

## **Stellungnahme zur Diskussion um §218 Schwangerschaftsabbruch – Eine Chance zur qualifizierten Beratung bei Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation**

Im Rahmen der Diskussion um eine Neuregelung des §218 Schwangerschaftsabbruch ist aus kinderpalliativmedizinischer Sicht für die bisherige medizinische Indikation (§218a (2)) eine der konkreten Situation entsprechende qualifizierte Beratung sicherzustellen. Die Erfahrung pränatal beratender Kinderpalliativmediziner in Hessen und der Bericht des BMFSFJ von 2013 (1) zeigen, dass die bestehenden Regelungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes §2a(1) (SchKG – Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen) bisher unzureichend umgesetzt werden.

Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation gemäß §218a (2) liegt oft eine schwere Erkrankung des Fötus zugrunde. Nicht selten sind diese Schwangerschaften gewollt oder sogar durch assistierte Reproduktion entstanden. Die Betroffenen müssen die Möglichkeit erhalten, nach der Diagnose einer schwerwiegenden oder lebenslimitierenden Erkrankung des Fötus eine gut informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Hierzu benötigen sie qualifizierte, medizinisch fundierte und die verschiedenen Optionen umfassende Beratung. Die Aufklärung über die Erkrankung und die zu erwartenden Symptome, sowie eine Einordnung der Bedeutung und Auswirkungen ist für eine Erörterung und das Abwiegen der Konsequenzen notwendig. Nur dann kann die Schwangere in die Lage versetzt werden eine langfristig tragfähige Entscheidung zu treffen. Bei stark lebenslimitierenden Erkrankungen muss dabei auch die Option der palliativen Versorgung thematisiert und in die Beratung einbezogen werden (2). Modelle zu multiprofessionellen perinatalen palliativen Versorgungskonzepten zum Beispiel aus Großbritannien sind hier wegweisend (3). Diese haben auch gezeigt, dass die Verarbeitung dieser schwerwiegenden Situation für die werdenden Eltern besser gelingen kann, wenn Entscheidungen pro oder contra Fortsetzen der Schwangerschaft ohne Zeitdruck und nach mehrzeitiger Beratung incl. dem Angebot einer palliativen Geburt, getroffen werden (4-7).

Entsprechend des Schwangerschaftskonfliktgesetzes SchKG § 2a ist die Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben notwendig. Bisher gibt es hierzu jedoch keine Kriterien, die eine Beratung durch erfahrene Kinderärztinnen oder Kinderärzte oder bei lebenslimitierenden Erkrankungen pädiatrische Palliativmedizinerinnen oder Palliativmediziner sicherstellen.

Der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche, die nach der medizinischen Indikation erfolgen, liegt laut statistischem Bundesamt bei 4% aller Schwangerschaftsabbrüche/Jahr, 18% davon erfolgen nach der 22. Schwangerschaftswoche und somit nach Erreichen der Lebensfähigkeit des Fötus (8). Die Begründung des späten Abbruchs wird bisher nicht miterfasst. In Deutschland liegen bisher nur Daten aus dem Fehlbildungsregister aus Sachsen-Anhalt vor (9). Bei Übertragung dieser Inzidenzen auf Hessen wurden 2021 nur ca. 20% der statistisch zu erwartenden Schwangerschaften mit lebenslimitierender Diagnose pränatal kinderpalliativmedizinisch beraten (10). Eine deutschlandweite geregelte Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. SSW kann eine Basis für die weitergehende Diskussion zur verbesserten Unterstützung der Betroffenen darstellen.

Durch die zunehmenden Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik benötigt Deutschland ein rechtlich verankertes und geregeltes Konzept zur Beratung bei schwerwiegenden Befunden der Pränataldiagnostik. Daher sollte Absatz 1 §2a SchKG konkretisiert werden. Eine qualifizierte multiprofessionelle Beratung und Versorgung sind notwendig. Sowohl spezialisierte pädiatrische als auch, in entsprechenden Fällen, spezialisierte palliativmedizinische Kenntnisse und Konzepte sollen inklusive der Kostenregelung verankert werden. Die Neuregelung bietet die Chance, dass internationale wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle der Betroffenen in das Gesetz Eingang finden.

## Literatur:

1. Christiane Woopen, Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch; Abschluss Bericht, 2013, BMFSFJ, online
2. Lars Garten: Perinatale Palliativversorgung – Warum es einer gesonderten Betrachtung bedarf; Paediatr Paedolog 2016 · 51:253–256
3. Gillian Dickson, A Perinatal Pathway for Babies with Palliative Care Needs, 2<sup>nd</sup> edition First published in 2009, Second edition reprinted in March 2019;  
[www.togetherforshortlives.org.uk](http://www.togetherforshortlives.org.uk)
4. Claire Blakely: Parental decision-making following a prenatal diagnosis that is lethal, lifelimiting, or has long term implications for the future child and family: a metasynthesis of qualitative literature; BMC Medical Ethics (2019) 20:56
5. Colleen M Marty: Ethics and palliative care in the perinatal world; Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 23 (2018) 35-38
6. Denise Coté-Arenault: "My Baby Is a Person": Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis; journal of palliative medicine, Volume 14, Number 12, 2011
7. Franziska Flaig: Perinatal Palliative Care: A qualitative study evaluating the perspectives of pregnancy counsellors; Palliative Medicine 2019, Vol. 33(6) 704–711
8. [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueendung-schwangerschaftsdauer\\_zvab2012.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueendung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html)
9. Jahresbericht des Bundeslandes Sachsen-Anhalt zur Häufigkeit von congenitalen Fehlbildungen und Anomalien sowie genetisch bedingten Erkrankungen 2021  
[www.angeborene-fehlbildungen.com/](http://www.angeborene-fehlbildungen.com/)
10. Bevölkerungsvorgänge in Hessen im Jahr 2021 © Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden, 2022

## Verfasser:

KinderPalliativTeam Südhessen - Geleitsstr. 14, 60599 Frankfurt

Kinderpalliativmedizin UKGM Gießen, Kinderpalliativteam Mittelhessen - Klinikstr. 33, 35392 Gießen

Kleine Riesen Kassel, Kinderpalliativteam Nordhessen - Mönchebergstr. 41-43, Haus M, 34125 Kassel

## Ansprechpartnerin:

Dr. med. Silke Ehlers, Pränatale Palliativmedizin, Kinderpalliativteam Südhessen - Geleitsstr. 14, 60599 Frankfurt – Email: [praenatal@palliativteam-frankfurt.de](mailto:praenatal@palliativteam-frankfurt.de)

Sehr geehrte Mitglieder der Kommission,

im Rahmen der begonnenen Diskussion um die Neufassung des §218, ggf. auch außerhalb des StGB, möchten wir die Chance ergreifen und auf die besondere Situation und den speziellen Beratungsbedarf von Schwangeren, die durch die Pränataldiagnostik einen schwerwiegenden Befund erhalten, hinweisen. In dieser Situation ist die Schwangerschaft nicht ungewollt. Die Schwangere hat bei auffälligem Befund des Fetus einen anderen Beratungsbedarf, um medizinische und psychologische Bedürfnisse zu erfüllen. Die Erfahrung der hessischen Kinderpalliativteams haben wir in einem Statement für Sie zusammengefasst. Wir möchten Sie auffordern ihre Möglichkeiten auszuschöpfen, um auch diesen Aspekt bei einer Neufassung der Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch zu verbessern.