



Vorschlag zur Ergänzung
des Schwangerschaftsabbruchsrechts
aus medizinischer Indikation

insbesondere
unter Berücksichtigung
der Entwicklung der Pränataldiagnostik

Inhalt

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

Präambel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entwurf zur Änderung

des / der

Strafgesetzbuchs (StGB)

Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG)

Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes

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

§ 218 a

Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

- (1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn
1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,
 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und
 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

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

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

§ 219

Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage

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

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

§ 219 a - neu -

Beratung der Schwangeren nach § 218 a Abs. 2 b

(1) Die Beratung dient dem Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, der Schwangeren eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zwischen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung und dem Fortsetzen der Schwangerschaft zu ermöglichen. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen. Im Beratungsgespräch ist der besonderen Konfliktlage bei möglicher extrateriner Lebensfähigkeit des Kindes Rechnung zu tragen. Auf das Angebot einer psychosozialen Betreuung vor, während und nach dem Schwangerschaftsabbruch (§ 2 SchKG) muss hingewiesen werden. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.

(2) Die Beratung nach Abs. 1 erfolgt durch den Arzt, der die Indikation nach § 218 a Abs. 2 u. 2 a zum Schwangerschaftsabbruch stellt. Der beratende Arzt hat der Schwangeren über die erfolgte Beratung eine Bescheinigung auszustellen.

Änderung

Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

§ 12 Weigerung

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

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

Änderungen

Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

§ 16 Erhebungsmerkmale, Berichtszeit und Periodizität

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

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

Der Name der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden.

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

Schwangerschaftsabbruchstatistik

des

Statistischen Bundesamtes

(einschließlich Rechtsgrundlagen)

Änderungen des Erhebungsvordrucks

(Mustervordruck in der bisherigen Fassung siehe Folgeseiten)

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

Zum Quartalsende bitte ausgefüllt senden an:

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

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

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

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

Anschrift oder Stempel der Arztpraxis oder des Krankenhauses

Name der Arztpraxis oder des Krankenhauses

Strasse / Hausnummer

PLZ / Ort

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

Weitere Hinweise und Ausfüllanleitung siehe Rückseite

Länderschlüssel:

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

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

Zum Quartalsende bitte ausgefüllt senden an:

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Gruppe VIII A
Postfach 17 03 77

53029 Bonn
Tel.: 01888/643-8154
Fax: 01888/643-8994

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

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

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

Anschrift oder Stempel der Arztpraxis oder des Krankenhauses

.....
Name der Arztpraxis oder des Krankenhauses

.....
Strasse / Hausnummer

.....
PLZ / Ort

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

Weitere Hinweise und Ausfüllanleitung siehe Rückseite

Länderschlüssel:

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

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

Begründung

Allgemeiner Teil

I. Pränataldiagnostik und mögliche Konsequenzen für die Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Notwendige Veränderungen

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

1.1. Obligatorische Beratung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Zeit des Überdenkens

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

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

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

1.3. Inhalt der Beratung

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

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

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

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

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

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

1.4. Obligate ärztliche Beratung

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

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

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

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

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

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

1.5. Notwendigkeit des Angebotes einer fakultativen psychosozialen Betreuung

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

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

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

1.6. Bescheinigung

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

1.7. Ausnahmeregelung

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

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

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

II. 2 Schwangerschaftsabbruch bei zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes

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

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

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

II. 3. Weigerungsrecht des Arztes

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

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

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

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

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

II. 4. Unvollständigkeit der statistischen Erfassung

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

Deshalb werden konkretisierende Ergänzungen der Erhebungsmerkmale zur / zum

- Klassifizierung bei medizinischer Indikation
- Schwangerschaftsdauer
- Fetozyd

vorgeschlagen.

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

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

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

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

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

Begründung

Spezieller Teil

Vorbemerkung

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

zu § 218 a Abs. 2 a StGB

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

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

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

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

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

zu § 218 a Abs. 2 b StGB

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

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

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

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

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

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

zu § 219 a Abs. 1 StGB

Inhalte der Beratung

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

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

Notwendigkeit des Angebots einer psychosozialen Beratung

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

zu § 219 a Abs. 2 StGB

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

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

zu § 12 Abs. 2 SchKG

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

zu § 16 Abs. 1 SchKG

Zahl der Kinder (Nr. 3)

Redaktionelle Klarstellung im Interesse der Eindeutigkeit.

Dauer der Schwangerschaft (Nr. 4)

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

Erkrankungen des Feten (Nr. 6 - neu -)

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

Nummern 7 und 8

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

zur Änderung des Erhebungsvordrucks für die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes

- **neue Hauptspalte 18 „fetale Erkrankungen“**

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

- **Zu Hauptspalte 21:**

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

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

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

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

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

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

- >> **Einführung einer neuen Unterspalte „Embryozid / Fetoqid“**

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

Embryozid / Fetoqid zur Embryoreduktion

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

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

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

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

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

Fetozid bei potentieller Lebensfähigkeit des Kindes

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

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

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

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

Schlussbemerkung

Überschneidungen zwischen statistischer Erhebung des Schwangerschaftsabbruchs und Personenstandsrecht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 29 PersStdGAV

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