

Beschlussempfehlung und Bericht

**des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
(13. Ausschuss)**

- 1. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Volker Kauder, Renate Schmidt (Nürnberg), Johannes Singhammer, Dr. Peter Ramsauer, Ilse Falk, Dr. Norbert Lammert, Dr. Maria Böhmer, Hartmut Koschyk, Maria Eichhorn, Ingrid Fischbach, Ulrich Adam, Ilse Aigner, Peter Albach, Peter Altmaier, Dorothee Bär, Thomas Bareiß, Norbert Barthle, Dr. Wolf Bauer, Günter Baumann, Ernst-Reinhard Beck (Reutlingen), Veronika Bellmann, Dr. Christoph Bergner, Otto Bernhardt, Clemens Binninger, Peter Bleser, Antje Blumenthal, Wolfgang Börnsen (Bönstrup), Jochen Borchert, Wolfgang Bosbach, Klaus Brähmig, Michael Brand, Helmut Brandt, Dr. Ralf Brauksiepe, Monika Brüning, Georg Brunnhuber, Cajus Caesar, Gitta Connemann, Leo Dautzenberg, Hubert Deittert, Alexander Dobrindt, Thomas Dörflinger, Marie-Luise Dött, Dr. Stephan Eisel, Anke Eymmer (Lübeck), Enak Ferlemann, Hartwig Fischer (Göttingen), Dirk Fischer (Hamburg), Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land), Dr. Maria Flachsbarth, Klaus-Peter Flosbach, Herbert Frankenhauser, Dr. Hans-Peter Friedrich (Hof), Erich G. Fritz, Jochen-Konrad Fromme, Dr. Michael Fuchs, Hans-Joachim Fuchtel, Dr. Jürgen Gehb, Norbert Geis, Eberhard Gienger, Michael Glos, Ralf Göbel, Josef Göppel, Peter Götz, Dr. Wolfgang Götzer, Ute Granold, Reinhard Grindel, Hermann Gröhe, Michael Grosse-Brömer, Markus Grübel, Monika Grütters, Manfred Grund, Dr. Karl-Theodor Freiherr zu Guttenberg, Olav Gutting, Holger Haibach, Gerda Hasselfeldt, Ursula Heinen, Uda Carmen Freia Heller, Michael Hennrich, Jürgen Herrmann, Bernd Heynemann, Ernst Hinsken, Peter Hintze, Christian Hirte, Robert Hochbaum, Joachim Hörster, Klaus Hofbauer, Franz-Josef Holzenkamp, Thilo Hoppe, Anette Hübinger, Hubert Hüppe, Susanne Jaffke-Witt, Dr. Peter Jahr, Dr. Hans-Heinrich Jordan, Dr. Franz Josef Jung, Andreas Jung (Konstanz), Bartholomäus Kalb, Hans-Werner Kammer, Steffen Kampeter, Alois Karl, Bernhard Kaster, Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen), Eckart von Klaeden, Julia Klöckner, Kristina Köhler (Wiesbaden), Norbert Königshofen, Jens Koeppen, Thomas Kossendey, Michael Kretschmer, Gunther Krichbaum, Dr. Günter Krings, Dr. Martina Krogmann, Dr. Hermann Kues, Dr. Karl Lamers (Heidelberg), Katharina Landgraf, Dr. Max Lehmer, Paul Lehrieder, Ingbert Liebing, Eduard Lintner, Dr. Klaus W. Lippold, Patricia Lips, Dr. Michael Luther, Thomas Mahlberg, Stephan Mayer (Altötting), Markus Meckel, Wolfgang Meckelburg, Dr. Michael Meister, Dr. Angela Merkel, Friedrich Merz, Laurenz Meyer (Hamm), Maria Michalk, Dr. h. c. Hans Michelbach, Philipp Mißfelder, Dr. Eva Möllring, Marlene Mortler, Dr. Gerd Müller, Carsten Müller (Braunschweig), Stefan Müller (Erlangen), Bernd Neumann (Bremen), Henry Nitzsche, Michaela Noll, Dr. Georg Nüßlein, Franz Obermeier, Eduard Oswald, Rita Pawelski, Dr. Joachim Pfeiffer,**

Sibylle Pfeiffer, Beatrix Philipp, Ronald Pofalla, Ruprecht Polenz, Daniela Raab, Thomas Rachel, Hans Raidel, Peter Rauen, Eckhardt Rehberg, Klaus Riegert, Dr. Heinz Riesenhuber, Johannes Röring, Dr. Norbert Röttgen, Franz Romer, Kurt J. Rossmanith, Dr. Christian Ruck, Albert Rupprecht (Weiden), Anita Schäfer (Saalstadt), Dr. Wolfgang Schäuble, Hermann-Josef Scharf, Hartmut Schauerte, Dr. Annette Schavan, Dr. Andreas Scheuer, Karl Schiewerling, Norbert Schindler, Georg Schirmbeck, Bernd Schmidbauer, Christian Schmidt (Fürth), Andreas Schmidt (Mülheim), Dr. Andreas Schockenhoff, Dr. Ole Schröder, Bernhard Schulte-Drüggelte, Uwe Schummer, Wilhelm Josef Sebastian, Kurt Segner, Marion Seib, Bernd Siebert, Thomas Silberhorn, Jens Spahn, Erika Steinbach, Christian Freiherr von Stetten, Gero Storjohann, Andreas Storm, Max Straubinger, Matthäus Strebl, Thomas Strobl (Heilbronn), Lena Strothmann, Michael Stübgen, Hans Peter Thul, Antje Tillmann, Dr. Hans-Peter Uhl, Arnold Vaatz, Volkmar Uwe Vogel, Andrea Astrid Voßhoff, Gerhard Wächter, Marco Wanderwitz, Kai Wegner, Marcus Weinberg, Peter Weiß (Emmendingen), Gerald Weiß (Groß-Gerau), Ingo Wellenreuther, Karl-Georg Wellmann, Annette Widmann-Mauz, Klaus-Peter Willsch, Willy Wimmer (Neuss), Elisabeth Winkelmeier-Becker, Dagmar Wöhrl, Wolfgang Zöllner, Willi Zylajew
– Drucksache 16/11106 –

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

2. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Christel Humme, Irmingard Schewe-Gerigk, Elke Ferner, Caren Marks, Dr. Carola Reimann, Birgitt Bender, Priska Hinz (Herborn), Dr. Lale Akgün, Dr. h. c. Gerd Andres, Rainer Arnold, Doris Barnett, Klaus Barthel, Uwe Beckmeyer, Klaus Uwe Benneter, Dr. Axel Berg, Ute Berg, Petra Bierwirth, Lothar Binding (Heidelberg), Clemens Bollen, Gerd Bollmann, Klaus Brandner, Willi Brase, Marco Bülow, Edelgard Bulmahn, Ulla Burchardt, Martin Burkert, Dr. Peter Danckert, Ekin Deligöz, Martin Dörmann, Dr. Carl-Christian Dressel, Elvira Drobinski-Weiß, Dr. Thea Dücker, Dr. Uschi Eid, Dr. h. c. Gernot Erler, Petra Ernstberger, Karin Evers-Meyer, Annette Faße, Gabriele Fograscher, Gabriele Frechen, Dagmar Freitag, Sigmar Gabriel, Kai Gehring, Martin Gerster, Iris Gleicke, Renate Gradistanac, Angelika Graf (Rosenheim), Monika Griefahn, Hans-Joachim Hacker, Bettina Hagedorn, Britta Haßelmann, Nina Hauer, Rolf Hempelmann, Bettina Herlitzius, Gabriele Hiller-Ohm, Bärbel Höhn, Iris Hoffmann (Wismar), Eike Hovermann, Klaas Hübner, Brunhilde Irber, Johannes Kahrs, Dr. h. c. Susanne Kastner, Ulrich Kelber, Christian Kleiminger, Ute Koczy, Dr. Bärbel Kofler, Walter Kolbow, Sylvia Kotting-Uhl, Rolf Kramer, Anette Kramme, Nicolette Kressl, Volker Kröning, Dr. Hans-Ulrich Krüger, Jürgen Kucharczyk, Helga Kühn-Mengel, Renate Künast, Dr. Uwe Küster, Ute Kumpf, Christine Lambrecht, Christian Lange (Backnang), Monika Lazar, Waltraud Lehn, Gabriele Lösekrug-Möller, Helga Lopez, Dirk Manzewski, Hilde Mattheis, Petra Merkel (Berlin), Ulrike Merten, Dr. Matthias Miersch, Jerzy Montag, Marko Mühlstein, Detlef Müller (Chemnitz), Michael Müller (Düsseldorf), Dr. Rolf Mützenich, Holger Ortel, Johannes Pflug, Joachim Poß, Christoph Pries, Florian Pronold, Dr. Sascha Raabe, Mechthild Rawert, Gerold Reichenbach, Christel Riemann-Hanewinckel, Sönke Rix,

Dr. Ernst Dieter Rossmann, Claudia Roth (Augsburg), Karin Roth (Esslingen), Ortwin Runde, Marlene Rupprecht (Tuchenbach), Krista Sager, Anton Schaaf, Axel Schäfer (Bochum), Elisabeth Scharfenberg, Heinz Schmitt (Landau), Ottmar Schreiner, Reinhard Schultz (Everswinkel), Swen Schulz (Spandau), Ewald Schurer, Frank Schwabe, Dr. Angelica Schwall-Düren, Wolfgang Spanier, Grietje Staffelt, Dieter Steinecke, Ludwig Stiegler, Rolf Stöckel, Christoph Strässer, Hans-Christian Ströbele, Joachim Stünker, Dr. Rainer Tabillion, Jella Teuchner, Franz Thönnies, Rüdiger Veit, Hedi Wegener, Petra Weis, Hildegard Wester, Dr. Margrit Wetzel, Andrea Wicklein, Waltraut Wolff (Wolmirstedt), Uta Zapf, Manfred Zöllmer
– Drucksache 16/12664 –

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

- 3. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Kerstin Griese, Katrin Göring-Eckardt, Andrea Nahles, Ulla Schmidt (Aachen), Dr. h. c. Wolfgang Thierse, Dr. Barbara Hendricks, Dr. Marlies Volkmer, Markus Kurth, Ingrid Arndt-Brauer, Sabine Bätzing, Dr. Hans-Peter Bartels, Dirk Becker, Cornelia Behm, Marion Caspers-Merk, Siegmund Ehrmann, Peter Friedrich, Sigmar Gabriel, Günter Gloser, Dieter Grasedieck, Wolfgang Grothaus, Wolfgang Gunkel, Michael Hartmann (Wackernheim), Hubertus Heil, Stephan Hilsberg, Dr. Eva Högl, Johannes Jung (Karlsruhe), Ulrich Kasparick, Karin Kortmann, Angelika Krüger-Leißner, Dr. Karl Lauterbach, Katja Mast, Markus Meckel, Kerstin Müller (Köln), Gesine Mulhaupt, Thomas Oppermann, Steffen Reiche (Cottbus), Michael Roth (Heringen), Christine Scheel, Bernd Scheelen, Dr. Hermann Scheer, Dr. Konrad Schily, Renate Schmidt (Nürnberg), Carsten Schneider (Erfurt), Rolf Schwanitz, Rita Schwarzelühr-Sutter, Dr. Margrit Spielmann, Jörg-Otto Spiller, Silke Stokar von Neuforn, Dr. Harald Terpe, Jörn Thießen, Andreas Weigel, Josef Philip Winkler, Heidi Wright**
– Drucksache 16/11347 –

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

- 4. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Ina Lenke, Sibylle Laurischk, Ulrike Flach, Hans-Michael Goldmann, Michael Kauch, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Daniel Bahr (Münster), Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Paul K. Friedhoff, Dr. Edmund Peter Geisen, Dr. Wolfgang Gerhardt, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Hellmut Königshaus, Dr. Heinrich L. Kolb, Gudrun Kopp, Heinz Lanfermann, Harald Leibrecht, Michael Link (Heilbronn), Dr. Erwin Lotter, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Cornelia Pieper,**

**Frank Schäffler, Dr. Konrad Schily, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar,
Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Hartfrid Wolff (Rems-Murr)
– Drucksache 16/11330 –**

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

- 5. zu dem Antrag der Abgeordneten Christel Humme, Irmingard Schewe-Gerigk, Elke Ferner, Caren Marks, Dr. Carola Reimann, Birgitt Bender, Priska Hinz (Herborn), Dr. Peter Struck, Dr. Lale Akgün, Gerd Andres, Rainer Arnold, Doris Barnett, Klaus Barthel, Sören Bartol, Uwe Beckmeyer, Klaus Uwe Benneter, Dr. Axel Berg, Ute Berg, Petra Bierwirth, Lothar Binding (Heidelberg), Volker Blumentritt, Clemens Bollen, Gerd Bollmann, Alexander Bonde, Klaus Brandner, Willi Brase, Marco Bülow, Edelgard Bulmahn, Ulla Burchardt, Martin Burkert, Dr. Peter Danckert, Ekin Deligöz, Martin Dörmann, Dr. Carl-Christian Dressel, Elvira Drobinski-Weiß, Garrelt Duin, Detlef Dzembitzki, Dr. Uschi Eid, Dr. h. c. Gernot Erler, Petra Ernstberger, Karin Evers-Meyer, Annette Faße, Gabriele Fograscher, Gabriele Frechen, Dagmar Freitag, Martin Gerster, Iris Gleicke, Renate Gradistanac, Angelika Graf (Rosenheim), Monika Griefahn, Hans-Joachim Hacker, Bettina Hagedorn, Alfred Hartenbach, Britta Haßelmann, Nina Hauer, Rolf Hempelmann, Winfried Hermann, Gabriele Hiller-Ohm, Petra Hinz (Essen), Bärbel Höhn, Iris Hoffmann (Wismar), Dr. Anton Hofreiter, Eike Hovermann, Klaas Hübner, Brunhilde Irber, Johannes Kahrs, Dr. h. c. Susanne Kastner, Ulrich Kelber, Hans-Ulrich Klose, Dr. Bärbel Kofler, Walter Kolbow, Rolf Kramer, Anette Kramme, Nicolette Kressl, Volker Kröning, Dr. Hans-Ulrich Krüger, Jürgen Kucharczyk, Helga Kühn-Mengel, Dr. Uwe Küster, Ute Kumpf, Undine Kurth (Quedlinburg), Christine Lambrecht, Christian Lange (Backnang), Monika Lazar, Waltraud Lehn, Gabriele Lösekrug-Möller, Helga Lopez, Anna Lührmann, Lothar Mark, Hilde Mattheis, Petra Merkel (Berlin), Ulrike Merten, Dr. Matthias Miersch, Jerzy Montag, Marko Mühlstein, Detlef Müller (Chemnitz), Michael Müller (Düsseldorf), Dr. Rolf Mützenich, Holger Ortel, Detlef Parr, Heinz Paula, Johannes Pflug, Joachim Poß, Christoph Pries, Florian Pronold, Dr. Sascha Raabe, Mechthild Rawert, Gerold Reichenbach, Christel Riemann-Hanewinckel, Sönke Rix, Dr. Ernst Dieter Rossmann, Karin Roth (Esslingen), Ortwin Runde, Marlene Rupprecht (Tuchenbach), Krista Sager, Anton Schaaf, Axel Schäfer (Bochum), Elisabeth Scharfenberg, Heinz Schmitt (Landau), Ottmar Schreiner, Swen Schulz (Spandau), Frank Schwabe, Dr. Angelica Schwall-Düren, Wolfgang Spanier, Dr. Ditmar Staffelt, Dieter Steinecke, Ludwig Stiegler, Rolf Stöckel, Christoph Strässer, Joachim Stünker, Dr. Rainer Tabillion, Jörg Tauss, Jella Teuchner, Rüdiger Veit, Simone Violka, Hedi Wegener, Petra Weis, Dr. Rainer Wend, Lydia Westrich, Dr. Margrit Wetzels, Andrea Wicklein, Waltraud Wolff (Wolmirstedt), Uta Zapf, Brigitte Zypries
– Drucksache 16/11342 –**

**Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft
ausbauen – Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen**

- 6. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Tackmann, Diana Golze, Elke Reinke, Dr. Petra Sitte, Jörn Wunderlich, Hüseyin-Kenan Aydin, Dr. Dietmar Bartsch, Karin Binder, Dr. Lothar Bisky, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Dr. Martina Bunge, Roland Claus, Sevim Dağdelen, Dr. Diether Dehm, Werner Dreibus, Dr. Dagmar Enkelmann, Klaus Ernst, Wolfgang Gehrcke, Dr. Gregor Gysi, Heike Hänsel, Lutz Heilmann, Hans-Kurt Hill, Cornelia Hirsch, Inge Höger, Dr. Barbara Höll, Ulla Jelpke, Dr. Lukrezia Jochimsen, Katja Kipping, Monika Knoche, Jan Korte, Katrin Kunert, Oskar Lafontaine, Michael Leutert, Ulla Lötzer, Dr. Gesine Löttsch, Ulrich Maurer, Dorothee Menzner, Kornelia Möller, Kersten Naumann, Wolfgang Neskovic, Dr. Norman Paech, Petra Pau, Bodo Ramelow, Paul Schäfer (Köln), Volker Schneider (Saarbrücken), Frank Spieth, Dr. Axel Troost, Alexander Ulrich und Sabine Zimmermann
– Drucksache 16/11377 –**

Späte Schwangerschaftsabbrüche – Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken

A. Problem

Die Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/12664, 16/11347 und 16/11330 setzen sich mit der Problematik von Schwangerschaftskonflikten im Rahmen der medizinischen bzw. medizinisch-sozialen Indikation auseinander.

Mit dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz 1995 hat der Gesetzgeber entschieden, ungeborenes Leben in der Frühphase der Schwangerschaft auf der Basis eines Beratungskonzepts zu schützen. Für Schwangerschaftsabbrüche nach der zwölften Schwangerschaftswoche wurde das Beratungskonzept nicht vorgeschrieben. Die seitdem geltende medizinische Indikation gemäß § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs (StGB) stellt vielmehr auf ärztliches Ermessen ab. Der mit Einwilligung der Schwangeren von einer Ärztin oder einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch gemäß medizinischer Indikation ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Die embryopathische Indikation wurde mit dem neuen Recht abgeschafft. Seither stellt die Behinderung des Kindes nach geltender Rechtslage keinen Abbruchgrund dar.

Die Gesetzentwürfe beklagen, dass in dieser schwierigen Situation die Aufklärung und Beratung der Schwangeren nicht ausreichend gewährleistet seien. Die Entwürfe sehen – mit verschiedenen Schwerpunkten und Akzenten – Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zur Aufklärungs-, Beratungs- und teilweise zur Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte, zur Hinweis- und Vermittlungspflicht bzw. zur Kontaktherstellung im Einvernehmen mit der Schwangeren zu psychosozialen Beratungsstellen sowie zur Einführung einer Bedenkzeit vor der schriftlichen Ausstellung der Indikation nach § 218a Absatz 2 StGB vor. Die Entwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330 wollen außerdem Verstöße gegen ihre Vorschriften durch den Arzt oder die Ärztin mit einem Bußgeld belegen.

Die Anträge auf Drucksachen 16/11342 und 16/11377 stellen den Aufklärungs- und Beratungsbedarf der Schwangeren in den Vordergrund und fordern unterge-

setzliche Maßnahmen für den Ausbau und die Qualitätssicherung entsprechender Beratungsangebote und -ansprüche sowie verbesserte Rahmenbedingungen für behinderte Kinder und ihre Eltern und eine umfassende Teilhabe für Menschen mit Behinderung.

B. Lösung

Die Vorlagen beruhen auf fraktionsübergreifenden Gruppeninitiativen. Der Ausschuss kann hierzu keine bestimmte Beschlussempfehlung geben, da Abstimmungsergebnisse im Ausschuss lediglich Zufallsmehrheiten wiedergeben würden. Die Initiantinnen und Initianten der Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330 haben ihre Vorlagen überarbeitet und sich auf einen gemeinsamen Entwurf geeinigt, so dass der Ausschuss empfiehlt,

1. die Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330 zusammenzuführen und über die zusammengeführte Fassung im Plenum Beschluss zu fassen; dabei regt der Ausschuss eine getrennte Abstimmung zu Artikel 1 Nummer 4 an,
2. über den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664 in geänderter Fassung im Plenum Beschluss zu fassen,
3. über den Antrag auf Drucksache 16/11342 in geänderter Fassung im Plenum Beschluss zu fassen,
4. über den Antrag auf Drucksache 16/11377 im Plenum Beschluss zu fassen.

C. Alternativen

Beibehaltung der gegenwärtigen Rechtslage.

D. Kosten

Wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- I. die Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330 zusammenzuführen und in der nachstehenden Fassung (Anlage 1) darüber Beschluss zu fassen; dabei regt der Ausschuss eine getrennte Abstimmung zu Artikel 1 Nummer 4 an;
- II. über den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert, Beschluss zu fassen:
 1. § 2a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Vor der Durchführung vorgeburtlicher Untersuchungen, die nicht überwiegend der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft dienen, ist die Schwangere über Chancen und Risiken dieser Untersuchungen zu informieren. Sie ist hierbei auch auf die Möglichkeit, die Durchführung solcher Untersuchungen abzulehnen, und ihren Rechtsanspruch nach § 2 dieses Gesetzes hinzuweisen.“
 2. § 2b wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Liegen dringende Gründe für die Annahme vor, dass

 1. die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren besteht oder
 2. die körperliche oder geistige Gesundheit des Ungeborenen geschädigt ist,

weist die Ärztin oder der Arzt die Schwangere auf ihren Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung nach § 2 hin. Die Ärztin oder der Arzt vermittelt im Einvernehmen mit der Schwangeren einen Kontakt zu einer Beratungsstelle nach § 3.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs hat die Ärztin oder der Arzt, bevor sie oder er die schriftliche Feststellung gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs verfasst, eine ausreichende Bedenkzeit, in der Regel mindestens drei Tage, sicherzustellen. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.“;
- III. über den Antrag auf Drucksache 16/11342 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung (Anlage 2) Beschluss zu fassen;
- IV. über den Antrag auf Drucksache 16/11377 Beschluss zu fassen.

Berlin, den 7. Mai 2009

Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kerstin Griese
Vorsitzende und
Berichterstatterin

Johannes Singhammer
Berichterstatter

Caren Marks
Berichterstatterin

Ina Lenke
Berichterstatterin

Jörn Wunderlich
Berichterstatter

Irmingard Schewe-Gerigk
Berichterstatterin

Anlage 1
(zu Nummer I der Beschlussempfehlung)

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt entsprechend Absatz 1 Informationsmaterial zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und dem Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung. Das Informationsmaterial enthält den Hinweis auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung nach § 2 und auf Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbände und Verbände von Eltern behinderter Kinder. Die Ärztin oder der Arzt händigt der Schwangeren das Informationsmaterial im Rahmen seiner Beratung nach § 2a Absatz 1 aus.“

b) In Absatz 3 wird das Wort „Lehrmaterial“ durch die Wörter „Lehr- oder Informationsmaterialien“ ersetzt und nach dem Wort „Beratungsstellen“ werden die Wörter „, an Frauenärztinnen und Frauenärzte, Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Einrichtungen, die pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen, Humangenetikerinnen und Humangenetiker, Hebammen“ eingefügt.

2. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:

„§ 2a

Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen

(1) Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefen-

de psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

(2) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs zu treffen hat, hat vor der schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 zu vermitteln, soweit dies nicht auf Grund des Absatzes 1 bereits geschehen ist. Die schriftliche Feststellung darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß Absatz 1 Satz 1 oder nach der Beratung gemäß Satz 1 vorgenommen werden. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.

(3) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung der Indikation zu treffen hat, hat bei der schriftlichen Feststellung eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die Beratung und Vermittlung nach den Absätzen 1 und 2 oder über den Verzicht darauf einzuholen, nicht aber vor Ablauf der Bedenkzeit nach Absatz 2 Satz 2.“

3. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ordnungswidrig handelt, wer

1. entgegen § 2a Absatz 1 oder 2 keine Beratung der Schwangeren vornimmt;
2. entgegen § 2a Absatz 2 Satz 2 die schriftliche Feststellung ausstellt;
3. entgegen § 13 Absatz 1 einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt;
4. seiner Auskunftspflicht nach § 18 Absatz 1 nicht nachkommt.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „zehntausend Deutsche Mark“ durch die Wörter „fünftausend Euro“ ersetzt.

4. § 16 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird vor dem Wort „Kinder“ das Wort „lebenden“ eingefügt.
- b) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Schwangerschaft“ die Wörter „in vollendeten einzelnen Wochen seit der Empfängnis“ angefügt.

- c) Der Punkt am Ende der Nummer 7 wird durch ein Komma ersetzt und nach der Nummer 7 werden folgende Nummern 8 bis 10 angefügt:
- „8. vorgeburtlich diagnostizierte Fehlbildung des Embryos oder des Fötus oder Auffälligkeiten im Genom,
 9. Tötung des Embryos oder Fötus im Mutterleib bei Mehrlingsschwangerschaft,
 10. Tötung des Embryos oder Fötus im Mutterleib in sonstigen Fällen.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

Hinweis: Der Ausschuss regt zu Artikel 1 Nummer 4 eine getrennte Abstimmung an.

Anlage 2
(zu Nummer III der Beschlussempfehlung)

Änderungsantrag zum Antrag „Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft ausbauen – Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen“ – Drucksache 16/11342

Entwurf

Geänderte Fassung

Wirkungsvolle Hilfen in Konfliktsituationen während der Schwangerschaft ausbauen – Volle Teilhabe für Menschen mit Behinderung sicherstellen

unverändert

Der Deutsche Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Schwangere Frauen und ihre Partner können während der Schwangerschaft in schwierige Konflikte geraten. Daher müssen ihnen wirkungsvolle Hilfen zur Verfügung gestellt werden.

unverändert

Um werdende Eltern bei ihren Entscheidungen zu begleiten und zu unterstützen, auch in Hinsicht auf die Entscheidung für ein Leben mit einem behinderten oder kranken Kind, müssen Beratung und Aufklärung eine Schlüsselrolle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und pränataler Diagnostik spielen.

Weiter müssen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein Leben mit einem behinderten oder kranken Kind verbessert werden. Hier wie auch bei der Beratung im Zusammenhang mit möglichen Schwangerschaftskonflikten ist Handlungsbedarf gegeben.

1. Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation

1. Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation

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

unverändert

Schwangerschaftsabbrüche sind demnach grundsätzlich strafbar (§ 218 des Strafgesetzbuches – StGB), bleiben aber straflos, wenn der Abbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche nach einer vorherigen Teilnahme an einer Schwangerschaftskonfliktberatung erfolgt (Beratungsregelung nach § 218a Abs. 1 StGB). Nach der 12. Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch nur dann nicht rechtswidrig, wenn eine medizinische (§ 218a Abs. 2 StGB) oder kriminologische Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB) gegeben ist. Damit hat der Gesetzgeber der Einsicht Rechnung getragen, dass auch bei fortgeschrittener Schwangerschaft unter eng definierten Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch möglich sein muss.

unverändert

Entwurf

Geänderte Fassung

Die embryopathische Indikation wurde durch die neue medizinische Indikation abgelöst. Zwingende Voraussetzung für eine medizinische Indikation ist, dass die Fortsetzung der Schwangerschaft die physische oder psychische Gesundheit der Schwangeren gefährdet. Das heißt, die Behinderung des Kindes allein stellt nach geltender Rechtslage keinen Abbruchgrund dar.

unverändert

Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“ (§ 218a Abs. 2 StGB).

unverändert

Neben der akuten Lebensgefahr für die werdende Mutter kann auch ein pränataldiagnostischer Befund mit seiner aktuellen Bedeutung für die Schwangere, seiner eventuellen Aussage über die kindliche Entwicklung und deren Auswirkungen auf die zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren eine solche Gefahrensituation verursachen. Die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat sich jedoch ausschließlich danach zu richten, ob in der Situation nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund – unabhängig von der Art des Befundes und der Schwere einer zu erwartenden kindlichen Erkrankung oder Behinderung – nach ärztlicher Erkenntnis die Gefahr für eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren besteht und nicht anders abgewendet werden kann.

unverändert

Die medizinische Indikation beruht auf der ärztlichen Erkenntnis, dass der Schwangerschaftsabbruch die einzige Möglichkeit zur Abwendung der Gefahr für die Schwangere ist. Dabei soll die Ärztin/der Arzt auch die gegenwärtigen und künftigen Lebensverhältnisse der Frau mit einbeziehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass entsprechend dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit 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.

unverändert

Der Anspruch auf Beratung ist schon heute geregelt. So sind die Ärztin und der Arzt im Rahmen ihrer Berufsausübung zur Beratung verpflichtet. Ebenfalls sehen die Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen Information und Beratung der Schwangeren vor und nach gezielter vorgeburtlicher Diagnostik vor. In ihrer Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik vom November 1998 geht die Bundesärztekammer auch auf die ärztliche Beratung nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung ein und sieht in diesem Zusammenhang eine angemessene Bedenkzeit zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch vor. Daneben ist festgehalten, dass mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte einvernehmlich die medizinische Indikation gestellt haben müssen.

unverändert

Entwurf

Geänderte Fassung

Grundsätzlich haben Frauen und Männer nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten einen Anspruch auf Beratung in einer unabhängigen Beratungsstelle. Der Anspruch gilt für alle Fragen, die eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berühren. Beratung umfasst hierbei nicht nur die medizinische Information, sondern auch Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung und vor allem psychosoziale Beratung in allen Fragen, die sich aus dem Verlauf der Schwangerschaft und eventuellen Vorsorgeuntersuchungen ergeben. Der Beratungsanspruch umfasst auch Informationen, Hilfen und Unterstützung für ein Leben mit einem behinderten Kind.

unverändert

Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation und der Rechtsanspruch von Frauen und Männern auf Beratung sind in Deutschland rechtlich geregelt.

unverändert

Auch die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu Schwangerschaftsabbrüchen dokumentieren dies. Die Zahl der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche ist seit der Neuregelung im Jahr 1996 bis 2007 um rund 36%, von 4 818 auf 3 072, zurückgegangen. Auch ihr Anteil an allen Schwangerschaftsabbrüchen ist von 3,7% im Jahr 1996 auf 2,6% im Jahr 2007 gesunken. Dies ist umso bedeutsamer angesichts der Tatsache, dass die Anzahl vorgenommener pränataldiagnostischer Untersuchungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist. *Die Datenlage zur medizinischen Indikation begründet keinen gesetzlichen Handlungsbedarf.*

Auch die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu Schwangerschaftsabbrüchen dokumentieren dies. Die Zahl der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche ist seit der Neuregelung im Jahr 1996 bis 2007 um rund 36%, von 4 818 auf 3 072, zurückgegangen. Auch ihr Anteil an allen Schwangerschaftsabbrüchen ist von 3,7% im Jahr 1996 auf 2,6% im Jahr 2007 gesunken. Dies ist umso bedeutsamer angesichts der Tatsache, dass die Anzahl vorgenommener pränataldiagnostischer Untersuchungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist.

2. Durchführung und Qualität der Beratung während der Schwangerschaft

2. unverändert

Der medizinische Fortschritt hat zur Folge, dass jede Schwangere mit einem breiten Angebot von vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden konfrontiert wird. Diese dienen neben der Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufs auch der gezielten Suche nach Fehlbildungen und Erkrankungen.

Der Durchführung und Qualität der Beratung während einer Schwangerschaft und vor allem bei pränataldiagnostischen Untersuchungen kommt daher eine wesentliche Bedeutung zu.

Der medizinischen Aufklärungs- und Beratungspflicht des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin vor einer pränatalen Untersuchung wird in der Praxis sehr unterschiedlich nachgekommen. Die Untersuchungen werden den Schwangeren häufig nahe gelegt, oft ohne über Chancen und Risiken zu informieren. Frauen wird so die Möglichkeit verwehrt, vor Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik gut informiert zu entscheiden, ob sie überhaupt eine Diagnostik wünschen. Ihr Recht auf Selbstbestimmung und ggf. auch ihr Recht auf Nichtwissen werden damit nicht gewahrt.

Wird die Schädigung des Ungeborenen festgestellt, ist umfassende und verantwortungsvolle Beratung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt erforderlich. Hier sind Defizite in der ärztlichen Praxis erkennbar. Die betreuenden Ärztinnen/Ärzte verfügen nicht in allen Fällen über die notwendige Qualifikation, um über die ärztliche Aufklärung hinaus die entsprechende Beratung in Konfliktsituationen durchzuführen. Daher ist der Hinweis auf den Anspruch auf psychosoziale Beratung in unabhängigen Beratungsstellen dringend erforderlich.

Entwurf

Der Anspruch auf psychosoziale Beratung ist zu wenigen Betroffenen bekannt und dementsprechend wird die Beratung nicht ausreichend in Anspruch genommen. Vor allem im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik werden Schwangere leider zu selten auf ihren Beratungsanspruch in einer unabhängigen Beratungsstelle hingewiesen.

3. Geplante Regelungen im Gendiagnostikgesetz

Damit Schwangere und ihre Partner während der Schwangerschaft und besonders in einer Konfliktsituation wirkungsvolle Unterstützung erfahren, muss sich die Durchführung und die Qualität der Beratung verbessern.

Der Deutsche Bundestag begrüßt daher die für pränatale genetische Untersuchungen *vorgesehenen* Regelungen im Gendiagnostikgesetz. Das Gendiagnostikgesetz *sieht* unter anderem eine Beratungspflicht der Ärztin/des Arztes vor und nach allen vorgeburtlich genetischen Untersuchungen *vor* (§ 15 Abs. 2 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung über *genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG)* und die Hinweispflicht der Ärztinnen und Ärzte auf den Rechtsanspruch der Schwangeren gemäß § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf Beratung in einer unabhängigen Beratungsstelle (§ 15 Abs. 2 des Gesetzentwurfs). Weiterhin *wird* gesetzlich geregelt, dass die Beratung nur von hierfür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden darf (§ 7 Abs. 3 des Gesetzentwurfs). Diese haben die Verpflichtung, Inhalt der Aufklärung und Beratung zu dokumentieren.

Die Regelungen werden zu einer besseren Information und Beratung der schwangeren Frau, vor allem auch vor pränatalen genetischen Untersuchungen, führen. Außerdem wird der Rechtsanspruch auf Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes stärker in das Bewusstsein der werdenden Eltern und der Ärzteschaft gerückt.

Diese weitreichenden Regelungen im Gendiagnostikgesetz *werden* für die Mehrzahl der pränataldiagnostischen Untersuchungen verpflichtend sein. Nicht umfasst sind Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung, die der Kontrolle der körperlichen Entwicklung des ungeborenen Kindes dienen, sowie Untersuchungen zur Abklärung möglicher Erkrankungen oder Störungen nichtgenetischer Ursachen.

Ziel muss es jedoch sein, dass die Trias aus ärztlicher Beratungspflicht vor und nach den pränatalen Untersuchungen, Hinweispflicht auf psychosoziale Beratung und Sicherung einer fachlich qualifizierten Beratung bei allen pränataldiagnostischen Untersuchungen Anwendung findet.

4. Mutterschafts-Richtlinien und Mutterpass

Diejenigen Untersuchungen, die nicht unter das Regelungskonzept des Gendiagnostikgesetzes fallen, bedürfen einer anderen rechtlichen Verankerung. Hierfür eignen sich die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien), die für die Ärzteschaft bindend sind. Diese werden gegenwärtig überarbeitet. Die bereits in den Mutterschafts-Richtlinien enthaltene Hinweispflicht des Arztes auf den Rechtsanspruch der Schwangeren auf Beratung wird in

Geänderte Fassung

3. Regelungen im Gendiagnostikgesetz

unverändert

Der Deutsche Bundestag begrüßt daher die für pränatale genetische Untersuchungen **geltenden** Regelungen im Gendiagnostikgesetz. Das Gendiagnostikgesetz **regelt** unter anderem eine Beratungspflicht der Ärztin/des Arztes vor und nach allen vorgeburtlich genetischen Untersuchungen **sowie** die Hinweispflicht der Ärztinnen und Ärzte auf den Rechtsanspruch der Schwangeren gemäß § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf Beratung in einer unabhängigen Beratungsstelle. Weiterhin **wurde** gesetzlich geregelt, dass die Beratung nur von hierfür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden darf. Diese haben die Verpflichtung, Inhalt der Aufklärung und Beratung zu dokumentieren.

unverändert

Diese weitreichenden Regelungen im Gendiagnostikgesetz **sind** für die Mehrzahl der pränataldiagnostischen Untersuchungen verpflichtend. Nicht umfasst sind Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung, die der Kontrolle der körperlichen Entwicklung des ungeborenen Kindes dienen, sowie Untersuchungen zur Abklärung möglicher Erkrankungen oder Störungen nichtgenetischer Ursachen.

unverändert

4. Mutterschafts-Richtlinien und Mutterpass

Diejenigen Untersuchungen, die nicht unter das Regelungskonzept des Gendiagnostikgesetzes fallen, bedürfen einer anderen rechtlichen Verankerung. Hierfür eignen sich **u. a.** die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien), die für die Ärzteschaft bindend sind. Diese werden gegenwärtig überarbeitet. Die bereits in den Mutterschafts-Richtlinien enthaltene Hinweispflicht des Arztes auf den Rechtsanspruch der Schwangeren auf Beratung wird in

Entwurf

ihrer Ausgestaltung als Soll-Vorschrift unterschiedlich umgesetzt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte deshalb prüfen, wie in den Mutterschafts-Richtlinien für die verbleibenden pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge ebenfalls die Trias aus ärztlicher Beratungspflicht vor und nach den pränatalen Untersuchungen, Hinweispflicht auf psychosoziale Beratung und Sicherung einer fachlich qualifizierten Beratung verankert werden kann.

Dabei würde es der Deutsche Bundestag begrüßen, wenn in den Mutterschafts-Richtlinien, unabhängig von der Regelung im *Entwurf des Gendiagnostikgesetzes*, diese Trias für alle vorgeburtlichen Untersuchungen festgeschrieben würde. Das Recht der Schwangeren auf Nichtwissen ist dabei zu wahren.

Um mit weiteren Maßnahmen die Information von schwangeren Frauen zu verbessern und damit ihr Selbstbestimmungsrecht zu stärken, bedarf es zusätzlicher Instrumente. Hierfür bietet sich der Mutterpass an, den jede schwangere Frau erhält und für die Dauer der Schwangerschaft in der Regel auch mit sich führt. Momentan ist er als medizinisches Dokument für die Ärztinnen und Ärzte ausgestaltet. Es gilt, ihn weiterzuentwickeln hin zu einem Informationsdokument auch für die schwangere Frau. Dort sollte ein Hinweis auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung in einer unabhängigen Beratungsstelle und umfassende medizinische Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte aufgenommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte darüber hinaus prüfen, welche weiteren Informationen eine sinnvolle Ergänzung des Mutterpasses darstellen.

5. Rahmenbedingungen für Kinder und Familien und umfassende Teilhabe für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung müssen in allen Lebensbereichen selbstverständlicher Teil unserer Gesellschaft werden. Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat für die Verbesserung gleicher Lebenschancen behinderter Menschen weltweit neue Impulse gegeben. Es gilt, die Politik zur vollen Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft fortzusetzen und ihre individuellen Bedürfnisse in allen Lebensbereichen konsequent in den Mittelpunkt zu stellen.

Der Deutsche Bundestag tritt dafür ein, dass jede Form der Diskriminierung von behinderten und kranken Kindern und deren Familien zu unterbinden und abzubauen ist. Ziel ist eine barrierefreie Gesellschaft, in der sich jedes Kind, unabhängig von einer möglichen Erkrankung oder Behinderung, entfalten und entwickeln kann. Für die Eltern behinderter Kinder gilt das Recht auf Teilhabe und auf Erwerbsarbeit. Es müssen die Rahmenbedingungen erhalten bzw. geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, an ihrer Lebensplanung festzuhalten.

Eltern müssen darauf vertrauen können, dass Menschen mit Behinderung eine volle Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglicht wird. Dies beinhaltet ein Umfeld, das die besonderen Anforderungen psychischer, physischer und finanzieller Art durch fachkundige Beratung und Hilfe in

Geänderte Fassung

ihrer Ausgestaltung als Soll-Vorschrift unterschiedlich umgesetzt.

unverändert

Dabei würde es der Deutsche Bundestag begrüßen, wenn in den Mutterschafts-Richtlinien, unabhängig von der Regelung im **Gendiagnostikgesetz**, diese Trias für alle vorgeburtlichen Untersuchungen festgeschrieben würde. Das Recht der Schwangeren auf Nichtwissen ist dabei zu wahren.

unverändert

5. unverändert

Entwurf

Geänderte Fassung

allen Situationen von der Geburt bis zum Arbeitsleben einschließlich Unterstützung und Förderung auffängt.

Die Frühförderung behinderter Kinder muss weiter ausgebaut und auf eine sichere Grundlage durch Vereinbarung der beteiligten Leistungsträger vor Ort (Krankenkassen und Sozialhilfeträger) gestellt werden. Frühförderung und „Frühe Hilfen“ umfassen hierbei pädagogische und therapeutische Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in den ersten Lebensjahren, von der Geburt bis zum individuellen Schuleintritt. Hierbei sollen die medizinischen und die nichtärztlichen Maßnahmen zum Wohl der betroffenen Kinder interdisziplinär erbracht werden, denn behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder haben regelmäßig einen Bedarf an einem Ineinandergreifen von medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Hilfen in Form eines ganzheitlichen Ansatzes, der auch das familiäre Umfeld gezielt einbezieht.

Darüber hinaus muss die Hilfeleistung der vielen Beteiligten von den Einrichtungen der Zivilgesellschaft bis zu den verschiedenen Behörden wie Jugendämtern, Sozialämtern, Landesstiftungen und Rehabilitationsträger effektiver miteinander koordiniert werden.

Das gemeinsame Aufwachsen von Kindern mit und ohne Behinderung muss verstärkt ermöglicht werden. Teilhabe von Anfang an bedeutet, gemeinsames Leben und Lernen für Kinder und junge Menschen von der Krippe bis zur beruflichen Ausbildung zu ermöglichen. So müssen inklusive Kindertagesstätten und Ganztagschulen, die den Bedürfnissen aller Kinder gerecht werden, zur Regel werden.

Parallel zu den Bemühungen der Länder im Vorschul- und Schulbereich muss der Bund die integrative Aus- und Berufsausbildung sowie die Förderung der Übergänge von Menschen mit Behinderung in den allgemeinen Arbeitsmarkt weiter ausbauen, damit die Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderung weiter verbessert werden kann. So muss auch die Zahl der Betriebe, die keinen einzigen Menschen mit Behinderung beschäftigen, obwohl sie dazu verpflichtet sind, weiter reduziert werden.

Eine besondere Hilfe und Unterstützung müssen Eltern erfahren, die selbst behindert sind. Im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist bereits eine entsprechende Verpflichtung für alle Rehabilitationsträger vorgesehen. Es sollte eine gesetzliche Klarstellung im SGB IX erfolgen, wonach behinderten Eltern Leistungen zur Betreuung ihrer Kinder zur Verfügung zu stellen sind. Sind dafür sowohl Leistungen der Sozial- als auch der Kinder- und Jugendhilfe erforderlich, sollen die Rehabilitationsträger eng zusammen arbeiten und diese Leistungen als Komplexleistung erbringen, damit behinderte Eltern nur eine Anlaufstelle aufsuchen müssen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. darauf hinzuwirken, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Mutterschafts-Richtlinien dahingehend überarbeitet, dass für die nicht vom *Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes* erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge ebenfalls die Trias aus ärztlicher Beratungspflicht vor und nach den pränatalen Untersuchungen, Hinweis-

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. darauf hinzuwirken, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Mutterschafts-Richtlinien dahingehend überarbeitet, dass für die nicht vom **Gendiagnostikgesetz** erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge ebenfalls die Trias aus ärztlicher Beratungspflicht vor und nach den pränatalen Untersuchungen, Hinweispflicht auf psycho-

Entwurf

Geänderte Fassung

- pflicht auf psychosoziale Beratung und Sicherung einer fachlich qualifizierten Beratung angemessen verankert wird sowie das Recht der Schwangeren auf Nichtwissen gewahrt bleibt;
2. darauf hinzuwirken, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den Mutterpass zu einem Informationsdokument auch für die Schwangere ausgestaltet, in dem unter anderem ein Hinweis auf den Rechtsanspruch auf medizinische sowie psychosoziale Beratung enthalten sein sollte, in dem auf die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) angebotene Internetseite www.schwanger-info.de hingewiesen wird und dem Einlegeblätter mit den Adressen regionaler psychosozialer Beratungsstellen beizufügen sind;
3. darauf hinzuwirken, dass die Ärztekammern der Länder sowohl für die vom *Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes* erfassten als auch die nicht erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik Sorge tragen;
4. darauf hinzuwirken, dass die Bundesärztekammer für die nicht vom *Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes* erfassten pränatal-diagnostischen Untersuchungen Richtlinien zur verbindlichen Information und Beratung der Schwangeren, die auch entsprechende Kooperationen mit anderen betroffenen Berufsgruppen sicherstellen, erarbeitet und die Ärztekammern der Länder diese in verbindliches Satzungsrecht umsetzen;
5. darauf hinzuwirken, dass die für die Schwangerenberatung zuständigen Länder und die Ärzteschaft dafür Sorge tragen, dass Kooperationen und flexible Beratungsangebote zwischen Beratungsträgern und pränatal-diagnostischen Zentren entwickelt werden, um die psychosoziale Beratung den Schwangeren bedarfsgerecht und zeitnah zur Verfügung stellen zu können;
6. sich bei den Ländern dafür einzusetzen, dass die Frühförderung von Kindern mit Behinderung weiter ausgebaut wird;
7. sich bei den Ländern dafür einzusetzen, dass der Ausbau der Kinderbetreuung und Ganztagschulen zügig vorangebracht wird, damit schnellstmöglich ein bedarfsdeckendes Angebot zur Verfügung gestellt werden kann. Das Angebot von inklusiven Kindertagesstätten sowie Ganztagschulen muss zur Regel werden, so dass Kinder mit Behinderung auf Wunsch der Eltern Zugang zu diesen Regeleinrichtungen haben;
8. im SGB IX eine Klarstellung vorzunehmen, wonach behinderten Eltern Leistungen zur Betreuung ihrer Kinder zur Verfügung zu stellen sind.
2. unverändert
3. darauf hinzuwirken, dass die Ärztekammern der Länder sowohl für die vom **Gendiagnostikgesetz** erfassten als auch die nicht erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik Sorge tragen;
4. darauf hinzuwirken, dass die Bundesärztekammer für die nicht vom **Gendiagnostikgesetz** erfassten pränatal-diagnostischen Untersuchungen Richtlinien zur verbindlichen Information und Beratung der Schwangeren, die auch entsprechende Kooperationen mit anderen betroffenen Berufsgruppen sicherstellen, erarbeitet und die Ärztekammern der Länder diese in verbindliches Satzungsrecht umsetzen;
5. unverändert
6. unverändert
7. unverändert
8. unverändert

Bericht der Abgeordneten Johannes Singhammer, Caren Marks, Kerstin Griese, Ina Lenke, Jörn Wunderlich und Irmingard Schewe-Gerigk

I. Überweisung

1. Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330

Die Gesetzentwürfe wurden in der 196. Sitzung des Deutschen Bundestages am 18. Dezember 2008 dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur federführenden Beratung sowie dem Rechtsausschuss und dem Ausschuss für Gesundheit zur Mitberatung überwiesen.

2. Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664

Der Gesetzentwurf wurde in der 217. Sitzung des Deutschen Bundestages am 23. April 2009 dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur federführenden Beratung sowie dem Rechtsausschuss und dem Ausschuss für Gesundheit zur Mitberatung überwiesen.

3. Anträge auf Drucksachen 16/11342 und 16/11377

Die Anträge wurden in der 196. Sitzung des Deutschen Bundestages am 18. Dezember 2008 dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur federführenden Beratung sowie dem Rechtsausschuss und dem Ausschuss für Gesundheit zur Mitberatung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

1. Gesetzentwurf auf Drucksache 16/11106

Der Gesetzentwurf will bessere Voraussetzungen schaffen, um schwangeren Frauen in Belastungs- und Konfliktsituationen ärztliche und psychosoziale Beratung zukommen zu lassen, den Lebensschutz des ungeborenen Kindes zu gewährleisten und damit auch Spätabtreibungen zu vermeiden. Der Staat sei zum Schutz des Lebens verpflichtet. Dies umfasse insbesondere auch den Schutz des ungeborenen Lebens. Die Praxis der Spätabtreibungen zeige jedoch, dass weitere Maßnahmen nötig seien, um diesem Schutz sachgerecht nachzukommen. Insbesondere der Schutz behinderter ungeborener Kinder sei nicht ausreichend gewährleistet. Es drohe ein Automatismus aus Pränataldiagnostik, Befund einer Behinderung des Ungeborenen und Schwangerschaftsabbruch. Zur Bewältigung der unterschiedlichen Belastungs- und Konfliktsituationen seien die Schwangeren dringend auf umfassende Beratung und Unterstützung angewiesen, die bisher aber in ausreichendem Maße fehle. Nach diesem Gesetzentwurf sollen neben einer Ergänzung und Präzisierung des gesetzlichen Auftrags der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch die Inhalte der allgemeinen Schwangerschaftsberatung ausgeweitet werden. Darüber hinaus will der Entwurf den Umfang der Aufklärungs- und Beratungspflicht der Ärztinnen und Ärzte erweitern, deren Erfüllung zudem dokumentiert werden müssen soll. Außerdem will der Entwurf eine dreitägige Bedenkzeit zwischen der ärztlichen Beratung und der schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation einführen. Davon soll nur abgesehen werden können, wenn eine akute Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren besteht. Außerdem sollen die Bundesstatistik

zu Schwangerschaftsabbrüchen präzisiert und erweitert sowie Verstöße gegen die Beratungs- und Dokumentationspflicht, die Einhaltung der dreitägigen Bedenkzeit sowie gegen die Pflicht zur Auskunftserteilung für die Erhebung der Bundesstatistik als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße geahndet werden.

2. Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664

Der Gesetzentwurf will die Beratung und Aufklärung der Schwangerschaft verbessern und sieht hier in erster Linie Defizite im Hinblick auf den Anspruch auf unabhängige Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und im Hinblick auf die Aufklärung vor einer vorgeburtlichen Untersuchung. Schwangere Frauen und ihre Partner könnten während der Schwangerschaft in schwierige Konflikte geraten, zu deren Bewältigung ihnen ein umfassendes Angebot an wirkungsvoller Hilfe und Unterstützung gemacht werden müsse. Der Entwurf will Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichten, bereits bei Feststellung der Schwangerschaft gemeinsam mit dem Mutterpass der Frau auch eine schriftliche Information über ihren Rechtsanspruch auf Beratung in allen Fragen rund um die Schwangerschaft auszuhandigen. Außerdem will der Entwurf vor der Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen eine Beratungspflicht der Ärztinnen und Ärzte einführen, in der mit der Schwangeren die Chancen und Risiken solcher Untersuchungen zu erörtern und diese auch auf ihr Recht auf Nicht-Wissen hinzuweisen sind. Dies soll der Schwangeren verdeutlichen, dass sie eine angebotene Untersuchung auch ablehnen kann. Darüber hinaus soll die Schwangere vor jeder vorgeburtlichen Untersuchung auf ihren Rechtsanspruch auf Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hingewiesen werden. Gleiches soll gelten, wenn dringende Gründe für die Annahme einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren oder einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit des Ungeborenen bestehen. Die Ärztin oder der Arzt hat auf Wunsch der Schwangeren auf Vermittlung zu einer Beratungsstelle hinzuwirken. In diesen Fällen will der Gesetzentwurf die Ärztin oder den Arzt außerdem verpflichten, vor Abfassung der schriftlichen Feststellung nach § 218b Absatz 1 StGB eine ausreichende Bedenkzeit sicherzustellen. Durch den Verzicht auf eine gesetzliche Festschreibung einer zeitlich konkret definierten Frist will der Gesetzentwurf hier sicherstellen, dass die Ärztin oder der Arzt den jeweils besonderen Erfordernissen des Einzelfalles angemessen Rechnung tragen können.

3. Gesetzentwurf auf Drucksache 16/11347

Der Gesetzentwurf will ebenfalls die Qualität der Beratung und Aufklärung der Schwangeren verbessern und insbesondere in Fällen von auffälligen Befunden nach vorgeburtlicher Diagnostik die Vermittlung der Schwangeren in psychosoziale Beratung eindeutig und verpflichtend regeln und präzise ausformulieren. Bislang fehle es in solchen Konfliktsituationen an Beratung über das Leben mit einem behinderten Kind,

an Unterstützung des Umfeldes und an Akzeptanz der Gesellschaft, mit einem behinderten Kind zu leben. Es könne vorkommen, dass Frauen regelrecht zu einem Abbruch gedrängt würden, um nicht mit einem behinderten Kind leben zu müssen.

Der Gesetzentwurf will deshalb bei auffälligen Befunden nach vorgeburtlicher Diagnostik zusätzlich zu dem allgemeinen Beratungsanspruch nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes eine Aufklärungs- und Beratungspflicht durch den Arzt oder die Ärztin normieren, bei der über die medizinischen Aspekte hinaus auch die psychischen und sozialen Gesichtspunkte hinsichtlich der kindlichen Diagnose eingehend zu erörtern sind. Ergänzend dazu müsse die Ärztin oder der Arzt auf den Anspruch der Schwangeren gemäß § 2 und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten in Beratungsstellen hinweisen und Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden vermitteln. Entsprechendes soll für die Ärztin oder den Arzt gelten, die die Voraussetzungen des § 218a StGB feststellen, wobei der Gesetzentwurf vor der schriftlichen Feststellung nach § 218b StGB – außer in Fällen einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren – die Einhaltung einer mindestens dreitägigen Bedenkzeit normiert. Der Gesetzentwurf will außerdem eine Dokumentationspflicht des Arztes oder der Ärztin über den Inhalt und Umfang der Beratung festschreiben und regelt weiterhin Bußgeldpflichten bei Verstoß des Arztes oder der Ärztin gegen diese Beratungs- und Dokumentationspflichten.

4. Gesetzentwurf auf Drucksache 16/11330

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Zahl der Spätabtreibungen so gering wie möglich zu halten. Frauen und ihre Partner gerieten in ungeheuer belastende Entscheidungssituationen, wenn es für festgestellte Indikationen nach Pränataldiagnostik keine Therapiemöglichkeiten gebe. Dies müsse vor Durchführung einer Pränataldiagnostik verdeutlicht und darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Frau diese Diagnostik auch wirklich wolle. Ziel müsse es sein, alle Möglichkeiten für ein gemeinsames Leben von Mutter und Kind mit der Familie zu erkunden, voreilige Entscheidungen und überstürztes Handeln zu vermeiden und eine reife Entscheidung zu ermöglichen.

Hierzu will der Gesetzentwurf zunächst die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verpflichten, Informationsmaterialien zur Pränataldiagnostik für Betroffene und Multiplikatoren zu erstellen, die insbesondere auch über das Leben mit einem behinderten Kind informieren. Der Entwurf schreibt außerdem die Pflicht des Arztes bzw. der Ärztin fest, die Schwangere nach Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft des Ungeborenen nach Pränataldiagnostik medizinisch zu beraten und außerdem dafür Sorge zu tragen, dass der Schwangeren ein Angebot der psychosozialen Beratung gemacht wird. Weiterhin enthält der Entwurf eine dreitägige Bedenkzeit vor Feststellung einer Indikation nach § 218a Absatz 2 StGB, sofern nicht eine konkrete und gegenwärtige Gefahr für das Leben der Schwangeren vorliegt. Darüber hinaus soll der die Indikation feststellende Arzt bzw. die Ärztin wegen einer Ordnungswidrigkeit belangt werden, die sich die Bescheinigungen über die Aufklärung in medizinischer Hinsicht und das Angebot einer psychosozialen Beratung nicht vorlegen las-

sen oder die Feststellung nach § 218a Absatz 2 StGB vor Ablauf der dreitägigen Bedenkzeit treffen. Schließlich sollen nach dem Gesetzentwurf die Erhebungsmerkmale nach § 16 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes um die Erkrankung des Fetus sowie die Erfassung in abgeschlossenen Wochen post conceptionem in Zwei-Wochen-Intervallen ergänzt werden.

5. Antrag auf Drucksache 16/11342

Der Antrag betont, Frauen und ihre Partner könnten während der Schwangerschaft in schwierige Konflikte geraten. Daher müssten ihnen wirkungsvolle Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Um werdende Eltern bei ihren Entscheidungen zu begleiten und zu unterstützen, auch in Hinsicht auf die Entscheidung für ein Leben mit einem behinderten oder kranken Kind, müssten Beratung und Aufklärung eine Schlüsselrolle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und pränataler Diagnostik spielen. Weiter müssten die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein Leben mit einem behinderten oder kranken Kind verbessert werden. Nach einer ausführlichen Auseinandersetzung mit der Problematik der Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation, der Durchführung und Qualität der Beratung während der Schwangerschaft, den [geplanten] Regelungen im Gendiagnostikgesetz, den Mutterschafts-Richtlinien und dem Mutterpass sowie den Rahmenbedingungen für Kinder und Familien und der umfassenden Teilhabe für Menschen mit Behinderung stellt der Antrag die Forderungen auf, die Bundesregierung solle

1. auf eine Überarbeitung der Mutterschafts-Richtlinien hinwirken, so dass für die nicht vom Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen im Rahmen der regulären Schwangerenvorsorge ebenfalls die Trias aus ärztlicher Beratungspflicht vor und nach pränatalen Untersuchungen, Hinweispflicht auf psychosoziale Beratung und Sicherung einer fachlich qualifizierten Beratung angemessen verankert würden und das Recht der Schwangeren auf Nichtwissen gewahrt bleibe;
2. auf eine Ausgestaltung des Mutterpasses als Informationsdokument auch für die Schwangere durch den Gemeinsamen Bundesausschuss hinwirken;
3. darauf hinwirken, dass die Ärztekammern der Länder im Rahmen der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätssicherung von Aufklärung, Beratung und Anwendung pränataler Diagnostik Sorge tragen;
4. darauf hinwirken, dass die Bundesärztekammer für die nicht vom Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes erfassten pränataldiagnostischen Untersuchungen Richtlinien zur verbindlichen Information und Beratung der Schwangeren erarbeitet und die Ärztekammern der Länder diese in verbindliches Satzungsrecht umsetzen;
5. darauf hinwirken, dass die für die Schwangerenberatung zuständigen Länder und die Ärzteschaft für Kooperationen und flexible Beratungsangebote zwischen Beratungsträgern und pränataldiagnostischen Zentren Sorge tragen;
6. sich bei den Ländern dafür einsetzen, dass die Frühförderung von Kindern mit Behinderung weiter ausgebaut werde;

7. sich bei den Ländern dafür einsetzen, dass der Ausbau der Kinderbetreuung und Ganztagschulen zügig vorangebracht werde, wobei ein Angebot von inklusiven Kindertagesstätten sowie Ganztagschulen zur Regel werden müsse;
8. im SGB IX eine Klarstellung vornehmen, wonach behinderten Eltern Leistungen zur Betreuung ihrer Kinder zur Verfügung zu stellen sind.

6. Antrag auf Drucksache 16/11377

Der Antrag will das Selbstbestimmungsrecht von Frauen stärken und betont, seit Jahrzehnten kämpften Frauen für ihr Recht auf sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche. Bereits Erreichtes werde in Europa wie weltweit zunehmend wieder angegriffen. Vor diesem Hintergrund seien weitere Verschärfungen des bereits seit 1995 repressiven Abtreibungsrechts in Deutschland entschieden zurückzuweisen. Hierzu wird in dem Antrag ausgeführt, eine Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen, sei zu jedem Zeitpunkt eine Entscheidung der Frau. Aufgabe des Staates könne es nur sein, die Rahmenbedingungen dafür festzulegen. Die gesetzlichen Regelungen für die Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer medizinischen Indikation müssten nicht novelliert und schon gar nicht verschärft werden. Frauen müssten in schwierigen Konfliktsituationen nicht vor sich selbst geschützt, sondern in ihren Entscheidungsprozessen unterstützt werden. Die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frauen dürfe nicht erzwungen werden. Daher gingen Überlegungen, eine faktische Pflichtberatung im Rahmen der medizinischen Indikation und eine sich anschließende Mindestbedenkfrist einzuführen, in die falsche Richtung. Sie richteten nur weitere Hürden in einer ohnehin bestehenden emotionalen Grenzsituation auf. Eine Dokumentationspflicht über die Beratung, die Reaktion der Frau und das Ergebnis des Gesprächs wäre für die Betroffene stigmatisierend. In einer Einflussnahme auf die Beratungs- und Entscheidungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte sieht der Antrag eine indirekte Verschärfung der gesetzlichen Regeln und betont, Kinder mit Behinderungen und ihre Eltern brauchten – wie auch Erwachsene mit Behinderung – dringend bessere Lebensperspektiven, mehr gesellschaftliche Akzeptanz und Unterstützung.

Der Antrag fordert(,)

1. untergesetzliche Regelungen und Instrumente zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts schwangerer Frauen und ihres Rechtes auf Information zu schaffen, die insbesondere einen Rechtsanspruch auf eine umfassende, vertrauensvolle und ergebnisoffene medizinische und psychosoziale Beratung und Unterstützung umfassen; hierbei hebt der Antrag Beratung und Unterstützung vor möglichen vorgeburtlichen Untersuchungen, nach Feststellung von medizinischen Auffälligkeiten bei vorgeburtlichen Untersuchungen und nach Entscheidung zu einem späten Schwangerschaftsabbruch hervor;
2. in Zusammenarbeit mit den Ländern einen qualitativen und quantitativen Ausbau der medizinischen und psychosozialen Beratungsangebote sicherzustellen;
3. Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung der bei vorgeburtlichen Untersuchungen diagnostizierenden sowie der

Schwangerschaftsabbrüche durchführenden Ärztinnen und Ärzte, der Hebammen und des Klinikpersonals sowie

4. verbesserte Rahmenbedingungen für Kinder mit Behinderungen und ihre Eltern, insbesondere die vollumfängliche Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

1. Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 139. Sitzung am 6. Mai 2009 einvernehmlich empfohlen, die Gesetzentwürfe zu einem gruppenübergreifenden Gesetzentwurf zusammenzuführen und die Entscheidung über diesen gruppenübergreifenden Gesetzentwurf dem Plenum vorzubehalten und über Artikel 1 Nummer 4 getrennt abzustimmen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 118. Sitzung am 6. Mai 2009 empfohlen, der Deutsche Bundestag möge über diese Gesetzentwürfe in geänderter Fassung einen Beschluss fassen.

2. Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 139. Sitzung am 6. Mai 2009 einvernehmlich empfohlen, die Entscheidung über den Gesetzentwurf in geänderter Fassung dem Plenum vorzubehalten.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 118. Sitzung am 6. Mai 2009 empfohlen, der Deutsche Bundestag möge über den Gesetzentwurf in geänderter Fassung einen Beschluss fassen.

3. Antrag auf Drucksache 16/11342

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 139. Sitzung am 6. Mai 2009 einvernehmlich empfohlen, die Entscheidung über den Antrag in geänderter Fassung dem Plenum vorzubehalten.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 118. Sitzung am 6. Mai 2009 empfohlen, der Deutsche Bundestag möge über den Antrag in geänderter Fassung einen Beschluss fassen.

4. Antrag auf Drucksache 16/11337

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 139. Sitzung am 6. Mai 2009 einvernehmlich empfohlen, die Entscheidung über den Antrag dem Plenum vorzubehalten.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 118. Sitzung am 6. Mai 2009 empfohlen, der Deutsche Bundestag möge über den Antrag einen Beschluss fassen.

IV. Beratungsverlauf und -ergebnis im federführenden Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

A. Allgemeiner Teil

1. Öffentliche Anhörung

Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat zu den bis dahin vorliegenden Vorlagen in seiner 81. Sitzung

am 16. März 2009 eine öffentliche Anhörung durchgeführt und folgende Anhörcrpersonen angehört:

Dr. med. Christian Albring, Berufsverband der Frauenärzte e. V.; **Prof. Dr. Gunnar Duttge**, Georg-August-Universität Göttingen; **Prof. Dr. Monika Frommel**, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; **Prof. Dr. Hermann Hepp**, DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.; **Prof. Dr. med. Heribert Kentenich**, Bundesärztekammer; **Rita Klügel**, Projektleiterin PND-Kooperationsprojekt; **Prof. Dr. med. Volker von Loewenich**, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.; **Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust**, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.; **Prof. Dr. Irmgard Nippert**, Universitätsklinikum Münster; **Dr. Gisela Notz**, pro familia-Bundesverband; **Sybill Schulz**, Familienplanungszentrum – BALANCE; **PD Dr. Christiane Woopen**, Universität zu Köln.

Wegen der Ergebnisse dieser Anhörung wird auf das Wortprotokoll der Sitzung vom 16. März 2009 verwiesen.

2. Abschließende Beratung

Der Ausschuss hat die Vorlagen in seiner 87. Sitzung am 6. Mai 2009 abschließend beraten. Der Ausschuss stellte fest, dass wegen des Vorliegens fraktionsübergreifender Gruppenvorlagen eine Abstimmung im Ausschuss lediglich Zufallsergebnisse hervorbringen würde. Er hat deshalb lediglich die Vorlagen so weit aufbereitet, dass das Plenum in der Fassung, die sie durch die jeweiligen Änderungsanträge gefundenen haben, einen Beschluss fassen kann.

In diesem Sinne empfiehlt der Ausschuss einvernehmlich,

1. die Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 16/11106, 16/11347 und 16/11330 zusammenzuführen und darüber in der aus der Anlage 1 zur Beschlussempfehlung ersichtlichen Fassung Beschluss zu fassen. Da unter den Mitgliedern dieser drei Gruppen kein Einvernehmen über die Regelungen in Artikel 1 Nummer 4 des zusammengeführten Entwurfs besteht, empfiehlt der Ausschuss dem Plenum hierüber eine getrennte Abstimmung;
2. über den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664 in der aus der Beschlussempfehlung ersichtlichen Fassung einen Beschluss zu fassen;
3. über den Antrag auf Drucksache 16/11342 in der aus Anlage 2 zur Beschlussempfehlung ersichtlichen Fassung Beschluss zu fassen und
4. über den Antrag auf Drucksache 16/11377 Beschluss zu fassen.

In der Beratung trug der Abgeordnete **Johannes Singhammer (CDU/CSU)** vor, die Situation bei späten Schwangerschaftsabbrüchen sei verbesserungsbedürftig; die Eckpunkte der dazu geführten Diskussion beträfen die Frage der Bedenkzeit, die Frage der Beratungspflicht des Arztes, die Frage des Bußgeldes und die Frage der generellen Beratung der Schwangeren. Zu der ersten Frage sehe der Gesetzentwurf der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner vor, dass der Arzt die Indikationsbescheinigung erst schriftlich verfassen dürfe, wenn eine „ausreichende Bedenkzeit, in der Regel mindestens drei Tage“ nach Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 StGB, also nach Vorliegen der medizinischen Indikation, verstrichen sei. Demgegenüber

enthalte der gruppenübergreifende Gesetzentwurf eine klare Regelung von mindestens drei Tagen für die Bedenkzeit, wobei als Beginn der Bedenkzeit bewusst die Diagnose gewählt werde und nicht erst die Indikationsstellung. Mit der Diagnose komme der Überlegungsprozess in Gang, während die Indikationsstellung als Ergebnis des Nachdenkensprozesses zustande komme. Insofern sei die Diagnose der entscheidende Anknüpfungspunkt für den Beginn der Bedenkzeit und die schriftliche Ausstellung der Indikationsbescheinigung deren Ende.

Zur Frage der Beratung sehe der Gesetzentwurf der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner lediglich einen Hinweis des Arztes auf den Rechtsanspruch nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vor. Demgegenüber sei es aus Sicht des gruppenübergreifenden Entwurfs wichtig, dass der Arzt selbst eine Beratung anbieten müsse, denn er sei der erste Ansprechpartner für die Frau. Die ärztliche umfassende Beratung sei sehr wichtig und unabdingbar. Zusätzlich zur ärztlichen Beratung müsse der Arzt auf das Angebot einer psychosozialen Beratung durch anerkannte Beratungsstellen hinweisen. Darüber hinaus habe der Arzt die Schwangere zu einer psychosozialen Beratungsstelle zu vermitteln. Selbstverständlich sei die Annahme dieser Angebote freiwillig, so dass Beratung und Vermittlung nicht gegen den Wunsch der Frau erfolgen dürften.

Zur Frage des Bußgeldes werde seitens der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner die Auffassung vertreten, es bedürfe keiner weiteren Sanktionen, da bereits in § 218 ff. StGB entsprechende Regelungen enthalten seien. Aus Sicht des gruppenübergreifenden Entwurfs sollten jedoch Verstöße gegen die ärztliche Beratungspflicht, die im Strafgesetzbuch nicht enthalten und damit auch nicht sanktioniert sei, als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld bewehrt werden. Der gruppenübergreifende Entwurf schlage also keine Sanktion auf der Ebene des Strafrechts vor, sondern lediglich auf der Ebene des Ordnungswidrigkeitenrechts, wobei der Arzt in die Pflicht genommen werde, nicht jedoch die schwangere Frau. Dieser Vorschlag sei mit der Bundesärztekammer abgestimmt. Die Regelung sei erforderlich, weil im Strafgesetzbuch eine Beratungspflicht für den die Indikation stellenden Arzt nicht vorgesehen sei.

Zur Frage der generellen Beratung sei zu beachten, dass sehr unterschiedliche Situationen entstehen könnten, die eine differenzierte Beratung benötigten. Die Regelungen des gruppenübergreifenden Gesetzentwurfs verfolgten hier einen pragmatischen Ansatz, dessen Formulierung eine differenzierte Beratung in jeder Situation und in jedem Abschnitt der Behandlung sicherstelle.

Die Abgeordnete **Caren Marks (SPD)** betonte, die hier diskutierten Vorlagen beträfen nicht allein die Problematik der Spätabtreibungen, sondern alle medizinischen Indikationen. Die Gruppe der Abgeordneten Christel Humme, Irmgard Schewe-Gerigk, Elke Ferner und anderer, die sie hier vertrete, habe einen Gesetzentwurf und einen Antrag vorgelegt sowie Änderungsanträge zu beiden Vorlagen. Die Änderungen des Antrags auf Drucksache 16/11342 seien rein redaktionell bedingt, denn seit dessen Vorlage habe der Deutsche Bundestag das Gendiagnostikgesetz verabschiedet. Mit der Vorlage eines eigenen Gesetzentwurfs habe die Gruppe darüber hinaus all denen ein Angebot unterbreitet, die zwar für eine gesetzliche Klarstellung, nicht jedoch für Pflicht und Zwang im

Zusammenhang mit Beratung und mit Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation einträten. Dadurch verlören die in dem Antrag formulierten Ziele und Forderungen allerdings nichts von ihrer Aktualität und der Notwendigkeit ihrer Umsetzung.

Die Abgeordnete führte weiter aus, der Gesetzentwurf auf Drucksache 16/12664 regele zunächst, dass der Schwangere mit dem Mutterpass ein schriftliches Informationsdokument ausgehändigt werden müsse, das sie über ihren Rechtsanspruch auf Beratung tatsächlich informiere. Der Anspruch auf Beratung gelte für alle Fragen, die eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührten, einschließlich der Fragen, die sich aus dem Verlauf der Schwangerschaft und eventuellen vorgeburtlichen oder Vorsorgeuntersuchungen ergäben. Der Beratungsanspruch erfasse neben der medizinischen Information auch allgemeine Fragen wie beispielsweise der Verhütung, der Familienplanung, Fragen rund um das Kind, psychosoziale Beratung sowie Informationen und Hilfen für ein Leben mit einem behinderten Kind.

Der Gesetzentwurf sehe außerdem eine Regelung im Schwangerschaftskonfliktgesetz vor, wonach Ärztinnen und Ärzte vor Durchführung von pränataldiagnostischen Untersuchungen medizinisch beraten und über Chancen und Risiken dieser Untersuchung aufklären müssten. Dabei sei die Schwangere auch auf den Rechtsanspruch nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Durchführung solcher Untersuchungen abzulehnen. Mit dem Änderungsantrag zu Absatz 2 solle klargestellt werden, dass dieser sehr umfassende Beratungsansatz speziell bei vorgeburtlichen Untersuchungen sinnvoll sei, die nicht überwiegend der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft dienen und bei denen gezielt nach möglichen Fehlbildungen und Erkrankungen des ungeborenen Kindes gesucht werde. Dies treffe etwa auf Spezialultraschalluntersuchungen, Fruchtwasseruntersuchungen, Nabelschnurpunktionen, Triplettests und Chorionzottenbiopsien zu. Hier sei es entscheidend, dass die Frau wirklich gut informiert werde und so entscheiden könne, ob und welche pränataldiagnostische Untersuchung sie durchführen lassen wolle. Nur so werde ihr Recht auf Nicht-Wissen gewahrt.

Liege ein Befund bei der Mutter oder dem Ungeborenen vor, so wolle der Gesetzentwurf den Arzt bzw. die Ärztin verpflichten, erneut auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung hinzuweisen und im Einvernehmen mit der Schwangeren den Kontakt zu einer Beratungsstelle zu vermitteln. Mit dem Änderungsantrag werde dazu klargestellt, dass die Vermittlung eines Kontaktes keine Pflicht des Arztes oder der Ärztin zur Terminvereinbarung bedeute. Die Schwangere solle völlig frei in ihrer Entscheidung sein, ob sie das Beratungsangebot nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes in Anspruch nehme.

Schließlich wolle der Gesetzentwurf die Ärztin und den Arzt verpflichten, vor Abfassung der schriftlichen Feststellung zum Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation eine ausreichende Bedenkzeit, in der Regel mindestens drei Tage, sicherzustellen. Mit dieser Regelung könne auf jeden Einzelfall angemessen reagiert werden. Es gebe Fälle, in denen eine Mindestfrist von drei Tagen für die betroffenen Frauen eine besondere Härte darstelle. Deshalb müsse es der

Ärztin oder dem Arzt auch möglich sein, die schriftliche Feststellung vor Ablauf von drei Tagen auszustellen.

Insgesamt vermeide es der Gesetzentwurf der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner, in die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten oder in das Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen einzugreifen. Weitere Regelungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz seien nicht zielführend für die Hilfe und Unterstützung von Frauen in Schwangerschaftskonflikten. Insbesondere sollten keine Ordnungswidrigkeitentatbestände eingeführt werden. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt gesetzeswidrig eine Indikation ausstelle oder einen Schwangerschaftsabbruch vornehme, sei dies bereits nach geltendem Recht strafbar und werde mit Geld- oder Freiheitsstrafen geahndet. Diese Regelungen hätten sich bewährt und bedürften keiner Ergänzung durch zusätzlichen Druck auf die indizierenden Ärztinnen und Ärzte. Diese müssten vielmehr eine angemessene Einschätzung und Entscheidung allein nach ihrer ärztlichen Erkenntnis und nach der medizinischen Notwendigkeit treffen. Die Gruppe der Abgeordneten Humme/Schewe-Gerigk/Ferner u. a. vertraue darauf, dass Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit ihren Patientinnen zu verantwortungsbewussten Entscheidungen kämen. Frauen in Not dürften nicht wieder in die Illegalität oder ins benachbarte Ausland gedrängt werden.

Die Abgeordnete **Kerstin Griese (SPD)** erläuterte, zusammen mit 53 Kolleginnen und Kollegen habe sie auf Drucksache 16/11347 einen Gesetzentwurf vorgelegt, weil – neben allen richtigen und wichtigen untergesetzlichen Maßnahmen, wie sie zum Beispiel in dem Antrag auf Drucksache 16/11342 gefordert würden – insbesondere zwei Punkte der gesetzlichen Regelung bedürften: Zum einen müsse sichergestellt werden, dass Frauen in schwierigen Konfliktsituationen tatsächlich eine psychosoziale Beratung angeboten werde und zum zweiten solle mit der dreitägigen Bedenkzeit der Druck von den Frauen genommen werden, damit sie in Ruhe eine Entscheidung träfen, mit der sie später leben könnten. Natürlich solle auch nach diesem Entwurf die psychosoziale Beratung freiwillig sein und die Vermittlung in Beratung nur im Einvernehmen mit der Frau erfolgen. Viele Fachgespräche, auch mit Betroffenen und Beratungsstellen, hätten die Initiatorinnen und Initiatoren des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/11347 darin bestärkt, dass einem immer stärker um sich greifenden Automatismus Einhalt geboten werden müsse, der bei Diagnose einer eventuellen Behinderung des Kindes sehr schnell dazu führe, dass Frauen im Hinblick auf eine Abtreibung unter Druck gesetzt würden. Die Abgeordnete betonte, es gehe nicht um eine Änderung des § 218 StGB, sondern darum, im Fall von Schwangerschaftskonflikten die Situation der betroffenen Frauen zu verbessern.

Sie führte weiter aus, ihre Gruppe habe einen eigenen Entwurf vorgelegt, weil ihr viele der Forderungen aus dem Gesetzentwurf der Gruppe Kauder/Schmidt/Singhammer als zu weitgehend erschienen. Die Intention des Entwurfs auf Drucksache 16/11347 sei eindeutig die Beratung und Unterstützung der Schwangeren. Diese Zielsetzung sei auch die Grundlage des nunmehr erarbeiteten gruppenübergreifenden Gesetzentwurfs, der den Arzt bzw. die Ärztin verpflichte, im Einvernehmen mit der Schwangeren den Kontakt zu Beratungsstellen, zu Behindertenverbänden oder zu Verbänden von Eltern behinderter Kinder zu vermitteln. Dies gehe also über eine bloße Hinweispflicht hinaus. Den Arzt treffe eine

Verpflichtung, während die Schwangere das Recht habe, diese Vermittlung anzunehmen oder auch abzulehnen. Bei der medizinischen und psychologischen Beratung seien auch Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen, die Erfahrung mit der sich aus dem Befund ergebenden Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern hätten.

Darüber hinaus lege der Entwurf eine dreitägige Bedenkzeit klar fest, wobei diese Zeit nach der Diagnose und vor einer eventuellen schriftlichen Indikationsstellung liege. Der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner sei zuzugestehen, dass die in deren Änderungsantrag neu vorgelegte Formulierung, „eine ausreichende Bedenkzeit, in der Regel mindestens drei Tage“ einen Versuch darstelle, auf die anderen Gruppen zuzugehen. Dennoch sei diese Formulierung problematisch, weil sie die Bestimmung der „ausreichenden“ Bedenkzeit erneut der Willkür von Ärztinnen und Ärzten überlasse. Diese Entscheidungshoheit der Ärzte sei nicht mit den Zielen des gruppenübergreifenden Gesetzentwurfs vereinbar, der gerade den Schutz der Frauen und eine ungestörte Zeit des Nachdenkens zum Gegenstand habe.

Die Abgeordnete wies schließlich auf die Bestimmungen zur Statistik in Artikel 1 Nummer 4 des gruppenübergreifenden Gesetzentwurfs hin, zu denen unter den Gruppen Kauder/Schmidt/Singhammer, Griese/Göring-Eckardt/Nahles und Lenke/Laurischk/Flach kein Einvernehmen bestehe. Die Abgeordnete erklärte, auch sie werde diesem Teil des Gesetzentwurfs nicht zustimmen.

Insgesamt könne aus den vielen Anhörungen und Fachgesprächen der Schluss gezogen werden, dass im hier diskutierten Zusammenhang der Schwangerschaftskonflikte das Problem bei den Ärzten liege und nicht bei den betroffenen Frauen. Deshalb wolle man mit dem gruppenübergreifenden Entwurf die Ärztinnen und Ärzte zur Beratung verpflichten, während die betroffenen Frauen Rechte hätten. Dahinter stehe das Anliegen, in der Gesellschaft noch stärker das Bewusstsein zu verankern, dass behindertes Leben gelingendes Leben sei. Von diesen ethischen Grundfesten sei der Gesetzentwurf getragen.

Der Abgeordnete **Jörn Wunderlich (DIE LINKE.)** betonte, aus Sicht der Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Antrags auf Drucksache 16/11377 sei eine Novellierung bestehender Vorschriften nicht erforderlich. Frauen müssten in schwierigen Konfliktsituationen nicht vor sich selbst geschützt, sondern unterstützt werden und benötigten eine vertrauensvolle, ergebnisoffene und kostenfreie Beratung. Dabei dürfe die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der Schwangeren jedoch nicht erzwungen werden. Bereits nach geltender Gesetzeslage seien Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, schwangere Frauen, die ein möglicherweise gesundheitlich beeinträchtigtes Kind austragen, ausführlich zu beraten. Deshalb gingen die jetzt angestellten Überlegungen, im Rahmen der medizinischen Indikation eine faktische Pflichtberatung einzuführen, in die falsche Richtung. Demgegenüber könne mit untergesetzlichen Regelungen viel mehr erreicht werden, um die Situation von Frauen und ihren Partnern in Schwangerschaftskonflikten zu erleichtern und das Selbstbestimmungsrecht der Frauen sowie ihr Recht auf Information zu stärken. Entsprechende Grundsätze seien in dem Antrag der Gruppe Tackmann/Golze/Reinke aufgeführt. In diesem Zusammenhang sei auch eine wesentliche Frage, was nach der Geburt des Kindes geschehe. Es müssten Angebote ge-

schaffen werden, die das Leben mit einem behinderten Kind deutlich erleichterten. Bislang fehle es an ausreichenden Beratungsangeboten und Angeboten zur Betreuung und im schulischen Bereich für behinderte Kinder gemeinsam mit anderen Kindern seien leider immer noch die Ausnahme.

Der Abgeordnete führte weiter aus, auch eine gesetzlich fixierte Bedenkzeit sei aus Sicht der Gruppe Tackmann/Golze/Reinke abzulehnen, denn sie verlängere die ohnehin schon schwierige psychische Belastungszeit der betroffenen Frauen. Es dürfe durch eine solche Regelung auch nicht der Eindruck erweckt werden, den Frauen werde in dieser Situation eine leichtfertige Entscheidung unterstellt. Ebenso sei aus den hier bereits vorgetragenen Gründen die Einführung eines Bußgeldes abzulehnen. Erforderlich seien vielmehr Regelungen, die Müttern und Vätern psychosoziale Hilfe böten und der Familie nach der Geburt des Kindes und auf dessen weiterem Lebensweg eine effektive Unterstützung zur Seite stellten.

Die Abgeordnete **Ina Lenke (FDP)** betonte, keine der Befürworterinnen und Befürworter des gruppenübergreifenden Gesetzentwurfs strebe eine faktische Pflichtberatung an; dies sei auch nicht Inhalt dieses Entwurfs. Auch unterstelle niemand den Frauen Leichtfertigkeit; es sei offensichtlich, dass es sehr schwierig sei, in einem Schwangerschaftskonflikt zu einer Entscheidung zu finden.

Die Abgeordnete weist sodann auf den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/11330 hin, der die Ziele verfolge, Frauen in Konfliktsituationen besser zu beraten und ihnen mehr Zeit für ihre Entscheidung zu geben. Diese Bedenkzeit solle den Frauen nicht aufoktroiert werden, sei jedoch gerechtfertigt, wenn nach einer entsprechenden Diagnose ein zuvor nur theoretisch bestehendes Problem plötzlich sehr persönlich werde. Wichtig sei in dieser Situation neben der medizinischen auch eine gute psychosoziale Beratung, die die betroffene Frau aber natürlich auch ablehnen könne. Unabhängig davon, zu welcher Entscheidung die Frau letztendlich komme, benötige sie jedoch das Angebot einer guten fachlichen Begleitung.

Die Abgeordnete fuhr fort, es sei von Anfang an politischer Wunsch der Gruppe Lenke/Laurischk/Flach gewesen, zu einem Gesetzentwurf zusammen mit anderen Gruppen zu finden. Dies sei insoweit gelungen, als nun drei der Gruppen einen gemeinsamen Entwurf erarbeitet hätten. Dort werde die bereits von der Kollegin Kerstin Griese betonte Intention, eine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte bei Nichtverpflichtung der betroffenen Frauen zu schaffen, gut umgesetzt und gleichfalls – ganz im Sinne der Intention der Kollegin Caren Marks – das Recht auf Nichtwissen ausdrücklich betont. Auch weitere Vorschläge der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner seien in den gruppenübergreifenden Entwurf eingeflossen und ebenso müsse berücksichtigt werden, welche Regelungen darin nun nicht mehr enthalten seien. Insgesamt hätten sich damit diese vier Gruppen einander bereits sehr angenähert.

Die Abgeordnete **Irmingard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)** erinnerte daran, dass der zunächst von der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner vorgelegte Antrag auf Drucksache 16/11342 nur untergesetzliche Maßnahmen vorsehe, während man nun auch einen Gesetzentwurf erarbeitet habe. Mit den dazu vorgelegten Änderungen habe man sich noch weiter auf die den übergreifenden Entwurf tragen-

den Gruppen zubewegt. Es sei deshalb schade, dass man letztendlich nicht zu einem gemeinsamen Entwurf habe finden können. Auf der anderen Seite müsse wohl davon ausgegangen werden, dass den verschiedenen Entwürfen tatsächlich unterschiedliche Einstellungen zugrunde lägen. So sei zu fragen, ob man einer Frau in jedem Fall und unabhängig von ihrer konkreten Situation eine Bedenkzeit von drei Tagen zu muten müsse. Der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner seien auch Fälle geschildert worden, in denen Frauen genau wüssten, dass sie das Kind nicht austragen könnten. Diese müssten nicht noch drei Tage lang mit einer Bedenkzeit gequält werden. Es sei als sehr problematisch zu erachten, wenn jetzt für die medizinische Indikation wieder Regelungen der bis zum Jahr 1994 bestehenden embryopathischen Indikation eingeführt werden sollten.

Ebenfalls kritisch zu bewerten sei es, den Arzt bzw. die Ärztin zu verpflichten, einer Frau den Kontakt zu einer Beratungsstelle zu vermitteln. Es sei für die Schwangere sehr schwierig, eine Beratung abzulehnen, wenn der Arzt für sie bereits einen konkreten Termin bei einer konkreten Beratungsstelle bestimmt habe. Deshalb sehe der Gesetzentwurf der Gruppe Humme/Schewe-Gerigk/Ferner die Vermittlung zu einer Beratungsstelle lediglich im Einvernehmen mit der Schwangeren, also im Sinne eines Angebots vor.

Die Abgeordnete fährt fort, an der ursprünglichen Fassung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/12664 sei kritisiert worden, er werde mit seiner Beratungspflicht vor vorgeburtlichen Untersuchungen die Frauen bereits vom ersten Ultraschall an mit einer Fülle von Informationen über alle möglichen Eventualitäten überfrachten. Dies sei selbstverständlich nicht die Intention des Gesetzentwurfs, weshalb man mit dem vorgelegten Änderungsantrag klargestellt habe, dass sich die umfassende Beratungspflicht auf vorgeburtliche Untersuchungen beziehe, die nicht überwiegend der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft diene.

Zur Frage der Sanktionen sei schließlich auf die bereits in § 218 ff. StGB vorhandenen Regelungen hinzuweisen; die zusätzliche Einführung von Ordnungswidrigkeitstatbeständen sei demgegenüber entbehrlich.

Die Abgeordnete weist abschließend auf den Antrag auf Drucksache 16/11342 hin, der eine Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien sowie die Ausgestaltung des Mutterpasses zu einem echten Informationsdokument auch für die Schwangere anstrebe. Auch der Ausbau der Frühförderung und die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Familien mit behinderten Kindern seien wichtige Punkte, denn das Leben mit Behinderung müsse in dieser Gesellschaft noch selbstverständlicher werden.

B. Besonderer Teil

I. Begründung des zusammengeführten Gesetzentwurfs (Nummer I der Beschlussempfehlung)

Zwar sind Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation gemäß § 218a Absatz 2 StGB rechtlich geregelt, jedoch sind Art und Qualität der Beratung von Frauen, die sich in einem Schwangerschaftskonflikt befinden, verbesserungsbedürftig. Hierzu ist neben untergesetzlichen Maßnahmen wie der Änderung der Mutterschafts-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, der Erstellung von

Leitlinien durch die Ärzteschaft sowie der Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen für ein Leben mit einem behinderten Kind auch eine genauere Regelung der Beratungspflichten der Ärztin oder des Arztes im Schwangerschaftskonfliktgesetz nötig. Wie im geplanten Gendiagnostikgesetz für vorgeburtliche genetische Untersuchungen festgelegt, gilt es, das Recht der Schwangeren auf Nicht-Wissen bei jeder vorgeburtlichen Untersuchung zu wahren.

Nach einer vorgeburtlichen Untersuchung mit einem auffälligen Befund sind die meisten Eltern überfordert und geraten in schwere seelische Konflikte. Aus diesen Gründen ist nach auffälligen Befunden durch die Pränataldiagnostik eine bessere und umfassendere Aufklärung und Beratung dringend geboten.

Oftmals können Bedenken der Schwangeren über den Verlauf der Schwangerschaft und Risiken erst mit der Pränataldiagnostik, die als Teil der Schwangerenvorsorge in den Mutterschaftsrichtlinien verankert ist, ausgeräumt oder gemindert werden. Durch die Pränataldiagnostik können auch Fehlbildungen oder schwere Erkrankungen des Ungeborenen erkannt werden. In manchen Fällen besteht bei solch einem Befund die Chance von pränatalen Therapiemöglichkeiten. Andere Diagnosen ergeben, dass das Kind voraussichtlich nicht lebensfähig ist, schwere Behinderungen oder unheilbare Krankheiten vorliegen.

Die werdende Mutter hat neben dem Recht auf Wissen auch ein Recht auf Nicht-Wissen. Sie trägt die Verantwortung für ihre Schwangerschaft und kann sich für oder gegen die Durchführung von Untersuchungen und dafür entscheiden, einzelne Untersuchungsergebnisse nicht erfahren zu wollen. Dies ist der Frau im Rahmen der ärztlichen Beratungen eindeutig zu vermitteln. Jede Schwangere hat im Zusammenhang mit den Untersuchungen ein Recht auf eine begleitende Information, Aufklärung und Beratung. Weiterführende pränataldiagnostische Untersuchungen, wie z. B. Nackentransparenzmessung oder die Risikobewertung bezüglich chromosomaler Aberrationen, die über die nach den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Untersuchungen wie etwa Ultraschall hinausgehen, sollen nicht die Regel sein. Der Untersuchung soll eine ausführliche Beratung vorangehen, die neben den medizinisch-sozialen Fragen auch auf das psychische und ethische Konfliktpotential sowie die Möglichkeit hinweist, psychosoziale Beratungsangebote und andere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Die Aufklärung und Beratung ist zu dokumentieren.

Zu Artikel 1 (Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes)

Zu Nummer 1 (Änderung des § 1 – Aufklärung)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 1a konkretisiert den gesetzlichen Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) dahingehend, zum Zweck der Aufklärung, der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten spezifische Informationsmaterialien zu erstellen.

Die Materialien sollen dem Informationsbedürfnis hinsichtlich des Lebens mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und hinsichtlich des Lebens von Menschen mit ei-

ner geistigen oder körperlichen Behinderung entgegenkommen. Ziel ist es, eventuell vorhandenen Fehlvorstellungen vorzubeugen, Informationsdefizite zu vermindern und Perspektiven für das Leben mit einem behinderten Kind aufzuzeigen.

Die Materialien dienen dazu, die Schwangere umfassend zu informieren, was letztlich auch die Voraussetzung für eine wirksame informierte Einwilligung der Frau in eine eventuell weiter gehende medizinische Behandlung bzw. Maßnahme ist. In dem Material sollen Anlaufstellen (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Verbände u. a.) benannt werden, damit die Schwangere auf Wunsch Kontakt zu gleichartig Betroffenen, Selbsthilfegruppen, psychosozialen Beratungsstellen und weiteren Beratungseinrichtungen aufnehmen kann.

Zu Buchstabe b

Die Änderung des Absatzes 3 ergänzt den Adressatenkreis der Aufklärungsmaterialien der BZgA um weitere vorrangig mit Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikten befasste Berufsgruppen und Einrichtungen.

Diese Berufsgruppen und Einrichtungen sollen umfassend mit geeigneten Informationsmaterialien versorgt werden, um eine bedarfsentsprechende Weitergabe an betroffene Schwangere und andere interessierte Personen zu gewährleisten. Neben Einzelpersonen sind – klarstellend – Frauenarztpraxen, aber auch Ärztinnen und Ärzte und medizinische Einrichtungen, die pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen, Humangenetikerinnen und Humangenetiker sowie Hebammen ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen.

Zu Nummer 2 (Einfügung des § 2a – Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen)

Jede Frau hat nach § 2 Absatz 1 SchKG Anspruch auf Beratung und Information zu allen Fragen, die eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berühren. Der Beratungsanspruch umfasst dabei auch die Bewältigung psychosozialer Konflikte gemäß § 2 Absatz 2 Nummer 7. Zusätzlich zu diesem in § 2 verankerten Rechtsanspruch auf Beratung normiert § 2a eine Aufklärungs- und Beratungspflicht durch den Arzt oder die Ärztin in besonderen Fällen wie bei Vorliegen einer Behinderung oder Erkrankung des Kindes (Absatz 1) oder – unabhängig davon – bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 StGB (Absatz 2).

Die neu geregelten ärztlichen Beratungs- und Informationspflichten dienen der Verbesserung der Beratungssituation für schwangere Frauen. Eine umfassende ärztliche Beratung ist für schwangere Frauen in einer Belastungssituation grundsätzlich unerlässlich. Sie trägt dazu bei, Probleme zu erörtern, die sich ergeben können: aus den medizinischen Befunden des Kindes (z. B. Neuralrohrdefekt, Herzfehler, Down-Syndrom) oder aus psychischen (z. B. ein schwer belastendes Lebensereignis, wie beispielsweise der Verlust der Partnerschaft) bzw. psychiatrischen Aspekten des Konfliktes (z. B. Depression der Frau).

Ziel ist es, geeignete Hilfe zur Bewältigung der Situation zu finden. Aus Studien ist bekannt, welche große Bedeutung die schwangere Frau der Ärztin oder dem Arzt als Berater in wichtigen Schwangerschaftsfragen beimisst.

Die im Gesetz konkretisierte Aufklärungs- und Beratungspflicht der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bedarf geeigneter

Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen der Ärzteschaft. Ergänzend sollte die Qualität der ärztlichen Beratung und Aufklärung durch entsprechende Änderungen in den für die Ärzteschaft geltenden Richtlinien gesichert werden.

Absatz 1 regelt die Aufklärungs- und Beratungspflicht der Ärztin oder des Arztes, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, wenn pränataldiagnostische Maßnahmen ergeben haben, dass das Kind in seiner Gesundheit (wahrscheinlich) geschädigt ist. Die Ärztin oder der Arzt hat ganzheitlich sowohl über die medizinischen Aspekte zu beraten als auch über mögliche psychosoziale Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, und über psychosoziale Unterstützungsangebote zu informieren. Die Ärztin oder der Arzt hat Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen, die mit der diagnostizierten Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben. In der Regel sind dies Pädiater, Neonatologen oder auf die Behandlung oder Betreuung der kindlichen Gesundheitsschädigung spezialisierte Ärztinnen und Ärzte. Soweit Informationen notwendig sind, um den genetischen Hintergrund zu erfassen, sollten Humangenetiker und Humangenetikerinnen hinzugezogen werden. Weiterhin regelt Absatz 1 auch die Vermittlungspflicht der Ärztin oder des Arztes an psychosoziale Beratungsstellen nach § 3. Hierzu soll die Kooperation zwischen Ärzteschaft und psychosozialer Beratung sowie die Vernetzung der ärztlichen und psychosozialen Beratung gefördert werden. Im Falle einer akuten Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren gilt Absatz 1 nicht.

Die **Sätze 2 und 3** konkretisieren, dass die Beratung allgemeinverständlich, wertneutral und ohne ein vorher festgelegtes Ergebnis durchgeführt werden soll. Die Beratung soll der Schwangeren und ihrem Partner den erforderlichen Hintergrund hinsichtlich der erhobenen Befunde vermitteln und es sollen über die medizinischen Aspekte hinaus auch die psychischen und sozialen Gesichtspunkte hinsichtlich des kindlichen Befunds erörtert werden. Außerdem ist die Schwangere über Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung der körperlichen wie seelischen Belastungen durch den Befund zu informieren.

Satz 4 stellt klar, dass die Ärztin oder der Arzt über die Möglichkeit einer vertiefenden psychosozialen Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle nach § 2 informieren und die Schwangere an psychosoziale Beratungsstellen nach § 3 vermitteln muss. Dies geschieht im Einvernehmen mit der Schwangeren. Die Frau kann die Vermittlung ablehnen. Aus Studien ist bekannt, dass viele Frauen das kostenlose Angebot einer psychosozialen Beratung nach § 2 nicht kennen. Zugleich bestätigten Modellvorhaben, dass die Bereitschaft der Frauen, das Angebot psychosozialer Beratung anzunehmen, entscheidend dadurch gesteigert werden kann, dass die Ärztin oder der Arzt auf dieses Angebot hinweist und möglichst konkrete Kontaktadressen benennt. Psychosoziale Beratung kann und sollte sich so zusammen mit der ärztlichen Versorgung als selbstverständlicher und integrativer Bestandteil der Betreuung von Schwangeren im Kontext pränataler Diagnostik nicht nur vor dem Hintergrund einer medizinischen Indikation etablieren. Nachdem bereits 2003 in die Mutterschaftsrichtlinien der Hinweis aufgenommen wurde, dass die Ärztin oder der Arzt die Schwangere über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 unterrichten soll, wird nun diese Soll-Vorschrift durch die Vorschrift des § 2a gestützt, die

nach § 14 Absatz 1 Nummer 1 – neu – für die Ärztin oder den Arzt mit einem Bußgeld bewehrt ist. Mit der neuen Regelung der Informations- und Vermittlungspflicht zur psychosozialen Beratung wird gewährleistet, dass eine schwangere Frau zu einer Beratungsstelle mit psychosozialen Ansatz Zugang erhält. Dies ist besonders wichtig, da die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung im Kontext eines Befundes beim Kind, aber auch im Kontext eines schwerwiegenden und belastenden Lebensereignisses der Schwangeren, wesentlich dazu beitragen kann, die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse und Belastungen der Betroffenen auszuloten und Lösungsansätze im Schwangerschaftskonflikt aufzuzeigen.

Die Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen nach § 3 hat die Ärztin oder der Arzt im Einvernehmen mit der Schwangeren vorzunehmen. Soweit möglich, sollte die Ärztin oder der Arzt hierzu einen Kontakt herstellen oder, wenn dies ausnahmsweise und im Einzelfall nicht möglich ist, die Kontaktadressen von psychosozialen Beratungsstellen nach § 3, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden im regionalen Umfeld der Schwangeren aushändigen. Soweit Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbände im regionalen Umfeld nicht existieren, können Kontaktadressen von Bundes- oder Dachverbänden übergeben werden. Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die eine Übersicht über Träger psychosozialer Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände geben und Kontaktadressen enthalten, sollten zusätzlich überreicht werden. Die wichtige Kooperation zwischen Ärzteschaft und psychosozialer Beratung sowie die Vernetzung der ärztlichen und psychosozialen Beratung werden durch die Regelung des § 2a Absatz 1 und 2 gefördert.

Die Schwangere kann auf die Aufklärung und Beratung oder Teile der Aufklärung und Beratung und auf die Vermittlung verzichten. Im Falle einer akuten Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren gilt Absatz 1 nicht.

Absatz 2 Satz 1 regelt die Aufklärungs- und Beratungspflicht der Ärztin oder des Arztes, die oder der gemäß § 218b Absatz 1 StGB die Feststellung trifft, ob die Voraussetzungen der medizinischen Indikation des § 218a Absatz 2 StGB gegeben sind. Damit die Einwilligung der Schwangeren in einen Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Absatz 2 StGB auf umfassender und sachgerechter Information über die möglichen gesundheitlichen Folgen erfolgt, muss die Ärztin oder der Arzt, sofern keine akute Lebens- oder Gesundheitsgefahr der Schwangeren vorliegt, über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs beraten. Hierbei hat die Ärztin oder der Arzt unter anderem über die Methoden der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, die damit verbundenen Risiken und über die möglichen psychischen und physischen Folgen aufzuklären und zu beraten. Die Ärztin oder der Arzt muss zudem über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten von Schwangerschaftsberatungsstellen informieren. Die Ärztin oder der Arzt hat die Pflicht, die Schwangere an Beratungsstellen nach § 3 – im Einvernehmen mit ihr – zu vermitteln, soweit dies in den Fällen, in denen kein pathologischer Befund beim Kind vorliegt, noch nicht geschehen ist. Aufklärungs- und beratungspflichtig ist die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Feststellung nach § 218b Absatz 1 StGB trifft, also nicht die Ärztin oder der Arzt, die oder der den Abbruch vornimmt. Insoweit ist eine

Parallelität zu der Regelung in § 219 Absatz 2 Satz 3 StGB gegeben.

Satz 2 regelt die Bedenkzeit. Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so ist die schriftliche Feststellung gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuches nicht vor Ablauf der Bedenkzeit von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose beim Embryo oder Fötus (Absatz 1) auszustellen. Für den Fall, dass kein Befund beim Embryo oder Fötus vorliegt, und eine rein mütterliche Indikation vorliegt, ist die schriftliche Feststellung nicht vor Ablauf der Bedenkzeit von drei Tagen nach Beratung nach Absatz 2 auszustellen. Die Bedenkzeit ist nicht einzuhalten, wenn das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren gegenwärtig erheblich gefährdet ist. Die Bedenkzeit ist geeignet, sowohl die Schwangere als auch die Ärztin oder den Arzt bei der Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 218a Absatz 2 StGB zu unterstützen. Sie ermöglicht es der Schwangeren, den durch die Mitteilung eines auffälligen Befundes ggf. ausgelösten Schockzustand zu überwinden. Die Bedenkzeit schafft Raum für eine Auseinandersetzung mit der neuen Situation, in dem sich die Frau über die zu erwartende Gesundheitsstörung des Kindes informiert und über deren Bedeutung für ihre eigene psychosoziale und gesundheitliche Situation bei einem Leben mit dem Kind im Klaren werden kann. Nur auf dieser Grundlage kann sie fundiert in einen Schwangerschaftsabbruch einwilligen oder ihn ablehnen. Die Bedenkzeit ermöglicht der Schwangeren im Falle eines danach folgenden Schwangerschaftsabbruchs eine Vorbereitung auf den Eingriff und den Abschied vom Kind. Dies hat nach Ergebnissen aus Studien sowie aus vielen Erfahrungsberichten erhebliche Auswirkungen auf die langfristige emotionale Verarbeitung und beugt zum Teil schwerwiegenden psychosozialen Belastungsreaktionen und pathologischer Trauerverarbeitung vor. Für die indikationsstellende Ärztin oder den indikationsstellenden Arzt wird durch die in der Bedenkzeit gewonnenen Erkenntnisse der Schwangeren eine Grundlage für ihre oder seine im Rahmen seiner eigenen Beratung zu treffende Beurteilung geschaffen, ob die entscheidende Voraussetzung des § 218a Absatz 2 StGB gegeben ist, nämlich eine gesundheitliche Gefährdung der Schwangeren, die nicht auf eine andere zumutbare Weise abgewendet werden kann. Die Indikation nach § 218a Absatz 2 StGB ist „nach ärztlicher Erkenntnis“ zu stellen. Sie verlangt von der Ärztin oder dem Arzt in der Regel eine Prognose über den zukünftigen seelischen und körperlichen Gesundheitszustand der Frau. Eine ärztliche Erkenntnis über eine Patientin, die sich in einem aktuellen Schockzustand befindet, ist in dieser Hinsicht nicht zu gewinnen. Sind dagegen seit Mitteilung des auffälligen Befundes mindestens drei Tage vergangen, kann davon ausgegangen werden, dass die Schwangere nach Überwindung des Schockzustandes zu einer abgewogeneren Einschätzung ihrer eigenen Situation gelangt ist, die als Grundlage für das ärztliche Beratungsgespräch zur Indikationsstellung geeignet ist, insbesondere, wenn sie dabei in einer psychosozialen Beratung unterstützt wurde.

Die Bedenkzeit gilt generell nicht, wenn eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren besteht. Eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für das Leben aus medizinischen Gründen besteht etwa bei schwerer Präeklampsie oder Eklampsie der Schwangeren, wodurch eine

unmittelbare Herbeiführung eines Schwangerschaftsabbruchs notwendig werden kann. Ähnlich könnte man die Situation dann kennzeichnen, wenn eine akute Suizidgefahr bei der Frau besteht, bei der keine Möglichkeiten vorhanden zu sein scheinen, diesen Zustand anders abzuwenden.

Absatz 3 Satz 1 regelt die Verpflichtung der Ärztin oder des Arztes, sich von der Schwangeren die ärztliche Beratung und Vermittlung in den Fällen der Absätze 1 oder 2 schriftlich bestätigen zu lassen. Weiterhin wird geregelt, dass die Schwangere auf die Aufklärung und Beratung oder Teile der Aufklärung und Beratung und auf die Vermittlung verzichten kann. Sollte die Schwangere auf die Beratung oder Vermittlung verzichten, hat sie dies nach Satz 2 ebenfalls schriftlich zu bestätigen. Hiermit kommt zum Ausdruck, dass die in § 2a Absatz 1 und 2 geregelte Beratung nur für die Ärztin oder den Arzt, nicht aber für die Frau verpflichtend ist. Damit wird auch ihrem Recht auf Nichtwissen Rechnung getragen.

Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Absatz 1 StGB die Feststellung trifft, ob die Voraussetzungen der medizinischen Indikation des § 218a Absatz 2 StGB vorliegen, hat die schriftliche Bestätigung über Beratung und Vermittlung nach Absatz 1 und Absatz 2 vor der Feststellung und nach Ablauf der Bedenkzeit nach Absatz 2 einzuholen. Die Ärztin oder der Arzt sieht zur Feststellung der Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB und der schriftlichen Bestätigung die Schwangere persönlich.

Die Ärztin oder der Arzt hat ihrer oder seiner berufsrechtlichen bzw. krankenhausrechtlichen Pflicht zur Dokumentation nachzukommen und die Erfüllung ihrer oder seiner Pflichten nach den Absätzen 1 bis 3 nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zu dokumentieren.

Zu Nummer 3 (Änderung des § 14 – Bußgeldvorschriften)

Zu Buchstabe a

Der erweiterte Bußgeldkatalog sanktioniert neben der bestehenden Pflicht in § 13 Absatz 1 auch die im Gesetz neu gefassten ärztlichen Pflichten nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. Verstößt die Ärztin oder der Arzt gegen ihre oder seine Beratungspflicht nach § 2a Absatz 1 und 2 oder stellt sie oder er die Indikation gemäß § 218b StGB vor Ablauf der Bedenkzeit nach § 2a Absatz 2 Satz 2 fest oder verletzt sie ihre oder er seine Auskunftspflicht zur statistischen Erhebung nach § 18, dann handelt sie oder er ordnungswidrig.

Zu Buchstabe b

Der Gesetzeswortlaut wird redaktionell angepasst (Änderung der Währungsbezeichnung).

Die Länder sind für die Verfolgung der Ordnungswidrigkeiten nach § 14 zuständig.

Zu Nummer 4 (Änderung des § 16 – Erhebungsmerkmale für die Statistik)

Für die statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen werden folgende Erhebungsmerkmale erweitert bzw. präzisiert: die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in vollendeten einzelnen Wochen seit der Empfängnis, lebende Kinder, etwaige vorgeburtlich diagnostizierte Fehlbildungen

des Embryos oder Fötus oder Auffälligkeiten im Genom, Tötungen im Mutterleib (Embryozid oder Fetozid) bei Mehrlingsschwangerschaften und in sonstigen Fällen. Das Statistische Bundesamt ist angehalten, bei der differenzierten Erhebung aller Daten nach der Häufigkeit des Auftretens zu kategorisieren. So sind bei der Erhebung z. B. äußerst seltene Abbruchmethoden oder Konstellationen nach dem Gebot der Datensparsamkeit in größeren Gruppen zusammenzufassen.

Bei der Ausweisung der statistisch erhobenen Daten in der öffentlichen Statistik ist entsprechend des Gebotes statistischer Geheimhaltung (§ 16 des Bundesstatistikgesetzes) sicherzustellen, dass nur tatsächlich anonymisierte Ergebnisse veröffentlicht werden. Einzelne Daten sind mithilfe statistischer mathematischer Methoden – wie bei Statistiken üblich – in ausreichend große Fallzahlen zu überführen. Das Statistische Bundesamt hat alle erhobenen Daten – nur in anonymisierter Form, die eine Rückverfolgung ausschließt – zu veröffentlichen.

Grundsätzliches Ziel ist die Ermöglichung einer Beobachtung der statistischen Entwicklung des Abbruchgeschehens in Bezug auf die unter § 218a Absatz 2 StGB fallenden Gruppen der rein medizinischen und der medizinisch-sozialen Indikation und ihrer Subgruppen. Hierdurch wird der Staat in die Lage versetzt zu erkennen, ob bereichsspezifisch Sonderregelungen zur Unterstützung von Frauen in besonderen Gefährdungssituationen notwendig werden, Maßnahmen zur Gefahrenabwehr für Schwangere mit und ohne körperliche oder seelische Grunderkrankungen sowie zur Eindämmung der durch nicht ausreichende psychosoziale und sonstige Unterstützung der Schwangeren sich im Einzelfall ergebenden Benachteiligung von ungeborenen Kindern mit Behinderung zu entwickeln oder zu verstärken. Durch die Beschränkung der Erhebung auf (sub-)gruppenbezogene Daten wird eine Rückverfolgung des Datensatzes auf den Einzelfall ausgeschlossen und damit den Bedürfnissen des Datenschutzes Rechnung getragen. Zur Beobachtungspflicht des Gesetzgebers gehört auch die Prüfung, ob in Deutschland ein ausreichender Zugang zu medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen nach § 218a Absatz 2 StGB vorhanden ist. Zu diesem Zweck muss das Statistische Bundesamt die Anzahl der Berichtspflichtigen veröffentlichen.

Die derzeitige Regelung der Meldung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Indikationen ermöglicht es dem Gesetzgeber nicht, gesundheits- und behindertenpolitisch notwendige Entscheidungen zu treffen.

Zu Buchstabe b

Die Angabe in vollendeten einzelnen Schwangerschaftswochen seit der Empfängnis dient der Klarstellung für die Erhebung und die Ausweisung in der öffentlichen Statistik, da es in der Vergangenheit häufiger zu Fehlmeldungen gekommen ist. Beispielsweise ist eine Schwangerschaft mit einer Dauer von 19 Wochen und fünf Tagen nach Empfängnis unter 19 vollendete Wochen durch die Ärztin oder den Arzt anzugeben und durch das Statistische Bundesamt so auszuweisen.

Zu Buchstabe c

Das Erhebungsmerkmal etwaiger vorgeburtlich diagnostizierter Fehlbildungen des Embryos bzw. Fötus oder Auffälligkeiten im Genom soll Aufschluss geben, ob im Kontext

der Feststellung einer Indikation nach § 218a Absatz 2 StGB ein pathologischer Befund des ungeborenen Kindes diagnostiziert wurde. Bei diesem Erhebungsmerkmal ist – analog zu dem bereits gesetzlich bestehenden Erhebungsmerkmal „beobachtete Komplikationen“ – nach häufig pränatal diagnostizierten Erkrankungen oder Behinderungen des Embryos oder Fötus zu klassifizieren. Dabei ist – soweit feststellbar – auch anzugeben, ob der primär diagnostizierte pränataldiagnostische Befund nach dem Schwangerschaftsabbruch bestätigt werden konnte.

Embryozide oder Fetozide sind Schwangerschaftsabbruchsmethoden, bei denen der Embryo oder Fötus im Mutterleib getötet wird. Die Methoden des Embryozids oder Fetozids werden in der frühen Schwangerschaft angewendet, wenn bei Mehrlingsschwangerschaften, die ein hohes Gesundheitsrisiko für die Mutter und/oder das weitere Kind bzw. die weiteren Kinder darstellen, eines der ungeborenen Kinder getötet werden soll. Da im Anschluss einer sogenannten Mehrlingsreduktion keine Austreibung der abgetöteten Leibesfrucht stattfindet und stattdessen die Schwangerschaft in der Regel bis zur Lebendgeburt des anderen Kindes bzw. der anderen Kinder fortgeführt wird, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Embryozide oder Fetozide bei Mehrlingsschwangerschaften unterdokumentiert ist.

In der späten Schwangerschaft, das heißt ab extrauteriner Lebensfähigkeit des Ungeborenen, sind Fetozide eine Methode bei späten Schwangerschaftsabbrüchen, um zu verhindern, dass das Kind lebend geboren wird und die Abtreibung ggf. überlebt. Nach Angabe der Bundesärztekammer werden Fetozide auch durchgeführt, um dem Kind das Leiden zu ersparen, das durch andere das Kind ausschließlich austreibende Schwangerschaftsabbruchsverfahren verursacht werden kann. Da Fetozide und die mit einem zeitlichen Abstand darauf folgenden Totgeburten teilweise in unterschiedlichen Einrichtungen stattfinden (etwa der Fetozid in einer Arztpraxis, die anschließende Totgeburt im Krankenhaus), besteht nach Expertenaussage die Gefahr, dass eine durch einen Fetozid herbeigeführte Totgeburt lediglich als solche bzw. als Fehlgeburt und nicht als Schwangerschaftsabbruch gemeldet wird.

Im Erhebungsbogen des Statistischen Bundesamtes können folgende acht Methoden unter „Art des Eingriffs“ angegeben werden: Curettage, Vakuumaspiration, abdominale Hysterotomie, vaginale Hysterotomie, abdominale Hysterektomie, vaginale Hysterektomie, medikamentös und Mifegyne®/Wirkstoff Mifepriston. Offensichtlich werden Embryozide oder Fetozide bislang im Erhebungsvordruck des Statistischen Bundesamtes unter „Art des Eingriffs“ nicht abgefragt. Dies obgleich sie nach Expertenaussage häufiger vorkommen als die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) und Gebärmutter-schnitt (Hysterotomie), die laut Bundesstatistik insgesamt lediglich in 29 von 116 871 Fällen im Jahr 2007 angewandt wurden, aber dennoch als eigene Erhebungsmerkmale (jeweils differenziert nach „vaginal“ und „abdominal“) abgefragt werden. Für die Ärztin oder den Arzt ist nicht deutlich erkennbar, unter welcher der acht Rubriken der Embryozid oder Fetozid eingetragen werden soll. Insofern besteht die Befürchtung, dass aufgrund der fehlenden Eintragungsmöglichkeit des Embryozids oder Fetozids im Erhebungsvordruck die tatsächliche Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche, insbesondere der späten Schwangerschaftsabbrüche, statistisch nicht vollständig erfasst wird.

brüche, insbesondere der späten Schwangerschaftsabbrüche, statistisch nicht vollständig erfasst wird.

Durch die Erweiterung der Erhebungsmerkmale werden Lücken der Statistik geschlossen und ihre Aussagekraft über die Art und Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen nach § 218a Absatz 2 StGB unter Wahrung des Datenschutzes gestärkt.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

II. Begründung der Änderungen des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/12664 (Nummer II der Beschlussempfehlung)

Zu § 2a Absatz 2

Generell muss sich im Zusammenhang mit allen vorgeburtlichen Untersuchungen die Beratung von Schwangeren verbessern. Der hier aufgeführte Beratungsansatz setzt sich zusammen aus der ärztlichen Aufklärung über Chancen und Risiken von vorgeburtlichen Untersuchungen sowie über das Recht der Schwangeren, solche Untersuchungen ablehnen zu können, und dem Hinweis auf weitergehende Beratung in einer unabhängigen Beratungsstelle nach § 2. Damit ist er sehr umfassend und i. d. R. bei pränataldiagnostischen Untersuchungen, die über die Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft hinausreichen und mit denen gezielt nach möglichen Fehlbildungen und Erkrankungen beim ungeborenen Kind gesucht wird, sinnvoll. Das trifft u. a. zu auf Spezialultraschalluntersuchungen, Fruchtwasseruntersuchungen, Nabelschnurpunktionen, Tripletests, Chorionzottenbiopsien. Bei diesen Untersuchungen ist entscheidend, dass die Frau gut informiert wird und so entscheiden kann, ob und welche pränataldiagnostischen Untersuchungen sie durchführen lassen möchte. Nur so wird ihr Recht auf Nichtwissen gewahrt.

Zu § 2b Absatz 2

Die Änderung dient der Klarstellung. Im Einvernehmen mit der Schwangeren vermittelt die Ärztin oder der Arzt einen Kontakt zu einer Beratungsstelle nach § 3. Die Schwangere ist dabei völlig frei in ihrer Entscheidung, ob sie das Beratungsangebot nach § 2 in Anspruch nimmt. Die Vermittlung eines Kontaktes umfasst nicht die Pflicht zur Terminvereinbarung, da diese für die Ärztin oder den Arzt aus objektiven Gründen unmöglich sein kann. Diese Änderung trägt so den Bedürfnissen der schwangeren Frau und der ärztlichen Praxis gleichermaßen Rechnung.

Zu § 2b Absatz 3

Die Ärztin oder der Arzt hat, bevor sie oder er die schriftliche Feststellung zum Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation verfasst, eine ausreichende Bedenkzeit sicherzustellen. In der Regel liegen zwischen einem ersten Befund und der Ausstellung der schriftlichen Feststellung mindestens drei Tage.

Um allen Einzelfällen entsprechen zu können, muss es der Ärztin oder dem Arzt auch möglich sein, die schriftliche Feststellung vor Ablauf von drei Tagen auszustellen. Dies ist der Fall, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden

muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden. Dies ist darüber hinaus der Fall, wenn die Einhaltung dieser Frist für die Frau eine besondere Härte darstellt.

**III. Begründung der Änderungen
des Antrags auf Drucksache 16/11342
(Nummer III der Beschlussempfehlung)**

Die Änderungen sind erforderlich aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten Verabschiedung des Gendiagnostikgesetzes durch den Deutschen Bundestag sowie durch die Einbringung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Drucksache 16/12664).

Berlin, den 7. Mai 2009

Johannes Singhammer
Berichtersteller

Caren Marks
Berichterstellerin

Kerstin Griese
Berichterstellerin

Ina Lenke
Berichterstellerin

Jörn Wunderlich
Berichtersteller

Irmingard Schewe-Gerigk
Berichterstellerin