



Beurteilungskommission

für späte

Schwangerschaftsabbrüche und

Lebensbeendigung bei

Neugeborenen

Jahresbericht **2016**

Inhalt

1. Vorwort

2. Gesetzlicher Rahmen

2.1	Allgemeines	4
2.2	Prüfverfahren und Beurteilung der Kommission	7
2.3	Juristische Prüfung und Entscheidung der Staatsanwaltschaft	8

2

3. Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2016

3.1	Meldungen	11
3.2	Standpunkt der Kommission	11

4. Übersicht der Meldungen samt Beurteilung

2016	13
Meldung 2016/LZA1/01	14
Meldung 2016/LZA1/02	15
Meldung 2016/LZA2/01	17

5. Die Kommission

20

1



Vorwort

Vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2016 der Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (nachfolgend: »die Kommission«). Es handelt sich um den ersten Jahresbericht einer neuen Kommission, die am 1. Februar 2016 von der Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und vom Minister für Sicherheit und Justiz eingesetzt wurde.

Mit Wirkung vom 1. Februar trat die »Regelung über die Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen« in Kraft (Niederländischer Staatsanzeiger 2016, 3145, nachfolgend: »die Regelung«). Diese Regelung stellt eine Überarbeitung der »Regelung über die zentrale Sachverständigenkommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen« dar (Niederländischer Staatsanzeiger 2007, 51). Die Überarbeitung erfolgte aufgrund des Evaluierungsberichts über die letztgenannte Regelung, der im September 2013 veröffentlicht wurde, und aufgrund der Stellungnahme der Regierung zu diesem Bericht im Juli 2014. Der Evaluierungsbericht, die Überarbeitung der Regelung und die Vorbereitungen dafür wurden im Jahresbericht 2015 der damaligen Sachverständigenkommission ausführlich beschrieben.

In der neuen Regelung wurden die geltenden Sorgfaltskriterien teilweise präziser formuliert und einige medizinische und rechtliche Aspekte näher erläutert. Außerdem wurden die sogenannten Kategorie-1-Fälle in die Regelung aufgenommen; dabei geht es um späte Schwangerschaftsabbrüche, bei denen nach vernünftigem Ermessen davon auszugehen ist, dass das Ungeborene außerhalb des Mutterleibs nicht lebensfähig ist.

Im Jahr 2016 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche ein. Die Kommission erhielt keine Meldungen über Lebensbeendigung bei Neugeborenen.

Die Kommission legt in diesem Jahresbericht die Regelung, ihren Standpunkt und die Einzelheiten der eingegangenen Meldungen dar.

Prof. Dr. Eva Pajkrť

Vorsitzende

16. Mai 2017

2.

Gesetzlicher Rahmen

2.1 Allgemeines

Mit Wirkung vom 1. Februar 2016 beurteilt die Kommission, ob der Arzt, der einen späten Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 1 oder 2 oder eine Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen durchgeführt hat, im Einklang mit den in der Regelung niedergelegten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

Begriffsbestimmungen

Ein **später Schwangerschaftsabbruch** ist eine Behandlung mit dem Ziel, eine Schwangerschaft nach Vollendung der 24. Woche aufgrund schwerer fetaler Schädigungen abzubrechen. Dabei wird der Tod des 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 in diesem Fall an einer nicht behandelbaren Erkrankung, bei der davon auszugehen ist, dass sie während oder unmittelbar nach der Geburt unausweichlich zu dessen Tod führt.

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 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). Der Gesundheitszustand des Neugeborenen lässt in diesem Fall in keinerlei Form ein selbständiges Leben zu.

Der **Arzt** ist derjenige, der die Handlung durchgeführt hat, die zum späten Schwangerschaftsabbruch oder zur Lebensbeendigung bei dem Neugeborenen

geführt hat. In der Regel ist dies der verantwortliche Behandler. Aber auch wenn die Handlung aufgrund bestimmter Umstände von einem anderen Arzt, einem Assistenzarzt oder einem anderen beteiligten Gesundheitsdienstleister im Auftrag des verantwortlichen Behandlers durchgeführt wurde, ist es dennoch der verantwortliche Behandler, der die Sorgfaltskriterien erfüllen muss. Wird die Behandlung bzw. Durchführung jedoch einem anderen Arzt übertragen, dann gilt dieser als verantwortlicher Behandler, dessen Handeln anhand der Sorgfaltskriterien überprüft wird.

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

Eine **Meldung** ist die 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.¹

6

Ein **unabhängiger Arzt** ist ein Arzt, der nicht in dem Krankenhaus oder Gesundheitszentrum tätig ist, in dem der späte Schwangerschaftsabbruch oder die Lebensbeendigung bei einem 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 der Kommission, ob der Arzt einen späten Schwangerschaftsabbruch oder eine Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien durchgeführt hat.

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. Die Strafbarkeit kann aber entfallen, wenn ein Rechtfertigungsgrund im Sinne eines Notstands vorliegt. 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

¹ Abrufbar unter www.lzalp.nl.

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) 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 ist, dass es in der Situation, in der sich das Ungeborene befindet, keine annehmbare andere Lösung gibt;
- d) die Mutter ausdrücklich um eine 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 herrschender medizinischer Auffassung eine Behandlung sinnlos wäre und kein begründeter 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 ist, 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 schwer erkrankten Mutter gilt als annehmbares, angemessenes und unvermeidbares medizinisches Handeln. Ein solches Handeln fällt in der Regel unter den Strafausschlussgrund des rechtfertigenden Notstands; demnach ist das Handeln des Arztes in einem solchen Fall nicht strafbar. Die Minister sahen keine Notwendigkeit, derartige Fälle im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit dem Zustand des Kindes beurteilen zu lassen, weshalb sie der Kommission nicht gemeldet zu werden brauchen.

Allerdings muss der Tod der Leibesfrucht, wie jeder Todesfall, dem örtlichen Leichenbeschauer gemeldet werden, der seinerseits die Staatsanwaltschaft informiert. Die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen spielt hierbei eine überwachende Rolle; sollte sie eine schwerwiegende Verletzung der professionellen Standards feststellen, kann sie bei der Staatsanwaltschaft 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 der Staatsanwaltschaft auf die Entscheidung über die Freigabe des Leichnams zur Bestattung oder Einäscherung.

2.2 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 zuständigen Stellen zustimmen. Ohne diese Zustimmung kann der Arzt beschließen, das Verfahren abzubrechen.

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 die Staatsanwaltschaft, die den Leichnam dann zur Bestattung oder Einäscherung freigibt. Am weiteren Meldeverfahren ist der Leichenbeschauer nicht mehr beteiligt. Der Arzt übermittelt in der Folge das ausgefüllte Musterformular sowie alle anderen relevanten und ergänzenden Dokumente an die Kommission.

Die Kommission informiert den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Meldung schriftlich über das Ergebnis ihrer Beurteilung. Im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 und einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen wird die Beurteilung der Kommission auch der Staatsanwaltschaft zugeleitet. 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 eine eigene Stellungnahme abgibt.

Kategorie 1

Gelangt die Kommission im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 1 zu der Überzeugung, dass im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt wurde, ist der Fall abgeschlossen. Kommt sie jedoch zu dem Schluss,

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 entscheiden, 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 einer 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.

Kommt die Kommission dagegen zu dem Schluss, dass nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt wurde, leitet sie ihre Beurteilung sowohl an die Staatsanwaltschaft als auch an die 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.

10

2.3 Juristische Prüfung und abschließende Entscheidung der Staatsanwaltschaft

Im Folgenden einige Hintergrundinformationen über das Prüfungs- und Bewertungsverfahren der Staatsanwaltschaft bei späten Schwangerschaftsabbrüchen der Kategorie 2 und Lebensbeendigung bei Neugeborenen.

Strafrechtliche Vorwerfbarkeit

Die Staatsanwaltschaft prüft die strafrechtliche Vorwerfbarkeit des Arztes im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs bzw. einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen; sie wird dabei vom Expertisezentrum für medizinische Angelegenheiten (EMZ) beraten. Hat der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt, so kann ihm grundsätzlich keine strafrechtliche Vorwerfbarkeit zur Last gelegt werden. In einem solchen Fall wird die Staatsanwaltschaft keine Strafverfolgung einleiten.

Für viele Ärzte sind späte Schwangerschaftsabbrüche der Kategorie 2 und die Lebensbeendigung bei Neugeborenen eine schwierige Materie. Oft ist damit eine komplexe Kasuistik verbunden, die den Arzt vor schwierige ethische Entscheidungen stellt. Das Verfahren ist zeit- und arbeitsaufwendig und

erfordert eine rechtliche Prüfung auf der Grundlage des Strafrechts (Artikel 82a, 286 und 296 des niederländischen Strafgesetzbuchs).

Wenn die Ärzteschaft in diesen Fragen gemeinsame Standpunkte bestimmen kann, werden diese Bestandteil der professionellen medizinischen Standards.

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 dient als verbindlicher Handlungsrahmen für den Arzt bei einem späten Schwangerschaftsabbruch und bei einer Lebensbeendigung eines Neugeborenen. Letztlich geht es darum, dass das ärztliche Handeln den professionellen medizinischen Standards entsprechen muss. Wenn Ärzte Einblick in juristisch geprüfte Kasuistik haben, kann dies zur Weiterentwicklung ihrer medizinisch-fachlichen Expertise beitragen. So kann auch festgestellt werden, bei welchen Fragen Klärungsbedarf besteht. Wenn die Ärzteschaft in diesen Fragen gemeinsame Standpunkte bestimmen kann, werden diese Bestandteil der professionellen medizinischen Standards.

11

Falls schwerwiegende Verletzungen der Sorgfaltskriterien oder andere Missstände vorliegen, finden weitere strafrechtliche Ermittlungen statt, die gegebenenfalls zu einer Strafverfolgung führen können. Bis heute hat die Staatsanwaltschaft in keinem der von ihr geprüften Fälle strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet.

Durchführungsvorschrift

Weiterführende Informationen über die Beschlüsse, die die Staatsanwaltschaft fassen kann, und über die Umstände, die zu einer Strafverfolgung Anlass geben können, sind in der »*Durchführungsvorschrift zur Entscheidung über eine Strafverfolgung bei Lebensbeendigung ohne Verlangen und spätem Schwangerschaftsabbruch*« (Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking) zu finden. Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Jahresberichts war die neue Durchführungsvorschrift noch nicht in Kraft getreten. Sobald sie rechtsverbindlich wird, ist sie auf der Website der Kommission (www.lzlp.nl) einsehbar.

Bewertung

Die Staatsanwaltschaft und die Kommission evaluieren jedes Jahr gemeinsam die eingegangenen Meldungen. Jede Meldung betrifft einen Einzelfall, bei dem spezifische Umstände eine Rolle spielen. Wenn in einem Fall dazu Veranlassung besteht (beispielsweise aufgrund einer ganz besonderen Problematik), tauschen sich Kommission und Staatsanwaltschaft über ihre Auffassungen und Lösungsvorschläge aus. Die Vorschläge werden auf Fachebene geprüft und gegebenenfalls weiter ausgearbeitet.

3

Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2016

3.1 Meldungen

2016 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche ein; zwei Meldungen fielen in die Kategorie 1, eine Meldung in die Kategorie 2. Es ging keine Meldung über Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen ein.

Es war das erste Jahr, in dem die Kommission späte Schwangerschaftsabbrüche sowohl der Kategorie 1 als auch der Kategorie 2 beurteilt hat.

Die Kommission ist über die geringe Anzahl der Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen im Bilde. In diesem Zusammenhang verweist sie auf die letzten Jahresberichte der bisherigen Sachverständigenkommission. Sie hofft, dass das Inkrafttreten der Regelung zum 1. Februar 2016 Ärzten mehr Klarheit verschafft, was die Auslegung der Sorgfaltskriterien in hochkomplexen Fällen und das anzuwendende Verfahren angeht.

13

3.2 Grundsatz der Kommission

Die Kommission ist sich vollkommen darüber im Klaren, um welche schwierige Fragen es bei späten Schwangerschaftsabbrüchen und bei der Lebensbeendigung bei Neugeborenen für Ärzte und Eltern in ethischer, professioneller, gesellschaftlicher und juristischer Hinsicht geht. Neben ihrem gesetzlichen Auftrag zur Beurteilung derartiger Fälle betrachtet es die Kommission dabei auch als ihre Aufgabe, Verständnis, Klarheit und Transparenz zu fördern. Hierzu hat die Kommission folgenden Grundsatz formuliert:

»Die Regelung über späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen wurde erarbeitet, um Ärzten die Möglichkeit zu bieten, (künftiges) unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung bei Ungeborenen oder Neugeborenen zu beenden. Im Mittelpunkt stehen dabei die

Sorgfalt der Beschlussfassung und die Anwendung der einschlägigen Kriterien; im Nachhinein geht es insbesondere um eine sorgfältige Beurteilung der Meldungen. Letzteres ist Aufgabe der Kommission. Durch offene und transparente Information über ihre Verfahren und Beurteilungen will die Kommission die Ärzte ermutigen, jeden Fall zu melden. Klarheit und Transparenz schaffen Vertrauen in der Öffentlichkeit. Bei einem ethisch heiklen Thema wie diesem ist es von höchster Wichtigkeit, dass eine von der Gesellschaft und Ärzteschaft getragene Praxis geschaffen wird. Ein guter Einblick in diese Praxis trägt zur Entwicklung von Best Practices und damit zu einem sorgfältigen Umgang mit den Interessen von Eltern und Kind bei.◀

Die Kommission wurde regelmäßig gebeten, in konkreten Fällen vorab Fragen über die zu verfolgende Strategie bzw. deren Korrektheit zu beantworten. Da es jedoch Aufgabe der Kommission ist, gemeldete Fälle im Nachhinein zu beurteilen, ist die Beantwortung fallbezogener Fragen vorab weder möglich noch angezeigt. Allgemeine Fragen zum Verfahren und zu den Sorgfaltskriterien können aber an die Kommission gerichtet werden. Außerdem besteht auf Anfrage die Möglichkeit einer persönlichen Erläuterung der Regelung durch einen Vertreter der Kommission.

14

Nähere Informationen über das Verfahren, die Musterberichte und die gemeldeten Fälle finden Ärzte, die beabsichtigen, einen späten Schwangerschaftsabbruch oder eine Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen durchzuführen, auf der Website der Kommission (www.lzalp.nl).

»Bei einem ethisch heiklen Thema wie diesem ist es von höchster Wichtigkeit, dass eine von der Gesellschaft und Ärzteschaft getragene Praxis geschaffen wird.«

4.

Übersicht der Meldungen samt Beurteilung

2016

2016 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche ein. Die Kommission befand in allen Fällen, dass die Meldungen in ihre Zuständigkeit fallen, und kam jeweils zu dem Schluss, dass die betreffenden Ärzte im Einklang mit den geltenden Sorgfaltskriterien gehandelt hatten. Nachstehend werden die Fälle in anonymisierter Form wiedergegeben. Die ersten zwei Fälle betreffen späte Schwangerschaftsabbrüche der Kategorie 1, der dritte einen späten Schwangerschaftsabbruch der Kategorie 2. Die relevanten Erwägungen der Kommission werden ebenfalls dargelegt.

Aus dem Musterbericht und den übrigen vom Arzt eingereichten Unterlagen ergab sich folgender Sachverhalt: Während einer klinischen Ultraschalluntersuchung bei einer Schwangerschaftsdauer von 27 Wochen wurde bei dem Ungeborenen Anecephalie festgestellt. Die Mutter hatte sowohl vom sog. Kombinationstest (Nackenfaltenmessung und Bluttest) und anderen pränatalen Screenings als auch von der großen Ultraschalluntersuchung in der 20. Schwangerschaftswoche abgesehen. Sie wurde an ein Universitätsklinikum überwiesen, wo die gestellte Diagnose bestätigt wurde. Der Arzt übernahm die Behandlung.

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 31 Wochen und 1 Tag wurde im Rahmen einer weiteren Ultraschalluntersuchung erneut bestätigt, dass das Kind an Anecephalie litt. Das Kind wies weder ein Schädeldach noch Gehirngewebe auf; seine Erkrankung war tödlich. Die Prognose war infaust; ein positiver Verlauf war nicht denkbar. Die postnatale Lebenserwartung betrug wenige Tage.

Der Arzt hielt die Notlage der Frau aufgrund von psychischem Leiden für offensichtlich. Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind an einer tödlichen Krankheit litt und keine Chance auf ein Leben in Würde hätte.

Angesichts der infausten Prognose bat die Frau bei einer Schwangerschaftsdauer von 31 Wochen und 1 Tag im Interesse des Kindes und ihrer selbst um Abbruch der Schwangerschaft. Sie stützte ihr Ersuchen mit einer unterzeichneten schriftlichen Erklärung. Die Frau war vom Arzt und einem anderen Gynäkologen über die Diagnose und die Prognose informiert worden. Auch die Möglichkeit des Austragens der Schwangerschaft war mit der Frau besprochen worden.

Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten – weder prä- noch postnatal – zur Verbesserung der Prognose.

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen, in der auch das Ersuchen der Frau erörtert wurde. Neben dem Arzt gehörten dem multidisziplinären Team drei Gynäkologen, ein Arzt in der Facharztausbildung zum Gynäkologen, zwei Kinderärzte und eine Pflegekraft an. Es herrschte allgemeiner Konsens über die Diagnose, die Prognose und die Erfüllung der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft. Bei einer Schwangerschaftsdauer von 32 Wochen und 5 Tagen wurde die Geburt im Universitätsklinikum durch Verabreichung von Prostaglandinen eingeleitet. Am selben Tag kam das Kind in einem den

Umständen entsprechend guten Zustand lebend zur Welt. Es wurde mit Morphin palliativ behandelt und verstarb einen Tag später. Die äußere Leichenschau hat die vorgeburtlichen Befunde bestätigt.

Aus dem Musterbericht und den übrigen vom Arzt eingereichten Unterlagen ergab sich folgender Sachverhalt: Die Frau war mit ihrem zweiten Kind schwanger und wurde von einer Hebammenpraxis betreut. Sie hatte bereits eine gesunde Tochter im Alter von 8 Jahren aus einer früheren Beziehung, deren Geburt für die Frau traumatisch verlaufen war. Die Frau litt bereits seit längerer Zeit an depressiven Phasen sowie einer Angststörung, gegen die sie medikamentös behandelt wurde.

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 19 Wochen und 1 Tag wurden bei der regulären großen Ultraschalluntersuchung mehrere Abweichungen festgestellt: eine Wachstumsverzögerung, Verdacht auf einen schwerwiegenden Herzfehler und überlappende Finger. Die Frau wurde für eine eingehendere Ultraschalluntersuchung an ein Universitätsklinikum überwiesen. Bei einer Schwangerschaftsdauer von 19 Wochen und 6 Tagen wurde der Ultraschallbefund bestätigt; es bestand der Verdacht auf Trisomie 18 (Edwards-Syndrom). Daraufhin wurde eine Amniozentese durchgeführt, die die Diagnose Trisomie 18 bestätigte.

18

Die Erkrankung des Kindes war tödlich. Die Prognose war infaust; ein positiver Verlauf war nicht denkbar. Die am häufigsten auftretenden Symptome der Trisomie 18 sind ein geringes Geburtsgewicht, Herzfehler und schwere geistige Behinderung. Die meisten Kinder mit diesem Syndrom versterben noch während der Schwangerschaft. Wenn sie lebend geboren werden, sterben sie oft innerhalb weniger Stunden bis Tage, in den meisten Fällen auf jeden Fall im ersten Lebensjahr. Angesichts der bereits festgestellten Wachstumsverzögerung des Kindes war es denkbar, dass ein intrauteriner Fruchttod eintreten oder das Kind während der Geburt versterben würde.

Die Frau war vom Gynäkologen und vom Kinderarzt in der Universitätsklinik über Trisomie 18 informiert worden. Das Gespräch fand bei einer Schwangerschaftsdauer von 20 Wochen und 5 Tagen statt. Am selben Tag wurde die Frau für ein Gespräch über einen möglichen Schwangerschaftsabbruch an ein lokales Krankenhaus überwiesen. Die Frau empfand die Gespräche sowohl in der Uniklinik als auch im lokalen Krankenhaus als unangenehm; es wurde darauf gedrängt, eine Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft vor Vollendung der 24. Schwangerschaftswoche zu treffen. Bei einer Schwangerschaftsdauer von 22 Wochen und 1 Tag fand ein Gespräch mit einem klinischen Genetiker der Universitätsklinik und dem Kliniksozialdienst statt, in dem erneut die Diagnose

Trisomie 18 besprochen wurde. Die Frau wurde auf ihren Wunsch zur Einholung einer Zweitmeinung an eine andere Universitätsklinik überwiesen, wo die Möglichkeiten des Austragens der Schwangerschaft und eines Schwangerschaftsabbruchs besprochen werden sollten. Der Besuch dieser anderen Universitätsklinik fand bei einer Schwangerschaftsdauer von 23 Wochen und 2 Tagen statt. Eine Ultraschalluntersuchung bestätigte die Diagnose Trisomie 18. Erneut wurden die Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs und des Austragens der Schwangerschaft mit palliativer Betreuung besprochen. Außerdem fand dort ein Gespräch mit dem Kliniksozialdienst statt. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten – weder prä- noch postnatal – zur Verbesserung der Prognose. Angesichts der infausten Prognose und mit Blick auf die psychische Gesundheit der Frau baten sie und ihr Partner bei einer Schwangerschaftsdauer von 24 Wochen und 0 Tagen in dieser Universitätsklinik im Interesse des Kindes, der Frau und der Familie um einen Abbruch der Schwangerschaft. Die Frau bestätigte ihr Ersuchen mit einer digitalen Erklärung. Der Arzt hielt die Notlage der Frau aufgrund von psychischem Leiden für offensichtlich. Das psychische Leiden der Frau bestand zum einen in dem Wissen, dass das Kind an einer tödlichen Krankheit litt, und zum anderen in ihrer bereits seit längerem bestehenden Depression und Angststörung.

19

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung in der Klinik getroffen, in deren Rahmen auch das Ersuchen der Frau erörtert wurde. Neben dem Arzt gehörten dem multidisziplinären Team drei Gynäkologen, ein Neonatologe, ein Kinderkardiologe und ein klinischer Genetiker an. Es herrschte ein allgemeiner Konsens über die Diagnose, die Prognose und die Erfüllung der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft.

Der späte Schwangerschaftsabbruch wurde durch Verabreichung von Prostaglandinen durchgeführt. Zunächst wurde der Frau bei einer Schwangerschaftsdauer von 24 Wochen und 5 Tagen Mifepriston verabreicht. Bei einer Schwangerschaftsdauer von 25 Wochen und 0 Tagen wurde dann mittels Misoprostol die Geburt eingeleitet. Nach 15 Stunden und 27 Minuten wurde das Baby leblos geboren.

Aus dem Musterbericht und den übrigen vom Arzt eingereichten Unterlagen ergab sich folgender Sachverhalt: Die alleinstehende Frau hatte sich die Schwangerschaft, die durch eine Fruchtbarkeitsbehandlung (ICSI) mit Hilfe von Spermensamen zustande gekommen war, sehr gewünscht. Sie wurde während ihrer Schwangerschaft von der Klinik betreut.

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 34 Wochen und 5 Tagen wurde eine Ultraschalluntersuchung in der Klinik durchgeführt. Dabei wurden ein zu geringer Kopfumfang des Kindes und eine Vasa praevia festgestellt. Die Frau wurde an eine Universitätsklinik überwiesen. Bei einer Schwangerschaftsdauer von 35 Wochen und 3 Tagen ergab eine große Ultraschalluntersuchung, dass das Kind an Mikrozephalie (extrem kleiner Kopf) litt. Außerdem wurden eine Corpus-callosum-Agenesie sowie Pachygyrie, Ventrikulomegalie und umfangreiche intrakranielle Verkalkungen festgestellt. Das Krankheitsbild wies auf eine kongenitale Infektion hin. Die Diagnose wurde einige Tage später durch eine erneute große Ultraschalluntersuchung bestätigt. Eine Amniozentese bestätigte die Diagnose einer kongenitalen Zytomegalievirusinfektion. Ergänzende Blut- und virologische Untersuchungen wiesen darauf hin, dass sich das Ungeborene im ersten Trimester der Schwangerschaft eine kongenitale Zytomegalie-virusinfektion zugezogen hatte.

20

Die Prognose war ausgesprochen schlecht. Die postnatale Lebenserwartung des Kindes konnte nicht präzise vorhergesagt werden. Das Kind würde nach der Geburt schwere kognitive und neuromotorische Probleme entwickeln, die mittelfristig höchstwahrscheinlich vitale Funktionen beeinträchtigen und zum Tode führen würden. Selbst bei einem guten postnatalen Start würde das Kind intensive Behandlung und Betreuung benötigen. Die Prognose umfasste eine schwere psychomotorische Retardierung in Kombination mit Spastizität, ein hohes Risiko einer schweren, nicht behandelbaren Epilepsie, Hör- und Sehstörungen, Atembeschwerden sowie Ernährungs- und Schluckstörungen. Aus den vom Arzt vorgelegten Informationen ging hervor, dass eine sehr schwere Gehirnfehlbildung vorlag, die zu schweren Behinderungen und einer stark verringerten Lebenserwartung führen würde. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten – weder prä- noch postnatal – zur Verbesserung der Prognose. Eine postnatale Behandlung würde die Perspektive nicht wesentlich beeinflussen.

Hinsichtlich des künftigen Gesundheitszustands des Kindes und des Ausmaßes des Leidens waren schwer behandelbare Komplikationen, etwa Ernährungs- und Schluckstörungen, Atembeschwerden und eine schwere, nicht

behandelbare Epilepsie, zu erwarten. Der Arzt hielt die Notlage der Frau aufgrund von psychischem Leiden für offensichtlich. Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind an einer sehr schweren und unheilbaren Krankheit litt, nach der Geburt schwer mehrfach behindert wäre und dadurch keinerlei Entwicklungschancen und Lebensperspektive hätte. Die Frau wollte ihrem Kind mögliches Leiden ersparen bzw. jeglichen Leidensweg ihres Kindes verhindern.

Angesichts der sehr schlechten Prognose bat die Frau den Arzt bei einer Schwangerschaftsdauer von 36 Wochen und 0 Tagen im Interesse ihres Kindes und ihrer selbst um Beendigung der Schwangerschaft. Sie wiederholte ihr mündliches Ersuchen um Abbruch der Schwangerschaft gegenüber dem Arzt und im Gespräch mit dem Kliniksozialdienst. Die Frau war vom Arzt und einem Kinderneurologen mehrfach über die Diagnose und die Prognose informiert worden. Auch die Möglichkeit des Austragens der Schwangerschaft (einschließlich der Risiken der Vasa praevia) wurde mit der Frau besprochen, was sie jedoch ablehnte. Die Entscheidung der Frau für den Abbruch der Schwangerschaft stand fest. Nachdem sie vom Arzt über Art und Weise des Abbruchs informiert worden war, bat die Mutter um Fetozid, um ihrem Kind weiteres Leiden zu ersparen.

21

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen, in deren Rahmen auch das Ersuchen der Frau um einen späten Schwangerschaftsabbruch erörtert wurde. Neben dem Arzt gehörten dem multidisziplinären Team drei Gynäkologen, ein Kinderneurologe, zwei Neonatologen, ein Kinderneurologe, ein Radiologe, zwei klinische Genetiker und ein Anästhesist an.

Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose, sowie darüber, der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen. Zudem hatte der Arzt eine Zweitmeinung einer anderen Universitätsklinik zu der gestellten Diagnose, der Prognose und der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch eingeholt. Dort fand ein Eingangsgespräch mit der Frau statt, und es wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen eines Neuro-Expertenteams besprochen, dem ein Kinderneurologe, drei Neonatologen, ein Kinderradiologe, drei Gynäkologen, drei Pränatal-Mediziner und ein Kinderchirurg angehörten. Über die Diagnose und die Prognose war man sich einig: es wurde bestätigt, dass eine schwere Mikrozephalie mit umfangreichen Verkalkungen, Zysten und stark reduzierter Gyrierung vorlag, was auf eine früh entstandene intrauterine Zytomegalievirusinfektion hinwies. Das Kind würde mit hoher

Wahrscheinlichkeit einen schweren psychomotorischen Entwicklungsrückstand sowie schwere refraktäre Epilepsie, Hör- und Sehstörungen sowie eine Ernährungs- und Schluckstörung mit entsprechendem Leidensdruck aufweisen. Den Ärzten der zweiten Universitätsklinik zufolge war weder eine normale Entwicklung noch ein leichter Entwicklungsrückstand zu erwarten, sondern eine schwere Retardierung. Das Ersuchen der Frau um einen späten Schwangerschaftsabbruch wurde als nachvollziehbar angesehen. Bei einer Schwangerschaftsdauer von 37 Wochen und 0 Tagen wurde der Fetozid in der ersten Uniklinik durchgeführt. Im Vorfeld des Eingriffs wurde Rücksprache mit einem Perinatologen im Ausland über die beste Vorgehensweise gehalten. Dem Ungeborenen wurde intramuskulär (am Bein) ein Muskelrelaxans (Rocuronium) und ein Schmerzmittel (Fentanyl) verabreicht. 15 Minuten später wurde intrakardial zwei Prozentiges Lidocain (10 ml) injiziert, woraufhin das Kind verstarb. Zwei Tage später wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifegyne und Misoprostol eingeleitet. Am selben Tag kam das Kind leblos zur Welt.

Die äußere Leichenschau und die Obduktion bestätigten die pränatalen Befunde.

22

Erwägungen der Kommission zum voraussichtlichen Leiden ohne Aussicht auf Besserung

»Die Kommission stellt fest, dass die postmortale neuropathologische Untersuchung des Gehirns Art und Ausmaß der pränatal gestellten Diagnose – fetale Zytomegalievirusinfektion mit sehr umfangreichen und schweren Schädigungen und (sekundären) Anlagestörungen des Gehirns – bestätigt hat. Zugleich stützt die Untersuchung die gestellte Prognose.

Ausgehend von den vom Arzt vorgelegten Informationen war nach Ansicht der Kommission zu erwarten, dass das Kind körperlich und ohne Aussicht auf Besserung leiden würde. Das Leiden bestünde mit hoher Wahrscheinlichkeit aus einer schweren, nicht behandelbaren Epilepsie, Ernährungs- und Schluckstörungen, Atembeschwerden, Seh- und Hörstörungen und einer stark verkürzten Lebenserwartung.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Kombination der zu erwartenden Erkrankungen und schweren Entwicklungsstörungen mit einer fehlenden langfristigen Lebensperspektive des Kindes in diesem Fall in die Beurteilung des zu erwartenden Leidens ohne Aussicht auf Besserung einbezogen werden können.«

5.

Die Kommission

Die Kommission besteht aus sechs Mitgliedern; den Vorsitz hat eine Ärztin inne. Insgesamt sind vier Ärzte aus einer der relevanten Disziplinen (Gynäkologie, Neonatologie und Kinderneurologie) vertreten. Ein Mitglied ist Experte für Ethik- oder Sinnfragen, ein Mitglied verfügt über einen juristischen Hintergrund. Jedes Kommissionsmitglied hat einen Vertreter. Die Kommission wird von einer Geschäftsführerin unterstützt.

Mitglieder

- Frau Prof. Dr. Eva Pajkrt, Gynäkologin (Vorsitzende)
- Frau Mieke de Die, Juristin (stellvertretende Vorsitzende)
- Herr Prof. Dr. Oebo Brouwer, Kinderneurologe
- Frau Prof. Dr. Joke Kok, Neonatologin
- Herr Frans Klumper, Gynäkologe
- Frau Prof. Dr. Marian Verkerk, Ethikerin

23

Stellvertretende Mitglieder

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

Geschäftsstelle

- Frau S. van Leeuwen, Geschäftsführerin
- 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

24

Druck

Xerox/OBT, Den Haag