

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Hubert Hüppe, Monika Brudlewsky, Norbert Geis, Heinz-Günter Bargfrede, Dr. Wolf Bauer, Dr. Joseph-Theodor Blank, Wolfgang Bosbach, Klaus Brähmig, Rudolf Braun (Auerbach), Georg Brunnhuber, Klaus Bühler (Bruchsal), Manfred Carstens (Emstek), Hubert Deittert, Albert Deß, Werner Dörflinger, Wolfgang Engelmann, Dr. Karl H. Fell, Erich G. Fritz, Peter Götz, Dr. Wolfgang Götzer, Kurt-Dieter Grill, Manfred Grund, Carl-Detlev Freiherr von Hammerstein, Otto Hauser (Esslingen), Ernst Hinsken, Josef Hollerith, Siegfried Hornung, Helmut Jawurek, Dr. Dionys Jobst, Volker Kauder, Peter Keller, Norbert Königshofen, Hartmut Koschyk, Karl-Josef Laumann, Werner Lensing, Heinrich Lummer, Dr. Michael Luther, Rudolf Meinl, Friedrich Merz, Hans Michelbach, Dr. Gerd Müller, Engelbert Nelle, Friedhelm Ost, Dr. Peter Paziorek, Hans-Wilhelm Pesch, Helmut Rauber, Peter Harald Rauen, Otto Regenspurger, Klaus Dieter Reichardt (Mannheim), Erika Reinhardt, Roland Richter, Dr. Norbert Rieder, Klaus Riegert, Franz Romer, Heinrich-Wilhelm Ronsöhr, Dr. Klaus Rose, Kurt J. Rossmann, Roland Sauer (Stuttgart), Hartmut Schauerte, Heinz Schemken, Dr. Andreas Schockenhoff, Wilhelm Josef Sebastian, Heinz-Georg Seiffert, Johannes Selle, Jürgen Sikora, Johannes Singhammer, Dr. Wolfgang Freiherr von Stetten, Andreas Storm, Matthäus Strebl, Dr. Klaus-Dieter Uelhoff, Wolfgang Vogt (Düren), Alois Graf von Waldburg-Zeil, Kersten Wetzell, Hans-Otto Wilhelm (Mainz), Elke Wülfing, Benno Zierer, Wolfgang Zöllner

Tötung ungeborener Kinder, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Mit der Einführung der sogenannten „Beratungsregelung“, verknüpft mit einer medizinischen und einer kriminologischen Indikation (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz – SFHÄndG – vom 21. August 1995), trifft den Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 klargestellt hat, die Verpflichtung, „die Auswirkungen seines neuen Schutzkonzeptes im Auge zu behalten (Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht)“ (BVerfGE 88, 269). Bei erkannten Mängeln ist der Gesetzgeber verpflichtet, auf deren Beseitigung sowie die „Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)“ (BVerfGE 88, 309).

Einen Wechsel im Schutzkonzept hat der Gesetzgeber auch bei der bisherigen eugenischen/embryopathischen Indikation voll-

zogen, für die bis zum Inkrafttreten des SFHÄndG eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, und deren Fallkonstellationen nunmehr in der zeitlich unbefristeten medizinischen Indikation aufgefangen werden. Hier gilt daher gleichermaßen – insbesondere auch unter Berücksichtigung des im Grundgesetz verankerten Verbotes einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung – eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Bundes- und Landesbehörden, Körperschaften des öffentlichen Rechts oder ggf. andere Institutionen nehmen an der Erhebung der Daten und anderer Erkenntnisse teil, die für die Erfüllung der Beobachtungs-, Korrektur- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers ausschlaggebend sind?

Welches sind die gesetzlichen Grundlagen hierfür?

2. Wie viele Abtreibungen wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG gemeldet (aufgeschlüsselt nach Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, mit Indikationen bzw. innerhalb Zwölf-Wochen-Frist nach Beratung, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?
3. Besteht weiterhin die Problematik des „Meldedefizits“, auf die das Statistische Bundesamt in seinen zurückliegenden Erhebungen zur Abtreibung stets hingewiesen und als Ursache auch unterschiedliche „Auskunftsbereitschaft“ benannt hatte, und inwieweit kann sie quantifiziert werden?
4. Ist der Bundesregierung bekannt, worauf die „Erkenntnisse“ der Landesärztekammern bzw. der zuständigen Gesundheitsbehörden basieren, wenn sie dem Statistischen Bundesamt nach § 18 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) Anschriften von Ärzten bzw. von Krankenhäusern übermitteln, wo „nach ihren Erkenntnissen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden sind oder vorgenommen werden sollen“?
5. Wie ist sichergestellt, daß die Landesärztekammern bzw. die Gesundheitsbehörden tatsächlich Kenntnis von allen einschlägigen Einrichtungen erlangen, oder besteht hier ggf. noch gesetzgeberischer Handlungsbedarf?
6. Hält es die Bundesregierung für möglich, daß es auch solche Einrichtungen gibt, die nicht erfaßt werden, wenn ja, welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um eine vollständige Erfassung sicherzustellen?
7. Ist es zutreffend, daß das Statistische Bundesamt mangels hinreichender anderer „Erkenntnisse“ die Ärztekammern um die Anschriften sämtlicher Gynäkologen ersucht hat, wie es der sächsische Datenschutzbeauftragte in der Presse (FAZ vom 29. April 1996) dargestellt hat?

Wurden hierbei auch Anschriften weiterer Ärzte übermittelt, die zwar keine Fachärzte für Gynäkologie sind, aber dennoch Abtreibungen durchführen?

8. Wurde anhand der anonymisierten Aufzeichnungen über jedes Beratungsgespräch, zu deren Anfertigung die Beratungsstellen nach § 10 SchKG verpflichtet sind, die Zahl der Beratungen erhoben, und wie viele Beratungsgespräche wurden demnach seit Inkrafttreten des SFHÄndG durchgeführt?
9. Wie viele Abtreibungen innerhalb der 12-Wochen-Frist wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des SFHÄndG über Krankenkassen abgerechnet und diesen wiederum aus Landesmitteln gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen erstattet?
10. Wie viele Abtreibungen mit einer Indikation (aufgeschlüsselt nach medizinischer und kriminologischer Indikation) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des SFHÄndG von den Krankenkassen finanziert?
11. Welche Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte bestehen außerhalb der Erhebung als Bundesstatistik unter Berücksichtigung des Umstands, daß von einer embryopathischen Indikation, für die bisher eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, im SFHÄndG abgesehen wurde?
12. Für wie viele der seit Inkrafttreten des SFHÄndG durchgeführten Abtreibungen war eine Behinderung oder vorgeburtliche Schädigung des Kindes ursächlich für die Stellung einer medizinischen Indikation (aufgeschlüsselt nach dem Alter des abgetriebenen Kindes)?
13. Wäre es nach Auffassung der Bundesregierung durch die gesetzlichen Vorschriften gedeckt, daß seit Inkrafttreten des SFHÄndG zunehmend schon vergleichsweise leichte oder einfach behebbare Behinderungen (wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) Anlaß für Abtreibungen waren, wie betroffene Ärzte in der Presse und den Medien (z. B. „Mona Lisa“ vom 11. Februar 1996, „Die Welt“ vom 16. Februar 1996) berichtet haben, und welche Möglichkeiten stehen dem Gesetzgeber zur Verfügung, das Geschehen in diesem Bereich pflichtgemäß zu beobachten?
14. Wie viele Einrichtungen führen in Deutschland pränatale Diagnostik durch, und wie viele schwangere Frauen wurden dort im vergangenen Jahr beraten?

In welcher Höhe wurden hierfür öffentliche Mittel bzw. Mittel der Krankenkassen aufgewandt?
15. Welche gesundheitlichen und/oder altersbedingten Faktoren führen nach Kenntnis der Bundesregierung zu einer Überweisung an eine Institution zur Pränataldiagnostik, wie ist danach der Begriff „Risikoschwangerschaft“ definiert, und welche Behinderungen oder Krankheitsbilder des ungeborenen Kindes werden damit erfaßt?

16. Welches sind die zehn am häufigsten pränatal diagnostizierten Fehlbildungen/Behinderungen (mit Angabe der Zahlen), und wie hoch ist dafür jeweils die diagnostische Sicherheit?
17. Wie viele Kinder mit spina bifida bzw. mit Turner-Syndrom wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG, im Jahre 1990 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980 und 1985 geboren?
18. Wie viele Kinder mit Trisomie 21 (Down-Syndrom), einer der häufigsten Behinderungen, wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG im Jahre 1990 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980 und 1985 geboren?

Falls im Verlauf der letzten 25 Jahre eine Abnahme der lebendgeborenen Kinder mit Trisomie 21, bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, festzustellen ist, kann hieraus der Schluß gezogen werden, daß eine pränatal diagnostizierte Trisomie 21 regelmäßig zu einer Indikationsstellung zum Abbruch der Schwangerschaft Anlaß gibt, und inwiefern stünde dies in Übereinstimmung mit der vom Gesetzgeber bei der Neuregelung vom 21. August 1995 verfolgten Absicht der Klarstellung, daß behinderte Kinder grundsätzlich den gleichen Schutz wie nichtbehinderte Kinder genießen?
19. Sind der Bundesregierung die Arbeiten von Stackelberg (Dissertation 1980), und von Passarge (1979) bekannt, die eine Kosten-Nutzen-Analyse anstellen, wobei den Aufwendungen für rechtzeitige pränataldiagnostische Erfassung (Screening) und nachfolgende Abtreibung behinderter Kinder die Kosten für Betreuung, Therapie und Rehabilitation gegenübergestellt werden, und welche Folgerungen zieht die Bundesregierung aus derartigen Überlegungen?
20. Welche Abtreibungsmethoden werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung im zweiten und im letzten Drittel der Schwangerschaft angewandt, und inwiefern wird bei Abtreibungen in diesen Schwangerschaftsstadien die Schmerzempfindlichkeit des ungeborenen Kindes berücksichtigt?
21. Werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung aufgrund der im dritten Schwangerschaftstrimenon regelmäßig anzunehmenden extrauterinen Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes bei Abtreibungen solche Methoden angewandt, die auf eine Tötung des Kindes noch im Mutterleib abzielen, bevor es zur Welt kommt?
22. Ist der Bundesregierung bekannt, daß bei späten eugenischen Abtreibungen z. T. das Desinfektionsmittel „Rivanol“ (Ethacridinsäure) angewandt wird (Josefine Lorenzen, Dissertation Münster 1993, „Konkretisierung des Kindsverlustes bei Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation“), wobei das Kind über mehrere Stunden hinweg abstirbt und dann nach zusätzlicher Einleitung eines Wehenmittels gelbverfärbt

ausgestoßen wird, und wird diese Abtreibungsmethode nach Erkenntnissen der Bundesregierung weiterhin angewandt, wenn ja, wo?

23. In welchen Fallkonstellationen ist es nach Auffassung der Bundesregierung zulässig, ein nicht „zum Leben bestimmtes Kind“ (vgl. Hans-Bernhard Wuermeling, „Unwort des Jahres“, in FAZ vom 20. November 1995), das die Abtreibung überlebt hat, unversorgt dem Tode zu überlassen („liegen lassen“), und sieht die Bundesregierung hier ggf. gesetzgeberischen Handlungsbedarf?
24. Worin besteht – einmal abgesehen von der unterschiedlichen formaljuristischen Einordnung – nach Auffassung der Bundesregierung der wesentliche ethische Unterschied zwischen der gezielten Tötung eines lebensfähigen Kindes im Mutterleib vor der eigentlichen Abtreibung einerseits und andererseits der Tötung eines die Abtreibung selbst zunächst überlebenden Kindes direkt nach der Abtreibung?
25. Wenn für eine späte Abtreibung aufgrund der medizinischen Indikation eine voraussichtliche Behinderung des Kindes ausschlaggebend ist, worin besteht dann der Unterschied zur Früheuthanasie?

Wie ist gewährleistet, daß im allgemeinen Bewußtsein ein solcher Unterschied nicht verwischt wird, und welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung in dieser Hinsicht?
26. Ist in jedem Falle die gezielte Tötung des Kindes bei späten Abtreibungen unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation durch die Bestimmungen des § 218 a gedeckt, auch dann, wenn ohne höhere oder sogar unter geringerer Gesundheitsbelastung und -risiken für die Mutter eine Methode in Betracht käme, die dem Kind die größtmöglichen Chancen auf Überleben und Gesundheit gewährleistet, und sieht die Bundesregierung hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf?
27. Werden in der Literatur geschilderte Methoden später Abtreibungen, bei denen das Kind im Mutterleib durch Abschneiden des Kopfes (Dekapitation), Perforieren des Kopfes, Exenteration, Dissectio foetus getötet wird, nach Erkenntnissen der Bundesregierung in Deutschland noch angewandt, und wenn ja, finden sie außerhalb der vitalen medizinischen Indikation (Lebensgefahr für die Mutter) Anwendung?
28. Wie wird nach der Abtreibung bei kindlicher Fehlbildung überprüft (etwa durch regelmäßige Autopsie in jedem Einzelfall), ob der pränataldiagnostische Befund zutraf, werden hierüber Aufzeichnungen angefertigt, welche gesetzlichen Bestimmungen sind hierfür ausschlaggebend, und besteht ggf. gesetzgeberischer Handlungsbedarf?
29. Trifft den Arzt, der eine vorgeburtliche Schädigung oder Behinderung des Kindes diagnostiziert, in jedem Falle eine Pflicht, die Eltern auf die Möglichkeit einer Abtreibung unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation hinzu-

weisen, auch dann, wenn er aufgrund des Alters des Kindes von dessen extrauteriner Lebensfähigkeit ausgehen muß, welche gesetzlichen, ggf. standesrechtlichen Vorschriften regeln diesen Bereich, und besteht hier gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

30. Ist nach Auffassung der Bundesregierung der Arzt auch in solchen Fällen zur Mitteilung eines pränataldiagnostisch erhobenen Befundes verpflichtet, wenn dieser eine erbliche Anlage oder Krankheit beinhaltet, die erst später im Leben zum Tragen kommt, wie z. B. Chorea Huntington, Diabetes oder Mamma-Carcinom, auch im Bewußtsein, daß daraus eine Abtreibung des Kindes resultieren kann, und sieht die Bundesregierung hier ggf. die Notwendigkeit einer gesetzlichen Beschränkung?
31. Wie bewertet die Bundesregierung das Abtreibungsgeschehen bei vorgeburtlich diagnostizierten Behinderungen sowie die Gefahr einer Typisierung bestimmter erblicher Anlagen oder Behinderungen, die in der Regel zur Abtreibung des Kindes führen, in Hinsicht auf die gesellschaftliche Einstellung und Solidaritätsbereitschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen (vgl. auch TAB Hintergrundpapier Nr. 2: Die Anwendungsproblematik der pränatalen Diagnose aus der Sicht von Beratenen und Beratern unter besonderer Berücksichtigung der derzeitigen und zukünftig möglichen Nutzung genetischer Tests, Gutachten im Auftrag des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Januar 1994)?

Bonn, den 27. Juni 1996

Hubert Hüppe
Monika Brudlewsky
Norbert Geis
Heinz-Günter Bargfrede
Dr. Wolf Bauer
Dr. Joseph-Theodor Blank
Wolfgang Bosbach
Klaus Brähmig
Rudolf Braun (Auerbach)
Georg Brunnhuber
Klaus Bühler (Bruchsal)
Manfred Carstens (Emstek)
Hubert Deittert
Albert Deß
Werner Dörflinger
Wolfgang Engelmann
Dr. Karl H. Fell
Erich G. Fritz
Peter Götz
Dr. Wolfgang Götzer
Kurt-Dieter Grill
Manfred Grund

Carl-Detlev Freiherr von Hammerstein
Otto Hauser (Esslingen)
Ernst Hinsken
Josef Hollerith
Siegfried Hornung
Helmut Jawurek
Dr. Dionys Jobst
Volker Kauder
Peter Keller
Norbert Königshofen
Hartmut Koschyk
Karl-Josef Laumann
Werner Lensing
Heinrich Lummer
Dr. Michael Luther
Rudolf Meinl
Friedrich Merz
Hans Michelbach
Dr. Gerd Müller
Engelbert Nelle
Friedhelm Ost
Dr. Peter Paziorek

Hans-Wilhelm Pesch
Helmut Rauber
Peter Harald Rauen
Otto Regenspurger
Klaus Dieter Reichardt (Mannheim)
Erika Reinhardt
Roland Richter
Dr. Norbert Rieder
Klaus Riegert
Franz Romer
Heinrich-Wilhelm Ronsöhr
Dr. Klaus Rose
Kurt J. Rossmann
Roland Sauer (Stuttgart)
Hartmut Schauerte
Heinz Schemken
Dr. Andreas Schockenhoff

Wilhelm Josef Sebastian
Heinz-Georg Seiffert
Johannes Selle
Jürgen Sikora
Johannes Singhammer
Dr. Wolfgang Freiherr von Stetten
Andreas Storm
Matthäus Strebl
Dr. Klaus-Dieter Uelhoff
Wolfgang Vogt (Düren)
Alois Graf von Waldburg-Zeil
Kersten Wetzel
Hans-Otto Wilhelm (Mainz)
Elke Wülfig
Benno Zierer
Wolfgang Zöllner

