

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hubert Hüppe, Monika Brudlewsky, Dr. Hans Georg Faust, Norbert Geis, Ilse Aigner, Peter Altmaier, Norbert Barthle, Dr. Wolf Bauer, Meinrad Belle, Peter Bleser, Dr. Norbert Blüm, Sylvia Bonitz, Wolfgang Bosbach, Klaus Brähmig, Dr. Ralf Brauksiepe, Georg Brunnhuber, Klaus Bühler, Cajus Caesar, Leo Dautzenberg, Hubert Deitert, Albert Deß, Thomas Dörflinger, Hansjürgen Doss, Marie-Luise Dött, Ingrid Fischbach, Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land), Herbert Frankenhauser, Erich G. Fritz, Peter Götz, Dr. Wolfgang Götzer, Kurt-Dieter Grill, Klaus-Jürgen Hedrich, Ernst Hinsken, Klaus Hofbauer, Josef Hollerith, Siegfried Hornung, Georg Janovsky, Volker Kauder, Norbert Königshofen, Hartmut Koschyk, Dr. Paul Laufs, Karl-Josef Laumann, Vera Lengsfeld, Werner Lensing, Eduard Lintner, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Julius Louven, Dr. Michael Luther, Dr. Michael Meister, Friedrich Merz, Hans Michelbach, Meinolf Michels, Dr. Gerd Müller, Claudia Nolte, Friedhelm Ost, Dr. Peter Paziorek, Ruprecht Polenz, Peter Rauen, Erika Reinhardt, Klaus Riegert, Franz-Xaver Romer, Heinrich-Wilhelm Ronsöhr, Kurt J. Rossmanith, Dr. Christian Ruck, Heinz Schemken, Gerhard Scheu, Norbert Schindler, Dr. Andreas Schockenhoff, Dr. Rupert Scholz, Dr. Erika Schuchardt, Heinz Seiffert, Werner Siemann, Johannes Singhammer, Dr. Wolfgang Freiherr von Stetten, Dorothea Störr-Ritter, Max Straubinger, Matthäus Strebl, Dr. Hans-Peter Uhl, Arnold Vaatz, Peter Weiß (Emmendingen), Heinz Wiese (Ehingen), Klaus-Peter Willsch, Werner Wittlich, Aribert Wolf, Elke Wülfing, Wolfgang Zeitlmann, Benno Zierer, Wolfgang Zöllner
— Drucksache 14/749 —

Spätabtreibung ungeborener Kinder, die Abtreibung überlebende Kinder, Übergang zur Früheuthanasie, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Nach der Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen zur Abtreibung (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz – SFHÄndG – vom 21. August 1995) trifft den Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsgericht

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 10. Mai 1999 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

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 erkennbaren 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 bei der bisherigen eugenischen/embryopathischen Indikation vollzogen, für die bis zum Inkrafttreten des SFHÄndG eine Frist von 22 Wochen verbunden mit einer Beratungspflicht gegolten hatte, und deren „Fallkonstellationen“ nunmehr in der zeitlich unbefristeten medizinischen Indikation „aufgefangen“ werden (Gesetzesbegründung, Drucksache 13/1850). Hier gilt gleichermaßen – insbesondere auch unter Berücksichtigung des im Grundgesetz verankerten Verbotes einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG) – eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht.

Eine Vielzahl von Presseberichten, Tagungen und Veröffentlichungen innerhalb der medizinischen und juristischen Fachwelt und eine Erklärung der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt 1998, 95, A-3013-3016 [Heft 47]) hat in jüngerer Zeit besonderes Augenmerk auf eine zunehmende Praxis später Abtreibungen nach pränataler Diagnostik gerichtet, derer sich der Gesetzgeber anzunehmen hat.

Vorbemerkung

Der Deutsche Bundestag hat im Jahre 1995 das nunmehr geltende Recht zum Schwangerschaftsabbruch in einem sehr langen und komplizierten Verfahren mit großer parteiübergreifender Mehrheit beschlossen. Grundlage der Neufassung waren dabei die Vorgaben des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 (BVerfGE 88, 203 ff.). Danach sind Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich strafbar (§ 218 StGB) und nur unter bestimmten Voraussetzungen (§ 218 a Abs. 1 bis 4 StGB) straflos.

Für die Frühphase der Schwangerschaft beruht das Schutzkonzept für das ungeborene Leben auf dem Schwerpunkt der Beratung und respektiert im übrigen die Letztverantwortlichkeit und die Selbstbestimmung der schwangeren Frau.

Nach der zwölften Woche seit der Empfängnis ist der Schwangerschaftsabbruch nur unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation nicht rechtswidrig. Die Feststellung einer vorgeburtlichen Behinderung oder Schädigung des Ungeborenen allein ist keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch nach dieser Frist. Die frühere embryopathische Indikation ist weggefallen. Damit hat der Gesetzgeber dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot für Behinderte (Artikel 3 Abs. 3 Grundgesetz) Rechnung getragen und deutlich gemacht, daß behinderte Ungeborene grundsätzlich nicht anders rechtlich behandelt werden dürfen als nichtbehinderte.

Bei der Bewertung der bisherigen Erfahrungen mit der geltenden Regelung geht die Bundesregierung nach allen vorliegenden Erkenntnissen und Untersuchungen im In- und Ausland davon aus, daß eine Verschärfung des Strafrechts zu keiner Zeit geholfen hat, werdendes Leben zu schützen.

In Übereinstimmung mit dem Bundesverfassungsgericht sieht die Bundesregierung dagegen in der Verbesserung der tatsächlichen Lebensbedingungen für Familien mit Kindern (Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch

geeignete Kinderbetreuungseinrichtungen und -horte, auch für Schulkinder; Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Familien mit Kindern; Arbeitsplätze für Frauen; beruflicher Aufstieg auch nach Zeiten der Kindererziehung) entscheidende Faktoren für den Schutz werdenden Lebens (s. auch Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 28. Mai 1993, BVerfGE 88, 203 [258 ff.]). Dies gilt gleichermaßen für Lebensbedingungen von nichtbehinderten und behinderten Kindern. Hier gilt es, in vielen Jahren Versäumtes nachzuholen.

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 (BVerfGE 88, 269) des Gesetzgebers ausschlaggebend sind?

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 zum Recht des Schwangerschaftsabbruchs dem Gesetzgeber aufgegeben zu beobachten, wie sich sein gesetzliches Schutzkonzept in der gesellschaftlichen Wirklichkeit auswirkt (Beobachtungspflicht). Hierzu sind die für die Beurteilung der Wirkungen des Gesetzes notwendigen Daten planmäßig zu erheben, zu sammeln und auszuwerten (BVerfGE 88, 203 [309]).

In Ausfüllung dieses Auftrags wird auf der Grundlage der §§ 15 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG – eine Bundesstatistik über die unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches (StGB) vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche geführt. Die Statistik wird vom Statistischen Bundesamt erhoben, aufbereitet und veröffentlicht (Schriftenreihe des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 12, Reihe 3).

Diese Daten werden regelmäßig von den zuständigen Fachressorts der Bundesregierung verfolgt.

Darüber hinaus sind die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen verpflichtet, die ihrer Beratungstätigkeit zugrundeliegenden Maßstäbe und die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen. Als Grundlage für den schriftlichen Bericht hat die beratende Person über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen (unter Wahrung der Anonymität der schwangeren Frau und der zum Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Person), welche den wesentlichen Inhalt der Beratung und der angebotenen Hilfsmaßnahmen festhalten. Die zuständige Landesbehörde hat mindestens im Abstand von drei Jahren zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung nach § 9 SchKG vorliegen. Sie kann sich zu diesem Zweck die Berichte der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen vorlegen lassen und Einsicht in die angefertigten Aufzeichnungen nehmen (§ 10 SchKG).

Die in der Frage zusätzlich angesprochene „Korrektur- und Nachbesserungspflicht“ obliegt dem Gesetzgeber dann, wenn sich nach hinreichender Beobachtungszeit herausstellt, „daß das Gesetz das von der Verfassung geforderte Maß an Schutz nicht zu gewährleisten vermag“ (BVerfG 88, 203 [309]).

Nach den vorliegend erhobenen Daten sind diese Voraussetzungen nicht gegeben.

2. Auf welche Weise erfüllt die Bundesregierung insbesondere ihre Beobachtungspflicht in bezug auf Abtreibungen nach pränataler Diagnostik, und welche Referate welcher Bundesministerien, ggf. welche anderen Bundesbehörden nehmen an der Erfüllung dieser Beobachtungspflicht teil?

Gesonderte Daten über Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik liegen nicht vor.

Der Gesetzgeber kommt seiner Beobachtungspflicht nach, indem er die für die Beurteilung der Wirkungen des Gesetzes notwendigen Daten planmäßig erhebt, sammelt und auswertet (s. Antwort zu Frage 1). Die Daten sind danach entsprechend der geltenden Rechtslage zu erheben. Die geltende Rechtslage sieht keine Regelung des „Schwangerschaftsabbruchs nach pränataler Diagnostik“ vor.

Eine den Abbruch rechtfertigende Indikation nach § 218 a Abs. 2 StGB liegt nur dann vor, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der schwangeren Frau nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau abzuwenden, und diese Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Hieraus folgt, daß allein die Feststellung einer Schädigung des Fetus nicht zwingend den Tatbestand des § 218 Abs. 2 StGB erfüllt. Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik sind daher nicht unter die Erhebungsmerkmale der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche zu subsumieren und können insoweit auch nicht einer gesonderten Erfassung unterzogen werden.

3. Wie viele Abtreibungen von der 12. bis zur 20. Schwangerschaftswoche wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG und zum Vergleich in den Jahren 1990 bis 1995 gemeldet (aufgeschlüsselt nach Jahr, Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, Indikationen, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?
4. Wie viele Abtreibungen nach der 20. Schwangerschaftswoche wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG und zum Vergleich in den Jahren 1990 bis 1995 gemeldet (aufgeschlüsselt nach Jahr, Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, Indikationen, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

Die im Zeitraum von 1990 bis 1995 erfaßten Schwangerschaftsabbrüche ergeben sich aus den Tabellen des Statistischen Bundesamtes, Veröffentlichungen des STBA, Fachserie 12, Reihe 3. Diese Statistiken enthalten zwar die gewünschten sonstigen Merkmale, die Unterscheidung der Abtreibungen bis „zur 20.“ und „nach der 20. Schwangerschaftswoche“ aber nur ungefähr (bis 23. Woche und nach 23. Woche). Eine genaue Aufteilung vor/nach der 20. Woche ist nicht möglich.

Die für den Zeitraum 1996 bis 1998 (3. Quartal) durchgeführte Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes hat folgendes ergeben:

Schwangerschaftsabbrüche

| Jahr | | medizinische Indikation | kriminolog. Indikation | Beratungsregelung |
|--------------------|--|-------------------------|------------------------|-------------------|
| 1996 | a) 13.–20. Woche | | | |
| | | 1 592 | 2 | 76 |
| | b) ab 20. Woche | | | |
| | | 435 | – | – |
| 1997 | a) 13.–20. Woche | | | |
| | | 1 830 | 1 | 1 |
| | b) ab 20. Woche | | | |
| | | 449 | – | – |
| 1998 | ohne Wochenunterscheidung (vom STBA nicht erhoben) | | | |
| nur 1.–3. Quartal* | | 3 262 | 33 | – |

* Siehe Anlagen 1 bis 3.

Eine differenzierte Darstellung nach Jahr, Familienstand und Alter der schwangeren Frau, Zahl ihrer Kinder, Dauer der Schwangerschaft, Indikationen sowie Vornahme in ärztlicher Einrichtung würde einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, der nicht zu vertreten ist. Detaillierte Angaben veröffentlicht das Statistische Bundesamt in regelmäßigen Abständen in seiner Schriftenreihe Fachserie 12, Reihe 3. Auf diese wird verwiesen.

Im übrigen ist aber darauf hinzuweisen, daß ein Vergleich der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche von 1996, 1997 und 1998 (1. bis 3. Quartal) mit denen von 1990 bis 1995 nicht sinnvoll ist. Denn bis 1995 kam ein Teil der Ärztinnen und Ärzte ihrer gesetzlichen Auskunftspflicht nicht oder nur unzureichend nach, und aufgrund der anonymen Auskunftserteilung standen Kontrollmöglichkeiten nicht zur Verfügung, so daß bis dahin von einer nicht unerheblichen Untererfassung der Schwangerschaftsabbrüche auszugehen ist. Auch muß berücksichtigt werden, daß im früheren Bundesgebiet und in den neuen Ländern und Berlin/Ost bis 1993 unterschiedliche rechtliche Regelungen für den Schwangerschaftsabbruch galten.

- Besteht weiterhin die Problematik des „Meldedefizits“, auf die das Statistische Bundesamt in seinen zurückliegenden Erhebungen zur Abtreibung stets hingewiesen und als Ursache auch unterschiedliche „Auskunfts-bereitschaft“ benannt hatte, und inwieweit kann sie quantifiziert werden?

Nach § 18 Abs. 1 SchKG besteht für die Erhebung der Bundesstatistik über die Schwangerschaftsabbrüche eine Auskunftspflicht der Arztpraxen und Leiterinnen und Leiter der Krankenhäuser, in denen innerhalb von zwei Jahren vor dem Quartalsende Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden. Den von der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche erfaßten und registrierten Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern ist bekannt, daß es sich um eine auskunftspflichtige Meldung handelt.

Die Erfüllung dieser Auskunftspflicht wird mittels Mahnverfahren durch das Statistische Bundesamt durchgesetzt. Dem Statistischen Bundesamt liegt das Adressenmaterial von den Krankenhäusern vor, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Die Länder werden in regelmäßigen Abständen durch das Statistische Bundesamt zur Aktualisierung und Vervollständigung des dort geführten Anschriftenverzeichnisses über die Auskunftspflichtigen gemäß § 18 Abs. 3 SchKG befragt. Falls die Länder dem Statistischen Bundesamt die Angaben zu den betreffenden Ärztinnen und Ärzten nicht übermitteln können, führt das Statistische Bundesamt bei den Ärztinnen und Ärzten, die ihre Gebiets- bzw. Fachanerkennung für Gynäkologie und Frauenheilkunde in diesen Ländern neu erworben haben, Befragungen gemäß § 6 Bundesstatistikgesetz durch.

Bei der angesprochenen Problematik des Meldedefizits handelt es sich um allgemeine Erfahrungswerte, die generell bei statistischen Angaben entstehen, weil einige Auskunftspflichtige ihrer gesetzlichen Auskunftsverpflichtung nicht oder nicht ordnungsgemäß nachkommen. Um dieses Meldedefizit so gering wie möglich zu halten, hat der Gesetzgeber Verstöße gegen die Meldeverpflichtung bußgeldbewehrt (§§ 23, 15 Bundesstatistikgesetz).

Eine Quantifizierung ist nicht möglich.

6. 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 Jahr, Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen.

7. Hält die Bundesregierung eine Verbesserung der statistischen Erfassung von Abtreibungen nach pränataler Diagnose einer Behinderung oder Schädigung des Kindes für geeignet, zur besseren Erfüllung der Beobachtungspflicht beizutragen, und welche Schritte hat die Bundesregierung in dieser Hinsicht bereits eingeleitet bzw. erwägt sie einzuleiten?

Nein, im übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

8. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung davon, wie viele Abtreibungen nach der 12. Schwangerschaftswoche mit einer medizinischen Indikation seit Inkrafttreten des SFHÄndG von den Krankenkassen finanziert wurden, und in welchem Rahmen bemüht sich die Bundesregierung um die Gewinnung solcher Erkenntnisse?

Die Aufwendungen für Schwangerschaftsabbrüche werden von den Krankenkassen nicht gesondert erfaßt. Die statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen erfolgt nicht durch die Krankenkassen, sondern durch das Statistische Bundesamt im Rahmen der Schwangerschaftsabbruchstatistik. Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

9. Welche Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte bestehen außerhalb der Führung einer Bundesstatistik unter Berücksichtigung des Umstands, daß von einer „embryopathischen“ Indikation, für die bisher eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, im SFHÄndG abgesehen wurde?
10. Hat nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen das mit dem Wegfall der „embryopathischen“ Indikation verbundene Entfallen sowohl der Frist von 22 Wochen als auch der Beratungspflicht (vgl. Beckmann, Der „Wegfall“ der embryopathischen Indikation, MedR 1998, Heft 4, S. 155 ff., sowie Schumann/Schmidt-Recla, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation – eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, MedR 1998, Heft 11, S. 497 ff.) in der Praxis insgesamt zu einem besseren Schutz ungeborener Menschen mit Behinderungen geführt, und auf welche Erkenntnisse stützt die Bundesregierung ihre Auffassung?

Ein wirksamer Schutz vor der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ist nicht durch reglementierende Vorschriften, sondern durch einfühlsame Beratungsgespräche, durch Förderung eines kinder- und familienfreundlichen Klimas in unserer Gesellschaft, das durch Toleranz, Hilfsbereitschaft und Verständnis einerseits, durch spürbare wirtschaftliche Entlastung von Familien andererseits gekennzeichnet ist, zu gewährleisten. Dies gilt für nichtbehinderte und behinderte Menschen in gleichem Maße. Dies ist Aufgabe der Politik, aber auch aller gesellschaftlichen Gruppierungen und im übrigen jedes einzelnen in der Bundesrepublik Deutschland (s. auch Vorbemerkung).

11. Umfaßt nach Auffassung der Bundesregierung die seit Inkrafttreten des SFHÄndG gültige medizinische Indikation die Gesamtheit der vor Inkrafttreten des SFHÄndG unter die eugenische/embryopathische Indikation gehörenden Fallkonstellationen?

Voraussetzung der medizinischen Indikation gemäß § 218 a Abs. 2 StGB ist, daß der Schwangerschaftsabbruch 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 diese Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Die Schädigung des Ungeborenen ist nach geltendem Recht keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften Woche seit der Empfängnis (bis zur Vollendung der zwölften Woche gilt die Regelung des § 218 a Abs. 1 StGB, die nicht Gegenstand dieser Anfrage ist). Es kann allerdings der Fall eintreten, daß die Lebens- oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr für die Schwangere darauf beruht, daß die Geburt eines an der Gesundheit geschädigten Kindes zu erwarten ist.

12. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die pränatale Tötung eines Menschen, dessen postnatale Existenz und Versorgung aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes zu einer gesundheitlichen Gefährdung eines anderen Menschen führen würde und dessen postnatale Tötung zweifelsfrei ethisch und rechtlich nicht zu rechtfertigen wäre (vgl. „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ der Bundes-

ärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 1998, 95, A-3013-3016 [Heft 47]), unter Berücksichtigung der spezifisch engen Verbindung von Schwangerer und Ungeborenem grundsätzlich gerechtfertigt ist?

Unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation ist der Schwangerschaftsabbruch nach geltendem Recht nicht rechtswidrig. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Schwangerschaftsabbruch auch dann rechtswidrig, wenn mit der Geburt eines gesundheitlich geschädigten Kindes zu rechnen ist.

13. Teilt die Bundesregierung die in der medizinischen Fachwelt seit Inkrafttreten des § 218 StGB n. F. anzutreffende Interpretation des § 218 a Abs. 2 StGB, wie sie exemplarisch durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck geäußert wird: „Die EK geht ferner davon aus, daß in Deutschland ein allgemeiner Konsens darüber besteht, daß eine Mutter nicht zu einer Schwangerschaft und Geburt eines kranken Kindes gezwungen werden kann (medizinische Indikation des Schwangerschaftsabbruches)“ [Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck vom 19. August 1996, Aktenzeichen der Ethikkommission 84/95]?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht. Wie schon zu Frage 11 dargelegt, ist der Schwangerschaftsabbruch nur bei einer nicht auf andere zumutbare Weise abwendbaren Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren medizinisch indiziert und damit rechtmäßig, nicht bei einer zu erwartenden Gesundheitsschädigung des ungeborenen Kindes, es sei denn, diese führt zu einer Lebens- oder schwerwiegenden Gesundheitsgefährdung der Schwangeren i. S. des § 218 a Abs. 2 StGB.

14. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß durch den § 218 StGB als Ziel des Schwangerschaftsabbruches nach pränataler Diagnostik im Rahmen der medizinischen Indikation über die Vermeidung des Fortsetzens der Schwangerschaft und der Geburt des Kindes hinaus auch das Vermeiden des „Habens des Kindes“ (vgl. Schumann/Schmidt-Recla, MedR 1988, S. 497, 501) gedeckt ist?

Ziel des medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs ist es, durch Beendigung der Schwangerschaft von der Schwangeren eine nicht auf andere zumutbare Weise abwendbare Gefahr für Leben oder Gesundheit abzuwenden.

15. Welche gesetzlichen Vorschriften regeln eventuelle Schadensersatzansprüche eines die Abtreibung unter den Voraussetzungen des § 218 StGB überlebenden Kindes gegen den indikationsstellenden und den abtreibenden Arzt sowie die Eltern wegen zusätzlicher Schädigungen aufgrund der Abtreibung, und sieht die Bundesregierung in dieser Hinsicht weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Überlebt ein Kind die Abtreibung und wird dabei zusätzlich geschädigt, können ihm Schadensersatzansprüche gegen die Ärztin oder den Arzt zustehen, die oder der die Abtreibung vorgenommen hat. Voraussetzung

hierfür ist, daß die zusätzliche Schädigung durch einen schuldhaften Behandlungsfehler der Ärztin/des Arztes verursacht worden ist. Ansonsten scheiden nach der Rechtsprechung Ansprüche aus (Bundesgerichtshof, Urteil vom 18. Januar 1983, BGHZ 86, 240, 254). Anspruchsgrundlage wäre wegen der materiellen Schäden § 823 BGB und positive Verletzung des Behandlungsvertrags der Mutter mit der Ärztin/dem Arzt, der auch Schutzpflichten gegenüber dem Kind im Mutterleib begründet. Wegen immaterieller Schäden kämen nur Ansprüche aus § 823 BGB in Betracht, weil vertragliche Ansprüche solche Schäden nach § 253 BGB nicht abdecken.

Gegen die Ärztin/den Arzt, die/der die Indikation gestellt hat, bestehen keine Ansprüche, weil ihr/ihm ein schuldhafter Behandlungsfehler nicht angelastet werden kann.

Ansprüche des Kindes gegen seine Eltern wegen der infolge des Mißlingens der Abtreibung sich realisierenden Schädigung bestehen nach gefestigter Rechtsprechung nicht (BGH, Urteil vom 18. Januar 1983, BGHZ 86, 240, 254). Ist durch die mißlungene Abtreibung selbst weiterer Schaden entstanden, liegt hierin keine von den Eltern verursachte und ihnen vorwerfbare Körperverletzung, die Ansprüche des Kindes auslösen könnte.

Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung keine Haftungslücke, die gesetzgeberischen Handlungsbedarf auslösen könnte.

16. Besteht für den eine Schwangerschaft betreuenden Arzt eine Verpflichtung zur Abklärung pränatal diagnostizierbarer Schädigungen des Kindes, deren Vernachlässigung Schadensersatzforderungen der Eltern gegen den Arzt begründen kann, weil durch umfassende Pränataldiagnostik die Geburt des geschädigten Kindes durch eine Abtreibung im Rahmen der medizinischen Indikation hätte vermieden werden können (vgl. Philipp, Aufgezwungene Pflichtenkollisionen – Frauenärzte im Konflikt, Frauenarzt 10/1998, 1504), und hält die Bundesregierung in diesem Bereich eine gesetzliche Klarstellung für erforderlich?

Nach ständiger Rechtsprechung (BGH, Urteil vom 18. Januar 1983, BGHZ 86, 240 ff.; Urteil vom 22. November 1983, BGHZ 89, 95 ff.; Urteil vom 16. November 1993, BGHZ 124, 129, 135 f. m. w. N.) besteht für die/den eine Schwangerschaft betreuende Ärztin/betreuenden Arzt eine Verpflichtung zur Abklärung pränatal diagnostizierbarer Schädigungen des ungeborenen Kindes. Ihre Vernachlässigung kann Schadensersatzforderungen der Eltern gegen die Ärztin/den Arzt begründen, wenn die Geburt des geschädigten Kindes durch eine Abtreibung im Rahmen der medizinischen Indikation hätte vermieden werden können. Einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung insoweit nicht.

17. Ab welchem Alter des ungeborenen Kindes ist nach Kenntnis der Bundesregierung von seiner Schmerzempfindlichkeit auszugehen, und sieht die Bundesregierung gesetzgeberischen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Pflicht zur Schmerzbekämpfung des Kindes bei Abtreibungen im Rahmen der medizinischen Indikation des § 218 StGB?

Der Zeitpunkt des Beginns der Schmerzempfindlichkeit des Ungeborenen wird unter den Fachleuten sehr kontrovers diskutiert, da Schmerzempfindungen nicht objektivierbar sind.

Nach einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur „Pränatalen und perinatalen Schmerzempfindung“ vom 21. November 1991 besitzt ein Embryo „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Schmerzempfindung“ „bis zum Ende der 8. Woche“ vom Zeitpunkt der Befruchtung an. Bis zur 21. Woche sei ein Schmerzerlebnis nicht wahrscheinlich; mit diesem sei jenseits der 22. Woche zunehmend zu rechnen. Nach Auskunft von Fachexpertinnen/Fachexperten wird durch die Gabe von Analgetika und/oder Anästhetika über die Nabelschnur des ungeborenen Kindes die Schmerzempfindung unterbunden. Bei diesem Vorgehen wird die Schmerzempfindung des ungeborenen Kindes, die beginnend zwischen der 20. bis 28. Woche nach der Empfängnis angenommen wird, berücksichtigt.

18. Ist nach Auffassung der Bundesregierung durch die geltenden gesetzlichen Vorschriften gedeckt, daß seit Inkrafttreten des SFHÄndG zunehmend schon vergleichsweise leichte oder postnatal behebbare Behinderungen (wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) Anlaß für Abtreibungen sind?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, daß vergleichsweise leichte oder behebbare Behinderungen Anlaß von Abtreibungen waren. Erst recht liegen keine Erkenntnisse vor, die die Behauptung rechtfertigten, dies sei zunehmend der Fall.

Die Voraussetzungen für eine nicht rechtswidrige Abtreibung gemäß § 218 a Abs. 2 StGB sind schon dargelegt worden (Frage 11).

19. Welche Krankheitsbilder, Behinderungen oder genetische Dispositionen des ungeborenen Kindes werden in humangenetischen Instituten innerhalb Deutschlands durch molekulargenetische Diagnostik erfaßt, und welche dieser Befunde sind mit einem postnatalen Überleben des Kindes vereinbar?
20. Welche dieser Befunde lassen lediglich die Aussage zu, daß eine genetische Veranlagung oder ein Risikofaktor gegeben ist, nicht aber, ob überhaupt oder wann mit einem Ausbruch der Krankheit zu rechnen ist?

Der Berufsverband Medizinische Genetik und die Gesellschaft für Humangenetik e.V. veröffentlichen regelmäßig Listen über humangenetische Institute sowie die dort durchgeführten molekulargenetischen Diagnostiken in der Zeitschrift „Medizinische Genetik“.

Bezüglich des postnatalen Überlebens eines Kindes bzw. der Prognose zum Zeitpunkt des Ausbruchs einer Krankheit kann im Einzelfall in Kenntnis des individuellen Befundes sowie des statistischen Risikos unter Umständen eine Prognose gegeben werden, die aber niemals eine sichere Voraussage über die tatsächliche Entwicklung der Gesundheit des Kindes zuläßt.

21. Wie werden pränataldiagnostische Befunde, die ggf. Anlaß zu einer Abtreibung im Rahmen der medizinischen Indikation des § 218 StGB geben können, erfaßt, und welche weiteren Möglichkeiten zur Beobachtung der Entwicklungen der Praxis in diesem Bereich stehen dem Gesetzgeber zur Verfügung?

Pränataldiagnostische Befunde werden in der zuständigen medizinischen Einrichtung dokumentiert. Eine Weitergabe ist aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und des individuellen Datenschutzes nicht möglich. Der Bundesregierung ist bekannt, daß in Mainz und Magdeburg medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche in der Spätschwangerschaft nach Diagnose einer kindlichen Fehlbildung in anonymisierter Form zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen registriert werden.

22. Welches sind die zehn aktuell am häufigsten pränatal diagnostizierten Fehlbildungen/Behinderungen (mit Angabe der Zahlen), und wie hoch ist dafür jeweils die diagnostische Sicherheit?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Kenntnisse vor.

23. 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 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980, 1985 und 1990 geboren?

Die entsprechenden Ergebnisse der Jahre 1973, 1975, 1980, 1985 und 1990 sind nachstehend für das frühere Bundesgebiet aufgeführt.

Das Statistische Bundesamt verfügt nicht über Zahlen des Jahres 1970.

Tabelle: Lebendgeborene mit ausgewählten Fehlbildungen:

| Jahr | Spina bifida | | Turner-Syndrom (ICD-9758.6) | |
|------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | absolut | Je 100 000 Lebend- geborene | absolut | Je 100 000 Lebend- geborene |
| 1973 | 118 | 18,6 | 0 | 0,0 |
| 1975 | 99 | 16,6 | 0 | 0,0 |
| 1980 | 95 | 15,3 | 1 | 0,2 |
| 1985 | 78 | 13,3 | 0 | 0,0 |
| 1990 | 56 | 7,7 | 2 | 0,3 |

Quelle: Statistisches Bundesamt, Juli 1996.

Aufgrund der Änderung des Personenstandsgesetzes liegen keine vergleichbaren Zahlen für 1995 oder später vor.

24. 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 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980, 1985 und 1990 geboren?

Zunächst wird auf die Anmerkungen zu Frage 23 verwiesen. Die entsprechenden Zahlen für die Jahre 1973 bis 1990 enthält die nachfolgende Tabelle.

Tabelle: Lebendgeborene mit ausgewählten Fehlbildungen:

| Jahr | Down-Syndrom | |
|------|--------------|------------------------------|
| | (ICD-9758,0) | Je 100 000 Lebendgeborene |
| 1973 | 86 | 13,5 |
| 1975 | 71 | 11,8 |
| 1980 | 62 | 10,0 |
| 1985 | 51 | 8,7 |
| 1990 | 63 | 8,7 |

Quelle: Statistisches Bundesamt, Juli 1996

25. Falls im Verlauf der letzten 28 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, klarzustellen, daß eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann?

Grundsätzlich wird nach einer Pränataldiagnostik mit einem auffälligen Befund nur dann ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, wenn die Schwangere diesen im Rahmen des rechtlich Zulässigen, also hier der medizinischen Indikation, verlangt.

Laut Statistischem Bundesamt wurden 1995 840 Kinder im Alter bis zu einem Jahr mit Chromosomenaberrationen stationär behandelt. Nach aktuellen Beobachtungen des „Monitoring-Zentrum zur Erfassung der Häufigkeit von Fehlbildungen von Anomalien, Sachsen-Anhalt“ in Magdeburg beträgt die Prävalenz von Lebendgeburten mit Trisomie 21 in Sachsen-Anhalt 0,8 je 1 000 Kinder (1997). 1980 bis 1986 wurden in dieser Beobachtungsregion 10 % der Feten mit Trisomie 21 pränatal diagnostiziert. Diese Schwangerschaften wurden abgebrochen. 1997 waren es in der Beobachtungsregion 40 % der Föten mit Trisomie 21, die pränatal diagnostiziert wurden. Auch diese Schwangerschaften wurden abgebrochen.

26. Welche Abtreibungsmethoden werden nach Kenntnis 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?

Nach Auskunft von Fachexpertinnen/Fachexperten wird in diesen Schwangerschaftsaltern in der Regel die Induktion des Abortes mittels Prostaglandinen lokal und/oder intravenös durchgeführt. Bezüglich der Schmerzempfindung wird auf die Beantwortung der Frage 17 verwiesen.

27. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung die bei Abtreibungen im zweiten und im letzten Drittel der Schwangerschaft angewandte Abtreibungsmethode der Induktion einer Wehentätigkeit durch Prostaglandin oder Oxytocin exakt die gleiche wie bei einer künstlichen Geburtseinleitung, wenn das Kind „zum Leben bestimmt“ ist, oder werden im zweiten Falle andere oder zusätzliche Maßnahmen zur Schonung des Kindes, zur Verbesserung seiner Überlebenschancen und zur Vermeidung von Schmerzen angewandt?

Die medikamentöse Einleitung einer Lebendgeburt unterscheidet sich vom Schwangerschaftsabbruch. Fachexpertinnen/Fachexperten verweisen bezüglich der Einleitung einer Lebendgeburt auf die intravenöse Gabe von Oxytocin bzw. lokale Gabe von Prostaglandin; die Dosierung erfolgt individuell.

28. Ab welcher Schwangerschaftsdauer ist nach Erkenntnis der Bundesregierung die extrauterine Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes nicht auszuschließen?

Die Fortschritte in der Medizin haben dazu geführt, daß bereits Kinder mit etwa 500 g Geburtsgewicht und einem entsprechenden Reifegrad überleben können. Dies entspricht einem Schwangerschaftsalter von etwa 22 bis 24 Wochen (so auch die „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ der Bundesärztekammer vom 20. November 1998 unter I).

29. Welche Methoden werden bei Abtreibungen nach dem Zeitpunkt zunehmender extrauteriner Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes angewandt, und sind darunter auch solche, die auf eine Tötung des Kindes noch im Mutterleib abzielen (z. B. intrauteriner Fetozid)?

Die Erklärung der Bundesärztekammer zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik vom November 1998 nennt als mögliche Methoden des Fetozids die intrakardiale Injektion von Kaliumchlorid oder Unterbindung der Blutversorgung über die Nabelschnur. Der Fetozid wird als möglicherweise vertretbar angesehen, wenn der indizierte Abbruch für das Ungeborene je nach dessen Entwicklungsstand das geringste verfahrensbedingte Leiden mit sich bringt.

30. Ist nach Auffassung der Bundesregierung durch den Begriff des „Schwangerschaftsabbruchs“, wie er im § 218a Abs. 2 StGB Verwendung findet, auch eine zur Beendigung der Schwangerschaft oder zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leben oder Gesundheit der Mutter nicht notwendigerweise erforderliche intrauterine oder perinatale Tötung eines Kindes abgedeckt, dessen extrauterine Lebensfähigkeit nicht auszuschließen ist, wenn ja, warum?

Für die Beurteilung, welche Methode des Schwangerschaftsabbruches im Einzelfall anzuwenden ist, kommt es maßgeblich auf die Erkenntnis der abbrechenden Ärztin/des abbrechenden Arztes an. Hierfür sind der

Stand der ärztlichen Kunst und die Erkenntnis der Ärztin/des Arztes im Einzelfall ausschlaggebend. Die Tötung eines Kindes in oder nach der Geburt ist dagegen nach den §§ 211 ff. StGB zu beurteilen.

31. Wie häufig werden in Deutschland bei Abtreibungen nach pränataler Diagnostik im Rahmen der Voraussetzungen des § 218 a StGB Methoden des intrauterinen Fetozids durch Injektion von Kaliumchlorid oder durch Applikation von Fibrinkleber in das Herz des Kindes angewandt, und sind diese Methoden mit den geltenden rechtlichen Vorschriften vereinbar?

Hinsichtlich der rechtlichen Zulässigkeit des Fetozids wird auf die Antwort zu Frage 30 verwiesen.

Eine Übersicht über die Wahl der Abbruchmethode liegt der Bundesregierung nicht vor. Eine bundesweite Statistik wird dazu nicht geführt.

32. Werden in der Literatur geschilderte Spätabtreibungsmethoden, bei denen das Kind im Mutterleib durch Dekapitation, Perforieren des Kopfes, Exenteration, Dissectio foetus getötet wird, nach Erkenntnissen der Bundesregierung in Deutschland angewandt, und finden sie außerhalb der vitalen medizinischen Indikation (Lebensgefahr für die Mutter) Anwendung?

Nach Aussagen von Fachexpertinnen/Fachexperten ist die Anwendung dieser Methoden in Deutschland nicht üblich.

33. Wie häufig werden in Deutschland bei Abtreibungen nach pränataler Diagnostik im Rahmen der Voraussetzungen des § 218 a StGB Methoden der „Protrahierung der Geburt“ (sog. „Steckenlassen“) angewandt, wobei das Kind während des künstlich eingeleiteten Geburtsvorganges verstirbt, und sind solche Methoden mit den geltenden rechtlichen Vorschriften vereinbar?

Hinsichtlich der rechtlichen Zulässigkeit der „Protrahierung der Geburt“ wird auf die Antwort zu Frage 30 verwiesen.

Nach Aussagen von Fachexpertinnen/Fachexperten ist die Anwendung dieser Methoden in Deutschland nicht üblich.

34. Wird in Deutschland die in den USA praktizierte Methode der „Partial-Birth“-Abtreibung (vgl. Anhörung des Rechtsausschusses des Repräsentantenhauses vom 13. Dezember 1995) angewandt, bei der dem Kind, dessen Körper bereits mit Ausnahme des Kopfes aus dem Mutterleib zur Welt gebracht wurde, durch eine Kanüle das Gehirn abgesaugt wird, um es dann anschließend tot zur Welt zu bringen, und ist diese Methode mit den in Deutschland geltenden rechtlichen Vorschriften vereinbar?

Hinsichtlich der rechtlichen Zulässigkeit der „Partial-Birth-Abtreibung“ wird auf die Antwort zu Frage 30 verwiesen.

Nach Aussagen von Fachexpertinnen/Fachexperten ist die Anwendung dieser Methoden in Deutschland nicht üblich.

35. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen seit Inkrafttreten des SFHÄndG ein „nicht zum Leben bestimmtes Kind“ (vgl. Hans-Bernhard Wuermeling, „Unwort des Jahres“, FAZ vom 20. November 1995), das seine Abtreibung überlebt hat (vgl. „Mörderische Diagnose – Tötung behinderter Kinder bis zur Geburt“, ARD, 18. März 1999, 23.00 Uhr), unversorgt dem Tode überlassen wurde („liegen lassen“), und sieht die Bundesregierung hier ggf. gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Statistisches Material über die Zahl der Fälle, in denen seit Inkrafttreten des SFHÄndG ein „nicht zum Leben bestimmtes Kind“, das seine Abtreibung überlebt hat, unversorgt dem Tod überlassen wurde, liegt der Bundesregierung nicht vor.

Zur Frage nach dem Bestehen eines gesetzgeberischen Handlungsbedarfs ist darauf hinzuweisen, daß nach geltendem Recht das Verhalten der Ärztin/des Arztes ab Geburtsbeginn nach den §§ 211 ff. StGB zu beurteilen ist. Die Ärztin/der Arzt, die/der ein neugeborenes Kind, das eine Abtreibung überlebt hat, unversorgt dem Tode überläßt, kann sich demnach eines Tötungsdelikts durch Unterlassen schuldig machen. Nach den von Rechtsprechung und Schrifttum in den vergangenen Jahrzehnten entwickelten und immer wieder überprüften Grundsätzen zur erlaubten – passiven – Sterbehilfe besteht allerdings nicht in jedem Fall ohnehin verlöschenden Lebens eine Rechtspflicht der Ärztin/des Arztes, unter Einsatz aller zur Verfügung stehenden technischen Mittel unter Umständen sogar qualitativ zu verlängern. Hier darf eine Behandlung eines schwerstgeschädigten Neugeborenen – je nach Lage des Einzelfalles – unterbleiben oder abgebrochen werden, wenn wegen schwerster Beeinträchtigungen vitaler Funktionen offensichtlich keine Lebensfähigkeit des Neugeborenen besteht. Die Pflicht zur Gewährleistung der Grundversorgung, leidenslindernder Maßnahmen und menschlicher Zuwendung bleibt davon freilich unberührt.

36. Wie viele Ermittlungs- und Strafverfahren wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in solchen Fällen eingeleitet, und zu wie vielen Verurteilungen haben diese geführt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

37. 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 (ggf. durch Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen) eines die Abtreibung selbst zunächst überlebenden Kindes nach der Abtreibung?

Zum Schutz menschlichen geborenen wie auch zum Schutz des ungeborenen Lebens hat der Staat im Wege eines Schutzkonzeptes Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Da diese Maßnahmen grundsätzlich strafrechtlicher Natur sind, ist eine Beantwortung der Frage unter Außerachtlassung juristischer Einordnungen nicht möglich.

38. Wie wird nach einer Abtreibung bei kindlicher Fehlbildung überprüft (etwa durch Autopsie in jedem Einzelfall), ob der pränataldiagnostische Befund zutrifft, werden hierüber Aufzeichnungen angefertigt, welche gesetzlichen Bestimmungen sind hierfür ausschlaggebend, und besteht ggf. gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

Nach Nummer 9 der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von 1987 sollte nach erfolgtem Schwangerschaftsabbruch „die Richtigkeit der pränatalen Diagnose durch eine pathologisch-anatomische und gegebenenfalls genetische Untersuchung der Föten bestätigt werden. Die pathologisch-anatomische Untersuchung erfordert speziellen Sachverstand, wie er in der Regel nur bei entsprechend weitergebildeten Pathologen/Pätopathologen vorauszusetzen ist. Sinnvollerweise müssen die Ergebnisse allen an der Diagnostik und ärztlichen Betreuung der Schwangeren beteiligten Ärztinnen/Ärzten zugeleitet werden.“ Die klinische Sektion dient dabei u. a. der Überprüfung der Diagnosestellung. Sie wird nicht durchgeführt, wenn die nächsten Angehörigen einer beabsichtigten Sektion widersprechen. Das Sektionswesen wird durch Landesgesetze geregelt.

Die „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ der Bundesärztekammer vom 11. Dezember 1998 sehen unter Nummer 4 zur Nachsorge etwa nach Abbruch einer Schwangerschaft unter anderem eine sorgfältige Dokumentation des klinischen Befundes und eine Bestätigung, Ergänzung oder Korrektur des pränatal erhobenen Befundes vor.

39. 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 hinzuweisen, 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?

Die Feststellung einer vorgeburtlichen Schädigung oder Behinderung des Kindes ist nach geltendem Recht keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch (s. Antwort zu Frage 11). Insoweit trifft den Arzt keine Verpflichtung, entsprechende Hinweise zu geben.

Es gibt keine gesonderten gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen über eine Aufklärung bei einem (späten) Schwangerschaftsabbruch. Die Art der Aufklärung ergibt sich jedoch aus der allgemeinen Aufklärungspflicht des Arztes, wie sie bei anderen Eingriffen besteht und durch die Rechtsprechung der Gerichte konkretisiert worden ist. Hierzu hat der Arzt insbesondere zwei berufsständische Empfehlungen zu beach-

ten, die rechtlich zwar nicht Bestandteil seiner Berufsordnung sind, aber den Rechtsrahmen der Aufklärungspflicht vor dem Hintergrund der obergerichtlichen Rechtsprechung beschreiben. Dies sind neben den allgemeinen „Empfehlungen zur Patientenaufklärung“ des Vorstandes der Bundesärztekammer von 1990 insbesondere die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von 1987, die einen Schwangerschaftsabbruch der Mutter als mögliche Folge der Diagnostik im Blickfeld haben. Darin ist u. a. festgehalten, daß bei der Beratung der Eltern nicht der Eindruck hervorgerufen werden darf, daß bei bestimmten Befunden, z. B. Trisomie 21, der Schwangerschaftsabbruch die einzige, sich automatisch ergebende Lösung des Problems sei. Ziel der Beratung ist es, mit der Schwangeren zu einer umfassenden Abklärung der Situation zu kommen. Der Arzt hat dabei immer § 6 Satz 1 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte von 1996, der in die jeweils einschlägigen Landesrechte übernommen worden ist, zu beachten, wonach er grundsätzlich verpflichtet ist, das ungeborene Leben zu erhalten.

Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der 24. Woche gehört, wie aus einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hervorgeht, zu der gebotenen ärztlichen Aufklärung auch die Aufklärung über das mögliche Überleben des Kindes, wenn pränatal keine Erkrankungen diagnostiziert werden, die ein Überleben des Kindes nicht erwarten lassen. Zu dieser Aufklärung über die mögliche Geburt eines lebenden Kindes bei einem späten Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen gehört es auch, daß die Qualität des weiteren Lebens eines solchen Frühgeborenen sowohl durch den Eingriff des Schwangerschaftsabbruchs als auch durch die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft zusätzlich beeinflusst werden kann. Darüber hinaus muß die Patientin über die Tatsache informiert werden, daß für den Arzt bei einem lebensfähigen Neugeborenen eine Behandlungspflicht besteht.

40. 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?

Die Bundesregierung sieht den in der Frage hergestellten Zusammenhang zwischen einer möglichen späteren Schädigung des Kindes und einer medizinischen Indikation nicht.

Jede Aufklärung durch den Arzt muß so umfassend sein, daß Art, Umfang und Tragweite des Geschehens und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken zu ermessen sind.

41. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Bundesärztekammer, daß gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen sind, die klarstellen, daß das Weigerungsrecht, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, ausschließlich für die Fälle unmittelbarer Lebensgefahr der Schwan-

geren aufgehoben ist (Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, Deutsches Ärzteblatt 1998, S. 95, A-3013-3016 [Heft 47])?

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung der Bundesärztekammer, daß gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen sind, die klarstellen, daß das Weigerungsrecht, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, ausschließlich für die Fälle unmittelbarer Lebensgefahr der Schwangeren aufgehoben ist.

Gemäß § 12 Abs. 2 SchKG gilt das Weigerungsrecht nach § 12 Abs. 1 SchKG nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.

42. Hält die Bundesregierung angesichts der ihr vorliegenden Erkenntnisse im Bereich der Abtreibung einschließlich des Fetozids nach pränataler Diagnostik unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation die Bedingung der Strafbarkeit falscher ärztlicher Indikationsstellung „wider besseres Wissen“ im § 218 b Abs. 1 StGB unter Berücksichtigung der Hochrangigkeit des Lebensschutzgebotes und des Diskriminierungsverbotes wegen genetischer Veranlagungen oder Behinderungen für ausreichend?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß hinsichtlich § 218 b Abs. 1 StGB kein Handlungsbedarf besteht. Zum einen besteht in der Literatur weitgehend Einigkeit, daß das Tatbestandsmerkmal „wider besseres Wissen“ über die positive Kenntnis der Unrichtigkeit der Indikation entsprechend § 278 StGB in der Regel zumindest auch den Fall erfaßt, in dem die Indikation ohne jede vorherige Untersuchung getroffen wird. Zum anderen ist die praktische Bedeutung der Vorschrift gering, weil gegenüber § 218 StGB Subsidiarität besteht, so daß eine Bestrafung aus § 218 b StGB nur dort in Frage kommt, wo es nicht einmal zum Versuch des Schwangerschaftsabbruchs kommt oder wo der Schwangerschaftsabbruch aus einem anderen als dem fälschlich indizierten Grund objektiv indiziert war.

43. Wie bewertet die Bundesregierung unter Berücksichtigung der Abtreibungspraxis bei vorgeburtlich diagnostizierten Behinderungen die Gefahr einer Typisierung bestimmter erblicher Anlagen oder Behinderungen, die in der Regel zur Abtreibung des Kindes führen, im Hinblick auf die gesellschaftliche Einstellung und Solidaritätsbereitschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen?

Der Schutz des ungeborenen Lebens gilt gleichermaßen für ein zu erwartendes behindertes wie nichtbehindertes Kind. Die ärztliche Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat ausschließlich die Abwehr der Gefahr für das Leben oder schwerwiegender körperlicher und seelischer Gefahren für die Gesundheit der Schwangeren zum Ziel (s. Antwort zu Frage 11). Die Bundesregierung weist jede Form von in der Frage angesprochenen „Typisierungen“ zurück.

Die Einstellung und Solidaritätsbereitschaft der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung wird von der Bundesregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Aufgaben auf vielfältige Weise gefördert, u. a. durch die Betonung des uneingeschränkten Lebensrechts Behinderter, durch die Unterstützung von Verbänden und Selbsthilfeorganisationen der Behindertenarbeit sowie von Projekten und Maßnahmen, die die Integration behinderter Menschen in der Gesellschaft zum Ziel haben.

Schwangerschaftsabbrüche 1. bis 3. Quartal 1998

Anlage 1

1. Quartal 1998

| lfd. Nr. | Gegenstand der Nachweisung | Deutschland |
|----------|---|-------------|
| 1 | Schwangerschaftsabbrüche insgesamt | 35.478 |
| 2 | je 1.000 Lebend- und Totgeborene ¹⁾ | 185,3 |
| 3 | je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren ¹⁾ | 2,1 |
| | Alter von ... bis unter ... Jahren | |
| 4 | Unter 15 | 118 |
| 5 | 15 - 18 | 1.390 |
| 6 | 18 - 25 | 8.528 |
| 7 | 25 - 30 | 8.472 |
| 8 | 30 - 35 | 8.549 |
| 9 | 35 - 40 | 5.802 |
| 10 | 40 - 45 | 2.051 |
| 11 | 45 und mehr | 169 |
| | Familienstand | |
| 12 | Ledig | 14.841 |
| 13 | Verheiratet | 18.230 |
| 14 | Verwitwet | 225 |
| 15 | Geschieden | 2.183 |
| | Begründung des Abbruchs | |
| 16 | Allgemein-medizinische Indikation | 1.095 |
| 17 | Psychiatrische Indikation | 78 |
| 18 | Kriminologische Indikation | 9 |
| 19 | Ohne Indikation nach der Beratungsregelung | 34.297 |
| | Art des Eingriffs | |
| 20 | Curattage | 3.799 |
| 21 | Vakuumaspiration | 30.676 |
| 22 | Vaginale Hysterotomie | 5 |
| 23 | Abdominale Hysterotomie | - |
| 24 | Vaginale und abdominale Hysterektomie | 2 |
| 25 | Medikamentöser Abbruch | 997 |
| | Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft von ... bis unter ... Wochen | |
| 26 | Unter 6 | 2.878 |
| 27 | 6 - 8 | 12.065 |
| 28 | 8 - 10 | 13.007 |
| 29 | 10 - 13 | 6.861 |
| 30 | 13 - 23 | 816 |
| 31 | 23 und mehr | 32 |
| | Ort des Eingriffs | |
| 32 | Krankenhaus (ambulant) | 10.562 |
| 33 | Krankenhaus (stationär) | 3.803 |
| 34 | Gynäkologische Praxis | 21.114 |
| | Zahl der Lebendgeborenen | |
| 35 | Keine | 18.153 |
| 36 | 1 | 8.795 |
| 37 | 2 | 9.335 |
| 38 | 3 | 2.972 |
| 39 | 4 | 865 |
| 40 | 5 und mehr | 359 |

¹⁾ Berechnet aufgrund vorläufiger Angaben

Anlage 2

2. Quartal 1998

| lfd. Nr. | Gegenstand der Nachweisung | Deutschland |
|----------|---|-------------|
| 1 | Schwangerschaftsabbrüche insgesamt | 32.627 |
| 2 | je 1.000 Lebend- und Totgeborene ¹⁾ | 168,2 |
| 3 | je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren ¹⁾ | 1,9 |
| | Alter von ... bis unter ... Jahren | |
| 4 | Unter 15 | 101 |
| 5 | 15 – 18 | 1.176 |
| 6 | 18 – 25 | 8.278 |
| 7 | 25 – 30 | 7.612 |
| 8 | 30 – 35 | 7.841 |
| 9 | 35 – 40 | 5.483 |
| 10 | 40 – 45 | 1.881 |
| 11 | 45 und mehr | 156 |
| | Familienstand | |
| 12 | Ledig | 13.606 |
| 13 | Verheiratet | 16.759 |
| 14 | Verwitwet | 180 |
| 15 | Geschieden | 1.982 |
| | Begründung des Abbruchs | |
| 16 | Allgemein-medizinische Indikation | 935 |
| 17 | Psychiatrische Indikation | 109 |
| 18 | Kriminologische Indikation | 13 |
| 19 | Ohne Indikation nach der Beratungsregelung | 31.470 |
| | Art des Eingriffs | |
| 20 | Curattage | 3.647 |
| 21 | Vakuumaspiration | 27.683 |
| 22 | Vaginale Hysterotomie | 5 |
| 23 | Abdominale Hysterotomie | 1 |
| 24 | Vaginale und abdominale Hysterektomie | 3 |
| 25 | Medikamentöser Abbruch | 1.188 |
| | Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft von ... bis unter ... Wochen | |
| 26 | Unter 6 | 2.709 |
| 27 | 6 – 8 | 11.412 |
| 28 | 8 – 10 | 12.018 |
| 29 | 10 – 13 | 5.807 |
| 30 | 13 – 23 | 538 |
| 31 | 23 und mehr | 43 |
| | Ort des Eingriffs | |
| 32 | Krankenhaus (ambulant) | 7.886 |
| 33 | Krankenhaus (stationär) | 3.787 |
| 34 | Gynäkologische Praxis | 20.854 |
| | Zahl der Lebendgeborenen | |
| 35 | Keine | 11.982 |
| 36 | 1 | 8.256 |
| 37 | 2 | 8.539 |
| 38 | 3 | 2.724 |
| 39 | 4 | 707 |
| 40 | 5 und mehr | 319 |

¹⁾ Berechnet aufgrund vorläufiger Angaben

Anlage 3

3. Quartal 1998

| lfd. Nr. | Gegenstand der Nachweisung | Deutschland |
|----------|---|-------------|
| 1 | Schwangerschaftsabbrüche insgesamt | 32.356 |
| 2 | je 1.000 Lebend- und Totgeborene ¹⁾ | 154,3 |
| 3 | je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren ¹⁾ | 1,9 |
| | Alter von ... bis unter ... Jahren | |
| 4 | Unter 15 | 170 |
| 5 | 15 - 18 | 1.223 |
| 6 | 18 - 25 | 8.248 |
| 7 | 25 - 30 | 7.495 |
| 8 | 30 - 35 | 7.924 |
| 9 | 35 - 40 | 5.332 |
| 10 | 40 - 45 | 1.848 |
| 11 | 45 und mehr | 166 |
| | Familienstand | |
| 12 | Ledig | 13.662 |
| 13 | Verheiratet | 16.512 |
| 14 | Verwitwet | 164 |
| 15 | Geschieden | 2.018 |
| | Begründung des Abbruchs | |
| 16 | Allgemein-medizinische Indikation | 929 |
| 17 | Psychiatrische Indikation | 116 |
| 18 | Kriminologische Indikation | 11 |
| 19 | Ohne Indikation nach der Beratungsregelung | 31.300 |
| | Art des Eingriffs | |
| 20 | Curattage | 3.318 |
| 21 | Vakuumaspiration | 27.988 |
| 22 | Vaginale Hysterotomie | 3 |
| 23 | Abdominale Hysterotomie | 4 |
| 24 | Vaginale und abdominale Hysterektomie | 6 |
| 25 | Medikamentöser Abbruch | 1.137 |
| | Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft von ... bis unter ... Wochen | |
| 26 | Unter 6 | 3.183 |
| 27 | 6 - 8 | 11.299 |
| 28 | 8 - 10 | 11.550 |
| 29 | 10 - 13 | 5.723 |
| 30 | 13 - 23 | 550 |
| 31 | 23 und mehr | 51 |
| | Ort des Eingriffs | |
| 32 | Krankenhaus (ambulant) | 6.794 |
| 33 | Krankenhaus (stationär) | 3.701 |
| 34 | Gynäkologische Praxis | 21.861 |
| | Zahl der Lebendgeborenen | |
| 35 | Keine | 12.000 |
| 36 | 1 | 8.181 |
| 37 | 2 | 8.373 |
| 38 | 3 | 2.701 |
| 39 | 4 | 757 |
| 40 | 5 und mehr | 334 |

¹⁾ Berechnet aufgrund vorläufiger Angaben