



Beurteilungskommission  
für späte Schwangerschaftsabbrüche  
und Lebensbeendigung bei  
Neugeborenen

Jahresbericht **2017**

# Inhalt

2

<b>1. Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>2. Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2017</b>	<b>4</b>
2.1 Vier Meldungen	4
2.2 Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen der Kommission	4
2.3 Übersicht der Meldungen samt Beurteilung	4
<b>3. Regelung und gesetzlicher Rahmen</b>	<b>15</b>
3.1 Allgemeines	15
3.2 Prüfverfahren und Beurteilung der Kommission	18
3.3 Juristische Prüfung und Entscheidung der Staatsanwaltschaft	19
<b>4. Die Kommission</b>	<b>21</b>

# 1



## Vorwort

Vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2017 der Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (nachfolgend: »die Kommission«).

Die Kommission beurteilt anhand von Sorgfaltskriterien, ob ein später Schwangerschaftsabbruch (Kategorie 1 und 2) beziehungsweise eine Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen in medizinischer und juristischer Hinsicht mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt wurde. Die Sorgfaltskriterien sind in der »Regelung über die Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen« niedergelegt (nachfolgend: »die Regelung«).

Die Kommission ist sich vollkommen darüber im Klaren, um welche schwierige Fragen es bei späten Schwangerschaftsabbrüche und bei der Lebensbeendigung bei Neugeborenen für Ärzte und Eltern in ethischer, professioneller, gesellschaftlicher und juristischer Hinsicht kennzeichnet. 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.«*

Im Jahr 2017 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche und eine Meldung über Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen ein. Die Kommission legt in diesem Jahresbericht die Einzelheiten der eingegangenen Meldungen und der Regelung dar.

Prof. Dr. Eva Pajrt  
*Vorsitzende*

Juni 2018

# 2.

## Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2017

### 2.1 Vier Meldungen

2017 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche ein; eine davon in der Kategorie 1, zwei in der Kategorie 2. Darüber hinaus ging eine Meldung über Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen ein. Die Kommission befand in allen Fällen, dass die Meldungen in ihre Zuständigkeit fallen.

### 2.2 Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen der Kommission

Die Kommission bedankt sich für die vollständig ausgefüllten Musterberichte und die ausführliche Dokumentation (Untersuchungen: pränatal, serologisch, zytogenetisch, DNA, postnatal, MRTs; Berichte: multidisziplinäre Konsultationen, Zweitmeinung, Sozialarbeit, Gespräche) zu den Meldungen des Jahres 2017. Dadurch war es ihr möglich, die Meldungen sorgfältig zu beurteilen.

Bei der Kommission ging eine Meldung über Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen ein. Seit Einrichtung der Kommission im Jahr 2007 war bislang erst ein einziges Mal (2009) ein solcher Fall gemeldet worden. Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen kann erfolgen, wenn ein schweres Leiden ohne Aussicht auf Besserung vorliegt und eine palliativmedizinische Behandlung nicht ausreicht. Es handelt sich hierbei um seltene Ausnahmefälle.

### 2.3 Übersicht der Meldungen samt Beurteilung

Die Meldungen werden anonymisiert, zusammengefasst und mitsamt den Erwägungen und der Beurteilung der Kommission wiedergegeben.

## Meldung 1

### Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen

#### Diagnose und Prognose

Auf der Grundlage genetischer Untersuchungen wurde festgestellt, dass das Kind (im Alter von unter 12 Monaten) an einer schweren neurologischen Erkrankung litt. Die Prognose war schlecht; die Lebenserwartung lag bei höchstens zehn Jahren. Die Erkrankung des Kindes äußerte sich in einer schweren psychomotorischen Retardierung, starker Bewegungsunruhe, unwillkürlichen Bewegungen, Reflux, Visus- und Ernährungsproblemen und schweren Schlafstörungen. Das klinische Bild würde sich voraussichtlich weiter verschlechtern, was aus der klinischen Präsentation hervorging, die bereits eine Verschlechterung zeigte, obwohl das Kind bereits zahlreichen medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungen unterzogen worden war. Es traten rezidivierende epileptische Anfälle auf, und das Risiko schwerer Komplikationen, darunter Verschlucken und andere Schluckbeschwerden, die Pneumonien und Atemnot zur Folge haben können, nahm zu. Die Erkrankung war nicht heilbar und nach vernünftigem Ermessen war keine Verbesserung des Zustands des Kindes zu erwarten.

#### 6

#### Leiden von Kind und Eltern

Das Leiden des Kindes äußerte sich durch ständiges Schreien, ein verzerres Gesicht, Kreischnen, Stöhnen und wenig Schlaf. Das Kind litt unter schwerer motorischer Unruhe und ließ sich nicht beruhigen. Es gab einige Momente, in denen das Kind ruhig war und interagierte, aber diese Momente wurden immer seltener. Es lagen sehr schweres Leiden und große Unruhe vor, die im Laufe der Zeit zunahmen. Das psychische Leiden der Eltern bestand in dem Wissen, dass das Kind an einer sehr schweren und unheilbaren Krankheit litt und dass sein Leiden sichtbar zunahm. Es gab keinerlei Entwicklungschancen oder Lebensperspektiven für das Kind. Die Eltern wollten ihrem Kind einen weiteren Leidensweg ersparen und es Ruhe finden lassen.

Angesichts des sehr schweren Leidens des Kindes, der fehlenden Lebensqualität und der schlechten Prognose waren sich die Eltern und der behandelnde Arzt darüber einig, dass das Leben des Kindes beendet werden solle, um ihm weiteres unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung zu ersparen.

#### Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Im eigenen multidisziplinären Behandlungsteam gab es – mit Ausnahme eines Arztes – einen allgemeinen Konsens bezüglich der Bitte um Lebensbeendigung. Der betreffende Arzt hatte Zweifel in Bezug auf die Frage, ob das Kind unerträglich litt. Den konsultierten Ärzten aus anderen Regionen (Zweitmeinung) zufolge war das in der Regelung über späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen niedergelegte Kriterium des unerträgliches Leidens ohne Aussicht auf

Besserung erfüllt. Die Aussichtslosigkeit des Zustands ergab sich laut den Ärzten in erster Linie aus der fehlenden Möglichkeit, das Leiden des Kindes in irgendeiner Weise zu lindern, sowie aus der Tatsache, dass das Kind an einer Erkrankung litt, die seine Lebenserwartung begrenzte, ohne dass Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität bestand.

Die Unerträglichkeit des Leidens ließ sich aus den bereits seit langer Zeit bestehenden Symptomen schweren Leidens ableiten, die das Kind nahezu ständig zeigte und die auch von den Eltern als solche interpretiert wurden.

### **Durchführung**

Nachdem die Lebensbeendigung beschlossen worden war, zog der Arzt für die Durchführung einen Anästhesisten hinzu. Nach einer lokalen Betäubung mit Xylocain setzte der Arzt einen intraossären Zugang über die Tuberositas tibiae des Kindes. Der Arzt führte die Lebensbeendigung mittels Verabreichung von 2 ml Xylocain, 250 mg Thiopental und 15 mg Rocuronium durch, woraufhin das Kind verstarb.

### **Erwägungen der Kommission**

#### **Unerträgliches Leiden und aussichtsloser Zustand**

Aus den relevanten Unterlagen geht hervor, dass das Kind allen verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten (medizinisch wie auch nicht-medizinisch) unterzogen worden war. Dennoch war es nicht gelungen, bei dem Kind einen Zustand des Wohlbefindens zu erreichen und sein Leiden zu lindern. Außerdem wurde berücksichtigt, dass auch Alternativen wie eine tiefe Sedierung und das Unterlassen künstlicher Ernährung/Hydrierung für den Fall zunehmender Ernährungsprobleme erwogen worden waren. Eine Probebehandlung mit einem Barbiturat zwecks tiefer Sedierung des Kindes führte dazu, dass jegliche Möglichkeit der Interaktion mit ihm – die sowieso schon sehr begrenzt war – wegfiel. Dies war für die Eltern keine annehmbare Behandlungsalternative. Eine Entscheidung über das Unterlassen oder die Einstellung künstlicher Ernährung/Hydrierung erübrigte sich, da das Kind dank der maximalen Anstrengungen seiner Eltern selbst hinreichend flüssige Nahrung zu sich nahm.

Die Aussichtslosigkeit des Zustands ergab sich aus der fehlenden Möglichkeit, das Leiden des Kindes zu lindern, sowie aus der Tatsache, dass das Kind an einer Erkrankung litt, die seine Lebenserwartung begrenzte, ohne dass Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität bestand. Die Unerträglichkeit des Leidens ließ sich aus den bereits seit langer Zeit bestehenden Symptomen schweren Leidens ableiten, die das Kind nahezu ständig zeigte.

Die Kommission ist der Auffassung, dass der Arzt zu der Überzeugung gelangen konnte, dass das Leiden des Kindes unerträglich war und dass es keine Aussicht auf Besserung gab.

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

Die Kommission stellt fest, dass die Eltern von den behandelnden Ärzten umfassend informiert wurden; dies geht aus den Unterlagen hervor. Der Arzt kam gemeinsam mit den Eltern zu dem Schluss, dass es für die Situation, in der sich das Kind befand, keine annehmbare andere Lösung gab.

### **Zustimmung der Eltern zur Lebensbeendigung**

Die Kommission hat die Bitte der Eltern um Lebensbeendigung bei ihrem Kind zur Kenntnis genommen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Eltern freiwillig und konsistent war und dass die Entscheidung für die Lebensbeendigung nach reiflicher Überlegung getroffen wurde.

### **Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes**

Die Kommission stellt fest, dass die Möglichkeit der Lebensbeendigung in einer multidisziplinären Teambesprechung und unter ethischen Gesichtspunkten erörtert und beurteilt worden ist. Außerdem haben zwei unabhängige Ärzte diese Möglichkeit beurteilt. Dies wurde schriftlich festgehalten. Alle Beteiligten waren sich über die Diagnose und Prognose einig.

### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

Die Kommission stellt fest, dass sich der Arzt bezüglich der Durchführung der Lebensbeendigung mit einem Anästhesisten beraten hat. Des Weiteren stellt die Kommission fest, dass der Arzt dem Kind zunächst ein Analgetikum, dann ein komaauslösendes Mittel und anschließend ein Muskelrelaxans verabreicht hat. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Entscheidung für die Lebensbeendigung bei dem Kind nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung getroffen und dass die Lebensbeendigung 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 2

#### Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind aufgrund einer COL4A1-Genmutation an Hydranenzephalie litt. Die Prognose war sehr schlecht; die postnatale Lebenserwartung des Kindes konnte nicht präzise vorhergesagt werden. Das Kind könnte nach der Geburt schwerwiegende neurologische Probleme entwickeln, die voraussichtlich seine Vitalfunktionen gefährden würden und seinen Tod zur Folge hätten. Die Prognose umfasste eine weitreichende Cerebralparese mit Quadriplegie, eine sehr schwere geistige Behinderung, Hör- und Sehbehinderungen, die Unfähigkeit zu kommunizieren, mangelnde Selbstständigkeit und potentielle Atmungs-, Ernährungs- und Schluckstörungen. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

#### Leiden von Kind und Mutter

Das zu erwartende Leiden für das Kind bestand aus schwer behandelbaren neurologischen Komplikationen wie Atmungs-, Ernährungs- und Schluckstörungen. Das psychische Leiden der Frau bestand aus dem Wissen, dass das Kind einen schwerwiegenden Hirnschaden erlitten hatte, nach der Geburt schwer mehrfach behindert sein würde und dadurch keinerlei Entwicklungschancen und Lebensperspektive hätte. Die Frau wollte ihrem Kind diesen Leidensweg unter allen Umständen ersparen. Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und Prognose informiert worden. Auch das Austragen der Schwangerschaft mit postnataler Palliativbehandlung war mit der Frau besprochen worden. Diese Möglichkeit lehnte sie jedoch ab. Angesichts der sehr schlechten Prognose bat die Frau bei einer Schwangerschaftsdauer von 31 Wochen mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

9

#### Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen. Zudem wurde bei einer Klinik außerhalb der eigenen Region eine Zweitmeinung eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens über die Diagnose, die Prognose und die Erfüllung der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft.

#### Durchführung

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 32 Wochen wurde der Fetozid mittels einer intrakardialen Injektion von Kaliumchlorid (KCl) durchgeführt, woraufhin das Kind starb. Die Geburt wurde durch Verabreichung von Mifegyne und Misoprostol eingeleitet.

Am Tag darauf wurde das Kind tot geboren. Die äußere Leichenschau und die Obduktion bestätigten die pränatalen Befunde.

### *Erwägungen der Kommission*

#### **Kategorie 2**

Die Kommission stellt fest, dass angesichts der Diagnose und der Prognose eine medizinische Behandlung des Kindes nach der Geburt als sinnlos betrachtet wird. Es besteht kein begründeter Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

#### **Aktuelles oder künftiges Leiden des Ungeborenen ohne Aussicht auf Besserung**

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 in Ernährungs- und Schluckstörungen, Atembeschwerden, Seh- und Hörstörungen und einer stark verkürzten Lebenserwartung.

10

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Kombination der zu erwartenden Erkrankungen und schweren Entwicklungsverzögerungen mit der fehlenden langfristigen Lebensperspektive des Kindes in diesem Fall bei der Beurteilung des Vorliegens eines Leidens ohne Aussicht auf Besserung berücksichtigt werden 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, auch über die Alternative des Austragens der Schwangerschaft mit postnataler Palliativbehandlung. 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 gebeten hatten. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und konsistent war und dass die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nach reiflicher Überlegung getroffen wurde.

#### **Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes**

Die Kommission stellt fest, dass über die Bitte, die Schwangerschaft abubrechen, zwei Mal in einem multidisziplinären Team beraten wurde. Eine Besprechung fand in der

eigenen Klinik statt, die zweite außerhalb der eigenen Region im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung. Die Ergebnisse wurden schriftlich festgehalten. Alle Mitglieder der multidisziplinären Teams waren sich darüber einig, dass die Sorgfaltskriterien erfüllt waren.

### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

Die Kommission stellt fest, dass die Entscheidung, den Fetozid durchzuführen, nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung getroffen worden und die Durchführung medizinisch sorgfältig erfolgt war.

### **Beurteilung**

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

## Meldung 3

### Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 2

#### Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an einer schweren Mikrozephalie litt. Das Kind hatte durch eine fetale ZIKA-Virusinfektion schwere Hirnschäden erlitten.

Die Prognose war sehr schlecht. Dem Arzt zufolge wäre eine Behandlung des Kindes nach der Geburt medizinisch sinnlos. Die postnatale Lebenserwartung hing nach Auffassung des Arztes von den Umständen ab. Bei einer Frühgeburt des lebenden Kindes würde diese im besten Fall einige Tage betragen. Das Kind würde nach der Geburt nicht selbstständig essen und trinken können, wäre also auf Sondenernährung angewiesen. In Anbetracht der Situation würde aber von einer Sondenernährung abgesehen werden, und das Kind würde innerhalb weniger Tage sterben.

Bei einer Entbindung am errechneten Termin würde der Hirnschaden nicht unmittelbar zum Tod des Kindes führen. Auch in dieser Situation war anzunehmen, dass das Kind nicht selbstständig trinken könnte, dass aber von einer Sondenernährung abgesehen und das Kind infolgeessen sterben würde. Es musste aber auch damit gerechnet werden, dass das Kind starke Krämpfe entwickeln würde, die zu einem unbehandelbaren Apnoen mit Todesfolge führen würden. Könnte das Kind nach der Geburt selbstständig trinken, so könnte es einige Jahre leben, aber schließlich sterben, zum Beispiel an einer Aspirationspneumonie.

Die Prognose bestand aus einer sehr schweren psychomotorischen Retardierung und geistigen Behinderung, einer starken Sehbehinderung und einer sehr schweren Cerebralparese mit schwerer Epilepsie. Das Kind könnte nicht oder nur eingeschränkt kommunizieren und nicht selbstständig leben. Darüber hinaus würde es möglicherweise Atembeschwerden sowie Ernährungs- und Schluckstörungen entwickeln. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern.

#### Leiden von Kind und Mutter

Das zu erwartende Leiden des Kindes bestand aus schwer behandelbaren neurologischen Komplikationen wie Atembeschwerden, Ernährungs- und Schluckstörungen. Das psychische Leiden der Frau und ihres Partners bestand aus dem Wissen, dass ihr Kind, wenn es die Geburt überlebte, mehrfach schwer behindert sein würde. Dies empfanden sie als menschenunwürdig für ihr Kind.

Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und Prognose informiert worden. Die Möglichkeit des Austragens der Schwangerschaft war mit ihnen besprochen worden, kam für sie jedoch nicht in Frage; sie baten um Beendigung der Schwangerschaft. Die Frau und ihr Partner waren auch darüber informiert worden, dass die Lebensbeendigung mittels Fetozyd vorgenommen werden würde.

Angesichts der sehr schlechten Prognose baten die Frau und ihr Partner bei einer Schwangerschaftsdauer von 31 Wochen mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

### **Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung**

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen. Zudem wurde bei einer Klinik außerhalb der eigenen Region eine Zweitmeinung eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens über die Diagnose, die Prognose und die Erfüllung der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft.

### **Durchführung**

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 32 Wochen wurde der Fetozid mittels einer intrakardialen Injektion von Kaliumchlorid (KCl) durchgeführt, woraufhin das Kind starb. Die Geburt wurde durch Verabreichung von Mifegyne und Misoprostol eingeleitet. Am Tag darauf wurde das Kind tot geboren. Die äußere Leichenschau und ein postmortaler MRT bestätigten die pränatalen Befunde.

### ***Erwägungen der Kommission***

#### **Kategorie 2**

Die Kommission stellt fest, dass angesichts der Diagnose und der Prognose eine medizinische Behandlung des Kindes nach der Geburt als sinnlos betrachtet wird. Es besteht kein begründeter Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

#### **Aktuelles oder künftiges Leiden des Ungeborenen ohne Aussicht auf Besserung**

Angesichts der vom Arzt vorgelegten Informationen war nach Ansicht der Kommission zu erwarten, dass das Kind ohne Aussicht auf Besserung leiden würde; das Leiden bestünde aus einer sehr schweren psychomotorischen Retardierung und geistigen Behinderung, einer starken Sehbehinderung und einer sehr schweren Cerebralparese mit schwerer Epilepsie. Das Kind könnte nicht oder nur eingeschränkt kommunizieren, könnte kein selbstständiges Leben führen und würde möglicherweise Atembeschwerden sowie Ernährungs- und Schluckstörungen entwickeln. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten, um die Prognose zu verbessern, weder vor noch nach der Geburt. Die Kombination dieser Beeinträchtigungen würde zu einer stark verkürzten Lebenserwartung führen. Eine postnatale Behandlung würde die Perspektive nicht wesentlich beeinflussen. Die Kommission ist der Auffassung, dass die Kombination der zu erwartenden Erkrankungen und schweren Entwicklungsverzögerungen mit der fehlenden langfristigen Lebensperspektive des Kindes in diesem Fall bei der Beurteilung des Vorliegens eines Leidens ohne Aussicht auf Besserung berücksichtigt werden 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 worden waren, auch über die Alternative des Austragens 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 gebeten hatten. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und konsistent war und dass die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nach reiflicher Überlegung getroffen wurde.

### **Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes**

Die Kommission stellt fest, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft drei Mal in einem multidisziplinären Team besprochen wurde. Zwei Besprechungen fanden in der eigenen Klinik statt, die dritte außerhalb der eigenen Region im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung. Die Ergebnisse wurden schriftlich festgehalten. Alle Mitglieder der multidisziplinären Teams waren sich darüber einig, dass kein Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden sehr schlechten Prognose bestand.

### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

Die Kommission stellt fest, dass die Entscheidung, den Fetozid durchzuführen, nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung getroffen worden und die Durchführung medizinisch sorgfältig erfolgt war.

### **Beurteilung**

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

## Meldung 4

### Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

#### Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind aufgrund von Deletionen im ATAD3A-Gen an einer sehr schweren pontozerebellären Hypoplasie (PCH) litt, die zum Tod führen würde.

Aus der Vorgeschichte der Frau ging hervor, dass ihr erstes Kind direkt nach der Geburt gestorben war, wie sich später herausstellte aufgrund derselben Genmutation.

Die Prognose war infaust; ein positiver Verlauf war nicht denkbar. Die postnatale Lebenserwartung des Kindes lag bei unter einer Woche.

#### Leiden der Frau

Das psychische Leiden der Frau bestand in dem Wissen, dass das Kind an derselben tödlichen Krankheit litt wie ihr erstes Kind. Die Frau hatte ihre erste Schwangerschaft und Entbindung sehr negativ erlebt und sah sich nicht in der Lage, dies ein weiteres Mal durchzumachen. Da das Kind kurz nach der Geburt sterben würde, empfand sie das Austragen des Kindes als sinnlos. Das körperliche Leiden der Frau bestand aus starken Rücken- und Bauchschmerzen, die durch eine erhöhte Fruchtwassermenge verursacht wurden. Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und die Prognose informiert worden. Auch die Möglichkeit des Austragens der Schwangerschaft war mit der Frau besprochen worden. Dies lehnte sie jedoch ab.

Angesichts der infausten Prognose baten die Frau und ihr Partner bei einer Schwangerschaftsdauer von 31 Wochen mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

#### Besprechung im eigenen Behandlungsteam (und Zweitmeinung\*)

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde nach einer multidisziplinären Teambesprechung getroffen. Zudem wurde bei einem Spezialisten mit spezifischer Erfahrung mit diesem Krankheitsbild in einer Klinik außerhalb der eigenen Region eine Zweitmeinung eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens über die Diagnose, die Prognose und die Erfüllung der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft.

#### Durchführung

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 24 Wochen wurde die Geburt durch Eröffnung der Fruchtblase und die Gabe von Oxytocin eingeleitet. Am selben Tag kam das Kind lebend zur Welt. Das Kind wurde der Mutter direkt nach der Geburt auf die Brust

gelegt und starb einige Zeit später infolge einer respiratorischen Insuffizienz in ihren Armen.

*\*Eine Zweitmeinung ist in einem Fall der Kategorie 1 nicht erforderlich.*

### **Erwägungen der Kommission**

#### **Kategorie 1**

Aufgrund von Deletionen im ATAD3A-Gen lag bei dem Kind eine sehr schwere Form von PCH vor. Es gibt verschiedene Formen von PCH, diese Ausprägung hat jedoch fast immer den Tod des Neugeborenen zur Folge. 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 gebeten hatten. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Frau und ihr Partner ihre Bitte 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 kam zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss, 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 der multidisziplinären Besprechung erörtert und beurteilt wurde. Zudem wurde in einer Universitätsklinik außerhalb der eigenen Region eine Zweitmeinung eingeholt. Die Ergebnisse wurden schriftlich festgehalten. Alle Beteiligten waren sich über die Diagnose, die Prognose und die Erfüllung der Bitte um einen späten Schwangerschaftsabbruch einig.

#### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte durch Einleitung der Geburt bei einer Schwangerschaftsdauer von 34 Wochen mittels Eröffnung der Fruchtblase und Verabreichung von Oxytocin. 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.

# 3

## Regelung und gesetzlicher Rahmen

### 3.1 Allgemeines

Die Regelung wurde zum 1. Februar 2016 überarbeitet, dabei wurden die geltenden Sorgfaltskriterien konkreter formuliert. Außerdem wurden medizinische und juristische Aspekte klarer abgefasst, und späte Schwangerschaftsabbrüche der Kategorie 1 wurden unter die Beurteilungsbefugnis der Kommission gestellt.

#### *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 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 Musterformulare<sup>1</sup> an die Kommission.

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.

19

### **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 Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), ob dies der Fall ist.

<sup>1</sup> *Abrufbar unter [www.lzalp.nl](http://www.lzalp.nl).*

## *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:

- 20
- 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

- b) und kein begründeter Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose besteht;
- c) 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;
- d) die Eltern der Lebensbeendigung zugestimmt haben;
- 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) 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 Strafausschließungsgrund 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 bei jedem 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.

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

Im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs der Kategorie 2 oder einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen muss ein unabhängiger Arzt hinzugezogen werden, es sei denn, dies ist nach vernünftigem Ermessen unmöglich.

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.

22

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.

### **3.3 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. Ist die strafrechtliche Vorwerfbarkeit gegeben, prüft die Staatsanwaltschaft, ob eine Strafverfolgung angezeigt ist. Hat der Arzt im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt, so kann ihm grundsätzlich keine strafrechtliche Vorwerfbarkeit zur Last gelegt werden. Die Entscheidung, ob eine Strafverfolgung eingeleitet wird, obliegt aber letztlich der Staatsanwaltschaft.

Hat der Arzt hingegen nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt, kann ihm im Prinzip leichter eine strafrechtliche Vorwerfbarkeit zur Last gelegt werden. Ob eine strafrechtliche Verfolgung eingeleitet wird, hängt von den individuellen Gegebenheiten und Umständen des Falls ab.

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). 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 der Lebensbeendigung bei einem 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 noch Klärungsbedarf besteht. Wenn die Ärzteschaft in diesen Fragen gemeinsame Standpunkte bestimmen kann, werden diese Bestandteil der professionellen medizinischen Standards.

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 späten Schwangerschaftsabbrüchen und der Lebensbedingung bei Neugeborenen« (Aanwijzing vervolgingsbeslissing late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen/2017A003) zu finden. Die Durchführungsvorschrift ist auf der Website der Kommission ([www.lzalp.nl](http://www.lzalp.nl)) unter dem Menüpunkt »Wet & Regeling« (Gesetz und Regelung) einsehbar (in niederländischer Sprache).

### *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.



# 4

## Die Kommission

Die Kommission besteht aus sechs Mitgliedern; den Vorsitz hat ein Arzt inne. Insgesamt sind vier Ärzte aus einer der relevanten Disziplinen (Gynäkologie, Neonatologie und Kinderneurologie) vertreten. Ein Mitglied ist Experte für Ethik- oder Sinnfragen und ein weiteres 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

25

### 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 idee en ontwerp), Rotterdam

### *Druck*

Xerox/OBT, Den Haag