

Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB – Daten aus der Praxis des „Gießener Modells“

Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code – Real-life Data from the “Gießen Model”

Autoren

Reinhard Dettmeyer¹, Juliane Lang¹, Roland Axt-Flidner²,
Christoph Birngruber¹, Hans-Rudolf Tinneberg², Jan Degenhardt²

Institute

- 1 Universitätsklinikum Gießen & Marburg GmbH, Justus-Liebig Universität Gießen, Institut für Rechtsmedizin, Gießen
- 2 Universitätsklinikum Gießen & Marburg GmbH, Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gießen

Schlüsselwörter

Schwangerschaftsabbruch, Fetoizid, gesetzliche Vorgaben

Key words

termination of pregnancy, feticide, legal requirements

eingereicht 25.1.2017

revidiert 10.2.2017

akzeptiert 10.2.2017

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103461>
Geburtsh Frauenheilk 2017; 77: 352–357 © Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Jan Degenhardt
Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Gießen & Marburg GmbH
Klinikstraße 33, 35392 Gießen
jan.degenhardt@gyn.med.uni-giessen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Mit der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs durch Art. 13 des SFHG (Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 27.07.1992, BGBI. I, S. 1398) wurde die sog. embryopathische Indikation verlassen. § 218a Abs. 2 StGB verlangt seither für einen sog. Spätabbruch nach der 12. SSW p.c. eine „nach ärztlicher Erkenntnis“ gegebene Notlage der Schwangeren.

Methodik Vom 01.05.2012 bis zum 25.07.2016 wurden im Universitätsklinikum Gießen 160 Schwangerschaftsabbrüche gem. § 218a Abs. 2 StGB vorgenommen. Den Krankenunterlagen wurden folgende Daten entnommen: Alter der Schwangeren, Zahl der Schwangerschaften, Art der Erkrankungen des Feten, Zeitpunkt der Diagnose, medizinische und psychosoziale Beratung der Schwangeren, Zeitpunkt des

Spätabbruchs und der Entbindung, Art des Schwangerschaftsabbruchs, Geschlecht des Feten.

Ergebnisse Bei 160 Schwangeren, Durchschnittsalter 31,6 Jahre, wurde in der 13.–37. SSW die Schwangerschaft abgebrochen. In 60 Fällen waren pränatal chromosomale Anomalien diagnostiziert worden, in 100 Fällen wurden sonografisch Anomalien mit dominierenden Entwicklungsstörungen des ZNS und des kardiovaskulären Systems diagnostiziert.

Schlussfolgerung Neben der Dokumentation der intrauterinen Erkrankung des Feten wird beim Schwangerschaftsabbruch gem. § 218a Abs. 2 StGB von den behandelnden Ärzten erwartet, dass die „nach ärztlicher Erkenntnis“ gegebene Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren in den Krankenunterlagen plausibel dargelegt wird.

ABSTRACT

Background Following the legal provisions on the termination of pregnancies in Art. 13 of the SFHG (Law on the Assistance for Pregnant Women and Families, passed on 27.07.1992, BGBI. I, p. 1398) the so-called embryopathic indication for termination was abandoned. Since then, sec. 218a para. 2 of the German Criminal Code (StGB) states that for late terminations, i.e., terminations after the 12th week of gestation post conception, the pregnant woman must be in exceptional distress “according to medical opinion”.

Method Between 01.05.2012 and 25.07.2016, a total of 160 pregnancy terminations were carried out in Gießen University Hospital under sec. 218a para. 2 StGB. The following data were obtained from the patients' files: age of the pregnant woman, number of pregnancies, type of fetal disease or malformation, time of diagnosis, medical and psychosocial counseling given to the pregnant woman, time of termination or delivery, type of termination, fetal gender.

Results 160 pregnant women (mean age: 31.6 years) underwent termination of pregnancy between the 13th – 37th week of gestation. Chromosomal anomalies were diagnosed prenatally in 60 cases, and anomalies were diagnosed on ultrasonography in 100 cases, with the preponderance of cases presenting with developmental disorders of the central nervous system and cardiovascular system.

Conclusion In addition to recording intrauterine fetal disorders, when pregnancies are terminated under sec. 218a para. 2 StGB, treating physicians are expected to give plausible reasons why “according to medical opinion” the pregnancy represents a danger to the life of the pregnant woman or of grave injury to her physical or mental health and enter these reasons in the patient's medical records.

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland gab es lt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahre 2015 bei 96442 Schwangerschaftsabbrüchen gemäß der geltenden Beratungsregelung vor der 12. Schwangerschaftswoche (SSW), zusätzlich nach der 12. SSW (post conceptionem, p. c.) insgesamt 2795 Schwangerschaftsabbrüche, davon in der 12. bis 15. SSW 1060, in der 16. bis 18. SSW 617, in der 19. bis 22. SSW 484 und nach der 22. SSW 634 Abbrüche [1]. Ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation ist gemäß § 218a Abs. 2 StGB auch nach der 12. SSW p. c. möglich:

(2) 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.

Was sich in der Praxis hinter diesen Formulierungen verbirgt, bedarf der differenzierteren Betrachtung mit Blick auf das schrittweise Prozedere:

Der Gesetzeswortlaut verlangt, dass „nach ärztlicher Erkenntnis“ die in § 218a Abs. 2 StGB beschriebenen Voraussetzungen vorliegen [2, 3]. In der Praxis geht der „ärztlichen Erkenntnis“ eine differenzierte pränatalmedizinische Diagnostik (Ultraschall, invasive und nicht invasive genetische Diagnostik) und eine Beratung der Schwangeren voraus [4–10]. Erst danach kann eine Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch fallen, für dessen Vornahme es derzeit keine zeitliche Grenze bis zum Geburtstermin gibt [11, 12].

Damit wurde den behandelnden Ärzten eine Aufgabe gegeben, deren Wahrnehmung in der Praxis zu Konflikten mit den Strafverfolgungsbehörden führen kann, wenn diese in der ärztlichen Dokumentation keine hinreichende Grundlage für einen Schwangerschaftsabbruch erkennen können und weitergehende Darlegungspflichten postulieren [2]. Zugleich ist die Datengrundlage zur Praxis von Schwangerschaftsabbrüchen gem. § 218a Abs. 2 StGB in Deutschland relativ wenig detailliert, aus dem Ausland gibt es einzelne Studien und Publikationen zur Problematik des sog. Spätabbruchs [13–16].

Jenseits einer Einzelfallbetrachtung konnten bei bisher 160 Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation Daten erhoben werden, die unter Umständen z. B. für die Diskussion um eine zeitliche Begrenzung der Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs von Bedeutung sein können, aber auch weitere Erkenntnisse liefern.

Ziel der vorliegenden Arbeit war, neben der zuvor genannten Analyse der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche, den Algorithmus des „Gießener Modells“ vorzustellen. Mit diesem lässt sich ein hohes Maß an Standardisierung der klinischen und administrativen Abläufe bei der Durchführung von medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen und somit nicht zuletzt Rechtssicherheit für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erreichen.

► **Tab. 1** Anzahl und prozentuale Verteilung der Schwangerschaften und Geburten bei 160 Schwangeren mit Spätabbrüchen (Zeitraum: 01.05.2012 bis 25.07.2016) nach Graviddität und Parität.

Gravida	Partus	Anzahl	gesamt (%)
G1	P0	61	61 (38)
G2	P0	16	57 (36)
	P1	41	
G3	P0	2	25 (16)
	P1	11	
	P2	12	
G4	P0	0	6 (4)
	P1	3	
	P2	2	
	P3	1	
G5	P0	0	7 (4)
	P1	3	
	P2	1	
	P3	1	
G6	P0	0	2 (1)
	P1	0	
	P2	0	
	P3	2	
	P4	0	
G7P3; G9P4	P5	0	2 (1)

Material und Methoden

Vom 01.05.2012 bis zum 25.07.2016 wurden in der Frauenklinik des Universitätsklinikums Gießen 160 Schwangerschaftsabbrüche gem. § 218a Abs. 2 StGB vorgenommen, d. h. bei sehr großem überregionalem Einzugsgebiet 3–4 Abbrüche pro Monat. Den Krankenunterlagen wurden folgende Daten entnommen: Alter der Schwangeren, Zahl der Schwangerschaften, Art der diagnostizierten Erkrankung des Feten, Zeitpunkt der Diagnose, medizinische und psychosoziale Beratung der Schwangeren bzw. des Paares, Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs, Art des Schwangerschaftsabbruchs, Zeitpunkt der Entbindung, Geschlecht des Feten. Die retrospektive Datenanalyse erfolgte deskriptiv. Die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs erfolgte bei einem Gestationsalter von weniger als 20 + 0 SSW p. m. als Abortinduktion mittels Prostaglandin-Zervixpriming. Bei einem Gestationsalter ab 20 + 0 SSW erfolgte vor der Geburtseinleitung der Fetozid mittels intravasaler oder intrakardialer KCl-Instillation nach vorausgegangener Analgesie mit Piritramid maternal und fetal. Die pränatale Bild- und Befunddokumentation erfolgte mit Viewpoint (GE Healthcare). Im Auftrag der Staatsanwaltschaft erfolgte post partum jeweils eine rechtsmedizinische Leichenschau mit Ausstellung des Leichenschauzeichens bzw. der Todesbescheinigung, wo-

► **Tab. 2** Anzahl und prozentuale Verteilung von Chromosomenanomalien bei 60 von 160 Feten (37,5%).

Chromosomenanomalie	n = 60
Trisomie 13	10
Trisomie 18	9
Trisomie 21	27
partielle Trisomie	1
unspezifische Deletionen	4
Monosomien	5
andere	4

bei rechtlich zutreffend ein nicht natürlicher Tod als Todesart anzugeben ist [17].

Ergebnisse

Demografie und Spektrum fetaler Fehlbildungen

Bei 160 Spätabbrüchen fanden sich 84 männliche und 64 weibliche Feten, bei einer Zwillingschwangerschaft. In 12 Fällen war aufgrund des Entwicklungsstands das Geschlecht makroskopisch nicht sicher zuzuordnen. Das Alter der Schwangeren lag zwischen 19 und 47 Jahren (Mittelwert 31,6 Jahre). 61 Erstpara, 57 Zweitpara, 24 Drittpara und 18 Multipara hatten sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden (► **Tab. 1**). Zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs waren die erkrankten Feten in der 13.–37. SSW (Mittelwert 23,4 SSW).

In 60 Fällen wurden pränatal mittels Karyotypisierung Chromosomenanomalien diagnostiziert. Dies waren in 27 Fällen eine Trisomie 21, in 10 bzw. 9 Fällen eine Trisomie 13 bzw. 18, in 4 Fällen unspezifische Deletionen bzw. Translokationen, 5 Monosomien (Monosomie 18, Turner-Syndrom), in 4 Fällen andere Chromosomenstörungen und in 1 Fall eine partielle Trisomie 1q (► **Tab. 2**).

Bei den übrigen 100 erkrankten Feten waren sonografisch Anomalien verschiedener Organsysteme nachweisbar (► **Tab. 3**): am häufigsten war mit 52 Feten das ZNS betroffen, u. a. mit einem Arnold-Chiari-Syndrom, z. T. in Kombination mit einer Spina bifida oder einem Hydrozephalus. Weiterhin fanden sich Feten mit Anecephalie, Holoprosenzephalie und Mikrozephalie, einmal ein ausgeprägter Gehirngewebsverlust bei tumorösem Umbau des ZNS und Makrozephalie. 15 Feten wiesen kardiovaskuläre Erkrankungen auf: Klappenatresien, Malformationen der großen Gefäße, hypoplastisches Linksherzsyndrom und Ventrikelseptumdefekte. Drei Feten präsentierten pulmonale Anomalien entsprechend einem CHAOS (Congenital high airway obstruction syndrome), einer Lungenhypoplasie bei Anhydramnion und einer CCAML (Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung). Daneben war der Urogenitaltrakt betroffen: als Fehlbildungen ließen sich LUTO (Lower urinary tract obstruction), Nierenagenesien und multizystische Nierendysplasien bei 16 Feten diagnostizieren. Bei 2 Feten dominierten ausgeprägte Formen der Laparochisis

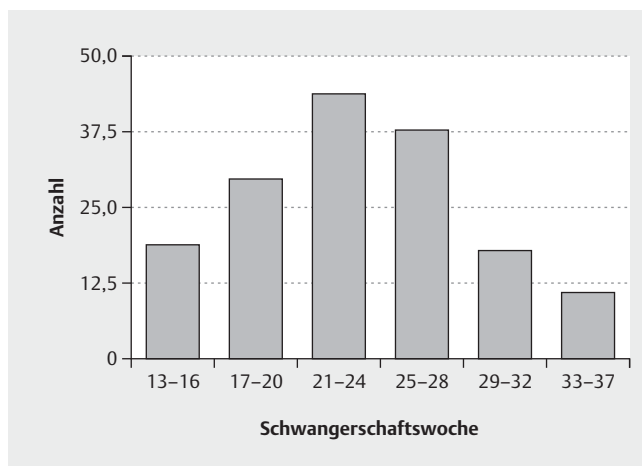
► **Tab. 3** Betroffene Organsysteme im Falle von Organfehlbildungen bei 100 von 160 Feten (62,5%).

betroffenes Organsystem	n = 100
ZNS	51
Herz	15
Lunge	3
Spaltbildungen	2
Urogenitaltrakt	16
Skelett	7
Neoplasien	3
Stoffwechsel	1
Plazenta	1

mit Exenteration innerer Organe. Sieben Feten wiesen Erkrankungen des Skelettsystems auf, wie z. B. eine thanatophore Skelettdysplasie, eine Arthrogyriposis multiplex congenita und eine fibuläre Hemimelie. Drei Feten wiesen intrauterin Tumoren im Sinne eines Teratoms auf. Bei 1 Fetus war molekulargenetisch eine Mukoviszidose gesichert worden, 1 Fet litt an den Folgen einer frühen Plazentainsuffizienz mit fetaler Zentralisation und Oligohydramnion. In diesem Fall waren die werdenden Eltern trotz des zu erwartenden intrauterinen Fruchttods in so hohem Maße belastet, dass ein Schwangerschaftsabbruch gewünscht wurde.

Zeitintervalle zwischen Diagnose und Schwangerschaftsabbruch

Zwischen der ersten Mitteilung der Diagnose an die Schwangere bzw. das betroffene Paar bis zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, entweder mittels Fetozid durch KCl-Instillation (n = 118) bei einem Gestationsalter von mehr als 20 vollendeten Schwangerschaftswochen oder durch Abortinduktion mittels Prostaglandin-Priming (n = 42), sind in den Krankenunterlagen Zeitintervalle von 3 bis 101 Tagen dokumentiert, durchschnittlich vergingen 17 Tage. Das lange Intervall von 101 Tagen betraf eine Schwangere, bei deren Fetus aufgrund einer LUTO zunächst pränatale Behandlungsversuche mittels Shunteinlagen zur Harnableitung unternommen worden waren, bei einer Verschlechterung der Nierenretentionswerte und abnehmender Fruchtwassermenge dann jedoch mit einer postnatal nicht ausreichenden Nierenfunktion zu rechnen war. Die postnatal wahrscheinliche Dialysepflicht und konsekutiv notwendige Nierentransplantation war von der Schwangeren als erheblich belastend empfunden worden. Ein weiteres langes Zeitintervall lag zwischen Diagnosemitteilung und Schwangerschaftsabbruch vor bei einer Mehrlingsschwangerschaft in fortgeschrittenem Gestationsalter, hier um den Ausgang der Gesamtschwangerschaft im Falle von Komplikationen nicht zu gefährden. Zwischen Fetozid bzw. Beginn der Abortinduktion und Abort bzw. Entbindung sind Zeitintervalle von 0 bis 13 Tagen dokumentiert, durchschnittlich betrug das Zeitintervall 2,6 Tage. Die Verteilung der Entbindungstermine bei den 160 Spätabbrüchen auf die Schwangerschaftswochen zeigt ► **Abb. 1**.



► **Abb. 1** Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche, gruppiert nach Schwangerschaftswochen, zum Zeitpunkt des Abbruchs.

Beratungen und Indikationsstellung

Eine psychosoziale Beratung wurde in allen Fällen angeraten bzw. vermittelt. Lediglich 35 Mütter/Paare lehnten daraufhin eine psychosoziale Mitbetreuung ab.

Die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch wurde in den meisten Fällen durch den betreuenden Pränatalmediziner gestellt, im Falle genetischer Aberrationen auch durch einen Facharzt für Humangenetik nach ausführlichem Beratungsgespräch. In einigen Fällen wurde eine Begutachtung durch einen Facharzt für Psychiatrie veranlasst. In allen Fällen wurde die Kasuistik im Rahmen der Klinikkonferenz im ärztlichen Kollegium erörtert und das Placet des Klinikdirektors der Frauenklinik eingeholt.

Nach Diagnosemitteilung schlossen sich wiederholte interdisziplinäre Beratungen der Schwangeren an, je nach fetaler Fehlbildung gemeinsam mit Neonatologie, Neuropädiatrie, Neurochirurgie, Kinderkardiologie oder Humangenetik. Mit der Diagnosemitteilung war stets auch das Angebot der psychosozialen Beratung und der psychosomatischen Mitbetreuung verbunden.

Nach erfolgtem Fetozid oder Beginn der Abortinduktion wurde gemäß getroffener Absprache aktiv vonseiten der Frauenklinik die zuständige Staatsanwaltschaft informiert.

Diskussion

Der Gesetzgeber hat die frühere embryopathische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch auch nach der 12. SSW p. c. verlassen und stellt nunmehr im Rahmen einer medizinisch-sozialen Indikation allein auf die Situation der Schwangeren ab [6, 8, 12, 18]. Dies geschah, um den Eindruck zu vermeiden, eine erwartete Behinderung des Kindes sei ein Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch [18].

Dem für § 218a Abs. 2 StGB gewählten Gesetzeswortlaut kann durchaus mangelnde Bestimmtheit vorgeworfen werden und er gibt keine Zeitgrenze vor, bei deren Überschreiten der Schwangerschaftsabbruch unzulässig wäre. Berücksichtigt man die Vor-

gaben des § 218a Abs. 2 StGB, so ist eine sorgfältige Dokumentation des Prozedere sinnvoll. In Gießen hat sich das an der früher publizierten Kieler Praxis orientierte nachfolgende Vorgehen bewährt [3]:

1. Ausgangspunkt ist, dass nach vorangegangener pränataler Diagnostik (Ultraschall, pränatale genetische Diagnostik) objektive Befunde eine Erkrankung des Feten belegen. Limitierungen durch Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes, wie etwa das Verbot der pränatalen Diagnostik spätmanifestierender Erkrankungen, sind zu beachten [19, 20].
2. Über Art, Ausprägungsgrad, Prognose und therapeutische Optionen bei der Erkrankung des Feten muss die Schwangere interdisziplinär ausführlich informiert werden.
3. Die beratende Information der Schwangeren muss von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden, die über genügend Wissen und Erfahrung verfügen, um die bei dem Feten intrauterin diagnostizierte Krankheit einschließlich Prognose und Therapiemöglichkeiten beurteilen zu können. Das bedeutet: liegt bei dem Feten eine neurologische Erkrankung vor, wird die Schwangere von einem Neuropädiater beraten, liegt eine Erkrankung des Urogenitaltrakts vor, so erfolgt die Heranziehung eines Urologen/einer Urologin usw. Die Beratung muss dem aktuellen Stand medizinischen Wissens entsprechen und kann im Einzelfall auch intrauterin durchführbare operative Maßnahmen umfassen [21–25].
4. Die Information und Beratung der Schwangeren wird verbunden mit dem Angebot der Vermittlung an eine psychosoziale Beratungsstelle.
5. Ist eine ausreichende (fach-)ärztliche Information der Schwangeren sowie eine psychosoziale Beratung erfolgt und hat die Schwangere sich für einen Schwangerschaftsabbruch *als einzigen Ausweg aus der gegebenen Situation* entschieden, so ist dennoch „nach ärztlicher Erkenntnis“ eine den Anforderungen des § 218a Abs. 2 StGB entsprechende „Gefahr“ zu erkennen und zu dokumentieren. Voraussetzung ist dabei der Nachweis, dass aufseiten der Mutter eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung von behandlungsbedürftigem Krankheitswert bei ausbleibendem Schwangerschaftsabbruch zu erwarten ist. Dazu sollen Umstände dokumentiert werden, die es als möglich und beweisbar erscheinen lassen, dass schwerwiegende gesundheitliche Risiken für die Mutter bestehen (vgl. OLG Stuttgart, MedR. 29 [2011] 667–669).
6. Nach vorgenommenem Schwangerschaftsabbruch kommt es – unter Umständen Tage später – zu einer Entbindung bzw. Beendigung der Schwangerschaft. Ganz überwiegend wird der Fetozid mittels Kaliumchlorid-Injektion herbeigeführt, bei einem Gestationsalter von weniger als 20 vollendeten Schwangerschaftswochen kann die bloße Abortinduktion bei nicht gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit des Feten eine Option sein [13, 14, 26]. Aufgrund des in Deutschland üblichen Ultraschallscreenings mit Fokussierung auf die sonografische Diagnostik um die 20. SSW werden einige schon im 1. Trimenon diagnostizierbare Fehlbildungen erst spät erkannt, sodass im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs ein Fetozid erfolgt. Hat der Fet ein Geburtsgewicht von mehr als 500 g, so gelten außerdem die gesetzlichen Mutterschutzregelungen. Darüber ist die Schwangere zu beraten.

7. Bei der obligatorischen Leichenschau muss angesichts der Vorgeschichte zutreffend ein nicht natürlicher Tod attestiert werden, was zur Benachrichtigung von Polizei und Staatsanwaltschaft führt, wo eine Beschlagnahme des Feten ausgesprochen und ein sog. Todesermittlungsverfahren eingeleitet wird, welches nach Prüfung mit einer Einstellung und einer Freigabe des Feten zur Bestattung endet [27]. In Gießen haben viele Schwangere bzw. Paare einer vorherigen Obduktion des Feten, in Form einer fetalpathologisch-wissenschaftlichen Sektion, zugestimmt.
8. Nach erfolgter Obduktion: Angebot der Erläuterung des fetalpathologischen Befunds und erneuter, z. B. genetischer, Beratung dann, wenn sich Konsequenzen für Folgeschwangerschaften ableiten lassen.

Vor dem Hintergrund der dargelegten Chronologie wurde seitens der Staatsanwaltschaft kritisiert, die ärztliche Dokumentation erlaube keine Prüfung der Frage, ob die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB überhaupt vorliegen würden, insbesondere müsse die Gefahr für die Schwangere festgestellt und belegt werden. Eine „formelartige“ Begründung, bei der Schwangeren läge die vom Gesetz verlangte Gefahr „nach ärztlicher Erkenntnis“ vor, reiche nicht aus. Auch standardmäßig diktierter Sätze, bei der Schwangeren sei die Gefahr einer schwerwiegenden Depression bis hin zum Suizid gegeben, werden skeptisch gesehen. Die Heranziehung psychiatrisch-psychosomatischen Sachverständigen stellt die Bewertung des Einzelfalls auf eine noch breitere diagnostische Basis und untermauert die medizinische Indikation für einen von der Schwangeren ausdrücklich gewünschten Schwangerschaftsabbruch. Ansonsten hieße dies, zu verlangen, dass – auf der Grundlage des derzeit geltenden Gesetzeswortlauts – einer Schwangeren der Abbruch jedenfalls dann verweigert wird, wenn Ärzte eine „schwerwiegende Beeinträchtigung“ unter „Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren“ nicht erkennen können, die Schwangere eine solche Beeinträchtigung aber geltend macht und explizit den Abbruch wünscht. Hier ist ein nicht unerhebliches Konflikfeld gegeben [28–33]. In eine solche Konfliktsituation können auch konsiliarisch herangezogene Psychiater oder Psychosomatiker geraten.

Gänzlich fehlt geht die Unterstellung, Schwangere seien bei schwerwiegenden Erkrankungen des Feten – womöglich in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung – nicht tief betroffen und würden sich die Entscheidung für einen Spätabbruch leicht machen. Die Praxis zeigt das Gegenteil. Besonders weit fortgeschrittene Schwangerschaftsabbrüche, teilweise jenseits der 30. SSW, führen zu einer erheblichen Belastung im Rahmen der Entscheidungsfindung, da die Schwangeren in diesen Fällen aufgrund der späten Diagnose über einen langen Zeitraum von einer unauffälligen Schwangerschaft ausgehen konnten und nun mit Diagnosemitteilung gezwungen werden, ihre bisherigen Wünsche und Erwartungen an Geburt und Leben mit dem Kind zu revidieren. Es ist nicht zuletzt deshalb wichtig, erneut auf den herausragenden Stellenwert einer kompetenten psychosomatischen Mitbetreuung hinzuweisen, gerade auch in der längerfristigen Begleitung der Paare nach erfolgtem Schwangerschaftsabbruch und Entlassung aus der Klinik.

Die Kritik der Staatsanwaltschaft – vorrangig an der Qualität der ärztlichen Dokumentation in den Krankenunterlagen – führte schließlich zur Etablierung eines in jedem Einzelfall transparenten Vorgehens mit einer rechtsmedizinischen Leichenschau und einer rechtsmedizinischen Stellungnahme zur Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation nach Sichtung der überlassenen entscheidungserheblichen Krankenunterlagen [3, 36]. Bei einer medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch darf unter den besonderen Voraussetzungen des § 218 Abs. 2 StGB eigentlich erwartet werden, dass die ärztliche Mitwirkung als verpflichtend gesehen wird. Dennoch gilt es das ärztliche Standesrecht in Betracht zu ziehen, welches ein Weigerungsrecht bei der Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen zugesteht [34]. Eine entsprechende Vorgabe findet sich in der Musterberufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), dort in § 14 Abs. 1 [35].

Fazit

Die Beratung Schwangerer bzw. werdender Eltern nach intrauterin jenseits der 12. Schwangerschaftswoche (p. c.) diagnostizierter schwerwiegender Erkrankung des Feten erfordert ein differenziertes und zugleich komplexes Vorgehen vor einer Entscheidung über einen sog. Spätabbruch. Dies setzt zunächst eine möglichst präzise Beratung über die Prognose der Erkrankung und eventuell gegebene therapeutische Optionen mit der Vermittlung eines psychosozialen Beratungsangebots voraus. Es kann weiterhin eine psychiatrische bzw. psychosomatisch-konsiliarische Untersuchung der Schwangeren umfassen. Die gesetzlichen Vorgaben verlangen dies zwar nicht explizit, jedoch ist eine exakte Dokumentation des Prozedere wie der Argumente für die Bejahung einer nach ärztlicher Erkenntnis vorliegenden Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation dringend anzuraten.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online: www.gbe-bund.de; Stand: 08/2016
- [2] Neidert R. Späte Schwangerschaftsabbrüche als Problem des Gesetzgebers. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008; 51: 842–849
- [3] von Kaisenberg C, Jonat W, Kaatsch HJ. Spätinterruptio und Fetoizid – das Kieler Modell. Dtsch Arztebl 2005; 102: A133–A136
- [4] Neidert R. Späte Schwangerschaftsabbrüche als Problem des Gesetzgebers. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008; 51: 842–849
- [5] Schwenzer T. Schwangerschaftsabbruch. Probleme im klinischen Alltag. Gynäkologie 2010; 43: 35–43
- [6] Wewetzer C. Spätabbruch der Schwangerschaft. Hintergründe und Aktuelles zu besonderen Herausforderungen für ärztliches Handeln. Hess Arztebl 2009; 6: 395–402

- [7] Bundesärztekammer. Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitspositionen. Bundesärztekammer. Dtsch Arztebl 1998; 95: A-3236–A-3242
- [8] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Positionspapier 2002 (DGGG), zit. n. Positionspapier. Online: www.aerzteblatt.de/plus2803; Stand: 08/2016
- [9] Hoppe JD. Spätabbrüche. Die Beratung muss an erster Stelle stehen. Dtsch Arztebl 2006; 103: B2267–B2268
- [10] Schmitz D. Möglichkeiten und Grenzen von Beratung bei (späten) Schwangerschaftsabbrüchen. Ethik Med 2009; 21: 113–124
- [11] Artkämper H. Ermittlungen diesseits und jenseits des Lebens. Fetozid(e) und Organtransplantation(sleichen). Kriminalistik 2012; 166: 30–33
- [12] Wernstedt T, Beckmann MW, Schild RL. Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen. Geburtsh Frauenheilk 2005; 65: 761–766
- [13] Govender L, Moodley J. Late termination of pregnancy by intracardiac potassium chloride injection: 5 years' experience at a tertiary referral centre. S Afr Med J 2013; 103: 47–51
- [14] Pasquini L, Pontello V, Kumar S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for fetocide: experience from a single UK tertiary centre. BJOG 2008; 115: 528–531
- [15] Clouqueur E, Coulon C, Vaast P et al. Use of misoprostol for induction of labor in case of fetal death or termination of pregnancy during second or third trimester of pregnancy: efficiency, dosage, route of administration, side effects, use in case of uterine scar. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2014; 43: 146–161
- [16] Spitz AM, Lee NC, Grimes DA et al. Third-trimester induced abortion in Georgia, 1979 and 1980. Am J Public Health 1983; 73: 594–595
- [17] Gleich S, Schweitzer S, Kraus S et al. Ärztliche Leichenschau. Qualität ausgestellter Todesbescheinigungen aus Sicht eines Großstadtgesundheitsamtes. Rechtsmedizin 2015; 25: 523–530
- [18] Bundesärztekammer. Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Dtsch Arztebl 1998; 95: A-3013–A-3016
- [19] Cramer R. Gendiagnostikgesetz – eine Bestandsaufnahme nach drei Jahren unter besonderer Berücksichtigung des Tätigkeitsbereichs der Gynäkologen. Medizinrecht 2013; 31: 763–767
- [20] Krones T, Körner U, Schmitz D et al. Das Verbot der pränatalen Diagnostik spätmanifestierender Erkrankungen im deutschen Gendiagnostikgesetz – eine Diskussion medizinischer und rechtlicher Aspekte und deren Implikation für die medizinethische Diskussion. Ethik Med 2014; 26: 33–46
- [21] Diemert A, Diehl W, Glosemeyer P et al. Intrauterine surgery – choices and limitations. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 603–608
- [22] Chervenak FA, McCullough LB. A comprehensive ethical framework for fetal research and its application to fetal surgery for spina bifida. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 10–14
- [23] Chervenak FA, McCullough LB. Ethics of fetal surgery. Clin Perinatol 2009; 36: 237–246
- [24] Wooten C, Rummer A. Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch. MedR 2009; 27: 130–138
- [25] Tonni G, Vito I, Ventura A et al. Fetal lower urinary tract obstruction and its management. Ach Gynecol Obstet 2013; 287: 187–194
- [26] Sfakianaki AK, Davis KJ, Copel JA et al. Potassium chloride induced fetal demise. J Ultrasound Med 2014; 33: 337–341
- [27] Hofstätter H. Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch. Recht und Rechtswirklichkeit. Europäische Hochschulschriften, Reihe II, Rechtswissenschaft Bd. 2981. Frankfurt a. M.: Europäischer Verlag der Wissenschaften; 2000
- [28] Braun A. Spätabbrüche nach Pränataldiagnostik. Der Wunsch nach dem perfekten Kind. Dtsch Arztebl 2006; 103: B2264–B2266
- [29] Wernstedt T, Beckmann MW, Schild RL. Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen. Geburtsh Frauenheilk 2005; 65: 761–766
- [30] Engel JB, Hönig A, Häusler SFM et al. Spätabbruch von Schwangerschaften bei fetalen Erkrankungen: Führt ein induktives Verfahren der Normgewinnung zu ethischer Klarheit? Z Geburtsh Neonatol 2011; 215: 230–233
- [31] Kandel I, Merrick J. Late termination of pregnancy. Professional dilemmas. Scientific World J 2003; 3: 903–912
- [32] Savulescu J. Is current practice around late termination of pregnancy eugenic and discriminatory? Maternal interests and abortion. J Med Ethics 2001; 27: 165–171
- [33] Chervenak FA, McCullough LB. An ethically justified practical approach to offering, recommending, performing and referring for induced abortion and fetocide. Am J Obstet Gynecol 2009; 201: 560.e1–560.e6
- [34] Büchner B. Das Weigerungsrecht bezüglich vorgeburtlicher Kindstötungen. Zeitschrift für Lebensrecht 2008; 17: 2–10
- [35] (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – i.d.F. des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015. Dtsch Arztebl 2015; DOI: 10.3238/arztebl.2015.mbo_daet 2015
- [36] Dettmeyer R, Lang J, Birngruber CG et al. Intrauteriner Fetozid nach der 12. SSW gemäß § 218a Abs. 2 StGB – das Gießener Modell. Rechtsmedizin 2014; 24: 336