

Stellungnahme als Sachverständige zur öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB), zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes und zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch

Univ.-Prof. Dr. med. Angela Köninger

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Direktorin der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Steinmetzstrasse 1-3, 93049 Regensburg

Lehrstuhl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Schwerpunkt Geburtshilfe) der Universität Regensburg

Einleitung

Der Gesetzesentwurf fordert die Aufhebung des Verbotes der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§219a StGB) sowie eine Erweiterung des HWG (Heilmittelwerbegesetzes) auf Schwangerschaftsabbrüche.

Ziel des Gesetzesentwurfes ist u.a. die „bessere **Information** betroffener Frauen“, „eine Entscheidungshilfe außerhalb des gesetzlich vorgeschriebenen **Beratungsgespräches**“ und die „Möglichkeit für Schwangerschaftsabbrüche durchführende **ÄrztInnen, mittels Werbung**, z.B. im Internet, Frauen unterstützen zu dürfen, ohne strafrechtliche Folgen befürchten zu müssen“.

Die Begriffe Werbung, Beratung und Information, die in der aktuellen Debatte oft synonym verwendet werden, bedürfen zunächst einer genaueren Betrachtung als Grundlage einer darauf aufbauenden Stellungnahme. Als klinisch tätige Ärztin will ich dies aus drei Perspektiven tun:

1. aus Sicht der betroffenen Frau
2. aus Sicht der Abbrüche vornehmenden ÄrztInnen
3. aus Sicht der Berufsgruppe aller FrauenärztInnen

Zu meiner Person: Ich bin Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 20 Jahren Berufserfahrung. Ich habe die Zusatzqualifikation Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin und beschäftige mich schwerpunktmäßig mit Risikogeburtshilfe und Pränatalmedizin. Nach 16 Jahren Tätigkeit im Ruhrgebiet, davon 14 Jahre in einem großen Universitätsklinikum, bin ich seit 2 Jahren Klinikdirektorin des größten Perinatalzentrums Ostbayerns mit über 3500 Geburten pro Jahr. Zudem besetze ich den Lehrstuhl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Geburtshilfe der Universität Regensburg.

Sicht der betroffenen Frau

Besteht für die betroffenen Frauen ein Informationsdefizit, wie und wo Abbrüche gemacht werden?

Status quo:

95 Prozent aller Abbrüche werden in Deutschland vor der 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen, was widerspiegelt, dass es Frauen in großer Zahl (knapp 100 000/Jahr) faktisch möglich ist, einen Abbruch innerhalb der 12-Wochen-Frist vornehmen zu lassen. Diese Zahlen widersprechen einem insuffizienten Informationsangebot.

Auch wenn gelegentlich zur Durchführung des Abbruchs weitere Fahrtstrecken in Anspruch genommen werden, entspricht es meiner Erfahrung, dass weder von eigenen Patientinnen noch von KollegInnen noch von Patientenverbänden Beschwerden über eine mangelhafte oder nicht zeitnahe Abtreibungsmöglichkeit berichtet worden sind.

Informationsquellen der betroffenen Frau:

Woher bekommen die betroffenen Frauen die für den Schwangerschaftsabbruch erforderlichen Informationen trotz eines bestehenden Werbeverbotes?

Als ubiquitär und von zeitlichen Rahmenbedingungen losgelöste Informationsquellen sind eine Vielzahl qualifizierter, medizinisch korrekter, im Ausmaß umfassender und aus valider Quelle (z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) stammender Internetseiten zu erwähnen, welche uneingeschränkter Zugang zu allen relevanten Kenntnissen bezüglich Schwangerschaftskonflikten und -Abbrüchen bieten.

Weitere und direkte Informationen erlangen die betroffenen Frauen durch die niedergelassenen Frauenarztpraxen. Fast jede Frau hat eine/n ÄrztIn ihres Vertrauens, welche sie über Jahre in allen Fragen begleitet: Vorsorge, Impfungen, Empfängnisregelung, Mutterschaftsvorsorge. Frauen, die schwanger werden, ob gewollt oder ungewollt, stellen sich zuerst in ihrer vertrauten Frauenarztpraxis vor. Dort erfolgt in der Regel die Feststellung und Datierung der Schwangerschaft sowie eine davon nicht zu trennende Befunderläuterung. Die aktuelle Debatte postuliert ein Informationsdefizit, das in der Praxis so nicht besteht und die Präsenz und Arbeit der niedergelassenen Frauenarztpraxen komplett ignoriert.

Über die Frauenarztpraxis erhält die betroffene Frau auch die Information über eine Beratungsstelle, die neben den medizinischen Aspekten den Schwangerschaftskonflikt per se beleuchtet und zu einer individuellen Entscheidungsfindung verhilft. Pro 40 000 Einwohner steht den Frauen flächendeckend eine Vollzeitstelle an einer gesetzlich anerkannten Beratungsstelle zur Verfügung. Es besteht somit eine flächendeckende und erfahrungsgemäß vollständig ausreichende Verfügbarkeit von BeraterInnen, selbst in ländlichen Gebieten. Sollte eine Frau nicht umgehend einen Frauenarzttermin bekommen können, so ermöglicht die Dichte an Beratungsstellen für jede Frau einen zeitnahen professionellen Kontakt.

Die BeraterInnen verfügen über langjährige Erfahrung in den angewandten Methoden und wissen, welche umgebenden Einrichtungen Abbrüche vornehmen. In der Summe wird die betroffene Frau durch diese Schritte bereits in zweifacher Weise informiert und individuell beraten.

Behindert §219a StGB bei einer freien Auswahl der Ärztin/des Arztes, die/der den Abbruch vornehmen wird?

Eine Patientin, die einen Abbruch wünscht, steht erfahrungsgemäß unter hohem Zeitdruck. Ihr ist wichtig, so schnell wie möglich behandelt zu werden, aber weniger wichtig durch welche ärztliche Person sie behandelt wird. Analog zu anderen Operationen ist es in der Regel der/die ÄrztIn des Vertrauens, welche spezialisierte KollegInnen aufgrund guter Vorerfahrungen und entsprechender bewährter Kompetenz direkt empfiehlt. Im Gegensatz zur Mehrfachauswahl einer niedergelassenen Frauen- oder Hausarztpraxis ist die Arztauswahl für spezielle, nicht alltägliche Leistungen, wie auch Schwangerschaftsabbrüche, naturgemäß limitiert. Die Vorstellung, sich im Internet eine wohnortnahe Abtreibungspraxis des Vertrauens unter vielen aussuchen zu können, widerspricht, auch ohne Versorgungsengpass, der Wirklichkeit.

Findet der Abbruch in einer stationären Einrichtung statt, so besteht grundsätzlich keine Arztauswahl, selbst in der Wahlarztkonstellation muss mit VertreterInnen gerechnet werden. Arbeitszeitgesetze zwingen Kliniken, konforme Dienstpläne zu erstellen und können nur bei hochelektiven Eingriffen personengebundene Zusagen für bestimmte Operationen machen. PatientInnen entscheiden sich folglich für ein Behandlungsteam, nicht aber für eine konkrete Person dieses Teams. Im ambulanten Setting kann die Patientin die behandelnde Praxis und deren konkrete LeistungserbringerInnen aussuchen, doch die Auswahl wird regional zwangsläufig begrenzt sein. Dies liegt daran, dass (operative) Abbrüche nicht einfach in einer normalen Praxis, sondern in ambulanten Operationszentren, die oft auch eine Vielzahl anderer Operationen anbieten, vorgenommen werden. Das Angebot muss an den Bedarf angepasst sein und dem Aufwand für die Führung eines ambulanten OP-Zentrums Rechnung tragen. Auch ein medikamentöser Abbruch erfordert medizinisch-fachliche Supervision mit entsprechenden Betreuungsmöglichkeiten der Frauen. Der Wegfall von §219a StGB scheint folglich in der gelebten Praxis nicht zu einer größeren und selbstbestimmteren Arztauswahl, die auch als solche genutzt würde, beitragen zu können.

Behindert §219a StGB bei einer selbstbestimmten Auswahl der gewünschten Abtreibungsmethode?

Die Auswahl der Abtreibungsmethoden hängt u.a. von der Schwangerschaftswoche ab und kann nicht in jedem Fall beliebig erfolgen. Der medikamentöse Abbruch mit einem Antiprogesteron ist bis zum 49. Tag post conceptionem zugelassen. Auch wenn der medikamentöse Abbruch in frühen Schwangerschaftswochen weniger invasiv ist als der operative und oft bevorzugt wird, so muss bedacht werden, dass hierbei Wehen ausgelöst werden, Schmerzen und Blutungen entstehen und eine Notfallversorgung gewährleistet sein muss. Nicht jede Frau kann und will ihre Abtreibung zu Hause erleben. Dies muss individuell besprochen werden, wofür sich ausschließlich das persönliche und achtsame Gespräch eignet. Eine nur webseitenbasierte Information könnte bei zu detaillierter Darlegung potentieller Begleiterscheinungen wie Blutungen, Ohnmacht und Schmerzen schockierend und traumatisierend wirken. Nur ein persönliches Gespräch **vor** Entscheidungsfindung ermöglicht neben der unverzerrten auch die individuell optimale Aufklärung.

In der Summe: Qualifizierte Information und Beratung werden im Alltag verwirklicht durch die betreuende Frauenarztpraxis zusammen mit einer neutralen, professionellen

Beratungsstelle, welche nach §219 StGB berät. In Kombination mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch sowie angesichts qualifizierter Internetinformationsangebote ist ein praktisches Informationsdefizit nicht ableitbar und im Alltag nicht spürbar.

Sicht der Abbrüche vornehmenden ÄrztInnen

Inwieweit besteht für ÄrztInnen, die selbst Abtreibungen durchführen, die Notwendigkeit, betroffene Frauen über die momentan bestehenden Möglichkeiten hinaus direkt zu informieren, um den Zugang zu ihrer Leistung zu erleichtern?

Zunächst muss auf das gesetzliche Trennungsgebot von Beratung zum und Durchführung des Abbruchs hingewiesen werden (§219 StGB Absatz 2). Beratung und Durchführung des Abbruchs werden bis dato durch ein Werbeverbot und die Vorgaben des §218 StGB strikt getrennt. Das Trennungsgebot dient der Vermeidung eines tatsächlichen oder auch nur vermeintlichen Interessenkonfliktes. Es sollen keinerlei sachfremde Erwägungen oder andere Interessen den Entscheidungsprozess der Frau beeinflussen. Eine unmittelbare Patientenrekutierung durch die den Eingriff vornehmende Institution hätte demgegenüber weitreichende Folgen, die ich skizzieren möchte.

Ein Werbeverbot -im Gegenteil zu einem sachlich-faktischen Informationsangebot – hat systematischen Einfluss auf einige haftungsrechtlich relevante Szenarien.

Beim Abbruch handelt es sich um eine nicht-medizinisch zu rechtfertigende Leistung und naturgemäß um eine Gewissensentscheidung der Frau, die nicht selten unter psychischem und zeitlichem Druck gefällt wird. Die Möglichkeit einer unmittelbaren Patientenaquise durch entsprechende institutsbezogene Informationen eröffnet haftungsrechtliche Problemfelder wie Vorwürfe von Manipulation, Beeinflussung oder Verstöße gegen die Gleichstellung. Die Begrenzung auf eine Information über die Abtreibungsmöglichkeiten und -Methoden ohne detaillierte Ausführungen bewahrt die Einrichtungen vor solchen Vorwürfen.

Das Trennungsgebot verhindert systematisch Interessenskonflikte. Es entlastet die Ärzteschaft, indem gerade medizinisch nicht notwendige Eingriffe **nicht** im völligen Alleingang verantwortet werden müssen. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um Entscheidungen handelt, die unvermeidbar für das ganze weitere Leben der betroffenen Frau von hoher Relevanz sind.

Ferner sei dargelegt, dass es Usus ist, Patientenaquise nicht über eigene Bewerbung, sondern über etablierte und seriöse Vorgehensweisen der Patientenfürsorge zu betreiben. ÄrztInnen mit spezifischen Behandlungsangeboten offerieren diese in der Regel nicht direkt den potentiellen Kranken, sondern informieren in Fachkreisen über ihre Behandlungsangebote, deren Spezifika, Vorteile und Risiken. Im Falle der Abtreibungen sind vorwiegend die Beratungsstellen jene Adressaten, welche die Informationskaskade von ÄrztIn zu PatientIn herstellen, ohne dass eine neu zu etablierende Werbungsoption gefordert ist.

In der Summe: Die bestehende Gesetzeslage beinhaltet die strikte Trennung von Information/Beratung und Durchführung des Abbruches. Eine Aufweichung dieser Trennung sollte im Interesse der durchführenden Einrichtungen und zur Vermeidung von Interessenskonflikten dringend vermieden werden.

Sicht der Berufsgruppe aller FrauenärztInnen

Führt das Fortbestehen des §219a StGB zu Angst vor Lebensschützern oder hindert §219a StGB ÄrztInnen sogar an der Durchführung von Abbrüchen?

Es existiert die Hypothese, dass ÄrztInnen aus Angst vor Kritik entweder ihr Behandlungsangebot nicht publik machen oder gar aufgrund der potentiellen strafrechtlichen Verfolgung durch Werbung gänzlich von der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen absehen.

Es ist korrekt, dass nicht alle ÄrztInnen Abbrüche anbieten (wollen). Die übergeordnete Grundlage hierfür ist aus meiner Sicht das Selbstbestimmungsrecht der Ärzteschaft. Dies ist im SchKG §12 Absatz 1 verankert.

Aus meiner Sicht sind weitere Gründe folgende:

Wir sind als FrauenärztInnen in der Lage, das ungeborene Kind ab den frühesten Entwicklungsphasen durch eine exzellente, hochentwickelte Ultraschalltechnik zu begutachten- eine Herzaktion kann schon ab einer Embryogröße von 2 mm gesehen werden. Bei einer Scheitel-Steißlänge von gut 4 cm können wir bereits erkennen, ob ein schwerwiegender Herzfehler oder ein Zwerchfellbruch vorliegt, ob Magen- und Blasenfüllung regelrecht ist, ob sich das Kleinhirn an der richtigen Position befindet oder ob die Oberlippe eine Scharte hat. Die ungeborenen Kinder werden somit schon sehr früh zu unseren Patienten, für die wir Verantwortung übernehmen. Das Erkennen von Fehlbildungen oder Problemen kann sogar eine intrauterine Therapie des Kindes nach sich ziehen: Wir können bei Blutarmut über die Nabelschnur dem Feten Blut verabreichen, kleine Schläuche legen, um z.B. ein Abflussproblem der Harnblase zu therapieren, oder beim frühen Fruchtblasensprung künstliches Fruchtwasser geben. Niemand kann von einer ganzen Berufsgruppe, die sich tagtäglich mit diesen Fragen beschäftigt, sehr viel Wissen, Erfahrung und Ressourcen in die Betreuung von Schwangerschaften setzt, erwarten, dass ein Schwangerschaftsabbruch losgelöst vom Blick auf das Kind im Sinne einer Versorgungsleistung routinemäßig angeboten wird. Im Sinne einer Gleichberechtigung aller Menschen kann nicht von jedem/r PränatalmedizinerIn erwartet werden, dass mit ärztlicher Indifferenz verantwortet wird, dass das *eine* Kind eine intrauterine Maximaltherapie bekommt, während das andere nicht ausgetragen werden soll.

ÄrztInnen greifen auf ihr eigenes Selbstbestimmungsrecht und ihre persönliche Gewissensfreiheit zurück, wenn sie die Vornahme von Abbrüchen in personam, zudem angesichts einer gegebenen flächendeckenden Versorgung, ablehnen. Das Selbstbestimmungsrecht und die Gewissensfreiheit müssen für alle BürgerInnen unseres Landes gelten.

Das Motiv der Angst vor Sanktionen durch einen Verstoß gegen §219a StGB spielt hingegen eine untergeordnete und für die meisten KollegInnen auch eine bis dato unbekannte Rolle. Die aktuelle Debatte zeigt im kollegialen Austausch, dass weder Un- oder Mißverständnis des §219a StGB vorliegen, vielmehr wünschen sich ÄrztInnen eine saubere Trennung zwischen Werbung und Information über Abtreibungen. Während Information befürwortet wird,

signalisiert ein Werbeverbot die klare Abgrenzung zur aktiven Unterstützung der beworbenen Leistung.

Solange §219a StGB besteht, ergibt sich die theoretische strafrechtliche Verfolgbarkeit bei einem Verstoß. Es stellt sich aber die Frage, ob es eine Notwendigkeit gibt, gegen den bestehenden Paragraphen zu verstoßen. Diese Notwendigkeit lässt sich weder für die betroffenen Frauen, die Abbrüche durchführenden ÄrztInnen noch für die Berufsgruppe der FrauenärztInnen in ihrer Gesamtheit ableiten. §219a StGB stellt nicht den Grund dar, warum ÄrztInnen keine Abbrüche anbieten. Grund hierfür ist in fast allen Fällen deren Berufung auf ihr eigenes Selbstbestimmungsrecht.

Zusammenfassung

Die in der aktuellen Debatte um den Gesetzesentwurf zur Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB), zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes und zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch postulierten Mißstände in der Information und Versorgung von Frauen im Schwangerschaftskonflikt sind als solche in der Realität nicht präsent. Vor der Frage, WIE eine Abtreibung abläuft, stellt sich die Schwangere die Frage nach dem OB. Hilfe bieten hier die flächendeckenden Beratungsstellen und persönliche Gespräche, nicht aber die Ärzteschaft mittels webbasierter Detailinformationen zum medizinisch-technischen Ablauf einer Abtreibung. Die Entscheidung für oder gegen das Austragen eines Kindes fällt eine Frau weder anhand von Informationen über den Ablauf eines Schwangerschaftsabbruches noch über die Wohlfühlatmosphäre bei einem Kaiserschnitt am Entbindungstermin. Die Ärzte sind beste Ratgeber, wenn sie zu ihrem Handwerk beraten, nicht aber, wenn es um robuste Lebensentscheidungen geht, die losgelöst von medizinischen Sachverhalten sind.

Eine Werbung für Abtreibung durch ÄrztInnen, die selbst die Eingriffe vornehmen, wird dem Anspruch einer nachhaltigen Patienteninformation, die zu einer Entscheidungsfindung beiträgt, nicht gerecht.

Die ***Aufhebung des Werbeverbotes*** für Abtreibungen würde an der medizinischen Realität nichts ändern, da das bestehende Informationsangebot nicht defizitär erscheint.

Die ***Zulassung von Werbung*** für einen medizinischen Eingriff hingegen sollte per se in seinen Konsequenzen einer subtilen Prüfung unterzogen werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf eine mit dem Eingriff verbundene irreversible Lebensentscheidung, die rein physische Aspekte übersteigt und in einer seelischen Notlage unter Zeitdruck getroffen wird.

Eine Frau kann faktisch nicht selbst abtreiben, sie ist auf das Einwirken von ÄrztInnen angewiesen. Dieses Einwirken hat durch die fatale Konsequenz für das werdende Leben wiederum Auswirkungen auf Dritte. Sachliche Information über ein entsprechendes Behandlungsangebot im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ist geboten. Eine Bewerbung desselben stellt hingegen einen Dammbbruch zu einem neuen Verständnis vom menschlichen Leben dar.

Als medizinische Sachverständige ist es mir ein Anliegen, dass trotz der gegebenen divergenten Haltungen zum Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft eine sachliche und auf dem Boden der realen Tatsachen geführte Diskussion, fern von theoretischen Angstkulissen, stattfindet. Die Gleichberechtigung und das Wohlergehen aller Menschen jeden Alters – auch intrauterin, d.h. vorgeburtlich – sowie das ärztliche Selbstbestimmungsrecht sollten weiterhin als unverzichtbare Elemente einer jeden Gesetzgebung zugrunde liegen.