

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

16. Wahlperiode

Sozialpolitischer Ausschuss

24. Sitzung am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –

– Elektronische Fassung –

Protokoll – Teil 2 –

Beginn der Sitzung: 09:02 Uhr
Ende der Sitzung: 12:06 Uhr
Unterbrechung der Sitzung: 10:02 Uhr bis 10:05 Uhr
10:34 Uhr bis 10:41 Uhr

Tagesordnung:

Vor Eintritt in die Tagesordnung

1. Projekt Telekardiologie
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3180 –
2. Schließung der Geburtsstationen
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76
Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3197 –
3. Patientenquittung
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76
Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3208 –

Ergebnis:

Siehe Teil 1 des Protokolls

Siehe Teil 1 des Protokolls

Siehe Teil 1 des Protokolls

Siehe Teil 1 des Protokolls

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | Ergebnis: |
|---|--|
| 4. Bundesratsinitiative des Landes Rheinland-Pfalz zur Herausnahme der öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3232 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 5. Evaluation des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG)
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3233 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 6. Medikamenten-Entsorgung
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3237 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 7. Uniklinik Mainz behandelt Kassenpatienten in ihren Ambulanzen nur noch in medizinischen Notfällen
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3246 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 8. Bilanz der 1. Demografiewoche des Landes Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3247 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 9. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Partnerland Ruanda
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3248 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 10. Landesgesetz über Messen, Ausstellungen und Märkte (LMAMG)
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/2919 – | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 11. Verschiedenes | Siehe Teil 1 des Protokolls |
| 12. ...tes Landesgesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU
– Drucksache 16/2242 –

dazu: Vorlagen 16/3198/3269/3276 | Anhörung durchgeführt;
vertagt
(S. 3 – 22) |

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Meine Damen und Herren, wir werden die Sitzung nach dieser kleinen technischen Unterbrechung jetzt fortsetzen.

Bevor ich Tagesordnungspunkt 12 und zur Anhörung aufrufe, gestatten Sie mir, dass ich noch Gäste begrüße. Wir haben heute auf Einladung von Herrn Abgeordneten Dr. Konrad Gäste, und zwar Damen und Herren aus den Tagesförderstätten der Reha Westpfalz in Landstuhl sowie des Hauses Sonne in Zweibrücken. Seien Sie uns im Sozialpolitischen Ausschuss herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich rufe **Punkt 12** der Tagesordnung auf:

...tes Landesgesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU
– Drucksache 16/2242 –

dazu: Vorlagen 16/3198/3269/3276

Anhörverfahren

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich darf die Damen und Herren Anzuhörenden herzlich begrüßen in der Reihenfolge, in der Sie heute aufgerufen werden, an erster Stelle Herr Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger vom Berufsverband der Frauenärzte e.V., dann Herr Dr. Johannes Färber, Landesvorsitzender Rheinland-Pfalz des Bundesverbands Deutscher Pathologen e.V., an dritter Stelle Frau Helga Beisel von der Selbsthilfegruppe für trauernde Eltern „Leere Wiege – Landau“ und zum Schluss Frau Dr. Barbara Zeh, die Landesgeschäftsführerin pro familia Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.

Die Liste mit dem Hinweis auf die Teilnahme und die Nummer der Stellungnahme ist Ihnen zu Beginn der Sitzung ausgeteilt worden. Der Gemeindetag Baden-Württemberg e.V. ist an der Teilnahme an dieser Anhörung verhindert.

Den Anzuhörenden wurde im Vorfeld mitgeteilt, dass aufgrund der zeitlichen Limitierung für jeden Anzuhörenden maximal 10 Minuten zur Verfügung stehen, damit im Ausschuss anschließend an die Anhörung genügend Zeit für ergänzende Fragen der Ausschussmitglieder zur Verfügung steht. Deswegen darf ich Sie bitten, den mündlichen Vortrag nur auf solche Informationen zu reduzieren, die nicht bereits Gegenstand Ihrer zugesandten schriftlichen Stellungnahmen sind. Das ist Usus bei allen Anhörungen.

Gibt es vonseiten der Ausschussmitglieder noch Wortmeldungen? – Wenn das nicht der Fall ist, können wir gleich fortfahren.

Ich darf an erster Stelle Herrn Sanitätsrat Dr. Harlfinger um seine Stellungnahme bitten.

Herr Sanitätsrat Dr. med. Werner Harlfinger
Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Herr Dr. Harlfinger: Meine sehr verehrten Damen und Herren, vielen Dank, dass ich hier die Gelegenheit bekomme, Stellung zu beziehen. Zu meiner Person, ich bin der Landesvorsitzende der Frauenärzte und vertrete einen Verband mit über 14.000 Mitgliedern. Wenn man noch die wissenschaftliche Gesellschaft dazu nimmt, die Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe, dann vertreten wir 17.000 bis 18.000. Das sind fast 100 % aller Frauenärzte, die wir erreichen. Wir haben ein gemeinsames Publikationsorgan. Das ist der „FRAUENARZT“, bei dem ich zufällig auch seit Jahren Schriftführer bin.

Insofern haben wir hier die Gelegenheit, alles was wir besprechen, publizistisch unter alle zu bringen. Wir sind also sehr hoch organisiert und erreichen mit unserem Verband und der wissenschaftlichen Gesellschaft eigentlich 100 %. Dies nur zu Ihrer Information.

Ich habe heute Morgen noch einmal meine Liste über den Computer laufen lassen, wie viele medizinisch begründete Schwangerschaftseingriffe ich hatte. Das nennen wir „Missed Abortion“. Das waren alles Frauen mit Kinderwunsch. Diese hatten dann eine Fehlgeburt.

Wir haben eine große Praxis in Mainz. Allein bei uns in der Praxis waren es in diesem Zeitraum 52 und wahrscheinlich seit Montag 53 Fälle. Das ist nicht wenig. Es ist sehr viel. Das ist für uns der Gau.

Es gibt zwei Situationen, in denen alle betroffen sind, das ist zum einen die Diagnose Brustkrebs aus heiterem Himmel und dann, wenn wir einen Ultraschall machen und sehen, dass das Herz nicht mehr schlägt.

Die Frauen merken das, wenn sie Blutungen haben. Die kommen aber heute so früh, zwischen der 6. und 8. Woche, dann stellen wir das schon fest. Die Blutung käme dann meistens erst zwei Wochen später.

Ich vertrete hier die Praxis und das, was wir in der Praxis machen. Man kann sagen, dass über 50 % bis 80 % der medizinischen Behandlungen bei einem abgestorbenen Embryo mittels einer Saugkürette erfolgen. Das geschieht in den niedergelassenen Praxen.

Dann wird das embryonale Gewebe zur Diagnostik in die Uniklinik geschickt, um festzustellen, was die Ursache der Fehlgeburt war. Das sind in der Regel doch im hohen Bereich Trisomien, also von vornherein angelegte Fehlbildungen, die dann von der Natur nicht weiterentwickelt werden.

Das ist für uns eine schlimme Situation, und wir haben natürlich für diese Frauen eine ungeheure Zuwendung. Wir sind meistens mit geschockt, weil wir nicht damit rechnen. Sie können sich die Situation vorstellen, Sie machen einen Ultraschall und gehen davon aus, dass alles in Ordnung ist. Alle freuen sich, und dann sehen Sie, es ist leider so.

Die Frau befindet sich relativ schnell in einem Schockzustand. Sie begreift es in der Regel gar nicht. Zuerst muss ich als Arzt einmal selbst begreifen, was ich da mache, und dann muss ich es der Frau mitteilen, weil meine Diagnose absolut sicher sein muss. Sonst kann ich das nicht tun.

In der Regel ist es so, dass wir das feststellen, und dann glaube ich immer, es wäre nicht so, aber es ist so. Ich sehe es eigentlich auf den ersten Blick, will es aber eigentlich nie wahrhaben.

Zuerst muss es der Arzt verstehen, und dann muss er sich dieser Patientin zuwenden. Das geschieht sehr intensiv. Wenn es sein muss, kommt abends noch der Partner dazu, weil die Frau es in dieser Situation oft überhaupt nicht begreift. Man muss ihr dann relativ schnell einen medizinischen Eingriff vorschlagen. Das machen wir auch. Wir machen das sehr schnell. Sie wissen, Abortblutungen können ungeheuer stark sein. Wir wollen nicht, dass die Frau in die Situation gerät und starke Blutungen bekommt.

Wir machen dann eine Saugkürettage. Das ist eine sehr schonende Methode. Die Frauen können später wieder leicht schwanger werden, weil das Gebärmuttergewebe, das Endometrium, sehr ge-

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

schont wird. Dann schicken wir es sofort in die Pathologie der Uniklinik. Dort wird so verfahren, wie Sie es in den letzten Anhörungen gehört haben.

Es wird dann zunächst eine Diagnostik gemacht. Ich hätte immer gerne eine zytogenetische Untersuchung, um festzustellen, ob diese Fehlgeburt genetisch bedingt war, oder ob es ein Zufall war. Trisomien sind die häufigste Ursache. Das kann der Pathologe nachher noch bestätigen.

Dann wird das Gewebe dort – so, wie Sie das kennen – so behandelt, wie es hier im Ausschuss besprochen wurde. Das war früher nicht der Fall. Früher war es so, dass das embryonale Gewebe praktisch mit dem Abfall entsorgt wurde. Das ist natürlich für die Frauen ganz fürchterlich, wenn sie hören, was mit ihrem Kind passiert.

Frau Beisel, da sind wir unterschiedlicher Meinung. Wir sehen das nicht als Kind. Das ist oft nur Plazentagewebe. Embryonale Anteile finden Sie oft gar nicht.

Wir sagen dann, das Kind ist am Verdämmern. Wenn wir einen Ultraschall machen, sehen Sie vielleicht noch zwei oder drei Millimeter von der Fruchtanlage. Wenn wir das aufbereiten, können wir das auch nicht unterscheiden. Der Pathologe kann das vielleicht noch, aber wir können das in der Regel nicht.

Ich habe bei vielen Frauen nachgefragt. Wenn sie wissen, dass mit diesem Gewebe ethisch anständig umgegangen wird, und es so, wie Sie es hier gehört haben, gemacht wird, dann haben die Frauen eigentlich kein großes Problem mit dieser Geschichte. Sie wollen dann keine besondere Beerdigung.

Die Probleme treten viel später auf, oft 20 Jahre danach, wenn die Frauen eine Fehlgeburt hatten. Wenn kein weiterer Kinderwunsch stattgefunden hat, dann ist das traumatisierend. Frau Beisel weiß das.

Wir haben das festgestellt. Wir haben im Rahmen dieser Anhörung festgestellt – mit Frau Dreyer zusammen –, dass hier ein Problem der Kommunikation zwischen den psychosozialen Beratungsstellen und den behandelnden Ärzten besteht.

Das haben wir jetzt abgestellt. Wir haben landesweit in allen Bezirken Gesprächsgruppen gebildet. Wir hatten gerade am letzten Dienstag wieder eine – darin ging es um die Pränataldiagnostik –, bei der alle Beratungsstellen dabei waren, pro familia, die kirchlichen Beratungsstellen und die Genetiker.

Der Berufsverband der Frauenärzte organisiert das. Wir machen das in den Räumen der KV, die nicht viel kosten. Wir treffen uns zweimal im Jahr. Das ist hervorragend, weil wir diese Situation nicht alleine stemmen können. Die ärztliche Zuwendung ist hoch. Das, was aber danach kommt, können wir nicht leisten. Deshalb brauchen wir diese Berufe, die das auch können.

Wir haben einen Kommunikationsbedarf gehabt. Das ist ganz hervorragend. Diese Woche hatten wir zum Beispiel – das trifft unser Thema – eine Familienpflegerin da, die nach einer Totgeburt in die Familie geht und die Frau erst einmal anständig versorgt. Sie kocht Essen für die Kinder, wäscht und betreut sie ein bis zwei Wochen lang. Das ist ein neuer Beruf. Meiner Ansicht nach gäbe es dort auch Handlungsbedarf. Dadurch werden diese Frauen eventuell aufgefangen. Das betrifft aber jetzt nicht mein Gebiet bis zur zehnten Woche.

Sie haben mir Fragen gestellt, ob dieses Gesetz ausreicht. Meiner Auffassung nach ist es vollkommen ausreichend. Wir sind der Meinung, dass wir keine starre gesetzliche Regelung wollen.

Wie schon in den vorhergehenden Anhörungen ausgeführt wurde, ist Trauerarbeit etwas sehr Individuelles und sehr Persönliches. Wir sind der Meinung, das sollten wir auch so lassen.

Wir sollten das nicht streng regulieren. Ich kann nicht nachvollziehen, dass auch immer der Mann noch gefragt werden muss. Für mich wäre das gegen das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Sie können sich die Situation vorstellen. Frau Zeh wird das nachher vielleicht schildern. Sagen wir einmal, es gab eine Vergewaltigung. Der Vergewaltigte hätte dann das Recht, darauf zu bestehen, dass das Kind

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

beerdigt wird und er Eingriff auf diese Frau hat. Vielleicht gab es einen Partner, der schon früher da war, und der sich verabschiedet hat, oder das Kondoms ist abgerutscht, weshalb eine Schwangerschaft entstanden ist und es dann zu einer Fehlgeburt oder einer Schwangerschaftsunterbrechung kam.

Sehr häufig kommt es auch vor, dass sich die Frau und der Mann trennen und die Frau mit ihm noch einmal zum Abschied schläft. Wenn sie dann kurz danach mit einem neuen Mann schläft, weiß sie nicht, wer der Vater ihres Kindes ist. Wenn die Frau dann eine Fehlgeburt hat, hätte der erste Mann, von dem sie sich getrennt hat, rein juristisch das Recht, einzugreifen. Das halten wir für hoch problematisch. In Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht der Frauen können wir das als Frauenärzte und Vertreter der Frauen gar nicht nachvollziehen.

Deshalb ist mein unbedingtes Plädoyer, das individuell zu belassen. Wir können anbieten – es gibt sicherlich Möglichkeiten; das können wir im Berufsverband der Pathologen machen –, dass wir auch in dieser frühen Phase noch einmal einen Flyer erstellen, den wir den Frauen geben. Wenn sie die Diagnose „Missed Abortion“ bekommen, sind sie nicht in der Lage, über so etwas zu sprechen. Das könnte man vielleicht noch nach 14 Tagen oder vier Wochen tun, vorher geht das gar nicht. Wir könnten das machen, wollen aber keine Dokumentationsverpflichtung, sondern das auf freiwilliger Basis tun. Das funktioniert hervorragend. Das haben wir jetzt gemerkt.

Wir können das aber institutionalisieren, indem wir jeder Frau einen solchen Flyer aushändigen, das in unserer Karteikarte dokumentieren, aber nicht mehr. Das würde unserer Ansicht nach reichen. Für die Frauen ist es wichtig, dass sie wissen, dass mit diesem embryonalen Gewebe, mit ihrem Kind, anständig umgegangen wurde.

Wie viel Zeit habe ich noch?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Sie sind jetzt bei zehn Minuten.

Herr Dr. Harlfinger: Bei zehn Minuten? Dann fasse ich zusammen. Wir sind der Meinung, dass dieses Gesetz, so wie es jetzt ist, ausreicht, und wir Verbesserungsmöglichkeiten innerhalb der Kommunikation und der Verbände haben.

Wenn das gewünscht wird, erreichen wir sie alle. Ich erreiche alle Frauenärzte, und Sie erreichen über Ihren Verband, auch alle Kliniken. Alle Kliniken sind auch bei uns im Verband. Das würden wir dann auch tun. Also wir tun das jetzt, auch ohne dass Sie es wünschen. So, das habe ich schon entschieden.

Vielen Dank, dass Sie zugehört haben.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Kollege Dr. Harlfinger. – Ich darf dann Herrn Dr. Ferber aufrufen. Hierzu liegt die Vorlage 16/3269 vor.

Herr Dr. med. Johannes Ferber
Landesvorsitzender Rheinland-Pfalz des Bundesverbandes Deutscher Pathologen e. V.

Herr Dr. Ferber: Mein Name ist Johannes Ferber. Ich bin seit Neuem Vorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Pathologen. Mein Vorgänger, Herr Dr. Otto, hat eine ausführliche Stellungnahme abgegeben.

Ich möchte mich mehr auf die technischen Dinge zurückziehen. Herr Harlfinger hat schon ausgeführt, dass es eine ganze Menge Schwangerschaftsabbrüche gibt, die gewollt sind im Rahmen des § 216, wenn ich richtig informiert bin. Da haben wir nicht die typische Situation wie bei einer Missed Abortion, bei einer gewollten Schwangerschaft, die ungewollt abgegangen ist.

Der Pathologe erhält jegliches Gewebe. Theoretisch müsste bei Schwangerschaftsabbrüchen alles Gewebe sein, wenn wir Gewebe erhalten. Davon gehe ich aber nicht aus. Ich habe inzwischen aus Gesprächen mit Gynäkologen erfahren, dass eine personengerechte Selektion in den passenden Praxen, die das zum Teil etwas industriell durchführen, nicht erfolgt, sondern dass lediglich eine Selektion erfolgt.

Ich kann den Wunsch von Frau Beisel respektive der Frauen – auch nach einem gewollten Schwangerschaftsabbruch – durchaus verstehen, dass sie irgendwo einen Platz finden, wo das Gewebe liegt.

Viel mehr möchte ich jetzt eigentlich von meiner Seite dazu nicht sagen. Ich denke, es ist eigentlich alles geschrieben.

Ich danke Ihnen recht herzlich.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Herr Dr. Ferber, vielen Dank für die präzise Zusammenfassung. – Wir kommen dann zu Frau Beisel. Hierzu liegt die Vorlage 16/3276 vor.

Frau Helga Beisel
Selbsthilfegruppe für trauernde Eltern „Leere Wiege – Landau“

Frau Beisel: Meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordnete! Sie alle kennen hinreichend meine Argumentationen zum Gesetzentwurf aus der ersten Stellungnahme und Anhörung.

Nach wie vor ist das derzeitige Bestattungsgesetz völlig unzureichend und auch nicht mehr zeitgemäß, da verstorbene Kinder immer noch entsorgt werden können und werden. Es ist absolut notwendig, dass dieses Gesetz jetzt am Bedürfnis der Eltern und der verstorbenen Kinder ausgerichtet wird. Die über den Tod hinausgehende Würde eines jeden Menschen oder Kindes sollte uns als Leitlinie dienen.

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass ich alle Frauen und Eltern neutral und mit größtem Respekt ihrer persönlichen Entscheidung begleite und berate.

Die Regelung zu wissenschaftlichen Zwecken besteht in Bayern und anderen Ländern, fehlt jedoch in Rheinland-Pfalz bisher ganz und muss mit aufgenommen werden. Die Verwendung des Kindes zu wissenschaftlichen, kosmetischen, pharmazeutischen oder medizinischen Zwecken erfordert laut Zentraler Ethikkommission zwingend die Zustimmung der Eltern, im Konsens dann die Bestattung nach Verwendung. Die derzeitige Praxis verstößt dagegen und übergibt Elternrecht.

In einer Expertise von pro familia über die Verwendung von embryonalem und fetalem Gewebe speziell aus Schwangerschaftsabbrüchen wird befürchtet, dass die Bedingungen des Schwangerschaftsabbruchs und die Methode im Rahmen der Gewinnung fetalen Gewebes beeinflusst werden, was auch die Bundesärztekammer einräumt. Die Intransparenz über die Beschaffung tut ein Übriges. „Embryolisse“, die kultige Allround-Creme, auf die zahlreiche Models und Jetsetter schwören, lässt nachdenklich werden.

Ein Kind aus einem Schwangerschaftsabbruch mit über 500 Gramm führt immer wieder zu Verwirrungen bezüglich der Bestattungspflicht, wie kürzlich erst geschehen, weil diese Kinder oftmals nicht standesamtlich gemeldet werden. Es fehlt an einer konkreten Aussage über einen Schwangerschaftsabbruch in unserem Bestattungsgesetz. Eine Müllentsorgung oder Verwendung ist auch in diesen Fällen möglich. Keiner würde es merken.

Auf die sozialen und kriminologischen Indikationen ging ich schon schriftlich ein.

Entweder werden alle Schwangerschaftsabbrüche mit einer Fehlgeburt gleichgestellt, wie vorgesehen, oder nur die unter 500 Gramm. Dann aber müsste aus den vorgenannten Gründen aus dem Gesetz hervorgehen, dass auch Totgeborene aus einem Schwangerschaftsabbruch von mindestens 500 Gramm bestattungspflichtig sind.

Den Kindern aus einem Schwangerschaftsabbruch, gleich aus welchen Umständen, steht genauso Menschenwürde zu wie den anderen Fehl- und Totgeborenen auch. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau ist dadurch nicht berührt. Auch wenn diese Kinder nicht gewollt sind, sind sie dennoch kein Müll. Eine Beseitigung ist in jedem Fall würdelos.

Sähe ich hier einen Embryo oder Fötus aus einer Fehlgeburt oder aus einem Schwangerschaftsabbruch, wie könnte ich dann unterscheiden oder erkennen, welches Kind einer Bestattung würdig ist und welches nicht? Dieses Bild eines Embryos in der elften Schwangerschaftswoche zeigt, dass es ein kleiner, vollständiger Mensch ist. Es ist ein kleiner Mensch, um den die Eltern trauern. Sie trauern aber auch dann, wenn es schon die sechste oder siebte Schwangerschaftswoche war.

Medizinische oder forensische Gründe von eingesandten Kindern oder Geweben dürfen für die Bestattung keine Rolle spielen. Deshalb ist ein Gesetz ohne Begrenzung unter Einbezug von einem Schwangerschaftsabbruch und durch wissenschaftliche Zwecke unbedingt notwendig.

Der Begriff „Leibesfrucht“ oder „Embryo“ ist in verschiedenen Gesetzen ab der Nidation definiert. Wenn bei einer Abrasio oder Absaugung noch Plazenta mit dabei sein sollte, wäre das meines Erachtens

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

tens ohne Belang. Solche Details sind bisher in keinem Gesetz geregelt. Allerdings findet man schon die Benennung „Embryonen aus operativen und medikamentösen Eingriffen“.

In der letzten Anhörung wurde angemerkt, dass die Arztpraxen in die Verpflichtung mit aufgenommen werden sollten. Wenn im Gesetz, so wie in Bayern, das Wort „Einrichtungen“ durch „Inhaber des Gewahrsams“ ersetzt wird, wäre dies mit abgedeckt.

Das Grundrecht auf Information, auch die über die Bestattungsmöglichkeiten, steht jeder selbstbestimmten Frau und allen Eltern zu. Eine Nichtinformation beschneidet dieses Recht und ist Beeinflussung und Fremdbestimmung, auch bei einem Abbruch unabhängig der Indikation.

Einen Nachweis über die erfolgte Unterrichtung oder den Erhalt eines Flyers über die Bestattungsmöglichkeiten erachte ich auch wegen des Verfügungsrechts als notwendig. Mit einem Satz in der Krankenakte könnte dies einfach durchgeführt werden. Flyer als Beispiel einer sensiblen Information auch zu Schwangerschaftsabbruch, speziell dieser kleine, liegen Ihnen als Beispiel vor.

Sicher kann vorausgesetzt werden, dass sich die Beteiligten über eine ökonomische und praktische Umsetzung einigen können, wie in anderen Ländern auch. Auch sind die verschiedenen Initiativen und Organisationen weiterhin behilflich.

Erst seit 1998, als Presse- und Medienberichte über die Klinikmüllentsorgung von Totgeborenen die Öffentlichkeit aufschreckten, änderte sich langsam der zuvor höchst unsensible Umgang. Wegen unzureichender Gesetze wurden dann kirchliche Präambeln, Richtlinien, Empfehlungen und Rundschreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft verfasst, wonach sämtliche Föten von Tot- und Fehlgeburten, egal welchen Stadiums, ein würdiges Begräbnis erhalten sollen, unabhängig davon, ob die Eltern diesen Wunsch ausdrücklich äußern. Zudem sollen die Eltern über diese Möglichkeiten informiert werden. Danach würde gehandelt, so Herr Dirbach von der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V. in der letzten Anhörung.

Wenn dem so wäre, stellt sich für mich die Frage, wieso dann so viele scheinbare Probleme aufgeworfen werden, wenn dies nun konsequenterweise in ein Gesetz gefasst werden soll – vielleicht wegen der Verwendung?

Ein verstorbene Kind unter 500 Gramm kann auf Wunsch der Eltern beigesetzt werden. Wenn dieser fehlt, falsch geäußert oder interpretiert oder gar nicht dokumentiert wurde, wird das Kind entsorgt, so wie zwei Ihnen vorliegenden Stellungnahmen zu entnehmen ist. Wenn da mal laut einem Zitat aus der ersten Anhörung ein Kind durchrutschen sollte, kann das also nicht stimmen.

Die Müllentsorgung oder Verwendung kann durch freundliche Absichten mit Rundschreiben oder Fortbildungen definitiv nicht verhindert werden.

Baden-Württemberg, Bayern und andere Länder gehen schon viel länger voran. Im Saarland ging am Montag dem Referatsleiter Herrn Christian vom Ministerium für Soziales ein von ihm erbetener Gesetzesvorschlag von meiner Kollegin zu, der mithilfe eines betroffenen Vaters und Juristen erstellt wurde.

Es ist nach über dreijähriger Beratung nun längst an der Zeit, dieses Gesetz wie zuvor ausgeführt unbedingt zu novellieren.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Beisel. – Wir kommen dann zum Schluss zu Frau Dr. Zeh. Sie haben das Wort, Frau Dr. Zeh.

Frau Dr. Barbara Zeh
Landesgeschäftsführerin, pro familia Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.

Frau Dr. Zeh: Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich bedanke mich sehr für Ihre Einladung und die Möglichkeit, die Position von pro familia darzustellen.

Aus unserer Sicht, die sich auf jahrzehntelange Erfahrung in der Schwangerenberatung, in der Sexual- und Partnerschaftsberatung und in der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches stützt, ist eine Gesetzesänderung nicht notwendig. Wir halten die aktuelle Bestattungsregelung, die eine würdevolle Verabschiedung eines Kindes ermöglicht, für sinnvoll und passend.

Die aktuelle gesetzliche Regelung ist so formuliert, dass die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eine angemessene Berücksichtigung finden, da auch Eltern, die ein Kind unter 500 Gramm verlieren, es auf Wunsch und entsprechend ihrer Vorstellungen bestatten können.

Die aktuelle gesetzliche Regelung überlässt gerade in den Fällen, die durch sehr unterschiedliche Lebenssituationen, die bei den Vorrednern und -rednerinnen schon alle angeklungen sind, geprägt sind, den betroffenen Frauen und Paaren die Entscheidungsmöglichkeit. Diese können die für sie beste Lösung finden und treffen.

Es stellt sich die Frage, ob der Gesetzgeber gerade in diesem sensiblen Bereich, zu dem es überdies keinen gesellschaftlichen Konsens gibt, regelnd eingreifen und den Frauen und Paaren die Entscheidungsfreiheit nehmen sollte.

Wir meinen, dass die Regelung des Gesetzentwurfs Frauen und Männern, die sich zu einem Abbruch nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz entscheiden, nicht gerecht wird. Für diese Frauen und Männer würden unnötig viele vermeidbare Belastungen entstehen.

Ich möchte an dieser Stelle vor allem auf die Schwangerschaftsabbrüche eingehen. Aus unserer Beratungspraxis wissen wir, dass Frauen nicht leichtfertig eine Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch treffen. Vielfältige, schwierige Lebenssituationen sind der Hintergrund.

Die meisten Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, haben bereits ein Kind oder mehrere Kinder. Sie entscheiden sich für einen Abbruch, auch um die Chancen der anderen Kinder auf angemessene gesellschaftliche Beteiligung nicht zu gefährden.

Die Frauen und Paare, die von einem direktiven rheinland-pfälzischen Bestattungsgesetz betroffen wären, sind nicht wenige. 2012 wurden in Rheinland-Pfalz 3.840 Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung durchgeführt. Das sind diejenigen Frauen, von denen ich eben spreche. – Hören Sie mich?

(Frau Abg. Anklam-Trapp: Wie hoch ist die Zahl noch einmal, bitte?)

– 3.840. Das sind die Zahlen aus dem Statistischen Bundesamt. Nach medizinischer Indikation waren es 81. Das ist aber das, was als medizinische Indikation gemeldet wurde. Das ist meiner Meinung nach wahrscheinlich über der zwölften Woche. Das andere wird nicht gemeldet.

Es gab einen Abbruch nach kriminologischer Indikation, wobei in der Regel Frauen, die aus kriminologischen Gründen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, die Beratungsregelung in Anspruch nehmen, also gar nicht statistisch relevant werden.

Im Fall des Schwangerschaftsabbruches hat sich der Gesetzgeber nach jahrelangem gesellschaftlichen Diskussionsprozess entschlossen – an den erinnern sich wahrscheinlich die meisten von uns –, die Letztentscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch aus sozialen Gründen der betroffenen Frau zu überlassen.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Den Frauen wird im Schwangerschaftskonfliktgesetz das Recht zugestanden, eine verantwortungsvolle Entscheidung entweder für sich alleine oder gemeinsam mit einem Partner treffen zu können. Begleitend gibt es ein dichtes Netz an Schwangerenberatungsstellen.

Nach unserer Beobachtung hat sich diese Regelung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes bewährt. Warum sollte nicht auch im Falle einer Fehlgeburt der Staat darauf vertrauen, dass die betroffenen Männer und Frauen eine verantwortungsvolle Entscheidung treffen, die ihrer emotionalen und familiären Situation, ihrer jeweiligen Religion und ihren ethischen Grundüberzeugungen entspricht?

Alle Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, müssen zuvor eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch nehmen. Hier besteht in einem oder mehreren Beratungsgesprächen die Möglichkeit, ausführlich die individuelle Situation zu besprechen und mithilfe einer Fachkraft zu reflektieren. Dieses Gespräch dient dem Lebensschutz. Entscheidet sich eine Frau oder ein Paar dann jedoch für einen Schwangerschaftsabbruch, wäre die zwangsweise Konfrontation mit einer Bestattung des Embryos oder des Fötus eine zusätzliche unnötige Belastung.

In unseren Beratungen machen wir die Erfahrung, dass es einen relevanten Unterschied zwischen Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und nach einem Abbruch aus medizinischen oder kriminologischen Gründen gibt. Bei einem Abbruch nach medizinischer Indikation – Herr Dr. Harlfinger hat eben ausführlich beschrieben, wie das im früheren Stadium ist – besteht eine andere Form der emotionalen Beziehung. Hier wird der Bestattungswunsch zur Trauerverarbeitung auch häufiger geäußert.

Eine besonders unzumutbare Belastung wäre eine allgemeine Informationspflicht, wie sie der Gesetzentwurf bei Frauen vorsieht, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, in welcher Form auch immer, bei denen der Hintergrund ein unfreiwilliger Geschlechtsverkehr war. Es gibt alle Abstufungen von Gewalt. Das lässt sich gar nicht immer so eindeutig beschreiben. Das ist durch die ganzen Beratungsstellen inzwischen auch mehr an der Öffentlichkeit und in der Diskussion. Es gibt zum Beispiel auch die unterschiedlichen Formen emotionaler Gewalt.

Weitere Aspekte, die bei einer Novellierung des Bestattungsgesetzes berücksichtigt werden müssten, wurden auf der vorgehenden Anhörung diskutiert. Ich möchte sie hier nochmals aufgreifen.

Wie wird die geforderte Informationspflicht kontrolliert? Müsste eine Dokumentationspflicht eingeführt werden? Wie würde mit Verstößen gegen das Gesetz umgegangen? Welche Sanktionen sollte das Gesetz vorsehen?

Aus Sicht von pro familia erschwert eine Novellierung des rheinland-pfälzischen Bestattungsgesetzes in der vorliegenden Entwurfsform unnötig die Situation vieler Frauen und Männer. Dazu kommt, neben den unterschiedlichen Gründen, die zu einem Verlust des Kindes führen, wären auch die berechtigten Interessen von Menschen unterschiedlicher Religionszugehörigkeiten in einem Bestattungsgesetz angemessen zu berücksichtigen.

Aus diesem Grund halten wir das aktuelle Bestattungsgesetz für ausreichend.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. Meine Damen und Herren Anzuhörenden, Sie haben sich alle sehr gut an die Zeitvorgaben gehalten. Wir haben jetzt die Gelegenheit, dass die Abgeordneten Fragen an Sie richten.

Ich darf die Kollegen jeweils bitten festzustellen, wen Sie ansprechen, ob Sie von jedem eine Antwort haben wollen oder ob Sie gezielt einen der Anzuhörenden ansprechen. – Gibt es Wortmeldungen?

Herr Abg. Wäschenbach: Sehr geehrte Frau Dr. Zeh, vielen Dank für die Ausführungen. Ich habe eine Frage an Sie, Frau Dr. Zeh.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Mir ist auf die Schnelle nicht ganz klar geworden, wo Sie Verstoßmöglichkeiten sehen. Sie sprachen gerade davon, wie beim Gesetz Verstöße sanktioniert werden sollten. Wo können nach Ihrer Auffassung Verstöße beim neuen Gesetz auftreten?

Frau Dr. Zeh: Wenn ein Fötus, Embryo oder Kind aus irgendeinem Grund nicht bestattet wird. Konkret kann ich ihn mir im Augenblick nicht vorstellen und die Frage konkret beantworten, aber jedes Gesetz beinhaltet ganz automatisch einen Verstoß und legt dar, was mit den Verstößen passiert, sonst bräuchte man das Verbot nicht.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Auch meinerseits vielen herzlichen Dank an unsere Gäste für sehr differenzierte und sehr gehaltvolle Informationen, die die unterschiedlichen Aspekte der Fragestellung beleuchteten. Es ist in der Tat ein sehr schwieriges Thema. Egal wie jeder Mensch darüber nachdenkt und entscheidet, wird wahrscheinlich der Rest eines etwas mulmigen Gefühls bleiben. Solche Fragen kann man einfach nicht immer restlos mit Ratio beantworten. Das muss auch jedem klar sein.

Ebenfalls muss aber jedem klar sein, dass wir bei gewissen Fragestellungen individuell keine Bewertungen hineininterpretieren dürfen, weil das eine individuelle Bewertung bleibt. Mit einer zweiten oder dritten Person hat das nichts zu tun.

Es gibt all die Facetten dieser Problematik, wenn man sich bestimmte Fakten anschaut, die, denke ich, für uns alle gültig sind, zum Beispiel das Selbstbestimmungsrecht der Frau und eine breit angelegte Aufklärung seitens der Gesellschaft. Herr Dr. Harlfinger hat es erwähnt. Vor allem aus meiner persönlichen Sicht als Mediziner gibt es soziale Aspekte der Vor- und Nachbetreuung. Es ist ganz wichtig, dass man hier viel Zeit, Sensibilität und Professionalität hineinbringt.

Andere Variablen sind die Psyche, die Ethik, die Medizin, die Pathologie und all das. Ich meine, das sind die Dinge, die sehr individuell zu bewerten sind. Ich darf meine eigene Meinung und Bewertung nicht hineinbringen.

Als das Thema auf dem Tisch lag, war es für mich persönlich sehr schwierig, mir darüber überhaupt eine Meinung zu bilden. Ich dachte mir, ich brauche erst einmal Zeit, um zu versuchen, in aller Ruhe und in allen Facetten bis zum Ende darüber nachzudenken.

Ich habe auch mit meiner Frau gesprochen – sie ist Deutsche –, was sie denkt, damit man auch da seinen eigenen Standpunkt noch einmal von einer anderen Perspektive aus beleuchtet. Wir haben festgestellt, dass es schwierig ist. Für mich persönlich bedeutet es wirklich, das Grundrecht der Frau zu respektieren, Aufklärung unbedingt, aber auf keinen Fall vonseiten der Politik jedes einzelne Detail vorzuschreiben und vorzustellen, wie die Frage zu beantworten wäre.

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Sehr geehrter Kollege Dr. Schmidt, ich habe Ihre Wortmeldung als Stellungnahme aufgefasst, weil ich keine direkte Frage erkennen konnte, oder wollten Sie noch eine Frage formulieren? Deswegen frage ich noch einmal nach.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Es war eine Anregung meinerseits.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank für die Anregung. Dann kann ich das Wort weitergeben an Frau Anklam-Trapp.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Vielen Dank, Herr Dr. Enders. Sehr geehrte Damen und Herren, ich nehme es von Herrn Dr. Schmidt auf und erlaube mir auch, eine Anregung vorzuschalten.

Wir beschäftigen uns mit der Frage der Bestattung von Ungeborenen wirklich intensiv über einen langen Zeitraum. Es ist einfach, sich über die Problematik zu unterhalten, dass werdende Eltern über den Moment trauern, niemals ein Kind gebären zu können.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

In Rheinland-Pfalz funktioniert es, die Trauerarbeit in 32 Sternengärten möglich zu machen. Nach der ersten Anhörung wissen wir, dass die Kliniken und die ambulanten Gynäkologinnen und Gynäkologen das kindliche Material zur Bestattung sammeln und dann in den Sternengärten bestatten, sodass man 10 oder 15 Jahre später weiß, dass ein Kind, das niemals geboren wurde, im Sternengarten auf einem Friedhof in der Kommune besucht werden kann. Dafür bin ich dankbar. Ich bin auch froh, dass die kommunalen Vertreter gesagt haben, selbstverständlich machen wir das so. Den Eltern entstehen keine Kosten. Die Krankenhausträger, die Gynäkologen und die Kommunen tragen das, weil es eine wichtige, anerkannte Trauerarbeit ist.

Wir als Gesetzgeber müssen uns überlegen: Wie regeln wir die Dinge, die eben nicht so einfach sind? Da Frau Beisel heute die erste Anhörung bzw. uns bewertet hat, möchte ich mir doch erlauben, diesen Schwank zu machen; denn wir möchten uns mit der zweiten Anhörung noch einmal intensiv gerade mit der Frage der Pathologie und der Geburtshilfe des Frauenarztes beschäftigen.

Ich würde jetzt noch einmal einige Fragen anschließen wollen. Der Pathologe Dr. Johannes Ferber hat uns berichtet, dass das gesamte kindliche Gewebe, das zu ihm in die Pathologie kommt, ausgewertet wird. Meine Frage an Herrn Dr. Harlfinger wäre, wie bei den Ambulanten nach einer Saugkürrettage nach einem Abort das Gewebe dargestellt wird. Geht das über ein Sieb, sodass es der Pathologe erreicht? Ist es vollständig? Wird am Ende Plazentarest oder Schleimhaut übermittelt?

Ich habe noch eine weitere Frage. Welche Erfahrung haben die Gynäkologen dann, wenn es sich um eine fortgeschrittene Schwangerschaft handelt? Ich denke, die 12. Schwangerschaftswoche hat der Gesetzgeber in anderen Paragraphen, die ich jetzt nicht ausführen muss, genau benannt. Ich möchte schon eine Trennung haben. Ich spreche von einem Kind nicht bei dem Zeitpunkt der Nidation. Aber auch darüber können wir uns gerne unterhalten.

Herr Dr. Harlfinger, wenn Sie mir erlauben, möchte ich noch eine Frage aus der Praxis anschließen. Wir haben uns ausführlich über die frühen Schwangerschaften unterhalten. Das Geburtsgewicht von 500 Gramm ist bei uns im Bestattungsrecht festgeschrieben. Ich möchte Sie als Praktiker fragen: Wie ist die Praxis der 500-Gramm-Kinder, und wo sind eigentlich die Problemstellen? Sind es noch die 500 Gramm, oder sind es andere Grammzahlen, die heute zur Debatte stehen?

Danke.

Herr Dr. Harlfinger: Das gesamte Gewebe wird aufgefangen. Dann wird alles, was wir abgesaugt haben, von Gewebe und Blut getrennt und läuft durch einen Filter. Wir schütten das auf eine Kompressenpresse und fangen das alles auf. Das gesamte Gewebe wird eingeschickt. Man kann nicht unterscheiden, ob der Embryo überhaupt noch sichtbar ist. Wir suchen ihn manchmal. Der Pathologe findet ihn dann je nach Größe. Das ist hauptsächlich Plazentagewebe und Blut. Das wird alles eingeschickt, komplett, so wie das ist. Es wird nichts entsorgt. Der Pathologe braucht das, um eine zytogenetische Untersuchung durchzuführen. Er legt Zellkulturen an. Das gelingt dann. Das ist der eine Punkt.

Das wird alles aufgefangen und sofort per Eilkurier in die Pathologie in Mainz gegeben, damit das Gewebe noch zu bearbeiten ist und man noch etwas feststellen kann, um die Ursache abzuklären. Für die Frauen ist es ganz wichtig, wenn sie wissen, dass es sich um eine genetische Ursache gehandelt hat. Ich kann nichts dafür. Alle machen Schuldgefühle. Wenn das eine Trisomie ist, die nicht lebensfähig war, dann ist das für die Frauen auch später entlastend. Dann ist es abgeschlossen. Dann fangen diese wieder neu an und werden in einem halben Jahr wieder schwanger.

Sie haben nach dem Gewicht gefragt. Ich denke mir, 500 Gramm sind vielleicht ein bisschen problematisch. Sie wissen, dass die Kinder teilweise mit knapp 400 Gramm geboren werden. Diese Fälle hatte ich schon. Man sollte vielleicht noch einmal darüber nachdenken, ob diese Grenze so gehalten werden muss oder kann.

Frau Beisel, man sollte das im Konsens machen. Ich denke, die Medizin hat sich verändert. Ich hatte in meiner Praxis einmal ein Kind gehabt, das 407 Gramm hatte. Es hat überlebt und macht jetzt Abitur. Wir haben damals nicht viel gemacht. Das war ein Kollegenkind. Das Kind hat es fast ohne große Behinderung geschafft. Das ist der Fall, den ich in der Praxis hatte. Er besucht mich. Er kommt aus

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Niedersachsen. Ihm geht es gut. Dem hätten wir damals mit unter 500 Gramm nie eine Chance gegeben. Die Medizin hat sich verändert. Dieser Veränderung sollte man vielleicht im Gesetz Rechnung tragen. Das ist meine Antwort.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. Die nächste Wortmeldung kommt von Herrn Dr. Konrad.

Herr Abg. Dr. Konrad: Ich habe eine ganze Reihe von Fragen. Jetzt haben wir Sie hier. Dann wollen wir auch genau Bescheid wissen.

Ich leite kurz ein. Ich habe ein paar Grundfragen für mich definiert. Das ist der Umgang mit menschlichem Gewebe, die Frage der Aufklärungspflicht, also wie die rheinland-pfälzische Regelung hinsichtlich einer Mitaufklärung eines mutmaßlichen Vaters gehandhabt werden soll und das umsetzbar sein könnte, der Schutz einer Schwangeren vor der Belastung, dass sie mit einer ihr völlig fremden ethischen Einstellung konfrontiert wird – so hatte ich das verstanden –, und letztendlich die technische Durchführbarkeit.

Ich habe eine Frage an Herrn Harlfinger. Es geht um die Ermittlung des Vaters, weil der vorliegende Gesetzentwurf eine Informationspflicht der Elternteile vorsieht. Dann müsste man zumindest einmal wissen, wer aufzuklären ist.

(Frau Beisel: Mindestens ein Elternteil!)

– Es ist mindestens ein Elternteil aufzuklären.

(Herr Abg. Wäschenbach: Nicht beide!)

Die Frage geht auch an Sie, Herr Harlfinger. Es geht um die Informationspflicht. Wäre es sehr aufwändig – Sie müssen bei einem Eingriff ohnehin aufklären und dokumentieren –, wenn im Rahmen der Operations- oder der Eingriffsaufklärung zum Beispiel darüber aufgeklärt würde, dass nach der rheinland-pfälzischen Regelung grundsätzlich kindliches Gewebe oder Gewebe aus einer Schwangerschaft einer Sammelbestattung zugeführt wird? Es wird eine Pflicht im Gesetzentwurf beantragt. Sie hatten ein technisches Vorgehen geschildert, bei dem Gewebe und Flüssigkeiten getrennt und sämtliche Gewebe einer entsprechenden Aufarbeitung und Untersuchung zugeführt werden. Machen das alle Gynäkologen und Abteilungen so? Dann hätten wir keinen Regelungsbedarf. Das wäre eigentlich die Voraussetzung.

Ich habe auch eine Frage an Frau Dr. Zeh. Wir haben unterschiedliche Diktionen. Wir sprechen einmal von einem Embryo, von einer Leibesfrucht oder einem Kind. Wie ist Ihre Erfahrung gerade mit Frauen, die zum Beispiel einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen? Wäre es eine zusätzliche Belastung mit dieser Perspektive Kind? Haben diese im Moment die Perspektive, ich erwarte ein Kind, oder kommen die Schwangeren vor allem bei einer frühen Interruptio eher zu Ihnen mit dem Gedanken, ich habe eine Schwangerschaft und möchte diese Schwangerschaft unterbrechen? Wäre es bei der Perspektive Kind eine zusätzliche Belastung für die schwangeren Frauen, wenn wir als Gesellschaft sagen, sie sind jetzt Mutter und unterbrechen die Mutterschaft?

Ich habe noch eine Frage vor allem an Herrn Harlfinger und Herrn Ferber. Es ging um die industrielle Verwendung. Ist Ihnen das bekannt? Kommt das nach Ihrer Kenntnis vor? Mir ist das für den Umgang in Deutschland doch neu. Es würde auch dem widersprechen, was Sie, Herr Harlfinger, berichtet haben.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Es gibt zwei Antwortkomplexe. Ich würde bitten, dass zuerst Herr Dr. Harlfinger, dann Herr Dr. Ferber und zum Schluss Frau Dr. Zeh antworten.

Herr Dr. Harlfinger: Die Aufklärungspflicht ist lapidar. Das können wir gut machen. Wenn wir den Frauen sagen, dass das Gewebe in die Pathologie gebracht und so und so behandelt wird, ist das überhaupt kein Problem. Das sollte man machen. Es ist in dieser Situation kein großer Raum vorhanden, um über eine Beerdigung zu sprechen. Das können sie vielleicht 14 Tage später bei der Nachun-

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

tersuchung tun. Wenn das schon einmal im Vorfeld genannt wird, ist das unproblematisch. Das machen wir. Wir werden noch einmal im Landesrundsreiben darauf hinweisen.

Frau Beisel, das was Sie über die industrielle Verwendung gesagt haben, ist ein bisschen polemisch. Das gibt es gar nicht mehr, zumindest nicht in unserem Bereich. Wir kennen das nicht.

(Frau Beisel: Weil das intransparent ist!)

– Nein, das stimmt nicht. Ich kenne keine Fälle. Früher gab es Plazentubex – daran können Sie sich vielleicht noch erinnern –, von der die Frauen eine schöne Haut bekommen haben. Das weiß ich noch aus meiner Zeit im Vincenz-Krankenhaus. Da kam immer einer und hat für eine D-Mark die Plazenten abgeholt. Das ist schon längst verboten. Das macht kein Mensch mehr. Hier müssen Sie Ross und Reiter nennen. Wir würden nicht dulden, dass das gemacht wird. Was glauben Sie, wenn ich etwas erfahren würde. Auch der Pathologe müsste es weitergeben. Das wäre illegal. Davon haben wir keine Kenntnis.

Frau Beisel, ich möchte auch nicht, dass Sie das weiter so verbreiten. Dann müssen Sie das belegen. Wir haben keine Hinweise. Das werden wir auch nicht zulassen, dass so etwas passiert.

Herr Dr. Ferber: Der Herr Kollege hat es eigentlich schon gesagt. Mir sind Verwendungen von menschlichen Produkten, die in unsere Häuser kommen, nicht bekannt. Das ist schon lange, lange her.

Frau Dr. Zeh: Herr Dr. Konrad, Ihre Frage war, wie Frauen ihre Schwangerschaft oder Mutterschaft im frühen Stadium wahrnehmen. Man kann, wie Sie gesagt haben, generell sagen, dass das Gefühl vorhanden ist, ich bin schwanger, und dann eine Ambivalenz eintritt, die zwischen Freude und ich möchte nicht schwanger sein wechselt. Ich stelle es bisschen exemplarisch dar. Es gibt immer unterschiedliche Ausprägungen in die eine oder andere Richtung.

Dann setzt ein Prozess ein, in dem die Frauen überlegen, möchte ich es, oder möchte ich es nicht. Was spricht dafür, was spricht dagegen? Die meisten besprechen es erst einmal in ihrem familiären Umfeld und in ihrem Freundeskreis, egal, in welche Richtung sie sich entscheiden, es sei denn, es ist das absolute Wunschkind. Wenn aber eine Schwangerschaft überraschend eintritt, dann ist man als Frau zuerst einmal überrascht und hat damit nicht gerechnet. Es bleibt auch meistens relativ viel Zeit.

Die meisten Frauen stellen es relativ früh fest, sodass es schon, wenn sie zu uns in die Beratungsstelle kommen, einen langen Vorlaufprozess gegeben hat und sie eine Art Vorentscheidung getroffen haben. Wir überprüfen das noch einmal, oder geben noch einmal diesen oder jenen Aspekt mit hinein, zum Beispiel wenn finanzielle Sachen eine Rolle spielen. Wir wissen, welche Fachleute es im Sozialrecht gibt und wo die Frauen oder die Familien unterstützt werden können. Steht eine Partnerschaft im Vordergrund, kann das besprochen werden. Hier gibt es auch Hilfemöglichkeiten. Alle Hilfemöglichkeiten – das ist das Gute am Schwangerschaftskonfliktgesetz – werden vorab besprochen.

Es bleiben wenige Frauen übrig, die sich auf ein Kind freuen, und die schweren Herzens aus sozialen Gründen, die ich schon beschrieben habe, nämlich weil mehrere Kinder da sind, sie alleinerziehend sind, der Mann ohne Job oder sehr schwer krank ist und vielleicht keine lange Lebensperspektive hat, einen Abbruch machen wollen. Es gibt viele individuell verschiedene Gründe, dass es sehr lange dauern würde, Ihnen alle zu beschreiben. Für diese Frauen ist es schwer, einen Abbruch zu machen. Sie haben sich dafür entschieden.

In der Regel ist es so, dass sie oft wieder in die Beratung zurückkommen und sagen, es war die richtige Entscheidung, die ich getroffen habe, und zwar nicht nur für die Kinder, sondern auch ich habe gemerkt, ich wäre überlastet gewesen. Ich hätte mich nicht um die Kinder kümmern können. Ich muss nebenher arbeiten gehen, weil das Familieneinkommen nicht reicht. Man muss sich nur das Leben anschauen, wie die Praxis ist. Wir alle wissen, wie schwer es bestimmte Familien mit einem bestimmten Bildungsstand in bestimmten Situationen haben. Das sind die Hintergründe.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

In der Regel ist es so, dass auch eine ungewollte Schwangerschaft in das Lebenskonzept der Frau passt, wenn genug Geld da ist oder durch den Staat zur Verfügung gestellt werden kann. Die Frau kann es sich vorstellen, ein Kind mit oder ohne Partnerschaft auszutragen. Dann kommt sie nicht in die Schwangerschaftskonfliktberatung.

Diejenigen, die zu uns kommen – über 2.000 Frauen im Jahr – haben es sich in der Regel schweren Herzens überlegt. Ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht etwas, was man auf die leichte Schulter nimmt. Das muss man dabei berücksichtigen. Wir halten es für sehr problematisch, es den Frauen über ein Prozedere zu erschweren, egal welchen ethischen Hintergrund sie haben.

Der Staat sollte nicht alles regeln. In diesem Bereich gibt es keinen gesellschaftlichen Konsens. Es wurde jahrelang darüber diskutiert, wie gehen wir mit einer ungewollten Schwangerschaft um, welche Regelungen finden wir, wollen wir eine Fristenlösung? Wir haben uns als deutsches Volk für die Beratungsregelung entschieden. Das sollte man alles mitberücksichtigen. Deswegen noch einmal mein Plädoyer dafür.

Das, was Herr Dr. Harlfinger gesagt hat, halte ich auch für sehr gut, nämlich zu schauen, ob die 500-Gramm-Grenze stimmt, und die Entscheidung den Frauen und Paaren zu überlassen, wie sie mit ihren individuellsten und existenziellsten Lebenssituation umgehen möchten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Die nächste Frage kommt von Herrn Abgeordneten Wäschenbach.

Herr Abg. Wäschenbach: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Herr Dr. Harlfinger, ich habe noch eine Frage zu Ihren Ausführungen bezüglich des Optimierungspotenzials, das Sie bei der sozialen Beratung, der Kommunikation und der anschließenden Dokumentation identifiziert haben. Nun ist mir wiederum bekannt, dass die Arztpraxen schon über hinreichend Dokumentationspflichten stöhnen. Sehen Sie es dennoch als belastbar und mit einer gewissen Erfolgsquote als möglich an – Sie haben gesagt, Sie haben eine fast 100%ige Erreichbarkeit der Ärzte –, diesen Verbesserungen nachzukommen, weil sie andererseits auch die Schocksituation erwähnten, mit der besonders sensibel umgegangen werden muss?

Herr Dr. Harlfinger: Wenn wir als Verband eine Vorgabe geben und den Frauen sagen können, dass mit dem embryonalen Gewebe anständig umgegangen und es in der Pathologie so versorgt wird, wie wir das hier besprochen haben, ist es unproblematisch. Es ist nur eine Frage, dass wir das jetzt machen. Dann haben diese das. Dann wird das gemacht. Gehen Sie einmal davon aus. Jeder Frauenarzt ist extrem betroffen, wenn es medizinische Indikationen sind, dieser Frau alles zu sagen, dass sie damit auch später gut umgehen kann.

Was die Kommunikation betrifft, war das ein großer Mangel. Diesen haben wir aber aufgehoben. In Mainz finden halbjährliche Treffen mit allen Beratungsstellen statt. Das ist hervorragend. Das funktioniert. Das haben wir am Anfang bei der Beratung dieses Gesetzes als Mangel erkannt. Es kam auch bei der Befragung heraus. Das haben wir abgestellt. Das ist für alle Beteiligten hervorragend. Die Berater und Beraterinnen finden das klasse und wir als Ärzte auch.

Wir sind alleingelassen. Wir können das nicht allein stemmen. Das packen wir nicht. Das ist auch nicht sachgerecht. Wir haben nur die Leute nicht gekannt. Das Netzwerk steht. Ich glaube, von daher haben wir etwas richtig Gutes gemacht. Alle Beratungsstellen sind dabei, und zwar die katholischen und die evangelischen. Auch die Genetiker sind dabei. Der Berufsverband organisiert und zahlt das. Die KV stellt uns für wenig Geld die Räume zur Verfügung. Das ist wirklich gut und funktioniert.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Herr Dr. Harlfinger, Sie haben vorhin erwähnt, dass es auch Familien gibt, die zwei oder drei Kinder haben, die die Zukunft der Kinder nicht in Gefahr bringen wollen. Kommt das oft vor? Das ist die Bewertung, die ich vorhin meinte. Man darf nicht dazu kommen, wegen des individuellen Rechts eine Bewertung zu machen.

Meine zweite Bemerkung betrifft die Sterbebegleitung in unserer Gesellschaft. Die Trauerarbeit ist oft zu kurz, sodass es in einer solchen Situation irgendwann zu einem Schock kommt.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Frau Dr. Zeh: Sie fragten danach, ob es oft vorkommt, dass sich Familien oder Frauen, die ein Kind oder mehrere Kinder haben, zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden, um die Familie nicht zu gefährden. Ich weiß nicht, wie oft das vorkommt. Wir führen dazu keine Statistik, sondern fragen in den Beratungen nach den Gründen. Es ist so, dass es vorkommt. Es ist aber keine hohe Anzahl.

Frau Abg. Wieland: Ich habe auch eine Frage an Frau Dr. Zeh. Ihre Argumentation basiert sehr stark auf dem Selbstbestimmungsrecht der Frau. Wie vereinbaren Sie dies dann mit den Regelungen der 500-Gramm-Grenze? Wenn wir sagen würden, die 500 Gramm werden geändert, ändert sich dann auch die Argumentation hinsichtlich des Selbstbestimmungsrechts?

Frau Dr. Zeh: Ich muss schauen, ob ich die Frage richtig verstanden habe. Es ist richtig. Ich habe mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau argumentiert, aber nur zum Teil. Dieses steht nicht absolut im Vordergrund. Wenn das Geburtsgewicht gesenkt wird, weiß ich nicht, wie viel Gramm angemessen wären. Das hat keine Auswirkungen auf den Schwangerschaftsabbruch. Insofern verstehe ich nicht ganz, was Sie wissen möchten.

Frau Abg. Wieland: Zur Erläuterung. Ihre Argumentation war, wenn das Gesetz, so wie vorgeschlagen, umgesetzt würde, wäre es eine deutliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts – so habe ich das verstanden –, weil die Frau dann mit der Frage der Bestattung konfrontiert würde. Wenn man die Grenze ändert, wird sie dann auch häufiger mit der Frage konfrontiert.

Frau Dr. Zeh: Einerseits ist das so. Andererseits betrifft es den Bereich derjenigen Abbrüche oder Fehlgeburten, bei denen ein extrem starker Kinderwunsch besteht. 500 Gramm oder 400 Gramm sind medizinisch gesehen keine normalen Schwangerschaftsabbrüche. Insofern sind das zwei komplett verschiedene Sachen. Die Abbrüche werden aus medizinischen Gründen, aber nie aus anderen Gründen durchgeführt.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Bevor Frau Anklam-Trapp ein Frage stellt, darf ich Sie, Frau Dr. Zeh, noch einmal ansprechen. Sie hatten eben die Zahl von über 300 Abbrüchen im letzten Jahr, glaube ich, geschildert.

Frau Dr. Zeh: 3.840 pro Jahr in Rheinland-Pfalz.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich hatte pro Monat im Kopf. Pro Jahr waren es 3.840. Können Sie aus dem Stegreif sagen, wie sich diese prozentual nach den Indikationen verteilen, oder ist das nicht möglich? Ich hatte das eben akustisch nicht genau verstanden. Deswegen frage ich noch einmal nach. Ich hatte eine Kriminologische verstanden.

Frau Dr. Zeh: Viele Schwangerschaften, die durch irgendeine Form von Gewalt entstanden sind, kommen in die Beratungsregelung. Wir erstellen aus Datenschutzgründen keine Statistik.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Deshalb frage ich, wie valide solche Zahlen sind, um sie bewerten zu können.

Frau Dr. Zeh: Eine wird tatsächlich als kriminologische Indikation gehandhabt. Das sind die Zahlen für Rheinland-Pfalz von 2012.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Danke.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Ich habe eine Frage an Frau Beisel, die in ihren Ausführungen auf die verstorbenen Kinder, die entsorgt werden, intensiv eingegangen ist und das Bild des Klinikmülls mehrfach aufgerufen hat.

Frau Beisel, haben Sie den Behörden, dem Ministerium, Fälle benannt, in denen gegen den Willen der Betroffenen keine Bestattung erfolgt ist? Haben Sie Krankenhäuser oder andere Einrichtungen benannt, bei denen Sie von solchen Verstößen wissen, also nicht ich glaube, ich höre und ich meine, und entsprechende Hinweise bekommen haben? Ich möchte es valide haben und nicht nur hören, glauben, meinen. Haben Sie Verstöße gemeldet, und können Sie diese belegen?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Das war eine konkrete Frage an Frau Beisel.

Frau Beisel: Das war eine konkrete Frage. Ich wurde auch vom Ministerium schriftlich gebeten, diese Daten und Fakten zu nennen. Ich habe in meinem Antwortschreiben an das Ministerium mitgeteilt, dass ich die mir noch bekannten Fälle den betroffenen Eltern weitergebe und ihnen anheimstelle, sich beim Ministerium zu melden. Die Kliniken werde ich auch aus Datenschutzgründen nicht per Namen nennen, weil ich die gute Zusammenarbeit weiterhin betreiben möchte. Dem Ministerium ist es im Rahmen einer Fach- und Rechtsaufsicht möglich anzufragen.

Frau Abg. Ebli: Frau Beisel, ich bin sehr erstaunt. Sie haben diese Behauptungen wiederholt aufgestellt. Wir haben wiederholt nachgefragt. Sie nennen sie der gesetzgebenden Gewalt nicht. Dem Parlament, das die entsprechenden Gesetze macht, arbeiten Sie nicht zu. Das enttäuscht mich sehr. Das muss ich sagen. Wir hatten in einer anderen Anhörung auch die Krankenhausgesellschaft am Tisch sitzen, die sehr deutlich sagt, dass überall, in allen ihren Häusern, die Möglichkeit der Bestattung gegeben wird und die Beratung grundsätzlich ist. Sie behaupten, das trifft nicht zu. Wir können das so nicht hinnehmen und stehen lassen.

Frau Beisel: Frau Ebli, die Beratung und die Bestattung treffen schon zu, aber nicht in allen Fällen. Ich kann beiden Stellungnahmen, zum einen von Herrn Dr. Halfinger und zum anderen von Herrn Dr. Otto, entnehmen, dass einem späteren Wunsch nach einer Bestattung nicht mehr entsprochen werden kann. Das heißt, wenn vergessen wurde, eine Dokumentation zu schreiben oder zu vereinbaren oder die Frau nicht wünschte, dann kann man doch als Krankenhausverband nicht behaupten, dass bereits alle Kinder bestattet werden. Wenn ein Kind einmal durchrutschen sollte, ist es das definitiv nicht.

Es wurden kürzlich aus einer Klinik über 1.000 Paraffin-Blöckchen nachbestattetet. Wenn ich die Geburtszahlen der Kliniken anhand der Zahlen der zu bestattenden Kinder vergleiche, ergeben sich große Differenzen. Daher habe ich meine Befürchtung. Es ist auch so. Es werden Kinder entsorgt. Das ist einfach die Tatsache.

(Zuruf: Können Sie dies belegen?)

Sie geben doch auch zu, dass sich diese Eltern, die in dem ersten Schock, der durchaus noch Wochen anhalten kann, nicht entscheiden. Was passiert dann mit dem Kind?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich muss als Vorsitzender einmal einschreiten. Wir kommen jetzt im Rahmen der Diskussion in eine Dimension hinein, die über das hinausgeht, was bei einer Anhörung vorgesehen ist.

Ich darf alle Beteiligten am Tisch bitten, Ross und Reiter zu nennen, wenn Sie Behauptungen aufstellen, oder die Behauptungen im Rahmen der Anhörung nicht mehr zu tätigen. Wenn Sie das sagen, dann belegen Sie das bitte auch, sonst kann ich das nicht zulassen, weil wir sonst in eine Diskussion kommen, die den Rahmen der Anhörung bei Weitem sprengt. Das kann man nach der Anhörung sicherlich vertiefen, aber nicht im Rahmen dieser Anhörung.

Die nächste Wortmeldung kommt von Herrn Dr. Konrad.

Herr Abg. Dr. Konrad: Herr Kollege Harlfinger, es werden viele Kürettagen nicht in der Klinik, sondern in der Praxis durchgeführt. Machen es sämtliche Gynäkologen so, dass sie sämtliches Gewebe zum Pathologen schicken? Ich habe gehört, dass das nicht der Fall ist, und bei den Pathologen oft erstaunlich wenig Gewebe ankommt.

Dann habe ich noch eine Frage an die Anzuhörenden insgesamt. Es geht um den Regelungsbedarf. Wir müssen ein Gesetz immer mit einem Regelungsbedarf begründen. Damit fängt ein Gesetzentwurf an. Worin sehen Sie den Regelungsbedarf, wenn wir in der Anhörung feststellen, dass menschliches Gewebe, das aus einer Schwangerschaft kommt, in Rheinland-Pfalz bestattet wird?

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Ich komme zu der nächsten Frage. Die 500-Gramm-Grenze ist angesprochen worden. Als Kinderarzt habe ich mit kleineren Kindern als 500 Gramm zu tun gehabt. Insofern ist mir diese Grenze auch ein Dorn im Auge. Das muss ich ganz ehrlich sagen.

Angesichts dessen, dass aber eine individualisierte Bestattung auf Kosten der Eltern über 500 Gramm vorgeschrieben wird, wäre es vor allem für mich wichtig, dass die Leibesfrüchte auch unter 500 Gramm einer Bestattung zugeführt werden, nicht aber unbedingt die Grenze zu senken, weil die Grenze – ich will nur kurz erklären, worauf ich hinaus will – Kostenfolgen für die Eltern hat. Im Personenstandsrecht hat man zum Beispiel auch die Grenze von 400 Gramm. Wäre das sinnvoller, als eine Grenze ganz aufzuheben? Das betrifft nicht die soziale, sondern die medizinische Indikation. Wäre das ein vernünftiges Vorgehen, also die Grenze bei 400 Gramm festzulegen?

Müsste man die Aufklärungspflicht nach dem was Sie, Frau Zeh, gesagt haben, nicht danach trennen – man könnte die Schwangerschaftsdauer nehmen; mit 12 Wochen endet die soziale Indikation –, dass man eine mündliche Aufklärungspflicht frühestens erst nach 12 Wochen einführt, um die Frauen zu schützen. Wäre ein unterschiedliches Vorgehen vor und nach 12 Wochen denkbar? Meine Frage an Herrn Dr. Harlfinger lautet, ob das alle Gynäkologen so machen. Die Frage nach den Grenzen hätte ich gern von den Anzuhörenden noch einmal beantwortet.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Aus Gründen der Praktikabilität schlage ich vor, bei Herrn Dr. Harlfinger zu beginnen.

Herr Dr. Harlfinger: Ich gehe davon aus, dass das alle so machen. Es kommt natürlich auf die Methode an. Wenn man das noch mit einer Kürette macht, kann es manchmal sein, dass man das nicht so auffangen kann. Wenn die normal übliche Saugmethode angewandt wird, kann ich mir überhaupt nicht vorstellen, dass man das anders macht, weil man das alles forensisch klären muss.

Wir wissen, dass die Pathologen auch das entsprechende Material haben, gerade wenn es ein früherer Abort in der 7. oder 8. Woche ist. Dann haben sie einen verdämmerten Embryo. An dem will man diese zytogenetische Untersuchung durchführen. Ich beantworte es mit ja. Das machen alle so. Davon gehe ich aus. Das ist medizinischer Standard. Für Einzelfälle kann ich meinen Kopf nicht hinhalten. Ich bin nicht dabei.

Frau Dr. Zeh: Sie haben vorgeschlagen, die soziale Indikation bis zur 12. Woche anders zu handhaben und haben gefragt, ob das sinnvoll wäre.

Herr Abg. Dr. Konrad: Ich meinte, den Abort bis zur 12. Woche generell anders zu handhaben, und zwar von der Aufklärung her.

Frau Dr. Zeh: Im Augenblick kommt es mir so vor. Wir haben wenig Erfahrung mit der Zeit darüber hinaus, sodass ich wenig dazu sagen kann. Wir haben sehr viele Erfahrungen in der Zeit bis zur 12. Woche. Das schützt die Frauen und hilft den Paaren.

Herr Dr. Ferber: Ich denke, für die medizinischen Aborte ist es überhaupt kein Problem, das so zu machen. Die Problematik, die sich für mich immer darstellt, ist, wenn es eine Abruption ist. Hier ist meines Erachtens keine Saugkürettage im Gange. Hier bekommen wir kein Material, das die Güte hat, die der Herr Kollege Harlfinger beschreibt.

Das hatte ich auch letzte Woche in einem Arbeitskreis in Koblenz angesprochen, in dem mir das auch noch einmal von den tätigen Gynäkologen, die diese durchführen, bestätigt wurde, dass diese Probleme haben, das Gewebe zu sammeln und im Zweifel zu individualisieren.

Die Bestattungspflicht ist eine politische Entscheidung. 400 Gramm würde für mich Sinn machen, wenn das Personenstandsrecht in diese Richtung geht. Das ist von unserer Seite unerheblich.

Frau Beisel: Ich halte es für unerheblich, ob es 500 Gramm oder 400 Gramm sind, weil sich die 500 Gramm auch nach der WHO richten. Nachdem man bei Totgeburten eine Vergleichszahl zu den anderen Ländern hat, wäre meines Erachtens auf der Landesebene nichts zu regeln.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Mir geht es darum, dass jedes Kind, ob es sich um die 6. oder 7. Schwangerschaftswoche handelt, zur Bestattung kommt, und dass das per Gesetz gesichert ist; denn wenn es ein Gesetz gibt, wird es auch einen Konsens in der Gesellschaft geben. Es wird dann auch anerkannt. Es breitet sich auch ein Wissen aus, dass alle diese Kinder zu einer Bestattung kamen.

Bei mir rufen oft Eltern mitunter erst nach einem halben Jahr an und fragen, wo ihr Kind geblieben ist, das sie in der 8. oder 9. Woche verloren haben. Auch diese Eltern fragen nach. Ich kann nicht sicher sein, dass dieses Kind einer Bestattung zugekommen ist. Die Eltern haben es aber als Kind entbunden.

Zu der Problematik des kriminologischen Schwangerschaftsabbruchs halte ich die Hinweispflicht von mindestens einem Elternteil für so gut umsetzbar, dass keine größere Belastung der Frau entsteht, wenn sie nur wie am Beispiel einer gerade kürzlich mit einer Klinik ausgearbeiteten Handreichung erfährt, dass ihr Kind zu einer Bestattung kommt. Außerdem hat auch diese Frau ein Recht auf ihre Trauer. Das habe ich oft genug mit Fällen auch aus kriminologischer Sicht erlebt. Eine Frau hat sich nach über 18 Jahren an mich gewandt. Sie trauerte um ihr Kind, das sie in der 12. Schwangerschaftswoche durch einen Missbrauch verloren hatte. Es war sehr schwierig. Wir haben diesem Kind einen Namen gegeben, es ins Leben zurückgeholt und es rituell oder symbolisch verabschiedet, damit die Frau ihren seelischen Frieden finden konnte. Es muss auch diesen Frauen Trauer zugestanden werden.

Die Beratungsstellen erleben diese Frauen häufig in dieser ersten akuten schwierigen Situation in dieser Schockphase, in der sie noch nicht begriffen haben, was gerade passiert ist. Irgendwann im Leben kommt diese Situation noch einmal zum Tragen. Von daher halte ich eine Bestattungspflicht unabhängig einer Begrenzung und unabhängig davon, ob das Kind aus einem Schwangerschaftsabbruch stammt oder nicht, mit einer Hinweispflicht durchaus für angebracht. Es ist bereits in anderen Ländern geregelt. Dort wurden auch Beratungen dahingehend geführt. Vielleicht könnte man sich bei den Kollegen einmal kundig machen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Beisel. Ich sehe auf meiner Liste noch drei Wortmeldungen, und zwar Herr Wäschenbach, Herr Kessel und Frau Anklam-Trapp.

Herr Abg. Wäschenbach: Frau Beisel, ist Ihnen bekannt, wie viele Vereine oder Selbsthilfegruppen, wie Ihre Gruppe „Leere Wiege“, es in Rheinland-Pfalz oder auch in Deutschland gibt?

Frau Beisel: Wie viele Gruppierungen es gibt, kann ich nicht genau benennen. Es gibt die Schmetterlingskinder, die Sternenkinder und die Leere Wiege. Es gibt viele verschiedene Selbsthilfegruppen. Die Initiative Regenbogen hat über 386. Ich glaube aber nicht, dass das an der Zahl der Gruppen oder Initiativen hängt. Jede Initiative hat ihr Betreuungsgebiet. Ich kann nur für Rheinland-Pfalz, also für mein eigenes Betreuungsgebiet aus meiner 16-jährigen Erfahrung sprechen.

Wie ich eben schon anführte, begann erst vor 16 Jahren dieser andere Umgang mit den tot geborenen Kindern, und zwar nach diesen Schlagzeilen, an denen ich damals auch mit einem Film beteiligt war. Ich hatte ein Filmteam da. Das wollte ein positives Beispiel einer Bestattung filmen, kam aber im Laufe der Recherche auf ganz andere Sachen. Deshalb hat sich das Ganze ausgebreitet. Daraufhin hat unsere Initiative Regenbogen diese Klinikaktion mit der Befragung gestartet, wo die tot geborenen nicht bestattungspflichtigen Kinder verbleiben. Das war auch der Beginn meiner aktiven Arbeit.

Innerhalb dieser aktiven Arbeit habe ich viele Erfahrungen gemacht. Ich bin davon überzeugt, dass heute noch in den Köpfen mancher diese vorhergehenden Umgangsweisen als berechtigt empfunden werden. Diese haben nicht die Sicht der Eltern, die danach fragen und danach trauern. Die Ärzte sehen diese Eltern in dieser Akutsituation und auch in den Kliniken. Wir sehen die Eltern häufig danach. Ich zum Beispiel begleite auch die Eltern vor einer anstehenden Fehlgeburt oder bei einer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Ich sehe die Nöte der Eltern und sehe, wie viel Zeit man dafür aufwenden muss, um verstehen zu können, was den Eltern fehlt oder was sie brauchen und ihnen gut tun würde. Es braucht Zeit, und sie brauchen auch das Gefühl, sich öffnen zu können.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Beisel. Die nächste Frage kommt von Herrn Kessel.

Herr Abg. Kessel: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Harlfinger. Herr Dr. Harlfinger, Sie hatten, wenn ich es richtig in Erinnerung habe, bei dem Zeitpunkt des Beratungsgesprächs differenziert. Ich meine, Sie hätten gesagt, dass es frühestens nach 14 Tagen durchgeführt werden soll. Sie können das aber gleich noch einmal klarstellen. Den Flyer könnte man direkt aushändigen. Zum einen hätte ich gern gewusst, ob das richtig bei mir angekommen ist, und zum anderen, wo aus Ihrer Sicht die Differenzierung zwischen dem Beratungsgespräch und der Herausgabe eines Flyers liegt.

Herr Dr. Harlfinger: Sie haben es richtig verstanden. Wir klären kurz auf. In dieser extremen Situation – das sind Frauen, die einen Kinderwunsch haben und bluten – ist gar keine Zeit, darüber zu sprechen. Wenn die Frauen zur Nachuntersuchung kommen, ist die Zeit da. Dann ist die Frau auch offen. Dann ist es gut, wenn sie schon weiß, wie das geregelt ist. Dann sprechen wir noch einmal darüber.

Sie können sich vorstellen, wenn eine Frau die Diagnose bekommt, dass keine Herztöne mehr vorhanden sind und etwas unternommen werden muss. Dann kann man den kurzen Hinweis geben, dass man das schon sagt. Viel später können die anderen psychosozialen Hinweise gegeben werden. Wenn es wirklich kritisch ist, machen wir das sofort. Wir haben unser Netzwerk. So ist es richtig. Wir geben einen kurzen Hinweis, dokumentieren das und wenden uns nachher dem Thema mehr zu, weil wir in dieser Situation mehr Zeit für den medizinischen Eingriff benötigen.

Herr Abg. Kessel: Ich habe noch eine kurze Nachfrage. Wir sprechen bei dem Beratungsgespräch bzw. beim Flyer hinsichtlich der Möglichkeit einer Bestattung. Darum geht es.

Herr Dr. Harlfinger: Ja.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Eine letzte Frage von mir. Diese richte ich an Frau Beisel. Frau Beisel, Ihren aktuellen Flyer haben wir wieder auf dem Tisch vor uns liegen. Ich habe eine letzte abschließende Frage. Sind Sie aufgrund Ihres langjährigen Engagements durch persönliche Betroffenheit motiviert?

Frau Beisel: Meine Motivation kommt nicht nur aus persönlicher Betroffenheit, sondern daher, weil ich die Eltern erlebe, die ein Kind unter 500 Gramm verlieren. Ich habe mein Kind vor über 20 Jahren aus einer Zwillingschwangerschaft durch eine Trisomie 13 vier Tage vor der Geburt verloren. Auch ich stand vor der Frage des Schwangerschaftsabbruchs.

Ich erlebe in meinen Treffen der Selbsthilfegruppen und Begleitungen die Frauen, die nur ein „Windei“ hatten, also eine Fruchtblase ohne Frucht, und die auch dann trauern. Das ist etwas ganz Extremes. Ich weiß es. Aber auch diese Fälle gibt es. Ich habe zunehmend Eltern, die sehr früh nachfragen, und zwar in der 9. Schwangerschaftswoche, wo das Kind ist. Wenn dann noch Zeit geblieben ist und ich die Daten der Eltern bekommen habe, rufe ich in der Pathologie an, damit das, was noch übrig ist, doch bitte zur Bestattung kommen sollte. Erst dann wird diesem Wunsch entsprochen, aber grundsätzlich nicht.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Vielen herzlichen Dank. Ich möchte eine kurze Bemerkung machen. Ich möchte das los werden. Bei allen Informationen, die man auf sich wirken lassen muss, fällt mir auf, dass wir eines nicht vergessen dürfen. Es geht neben der Sterbebegleitung auch um das Leben. Das heißt, man muss neben der Trauerarbeit unbedingt auch eine Brücke zum Leben im Hinterkopf behalten. Die Betroffenen dürfen nicht in ihren Schuldgefühlen und in lebenslanger Trauer versinken, sondern sollen mit autonomen und positiven Gefühlen und keinen Schuldgefühlen einen Weg und eine Brücke für ihr eigenes Leben bauen. Darum geht es auch. Wir müssen unterscheiden, dass wir bei aller Differenziertheit nicht das Ziel aus den Augen verlieren.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich habe noch eine letzte Frage an Frau Dr. Zeh. Ich muss noch einmal auf die Zahlen zu sprechen kommen, nachdem ich Sie akustisch jetzt richtig verstanden habe. Es waren 3.840 pro Jahr in Rheinland-Pfalz. Diese Zahl hat mich etwas irritiert. Wenn ich die bundesweiten Zahlen sehe, liegen wir prozentual als Bundesland sehr niedrig. Sehe ich das richtig? Können Sie vielleicht etwas zu der Zahl in 2012 im ganzen Bundesgebiet sagen, die nach mir vorliegenden Informationen bei über 200.000 liegen soll.

24. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 28.11.2013
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 2 –

Frau Dr. Zeh: Nein. Ich habe gestern in Vorbereitung auf heute geschaut. Ich kann Sie Ihnen gern zuleiten. Möchten Sie das?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Sehr gern. Ich gebe Ihnen gleich meine E-Mail-Adresse.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich danke den Damen und Herren Anzuhörenden. Wir haben die Sitzung in aller Ruhe beendet. Es gibt keine weiteren Wortmeldungen. Das ist die letzte Sitzung in diesem Jahr. Die erste Sitzung im Januar fällt vereinbarungsgemäß aus. Wir treffen uns nach der Weihnachtspause am 30. Januar um 13 Uhr zur nächsten Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses. Die Sitzung ist geschlossen.

Vielen Dank.

Der Gesetzentwurf – Drucksache 16/2242 – wird vertagt.

gez. Dohmen

Elektronische Fassung