



# Jahresbericht 2019

**Iza Ip**

Beurteilungskommission für  
späte Schwangerschaftsabbrüche  
und Lebensbeendigung bei  
Neugeborenen

# Inhalt

<b>1. Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>2. Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2019</b>	
2.1 Drei Meldungen	4
2.2 Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen der Kommission	4
2.3 Aktivitäten und Diskussionsthemen der Kommission	5
2.4 Übersicht Meldungen samt Beurteilung	7
<b>3. Regelung und gesetzlicher Rahmen</b>	
3.1 Allgemeines	16
3.2 Verfahren und Beurteilung der Kommission	20
3.3 Juristische Prüfung und abschließende Entscheidung der Staatsanwaltschaft	21
<b>4. Die Kommission</b>	<b>24</b>

# 1 Vorwort

Vor Ihnen liegt der Jahresbericht 2019 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) bzw. die Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen medizinisch und juristisch 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«).

Im Jahr 2019 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche und keine Meldungen über Lebensbeendigungen bei Neugeborenen ein. Eine der drei Meldungen über einen späten Schwangerschaftsabbruch fiel in Kategorie 1, zwei Meldungen in Kategorie 2.

Dieser Jahresbericht befasst sich mit den eingegangenen Meldungen wie auch mit den Untersuchungsergebnissen und Aktivitäten der Kommission. Er geht zudem auf die Themen ein, die innerhalb der Kommission diskutiert wurden, und informiert über relevante Rechtsvorschriften.

Im Dezember 2019 verstarb nach einer Erkrankung Kommissionsmitglied Mark van der Hoeven. Mark van der Hoeven war der Kommission in seiner Eigenschaft als Arzt mit besonderem Fachwissen im Bereich Neonatologie verbunden. Er war seit 2016 stellvertretendes Mitglied der Beurteilungskommission und hat sich stets für die Grundsätze und Ziele der Kommission starkgemacht. Die Kommission wird ihn und seinen Beitrag vermissen.

Prof. Dr. Eva Pajkrt

Vorsitzende

August 2020

# 2

## Tätigkeiten der Kommission im Jahr 2019

### 2.1 Drei Meldungen

Im Jahr 2019 gingen bei der Kommission drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche ein. Eine Meldung betrifft Kategorie 1, zwei Meldungen Kategorie 2. Die Kommission befand, dass diese Meldungen in ihre Zuständigkeit fallen.

### 2.2 Untersuchungsergebnisse und Erfahrungen der Kommission

Mit Blick auf die im Jahr 2019 eingereichten Meldungen bedankt sich die Kommission, wie auch in den letzten Jahren, für die vollständig ausgefüllten Meldeformulare und die ausführliche beigelegte Dokumentation (Untersuchungen: pränatal, serologisch, zytogenetisch, DNA, postnatal, MRTs; Berichte: multidisziplinäre Konsultationen, Zweitmeinung, Sozialarbeit, Gespräche). Meldungen, die zusammen mit den erforderlichen und vollständigen Unterlagen eingereicht werden, können von der Kommission ohne Verzögerungen ordnungsgemäß beurteilt werden.

2018 wurden der Kommission elf späte Schwangerschaftsabbrüche gemeldet, in diesem Berichtsjahr gingen drei Meldungen ein. Das ist somit ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Vorjahr; die Anzahl der Meldungen im Jahr 2019 entspricht eher denen der Jahre 2016 und 2017.

Eine Übersicht:

	Gesamtzahl der Meldungen	Späte Schwangerschaftsabbr. Kat. 1	Späte Schwangerschaftsabbr. Kat. 2	Lebensbeendigung bei Neugeborenen
2016	3	2	1	-
2017	4	1	2	1
2018	11	5	6	-
2019	3	2	1	-

Die Kommission fand keine Erklärung für die erhöhte Anzahl der Meldungen im Jahr 2018.

## 2.3 Aktivitäten und Diskussionsthemen der Kommission

### *Plenarsitzung in Utrecht*

Die Kommission kam in diesem Berichtsjahr zu einer Sitzung zusammen, um sich über die Evaluierung der Regelung auszutauschen, die für das Jahr 2020 geplant ist. Die Kommission vertritt unter anderem die Ansicht, dass die in der Regelung niedergelegten Definitionen der Begriffe »Arzt« und »später Schwangerschaftsabbruch« überarbeitet werden müssen, da sie in der Praxis Fragen aufwerfen. Etwa dahingehend, ob mit dem Begriff »Arzt« der (gesamt)verantwortliche Arzt oder der mit der Ausführung betraute Arzt gemeint ist. Zudem sollte nach Ansicht der Kommission der Aspekt des zukünftigen Leidens des Kindes in die Regelung aufgenommen werden. Nach Artikel 6 Buchstabe b der Regelung hat ein Arzt die Sorgfaltskriterien erfüllt, wenn 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. In Artikel 7 Buchstabe a der Regelung fehlt eine solche Differenzierung. Die Kommission hat diese und andere Vorschläge dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport vorgelegt.

Darüber hinaus hat sie auf ihrer Sitzung in Utrecht die Meldeformulare überarbeitet. Die Kommission hofft, dass dadurch für Ärzte klarer ersichtlich wird, welche Informationen und ergänzenden Unterlagen in den verschiedenen Kategorien einzureichen sind. Zu diesem Zweck wurde eine Checkliste erstellt, anhand derer der Arzt prüfen kann, welche Informationen für die Beurteilung einer Meldung vorgelegt werden müssen.

Außerdem hat die Kommission beantragt, dass ihre Jahresberichte künftig ins Englische und möglicherweise auch ins Deutsche und Französische übersetzt werden. So soll gewährleistet werden, dass ihre Tätigkeit einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Jahresberichts wird der Jahresbericht 2018 auf der Website auch in englischer Sprache abrufbar sein. Der Jahresbericht 2019 sowie die zukünftigen Berichte werden in jedem Fall auch in einer englischen Übersetzung verfügbar sein.

### *Aktualisierung der Website*

In Zusammenarbeit mit einem Kommunikationsberater und einem Webentwickler des Gesundheitsministeriums hat die Kommission ihre Website kritisch evaluiert mit dem Ziel, die dort abrufbaren Informationen deutlicher zu kategorisieren. Informationen zum Ablauf des Meldeprozesses und über die Rolle der Kommission wie

auch frühere Beurteilungen und die Jahresberichte sollen für Ärzte einfach auffindbar sein. Außerdem ist die Kommission bestrebt, über die Website Eltern und andere Betroffene über ihre Aufgabe aufzuklären. Die Kommission ist sich darüber im Klaren, dass bei einem späten Schwangerschaftsabbruch bzw. der Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen ein schwerer Weg beschritten wird. Deshalb vertritt sie die Auffassung, dass bei der Beurteilung einer Meldung Transparenz geboten ist. Die aktualisierte Website ist inzwischen online ([www.lzalp.nl](http://www.lzalp.nl)).

### ***Beratung über den Protokollentwurf »Perinatale Palliativversorgung«***

Auf Einladung mehrerer Kinderärzte diskutierten einige Kommissionsmitglieder in diesem Berichtsjahr über einen lokalen Protokollentwurf zum Thema perinatale Palliativversorgung. Die Beratung fand in der Universitätsklinik Groningen (UMCG) statt. Mit dem Protokollentwurf soll die bestmögliche Begleitung der letzten Lebensphase von Neugeborenen gewährleistet werden, deren Tod relativ kurz nach der Geburt erwartet wird. Im Protokoll werden die Grenzen zwischen der Palliativversorgung mit natürlicher Todesfolge und der aktiven Lebensbeendigung beschrieben. Derzeit entscheiden sich Kinderärzte in Situationen, in denen eine weitere Behandlung eines Neugeborenen als aussichtslos erachtet wird, in Absprache mit den Eltern für den palliativen Weg.

Auch eine Studie zu medizinischen Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende bei Kindern im Alter von 1 bis 12 Jahren wurde diskutiert. Aktuell befasst sich die Kommission mit derartigen Entscheidungen bekanntlich nur bei Kindern im Alter zwischen 0 und 1 Jahr.

### ***Unterscheidung zwischen Meldungen der Kategorie 1 und Kategorie 2***

In der Theorie erscheint der Unterschied zwischen den beiden Meldungskategorien bei späten Schwangerschaftsabbrüchen deutlich. In der Praxis ist diese Unterscheidung jedoch nicht immer einfach, was die Kategorisierung einer Meldung erschwert.

In diesem Berichtsjahr wurde eine Meldung der Kategorie 1 eingereicht, bei der die Kommission während einer Beratung zu dem Schluss kam, dass diese eigentlich Kategorie 2 hätte zugeordnet werden müssen. Der Arzt wurde gebeten, die Unterlagen unter Berücksichtigung der geänderten Kategorie erneut auszufüllen. In bestimmten Fällen ist die Einordnung der Meldungen sogar für die Kommission schwierig, weshalb sie Verständnis dafür hat, dass Ärzte damit hin und wieder zu kämpfen haben.

Die Kommission stellt fest, dass die Kategorisierung einer Meldung Einfluss auf das anschließende Verfahren hat, wie es in Kapitel 3 dieses Jahresberichts erläutert wird.

## **2.4 Übersicht Meldungen samt Beurteilung**

Die 2019 eingegangenen Meldungen wurden anonymisiert, gekürzt und um die Beurteilung der Kommission ergänzt.

## Meldung 1

### Später Schwangerschaftsabbruch, Kategorie 1

#### Diagnose und Prognose

Untersuchungen ergaben, dass das Kind an Trisomie 13 litt. Bei dieser Form der Genommutation ist in allen Körperzellen das Chromosom 13 drei- statt zweifach vorhanden. Die Prognose ist infaust. Es handelt sich um eine schwerwiegende Chromosomenanomalie, bei der das Kind in den meisten Fällen Fehlbildungen von Gehirn, Herz und Nieren aufweist. Außerdem treten oft Fehlbildungen des Gesichts wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten auf; in allen Fällen liegt eine schwere geistige Behinderung vor. Zudem besitzt das Kind oft mehr als zehn Finger oder Zehen (Polydaktylie). Die meisten Kinder mit Trisomie 13 versterben während der Schwangerschaft (intrauterin). Von den lebend geborenen Kindern überleben etwa 10 % das erste Lebensjahr. Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Prognose.

#### Leiden der Frau

Die Frau hatte bereits unmittelbar nach Feststellung der Schwangerschaft, noch bevor ihr die Diagnose und Prognose für das Kind mitgeteilt worden war, erklärt, dass ihre Familienplanung bereits abgeschlossen sei. Wäre ihr die Schwangerschaft früher bekannt gewesen, hätte sie sich für eine Abtreibung entschieden. Die Frau und ihr Partner waren über die Diagnose und Prognose informiert worden.

Auch war das Austragen der Schwangerschaft mit der Frau besprochen worden. Die Frau war psychisch nicht in der Lage, die Schwangerschaft auszutragen.

Angesichts der infausten Prognose baten die Frau und ihr Partner bei einer Schwangerschaftsdauer von 24 Wochen und 3 Tagen mündlich um einen Abbruch der Schwangerschaft.

#### Besprechung im eigenen Behandlungsteam

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

#### Durchführung

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 26 Wochen und 5 Tagen wurde dem Kind zunächst Fentanyl verabreicht, wonach ein Fetozid erfolgte. In der Folge wurde die Geburt durch Verabreichung von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet. Am nächsten Tag kam das Kind leblos zur Welt.

## **Erwägungen der Kommission**

### **Kategorie 1**

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

### **Ersuchen der Frau**

Die Kommission entnimmt den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft baten. Sie kommt zu dem Schluss, dass das Paar seine Bitte nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung geäußert hat.

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

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

### **Besprechung im eigenen Behandlungsteam**

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Bitte um Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen einer multidisziplinären Teambesprechung erörtert und beurteilt wurde. Die Besprechung wurde schriftlich festgehalten. Es herrschte allgemeiner Konsens über Diagnose und Prognose sowie die Erfüllung der Bitte der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft.

### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die Entscheidung für die Durchführung des Fetozids nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung getroffen und der Fetozid 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

Bei der Schwangerschaft handelte es sich um eine Zwillingsschwangerschaft. Untersuchungen ergaben, dass bei beiden Föten ein Oligohydramnion und vergrößerte echodichte Nieren vorlagen, die eine multizystische Nierendysplasie nahelegten. Im PKHD1-Gen wurden zwei pathogene Varianten festgestellt, die auf eine autosomal-rezessive polyzystische Nierenerkrankung (ARPKD) Typ 4 hinwiesen. Die Prognose war schlecht. Für beide Kinder bestand eine sehr geringe Überlebenschance. Die Föten produzierten keinen Urin, weshalb kaum Fruchtwasser vorhanden war, und die Lungen konnten sich nicht gut entwickeln. Aufgrund der gestörten Entwicklung der Lungen bestand eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder kurz nach der Geburt an Atemnot sterben würden. Darüber hinaus würden sie an einer schwerwiegenden (nicht heilbaren) Nierenfunktionsstörung leiden. Je nach Schweregrad der Störung hätte (ohne Nierenfunktion) eine sehr geringe Überlebenschance oder (bei schwacher Nierenfunktion) in einem sehr frühen Kindesalter die Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie in Form einer Dialyse oder einer Nierentransplantation bestanden. In letzterem Fall wären die Kinder nach der Geburt lebenslang von medizinischer Versorgung abhängig gewesen.

#### Leiden der Kinder und der Frau

Würden die Kinder ihre Lungenfunktionsstörungen überleben, müssten sie sich als Nierenpatienten lebenslang intensiven Behandlungen unterziehen. Die Frau und ihr Partner standen unter psychischem Leidensdruck. Das Wissen um die sehr schlechte Prognose für die Kinder resultierte in der Entscheidung, die Schwangerschaft nicht austragen zu wollen. Sie wollten den Kindern zukünftiges Leiden ersparen.

#### 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 bezüglich Diagnose und Prognose.

#### Durchführung

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 27 Wochen und 5 Tagen wurde der Fetozid durch Verabreichung von Kaliumchlorid über die Nabelschnur durchgeführt. In der Folge wurde die Geburt durch die Gabe von Mifepriston und Misoprostol eingeleitet, beide Kinder kamen daraufhin am selben Tag leblos zur Welt.

### **Kategorie 2**

Die Kommission stellt fest, dass die gestellte Diagnose und Prognose eine medizinische Behandlung nach der Geburt sinnlos machten. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

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

Auf der Grundlage der vom Arzt vorgelegten Informationen war nach Ansicht der Kommission zu erwarten, dass die Kinder, sollten sie die ersten Tage nach der Geburt überleben, aufgrund der Lungenfunktionsstörungen und einer schweren Nierenfunktionsstörung ohne Aussicht auf Besserung leiden würden. Falls die Kinder die Geburt überlebten, wären sie danach vollständig von medizinischer Versorgung abhängig und müssten sich lebenslang intensiven Behandlungen unterziehen.

Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Prognose.

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

Die Kommission stellt fest, dass die Eltern umfassend und in aller Ausführlichkeit über die gestellte Diagnose und Prognose informiert wurden, auch über die Alternative, also das Austragen der Schwangerschaft. Dies geht aus dem Bericht des Arztes hervor. Der Arzt kam zusammen mit der Frau und ihrem Partner zu dem Schluss, dass es für die Situation, in der sich die Kinder und die Frau befanden, keine annehmbare andere Lösung gab.

### **Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft**

Die Kommission entnimmt den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner schriftlich um Beendigung der Schwangerschaft baten. Sie kommt zu dem Schluss, dass das Paar seine Bitte nach sorgfältiger und reiflicher Überlegung geäußert hat.

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

Die Kommission stellt fest, dass das Ersuchen um einen Schwangerschaftsabbruch zwei Mal im Rahmen einer multidisziplinären Teambesprechung erörtert wurde. Eine Besprechung fand in der eigenen Klinik statt, die zweite im Zuge der Einholung einer Zweitmeinung. Die Mitglieder der multidisziplinären Teams bestätigten unabhängig voneinander und einhellig, dass kein Zweifel an der Diagnose und der damit zusammenhängenden sehr schlechten Prognose bestand.

### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

Die Kommission ist der Auffassung, dass der späte Schwangerschaftsabbruch vorschriftsmäßig und medizinisch fachgerecht durchgeführt wurde.

### **Beurteilung**

Die Kommission kommt zu dem Schluss, 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 Rhizomeler Chondrodysplasia punctata (Typ 1) litt. Dabei handelt es sich um eine schwere peroxisomale Stoffwechselstörung mit rhizomeler Verkürzung der Gliedmaßen, schwerer Wachstumsstörung, beidseitiger Katarakt (früh und schwer), Atemproblemen, Wirbelsäulenomalien, Kontrakturen, Adhäsionen, steifen und schmerzhaften Gelenken, Abhängigkeit von Sondenernährung, Epilepsie und einem schweren Entwicklungsrückstand. Die Prognose war sehr schlecht. Die Aussicht für das Kind bestand in einem schweren Entwicklungsrückstand, verbunden mit einer begrenzten Lebenserwartung. Das Kind wäre nach der Geburt vollständig von medizinischer Versorgung abhängig, es würde nicht selbständig leben und kommunizieren können.

Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Prognose.

#### Leiden des Kindes und der Frau

Das für das Kind zu erwartende Leiden bestand in einem schweren Entwicklungsrückstand und dem lebenslangen und chronischen Bedarf an Schmerzmitteln, sowie intensiven und schweren Behandlungen.

Das psychische Leiden der Frau und ihres Partners bestand in dem Wissen, dass ihr Kind an einer schweren Entwicklungsstörung litt und dass es chronische Schmerzen und eine begrenzte Lebenserwartung haben würde. Sie wurden vom Kliniksozialdienst begleitet.

#### Besprechung im eigenen Behandlungsteam und Zweitmeinung

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde getroffen, nachdem der Fall zwei Mal im Rahmen einer multidisziplinären Teambesprechung erörtert worden war. Zudem wurde bei einer Klinik außerhalb der eigenen Region eine Zweitmeinung eingeholt. Es herrschte allgemeiner Konsens bezüglich Diagnose und Prognose.

#### Durchführung

Bei einer Schwangerschaftsdauer von 34 Wochen und 4 Tagen wurde dem Kind zunächst intramuskulär ein Schmerzmittel verabreicht, wonach der Fetozid durch die intrakardiale Injektion von Lidocain erfolgte. Die Geburt wurde durch Verabreichung von Misoprostol eingeleitet; daraufhin kam das Kind leblos zur Welt.

### Kategorie 2

Die Kommission stellt fest, dass die gestellte Diagnose und Prognose eine medizinische Behandlung nach der Geburt sinnlos machten. Es besteht kein nachvollziehbarer Zweifel an der Diagnose und der darauf basierenden Prognose.

### Aktuelles oder vorhersehbares Leiden des Ungeborenen ohne Aussicht auf Besserung

Auf der Grundlage der vom Arzt vorgelegten Informationen war nach Ansicht der Kommission zu erwarten, dass das Kind an einem schweren Entwicklungsrückstand, Epilepsie, Knochenmissbildungen, respiratorischen Problemen und Schluckbeschwerden ohne Aussicht auf Besserung leiden würde.

Das Kind würde nach der Geburt chronische Schmerzen haben und vollständig von medizinischer Versorgung abhängig sein, es würde nicht selbständig leben und kommunizieren können.

Es gab keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Prognose.

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

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

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

### Ausdrückliches Ersuchen der Mutter um Beendigung der Schwangerschaft

Die Kommission entnimmt den Unterlagen, dass die Frau und ihr Partner mündlich um Beendigung der Schwangerschaft baten. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Bitte der Frau und ihres Partners freiwillig und durchdacht war und die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nach reiflicher Überlegung getroffen wurde.

### Hinzuziehung mindestens eines unabhängigen Arztes

Die Kommission stellt fest, dass das Ersuchen um einen Schwangerschaftsabbruch drei Mal im Rahmen einer multidisziplinären Teambesprechung erörtert wurde. Zwei Besprechungen fanden in der eigenen Klinik statt, die dritte im Zuge der Einholung einer Zweitmeinung in einem Klinikum außerhalb der eigenen Region. Dies wurde schriftlich festgehalten. Die Mitglieder

der multidisziplinären Teams bestätigten unabhängig voneinander und einhellig, dass kein Zweifel an der Diagnose und der damit zusammenhängenden sehr schlechten Prognose bestand.

### **Medizinisch fachgerechte Durchführung**

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

### **Beurteilung**

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

# 3.

## Regelung und gesetzlicher Rahmen

### 3.1 Allgemeines

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

#### *Relevante Begriffsbestimmungen:*

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

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

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

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

Ein **unabhängiger Arzt** ist ein Arzt, der nicht in dem Krankenhaus oder dem 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 durch die 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 Beurteilungskommission für späte Schwangerschaftsabbrüche und Lebensbeendigung bei Neugeborenen (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), ob dies der Fall ist.

## Sorgfaltskriterien

### Artikel 5 der Regelung

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

### Artikel 6 der Regelung

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 der Regelung

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, 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 Strafausschließungsgrund des rechtfertigenden Notstands; demnach ist das Handeln des Arztes in einem solchen Fall nicht strafbar. Die Minister sahen keine Notwendigkeit, solche Fälle im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit dem Zustand des Kindes beurteilen zu lassen, weshalb sie der Kommission nicht gemeldet werden müssen.

Allerdings muss der Tod der Leibesfrucht, wie bei jedem Todesfall, dem örtlichen Leichenbeschauer gemeldet werden, der seinerseits die Staatsanwaltschaft informiert. Die Aufsichtsbehörde für Gesundheit und Jugend (IGJ) spielt hierbei eine überwachende Rolle; sollte sie eine schwerwiegende Verletzung der professionellen Standards feststellen, kann sie bei der Staatsanwaltschaft eine entsprechende Meldung machen bzw. Anzeige erstatten. In einem solchen Fall - oder wenn eine Meldung oder Anzeige von

einer anderen Stelle eingeht - wird die Staatsanwaltschaft aktiv. In allen anderen Fällen des späten Schwangerschaftsabbruchs mit maternaler Indikation beschränkt sich die Rolle der Staatsanwaltschaft auf die Entscheidung über die Freigabe des Leichnams zur Bestattung oder Einäscherung.<sup>2</sup>

### 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 abubrechen.

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 leitet in der Folge das ausgefüllte Meldeformular sowie alle anderen relevanten und ergänzenden Dokumente an die Kommission weiter.

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.

2 Durchführungsvorschrift zur Entscheidung über eine Strafverfolgung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen und der Lebensbedingung bei Neugeborenen (Aanwijzing vervolgingsbeslissing late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), Registernummer 2017A003, niederländischer Staatsanzeiger (Staatscourant)Nr. 68445, 1. Februar 2017.

## **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.

### **Später Schwangerschaftsabbruch der 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 Gesundheit und Jugend (IGJ) weiter. Die IGJ kann beschließen, selbst eine Untersuchung durchzuführen und festlegen, ob und, wenn ja, welche Schritte gegen den Arzt unternommen werden müssen.

### **Später Schwangerschaftsabbruch der 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 an die Staatsanwaltschaft als auch an die 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**

Der Kommission ist es ein Anliegen, näher auf die Prüfung und abschließende Entscheidung der Staatsanwaltschaft bei späten Schwangerschaftsabbrüchen der Kategorie 2 und Lebensbeendigung bei Neugeborenen einzugehen.

## **Strafrechtliche Vorwerfbarkeit**

Die Staatsanwaltschaft prüft die strafrechtliche Vorwerfbarkeit des Arztes im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruchs bzw. einer Lebensbeendigung eines 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. 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 Strafgesetzbuches). Aufgrund des heiklen ethischen, gesellschaftlichen und politischen Charakters des Themas ist es wichtig, dass das Handeln des Arztes jederzeit überprüfbar und transparent ist.

Die Regelung dient als verbindlicher Handlungsrahmen für den Arzt bei einem späten Schwangerschaftsabbruch und bei einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen. Das bedeutet, 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. Bislang 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 in Ethik- oder Sinnfragen, 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, Kinderärztin/Neonatologin (seit Juni 2019 im Ruhestand)
- Herr Frans Klumper, Gynäkologe
- Frau Prof. Dr. Marian Verkerk, Ethikerin

### 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 (Dezember 2019 verstorben)
- Frau Dr. Wendy Manten, Gynäkologin
- Frau Prof. Dr. Martine de Vries, Medizinethikerin

### Geschäftsstelle

- Frau S. van Leeuwen, Geschäftsführerin (bis 28. Februar 2019)
- Frau M.W.F. Eltink, Geschäftsführerin (seit 1. März 2019)
- Frau C.J.M. Manders, stellvertretende Geschäftsführerin (seit 1. März 2019)
- 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