

Antwort

der Bundesregierung

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

– Drucksache 13/5248 –

Tötung ungeborener Kinder, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Mit der Einführung der sogenannten „Beratungsregelung“, verknüpft mit einer medizinischen und einer kriminologischen Indikation (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz – SFHÄndG – vom 21. August 1995), trifft den Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsge-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 19. Juli 1996 übermittelt.

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

richt in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 klargestellt hat, die Verpflichtung, „die Auswirkungen seines neuen Schutzkonzeptes im Auge zu behalten (Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht)“ (BVerfGE 88, 269). Bei erkannten Mängeln ist der Gesetzgeber verpflichtet, auf deren Beseitigung sowie die „Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)“ (BVerfGE 88, 309).

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

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

Welches sind die gesetzlichen Grundlagen hierfür?

Zur Erfüllung der Beobachtungs-, Korrektur- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers ist es vor allem erforderlich, Erkenntnisse aus dem Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung und Erkenntnisse über die vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche zu erlangen.

Gemäß § 10 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) sind die Beratungsstellen verpflichtet, die ihrer Beratungstätigkeit zugrundeliegenden Maßstäbe und die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen. Als Grundlage für diesen schriftlichen Bericht hat die Person, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchführt, gemäß § 10 Abs. 2 SchKG über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen.

Erkenntnisse über die vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche werden aufgrund der Bundesstatistik gewonnen, die gemäß § 15 SchKG über die unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 bis 3 des Strafgesetzbuches (StGB) vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche geführt wird. Die Statistik wird vom Statistischen Bundesamt erhoben und aufbereitet. Über das SchKG hinaus ist auch das Bundesstatistikgesetz als gesetzliche Grundlage einschlägig.

Auf Landesebene sammeln die jeweils zuständigen Landesministerien die einschlägigen Erkenntnisse.

Erkenntnisse aus der Beratung werden durch Auswertung der Angaben aus der Schwangerschaftskonfliktberatung (i. S. des § 10 SchKG) gewonnen.

Zuständige Ministerien in den Ländern

Baden-Württemberg	Sozialministerium
Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit
Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
Bremen	Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz
Hamburg	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg
Hessen	Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit
Mecklenburg-Vorpommern	Sozialministerium
Niedersachsen	Niedersächsisches Frauenministerium
Nordrhein-Westfalen	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Rheinland-Pfalz	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Saarland	Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie
Sachsen-Anhalt	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Schleswig-Holstein	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Thüringen	Ministerium für Soziales und Gesundheit

Zu Schwangerschaftsabbrüchen verfügen einige Länder neben Erkenntnissen aus der Bundesstatistik über eigene statistische Erhebungen. Außerdem werden Erkenntnisse durch die Wahrnehmung der Aufgabe als oberste Landesgesundheitsbehörde gesammelt. Hierbei werden auch Erkenntnisse der Landesärztekammern und Krankenkassen berücksichtigt.

Grundlagen für die Erkenntnisgewinnung der Länder sind zunächst die o. g. bundesgesetzlichen Vorgaben. Diese werden, je nach Bundesland, ergänzt durch Ausführungsgesetze, -verordnungen oder -richtlinien.

Im übrigen verfügen auch die zentralen Beratungsträger teilweise über einschlägige Erkenntnisse.

2. Wie viele Abtreibungen wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG gemeldet (aufgeschlüsselt nach Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, mit Indikationen bzw. innerhalb Zwölf-Wochen-Frist nach Beratung, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

Nach dem Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) am 1. Oktober 1995 (die Bestimmungen, die die Bundesstatistik über die Schwangerschaftsabbrüche betreffen, sind erst am 1. Januar 1996 in Kraft getreten)

sind im vierten Quartal 1995 25 561 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Diese schlüsseln sich wie folgt auf:

Schwangerschaftsabbrüche insgesamt:	25 561
Familienstand:	
ledig	10 203
verheiratet	13 408
verwitwet	119
geschieden	1 727
unbekannt	104
Alter der Schwangeren:	
unter 15	56
15 bis 18	788
18 bis 25	6 047
25 bis 30	6 500
30 bis 35	6 337
35 bis 40	3 998
40 bis 45	1 536
45 und mehr	151
unbekannt	148
Vorangegangene Lebendgeburten:	
keine	9 390
1	6 303
2	6 791
3	2 135
4	633
5 und mehr	309
Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft:	
unter 6 Wochen	2 335
6 bis 8 Wochen	8 315
8 bis 10 Wochen	9 106
10 bis 13 Wochen	5 532
13 bis 23 Wochen	260
23 und mehr Wochen	6
unbekannt	7
Begründung des Abbruchs:	
allgemein-medizinische Indikation	1 279
psychiatrisch-medizinische Indikation	85
eugenische Indikation ¹⁾	174
kriminologische Indikation	18
Beratungsregelung	23 941
unbekannt	64
Ort des Eingriffs:	
Krankenhaus	9 011
gynäkologische Praxis	16 550

1) Seit 1. Oktober 1995 ist die eugenische Indikation entfallen. Es handelt sich offensichtlich um zeitlich verzögerte Meldungen aus vorhergehenden Quartalen.

Aufgrund der Umstellung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche auf die neue gesetzliche Grundlage nach den §§ 15 bis 18 SchKG, die eine Reihe an klärenden Rückfragen und eine erhebliche Anzahl von Erinnerungen der Einrichtungen an die Meldepflicht erforderlich gemacht hat, liegen die Daten für das erste Quartal 1996 noch nicht vor. Die ersten Ergebnisse werden im vierten Quartal 1996 bereitstehen.

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

Mit den seit 1. Januar 1996 geltenden Regelungen zur Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche – §§ 15 bis 18 SchKG – sind auf der Grundlage des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 zur Erfüllung der Beobachtungspflicht des Gesetzgebers Verbesserungen zum Nachweis der durchgeführten Abbrüche vorgenommen worden. Insbesondere die in § 17 SchKG enthaltenen Hilfsmerkmale ermöglichen es dem Statistischen Bundesamt, bei fehlenden oder unklaren Angaben bei den Auskunftspflichtigen zurückzufragen und die Vollständigkeit der eingehenden Meldungen zu kontrollieren sowie die Einrichtungen, die keine Meldungen abgegeben haben, an ihre Auskunftspflicht zu erinnern.

Das Statistische Bundesamt hat im Dezember 1995 begonnen, die im SchKG geforderten neuen Regelungen zur Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche umzusetzen, zu organisieren und durchzuführen. Die Erhebungen laufen noch, so daß zur Zeit Einschätzungen über die Vollständigkeit der Erfassung nicht möglich sind.

4. Ist der Bundesregierung bekannt, worauf die „Erkenntnisse“ der Landesärztekammern bzw. der zuständigen Gesundheitsbehörden basieren, wenn sie dem Statistischen Bundesamt nach § 18 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) Anschriften von Ärzten bzw. von Krankenhäusern übermitteln, wo „nach ihren Erkenntnissen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden sind oder vorgenommen werden sollen“?
5. Wie ist sichergestellt, daß die Landesärztekammern bzw. die Gesundheitsbehörden tatsächlich Kenntnis von allen einschlägigen Einrichtungen erlangen, oder besteht hier ggf. noch gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

Hinsichtlich der Krankenhäuser besteht grundsätzlich ein guter Überblick, so daß die Gewinnung von Erkenntnissen bezüglich der Krankenhäuser als vollständig angesehen werden kann. Soweit entsprechende Erkenntnisse nicht von vornherein vorliegen, kommt eine direkte Befragung der Krankenhäuser in Betracht.

Hinsichtlich der weiteren Einrichtungen können die Fragen nicht bundeseinheitlich beantwortet werden.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, daß die erforderlichen Erkenntnisse gesammelt werden können.

Die Landesärztekammern erhalten in einigen Ländern (z. B. im Rahmen von Richtlinien zum ambulanten Operieren über ihren Auftrag zur Qualitätssicherung) die entsprechenden Anschriften. Darüber hinaus besteht teilweise eine Zulassungspflicht für Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden sollen, bzw. soll eine Zulassungspflicht eingeführt werden. Über die zugelassenen Einrichtungen werden dort Verzeichnisse geführt.

In Einzelfällen beruhen die Erkenntnisse der Landesärztekammern bzw. der zuständigen Gesundheitsbehörden zum Teil auch auf Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Frage, ob gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, wird in den Ländern, je nach spezifischer Situation des Landes, unterschiedlich beurteilt. So ist es z. B. in Bayern vorgesehen, eine Zulassungspflicht, verbunden mit einer Pflicht zur Weitergabe der Information u. a. an die Landesärztekammer, gesetzlich zu normieren.

6. Hält es die Bundesregierung für möglich, daß es auch solche Einrichtungen gibt, die nicht erfaßt werden, wenn ja, welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um eine vollständige Erfassung sicherzustellen?

Über Einrichtungen, die nicht erfaßt worden sind, liegen der Bundesregierung derzeit noch keine Erkenntnisse vor. Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

7. Ist es zutreffend, daß das Statistische Bundesamt mangels hinreichender anderer „Erkenntnisse“ die Ärztekammern um die Anschriften sämtlicher Gynäkologen ersucht hat, wie es der sächsische Datenschutzbeauftragte in der Presse (FAZ vom 29. April 1996) dargestellt hat?
Wurden hierbei auch Anschriften weiterer Ärzte übermittelt, die zwar keine Fachärzte für Gynäkologie sind, aber dennoch Abtreibungen durchführen?

Im Rahmen der Vorbereitung und Durchführung der Erhebung hat das Statistische Bundesamt gemäß § 18 Abs. 3 Nr. 1 SchKG die Landesärztekammern und die zuständigen Gesundheitsbehörden in den Ländern aufgefordert, die entsprechenden Anschriften der Auskunftspflichtigen zu übermitteln. Über die Fachrichtung der in Frage kommenden Ärzte hat das Statistische Bundesamt keine Informationen erhalten.

Durch den Artikel des Sächsischen Datenschutzbeauftragten ist auch der Bundesregierung bekannt, daß sich die Sächsische Landesärztekammer nicht in der Lage sieht, die entsprechenden Anschriften zu übermitteln. Das Statistische Bundesamt hat von seinem Recht Gebrauch gemacht, gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Bundesstatistikgesetzes zur Vorbereitung und Durchführung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche nach dem SchKG Angaben zur Klärung des Kreises der zu Befragenden zu erheben.

8. Wurde anhand der anonymisierten Aufzeichnungen über jedes Beratungsgespräch, zu deren Anfertigung die Beratungsstellen nach § 10 SchKG verpflichtet sind, die Zahl der Beratungen erhoben, und wie viele Beratungsgespräche wurden demnach seit Inkrafttreten des SFHÄndG durchgeführt?

Nach den Erkenntnissen der Bundesregierung wird die Anzahl der Beratungsgespräche in den Ländern erfaßt.

Eine Beantwortung der Frage bezüglich der Anzahl der Beratungsgespräche seit Inkrafttreten des SFHÄndG ist nicht möglich. Zum Teil sind die entsprechenden Erhebungen der Anzahl der Beratungsgespräche für das Jahr 1995 noch nicht abgeschlossen. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, daß die Erhebungen sich in der Regel nur auf Jahreszeiträume und nicht auf Monatszeiträume beziehen bzw. nicht nach den Zeiträumen vor und nach dem 1. Oktober 1995 differenzieren.

Überwiegend wird von einem Anstieg der Beratungsfälle seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 berichtet.

In einigen Fällen liegen auch bei zentralen Beratungsträgern Angaben zur Anzahl der geführten Beratungsgespräche vor. Allerdings liegt auch in diesen Fällen keine Aufschlüsselung vor, nach der eine Auskunft zu dem in Frage stehenden Zeitraum möglich wäre.

9. Wie viele Abtreibungen innerhalb der 12-Wochen-Frist wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des SFHÄndG über Krankenkassen abgerechnet und diesen wiederum aus Landesmitteln gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen erstattet?

Die Abwicklung der Kostenübernahme bei nichtindizierten Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen über die Krankenkassen kommt seit dem 1. Januar 1996 in Betracht.

Infolge der sich aus dem Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen und Ländern ergebenden zeitlichen Verzögerungen liegen den Ländern überwiegend noch keine oder noch keine vollständigen Angaben vor.

Eine Erfassung über die Ausgaben der GKV im Rahmen der Finanzstatistik erfolgt nicht.

10. Wie viele Abtreibungen mit einer Indikation (aufgeschlüsselt nach medizinischer und kriminologischer Indikation) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des SFHÄndG von den Krankenkassen finanziert?

Im Rahmen der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden Angaben über die Ausgaben der GKV für Schwangerschaftsabbrüche nicht gesondert erfaßt.

11. Welche Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte bestehen außerhalb der Erhebung als Bundesstatistik unter Berücksichtigung des Umstands, daß von einer embryopathischen Indikation, für die bisher eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, im SFHÄndG abgesehen wurde?

Hinsichtlich der Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung ist zunächst auf die Möglichkeiten der grundsätzlichen Erkenntnisgewinnung – vgl. insofern Antwort zu Frage 1 – zu verweisen. Darüber hinaus ist gerade bei ungeborenen Behinderten zu beachten, daß für sie hinsichtlich eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs keine Sonderregelungen bestehen, sondern daß der Wegfall der embryopathischen Indikation gerade der Klarstellung diene, daß das ungeborene behinderte Leben im Vergleich zum ungeborenen unbehinderten Leben keinem Sonderstatus unterworfen ist.

Zur Beobachtung, inwieweit die Schutzwirkung der strafgesetzlichen Regelungen greift, dient letztendlich auch die Dokumentationspflicht des Arztes über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen, auf die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 (S. 122 der Urteilsfassung) hinweist. Erkenntnisse aus diesen Aufzeichnungen können z. B. berufsständische Vereinigungen, insbesondere Landesärztekammern, aber gegebenenfalls auch die Strafverfolgungsbehörden gewinnen.

12. Für wie viele der seit Inkrafttreten des SFHändG durchgeführten Abtreibungen war eine Behinderung oder vorgeburtliche Schädigung des Kindes ursächlich für die Stellung einer medizinischen Indikation (aufgeschlüsselt nach dem Alter des abgetriebenen Kindes)?

Im Rahmen des § 16 Abs. 1 Nr. 2 SchKG werden Schwangerschaftsabbrüche unter dem Erhebungskriterium „rechtliche Voraussetzung des Schwangerschaftsabbruchs“ erfaßt.

Die statistische Erfassung einer Behinderung oder vorgeburtlichen Schädigung des Kindes im Rahmen der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ist aufgrund des Wegfalls der entsprechenden Indikation nicht mehr möglich.

13. Wäre es nach Auffassung der Bundesregierung durch die gesetzlichen Vorschriften gedeckt, daß seit Inkrafttreten des SFHändG zunehmend schon vergleichsweise leichte oder einfach behebbare Behinderungen (wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) Anlaß für Abtreibungen waren, wie betroffene Ärzte in der Presse und den Medien (z. B. „Mona Lisa“ vom 11. Februar 1996, „Die Welt“ vom 16. Februar 1996) berichtet haben, und welche Möglichkeiten stehen dem Gesetzgeber zur Verfügung, das Geschehen in diesem Bereich pflichtgemäß zu beobachten?

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

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß die medizinische Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch insbesondere in einem späten Stadium (nach der 24. Woche) äußerst streng gestellt und auf Fälle beschränkt werden soll, in denen das Leben der Mutter in Gefahr ist. Daß die ärztliche Praxis bisher so verfährt, läßt sich

aus der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche schließen. Danach entfielen 1994 von insgesamt 103 586 Abbrüchen (1995 von 97 937) – davon 5 986 gemäß medizinischer Indikation (1995: 4 545) – nur jeweils 26 auf die 23. Schwangerschaftswoche oder später.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß aufgrund der ärztlichen Dokumentationspflicht eine Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit möglich ist.

14. Wie viele Einrichtungen führen in Deutschland pränatale Diagnostik durch, und wie viele schwangere Frauen wurden dort im vergangenen Jahr beraten?
In welcher Höhe wurden hierfür öffentliche Mittel bzw. Mittel der Krankenkassen aufgewandt?

Zur pränatalen Diagnostik gehören u. a. der Ultraschall, die Cardiotokographie (Herzton-Wehenschreiber – CTG), die Amniozentese (Fruchtwasserpunktion), die Chorionzottenbiopsie und die Punktion fetaler Gefäße und fetaler Organe.

Ultraschalldiagnostik und Cardiotokographie sind Bestandteile der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien. Demnach sind alle Einrichtungen, die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durchführen, mit der pränatalen Diagnostik befaßt.

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1995 herausgegebene Dokumentation über die Mutterschaftsvorsorge und Entbindungen 1991 bezieht sich auf insgesamt 670 000 Mutterschaftsvorsorgefälle. Damit wurden über 90 % der Mutterschaftsvorsorgefälle erfaßt. Neuere Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Zahl der Einrichtungen, die Mutterschaftsvorsorge durchführen, ist nicht bekannt.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, wie viele Einrichtungen Verfahren der invasiven pränatalen Diagnostik (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie und die Punktion fetaler Gefäße und fetaler Organe) durchführen und wie viele schwangere Frauen dort in den vergangenen Jahren beraten worden sind.

Im Rahmen der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden Angaben über die Ausgaben der GKV für pränatale Diagnostik nicht gesondert erfaßt.

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

Institute für Humangenetik führen invasive Verfahren der pränatalen Diagnostik wie z. B. die Amniozentese, Chorionzottenbiopsie und Placentabiopsie durch. Indikationen zu einer Überweisung

können sein: mütterliches Alter, Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft, Strahlenbelastung oder Infektionen in der Schwangerschaft, vorangegangenes Kind mit Neuralrohrdefekt oder Chromosomenstörung, Chromosomenstörung in der Familie, genetisch mitbedingte Leiden in der Familie, Fehlgeburten mit Auffälligkeiten, auffälliger Ultraschallbefund, psychologische Indikation.

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) sind Risikoschwangerschaften und Risikogeburten besonders zu überwachen. Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobenen Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu rechnen ist.

Dazu zählen insbesondere

- schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter,
- Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten,
- totgeborenes oder geschädigtes Kind,
- vorausgegangene Mehrlingsschwangerschaften,
- Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen,
- Erstgebärende unter 18 Jahren oder über 35 Jahre,
- Mehrgebärende über 40 Jahre,
- EPH-Gestose (hoher Blutdruck, Eiweißausscheidung im Urin, Ödeme),
- Anämie,
- Diabetes mellitus,
- uterine Blutung,
- Diskrepanz zwischen Gebärmutter- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer,
- vorzeitige Wehen,
- Mehrlinge, pathologische Kindslagen und
- Überschreitung des Geburtstermins.

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

Die der Bundesregierung vorliegenden statistischen Angaben sind nicht ausreichend, entsprechende Aussagen zu machen.

Es liegen der Bundesregierung aber Studien vor, wonach im Rahmen der pränatalen Diagnostik in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit ca. 50 000 Chromosomenanalysen im Jahr durchgeführt werden, daneben 2 500 bis 3 000 Chorionzottenbiopsien.

Durch Chromosomenanalysen können ca. 40 % der chromosomalen Erblichen diagnostiziert werden. Die häufigsten so diagnostizierten chromosomalen Erblichen sind

- Down-Syndrom (Trisomie 21); Häufigkeit 1 : 600 Neugeborene,
- Trisomie 18; Häufigkeit 1 : 10 000 Neugeborene,
- Trisomie 13; Häufigkeit 1 : 10 000 Neugeborene,
- Klinefelter-Syndrom; Häufigkeit 1 : 1 000 bei männlichen Neugeborenen,
- XXX-Syndrom; Häufigkeit 1 : 1 000 bei weiblichen Neugeborenen,
- Turner-Syndrom; Häufigkeit 1 : 10 000 bei weiblichen Neugeborenen.

17. Wie viele Kinder mit spina bifida bzw. mit Turner-Syndrom wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG, im Jahre 1990 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980 und 1985 geboren?

Im Rahmen der Statistik der bei der Geburt erkennbaren Fehlbildungen werden seit 1973 die Geborenen mit erkennbaren Fehlbildungen nach Art der Fehlbildung gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD) nachgewiesen.

Die entsprechenden Ergebnisse der Jahre 1973, 1975, 1980, 1985 und 1990 sind nachstehend für das frühere Bundesgebiet aufgeführt. Zahlen für das Jahr 1995 liegen noch nicht vor und damit auch keine für die Zeit nach dem Inkrafttreten des SFHÄndG am 1. Oktober 1995.

Tabelle: Lebendgeborene mit ausgewählten Fehlbildungen:

Jahr	Spina bifida ICD-9 741	Je 100 000 Lebend- geborene	Turner- Syndrom ICD-9 758.6	Je 100 000 Lebend- geborene
1973	118	18,6	0	0,0
1975	99	16,5	0	0,0
1980	95	15,3	1	0,2
1985	78	13,3	0	0,0
1990	56	7,7	2	0,3

Quelle: Statistisches Bundesamt, Juli 1996.

Es ist darauf hinzuweisen, daß es eine erhebliche Untererfassung der Anzahl der Fehlbildungen gibt. Aufgrund der geringen Anzahl von vorliegenden Meldungen zur Statistik der erkennbaren Fehlbildungen sind keine fundierten Bewertungen des Datenmaterials möglich. Unter anderem aus diesem Grunde ist im Rahmen der vom Bundeskabinett beschlossenen Statistikänderungsverordnung vorgesehen, diese Erhebung einzustellen. Als Ersatz werden im Rahmen der neuen Krankenhausdiagnosestatistik alle im Geburtsmonat wegen Fehlbildungen vollstationär behandelten Krankenhausentlassungen tabelliert. Darüber werden in Zukunft

bessere Aussagen über die zeitliche Entwicklung des Vorkommens von erkennbaren Fehlbildungen zu treffen sein.

18. Wie viele Kinder mit Trisomie 21 (Down-Syndrom), einer der häufigsten Behinderungen, wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG im Jahre 1990 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980 und 1985 geboren?

Falls im Verlauf der letzten 25 Jahre eine Abnahme der lebendgeborenen Kinder mit Trisomie 21, bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, festzustellen ist, kann hieraus der Schluß gezogen werden, daß eine pränatal diagnostizierte Trisomie 21 regelmäßig zu einer Indikationsstellung zum Abbruch der Schwangerschaft Anlaß gibt, und inwiefern stünde dies in Übereinstimmung mit der vom Gesetzgeber bei der Neuregelung vom 21. August 1995 verfolgten Absicht der Klarstellung, daß behinderte Kinder grundsätzlich den gleichen Schutz wie nichtbehinderte Kinder genießen?

Zunächst wird auf die Anmerkungen zu Frage 17 verwiesen.

Die entsprechenden Zahlen enthält die nachfolgende Tabelle.

Tabelle: Lebendgeborene mit ausgewählten Fehlbildungen:

Jahr	Down Syndrom ICD-9 758.0	Je 100 000 Lebendgeborene
1973	86	13,5
1975	71	11,8
1980	62	10,0
1985	51	8,7
1990	63	8,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Juli 1996.

Aus den vorliegenden statistischen Angaben kann nicht der Schluß gezogen werden, daß eine pränatal diagnostizierte Trisomie 21 regelmäßig zu einem Abbruch der Schwangerschaft Anlaß gibt. Hinsichtlich der Wirksamkeit der mit dem SFHÄndG vom 21. August 1995 verfolgten Klarstellung, daß behinderte Kinder grundsätzlich den gleichen Schutz wie nichtbehinderte Kinder genießen, können Aussagen nicht gemacht werden.

19. Sind der Bundesregierung die Arbeiten von Stackelberg (Dissertation 1980), und von Passarge (1979) bekannt, die eine Kosten-Nutzen-Analyse anstellen, wobei den Aufwendungen für rechtzeitige pränataldiagnostische Erfassung (Screening) und nachfolgende Abtreibung behinderter Kinder die Kosten für Betreuung, Therapie und Rehabilitation gegenübergestellt werden, und welche Folgerungen zieht die Bundesregierung aus derartigen Überlegungen?

Die zitierten Arbeiten von Stackelberg und von Passarge sind der Bundesregierung nicht bekannt. Sie haben damit auch zu keinem Zeitpunkt Einfluß auf Entscheidungen der Bundesregierung gehabt. Im übrigen ergibt sich schon aus der Frage, daß es sich offensichtlich um Arbeiten handelt, die inzwischen 16 bis 17 Jahre alt sind.

Kosten-Nutzen-Analysen wurden und werden von der Bundesregierung nicht herangezogen, wenn es um die gesetzlichen Rege-

lungen zum Schwangerschaftsabbruch und die Ausgestaltung der Hilfen für Schwangere und ihre Familien geht.

20. Welche Abtreibungsmethoden werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung im zweiten und im letzten Drittel der Schwangerschaft angewandt, und inwiefern wird bei Abtreibungen in diesen Schwangerschaftsstadien die Schmerzempfindlichkeit des ungeborenen Kindes berücksichtigt?

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgt nach den Informationen, die der Bundesregierung vorliegen, in der Regel durch die Induktion einer Wehentätigkeit durch Prostaglandin oder Oxytocin. Danach wird das Ausstoßen des Kindes abgewartet. Bei diesem Vorgehen wird die Schmerzempfindlichkeit des ungeborenen Kindes berücksichtigt, denn diese Methode entspricht dem normalen Geburtsverlauf eines Frühgeborenen.

21. Werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung aufgrund der im dritten Schwangerschaftstrimenon regelmäßig anzunehmenden extrauterinen Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes bei Abtreibungen solche Methoden angewandt, die auf eine Tötung des Kindes noch im Mutterleib abzielen, bevor es zur Welt kommt?

Nach dem Wortlaut des § 218 a StGB ist der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch 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. Ziel der Behandlung ist demnach die Beendigung der Schwangerschaft aus den genannten Gründen, darf jedoch nicht die Tötung des Kindes sein. Der Schwangerschaftsabbruch erfolgt in der Regel durch die Induktion einer Wehentätigkeit.

22. Ist der Bundesregierung bekannt, daß bei späten eugenischen Abtreibungen z. T. das Desinfektionsmittel „Rivanol“ (Ethacridinsäure) angewandt wird (Josefine Lorenzen, Dissertation Münster 1993, „Konkretisierung des Kindsverlustes bei Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation“), wobei das Kind über mehrere Stunden hinweg abstirbt und dann nach zusätzlicher Einleitung eines Wehenmittels gelbverfärbt ausgestoßen wird, und wird diese Abtreibungsmethode nach Erkenntnissen der Bundesregierung weiterhin angewandt, wenn ja, wo?

Nach Informationen der zuständigen Fachgesellschaft ist der Wirkungsmechanismus des Rivanol auf den Abbruch der Schwangerschaft nicht genau bekannt. Rivanol soll nach bisher bekanntgewordener Information zu langsamer Wehentätigkeit mit Ausstoßung der Frucht nach 36 bis 44 Stunden führen. Rivanol wird in seltenen Fällen eingesetzt bei

1. Patientinnen, die auf Prostaglandine nicht ansprechen,
2. Patientinnen, bei denen eine Kontraindikation in der Anwendung von Prostaglandinen besteht (z. B. nach Herzinfarkt),
3. Patientinnen, bei denen eine relative Kontraindikation in der Anwendung von Prostaglandinen besteht (z. B. nach vorangegangener Sektio).

Eine Übersicht über Einrichtungen, die Rivanol in seltenen Fällen einsetzen, liegt nicht vor.

23. In welchen Fallkonstellationen ist es nach Auffassung der Bundesregierung zulässig, ein nicht „zum Leben bestimmtes Kind“ (vgl. Hans-Bernhard Wüermeling, „Unwort des Jahres“, in FAZ vom 20. November 1995), das die Abtreibung überlebt hat, unversorgt dem Tode zu überlassen („liegen lassen“), und sieht die Bundesregierung hier ggf. gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Ein Kind, welches nach einer auf einen Schwangerschaftsabbruch gerichteten Handlung lebend zur Welt gekommen ist, unterliegt ebenso wie jedes andere dem Schutz der Rechtsordnung. Ihm gegenüber bestehen deshalb die gleichen Pflichten wie gegenüber jedem Neugeborenen, das sich in der Obhut des Arztes befindet. Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das zur Erhaltung des Lebens Erforderliche zu tun. Dies gilt auch für den Arzt, dessen auf einen Schwangerschaftsabbruch zielende Maßnahme zur Lebendgeburt des Kindes führte. Bei einer Lebendgeburt muß das Kind nach dem geltenden medizinischen Standard versorgt werden; dies folgt auch aus der berufsrechtlichen Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung, wie es in § 1 Abs. 2 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte von 1996 niedergelegt ist. Der Umstand, daß eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch im Spätstadium der Schwangerschaft gegeben war, vermag es keinesfalls zu rechtfertigen, auf lebenserhaltende Maßnahmen für das Kind zu verzichten. Verletzt der Arzt seine Verpflichtung, so kann er sich damit eines Unterlassungsdelikts, d. h. im Einzelfall auch wegen eines vorsätzlichen Tötungsdelikts, strafbar machen. Einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf für diesen Bereich sieht die Bundesregierung nicht.

24. Worin besteht – einmal abgesehen von der unterschiedlichen formaljuristischen Einordnung – nach Auffassung der Bundesregierung der wesentliche ethische Unterschied zwischen der gezielten Tötung eines lebensfähigen Kindes im Mutterleib vor der eigentlichen Abtreibung einerseits und andererseits der Tötung eines die Abtreibung selbst zunächst überlebenden Kindes direkt nach der Abtreibung?

Wie auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 nochmals ausdrücklich klargestellt hat, handelt es sich bei ungeborenem Leben um Leben von Anfang an, das als solches unter dem Schutz der Verfassung steht, ebenso wie das Leben des geborenen Menschen. Hieraus folgt, daß der Staat Maßnahmen zu ergreifen hat, die dem Schutz des menschlichen Lebens sowohl vor wie auch nach der Geburt dienen. Da diese

Maßnahmen grundsätzlich strafrechtlicher Natur sind, ist eine Beantwortung der Frage unter Außerachtlassung der juristischen Einordnung bzw. Notwendigkeiten nicht möglich.

25. Wenn für eine späte Abtreibung aufgrund der medizinischen Indikation eine voraussichtliche Behinderung des Kindes ausschlaggebend ist, worin besteht dann der Unterschied zur Früheuthanasie?

Wie ist gewährleistet, daß im allgemeinen Bewußtsein ein solcher Unterschied nicht verwischt wird, und welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung in dieser Hinsicht?

Die embryopathische Indikation ist mit Inkrafttreten des SFHÄndG entfallen.

Mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation ist keine Änderung der Voraussetzungen der medizinischen Indikation im Vergleich zu der vor dem Inkrafttreten des SFHÄndG geltenden Fassung erfolgt. Wie auch in der Antwort zu Frage 11 ist darauf hinzuweisen, daß der Wegfall der embryopathischen Indikation gerade der Klarstellung diene, daß das ungeborene behinderte Leben im Vergleich zum ungeborenen unbehinderten Leben in der Frage der Schwangerschaftsabbrüche keinem Sonderstatus unterworfen ist.

Nach § 218 a Abs. 2 StGB ist eine medizinische Indikation nur dann zu bejahen, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren angezeigt ist, um eine Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr von ihr abzuwenden, und diese Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Ein Vergleich der medizinischen Indikation mit einer Früheuthanasie kann nicht gezogen werden.

26. Ist in jedem Falle die gezielte Tötung des Kindes bei späten Abtreibungen unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation durch die Bestimmungen des § 218 a gedeckt, auch dann, wenn ohne höhere oder sogar unter geringerer Gesundheitsbelastung und -risiken für die Mutter eine Methode in Betracht käme, die dem Kind die größtmöglichen Chancen auf Überleben und Gesundheit gewährleistet, und sieht die Bundesregierung hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Nach § 218 a Abs. 2 StGB ist eine medizinische Indikation nur dann zu bejahen, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren angezeigt ist, um eine Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr von ihr abzuwenden, und diese Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen vorliegen, kommt es maßgeblich auf die Erkenntnis des abbrechenden Arztes im konkreten Einzelfall an. Gleiches gilt für die Beurteilung, welche Methode im Einzelfall anzuwenden ist. Hierfür sind der Stand der ärztlichen Kunst und die Erkenntnis des Arztes im Ein-

zelfall ausschlaggebend. Die Bundesregierung sieht in dieser Frage keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

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

Bei einem späten Schwangerschaftsabbruch aufgrund der medizinischen Indikation erfolgt der Abbruch nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durch die Induktion einer Wehentätigkeit. Ob darüber hinaus die in der Frage geschilderten Methoden Anwendung finden, entzieht sich der Kenntnis der Bundesregierung.

Grundsätzlich festzustellen bleibt aber, daß jeweils die Methode anzuwenden ist, die im konkreten Einzelfall nach den Erkenntnissen der ärztlichen Kunst angezeigt ist.

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

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

29. Trifft den Arzt, der eine vorgeburtliche Schädigung oder Behinderung des Kindes diagnostiziert, in jedem Falle eine Pflicht, die Eltern auf die Möglichkeit einer Abtreibung unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation hinzuweisen, auch dann, wenn er aufgrund des Alters des Kindes von dessen extrauteriner Lebensfähigkeit ausgehen muß, welche gesetzlichen, ggf. standesrechtlichen Vorschriften regeln diesen Bereich, und besteht hier gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

Die Feststellung einer vorgeburtlichen Schädigung oder Behinderung des Kindes steht nicht in einem zwingenden Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation. Insoweit trifft den Arzt keine Verpflichtung, entsprechende Hinweise zu geben.

Es gibt keine gesonderten gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen über eine Aufklärung bei einem (späten) Schwangerschaftsabbruch. Die Art der Aufklärung ergibt sich jedoch aus der allgemeinen Aufklärungspflicht des Arztes, wie sie bei anderen Eingriffen besteht und durch die Rechtsprechung der Gerichte konkretisiert worden ist. Hierzu hat der Arzt insbesondere zwei berufsständische Empfehlungen zu beachten, die rechtlich zwar nicht Bestandteil seiner Berufsordnung sind, aber den Rechtsrahmen der Aufklärungspflicht vor dem Hintergrund der obergerichtlichen Rechtsprechung beschreiben. Dies sind neben den allgemeinen „Empfehlungen zur Patientenaufklärung“ des Vorstandes der Bundesärztekammer von 1990 insbesondere die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von 1987, die einen Schwangerschaftsabbruch der Mutter als mögliche Folge der Diagnostik im Blickfeld haben. Darin ist u. a. festgehalten, daß bei der Beratung der Eltern nicht der Eindruck hervorgerufen werden darf, daß bei bestimmten Befunden, z. B. Trisomie 21, der Schwangerschaftsabbruch die einzige, sich automatisch ergebende Lösung des Problems sei. Ziel der Beratung ist es, mit der Schwangeren zu einer umfassenden Abklärung der Situation zu kommen. Der Arzt hat dabei immer § 6 Satz 1 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte von 1996, der in die jeweils einschlägigen Landesrechte übernommen worden ist, zu beachten, wonach er grundsätzlich verpflichtet ist, das ungeborene Leben zu erhalten.

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

30. Ist nach Auffassung der Bundesregierung der Arzt auch in solchen Fällen zur Mitteilung eines pränataldiagnostisch erhobenen Befundes verpflichtet, wenn dieser eine erbliche Anlage oder Krankheit beinhaltet, die erst später im Leben zum Tragen kommt, wie z. B. Chorea Huntington, Diabetes oder Mamma-Carcinom, auch im Bewußtsein, daß daraus eine Abtreibung des Kindes resultieren kann, und sieht die Bundesregierung hier ggf. die Notwendigkeit einer gesetzlichen Beschränkung?

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

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

31. Wie bewertet die Bundesregierung das Abtreibungsgeschehen bei vorgeburtlich diagnostizierten Behinderungen sowie die Gefahr einer Typisierung bestimmter erblicher Anlagen oder Behinderungen, die in der Regel zur Abtreibung des Kindes führen, in Hinsicht auf die gesellschaftliche Einstellung und Solidaritätsbereitschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen (vgl. auch TAB Hintergrundpapier Nr. 2: Die Anwendungsproblematik der pränatalen Diagnose aus der Sicht von Beratenen und Beratern unter besonderer Berücksichtigung der derzeitigen und zukünftig möglichen Nutzung genetischer Tests, Gutachten im Auftrag des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Januar 1994)?

Der Schutz des ungeborenen Lebens gilt gleichermaßen für ein zu erwartendes behindertes wie nichtbehindertes Kind. Die ärztliche Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat ausschließlich die Abwehr schwerwiegender körperlicher und seelischer Gefahren für die Gesundheit der Schwangeren zum Ziel. Aus diesem Grunde lehnt die Bundesregierung eine immer wieder in die Diskussion gebrachte sogenannte Negativliste ab, die die Befunde auflistet, die, pränatal erhoben, straffrei zum Schwangerschaftsabbruch führen dürfen. Hierdurch wird der Gefahr begegnet, daß Schwangerschaften, in denen Krankheiten festgestellt werden, die in einer solchen Liste aufgeführt würden, „automatisch“ beendet werden.

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

