

Antrag

der Abgeordneten Christel Humme, Sabine Bätzing, Ute Berg, Peter Dreßen, Elke Ferner, Renate Gradistanac, Angelika Graf (Rosenheim), Kerstin Griese, Eike Hovermann, Nicolette Kressl, Christine Lehder, Erika Lotz, Caren Marks, Hilde Mattheis, Petra-Evelyne Merkel, Dr. Erika Ober, Karin Rehbock-Zureich, Dr. Carola Reimann, Christel Riemann-Hanewinckel, Karin Roth (Esslingen), Marlene Rupprecht (Tuchenbach), Anton Schaaf, Silvia Schmidt (Eisleben), Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Dr. Margrit Spielmann, Rolf Stöckel, Rita Streb-Hesse, Andreas Weigel, Hildegard Wester, Lydia Westrich, Inge Wettig-Danielmeier, Jürgen Wieczorek (Böhlen), Franz Müntefering und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Irmgard Schewe-Gerigk, Ekin Deligöz, Jutta Dümpe-Krüger, Birgitt Bender, Volker Beck (Köln), Katrin Göring-Eckardt, Krista Sager und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychosoziale Beratungsangebote bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation ausbauen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die geltenden Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch beruhen im Wesentlichen auf der durch die unterschiedliche Rechtslage in beiden Teilen Deutschlands notwendig gewordene Neuregelung durch das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) von 1995. Inhaltlich orientieren sie sich an den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seiner Entscheidung vom 28. Mai 1993.

Schwangerschaftsabbrüche sind danach grundsätzlich strafbar (§ 218 Strafgesetzbuch – StGB) und nur unter bestimmten Voraussetzungen straflos (sog. Beratungsregelung nach § 218a Abs. 1 StGB) bzw. nicht rechtswidrig (medizinische Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB, kriminologische Indikation nach § 218a Abs. 3 StGB).

Beratungsregelung

Die Beratungsregelung, die an die Stelle der früher in den alten Bundesländern geltenden sozialen Indikation sowie der in den neuen Bundesländern geltenden reinen Fristenlösung getreten ist, trägt der Einsicht Rechnung, dass restriktive Regelungen zu keiner Zeit in der Vergangenheit geholfen haben, werdendes Leben vor einem Abbruch der Schwangerschaft zu schützen. Werdendes Leben kann nicht gegen, sondern nur mit der schwangeren Frau geschützt werden. Der Bundesgesetzgeber hat daher gesetzliche Regelungen getroffen, die in der Frühphase der Schwangerschaft den Schwerpunkt auf die Beratung legen und

die Selbstbestimmung der schwangeren Frau respektieren. Voraussetzungen für die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungsregelung sind – neben dem Verlangen der Schwangeren nach einem Abbruch – die Teilnahme an einer Schwangerschaftskonfliktberatung in einer staatlich anerkannten Konfliktberatungsstelle mindestens drei Tage vor dem Eingriff, die Einhaltung einer Frist von zwölf Wochen seit der Empfängnis sowie die Vornahme des Eingriffs von einem Arzt oder einer Ärztin, der oder die nicht an der Beratung teilgenommen hat. Die Pflichtberatung, die durch einen Beratungsschein nachzuweisen ist, ist in ihrem Inhalt an die Vorgaben des Strafgesetzbuches und des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) gebunden (§ 219 StGB i. V. m. § 5 SchKG). Sie ist ergebnisoffen zu führen, geht von der Verantwortung der Frau aus, soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht aber belehren und bevormunden. Sie hat jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale und juristische Information, die Darlegung der Rechtsansprüche von Mutter und Kind und von möglichen praktischen Hilfen, insbesondere solchen, welche die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, zu umfassen. Sie dient dem Schutz des ungeborenen Lebens (§ 5 Abs. 1 SchKG).

Eine vergleichbare Beratungsregelung besteht in keinem anderen europäischen Land.

Zu den gesetzlichen Regelungen gehören auch umfassende Anforderungen an die zu führende Bundesstatistik über die jährlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche (§§ 15 ff. SchKG). Mit ihnen wurde erstmals eine gesetzliche Grundlage für eine umfassende Erfassung der in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommenen Abbrüche geschaffen.

Datenlage

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden in Deutschland seit Geltung der neuen Rechtslage die folgenden Fallzahlen durchgeführter Abbrüche ermittelt:

1996: 130 899	1999: 130 471	2002: 130 387
1997: 130 890	2000: 134 609	2003: 128 030.
1998: 131 795	2001: 134 964	

Davon beträgt die Quote der Abbrüche nach der Beratungsregelung gleich bleibend 97 Prozent, die der Indikationen 3 Prozent, wobei die kriminologische Indikation aufgrund sehr geringer Fallzahlen zu vernachlässigen ist (unter 0,3 Prozent).

Ein internationaler Vergleich der Zahlen ist wegen unterschiedlicher Erfassungsmethoden und unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen nur bedingt möglich. Die aktuellste Auswertung von Eurostat, veröffentlicht im Statistischen Jahrbuch 2003 für das Ausland, enthält Zahlen über Schwangerschaftsabbrüche in ausgewählten Ländern aus dem Jahr 2001. Hierbei wird die Zahl der Abbrüche bezogen auf je 1 000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren bzw. 44 Jahren angegeben. Diese Auswertung belegt, dass Deutschland im internationalen Vergleich zu den Ländern gehört, die eine sehr niedrige Quote von Schwangerschaftsabbrüchen haben. So wurden in Deutschland im Jahr 2001 pro 1 000 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren 6,9 Schwangerschaftsabbrüche registriert. Im Vergleich dazu lagen diese im Vereinigten Königreich bei 13,9; Dänemark bei 12,5; Finnland bei 8,9; Italien bei 9,9; Norwegen bei 13; Schweiz bei 7,1; Spanien bei 6,1 (bezogen auf das Jahr 2000).

Bewertung der allgemeinen Situation

Die Etablierung der gesetzlichen Schwangerschaftskonfliktberatung konnte an das bereits bestehende Spektrum der Schwangerenberatung im gesamten Bundesgebiet anknüpfen und hat sich bewährt. Weder von den Beratungsträgern noch von Seiten der Frauen und der Ärzteschaft ist substantielle Kritik erhoben worden, die auf eine fehlerhafte oder unzureichende Umsetzung der Beratungsregelung oder auf mangelnde Akzeptanz des Beratungskonzepts schließen lassen.

Bei den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Zahlen ist zunächst zu berücksichtigen, dass Vergleiche mit Daten für die Jahre vor der Neuregelung bis 1995 nicht möglich sind, da verlässliche Daten für die Jahre seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland bis einschließlich 1995 nicht vorliegen.

Von einer ins Gewicht fallenden Dunkelziffer kann im Rahmen der seit 1996 durchgeführten amtlichen Statistik nicht ausgegangen werden. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass die Statistik, die eine Primärstatistik ist (ihre Daten insoweit nicht aus weiteren Statistiken rekrutiert), aufgrund umfangreicher Recherchen in öffentlichen Registern und zahlreichen weiteren Aktivitäten in Deutschland vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche nahezu vollständig erfasst. Dies unter Berücksichtigung einer Toleranz (wie bei jeder Statistik), die aber aufgrund geringer Fallzahlen zu vernachlässigen ist. Darüber hinaus ist auch aufgrund der geltenden Rechtslage, die die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen nur unter sehr engen Voraussetzungen strafbar macht, nicht davon auszugehen, dass Einrichtungen, die solche Abbrüche durchführen, ihre Meldepflicht verletzen. Dies gilt erst recht für indizierte Abbrüche, die gerechtfertigt und damit rechtmäßig sind. Ein sachlicher Grund, warum Ärztinnen und Ärzte/Kliniken gerade hier ihre Meldepflicht vernachlässigen würden, liegt nicht vor.

Auch den ungewollt schwanger gewordenen Frauen bürdet die Rechtsordnung, insbesondere die geltende Beratungsregelung, keine unzumutbaren Anforderungen an die Straflosigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs auf. Auch deshalb ist kaum vorstellbar, dass betroffene Frauen den Weg in die Illegalität vorziehen und damit freiwillig ihre Gesundheit erheblich gefährden oder in hoher Zahl Abbrüche im Ausland vornehmen lassen.

Vor diesem Hintergrund lässt sich feststellen, dass sich das gesetzliche Schutzkonzept insgesamt bewährt hat. Insbesondere kann nicht davon ausgegangen werden, dass die in Deutschland lebenden Frauen das vom Gesetzgeber vorgesehene Schutzkonzept nicht annehmen und den Abbruch einer Schwangerschaft leichtfertig entscheiden. Dagegen spricht auch der internationale Vergleich der Datenlage und die national gegenwärtig leicht abfallende Tendenz vorgenommener Abbrüche.

Sachgerechte Maßnahmen, die auf die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften bzw. eine möglichst weitgehende Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie eine Realisierung gewollter Schwangerschaften abzielen, sind im Wesentlichen im kinder- und familienbezogenem Leistungsbereich anzusiedeln. Zugleich sind weitere Maßnahmen zur Sexualaufklärung, Information und partnerschaftlichen Verhütung zu fördern. Für Eltern gilt es, eine echte Wahlfreiheit in ihrer Lebensgestaltung sicherzustellen. Neben finanziellen Leistungen ist auch die hierfür notwendige Infrastruktur für Kinder und Familien entsprechend bedarfsgerecht auszubauen. Seit 1998 wurde das finanzielle Volumen der staatlichen Leistungen und steuerlichen Maßnahmen für Familien, an denen der Bund finanziell beteiligt ist, um rund 50 Prozent von 40,2 Mrd. Euro auf 60 Mrd. Euro im Jahr 2003 erhöht. Maßnahmen waren z. B. die Erhöhung des Kindergeldes, die Reform des steuerlichen Familienleistungsausgleichs, die Anrechnung von erwerbsbedingten Betreuungskosten, die Schaffung eines Ent-

lastungsfreibetrages für Alleinerziehende und umfassende Reformen beim Bundeserziehungsgeld und der Elternzeit. Auch bei der Ausbildungsförderung wurden Entlastungen für Familien geschaffen. Seit 2002 hat die Bundesregierung ihrer Familienpolitik einen zusätzlichen Schwerpunkt gegeben. Im Mittelpunkt stehen dabei der Ausbau einer bedarfsgerechten sozialen Infrastruktur, insbesondere von verlässlichen Ganztagschulen sowie Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und die familienfreundlichere Gestaltung der Arbeitswelt.

Medizinische Indikation

Die Regelung der medizinischen Indikation wurde 1995 mit der Streichung der embryopathischen Indikation leicht verändert, indem die auch schon vorher im Wortlaut enthaltene medizinisch-soziale Komponente durch den Zusatz „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren“ ergänzt wurde.

Die geltende medizinische Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) beruht auf der Erwägung, dass die Schwangere in menschlich unzumutbarer Weise überfordert würde, wenn das Austragen der Schwangerschaft auf Kosten ihres eigenen Lebens oder Gesundheitszustandes von ihr verlangt würde. Durch die Anerkennung von Konflikten und Belastungen der Schwangeren, auch aus der Vorausschau auf ihre umfassenden Sorge- und Einstandspflichten für das Kind nach dessen Geburt, hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass nicht allein ein die Gesundheit der Frau gefährdender Befund im Rahmen der Schwangerschaft, sondern darüber hinaus familiär-soziale Lebensumstände zu berücksichtigen sind. Diese Intention kommt auch in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 zum Ausdruck. Die Feststellung einer vorgeburtlichen Schädigung oder Behinderung des Ungeborenen allein erfüllt mithin nicht den Tatbestand der medizinischen Indikation. Allerdings kann eine festgestellte Schädigung des Ungeborenen im Rahmen der Entscheidung über das Vorliegen einer medizinischen Indikation Berücksichtigung finden. Die geltende Regelung ist damit die Grundlage für ausschließlich individuelle, einzelfallbezogene Entscheidungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass entsprechend dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, wie bei jeder Notstandssituation, die Voraussetzungen für das Vorliegen einer medizinischen Indikation bei Fortschreiten der Schwangerschaft immer enger zu ziehen sind, insbesondere dann, wenn die Lebensfähigkeit des Kindes außerhalb des Mutterleibs nicht auszuschließen ist.

Da die Regelung ausschließlich auf den Gesundheitszustand der schwangeren Frau abstellt, kann die Feststellung der gesetzlich eindeutig bestimmten Voraussetzungen der medizinischen Indikation auch nur im Einzelfall nach ärztlicher Erkenntnis erfolgen.

Datenlage

Die Zahl medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbrüche ist seit der Neuregelung – mit Ausnahme von 2003 – nach Angaben des Statistischen Bundesamtes kontinuierlich zurückgegangen (1996: 4 818, 1997: 4 526, 1998: 4 338, 1999: 3 661, 2000: 3 630, 2001: 3 575, 2002: 3 271 und 2003: 3 421). Im Vergleich zu der Gesamtzahl der jährlich erfassten Schwangerschaftsabbrüche (rd. 130 000 pro Jahr) beträgt die Quote aller medizinisch indizierten Abbrüche gleich bleibend knapp 3 Prozent. Die abfallende Tendenz gilt auch für Schwangerschaftsabbrüche, die zwischen der 13. und 23. Schwangerschaftswoche (SW) vorgenommen wurden sowie insgesamt auch für Abbrüche nach der 23. (SW) (sog. Spätabbrüche). Die Zahl der Abbrüche ab der 23. SW beträgt 1996: 159, 1997: 190, 1998: 175, 1999: 164, 2000: 154, 2001: 177, 2002: 188 und 2003: 217. Dies sind gleich bleibend 0,1 Prozent der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche.

Bewertung

Die Datenlage zur medizinischen Indikation begründet keinen gesetzlichen Handlungsbedarf. Im Gegenteil: Nach den vorliegenden Daten des Statistischen Bundesamtes lässt sich ein kontinuierlicher Rückgang der gemeldeten Abbrüche feststellen. Die Datenlage ist angesichts der Tatsache, dass die Anzahl vorgenommener pränataldiagnostischer Untersuchungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist, von zusätzlicher Bedeutung: Mit ihr lässt sich die Behauptung der Enquete-Kommission in ihrem Schlussbericht vom 14. Mai 2002, eine zunehmende Tendenz zur pränatalen Früherkennung lasse auf eine steigende Anzahl medizinisch-indizierter Abbrüche schließen, empirisch nicht bestätigen. Festzustellen ist vielmehr eine umgekehrte Proportionalität. Mit den stetig verbesserten diagnostischen Möglichkeiten können zwar gezielt schwere Erkrankungen des Ungeborenen festgestellt werden. Andererseits hilft verbesserte Diagnostik ganz offenbar, die Gesundheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft zu erhalten oder zu verbessern sowie die Vornahme von Verdachtsabbrüchen in immer stärkerem Maße zu vermeiden.

Allerdings stellt die Ausweitung des Angebots pränataldiagnostischer Maßnahmen auch eine neue Herausforderung dar. Jede Frau wird heute im Rahmen der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge mit einem breitem Spektrum von Untersuchungsmethoden konfrontiert, die – neben der Kontrolle des allgemeinen Schwangerschaftsverlaufs – auch die gezielte Suche nach Fehlbildungen bzw. chromosomalen Auffälligkeiten des Ungeborenen beinhalten (invasive Maßnahmen). Bei einigen Diagnosen bestehen weder während der Schwangerschaft noch nach der Geburt des Kindes Therapiemöglichkeiten. Hierbei haben die zugrundeliegenden Untersuchungen in erster Linie den Zweck, bei einem auffälligen Befund als Entscheidungsgrundlage über einen Abbruch der Schwangerschaft zu dienen. Zwar kann die Diagnostik in den weitaus meisten Fällen dabei helfen, Ängste der Schwangeren vor einem kranken oder behinderten Kind abzubauen. Ein so genannter positiver Befund hingegen bewirkt in der Regel eine schwerwiegende Konfliktsituation der betroffenen Frau, die zudem eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Handlungsoptionen erfordert. Im Rahmen dieser Entscheidungsprozesse kann in den meisten Fällen – neben der notwendigen medizinischen Auf- und Abklärung – die Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung eine effektive Hilfe für die Schwangere darstellen. Dies gilt sowohl vor Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Maßnahmen, als auch nach Inanspruchnahme bei positivem Befund, erst recht bei einer fortgeschrittenen Schwangerschaft.

Hier gilt es, den seit 1992 bestehenden Anspruch auf Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, der auch Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft sowie Informationen über Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien beinhaltet, stärker als bisher in das Bewusstsein von Frauen und behandelnden Ärzten/Ärztinnen zu befördern, darüber hinaus die Kooperation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Beratern/Beraterinnen zu verbessern und die Qualität der Beratung zu sichern.

Im Einzelnen besteht folgender Handlungsbedarf:

1. Beratung

Da Schwangere und ihre Partner regelmäßig mit der Thematik vorgeburtlicher Diagnostik betraut werden und so vor, insbesondere aber nach deren Inanspruchnahme in schwerwiegende Entscheidungszwänge geraten können, ist es hilfreich, ihnen in dieser Situation ein Angebot zu machen, das sie beratend begleitet und in der eigenen Urteilsbildung und Entscheidungsfindung unterstützt. Da in den meisten Fällen gewünschte Schwangerschaften betroffen sind, ist die

Mitteilung über die Behinderung, Erkrankung oder Beeinträchtigung des Kindes in der Regel ein Schock für die betroffenen Eltern. In diesem Zustand müssen weitreichende Entscheidungen getroffen werden. In dieser Krisensituation ist für Frauen und Paare ein über die medizinische Aufklärung hinausgehendes Beratungsangebot hilfreich.

Hierzu ist jedoch ein ausreichendes Beratungsangebot bisher nicht entwickelt worden. Die betreuenden Ärztinnen/Ärzten verfügen nicht in allen Fällen über die notwendige Zeit noch die erforderliche Qualifikation, um über die ärztliche Aufklärung hinaus eine individuelle Beratung in einer Krisensituation anbieten zu können. Deshalb erscheint es notwendig, den betroffenen Frauen und Paaren neben dem ärztlichen Aufklärungsgespräch eine unabhängige psychosoziale Beratung anzubieten, für die die Kooperation und Vernetzung der mit der Thematik befassten Berufsgruppen (Schwangerenberatung und Ärzteschaft) ein wesentlicher Bestandteil ist. Dies ist ein wesentliches Ergebnis des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien bei zu erwartender Behinderung des Kindes“. Auch zeigen bisherige klinische Erfahrungen die Bedeutung einer psychosozialen Beratung für einen positiven Verlauf des Entscheidungsprozesses auf. Dass die psychosoziale Beratung ein wichtiger Baustein innerhalb der Pränatalmedizin sein sollte und dass dies auch Betroffene so sehen, belegt auch der 1. Zwischenbericht zu der vom BMFSFJ geförderten wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“, das u. a. an der Universitätsklinik Bonn in Kooperation mit einer Schwangerschaftsberatungsstelle direkt vor Ort durchgeführt wird. Fast jede an dem Projekt teilnehmende Patientin gibt an, dass sie die Beratung als hilfreich in der schwierigen Entscheidungssituation empfindet. Die Etablierung eines psychosozialen Beratungsangebotes vor Ort oder eng kooperierend mit den pränataldiagnostischen Zentren ist wichtig, damit betroffene Schwangere und ihre Partner schnell beraten werden können.

Frauen müssen im Rahmen der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge umfassend und wertfrei informiert und aufgeklärt werden, um eine eigenverantwortliche Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme insbesondere von invasiver Pränataldiagnostik treffen zu können. Vor dem Hintergrund, dass sich die medizinischen und technischen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik ständig weiterentwickeln, ist die Gewährleistung einer Qualitätssicherung von besonderer Bedeutung.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen sind so zu überarbeiten und zu ergänzen, dass insbesondere eine adäquate Aufklärung und Beratung sowohl vor Durchführung weiterführender Pränataldiagnostik als auch nach pränataler Diagnose gewährleistet wird. Diese Notwendigkeit wird auch teilweise in der Ärzteschaft so gesehen (so auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.). Darüber hinaus wäre eine Umsetzung der überarbeiteten Richtlinien in verbindliches Satzungsrecht der Landesärztekammern erforderlich. Diese Maßnahme wäre das geeignetste Mittel, um die Ärzteschaft auf die ihr obliegenden Aufklärungs-, Beratungs- und Hinweispflichten (im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik und der Anwendung vorgeburtlicher Untersuchungsmethoden) hinzuweisen. Diese Einschätzung wird auch vom Nationalen Ethikrat geteilt.

Auch die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) sollten vom gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 SGB V überarbeitet und ergänzt werden. In den Mutterschaftsrichtlinien sind als pränatale Diagnostik drei Ultraschall-Screening-Untersuchungen geregelt, die der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft dienen. Auch im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge

sollen Frauen selbstbestimmt, informiert und aufgeklärt und damit bewusst über die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik entscheiden können. Ihnen sollte bereits vor Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik die Möglichkeit gegeben werden, eine „informierte“ Wahl zu treffen, welche Diagnoseverfahren sie in Anspruch nehmen möchten und welche nicht. Dies schließt ausdrücklich ein, dass schwangere Frauen ein Recht auf Nicht-Wissen haben.

Eine Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien ist auch noch in einem anderen Punkt angezeigt. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (inzwischen gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V) hat zwar im März 2003 zur Information der Schwangeren über den Rechtsanspruch auf Beratung nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz den nachfolgenden Passus in die Richtlinien aufgenommen: „Die Schwangere soll über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) unterrichtet werden“. Als Sollvorschrift ist diese Regelung aufgrund des Ermessensspielraumes jedoch zu schwach ausgestaltet.

2. Bedenkzeit

Das Gesetz für den Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation sieht keine zeitliche Befristung vor. In Krisensituationen kann Zeitdruck für einen Abbruch dann entstehen, wenn die 24. Schwangerschaftswoche in absehbarer Zeit erreicht wird, da ab diesem Schwangerschaftsalter bei einer Geburtseinleitung ein Überleben des Kindes nicht ausgeschlossen ist. Eine angemessene Bedenkzeit zwischen den Beratungen nach auffälligem Befund und einem Schwangerschaftsabbruch von in der Regel drei Tagen hat sich – auch als Ergebnis bisheriger klinischer Erfahrungen – als sinnvoll für die seelische Verarbeitung und zur Vermeidung voreiliger Entscheidungen in dieser Krisensituation durch die Schwangere und ihren Partner herausgestellt, sofern das Leben der Schwangeren nicht akut bedroht ist. Deshalb sollte in die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (inzwischen gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V) aufgenommen werden, dass die Schwangere auf eine angemessene Bedenkzeit zwischen Mitteilung des Befunds und evtl. Vornahme eines Abbruchs und auf das Beratungsangebot hingewiesen werden sollte.

3. Interdisziplinäre Begutachtung (Kommission)

Die Hinzuziehung von Fachleuten verschiedener Disziplinen bei Feststellung einer Behinderung des ungeborenen Kindes hat sich nach bisherigen klinischen Erfahrungen als überaus sinnvoll erwiesen. Denn hierdurch wird betroffenen Eltern die Möglichkeit gegeben, sich umfassend über die Behinderung ihres Kindes und ein Leben mit ihm zu informieren. Bereits nach geltendem Recht ist der Arzt/die Ärztin gehalten, bei fachlichen Zweifeln die Meinung von Spezialisten einzuholen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. darauf hinzuwirken, dass die für die Schwangerenberatung zuständigen Länder und die Ärzteschaft dafür Sorge tragen, dass Kooperationen und flexible Beratungsangebote zwischen Beratungsträgern und pränataldiagnostischen Zentren (klinisch wie ambulant) entwickelt werden, um die psychosoziale Beratung den Schwangeren bedarfsgerecht und zeitnah zur Verfügung stellen zu können;
2. darauf hinzuwirken, dass die Ärztekammern in Bund und Ländern im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung von pränataler Diagnostik Sorge tragen;

3. darauf hinzuwirken, dass die Bundesärztekammer Richtlinien zur verbindlichen Information und Beratung der Schwangeren, die auch entsprechende Kooperationen mit anderen betroffenen Berufsgruppen sicherstellen, erarbeitet und die Landesärztekammern diese in verbindliches Satzungsrecht umsetzen;
4. darauf hinzuwirken, dass der gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 SGB V in der Mutterschaftsrichtlinie den Hinweis des Rechtsanspruchs auf Beratung nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz deutlicher ausgestaltet;
5. darauf hinzuwirken, dass der gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 SGB V Richtlinien zur verbindlichen Information und Aufklärung der Schwangeren vor jeder Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik, also bereits vor dem ersten Ultraschall, erarbeitet, dabei ist das Recht der Schwangeren auf Nicht-Wissen zu wahren;
6. darauf hinzuwirken, dass der gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 SGB V in die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch eine Regelung aufnimmt, wonach die Schwangere auf eine angemessene Bedenkzeit und auf das Beratungsgebot zwischen der Mitteilung des Befunds und der evtl. Vornahme eines Abbruchs hinzuweisen ist, sofern ihr Leben oder ihre Gesundheit nicht akut bedroht ist;
7. darauf hinzuwirken, dass die Ärzteschaft dafür Sorge trägt, dass der Arzt/die Ärztin bei Feststellung einer Behinderung des ungeborenen Kindes Fachleute verschiedener Disziplinen hinzuzieht, damit betroffene Eltern die Möglichkeit haben, sich über die Behinderung ihres Kindes und ein Leben mit ihm zu informieren.

Berlin, den 10. November 2004

Franz Müntefering und Fraktion
Katrin Göring-Eckardt, Krista Sager und Fraktion