



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2008

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

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

Fetozyd bei Mehrlingen

Stellungnahme aus rechtlicher Sicht¹

AWMF 015/058 (S1)

Inhalt

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)
6. Zustimmung der Schwangeren
7. 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) bei diesen Therapien ist gegenüber der natürlichen Inzidenz um das 20-Fache erhöht. Um die damit oft einhergehenden nicht unerheblichen Gefahren für Mutter und Kind (psychisch/physische Dekompensation, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, vorzeitiger Blasensprung, Zervixbelastung [vorzeitige Zervixreißung], Morbidität höhergradiger Mehrlinge, Frühgeburt, Wachstumsretardierung) abzuwenden oder zu verringern, wird auch der Fetozyd – 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

¹ beschlossen in der Sitzung der AG MedR am 28.4.2006 in Fulda.

³ Obwohl es rechtlich nicht geboten ist, empfiehlt sich die Zuziehung des Vaters zu dieser Beratung, falls die Schwangere damit einverstanden ist.

soll zum Fetoizid ausschließlich aus rechtlicher und nicht aus ethischer Sicht Stellung genommen werden.

1. Rechtliche Beurteilung des Fetoizids

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 Eis 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 Fetoizid 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 Fetoizid, grundsätzlich verboten (§ 218 Abs. 1 S. 1 StGB). Die Ausnahmen sind in § 218a StGB aufgeführt. Die Notlagenindikation, die nach dem ersten Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1975 bis 1995 galt, gibt es nicht mehr.

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 reine 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“.

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 Fetozid

Entscheidungen der Gerichte zur Problematik des Fetozids 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 Konfliktlage der Schwangeren gemäß § 218a StGB 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 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 Fetozid 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 zum selektiven Fetozid entschließen. Der Eingriff ist in diesen Fällen zwar rechtswidrig, aber straflos. Die

Strafffreiheit 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.

Auch in den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft kann der Abbruch aufgrund einer medizinisch-sozialen Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB erfolgen.

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

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

5.2.1 Wegfall der embryopathischen Indikation

Nach dem Wegfall der reinen embryopathischen Indikation und damit auch der zeitlichen Begrenzung auf 22 Wochen 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 Mögliche Notwehr oder Notstandssituation

Die selektive Reduktion eines kranken, fehlgebildeten oder wenig lebensfähig erscheinenden Feten mit dem Ziel der Rettung oder Erhaltung des oder der gesunden Feten lässt sich auch nicht aus dem Gesichtspunkt der Notwehr gemäß § 32 StGB rechtfertigen, weil die Existenz eines Feten keinen rechtswidrigen Angriff gegen einen anderen darstellt.

Auch ein Entschuldigungsgrund nach dem Grundsatz des Handelns durch Notstand gemäß § 35 StGB dürfte nicht gegeben sein. Entschuldigt ist in diesen Fällen nur derjenige, der sich selbst in höchster Not befindet, nicht aber der den Eingriff durchführende Arzt, der im Sinne des Gesetzes unbeteiligter Dritter ist. Es gibt zwar Stimmen in der medizinrechtlichen Literatur, die in solchen Fällen dem Arzt einen Entschuldigungsgrund zubilligen wollen. Die Rechtsprechung hat jedoch bis heute den Grundsatz, es könne gerechtfertigt oder zumindest entschuldigt sein, einen Menschen zu töten, um einen oder mehrere andere zu retten, nicht anerkannt.

5.2.3 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, ist also rechtlich bis zum Beginn der Geburt zulässig. Der BGH hat dies in seiner umstrittenen Entscheidung vom 18.6.2002 (Versicherungsrecht 2002, S. 1148) ausdrücklich bestätigt. Allerdings kommt bei einem späten Schwangerschaftsabbruch im II. oder III.

Trimenon dem Lebensrecht der Kinder besondere Bedeutung bei der Abwägung zur Bestimmung für die Voraussetzungen der medizinisch-sozialen Indikation zu. Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist, desto höhere Anforderungen sind an die Belastung der Schwangeren durch das Austragen der Schwangerschaft zu stellen. Eine ganz besonders schwerwiegende Belastung der Schwangeren, die einen Fetoamid rechtfertigen würde, können insbesondere das Ausmaß und die Schwere der Schädigung eines oder mehrerer Feten sein. 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.

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

Das Gesetz stellt sowohl bei einem Totalabbruch als auch bei unselektivem oder selektivem Fetoamid entscheidend 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 erhebliche Gefahren für das Leben und die körperliche Gesundheit der Schwangeren kommen bei einer Mehrlingsschwangerschaft insbesondere Thromboembolien, ein schwangerschaftsinduzierter Hochdruck, Präeklampsie und Eklampsie, Lageanomalien und das Risiko schwerer nachgeburtlicher Blutungen in Betracht.

Zu Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit der Mutter kann es 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. In diesen Fällen kommt es darauf an, ob die gegebene Situation zu einer Überforderung der physischen und psychischen Kräfte der Mutter führt.

5.2.5 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 z.B. das mögliche Auftreten eines schwangerschaftsinduzierten Hochdrucks.

5.2.6 Totalabbruch statt Mehrlingsreduktion

Wenn die Voraussetzungen für eine Mehrlingsreduktion vorliegen, dürfte (Rechtsprechung zu diesem Problem gibt es nicht) ein Totalabbruch auch für den Fall gerechtfertigt sein, dass nach der Reduktion (etwa von fünf auf zwei Feten) das für die Schwangere zumutbare Maß an Belastung nicht überschritten würde. Der Grund für die Zulässigkeit des Totalabbruchs auch in diesen Fällen wird darin gesehen, dass die Mehrlingsreduktion mit erheblichen Risiken für die von der Reduktion nicht betroffenen Feten (u.a. Abortrate zwischen 10 und mehr als 20%) verbunden ist.

5.2.7 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 oder mehrere Kinder aus der Schwangerschaft zur Adoption, zur Pflege oder Heimunterbringen freigibt. Höchstrichterliche Rechtsprechung gibt es zu dieser Frage nicht.

Im Sinne einer Ultima Ratio ist auch eine späte Abruption – *etwa nach Pränataldiagnostik* – bei Einlingen im II. oder III. Trimenon zur Abwendung des Überlebens eines Kindes nach Frühgeburt (22 Wochen und später) zu bewerten, wenn nur dadurch eine medizinisch bedeutsame Bedrohung der Mutter abgewendet werden kann.

5.2.8 Beratung der Schwangeren

Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der medizinisch-sozialen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) ist eine Beratungspflicht (anders als bei § 218 Abs. 1 StGB)

nicht vorgeschrieben. Da es sich aber um einen invasiven Eingriff handelt, bleibt die Pflicht zur Risikoaufklärung unberührt. Der Arzt ist verpflichtet, mit der Schwangeren das Vorgehen im einzelnen zu besprechen und sie über alle Risiken und Gefahren des Fetoizids eingehend aufzuklären. Dazu gehören eine einvernehmliche 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.³

6. Zustimmung der Schwangeren

Jeder Fetoizid bedarf der Zustimmung der Schwangeren, auch wenn sie noch minderjährig ist. Ob in diesen Fällen auch der gesetzliche Vertreter zustimmen muss, wird unterschiedlich beurteilt. Da schwangere Minderjährige in der Regel nicht sehr weit von der Volljährigkeit entfernt sind, hängt die Wirksamkeit ihrer Einwilligung von ihrer geistigen und sittlichen Reife, insbesondere also davon ab, ob sie die Bedeutung und Tragweite des Schwangerschaftsabbruchs ermessen können. Bei Unsicherheit im Einzelfall empfiehlt es sich, die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters einzuholen.

7. 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 jedoch 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.

Erarbeitet 2006/2007.

Publiziert in FRAUENARZT 2007; 48: 504 ff.

Mitglieder der AG Medizinrecht 2007:

Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg, PD Dr. med. Gabriele Bonatz, Bochum, Prof. Dr. med. W. Dudenhausen, Berlin, Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken, RÄ C. Halstrick, München, Dr. jur. U. Hamann, Celle, Prof. Dr. med. H. Hepp, München, Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg, Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt, Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig, Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle, Ltd. OstÄ S. Nemetschek, Celle, OStA E. Neumann, Düsseldorf, VRiOLG Dr. F.-J. Pelz, Hamm (federführend), Ass. F. M. Petry, Detmold, RA Dr. jur. R. Ratzel, München, Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim, Prof. Dr. med. K. Renziehausen, Chemnitz, VRinOLG a.D. Dr. P. Rumler-Detzel, Köln, Prof. Dr. med. T. Schwenzer, Dortmund, Dr. med. F. Staufer, Dachau, RA Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, München, RA P. Weidinger, München, Prof. Dr. med. H. Welsch, München.

Gültigkeit bestätigt im Mai 2008 durch die Mitglieder der AG Medizinrecht und durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Mitglieder der AG Medizinrecht 2008*Juristische Mitglieder:*

R. Baur, Hamm
RÄ C. Halstrick, München
Dr. jur. U. Hamann, Celle
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle
OStÄ S. Nemetschek, Celle
Dr. jur. F.-J. Pelz, Münster
RA F. M. Petry, Detmold
Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Regensburg
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer,
München
RA P. Weidinger, München

Medizinische Mitglieder:

Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen,
Berlin
Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim
Prof. Dr. med. K. Renziehausen,
Chemnitz
Prof. Dr. med. T. Schwenzer, Dortmund
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann,
Aschaffenburg
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
Prof. Dr. med. H. Welsch, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg



4.3.2. Fetozyd bei Mehrlingen



4.3.2. Fetozyd bei Mehrlingen
