

c 3-122

Redaktion  
H. G. Bender, Düsseldorf  
L. Beck, Düsseldorf

# Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik

Entwurf Stand 19.01.1998

Während der 5. Medizinisch-ethischen Klausur- und Arbeitstagung „Pränatale Medizin im Spannungsfeld von Ethik und Recht“ im Schloß Schwarzenfeld vom 3. bis 5. Oktober 1997, die unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und deren Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht stand, haben die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin mit Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer beschlossen, eine Erklärung zum Problem von Schwangerschaftsabbrüchen nach Pränataldiagnostik zu erarbeiten. Aufgrund der hohen Aktualität dieses Themas wird die Erklärung bereits jetzt als Diskussionsentwurf veröffentlicht, der in der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit weiter diskutiert werden soll. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer legt dem Vorstand der Bundesärztekammer den Entwurf zu weiteren Beratungen in der nächsterreichbaren Sitzung vor.

## Anlaß der Erklärung

Die frühere sog. embryopathische Indikation des § 218a StGB alter Fassung (a.F.) ist im Rahmen des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) vom 21.8.1995 als solche weggefallen und de facto in die sog. medizinische Indikation integriert worden. § 218a Abs.2 StGB lautet:

*„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“.*

Im Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik kommt es durch die Neufassung des Gesetzes zu drei wesentlichen Änderungen:

I. Wegfall der embryopathischen Indikation im Sinne des § 218a StGB a.F., in deren Rahmen eine Frist von 22 vollendeten Wochen post conceptionem für Schwangerschaftsabbrüche vorgeschrieben war,

II. Wegfall der Beratungspflicht nach § 219 StGB, die im Rahmen der alten embryopathischen Indikation bestand, und damit Wegfall der Frist von 3 Tagen nach Beratung bis zur Durchführung des Abbruchs nach Pränataldiagnostik,

III. Wegfall der statistischen Erfassung von Anzahl und speziellem Anlaß indizierter Schwangerschaftsabbrüche.

Mit einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der medizinischen Indikation können im konkreten Fall zwei unterschiedliche Ziele verfolgt werden:

a) die Beendigung der Schwangerschaft als ein die Schwangere akut gesundheitlich bedrohender Zustand; der Tod des ungeborenen Kindes ist nicht beabsichtigt und wird nur als unvermeidbare Folge akzeptiert, wenn das Kind noch nicht extrauterin lebensfähig ist;

b) der Tod des ungeborenen Kindes, da dessen prä- und postnatale Existenz zur Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren führen würde. Es scheint – wenn auch umstritten – gesellschaftlich akzeptiert zu sein, daß eine pränataldiagnostisch festgestellte kindliche Erkrankung/Behinderung eine derartige Gefahr darstellen kann.

Gemäß § 12 Schwangerschaftskonflikt-

gesetz (SchKG) ist niemand verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn, daß die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden. Es besteht also für den einzelnen Arzt<sup>1</sup> das Recht, einen Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik i. S. der Freistellungsklausel zu verweigern. Dennoch verschärft sich durch die Änderungen des SFHÄndG für die Ärzteschaft als Berufsstand die Problematik, im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Erwartungen, gesetzlichen Vorgaben und ärztlichem Ethos Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik durchzuführen:

### I. Frist-Problematik

Die medizinische Indikation ohne Fristbindung gemäß § 218a Abs. 2 StGB in der geltenden Fassung wird vielfach unzutreffend so verstanden, als wäre die bloße Tatsache einer festgestellten kindlichen Erkrankung oder Behinderung bereits eine Rechtfertigung für einen Schwangerschaftsabbruch. Diese Fehlinterpretation hängt damit zusammen, daß es nach § 218a StGB a.F. neben einer medizinischen Indikation ohne Fristbindung auch eine embryopathische Indikation gab, nach der unter bestimmten Voraussetzungen ein Schwangerschaftsabbruch bis 22 SSW post conceptionem (p.c.) durchgeführt werden konnte. In der Praxis wurde diese Indikation vielfach entgegen dem Wortlaut und Willen des Gesetzgebers so gehandhabt, als dürfe allein aufgrund eines auffälligen Befundes eine Schwangerschaft innerhalb der genannten Frist in zulässiger Weise beendet werden. Nachdem die embryopathische Indikation weggefallen ist, wird heute, auf dem Boden dieser unzutreffenden Auffassung, verbreitet davon ausgegangen, daß auch nach einer Pränataldiagnostik zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft allein wegen eines auffälligen Befundes beim Kind eine Beendigung der Schwanger-

schaft medizinisch indiziert sein kann. Dabei wird verkannt, daß die medizinische Indikation im Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Behinderung des Ungeborenen die Feststellung voraussetzt, daß – nach ärztlicher Erkenntnis – die Fortsetzung der Schwangerschaft die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren bedeuten würde, die nicht auf andere für sie zumutbare

*„Die medizinische Indikation ohne Fristbindung wird vielfach unzutreffend so verstanden, als wäre die bloße Tatsache einer festgestellten kindlichen Erkrankung oder Behinderung bereits eine Rechtfertigung für einen Schwangerschaftsabbruch.“*

Weise abgewendet werden kann. Eine solche Gefahr kann sich auf den auffälligen Befund gründen, der Befund allein darf jedoch nicht automatisch zur Indikationsstellung führen.

Die Fortschritte in der medizinischen Versorgung von Frühgeborenen haben in den letzten Jahren dazu geführt, daß bereits Kinder mit etwa 500 g Geburtsgewicht und einem entsprechenden Reifegrad überleben können. Dies entspricht einem Schwangerschaftsalter von etwa 20 bis 22 Wochen p.c. Also kann es bei einem Schwangerschaftsabbruch nach 20 Wochen p.c. zur Geburt eines lebensfähigen Kindes kommen, das ärztlich betreut werden muß. Will man aber die Geburt eines lebensfähigen Kindes als Folge eines Schwangerschaftsabbruchs verhindern, müßte ein Fetozid vor Induktion des Schwangerschaftsabbruchs durchgeführt werden. Dies hält jedoch die Ärzteschaft für unzumutbar und mit dem ärztlichen Ethos nicht vereinbar. Der Zeitpunkt, zu dem die extrauterine Lebensfähigkeit des Ungeborenen gegeben ist – also in der Regel nach 20 Wochen p.c. – wird deswegen grundsätzlich als zeitliche Begrenzung für Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik angesehen, sofern das Ziel des Abbruchs der Tod des Ungeborenen ist. Ausnahmen von dieser Begrenzung können Fälle krankheits- bzw. entwicklungsbedingter Lebensun-

fähigkeit des Kindes in Verbindung mit Unbehandelbarkeit der Erkrankung bzw. Entwicklungsstörung (z.B. Anenzephalie) sein.

Eine besondere zeitliche Problematik ergibt sich aus den gegenwärtig gültigen Mutterschaftsrichtlinien: Von den vorgesehenen mindestens drei Untersuchungen im Rahmen des Ultraschall-Screening kommt der zweiten Untersuchung im Hinblick auf die diagnostisch bedeutsamen Hinweiszeichen für das Vorliegen einer Fehlbildung besondere Bedeutung zu. Da Kinder in diesem Zeitraum die extrauterine Lebensfähigkeit erreichen können, ist die zweite Untersuchung so früh wie möglich durchzuführen.

Eine mehrtägige Frist zwischen einer Beratung nach Pränataldiagnostik (s. II) und einem Schwangerschaftsabbruch hat sich als sinnvoll und für die zu treffende Entscheidung wie für seelische Verarbeitung durch die Schwangere und ihren Partner als notwendig herausgestellt. Da sich die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik meist auf die Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit der Schwangeren bezieht und die Schwangere nach der Beratung Zeit benötigt, um ihre Entscheidung für oder gegen einen Abbruch sorgfältig zu bedenken, ist die Einhaltung einer solchen Frist erforderlich.

### II. Beratung nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung/Behinderung bzw. Anlageträgerschaft<sup>2</sup>

Die Schwangere kann eine Entscheidung darüber, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, nur dann in verantwortungsvoller Weise treffen, wenn sie umfassend beraten worden ist. Der Arzt hat ohne ausreichende Beratung keine Grundlage für die Indikationsstellung. Die Beratung muß einzelfallbezogen, ergebnisoffen und nicht-direktiv erfolgen. Die Vertraulichkeit muß gewährleistet sein. Die Teilnahme des Vaters an der Beratung ist wünschenswert.

<sup>2</sup> Die folgenden Erläuterungen zur Beratung umfassen auch die Inhalte der Aufklärung.

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird auf die ausdrückliche Nennung der weiblichen Form verzichtet. Mit „Arzt“ ist selbstverständlich auch Ärztin gemeint.

Folgende Aspekte müssen Gegenstand des Beratungsgespräches mit einem Humangenetiker und/oder einem Pädiater sein:

- Erläuterung des Befundes,
- die Art der Erkrankung/Behinderung,
- die Ursachen der Erkrankung/Behinderung,
- das zu erwartende klinische Bild mit dem ganzen Spektrum der Manifestationsformen und möglichen Schweregrade,
- die therapeutischen Möglichkeiten,
- die möglichen Folgen der Erkrankung/Behinderung des Kindes für das Leben der Schwangeren und ihrer Familie,
- das Erleben und die Einschätzung der Erkrankung/Behinderung durch betroffene Personen,
- medizinische, psychosoziale und finanzielle Hilfsangebote, die es der Schwangeren ermöglichen können, die Schwangerschaft auszutragen,
- die Möglichkeiten der Vorbereitung auf das Leben mit dem kranken/behinderten Kind, auch im Hinblick auf das soziale Umfeld,
- das Angebot der Vermittlung von Kontaktpersonen, Selbsthilfegruppen und anderen unterstützenden Stellen,
- die etwaige Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft mit ihren Voraussetzungen und Folgen bei schwerwiegender Erkrankung und fehlender therapeutischer Möglichkeit.

Erwägt oder wünscht die Schwangere den Abbruch der Schwangerschaft, müssen folgende Aspekte Gegenstand des Beratungsgespräches mit einem Frauenarzt sein:

- die formalen rechtlichen Voraussetzungen eines Schwangerschaftsabbruchs mit dem Hinweis darauf, daß Gegenstand der Indikation nicht die Erkrankung oder Behinderung des Ungeborenen ist, sondern ausschließlich die Unzumutbarkeit für die Schwangere, die für sie entstehende Gefahr einer Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes auf andere Weise abzuwenden als durch einen Schwangerschaftsabbruch,
- Art und Schwere der drohenden gesundheitlichen Gefährdung der Schwangeren,

- medizinische, psychosoziale und finanzielle Hilfsangebote, die es der Schwangeren ermöglichen können, die gesundheitliche Gefährdung auf andere Weise abzuwenden als durch einen Schwangerschaftsabbruch,
- die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs und ihre jeweiligen Risiken,
- die möglichen psychischen Folgeprobleme und ihre Behandlungsmöglichkeit,
- die Einhaltung einer mehrtägigen Frist zwischen Beratungen und Schwangerschaftsabbruch,
- die Möglichkeit der Geburt eines lebenden und lebensfähigen Kindes – bei fortgeschrittener Schwangerschaft – mit der ärztliche Pflicht, das Kind zu behandeln, sowie den durch den frühen Geburtszeitpunkt bedingten zusätzlichen gesundheitlichen Risiken für das Kind,
- das Angebot fortdauernder psychosozialer Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch,
- die Regelungen des Personenstandsgesetzes über die Totgeburt bei einem kindlichen Geburtsgewicht über 500 g.

Bei Bedarf sollen Ärzte oder Berater anderer Fachgebiete hinzugezogen werden. Die beratenden Ärzte haben zusammen die Beratungen und die Indikation zu bescheinigen.

### III. Statistische Erfassung

Die dem Gesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht auferlegte Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht im Rahmen der Gesetzesänderung bezüg-

*„Die statistische Erfassung von Anzahl und speziellem Anlaß medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbrüche ist gesetzlich zu verankern.“*

lich Schwangerschaftsabbrüchen kann nur dann erfüllt werden, wenn man die Anzahl und den speziellen Anlaß der Schwangerschaftsabbrüche während der Geltung des neuen Gesetzes im Laufe der Zeit verfolgen kann. Änderungen im gesellschaftlichen Bewußtsein und in der Einstellung gegenüber

kranken und behinderten Kindern können sich in den statistischen Zahlen – trotz ihrer begrenzten Aussagekraft – niederschlagen und zu politischen oder gesetzgeberischem Handeln Anlaß geben. Aus diesem Grund ist die statistische Erfassung von Anzahl und speziellem Anlaß medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbrüche gesetzlich zu verankern.

### Verpflichtungen und Forderungen

In Achtung vor der Würde der Schwangeren sowie der Würde des Ungeborenen und auf der Grundlage des ärztlichen Ethos werden in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik von der Ärzteschaft folgende Verpflichtungen eingegangen und Forderungen erhoben:

- Die an der Pränataldiagnostik beteiligten Ärzte werden die diagnostischen Maßnahmen nach Möglichkeit zu einem Zeitpunkt der Schwangerschaft durchführen, der es erlaubt, einen von der Schwangeren eventuell gewünschten medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch vor dem Eintritt der nach heutigem Kenntnisstand möglichen extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes vorzunehmen, d.h. vor 20 Wochen p.c.
- Eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch kann – abgesehen von den Fällen vitaler Lebensgefährdung der Schwangeren – weder von der Schwangeren noch von anderen eingefordert werden. Nach einer Pränataldiagnostik mit auffälligem Befund werden die Ärzte Beratungen im Sinne von Punkt II. durchführen und diese im Falle einer vorliegenden Indikation gemeinsam mit den Beratungen bescheinigen.
- Eine institutionalisierte Zusammenarbeit von Frauenärzten, Humangenetikern und Pädiatern wird dort, wo Pränataldiagnostik und/oder Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik durchgeführt werden, etabliert.
- Die Weiterbildungsordnung soll bezüglich der Beratungskompetenz im Hinblick auf Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik ergänzt werden.
- Jeder Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik vornimmt, wird eine Bescheini-

gung darüber verlangen, daß die Schwangere nach Punkt II. beraten worden ist und eine Indikation vorliegt. Er wird auf die Einhaltung einer mehrtägigen Frist zwischen Beratungen und Abbruch achten.

- Ein Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik soll nach 20 Wochen p.c. bzw. nach Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes nur in den Fällen erfolgen, in denen eine unheilbare Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Kindes vorliegt, die mit dem Leben nicht vereinbar ist.
- Ärzte führen grundsätzlich keinen Fetozyd extrauterin lebensfähiger Feten durch, abgesehen von den seltenen Fällen, in denen bei einer Mehrlingsschwangerschaft bei einem der Feten pränataldiagnostisch eine schwere Erkrankung oder Behinderung nachgewiesen wurde, die Schwangere ohne die Möglichkeit des selektiven Fetozyds den Schwangerschaftsabbruch mit dem Verlust aller Kinder wünschen würde und die medizinische Indikation für den Abbruch gegeben wäre.
- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, daß Beratungen im Sinne von Punkt II., die Vorlage einer Bescheinigung über die Beratungen sowie die Einhaltung einer mehrtägigen Frist zwischen Beratungen und Schwangerschaftsabbruch vor Schwangerschaftsabbrüchen nach Pränataldiagnostik im Rahmen der medizinischen Indikation obligatorisch sind.
- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, der vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht nachzukommen und die Verpflichtung einer statistischen Erfassung von Anzahl und speziellem Anlaß medizinisch indizierter Abbrüche wiederherzustellen. Solange dies nicht erfolgt, soll eine berufsrechtliche Verpflichtung eingeführt werden, Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben einer statistischen Erfassung zuzuführen. □

## Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. K.-D. Bachmann  
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

Prof. Dr. D. Berg  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. J.W. Dudenhausen  
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Prof. Dr. E.L. Grauel  
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Prof. Dr. T. Grimm  
für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik

Prof. Dr. J. Gründel  
Institut für Moralthologie und christliche Sozialethik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Prof. Dr. H. Hepp  
Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

Prof. Dr. W. Holzgreve  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Prof. Dr. F. Pohlandt  
Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Vorsitzender der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Prof. Dr. E. Schwinger  
für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik

Prof. Dr. H.-B. von Stockhausen  
Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Prof. Dr. G. Wolff  
Vorsitzender der Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik

Frau Prof. Dr. G. Wolfslast  
Mitglied der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

Frau RA U. Wollersheim  
beratend

Frau Dr. C. Woopen  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität zu Köln

Prof. Dr. H.-B. Wuermeling  
Mitglied des Vorstandes des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer