

**Fragenkatalog  
zu der öffentlichen Anhörung  
des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
zum Thema  
„Konfliktsituationen während der Schwangerschaft“  
am Montag, dem 16. März 2009, 13:30 bis 17:30 Uhr  
Paul-Löbe-Haus, Saal 4.900**

1. Im Jahr 1995 wurde die sogenannte embryopathische Indikation als eigenständiger Grund für einen Schwangerschaftsabbruch abgeschafft und in die medizinisch-soziale Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) überführt. Es sollte einerseits der Erwägung, dass sich durch eine Behinderung des Ungeborenen eine unzumutbare Belastung der Schwangeren ergeben kann, Rechnung getragen werden, andererseits wurde „klargestellt, dass eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann“ (BT Drs. 13/1850 S. 26). Wie hat sich die Situation in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der Behinderung des Ungeborenen sowie für die Schwangeren/Eltern seitdem entwickelt?
2. Gibt es wissenschaftliche Untersuchungen zu Inhalt und Qualität der Beratungen vor und nach pränataler Diagnostik und bei Feststellung eines embryopathischen Befundes und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?
3. Die Befürworterinnen und Befürworter einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes begründen ihre Vorschläge damit, dass es in der Praxis einen Automatismus zwischen Diagnose und Schwangerschaftsabbruch gäbe. Es wird angenommen, dass Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich nicht ausreichend medizinisch beraten und unterlassen, auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung aufmerksam zu machen. Oft würden Ärztinnen und Ärzte Frauen zu einem Abbruch drängen. Frauen würden in der Folge übereilt und unter Schock entschieden. Ist diese Schilderung der Praxis zutreffend? Also gibt es nach Ihren Erfahrungen einen solchen Automatismus oder wie gestalten sich Ihrer Meinung nach die Prozesse nach einer Diagnose tatsächlich?
4. Wie beurteilen Sie den Handlungsbedarf im Rahmen der medizinischen Indikation, um die Aufklärung, Beratung und Unterstützung der betroffenen Frauen zu verbessern? Inwieweit und an welcher Stelle sollten Änderungen gesetzlich verankert werden? Warum ist das Schwangerschaftskonfliktgesetz der richtige Regelungsort?

5. Bedarf es überhaupt einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, um einen verbesserten Zugang zu medizinischer und psycho-sozialer Beratung sicher zu stellen?
6. Wären ausschließlich untergesetzliche Regelungen, z.B. in den Mutterschaftsrichtlinien, ausreichend und inwieweit wären diese durch den Bundestag zu beeinflussen?
7. Wäre im Zusammenhang mit Beratung eine deutlichere Ausgestaltung der Mutterschaftsrichtlinien Ihrer Meinung nach zielführend und halten Sie einen Umbau des Mutterpasses als Informationsdokument für die schwangere Frau für sinnvoll und hilfreich, auch um die Inanspruchnahme des bereits heute existierenden Rechts auf psychosoziale Beratung zu erhöhen?
8. Welche Maßnahmen sind geeignet, um eine bessere Qualität der medizinischen Beratung, eine bessere Information der Frauen über ihren Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung und eine bessere Verknüpfung zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und psychosozialen Beratungsstellen zu erreichen?
9. Was muss geändert werden, damit tatsächlich alle Frauen in einer Schwangerschaftskonfliktsituation nach der 12. Woche eine psychosoziale Beratung wahrnehmen können, welche Hilfen und welche Art von Unterstützung sind für werdende Eltern in Konfliktsituationen besonders wirkungsvoll und für wie wichtig halten Sie nach Ihrer Erfahrung psychosoziale Beratung?
10. Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass Ärztinnen und Ärzte über das ärztliche Standesrecht hinaus gesetzlich verpflichtet werden, allen – nicht akut gefährdeten – Schwangeren, bei denen eine medizinische Indikation in Erwägung gezogen wird, eine umfassende Aufklärung und Beratung – auf freiwilliger Basis – anzubieten?
11. Die vorliegenden Vorschläge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes betreffen alle Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation und nicht nur die sog. Spätabbrüche. Welche Auswirkungen hätten die gesetzlichen Änderungen auf die Praxis von Abbrüchen und das Wesen der medizinischen Indikation? Wie würden die Ärztinnen und Ärzten auf die neuen Regelungen reagieren? Was würde hieraus für die betroffenen Frauen resultieren und wie könnten sie ggf. hierauf reagieren?
12. Wie können sich Eltern über Pränataldiagnostik und weitere Fragen heute informieren, und sollte darüber hinaus Informationsmaterial mit welchem Inhalt und vom wem erstellt und ausgelegt werden?
13. Wird sich die heutige Praxis der Pränataldiagnostik durch die vorgesehenen Regelungen im Gendiagnostikgesetz und die von den Anträgen Humme und Dr. Tackmann beabsichtigte Weiterentwicklung der Mutterschaftsrichtlinien verändern? Werden Frauen bzw. Paare hierdurch in ihren Rechten auf

informierte Zustimmung zur PND sowie auf Nichtwissen – in jedem Behandlungsschritt – gestärkt werden? Sind hierzu weitere Maßnahmen sinnvoll?

14. In welchem Umfang und Schwerpunkt sollte die Aufklärung und Beratung durch Pränataldiagnostiker, Gynäkologen, Fachärzte oder unabhängigen Beratungsstellen in welcher Form erfolgen?
15. Wie können Ärztinnen und Ärzte – nicht die Frauen – verpflichtet werden, Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen in eine psychosoziale Beratung zu vermitteln?
16. Für wie wichtig halten Sie in Schwangerschaftskonfliktsituationen, bei denen eine eventuelle Behinderung des Kindes festgestellt wird, Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Eltern behinderter Kinder und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
17. Die drei Anträge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sehen die gesetzliche Fixierung einer dreitägigen Bedenkzeit vor. Halten Sie eine solche Bedenkzeit für einen Schwangerschaftsabbruch für eine sinnvolle Unterstützung von Frauen in schwierigen Schwangerschaftskonflikten? Wie verhält sich eine solche Bedenkzeit zum Prinzip der vertrauensvollen Beratung? Würde eine solche Bedenkzeit Frauen bei einer selbstbestimmten Entscheidung unterstützen oder vielmehr „Frauen vor sich selbst schützen“, zumal wenn diese Bedenkzeit rechtlich für den Arzt verankert wird? Welche Folgen hätte dies für die Praxis von Schwangerschaftsabbrüchen, wenn künftig zwischen Abbrüchen, bei denen die Bedenkzeit eingehalten werden muss, und solchen, die aufgrund akuter Gefahr sofort erfolgen müssen, unterschieden wird?
18. Halten Sie die Vorschläge zur Verbesserung der Beratung, Aufklärung, Vermittlung und die Einräumung einer Mindestbedenkzeit von drei Tagen im Verlauf eines Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation mit der gängigen Praxis für vereinbar?
19. Die Befürworterinnen und Befürworter einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gehen davon aus, dass von Spätabbrüchen (nach der 22. Schwangerschaftswoche) mehrheitlich behinderte, aber durchaus lebensfähige Ungeborene betroffen seien. Eine Expertenbefragung aus dem Jahr 1999 kam zu einem anderen Ergebnis. Danach waren 80% aller Spätabbrüche dadurch bedingt, dass die Schädigung des Ungeborenen so groß war, dass seine Lebensfähigkeit überhaupt nicht gegeben war. Hat diese Größenordnung heute immer noch Gültigkeit? Welche Diagnosen liegen diesen Spätabbrüchen zugrunde, und sind diese erst in einem späten Schwangerschaftsstadium zu stellen?
20. Das Vorliegen eines Befundes beim Ungeborenen oder der Mutter in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium begründet in der Regel eine emotionale Grenzsituation für die Betroffenen. Bei der sich anschließenden Abwägung, ob die Voraussetzungen für eine medizinische Indikation gegeben

sind, müssen viele Aspekte berücksichtigt werden, die Entscheidungsfindung ist hochkomplex. Werden die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Komplexität der Situation überhaupt gerecht?

21. Wie sind alle Vorschläge zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter rechtlicher Würdigung des 1995 erzielten parteiübergreifenden Kompromisses zu bewerten?
22. Sehen Sie die Gefahr, dass mit der angestrebten Neuregelung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes der Kompromiss aus dem Jahr 1995 zum §218 in Frage gestellt wird oder halten Sie gerade eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes für eine sinnvolle Ergänzung des §218?
23. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um Eltern in der Situation, in der sie erfahren, dass ihr Kind möglicherweise behindert oder krank ist, die Unterstützung zu geben, die sie in dieser Situation benötigen, und sie zu begleiten? Wie können Eltern mit behinderten Kindern besser unterstützt werden?
24. Welche Auswirkungen hätte die vorgesehene Dokumentationspflicht verbunden mit der Verpflichtung zur Datenweitergabe an eine Landesbehörde auf das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin und dies besonders unter grundsätzlicher Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht? Wäre eine solche Dokumentation unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes zulässig und halten Sie in diesem Zusammenhang eine Anonymisierung der Daten für möglich?
25. Die Gesetzentwürfe zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sehen zum Teil vor, dass Pflichtverstöße als Ordnungswidrigkeit gewertet werden und mit Bußgeld bewehrt sind. Welche Möglichkeiten bieten sich dem Gesetzgeber im Rahmen seiner vom Bundesverfassungsgericht aufgegebenen Pflicht zur Beobachtung und ggf. Nachbesserung der gesetzlichen Regelungen, sicherzustellen, dass die von ihm gemachten Vorgaben eingehalten werden und das Gesetz tatsächlich einen „wirksamen Schutz vor Schwangerschaftsabbrüchen bewirkt“ (BVerfGE 88, 203 (309))?
26. Wie beurteilen Sie die Einführung neuer Bußgeldtatbestände sowie eine Anhebung des Bußgeldes?
27. Welche Bedeutung messen Sie der statistischen Erhebung und Ausweisung durch das Statistische Bundesamt bei und halten Sie Änderungen für wünschenswert? Wie wird der Datenschutz bei der statistischen Erhebung und Ausweisung gewährleistet?
28. Welche Änderungen sollten im Bereich der Statistik aus welchen Gründen erfolgen?

29. Welche Auswirkungen hätte eine statistische Erfassung der Daten über Abbrüche nach medizinischer Indikation, die nach der 22. Woche erfolgen, im Einzelfall auf die betroffene Frau?
30. Die Initiatoren des Singhammer-Antrags behaupten, dass ein Fötus bereits ab der 20. Schwangerschaftswoche lebensfähig sei und deshalb die Zahl der Spätabbrüche sehr viel höher sei als öffentlich angegeben. Nach dieser Definition nennen sie die Zahl von 631 Spätabbrüchen im Jahr 2007 im Gegensatz zur offiziellen Anzahl von 229. Nach unseren Informationen hat ein Fötus in der 20. und 21. Schwangerschaftswoche keinerlei Überlebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibes und die offizielle Zahl von 229 ist deshalb richtig. Können Sie dies bestätigen? Welche Definition sollte für Spätabbrüche verwendet werden? Wie hoch fällt danach die Anzahl der Spätabbrüche aus?