



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2010

- 4 Medizinrecht
- 4.3 Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin
- 4.3.2 Fetozyd bei Mehrlingen

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR)

Fetozyd bei Mehrlingen
Stellungnahme aus rechtlicher Sicht
AWMF 015/058

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtliche Beurteilung des Fetozyds
2. Grundsätzliches Verbot des Schwangerschaftsabbruchs
3. Ausnahmen vom Verbot des Schwangerschaftsabbruchs
 - 3.1 Beratungsmodell (Fristenlösung mit Beratungspflicht)
 - 3.2 Medizinisch-soziale Indikation
 - 3.3 Kriminologische Indikation
4. Gerichtsentscheidungen zum Fetozyd
5. Bedeutung der einzelnen Indikationen für die ärztliche Praxis
 - 5.1 Schwangerschaftsabbruch nach dem Beratungsmodell (§ 218a Abs. 1 StGB)
 - 5.2 Schwangerschaftsabbruch nach der medizinisch-sozialen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB)
 - 5.2.1 Wegfall der embryopathischen Indikation
 - 5.2.2 Keine zeitliche Beschränkung des Schwangerschaftsabbruchs nach der medizinisch-sozialen Indikation
 - 5.2.3 Gefährdung der Schwangeren als entscheidendes Kriterium für die medizinisch-soziale Indikation
 - 5.2.4 Keine Indikation allein wegen der Mehrlingsschwangerschaft
 - 5.2.5 Schwangerschaftsabbruch als Ultima Ratio
 - 5.2.6 Beratung bei Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, § 219 StGB
 - 5.3 Aufklärungs- und Beratungspflichten durch den Arzt
 - 5.3.1 Risikoaufklärung
 - 5.3.2 Aufklärung und Beratung bei Vorliegen eines embryopathischen Befundes
 - 5.3.3 Aufklärung und Beratung in Fällen medizinisch-sozialer Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB)
 - 5.3.4 Bußgeldvorschriften
6. Gerichtliche Überprüfung der Entscheidung des Arztes

Die Zahl der Mehrlingsschwangerschaften ist über viele Jahre als Folge von Sterilitätstherapien deutlich angestiegen. Die Rate an Mehrlingen (überwiegend Zwillinge) ist bei diesen Therapien gegenüber der natürlichen Inzidenz um das 20-Fache erhöht. Um die damit oft einhergehenden, nicht unerheblichen Gefahren für Mutter und Kind (psychische/physische Dekompensation, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, vorzeitiger Blasensprung, Zervixbelastung [vorzeitige Zervixreifung], Morbidität höhergradiger Mehrlinge, Frühgeburt, Wachstumsretardierung) abzuwenden oder zu verringern, wird auch der Fetozyd¹ – selektiv oder unselektiv – eingesetzt. Dies geschieht auch als Folge der Fortschritte in der Pränataldiagnostik, die Fehlentwicklungen des Embryos oder Föten zunehmend frühzeitiger und häufiger erkennen lassen. Dieser Fetozyd ist ethisch nicht unumstritten. Unabhängig davon sind bei einer „Mehrlingsreduktion“ – wie bei jedem Schwangerschaftsabbruch – rechtliche Vorgaben zu beachten, um straf- oder zivilrechtliche Nachteile für alle an der Reduktion beteiligten Ärzte zu vermeiden. Im Folgenden soll zum Fetozyd ausschließlich aus rechtlicher und nicht aus ethischer Sicht Stellung genommen werden.

1. Rechtliche Beurteilung des Fetozyds

Jede einzelne Leibesfrucht, also jeder einzelne der Mehrlinge, ist nach dem geltenden Recht als selbstständig geschützt anzusehen. Auch wenn nur ein Embryo/Fetus von mehreren getötet wird, handelt es sich rechtlich um einen Schwangerschaftsabbruch. Eine Schwangerschaft liegt nach § 218 Abs. 1 S. 2 StGB vor, wenn die Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter abgeschlossen ist. Nach diesem Zeitpunkt müssen die Vorgaben der §§ 218 ff. StGB beachtet werden. Ein Verstoß gegen die gesetzlichen Regeln kann schwerwiegende straf- und/oder zivilrechtliche Folgen für alle am Fetozyd beteiligten Ärzte haben.

Alle nidationshemmenden Maßnahmen sind von den Vorschriften der §§ 218 ff. StGB ausgenommen. Sie werden von dem seit dem 1.1.1991 geltenden Embryonenschutzgesetz erfasst.

2. Grundsätzliches Verbot des Schwangerschaftsabbruchs

Die geltenden gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch sind das Ergebnis langer, äußerst kontrovers geführter Auseinandersetzungen, die ihren Niederschlag in dem „Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz“ vom 21.8.1995 (Bundesgesetzblatt I S. 1050) gefunden haben. Danach ist der Schwangerschaftsabbruch, also auch der Fetozyd, grundsätzlich verboten (§ 218 Abs. 1 S. 1 StGB). Die Ausnahmen sind in § 218a StGB aufgeführt.

Seit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes“ vom 26.8.2009 (Bundesgesetzblatt I S. 2990) zum 1.1.2010 gelten besondere ärztliche Aufklärungs- und Beratungspflichten im Falle der Annahme einer Gesundheitsschädigung des ungeborenen Kindes sowie in den Fällen des § 218a

¹ Ein Fetozyd liegt ab der 9. Schwangerschaftswoche post conceptionem vor; die Stellungnahme gilt entsprechend für den Embryozid (bis zur vollendeten 8. Schwangerschaftswoche post conceptionem).

Abs. 2 StGB (Schwangerschaftsabbruch bei medizinisch-sozialer Indikation). Bei Verletzung dieser Pflichten kann eine Geldbuße bis zur Höhe von 5.000 Euro verhängt werden (dazu insgesamt unten 5.3).

3. Ausnahmen vom Verbot des Schwangerschaftsabbruchs

3.1 Beratungsmodell (Fristenlösung mit Beratungspflicht)

Nach dem „Beratungsmodell“ gemäß § 218a Abs. 1 StGB darf ein Abbruch erfolgen, wenn seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind und die Schwangere dem Arzt nachgewiesen hat, dass sie sich zuvor ordnungsgemäß von einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle hat beraten lassen. Der Eingriff ist in diesen Fällen straffrei, bleibt aber rechtswidrig. Es handelt sich nicht um eine Krankenkassenleistung.

3.2 Medizinisch-soziale Indikation

Der Abbruch aus medizinisch-sozialer Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB ist nicht rechtswidrig. Er ist an keine Frist, jedoch an Voraussetzungen gebunden, die teils kompliziert, teils unklar und wenig bestimmt sind.

Die Rechtswidrigkeit entfällt, wenn „der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“.

Die embryopathische Indikation ist als Rechtfertigungsgrund entfallen. Im Gesetzgebungsverfahren ist ausdrücklich klargestellt worden, dass eine Behinderung des Kindes als solche niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann (BT-Drucks. 13/1850, S. 26).

3.3 Kriminologische Indikation

Die kriminologische Indikation ist in § 218a Abs. 3 StGB klar geregelt. Die Rechtswidrigkeit des Abbruchs entfällt, wenn seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind und nach ärztlicher Erkenntnis die Schwangerschaft Folge einer rechtswidrigen Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung der Schwangeren gemäß den §§ 176 bis 179 StGB ist.

4. Gerichtsentscheidungen zum Fetozyd

Entscheidungen der Gerichte zur Problematik des Fetozyds bei Mehrlingen auf der Grundlage der gesetzlichen Neuregelung der §§ 218 ff. StGB gibt es noch nicht. Dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4.12.2001 (Neue Juristische Wochenschrift – NJW – 2002, S. 886) zur Frage der selektiven Tötung eines behinderten eineiigen Zwillingkindes lag noch das frühere Recht zugrunde, da es einen

Fall aus der Zeit vor 1995 betraf. Die Erwägungen des BGH dürften aber auch für das neue Recht zutreffen.

Das Gericht hat in seinem Urteil hohe Anforderungen an die einen Abbruch rechtfertigende Konfliktslage der Schwangeren gemäß § 218a StGB a. F. gestellt. Die schwere körperliche Behinderung eines der beiden Kinder (Fortbewegung nur im Rollstuhl) und die durch diese Belastung hervorgerufenen Erschöpfungs- und Angstzustände der Mutter, die ihre Leistungsfähigkeit und Lebensfreude deutlich minderten, hat das Gericht nicht als hinreichend schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Sinne des § 218a Abs. 2 StGB a. F. angesehen.

5. Bedeutung der einzelnen Indikationen für die ärztliche Praxis

Für die Praxis dürfte die kriminologische Indikation keine Rolle spielen. Als Rechtsgrundlagen für den unselektiven wie für den selektiven Fetoamid bei Mehrlingen kommen die Beratungsindikation des § 218a Abs. 1 StGB und die medizinisch-soziale Indikation des § 218a Abs. 2 StGB in Betracht.

5.1 Schwangerschaftsabbruch nach dem Beratungsmodell (§ 218a Abs. 1 StGB)

Der Schwangerschaftsabbruch nach dem Beratungsmodell wirft keine besonderen Probleme auf. Wenn schon im ersten Trimenon die Mehrlingsschwangerschaft erkannt wird, kann sich die Schwangere zum Totalabbruch oder, soweit dies medizinisch-technisch möglich ist, zum unselektiven oder selektiven Fetoamid entschließen. Der Eingriff ist in diesen Fällen zwar rechtswidrig, aber straflos. Die Straffreiheit setzt allerdings voraus, dass die Schwangere dem Arzt durch Vorlage einer Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 S. 2 StGB nachweist, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle hat beraten lassen.

5.2 Schwangerschaftsabbruch nach der medizinisch-sozialen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB)

Die Situation beim Abbruch nach der zwölften Schwangerschaftswoche post conceptionem ist rechtlich erheblich komplizierter geregelt.

5.2.1 Wegfall der embryopathischen Indikation

Nach dem Wegfall der embryopathischen Indikation und der zeitlichen Begrenzung auf die 22. Schwangerschaftswoche post conceptionem stellt auch eine schwere Behinderung eines oder mehrerer Feten keinen rechtfertigenden Grund im Sinne des § 218a Abs. 2 StGB für einen Schwangerschaftsabbruch in toto oder auch nur eines einzelnen betroffenen Feten dar.

5.2.2 Keine zeitliche Beschränkung des Schwangerschaftsabbruchs nach der medizinisch-sozialen Indikation

Der Schwangerschaftsabbruch nach der medizinisch-sozialen Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB unterliegt keiner zeitlichen Beschränkung. Ob und unter welchen Voraussetzungen ein Schwangerschaftsabbruch auch noch in den letzten Schwangerschaftswochen zulässig ist, hat der BGH in seiner umstrittenen Entscheidung vom 18.6.2002 (Versicherungsrecht 2002, S. 1148) ausdrücklich offengelassen. Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist, desto höhere Anforderungen sind an die Belastung der Schwangeren durch das Austragen des Kindes zu stellen. Eine ganz besonders schwerwiegende Belastung der Schwangeren, die einen Fetoizid rechtfertigen würde, kann sich insbesondere aus dem Ausmaß und der Schwere der Schädigung eines oder mehrerer Feten ergeben. Die Schädigung allein – und sei sie noch so schwer – ist aber kein hinreichendes Kriterium für einen Abbruch. Entscheidend ist stets die Auswirkung auf die Schwangere. Allerdings kommt bei einem späten Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimenon dem Lebensrecht der Kinder besondere Bedeutung bei der Entscheidung über das Vorliegen der medizinisch Indikation zu (dazu 5.2.6).

5.2.3 Gefährdung der Schwangeren als entscheidendes Kriterium für die medizinisch-soziale Indikation

Das Gesetz stellt sowohl bei einem Totalabbruch als auch bei unselektivem oder selektivem Fetoizid allein auf die Situation der Mutter ab. Es kommt auf deren Gefährdung durch die Fortsetzung der Mehrlingsschwangerschaft an. Die Gefährdung der Schwangeren kann bestehen

- in einer Gefahr für ihr Leben oder
- in der Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes.

Als Gefahren für das Leben oder einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit der Schwangeren kommen bei einer Mehrlingsschwangerschaft insbesondere Thromboembolien, ein schwangerschaftsinduzierter Hochdruck, Präeklampsie und Eklampsie, schwere insbesondere kardiopulmonale Erkrankungen der Schwangeren, Lageanomalien und das Risiko schwerer nachgeburtlicher Blutungen in Betracht. Zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Mutter kann es im Einzelfall auch durch die Belastungen kommen, die mit dem gleichzeitigen Aufziehen mehrerer Kinder verbunden sind. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eines der Kinder oder gar mehrere durch Frühgeburt, Wachstumsretardierung oder Fehlbildungen krank, schwächlich oder behindert sind.

5.2.4 Keine Indikation allein wegen der Mehrlingsschwangerschaft

Die Mehrlingsschwangerschaft als solche und der Umstand, dass statt eines Kindes Zwillinge oder gar höhergradige Mehrlinge zu erwarten sind, deren Versorgung und Betreuung eine erheblich höhere Belastung der Mutter mit sich bringen, sind allein kein Rechtfertigungsgrund für einen Total- oder Teilabbruch der Schwangerschaft.

Entscheidend ist vielmehr das Maß der zu erwartenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren“ (§ 218a Abs. 2 StGB). Das Gesetz und die höchstrichterliche Rechtsprechung stellen an diese Bedingungen der Rechtmäßigkeit des Abbruchs hohe Anforderungen.

Die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes muss schwerwiegend sein. Erforderlich ist zwar nicht, dass eine Krankheit im engen medizinischen Sinn vorliegt. Kurze physische oder psychische Überforderungen genügen aber nicht, wenn abzusehen ist, dass sie nicht von Dauer sein werden. Es muss die konkrete gegenwärtige und die zu erwartende zukünftige wirtschaftliche, soziale und familiäre Situation der Schwangeren berücksichtigt werden. Die Gefahr für eine Gesundheitsgefährdung muss konkret erkennbar, aber nicht notwendig eine schon gegenwärtige sein. Allgemein mit einer Mehrlingsschwangerschaft einhergehende Gefahren, die bei einer Schwangeren im Einzelfall aber nicht regelmäßig zu erwarten sind, bleiben außer Betracht. Dazu zählt beispielsweise das mögliche Auftreten eines schwangerschaftsinduzierten Hochdrucks.

5.2.5 Schwangerschaftsabbruch als Ultima Ratio

Schließlich muss der Total- oder Teilabbruch der Schwangerschaft die Ultima Ratio sein. Wenn durch ärztliche Maßnahmen, etwa durch die medikamentöse Behandlung einer Depression, die Gesundheitsgefährdung beseitigt werden kann, entfällt der Rechtfertigungsgrund für einen Abbruch. Es wird auch diskutiert, ob eine nach der Geburt möglicherweise eintretende unzumutbare Belastung für die Mutter dadurch behoben werden kann, dass sie ein Kind oder mehrere Kinder aus der Schwangerschaft zur Adoption, zur Pflege oder Heimunterbringen freigibt. Höchststrichterliche Rechtsprechung gibt es zu dieser Frage nicht.

5.2.6 Beratung bei Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, § 219 StGB

Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der medizinisch-sozialen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) ist – anders als bei einem Schwangerschaftsabbruch nach dem Beratungsmodell gemäß § 218a Abs. 1 i.V.m. § 219 Abs. 2 StGB – eine Beratung bei einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle nicht vorgeschrieben (zur medizinischen Beratung siehe unten 5.3.3).

5.3 Aufklärungs- und Beratungspflichten durch den Arzt

5.3.1 Risikoaufklärung

Da es sich um einen invasiven Eingriff handelt, besteht die Pflicht zur Risikoaufklärung. Der Arzt ist (zivil- und strafrechtlich) verpflichtet, „die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen“ (§ 218c Abs. 1 Nr. 2 StGB) aufzuklären und mit der Schwangeren das Vorgehen im Einzelnen zu besprechen. Zur Aufklärung über die Risiken und Gefahren des Fetoizids gehört auch die Herbeiführung einer einvernehmlichen Entscheidung über die Anzahl der abzutötenden

Embryonen oder Feten, eine eingehende Beratung über die mütterlichen Risiken (einschließlich der möglichen psychosozialen Folgen, z. B. persistierende Depressionen) und über die Gefahren für die verbleibenden Embryonen oder Feten.²

5.3.2 Beratung bei Vorliegen eines embryopathischen Befundes

Seit 1.1.2010 (Inkrafttreten des „Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes“) sieht die neue Regelung des § 2a Abs. 1 S. 1 SchKG vor, dass in Fällen, in denen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist (embryopathischer Befund), der Arzt, der die Diagnose mitteilt, die Schwangere über die medizinischen oder psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben (Pädiater, Neonatologen oder Humangenetiker), zu beraten hat.³ Die Beratung hat in allgemeinverständlicher Form und ergebnisoffen zu erfolgen (§ 2a Abs. 1 S. 2 SchKG) und umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen oder psychischen Belastungen (§ 2a Abs. 1 S. 3 SchKG).⁴ Außerdem hat der Arzt über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln (§ 2a Abs. 1 S. 4 SchKG).⁵ Die genannten

² Obwohl es rechtlich nicht geboten ist, empfiehlt sich die Hinzuziehung des Vaters zu dieser Beratung, wenn die Schwangere dies möchte.

³ Nicht klar geregelt ist, ob § 2a Abs. 1 SchKG auch gelten soll, wenn der embryopathische Befund vor der vollendeten zwölften Schwangerschaftswoche post conceptionem mitgeteilt wird. Für eine Anwendung der Norm sprechen der Wortlaut des § 2a Abs. 1 S. 1 SchKG, der keine Frist vorsieht, sowie Sinn und Zweck der Regelung. Nach den Gesetzesmaterialien stand zwar der Spätabbruch (zunächst) im Mittelpunkt der Diskussion; vgl. etwa 2. und 3. Beratung zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestags, 221. Sitzung, S. 24193, 24197, 24200, 24203; vgl. aber auch S. 24202 („Die Debatte hat sich aber im Laufe der Zeit verschoben: vom Thema Spätabtreibungen [...] hin zur medizinisch-sozialen Indikation“) sowie S. 24210 („Die medizinisch-soziale Indikation umfasst außerdem nicht nur die so genannten Spätabbrüche, sondern auch alle Schwangerschaftsabbrüche in einem früheren Stadium.“). Auch an anderer Stelle (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) finden sich Hinweise dafür, dass die Beratung in den Fällen des § 2a Abs. 1 SchKG auch schon im ersten Trimenon angeboten werden soll; vgl. BT-Drucks. 16/12970, S. 25: „Mitteilung der Diagnose beim Embryo oder Fötus (Absatz 1)“. Dem Arzt, der der Schwangeren den embryopathischen Befund mitteilt, ist daher in allen Fällen zu empfehlen, der Schwangeren das Beratungsangebot des § 2a Abs. 1 SchKG zu unterbreiten.

⁴ Die Hinzuziehung des Vaters zu dieser Beratung ist ebenfalls nicht erforderlich, empfiehlt sich aber, wenn die Schwangere dies möchte.

⁵ Nach der neuen Regelung des § 1 Abs. 1a SchKG hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) spezifische Informationsmaterialien zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und dem Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung zur Verfügung zu stellen. Die Materialien, die neben dem Hinweis auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbänden und Verbänden von Eltern behinderter Kinder enthalten, sind der Schwangeren vom Arzt im

Beratungs- und Vermittlungspflichten bestehen im Falle einer akuten Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren nicht (BT-Drucks. 16/12970, S. 24 f.). Außerdem kann die Schwangere auf die Beratung und Vermittlung verzichten, § 2a Abs. 3 SchKG.

5.3.3 Beratung in Fällen medizinisch-sozialer Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB)

In allen Fällen der medizinisch-sozialen Indikation des § 218a Abs. 2 StGB hat der Arzt, der gemäß § 218b Abs. 1 StGB die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB zu treffen hat, vor der schriftlichen Feststellung die Schwangere – soweit dies nicht schon nach § 2a Abs. 1 SchKG geschehen ist (s.o. 5.3.2) – über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten⁶ sowie über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG zu vermitteln (§ 2a Abs. 2 S. 1 SchKG). Auch hier bestehen die genannten Beratungs- und Vermittlungspflichten im Falle einer akuten Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren nicht (§ 2a Abs. 2 S. 3 SchKG). Außerdem kann die Schwangere auf die Beratung und Vermittlung verzichten, § 2a Abs. 3 SchKG.

Die schriftliche Feststellung der medizinisch-sozialen Indikation nach § 218b Abs. 1 StGB darf erst nach Ablauf einer Bedenkzeit von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß § 2a Abs. 1 S. 1 SchKG oder nach der Beratung nach § 2a Abs. 2 S. 1 SchKG vorgenommen werden,⁷ es sei denn, die Schwangerschaft muss abgebrochen werden, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren abzuwenden (§ 2a Abs. 2 S. 2 und 3 SchKG). Eine solche Gefahr liegt etwa bei schwerer Präeklampsie oder Eklampsie der Schwangeren oder einer akuten Suizidgefahr vor (BT-Drucks. 16/12970, S. 25 f.).

Außerdem muss sich der Arzt, der die schriftliche Feststellung der medizinisch-sozialen Indikation nach § 218b Abs. 1 StGB zu treffen hat, von der Schwangeren

Rahmen der Beratung nach § 2a Abs. 1 SchKG auszuhändigen (§ 1 Abs. 1a S. 3 SchKG). Soweit möglich, sollte der Arzt jedoch den Kontakt selbst herstellen, und nur soweit dies im Einzelfall nicht möglich ist, die Kontaktadressen aushändigen (BT-Drucks. 16/12970, S. 25).

⁶ Auch hier empfiehlt sich die Hinzuziehung des Vaters zur Beratung, wenn die Schwangere dies möchte.

⁷ Nach den Gesetzesmaterialien, BT-Drucks. 16/12970, S. 25, wird erst durch die Bedenkzeit für den indikationsstellenden Arzt die Grundlage für die im Rahmen der eigenen Beratung zu treffende Beurteilung geschaffen, „ob die entscheidende Voraussetzung des § 218a Absatz 2 StGB gegeben ist, nämlich eine gesundheitliche Gefährdung der Schwangeren, die nicht auf eine andere zumutbare Weise abgewendet werden kann“. Die Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB verlange in der Regel eine Prognose über den zukünftigen seelischen und körperlichen Gesundheitszustand der Frau. „Eine ärztliche Erkenntnis über eine Patientin, die sich in einem aktuellen Schockzustand befindet, ist in dieser Hinsicht nicht zu gewinnen. Sind dagegen seit Mitteilung des auffälligen Befundes mindestens drei Tage vergangen, kann davon ausgegangen werden, dass die Schwangere nach Überwindung des Schockzustandes zu einer abgewogeneren Einschätzung ihrer eigenen Situation gelangt ist, die als Grundlage für das ärztliche Beratungsgespräch zur Indikationsstellung geeignet ist, insbesondere, wenn sie dabei in einer psychosozialen Beratung unterstützt wurde.“

die Vornahme der Beratung und Vermittlung nach § 2a Abs. 1 bzw. Abs. 2 SchKG oder den Verzicht auf Beratung und Vermittlung vor der schriftlichen Feststellung der medizinisch-sozialen Indikation und nach Ablauf der Bedenkzeit von drei Tagen schriftlich bestätigen lassen (§ 2a Abs. 3 SchKG).

5.3.4 Bußgeldvorschriften

Ein Arzt, der entgegen § 2a Abs. 1 oder 2 SchKG keine Beratung der Schwangeren vornimmt, handelt gemäß § 14 Abs. 1 Nr. 1 SchKG ordnungswidrig. Ordnungswidrig handelt auch ein Arzt, der entgegen § 2a Abs. 2 S. 2 SchKG vor Ablauf der Bedenkzeit von drei Tagen die schriftliche Feststellung der medizinisch-sozialen Indikation nach § 218b Abs. 1 StGB ausstellt (§ 14 Abs. 1 Nr. 2 SchKG). Eine Ordnungswidrigkeit nach § 14 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 SchKG kann nach § 14 Abs. 2 SchKG mit einer Geldbuße bis zur Höhe von 5.000 Euro geahndet werden.

6. Gerichtliche Überprüfung der Entscheidung des Arztes

Der Gesetzgeber hat die Entscheidung darüber, ob eine medizinisch-soziale Indikation gegeben ist, dem Arzt übertragen. Entscheidend ist seine „ärztliche Erkenntnis“ (§ 218a Abs. 2 StGB).

Im Streitfall unterliegt die Einschätzung des Arztes der – allerdings eingeschränkten – Kontrolle durch das Gericht. Dem Arzt verbleibt somit ein Beurteilungsspielraum; es genügt, dass seine Entscheidung vertretbar ist. Wegen der unterschiedlichen weltanschaulichen und gesellschaftspolitischen Einstellungen der Richter wird es im Einzelfall eine gewisse Unsicherheit geben, ob die Entscheidung des Arztes hingenommen wird. Es empfiehlt sich daher für den Arzt, die für die Indikationsstellung maßgeblichen tatsächlichen Umstände soweit wie möglich zu eruieren und diese Umstände zu dokumentieren.

Erstfassung: 2007

Überarbeitung: 2010

Überarbeitung bestätigt durch alle Mitglieder der AG Medizinrecht