



Gesetzliche Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

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

für die Anhörung

am 16. März 2009

Bearbeitungshinweis:

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

Gliederung

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

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

Zusammenfassende Bewertung der Gesetzentwürfe und Anträge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

setzt teilweise die von der Ärzteschaft angeregten Änderungen um und wird insofern begrüßt. Verbesserungsfähig ist die im Ansatz geregelte Konzeption zur Beratung und Aufklärung der Schwangeren und ihres Partners in Konfliktsituationen nach einer pränataldiagnostischen Maßnahme bzw. nach Feststellungen, die einen Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 2 StGB rechtfertigen könnten. Die Aufklärungs- und Beratungspflichten nach § 2a Abs. 1 und 2¹ sollten durch weitere Maßnahmen wie sie im Gesetzentwurf BT-16/11106 enthalten sind, flankiert werden.

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

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

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

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

¹ Die angegebenen Paragraphen beziehen sich auf den im jeweiligen Abschnitt besprochenen Gesetzentwurf.

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

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

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

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

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

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

A. Einleitung

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

Stellung genommen wird zu den folgenden Gesetzentwürfen bzw. Anträgen:

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

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

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

Die Ergebnisse der Stellungnahme werden zusammengefasst und den Ausführungen vorangestellt.

B.

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

Die §§ 218 ff. StGB enthalten die strafrechtlichen Regelungen, die das werdende Leben schützen sollen. Die Einordnung des Schwangerschaftsabbruchs in das Strafrecht ist historisch bedingt. Die in Deutschland nach der Wiedervereinigung und nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.05.1993 geführte Diskussion führte zu dem Ergebnis, dass eine komplizierte Regelung der Einzelindikationen des Schwangerschaftsabbruchs bis zur vollendeten 22. Woche post conceptionem (p.c.) als Rechtfertigungs- oder Strafausschließungsgrund vorsieht².

Nach den §§ 218 ff. StGB und der Neufassung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHG) vom 21. August 1995³ unterliegt der Schwangerschaftsabbruch nach wie vor grundsätzlich der Strafdrohung, wenn auch erst nach „Abschluss der Einnistung“⁴ des Embryos. Gem. § 218a Abs. 2 StGB ist ein Schwangerschaftsabbruch nach folgender Maßgabe straflos:

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

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

² Schönke, Schröder, Strafgesetzbuch, Kommentar, 27. Auflage, §§ 218 ff., Vorbemerkung, Rn. 1ff.

³ Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21.08.1995

⁴ Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht, 6. Auflage, Rn. 737

⁵ Schönke, Schröder, .a. a. O., § 218a, Rn. 26 m. w. N.

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

Mit anderen Worten: Nach Wegfall der sog. embryopathischen Indikation mit den gesetzlichen Änderungen zum Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1995 bezweckte der Gesetzgeber die Integration dieser Fälle in die medizinisch-soziale Indikation⁷.

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

⁶ Schönke, Schröder, a. a. O., § 218a, Rn. 20 und 26

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

C.

Standpunkte und Initiativen der Bundesärztekammer

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

1.1 Die Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik

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

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

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

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

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

1.2 Die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen

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

⁸ Dt. Ärzteblatt 1998, Heft 47, A-3013 – 3016

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

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

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

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

D.

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

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

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

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

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

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

⁹ Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht a. a. O., Rn. 736

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

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

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

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

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

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

...

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

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

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

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

...

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

...

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

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

...

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

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

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

...

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

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

...

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

...

2c. ...

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

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

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

...

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

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

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

...

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

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

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

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

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

...

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

E. Zwischenfazit

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

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

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

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

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

F.

Zu den Gesetzentwürfen und Anträgen

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

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

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

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

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

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

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

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

Das statistische Bundesamt berichtete im Jahre 2007 über insgesamt 116 871 Schwangerschaftsabbrüche. Ca. 97,3 % der gemeldeten Abbrüche wurden nach der Beratungsregelung innerhalb des ersten Trimenons vorgenommen. Für das Jahr 2007 wurden 25 Fälle nach kriminologischer und 3072 Fälle nach medizinischer Indikation ausgewiesen. Damit wurde in ca. 2,6 % der Fälle die medizinische Indikation als Grund für den Schwangerschaftsabbruch angegeben. Weiter werden insbesondere die Art des Eingriffs, die Dauer der Schwangerschaft und das Bundesland statistisch erfasst¹⁰.

Die Angaben des Statistischen Bundesamtes belegen einen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche, auch nach medizinisch-sozialer Indikation, und dies, obwohl sich die Pränatalmedizin in den letzten zehn Jahren erheblich entwickelt hat. Letzteres wiederum verlangt die Inanspruchnahme pränatalmedizinischer Untersuchungen mit in den Blick zu nehmen. Linear kausale Zusammenhänge zwischen pränatalmedizinischen Maßnahmen und einem Schwangerschaftsabbruch sollten aus dieser Statistik nicht hergeleitet werden. Dafür bedürfte es weitergehender wissenschaftlicher Untersuchungen, die im Kontext mit dem Gesetzgebungsverfahren auch vorgetragen werden¹¹.

¹⁰ Statistisches Jahrbuch 2008 für die BRD, Statistisches Bundesamt, S. 249

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

2. Ort und Gegenstand der Regelung

a) Ort der Regelung

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

Aus rechtspolitischen Erwägungen sind in den vorliegenden Gesetzentwürfen primär Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgesehen. Dies ist anzuerkennen. Nicht nachvollziehbar ist dagegen die Argumentation von Duttge in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes¹², der den Regelungsansatz im Strafgesetzbuch für den Gesamtkomplex „Schwangerschaftsabbruch“ angreift; denn dies ist der dem Schutzgut angemessene Regelungsort.

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

¹²

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

- b) Gegenstand einer Regelung sollten die beschriebenen Defizite sein. Dies betrifft inhaltlich sowohl die Beratung der Schwangeren im weiteren Sinne als auch die Bedenkzeit und andere damit verbundene Fragen. Vor einer Regelung ist stets zu klären, welche Bestimmungen bestehen und ob eine weitere Normierung notwendig ist. So ist z. B. die Dokumentationspflicht für Ärzte in § 10 (Muster-)Berufsordnung¹³ fixiert; ein Verstoß kann daher berufsrechtlich sanktioniert werden. Zuständig ist die jeweilige Landesärztekammer. Darüber hinaus resultiert die Dokumentationspflicht als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Eine Verletzung kann haftungsrechtliche Ansprüche auslösen.

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

3. Die Regelungsvorschläge in den Gesetzentwürfen und Anträgen

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

3.1.1 Inhaltliche Ausrichtung

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten

a) Regelungen zur Aufklärung und Beratung

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

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

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

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

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

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

oder Konsil, zu nutzen und zu entwickeln. Dies betrifft beispielsweise eine fallbezogene interdisziplinäre Kooperation verschiedener, auch ärztlicher, Experten¹⁴.

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

b) Bedenkzeit

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

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

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

flektieren sowie die Behandlung krankhafter Zustände und Leiden zu beginnen.

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

c) Verbesserung der statistischen Erfassung

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

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

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

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

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

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

Die ärztliche Dokumentationspflicht resultiert aus § 10 MBO-Ä sowie als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu treffen. Diese dienen auch dem Interesse der Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Die Dokumentation hat die Anamnese, die Beschwerden des Patienten, die Diagnose und Behandlung sowie das Ergebnis zu enthalten¹⁵.

¹⁵ Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht a. a. O., Rn. 609 ff.

Die Folgen der Verletzung der Dokumentationspflicht ergeben sich nicht nur aus dem Berufsrecht, sondern auch aus dem Vertrags- und Prozessrecht. Diesbezüglich hat sich eine umfassende Rechtsprechung entwickelt, die bis zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Patienten geführt hat¹⁶.

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

Fazit:

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

¹⁶ Deutsch, Spickhoff, Medizinrecht a. a. O., Rn. 613

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

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

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

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

3.2.1 Inhaltliche Ausrichtung

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungsinhalten

a) Regelung zur Aufklärung und Beratung

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

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

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

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

b) Bedenkzeit

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

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

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

c) Statistische Erfassung

Regelungen zur Verbesserung der Statistik sind nicht vorgesehen.

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

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

Fazit:

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

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

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

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

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

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

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

3.3.2 Stellungnahme im Hinblick auf die wesentlichen Regelungsinhalte

a) Regelungen zur Aufklärung und Beratung

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

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

genwärtigen Gefahr für das Leben der Schwangeren abgesehen werden.

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

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

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

b) Bedenkzeit

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

c) Erweiterung der Statistik zur Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen

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

d) Ordnungswidrigkeiten

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

Fazit:

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

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

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

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

3.4.1 Inhaltliche Ausrichtung

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

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

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

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

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

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

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

Die Bundesregierung wird zudem aufgefordert:

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

3.4.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Inhalten

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

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

a) Vorgeburtliche genetische Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz

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

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

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

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

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

b) Aufgaben der Ärztekammern und der Bundesärztekammer

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

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

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

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

Fazit:

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

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

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

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

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

Im Weiteren wird dargelegt, dass das Recht auf umfassende, vertrauensvolle und ergebnisoffene medizinische und psychosoziale Beratung und Unterstützung im besonderen Maße auch mögliche vorgeburtliche Untersuchungen betreffe¹⁸.

Ausgehend von der Feststellung, dass Schwangere, die sich zu einem späten Schwangerschaftsabbruch entscheiden, einen Rechtsanspruch auf eine umfassende medizinische und psychosoziale Beratung sowohl vor als auch nach dem Abbruch haben, werden weitere Rechte statuiert; beispielsweise das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt¹⁹.

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

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

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

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

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

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

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

3.5.2 Stellungnahme zu den wesentlichen Inhalten

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

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