich ein Wort zum Stichwort Selbstbestimmung sagen. Es ist mir unverständlich, wie man davon ausgehen kann, dass alle Menschen zu jeder Zeit und in jeder Lage immer selbstbestimmt handeln können und dass die Fähigkeit, selbstbestimmt die bestmögliche Entscheidung zu treffen, gerade auch in dem katastrophalen Szenario gelten soll, in dem sich die große Hoffnung, dass das Wunschkind ein gesundes Kind sein möge, aufgrund des pränataldiagnostischen Befundes zerschlägt. Dass hier eine außergewöhnliche Situation gegeben ist, die einen größtmöglichen Bedarf an Unterstützung rechtfertigt, dass die Sorge groß ist, dass hier möglicherweise übereilte Entscheidungen getroffen werden können, und dass die betroffenen Frauen größtmöglicher Unterstützung bedürfen, versteht sich von selbst.

Hier per se von vorhandener Selbstbestimmung zu sprechen, geht an der Sache vorbei. Jedenfalls sind Instrumentarien, die Menschen selbstbestimmte Entscheidungen erst ermöglichen, im Recht keine unbekannt große, also Bedenkzeit, verfahrensrechtliche Kautelen, Aufklärung, Beratung, Informed Consent im medizinrechtlichen Kontext. Diese Instrumentarien dienen nicht dazu, Menschen zu schikanieren und sie grausam zu behandeln, wie wir eben gehört haben, sondern dazu, ihnen die Möglichkeit zu geben, auf reflektierter, rationaler Basis bestmögliche Entscheidungen zu treffen.

Noch ein letztes Wort zum Regelungsstandort. Warum werden nicht die Mutterschafts-Richtlinien geändert, sondern ein parlamentarisch-gesetzliches Vorgehen gewählt? Mir ist nicht bekannt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss, der die Regelungshoheit über die Mutterschafts-Richtlinien hat, auf Zuruf des Bundestages agiert. Die Mutterschafts-Richtlinien sind auf die kassenärztliche Versorgung beschränkt. Das heißt, ein Teilbereich kann nicht erfasst werden. Juristisch gesehen wäre es unverständlich, wenn für die ersten zwölf Wochen im Rahmen des § 218 a Abs. 1 die Beratung gesetzlich etabliert ist, dann aber für den Bereich, den wir hier diskutieren, ein Gesetz nicht vorgesehen ist.

**Sachverständige Prof. Dr. Monika Frommel** (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel): Ich schließe mich meinem Kollegen

Duttge an und ergänze den gegebenen rechtlichen Rahmen. Der gegebene rechtliche Rahmen bei der medizinischen Indikation ist wohl durchdacht. Die Kommentarliteratur, insbesondere der gebräuchliche Kurzkomentar von Fischer, den Professor Duttge seinen schriftlichen Ausführungen zugrunde legt, ist angefüllt von impliziten rechtspolitischen Gesetzgebungskritiken. Das heißt, keiner meiner Kollegen bemüht sich darum, die innere Logik der 1995 neu geschaffenen medizinischen Indikation so darzulegen, dass jeder den inneren Sinn versteht.

Ich wiederhole also, was damals der Sinn war, und komme dann zur Schlussfolgerung, dass sich dieser durch die anschließende Entwicklung bestätigt hat. Der Sinn war, bei einem Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Monaten, der mittlerweile fast immer nach der Beratungslösung abläuft, eine Drittbewertung abzuschaffen, die 1976 zu erheblichen Problemen in der Praxis geführt hatte, und hier eine rein verfahrensrechtliche Beratungslösung vorzusehen.

Das bedeutet nun, dass nach den ersten drei Monaten, in denen, wenn man so will, eine De-facto-Fristenlösung gilt, die Logik einer Indikation, also eines echten Rechtfertigungsgrundes, voll zum Tragen kommt. Die Besonderheit bei der medizinischen Indikation ist die Drittbewertung durch einen Arzt. Ansonsten haben wir bei echten Rechtfertigungsgründen im StGB immer eine Bewertung durch Strafgerichte. Das heißt, die Ärzte nehmen eine Drittbewertung vor und haben einen Beurteilungsspielraum. Diese Besonderheit hat der BGH im Theißen-Verfahren deutlich gemacht. Sie wird in der strafrechtswissenschaftlichen Dogmatik nicht angemessen referiert und dargestellt.

In diese Logik gehört es, dass in einigen Fällen ein klassischer Rechtfertigungsgrund nach § 34 StGB, also Abwehr von Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren, in die medizinische Indikation integriert wird, dieser aber im Grunde nach auch in den herkömmlichen Notstandsregelungen erfolgen könnte. Das Wesen der medizinischen Indikation ist, dass in einem ärztlichen vertrauensvollen Gespräch mit der betroffenen Frau festgestellt werden muss, ob die Zumutbarkeitsschwelle überschritten ist. Es geht also nicht darum, ob eine Gefahr für das Leben und die körperliche Integrität der Frau besteht, sondern darum, ob für sie im ethischen Sinne eine Zumutbarkeitsschwelle überschritten ist.

Damit ist in diesem echten Rechtfertigungsgrund eine Gesprächssituation vorgegeben, die geradezu nach einer interdisziplinären Vorgehensweise verlangt. Das heißt, de lege lata, nach der Logik des 1995 reformierten Gesetzes, ist es Aufgabe der Ärzteschaft, dafür zu sorgen - ich zitiere jetzt aus dem Gutachten von Frau Woopen - ,

nachgewiesenermaßen etablierte Kooperationen von pränataldiagnostisch tätigen Ärzten mit psychosozialen Beratungseinrichtungen zur Zertifizierungsvoraussetzung ... zu machen.

Das heißt, die Arbeit von zertifizierten Ärzten, die Pränataldiagnosen machen und im Bereich der medizinisch-indizierten Schwangerschaftsabbrüche tätig sind, sollte positiv bewertet und auch bei der Honorierung berücksichtigt werden.

Hier besteht also Handlungsbedarf. Es geht nicht um ein rechtliches Problem; 1995 ist die Rechtslage angemessen geregelt worden. Wir haben vielmehr ein empirisches Problem zu lösen: Wird bei der Zertifizierung dieser Ärzte empirisch darauf Wert gelegt und auch honoriert, dass nachgewiesene etablierte Kooperationen bestehen? Wenn man darauf achtet, dann wird automatisch diese umfassende Drittbewertung bei der medizinischen Indikation den Standards entsprechen, die wir erwarten.

Im Zusammenhang mit dem pränatalen Befund, der Feststellung der medizinischen Indikation und des dann erfolgten Abbruchs ist zu gewährleisten, dass die Frau angemessen beraten worden ist, dass sie tatsächlich Zugang zu umfassenden, interdisziplinär vorgehenden Beratungsstellen hatte, dass das Ganze eigenständig auf die spezifische Problematik bezogen wird und nicht an die verfahrensrechtliche Regelung der Beratungslösung angedockt wird. Eine Beratung durch Sachverständige, die den Umgang mit einem behinderten Kind beschreiben und Probleme und Lösungen nennen können, muss sichergestellt sein. Hier müssen spezialisierte, interdisziplinäre Kooperationen festgeschrieben haben.

Dann können wir uns die vorgeschlagenen Regelungen sparen, die Sie hier haben, insbesondere die Weitergabe von Dokumentationen, die in das Persönlichkeitsrecht der betroffenen Frau und in das Arzt-Frau-Vertrauensverhältnis eingreifen.



**Sachverständiger Prof. Dr. Hermann Hepp** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.): Ich möchte zunächst die Entwicklung kurz darstellen. Zwei Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes von 1995 haben wir im Kreise der wissenschaftlichen Gesellschaft wahrgenommen, dass mit der Integration der damaligen embryopathischen Indikation in die medizinische Indikation drei ganz wesentliche Pfeiler weggebrochen waren, nämlich die Beratung, die wir in der Fristenregelung verankert haben, die Dreitagesfrist oder Bedenkzeit, und die statistische Erfassung. Durch die Integration sind wir erst mit dem Phänomen der Spätabtreibung konfrontiert, über das wir im Wesentlichen sprechen - darunter verstehen wir den Abbruch nach 22 Wochen nach Konzeption bzw. 24 Wochen nach Menstruation -, und dadurch auch mit dem Phänomen einer ganz neuen und anderen Abbruchmethode, nämlich Fetozid.

Uns wurde klar, dass wir gar keine statistische Erfassung dessen haben, was beim Abbruch im Bereich des §218 Abs. 2 Satz 2 geschieht, und zwar nicht nur hinsichtlich der Kenntnis über die Methode, sondern vor allem auch über die Erkrankungen und Behinderungen, die über Rechtfertigungsgründe nach Beratung zum Tragen gekommen waren. Schließlich war auch das Weigerungsrecht des Arztes, das bei der klassischen, strengen medizinischen Indikation vorhanden ist, eo ipso nicht mehr vorhanden. Darüber wurde unter juristischen Gesichtspunkten in der Folgezeit intensiv diskutiert.

Dementsprechend haben wir im ersten Papier, in der Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, die wir 1998 gemeinsam mit der Bundesärztekammer publiziert haben, den Schwerpunkt auf die Beratung gelegt, und zwar vor, während und nach der Pränataldiagnostik. Außerdem haben wir in einem Katalog die Inhalte dieser Beratung aufgezeigt. Wir haben auch die Bedenkzeit begründet, die psychosoziale Beratung in den Blick genommen, das Weigerungsrecht besprochen und uns vor allem mit der Abbruchmethode Fetozid beschäftigt. Auf der Grundlage dieses Papiers entstand von 2002 bis 2004 eine Stellungnahme, die fast eine Art Richtlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist, die wiederum Eingang in die gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer vorgelegte Stellungnahme fand. Diese Papiere liegen

Ihnen vor. Neu hinzugenommen haben wir das wichtige Thema Haftungsrecht. Durch das Urteil des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2001 entstand ein gewisser Druck für den beratenden, die Indikation stellenden Arzt und eine gewisse Gefährdung hinsichtlich der Verletzung des obersten verfassungsrechtlichen Gebotes - Schutz des Lebens - auch im Bereich des § 218 a Abs. 2 StGB.

Wir waren sehr froh, dass wir mit unserer gemeinsamen Stellungnahme 2005 bei den Fraktionen Gehör fanden. Aufgrund der vorgezogenen Bundestagswahl kam es damals aber nicht zu einer Ausweitung der Diskussion, was jetzt glücklicherweise der Fall ist. Jetzt sehen wir eine große Chance, mit Ihnen gemeinsam im Schwangerschaftskonfliktgesetz Regelungen zu verankern, mit denen sowohl die zum Teil unzumutbare Situation des handelnden, abbrechenden Arztes - je später, umso dramatischer und umso näher an der Grenze der Zumutbarkeit -, als auch die Situation der betroffenen Eltern verbessert werden. Ich hoffe, dass aus dieser Diskussion eine grundsätzliche, gesellschaftliche Diskussion über den Schutz des Lebens im Bereich der Pränatalmedizin hervorgeht, dass wir über Phänomene wie „Schwangerschaft auf Probe - angelegt auf Abbruch“ oder „Präimplantationsdiagnostik - Zeugung auf Probe“ diskutieren, wo wir uns im vorjudikativen Bereich, also außerhalb des Geltungsbereichs des §218 StGB bewegen. Ich wünsche mir, dass wir im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik auch über das nachgeburtliche Leben unter dem Aspekt einer möglichen Manifestation der Erkrankung im späteren Leben des betroffenen Menschen sprechen.

Ein Wort zu den zwei Indikationen: Die klassische medizinische Indikation hat zum Ziel - Frau Frommel hat das kurz angesprochen -, der Schwangeren die Belastung durch ihr Schwangersein zu nehmen, wobei es gelegentlich zum Tod des Kindes kommen kann. Die neue, erweiterte medizinische Indikation hat demgegenüber zunächst den Tod des Kindes zum Ziel und dann, wenn irgendwie möglich, den gesundheitlichen Schutz der Mutter. Das sind zwei ganz unterschiedliche Dinge. Das kann man in einer späteren Runde vielleicht vertiefen.

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kantenich** (Bundesärztekammer): Ich werde aus medizinischer und psychologischer Sicht

ein Statement für die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe abgeben.

Lassen Sie mich mit einem Blick auf die Notlagenregelung beginnen. Meines Erachtens funktioniert die Notlagenregelung in Deutschland sehr gut. Sie wissen, dass in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland relativ wenige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Ich denke, dass die Regelungen, die damals getroffen worden sind - gesetzliche Grundlage ist die ärztliche Feststellung der Schwangerschaft, eine Dreitagesfrist zum Überdenken und eine gute psychosoziale Beratung -, es den Frauen ermöglichen, eine reife Entscheidung zu fällen. Wir müssen feststellen, dass ein solcher Rahmen bei einem medizinischen Abbruch nicht gegeben ist. Im Gesetz ist nicht eindeutig festgehalten, dass eine ärztliche Beratung im Zusammenhang mit der Indikationsstellung obligatorisch ist. Nur derjenige, der den Abbruch durchführt, muss eine obligatorische Beratung vornehmen. Bei der Notlagenregelung konnte festgestellt werden, dass sich Zeiten für ein Überdenken positiv auswirken. Diese Zeiten sind bei einem medizinisch indizierten Abbruch nicht vorgesehen, obwohl eine Zeit für das Überdenken in dieser Situation noch dringender erforderlich ist; denn es sind viele zusätzliche Fragen zu klären. Es geht nicht nur, wie bei der Notlagenregelung, um die Frage, ob ich in der Lage bin, das Kind auszutragen oder nicht, sondern hier müssen auch medizinische Fragen geklärt werden: Was ist, wenn das Kind behindert ist? Bei einer psychiatrischen Indikation ist zu fragen: Was ist, wenn das Kind gesund ist, ich es aber nicht austragen kann? Der Bedarf für eine Bedenkzeit ist also viel größer.

Wir Ärzte halten uns nicht für Halbgötter in weiß, die die gesamte Beratung durchführen können. Deswegen sagen wir eindeutig: Wir brauchen unabhängige Beratungsstellen. Auf die unabhängige Beratung durch die psychosozialen Beratungsstellen, die in Deutschland eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen gewährleisten können, sollte hingewiesen werden.

Mit anderen Worten: Wir können nicht verstehen, warum es hier nur untergesetzliche Regelungen gibt. Schließlich funktioniert die Notlagenregelung aufgrund einer klaren gesetzlichen Fixierung in Deutschland gut. Außerdem ist die Konfliktlage für die Frau bei einem medizinisch indizierten Abbruch ein-

deutig größer. Aufgrund dieser Konfliktlage ist Zeit für ein Überdenken notwendig. Es ist absolut normal, dass im Zusammenhang mit ärztlichem Handeln schwierige Entscheidungen getroffen werden müssen. Wenn eine Frau zum Beispiel eine Krebserkrankung hat, braucht sie Bedenkzeit, ehe sie eine Entscheidung trifft. Für uns ist es nicht verständlich, dass es hier nur eine untergesetzliche Regelung gibt, obwohl zwei gesetzlich geschützte Lebensgüter, das Leben der Frau und das Leben des Ungeborenen, in einem Konflikt stehen. Wir halten die Konfliktlage für so stark, dass eine gesetzliche Regelung herbeigeführt werden sollte.

Wir halten drei Dinge für sinnvoll: Erstens. Wenn die Indikation durch den Arzt gestellt wird, sollte dieser zugleich medizinisch und psychosozial beraten. Zweitens sollte der Hinweis auf eine psychosoziale Beratung obligatorisch sein, und drittens sind drei Tage Bedenkzeit vorzusehen. Auf den vierten Hinweis, die Notwendigkeit einer Verbesserung der statistischen Dokumentation, kann man später noch eingehen.

**Sachverständige Rita Klügel (Donum Vitae):** Herzlichen Dank dafür, dass ich als Praktikerin hier als Sachverständige gehört werde. - Ich vertrete die Interessen meiner Fachrichtung mit dem Ziel, davon zu überzeugen, dass die Betroffenen durch eine unabhängige und verpflichtende psychosoziale Beratung in Konfliktsituation bei der Entscheidung für oder gegen einen späten Schwangerschaftsabbruch hilfreich begleitet und entlastet werden und dadurch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sich mehr Eltern ein Leben mit einem Kind mit Behinderung zutrauen.

Am Beispiel einer Schwangeren zeige ich die heute noch immer vorhandenen Defizite auf: Eine schwangere Frau wendet sich in der neunten Schwangerschaftswoche mit dem Anliegen an eine staatlich anerkannte Beratungsstelle, sich wegen Unklarheiten hinsichtlich ihrer zukünftigen Situation beraten zu lassen. Die Schwangere teilt sofort mit, dass sie vor zwei Jahren schon einmal Kontakt zur Beratungsstelle hatte und sich nun wieder an diese wendet, um Fragen zu sortieren und über die große Angst und Sorge zu sprechen, erneut mit einem behinderten Kind schwanger zu sein.

Der Verlauf der ersten Schwangerschaft war wie folgt: Mit 37 wurde ihr lang gehegter Wunsch nach einem Kind erfüllt. Die Part-



nerschaft bestand erst seit einem Jahr. Im fortgeschrittenen Alter wollte sie - ich zitiere - „als gute Schwangere alles, was möglich war, in Anspruch nehmen“. Einen Hinweis auf eine Beratung nach §2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes wurde von der Frauenärztin nicht gegeben. Sie selbst wusste auch nichts von diesem Anspruch auf Beratung.

Für das Frühscreening mit Nackentransparenzmessung und Blutuntersuchung zahlte sie 200 Euro. Sie nahm irrtümlich an, dass sie durch diese Untersuchung Gewissheit über die Gesundheit ihres ungeborenen Kindes erhalten würde. Eine medizinische Beratung und Aufklärung fand nicht statt. Die Nackentransparenzmessung in der Klinik war unauffällig. Den Befund der Blutuntersuchung bekam sie per Post nach Hause geschickt. Darin wurde ihr schriftlich mitgeteilt, dass ein sehr hohes Risiko auf Trisomie 21 bestünde.

Einen Termin bei ihrer Frauenärztin zur Klärung der Fragen bekam sie trotz ihrer Panik erst fünf Tage später. Während dieser - das gebe ich zu - ungewöhnlich langen Wartezeit wurden die eigene Mutter und eine Freundin zu Beraterinnen. Das Mitleid der Mutter führte zu dem Satz: Du kannst ja noch einmal ein Kind bekommen. - Das ist ein oftmals ausgesprochener Satz, mit dem man trösten will, der aber jedes weitere Gespräch verhindert und eine Entscheidungsfindung eher abwürgt. Die Freundin hat drei Kinder. Das jüngste Kind ist aufgrund einer Virusinfektion der Mutter während der Schwangerschaft schwerbehindert geboren worden. Dieses sehr belastete Familienleben und die Schwerstbehinderung prägten nun die Vorstellung der Schwangeren von der eigenen Zukunft und vom ungeborenen Kind. Ihre Partnerschaft brach darüber auseinander. Nachdem die Fruchtwasseruntersuchung diese Risikoabschätzung bestätigte, sah sie keine andere Möglichkeit, als in der 19. Woche einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen.

Nach ihrer eigenen Auskunft haben bis zu diesem Zeitpunkt kein Arzt und keine Ärztin mit ihr über ihre Lebenssituation, über ihre Vorstellungen von einem Leben mit einem Kind mit Behinderung, über ihre Vorstellungen von der Zukunft oder andere psychosoziale Aspekte gesprochen. Auch auf die Möglichkeit einer unabhängigen psychosozialen Beratung wurde sie nicht hingewiesen.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch kam sie auf Hinweis der Klinikseelsorge in die Beratungsstelle. Die eingeleitete Geburt - das müssen sie sich einmal vorstellen - hat fünf Tage gedauert und musste mit einer Ausschabung beendet werden. In den Beratungsgesprächen danach kamen Schuldfragen, Trauer um den Verlust des Kindes und den Verlust der Partnerschaft neben dem Naherleben der Geburt zur Sprache. Der Schwangerschaftsabbruch ist bis heute nicht verarbeitet. Jetzt, in der neunten Woche der zweiten Schwangerschaft in neuer Partnerschaft, kurz vor dem 40. Geburtstag, bricht schon im Erstgespräch eine Flut von Fragen und Themen aus ihr hervor.

Das ist kein Einzelfall. Die Hürden, die Frauen und ihre Partner überwinden müssen, um eine persönliche psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen zu können, sind immer noch sehr hoch.

Die Richtlinien zur Pränatalmedizin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe kenne ich. Aufgrund meiner Teilnahme an unterschiedlichen Projekten im Bundesgebiet weiß ich aber, dass viele Frauenärzte diese Richtlinien nicht gut kennen, geschweige denn, dass sie von ihnen umgesetzt werden. Mit den bisherigen Regelungen konnte nicht sichergestellt werden, dass Frauen eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung für eine unabhängige psychosoziale Beratung treffen können.

Ich spreche mich eindeutig für eine Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen, Beratern und weiteren spezialisierten Fachkräften aus, weil man nur mit einem ganzheitlichen Lösungsansatz Krisen- und hochkomplexen Konfliktsituationen während der Schwangerschaft gerecht werden kann. Deshalb befürworte ich es, dass die Ärzte dazu verpflichtet werden, auf psychosoziale Schwerpunktberatungsstelle hinzuweisen. Es funktioniert wunderbar, wenn interdisziplinär vermittelt wird.

**Sachverständiger Prof. Dr. Volker von Loewenich** (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Mit einer Ausnahme wird in allen Gesetzentwürfen eine Festschreibung und Strukturierung der Beratung gefordert. Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin sind dazu ein paar Bemerkungen angebracht: Es ist klar, dass angesichts der Schwere der Entscheidung am Anfang stets eine hochqualifizierte Pränataldiagnostik stehen muss. Sie wird übrigens

nicht selten mehrinstanzlich durchgeführt, sodass sich schon allein dadurch gewisse Fristen für das Nachdenken ergeben. Die Diagnostik muss durch eine genauso hochqualifizierte Beurteilung der Prognose des Kindes ergänzt werden. Die gesundheitlichen Konsequenzen der gefundenen Anomalien müssen beurteilt werden: die Überlebensfähigkeit des Kindes, eventuelle Behandlungsmöglichkeiten und die Belastungen, die auf Kind und Eltern zukommen werden. Erst wenn man das alles weiß, ist eine qualifizierte Beratung möglich.

Wie soll das gemacht werden? Die Ansprüche an die Pränataldiagnostik müssen sehr hoch sein. Der derzeitige DEGUM-Vorsitzende verlangt DEGUM-Qualifikationen der Stufe 2 oder 3. Darunter sollte die Qualifikation nicht liegen. Es bedarf der Ergänzung durch auf diesem Gebiet kompetente Kinderärzte; denn Kinder, die die infrage stehenden Anomalien aufweisen, werden von Kinderärzten behandelt, und zwar nicht nur für einen kurzen Zeitraum, sondern über viele Jahre hinweg. Sie werden von Kinderärzten eventuell sogar beim Sterben begleitet. Daher kennt man in der Pädiatrie die Bedeutung der infrage stehenden Anomalien aus eigener Tätigkeit und Anschauung, und zwar im Langzeitverlauf. Deswegen können Pädiater den betroffenen Schwangeren bzw. Paaren am besten sagen, ob überhaupt Behandlungsmöglichkeiten bestehen und was man mit Behandlungen eventuell erreichen kann, welche Entwicklung der Kinder, die diese Anomalien tragen, zu erwarten ist und - nicht zu vergessen - welchen Leiden diese Kinder möglicherweise ausgesetzt wären. Aufgrund ihrer beruflich erworbenen Kenntnisse können Pädiater sagen, welche Belastungen auf Kind und Familie zukommen und wie man diese möglicherweise meistern kann. Erst wenn all das erklärt ist, ist im Einzelfall zu überlegen, ob sich die betroffenen Paare diesen Belastungen gewachsen fühlen oder ob zu erwarten ist, dass sie daran zerbrechen und daraus ernsthafte Gefahren für Gesundheit und Leben der Schwangeren resultieren.

In der Regel wird der primär beratende Pädiater oder die Pädiaterin - ich nenne immer nur eine Bezeichnung, weil es sonst länger dauert - ein Kinder- und Jugendarzt mit dem Schwerpunkt Neugeborenenmedizin - Neonatologie - sein. Die Neonatologen sind als Gesprächspartner der Kollegen, die in der Geburts- und Pränatalmedizin arbei-

ten, etabliert. Man kennt und versteht sich. Das hat viele Vorteile. Die Neonatologen sind es außerdem gewohnt und sogar darauf angewiesen, sich mit anderen Spezialgebieten der Kinderheilkunde auseinanderzusetzen und mit Vertretern zuarbeitender Fächer, mit Kinderchirurgen, Kinderneurologen und Sozialpädiatern, zusammenzuarbeiten. Auf diese Weise wird die zu meiner Freude schon mehrfach angesprochene interdisziplinäre Beratung gewährleistet.

Für die interdisziplinäre Arbeit gibt es übrigens ein sehr gutes Beispiel. Das ist die „partie réglementaire“ in Frankreich. Das ist so etwas wie eine Ausführungsbestimmung. Sie schreibt schon bei der Indikationsfindung vor: „une équipe pluridisciplinaire“. Ich finde das sehr gut. Ich finde das besser - Herr Singhammer, nehmen Sie das bitte nicht als persönliche Kritik -, als im Gesetzestext festzuschreiben, dass ein Humangenetiker und eine Hebamme hinzugezogen werden müssen. Damit würde etwas festgeklopft, was man im Grunde vielleicht gar nicht will. Wenn man „multidisziplinär“ hineinschreiben würde, wäre man offen. Den Rest könnte man dann in einer Verordnung regeln. Ich habe nichts gegen Humangenetiker - ich ziehe sie selbst hinzu -, sie behandeln die Kinder aber nicht. Sie können sehr wertvolle Ratschläge geben, wenn es um die Qualität einer genetischen Diagnostik geht. Sie können etwas über Wiederholungswahrscheinlichkeiten sagen, aber eben nicht über die Langzeitverläufe. Auch Hebammen sind nicht dafür da, Kinder à la longue, über Jahre hinweg zu behandeln. Deren Wert sehen wir darin, dass sie die Frauen bei einer misslichen Geburt unterstützen. Ich denke, auch Hebammen brauchen Unterstützung, um mit diesen Belastungen klarzukommen.

Eine Frage ist noch zu stellen: Ist eigentlich definiert, was eine psychosoziale Beratungsstelle ist? Ich habe keine Definition gefunden. Der Vorschlag der Pädiatrie lautet, sozialpsychiatrische Zentren hinzuzuziehen. Sie arbeiten nämlich multidisziplinär, behandeln die Kinder, haben aber auch Psychologen und Sozialarbeiter zur Verfügung.

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.): Grundlage für die Einführung der Schwangerenvorsorge in den 70er-Jahren war die Erkenntnis, dass der Schutz der Gesundheit von Kind und Mutter dadurch bes-

ser gewährleistet werden kann. Ungefähr zur gleichen Zeit wurden Verfahren der Pränataldiagnostik eingeführt, die es ermöglichen, Behinderungen im vorgeburtlichen Stadium zu diagnostizieren. Die Pränataldiagnostik ist als eine besondere, spezialisierte Form eingeführt worden, die in ausgewählten Einzelfällen in spezialisierten Zentren durchgeführt werden sollte. Inzwischen ist sie ein Routineverfahren. 85 Prozent der schwangeren Frauen nehmen laut einer aktuellen, repräsentativen Studie der BZgA Pränataldiagnostik in Anspruch. Die Erwartung der Frauen und Paare an Pränataldiagnostik hat sich aber nicht geändert. Sie wollen die Bestätigung dafür, dass ihr Kind gesund ist. Mit dieser Hypothese gehen sie in die Apparatediagnostik hinein; mit dieser Hypothese gehen sie in die Schwangerschaft hinein. Nicht umsonst sagen wir: guter Hoffnung sein. Das ist etwas ganz Wertvolles.

Die Frage ist nur, ob das, was zum medizinischen Handeln dazugehört, nämlich zu wissen, was man tut - Informed Consent -, überhaupt noch gewährleistet ist. Die BZgA-Studie hat gezeigt, dass viele Frauen überhaupt nicht erklären können, was Pränataldiagnostik ist. Ein Viertel der Frauen hat gesagt, dass sie die Pränataldiagnostik haben durchführen lassen, weil ihr Arzt das empfohlen hat. Der Arzt ist eben eine Person des Vertrauens. Das geht gut, wenn alles gut ist, wenn die Ergebnisse der Pränataldiagnostik gut sind. In dem Augenblick, in dem den Frauen ein pathologischer Befund der Pränataldiagnostik eröffnet wird, fallen sie aus allen Wolken. Damit haben sie nämlich nicht gerechnet. Plötzlich stehen sie vor einer Situation, die sie sich nicht haben vorstellen können. Das wurde durch die Studie bestätigt. Die Frauen gaben an, schlecht über Alternativen und auch ganz allgemein schlecht informiert gewesen zu sein. Die Autorinnen und Autoren dieser Studie schließen daraus, dass zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und den Frauen, die die Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, auf der anderen Seite quasi vereinbart wird, bestimmte Dinge gar nicht zu thematisieren, weil sie letztlich einfach nur Angst machen. Sie sagen, dass Frauen und Paare dadurch in eine Situation geraten, die sie nicht vorhersehen konnten.

Da die gesellschaftliche Situation rund um PND in Deutschland so ist, wie sie ist, sieht die Lebenshilfe ihre gesellschaftliche Verpflichtung darin, Frauen und Paaren in dieser

schwierigen Situation die bestmögliche Hilfe zu bieten. Es hat sich aber gezeigt, dass Beratung nur in Einzelfällen in Anspruch genommen wird. Frau Nippert hat auf die Zahlen mehrfach hingewiesen: Bei einem pathologischen Befund werden nur 18 Prozent der Frauen beraten. Das heißt, dass der Fall, den Frau Klügel vorgetragen hat, kein Einzelfall ist, sondern ziemlich häufig vorkommt.

Psychosoziale Beratung ist ein besonderes Thema. Wenn Frauen bzw. Paare damit konfrontiert werden, ein behindertes Kind zu haben - egal ob das vor, während oder nach der Geburt passiert -, dann ist das für ihr Leben von Bedeutung, dann geht es häufig gar nicht so sehr um medizinische Fragen, um medizinische Risiken und Möglichkeiten, sondern um die Fragen: Was wird aus unserem Leben? Wie werden wir leben können? Dafür braucht es Raum. Diesen Raum bietet eine psychosoziale Beratung im Gegensatz zu einer medizinischen Beratung. Was machen wir, wenn wir in unserem Leben schwierige Entscheidungen zu fällen haben? Wir schauen uns die Situation von allen Seiten an und sprechen mit verschiedenen Leuten. Genau das soll den Frauen in dieser besonderen Situation ermöglicht werden.

Das Problem ist der Zeitdruck. In der Schocksituation am Anfang ist der Fluchtgedanke, der Wunsch, alles ungeschehen zu machen, sehr naheliegend. Das wissen wir aus wissenschaftlichen Untersuchungen. Das hat nichts damit zu tun, dass diese Frauen nicht wissen, wo es in ihrem Leben hingehen soll, sondern damit, dass sie mit der Entscheidung überfordert sind, weil ihnen der Boden unter den Füßen weggerissen wurde. In dieser Situation müssen wir Raum für psychosoziale Beratung schaffen und den Frauen Zeit geben, wieder zu sich zu kommen, um eine gute Entscheidung treffen zu können. Das scheint erforderlich zu sein.

Das ist auch deswegen erforderlich, weil eine Folge der gesetzlichen Änderungen von 1995 ist, dass 40 Prozent der Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der Dreitagefrist erfolgen. Jetzt könnte man natürlich sagen, dass sich diese Frauen vorher überlegt haben, was passieren könnte und schon vorher eine Entscheidung getroffen haben. Einige Studien haben aber gezeigt, dass bei der Mehrheit der Frauen davon nicht ausgegangen werden kann. Die Mehrheit der Frauen sagt nicht: Wenn ich ein Kind mit Downsyndrom bekomme, dann werde ich - das

weiß ich schon jetzt - die Schwangerschaft abbrechen. - Diese Antizipation findet in der Regel nicht statt.

Daher spricht sich die Lebenshilfe für gesetzliche Regelungen aus und wirkt dadurch unterstützend, dass sie zur Beratung der Familien zur Verfügung steht. Die Familien sollen wissen, wie es ist, ein behindertes Kind zu haben, wie man mit einem behinderten Kind lebt.

**Sachverständige Prof. Dr. Irmgard Nippert** (Universitätsklinikum Münster): Generell ist die Gesetzesinitiative zu begrüßen, weil sie deutlich macht, dass Beratung als gewichtiger Bestandteil der Pränataldiagnostik für jede Schwangere vorgehalten werden muss. Die Initiatoren vertreten mit Nachdruck die Auffassung, dass Schwangere bzw. Paare durch Beratung und Bedenkzeit in die Lage versetzt werden können, sich nach Abwägung aller für sie relevanten Gesichtspunkte und aufgrund ihrer individuellen Werthaltung informiert für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Damit knüpft die Gesetzesinitiative an die Ursprünge der Pränataldiagnostik an.

Als die Pränataldiagnostik Mitte der 70er-Jahre in Deutschland etabliert wurde, war die Einbettung in die begleitende qualifizierte Beratung ein konstitutiver Bestandteil. Die Pränataldiagnostik sollte nicht ohne Beratung durchgeführt werden. Die GKV'en hielten Mittel für den Ausbau der Beratungsstellen vor. Dieses Konzept ist aber, wie Sie wissen, mit dem massiven Ausbau der Pränataldiagnostik und der Änderung in § 218 StGB - Beratung nach der Pränataldiagnostik - in den Hintergrund getreten. Wir alle wissen, dass die Mehrzahl der Frauen heute nicht in dem Sinne qualitativ beraten wird, wie man das ursprünglich angedacht hat. Wir wissen auch, dass die Zentren, die Pränataldiagnostik durchführen, für die Beratungsangebote, die Frauen gemacht werden, verantwortlich sind. Es ist nicht nachfragegesteuert, wenn in einem Zentrum nur 5 Prozent der Frauen beraten werden, in einem anderen Zentrum aber 80 Prozent. Die meisten Frauen nehmen Beratung gerne in Anspruch. Es ist nicht so, dass die Mehrheit der Frauen initiativ wird und das Angebot ablehnt.

In Deutschland ist der Bestand an statistischem Informationsmaterial über Schwangerschaftsabbrüche defizitär. Wir haben geschaut, sofern man das überhaupt validieren kann, wie viele Frauen sich Bedenkzeit neh-

men. Wie lange dauert es nach einem positiven Befund, bis der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird? Etwa zwei Drittel der Frauen brechen die Schwangerschaft frühestens nach vier Tagen ab. Es besteht also eindeutig Bedarf an Bedenkzeit, gerade bei Pränataldiagnostik mit positivem Befund. Etwa ein Drittel braucht drei Tage Bedenkzeit, und ein Fünftel entscheidet sich innerhalb von zwei Tagen. Man müsste genau schauen, was ein Beratungsangebot bringt. Wir können das nicht evaluieren. Wir können nicht sagen, was eine qualifizierte Beratung bringt. Wir können nicht feststellen, ob die Frauen, die qualifiziert beraten worden sind, im Vergleich zu den Frauen, die nicht qualifiziert beraten worden sind, weniger psychische Probleme haben. Das wissen wir nicht.

Auch für den Bereich der Spätabbrüche - ab der 24. Schwangerschaftswoche nach Konzeption - erkenne ich einen erheblichen Informationsbedarf; Herr Hepp hat diese Grauzone schon angesprochen. Wir haben versucht, hierzu Daten zu erheben. Wir haben festgestellt, dass sich diese Klientel erheblich von der Klientel unterscheidet, die eine Pränataldiagnostik aufgrund eines normalen, a priori erhöhten Risikos durchführen lässt. Wir haben auch festgestellt, dass bei bestimmten Befunden bis zur 37. Schwangerschaftswoche abgebrochen wird. Bei den Befunden handelte es sich um schwere Herzfehler. Das sind Befunde, die man eigentlich besprechen sollte, für die man Klarheit braucht, über die man vielleicht ein bisschen mehr diskutieren sollte. Wir haben bei Spätabbrüchen in Berlin-Mitte eine Range von 37 plus 1 festgestellt. Ich glaube, es wäre allen damit gedient, wenn wir mehr Informationen hätten.

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Pro Familia hat als Träger staatlich anerkannter Schwangerschaftsberatungsstellen wiederholt deutlich gemacht, dass keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Neuregelung von Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation besteht. Pro Familia spricht sich entschieden gegen jede Verschärfung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes aus. Ich werde im Folgenden auf vier Punkte kurz eingehen: die ärztliche Dokumentationspflicht, die erweiterte statistische Erfassung, die Beratungspflicht für Ärzte und Ärztinnen sowie die dreitägige Bedenkzeit.

Erstens ärztliche Dokumentationspflicht: Ein Gesetzentwurf enthält die Verpflichtung von Ärzten und Ärztinnen, medizinische und persönliche Daten von Frauen mit einem besonderen Schwangerschaftsrisiko zu dokumentieren. Die Daten sollen unter Androhung eines Bußgeldes an eine Landesbehörde ausgehändigt werden. Folge dieser Regelung wären 16 unterschiedliche Regelungen in den 16 Bundesländern. Der Staat würde in das unserer Ansicht nach sehr wichtige und schützenswerte Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite dadurch eingreifen, dass er den Ärztinnen und Ärzten bei medizinischer Indikation eine Meldepflicht vorschreibt. Wir befürchten, dass Ärzte und Ärztinnen, die diese staatliche Überwachung vermeiden wollen, dann künftig keine medizinischen Indikationen mehr ausstellen, obwohl sie fachlich begründet wären. Pro Familia wendet sich ausdrücklich gegen die politische Absicht, das Ausstellen einer medizinischen Indikation für eine Frau zu erschweren.

Patientinnen haben das Recht, darüber informiert zu werden, dass Daten und Informationen vom Arzt oder von der Ärztin an eine Behörde weitergegeben werden. Sie haben ferner das Recht, zu erfahren, welche Informationen weitergegeben werden. Wir appellieren daher an die Datenschutzbeauftragten der Bundesländer, zu prüfen, ob die Offenlegung einer ärztlichen Dokumentation gegenüber einer Landesbehörde mit dem Datenschutz überhaupt zu vereinbaren ist. Dies gilt insbesondere für die Bundesländer, die Flächenstaaten sind, weil es dort zweifelsohne schwieriger ist, die Anonymität der Betroffenen zu gewährleisten, als in einer Großstadt wie Berlin. Ich weiß das, weil ich 30 Jahre auf dem Land gewohnt habe.

Zweitens. Die Ausweitung der statistischen Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen - kombiniert mit dem Datenmaterial der Bundesländer - dient wohl kaum der reproduktiven Gesunderhaltung von Frauen. Diese Statistiken werden vielmehr dazu dienen, die Ärzteschaft stärker zu kontrollieren. Pro Familia ist davon überzeugt, dass keine einzige dieser Maßnahmen dazu führen wird, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation zu reduzieren, was immer wieder behauptet wird. Betroffene werden sich dadurch vermutlich eher veranlasst sehen, ins Ausland zu gehen. Das wäre

im Grunde nicht schlimm, würde aber ein ökonomisches und ein Zeitproblem aufwerfen.

Die Initiatorinnen und Initiatoren des Singhammer-Antrages behaupten, die Zahl der Spätabtreibungen sei höher als angegeben. Da Ärzte und Ärztinnen seit Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes verpflichtet sind, Schwangerschaftsabbrüche beim Statistischen Bundesamt zu melden, ist von der Richtigkeit der amtlichen Zahlen auszugehen. Für 2008 wurden 231 Abbrüche mit medizinischer Indikation ab der 23. Woche gemeldet. Wir gehen nicht davon aus, dass die Ärzte aufgrund ihres Verhaltens Strafen zu erwarten haben. Laut Angaben des Berufsverbandes der Frauenärzte sind Frühgeburten vor der 22. Schwangerschaftswoche nicht lebensfähig.

Drittens. Zur gesetzlich vorgeschriebenen strafbewehrten Beratung ist zu sagen, dass - erstens - Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Berufsausübung prinzipiell zur Beratung ihrer Patienten und Patientinnen verpflichtet sind, wenn diese sie wünschen, zweitens mit dem Gendiagnostikgesetz die ärztliche Beratungspflicht vor und nach den pränataldiagnostischen Untersuchungen zusätzlich betont wird, Frauen und Männer - drittens - nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes einen umfassenden Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung haben - das halten wir für sehr wichtig; aber die Beratung muss freiwillig sein - und viertens die Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen rund um die Pränataldiagnostik Information und Beratung vorsehen. Wir halten es für wichtig, dass schon vor der Pränataldiagnostik beraten wird, damit man sich überlegen kann, wie man mit eventuellen Folgen und Situationen umgehen will. Es mangelt also überhaupt nicht an gesetzlichen und ärztlichen Regelungen und Richtlinien.

Viertens. Pro Familia wendet sich gegen die dreitägige Bedenkzeit, weil wir der Auffassung sind, dass die Entscheidung darüber, wann der Eingriff stattfinden soll, den Ärzten und der Schwangeren allein überlassen bleiben sollte. Wir sind für qualifizierte medizinische und psychosoziale Beratung, für umfassende Information, aber auch für eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Frauen.



**Sachverständige Sybill Schulz** (Famili- enplanungs- zentrum - BALANCE): Wie Sie wissen, haben im Februar 2009 zwölf Ver- bände und Organisationen - unter anderem wir - in einem offenen Brief kritisch auf die aktuelle Diskussion reagiert und auch einige der von Frau Notz bereits erwähnten Frage- stellungen besprochen.

Auch BALANCE als Beratungs- und me- dizinische Versorgungseinrichtung in Berlin ist der Auffassung, dass eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach medi- zinischer Indikation nicht senken wird. Der Gesetzesänderung von 1995 liegt nach un- serer Auffassung ein fundamentales Miss- verständnis zugrunde. Die gegenwärtige Diskussion macht dies deutlich. Zwei As- pekte, die nur oberflächlich zusammengehö- ren, werden gemeinsam abgehandelt; tat- sächlich haben sie kaum miteinander zu tun. Es ist nicht möglich, einen der beiden As- pekte durch die gesetzliche Regelung des anderen zu klären.

Wenn sich eine Frau bzw. ein Paar auf- grund einer schweren Fehlbildung des Em- bryos zum Abbruch der Schwangerschaft entschließt, so geschieht das aus zutiefst persönlichen Überlegungen. Die Entsch- eidung fällt den Frauen bzw. den Paaren im- mer schwer; ein Schwangerschaftsabbruch wird natürlich als Verlust empfunden. Die Entscheidung ist von der gesellschaftlichen Wertung vollkommen unabhängig. Behin- derte Menschen bedürfen und verdienen all unsere Unterstützung und gesellschaftliche Wertschätzung. Hier ist die Politik gefragt, geeignete Maßnahmen zu treffen. Eine Ver- änderung des Gesetzes zum Schwanger- schaftsabbruch gehört jedoch nicht zu den wirksamen und damit auch nicht zu den ge- eigneten Maßnahmen.

Empirisch ist eindeutig, dass vielen Frauen und Paaren vor der Pränataldiagnos- tik nicht ausreichend bewusst ist - so erleben wir es in den Beratungsstellen -, dass in den meisten Fällen die einzige therapeutische Konsequenz, wenn die Schwangere nicht mit einem Kind mit einer schweren Behinderung leben möchte, der Abbruch der Schwanger- schaft ist. Das haben meine Vorrednerinnen und Vorredner bereits erwähnt. Hier sind eine Verbesserung der Qualität und des In- halts der Beratung sowie eine Verbesserung der Beratungskompetenz von Ärztinnen und Ärzten zu fordern. Zudem wird selten auf das Recht auf Nichtwissen der Schwangeren

hingewiesen; auch das ist uns wichtig. Eine solche Verbesserung sollte in die Mutter- schaftsrichtlinien oder auch in die Richtlinien zur Pränataldiagnostik aufgenommen werden und für Ärztinnen und Ärzte entsprechend vergütet werden.

Ärztinnen und Ärzte brauchen keine Pflicht, eine Beratung zu vermitteln. Wenn ein qualifiziertes, adäquates Beratungsange- bot, wie wir es zum Beispiel in Berlin - wenn auch noch nicht ausreichend - haben, zur Verfügung steht - wir gehen davon aus, dass in den Flächenländern ein solches unabhän- giges, qualifiziertes Beratungsangebot nicht vorhanden ist -, greifen Ärztinnen und Ärzte angesichts der knappen Ressourcen in Pra- xen gern auf solche zusätzlichen niedrig- schwelligen Unterstützungsangebote zurück. Das erfahren wir in der Praxis.

Gesetzlich ist die ärztliche Beratungs- pflicht nach unserer Ansicht ausreichend geregelt. Gesetzliche Verpflichtungen ver- bessern nicht automatisch die Beratungs- qualität. Einer Änderung des Schwanger- schaftskonfliktgesetzes bedarf es daher nicht.

Wie Sie wissen, gab es laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2007 in Deutschland 2 302 Abbrüche nach der 13. Schwanger- schaftswoche. Mit 1,9 Prozent aller Schwanger- schaftsabbrüche ist das eine sehr geringe Häufigkeit. In den meisten anderen Ländern gibt es wesentlich mehr Spätabbrüche; in Großbritannien etwa fünfmal so viel. Im in- ternationalen Vergleich kann man sagen, dass die Situation in Deutschland offenbar gut geregelt ist.

Allerdings muss man berücksichtigen, dass nicht alle Abbrüche in Deutschland durchgeführt werden. Viele Frauen fahren zu Spätabbrüchen nach Holland. Im Jahr 2007 waren dies etwa 600 Frauen; diese Zahl war in den letzten Jahren recht konstant.

Dass Frauen immer noch in andere Län- der fahren, ist ein unübersehbares Zeichen, dass eine unbefriedigende Situation hinsicht- lich des Zuganges zu einem Schwanger- schaftsabbruch besteht. Allein die Ber- atungspflicht kann den Zugang nicht verbes- sern, auch bei medizinischer Indikation nicht. Wichtiger ist es, die Entscheidungsbefugnis der betroffenen Frauen und Paare zu stär- ken. Aufgrund der biologischen Gegeben- heiten tragen Frauen einen überproportio- nalen Anteil an den Konsequenzen der Fruchtbarkeit. Es ist unbedingt zu fordern, dass dem Rechnung getragen wird und



Frauen Entscheidungsfreiheit in Belangen der Reproduktion bekommen. Hierzu gehört die freie Entscheidung darüber, ob sie zu einer Beratung gehen möchten, egal zu welchem Zeitpunkt. Bedeutsam erscheint uns der Hinweis auf die Möglichkeit einer kostenlosen unabhängigen psychosozialen Beratung neben einer ausführlichen medizinischen Aufklärung über diagnostische Verfahren. Die Inanspruchnahme einer Beratung sollte freiwillig sein. Zweifellos löst die Mitteilung, dass eine schwere Fehlbildung eines Fötus vorliegt, eine Krisensituation aus, in der Frauen und Paare Hilfe benötigen. Hier sind alle Interventionen sinnvoll, die von den Betroffenen gewünscht werden und freiwillig erfolgen.

Ich möchte nur noch kurz darauf hinweisen, dass wir der Meinung sind, dass die Wartezeit von drei Tagen dies nicht verändern wird. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass zu jedem Zeitpunkt während der Schwangerschaft, also auch bereits vor Pränataldiagnostik, gemäß der gesetzlichen Regelung eine umfassende, ausführliche und kompetente Beratung durch verschiedene Fachkräfte möglich ist.

**Sachverständige PD Dr. Christiane Woopen** (Universität zu Köln): Die mir zentral scheinende Frage lautet: Welche medizinische und psychosoziale Versorgung der schwangeren Frau und ihres Partners ist erforderlich, um zwei Anforderungen zu erfüllen: Sie soll erstens der schwangeren Frau und ihrem Partner in ihrem Schock, ihrer Not und ihren Konflikten helfen und ihnen eine gute Beratung und Begleitung sichern, nachdem sie erfahren haben, dass ihr Kind krank oder behindert sein wird, und sie soll zweitens die rechtlichen und ethischen Anforderungen zum Schutz der Gesundheit der Schwangeren und des Lebens des Ungeborenen im Rahmen der medizinisch-sozialen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach §218 a Abs. 2 StGB zur Geltung bringen, ohne den Gehalt der Regelung zu ändern?

In den mir jetzt zur Verfügung stehenden fünf Minuten möchte ich die mir am dringlichsten erscheinenden Überlegungen in vier Thesen vorstellen.

Erste These. Die ärztliche Beratung nach einem pathologischen pränataldiagnostischen Befund muss geregelt werden, und zwar so, dass sie den rechtlichen und ethischen Kriterien, die der medizinisch-sozialen

Indikation zum Abbruch zugrunde liegen, gerecht wird. Das bedeutet meines Erachtens Viererlei:

Erstens. Der behandelnde Arzt muss selbst im Rahmen seiner fachlichen gynäkologischen und geburtshilflichen Kompetenz beraten.

Zweitens. Er muss der schwangeren Frau und ihrem Partner durch Überweisung an einen entsprechend spezialisierten Kollegen eine ärztliche Beratung ermöglichen, in der sie sich über die festgestellte Krankheit oder Behinderung des Kindes und über deren Bedeutung für ihr eigenes Leben zuerst einmal informieren.

Drittens. Er muss der Frau und ihrem Partner durch Angebot und Vermittlung einer vom medizinischen Kontext unabhängigen psychosozialen Beratung die Möglichkeit eröffnen, sich in aller Ruhe über ihre Situation und ihren weiteren Weg klarzuwerden. In der psychosozialen Beratung können je nach Bedarf weitere Kontakte und Hilfen vermittelt werden.

Wenn ich mir kurz eine Bemerkung an Herrn von Loewenich erlauben darf: Schauen Sie in die §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Dort sehen Sie, was psychosoziale Beratungsstellen sind.

Viertens. Ein Arzt muss gegebenenfalls schließlich feststellen, ob die zentrale Voraussetzung der medizinischen Indikation, das heißt eine Gesundheitsgefährdung der Schwangeren, gegeben ist. Diese Erkenntnis kann er nur im Rahmen eines Beratungsgesprächs gewinnen, da es in der Regel nicht um eine Gefahr für die körperliche, sondern für die zukünftige psychische Gesundheit der Frau geht.

Zweite These. Die ärztliche Beratung nach einem pathologischen Befund muss gesetzlich *und* untergesetzlich geregelt werden. Alle seit nun 14 Jahren erfolgten Versuche - es waren weiß Gott viele -, die ärztliche und die psychosoziale Beratung auf untergesetzlichem Wege in angemessener Weise zu etablieren, haben zu keinem flächendeckenden Erfolg geführt. So sehen es selbst die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die wir als Vertreter der Ärzte schon gehört haben. Da nur grundsätzliche Pflichten der Ärzte und Ansprüche der Frauen gesetzlich geregelt werden können, sollte auf der untergesetzlichen Ebene die weitere Ausgestaltung der Beratung in Richtlinien, Leitlinien und Zertifizierungsvoraussetzungen unter

Berücksichtigung des Gehalts der medizinischen Indikation festgelegt werden.

Dritte These. Der für die Frau und ihren Partner bereits jetzt in § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes verankerte Anspruch auf psychosoziale Beratung ist um die besonderen Belange angesichts des Konfliktes nach pathologischem pränataldiagnostischem Befund zu erweitern. Das kam bisher noch nicht zur Sprache.

Vierte These. Die gesetzliche Verankerung einer Pflicht des Arztes und eines erweiterten Anspruchs der schwangeren Frau beinhaltet weder die Unterstellung, die Schwangere oder der Arzt würden leichtfertig über einen Abbruch entscheiden, noch wird die Frau gegen ihren Willen in einen Beratungsmarathon gezwungen. Angesichts der hohen emotionalen und moralischen Konflikthaftigkeit der Situation, der herausragenden Bedeutung der Schutzgüter, nämlich der Gesundheit der Frau und des Lebens des Ungeborenen, und der teils langfristigen Folgen der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch sind die freiwilligen Beratungsangebote nicht etwa Hürden, sondern unverzichtbare Hilfen. Dies wird von einer überwältigenden Mehrheit der betroffenen Frauen selbst bestätigt. Es ist weder ersichtlich, warum Frauen vor erweiterten Beratungsansprüchen ins Ausland flüchten sollten, noch, warum Ärzte aufgrund von deutlicher geregelten Beratungs- und Dokumentationspflichten eine rechtmäßige Indikationsstellung verweigern sollten.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Wir beginnen jetzt mit unseren Fragerunden. Diese sind so strukturiert, dass die jeweiligen Gruppen - hier geht es um Gruppenanträge - Fragen stellen können. Wir haben zuerst eine Runde von einer Stunde. Die Frage- und Antwortzeit wird zusammengerechnet, das heißt, je kürzer Sie fragen, desto länger können die Expertinnen und Experten antworten.

Wir haben in unserem Ausschuss die gute Regel, dass bis zu zwei Fragen an bis zu zwei Sachverständige gestellt werden können; dann ist es überschaubar. Ich bitte Sie alle, sich daran zu halten.

Wir beginnen mit der Gruppe „Kauder/Schmidt/Singhammer“, die 21 Minuten zur Verfügung hat.

**Johannes Singhammer (CDU/CSU):** Ich darf zunächst eine Frage an den Vertreter

der Bundesärztekammer, Herrn Professor Kantenich, richten, weil die Ärzteschaft immer zu den Hauptbeteiligten gehört. Ich möchte die Frage gleichzeitig an Sie, Frau Dr. Woopen, richten.

Ist die Konzeption der Beratung, wie wir sie in unserem Gesetzentwurf vorsehen, mit einem Beratungsrecht für die schwangere Frau und einer Beratungspflicht für den behandelnden Arzt der richtige Weg? Wie kann man schwangeren Frauen in diesen besonderen Belastungssituationen, die heute schon eindrücklich dargestellt worden sind, in Form dieser qualifizierten Beratung in besonderer Weise helfen, um den Entscheidungsspielraum zu erweitern und ihnen praktische Hilfe angedeihen zu lassen? Ist diese Vorlage so, wie wir sie konzipiert haben, dafür geeignet?

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kantenich** (Bundesärztekammer): Wir denken, dass diese Überlegungen in dem Vorschlag gut wiederzufinden sind. Wir müssen noch einmal auf die Situation der Frauen zurückkommen. Sie haben sich lange auf eine Schwangerschaft gefreut und sind nun mit einem Befund konfrontiert, der sie diese Schwangerschaft vollkommen neu bewerten lässt. Insofern ergibt sich ein großer Bedarf seitens der Frau nach einer guten Beratung. Wir denken, dass in dem Entwurf von Ihnen, aber auch von anderen gut zum Ausdruck gebracht wird, dass wir zwischen medizinischen Fragen und weiteren, psychosozialen Fragen unterscheiden müssen. Gut geregelt ist, dass die medizinischen Fragen in erster Linie von dem Arzt beantwortet werden, der die Indikation stellt. Es ist wichtig, dass dieser Arzt den entsprechenden Sachverstand hat. Das kann der Gynäkologe sein, das kann der Pränataldiagnostiker sein, das kann der Kinderarzt sein, der hinzugezogen wird, das kann der Humangenetiker sein - je nach Fragestellung eventuell auch der Psychiater.

Viele mögen es für merkwürdig halten, dass die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sagen, dass die Erfordernisse an die Ärzte durchaus wachsen sollen; denn die Ärzte sind diejenigen, über die man in der Öffentlichkeit denkt, dass sie nicht so gern die Verantwortung übernehmen. Hier können wir aber sehr gut begründen, warum wir das sagen. Aus der Erfahrung heraus wollen wir, dass die Ärzte hohe Anforderungen auf sich nehmen, indem sie gut beraten.

Ein Nebenpunkt - damit will ich schließen -: Die Frauenärzte sind neben den Allgemeinmedizinerinnen die Einzigen, die nach der Psychotherapie-Richtlinie die Qualifikation für die psychosomatische Grundversorgung haben. Das heißt, die Frauenärzte in Deutschland können nicht daran vorbeikommen. Sie haben die Grundvoraussetzung, um eine gute und qualifizierte Beratung durchzuführen, die Medizinisches und Psychosoziales beinhaltet. Das ist in Deutschland ganz gut geregelt. Trotzdem sind wir der Auffassung, dass viele Fragen, die sich zusätzlich ergeben - zum Beispiel Hilfestellung oder Kontaktaufnahme zu Behindertenverbänden -, einer zweiten, unabhängigen Sichtweise bedürfen. Das ist der Vorteil dieses und auch weiterer Entwürfe, in denen das obligatorische Angebot einer psychosozialen Beratung gefordert wird. Ich denke, diese Essentials sollte ein Gesetzentwurf beinhalten.

**Sachverständige PD Dr. Christiane Woopen** (Universität zu Köln): Ich halte die grundsätzliche Konzeption, dem Arzt die Pflicht aufzubürden und der Frau das Recht zuzuschreiben, für vollkommen richtig. Die Ansätze in dem Gesetzentwurf sind insofern sehr zu begrüßen. Ich würde sie aber um die interdisziplinäre ärztliche Beratungspflicht erweitern - ich habe das eben ausgeführt -: Ich würde dem Arzt zusätzlich die Pflicht aufbürden, zu psychosozialen Beratungseinrichtungen zu vermitteln. Bei aller Achtung vor der psychosomatischen Grundversorgung, die die Ärzte erlernen, besteht rein praktisch nicht die Möglichkeit der langfristigen Betreuung und der Mehrfachberatungen auch nach Austragen des Kindes oder nach einem Abbruch. Trauerarbeit etc. fällt nicht in seine Fachkompetenz. Es ist nicht wünschenswert, dass er diese Aufgabe auch noch schultern muss; schließlich ist er Mediziner.

Zusätzlich würde ich empfehlen, § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes um die speziellen Konfliktsituationen nach pathologischem pränataldiagnostischem Befund in Analogie zur Konfliktberatung nach § 5 ff. zu ergänzen. Denn einiges kann von der Schwangeren im Falle der PND, wenn man sich die Äußerungen des Bundesverfassungsgerichts und auch die Gesetzesbegründungen dazu ansieht, nicht in Anspruch genommen werden. Das heißt, die psychosozialen Beratungsstellen hätten keine Mög-

lichkeit, an juristischen oder sozialarbeiterischen Sachverständigen und an andere ärztliche Beratungen etc. zu verweisen.

Die eigentlich Konfliktbearbeitung und auch die Unentgeltlichkeit der Beratung sind in § 2 bisher nicht gewährleistet. Aber in Ihrem Gesetzentwurf gibt es bereits Ansätze, ihn entsprechend zu erweitern.

**Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an Herrn Professor Hepp und an Herrn Professor Kentenich. Wir haben gerade in den beiden Antworten gehört, dass nach dem Entwurf der Gruppe „Singhammer“ zwar mehr Arbeit auf Sie zukommen würde, aber in gewisser Weise damit eine Erleichterung Ihrer Arbeit verbunden wäre. Sehen Sie das so? Sehen Sie Konflikte und die Erschwernis einer medizinischen Indikation, wie es vorher von zwei Kolleginnen angesprochen wurde? Teilen Sie die Meinung, die heute schon geäußert wurde, dass durch diesen Gesetzentwurf eine Kriminalisierung der Ärzte droht?

**Sachverständiger Prof. Dr. Hermann Hepp** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.): Zentrales Thema hier kann gar nicht sein, ob es mehr Arbeit bedeutet, da es nach dem Auftrag der Verfassung um den Schutz des Lebens geht, auch und gerade in dieser ganz brisanten pränatalmedizinischen Situation. Jede Schwangerenuntersuchung, auch ohne Geräte, ist immer eine pränatalmedizinische Diagnostik. Dies wird verfeinert durch die Fortschritte der modernen Medizin. Deshalb lautet in unserer Erklärung zu dem Thema, die wir 1998 publiziert haben, der erste Satz:

Das Ziel ärztlichen Handelns ist Heilung, Linderung oder Vermeidung von Krankheit und Behinderung, jedoch nicht die Tötung von Kranken und Behinderten.

Das ist unser zentraler Auftrag.

Damit will ich sagen: Als Ärzte kommen wir mit den uns um Rat fragenden Eltern in eine extreme Konfliktlage bei unserem Handeln. Deshalb gibt es eine Grenze der Zumutbarkeit für indikationsstellende wie handelnde - sprich: tötende - Ärzte.

Noch ein Wort zu den beiden Indikationsbereichen, die grundverschieden sind, aber in der Reform der Reform 1995 - vielleicht in der Eile der Gesetzesausarbeitung - zusammenkamen. Bei der klassischen mütterlich-

medizinischen Indikation handelt es sich um eine schwangere kranke Frau mit einem in der Regel gesunden Kind. Wenn immer möglich, zum Beispiel wenn Gebärmutterhalskrebs in der 18. Schwangerschaftswoche diagnostiziert wird, sollte durch Gespräche, Beratung und das Ringen mit den Eltern um Heilung versucht werden, die Gesundung der Mutter, aber auch die Rettung des Kindes zu erreichen. Sprich: Die Therapie in Form der Gebärmutterentfernung sollte mit Zustimmung der Mutter in die 23. oder 24. Woche nach Empfängnis gelegt werden, um die Rettung der Mutter *und* die Rettung des Kindes zu erzielen. Die Rettung des Kindes ist immer implizit in der klassischen mütterlich-medizinischen Indikation, aber gelegentlich nicht möglich, zum Beispiel kommt es zur Tötung des Kindes, wenn man aufgrund eines Karzinoms in der 18. Woche einen Kaiserschnitt mit Entfernung der Gebärmutter durchführen muss.

Bei der früher geltenden embryopathischen Indikation - sie wurde gestrichen und in die medizinisch-soziale Indikation integriert - ist die Situation ganz anders. Es handelt sich in der Regel um eine gesunde Mutter, die über pränatalmedizinische Diagnostik in eine nicht zumutbare Konfliktlage geführt wird, in der es um die Annahme oder möglicherweise nicht leistbare Annahme des ungeborenen Kindes geht. Hier ist das Ziel des Handelns der Tod des Kindes bei einer an sich gesunden Mutter. Das ist für den Arzt wie auch für die Mutter eine ganz andere Situation in der Beratung.

Ein Letztes. Beim Spätabbruch haben wir es nach dieser Definition - 24 Wochen nach Menstruation oder 22 Wochen nach Empfängnis - mit eventuell schon überlebensfähigen Kindern zu tun. Wenn es um eine ganz schwere, mit dem Leben nicht vereinbare Fehlbildung oder um ein schwerkrankes Kind, das womöglich nicht lange leben wird, geht, ist die Beratung extrem wichtig, weil es zwei Optionen gibt: Man kann den Eltern, eventuell nach intensiver neonatologischer Beratung oder auch unter Einschluss des Genetikers - dies erfolgt natürlich interdisziplinär -, zum Austragen verhelfen, um das Sterben des Kindes in den Armen der Eltern zu ermöglichen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, Trauerarbeit zu leisten. Wenn die Lebenserwartung dieses Kindes kurz ist, wenn die Aufrechterhaltung seines kurzen Lebens vielleicht nur durch Operationen möglich ist und sein Leben somit zusätzlich

erschwert wird, kann es sein, dass die Eltern nach dieser Beratung sagen, dass sie das nicht leisten können und einen Schwangerschaftsabbruch möchten.

Das sind komplexe und schwierige Situationen, die erläutert und dann oft mit viel Bedenkzeit gemeistert werden müssen, gerade beim Thema Spätabbruch.

Mir ist ganz wichtig, dass man weiß, dass die beiden Indikationsbereiche - die mütterlich-medizinische Indikation und die frühere embryopathische Indikation -, die unter der klassischen medizinischen Indikation subsumiert werden, zwei ganz unterschiedliche ärztlich-medizinische, aber auch für die Gesellschaft unterschiedliche Themen sind. Ich erhoffe mir, dass wir diese Diskussion über das Beratungskonzept, über Bedenkzeit, über statistische Erfassung und über die Frage, ob es eine Dokumentationspflicht geben soll, auch in unserer Gesellschaft führen.

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Zuerst zur möglichen Erschwernis einer medizinischen Indikation für die Ärzte: Ich sehe es genau umgekehrt. Was ist eine schwere Entscheidung im Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation? Eine schwere Entscheidung ist es dann, wenn die Entscheidungsgrundlage nicht klar genug ist. Für eine gute Entscheidungsgrundlage braucht man viel Sachverstand; dann kann man Entscheidungen treffen. Dabei geht es auch darum, ob die Entscheidung kurzfristig und langfristig tragbar ist. Ich sehe es als eine Erleichterung der ärztlich-medizinischen Entscheidung an, wenn der Arzt Zeit hat, eventuell zusätzlichen Sachverstand hinzuzuziehen, zum Beispiel einen Kinderarzt oder einen Humangenetiker.

Generell sind wir, glaube ich, gemeinsam der Auffassung: Je reifer eine Entscheidung ist, umso besser wird diese Entscheidung kurzfristig tragbar und für alle machbar sein. „Alle“ bedeutet in diesem Fall: die Ärzte, aber insbesondere die Frau. Die Frau muss in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, die zwar schwer genug für sie, aber kurzfristig machbar ist.

Ich will auch auf die langfristigen Aspekte eingehen; dazu ist bisher noch nicht viel gesagt worden. Es gibt einige ältere deutsche Studien, in denen steht, dass im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen, sowohl aufgrund einer Notlagenregelung als

auch einer medizinische Indikation, etwa 10 Prozent der Frauen langfristig krank sind und teilweise Depressionen haben. Neuere amerikanische Untersuchungen besagen, dass aufgrund eines Schwangerschaftsabbruchs 19 Prozent aller Frauen langfristig unter Depressionen leiden. Wir erhoffen uns sehr, in der Lage zu sein, diesen langfristigen Aspekt für die Frauen berücksichtigen zu können. Wenn die Frau die Entscheidung nicht kurzfristig in der Schocksituation trifft, sondern zuvor von allen Seiten inklusive der psychosozialen gut beraten wird, kann sie zu dieser Entscheidung stehen und mit dieser Entscheidung langfristig gut leben. Das Ziel ist, diesen langfristigen Aspekt im Auge zu haben.

Zur Kriminalisierung der Ärzte: Ich glaube, dass kein Arzt kriminalisiert wird, wenn er nach diesen Gesichtspunkten handelt, wenn er also gut berät und wenn er diesen Prozess - es handelt sich auch bei den Gesprächen mit der Frau um einen Prozess - dokumentiert. Das gehört allerdings zum allgemeinen Arztrecht. Insofern denken wir, dass dies über die Strafbewehrung, die jetzt in § 218 und § 219 des Strafgesetzbuches vorhanden ist, und die ärztliche Dokumentationspflicht nach §10 der Musterberufsordnung gut und klar geregelt ist. Um es noch einmal zu sagen: Ein Arzt, der diese Entscheidungen ernst nimmt und den Prozess gut dokumentiert, muss mit keiner Kriminalisierung rechnen.

**Michaela Noll** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Praktikerin Frau Klügel und dann eine Frage an Frau Dr. Woopen. Frau Klügel, in Ihrem Eingangsstatement haben Sie dargestellt, dass es auch Frauen gibt, die, obwohl die Schwangerschaft weit vorgeschritten ist, nicht ausreichend beraten und nicht rechtzeitig aufgeklärt worden sind. Woran können Sie das festmachen? Woran liegt das?

Eine Frage, die auch an Frau Dr. Woopen geht: Wie sieht ein ganzheitlicher Lösungsansatz aus, wie können wir also für die Frauen eine gute Qualität der Beratung gewährleisten, und wie würden Sie sich die Ausgestaltung vorstellen?

**Sachverständige Rita Klügel** (Donum Vitae): Zu Ihrer ersten Frage: Warum kommt es dazu, dass Frauen nicht ausreichend beraten werden? Ich habe immer wieder Kontakt zu niedergelassenen Gynäkologen

und Gynäkologinnen, die sagen, dass sie unter einem zeitlichem Druck stehen, der ihnen die Zeit für die Beratung, die in den psychosozialen Bereich hineinreicht, stark verkürzt, und dass dieser Bereich immer wieder zu kurz kommt, weil sie auch ihre medizinische Aufgabe wahrnehmen und gut erledigen wollen.

Zu Ihrer zweiten Frage: Wie kann ein Lösungsansatz für eine ganzheitliche Bewältigung aussehen? Es ist inzwischen mehrfach gesagt worden, dass oft erst durch das medizinische Ergebnis, also durch eine Diagnose, durch eine Prognose, ein psychosozialer Konflikt ausgelöst wird, der sich auf das zukünftige Leben oder auch das weitere Erleben der Schwangerschaft auswirkt. Ich denke, damit wird noch einmal ganz deutlich, dass Medizin, psychosoziale Beratung und, wenn es um eine Behinderung geht, Kinderärzte oder sogar Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen einbezogen werden müssen. Frauen und die dazugehörigen Partner oder Familien - ich denke, da sind nicht nur die Frauen betroffen - kennen sich in diesem Bereich sehr schlecht aus. Deshalb benötigen sie die Unterstützung von Fachkräften, um einen solchen ganzheitlichen Bewältigungsansatz überhaupt in den Blick zu bekommen.

Noch einmal: Die langfristige Bewältigung endet nicht mit der Geburt und auch nicht mit dem Verlassen einer Klinik, ob es jetzt der kinderärztliche oder der gynäkologische Bereich ist. Auch in der medizinischen Beratung besteht die Aufgabe, das entsprechende Vernetzen im Blick zu haben; aber man sollte sich die Entlastung, es nicht selbst tun zu müssen, gönnen und an andere Beratungsfachkräfte verweisen.

**Sachverständige PD Dr. Christiane Woopen** (Universität zu Köln): Ich möchte das aus der Erfahrung an den drei Modellstandorten in Nordrhein-Westfalen schildern, die wir über mehrere Jahre wissenschaftlich evaluiert und begleitet haben. Damit ich jetzt nicht eine Viertelstunde lang rede, muss ich mich auf den Bereich pathologischer Befund und PND beschränken. Darüber, dass das Ganze mit der Pränataldiagnostik anfängt, sind wir uns, glaube ich, alle einig. Nehmen wir den Fall, dass eine Frau mit ihrem Partner einen pathologischen Befund mitgeteilt bekommt. Sie steht in der Regel unter Schock; sie ist wie gelähmt. Es hat sich gezeigt, dass es in dieser Situation



unglaublich hilfreich ist, wenn sie gar nicht mit medizinischen Informationen überhäuft wird. Oft kann man in diesem Moment nicht in die tatsächliche medizinische Beratung übergehen, weil die Frau das gar nicht wahrnimmt.

Es hat sich als sehr hilfreich herausgestellt, wenn der Arzt die Schwangere unmittelbar an die psychosoziale Beratung weiterleiten kann. Das heißt aber auch, dass diese vor Ort verfügbar sein muss. Da findet oft gar nicht das statt, was wir jetzt unter klassischer psychosozialer Beratung verstehen, sondern da findet erst einmal eine Krisenintervention statt, um die Frau und ihren Partner in die Lage zu versetzen, mit dieser Situation nach und nach besser umgehen zu können, sie an sich herankommen zu lassen und überhaupt zu den eigenen Gedankengängen und Gefühlen vorzustoßen.

In aller Regel wird dann ein weiterer Termin vereinbart, sowohl mit dem Arzt als auch mit der psychosozialen Beratung. Das findet dann - je nach den Bedürfnissen der Frau - in den nächsten Tagen statt. So hat sie auf der einen Seite die Möglichkeit, sich über die medizinischen Implikationen zu informieren, und sie hat auf der anderen Seite die Möglichkeit, alle psychosozialen Aspekte ganz in Ruhe zusammen mit ihrem Partner zu bedenken. Das ist normalerweise ein Prozess, der sich über einige Tage zieht und bei dem, wenn die Beteiligten davon überzeugt sind, weder die Frauen noch die Ärzte zeitlichen Druck machen. Das ist einer der Vorteile davon - man kann auch viele Nachteile nennen -, dass die zeitliche Befristung solcher Abbrüche entfallen ist: Es gibt keinen zeitlichen Druck mehr.

Eine sehr gute und qualifizierte Beratung besteht auch darin, die langfristige Begleitung zur Verfügung stellen zu können, die sich sowohl auf die Zeit nach dem Abbruch als auch auf die Zeit nach dem Austragen des Kindes erstreckt und die entsprechende Vermittlung von Kontakten und Hilfsmöglichkeiten beinhaltet.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Sie hatten noch Frau Schmidt als weitere Fragestellerin vorgeschlagen; aber die Fragezeit ist vorbei. Deshalb werde ich sie in der nächsten Runde als erste Fragestellerin aufrufen. Ist das in Ordnung? - Gut.

Dann kommen wir zur Fragerunde der Gruppe „Humme/Schewe-Gerigk/Ferner“, die 15 Minuten hat.

**Christel Humme (SPD):** Auch von mir herzlichen Dank an die Sachverständigen, die so viele Stellungnahmen abgegeben haben.

Meine beiden Fragen richte ich zunächst an Herrn Albring, den Vertreter des Berufsverbands der Frauenärzte. In der letzten Runde hat sich gezeigt, dass ein wichtiger Punkt die Beratung ist. Die Gesetzentwürfe der Gruppen um Herrn Singhammer, Frau Griese und Frau Lenke unterstellen in der Tat einen gewissen Automatismus zwischen Befund und Abbruch. Damit wird suggeriert, dass die Ärzte nicht ausreichend beraten, nicht auf die psychosoziale Beratung verweisen und Frauen oft sogar zu einem Abbruch drängen. Wie beurteilen Sie, Herr Albring, diese Annahmen?

Frau Frommel ist die zweite Sachverständige, die ich ansprechen möchte. Frau Professor Frommel, Sie haben in Ihrer Stellungnahme gesagt, dass die Bereitschaft der Ärzte, eine medizinische Indikation auszusprechen, zurzeit sehr gering sei. Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die Behauptung, dass Ärzte regelmäßig zu einem Abbruch drängen?

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Man muss hier zwischen der medizinisch-sozialen Indikation und der medizinischen Indikation unterscheiden. Bei der medizinischen Indikation ist das Vorgehen wie folgt: Keiner von uns niedergelassenen Kollegen, die damit nicht tagtäglich zu tun haben, wird diese Situation auf sich nehmen. Vielmehr ist es gängige Praxis, dass die Frauen in das Pränatalzentrum geschickt werden. Häufig führt ein Zufallsbefund bei einer Ultraschalluntersuchung dazu, dass eine Patientin davon erfährt. Eine andere Möglichkeit ist, dass sie gezielt eine pränataldiagnostische Untersuchung anstrebt und somit erfährt, dass ihr Kind womöglich krank ist. In einem Pränatalzentrum - das kann ich aus meiner Region um Hannover und auch aus vielen anderen berichten - ist die Beratung in der Tat ausreichend und sehr umfangreich; meines Erachtens geht sie sogar schon ein bisschen über das hinaus, was hier gefordert wird. Den Fall, dass ein Arzt morgens die Behinderung bzw. die Fehlbildung feststellt und am Nachmittag oder am nächsten Tag den Abbruch durchführt, gibt es praktisch nicht.

Wenn man sich die Zahl der Frauen in dieser schweren Situation ansieht, muss man



davon ausgehen, dass sich seit 1998 einiges geändert hat. Durch Institutionen wie die kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern wird zunehmend gefordert, dass Kollegen, die sich mit dem Thema beschäftigen, Qualifikationen mit sich bringen. Hier wurde eben schon gesagt, dass es gängige Praxis ist, dass man die Anforderungen der Stufe 2 der DEGUM-Richtlinien - DEGUM heißt: Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin - erfüllen muss. Das Vorhandensein von Kinderärzten und Kinderchirurgen, psychosozialen Beratern, Humangenetikern und Hebammen ist in den Zentren, die ich kenne, schon Fakt. Insofern kann ich nicht erkennen, dass es ein Manko an Beratung gibt.

Wir können nicht ausschließen, dass die Beratung in der einen oder anderen von diesen 230 Situationen, von denen hier gesprochen wurde, nicht stattgefunden hat. Aber ich bitte, zu beachten, dass man Spätabbrüche - 24 Wochen post Menstruation, 22 Wochen post Konzeption - nicht mit anderen Abbrüchen verwechseln darf. Wir reden ja hier über Spätabbrüche. Ich meine, in dieser Situation ist die Beratung ausreichend.

**Sachverständige Prof. Dr. Monika Frommel** (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel): Wir haben in der vorausgegangenen Zeit im Wesentlichen über die mögliche Erweiterung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes um einen § 2 a bzw. über Hinweise darauf, dass man § 2 erweitern sollte, gesprochen. Bei diesen Gesprächen ist deutlich geworden, dass das interdisziplinäre Netz, auf das ein Arzt oder eine Ärztin zurückgreifen kann, vorhanden sein muss. Das heißt, alle Aktivitäten, um dieses interdisziplinäre Netz, die Angebotsstruktur, zu verbessern, sind zu begrüßen. Darüber besteht hier überhaupt kein Dissens.

Die Schwierigkeit liegt in § 2 a Abs. 3 Satz 2 und 3 in den Entwürfen der Gruppen um Herrn Singhammer und Frau Griese. Hier sage ich voraus, dass die Zahl von Ärzten, die medizinische Indikation stellen, zurückgehen wird. Ich lese es vor:

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 Be-

ratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Personen ermöglichen.

Wenn diese Pflicht zur Herausgabe der Dokumentation an eine vom Land zu bestimmende Behörde - in diesen arztrechtlichen Fragen besteht Landeskompetenz - Gesetz wird - ich kritisiere überhaupt nicht die Verbesserung des Beratungsangebots -, dann sind der Streit über das Verhältnis von Datenschutz, Schutz des Arzt-Patientinnen-Verhältnisses und Herausgabepflicht und der Streit über die Bundeskompetenz hinsichtlich des Schutzkonzeptes nach § 218 des Strafgesetzbuches und die landesrechtliche Kompetenz zum Arztrecht vorprogrammiert. So gesehen muss ich leider an die Theissen-Verfahren erinnern. Denn das wäre ungefähr wieder so eine Struktur, wie wir sie 1976 hatten. 1976 war die Organisation der ambulanten Schwangerschaftsabbrüche dem Landesrecht zugewiesen worden. Nur darüber sind die Theissen-Prozesse überhaupt möglich gewesen.

Wenn diese Bestimmung aus dem Entwurf herausgenommen wird, haben wir einen Rechtsstreit weniger. Diese Bestimmung bezieht sich auf Ordnungswidrigkeitentatbestände. Auch diese Ordnungswidrigkeitentatbestände sind zu streichen; denn über ein OWi-Verfahren sind Rechtsstreitigkeiten wieder vorprogrammiert. Verwaltungsgerichte judizieren anders als Strafgerichte; das sind völlig andere Mechanismen. Unbestimmte Rechtsbegriffe in einem verwaltungsgerichtlichen Streit gehen zulasten des Betroffenen, wenn der Verwaltungsrichter, die Verwaltungsrichterin nicht zufällig freundlich gesinnt ist.

Es handelt sich also um ganz andere Strukturen. Hier ist mir das Strafrecht lieber als das Verwaltungsrecht.

Parallel zu einem von der Behörde relativ schnell gewonnenen verwaltungsgerichtlichen Verfahren läuft das Ermittlungsverfahren. Denn wegen möglicherweise unrichtiger Feststellungen, eines Verstoßes gegen die Bedenkzeit oder Derartiges kann ein Ermittlungsverfahren eingeleitet werden. Allein das Ermittlungsverfahren tötet. Ob der Beschuldigte dann verurteilt wird oder nicht, Herr Kantenich, sei dahingestellt.

Die brisante Vorschrift ist also § 2 a Abs. 3 Satz 2 und Satz 3. Hinzu kommen die OWi-Tatbestände. Wenn Sie dies streichen, dann können wir hier in aller Gemütlichkeit über die Verbesserung des interdisziplinären

Beratungsangebotes sprechen; das ist nicht der strittige Punkt.

**Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Loewenich und Herrn Dr. Albring. Der Antrag der Gruppe „Singhammer“ unterstellt, dass die vorhandene Gesetzeslage nicht ausreichend ist. Ich möchte Sie deshalb darum bitten, einmal darzustellen, ob Ärztinnen und Ärzte nicht schon heute auf der Grundlage bestehender Gesetze und Richtlinien oder der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer zu ausführlicher, verantwortungsvoller medizinischer Beratung verpflichtet sind. Sehen Sie als Vertreter der Berufsgruppe der Ärzte, Frauenärzte, Kinder- und Jugendmediziner im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund medizinischer Indikation überhaupt einen Regelungsbedarf für den Gesetzgeber?

**Sachverständiger Prof. Dr. Volker von Loewenich** (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Ich gebe Ihnen recht, dass eine Beratungspflicht ohnehin immer gegeben ist. Ein Schwangerschaftsabbruch ist ein invasiver Eingriff. Kein Eingriff ist erlaubt, wenn vorher nicht eine Beratung und die Einholung eines Konsenses erfolgt sind. Sonst handelt es sich um eine Körperverletzung, die gemäß §223 StGB strafbewehrt ist. Ich als Kinderarzt bin in der glücklichen Lage, dies nicht machen zu müssen. Für Eingriffe, die wir im Rahmen der Kinderheilkunde vornehmen, gilt das allerdings genauso.

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Nach meiner Kenntnis findet die Beratung in ausreichendem Umfang statt; das sagte ich schon in meiner ersten mündlichen Stellungnahme. Wir können uns selbstverständlich vorstellen, dass ein Recht auf Beratung geschaffen wird. Ich muss aber sagen, dass es keiner gesetzlichen Neuregelung bedarf.

Die Ärzte sind aufgrund des Vertrages, den sie als Vertragsärzte im Rahmen des Vertragsarztwesens mit der Krankenkasse geschlossen haben, verpflichtet, diese Beratung durchzuführen. Unser Berufsverband fordert die Kollegen seit Jahr und Tag immer wieder auf, alles, was sie tun, festzuhalten.

Was die Abrechnung bei den Krankenkassen angeht, gibt es bestimmte Vorgaben.

Beratungspflichten sind nicht nur mit Honorierung verbunden. Es ist auch explizit erwähnt, was Beratung bedeutet, wie lange sie dauern und dass sie ausreichend dokumentiert werden muss. All das wird von der kasernenärztlichen Vereinigung schon geprüft. So gesehen ist eine gesetzliche Verankerung der Beratungspflicht für Ärzte sicherlich nicht erforderlich. Was die Erweiterung der Beratung von ärztlichen auf psychosoziale Aspekte angeht, verhält es sich anders.

**Caren Marks** (SPD): Ich möchte meine Fragen an Herrn Dr. Albring und an Frau Schulz richten. In der letzten Legislaturperiode hat sich eine erkennbare Mehrheit der Abgeordneten ganz klar gegen eine Pflichtberatung der Schwangeren im Schwangerschaftskonflikt ausgesprochen. Die Anträge konnten damals allerdings leider nicht mehr zur endgültigen Abstimmung vorgelegt werden.

In den nun vorliegenden Gruppenanträgen zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ist eine Pflichtberatung vorgesehen, ob als Beratungspflicht des Arztes oder als Beratungspflicht der Frau. In der Anhörung, die wir damals durchgeführt haben, bestätigte sich, dass eine Pflichtberatung nicht erforderlich ist, ganz im Gegenteil.

Meine erste Frage: Schadet eine solche Pflichtberatung den betroffenen Frauen nicht mehr, als sie im Ergebnis nutzt?

Meine zweite Frage: Würden dadurch tatsächlich die Ziele einer Verbesserung der Beratung und einer wirkungsvollen Hilfe und Unterstützung im Konflikt erreicht?

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Ganz kurz: Wir bieten Beratung an. Das ist etwas, was wir unbedingt machen sollten. Die Frauen müssen das Recht auf Beratung haben. Dieses Recht haben sie meines Erachtens schon heute. In den Pränatalzentren, die ich kenne, erfolgt dies so.

Würde eine solche Beratung verpflichtend festgelegt, würde dies dem Selbstbestimmungsrecht der Frau schaden. Ich als Arzt muss nicht darüber bestimmen, welcher Beratung sich eine Frau zu unterziehen hat. Das ist eher kontraproduktiv und würde der Frau nicht weiterhelfen.

Noch einmal: Die Frauen bekommen die Beratung, die sie brauchen. Es ist doch nicht so, dass wir eine medizinische Indikation feststellen und dann einen Abbruch durch-

führen. Die Situation sieht anders aus. Eine Frau bekommt mehrere Untersuchungstermine. Womöglich wird auch eine Labordiagnostik durchgeführt. Selbstverständlich finden mehrere Beratungseinheiten statt, bevor die Entscheidung getroffen wird, ob die medizinische Indikation unterzeichnet wird.

**Sachverständige Sybill Schulz** (Famili-enplanungs-zentrum - BALANCE): Ich kann mich dem eigentlich nur anschließen. Aus sozialarbeiterischer Sicht ist Beratung per se etwas Freiwilliges. In Untersuchungen zeigt sich, dass Frauen freiwillig an der Beratung teilnehmen. Das ist also keine Pflicht und kein Zwang. Diese Freiwilligkeit sollte, wie es auch in anderen medizinischen Situationen der Fall ist, erhalten bleiben, mit dem Vermerk, dass die Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zu jeder Zeit, also in jeder Etappe der Schwangerschaft, möglich sein sollte und von den behandelnden Fachkräften angeboten wird. Das ist wichtig.

Dass es sinnvoll ist, eine Pflichtberatung einzuführen, können wir nach unserer Erfahrung eigentlich nicht bestätigen. Von Bedeutung sind vielmehr rechtzeitige und ausführliche Informationen und vor allen Dingen ein qualifiziertes Beratungsangebot, das Fachkräfte unterschiedlicher Bereiche umfasst. Das können wir nur unterstützen. Das braucht man allerdings nicht gesetzlich zu regeln, weil es bereits geregelt ist.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Jetzt kommen wir zu den Fragen der Gruppe „Tackmann/Golze/Reinke“.

**Dr. Kirsten Tackmann** (DIE LINKE): Zunächst einmal vielen Dank für die Stellungnahmen der Experten, über die wir heute diskutieren.

Ich will auf die Pflichtberatung zurückkommen. Aus meiner Sicht ist es eine merkwürdige Konstruktion, wenn man im Hinblick auf ein Gespräch, an dem zwei Parteien beteiligt sind, sagt, der eine hat die Pflicht, es zu führen, und der andere das Recht, daran teilzunehmen. Im Zweifelsfall muss derjenige, der diese Pflicht hat, erst einmal jemanden finden, mit dem er sie erfüllen kann. Insofern ist meine erste Frage, die ich gern an Frau Schulz richten würde: Welche Auswirkungen hat diese Pflicht zur Beratung, die in der Konsequenz für die Frau besteht? Sie hatten bereits ausgeführt, dass Sie diese

Regelung nicht für sinnvoll halten. Vor diesem Hintergrund frage ich Sie jetzt: Welche Konsequenzen hätte dies? Zu welchem Zeitpunkt müsste, vor allen Dingen mit Blick auf die Dokumentation, eine besonders intensive Beratung stattfinden: vor oder nach der Pränataldiagnostik?

Eine weitere Frage würde ich gerne an Herrn Albring richten. Es wird immer unterstellt, dass sich eine Frau, wenn sie mehr Zeit hätte und mehr Beratung bekommen würde, anders entscheiden würde. Wie wir wissen, sagen zwei Drittel der Frauen, die einen späten Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen, dass sie sich wieder so entscheiden würden. Allerdings wissen wir nicht, wie viele der Frauen, die dies nicht getan haben, im Nachhinein sagen, dass sie sich jetzt vielleicht anders entscheiden würden. Es wird impliziert, dass die Zahl der Abbrüche ähnlich ist. Außerdem wird immer wieder darauf hingewiesen, bei 80 Prozent der späten Schwangerschaftsabbrüche gehe es um Kinder, die außerhalb des Leibes der Mutter nicht lebensfähig seien. Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe, warum Spätabtreibungen vorgenommen werden? Welche Erfahrungen haben Sie hier gemacht?

**Sachverständige Sybill Schulz** (Famili-enplanungs-zentrum - BALANCE): Ich kann an die vorige Frage anknüpfen. Wir haben die Erwartung, dass sich alle betroffenen Frauen/Paare beraten lassen, dass sie sich also freiwillig einer Beratung unterziehen. Wir möchten unterstreichen: Es geht nicht darum, dass die Beratung den Frauen gesetzlich verordnet wird. Die Frauen sollen in dieser für sie schwierigen Lebenssituation selbst entscheiden, wann sie welche Beratung in Anspruch nehmen, von welcher Fachkraft und zu welchem Zeitpunkt. Das sollte vermittelt und durch schriftliche Erläuterungen untermauert werden; die BZgA zum Beispiel verfügt über gute Materialien zu diesem Thema.

Die Frauen müssen von den Ärzten darauf hingewiesen werden, dass es, über die medizinische Aufklärung hinaus, die Möglichkeit der psychosozialen Beratung gibt, allerdings vor dem Hintergrund der Beratung als freiwillige Leistung. Meine Vorrednerinnen haben bereits darauf aufmerksam gemacht, dass manche Frauen nach zwei oder drei Tagen den Entschluss gefasst haben, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen

zu lassen. Daran wird deutlich, dass Frauen für ihre Entscheidung unterschiedlich viel Zeit brauchen. Wenn sie rechtzeitig, bevor sie eine Pränataldiagnostik machen lassen, über die Konsequenz informiert werden, dass bei einem positiven Befund nur die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches besteht, dann werden sie sich darauf einstellen, rechtzeitig entsprechende Beratung suchen und mit ihrem Lebenspartner und anderen über ihre Entscheidung diskutieren.

Um auf Ihre Frage, ob die Beratung während der Schwangerschaft oder nach der Pränataldiagnostik besonders intensiv sein sollte, zurückzukommen: Sie sollte zu jedem Zeitpunkt intensiv sein. Zumindest brauchen die Frauen die Information, dass vorher eine medizinische Beratung erfolgt und darüber hinaus ein Anspruch auf weitergehende Beratung besteht. Nach unserer Erfahrung ist es wichtig, den Frauen zu zeigen, dass es verschiedene Mittel und Wege gibt. Dabei muss zwischen Städten wie Berlin, in denen man relativ schnell und zeitnah eine kompetente Beratung bekommen kann, und Flächenländern, in denen keine Infrastruktur wie in Berlin vorhanden ist, unterschieden werden. Wichtig ist, dass das Beratungsnetz ausgebaut wird und bekannt ist, an welche Stellen sich Frauen in dieser schwierigen Lebenssituation wenden können.

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Es gibt einen Unterschied zwischen Pränataldiagnostik und Pränataldiagnostik. Wir als niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte haben sogar die Pflicht, die Frauen darüber zu informieren, dass es so etwas gibt. Dann kann jede Frau selbst entscheiden, ob sie das möchte. Das ist die Pränataldiagnostik, die ich anstrebe.

Es gibt aber auch eine andere Pränataldiagnostik. Sie wird nicht deshalb durchgeführt, weil eine Frau dies gerne möchte, sondern weil ein entsprechender Befund vorliegt, weil also zum Beispiel beim Pflichtultraschall in der 20. Schwangerschaftswoche Auffälligkeiten festgestellt wurden, die darauf hindeuten, dass das Kind behindert ist. Dann wird die pränataldiagnostische Untersuchung erweitert und eine Beratung durchgeführt.

Ihre Frage war: Ist die Intensität der Beratung im Hinblick auf eine Zeitvorgabe und dergleichen entscheidend? Das sehe ich nicht so. In meiner beruflichen Praxis - ich bin beim Familienministerium in Niedersach-

sen auch als Berater nach § 218 akkreditiert - erlebe ich, dass die Frauen sehr wohl wissen, was sie tun würden, wenn sie ein behindertes Kind bekommen. Das gilt natürlich nicht für alle Frauen; das kann man so nicht sagen. Man hört schließlich nur von denen, die sich dementsprechend äußern. Insofern ist es wichtig, dass eine Frau jegliche Art von Beratung, die denkbar ist, bekommt, dass sie darüber aufgeklärt wird, welche Beratungsmöglichkeiten es gibt, dass sie aber selbst die Entscheidung trifft, welche Beratung sie in Anspruch nimmt.

Wir als niedergelassene Frauenärzte haben nichts gegen eine Bedenkzeit von drei Tagen. Darauf wird es sowieso hinauslaufen. Es wurde vorhin schon angesprochen, dass es lange dauert, bis es so weit ist. Wir haben allerdings etwas gegen folgende Regelung:

Der Arzt hat die Pflicht, zu prüfen, ob nach seiner ärztlichen Beratung und einer Bedenkzeit von mindestens drei Tagen die Voraussetzungen des § 218 ... zum Zeitpunkt der schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation noch gegeben sind.

Wir können nicht akzeptieren, dass eine Frau, nachdem sie sich entschieden hat und nachdem sämtliche Beratungen stattgefunden haben, noch drei Tage „schwitzen“ muss, bevor der Abbruch, für den sie sich, wie gesagt, schon entschieden hat, durchgeführt werden kann.

Ich möchte Herrn Dr. Albring noch nach den Gründen fragen. Stimmt es, dass es bei relativ vielen späten Schwangerschaftsabbrüchen um Föten geht, die außerhalb des Mutterleibes nicht lebensfähig wären? Gibt es hierzu Zahlen?

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Ja, das ist richtig. Sie haben ausgeführt, dass dies bei 80 Prozent der späten Schwangerschaftsabbrüche der Fall sei. Ich kann zwar nicht bestätigen, dass es sich tatsächlich um 80 Prozent handelt; aber beim Großteil der späten Schwangerschaftsabbrüche spielt das eine Rolle.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Jetzt ist die Gruppe „Griese/Göring-Eckardt/Nahles“ an der Reihe.

**Katrin Göring-Eckardt** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Frau Professor Nippert. Zu Beginn der Anhörung hat Herr Albring die Bedenkzeit als drei qualvolle Tage bezeichnet, und gerade hat er gesagt, die Frauen müssten drei Tage „schwitzen“. Ich würde gern wissen, wie Sie dies aufgrund Ihrer Untersuchung einschätzen.

Meine zweite Frage richtet sich an Frau Nicklas-Faust - es geht um die Schocksituation, die Sie beschrieben haben -: Wie wichtig ist es in einer solchen Situation, erstens Zeit und zweitens die Möglichkeit zu haben, mit Menschen zu sprechen, die mit einem behinderten Kind leben? Herr Albring hat am Anfang das Beispiel erwähnt, dass eine Mutter wegen eines behinderten Kindes ihren Mann und ihre anderen Kinder vernachlässigt. Ich möchte Sie bitten, dazu Stellung zu nehmen.

**Sachverständige Prof. Dr. Irmgard Nippert** (Universitätsklinikum Münster): Die Frauen, die nach dem Serum-Screening und einem auffälligen Ultraschall auf die Schiene der Pränataldiagnostik gesetzt werden und nach der Amniozentese vielleicht den Befund Down-Syndrom bzw. Trisomie 21 bekommen, haben einen erhöhten Informationsbedarf - das gilt für den gesamten Prozess -: Was bedeutet das Risiko, das festgestellt wurde, und was bedeutet Down-Syndrom? Sie haben zwar schon bestimmte soziale Stereotype im Hinterkopf, was unter Down-Syndrom zu verstehen ist. Dennoch haben sie einen erhöhten Informationsbedarf. Sie fragen sich: Was genau bedeutet das, und was kann jetzt im Hinblick auf das gesamte Management auf mich zukommen? Die Frauen müssen erst einmal Luft holen und sich überlegen: Was bedeutet es für mich, wenn ich die Schwangerschaft fortsetze, und was bedeutet es für mich, wenn ich die Schwangerschaft abbreche? In unseren Untersuchungen haben wir festgestellt, dass hier ein erhöhter Informationsbedarf besteht.

Gleichzeitig stellen wir aber auch fest, dass diese Frauen ihre Schwangerschaft häufiger als andere innerhalb der ersten drei Tage abbrechen. Die Mehrzahl der Befunde in der Pränataldiagnostik sind nach wie vor die numerischen Chromosomenstörungen, sprich Trisomie 21 und andere Trisomien. Am schnellsten entscheiden sich aber die Frauen, die schon ein behindertes Kind haben und bei denen das Risiko einer mono-

genen Störung besteht. Diese Frauen sitzen manchmal sozusagen auf gepackten Koffern; auch das muss man zur Kenntnis nehmen. Das ist also insgesamt sehr variabel.

Viele der Frauen, mit denen wir zu tun haben, brauchen mehr Zeit, weil sie den Befund nicht kennen, und haben einen erhöhten Informationsbedarf. Sie wollen sich mit ihrem Partner beraten und sich mit dem gesamten Prozedere vertraut machen. Vorhin hat bereits jemand darauf hingewiesen, dass es gewisse Parallelen zu Frauen mit Brustkrebs gibt. Auch den Frauen, die diese schlimme Diagnose erhalten haben, wird geraten, erst einmal Luft zu holen, alles in Ruhe zu überdenken, die Situation mit dem Partner und der Familie zu besprechen und sich Gedanken darüber zu machen, was auf sie zukommt, wie auch immer sie sich entscheiden.

In den Zentren, die wir untersucht haben, wird dieses Angebot gut angenommen. Die Frauen lassen sich dort gerne beraten. Das ist allerdings ein langwieriger Prozess. Wir haben festgestellt, dass solche Beratungsangebote, wenn sie strukturell vorgehalten werden, auch angenommen werden.

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Ich möchte mich dem, was Frau Nippert gerade gesagt hat, anschließen. Die Zeit ist ein wesentlicher Faktor. Denn im ersten Moment, der Schocksituation, können die Frauen nicht klar sehen, klar denken und klar entscheiden. Aus der psychologischen Bewältigungsforschung wissen wir, dass die Frauen in diesem Moment stärker von Emotionen und Mechanismen, die intrapsychisch ablaufen, als von ihrem Willen gesteuert sind.

Ich gebe Frau Nippert insofern recht, als es natürlich auch die Fälle der Schwangerschaft auf Probe gibt: dass eine Familie ein Kind mit einer bestimmten Behinderung hat, eine Pränataldiagnostik gezielt dafür durchführt, die Entscheidung aber schon in der Tasche hat. Das betrifft aber die wenigsten Fälle. In den meisten Fällen werden die Frauen von dieser Diagnose überrascht und wissen nicht, was sie erwartet.

Die Zahlen, die Frau Nippert und Frau Strachota aus den Modellprojekten und anderen Untersuchungen gewonnen haben, sprechen Bände. Es wird deutlich, dass die Beratung, so wie sie jetzt stattfindet, nicht



ausreichend ist, dass sich die Frauen nicht ausreichend beraten fühlen und dass sie die psychosoziale Beratung, was die Freiwilligkeit angeht, nicht ausreichend annehmen. Die vorgesehene Konstruktion, dass ein Arzt verpflichtet ist, auf dieses Angebot hinzuweisen und es nicht mal eben selbst abdecken darf, finde ich wichtig. Dennoch soll jede Frau die Chance haben, sich zu entscheiden, darüber lieber mit den eigenen Eltern, den Geschwistern oder mit der besten Freundin zu sprechen.

Wir haben von vielen Seiten des Lebens viel Ahnung. Wir wissen zum Beispiel, was zu tun ist, wenn man heiraten will. Wenn man aber ein behindertes Kind bekommt, ist das anders.

(Zurufe: Was für ein Beispiel! - Der Vergleich hinkt! - Na ja! Na ja!)

- Ich wollte ein bisschen provozieren. Ich wähle aber gerne ein anderes Beispiel. Ich möchte auf Folgendes hinaus: Es gibt Situationen, die sehr vielen von uns passieren. Ein behindertes Kind zu bekommen, ist eine seltene Situation, auf die man nicht eingestellt ist, mit der man nicht gut umgehen kann und bei der bestimmte Bilder im Kopf wach werden. Wenn ich mehr Zeit hätte, würde ich Sie fragen: Welche Bilder werden in Ihrem Kopf wach, wenn Sie über behinderte Kinder nachdenken?

Wenn man ein behindertes Kind im Bauch trägt und sich mit einer Familie, die ein behindertes Kind hat, unterhält, hat man die Chance, sich mit den Bildern, die man im Kopf hat, aber auch mit der Wirklichkeit zu beschäftigen. Dies stellt natürlich für beide Seiten eine erhebliche Belastung dar, sowohl für die Frau, die ein behindertes Kind im Bauch hat, als auch für die Familie, die ein behindertes Kind auf dem Sofa sitzen hat. Dennoch: Wenn sich die betroffenen Frauen solche Gespräche wünschen und sie stattfinden, eröffnet sich ihnen die Möglichkeit, sich mit dieser Situation auseinanderzusetzen.

Als ich in der letzten Woche mit dem Bus unterwegs war, ist ein Mann mit Down-Syndrom eingestiegen, der vielleicht gerade von seiner Werkstatt kam. Eine solche Situation macht deutlich: Die Konfrontation mit Menschen mit Behinderung bleibt den Frauen und Paaren nicht erspart.

Frau Rohde und Frau Woopen haben erhoben, dass nur 50 Prozent der Frauen nach zwei Jahren die gleiche Entscheidung mit Sicherheit wieder treffen würden. Das ist, wie

ich finde, ein deutliches Anzeichen dafür, dass die Situation im Moment noch nicht gut genug ist.

**Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich habe noch eine ganz kurze Frage an Frau Professor Nicklas-Faust. Wenn ich mich richtig erinnere, haben Sie vorhin gesagt, dass nur 18 Prozent der Frauen beraten werden. Habe ich das richtig verstanden?

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Das sind die Zahlen von Frau Professor Nippert.

**Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Können Sie bitte sagen, aus welchen Gründen nur 18 Prozent der Frauen beraten werden? Liegt das daran, dass viele Frauen keine Beratung möchten, oder liegt das daran, dass ihnen keine adäquate Beratung angeboten wird?

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Eigentlich müssten Sie Frau Nippert fragen, ob sie das erhoben hat. Aus anderen Untersuchungen wissen wir, dass viele Frauen sagen, dass ihnen keine Beratung angeboten worden ist bzw. dass sie dieses Angebot nicht kennen. Auch im Rahmen des Modellprojekts der Bundesregierung wurde erhoben, dass die Möglichkeit der Beratung letztlich nicht bekannt genug war, sodass sie nicht in großem Umfang in Anspruch genommen wurde.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Diese Fragerunde ist zu Ende. Jetzt ist die Gruppe „Lenke/Laurischk/Flach“ an der Reihe.

**Dr. Konrad Schily (FDP):** Ich hätte gerne eine Auskunft von Herrn Professor Kentenich. Es ist immer wieder davon die Rede, dass Frauen in Holland oder in anderen Ländern Spätabtreibungen durchführen lassen; auch ärztliche Kollegen äußern sich teilweise in dieser Richtung. Wissen Sie, um welche Zahlen es dabei geht? Gibt es entsprechende Hinweise? Was sind die möglichen Gründe, warum Frauen zu diesem Zweck ins Ausland fahren?



**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Ich selbst kenne diese Zahlen nicht, habe allerdings im Statement von Frau Schulz Angaben dazu gefunden. Aus unseren Daten lassen sie sich nicht erheben, weil die deutsche Schwangerschaftsstatistik dies nicht hergibt. Sie können also nur aus den holländischen Statistiken stammen. Ich muss sagen: Wenn die von Frau Schulz genannte Zahl stimmt - es war von etwa 600 Frauen pro Jahr die Rede -, ist dies alarmierend. Sollte diese Zahl richtig sein, bedeutet dies, dass die Situation, was den medizinischen Abbruch betrifft, in Deutschland ungenügend ist.

Auch wenn ich, wie gesagt, nicht nachvollziehen kann, ob diese Zahl stimmt, ist meine Schlussfolgerung eindeutig: Wenn Frauen meinen, für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland fahren zu müssen, dann ist das ein Hinweis darauf, dass sie in Deutschland nicht gut genug beraten worden sind.

(Zuruf: Das ist aber eine sehr eigenwillige Interpretation!)

Es ist auch relativ einfach, zu sagen, was zu tun ist. Von medizinischer und psychosozialer Seite müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, die notwendig sind, damit die Frauen in Deutschland zu einem Frauenarzt gehen können, der sie entsprechend berät.

Während meiner bisherigen Tätigkeit als Frauenarzt und Chefarzt habe ich keinen einzigen Fall erlebt, in dem eine Frau, aus welchen Gründen auch immer, ins Ausland fahren musste, um eine Abtreibung durchführen zu lassen. Ich kenne solche Fälle nicht. Allerdings kann ich die holländische Statistik nicht anzweifeln.

Ich fasse zusammen: Entweder stimmt diese Zahl nicht, oder sie ist ein guter Hinweis darauf, dass wir die Beratungssituation in Deutschland verbessern müssen.

**Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich würde gerne eine Frage an Herrn Professor Hepp richten. Sie haben meines Erachtens in sehr eindrücklicher Weise ausgeführt, was streng genommen eine medizinische Indikation für eine Spätabtreibung wäre. Würden Sie mir zustimmen, dass eigentlich keine medizinische Indikation vorliegt, wenn sich eine Frau mit einem möglicherweise geschädigten Kind zu einer Spätabtreibung entscheidet, sondern dass die Indikation in diesem Fall, wenn

überhaupt, eine psychosoziale ist, weil es darum geht, inwieweit die Frau bereit ist, ihr Schicksal anzunehmen?

Bei der Medizin geht es um die Machbarkeit, die sich allerdings verändert hat. Auch die Diagnostik hat sich verändert. Es gibt das Hin und Her im Zusammenhang mit der berühmten Nackenfalte. Auch dabei kann man sich täuschen, und es gibt Sensibilitäten, Varianzen etc. Wir haben es hier mit Diagnostik zu tun, aber nicht mit Indikationsstellung. Ich bitte Sie, ganz klar zu sagen, inwieweit hier eine medizinische Indikationsstellung für eine Spätabtreibung vorliegen kann - das haben Sie gerade schon ausgeführt - und inwieweit wir es eigentlich nicht mit einer medizinischen Indikation für eine Spätabtreibung zu tun haben, weil es um eine Lebenssituation geht. Wir entscheiden schließlich nicht über Blutwerte, sondern über Lebenssituationen.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hermann Hepp** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.): Durch Ihre Fragestellung haben Sie genau die Antwort gegeben, die auch ich in meinem Statement zu geben versucht habe. Bei der klassischen medizinischen Indikation sind wirklich Leben und Gesundheit in Gefahr. Gegebenenfalls muss sogar das Kind im Mutterleib geopfert werden, und zwar - methodenunabhängig - durch Tötung durch den Arzt. Bei der in das Spektrum aufgenommenen Zusatzindikation wird eine nicht zumutbare schwere psychosoziale Belastung für die Phase nach der Geburt erwartet; deshalb sprechen wir von der mütterlich-psychosozialen Indikation.

Im klassischen Fall der mütterlich-medizinischen Indikation ist zur Rettung der Mutter nicht unbedingt der Tod des Kindes erforderlich; wenn immer möglich, versuchen wir, das Kind zu retten. Im anderen Fall, wenn sich die Frau für den Abbruch entscheidet, ist, mit welcher Methode auch immer, das Ziel der „Therapie“ der Tod des Kindes, um der Mutter mit Rechtfertigungsgrund die vermeintlich oder tatsächlich nicht zumutbare Situation für die Phase nach der Geburt zu nehmen.

Durch den Fortschritt der Medizin kommen dabei neuerdings sogar genetische Diagnostiken ins Spiel, die erst später im Leben des geborenen Menschen zum Tragen kommen: BRCA-Brustkrebs, die Huntington-Krankheit etc. Insofern kommt ein Riesensproblem auf die Gesellschaft zu. Weil das sehr konflikthaft und schwierig ist, auch unter

Berücksichtigung der nicht oder nur für kurze Zeit mit dem Leben zu vereinbarenden Erkrankungen des Kindes, ist es ungeheuer wichtig, dass wir für diese Konfliktlage ein Höchstangebot an Beratung zur Verfügung stellen und diese Beratung verpflichtend vorsehen.

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Deutschen Bundestag im Jahre 1973 auferlegt, die Fristenregelung nur dann als zwar rechtswidrig, aber straffrei zu bejahen, wenn für die Notlagsituationen einer nicht annehmbaren Schwangerschaft in der Frühphase bis zur zwölften Woche eine Beratungspflicht eingeführt wird. Das Gesetz konnte erst 1975 in Kraft treten, nachdem die Beratungspflicht eingeführt worden war. Wie sollen wir Ärzte und die betroffenen Eltern damit umgehen, dass es in einer in der Regel noch viel konflikthafteren Situation - Stichwort: Pränatalmedizin - keine Beratungspflicht gibt?

Die Beratungspflicht wurde gestrichen, weil man dies 1994/95 nicht bedacht hat. Hier haben wir einen gesetzgeberischen Strickfehler. Die Pflicht zur Beratung wurde, wie auch die Bedenkzeit und die statistische Erfassung, gestrichen. Bei der Fristenregelung war aber ein Beratungskonzept vorgesehen. Deshalb würde es einer inneren gesetzgeberischen Systematik und Logik folgen, heute dafür zu plädieren, die Beratungspflicht wieder einzuführen. Das haben wir bereits 1998 getan. Elf Jahre später sind wir nun wiederum in der Situation, dass wir mit der Gesellschaft und mit dem Gesetzgeber intensiv darüber diskutieren.

Es geht nicht um eine Beratung kurz vor dem Eingriff, Herr Loewenich. Es ist selbstverständlich, dass wir den Informed Consent, die Einwilligung, brauchen, sodass es sich nicht um Körperverletzung handelt, wenn die Patientin beraten und aufgeklärt wurde und dann eingewilligt hat; sonst dürfen wir in der Medizin - das ist zu Recht so - gar nichts machen. Hier geht es aber darum, über die Möglichkeiten der Pränatalmedizin zu informieren, noch bevor wir überhaupt die erste Ultraschall- bzw. Schwangerenuntersuchung durchführen. Ferner muss während der Diagnostik beraten werden. Schließlich müssen wir natürlich eine sehr intensive Beratung anbieten, wenn durch unsere Diagnostik eine konflikthafte Situation entstanden ist; das ist mir wichtig. Der Konflikt betrifft das Leben zweier Menschen: das der Mutter und das des Kindes. Das ist die Herausforderung für

den Frauenarzt und den Geburtshelfer. Vor diesem Hintergrund war mein Rekurs auf 1973 wichtig.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Jetzt kommen wir zur Fragerunde der Abgeordneten, die keinen der Anträge unterschrieben haben.

**Thilo Hoppe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen. Zunächst zum Themenkomplex der Fehldiagnose, der bisher noch nicht erörtert wurde. In der Bundestagsdebatte zu diesem Thema habe ich von einem krassen Fall aus meiner eigenen Familie berichtet. Einer werdenden Mutter wurde eine schwere Behinderung ihres Kindes prognostiziert. Sie hat das Kind allerdings gegen alle Widerstände ausgetragen, obwohl ihr nahegelegt wurde, das Kind abzutreiben. Als das Kind zur Welt kam, war es völlig gesund. Aufgrund meiner Rede habe ich von Frauen, denen Ähnliches geschehen ist, viele Zuschriften bekommen.

Ich habe eine Frage an Herrn Professor Hepp: Gibt es eine Erfassung der Fehldiagnosen auch für den Fall, dass ein Kind abgetrieben wurde? Ich bekomme natürlich nur Rückmeldungen von Frauen, die ihr Kind ausgetragen haben und bei denen sich die Diagnose im Nachhinein als Fehldiagnose herausgestellt hat. Werden auch die abgetriebenen Föten untersucht? Wäre es notwendig, die abgetriebenen Föten zu untersuchen und die Ergebnisse statistisch zu erfassen? Könnte die Zahl der Fehldiagnosen durch Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung gesenkt werden?

Ich habe auch eine Frage an Frau Professor Nicklas-Faust. Es geht um die psychosoziale Beratung. Viele Sachverständige haben in ihren Wortbeiträgen unterstrichen, dass eine unabhängige psychosoziale Beratung notwendig und hilfreich ist, auch zur Entlastung der Ärzte. Es wird aber immer wieder befürchtet, dass die Hinweispflicht allein nicht genügt, dass man bei der Konfrontation mit dem Befund darauf verzichten kann, die psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen.

Auf einem parlamentarischen Abend von Donum Vitae wurde kürzlich über eine neue Idee diskutiert. Es geht um die Regelung, keine Pflichtberatung einzuführen - ich persönlich hielte eine Pflichtberatung eigentlich für besser -, aber vorzusehen, dass eine betroffene Frau erst beim zweiten Bera-

tungsgespräch, und zwar in dem Gespräch, in dem auch die Indikation erstellt wird, erklären kann, dass sie auf die psychosoziale Beratung verzichtet hat, und zwar auch schriftlich. Die psychosoziale Beratung würde somit nicht in der Schocksituation unmittelbar nach der Konfrontation mit dem Befund weggewischt werden können. Man hätte drei Tage Bedenkzeit und die Möglichkeit, die Beratung in Anspruch zu nehmen, müsste die Verzichtserklärung aber erst später abgeben. Wäre diese Regelung eine Möglichkeit, die Chance auf Inanspruchnahme der psychosozialen Beratung zu erhöhen?

**Sachverständiger Prof. Dr. Hermann Hepp** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.): Ganz kurz zur Problematik der Fehldiagnose. Aufgrund der Aussagen der Humangenetiker, des human-genetischen Labors und der genetischen Diagnostik sowie aufgrund der in unserem Lande vorhandenen hohen Qualifikation im Bereich der apparativen Pränataldiagnostik und -medizin - Stichwort: DEGUM Stufe 2 und 3- können wir diese Zahl als sehr klein beziffern.

Mit dieser Antwort können Sie natürlich nicht zufrieden sein. Es ist aber so: Wir wissen es nicht genau. Warum wissen wir es nicht genau? Weil es nach der Subsummierung dieses Indikationsfeldes unter die medizinische Indikation keine Pflicht zur statistischen Erfassung gibt. Es besteht also keine Untersuchungspflicht, und es finden keine Obduktionen statt. Wir können keine Aussage darüber treffen, wie stark der Rückgang des Down-Syndroms, bezogen auf Spätabbrüche, aber auch anderer nicht mit dem Leben zu vereinbarender Fehlbildungen sind.

Natürlich werden die meisten Eltern, wenn der Grund für den Spätabbruch eine mit dem Leben kaum zu vereinbarende Fehlbildung war - dabei handelt es sich meistens um multiple Fehlbildungen an Herz, Niere etc. -, in eine Obduktion einwilligen. Vereinzelt kann man dann die klare Aussage treffen, dass die postpartale Diagnose mit der während der Schwangerschaft übereinstimmt. Diese unzureichende Situation wollen wir verbessern. Deshalb fordern wir eine statistische Erfassung, und zwar nicht nur der Abbruchmethode, sondern auch des Schwangerschaftsalters und der Diagnose des Kindes.

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Ein kleiner Nachtrag zu Herrn Hepp: Was, wie ich glaube, manchmal zur Verunsicherung beiträgt, sind die sogenannten Softmarker, Hinweiszeichen auf Behinderungen, die von betroffenen Frauen und leider manchmal auch von Ärzten so interpretiert werden, als seien sie ein sicherer Hinweis auf eine Behinderung. Das ist fachlich aber nicht korrekt.

Jetzt möchte ich auf die an mich gerichtete Frage zur psychosozialen Beratung eingehen. Es ging darum, ob ein Hinweis bereits am ersten Tag ausreichend ist oder ob es vielleicht zielführender ist, den Hinweis zwar schon am ersten Tag zu geben, aber erst bei Indikationsstellung am dritten Tag einen definitiven Verzicht auf die psychosoziale Beratung zu erklären, weil letztlich die Frau die Entscheidung trifft, ob sie beraten werden möchte oder nicht.

Darauf will ich ganz global antworten. Alle Entscheidungen, die aus dieser Schocksituation herausgenommen werden können, sollten herausgenommen werden. Man kann nicht davon ausgehen, dass eine Frau in dieser Erstsituation sinnvolle und auf lange Sicht gute und tragbare Entscheidungen trifft. Den Vorschlag, dies erst am dritten Tag abschließend zu thematisieren, halte ich für sehr sinnvoll. Man sollte mit der betroffenen Frau über den Fortgang der Schwangerschaft und über die psychosoziale Beratung sprechen und sie fragen, ob sie sie in Anspruch genommen hat bzw. ob sie sie noch in Anspruch nehmen möchte.

An dieser Stelle würde ich gerne einen kleinen Exkurs zu dem, was Herr Albring über die Beratung gesagt hat, machen. Es gibt einen gewissen Widerspruch: Der Vorsitzende des Berufsverbands der Frauenärzte sagt, nach seiner Überzeugung und nach seiner Kenntnis würden die Frauen sehr gut und umfassend beraten, vorrangig in Zentren und von Menschen, die etwas davon verstehen. Die Zahlen, die Frau Nippert angeführt hat, widersprechen dem ein wenig. Demnach war der indikationsstellende Arzt in 40 Prozent der Fälle der niedergelassene Frauenarzt.

Die Frauen, die in Untersuchungen befragt werden, machen andere Angaben. Möglicherweise kommt das, was Ärzte und Ärztinnen sagen, bei den Frauen tatsächlich anders an. Vielleicht braucht es an dieser

Stelle noch etwas mehr Nachdruck. In der Situation, in der sich die betroffenen Frauen befinden, ist es nämlich sehr schwer, bestimmte Informationen zur Kenntnis zu nehmen. Deshalb kann es gut sein, wenn manche Dinge im Rahmen dieses weiteren Termins ein zweites oder drittes Mal angesprochen werden, und zwar von Leuten, die die entsprechende Kompetenz haben.

**Thilo Hoppe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zum Thema Fehldiagnose noch eine ganz kurze Zusatzfrage an Herrn Professor Kentenich. Die Rückmeldungen, die ich bekommen habe - es handelt sich nicht um einen empirischen Wert -, bezogen sich oft auf Unklarheiten bei der Untersuchung der Nackenfalte. Mir wurde berichtet, dass die Aussagen der Ärzte in diesem Zusammenhang teilweise sehr widersprüchlich sind. Gibt es Möglichkeiten, dafür zu sorgen, dass die Diagnosen präziser werden und die Zahl der Fehldiagnosen gesenkt wird?

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Eine Indikationsstellung über eine Nackenfaltenmessung, eventuell verbunden mit weiteren Markern im Blut, ist nicht möglich. Das ist nur eine Risikoabschätzung. Wenn ein Arzt aufgrund einer Nackenfaltenmessung und einer Risikoabschätzung einen Schwangerschaftsabbruch indiziert, dann handelt er eigentlich nicht ärztlich, weil er keine Diagnose hat.

Um eine Diagnose stellen zu können, müsste er diesen Befund durch eine Untersuchung des Fruchtwassers oder des Mutterkuchens überprüfen, also eine Amniozentese oder eine Chorionzottenbiopsie durchführen. Wenn man so vorgeht - Frau Nippert möge mich korrigieren -, liegt die Trefferquote bei nahezu 100 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose nach einer Chorionzottenbiopsie ist, mit Ausnahme einiger Mosaik, sehr gering. Ich gehe davon aus, dass die Entscheidung in dem Fall, von dem Sie berichtet haben, ausschließlich aufgrund einer Nackenfaltenmessung und aufgrund von Softmarkern getroffen wurde. Das darf man nicht machen.

**Vorsitzende Kerstin Griese:** Jetzt machen wir eine zehnminütige Pause. Um 16.10 Uhr setzen wir die Anhörung mit weiteren Fragerunden fort. Nach der Pause werde ich den Vorsitz an meine Stellvertreterin Ekin Deligöz übergeben.

Ich bedanke mich schon jetzt sehr herzlich für Ihre Aufmerksamkeit. Außerdem möchte ich die Gelegenheit nutzen, auch dem Stenografischen Dienst herzlich zu danken.

(Unterbrechung von 16.01 bis  
16.16 Uhr)

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Einen schönen guten Tag auch von meiner Seite! Mein Name ist Ekin Deligöz, ich bin die Stellvertretende Vorsitzende dieses Ausschusses. Frau Griese und ich gönnen uns den Luxus, uns die Leitung dieser vierstündigen Anhörung zu teilen, weil dann die Aufmerksamkeit besser ist und Frau Griese so auch als Fragestellerin auftreten kann.

Wir sind bereits in der zweiten Frageunde, und zwar bei der Gruppe „Humme/Schewe-Gerigk/Ferner“. Wir können die Frageunde fortsetzen.

**Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen. Die erste richtet sich an Herrn Dr. Albring. Es geht um die Anzahl der Spätabbrüche und um den Begriff des Spätabbruchs. Das Statistische Bundesamt gibt die Anzahl der Spätabbrüche für das Jahr 2007 mit 229 an, für das Jahr 2008 mit 231. Wir haben in der Debatte gelegentlich gehört, schon ab der 20. Schwangerschaftswoche sei der Fötus lebensfähig; deswegen müsse man die Anzahl der Spätabbrüche für das Jahr 2007 in Wirklichkeit auf über 600 beziffern. Ist die Annahme, dass das Ungeborene schon so früh außerhalb des Mutterleibes lebensfähig ist, richtig? Wie schätzen Sie die tatsächliche Anzahl der Spätabbrüche ein?

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): In der 20. Schwangerschaftswoche wiegen Kinder circa 230 bis 250 Gramm. Man muss sich das einmal vorstellen! In der 24. Schwangerschaftswoche - wir zählen jetzt ab Beginn der letzten Regel - wiegen die Kinder um die 500 Gramm und sind damit lebensfähig; doch längst nicht alle von ihnen würden überleben. Wie sich diese Kinder entwickeln, auch psychologisch, ist eine ganz andere Frage. Aber in der 20. Schwangerschaftswoche ist ein Kind außerhalb des Mutterleibes sicherlich nicht lebensfähig.

Zur Anzahl der Spätabbrüche. Ich habe den Eindruck, dass Spätabbrüche hier manchmal mit Abbrüchen nach der medizinisch-sozialen Indikation bis zum Ende der 14. Woche nach Beginn der letzten Regelblutung bzw. bis zum Ende der 12. Woche nach der Empfängnis verwechselt worden sind; denn manche Zahlen, die der Statistik entnommen wurden, standen sicherlich nicht im Zusammenhang mit den 226 Frauen, die einen Spätabbruch haben durchführen lassen.

Ich glaube nicht, dass es in diesem Bereich möglich war, eine exakte Statistik zu führen, allein schon aus dem Grund, dass für eine vernünftige Statistik die 226 Frauen quer über Deutschland verteilt sein müssten. Von daher bitte ich darum, zu unterscheiden, ob es sich um Spätabbrüche - Abbrüche, die ab der 22. Woche nach der Empfängnis vorgenommen werden - handelt oder ob es sich um Abbrüche handelt, die vorher vorgenommen werden.

**Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage richtet sich an Frau Professor Nippert. Sie sprachen davon, dass 18 Prozent der Frauen gar nicht beraten worden seien. Bezieht sich diese Zahl auf die Frauen, die einen Spätabbruch haben vornehmen lassen, oder auf eine größere Gesamtheit von Frauen?

**Sachverständige Prof. Dr. Irmgard Nippert** (Universitätsklinikum Münster): Ich habe damit Frauen gemeint, die zu einer speziellen Beratung überwiesen worden sind, sei es zu einer humangenetischen oder sei es zu einer psychosozialen Beratung. Bei knapp 800 Frauen mit einem sogenannten positiven Befund nach Pränataldiagnostik haben wir im Rahmen einer vertraulichen Untersuchung in verschiedenen großen Pränataldiagnostikzentren ermittelt, wer zu einer Beratung überwiesen worden ist oder eine spezielle Beratung bekommen hat. In diesem Zusammenhang haben sich diese 18 Prozent ergeben.

Wenn man untersucht, wer vor einem Schwangerschaftsabbruch beraten worden ist, ergibt sich ein anderes Bild.

(Prof. Dr. Monika Frommel (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel):  
Zwei Drittel sind es dann!)

- Das kommt auf die Definition von Beratung an.

**Christel Humme** (SPD): In dieser zweiten Fragerunde wird noch einmal deutlich, dass es uns allen ein Anliegen ist, die Beratung zu verbessern. Wir wollen sowohl bei der psychosozialen Beratung *vor* als auch bei der psychosozialen Beratung *nach* der Pränataldiagnostik ansetzen. Auf der anderen Seite gibt es den Vorschlag, eine Beratung in Beratungsstellen zu vermitteln. Den einen geht es um eine freiwillige Beratung, den anderen um eine Pflichtberatung. Deshalb meine Frage an Herrn Albring: Wie bewerten Sie diese beiden Ansätze?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn von Loewenich. Wir haben im Zusammenhang mit der Frage, wo wir die Beratung regeln, die beiden Vorschläge: im Gendiagnostikgesetz oder in den Mutterschafts-Richtlinien. In der öffentlichen Bewertung wird immer wieder gesagt, eine Regelung in den Mutterschafts-Richtlinien sei nicht so viel wert wie eine Regelung in einem Gesetz. Wie schätzen Sie das ein? Wie verbindlich sind die Mutterschafts-Richtlinien, und was kann man in den Mutterschafts-Richtlinien überhaupt regeln? Kann man darin nicht auch die Qualität der Beratung regeln, etwas, was man im Gesetz so vielleicht nicht regeln kann?

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Pflichtberatung oder nicht Pflichtberatung, darum geht es hier. Eine Pflichtberatung würde ich für schlecht halten, weil sie nichts bringt und der Frau, die sich in einer Konfliktsituation befindet, nicht gerecht wird.

Bei Frühabbrüchen nach der medizinisch-sozialen Indikation werden die Beratungsstellen eher selten angefragt, während sich bei Spätabbrüchen nahezu 100 Prozent der Frauen beraten lassen. Auch wenn man überlegen muss, wie man die Beratung verbessern kann - zum Beispiel indem man die Patientin darüber aufklärt, welche Beratungsansprüche sie überhaupt hat -, meine ich doch, dass dem mit der Beratung im heutigen Umfang Genüge getan wird.

**Sachverständiger Prof. Dr. Volker von Loewenich** (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Eine Regelung in den Mutterschafts-Richtlinien bietet gegenüber einer Regelung in einem Gesetz den großen Vorteil, dass man sie schneller dem aktuellen Stand der Medizin anpassen kann. Ein Gesetz ist da sehr viel schwerfällig und



lässt sich nicht so schnell novellieren. Man kann ja im Gesetz auf die Mutterschafts-Richtlinien verweisen und betonen, dass sie zu befolgen sind - was ja eigentlich selbstverständlich ist. Das würde aus meiner Sicht genügen. Ich bin dagegen, etwas in einem Gesetz präzise zu definieren, was vielleicht keinen Bestand hat, an das sich die Juristen aber halten müssen.

**Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Gesetzentwürfe „Singhammer“ und „Griese“ wollen Spätabbrüche dadurch verhindern, dass sie die Ärzte gesetzlich verpflichten, die Beratungsgespräche mit der Schwangeren zu dokumentieren und die Dokumentation an die zuständige Landesbehörde weiterzuleiten. Es bleibt unklar, nach welchen Kriterien die Behörde bewerten soll, ob entsprechende Beratung stattgefunden hat. Ich möchte deshalb Herrn Dr. Albring und Herrn Dr. Hepp fragen: Ist eine solche Regelung geeignet, Abbrüche zu verhindern? Wie wird sich eine solche Regelung auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patientin auswirken? Stehen nicht datenschutzrechtliche Probleme einer solchen Regelung entgegen?

Herrn Dr. Hepp frage ich insbesondere, weil die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe den Gesetzentwurf „Singhammer und andere“ anfangs unterstützt hat. In ihrer gemeinsamen Stellungnahme haben sich Bundesärztekammer und DGGG nun dagegen ausgesprochen, die Dokumentation weiterzuleiten. Vielleicht können Sie das erläutern, Herr Dr. Hepp.

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Um das ganz klar zu sagen: Es wird ausreichend dokumentiert. Wollte man dies überprüfen, müssten die Daten der Patientin offengelegt werden. Es wäre wahnsinnig schwierig und nicht zumutbar, sollten die Ärzte die Dokumentation so halten, dass der Name der Patientin aus dem Fließtext nicht hervorgeht.

Die Herausgabe der Dokumentation halten wir für absolut kontraproduktiv. Wenn die Patientin weiß, dass die Dokumentation herausgegeben wird, wird sie mit uns nicht offen reden. Das gilt für sämtliche ärztlichen Behandlungen und Beratungen. Auch ein Hausarzt hätte keine Chance, einem Patienten zu helfen, wenn sich dieser nicht darauf verlassen könnte, dass das, was er mit dem Arzt bespricht, der Schweigepflicht unterliegt.

Ungefähr 40 Prozent der Beratungs- oder Therapieerfolge gehen auf ein intaktes Arzt-Patienten-Verhältnis sowie auf Selbsthilfe des Patienten nach einer Beratung zurück.

Abbrüche verhindern durch Weitergabe der Dokumentation, das widerspricht sich von selbst. Wenn die Beratung zur Pflicht wird, wird das nach meinem Dafürhalten keinen einzigen Abbruch verhindern. Nur das Angebot, die Schwangere zu beraten, wie sie mit einem behinderten Kind leben kann, kann ihr helfen, sich für ein behindertes Kind zu entscheiden. Zudem müsste sich die Gesellschaft dahingehend ändern, dass behinderte Kinder nicht mehr als abnorm angesehen werden. Eine Pflichtberatung würde der Schwangeren, wie gesagt, auf keinen Fall helfen.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hermann Hepp** (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.): Eine Dokumentationspflicht ist eo ipso gegeben, in diesem Konfliktfalle sowieso. Ärzte haben zu dokumentieren, schon aus haftungsrechtlichen Gründen. Gerade in einem Fall wie dem beschriebenen, in dem ein Abbruch empfohlen wurde, das Kind sich aber als gesund herausstellte, wird geklagt, und in diesem Zusammenhang wird natürlich die Dokumentation angefordert. Das hat aber nichts mit der Weitergabe von Dokumentationen und der Durchbrechung datenschutzrechtlicher Fragen zu tun. Der Gesetzgeber muss natürlich regeln, dass in das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht eingegriffen wird. Das gilt aber für jede konfliktbehaftete Situation vor einem Eingriff.

**Caren Marks** (SPD): In vielen Pressemitteilungen und in etlichen uns unaufgefordert zugesandten Stellungnahmen wird begrüßt, dass die gesetzliche Regelung betreffend Spätabtreibungen, also Abbrüche ab der 23. Woche, verbessert werden soll.

Tatsächlich geht es in den vorliegenden Gesetzentwürfen aber um weit mehr: Mit diesen Gesetzentwürfen soll eine Neuregelung für alle Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation eingeführt werden. Warum - diese Frage richte ich an Herrn Dr. Albring und an Frau Professor Frommel - sind die Formulierungen in den Gesetzentwürfen so unpräzise bzw. so wenig trennscharf?

Eine weitere Frage an Herrn Dr. Albring: Wie unterscheiden sich in der Praxis Abbrüche in der 13./14. Woche von solchen in der

22./23. Woche? Welche Situationen und welche Indikationen liegen jeweils zugrunde?

Eine weitere Frage an Frau Dr. Notz möchte ich anschließen: Welche Erfahrung machen die Beratungsstellen mit den unterschiedlichen Situationen und Diagnosen?

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Dazu, wieso die gesetzlichen Regelungen für Spät- abtreibungen so unpräzise gehalten werden, kann ich nur sagen: Auf dem Gynäkologenkongress, der vor kurzem in Düsseldorf stattgefunden hat, haben die Kollegen, wenn sie miteinander über dieses Thema gesprochen haben, unisono vermutet, dass dadurch ein Abbruch nach der medizinischen Indikation erschwert werden soll.

Das hat Methode. Wenn das Gesetz unpräzise ist, haben wir Ärzte Probleme. Ich erlebe schon heute, dass eine Frau, die sich - wohlgerne: nach Beratung und tagelangem Abwägen - für einen Abbruch nach medizinischer Indikation entscheidet, Schwierigkeiten hat, diesen Abbruch durchführen zu lassen; denn auch der Arzt, der den Abbruch durchführen soll, muss zustimmen, und er ist dazu nicht verpflichtet. Wenn man den gesetzlichen Rahmen so gestaltet, dass Ärzte, egal wie sie entscheiden, davon ausgehen müssen, dass eine Kontrolle dazu führen kann, dass sie vor Gericht gezerrt, angeklagt und zu einem Bußgeld verurteilt werden, dann wird das den Frauen nicht helfen, geschweige denn die Beratung verbessern.

Zu dem Unterschied zwischen einem Abbruch in der 13. und einem Abbruch in der 22. Woche. Eben ist ja gefragt worden, ob viele Kinder mit mongoloiden Fehlbildungen nach der 22. Woche abgetrieben werden. Ich muss aus meiner Erfahrung sagen: Da ist zu unterscheiden. Die Nackentransparenzmessung beim Ersttrimesterscreening dient dazu, statistisch zu ermitteln, wie hoch das Risiko ist, dass das Kind eine bestimmte Erkrankung hat. Wenn das errechnete Risiko als hoch einzuschätzen ist, stellt die Patientin in der Regel von selbst die entsprechenden Fragen; die Patientinnen sind heutzutage über das Internet extrem gut informiert. In der Beratung - das geschieht schon in der Institution, die die Nackentransparenzmessung durchführt - wird der Patientin dann angeboten, eine Fruchtwasserpunktion durchzuführen. Diese hat zum Inhalt, exakt nachzuweisen, ob das Kind tatsächlich krank ist.

Eine solche Amniozentese wird aber in der Regel früher, in der 16. Woche, durchgeführt. Von den Kindern, die zu diesem Zeitpunkt abgetrieben werden, wären, vermute ich einmal, deutlich mehr überlebend- fähig als von den Kindern, die nach der 22. Woche abgetrieben werden. Von den letzteren - davon kann man ausgehen - würden viele, wenn sie auf die Welt kämen, nur schwer, wenn überhaupt, überleben.

**Sachverständige Prof. Dr. Monika Frommel** (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel): Wenn der Singhammer-Entwurf so, wie er formuliert ist, Gesetz wird, wird das dazu führen, dass die medizinische Indikation auf eine Notstandssituation, die Gefahr für Leben oder Gesundheit der Frau, reduziert wird; das deutet auch Herr Hepp immer wieder an. Die weiter gefasste medizinisch-soziale Indikation, die 1995 aus guten Gründen eingeführt worden ist, würde praktisch einer Beratungslösung angeglichen. Das wäre ein erster Schritt, um den Kompromiss von 1995 zu revidieren. Stolpersteine wie die Pflicht, die Dokumentation einer Behörde zugänglich zu machen, machen dies deutlich.

Man kann die Beratung gesetzlich regeln. Aber das meiste, was hier vorgeschlagen wird, ist bereits allgemeines Medizinrecht und de lege lata verpflichtend. Bedarf besteht, dass das Netz verbessert wird. Die gesetzlichen Regelungen, die vorgeschlagen werden, sind jedoch allesamt überflüssig.

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Die Beratungspraxis hat sich mit den Möglichkeiten pränataler Diagnostik durchaus verändert. Als meine Generation schwanger war, gab es das alles noch nicht; mancher Arzt hat mir schon gesagt, dass das vielleicht einfacher gewesen ist.

Aus der Beratungspraxis wissen wir, dass, egal in welchem Stadium der Schwangerschaft sie sich befindet, keine Frau sich die Entscheidung leicht macht. Gerade in fortgeschrittenem Stadium der Schwangerschaft ist eine Entscheidung gegen das Kind schwer und schmerzlich; denn die Frau wollte das Kind ja und hat sich schon darauf vorbereitet.

Wir sind der Meinung, dass es wichtig ist, schon vor einer PND zu beraten. Dafür reichen die vorhandenen Gesetze aus. Es ist bereits gesagt worden, dass die Frau Untersuchungen ablehnen kann. Die Entschei-

dungsbefugnis der betroffenen Frauen bzw. Paare muss gestärkt werden.

„Beratung“ heißt: Ich komme, weil ich Rat suche, nicht, weil ich dazu gezwungen bin. Beratung muss also freiwillig sein; das ist längst Erkenntnis sozialarbeiterischer und psychosozialer Beratungspraxis. Die Beratung darf keine Unterweisung sein, sie muss ergebnisoffen sein. Nur durch eine qualifizierte Beratung, die mit Informationen verbunden ist, können die Frauen in die Lage versetzt werden, zu entscheiden.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Wir kommen zu den Fragen der Gruppe „Kauder/Schmidt/Singhammer“.

**Renate Schmidt** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Duttge und an Frau Woopen: Ist mit den Gesetzentwürfen eine Verschärfung des § 218, wie sie gerade beklagt worden ist, oder eine Öffnung des § 218 verbunden? Bedeutet eine Beratungspflicht des Arztes eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Frau? Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal darauf aufmerksam machen, dass die Frau, wie es in unserem Gesetzentwurf explizit steht, die Beratung ablehnen kann. Wird das Selbstbestimmungsrecht der Frau eingeschränkt oder verletzt? Wird das Selbstbestimmungsrecht der Frau, wenn sie die Möglichkeit hat, sich von einem Arzt beraten zu lassen, und Bedenkzeit hat, nicht vielmehr gestärkt?

Meine zweite Frage. Wir hören die ganze Zeit, es sei alles gesetzlich geregelt, es bestehe keinerlei Handlungsbedarf, darüber hinaus etwas gesetzlich zu regeln. An Sie beide die Frage: Wenn alles geregelt ist, alles möglich ist und alles bestens ist, warum gibt es dann diese Unzufriedenheit bei den Frauen, und warum erachten dann einige eine gesetzliche Regelung für notwendig? Warum muss eine Neuregelung - so sehe auch ich das - die gesamte medizinisch-psychosoziale Indikation umfassen und nicht nur Spätabtreibungen nach der 22. Woche?

**Sachverständiger Prof. Dr. Gunnar Duttge** (Georg-August-Universität Göttingen): Die gesetzliche Regelung, die vorgeschlagen wird, könnte eine Verschärfung von § 218 a Abs. 2 sein und das Verhältnis zur Selbstbestimmung betreffen. Ich kann nahtlos anknüpfen an das, was Herr Kollege Hepp vor der Pause eindrucksvoll beschrie-

ben hat: Hinter der medizinisch-sozialen Indikation von § 218 a Abs. 2 verbergen sich zwei Bereiche, die nach gänzlich verschiedenen Kriterien zu bewerten sind: Da ist zum einen der Bereich der klassischen medizinischen Indikation, also der vitalen Indikation. Es versteht sich von selbst, dass in diesem Fall Beratung, Aufklärung verfehlt wäre und gehandelt werden muss.

Der andere Bereich, der in § 218 a Abs. 2 beschrieben ist, bringt notlagegeprägte Szenarien ins Spiel: Die sozialen Verhältnisse, die Lebensverhältnisse, nicht nur die gegenwärtigen, sondern auch die zukünftigen, sind zu berücksichtigen. Es geht nicht nur um somatische Gesundheitsgefahren, sondern vor allem um psychische Gesundheitsgefahren, um die Bedrängnis, die mit der Situation verbunden ist, insbesondere wenn nach PND ein embryopathischer Befund vorliegt.

Es wäre, ganz abgesehen von dem, was hier aus psychologischer und medizinischer Sicht gesagt worden ist, juristisch inkonsequent, bei einem Abbruch bis zur 12. Woche Bedenkzeit und Beratung für notwendig zu halten, letztere sogar verpflichtend vorzusehen, während das hier überhaupt kein Thema ist. Die Beiträge, in denen die Freiwilligkeit der Beratung betont worden ist, bestätigen nur, was Gesetz ist.

Es ist mehrfach betont worden, eine Beratungspflicht sei wichtig. Das ist richtig. Aber es ist überflüssig, darüber zu diskutieren; denn so etwas wird mit keinem der vorliegenden Gesetzentwürfe vorgeschlagen. Wenn wir für die ersten 12 Wochen, für einen Bereich, in dem es im weitesten Sinne um Bedrängnis und Notlage gleichermaßen geht, Beratung für sinnvoll, ja sogar für notwendig halten, ist es aus meiner Sicht juristisch inkonsequent, den Teilbereich, der heute von der medizinisch-sozialen Indikation erfasst wird, völlig frei zu lassen.

Ist damit eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Frau verbunden? Wenn es nicht um Beratung im eigentlichen Sinne, sondern um Entmündigung ginge, würde das Selbstbestimmungsrecht der Frau verletzt. Doch so etwas hat keiner vorgeschlagen. Wir alle stellen uns unter Beratung vor, dass die Schwangere dabei unterstützt wird, sich in einen Zustand bestmöglicher Information zu versetzen, damit sie auf dieser Basis - um die Hilfsangebote wissend - eine angemessene, gute Entscheidung treffen kann. Das ist weder eine Einschrän-

kung noch eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts der Frau, sondern etwas, was juristisch als Freiheitsvorsorge bezeichnet wird: rechtliche Mechanismen, die uns Menschen dazu verhelfen sollen, von unserer Freiheit für uns selber möglichst gut Gebrauch zu machen.

So etwas kennt die gesamte Rechtsordnung. Nehmen Sie das Recht, Haustürgeschäfte zu widerrufen. Wir wissen, dass wir übertölpelt werden können. Dementsprechend ist es Pflicht, über die Möglichkeit des Widerrufs zu belehren. Das Recht antizipiert, dass wir Bedenkzeit brauchen. - Manche lachen jetzt, weil das natürlich ein ganz anderer Bereich ist als der, über den wir gerade reden. Ich möchte mit diesem Beispiel nur aufzeigen: Das Recht kennt solche Mechanismen in allen Lebensbereichen. Das ist nichts Besonderes und schon gar keine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts.

Zum letzten Punkt: Wenn wir uns alle einig sind, dass sozialpsychologische Beratung sinnvoll und wichtig ist, dass Bedenkzeit wichtig ist und dass ein prozesshaftes Geschehen wichtig ist, warum ist dann eine gesetzliche Regelung erforderlich? Wir haben im Augenblick keine konkrete gesetzliche Regelung für Beratung vor dem Beginn von Pränataldiagnostik bzw. unmittelbar nach dieser. Es ist Pflicht, unmittelbar bevor ein Eingriff vorgenommen wird, aufzuklären; Herr Hepp hat dies schon betont. Ein Arzt, der die Indikation nach § 218 a Abs. 2 stellt, muss Anhaltspunkte dafür haben. Das allgemeine Recht, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes festgehalten. Aber einen konkreten Ausweis dessen, was wir uns alle wünschen, auf gesetzlicher Ebene gibt es nicht.

**Sachverständige PD Dr. Christiane Woopen** (Universität zu Köln): Von einer Verschärfung des § 218 auszugehen, halte ich für völlig abwegig. Die vorgeschlagenen Regelungen würden das Recht lediglich zur Geltung bringen, es aber nicht ändern.

Auch eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Frau würde, aus den genannten Gründen, nicht herbeigeführt. Man muss an dieser Stelle anmerken, dass es ein uneingeschränktes Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, über das ungeborene Kind zu entscheiden, ohnehin nicht gibt, an keiner Stelle des Strafrechts. Ab der Nidation hat der Gesetzgeber ein Schutzkonzept etabliert, hat gesagt: Es kann

nicht der freien Verfügung der Schwangeren überlassen werden, über einen Schwangerschaftsabbruch zu befinden.

Es geht darum, Lösungen zu suchen, die sowohl der Frau als auch dem Ungeborenen gerecht werden. Von uneingeschränkter Selbstbestimmung kann normativ keine Rede sein. Man muss den Kontext beachten: Die Schutzgüter, die in Rede stehen, sind die Gesundheit der Frau - wozu natürlich die psychosoziale Gesundheit gehört -, die freie Entfaltung der Persönlichkeit der Frau und das Leben des Ungeborenen. In dieser extrem konfliktbelasteten Situation muss eine angemessene Regelung gefunden werden, die diese Schutzgüter in Ausgleich bringt.

Wegen der Wichtigkeit der Schutzgüter und der zu beobachtenden Missstände ist meiner Meinung nach der Gesetzgeber gefragt. Wenn es in 14 Jahren Praxis zu keiner angemessenen Regelung gekommen ist und sogar die Bundesärztekammer und bestimmte Ärzteverbände - nicht alle - den Gesetzgeber anrufen, sollte er diesem Ruf folgen, und zwar indem er den Ärzten auf untergesetzlicher Ebene ermöglicht, das zu implementieren und es in Richtlinien entsprechend auszugestalten.

Die Musterberufsordnung ist nicht verbindlich. Sie muss in Landesrecht umgesetzt werden, was in Landeshoheit liegt. Auch die Richtlinien zur Pränataldiagnostik sind in keiner Weise verbindlich und nur von zwei Ländern in Landesrecht umgesetzt. Sie sind ein außerordentlich stumpfes Schwert. Schauen Sie sich bitte die Leitlinien zu den Themen Ultraschall, Nackentransparenzmessung etc. an: In keinem dieser Dokumente ist die ärztliche Beratung so ausformuliert, wie es die medizinische Indikation von ihrem normativen Gehalt her erfordern würde und wie es der Frau, die bei einer gegebenen Indikation letztlich die Entscheidung zu treffen und ihre Selbstbestimmung auszuüben hat, zustünde.

Im Hinblick auf Pflichtberatung wird, glaube ich, durcheinandergesprochen: Mal geht es um ärztliche, mal um psychosoziale Pflichtberatung. Dazu vielleicht im Rahmen der Beantwortung einer nächsten Frage mehr - das läge mir am Herzen -; in diesem Rahmen auch mehr zu den tatsächlichen Indikationskriterien der Ärzte.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** In dieser Fragerunde wollen noch sechs Kolleginnen und Kollegen Fragen

stellen. Innerhalb von 13 Minuten ist gerade einmal die erste Frage beantwortet worden. Ich weiß, dass die Materie komplex ist und dass es schwierig ist, einfache Antworten zu geben. Ich möchte Sie dennoch bitten, kürzere Antworten zu geben, weil sich die anderen Kollegen brüskiert fühlen, wenn ihre Fragen hier nicht beantwortet werden. Sie alle haben auch schriftliche Expertisen eingereicht, in denen es um einen Teil der Fragen geht. In einer vierstündigen Debatte wiederholt sich einiges; deswegen wäre es schön, wenn Sie sich kürzer fassen könnten. Sie haben sicherlich auch gemerkt, dass mittlerweile eine gewisse Unruhe zu bemerken ist.

**Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Gestatten Sie mir eine Vorbemerkung, die mir am Herzen liegt: Ich möchte nicht, dass hier unwidersprochen bleibt, dass Herr Dr. Albring im Zusammenhang mit Menschen mit Down-Syndrom von Mongolismus gesprochen hat. Diesen Begriff sollte man, gerade wenn man in der Beratung ist, nicht mehr verwenden.

(Vereinzelt Beifall)

Ich möchte eine Frage an Frau Nippert und eine Frage an Herrn Duttge stellen. Frau Professor Nippert, haben nach Ihrer Erfahrung die 600 Frauen, die in Holland eine Abtreibung haben durchführen lassen, tatsächlich nach Pränataldiagnostik abgetrieben?

Zu meiner Frage an Herrn Professor Duttge. Eben wurde gesagt, dass Beratung vor wie nach Pränataldiagnostik im Gendiagnostikgesetz geregelt sei. Dort ist allerdings keine Sanktion vorgesehen; ein Verstoß gilt nicht einmal als Ordnungswidrigkeit. Halten Sie das für ausreichend, gerade vor dem Hintergrund, dass es in 1 Prozent der Fälle schon bei der Untersuchung zu einem Abort kommt - legt man 100 000 Untersuchungen pro Jahr zugrunde, sieht man, dass durch diese Untersuchung rund 1 000 Kinder pro Jahr sterben -, und vor dem Hintergrund, dass auch das Recht auf Nichtwissen gewährleistet sein muss?

**Sachverständige Prof. Dr. Irmgard Nippert** (Universitätsklinikum Münster): Herr Hüppe, ich gehe davon aus, dass die 600 Frauen, die in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen, keine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen, sondern die Schwangerschaft eigentlich innerhalb der ersten

12 Wochen nach der sozialen Indikation abgebrochen hätten, aber, aus welchen Gründen auch immer, über diese 12 Wochen hinausgekommen sind. Wie Sie wissen, sind in Holland mit dieser Indikation auch spätere Abbrüche möglich. Das ist meine Meinung.

**Sachverständiger Prof. Dr. Gunnar Duttge** (Georg-August-Universität Göttingen): Herr Hüppe, Sie haben mit Ihrer Frage fast die Antwort gegeben: Pflichten sind wenig wert, wenn es keine Folgen hat, wenn die vorgegebenen Regeln nicht eingehalten werden.

Ich würde die Frage, über die wir heute Nachmittag diskutieren, gerne von dem Bereich der Gendiagnostik trennen; denn dort können wir von vornherein nicht den gesamten Bereich erfassen. Wo auch immer die Grenze gesetzt wird, was genetische Untersuchung und was PND ist: Selbst wenn eine Sanktion vorgesehen würde - was ich für erforderlich halte -, könnten wir die Frage, die wir heute erörtern, nicht beantworten; denn es gibt einen weiten Bereich nichtgenetischer Befunde, für den wir ebenfalls eine Lösung brauchen.

**Ingrid Fischbach** (CDU/CSU): Zwei kurze Fragen. Meine erste Frage, zum Stichwort Statistik, richtet sich an Herrn Professor Duttge und an Herrn Professor Kentenich. Wir haben bei der ersten Lesung und auch jetzt bei der Anhörung gesehen, dass der Gesetzgeber im Prinzip alles weiß. Deshalb meine konkrete Frage: Welchen Wert hätte eine besser aufgeschlüsselte statistische Erfassung? Stichwort Datenschutz: Sehen Sie bei den Regelungen, die wir vorschlagen, den Datenschutz gewährleistet?

Meine zweite Frage richtet sich an Frau Klügel und an Frau Professor Nicklas-Faust. Es wird immer wieder behauptet, dass in 80 Prozent der Fälle, in denen ein Spätabbruch vorgenommen wird, das Kind nicht lebensfähig gewesen wäre. Ich kenne keine Studie, die das belegen würde. Vielleicht ist Ihnen eine bekannt; dann wäre ich daran sehr interessiert. Ich möchte Sie fragen: Können Sie bestätigen, dass das so ist, wie behauptet wird? Ist der Abbruch, den Frauen in dieser Situation durchführen lassen, auch langfristig gesehen die am ehesten zu ertragende Lösung?

**Sachverständiger Prof. Dr. Gunnar Duttge** (Georg-August-Universität Göttingen):



gen): Zum Inhalt der Statistik kann sich Herr Hepp sicher konkreter als ich äußern; denn die Bundesärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe haben konkrete Vorschläge vorgelegt.

Es ist verwunderlich, dass in der Debatte des heutigen Nachmittags zwar auf die Statistik Bezug genommen wird, aber, obwohl es Anhaltspunkte gibt, dass sie falsch sein könnte, argumentiert wird, dass es - so die von mir nicht geteilte Position - nicht erforderlich sei, die Statistik weiter aufzuschlüsseln. Diese Logik erklärt sich mir nicht.

Zum Datenschutz. Ein Datenschutzproblem sehe ich nur, wenn personenbezogene Daten offen oder allenfalls pseudoanonymisiert weitergeleitet werden. Ich darf Ihren Blick auf Art. 1 § 2 a des Entwurfs „Kau-der/Schmidt/Singhammer“ lenken:

Die der Behörde vorgelegte Dokumentation darf keine Rückschlüsse auf die Identität der Schwangeren ... ermöglichen.

Ich halte es sehr wohl für legitim, wenn Zweifel bestehen, dass die Anonymisierung sichergestellt ist, darüber zu debattieren. In dem Gesetzentwurf wird davon ausgegangen, dass eine Anonymisierung möglich ist. Wenn das der Fall ist, gibt es kein Datenschutzproblem und auch kein Problem bei der ärztlichen Beratung, Herr Dr. Albring. Wenn der Personenbezug durch eine Anonymisierung verloren geht - das ist per definitionem so -, werden keine Daten weitergegeben; somit hat das keine Auswirkungen auf das Beratungsgespräch, und es muss nicht auf so etwas hingewiesen werden.

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Ich möchte isoliert auf die Statistik eingehen, weil sie mir als sehr wesentlich erscheint.

Sie haben gerade die Zahlen des Statistischen Bundesamtes aus dem vorigen Jahr, aus 2008, erhalten. An diesen Zahlen können Sie sehr gut erkennen, dass sie auf keinen Fall stimmen können. Es wird die Zahl für jede Methode - Ausschabungen, Absaugungen, Gebärmutterentfernungen und Gebärmuterschnitt; medikamentös oder mit einem anderen Wirkstoff, nämlich Mefipyrone genannt. Eine wesentliche Maßnahme, die seit 1995, also seit der letzten Reform, möglich ist, nämlich der Fetozid, fehlt aber schlicht und ergreifend.

Wir müssen feststellen, dass diejenigen, die eine untergesetzliche Regelung wollen und eine statistische Nachbesserung ablehnen, offen zu bekennen geben müssen, dass es sie entweder nicht interessiert oder dass sie das weiter vernebeln wollen; denn in der Medizin ist man einige Schritte weitergegangen, und in einer Statistik ist in jedem Fall immer der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Methoden oder der Methoden, die zur Anwendung kommen, zu erfassen.

Ich will die beiden Methoden, die eine große Bedeutung haben, kurz skizzieren. Den Fetozid kann man bis zu dem Zeitpunkt durchführen, an dem mit der potenziellen Lebensfähigkeit des Kindes zu rechnen ist. Das ist etwa nach 20 Wochen post conceptionem der Fall. Wenn man es der Frau ersparen will, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lässt, bei dem das Kind erst noch lebt und dann langsam stirbt, dann wird man den Fetozid vorher durchführen. Insofern ist man in den letzten Jahren bei diesen sogenannten Spätabbrüchen dazu übergegangen - auch bei 20-plus-Wochen -, einen Fetozid durchzuführen, sodass das Kind als Totgeburt oder Fehlgeburt - je nach Gewicht - geboren wird. Das erfassen Sie überhaupt nicht. Insofern kann die Statistik nicht stimmen.

Das Zweite sind die statistischen Nichterfassungen eines Fetozids bei Mehrlingen. Sie wissen, dass insbesondere durch eine Hormongabe nicht selten Zwillinge, Drillinge, aber auch Vierlinge entstehen können. Das ist schlimm genug, und jeder einzelne Fall sollte verhindert werden. Wenn sie aber entstehen, dann ist man heute medizinisch in der Lage, von Vierlingen auf Drillinge oder von Drillingen auf Zwillinge - in Führungszeichen - zu reduzieren. Das fällt unter den § 218 StGB, weil das ja ein partieller Schwangerschaftsabbruch ist. Wird er erfasst? - Natürlich wird er nicht erfasst, weil diese Frau nicht in eine Klinik, in der sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lässt, sondern irgendwann in den Kreißsaal kommt, wo sie ihren Einling oder ihre Zwillinge bekommt.

Mit anderen Worten: In der Statistik gibt es zwei klare Löcher. Vonseiten der Bundesärztekammer haben wir überhaupt kein Verständnis dafür, dass man, wenn Löcher bekannt sind, so ignorant sein und sagen kann: Diese Löcher wollen wir nicht schließen. Wir leben einfach damit. Das wollen wir weiter vernebeln. - Dafür haben wir absolutes Un-

verständnis. Diese Löcher können wir exakt definieren.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Es wurden noch Fragen an Frau Nicklas-Faust und Frau Klügel gestellt. Wenn Sie damit einverstanden sind, dann werde ich die Zeit für die Beantwortung von der Zeit für die nächste Fragerunde abziehen, da die Redezeit eigentlich um ist. - Gut, dann machen wir es so, dass jetzt die weiteren Fragen beantwortet werden.

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Es wurde die Frage gestellt, ob 80 Prozent der Kinder bei sogenannten Spätabbrüchen nicht lebensfähig sind. Diese Zahl geistert herum; aber auch ich kenne keine Quelle, aus der sie stammt.

(Irmgard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Das ist eine Zahl der Universitäten in Bonn und München!)

- Okay, sie sind von 1999.

(Irmgard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja!)

- Genau. Für die aktuelle Situation liegen solche Zahlen nicht vor. Es gibt in den Unterlagen eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik, in der von deutlich anderen Zahlen ausgegangen wird, wobei man sagen muss, dass das keine Totalerfassung aller pränataldiagnostischen Diagnosen ist. Der Sprung ist allerdings sehr groß. Dort wird von 20 Prozent ausgegangen.

Ich will hinzufügen, welche Diagnosen der medizinisch-sozialen Indikation in der Regel zugrunde liegen. Das sind in einer sehr großen Anzahl die Diagnosen Downsyndrom und Spina bifida. Es stellt sich die Frage, wann diese Diagnosen gestellt werden. Klassischerweise wird das Downsyndrom in der 19. Schwangerschaftswoche - Amniozentese 16. Woche, zwei bis drei Wochen Bebrütungszeit - diagnostiziert. Das heißt, in der Regel wird das Downsyndrom bei Kindern gerade vor dem Erreichen der Lebensfähigkeit diagnostiziert und damit unter Umständen gerade nicht mit einbezogen.

Es stellt sich jetzt die Frage, ob das einen großen Unterschied macht oder nicht. Auch hier fehlen zum Beispiel Untersuchungen

darüber, ob sich die Langzeitverarbeitung der Frau dadurch verändert, dass das Kind grundsätzlich lebensfähig gewesen wäre oder eben nicht. Es gibt in anderen Ländern Untersuchungen zur Verarbeitung; aber diese sind letztlich nicht wirklich vergleichbar.

Für mich stellt sich die Frage, ob für die Frau tatsächlich der Zeitpunkt der Lebensfähigkeit - 20. Schwangerschaftswoche post conceptionem plus/minus; das schwimmt in diesem Bereich - oder nicht doch ein ganz anderer Zeitpunkt entscheidend ist, nämlich der Zeitpunkt, ab dem sie das Kind spürt. Ist nicht der Beginn der Kindsbewegungen für die Frau ein ganz wesentliches Datum innerhalb ihrer Schwangerschaft? Ist das nicht der Zeitpunkt, ab dem es für sie einen Unterschied macht? Aber, wie gesagt, auch dazu fehlen im Moment tatsächlich valide Untersuchungen. Hier müsste man vielleicht einmal ein bisschen genauer hinschauen, um sicherzustellen, dass Frauen in einer solchen Konfliktsituation die bestmögliche Hilfe zuteil wird.

**Sachverständige Rita Klügel** (Donum Vitae): Ich schließe mich dem an. Auch ich kann keine Studien vorlegen, in denen diese Zahl belegt wird.

Aufgrund meiner Kontakte zu Frauen weiß ich aber, dass bei gewünschten Kindern genau dieser Zeitpunkt, ab dem sie das Kind im eigenen Leib verspüren, für sie ein ganz wichtiger Zeitpunkt ist. Sie schätzen die Lebensfähigkeit ihres ungeborenen Kindes danach anders ein als in der Zeit zuvor. Ergänzend möchte ich hier noch hinzufügen, dass alle Frauen aufgrund der Ultraschalluntersuchungen schon weit vor der Zeit, in der sie das Kind verspüren, ein Bild ihres Kindes gesehen haben, wodurch eine Bindung entsteht, die ganz anders geartet ist, als wenn das nicht der Fall gewesen wäre.

Ich komme jetzt auch noch zur Reduktion bei einer Mehrlingsschwangerschaft, die oft ja noch stärker als eine Einlingsschwangerschaft gewünscht ist. Ich denke, hier ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass diese Kinder niemals lebensfähig sind, wenn es zu einem Schwangerschaftsabbruch kommt, dass sie aber trotzdem, wie Herr Professor Kentenich gesagt hat, nicht erfasst werden. Langfristig gesehen ist es teilweise die einzige Lösung für die Frauen, einen Schwangerschaftsabbruch zu tätigen. Ich führe hier die vielen Frauen an, die einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich haben und sagen:

Ich würde es nicht noch einmal tun, weil ich die Situation, die ich dort erlebt habe, kaum antizipieren konnte.

Auch mit einer sehr guten Beratung können wir dort kein Allheilmittel bereitstellen; aber eine Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch ist für die Frauen hilfreich, um eine traumatische Situation danach schneller und besser zu verarbeiten. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass heute bei allen möglichen Katastrophen sofort eine Traumabewältigung erfolgt und dass nicht erst, wie hier, gewartet wird, bis irgendetwas festgestellt hat, dass ein unverbauter Schwangerschaftsabbruch oder auch eine unverbautete Geburt eines behinderten Kindes vorliegt.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit kommen wir zur Fragerunde der Gruppe „Griese/Göring-Eckardt/Nahles“.

**Kerstin Griese (SPD):** Ich frage aus der Sicht, die wir mit dem von uns gestellten Gruppenantrag eingenommen haben, und will noch einmal ausdrücklich sagen, dass das, auch wenn es behauptet wird, keine Verschärfung - erst recht keine des § 218 StGB - und auch keine Pflichtberatung darstellt, sondern dass wir das Konstrukt gewählt haben, dass die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, eine Beratung zu vermitteln. Meine Fragen will ich Frau Dr. Woopen und Frau Dr. Nicklas-Faust stellen.

Frau Nicklas-Faust, Herr Dr. Albring hat gesagt, es sei alles in Ordnung und die Ärzte würden das alles immer richtig machen. Auch Sie sind ja Ärztin. Unserem Antrag liegt die Analyse zugrunde, dass es eigentlich eine Schwachstelle ist, wenn die Ärzte ausschließlich medizinisch beraten, und dass es sehr schnell in Richtung Abtreibung gehen kann. Ich frage Sie, wie Ihre Erfahrung dort ist.

An Frau Dr. Woopen stelle ich die Frage, für wie wichtig sie es hält, im Gesetzestext deutlich festzuhalten - das unterscheidet unseren Antrag ja auch noch einmal von dem Antrag „Singhammer“ -, dass eine solche Beratung vermittelt werden soll, dass also nicht nur darauf hingewiesen werden soll. Dazu, dass bei angeblich 80 Prozent der späteren Abtreibungen tödliche Krankheiten vorliegen, ist schon etwas gesagt worden; aber ich möchte die Frage, ob Sie diese Zahl

noch einmal differenzieren können, auch an Sie stellen.

**Sachverständige PD Dr. Christiane Woopen (Universität zu Köln):** Ich fange mit der Zahl an. Wie gesagt: Es gibt keine valide statistische Grundlage dafür. Aufgrund meiner beschränkten Erfahrung, die ich durch die Begleitung unterschiedlicher pränataldiagnostischer Schwerpunktzentren habe, kann ich jedenfalls sagen, dass sie nicht zutreffend ist. Bei den sogenannten späten Abbrüchen, also denen nach 24 Wochen, könnte zu einem größeren Anteil tatsächlich mit einem Überleben gerechnet werden.

Es scheint mir sehr wichtig zu sein, den Gesetzestext um diese Vermittlungspflicht zu ergänzen, die aber natürlich mit einem Ablehnungsrecht der Frau verbunden sein muss. Das soll jetzt nicht auf eine psychosoziale Pflichtberatung der Frauen hinauslaufen. Aber die Erfahrung zeigt, dass ein reiner Hinweis des Arztes - „Sie können übrigens auch eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen“ -, der von dieser Beratung eigentlich gar nicht überzeugt ist - das ist noch immer ein größerer Teil, als hier manchmal vielleicht versucht wird darzustellen -, nicht dazu führt, dass die Frau diese auch tatsächlich in Anspruch nimmt.

Der Arzt muss sie aus eigener Überzeugung vermitteln und darauf hinweisen. Er muss vom Wert dieser Beratung überzeugt sein und zunächst einmal die Professionalität dieser Beratung einschätzen können. Idealerweise muss er diese Beratung dann tatsächlich auch, wie das eben schon gesagt wurde, sehr zeitnah und sehr niedrigschwellig vermitteln können.

Ich berichte nur von einer kleinen Erfahrung aus der Düsseldorfer Schwerpunktpraxis: Als sich die Beratungsstelle noch ein paar Straßen entfernt befand, war die Inanspruchnahme geringer als ab dem Zeitpunkt, ab dem sich die Beratungsstelle direkt an der Straße gegenüber befand. Die Beratung wurde quasi zu einer Selbstverständlichkeit, nachdem sie innerhalb der Praxisräume, aber in unabhängiger Trägerschaft einer psychosozialen Beratungseinrichtung angeboten wurde und die Frauen - idealerweise - durch einen anderen Eingang in dieselben Räume unmittelbar zu dieser Beratung geführt werden konnten. Das sind einfach die Alltagserfahrungen.

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Ich möchte das, was Frau Woopen eben gesagt hat, auch noch einmal unterstützen: Ärztinnen und Ärzte sind häufig nicht davon überzeugt, dass eine psychosoziale Beratung gut oder auch notwendig ist. Das macht es so schwierig; denn wenn man von etwas nicht überzeugt ist, dann berät man häufig auch nicht entsprechend.

Das sind die Ergebnisse, die wir als Vereinigung, an die sich viele Eltern wenden, die diese Erfahrungen hinter sich und ihr Kind bekommen haben, ermitteln konnten. Aber auch durch Untersuchungen wird bestätigt, dass von Frauenärztinnen und -ärzten tatsächlich nur sehr unregelmäßig darauf hingewiesen wird, dass es diese psychosoziale Beratung gibt, weshalb es meines Erachtens geradezu wichtig ist, den Arzt zu verpflichten, damit er oder sie erkennt, dass er oder sie das nicht leisten kann. Auch wenn die psychosomatische Grundversorgung gegeben ist, kann das Zweite nicht geleistet werden, weil man nur einer bzw. eine ist. Das fehlt tatsächlich. Eine umfassende Beratung ist an dieser Stelle ausgesprochen wichtig.

Zu Berlin ist zu sagen: Es gibt hier seit Langem einen PND-Arbeitskreis, und es gab viele Vertreterinnen von Beratungsstellen, die ausgesprochen frustriert darüber waren, wie wenige Frauen trotz der Existenz dieses PND-Arbeitskreises zu ihnen gelangt sind. Selbst bei optimalen Bedingungen innerhalb dieser großen Stadt ist es nicht geglückt, die psychosoziale Beratung zu einem Regelbestandteil zu machen. Ich wünsche mir, dass es an dieser Stelle einen Lernprozess aller Beteiligten dahin gehend gibt, dass man erkennt, dass man es zusammen tatsächlich besser macht.

**Ingrid Arndt-Brauer** (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Professor Dr. Frommel und Herrn Professor Kentenich. Ich bin Anhängerin des Datenschutzes und der Statistik. Man hat hier erlebt, dass eigentlich alle Zahlen haben wollen. Jeder möchte wissen, wie viele Frauen in die Niederlande gefahren sind und wie viele man von Abbrüchen hätte abhalten können. Wir schreien also eigentlich nach Basiszahlen, wollen die Dokumentation aber natürlich in Grenzen halten. Das kann ich gut nachvollziehen.

Ich denke, wir sind uns auch untereinander darin einig, dass in unserem Antrag bei Art. 1 § 2 a Abs. 3 der Passus

Die Dokumentation ist der zuständigen Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung vorzulegen

gestrichen werden sollte. Nehmen wir einmal an, dass wir das streichen - davon gehe ich aus -, aber trotzdem weiterhin eine Statistik und Datenschutz haben möchten. Können Sie uns einen Vorschlag dafür machen, wie wir es gewährleisten können, dass hier bessere Zahlen als Grundlage vorliegen, die Namen der Frauen aber trotzdem nicht danebenstehen müssen?

**Sachverständige Prof. Dr. Monika Frommel** (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel): Da sehe ich eigentlich kein Problem, da ja nur das pure Faktum statistisch erfasst wird. Ich denke schon, dass eine relativ gute statistische Erfassung der Versachlichung der Debatte dienen kann. Allerdings gibt es sehr viele Zahlen, die wir unangemessen interpretieren. Man muss sich nur anschauen, wie unzuverlässig allein in dieser Runde begründet wurde, von welchem Datensatz man ausgeht. Dass der Beratungsbedarf bei der Gruppe der Frauen, die einen PND-Befund hatten, geringer als bei denjenigen ist, die tatsächlich einen Abbruch erwägen, ist eigentlich selbstverständlich. Das wird nicht mitgeteilt.

Dass Ärzte eine Reduktion von Mehrlingen nicht als Schwangerschaftsabbruch melden, kann ich mir nicht vorstellen. Das ist ein schlichter Gesetzesbruch. Wenn die Bundesärztekammer davon ausgeht, dass sie Gesetzesbrecher in ihren Reihen hat, dann wundert mich das. Das stimmt also hinten und vorne nicht. Gegen eine bessere statistische Erfassung bestehen aber prinzipiell keine Bedenken.

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Wir denken, dass die Veränderung der statistischen Erfassung ausreichend ist. Sie ist aus den Gründen, die ich eben genannt habe - es fehlen der Fetozyd und die Angabe der Gründe, die zum Schwangerschaftsabbruch führen, ob sie also im Fötus begründet sind oder nicht -, unbedingt notwendig.

Sie haben eben gehört, dass wir dauernd über die 80 Prozent diskutiert haben, weil

keine Grundlage vorhanden ist. Wenn man den Anträgen bezüglich der Statistik folgen würde, dann hätten wir eine Grundlage, weil dann in abgeschlossenen Wochen gezählt würde und auch die Gründe erfasst würden, die zum Schwangerschaftsabbruch führen. Insofern hätten wir in Zukunft Zahlen.

Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass eine zusätzliche Regelung bezüglich der Dokumentationspflicht und der Weitergabe an Landesbehörden nicht notwendig ist, weil die Grundlagen zur Dokumentationspflicht, die es sonst gibt und die im allgemeinen Arztrecht enthalten sind, an dieser Stelle ausreichend sind.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit sind wir auch am Ende dieser Fragerunde. Wir kommen jetzt zur Fragerunde der Gruppe „Tackmann/Golze/Reinke“.

**Dr. Kirsten Tackmann (DIE LINKE):** Das tiefe Misstrauen, dass hier sowohl gegen die Schwangeren als auch gegen die Ärzteschaft durch die Reihen wabert, verwundert mich doch ein bisschen, weil ich davon ausgegangen bin, dass man erst einmal von dem Regelfall des Vertrauens ausgeht und nur im Ausnahmefall Misstrauen äußert.

Wenn man sagt, dass Frauen trotz optimaler Bedingungen nicht zur Beratung gegangen sind, dann könnte man daraus ja auch die Schlussfolgerung ziehen, dass sie sehr wohl in der Lage sind, diese Entscheidung alleine zu treffen, in dieser Situation auch sehr verantwortungsbewusst vorgehen und nicht unbedingt eine Bevormundung durch den Staat brauchen. Ich glaube, hierdurch kommt auch zum Ausdruck, dass es hier um grundsätzliche Unterschiede geht.

Ich möchte eine Frage an Herrn Albring zur Dokumentationspflicht anschließen. Die Dokumentationspflicht bedeutet ja nicht nur ein Risiko für die Schwangeren, sondern auch für die Ärzte, da dann ja sozusagen dokumentiert wird, dass sie eine Bescheinigung für eine medizinische Indikation ausstellen. Sehen Sie diese Gefahr vor allen Dingen vor dem Hintergrund der schon angesprochenen Tatsache, dass es unterdessen selbst bei einer medizinischen Indikation schwierig geworden ist, einen Abbruch vornehmen zu lassen?

Die zweite Frage richte ich an Frau Schulz. Es ist gerade gesagt worden, dass eine räumliche Nähe der Beratungsstelle zur ärztlichen Praxis besonders wichtig ist, um

einen niedrighschwelligen Zugang zu gewährleisten. Wir diskutieren hier vor dem Hintergrund der Verhältnisse in Berlin; aber schon 100 Kilometer außerhalb Berlins ist diese Situation nicht mehr existent. Ich stelle mir gerade vor, dass ein pädiatrisches Zentrum ja ganz nett ist, aber dort, wo ich herkomme - aus dem Nordwesten Brandenburgs -, ist ein solches so weit weg, dass man schon eine Tagesreise antreten muss, um überhaupt in die Nähe einer Beratungsstelle zu kommen.

Können Sie bitte noch einmal die gegebene Situation darstellen? Wir gehen im Moment immer mit einem Misstrauen auf die Frauen zu; aber vielleicht ist es für die Frauen manchmal auch schwierig, eine entsprechende Beratung zu erhalten.

**Sachverständiger Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V.): Sie müssen davon ausgehen, dass eine Dokumentationspflicht, wenn es sie gibt, auch eingehalten wird; denn das wird kontrolliert. Wenn diese Dokumentation aber freigegeben werden muss, dann müssen Sie auch davon ausgehen, dass das nicht nur den Frauen bewusst ist - sie werden dann nicht mehr so mit dem Arzt reden, wie sie das wollen oder sollen -, sondern dass sich auch die Ärzte darüber bewusst sind, dass eine Freiheitsstrafe oder ein Bußgeld drohen.

Ärzte sind per se nicht dumm. Sie werden genauso wie jeder andere, der in eine solche Situation kommt, überlegen, wie sie der möglichen Strafverfolgung entgehen können. Das kann nicht im Sinne der Sache sein. Deshalb muss ich diese Weitergabe der Dokumentation an irgendwelche Fremden entschieden ablehnen.

**Sachverständige Sybill Schulz** (Familienplanungszentrum - BALANCE): Ich denke, wir gehen oft von den Situationen aus, die wir in Großstädten vorfinden, nämlich von einer Vielzahl von Fachärzten, mittlerweile auch Zentren und natürlich Beratungsstellen. Dennoch erfahren wir, dass Frauen keine zeitnahen Termine für eine qualifizierte Beratung erhalten und dass manche Beratungsstellen dann, wenn es um Pränataldiagnostik, geht, nicht über qualifizierte Beraterinnen verfügen. Selbst in Berlin gibt es Lücken, die zu schließen sind. Das ist ganz klar. Das Beratungsangebot reicht also selbst hier nicht aus.



Wir erleben in den Beratungsstellen natürlich auch, dass Frauen aus Brandenburg, aber auch aus anderen Bundesländern zu uns kommen, weil sie dort nicht den Zugang wie hier in der Stadt haben. Allein durch die Infrastruktur ist also eine Barriere gegeben. Hinzu kommt das Problem, zeitnah Termine für die unterschiedlichen Beratungsarten zu erhalten. Es erfordert einen erheblichen Zeitbedarf und bedeutet Schwierigkeiten für die Frauen, die psychosoziale Beratung auf der einen Seite mit der medizinischen Beratung auf der anderen Seite zu koppeln. Es gibt natürlich auch Frauen, die sagen, dass sie gar keine Beratung haben wollen, und das auch noch einmal abwägen.

Um auf Ihre Frage zu antworten: Ich denke, es ist wichtig, dieses Netz zu verdichten - sowohl in Berlin als auch in den Flächenbundesländern -, sodass Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit unabhängigen Beratungsstellen zusammenarbeiten, die eine kostenlose Beratung anbieten und möglichst zeitnah Termine für Frauen ermöglichen sollten. Am besten geschieht dies alles natürlich unter einem Dach und in einer Hand, also in entsprechenden Zentren, in denen die Frauen keine doppelten Hürden zu überwinden haben, sondern niedrigschwellig in den Genuss einer ausführlichen Beratung kommen.

**Dr. Kirsten Tackmann (DIE LINKE):** Die kostenfreie Beratung ist ein Stichwort für mich. Es gab ja schon die Bemerkung, dass Frauen aufgrund eines schwieriger zu realisierenden Schwangerschaftsabbruchs möglicherweise in die Niederlande gehen. Nun ist das für eine ganze Reihe von Menschen möglicherweise allein schon aus finanziellen Gründen gar nicht möglich. Frau Schulz und Frau Notz, haben Sie Erfahrungen damit gemacht, dass unterschiedliche soziale Situationen von Frauen auch einen unterschiedlichen Umgang mit diesem Problem mit sich bringen können?

**Sachverständige Sybill Schulz (Familienplanungszentrum - BALANCE):** Ich habe hier im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen die Zahl 600 genannt. Es geht dabei um solche nach der 14. Schwangerschaftswoche. Es ging hier nicht um die Zahl der Spätabbrüche. Wir wissen aufgrund der Kooperation mit Beratungseinrichtungen in anderen Ländern - in den Niederlanden,

Österreich und anderen -, dass es ganz unterschiedliche Situationen gibt.

Ich denke, die statistischen Zahlen sind wichtig; das wurde auch angesprochen. Wir wollen wissen, warum Frauen ins Ausland gehen. Wir wissen das nicht wirklich. Auch das, was hier geäußert wurde, waren nur Vermutungen. Liegt der Grund darin, dass ein Abbruch aufgrund sozialer Indikation hier nicht mehr möglich ist, weil die Frauen - aus welchen Gründen auch immer - die Fristen versäumt und keine Beratung aufgesucht haben? Ist die Familie im Hintergrund? Wir wissen das nicht. Diese Zahlen brauchen wir.

Wir wollen verhindern, dass Frauen ausgegrenzt werden, weil sie keinen finanziellen Hintergrund haben, sodass sie eine solche Möglichkeit in Anspruch nehmen können. Wichtig ist, dass sie hier frühzeitig beraten werden, dass sie die Möglichkeit haben, abzuwägen und selbstbestimmt zu entscheiden, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen oder nicht, sodass solche Angebote, wie sie in den Niederlanden oder anderen Ländern gemacht werden, nicht genutzt werden müssen.

Ich glaube, für Frauen ist es eine sehr, sehr schwierige soziale Situation, zu entscheiden, wenn ihnen, aus welchen Gründen auch immer, hier keine Indikation bescheinigt wird - wir haben manchmal Schwierigkeiten, Fachärzte zu finden, die eine medizinische Indikation bescheinigen; auch hier in Berlin und nicht nur im Umland -, sie aber trotzdem die Möglichkeit des Abbruchs haben. Das darf nicht an der finanziellen Situation scheitern.

Ich unterstelle den Ärzten nicht, dass sie leichtfertig handeln, wenn sie eine solche Indikation ausstellen, sondern wir glauben, dass hier ganz klar nach gesetzlichen Vorgaben abgewogen wird und dass natürlich auch die Umstände der Frauen berücksichtigt werden.

**Sachverständige Dr. Gisela Notz (Pro Familia Bundesverband):** Wir haben EU-weit ohnehin eine der restriktivsten Regelungen für den Schwangerschaftsabbruch. Ich denke, wenn diese Regelungen jetzt noch verschärft werden, sodass es schwieriger wird, eine medizinische Indikation bescheinigt zu bekommen, dann wird es mehr Frauen geben, die ins Ausland fahren. Dafür habe ich jetzt keinen Beweis; aber nicht umsonst sind viele Frauen in die Niederlande gefahren, bevor es diese 1995er-Lösung

gab, die wir jetzt verteidigen müssen bzw. wollen. Das wird dann auch zur sozialen Frage.

Ich sagte vorhin schon, dass es überhaupt keinen Grund dafür gibt, dass jemand nicht auch in ein anderes Land gehen sollte. Dazu braucht man aber Geld. Das wirkt sehr ausgrenzend für diejenigen, die das nicht haben. Daneben gibt es eben auch das zeitliche Problem. Wird von dem Arzt hier keine Indikation bescheinigt, dann muss man die Fahrt organisieren und sich die Frage stellen, wie man das tut. Die Gefahr liegt also einfach auf der Hand.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit kommen wir zur Fragerunde der Gruppe „Lenke/Laurischk/Flach“.

**Ina Lenke (FDP):** Herr Professor Kentenich, der Humme-Entwurf ist ja der einzige Entwurf, mit dem hinsichtlich der Beratungen alles untergesetzlich geregelt werden soll. Ich möchte Sie gerne fragen, wie das mit den Mutterschafts-Richtlinien und dem Mutterpass aussieht. Gilt das nicht nur für die GKV und nicht für die PKV? Ich stelle mir die Frage, ob das für alle gilt. Wir sitzen ja deshalb hier, damit es dabei nicht zwei verschiedene Personengruppen gibt.

Zur zweiten Frage. Die Ärztekammern der Länder sollen das in ein verbindliches Satzungsrecht umsetzen. Dann hätten wir also 16 verschiedene Satzungen. Kann ich davon ausgehen?

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich (Bundesärztekammer):** Das betrifft noch einmal die Problematik der untergesetzlichen Regelung. Frau Tackmann sagte zu Recht, dass auch sie einen Antrag zur untergesetzlichen Regelung geschrieben hat; aber er hat genau die gleichen Schwächen wie der Antrag von Frau Humme.

Die eigentlich gute Idee bei dem Antrag von Frau Humme war, dies teilweise durch das Gendiagnostikgesetz zu regeln. Das funktioniert aber nicht, weil nach dem Gendiagnostikgesetz nur die genetischen Veränderungen und alles, was mit der Gendiagnostik zu tun hat, erfasst werden. Über das Gendiagnostikgesetz soll auch geregelt werden, ob Screeninguntersuchungen durchgeführt werden sollen.

Im Hinblick auf den medizinischen Abbruch gibt es dann aber definitiv zwei Löcher:

Das eine Loch ist: Beim Kind kann eine ganze Reihe von fetalen Veränderungen nicht gendiagnostisch erfasst werden, zum Beispiel komplizierte Herzfehler, Veränderungen des Gehirns - also zum Beispiel ein Kind ohne Gehirn, ein Anenzephalus; das können Sie durch genetische Untersuchungen nicht feststellen -, Zwerchfellaplasien, Linksherzhypotrophien und schwere Fehlbildungen der Nieren. Das sind viele Veränderungen, die man gendiagnostisch überhaupt nicht erfassen kann.

Die zweite große Gruppe, die man darüber nicht erfassen kann, sind die gesunden Kinder der Mütter, bei denen isoliert nur eine sogenannte psychiatrische Indikation vorliegt. Das ist selten, aber nicht sehr selten. Das sind Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen, die teilweise dazu geführt haben, dass sie eine Schwangerschaft verdrängt haben. Diese Schwangerschaft wird nach 16 bis 20 Wochen sichtbar. Diese Frauen haben ein gesundes Kind in sich, aber es ist ihnen nicht möglich, die Schwangerschaft auszutragen. Sie werden dann ärztlich beraten. In diesen Fällen kann ihnen, wenn es für die Frauen unzumutbar ist, dieses Kind auszutragen, eine entsprechende Indikation bescheinigt werden, sodass es zu einem Schwangerschaftsabbruch kommt. Die Gründe dafür liegen eben in ihrer psychiatrischen Erkrankung. Insofern sind untergesetzliche Regelungen - zum Beispiel über das Gendiagnostikgesetz - einfach nicht handhabbar, weil die medizinische Indikation nicht abgedeckt wird.

Sie hatten die Mutterschafts-Richtlinien schon angesprochen. Die Mutterschafts-Richtlinien werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Dieser Gemeinsame Bundesausschuss regelt das für diejenigen, die über die GKV versichert sind. Es kann wohl nicht ernsthaft der Vorschlag sein, dass Schwangerschaftsabbrüche unterschiedlich geregelt werden, je nachdem, ob man in der GKV oder in der PKV versichert ist. Das ist wirklich nicht möglich.

Hinsichtlich der Mutterschafts-Richtlinien und des Mutterpasses ist es aber möglich, die Vorgaben in Bezug auf die Pränataldiagnostik zu verbessern. Das ist eine separate Baustelle. Mit allen fünf Anträgen liegen Sie gut beieinander, wenn es darum geht, diese Vorgaben im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik zu verbessern. Hier sind auch die Mutterschafts-Richtlinien separat zu

überprüfen. Aber sie gelten eben nur für einen Teil der Frauen.

**Ina Lenke** (FDP): Frau Dr. Notz, wir haben noch gar nicht über die Informationsmaterialien gesprochen. Ich würde Sie gerne fragen, welches zusätzliche Informationsmaterial die werdenden Mütter und Väter brauchen. Oder ist das alles jetzt so, dass man das nicht noch verbessern muss?

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Ich würde einmal sagen, dass immer alles verbesserungsfähig ist. Es ist ganz wichtig, dass wir uns auch weitere Gedanken darüber machen, wie sinnvolles Informationsmaterial für die Frauen und Paare zur Verfügung gestellt werden kann, wie sie Zugang dazu erhalten können - es nützt überhaupt nichts, wenn die schönsten Broschüren erstellt werden, diese dann aber irgendwo in der Ecke liegen - und wie sie qualifiziert informiert werden können, damit sie die nötigen Informationen auch bekommen. Hier können wir sicher noch einiges tun.

Ich hatte ja schon darauf hingewiesen, dass wir auch die qualifizierte freiwillige Beratung ohne einen moralischen Zeigefinger noch weiter ausbauen können. Das finde ich ganz wichtig. Ich denke, wir alle sind einer Meinung, dass Informationen und Beratung sehr notwendig sind.

Die Geister scheiden sich aber hinsichtlich der Freiwilligkeit. Ich hatte ja schon darauf hingewiesen, welche Anforderungen an die Beratung zu stellen sind. Ich denke, es ist wichtig, dass sich diejenigen, die sich jetzt auf den Beratungszwang der Ärzte berufen und sagen, dass die Ärzte das nur halbherzig tun, fragen, ob sie das mit mehr Überzeugung tun, wenn sie dazu gezwungen sind. Ich wage das wirklich zu bezweifeln. Ich denke, hier muss es andere Informationen geben. Es darf kein Zwang ausgeübt werden.

**Ina Lenke** (FDP): Frau Dr. Notz, Sie hatten sich sehr vehement gegen die dreitägige Bedenkzeit ausgesprochen.

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Ja.

**Ina Lenke** (FDP): Wenn ich mir die ganze Anhörung noch einmal durch den Kopf gehen lasse, dann komme ich einfach zu dem

Schluss, dass ich noch vehementer für die dreitägige Bedenkzeit bin. Nichtsdestotrotz wissen wir alle, dass die dreitägige Bedenkzeit überhaupt nicht gilt, wenn für die Mutter Lebensgefahr besteht. Deshalb würde ich gerne noch einmal wissen, warum Sie so vehement gegen die dreitägige Bedenkzeit gesprochen haben.

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Ich sagte ja, dass ich diese Veränderungen bzw. diese Verschärfungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz insgesamt für nicht notwendig halte. Es ist ja ohnehin dadurch eine Bedenkzeit gegeben, dass ein Zweitgutachten erstellt wird und dass es sich unserer Meinung nach keine Frau leicht macht. Wir wissen nicht, wieso man jetzt auf eine dreitägige Bedenkzeit kommt. Warum drei Tage?

Ich nenne einmal ein Beispiel, das, wie ich weiß, nicht vergleichbar ist: Es gibt viele Situationen, in denen ärztliche Eingriffe überdacht werden müssen, und zwar sowohl von der Frau oder dem Mann, an der oder dem der Eingriff vorzunehmen ist, als auch von dem Arzt. Niemand wird gesetzlich eine dreitägige Bedenkzeit vor einem ärztlichen Eingriff etwa nach der Diagnose Krebs vorschreiben.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz**: Damit sind wir am Ende Ihrer Redezeit. - Wir kommen jetzt zur dritten Frageunde. Es geht weiter mit den Fragen der Gruppe „Kauder/Schmidt/Singhammer“. Nach Abrechnung der Überziehungszeit von vorhin haben Sie in dieser Frageunde lediglich noch fünfeinhalb Minuten Zeit.

**Norbert Geis** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Duttge. Herr Professor Duttge, bei all den Wortmeldungen der Sachverständigen ist ein Begriff nicht zum Tragen gekommen, nämlich die Schutzpflicht des Staates gemäß Art. 2 des Grundgesetzes. Entsprechen nicht zum Beispiel die dreitägige Bedenkzeit und vor allem die Beratungspflicht des Arztes auch im Sinne des Urteils vom 28. Mai 1993 der Schutzpflicht des Staates, und sind sie nicht deswegen verfassungsrechtlich geboten?

**Sachverständiger Prof. Dr. Gunnar Duttge** (Georg-August-Universität Göttingen): Ich bin dankbar für Ihre Frage. In meinem Eingangsstatement hatte ich ja damit

angefangen, zwischen den ersten zwölf Wochen und dem Erfordernis eines objektiven Grundes zu unterscheiden, den festzustellen verfassungsrechtliche Pflicht des Gemeinwezens ist. Ich sehe die vorgeschlagenen Regelungen natürlich im Lichte dieser verfassungsrechtlichen Schutzpflicht, und zwar in zweierlei Richtungen: zum einen natürlich zum Schutze des ungeborenen Lebens und zum anderen zur ebenfalls verfassungsrechtlich gebotenen Fürsorgepflicht zugunsten der betroffenen Frau, sodass sie eine möglichst selbst bestimmte Entscheidung treffen kann.

Dementsprechend scheint es mir in der Tat unabweisbar zu sein, dieser verfassungsrechtlichen Pflicht Rechnung zu tragen. Wir können uns hier natürlich einbilden, das Verfassungsrecht anders zu interpretieren zu können. Jeder von uns hat sicher das Recht, sich seine eigene Meinung über das Verfassungsrecht zu bilden; aber wenn es darum geht, konkrete Gesetze zu schaffen, dann gilt eben das, was das Bundesverfassungsgericht als autoritative Instanz gesagt hat. Dort steht nun genau das, was Sie mich eben gefragt haben.

**Johannes Singhammer** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Kentenich. Sie hatten gerade die Fallgruppe der sogenannten verdrängten Schwangerschaften angesprochen. Gibt es aus Ihrer Sicht die Notwendigkeit, bei der Beratung zwischen solchen Schwangerschaften und den Schwangerschaften zu differenzieren, bei denen eine vermutete oder tatsächliche Behinderung des ungeborenen Kindes diagnostiziert wird?

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Sie haben es schon angesprochen. Hier ist zum Beispiel nicht mehr in erster Linie der Human-genetiker oder auch nicht der Kinderarzt, sondern der Psychiater gefragt. Deswegen sind die drei Gesetzentwürfe, nach denen eine gesetzliche Änderung vorgenommen werden soll, richtig aufgestellt, wenn dies als ärztliche Beratung definiert wird. Wir sind in diesem Falle der Ansicht, dass die ärztliche Beratung insbesondere durch einen Psychiater zu erfolgen hat.

Ich erlebe diese Situationen von Frauen, die eine psychiatrische Erkrankung haben und einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, als die schwierigsten. Sie können sich vorstellen, dass es natürlich nicht möglich ist,

das nach einer Sitzung mit einem Psychiater bzw. nach einer Konsultation zu beurteilen; denn das sind Fälle, bei denen es, wenn die Frau dieses Kind austrägt, sowohl möglich ist, dass sich die Frau stärker stabilisiert, als auch, dass sie in ihrem Leben und hinsichtlich ihrer psychiatrischen Erkrankung gefährdeter ist. Das sind eindeutig die schwierigsten Fälle bei der Beratung.

Insofern müssen wir uns klar Gedanken darüber machen, dass wir sie miterfassen müssen. Durch die Formulierungen, die bisher gegeben sind, sind sie miterfasst. Auch in den erweiterten Formulierungen, wonach ein zusätzlicher ärztlicher Sachverstand zurate gezogen werden muss, ist dies enthalten.

Um das noch einmal zu betonen: Diese Fälle haben nichts mit gendiagnostischen Untersuchungen zu tun, sondern das sind Fälle, in denen das Kind gesund ist, aber trotzdem alle Voraussetzungen zum Abbruch nach § 218 StGB gegeben sind.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit kommen wir zur Gruppe „Humme/Schewe-Gerigk/Ferner“.

**Christel Humme** (SPD): Vielleicht noch einmal zurück zu dem Thema, anlässlich dessen wir heute hier eigentlich zusammengekommen sind, nämlich zur Hilfe für Frauen in Konfliktsituationen.

Ich habe Fragen an Frau Notz. Die erste Frage: Die Hilfe für Frauen in Konfliktsituationen schließt ja eine gute Beratung mit ein. Darauf möchte ich noch einmal fokussieren. Wir haben gerade gehört, dass auch eine Vermittlung der Beratung durch den Arzt erfolgen soll. Eine Vermittlung mit Terminangabe und die Vermittlung eines Termins der Frau in der psychosozialen Beratungsstelle ist für mich eigentlich eine Beratungspflicht der Frau durch die Hintertür. Wie sehen Sie das? Das ist zumindest sehr problematisch.

Die zweite Frage, die mich zum Schluss ziemlich beschäftigt hat, betrifft das Miss-trauensverhältnis der Ärzte untereinander. Wir haben in der Vergangenheit viele Diskussionen geführt, Herr Kentenich. Seit zehn Jahren diskutieren wir das Thema mit den Beispielen, die Sie gerade genannt haben. Meine einzige Frage dazu lautet, Herr Kentenich: Warum war der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht in der Lage, in 14 Jahren die Mutterschafts-Richtlinien so zu ändern, dass die

Ärzte genau das wiederfinden, was sie an guter Beratung für die Frauen wünschen?

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Habe ich es richtig verstanden, dass die Frau zunächst freiwillig zur Beratung kommen soll? Und was ist dann vorgesehen?

**Christel Humme** (SPD): Das ist der Vorschlag von Herrn Singhammer und Frau Griese: die Vermittlungspflicht des Arztes mit einer Terminvergabe an die Frau bei der psychosozialen Beratungsstelle.

**Sachverständige Dr. Gisela Notz** (Pro Familia Bundesverband): Sie kann also auch Nein sagen. Aber der Arzt wird dann dafür bestraft, dass er nicht richtig beraten hat.

(Zurufe: Nein!)

- Er muss nur vermitteln. Wenn er dieser Pflicht nachgekommen ist und die Frau ablehnt, dann wird er nicht bestraft.

Ich denke, dass man in diesem Zusammenhang nicht wirklich von Freiwilligkeit sprechen kann. Freiwilligkeit bedeutet, dass eine Frau informiert wird, wo sie eine Beratung in Anspruch nehmen kann, und dann diese Beratung in Anspruch nimmt. Dagegen, dass der Arzt sie aufklärt und auf die Beratungsmöglichkeit hinweist, weil er über entsprechende Informationen verfügt, ist nichts einzuwenden. Aber es muss keine Bußgeldandrohung geben; das kann auch freiwillig sein.

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Frau Humme, darin bin ich ganz Ihrer Meinung. Ich weiß nicht, ob Misstrauen der Ärzte untereinander eine Ursache ist, aber Sie haben völlig recht: Die Mutterschafts-Richtlinien sind zu verbessern. Das haben alle vorliegenden Gesetzentwürfe und Anträge gleichermaßen zum Ausdruck gebracht.

Die Beratung vor, bei und nach der Pränataldiagnostik ist etwas ganz Wesentliches, und das kann über die Untersuchungen, die in den Mutterschafts-Richtlinien geregelt sind, verbessert werden. Auch die entsprechenden Hinweise im Mutterpass können verbessert werden. Ich denke, dass dies unabhängig von der gesetzlichen Regelung, um die es heute geht, gilt.

In diesem Zusammenhang muss der Gemeinsame Bundesausschuss weiter handeln.

**Irmgard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch nach vierstündiger Beratung ist mir das Ziel der statistischen Erfassung nicht klargeworden. Klar ist nur, dass Misstrauen vorhanden ist. In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an Herrn Kentenich. Sie haben gesagt, es gebe Kollegen, die einen Fetozyd vornehmen, den sie aber nicht als Schwangerschaftsabbruch definierten; das wäre dann eine Totgeburt. Wenn das der Fall ist, dann müsste die Zahl der Totgeburten angestiegen sein. Wie erklären Sie, dass die Zahl der Totgeburten aber nicht angestiegen ist?

Meine zweite Frage gebe ich an Frau Bender weiter.

**Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Professor Nicklas-Faust. Es war schon die Rede davon, dass ein Teil der Pränataldiagnostik im Gendiagnostikgesetz erfasst wird. Sie haben sich positiv zu der vorgesehenen Beratungsregelung geäußert. Wir Grünen haben ein Verbot von Tests auf sogenannte spätmanifestierende Krankheiten vorgeschlagen. Würden Sie das im Kontext dessen, was wir hier diskutieren, für hilfreich halten?

**Sachverständiger Prof. Dr. Heribert Kentenich** (Bundesärztekammer): Vielleicht habe ich mich nicht klar genug ausgedrückt. Die Lücken, die in der Statistik bestehen, betreffen den Fetozyd bei Mehrlingsschwangerschaften. Es ist kein Feld vorgesehen, das man gegebenenfalls ankreuzen könnte. Das wäre mit einer einfachen Gesetzesänderung zu beheben: Man könnte ein Kästchen vorsehen, in dem ein Fetozyd anzugeben ist.

Ich möchte auf einen weiteren Punkt hinweisen. Bei den Spätabtreibungen, die mit Fetozyd durchgeführt werden, besteht folgende Unsicherheit: Wenn der Fetozyd in einer bestimmten Praxis für Pränataldiagnostik durchgeführt wird, stellt sich die Frage, wo dies eingetragen werden soll. Es ist kein Feld dafür vorgesehen. Möglich ist aber auch, dass eine Frau eine Klinik aufsucht und der Abbruch dort durchgeführt wird. Auch dass es zwei Orte gibt, an denen der Abbruch durchgeführt wird, beinhaltet eine Fehlermöglichkeit. Der Eingriff muss korrekterweise so durchgeführt werden, dass er zunächst als Abbruch gekennzeichnet wird, und wenn das Kind über 1000 Gramm wiegt, muss er zugleich als Totgeburt klassi-



fiziert werden. Es muss beides erfasst werden

(Irmingard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Aber die Zahl der Totgeburten ist nicht angestiegen!)

In der Statistik ist auch kein Feld für Totgeburten vorgesehen. Es müsste aber ein Feld geben, in dem ein Fetozid erfasst wird. Denn die Methode, nach der das Kind dem Abbruch zugeführt wird, ist der Fetozid. Aber man kann dies nicht klassifizieren.

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Ich fasse mich kurz. Das Gendiagnostikgesetz regelt im Grunde das Verhältnis zwischen Wissen und Nichtwissen. Das Recht auf Nichtwissen des Kindes wird verletzt, wenn die Mutter eine vorgeburtliche Untersuchung auf irgendetwas vornimmt. Das kann gerechtfertigt sein, wenn die Mutter ein eigenes Interesse daran hat. Was spätmanifestierende Erkrankungen angeht, die erst im Erwachsenenalter sichtbar werden, halten wir es für unzulässig, diese Untersuchung durchzuführen, weil sich nach § 218 StGB letztlich keine Konsequenz daraus ergeben würde. Es lässt sich daraus kein Schwangerschaftskonflikt der Frau konstruieren. Das Recht auf Nichtwissen des Kindes wird aber dadurch auf unzulässige Weise beschädigt. Daher ist diese Regelung abzulehnen.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit kommen wir zur Runde der Gruppe „Lenke/Laurischk/Flach“.

**Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Duttge. Ich bitte Sie, aus juristischer Sicht zusammenzufassen, wie Sie zu der Dokumentation bzw. der Weitergabe der Dokumentation, die hier teilweise gefordert wird, und der Nichtweitergabe stehen. Wie stehen Sie zu der eventuellen statistischen Erfassung? Sie haben schon einiges dazu gesagt. Bitte fassen Sie es noch einmal kurz zusammen.

**Sachverständiger Prof. Dr. Gunnar Duttge** (Georg-August-Universität Göttingen): Wenn ich mich bisher noch nicht klar genug ausgedrückt habe, kann ich es in der zur Verfügung stehenden knappen Zeit noch

einmal möglichst kurz versuchen. Die Diskussion berührt den Bereich des § 218 a Abs. 2 StGB. Es ist davon auszugehen, dass man einen guten, objektiven und nachprüfbaren Grund braucht, um die Entscheidung mit der Rechtsfolge zu treffen, dass es sich um einen erlaubten Schwangerschaftsabbruch handelt, der in Übereinstimmung mit der Rechtsordnung steht. Das ist verfassungsrechtlich nur dann akzeptabel, wenn das Geschehen so erfolgt, wie es im § 218 a Abs. 2 StGB geregelt ist. Es muss also sichergestellt sein, dass das Geschehen genau verfolgt werden kann. Es muss deshalb sorgfältig dokumentiert werden. Aufgrund der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht ist auch eine Kontrolle durch Repräsentanten der Allgemeinheit notwendig. Wenn etwa darauf hingewiesen wird, dass sich die Dokumentationspflicht schon aus dem allgemeinen Arztrecht bzw. aus dem Standesrecht - soweit es betroffen ist - ergibt, dann ist das zwar richtig; aber es setzt gemessen an der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht für hochrangige Rechtsgüter relativ niedrig an.

Von daher ist es aus meiner Sicht wesentlich überzeugender, die Zuständigkeit nicht an das Standesrecht zu delegieren - ohne damit irgendein Misstrauen zu verbinden - und es insbesondere auch nicht davon abhängig zu machen, dass jemand zivilrechtlich den Klageweg - Nebenpflicht des Vertrages - beschreitet. Ich finde es geradezu infam, auf die zivilrechtliche Klagemöglichkeit zu verweisen, und irgendwo denken wir uns dabei „Wo kein Kläger, da kein Richter“. Es ist eine hoheitliche Pflicht, von Amts wegen sicherzustellen, dass nur das geschieht, was auch geschehen soll, dass also die Grenzen, die in § 218 a Abs. 2 StGB vorgesehen sind, auch eingehalten werden. Daran soll sich nichts ändern.

Gestatten Sie mir noch eine Ergänzung, Frau Notz. Was die geschichtliche Perspektive angeht, ist keine Verschärfung, sondern die Wiederherstellung der Rechtslage bezogen auf die bis 1995 bestehenden Regelungen zur Beratung und Dreitagesfrist vorgesehen, die dann aufgrund der Entscheidung des Gesetzgebers völlig verlorengegangen sind. Wenn wir feststellen, dass es Defizite gibt, dann geht es nur um die Wiederherstellung dessen, was vorher ganz ohne Beanstandungen Teil unserer Rechtsordnung gewesen ist.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit sind die vier Minuten um. Wir kommen zur nächsten Gruppe. Das ist die Gruppe „Göring-Eckardt/Griese/Nahles“.

**Kerstin Griese (SPD):** Ich habe zwei Fragen. Meine erste Frage richtet sich an Frau Nicklas-Faust in ihrer Funktion als stellvertretende Vorsitzende der Lebenshilfe und, wenn Sie mögen, auch gerne mit einer persönlichen Antwort. Uns haben zu unserem Antrag, in dem wir auch festhalten, dass es uns wichtig ist, dass auch behindertes Leben gelingendes Leben ist, viele Briefe von Eltern behinderter Kinder erreicht, die teilweise Äußerungen wie „Das muss doch nicht sein, das weiß man doch heute vorher“ zu hören bekommen haben. Welche Erfahrungen hat die Lebenshilfe in diesem Zusammenhang gemacht?

Meine zweite Frage richtet sich an Frau Woopen und knüpft an das an, was eben ausgeführt wurde. Meinen Sie nicht eher, dass unser Antrag den 1995 gefundenen Kompromiss unterstützt, mit dem die embryopathische Indikation abgeschafft wurde? Unser Antrag setzt genau das um. Er geht davon aus, dass es keine embryopathische, sondern ausschließlich eine medizinische Indikation gibt; genau deshalb muss eine verstärkte und bessere Beratung erfolgen, wenn eine eventuelle Behinderung diagnostiziert wird. Ich teile nicht die Einschätzung, dass das einen Rückschritt bedeutet. Meine Frage ist vielmehr: Ist das nicht eine gute Unterstützung des 1995 gefundenen Kompromisses?

**Sachverständige Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Alle Studien zur Lebensqualität von Familien mit behinderten Kindern und auch von Menschen mit eigenen Behinderungen ergeben, dass die Existenz und die Schwere einer Behinderung nicht viel damit zu tun haben, wie hoch die Lebensqualität eingeschätzt wird. Das heißt, in den Studien wird ganz klar bejaht, dass behindertes Leben sehr häufig gelingendes Leben ist und sich darin nicht von unbehindertem Leben unterscheidet.

„Das muss doch heute nicht mehr sein“ ist ein Standardspruch. Herr Lenhard hat das in einer Untersuchung für bis zu 40 Prozent der Eltern von Kindern mit Downsyndrom herausgefunden. Ich selber war diesem Spruch

auch schon ausgesetzt. Ich bin oft mit Medizinstudenten zusammengetroffen, um ihnen zu erzählen, wie es sich mit einem behinderten Kind lebt. Dabei bin ich sehr häufig gefragt worden, wie es gekommen sei, dass ich als Ärztin eine schwerbehinderte Tochter habe, und ob das nicht auch hätte anders sein können. Dabei begegnet mir eine doppelte Position: Zum einen wird die Pränataldiagnostik systematisch überschätzt - es ist nicht bekannt, dass nur 25 Prozent der angeborenen Behinderungen über Pränataldiagnostik erkennbar sind -, und zum anderen wird der Automatismus zugrunde gelegt, dass ich meine Tochter nicht geboren hätte - zumindest nicht lebendig -, wenn ich vorher gewusst hätte, dass sie schwer geistig behindert sein würde. Das ist eine Haltung, die Menschen mit Behinderung bzw. Familien mit behinderten Kindern immer wieder entgegengebracht wird.

**Sachverständige PD Dr. Christiane Woopen** (Universität zu Köln): Ich gebe Ihnen völlig recht, dass die jetzigen Bemühungen, die Beratungssituation von Frauen und ihren Partnern in der Situation der Mitteilung eines pathologischen Befundes zu verbessern, die damalige Absicht des Gesetzgebers unterstützen und zur Geltung bringen, nämlich durch die Änderung des Schutzkonzeptes noch einmal in besonderer Weise deutlich zu machen, dass der Abbruch nicht dadurch gerechtfertigt ist, dass das Kind behindert oder krank sein wird, sondern dass es ausschließlich auf die mütterliche Situation ankommt, wie schon verschiedentlich betont wurde.

Auch die alte sogenannte embryopathische Indikation knüpfte nicht als Rechtsfertigungstatbestand an die Krankheit des Kindes, sondern an die Zumutbarkeit für die Mutter an. Das hat der Gesetzgeber noch einmal mehr unterstrichen, indem er beschloss, die embryopathische Indikation abzuschaffen und in die medizinische Indikation zu integrieren. Dabei ging es aber ganz klar um die Gesundheitsgefahr für die Frau. Um die anderen Punkte mit aufzugreifen, hat er in §218 a Abs. 2 StGB die Formulierung „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren“ eingefügt.

Wenn jetzt also Beratungen erfolgen, die tatsächlich die Frau und ihre Entscheidungsbildung in den Mittelpunkt stellen, dann heißt das, dass sie sich ihre Meinung dazu bilden

muss, was das Leben mit dem Kind bedeutet. Das fällt nicht vom Himmel; dazu muss sie sich beraten lassen. Sie kann im Übrigen auch nicht ihr Recht auf Nichtwissen geltend machen; denn es gibt einen Befund, der ihr auch bekannt ist. Sie ist, wie bereits ausgeführt wurde, bei ihrer Entscheidung auf unterschiedliche Perspektiven angewiesen. Es darf ihr aber nichts übergestülpt werden; vielmehr sind unterschiedliche Angebote nötig, die sie nutzen kann. Dazu gehören die ärztliche Beratung durch einen Arzt, der sich mit der in Rede stehenden Krankheit und Behinderung des Kindes auskennt, die psychosoziale Beratung, die Beratung durch eine Selbsthilfeorganisation oder Ähnliches.

Die Änderung des damaligen Schutzkonzepts durch die vorgeschlagen Gesetzesänderungen würde das hervorheben; aber sie unterliegt auch der Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht und bedarf deshalb einer statischen Erfassung. Das unterstreiche ich ausdrücklich.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit sind wir am Ende dieser Frageunde und kommen zur letzten Runde.

**Dr. Kirsten Tackmann (DIE LINKE):** Auf diesen Zungenschlag muss ich etwas erwidern. Es geht nicht darum, behinderte Embryos vor ihren leichtfertigen Müttern zu schützen. Die Menschen, die sich für das Selbstbestimmungsrecht der Frauen einsetzen, setzen sich sehr wohl auch für das Selbstbestimmungsrecht von Familien mit behinderten Kindern ein. Ich wünschte mir, dass sehr viel mehr für diese Familien getan würde. Es sollte nicht nur in einer Entscheidungssituation darüber geredet werden, sondern auch danach.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Diese Debatte führen wir dann noch im Plenum.

**Dr. Kirsten Tackmann (DIE LINKE):** Das war aber wichtig; das wollte ich zu diesem Zungenschlag klarstellen.

Mich interessiert, Frau Frommel und Frau Schulz - es geht nämlich um einen sehr wichtigen Punkt -, welche Konsequenzen die vorgeschlagenen Änderungen oder Verschärfungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes generell für die medizinische Indikation hätten.

**Sachverständige Prof. Dr. Monika Frommel** (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel): Im Grunde müssten die Ordnungswidrigkeitentatbestände fallen. Ein Konsens bildet sich auch dahin gehend, dass die Weitergabe der Dokumentation entfallen muss. Schließlich würde es sich anbieten, dass man lediglich - wo auch immer - das Angebot an qualifizierter psychosozialer Beratung regelt, das der Staat zu finanzieren hat, und es von irgendwelchen Arztpflichten oder sonstigen Pflichtenstellungen entkoppelt.

Wenn das Angebot vorhanden und die Zertifizierung und Honorierung daran geknüpft wird, dass ein entsprechender Kontakt besteht, dann regelt sich das von alleine. Das ist primär ein finanzielles und empirisches Problem. Wir reden ansonsten über arztrechtliche Selbstverständlichkeiten.

Das Problem besteht darin, dass es ein solches Netz nicht gibt und damit auch seine Finanzierung nicht geregelt ist. Das können wir nicht über Arztpflichten sicherstellen; es ist nur durch die Entscheidung dieses Hauses möglich, die Länder dazu zu verpflichten, diese Einrichtungen zu finanzieren.

**Sachverständige Sybill Schulz** (Familienplanungszentrum - BALANCE): Ich kann mich dem nur anschließen. Wir haben von mehreren Seiten gehört, dass die Dokumentationspflicht nicht notwendig sei. Wenn es zu einer Verschärfung der gesetzlichen Regelungen kommt, dann halte ich es für wichtig, dass von vornherein die Beratung zu jedem Zeitpunkt - vor, bei und nach der Pränataldiagnostik - sichergestellt wird. Damit ist aber die Befürchtung verbunden, dass Frauen, die abwarten, sich nicht sicher sind oder keine Ärzte finden, die eine medizinische Indikation stellen, ein weiteres Fortschreiten der Schwangerschaft und somit vielleicht eine Verzögerung in Kauf nehmen. Wir sehen darin eine Verschärfung, dass mit einer zusätzlichen Bedenkzeit, die wir nicht unterstützen können, eine solche Verzögerung verbunden ist. Wir verstehen nicht, warum Frauen warten sollen, wenn sie vorab ausreichend informiert und beraten worden sind. Wenn sie zum Beispiel vor einer pränataldiagnostischen Untersuchung bzw. vor dem ersten Ultraschall von den Fachärzten beraten werden, dann werden sie sich sicherlich schon zu diesem Zeitpunkt mit der Thematik auseinandersetzen.

Ich glaube nicht, dass eine Frau die mögliche Beeinträchtigung der Schwangerschaft und der eigenen Person oder auch des Kindes nicht mitbedenkt. Es ist hier so dargestellt worden, als hätten sich Frauen vorher überhaupt nicht damit auseinandergesetzt und fielen dann in eine totale Schocksituation. Das können wir aus der Beratungsstelle so nicht bestätigen. Insofern besteht die Sorge, dass die Schwangerschaft immer weiter fortschreitet und es zu einer Verzögerung kommt. Das wollen wir auf keinen Fall unterstützen. Wir wollen vielmehr am Beratungskonzept arbeiten, um eine rechtzeitige Beratung und kostenfreie interdisziplinäre Beratungsangebote zu ermöglichen.

**Stellvertretende Vorsitzende Ekin Deligöz:** Damit sind wir am Ende der Sachverständigenanhörung. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen allen.

Die Fraktionen haben die Entscheidung freigegeben. Damit ist jede Abgeordnete und jeder Abgeordneter in der Entscheidungsfindung für sich selbst verantwortlich. Es wird keine einfache, aber ich hoffe, eine besonnene Entscheidung. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine gute Heimreise. Seien Sie sich sicher, dass wir Ihre Expertise in die weiteren Beratungen einfließen lassen.

(Schluss: 17.54 Uhr)