



Beurteilungskommission
für späte Schwanger-
schaftsabbrüche und
Lebensbeendigung bei
Neugeborenen

Jahresbericht **2018**

Inhalt

1. Vorwort

2. Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2018

2.1	11 Meldungen	6
2.2	Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen der Kommission	6
2.3	Übersicht Meldungen inklusive Beurteilung	6

3. Rechtsvorschriften und gesetzlicher Rahmen


3.1	Allgemeines	35
3.2	Prüfverfahren und Beurteilung der Kommission	39
3.3	Juristische Prüfung und Entscheidung des Kollegiums der Generalstaatsanwälte	41

4. Die Kommission

44

1. Vorwort

Vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2018 der Beurteilungskommission Später Schwangerschaftsabbruch und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (nachfolgend die »Kommission« genannt). Die Kommission beurteilt anhand von Sorgfaltskriterien, ob ein später Schwangerschaftsabbruch (Kategorie 1 und 2) beziehungsweise die Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen medizinisch und juristisch mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt wurde. Die Sorgfaltskriterien sind im »Regelkodex der Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen« niedergelegt (nachfolgend »Regelkodex« genannt).



Im Jahr 2018 gingen bei der Kommission 11 Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche und keine Meldungen über Lebensbeendigungen bei Neugeborenen ein. Fünf der 11 Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche betreffen Kategorie 1, sechs Meldungen Kategorie 2. Damit hat die Zahl der Meldungen im Vergleich zum vorigen Berichtsjahr deutlich zugenommen. Die Kommission begrüßt diesen Umstand. Es ist eine positive Entwicklung, dass Frauen in den Niederlanden Hilfe bekommen, wenn sie den Wunsch formulieren, die Schwangerschaft in einem späten Stadium abzuberechnen, und dass die Meldebereitschaft bei Geburtshelfern zu steigen scheint. Die Kommission merkt hierzu an, dass ein transparenterer Regelkodex und eine andere Zusammensetzung der Beurteilungskommission möglicherweise diese Entwicklung befördert haben.

In einem Fall baten Eltern in der 24. Schwangerschaftswoche, den Abbruch der Schwangerschaft nach Vollendung der 24. Woche vorzunehmen, damit das Kind in das Melderegister eingetragen werden konnte. Bezüglich dieser Bitte stellt die Kommission fest, dass es durch die Änderung des Melderegistergesetzes zum 3. Februar 2019 möglich ist, Daten von Kindern, die bei ihrer Geburt nicht mehr leben, in das Melderegister aufzunehmen. Damit entfällt der Grund, einen Schwangerschaftsabbruch erst nach der 24. Woche einzuleiten.

Die Kommission erhielt 2018 eine Meldung, die sich auf einen späten Schwangerschaftsabbruch im Jahr davor bezog. Die Kommission hält einen solchen Vorgang für nicht wünschenswert. Im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs bzw. einer Lebensbeendigung bei Neugeborenen erwartet die Kommission den Eingang der Meldung binnen drei Monaten.

Im nächsten Berichtsjahr wird die Kommission das Meldeformular und die Website einer Bewertung unterziehen und einzelne Punkte deutlicher herausarbeiten.

Die Kommission befasst sich in diesem Jahresbericht mit den eingegangenen Meldungen und dem Regelkodex.

Prof. Dr. Eva Pajkt
Vorsitzende
Juli 2019

»Es ist eine positive Entwicklung, dass Frauen in den Niederlanden Hilfe bekommen, wenn sie den Wunsch formulieren, die Schwangerschaft in einem späten Stadium abubrechen.«



Tätigkeiten

der Kommission im Jahr 2018

2.1 11 Meldungen

Im Jahr 2018 gingen bei der Kommission 11 Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche ein. Fünf Meldungen betreffen Kategorie 1, sechs Meldungen Kategorie 2. Die Kommission befand in allen Fällen, dass die Meldungen in ihre Zuständigkeit fallen.

2.2 Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen der Kommission

Mit Blick auf die im Jahr 2018 eingereichten Meldungen bedankt sich die Kommission, wie auch im letzten Jahr, für die vollständig ausgefüllten Musterberichte und die ausführliche beigelegte Dokumentation (Untersuchungen: vorgeburtlich, serologisch, zytogenetisch, DNA, nachgeburtlich, MRTs; Berichte: multidisziplinäre Konsultationen, Zweitmeinung, Sozialarbeit, Gespräche). Dadurch war es der Kommission möglich, die Meldungen zu beurteilen.

2.3 Übersicht Meldungen inklusive Beurteilung

Die Meldungen wurden anonymisiert, gekürzt und um die Beurteilung der Kommission ergänzt. Soweit relevant wurden die Erwägungen der Kommission aufgenommen.

Meldung 1

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an Trisomie 13 litt. Bei dieser Form der Genommutation sind in allen Körperzellen drei statt zwei Chromosomen 13 vorhanden. Die Prognose ist infaust. Hierbei handelt es sich um eine schwerwiegende Chromosomenanomalie, bei der das Kind in den meisten Fällen Fehlbildungen von Gehirn, Herz und Nieren aufweist. Außerdem treten oft Fehlbildungen des Gesichts wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten auf; in allen Fällen liegt eine schwere geistige Behinderung vor. Außerdem weist das Kind oft mehr als zehn Finger oder Zehen auf (Polydaktylie). Die meisten Kinder mit Trisomie 13 sterben während der Schwangerschaft (intrauterin). Von den lebend geborenen Kindern überleben etwa 10 % das erste Lebensjahr. Bei Vorliegen einer alobären Holoprosencephalie, wie in diesem Falle, versterben die Kinder unmittelbar postpartum. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, die die Prognose hätten verbessern können.

Leiden der Frau

Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind keine Überlebenschancen hatte. Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und Prognose informiert worden. Auch war das Austragen der Schwangerschaft mit der Frau besprochen worden. Die Frau fühlte sich psychisch nicht in der Lage, die Schwangerschaft auszutragen. Angesichts der infausten Prognose baten die Frau und ihr Partner in der 27. Schwangerschaftswoche mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach multidisziplinären Teambesprechungen getroffen. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Frau um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Durchführung

In der 28. Schwangerschaftswoche wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet. Ein paar Tage später kam das Kind leblos zur Welt.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 1

Das Kind litt an Trisomie 13. Daher kommt die Kommission zu dem Schluss, dass ein Fall von spätem Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 vorliegt.

Ersuchen der Frau

Die Kommission schließt aus den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft gebeten haben. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Frau und ihr Partner ihre Bitte um Beendigung der Schwangerschaft nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung geäußert haben.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Konsultation des eigenen Behandlungsteams

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen des multidisziplinären Austauschs besprochen und beurteilt wurde. Dies wurde schriftlich festgehalten. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Frau um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgt durch Einleitung der Geburt in der 28. Schwangerschaftswoche durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol. Die Kommission ist der Auffassung, dass der späte Schwangerschaftsabbruch vorschriftsmäßig und medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 2

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an einer rechtsseitigen Zwerchfellhernie litt. Die Prognose schien anfangs günstig. Auf der Grundlage des »observed to expected lung to head ratio« von 66 % wurde die Überlebenswahrscheinlichkeit auf 75 % geschätzt.

Im Laufe der Schwangerschaft verschlechterten sich die Überlebenschancen des Kindes infolge eines zunehmenden Hydrops fetalis (Polyhydramnion, Hautödem an Kopf und Hals, Hydrothorax und Aszites) rapide. In der 31.

Schwangerschaftswoche wurde die Überlebenswahrscheinlichkeit aufgrund eines »observed to expected lung to head ratio« von 23 % auf unter 5 % geschätzt. Der pränatale Einsatz eines Trachealballons beim Kind zur Stimulation der Lungenentwicklung (FETO-Behandlung) führte nicht zu einer Verbesserung der Prognose.

Auf der Grundlage genetischer Untersuchungen wurde in der 34.

Schwangerschaftswoche festgestellt, dass das Kind außerdem am KBG-Syndrom litt, das mit Entwicklungsstörungen und oft mit Epilepsie einhergeht. Die Kombination aus einer schweren kongenitalen Zwerchfellhernie und einem schweren Hydrops fetalis ergab eine sehr schlechte Prognose mit tödlichem Verlauf. Ein positiver Verlauf für das Kind war nicht denkbar. Die postnatale Lebenserwartung lag bei unter einem Tag. Abgesehen von der bereits durchgeführten FETO-Behandlung gab es keine Behandlungsmöglichkeiten, die die Prognose hätten verbessern können.

Leiden der Frau

Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind keine Überlebenschancen hatte und innerhalb eines Tages nach der Geburt versterben würde. Für das Kind bestand keinerlei Hoffnung. Das körperliche Leiden der Frau bestand in einem schweren Polyhydramnion. Sie musste sich regelmäßig entlastenden Punktionen unterziehen, um das Risiko einer Querlage und/oder Uterusruptur infolge eines früheren Kaiserschnitts zu verringern. Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und Prognose informiert worden. Auch waren sowohl das Austragen als auch der Abbruch der Schwangerschaft mit der Frau besprochen worden. Die Frau fühlte sich psychisch und physisch nicht in der Lage, die Schwangerschaft auszutragen.

Die Frau und ihr Partner lehnten einen Fetozid ab. Sie zogen eine vaginale Geburt mit postpartalem Tod des Kindes vor. Angesichts der infausten Prognose und des körperlichen und psychischen Leidens der Frau baten sie und ihr Partner in der 35. Schwangerschaftswoche mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam (und Zweitmeinung*)

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen.

Darüber hinaus beriet man sich mit Ärzten eines ausländischen Universitätsklinikums. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Frau um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen. Hinsichtlich der Art der Durchführung empfahlen die Ärzte des ausländischen Universitätsklinikums den Fetozid oder die intrauterine Entfernung des zuvor eingesetzten Trachealballons.

Durchführung

Die Frau und ihr Partner entschieden sich für einen Schwangerschaftsabbruch mittels vaginaler Geburt mit postpartalem Tod des Kindes. Angesichts des fetalen Ödems des Kindes und der Tatsache, dass sich das Chorion vollständig vom Amnion gelöst hatte, wurde die Entfernung des Trachealballons als höchst kompliziert eingestuft und man beschloss, den Trachealballon an Ort und Stelle zu belassen. Die Durchführung eines EXIT-Verfahrens bei einem Kind ohne Überlebenschancen wurde als unverhältnismäßig angesehen. Darüber hinaus hätte die Entfernung des Trachealballons keinen Einfluss auf den Sterbeprozess.

In der 35. Schwangerschaftswoche wurde der Frau Mifepriston verabreicht. Nach einer letzten Amniondrainage wurde die Geburt durch das Einsetzen eines transzervikalen Ballonkatheters eingeleitet. Das Kind kam nach 13 Stunden lebend zur Welt. Unmittelbar nach der Geburt wurde das Kind in den Arm der Mutter gelegt, wo es – ohne Anzeichen von Atemnot oder Leiden – nach 10 Minuten verstarb.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 1

In diesem Fall lag eine Kombination aus einer schweren Zwerchfellhernie und einem schwerwiegenden Hydrops fetalis mit Todesfolge vor. Daher kommt die Kommission zu dem Schluss, dass ein Fall von spätem Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 vorliegt.

Ersuchen der Frau

Die Kommission schließt aus den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft gebeten haben. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Frau und ihr Partner ihre Bitte um Beendigung der Schwangerschaft nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung geäußert haben.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam (und Zweitmeinung)

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen des multidisziplinären Austauschs besprochen und beurteilt wurde. Zudem wurde eine zweite Meinung von einem Universitätsklinikum außerhalb der eigenen Region eingeholt. Dies wurde schriftlich festgehalten. Alle Beteiligten stellen sich einhellig hinter die Diagnose, Prognose und Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte durch Einleitung der Geburt in der 35. Schwangerschaftswoche durch Verabreichung von Mifepriston und Einsetzen eines transzervikalen Ballonkatheters. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Entscheidung, den Trachealballon nicht zu entfernen, in diesem Fall berechtigt war. Nach Auffassung der Kommission wurde der späte Schwangerschaftsabbruch vorschriftsmäßig und medizinisch fachgerecht durchgeführt.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 3

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an Triploidie litt. Bei Triploidie weist jede Zelle drei statt zwei Mal 23 Chromosomen auf; die Prognose ist infaust. Hierbei handelt es sich um eine schwerwiegende Chromosomenanomalie, bei der in den meisten Fällen schwere Wachstumsverzögerungen und Fehlbildungen des Gehirns auftreten. Die meisten Kinder mit Triploidie sterben während der Schwangerschaft (intrauterin). Wenn ein Kind lebend geboren wird, liegt die postnatale Lebenserwartung bei unter zwei Monaten. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, die die Prognose hätten verbessern können.

Leiden der Frau

Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind keine Überlebenschancen hatte. Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und Prognose informiert worden.

Auch waren sowohl das Austragen als auch der Abbruch der Schwangerschaft mit der Frau besprochen worden. Aufgrund des psychischen Leidens der Frau stellte das Austragen der Schwangerschaft keine Option für sie dar. Zugleich bestand bei der Frau ein (gering) erhöhtes Risiko für eine hypertensive Erkrankung. Angesichts der infausten Prognose baten die Frau und ihr Partner in der 22. Schwangerschaftswoche mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach multidisziplinären Teambesprechungen getroffen. Es gab einen allgemeinen Konsens bezüglich der Diagnose, Prognose und der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch.

Durchführung

In der 25. Schwangerschaftswoche wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston eingeleitet. Anschließend wurde der Frau Misoprostol verabreicht. Eine Ultraschalluntersuchung zeigte, dass das Kind verstorben war. Das Kind kam leblos zur Welt.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 1

Das Kind litt an Triploidie. Daher kommt die Kommission zu dem Schluss, dass ein Fall von spätem Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 vorliegt.

Ersuchen der Frau

Die Kommission schließt aus den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft gebeten haben. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Frau und ihr Partner nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung zu ihrer Bitte um Beendigung der Schwangerschaft gekommen sind.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Konsultation des eigenen Behandlungsteams

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen des multidisziplinären Austauschs besprochen und beurteilt wurde. Dies wurde schriftlich festgehalten. Alle Beteiligten stellten sich einhellig hinter die Diagnose, Prognose und Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Der Schwangerschaftsabbruch wurde durch die Einleitung der Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol vollzogen. In der 25. Schwangerschaftswoche kam das Kind tot zur Welt. Die Kommission ist der Auffassung, dass der späte Schwangerschaftsabbruch vorschriftsmäßig und medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 4 Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind schwere zerebrale Schäden an Großhirn, Kleinhirn und Pons infolge einer umfangreichen intrakraniellen Blutung aufwies, die auf Anti-Thrombozyten-Antikörper bei der Mutter zurückging. Der Umfang der Blutung und die Hirnschäden waren schwerwiegender als man erwartet hatte. Die Prognose war sehr schlecht. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind innerhalb weniger Wochen oder Monate nach der Geburt sterben würde, war groß, was insbesondere auf die schwere Schädigung des Kleinhirns zurückging; außerdem gab es Hinweise auf eine Schädigung des Ponses, und es lag ein progressiver Hydrocephalus mit Druck auf den Hirnstamm vor. Sollte das Kind die Schwangerschaft überleben, waren schwerwiegende psychomotorische Entwicklungsverzögerungen, schwere Epilepsie im Falle von hinreichendem Hirnparenchym, Blindheit und Schluckstörungen zu erwarten. Das Kind wäre nicht in der Lage zu kommunizieren oder selbständig zu leben; es wäre vollständig abhängig von medizinischer Versorgung. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Leiden des Kindes und der Frau

Das für das Kind zu erwartende Leiden bestand in schwer behandelbaren neurologischen Komplikationen wie schwerer Epilepsie. Die Frau und ihr Partner standen unter psychischem Leidensdruck. Beide empfanden die Möglichkeit, dass ihr Kind die Schwangerschaft überleben und mehrfach schwerstbehindert sein könnte, als menschenunwürdig für ihr Kind. Als klar wurde, dass die Wahrscheinlichkeit groß war, dass ihr Kind nach oder während der Geburt durch Zephalozentese sterben würde, wollten die Eltern dies nicht abwarten. Die Frau empfand das Austragen der Schwangerschaft als enorme emotionale Belastung. Angesichts der sehr schlechten Prognose baten die Frau und ihr Partner in der 30. Schwangerschaftswoche mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft. Der Arzt konnte der Bitte zu diesem Zeitpunkt noch nicht entsprechen, da der Umfang der intrakraniellen Schäden einen Spätabbruch noch nicht rechtfertigte. Erst nach einem MRT in der 33. Schwangerschaftswoche wurde klar, dass das Kind schwere Hirnschäden aufwies. Der Arzt stimmte der Bitte der Frau und ihres Partners um einen Schwangerschaftsabbruch zu.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach multidisziplinären Teambesprechungen getroffen. Zudem wurde eine zweite Meinung von einem Universitätsklinikum aus einer anderen

Region eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Frau um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Durchführung

In der 33. Schwangerschaftswoche wurde der Fetozid unter Vollnarkose der Frau durchgeführt. Zur Schmerzlinderung wurde dem Kind zunächst intramuskulär Fentanyl, anschließend intrakardial Kaliumchlorid injiziert, woraufhin das Kind verstarb. Zur Ermöglichung einer vaginalen Geburt wurde der Kopfumfang des Kindes mittels transabdominaler Zephalozentese verkleinert. Die Geburt wurde durch Verabreichung von Misoprostol eingeleitet, der Geburtsprozess anschließend durch Verabreichung von Mifepriston und Oxytocin unterstützt. Daraufhin kam das Kind tot zur Welt. Die äußere Leichenschau bestätigte die vorgeburtlichen Befunde.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass eine medizinische Behandlung nach der Geburt aufgrund der gestellten Diagnose und Prognose als sinnlos anzusehen ist. Es gibt keinen nachvollziehbaren Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

Aktuelles oder zu erwartendes Leiden des ungeborenen Kindes ohne Aussicht auf Besserung

Auf der Grundlage der vom Arzt erteilten Informationen kommt die Kommission zu dem Schluss, dass im Falle des Überlebens des Kindes ein Leiden ohne Aussicht auf Besserung zu erwarten war, das in schwerwiegenden psychomotorischen Entwicklungsverzögerungen, schwerer Epilepsie, Blindheit und Schluckstörungen bestehen würde. Das Kind wäre nicht in der Lage zu kommunizieren oder selbständig zu leben; es wäre vollständig abhängig von medizinischer Versorgung. Die Summe der Beeinträchtigungen würde zu einer stark verkürzten

Lebenserwartung führen, der Tod des Kindes wäre sehr wahrscheinlich.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Kombination der zu erwartenden Erkrankungen, die vorhersehbaren Entwicklungsverzögerungen und die fehlende langfristige Lebensperspektive des Kindes in diesem Fall in die Beurteilung des zu erwartenden Leidens ohne Aussicht auf Besserung Eingang finden können.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden, und zwar auch über die Alternative, also das Austragen der Schwangerschaft. Dies geht aus dem Bericht des Arztes hervor. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab. **Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft**

Die Kommission hat die mündliche Bitte der Frau und ihres Partners um Beendigung der Schwangerschaft aufgrund psychischen Leidens zur Kenntnis genommen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war. Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wurde nach reiflicher Überlegung getroffen.

Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft in zwei multidisziplinären Beratungen besprochen und beurteilt wurde. Eine Besprechung fand in der eigenen Klinik statt, die zweite im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung in einem Krankenhaus in einer anderen Region. Dies wurde schriftlich festgehalten. Alle beteiligten Experten der multidisziplinären Teams waren einhellig der Meinung, dass kein Zweifel an der Diagnose und der sich daraus ergebenden sehr schlechten Prognose bestand.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Entscheidung für den Fetozid und die Zephalozentese nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung getroffen wurde und dass die Eingriffe medizinisch sorgfältig durchgeführt wurden. 16

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 5

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an Trisomie 18 litt. Bei dieser Form der Genommutation sind in allen Körperzellen drei statt zwei Chromosomen 18 vorhanden. Die Prognose ist infaust. Bei Trisomie 18 handelt es sich um eine schwerwiegende Chromosomenanomalie, bei der das Kind in den meisten Fällen Wachstumsverzögerungen und multiple angeborene Fehlbildungen aufweist. Die Genommutation ist immer mit schweren geistigen Beeinträchtigungen verbunden. Die meisten Kinder sterben während der Schwangerschaft (intrauterin). Von den lebend geborenen Kindern sterben etwa 50 % im ersten Lebensmonat. Circa 5 % bis 10 % überleben das erste Lebensjahr. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, die die Prognose hätten verbessern können.

Leiden der Frau

Das psychische Leiden der Frau entstand aus dem Wissen, dass ihr Kind vor oder kurz nach der Geburt sterben würde und sehr geringe bis gar keine Überlebenschancen hatte. Die Frau und ihr Partner waren ausführlich über Diagnose und Prognose informiert worden. Sowohl das Austragen als auch das Beenden der Schwangerschaft war mit der Frau besprochen worden. Aufgrund des psychischen Leidens der Frau stellte das Austragen der Schwangerschaft keine Option für sie dar. Angesichts der infausten Prognose und mit Blick auf die psychische Gesundheit der Frau baten sie und ihr Partner in der 25. Schwangerschaftswoche mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose sowie darüber, der Bitte der Frau und ihres Partners um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Durchführung

In der 27. Schwangerschaftswoche wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet; daraufhin kam das Kind leblos zur Welt. Die äußere Leichenschau bestätigte die vorgeburtlichen Befunde.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 1

Das Kind litt an Trisomie 18. Daher kommt die Kommission zu dem Schluss, dass ein Fall von spätem Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 vorliegt.

Ersuchen der Frau

Die Kommission schließt aus den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft gebeten haben. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Frau und ihr Partner ihre Bitte um Beendigung der Schwangerschaft nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung geäußert haben.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Konsultation des eigenen Behandlungsteams

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen des multidisziplinären Austauschs besprochen und beurteilt wurde. Das Gespräch wurde schriftlich festgehalten. Es gab einen allgemeinen Konsens bezüglich der Diagnose, Prognose und der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte durch Einleitung der Geburt in der 27. Schwangerschaftswoche durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol. Die Kommission ist der Auffassung, dass der späte Schwangerschaftsabbruch medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 6

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind am MIRAGE-Syndrom litt, das auf eine Mutation im SAMD9-Gen zurückzuführen ist. Außerdem wurde eine Anomalie im NAA15-Gen festgestellt. Das MIRAGE-Syndrom ist ein extrem seltenes Krankheitsbild. Weltweit wurden bislang nur 23 Fälle beschrieben, deshalb sind die Erfahrungen mit dieser Erkrankung sehr beschränkt. Die meisten Kinder mit MIRAGE-Syndrom sterben, bevor sie das zweite Lebensjahr erreicht haben. Die Prognose war sehr schlecht. Die Zukunftsaussichten für das Kind umfassten eine Wachstumseinschränkung, einen Entwicklungsrückstand bzw. eine geistige Beeinträchtigung, Körperbehinderungen, die Unterentwicklung der männlichen Genitalien, eine Nebenniereninsuffizienz, rezidivierende lebensbedrohliche Infektionen (darunter Lungenentzündung, Sepsis, Hirnhautentzündung, Virusinfektion) chronischen Durchfall, Blutarmut, ein myelodysplastisches Syndrom sowie Leukämie. Das Kind wäre nach der Geburt nahezu komplett von medizinischer Versorgung mit wiederholten Klinikeinweisungen abhängig und würde nur über ein (sehr) eingeschränktes Maß an Eigenständigkeit verfügen. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, die die Prognose hätten verbessern können.



Leiden für Kind und Frau

Das absehbare Leiden des Kindes würde vor allem in schwer zu behandelnden rezidivierenden lebensbedrohlichen Infektionen und den damit verbundenen zu erwartenden Klinikaufenthalten bestehen.

Die Frau und ihr Partner standen unter psychischem Leidensdruck. Sie wollten ihrem Kind dieses Leiden ersparen. Darüber hinaus schmerzten sie aufgrund der vorhersehbaren lebensbedrohlichen Infektionen, der vielen zu erwartenden Klinikaufenthalte und der damit einhergehenden Unsicherheit über den Todeszeitpunkt ihres Kindes, die beschränkten Möglichkeiten, mit ihrem Kind ein normales Familienleben führen zu können. Sie kämpften mit Angst- und Schuldgefühlen. Die Kindseltern waren der Situation, die Schwangerschaft auszutragen, emotional nicht gewachsen. Angesichts der schlechten Prognose und der drohenden Störung des psychischen Gleichgewichts der Frau baten sie und ihr Partner in der 26. Schwangerschaftswoche den Arzt mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach zwei multidisziplinären Teambesprechungen getroffen. Zudem wurde eine zweite Meinung von einer Universitätsklinik außerhalb der eigenen Region eingeholt.

Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose sowie darüber, der Bitte der Mutter zu entsprechen und die Schwangerschaft zu beenden.

Durchführung

In der 26. Schwangerschaftswoche wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet. Einen Tag später kam das Kind leblos zur Welt.

Die äußere Leichenschau bestätigte die vorgeburtlichen Befunde.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass die gestellte Diagnose und Prognose ein medizinisches Eingreifen nach der Geburt medizinisch sinnlos machten. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

Aktuelles oder vorhersehbares Leiden beim ungeborenen Kind ohne Aussicht auf Besserung

Auf der Grundlage der ärztlichen Information ist die Kommission der Ansicht, dass das Kind, falls es lebend zur Welt käme, absehbar und ohne Aussicht auf Besserung leiden würde. Die vielfachen zu erwartenden körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen umfassten eine Wachstumseinschränkung, einen Entwicklungsrückstand bzw. eine geistige Beeinträchtigung, Körperbehinderungen, eine Unterentwicklung der männlichen Genitalien, eine Nebenniereninsuffizienz, rezidivierende lebensbedrohliche Infektionen (darunter Lungenentzündung, Sepsis, Hirnhautentzündung, Virusinfektion) chronischen Durchfall, Blutarmut, ein myelodysplastisches Syndrom sowie Leukämie. Das Kind wäre nach der Geburt nahezu komplett von medizinischer Versorgung mit wiederholten Klinikeinweisungen abhängig und würde nur über ein (sehr) eingeschränktes Maß an Eigenständigkeit verfügen.

Die Summe der Einschränkungen würde zu einer stark verkürzten Lebenserwartung führen, und mit hoher Wahrscheinlichkeit würde das Kind vor Erreichen des zweiten Lebensjahres sterben.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden, und zwar auch über die Alternative, also das

Austragen der Schwangerschaft. Dies geht aus dem Bericht des Arztes hervor. Der Arzt kam zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft

Die Kommission hat zur Kenntnis genommen, dass die Frau und ihr Partner aufgrund psychischen Leidens mündlich um die Beendigung der Schwangerschaft baten. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die

Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war. Der Beschluss, die Schwangerschaft abzubringen, erfolgte nach reiflicher Überlegung.

Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft in drei multidisziplinären Besprechungen besprochen und beurteilt wurde. Zwei Besprechungen fanden in der eigenen Klinik statt, die dritte erfolgte zur Bildung einer Zweitmeinung in einem Klinikum außerhalb der eigenen Region. Die Ergebnisse wurden schriftlich festgehalten. Alle beteiligten Experten in den multidisziplinären Teams waren einhellig der Meinung, dass kein Zweifel an der Diagnose und der daraus zu erwartenden sehr schlechten Prognose bestand.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Der Schwangerschaftsabbruch wurde durch die Einleitung der Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol vollzogen. Die Kommission ist der Auffassung, dass der späte Schwangerschaftsabbruch vorschriftsmäßig und medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 7

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

Diagnose und Prognose

Bei Untersuchungen wurde eine schwere zerebrale Schädigung des Kindes festgestellt. Diese war die Folge eines akuten hypovolämischen Schocks nach einer massiven fetomaternalen Transfusion, der durch ein hochenergetisches Trauma (Verkehrsunfall) verursacht worden war. Die zerebrale Schädigung bestand in einer schweren Dilatation des Achterhorns in den Seitenventrikeln, der Ventrikelwand und parenchymatösen Blutungen sowie einer okzipitalen Infarzierung. Als Folge der fortschreitenden Ventrikeldilatation war eine zusätzliche Schädigung zu erwarten.

Die Prognose war sehr schlecht. In Folge der hypoxischen Schädigung des Hirngewebes wurde erwartet, dass die zerebralen Schädigungen des Kindes im Lauf der Zeit noch zunehmen würden. Die postnatale Lebensdauer des Kindes ließ sich schwer vorhersagen, weil angenommen wurde, dass Hirnstamm und Kleinhirn intakt geblieben waren. Deshalb wurden keine Abweichungen bei der Atemregulation und den Schluckreflexen erwartet. Sollte ein nachgeburtliches Eingreifen notwendig sein, so sollte davon abgesehen werden. Falls das Kind überleben würde, würde es letztendlich an Komplikationen im Zusammenhang mit dem (fortschreitenden) Hydrocephalus (schwerer Dekubitus des Köpfchens) und/oder möglichen epileptischen Anfällen sterben. Die Zukunftsaussichten für das Kind umfassten schwere kognitive Beeinträchtigungen, schwere motorische Beeinträchtigungen (Tetraparese), zerebrale Blindheit, einen schweren Hydrocephalus und eine hohe Epilepsiewahrscheinlichkeit. Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und nur minimal kommunizieren können. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Leiden für Kind und Frau

Das absehbare Leiden des Kindes würde in schwer zu behandelnden Komplikationen bestehen, die einen (fortschreitenden) Hydrocephalus (schwerer Dekubitus des Köpfchens) und sehr wahrscheinliche epileptische Anfälle mit möglicher Todesfolge umfassten. Die Frau und ihr Partner standen unter physischem Leidensdruck. Sie wollten ihrem Kind Leid ersparen und verhindern, dass es nur vegetativ am Leben ist. In der 30.

Schwangerschaftswoche baten die Eltern mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung/Ethikberatung getroffen. Zudem wurde eine Zweitmeinung von einer Universitätsklinik außerhalb der eigenen Region eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Durchführung

In der 31. Schwangerschaftswoche wurde der Fetozid durchgeführt. Zunächst wurde dem Kind mittels einer Herzinjektion das schmerzstillende Medikament Fentanyl verabreicht, danach erhielt es mittels einer Herzinjektion Kaliumchlorid; daraufhin verstarb das Kind.

Bei der Einleitung und während des Geburtsvorgangs wurde der Frau vorab und nach dem Fetozid Mifepriston und Misoprostol verabreicht; daraufhin kam das Kind leblos zur Welt. Bei der äußeren Leichenschau wurden keine Dismorphien oder äußerlichen Schädigungen festgestellt. In der Plazenta fand sich ein Areal von 5–7 cm Größe, das weißgelb gefärbt war und sich damit farblich deutlich von der restlichen Plazenta unterschied. Auch fühlte sich dieses Areal härter an – möglicherweise eine Folge der Infarzierung eines Teils der Plazenta, wodurch dieses Areal der Plazenta nicht mehr mit (sauerstoffreichem) Blut versorgt wurde.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass aufgrund der für das Kind gestellten Diagnose und Prognose eine medizinische Behandlung nach der Geburt als sinnlos anzusehen ist. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose für das Kind.

Aktuelles oder vorhersehbares Leiden beim ungeborenen Kind, ohne dass Aussicht auf Besserung bestehen würde

Auf der Grundlage der ärztlichen Information ist die Kommission der Ansicht, dass zu erwarten war, dass das Kind leiden und dass keine Aussicht auf Besserung bestehen würde.

Das Leiden würde körperliche und geistige Beeinträchtigungen, schwere kognitive Beeinträchtigungen, schwere motorische Beeinträchtigungen (Tetraparese), zerebrale Blindheit, einen schweren Hydrocephalus und eine große Epilepsiewahrscheinlichkeit umfassen. Die Summe der Beeinträchtigungen würde zu einer stark verkürzten Lebenserwartung führen, der Tod des Kindes wäre sehr wahrscheinlich. Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und nur minimal kommunizieren können. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, die die Prognose hätten verbessern können.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden, und zwar auch über die Alternative, also das Austragen der Schwangerschaft. Dies geht aus den ärztlichen Unterlagen hervor. Der Arzt kam zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft

Die Kommission hat zur Kenntnis genommen, dass die Frau und ihr Partner aufgrund psychischen Leidens mündlich um die Beendigung der Schwangerschaft baten. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war. Der Beschluss, die Schwangerschaft abzubrechen, erfolgte nach reiflicher Überlegung.

Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft in zwei multidisziplinären Besprechungen besprochen und beurteilt wurde. Eine Besprechung fand in der eigenen Klinik statt, die zweite erfolgte zur Bildung einer Zweitmeinung außerhalb der eigenen Region. Dies wurde schriftlich festgehalten. Die Mitglieder der multidisziplinären Teams erklärten sich unabhängig voneinander und einhellig bereit, der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch zu entsprechen. Ihrer Ansicht nach bestand kein Zweifel bezüglich der Diagnose und der dadurch zu erwartenden sehr schlechten Prognose.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Durchführung des Fetozids nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung stattfand und medizinisch sorgfältig durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 8

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

Diagnose und Prognose

Die Frau hatte bei einer früheren Schwangerschaft im Ausland in der 35. Woche die Schwangerschaft abbrechen lassen. Grund dafür waren schwere Fehlbildungen des kindlichen Gehirns (Mikrozephalie und Lissenzephalie). Damals wurden eine Obduktion und umfassende genetische Untersuchungen durchgeführt, die jedoch zu keiner ätiologischen Diagnose führten. Die Wiederholungswahrscheinlichkeit wurde auf 5 % geschätzt. Bei der vorliegenden Schwangerschaft wurden ab der 16.

Schwangerschaftswoche sonographische Feindiagnostikuntersuchungen durchgeführt, die anfangs keine Auffälligkeiten zeigten. In der 24. Woche gab es erste Anzeichen, dass sich das Krankheitsbild der früheren Schwangerschaft wiederholen könnte. In der 30. Woche ergaben die Untersuchungen, dass das Kind an einer Mikrozephalie mit reduzierter Gyrierung litt, die innerhalb des Spektrums »vereinfachte Gyrierungsmuster« bis Lissenzephalie lag. Ein MRT in der 31. Schwangerschaftswoche bestätigte, dass das Gyrierungsmuster signifikant unterentwickelt war und eher zu einer Schwangerschaftsdauer von 23 bis 24 Wochen passte. Die Prognose war sehr schlecht. Die Zukunftsaussichten für das Kind umfassten schwere kognitive und neuromotorische Entwicklungsrückstände, Probleme bei der Nahrungsaufnahme und eine hohe Wahrscheinlichkeit einer refraktären Epilepsie. Die postnatale Lebenserwartung des Kindes konnte nicht präzise vorhergesagt werden. Es wurde nicht erwartet, dass das Kind sehr bald nach der Geburt versterben würde. Es bestand durchaus die Wahrscheinlichkeit, dass bei dem Kind nach der Geburt ein medizinischer Zustand eintreten würde, in dem von weiteren Behandlungen abgesehen würde, weil ergänzende und lebensverlängernde Maßnahmen für medizinisch sinnlos erachtet würden. Was die Kommunikationsmöglichkeiten des Kindes anging, so wurde eine schwere Einschränkung der Interaktion mit seinem Umfeld erwartet. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Leiden für Kind und Frau

Das zu erwartende Leiden für das Kind bestand in schwer behandelbaren Komplikationen wie epileptischen Anfällen und Problemen bei der Nahrungsaufnahme. Es bestand die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind eine refraktäre Epilepsie entwickeln würde. Die zu erwartenden schweren Mehrfachbeeinträchtigungen gehen häufig mit Störungen des

Bewegungsapparats wie Spastizität einher. Die damit verbundenen Schmerzen führen zu einer Verstärkung des Leidens.

Die Frau und ihr Partner standen unter psychischem Leidensdruck. Sie wollten ihrem Kind Leiden und eine aussichtslose Zukunft ohne Lebensqualität ersparen. Darüber hinaus fühlten sie sich der Belastung, welche die intensive Pflege ihres Kindes mit sich bringen würde, emotional nicht gewachsen. In der 32. Schwangerschaftswoche baten die Frau und ihr Partner schriftlich um die Beendigung der Schwangerschaft.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach multidisziplinären Besprechungen getroffen. Zudem wurde eine zweite Meinung von einer Universitätsklinik außerhalb der eigenen Region eingeholt. Alle beteiligten Experten waren einhellig der Meinung, dass kein Zweifel an der Diagnose und der Prognose bestand.

Durchführung

In der 34. Schwangerschaftswoche wurde der Fetozid durchgeführt. Zunächst wurde dem Kind mittels einer Injektion das schmerzstillende Medikament Fentanyl verabreicht, danach erhielt es mittels einer Herzinjektion Kaliumchlorid; daraufhin verstarb das Kind. Danach wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet; das Kind kam daraufhin leblos zur Welt.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass die gestellte Diagnose und Prognose ein medizinisches Eingreifen nach der Geburt sinnlos machen. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose für das Kind.

Aktuelles oder zu erwartendes Leiden des ungeborenen Kindes ohne Aussicht auf Besserung

Auf der Grundlage der von dem Arzt vorgelegten Informationen war nach Ansicht der Kommission zu erwarten, dass das Kind leiden würde und dass keine Aussicht auf Besserung bestehen würde. Das Leiden bestünde aus schweren mehrfachen kognitiven

und neuromotorischen Entwicklungsrückständen, Problemen bei der Nahrungsaufnahme und einer hohen Wahrscheinlichkeit einer refraktären Epilepsie. Die Summe der Beeinträchtigungen würde zu einer stark verkürzten Lebenserwartung führen, der Tod des Kindes wäre sehr wahrscheinlich. Das Kind wäre nach der Geburt komplett von medizinischer Versorgung abhängig und müsste häufig ins Krankenhaus. Es würde nicht selbständig sein oder werden können und in seiner weiteren Entwicklung, und in der wechselseitigen Kommunikation mit seinem Umfeld wäre es stark beeinträchtigt. Die Summe der Beeinträchtigungen würde zu einer stark verkürzten Lebenserwartung führen, der Tod des Kindes wäre sehr wahrscheinlich. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden, und zwar auch über die Alternative, also das Austragen der Schwangerschaft. Dies geht aus dem Bericht des Arztes hervor. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft

Die Kommission hat die schriftliche Bitte der Frau und ihres Partners um Beendigung der Schwangerschaft aufgrund psychischen Leidens zur Kenntnis genommen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war. Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wurde nach reiflicher Überlegung getroffen.

Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass über die Bitte, die Schwangerschaft abubrechen, von zwei multidisziplinären Teams beraten wurde. Eine Besprechung fand in der eigenen Klinik statt, die zweite erfolgte im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung außerhalb der eigenen Region. Dies wurde schriftlich festgehalten. Die Mitglieder der multidisziplinären Teams erklärten sich unabhängig voneinander und einhellig bereit, der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch zu entsprechen. Ihrer Ansicht nach bestand kein Zweifel bezüglich der Diagnose und der dadurch zu erwartenden sehr schlechten Prognose.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Die Kommission stellt fest, dass die Entscheidung, den Fetoizid durchzuführen, nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung erfolgte, und dass er medizinisch sorgfältig durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 9

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an einem mitochondrialen »short-chain enoyl-CoA Hydratase 1«-Defekt litt. Dabei handelt es sich um zwei verschiedene Mutationen im ECHS1-Gen (Compound-Heterozygotie). Mutationen in diesem Gen führen als Phänotyp zu einer Stoffwechselerkrankung mit schweren Entwicklungsstörungen des Gehirns. Als Folge kommt es zu einer schweren mentalen Retardierung und einer Kardiomyopathie. Hinzu kamen eine intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR) und ein Oligohydramnion. Die Prognose war sehr schlecht. Untersuchungen ergaben, dass das Kind an einer schweren zerebralen Entwicklungsstörung litt. Die zu erwartenden Beeinträchtigungen für das Kind umfassten eine sehr eingeschränkte motorische und kognitive Funktionsfähigkeit, Entwicklung von Problemen bei der Nahrungsaufnahme sowie axiale Hypotonie mit Spastizität und Epilepsie. Postpartum würde das Kind mit großer Wahrscheinlichkeit vorzeitig sterben und bis zum Tod bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) komplett von Versorgung abhängig sein. Virale Infektionen könnten zu einer weiteren Verschlechterung des Zustands mit letztendlicher Todesfolge führen. Kinder mit dieser Krankheit leben im Durchschnitt 20 Monate.

Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und nicht kommunizieren können. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Leiden des Kindes und der Frau

Das für das Kind zu erwartende Leiden bestand in schwer behandelbaren neurologischen Komplikationen wie zum Beispiel Probleme bei der Nahrungsaufnahme, Hypotonie und Epilepsie. Die Frau und ihr Partner standen unter psychischem Leidensdruck. Dieser entstand aus dem Wissen, dass das Kind motorisch und kognitiv schwer beeinträchtigt und dass sein postnataler Tod sehr wahrscheinlich sein würde. Die Eltern wollten dies nicht abwarten müssen. Die Unsicherheit bezüglich des letztendlichen Todeszeitpunkts und das Leiden des Kindes bis dahin empfanden sie als unerträglich. Sie wollten ihrem Kind diesen Leidensweg ersparen.

In der 33. Schwangerschaftswoche baten die Frau und ihr Partner den Arzt mündlich um die Beendigung der Schwangerschaft. Nach der Stellung der ätiologischen Diagnose und den genetischen Untersuchungen wiederholten die Eltern ihre Bitte. Der Arzt konnte die Bitte der Frau und ihres Partners nachvollziehen, die Schwangerschaft abubrechen.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach mehreren multidisziplinären Besprechungen getroffen. Zudem wurde eine zweite Meinung von einer Universitätsklinik im Ausland eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose sowie darüber, der Bitte der Mutter zu entsprechen und die Schwangerschaft zu beenden.

Durchführung

In der 34. Schwangerschaftswoche wurde der Fetozid durchgeführt. Zunächst wurde dem Kind mittels einer Injektion das schmerzstillende Medikament Fentanyl verabreicht, danach erhielt es mittels einer Herzinjektion Kaliumchlorid; daraufhin verstarb das Kind. In der Folge wurde die Geburt durch Verabreichung von Misoprostol eingeleitet; das Kind kam daraufhin mit einer Dysmaturität leblos zur Welt.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass eine medizinische Behandlung nach der Geburt für das Kind aufgrund der Diagnose und der Prognose als medizinisch sinnlos anzusehen ist. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

Aktuelles oder vorhersehbares Leiden beim ungeborenen Kind ohne Aussicht auf Besserung

Auf der Grundlage der von dem Arzt vorgelegten Informationen ist die Kommission der Ansicht, dass das Kind aufgrund einer zu erwartenden schweren psychomotorischen Entwicklungsverzögerung, Problemen bei der Nahrungsaufnahme und Epilepsie vorhersehbar leiden würde, ohne dass Aussicht auf Besserung bestehen würde. Die Summe der Beeinträchtigungen würde zu einer stark verkürzten Lebenserwartung führen, der Tod

des Kindes wäre sehr wahrscheinlich. Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und nicht kommunizieren können. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden, und zwar auch über die Alternative, also das Austragen der Schwangerschaft. Dies geht aus dem Bericht des Arztes hervor. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft

Die Kommission hat die mündliche Bitte der Frau und ihres Partners um Beendigung der Schwangerschaft aufgrund psychischen Leidens zur Kenntnis genommen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war. Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wurde nach reiflicher Überlegung getroffen.

Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass über die Bitte, die Schwangerschaft abzubrechen, von zwei multidisziplinären Teams beraten wurde. Zwei Mal in der eigenen Klinik, ein drittes Mal zwecks Einholung einer Zweitmeinung in einem Klinikum im Ausland. Dies wurde schriftlich festgehalten. Die multidisziplinären Teammitglieder erklärten sich unabhängig voneinander und einhellig bereit, der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch zu entsprechen. Sie waren der Meinung, dass kein Zweifel an der Diagnose und der zu erwartenden sehr schlechten Prognose bestand.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Die Kommission stellt fest, dass die Entscheidung, den Fetozid durchzuführen, nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung erfolgte, und dass er medizinisch sorgfältig durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 10

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an Trisomie 18 litt. Bei dieser Form der Genommutation sind in allen Körperzellen drei statt zwei Chromosomen 18 vorhanden. Die Prognose ist infaust.

Bei Trisomie 18 handelt es sich um eine schwerwiegende Chromosomenanomalie, bei der das Kind in den meisten Fällen Wachstumsverzögerungen und multiple angeborene Fehlbildungen aufweist. Die Genommutation ist immer mit schweren geistigen Beeinträchtigungen verbunden. Die meisten Kinder mit Trisomie 18 sterben während der Schwangerschaft (intrauterin).

Von den lebend geborenen Kindern sterben etwa 50 % im ersten Lebensmonat. Circa 5 % bis 10 % überleben das erste Lebensjahr. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Leiden der Frau

Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind keine Überlebenschancen hatte. Die Frau und ihr Partner waren über Diagnose und Prognose informiert worden. Auch war das Austragen der Schwangerschaft mit der Frau besprochen worden. Die Frau fühlte sich psychisch nicht in der Lage, die Schwangerschaft auszutragen.

Aufgrund der infausten Prognose baten die Frau und ihr Partner in der 24. Schwangerschaftswoche mündlich um den Abbruch der Schwangerschaft. Dieser sollte nach der 24. Woche vorgenommen werden, damit das Kind in das Melderegister eingetragen werden konnte.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach multidisziplinären Besprechungen getroffen. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Frau um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Durchführung

In der 27. Schwangerschaftswoche wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet. Am selben Tag kam das Kind lebend zur Welt. Nach der Geburt blieb das Kind in der Obhut der Mutter, wo es nach 50 Minuten verstarb.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 1

Das Kind litt an Trisomie 18. Daher kommt die Kommission zu dem Schluss, dass ein Fall von spätem Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 vorliegt.

Ersuchen der Frau

Die Kommission entnimmt den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft baten. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Frau und ihr Partner ihre Bitte nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung geäußert haben. Mit Blick auf die Bitte um einen Abbruch der Schwangerschaft nach der vollendeten 24. Woche stellt die Kommission fest, dass es durch die Änderung des Melderegistergesetzes zum 3. Februar 2019 möglich ist, Daten von Kindern, die bei ihrer Geburt nicht mehr leben, in das Melderegister aufzunehmen.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Konsultation des eigenen Behandlungsteams

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen des multidisziplinären Austauschs besprochen und beurteilt wurde. Dies wurde schriftlich festgehalten. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Frau um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte durch Einleitung der Geburt in der 27. Schwangerschaftswoche durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol. Die Kommission ist der Auffassung, dass der späte Schwangerschaftsabbruch vorschriftsmäßig und medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Meldung 11

Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an einem posthämorrhagischen Hydrozephalus litt. Postnatale genetische Untersuchungen ergaben, dass diese Anomalie durch eine homozygote Faktor-V-Mutation Typ Leiden, eine sehr seltene und schwere Blutgerinnungsstörung, verursacht worden war. Als Folge der durch den Hydrocephalus verursachten zerebralen Abweichungen wurden mit großer Wahrscheinlichkeit sehr schwere kognitive und motorische Entwicklungsstörungen erwartet. Auch die Epilepsiewahrscheinlichkeit war groß. Es bestand keine Aussicht auf eine normale Entwicklung des Kindes oder auf eine leichte Entwicklungsstörung. Die Prognose war sehr schlecht. Die Aussicht für das Kind bestand in schweren motorischen und mentalen Entwicklungsstörungen sowie einer hohen Epilepsiewahrscheinlichkeit. Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und nicht kommunizieren können. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

33

Leiden des Kindes und der Frau

Das zu erwartende Leiden des Kindes bestand in sehr schweren kognitiven und motorischen Entwicklungsstörungen und Epilepsie. Die Frau und ihr Partner standen unter psychischem Leidensdruck, denn sie wussten, dass ihr Kind motorisch und kognitiv schwer beeinträchtigt sein würde und dass eine hohe Epilepsiewahrscheinlichkeit bestand. Die Eltern wurden psychologisch betreut.

Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach multidisziplinären Teambesprechungen getroffen. Zudem wurde eine zweite Meinung von einer Universitätsklinik außerhalb der eigenen Region eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens bezüglich Diagnose und Prognose.

Durchführung

In der 27. Schwangerschaftswoche wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet; daraufhin kam das Kind leblos zur Welt.

Erwägungen der Kommission

Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass eine medizinische Behandlung nach der Geburt für das Kind aufgrund der Diagnose und der Prognose als medizinisch sinnlos anzusehen ist. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

Aktuelles oder vorhersehbares Leiden beim ungeborenen Kind ohne Aussicht auf Besserung

Auf der Grundlage der vom Arzt vorgelegten Informationen ist die Kommission der Ansicht, dass das Kind infolge der zu erwartenden sehr schweren kognitiven und motorischen Entwicklungsstörungen und einer großen Epilepsiewahrscheinlichkeit leiden würde, ohne dass Aussicht auf Besserung bestünde. Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und nicht kommunizieren können. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

Umfassende Aufklärung über Diagnose und Prognose und Fehlen einer annehmbaren anderen Lösung

Die Kommission stellt fest, dass die Frau und ihr Partner umfassend informiert wurden, und zwar auch über die Alternative, also das Austragen der Schwangerschaft.

Dies geht aus dem Bericht des Arztes hervor. Der Arzt ist zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss gekommen, dass es keine annehmbare andere Lösung gab.

Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft

Die Kommission hat die schriftliche Bitte der Frau und ihres Partners um Beendigung der Schwangerschaft aufgrund psychischen Leidens zur Kenntnis genommen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war. Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wurde nach reiflicher Überlegung getroffen.

Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass über die Bitte, die Schwangerschaft abubrechen, von zwei multidisziplinären Teams beraten wurde. Eine Besprechung fand in der eigenen Klinik statt, die zweite zwecks Einholung einer Zweitmeinung in einer Universitätsklinik außerhalb der eigenen Region. Dies wurde schriftlich festgehalten. Die Mitglieder der multidisziplinären Teams bestätigten unabhängig voneinander und einhellig, dass kein Zweifel bezüglich der Diagnose und der dadurch zu erwartenden sehr schlechten Prognose bestand.

Medizinisch fachgerechte Durchführung

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass der Fetozid medizinisch sorgfältig durchgeführt wurde.

Beurteilung

Die Kommission ist der Ansicht, dass der Arzt im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hat.



Rechtsvorschriften und gesetzlicher Rahmen

3.1 Allgemeines

Die Regelung wurde zum 1. Februar 2016 überarbeitet, wobei die geltenden Sorgfaltskriterien konkreter formuliert wurden. Außerdem wurden medizinische und juristische Aspekte verdeutlicht, und späte Schwangerschaftsabbrüche der Kategorie 1 fallen jetzt unter die Beurteilungsbefugnis der Kommission.

Begriffsbestimmungen

Ein **später Schwangerschaftsabbruch** ist eine Behandlung mit dem Ziel, eine Schwangerschaft nach Vollendung der 24. Woche aufgrund schwerer fetaler Schädigungen abzubringen. Dabei wird der Tod des ungeborenen Fötus beabsichtigt.

Bei einem **späten Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1** handelt es sich um den späten Abbruch einer Schwangerschaft, wenn nach fachlichem Ermessen davon auszugehen ist, dass das Ungeborene außerhalb des Mutterleibs nicht lebensfähig ist. Das Ungeborene leidet an einer nicht behandelbaren Erkrankung, bei der davon auszugehen ist, dass sie während oder unmittelbar nach der Geburt unausweichlich zum Tod führen wird.

Bei einem **späten Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 2** handelt es sich um den späten Abbruch einer Schwangerschaft, bei der das Ungeborene an einer Erkrankung leidet, die zu schweren und irreparablen Funktionsstörungen führt, oder bei der das Ungeborene nach fachlichem Ermessen voraussichtlich nur eine begrenzte Überlebenschance hat.

Die **Lebensbeendigung bei Neugeborenen** bezeichnet die bewusste Verkürzung der Lebensdauer eines Neugeborenen, das unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung leidet (aktuelles Leiden) oder bei dem in naher Zukunft ein unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung zu erwarten ist (künftiges Leiden). Die Gesundheit des Neugeborenen ließe ein wie auch immer gestaltetes selbständiges Leben nicht zu.

Der **Arzt** ist derjenige, der die Handlung durchgeführt hat, die zum späten Schwangerschaftsabbruch oder zur Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen geführt hat. In der Regel ist dies der mit der Leitung der Behandlung betraute Arzt. Wurde die Handlung aufgrund bestimmter Umstände von einem anderen Arzt, einem Assistenzarzt oder einem anderen beteiligten Gesundheitsdienstleister im Auftrag des mit der Leitung der Behandlung betrauten Arztes durchgeführt, ist es dennoch der mit der Leitung der Behandlung betraute Arzt, der die Sorgfaltskriterien erfüllen muss. Wird die Behandlung bzw. Durchführung jedoch einem anderen Arzt übertragen, dann gilt dieser als der mit der Leitung der Behandlung betraute Arzt, dessen Handeln anhand der Sorgfaltskriterien überprüft wird.

Ein **Neugeborenes** ist ein Kind, das das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Eine **Meldung** ist eine verpflichtende Mitteilung des Arztes, der einen späten Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 oder 2 oder eine Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen durchgeführt hat, mittels eines hierfür festgestellten Musterberichts¹ an die Kommission.

Ein **unabhängiger Arzt** ist ein Arzt, der nicht in dem Krankenhaus oder der Gesundheitseinrichtung tätig ist, in dem bzw. der der späte Schwangerschaftsabbruch oder die Lebensbeendigung des Neugeborenen durchgeführt wurde, der Experte auf dem Gebiet der Erkrankung des Fötus oder des Neugeborenen ist und der in keiner Arzt-Patient-Beziehung zu dem Patienten steht.

Die **Beurteilung** ist das Ergebnis der Prüfung durch die Kommission, ob das Handeln des Arztes bei dem späten Schwangerschaftsabbruch oder der Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen sorgfältig war.



Beurteilung durch die Kommission

Späte Schwangerschaftsabbrüche der Kategorien 1 und 2 und die Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen sind nach Artikel 82a, 289 und 296 des niederländischen Strafgesetzbuchs grundsätzlich strafbar, allerdings kann die Strafbarkeit entfallen, wenn ein Rechtfertigungsgrund im Sinne eines übergesetzlichen Notstands gegeben ist. Ein solcher Notstand liegt nur dann vor, wenn nach medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen feststeht, dass die Schädigungen des Ungeborenen dergestalt sind, dass ein

medizinisches Eingreifen (nach der Geburt) medizinisch sinnlos ist. Die Kommission beurteilt anhand der Sorgfaltskriterien in Artikel 5, 6 und 7 der Regelung über die Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), ob dies der Fall ist.

Sorgfaltskriterien

Artikel 5

Im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 1 hat der Arzt sorgfältig gehandelt, wenn er dabei die in den anwendbaren Rechtsvorschriften niedergelegten Kriterien (Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch (Wet afbreking zwangerschap/WAZ)) und die geltenden medizinischen Standards (Musterprotokoll des Niederländischen Verbands für Geburtshilfe und Gynäkologie NVOG) eingehalten hat.

Artikel 6

Im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 hat der Arzt sorgfältig gehandelt, wenn

- a) er zu der Überzeugung gelangt ist, dass das Ungeborene an einer Erkrankung oder an Mehrfacherkrankungen leidet, die dergestalt ist bzw. sind, dass nach der Geburt auf eine medizinische Behandlung verzichtet wird, weil ein Eingreifen nach herrschender medizinischer Auffassung sinnlos wäre und dass es nach der herrschenden medizinischen Auffassung keinen nachvollziehbaren Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose gibt;
- b) er zu der Überzeugung gelangt ist, dass das Ungeborene zum aktuellen Zeitpunkt ohne Aussicht auf Besserung leidet oder dass ein solches Leiden zu erwarten ist;
- c) er die Eltern umfassend über die Diagnose und die darauf basierende Prognose informiert hat und gemeinsam mit ihnen zu der Überzeugung gelangt, dass es in der Situation, in der sich das Ungeborene befindet, keine annehmbare andere Lösung gibt;
- d) die Mutter ausdrücklich um Beendigung der Schwangerschaft gebeten hat, weil sie körperlich oder psychisch unter der Situation leidet;

- e) er mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der schriftlich zur Einhaltung der vorgenannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat oder er, wenn die Konsultation eines unabhängigen Arztes nach vernünftigem Ermessen nicht möglich war, das Behandlungsteam konsultiert hat, das schriftlich zur Einhaltung der vorgenannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat;
- f) der Schwangerschaftsabbruch medizinisch fachgerecht durchgeführt worden ist.

Artikel 7

Im Falle einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen hat der Arzt sorgfältig gehandelt, wenn

- a) er davon überzeugt ist, dass das Neugeborene unerträglich leidet und es keine Aussicht auf Besserung gibt, was unter anderem bedeutet, dass die Einstellung der medizinischen Behandlung gerechtfertigt ist, das heißt, dass nach der herrschenden medizinischen Auffassung feststeht, dass ein Eingreifen sinnlos wäre und nach herrschender medizinischer Auffassung kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose besteht;
- b) er die Eltern vollständig über die Diagnose und die darauf basierende Prognose aufgeklärt hat und gemeinsam mit ihnen zu der Überzeugung gelangt, dass es in der Situation, in der sich das Neugeborene befunden hat, keine annehmbare andere Lösung gab;
- c) die Eltern der Lebensbeendigung zugestimmt haben;
- d) er mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der schriftlich zur Einhaltung der vorgenannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat oder er, wenn die Konsultation eines unabhängigen Arztes nach vernünftigem Ermessen nicht möglich war, das Behandlungsteam konsultiert hat, das schriftlich zur Einhaltung der vorgenannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat;
- e) die Lebensbeendigung medizinisch fachgerecht durchgeführt worden ist.

Keine Meldepflicht bei späten Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund maternaler Indikation

Ein Schwangerschaftsabbruch nach Vollendung der 24. Woche als notwendige und einzige Behandlungsmöglichkeit einer schweren Krankheit der Mutter gilt als annehmbares und angemessenes unvermeidbares medizinisches Handeln. Ein solches Handeln fällt in der Regel unter den Strafausschließungsgrund des übergesetzlichen Notstands; demnach ist das Handeln des Arztes in einem solchen Fall nicht strafbar. Die Minister sahen keine Notwendigkeit, solche Fälle im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit dem Zustand des Kindes beurteilen zu lassen, weshalb sie der Kommission nicht gemeldet werden müssen. Allerdings muss der Tod der Leibesfrucht, wie bei jedem Todesfall, dem örtlichen Leichenbeschauer gemeldet werden, der wiederum den zuständigen Staatsanwalt informiert. Darüber hinaus überwacht die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen den Verlauf; sollte sie eine schwerwiegende Verletzung der professionellen Standards feststellen, kann sie bei der Staatsanwaltschaft eine entsprechende Meldung machen bzw. Anzeige erstatten. In einem solchen Fall – oder wenn eine Meldung oder Anzeige von einer anderen Stelle eingeht – wird die Staatsanwaltschaft aktiv. In allen anderen Fällen des späten Schwangerschaftsabbruchs mit maternaler Indikation beschränkt sich die Rolle des Staatsanwalts auf die Beurteilung der Frage nach der Freigabe des Leichnams zur Bestattung oder Einäscherung.

3.2 Verfahren und Beurteilung der Kommission

Im Vorfeld eines späten Schwangerschaftsabbruchs oder einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen informiert der Arzt die Mutter bzw. die Eltern über das Verfahren. Sie muss bzw. müssen dem Verfahren und der Weiterleitung der erforderlichen Unterlagen an die entsprechenden Stellen zustimmen. Ohne diese Zustimmung kann der Arzt beschließen, das Verfahren abubrechen. Im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 oder einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen muss ein unabhängiger Arzt hinzugezogen werden, sofern dies nicht nach vernünftigem Ermessen unmöglich ist.

Der Arzt informiert den örtlichen Leichenbeschauer über den von ihm vorgenommenen späten Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 oder 2 oder über die Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen. Der örtliche Leichenbeschauer führt die Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise und mit welchen Mitteln das Leben beendet worden ist. Danach kontaktiert der örtliche Leichenbeschauer den Staatsanwalt, der den Leichnam zur Bestattung oder Einäscherung freigibt. Am weiteren Meldeverfahren ist der Leichenbeschauer nicht mehr beteiligt. Der Arzt leitet in der Folge den ausgefüllten Musterbericht sowie alle anderen relevanten und ergänzenden Dokumente an die Kommission weiter.

Die Kommission teilt dem Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Meldung ihre Beurteilung schriftlich mit. Im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 und einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen wird die Beurteilung der Kommission an »Das Kollegium der Generalstaatsanwälte« (im Folgenden: Staatsanwaltschaft) geleitet. Die Frist kann einmalig um sechs Wochen verlängert werden.

Schwerwiegende Empfehlung

Das Urteil der Kommission gilt als schwerwiegende Empfehlung für die Staatsanwaltschaft, die im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 oder einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen selbständig Stellung nimmt.

Kategorie 1

Gelangt die Kommission im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 1 zu der Überzeugung, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt wurde, so gilt der Fall damit als abgeschlossen.



Ist die Kommission überzeugt, dass nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt wurde, so leitet sie ihre Beurteilung an die Aufsichtsbehörde für Gesundheitswesen und Jugend (IGJ) weiter. Die IGJ kann beschließen, selbst eine Untersuchung durchzuführen und festlegen, ob und, wenn ja, welche Schritte gegen den Arzt unternommen werden müssen.

Kategorie 2 und Lebensbeendigung bei Neugeborenen

Gelangt die Kommission im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 oder bei der Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen zu der Überzeugung, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt wurde, so leitet sie ihre Beurteilung an die Staatsanwaltschaft weiter. Diese kann dann entscheiden, ob eine Strafverfolgung eingeleitet wird. Gelangt die Kommission zu der Überzeugung, dass nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt wurde, leitet sie ihre Beurteilung an die Staatsanwaltschaft und Aufsichtsbehörde für Gesundheitswesen und Jugend (IGJ) weiter. Beide Instanzen beurteilen entsprechend ihrer Zuständigkeit und Verantwortlichkeit ob und, wenn ja, welche Schritte gegen den Arzt unternommen werden müssen.

3.3 Rechtliche Prüfung und Entscheidung der Staatsanwaltschaft

Der Kommission ist es ein Anliegen, näher auf die Überprüfung und Bewertung der Staatsanwaltschaft bei spätem Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 2 und Lebensbeendigung bei Neugeborenen einzugehen.

Strafrechtliche Schuldfähigkeit

Die Staatsanwaltschaft prüft die strafrechtliche Schuldfähigkeit des Arztes bei einem spätem Schwangerschaftsabbruch und bei der Lebensbeendigung eines Neugeborenen. Im Fall einer strafrechtlichen Schuldfähigkeit prüft die Staatsanwaltschaft, ob eine Strafverfolgung eingeleitet werden soll. Hat der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt, so kann ihm grundsätzlich keine strafrechtliche Schuldfähigkeit zur Last gelegt werden. Hat der Arzt hingegen nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt, kann ihm grundsätzlich schneller eine strafrechtliche Schuldfähigkeit zur Last gelegt werden. Ob eine strafrechtliche Verfolgung eingeleitet wird, hängt von den individuellen Umständen und Tatbeständen des Falls ab.

Für viele Ärzte ist ein später Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 2 und die Lebensbeendigung bei Neugeborenen eine schwierige Materie. Oft ist damit eine komplexe Kasuistik verbunden, durch die der Arzt mit schwierigen ethischen Erwägungen konfrontiert ist. Das Verfahren ist zeit- und energieintensiv und erfordert eine rechtliche Prüfung auf der Grundlage des Strafrechts (Artikel 82a, 286 und 296 des niederländischen Strafgesetzbuches). Aufgrund des heiklen ethischen, gesellschaftlichen und politischen Charakters des Themas ist es wichtig, dass das Handeln des Arztes jederzeit überprüfbar und transparent ist.

Die Regelung bestimmt den verbindlichen Handlungsrahmen für den Arzt bei einem spätem Schwangerschaftsabbruch und bei einer Lebensbeendigung eines Neugeborenen. Zusammenfassend geht es darum, dass das ärztliche Handeln den professionellen medizinischen Standards entsprechen muss. Wenn die Ärzte in diesem Zusammenhang über juristisch geprüfte Kasuistik im Bilde sind, kann dies zur Weiterentwicklung ihrer medizinisch-fachlichen Expertise beitragen. So kristallisiert sich heraus, welche Fragen noch nicht geklärt sind. Wenn es den Ärzten gelingt, bei diesen Fragen gemeinsame Positionen zu entwickeln, werden diese Bestandteil der professionellen medizinischen Standards werden.



Wenn die Ärzte in diesem Zusammenhang über juristisch geprüfte Kasuistik im Bilde sind, kann dies zur Weiterentwicklung ihrer medizinisch-fachlichen Expertise beitragen.

Falls schwerwiegende Verletzungen der Sorgfaltskriterien oder andere Missstände vorliegen, finden weitere strafrechtliche Ermittlungen statt, an deren Ende die Einleitung einer Strafverfolgung stehen kann. Bisher hat die Staatsanwaltschaft bei keiner der von ihr beurteilten Meldungen weiterführende strafrechtliche Ermittlungen veranlasst und auch keine Strafverfolgung eingeleitet.

Durchführungsvorschrift

Weiterführende Informationen darüber, welche Beschlüsse die Staatsanwaltschaft fassen kann, und welche Umstände zu einer Strafverfolgung Anlass geben können, enthält die »Durchführungsvorschrift zur Entscheidung über die Aufnahme von Ermittlungen bei einem späten Schwangerschaftsabbruch und bei der Lebensbedingung eines Neugeborenen« (Aanwijzing vervolgingsbeslissing late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen/2017A003). Die Durchführungsvorschrift ist auf der Website der Kommission (www.lzalp.nl) unter dem Menüpunkt Wet & Regeling einsehbar (in niederländischer Sprache).

Bewertung

Die Staatsanwaltschaft und die Kommission führen jedes Jahr gemeinsam eine Bewertung der eingegangenen Meldungen durch. Jede Meldung steht für einen ganz individuellen Einzelfall, bei dem ganz spezifische Umstände eine Rolle spielen. Wenn sich angesichts dessen besondere Fragen ergeben, tauschen sich Kommission und Staatsanwaltschaft aus und machen Vorschläge, wie man mit der betreffenden Frage umgehen sollte. Diese Vorschläge werden auf Fachebene geprüft und gegebenenfalls weiter konkretisiert.

4 Die Kommission

Die Kommission setzt sich aus sechs Mitgliedern zusammen. Den Vorsitz hat ein Arzt inne. Darüber hinaus sind vier Ärzte vertreten, die in einer der relevanten Disziplinen (Gynäkologie, Neonatologie und Kinderneurologie) tätig sind bzw. waren. Ein Mitglied ist Experte in Ethik- oder Sinnfragen, ein Mitglied verfügt über einen juristischen Hintergrund. Jedes Kommissionsmitglied hat einen Vertreter. Die Kommission wird von einer Geschäftsführerin unterstützt.

Mitglieder

- a) Frau Prof. Dr. Eva Pajkrt, Gynäkologin (Vorsitzende)
- b) Frau Mieke de Die, Juristin (stellvertretende Vorsitzende)
- c) Herr Prof. Dr. Oebo Brouwer, Kinderneurologe
- d) Frau Prof. Dr. Joke Kok, Kinderärztin
- e) Herr Frans Klumper, Gynäkologe
- f) Frau Prof. Dr. Marian Verkerk, Ethikerin

Stellvertretende Mitglieder

- g) Frau Dr. Audrey Coumans, Gynäkologin
- h) Frau Dr. Rolinka Wijne, Juristin
- i) Herr Prof. Dr. Michel Willemsen, Kinderneurologe
- j) Herr Dr. Mark van der Hoeven, Kinderarzt/Neonataloge
- k) Frau Dr. Wendy Manten, Gynäkologin
- l) Frau Prof. Dr. Martine de Vries, Medizinethikerin

Geschäftsstelle

- m) Frau S. van Leeuwen, Geschäftsführerin (bis 28. Februar 2019)
- n) Frau M.W.F. Eltink, Geschäftsführerin (seit 1. März 2019)
- o) Frau C.J.M. Manders, stellvertretende Geschäftsführerin (seit 1. März 2019)
- p) Frau K. van Maaren-Heijmans, Prozessbetreuung



Impressum

Herausgeber

Beurteilungskommission für späte
Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei
Neugeborenen

Übersetzung

Ministerium für auswärtige Angelegenheiten der
Niederlande, Sprachendienst

Gestaltung

Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Druck

Xerox/OBT, Den Haag