

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, Anette Hübing, 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. Rossmann, 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, Andreas Storm, Max Straubinger, Matthäus Strebl, Thomas Strobl (Heilbronn), Lena Strothmann, Michael Stübgen, Hans Peter Thul, 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

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

A. Problem

Der Staat ist zum Schutz des Lebens verpflichtet. Dies umfasst insbesondere auch den Schutz ungeborenen Lebens. Die Praxis der Spätabtreibungen zeigt jedoch, dass weitere Maßnahmen nötig sind, um diesem Schutz sachgerecht nachzukommen. Hierzu gehört eine verbesserte und erweiterte Beratung zur Unterstützung und Hilfestellung von Schwangeren in Belastungs- oder Konfliktsituationen, damit diese entlastet werden und die Ungeborenen zugleich besser geschützt werden.

Zudem ist dem Beobachtungs- und Nachbesserungsauftrag des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 (BVerfGE 88, 203) nachzukommen.

B. Lösung

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz ist die Rechtsgrundlage für das Beratungsangebot, das jeder Frau und jedem Mann bei Fragen zur Verfügung steht, die eine Schwangerschaft oder einen Schwangerschaftskonflikt berühren. Mit der Ergänzung dieses Gesetzes sollen der Notwendigkeit einer ausführlicheren Aufklärung, einer verstärkten Beratung und Begleitung von Schwangeren Rechnung getragen und ihnen über das bisherige Maß hinaus Lösungswege aufgezeigt werden. Mit dem Entwurf werden bessere Voraussetzungen geschaffen, 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.

Neben einer Ergänzung und Präzisierung des gesetzlichen Auftrags der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollen auch die Beratungsinhalte der allgemeinen Schwangerschaftsberatung ausgeweitet werden.

Darüber hinaus soll der Umfang der Aufklärungs- und Beratungspflicht des Arztes¹ erweitert werden, deren Erfüllung er zudem dokumentieren muss.

Der Gesetzentwurf führt eine dreitägige Bedenkzeit zwischen der ärztlichen Beratung und der schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation ein. Davon kann nur abgesehen werden, wenn eine akute Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren besteht.

Auch soll die Bundesstatistik zu Schwangerschaftsabbrüchen präzisiert und erweitert werden.

Schließlich sollen Verstöße gegen die Beratungs- und Dokumentationspflicht des Arztes, gegen die Einhaltung der dreitägigen Bedenkzeit sowie gegen die Pflicht zur Auskunftserteilung für die Erhebung der Bundesstatistik über vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche in die Bußgeldvorschriften aufgenommen werden. Sie sollen als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Euro geahndet werden.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Für den Bund entstehen gegebenenfalls einmalige Kosten, da es notwendig wird, vorhandene Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu überarbeiten sowie neue Materialien zu konzipieren und zu erstellen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Materialien auch ohne Gesetzesnovelle regelmäßig überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden müssen. Durch die Erweiterung der Erhebungsmerkmale bei Schwangerschaftsabbrüchen in der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche und durch die Erstellung neuer Erhebungsvordrucke entstehen dem Statistischen Bundesamt weitere Kosten. Die Größenordnung der zusätzlichen Kosten für den Bund kann derzeit nicht konkret abgeschätzt werden. Sie dürfte jedoch lediglich zu einer geringfügigen Mehrbelastung führen, da die zugewiesenen Aufgaben sowohl bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als auch beim Statistischen Bundesamt im Rahmen ihres bisher wahrgenommenen Aufgabenspektrums liegen und kein zusätzliches Personal erfordern.

Die zusätzlichen Kosten für die Ärzteschaft, die sich aus den ergänzten Dokumentationspflichten ergeben, sind geringfügig. Eine Auswirkung auf das Preisniveau, insbesondere den allgemeinen Verbraucherpreisindex, ist nicht zu erwarten.

E. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Das Gesetz ist gleichstellungspolitischen Erfordernissen in besonderer Weise angepasst, da das Beratungsangebot für schwangere Frauen in spezifischen Belastungssituationen verbessert wird.

¹ Bei Berufsbezeichnungen u. Ä. wird der besseren Lesbarkeit wegen jeweils nur die männliche Form (Ärzte, Humangenetiker etc.) bzw. bei einem überwiegend von Frauen repräsentierten Berufsstand nur die weibliche Form (Hebamme) verwendet. Weibliche bzw. männliche Vertreter derselben Berufsgruppe sind auch ohne expliziten Hinweis darauf mit eingeschlossen.

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), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die Bundeszentrale erstellt entsprechend Absatz 1 Aufklärungsmaterialien zu

1. Schwangerschaftsabbrüchen und hier insbesondere zu Methoden ihrer Durchführung einschließlich der damit verbundenen Risiken sowie möglicher physischer und psychischer Folgen sowie zu Alternativen zu einem Schwangerschaftsabbruch, wie etwa einer Adoption,
2. dem Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und dem Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung.

Die Materialien enthalten Hinweise auf Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbände und Verbände von Eltern behinderter Kinder, jeweils mit Kontaktadressen.“

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

2. In § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 werden nach der Angabe „5.“ die Wörter „das Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und das Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung sowie Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Behindertenverbänden, Verbänden von Eltern behinderter Kinder und“ eingefügt.

3. 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 der Arzt, der die Maßnahmen der Pränataldiagnostik verantwortlich durchgeführt hat, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, zu beraten und auf den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen nach § 2 hinzuweisen. Insbesondere sind der Schwangeren schrift-

liche Aufklärungsmaterialien nach § 1 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Satz 2 auszuhändigen.

(2) Sind die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuchs gegeben, so hat der Arzt, der gemäß § 218b Abs. 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung trifft, ob die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuchs gegeben sind, über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten und auf den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen nach § 2 hinzuweisen. Insbesondere sind der Schwangeren schriftliche Aufklärungsmaterialien nach § 1 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 auszuhändigen. Dies ist nicht erforderlich, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.

(3) Der Arzt hat die Erfüllung seiner Verpflichtungen bezüglich des Inhalts und Umfangs der Beratung nach Absatz 1 oder Absatz 2 in erforderlichem Umfang und nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Wissenschaft zu dokumentieren. Die Dokumentation ist der zuständigen Behörde auf deren Verlangen zur Einsicht und Auswertung vorzulegen. Die der Behörde vorgelegte Dokumentation darf keine Rückschlüsse auf die Identität der Schwangeren und der zu dem Beratungsgespräch hinzugezogenen weiteren Personen ermöglichen.

(4) Die Schwangere hat die Beratung und die Aushändigung der Aufklärungsmaterialien nach Absatz 1 oder Absatz 2 schriftlich zu bestätigen. Verzichtet sie auf Beratung oder Aushändigung nach Absatz 1 oder Absatz 2, so hat sie diesen Verzicht ebenfalls schriftlich zu bestätigen.“

4. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:

„§ 13a

Bedenkzeit

Die schriftliche Feststellung nach § 218b Abs. 1 in Verbindung mit § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuchs darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Beratung (§ 2a Abs. 2) vorgenommen werden, sofern gegenwärtig keine erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren vorliegt.“

5. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ordnungswidrig handelt, wer

1. entgegen § 2a Abs. 1 oder Absatz 2 keine Beratung der Schwangeren vornimmt,
2. seiner Pflicht zur Dokumentation nach § 2a Abs. 3 nicht nachkommt,
3. entgegen § 13 Abs. 1 einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt,
4. entgegen § 13a die schriftliche Feststellung ausstellt,

5. seiner Auskunftspflicht nach § 18 Abs. 1 nicht nachkommt.“
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Deutsche Mark“ durch das Wort „Euro“ ersetzt.
6. § 16 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Schwangerschaft“ die Wörter „in vollendeten einzelnen Wochen seit der Empfängnis“ angefügt.
- b) Der Punkt am Ende der Nummer 7 wird durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern 8 bis 10 werden 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 ... in Kraft.

Berlin, den 26. November 2008

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 Deitert
Alexander Dobrindt
Thomas Dörflinger

Marie-Luise Dött
Dr. Stephan Eisel
Anke Eymer (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
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 Lehnrieder
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 Nüblein
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
Andreas Storm
Max Straubinger
Matthäus Strebl
Thomas Strobl (Heilbronn)
Lena Strothmann
Michael Stübgen
Hans Peter Thul
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

Begründung

A. Allgemeines

Der Staat ist zum Schutz des Lebens verpflichtet. Dies umfasst insbesondere auch den Schutz ungeborenen Lebens. Die Praxis der Spätabtreibungen zeigt jedoch, dass weitere Maßnahmen nötig sind, um diesem Schutz sachgerecht nachzukommen.

Mit dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz aus dem Jahr 1995 hat sich der Gesetzgeber unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 (BVerfGE 88, 203) entschieden, ungeborenes Leben in der Frühphase der Schwangerschaft auf der Basis eines Beratungskonzeptes zu schützen. Für Abtreibungen in späteren Phasen der Schwangerschaft wurde das Beratungskonzept dagegen nicht vorgeschrieben. So wurde die sog. embryopathische Indikation als eigenständiger Tatbestand abgeschafft. Fälle, in denen die diagnostizierte Behinderung des Kindes zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren führt, wurden stattdessen durch die medizinische Indikation erfasst (§ 218a Abs. 2 StGB). Mit dieser gesetzgeberischen Maßnahme fiel die bis dahin bestehende Beratungspflicht für den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der eigenständigen embryopathischen Indikation weg. Gleichwohl ging der Gesetzgeber dabei davon aus, dass allein die Behinderung des Kindes einen Schwangerschaftsabbruch niemals rechtfertigt (hierzu z. B. Bundestagsdrucksache 14/1045 S. 19).

Die seit dieser Zeit gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass insbesondere der Schutz behinderter ungeborener Kinder nicht ausreichend gewährleistet ist.

Im Jahr 2007 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von insgesamt 116 871 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen 3 072, d. h. 2,6 Prozent, aufgrund einer medizinischen Indikation vorgenommen. Davon wurde laut Bundesstatistik in 229 Fällen ein Abbruch „ab der Dauer von 23 und mehr Wochen“ nach Empfängnis vorgenommen. Dies ist eine Schwangerschaftsdauer, nach deren Ablauf Frühgeborene mit Hilfe medizinischer Versorgung in der Regel überlebensfähig sein können². Wenn allerdings die frühestmögliche Überlebensfähigkeit von Föten außerhalb des Mutterleibes zu Grunde gelegt wird (ab der Dauer von 20 Wochen nach Empfängnis), ist von einer erheblich höheren Anzahl auszugehen.

Ein hoher Anteil der Spätabtreibungen erfolgt nach pränataler Diagnostik bei Vorliegen eines pathologischen fetalen Befundes. Besonders Verlautbarungen aus der Ärzteschaft lassen es dabei zweifelhaft erscheinen, ob der eindeutig zum Ausdruck gebrachte Wille des Gesetzgebers in der Praxis stets beachtet wird. Es wird über Fälle berichtet, in denen der Schwangerschaftsabbruch allein oder vorwiegend wegen eines pathologischen fetalen Befundes vorgenommen wird. Besonders bedrückend erscheint, dass davon auch Kinder betroffen sind, die schon außerhalb der Gebärmutter lebensfähig sind.

² Bundesärztekammer, Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, 1998.

Diese Erkenntnisse sind vor dem Hintergrund einer fortschreitenden Entwicklung der Pränataldiagnostik zu sehen. Die Pränataldiagnostik ist heute integraler Bestandteil der Schwangerenvorsorge und hat einen hohen Stellenwert in der Geburtsmedizin und in der Gesellschaft. Einerseits können durch das Erkennen einer ungestörten Entwicklung des Embryos/Fötus der überwiegenden Mehrzahl der Schwangeren Sorgen und Ängste genommen werden. Andererseits sind die vielfältigen Angebote und Möglichkeiten der Pränataldiagnostik Ursache für die irrtümliche Annahme vieler Betroffener, die Medizin könne alles erkennen und heilen. Vielfach meinen Schwangere daher, alle Untersuchungsangebote wahrnehmen zu müssen; eine Handlungsweise, der sie sich – in der Annahme, es diene dem Wohl des Kindes – nur schwer entziehen können. Hier droht der folgende Automatismus: Pränataldiagnostik – Befund einer Behinderung des Ungeborenen – Schwangerschaftsabbruch als „medizinische Therapie“. Auch psychiatrische Erkrankungen und seelische Belastungssituationen, wie Partnerschaftskonflikte, Burn-out-Syndrom oder depressive Episoden, können zur Stellung einer medizinischen Indikation führen. Zudem werden infolge der seelischen Belastungen bei Schwangerschaften, die erst in einer späten Phase festgestellt werden, häufig Spätabtreibungen auf der Grundlage von § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuchs (StGB) durchgeführt.

Zur Bewältigung der unterschiedlichen Belastungs- oder Konfliktsituationen sind die Schwangeren dringend auf umfassende Beratung und Unterstützung angewiesen. Diese fehlt aber bisher in ausreichendem Maße. Aus aktuellen Studien³ ist bekannt, dass die ärztliche Aufklärung im Rahmen einer Schwangerschaftskonfliktsituation, insbesondere zu Risiken und Auswirkungen der Pränataldiagnostik, ebenso wie die ärztliche Beratung bei pathologischem fetalem Befund, von vielen betroffenen Frauen als verbesserungsbedürftig angesehen wird. Ein hoher Anteil der befragten Schwangeren gab an, dass sie sich mehr Informationen gewünscht hätten. Die Schwangeren, die im Kontext pränataler Diagnostik darüber hinaus ein Angebot psychosozialer Beratung in Anspruch nehmen konnten, waren mit diesem Angebot zu über 90 Prozent sehr zufrieden und bestätigten auch im Rückblick, dass sie diese Beratung in einer schwierigen Lebenssituation als sehr hilfreich empfunden haben.

Aus diesen Gründen ist eine bessere und umfassendere Aufklärung und Beratung von Schwangeren in Belastungssituationen dringend geboten.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1 (Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 1a konkretisiert den gesetzlichen Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

³ Vergleiche z. B. BZgA, Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik, Köln 2006.

dahingehend, zum Zweck der Aufklärung, der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten spezifische Aufklärungsmaterialien zu erstellen.

In den Materialien unter Nummer 1 ist über die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, insbesondere über alle in Deutschland üblichen, nach Gestationsalter zu unterscheidenden Methoden der Durchführung, (unter anderem auch über die Methoden des Embryozids und Fetozids), präzise zu informieren und über die damit verbundenen Risiken sowie möglichen physischen und psychischen Folgen umfassend aufzuklären. Diese Präzisierung der durch die BZgA zu leistenden Aufklärung dient dem Zweck, dass die Schwangere im Rahmen der Beratung und Aufklärung durch den Arzt (der nicht selbst den Abbruch vornimmt) bereits im Vorfeld eines möglichen Abbruchs und vor einer möglichen schriftlichen Feststellung einer medizinischen Indikation frühzeitig schriftliches Aufklärungsmaterial ausgehändigt bekommt, das sie umfassend informiert. Die Pflicht des Arztes, der den Abbruch vornimmt, nach § 218c Abs. 1 Nr. 2 StGB selbst detailliert aufzuklären, bleibt davon unberührt.

Durch die Materialien der BZgA wird über mögliche physische und psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs umfassend aufgeklärt. Die Aufklärungsmaterialien informieren zudem über mögliche Alternativen zu einem Schwangerschaftsabbruch. Eine Alternative, über die in den Materialien aufzuklären ist, ist die Möglichkeit einer Adoption und die damit verbundenen rechtlichen und psychologischen Gesichtspunkte.

Die unter Nummer 2 genannten weiteren Aufklärungsmaterialien sollen dem Informationsbedürfnis hinsichtlich des Lebens mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und hinsichtlich des Lebens von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung entgegenkommen. Ziel ist es, eventuell vorhandenen Fehlvorstellungen vorzubeugen, Informationsdefizite zu verringern und Perspektiven für das Leben mit einem behinderten Kind aufzuzeigen.

Die Aufklärungsmaterialien dienen dazu, die Schwangere umfassend zu informieren, was letztlich auch die Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung der Frau in eine eventuell weitergehende medizinische Behandlung bzw. Maßnahme ist. In den jeweiligen Materialien unter den Nummern 1 und 2 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 Ärzte und medizinische Einrichtun-

gen, die pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen, Humangenetiker sowie Hebammen ausdrücklich in den Gesetzentwurf aufgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5)

Die Änderung der Nummer 5 erweitert die Informations- und Beratungsinhalte des Anspruchs auf Beratung durch die in Absatz 1 genannten Schwangerschaftsberatungsstellen.

Der Anspruch auf Information und Beratung über die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien, die diesen vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen, wird ergänzt um Informationen über das Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und das Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung sowie Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Behindertenverbänden und Verbänden von Eltern behinderter Kinder. Die Ergänzung konkretisiert die bereits formulierten Beratungsinhalte der Nummer 5 hinsichtlich des Lebens mit einem behinderten Kind und soll in Fortführung der nach § 1 Abs. 1a – neu – geregelten Informationsmedien in Zusammenarbeit mit der BZgA dazu führen, dass den Ratsuchenden geholfen wird, sich eine zutreffende Vorstellung über das Leben mit einem behinderten Kind zu machen.

Zu Nummer 3 (§ 2a – neu –)

Zusätzlich zu dem in § 2 verankerten Rechtsanspruch auf Beratung normiert § 2a eine Aufklärungs- und Beratungspflicht durch den Arzt in besonderen Fällen, wie bei Vorliegen eines fetalen pathologischen Befundes (Absatz 1) oder – unabhängig davon – bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB (Absatz 2).

Gleichzeitig wird eine deutliche Trennlinie zur Beratung im Schwangerschaftskonflikt gemäß § 218a Abs. 1 StGB gezogen, in der die Schwangere allein die Verantwortung für weitere Maßnahmen trägt und ihre Notlage von Dritten nicht objektiv bewertet werden kann.

Die neu geregelten ärztlichen Beratungs- und Hinweispflichten dienen der Verbesserung der Beratungssituation für schwangere Frauen. Eine umfassende ärztliche Beratung ist für Frauen in einer Belastungssituation grundsätzlich unerlässlich. Sie trägt dazu bei, die sich aus den akuten medizinischen Befunden des Kindes (z. B. Neuralrohrdefekt, Herzfehler, Down-Syndrom) oder aus psychiatrischen Aspekten des Konfliktes (Neurose oder Psychose der Mutter) ergebenden Probleme zu erörtern und geeignete Hilfe zur Bewältigung der Situation zu finden. Aus Studien⁴ ist bekannt, welche große Bedeutung dem Arzt von der schwangere Frau als Berater in wichtigen Schwangerschaftsfragen beigemessen wird. Daher ist der Arzt die geeignete Person, die Schwangere über die infrage stehende Art, Bedeutung und Tragweite einer mütterlichen und ggf. auch kindlichen Gesundheitsstörung, die zur Grundlage der Feststellung einer medizinischen Indikation werden könnten, aufzuklären und zu beraten. Nur der Arzt ist in der Lage, adäquat einzuschätzen, ob im Zusammenhang mit diesem Befund die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des

⁴ Vergleiche z. B. BZgA, ebenda, 2006.

körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren besteht.

Die im Gesetz konkretisierte Aufklärungs- und Beratungspflicht der beteiligten 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 (Mutterschaftsrichtlinien, Richtlinien zur Pränataldiagnostik) gesichert werden.

Aus Studien⁵ ist bekannt, dass viele Frauen das kostenlose Angebot einer psychosozialen Beratung nach § 2 nicht kennen. Zugleich bestätigten Modellvorhaben⁶, dass die Bereitschaft der Frauen, das Angebot psychosozialer Beratung anzunehmen, entscheidend dadurch gesteigert werden kann, dass der Arzt auf dieses Angebot hinweist und möglichst konkrete Ansprechpersonen benennt bzw. Kontakte vermittelt. 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 der Arzt die Schwangere über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 unterrichten soll, wird nun diese Sollvorschrift durch die Vorschrift des § 2a gestützt, die nach § 14 Abs. 1 Nr. 1 – neu – für den Arzt ein Bußgeld vorsieht. Mit der neuen Regelung der Hinweispflicht auf die psychosoziale 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 pathologischen Befundes, ggf. der medizinischen Indikation, wesentlich dazu beitragen kann, die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse und Belastungen der Betroffenen auszuloten und Lösungsansätze im Schwangerschaftskonflikt aufzuzeigen. Die wichtige Kooperation zwischen Ärzteschaft und psychosozialer Beratung sowie die Vernetzung der ärztlichen und psychosozialen Beratung werden durch die Regelung des § 2a Abs. 1 und 2 gefördert.

Absatz 1 regelt die Aufklärungs- und Beratungspflicht des Arztes, der die Maßnahmen der Pränataldiagnostik verantwortlich durchgeführt hat, falls er die Diagnose gestellt hat, dass das Kind (wahrscheinlich) geschädigt ist. Er hat auf die Möglichkeit einer vertiefenden psychosozialen Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle nach § 2 hinzuweisen und Aufklärungsmaterialien nach § 1 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Satz 2 auszuhändigen.

Absatz 2 regelt die Aufklärungs- und Beratungspflicht des Arztes für den Fall, dass die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB gegeben sind. Der Arzt, der zu beraten hat, ist

⁵ Vergleiche z. B. Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung gGmbH, BMFSFJ, Abschlussbericht zum Modellprojekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums für die Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik) und bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ 2002 bis 2005, Berlin 2006.

⁶ Vergleiche A. Rohde/C. Woopen, Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik – Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen, Köln 2007.

derjenige, der gemäß § 218b Abs. 1 StGB die Feststellung trifft, ob die Voraussetzungen der medizinischen Indikation des § 218a Abs. 2 StGB gegeben sind. Damit die Einwilligung der Schwangeren in einen Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 StGB auf umfassender und sachgerechter Information über die möglichen gesundheitlichen Folgen erfolgt, muss der Arzt, sofern keine akute Lebens- oder Gesundheitsgefahr der Schwangeren vorliegt, über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs beraten. Hierbei hat der Arzt unter anderem über die Methode der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, die damit verbundenen Risiken und über die möglichen psychischen und physischen Folgen umfassend aufzuklären. Der Arzt muss zudem auf den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten anderer Schwangerschaftsberatungsstellen hinweisen. Er hat in diesem Fall zudem Aufklärungsmaterialien nach § 1 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 auszuhändigen. Aufklärungs- und beratungspflichtig ist der Arzt, der die Feststellung nach § 218b Abs. 1 StGB trifft, also nicht der Arzt, der den Abbruch vornimmt. Insoweit ist eine Parallelität zu der Regelung in § 219 Abs. 2 StGB gegeben.

Absatz 3 regelt die Dokumentationspflicht des Arztes, die nach § 14 Abs. 1 Nr. 2 – neu – mit einem Bußgeld geahndet wird. Die Dokumentation hat sich am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zu orientieren. Die zuständige Landesbehörde muss anhand der Dokumentation nachvollziehen und überprüfen können, ob die Verpflichtungen des Arztes in den Fällen des Absatzes 1 oder des Absatzes 2 erfüllt wurden.

Absatz 4 Satz 1 regelt die Verpflichtung der Schwangeren, die ärztliche Beratung in den Fällen des Absatzes 1 oder des Absatzes 2 schriftlich zu bestätigen. Sollte die Schwangere auf die Beratung oder Aushändigung der Materialien verzichten, hat sie dies nach Satz 2 ebenfalls schriftlich zu bestätigen. Hiermit kommt zum Ausdruck, dass die in § 2a Abs. 1 und 2 geregelte Beratung nur für den Arzt, nicht aber für die Frau verpflichtend ist. Damit wird ihrem Recht auf Nichtwissen Rechnung getragen.

Zu Nummer 4 (§ 13a – neu –)

Der Arzt darf die schriftliche Feststellung der medizinischen Indikation nicht vor Ablauf von drei Tagen nach seiner ärztlichen Beratung nach § 2a Abs. 1 vornehmen, es sei denn, das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren ist gegenwärtig erheblich gefährdet. Der Arzt hat die Pflicht, zu prüfen, ob nach seiner ärztlichen Beratung und einer Bedenkzeit von mindestens drei Tagen die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB zum Zeitpunkt der schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation noch gegeben sind.

Die dreitägige Bedenkzeit vor der eventuellen schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation nach § 218a Abs. 2 und § 218b StGB ist für die schwangere Frau eine Entlastung und hilft dem Arzt, das Vorliegen der Voraussetzungen einer medizinischen Indikation aufgrund einer schwerwiegenden Beeinträchtigung gerade des seelischen Gesundheitszustandes einzuschätzen. Studienbefunde⁷ bestätigen, dass sich Frauen z. B. nach Mitteilung einer Erkrankung oder Behinderung des ungeborenen Kindes

⁷ Vergleiche Rohde/Woopen, ebenda, 2007.

nicht selten in einem Schockzustand befinden. Gerade deshalb sollte die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, besonders in diesen Fällen, immer erst nach Abklingen dieses Zustands bzw. Stabilisierung der psychischen Situation schriftlich gestellt werden. Zeit für psychosoziale Beratung und für einen Reflexionsprozess bei allen Beteiligten muss unbedingt eingeräumt werden. Auch wenn der eine medizinische Indikation begründende gesundheitliche Zustand der Frau bei fetalem pathologischem Befund nach ausführlicher Beratung und Bedenkzeit derselbe bleibt, ist es zudem für die Verarbeitung des Erlebten und damit für die Erhaltung der psychischen Gesundheit von enormer Bedeutung, dass die schriftliche Feststellung einer medizinischen Indikation nicht übereilt getroffen und eine Bedenkzeit eingehalten wird.⁸ Die Schwangere kann sich in dieser Bedenkzeit ohne Zeitdruck damit auseinandersetzen, ob für sie das Leben mit dem Kind vorstellbar ist. Erst nach dieser Auseinandersetzung kann die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch schriftlich festgestellt werden.

Zu Nummer 5 (§ 14)

Zu Buchstabe a

Verstößt der Arzt gegen seine Beratungspflicht nach § 2a Abs. 1 und 2 oder seine Dokumentationspflicht nach § 2a Abs. 3 oder stellt er die medizinische Indikation vor Ablauf der Bedenkzeit nach § 13a fest oder verletzt er seine Auskunftspflicht zur statistischen Erhebung nach § 18, dann handelt er ordnungswidrig und sein Fehlverhalten kann mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Euro geahndet werden.

Zu Buchstabe b

Der erweiterte Bußgeldkatalog sanktioniert neben der bestehenden Pflicht in § 13 Abs. 1 auch die im Gesetzentwurf neu gefassten ärztlichen Pflichten nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. Mit der Verdopplung der maximalen Bußgeldsumme unterstreicht er die Bedeutung, die der Gesetzgeber der Einhaltung der neuen Vorschriften beimisst. Zugleich wird der Gesetzeswortlaut redaktionell angepasst (Änderung der Währungsbezeichnung).

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

Zu Nummer 6 (§ 16 Abs. 1 Satz 1)

Die statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen wird um mehrere Erhebungsmerkmale erweitert: die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft in vollendeten einzelnen Wochen seit der Empfängnis, etwaige vorgeburtlich diagnostizierte Fehlbildungen des Embryos oder Fötus oder Auffälligkeiten im Genom, Tötungen im Mutterleib (Embryozid oder Fetozyd) bei Mehrlingsschwangerschaften und in sonstigen Fällen.

Die Angabe in vollendeten einzelnen Schwangerschaftswochen seit der Empfängnis dient der Klarstellung. Beispielsweise ist eine Schwangerschaft mit einer Dauer von 19 Wochen und fünf Tagen nach Empfängnis mit unter 19 vollendeten Wochen anzugeben. Das Erhebungsmerkmal etwaiger vorgeburtlich diagnostizierter Fehlbildungen des Embryos bzw. Fötus oder Auffälligkeiten im Genom soll

Aufschluss geben, ob im Kontext der Feststellung einer medizinischen Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB ein pathologischer Befund des ungeborenen Kindes diagnostiziert wurde. Bei diesem Erhebungsmerkmal ist nach häufig pränatal diagnostizierten Erkrankungen oder Behinderungen des Embryos oder Fötus zu klassifizieren. Dabei ist auch anzugeben, ob der primär festgestellte 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 Spätabtreibungen, 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, das durch die anderen, das Kind ausschließlich austreibenden Schwangerschaftsabbruchverfahren verursacht werden kann, zu ersparen.⁹ Da Fetozide und die mit einem zeitlichen Abstand darauf folgenden Totgeburten teilweise in unterschiedlichen Einrichtungen stattfinden (etwa der Fetozyd in einer Arztpraxis, die anschließende Totgeburt im Krankenhaus) besteht nach Expertenaussage die Gefahr, dass eine durch einen Fetozyd 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 den Arzt ist nicht deutlich erkennbar, unter welcher der acht Rubriken der Embryozid oder Fetozyd eingetragen werden soll. Insofern besteht die Befürchtung, dass aufgrund der fehlenden Eintragungsmöglichkeit des Embryozids oder Fetozids im Erhebungsvordruck die tatsächliche

⁸ Vergleiche Rohde/Woopan, ebenda, 2007.

⁹ Bundesärztekammer, ebenda, 1998.

Anzahl der Abtreibungen und Spätabtreibungen statistisch nicht vollständig erfasst wird.

Durch die Erweiterung der Erhebungsmerkmale werden Lücken der Statistik geschlossen und ihre Aussagekraft über die Art und Anzahl von Spätabtreibungen unter Wahrung des Datenschutzes gestärkt.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Bei der tatsächlichen Bestimmung des Inkrafttretens ist zu berücksichtigen, dass die statistischen Daten quartalsweise erhoben werden, vgl. § 16 Abs. 2.

