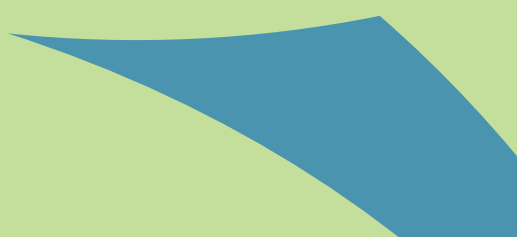



**Nationale Ethikkommission
im Bereich der Humanmedizin NEK**

**Zur Praxis des Abbruchs im späteren
Verlauf der Schwangerschaft –
Ethische Erwägungen und Empfehlungen**

Stellungnahme Nr. 30/2018
Bern, 13. Dezember 2018





Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Terminologie	8
3. Zahlen	9
4. Rechtlicher Rahmen	11
4.1. Menschenwürde und reproduktive Autonomie	11
4.2. Regelung des Schwangerschaftsabbruchs	11
4.3. Der Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft in anderen europäischen Ländern	14
4.4. Rechtslage bei Lebendgeburten nach Schwangerschaftsabbruch	14
4.5. Zivilstandsamtliche Behandlung des Fötus oder Kindes	16
5. Medizinisches Vorgehen beim Abbruch ab dem zweiten Trimenon	18
6. Die Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft in der Schweiz	21
6.1. Situationen und Indikationen	21
6.2. Prozesse der Entscheidungsfindung	22
6.3. Information und Betreuung der Frau vor und nach dem Abbruch	26
6.4. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs	31
6.5. Lebendgeburten nach Schwangerschaftsabbruch	32
7. Ethische Erwägungen	34
7.1. Indikationen und Entscheidungsfindung	35
7.2. Begleitung und Betreuung der schwangeren Frau / des Paares	37
7.3. Durchführung des Abbruchs	39
7.4. Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch	42
8. Zusammenfassung und Empfehlungen	44
8.1. Zusammenfassung	44
8.2. Empfehlungen	45
Literatur	47

Vorwort

Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft stellen die betroffenen Frauen, ihre Partner und Familien sowie die involvierten Fachpersonen vor grosse Herausforderungen, Unsicherheiten und Belastungen. Sie werfen zudem komplexe medizinische, rechtliche und ethische Fragen auf. Über die gegenwärtige Praxis solcher Eingriffe und die konkreten Problemstellungen, die damit verbunden sind, ist jedoch wenig bekannt. Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik hat die Kommission nicht nur fachlich gefordert. Aufgrund des grossen Leides, das Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft prägt, sowie der tragischen und dilemmatischen Entscheidungssituationen, die ihnen oftmals zugrunde liegen, hat das Thema die Kommissionsmitglieder auch in menschlicher Hinsicht besonders berührt und beschäftigt. Wir danken allen Personen, die ihre Fachkenntnis und Erfahrung zur Verfügung gestellt und damit die Erarbeitung dieses Dokuments ermöglicht haben. Wir hoffen, damit einen Beitrag zu leisten zu einer sensiblen, differenzierten Auseinandersetzung mit diesem schwierigen Thema und zur Bewältigung der bestehenden Herausforderungen.

Andrea Büchler

1. Einleitung

Die Schweiz hat eine der tiefsten Schwangerschaftsabbruchsraten weltweit.¹ Und nur ein Bruchteil der Schwangerschaftsabbrüche erfolgt in der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft (ab ungefähr der 17. Schwangerschaftswoche). Gleichwohl sind solche Situationen deutlich häufiger, als dass nur von Einzelfällen gesprochen werden könnte.

Abbrüche in der fortgeschrittenen Schwangerschaft stellen eine besonders schwierige und schmerzhaft Erfahrung für alle Beteiligten dar. Sie gehen aus tragischen und dilemmatischen Entscheidungssituationen hervor, lösen Angst und Stress aus und erfordern bedeutende psychische und materielle Ressourcen.

In den ersten zwölf Schwangerschaftswochen kann die Frau die Schwangerschaft abbrechen, wenn sie eine Notlage geltend macht, ohne dass diese näher begründet werden muss. Danach kann ein Abbruch nur stattfinden, wenn eine Indikation vorliegt, deren Vorhandensein von der Ärztin oder dem Arzt zu beurteilen ist. Über die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer Indikation ist wenig bekannt und sie gestaltet sich an den verschiedenen Orten in der Schweiz unterschiedlich. Besondere Fragen wirft der Abbruch in der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft auf. Er stellt für die Frau, das Paar und das medizinische Personal eine schwierige und belastende Situation dar. Zudem bestehen eine weit verbreitete moralische Überzeugung und eine rechtliche Wertung, dass mit dem Fortschritt der Schwangerschaft dem ungeborenen Leben zunehmender Schutz zuteil kommen muss (vgl. 4.2 und 4.4). Bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft kommt hinzu, dass der Fötus in der Lage wäre, mit medizinischer Unterstützung ausserhalb des Körpers der Frau zu überleben, oder dass das Kind bei einer Geburt zumindest Lebenszeichen zeigen würde. Dies stellt nicht nur eine zunehmende Belastung für die Beteiligten dar, sondern wirft auch Fragen nach der Abbruchmethode auf. Jedenfalls verdienen diese schicksalhaften Situationen, die daraus resultierenden Dilemmata, die Bedürfnisse der Frau, des Kindes, des Paares und des medizinischen Fachpersonals besondere Aufmerksamkeit.

Rechtliche und ethische Auseinandersetzungen mit dem Abbruch bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft sind unter anderem geleitet von Vorstellungen und Annahmen vom Beginn des menschlichen Lebens, davon, welcher Schutz diesem Leben zukommen soll; sie sind aber auch verbunden mit Autonomievorstellungen und der rechtlichen und gesellschaftlichen Stellung der Frau. Tatsächlich erweist sich die Frage nach dem Beginn des Lebens als grundlegend, persönlich und folgenreich. Ethische und rechtliche Setzungen sind historisch, religiös und sozio-kulturell geprägt (Rapp 2000). Der hiesige, immer wieder intensiv geführte öffentliche Diskurs um Schwangerschaftsabbrüche wurzelt einerseits im historischen Ringen um Bürgerrechte im Allgemeinen und Frauenrechte im Besonderen, andererseits in grundlegenden philosophischen Annahmen und Glaubensvorstellungen. Diese Wurzeln werden im Diskurs um Schwangerschaftsabbrüche nicht immer kenntlich gemacht. Da es sich um einen fundamentalen Normkonflikt handelt, existiert kein neutraler Standpunkt, der für sich Allgemeingültigkeit beanspruchen kann (Macklin 1999). Dies betrifft auch die Frage, wann das Leben beginnt, und ob diese

1) Mit 5 Schwangerschaftsabbrüchen auf 1000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren hat die Schweiz die tiefste Abbruchrate weltweit. Zum Vergleich: In den USA und in Grossbritannien sind es 13 Fälle, in Frankreich 15, in Schweden 18, in Äthiopien 28 und in Indien 47 (Singh et al. 2018). Die Abbruchraten von 6,3 (für Frauen zwischen 15 und 44 Jahren) bzw. 3,7 (für Frauen zwischen 15 und 19 Jahren) sind in der Schweiz auch tiefer als in Deutschland (6,8 und 4,3), Italien (9,6 und 6,3) und Frankreich (18,1 und 14,1) (Harringer 2018, 11). Im Übrigen gehen die Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen zwischen 15 und 19 Jahren seit 2005 kontinuierlich zurück (Id., 10).

Frage überhaupt im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktes eine Relevanz haben sollte. Sie wird aus dem Blickwinkel verschiedener Traditionen (philosophische, religiöse, kulturelle, usw.) unterschiedlich beantwortet und begründet. Wir können die Frage nach dem Beginn des Lebens daher nicht eindeutig so beantworten, dass nicht eine der Positionen in ihren normativen Grundfesten berührt wird. Statt diese unterschiedlichen Zugänge zu negieren, sollten sie in einem liberalen Rechtsstaat wie der Schweiz kenntlich gemacht werden. In einer Reihe von Videobeiträgen hat die Nationale Ethikkommission daher ihre Dimensionen und Implikationen dargelegt und verschiedene Betrachtungen und Perspektiven zu Wort kommen lassen.²

Vor diesem Hintergrund ist sich die NEK bewusst, dass im öffentlichen Diskurs ebenso wie in ihren eigenen Reihen aufgrund unterschiedlicher Zugänge auch die Position vertreten wird, dass der Schwangerschaftsabbruch *per se* nicht zu legitimieren ist, weil dieser aufgrund des moralischen Status oder der Natur, welche dem Embryo/Fötus zuerkannt wird, gleich zu bewerten ist wie die Tötung eines lebenden Menschen (Rager 2008). Danach ist der Schwangerschaftsabbruch eine intrinsisch schlechte Handlung. Die vorliegende Stellungnahme stellt dezidiert keine Qualifizierung dieser oder jeder anderen Position dar, die grundsätzlich zum Schwangerschaftsabbruch eingenommen werden kann. Sie widmet sich vielmehr der aktuellen Praxis, zu der sich vor dem Hintergrund des geltenden rechtlichen Rahmens ethische Fragen stellen. Es handelt sich dabei mitunter auch um die essentielle Frage danach, wie wir denjenigen unter uns, die höchstpersönlich von Entscheidungen, Handlungen und deren Auswirkungen betroffen sind, bestmöglich gerecht werden können. Hierzu zählen im engeren Sinne die schwangeren Frauen und ihre Familien, darunter der betroffene Fötus, im Weiteren aber auch das Gesundheitspersonal, welches in die Entscheidungen involviert ist und selbst zum Akteur wird.

Diese Stellungnahme enthält ein breites Spektrum an Informationen und Erwägungen zum besseren Verständnis der ethischen und rechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit der Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft. Damit sollen eine sensible und differenzierte Wahrnehmung dieser Problematik gefördert und die Bewältigung bestehender Herausforderungen ermöglicht werden. Die Kommission beabsichtigt mit der vorliegenden Stellungnahme aber nicht, sich grundsätzlich zum Schwangerschaftsabbruch zu äussern. Eine solche Äusserung würde eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit allen Positionen, die zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs eingenommen werden, bedingen. Eine solche Auseinandersetzung ist nicht Gegenstand der nachfolgenden Erörterungen, die sich ausschliesslich ethischen Problemen widmen, wie sie innerhalb des geltenden rechtlichen Rahmens bestehen.

Dazu hat die NEK folgendes Material zusammengetragen und untersucht:

- Zunächst hörte sie an den Universitäts- oder Kantonsspitalern von Basel, Bern, Freiburg, Waadt und Zürich tätige Expertinnen und Experten an. Ausserdem führte sie in drei Schweizer Kliniken vertiefte Gespräche über die Praxis des Abbruchs in der fortgeschrittenen Schwangerschaft. Die NEK möchte sich an dieser Stelle bedanken für die Beiträge von: Prof. Dr. med. David Baud (Abteilungsleiter Geburtshilfe, Departement Frau-Mutter-Kind, CHUV Lausanne), Prof. Dr. med. Thomas M. Berger (Konsiliararzt Neonatologie und Pädiatrie, Kantonsspital Zug), Patricia Blöchliger Treier, MSc (Heb-

2) Siehe dazu die Videobeiträge aus der Vortragsreihe der NEK zum Thema Lebensbeginn: <https://www.nek-cne.admin.ch/de/arbeits Themen/lebensbeginn>.

ammenexpertin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern), Prof. Dr. med. Anis Feki (Chefarzt, Gynäkologie und Geburtshilfe, Spital Freiburg), Prof. Dr. med. Hans Ulrich Bucher (Facharzt FMH für Pädiatrie und Intensivmedizin, Universitätsspital Zürich, emeritiert), Prof. Dr. med. Irene Hösli (Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abteilungsleiterin Geburtshilfe, Universitätsspital Basel), Helene Huld (Frauenärztin FMH, Präsidentin APAC Suisse), Andrea Messer (Co-Stationenleiterin Geburtsstation, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern), Anna Margareta Neff Seitz (Hebamme und Trauerbegleiterin, Leiterin Fachstelle Kindsverlust), Dr. med. Judit Pök Lundquist (Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich, emeritiert), Prof. Dr. med. Luigi Raio Bulgheroni (Leitender Arzt Bereich Ultraschall und Pränatalmedizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern), Prof. Dr. med. Sibil Tschudin (Leitende Ärztin, Abteilung Gynäkologie Sozialmedizin / Psychosomatik, Frauenklinik Universitätsspital Basel).

- Im Juli 2018 liess die NEK ausserdem den Mitgliedern der Chefärztekonzferenz (CHK) – einer Organisation, in der die Chefärztinnen und -ärzte der gynäkologischen und geburtshilflichen Kliniken und Abteilungen der Schweiz vertreten sind – einen Fragebogen (im Folgenden NEK-Umfrage) zukommen. Zwei Wochen später erhielten sie eine Erinnerung. Der Fragebogen wurde in deutscher und französischer Sprache verfasst und enthielt 8 Fragen.³ Damit konnten allgemeine Daten erhoben werden, deren Aussagekraft angesichts der Stichprobengrösse allerdings zu relativieren ist. Von den 78 angeschriebenen Chefärztinnen und Chefärzten antworteten 29 (35%). Die Resultate ergaben, dass eine kleine Anzahl Einrichtungen einen Schwangerschaftsabbruch nur bis zur 12. Woche vornimmt (18,5%), während die grosse Mehrheit ihn auch nach Ablauf dieser Frist durchführt (81,5%);
- Die NEK berücksichtigte die neusten vom Bundesamt für Statistik (BFS) bereitgestellten Statistiken betreffend die «Anzahl Schwangerschaftsabbrüche nach Schwangerschaftswoche, nach Wohnsitz» (2018a) und die «Schwangerschaftsabbrüche: Interventionsgrund nach der 12. Schwangerschaftswoche» (2018b);
- Überdies verwertete die NEK die Resultate des Nationalen Forschungsprogramms NFP 67 «Lebensende». Eine der Studien des NFP 67 (Berger et al. 2017) untersuchte die Sterbefälle, die während dreier Jahre in den neun Schweizer Neonatologiezentren dokumentiert wurden (siehe 6.5);
- Schliesslich sichtet die NEK die einschlägige Literatur, die unter anderem verschiedene Dissertationen zum Thema des Abbruchs in der fortgeschrittenen Schwangerschaft umfasst: *Schwangerschaftsabbrüche im 2. Trimenon – die Perspektive der Betreuenden* (Harringer 2018); *Der Spätabbruch in der Schweiz* (Tschuor-Naydowski 2014); *Ethische Problemstellungen bei pränataler Diagnostik und spätem Schwangerschaftsabbruch aus unterschiedlicher Indikation: Eine explorative Interviewstudie zur Wahrnehmung von Konfliktsituationen aus der Perspektive von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen* (Tanner 2011); hinzu kamen die Resultate einer Befragung des Arbeitskreises Abortio und Kontrazeption Schweiz zur Praxis des Schwangerschaftsabbruchs in den Schweizer Spitälern (Rey & Seidenberg 2010); sowie die 2016 veröffentlichten Ergebnisse einer Studie von TA-Swiss über genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft (Brauer et al. 2016).

3) Es wurden folgende Fragen gestellt: An welchem Spitaltyp sind Sie tätig? Bis zu welcher Schwangerschaftswoche wird an Ihrer Klinik grundsätzlich ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt? Wie viele Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW werden an Ihrer Klinik pro Jahr durchgeführt? Wie werden Entscheidungen über die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs nach der 12. SSW an Ihrer Klinik in der Regel getroffen? Bietet Ihre Klinik bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. SSW den betroffenen Frauen/Paaren psychologische Betreuung an (interne Angebote) oder vermittelt sie solche (externe Angebote)? Nach welcher Methode werden Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW in Ihrer Klinik durchgeführt und bis zu welcher bzw. ab welcher Schwangerschaftswoche kommen sie jeweils zum Einsatz? Wird an Ihrer Klinik bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. SSW unter Umständen ein Fetozid durchgeführt? Gibt es an Ihrer Klinik interne Weisungen, Leitlinien oder Empfehlungen betreffend Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW (Indikationen, Entscheidungsprozess, Betreuung etc.)?

2. Terminologie

Ein Schwangerschaftsabbruch ist die gezielt herbeigeführte, vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft, die zum Tod des Embryos oder Fötus führen soll. Geschieht dies nach einer gewissen Dauer der Schwangerschaft, spricht man von einem Spätabbruch. Eine einheitliche medizinische oder juristische Definition des Spätabbruchs gibt es allerdings nicht. Als mögliche Grenzen für den Übergang zur «Spätphase» der Schwangerschaft werden in der Literatur vor allem die 13., 17., 20. oder 24. Schwangerschaftswoche seit der letzten Periode gesehen (Tschuor-Naydowski 2014, 8 ff.; Wewetzer & Wernstedt 2008, 7; Harringer 2018, 7; Schwarzenegger 2011, 156 m.w.H.); nach dem Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche p.m.⁴ kommt dem Fötus ein erhöhter Schutz zu. Andere Definitionen, die ab der 20. Schwangerschaftswoche oder später von einem Spätabbruch ausgehen, orientieren sich unter anderem an der potenziellen extrauterinen Lebensfähigkeit des Fötus.

Die vorliegende Stellungnahme diskutiert Indikationen und Prozesse der Entscheidungsfindung für den Schwangerschaftsabbruch nach der Indikationenregelung, das heisst ab der 13. Schwangerschaftswoche. Sie legt zudem ein spezielles Augenmerk auf die besonders belastende und dilemmatische Situation des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft, dann nämlich, wenn der Fötus bei einer Geburt bereits Lebenszeichen zeigen könnte. Dies trifft etwa ab der 17. Schwangerschaftswoche zu.

4) Bei der Berechnung der Schwangerschaftsdauer wird in der Schweiz üblicherweise auf den ersten Tag der letzten Periode abgestellt, was mit dem Zusatz «p.m.» (post menstruationem) verdeutlicht wird. Demgegenüber ist bei einer Berechnung «p.c.» (post conceptionem) der Tag der Empfängnis massgebend. Ohne entsprechenden Zusatz ist nachfolgend jeweils die Schwangerschaftsdauer p.m. gemeint.

3. Zahlen

Für das Jahr 2017 registrierte das Bundesamt für Statistik insgesamt 10'015 Schwangerschaftsabbrüche. In 454 Fällen fand der Abbruch nach der 12. Schwangerschaftswoche statt (BFS 2018a; 2018b), was rund 4,5 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche aus diesem Jahr entspricht. 1,4 Prozent der Schwangerschaftsabbrüche, welche 2017 schweizweit insgesamt durchgeführt wurden, erfolgten in der 17. Schwangerschaftswoche oder später. Von den Abbrüchen nach der 12. Schwangerschaftswoche wurde knapp jeder dritte Abbruch zu einem Zeitpunkt nach Ablauf der 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt. In absoluten Zahlen ausgedrückt, erfolgte in 103 Fällen der Abbruch zwischen der 17. und 22. Schwangerschaftswoche. In 41 Fällen betrug die Schwangerschaftsdauer 23 Wochen und mehr (BFS 2018a). Nicht miterfasst sind hier die Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen den Abbruch im Ausland durchführen. Die Statistik zeigt, dass sich diese Quoten in der Schweiz in den vergangenen zehn Jahren kaum verändert haben. Die Anzahl jährlich durchgeführter Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft ist stabil.

Den veröffentlichten Zahlen des Bundesamtes für Statistik lassen sich keine Angaben entnehmen zu den Kliniken, die Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft vornehmen. So wird beispielsweise nicht spezifisch erhoben, wie viele und welche Kliniken solche Interventionen durchführen. Entsprechend lassen sich keine direkten Aussagen zur schweizweiten Verteilung machen (z.B. nach Kantonen, Stadt/Land etc.). Auch liegen keine offiziellen Zahlen vor bezüglich des Alters der Frauen zum Zeitpunkt des Abbruchs bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft oder zur Methode, mit der ein solcher durchgeführt wird.

Wie die NEK-Umfrage zeigt, werden die meisten Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Woche an Universitätsspitalern durchgeführt (zwei von drei Universitätsspitalern, die an der NEK-Umfrage teilnahmen, gaben mehr als 40 Fälle pro Jahr an), vermutlich, weil sich diese einerseits in den grössten Agglomerationszentren befinden und ihnen andererseits kleinere oder periphere Spitäler Frauen zuweisen. Die Universitätsspitäler führen überproportional viele Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft durch und lehnen aufgrund der hohen Nachfrage schon Anfragen ab. Darüber hinaus praktizieren 13 von 22 Spitäler (59%) einen Schwangerschaftsabbruch aus psychosozialer Indikation bei Vorliegen einer fötalen Anomalie bis zur 20.–23. Schwangerschaftswoche (N=7) oder bis zur 24.–29. Woche (N=6). Bei einer psychiatrischen Erkrankung der Frau führen 5 von 22 Spitäler (22,8%) bis zur 20.–23. Schwangerschaftswoche, 4 von 22 (18,2%) bis zur 24.–29. Woche und 3 unabhängig von der Schwangerschaftswoche einen Abbruch durch (13,6%).

Diese Daten können mit den Ergebnissen der 2009 durchgeführten Befragung des Arbeitskreises Abortio und Kontrazeption Schweiz in Beziehung gesetzt werden, die 2010 in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht wurden (Rey & Seidenberg 2010). Die Umfrage von APAC-Suisse befasste sich mit der Praxis des Schwangerschaftsabbruchs in Schweizer Spitalern. Von den 93 Kliniken und Spitalern, welche Schwangerschaftsabbrüche durchführten, nahmen nach eigenen Angaben 24 Prozent Abbrüche lediglich bis zur 12. Schwangerschaftswoche vor, 33 Prozent bis zur 24. Woche und 20 Prozent in extremen Ausnahmefällen, etwa wenn das Leben der schwangeren Frau gefährdet war oder bei letaler fötaler Anomalie, auch nach der 24. Woche. Von den Spitalern, die auch nach der 12. Schwangerschaftswoche Abbrüche durchführten, akzeptierten nur 46 (41%) die seelische Notlage der Mutter ebenfalls als Indikation, allerdings in einem zeitlich beschränkten Rahmen. Lediglich 8 Kliniken

gaben an, auch nach der 18. Schwangerschaftswoche Abbrüche aus psychosozialer Indikation durchzuführen. Die Studie hat insgesamt aufgezeigt, dass Spitäler und Kliniken eine strengere Praxis haben als der gesetzliche Rahmen es ermöglichen würde. Dies führt auch dazu, dass einige Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland verwiesen werden. Die Studie von APAC-Suisse schätzt, dass jährlich rund 50 Frauen dafür ins Ausland reisen. Auf die grossen kantonalen Unterschiede in der Abtreibungspraxis wies auch ein Bericht aus der NZZ aus dem Jahr 2016 hin (Haller 2016). Insbesondere in ländlichen Regionen und in Spitälern mit katholischer Trägerschaft scheinen Frauen oftmals mit einem restriktiven Umgang konfrontiert. Dass die Indikationsstellung an Schweizer Kliniken uneinheitlich und der Zugang zu Abbrüchen bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft je nach Region zum Teil erschwert ist, dokumentiert auch eine aktuelle medizinische Dissertation (Harringer 2018, 23, 61 f.).

Die Studie «Entscheidungen am Lebensende extrem Frühgeborener in der Schweiz», die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 «Lebensende» durchgeführt wurde, untersuchte alle 594 Sterbefälle, die während dreier Jahre in den neun Schweizer Neonatologiezentren dokumentiert wurden. Die Studie kam zu folgenden Ergebnissen: «A total of 594 deaths were recorded with 280 (47%) stillbirths and 314 (53%) deaths after live birth. Of the latter, 185 (59%) occurred in the delivery room and 129 (41%) following admission to an NICU. Most liveborn infants dying in the delivery room had a GA \leq 24 weeks and died following primary non-intervention. In contrast, NICU deaths occurred following unrestricted life support regardless of GA. End-of-life decision-making and redirection of care were based on medical futility and anticipated poor quality of life in 69% and 28% of patients, respectively. Most infants were extubated before death» (Berger et al. 2017, 1). Gemäss den Studienergebnissen haben 39 Prozent der Kinder, die infolge eines Spätabbruchs geboren wurden, noch Lebenszeichen gezeigt, 61 Prozent wurden leblos geboren. In konkreten Zahlen heisst das: Während dreier Jahre (2012–2015) sind in den Neonatologie-Abteilungen der Schweiz insgesamt 195 Kinder infolge eines Spätabbruchs zur Welt gekommen, davon sind 119 tot geboren und 76 mit Lebenszeichen zur Welt gekommen. Einzelheiten zur genauen Überlebensdauer wurden in dieser Studie nicht dokumentiert.

4. Rechtlicher Rahmen

4.1. Menschenwürde und reproduktive Autonomie

Der Schwangerschaftsabbruch bewegt sich in einem Spannungsfeld von verfassungsrechtlich anerkannten Rechtsgütern.

Zum einen kommt bereits Embryonen und Föten Menschenwürde zu. Die Menschenwürde schützt dabei im Sinne eines objektiven Verfassungsprinzips den Eigenwert bzw. intrinsischen Wert des vorgeburtlichen menschlichen Lebens und verbietet, dieses als blosses Mittel für fremde Zwecke zu gebrauchen und mithin wie eine Sache zu behandeln.⁵ Unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde *grundsätzlich* untersagt sind folglich Handlungen, die dazu führen, dass menschliche Embryonen und Föten zerstört werden oder sich nicht mehr entwickeln können. Zum anderen ist menschliches Leben vor der Geburt nach geltendem Verfassungsrecht noch nicht Träger von Grund- und Menschenrechten, insbesondere nicht Träger der Rechte auf Leben und Integrität (Rütsche 2009, 209 ff.).⁶ Das bedeutet, dass bei Kollisionen zwischen der Menschenwürde von ungeborenem Leben und *Grundrechten der schwangeren Frau* grundsätzlich Letztere Vorrang haben.

Zu den Grundrechten der Frau zählt in diesem Kontext neben den Rechten auf Leben und Integrität namentlich die *reproduktive Autonomie*. Die Möglichkeit zu entscheiden, eine Schwangerschaft fortzuführen oder unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben abzuberechen, wird zum Kernbereich der reproduktiven Autonomie gezählt (Büchler 2017). Im Verfassungs- und Völkerrecht gehören Entscheidungen in Bezug auf die Schwangerschaft zum grundrechtlich geschützten Privat- und Familienleben.⁷ Der Schwangerschaftsabbruch involviert zudem die physische und psychische Unversehrtheit der Frau in höchstem Masse. Nicht nur seine Durchführung, sondern auch seine Verweigerung – und damit die Pflicht, den Fötus gegen den eigenen Willen auszutragen – stellen Eingriffe in die physische und psychische Integrität dar.

Die strafrechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch sind Ausdruck des Spannungsverhältnisses zwischen diesen Rechtsgütern: Unter bestimmten Voraussetzungen hat die Frau bis unmittelbar vor der Geburt ein Recht darauf, die Schwangerschaft abzuberechen. Zum Schutz der Menschenwürde von Embryonen und Föten verlangt der Gesetzgeber aber, dass die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch je gewichtiger sein müssen, desto weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist.

4.2. Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

Als Regel gilt: Der Schwangerschaftsabbruch ist verboten und strafbar (Art. 118 Abs. 1 und 2 StGB). Geschütztes Rechtsgut von Absatz 1 ist das sich entwickelnde menschliche Leben während der Schwangerschaft, und zwar grundsätzlich unabhängig von seiner Lebensfähigkeit. Absatz 2 schützt zudem die Gesundheit und das Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Frau. Die Schwangerschaft beginnt mit der Nidation, d.h. der Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter Schleimhaut, und endet in der Regel mit dem Beginn der Eröffnungswehen. Unter Strafe gestellt ist der Abbruch der Schwangerschaft, d.h. das vorsätzliche Abtöten des Fötus.

5) Vgl. BGE 115 Ia 234 E. 9c; 119 Ia 460 E. 12e; 127 I 6 E. 5b; 132 I 49 E. 5.1.

6) Grundlegend *Vo c. France*, ECHR (2004) No. 53924/00, Ziff. 82.

7) BGE 101 Ia 575 E. 3a; *A. B. & C. v. Ireland*, ECHR (2010) No. 25579/05; *R.R. v. Poland*, ECHR (2011) No. 27617/04; *P. & S. v. Poland*, ECHR (2012) No. 57375/08.

Innerhalb einer bestimmten Frist und unter bestimmten Voraussetzungen bleibt der Schwangerschaftsabbruch jedoch straflos (Art. 119 StGB). Das ist gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung der Fall, wenn der Abbruch der Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch eine zur Berufsausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird (sog. Fristenregelung).

Nach Ablauf der 12-Wochenfrist beurteilt sich die Straflosigkeit des Abbruchs nach Art. 119 Abs. 1 StGB (sog. Indikationenregelung). Danach bleibt der Schwangerschaftsabbruch straflos, wenn eine medizinische oder eine sozial-medizinische Indikation vorliegt. Die medizinische Indikation setzt voraus, dass der Abbruch nach ärztlichem Urteil geeignet und notwendig ist, um eine drohende, schwerwiegende körperliche Schädigung von der schwangeren Frau abzuwenden. Eine sozial-medizinische Indikation wird bejaht, wenn die Frau ohne den Abbruch in eine seelische Notlage, d.h. in einen dauerhaften psychischen Ausnahmezustand – der jedoch nicht einem Krankheitsbild entsprechen muss – geraten könnte. Hierbei sind neben der Persönlichkeitsstruktur auch die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumstände der schwangeren Frau zu berücksichtigen. Die offenen Formulierungen wollen der Vieltätigkeit der möglichen Lebenssituationen Rechnung tragen. Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Indikationenregelung bewusst darauf verzichtet, bestimmte Gründe aufzuzählen, die zu einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage der Frau führen können.

Die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung der Frau kann sich zum Beispiel durch eine bestehende Krebserkrankung oder eine Schwangerschaftsvergiftung ergeben. Zu einer schweren seelischen Notlage kann es beispielsweise kommen, wenn die Pflege und Erziehung eines Kindes für die Frau aufgrund der Umstände eine unzumutbare Überforderung bedeuten würden. Die Praxis hat hierbei Untergruppen gebildet, die zwar nicht ausdrücklich im Gesetzestext stehen, aber dennoch anerkannt sind. Im Vordergrund stehen die «psychiatrische» Indikation bei der Mutter, die «kriminologische» Indikation, wenn die Schwangerschaft das Resultat eines Sexualdeliktes ist, und die «embryopathische» Indikation. Letztere liegt in der Regel vor, wenn zu erwarten ist, dass die körperliche oder geistige Konstitution des Ungeborenen zu einer derart gravierenden Beeinträchtigung nach der Geburt führen wird, dass die Betreuung des Kindes eine unzumutbare Überforderung der Mutter und gegebenenfalls ihrer Familie bedeuten würde. Hier gilt es stets auf den Einzelfall abzustellen. Bei allen Indikationen ist zudem das Gewicht der Gründe massgebend. In keiner der Fallgruppen ist im Gesetz eine zeitliche Befristung vorgesehen, so dass der Abbruch zumindest theoretisch bis kurz vor der Geburt erfolgen kann, wenn gewichtige Gründe, wie z.B. die Rettung des Lebens der Mutter, dies erfordern würden (ausführlich Schwarzenegger 2011).

Das Vorliegen der medizinischen respektive der sozial-medizinischen Indikation in Art. 119 Abs. 1 StGB ist eine nötige, aber keine hinreichende Bedingung für den ärztlichen Abbruch. Entscheidend ist letztlich die freie Entscheidung der schwangeren Frau, nachdem sie von der Ärztin oder dem Arzt über Verlauf, Folgen und Risiken eines Abbruchs hinreichend aufgeklärt worden ist. Ist die Frau nicht urteilsfähig, so bedarf es der Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen Vertreters (vgl. Art. 119 Abs. 3 StGB), wobei die Frau so weit wie möglich in die Entscheidungsfindung einzubeziehen ist. Im Unterschied zur Fristenlösung nach Absatz 2 reicht es nach Ablauf der 12-Wochenfrist für die Indikationen

nach Absatz 1 nicht aus, dass die Umstände, die die Notlage begründen, nur geltend gemacht werden. Vielmehr muss sich die Ärztin oder der Arzt überzeugen, dass die Notlage bei der schwangeren Frau tatsächlich vorliegt; hierbei handelt es sich um einen Ermessensentscheid. Zudem sind ein Beratungsgespräch sowie die Durchführung des Abbruchs durch einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt bzw. durch eine zugelassene Ärztin erforderlich. Eine zweite ärztliche Begutachtung hingegen ist von Gesetzes wegen nicht gefordert.

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Abbruch nach Art. 119 Abs. 1 StGB bis kurz vor der regulären Geburt, d.h. an einem an sich lebensfähigen Kind möglich ist, hat der Gesetzgeber an die Prüfung der Verhältnismässigkeit besondere Anforderungen gestellt. Die Gefahr für die schwangere Frau muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist. Damit wird der zunehmenden Schutzwürdigkeit des Ungeborenen im Verlauf der Schwangerschaft Rechnung getragen (Schwarzenegger 2011).

Art. 15 Abs. 1 BV gewährleistet die *Glaubens- und Gewissensfreiheit*. Ärztinnen und Ärzte wie auch Hebammen und Pflegefachkräfte sind daher nicht verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, wenn sie einen solchen mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können. Selbständig tätige Ärztinnen und Ärzte können bereits aufgrund ihrer Vertragsfreiheit den Abschluss eines Behandlungsvertrags über einen Schwangerschaftsabbruch verweigern. Für Notfallsituationen statuiert Art. 40 lit. g MedBG eine berufliche Beistandspflicht, deren Wahrnehmung in Anbetracht der konkreten Umstände allerdings zumutbar sein muss.⁸ Anders präsentiert sich die Situation in Bezug auf angestellte Medizinalpersonen: Ein (öffentliches oder privates) Spital oder eine medizinische Praxis kann die Anstellungsbedingungen im Bereich der Gynäkologie- und Geburtshilfe so umschreiben, dass an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken ist, soweit diese legal und nach objektiven, von der Einrichtung festzulegenden Massstäben ethisch vertretbar sind. Weigert sich eine Medizinalperson entgegen einer solchen – freiwillig eingegangenen – Anstellungsbedingung, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, kann die Einrichtung arbeitsrechtliche Massnahmen ergreifen. Solche Massnahmen müssen verhältnismässig sein, können aber bei wiederholter Weigerung bis zur Versetzung in einen anderen Aufgabenbereich oder zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses reichen.

Für die Durchführung von straflosen Schwangerschaftsabbrüchen haben die Kantone – wie für die Behandlung von Krankheiten – einen *Versorgungsauftrag*. Gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG müssen die Kantone im Rahmen der Spitalplanung dafür sorgen, dass die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckten medizinischen Leistungen – gemäss Art. 30 KVG auch der straflose Schwangerschaftsabbruch – dem Bedarf entsprechend angeboten werden. Ansonsten würden Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen möchten, ihre Rechte faktisch verlieren; gefährdet wären sowohl ihre Rechte auf persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) sowie auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 13 BV und Art. 8 EMRK) und allenfalls sogar ihr Recht auf Leben (Art. 10 Abs. 1 BV). Gestützt auf die Spitalplanung erteilen die Kantone (öffentlichen und privaten) Spitälern Leistungsaufträge, die auch die Durchführung von straflosen Schwangerschaftsabbrüchen umfassen. Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Spitäler verpflichtet, alle versicherten Personen

8) Die Beistandspflicht ist auch in vielen kantonalen Gesundheitsgesetzen verankert, z.B.: § 17 GesG/ZH, Art. 30a GesG/BE.

mit Wohnsitz im betreffenden Kanton aufzunehmen (Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG). Verfügt ein Spital über einen entsprechenden Leistungsauftrag auf dem Gebiet der Gynäkologie- und Geburtshilfe, muss es demzufolge in genügender Anzahl Medizinalpersonen anstellen bzw. beauftragen, welche fachlich hinreichend qualifiziert und persönlich bereit sind, straflose Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

4.3. Der Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft in anderen europäischen Ländern

Ähnlich wie die Schweiz kennen die meisten europäischen Länder eine Fristenlösung. Die Fristen reichen von 12 Wochen bzw. 90 Tagen (Italien) bis 18 Wochen (Schweden) bzw. bis zur Grenze der Lebensfähigkeit (Niederlande), innerhalb derer ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich auf Verlangen der Frau möglich ist.⁹ Nach diesen Fristen sind Abbrüche nur noch möglich, wenn sie medizinisch indiziert sind. Die meisten Länder akzeptieren sowohl mütterliche als auch embryopathische Indikationen. Abbrüche bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft erlauben einige Länder bis zum Zeitpunkt der extrauterinen Lebensfähigkeit des Fötus, andere bis zur Geburt. Allerdings bestehen in der Praxis teilweise grosse Unterschiede bei der Beurteilung der medizinischen Indikationen, insbesondere der fötalen Indikationen, zumal sie oftmals von ärztlichem Ermessen abhängig ist.¹⁰ Insbesondere Grossbritannien und Frankreich gelten als relativ liberal. Zeitlich nicht limitiert sind in allen Ländern Schwangerschaftsabbrüche, um das Leben der Mutter zu retten. Insgesamt zeigt sich in Westeuropa in den letzten Jahren eine Tendenz, ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch anzuerkennen. Frankreich hat die Geltendmachung einer Notlage als Voraussetzung für einen Abbruch innerhalb der ersten 14 Wochen sowie die Wartezeit zwischen Beratung und Abbruch vor wenigen Jahren abgeschafft. In Belgien hat das Parlament beschlossen, den Schwangerschaftsabbruch zu entkriminalisieren. Norwegen diskutiert zurzeit darüber, die Frist für den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der schwangeren Frau auf 18–24 Wochen auszudehnen.

Frauen reisen mitunter in andere Länder, um den Abbruch vorzunehmen; sei es, weil ihnen der Abbruch in ihrem Land verwehrt wird, weil die gewünschte Methode nur im Ausland angeboten wird oder weil der Abbruch in grösstmöglicher Anonymität stattfinden soll.¹¹

4.4. Rechtslage bei Lebendgeburten nach Schwangerschaftsabbruch

In rechtlicher Sicht stellt die Geburt eine Zäsur dar. Das Zivilrecht bestimmt, dass das Kind die Persönlichkeit mit der Vollendung der Lebendgeburt erlangt, sofern Lebenszeichen, etwa Atemzüge oder Herzschläge, wahrnehmbar sind (Art. 31 Abs. 1 ZGB). In der Literatur wird teilweise für den Beginn der Rechtspersönlichkeit verlangt, dass das Kind auch ausserhalb des Mutterleibes überlebensfähig ist. Mit der Rechtspersönlichkeit erwirbt das Kind ein unabwägbares Lebensrecht (Art. 10 Abs. 1 BV). Im

9) Eine Übersicht findet sich auf <http://worldabortionlaws.com/>.

10) Bereits die Gesetzesformulierungen bezüglich der Feststellung einer fötalen Anomalie reichen von «*il est certain que*» (BEL), über «*il existe une forte probabilité*» (FRA) bis zu «*there is a substantial risk*» (GB). Teilweise wird die Unvereinbarkeit mit dem Leben verlangt (z.B. NL, NOR, SWE), teilweise muss die Anomalie zu einer ernsthaften und unheilbaren (ESP); zu einer schweren und unheilbaren (BEL, FRA) Krankheit führen oder dazu, dass das Kind «*seriously handicapped*» sein wird (GB). Zum Thema auch: Tanner (2011, 35 f.).

11) Aufgrund der langen Fristen reisen viele Frauen, denen ein Abbruch zunächst verwehrt wurde, in die Niederlande oder nach Grossbritannien. Grossbritannien und Frankreich scheinen insbesondere mit fötalen Indikationen auch in der Spätphase liberal umzugehen. Aus Schweizer Sicht wird geschätzt, dass pro Jahr rund 50 Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland reisen (Rey & Seidenberg 2010, 553). Auch Berichte bei Tanner zeigen, dass schwangere Frauen teilweise ins Ausland verwiesen werden (Tanner 2011, 92 f.). Gemäss der *Abortion Statistics 2017* des *Departments of Health and Social Care* liessen sich 2017 neun Frauen aus der Schweiz in Grossbritannien behandeln (Department of Health and Social Care 2018).

Strafrecht setzt der Schutz des Kindes früher als im Zivilrecht ein, nämlich bereits mit Beginn des Geburtsvorgangs. Dies ergibt sich indirekt aus Art. 116 StGB, der die Tötung eines Kindes durch die Mutter während des Geburtsvorgangs unter Strafe stellt. Die vorsätzliche oder fahrlässige Tötung sowie Verletzung des Kindes ab diesem Zeitpunkt unterfällt daher den Tötungs- und Körperverletzungsdelikten. Wesentlich für den strafrechtlichen Schutz ist damit die Frage, wann die Geburt beginnt und damit der Fötus zum strafrechtlich geschützten Menschen wird. Die heutige Rechtspraxis stellt bei regulärem Geburtsverlauf auf das Einsetzen der Eröffnungswehen als Beginn der Geburt ab. Es kommt nicht darauf an, ob dies spontan geschieht, sei es innerhalb oder ausserhalb des für die Geburt berechneten Termins, oder durch ärztliche Massnahmen beeinflusst wird. Bei operativer Entbindung hingegen kommt es in der Regel nicht zu den Eröffnungswehen. Dann wird entweder auf die Eröffnung des Uterus oder die Eröffnung der Bauchdecke zum Zwecke der Schnittentbindung als Geburtsbeginn abgestellt.

Kommt ein Kind nach einem Schwangerschaftsabbruch lebend zur Welt, sind die Ärzte grundsätzlich verpflichtet, das Leben des geborenen Kindes zu schützen, ansonsten machen sie sich gegebenenfalls wegen vorsätzlicher Tötung durch Unterlassung oder Unterlassung der Nothilfe (Art. 128 StGB) strafbar. Aus strafrechtlicher Sicht wird der Tod eines auf diese Weise geborenen Kindes lediglich noch als Folge eines Schwangerschaftsabbruchs qualifiziert, wenn sich der Eintritt seines Todes kurze Zeit nach der Geburt trotz medizinischer Intervention nicht verhindern lässt. Auch wenn die Abbruchshandlung nach Art. 119 Abs. 1 StGB zulässig war, ist dies per se also kein Rechtfertigungsgrund, das Kind nun durch aktives Tun zu töten oder ohne Behandlung sterben zu lassen. Vielmehr liegt nun ein neues Geschehen vor, das rechtlich selbständig zu bewerten ist.

Mit der Geburt hat das Kind also im Zivilrecht die Rechtspersönlichkeit erlangt, und im Strafrecht kommt ihm der volle Schutz der Tötungs- und Körperverletzungstatbestände zu. Das ärztliche Handeln muss daher darauf ausgerichtet werden, das Lebensrecht zu achten und zu schützen, einerlei, ob zuvor ein (gerechtfertigter) Schwangerschaftsabbruch vorlag oder nicht. Nach einer Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch steht nicht mehr die Notlage der Frau im Zentrum der Erwägungen, sondern die Frage, welche medizinischen Massnahmen im Wohl des Kindes liegen.

Den Eltern kommt die Aufgabe zu, die Interessen des Kindes zu vertreten, sie treffen als Inhaber der elterlichen Sorge die Entscheidungen für das Kind. Das gilt auch für medizinische Massnahmen beim lebendgeborenen Kind. Die Eltern müssen sich dabei am Wohl des Kindes orientieren (ausführlich Schlatter 2014, 83 ff.). Für den Fall der Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch stellt sich die Frage akut, ob und wie die Wünsche der Frau beziehungsweise des Paares in die Entscheidung, welche medizinischen Massnahmen zu ergreifen sind, einfließen können und dürfen. Zwar müssen im Zentrum das Lebensrecht des Kindes und die medizinische Indikation stehen, allerdings lässt sich das Kindeswohl kaum definieren ohne Einbezug der Ressourcen der Eltern, ihrer strukturellen, psychologischen und sozialen Lebensbedingungen. Das ist insbesondere dann gerechtfertigt, wenn eine erhebliche prognostische Unsicherheit über die Lebensperspektiven des Kindes besteht.

Für die Schweiz äussern sich die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit (ausführlich zu diesen Schlatter 2014, 208 ff.) dahingehend, dass Eltern weder auf eine unangemessene Behandlung bestehen noch auf eine

für das Kind höchstwahrscheinlich aussichtsreiche Therapie verzichten können. Als unangemessen gelten dabei in der Regel lebenserhaltende Behandlungen vor Beginn der 24. Schwangerschaftswoche, als aussichtsreich hingegen Vitaltherapien ab der 25. Schwangerschaftswoche. Im Zwischenbereich hat sich das weitere Vorgehen den Empfehlungen zufolge massgeblich nach den persönlichen Wünschen und Überzeugungen der Eltern zu richten, wobei die Entscheidungsfindung auf dem Weg des sogenannten «shared decision making», das heisst im Zusammenwirken von Eltern und Behandlungsteam erfolgt (Lantos 2018). Das ist ein enger Rahmen und spiegelt nur ungenügend die gesetzliche Lage wieder, wonach die Eltern die Inhaber der elterlichen Sorge sind. Die Richtlinien werden zurzeit revidiert. Die neuen Richtlinien sollen sich nicht ausschliesslich am Gestationsalter orientieren, sondern zusätzliche Risikofaktoren stärker miteinbeziehen, die für die Lebensperspektiven des Kindes von Bedeutung sind (z.B. geschätztes fötales Gewicht, Geschlecht, Lungenreifungsinduktion, Einlings- oder Mehrlingschwangerschaft). In Zukunft werden somit bei Vorliegen von prognostisch günstigen Risikofaktoren intensivmedizinische Massnahmen auch bei einem früheren Gestationsalter als bisher vermehrt in Erwägung gezogen, sofern die Eltern mit einem solchen Vorgehen einverstanden sind.¹²

Tatsächlich wurden in der Neonatologie in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Der Zeitpunkt, ab welchem ein Fötus beziehungsweise ein Kind im Falle einer vorzeitigen Geburt mit den Mitteln der Intensivmedizin am Leben erhalten werden kann, ist auf der Zeitachse stark nach vorne gerückt. Er liegt heute je nach Standort und Einrichtung zwischen der 22. und 24. Schwangerschaftswoche. Komplikationen und bleibende Beeinträchtigungen bei Frühgeborenen sind allerdings nicht selten. So gelingt es zwar zunehmend, Kinder selbst bei einer extremen Frühgeburt am Leben zu erhalten. Je früher allerdings die Geburt erfolgt, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind von seinem zu frühen Start ins Leben schwerste, bleibende körperliche oder geistige Schäden davonträgt (Gill & Boyle 2017).

Was das im Zusammenhang mit Lebendgeburten nach Schwangerschaftsabbruch bedeutet, ist kaum generell zu beantworten. Noch sehen die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit vor, dass sich ärztliche Massnahmen bei einer Frühgeburt vor der 24. Schwangerschaftswoche in der Regel auf Palliativbehandlungen beschränken sollen. Im Kontext der medizinischen Versorgung extrem frühgeborener Kinder bedeutet eine Palliativbehandlung, das Leben dieser Kinder bis zu ihrem frühen Tod, der aufgrund fehlender intensivmedizinischer Massnahmen unausweichlich ist, würdig zu gestalten. Die meisten der Lebendgeborenen nach Schwangerschaftsabbruch werden solche sein, die palliativ begleitet werden, es ist aber durchaus auch möglich, dass die Lebensperspektiven des Kindes eine intensivmedizinische Intervention rechtfertigen beziehungsweise erfordern.

4.5. Zivilstandsamtliche Behandlung des Fötus oder Kindes

Von einer Fehlgeburt spricht man, wenn das Kind mit einem Gewicht unter 500 Gramm tot geboren wird. Seit dem 1. Januar 2019 stellt das Zivilstandsamt auf Wunsch der betroffenen Eltern ein Dokument im Sinne einer Bestätigung für Fehlgeborene aus. Als totgeboren wird ein Kind bezeichnet, das ohne Lebenszeichen zur Welt kommt und ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder

¹²⁾ Auskunft von Prof. Dr. Thomas Berger vom 18. November 2018.

ein Gestationsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen aufweist. Die Geburt wird aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung zwingend im Personenstandsregister beurkundet. Die Eltern können dem Totgeborenen einen Namen geben. Fehlgeborene und totgeborene Kinder können bestattet werden.

Hat das Kind auch nur einen Augenblick gelebt, das heisst, hat es bei der Geburt Lebenszeichen erkennen lassen, werden seine Geburt und sein Tod erfasst.

5. Medizinisches Vorgehen beim Abbruch ab dem zweiten Trimenon

Zu Beginn des zweiten Trimenons erfolgt der Schwangerschaftsabbruch im Allgemeinen chirurgisch mittels Vakuum-Aspiration und anschliessender Kürettage.

Für Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die unter Umständen auch kombiniert werden: Die medikamentöse Methode, die D&E-Methode, der Kaiserschnitt und der Fetozid.

a) Die medikamentöse Methode führt zur Öffnung des Muttermundes und zur Geburt des Fötus. Eingesetzt wird zum einen ein Progesteronantagonist (Mifepriston) in Tablettenform, welcher in aller Regel wenige Nebenwirkungen hat. Zum anderen wird das Prostaglandin-E1-Derivat Misoprostol verwendet (ebenfalls als Tablette, oral oder vaginal verabreicht), welches die abortive Wirkung von Mifepriston verstärkt und gastrointestinale Nebenwirkungen haben kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig anzumerken, dass Misoprostol vom Hersteller nicht offiziell für Abbrüche in der fortgeschrittenen Schwangerschaft zugelassen ist und die Anwendung deshalb einen Off-Label-Use darstellt.¹³

Kontraindikationen für die Anwendung der zwei beschriebenen Medikamente sind eine chronische Niereninsuffizienz, eine bekannte Allergie auf die Wirkstoffe, ein schweres Asthma bronchiale, schwere Herz-Kreislauferkrankungen oder ein starker Zigarettenkonsum (30 Zigaretten pro Tag). In diesen Fällen muss ausgewichen werden auf das bis in die neunziger Jahre in aller Regel angewendete Prostaglandin-E2-Derivat (Sulproston), welches nur intravenös verabreicht werden kann.¹⁴ Zur Schmerzbekämpfung werden je nach Wunsch der Frau grosszügig Analgetika verabreicht, in aller Regel Morphinderivate, eventuell kombiniert mit Benzodiazepinen, oder eine Periduralanästhesie. Meist erfolgt die Geburt innerhalb von 24 Stunden nach Anwendung der Medikamente. Wenn nicht, muss das gleiche Schema wiederholt werden. Während dieses ganzen Prozesses wird die Frau engmaschig durch Ärzte und insbesondere durch das Pflegepersonal (Hebammen) überwacht und begleitet. Nach der Geburt muss der Frau je nach Blutgruppe und Rhesus-Status Anti-D-Immunglobulin verabreicht werden, um einer Rhesus-Sensibilisierung vorzubeugen. Ausserdem muss geprüft werden, ob die Plazenta vollständig ist. Sollten Plazentarestes intrauterin verbleiben, ist eine Nachkürettage indiziert. Des Weiteren muss die Frau abgestellt werden.

b) Bei der sog. «D&E»-Methode (Dilatation und Evakuierung bzw. Extraction) wird zunächst der Gebärmutterhals erweitert. Dazu werden im Rahmen eines kleinen gynäkologischen Eingriffs in örtlicher Betäubung Quellstäbchen in den Gebärmutterhals eingesetzt; alternativ zur oder in Kombination mit der mechanischen Erweiterung können Medikamente (Wirkstoff Misoprostol) verabreicht werden, welche zur Reifung des Gebärmutterhalses führen bzw. die Dilatation unterstützen und beschleunigen. Nach

13) Der Wirkstoff Misoprostol ist in der Schweiz in 3 verschiedenen Formen erhältlich:

1) Misodel® VagInsert 200 mcg: Die Indikation ist völlig ausserhalb des Schwangerschaftsabbruchs. In dieser Form und dieser Dosierung wird Misoprostol zur Geburtseinleitung ab 36 Schwangerschaftswochen angewendet, sofern das natürliche Einsetzen der Geburtswehen nicht abgewartet werden kann. Der Preis ist im schweizerischen Arzneimittel-Kompendium nicht angegeben und ist auch auf anderen Internetseiten nicht zu finden.

2) MisoOne® Tablette à 400 mcg: MisoOne® Tabletten enthalten 400 mcg Misoprostol und sind offiziell zugelassen für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bis 49 Tage (nach Gabe von Mifepriston). Die Anwendung von MisoOne® Tabletten beim Abbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft ist deshalb ein so genannter «OFF-Label Use». Der Preis ist im schweizerischen Arzneimittel-Kompendium nicht angegeben und ist auch auf anderen Internetseiten nicht zu finden, ist aber deutlich teurer als Cytotec® Tabletten.

3) Cytotec® Tabletten à 200 mcg: enthalten 200 mcg Misoprostol und sind offiziell zugelassen für die Behandlung von Magen- und Dünndarmgeschwüren. Die Anwendung von Cytotec® Tabletten bei Spätabbruch ist deshalb eine so genannter «OFF-Label-Use». Sie sind sehr preisgünstig: 30 Tabletten kosten nur CHF 18.75, 100 Tabletten kosten gar nur CHF 46.95.

14) Prostaglandin-E2-Derivat (Sulproston), ist offiziell von Swissmedic zur Abortinduktion (auch nach 12 Schwangerschaftswochen) zugelassen.

der Dilatation wird das Fruchtwasser abgesaugt und sodann der Fötus mittels einer Zange gefasst und durch den Gebärmutterhals und die Scheide extrahiert. Nach diesem Prozess wird zumeist eine abschliessende Saugkürettage durchgeführt, um sicherzustellen, dass keine Reste in der Gebärmutter verbleiben (Peterson et al. 1983). Die Phase der Dilatation dauert zwischen mehreren Stunden und ein bis zwei Tagen, der anschliessend in Vollnarkose durchgeführte chirurgische Eingriff ca. zwanzig Minuten.

Im Vergleich zur medikamentösen Methode bestehen die Vorteile der D&E-Methode gemäss Studienresultaten darin, dass diese Methode mit weniger Schmerzen und Hospitalisationen verbunden ist. Die D&E-Methode weist eine vergleichbare bis geringere Komplikationsrate auf. Bezüglich Wirksamkeit und Akzeptanz konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Methoden festgestellt werden (Lohr et al. 2008). Weitere und grössere randomisierte Studien sind nötig, um eine Überlegenheit der D&E-Methode gegenüber der medikamentösen Methode zu belegen. Wünschenswert wären ausserdem Studien, welche die Methoden in Bezug auf ihre kurz- und langfristigen Effekte physischer und psychischer Natur direkt miteinander vergleichen. Dies betrifft auch die möglichen Auswirkungen der angewandten Methoden auf das beteiligte Fachpersonal. Die klinische Praxis scheint zu zeigen (vgl. 6.4), dass die Nachteile mit der Geschwindigkeit des Vorgangs zusammenhängen: Einerseits führen die Medikamente dazu, dass sich das Gewebe rasch dehnt und dadurch beschädigt werden kann. Andererseits erleben die Frauen den chirurgischen Abbruch der Schwangerschaft nicht bewusst und haben anschliessend auch nicht die Möglichkeit, sich von ihrem Kind zu verabschieden, was sich nachteilig auf den Trauerprozess auswirken kann.

c) Eine weitere Abbruchmethode stellt der Kaiserschnitt dar. Er wird als Schwangerschaftsabbruchmethode in aller Regel vermieden, da es sich um einen operativen Eingriff mit einer signifikant erhöhten Komplikationsrate handelt, ganz besonders bis zur 24. Schwangerschaftswoche. Komplikationen können einerseits akut als Folge des operativen Eingriffs auftreten (Verletzung von Uteruswand und umgebenden Organen, Blutung, Infektion, Wundheilungsstörungen, etc.), andererseits treten vermehrt Komplikationen in der nächsten Schwangerschaft auf (zum Beispiel Zerreißen der Gebärmuttermuskulatur durch Kontraktionen der Gebärmutter und damit Lebensgefahr für das Ungeborene, Störungen der Einnistung der Plazenta mit Folgekomplikationen, etc.).

Bis zur 22. Schwangerschaftswoche verstirbt der Fötus in aller Regel während des Schwangerschaftsabbruchs bzw. des Geburtsvorgangs und wird leblos geboren. Ausnahmen kann es jedoch geben (siehe 6.5). Bei induzierten Aborten ab ungefähr 17 Schwangerschaftswochen wurden Lebenszeichen (Atmung, Herzschlag) nach der Geburt beobachtet. Deren Dauer variiert in der Regel zwischen wenigen Minuten und einigen Stunden. In diesen Situationen wird das Kind palliativ versorgt, damit es möglichst friedlich sterben kann. Manchmal umfasst die Palliativversorgung eine präventive Behandlung gegen allfällige Schmerzen¹⁵ sowie jegliche Form von Unwohlsein (Dehydrierung, Kälteempfinden usw.).

15) Das Schmerzempfinden von Föten und extrem frühgeborenen Kindern wird kontrovers diskutiert. Der aktuelle Stand der Forschung liefert nur wenig Wissen über das Schmerzempfinden von Kindern in diesem Alter, jedoch ist bis zur 22. Schwangerschaftswoche ein Schmerzerleben im eigentlichen Sinne aus neurobiologischer Sicht nicht wahrscheinlich (Tanner 2011, 133; Harringer 2018, 21).

d) Beim Fetozid wird dem Fötus durch einen in Pränatalmedizin spezialisierten Geburtshelfer unter Ultraschallsicht meist intrakardial eine Substanz (Kalium) injiziert, was in der Folge zum fötalen Herzstillstand führt. Alternativ kann der Fetozid auch durchgeführt werden mittels Injektion von Digoxin in die Nabelschnur oder in das Fruchtwasser. Um sicherzugehen, dass der Fötus keine Schmerzen verspürt, werden manchmal dem Fötus via die schwangere Frau anästhesiologisch schmerzlindernde und/oder sedierende Mittel verabreicht (Tanner 2011, 133). Nach dem Fetozid wird der Schwangerschaftsabbruch mittels einer der oben beschriebenen Methoden (medikamentöse Methode, D&E-Methode, Kaiserschnitt) vorgenommen. Die Durchführung eines Fetozides wird hauptsächlich ab dem späteren zweiten Trimenon in Betracht gezogen und bei Föten durchgeführt, die andernfalls den Abbruch überleben könnten, was ungefähr ab 22 Schwangerschaftswochen der Fall ist.

e) Erfolgt eine Intervention mit dem Ziel, die Schwangerschaft zwar zu beenden, den Fötus bzw. das Kind aber lebend zu gebären, so spricht man von einer eingeleiteten Geburt. Dabei werden in aller Regel Prostaglandin-E1-Derivate (in niedrigerer Dosierung als beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch) vaginal verabreicht. Eine Geburtseinleitung erfolgt, wenn die Schwangerschaft aus medizinischen Gründen (Risiko für Mutter und/oder das erwünschte Kind) frühzeitig beendet wird. Im Kontext unerwünschter Schwangerschaften kann eine Geburtseinleitung erfolgen mit dem Ziel, das Kind anschliessend zur Adoption freizugeben.

Wenn schon in der Schwangerschaft festgestellt wird, dass das erwartete Kind aufgrund einer Erkrankung nach der Geburt mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht oder nur (sehr) kurz leben wird, so kann sich die Frau auch dafür entscheiden, die Schwangerschaft auszutragen; kommt das schwerkranke Kind lebend zur Welt, wird es bis zu seinem Tod palliativmedizinisch versorgt.¹⁶ In solchen Fällen lebenslimitierender Diagnosen hat sich das zum Beispiel am Perinatalzentrum der Berliner Charité praktizierte Konzept der *palliativen Geburt* als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch bewährt: Zentraler Bestandteil dieses Konzepts ist die individuelle und umfassende interprofessionelle Betreuung und Begleitung der ganzen Familie während Schwangerschaft, Geburt und in der Zeit danach (meist kurze gemeinsame Zeit, Abschied und Trauerbegleitung) (vgl. 7.2 et 7.3).¹⁷

Der Abbruch einer Schwangerschaft kann für die Frau oder das Paar ein traumatisches Erlebnis sein, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft gewollt oder nicht gewollt war und zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft der Abbruch stattfindet. Deshalb ist die professionelle Begleitung des Trauerprozesses ein wichtiger Bestandteil des Schwangerschaftsabbruchs (siehe 6.3 und 7.2).

16) Bei infauster Prognose kann es vorkommen, dass das Kind bereits intrauterin verstirbt. In solchen Fällen wird die Geburt in der Regel medikamentös eingeleitet.

17) Für Informationen zum Konzept der palliativen Geburt und seiner Umsetzung vgl. www.palliative-geburt.info; https://neonatologie.charite.de/ueber_die_klinik/palliativteam; (Garten&Von der Hude 2014). Auch bei geplanter palliativer Spontangeburt im Rahmen dieses Konzeptes kann es letztlich zu einem Schwangerschaftsabbruch oder einer eingeleiteten palliativen Geburt kommen, wenn ein solches Vorgehen aus medizinischen oder psychologischen Gründen erforderlich ist (Auskunft von Dr. med. Lars Garten, Ärztlicher Leiter des Palliativteams Neonatologie am Perinatalzentrum der Berliner Charité, vom 4.1.2019).

6. Die Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft in der Schweiz

6.1. Situationen und Indikationen

Allgemein kann zwischen zwei Arten von Schwangerschaften unterschieden werden: jene, die erwünscht sind, und jene, die unerwünscht sind (wenn die Schwangerschaft ein «Unfall» oder beispielsweise das Ergebnis eines erzwungenen Sexualkontakts ist). Trotz den heute zahlreichen Methoden zur Schwangerschaftsverhütung gibt es nach wie vor auch ungewollte Schwangerschaften, die erst in der späteren Schwangerschaft als solche wahrgenommen werden. Sei es, weil das Verhütungsmittel nicht gewirkt hat, weil das Wissen über dessen korrekten Gebrauch nicht vorhanden war, aufgrund des gänzlich fehlenden Zugangs zu Verhütungsmethoden oder weil der Geschlechtsverkehr gegen den Willen der Frau erzwungen wurde. So mannigfaltig die Gründe sein mögen, so erheblich können die Konsequenzen für die schwangere Frau sein, welche durch eine ungewollte Schwangerschaft oftmals in eine schwierige Lebenssituation gerät. Auch bei gewollten Schwangerschaften können medizinische Komplikationen bei der schwangeren Frau oder dem Fötus hinzukommen. So können zum Beispiel durch die pränatalen Diagnoseverfahren fötale Fehlbildungen und Erkrankungen diagnostiziert werden, welche das Austragen der Schwangerschaft in Frage stellen. Schliesslich gibt es Situationen, in denen bei einer schwangeren Frau schwere psychische Probleme bestehen oder sich im Verlauf der Schwangerschaft entwickeln, und aus diesem Grund ein Abbruch erwogen wird. In solchen Fällen ist nicht die Diagnose beim Fötus, sondern die teils akute Lebensgefährdung bei der Mutter ausschlaggebend dafür, dass ein Abbruch der Schwangerschaft allenfalls zur Disposition steht.

Sowohl bei ungewollten als auch bei erwünschten Schwangerschaften fällt der Wunsch oder Entscheid über den Schwangerschaftsabbruch unter Umständen in den Zeitraum nach der 12. Schwangerschaftswoche. Bei erwünschten Schwangerschaften ist dies sogar regelmässig der Fall. In der weit überwiegenden Mehrheit dieser Fälle erfolgt der Abbruch im Zusammenhang mit einer Erkrankung bzw. Fehlbildung beim Fötus: Da sein Gesundheitszustand sehr genau und entsprechend lange abgeklärt werden muss, um eine präzise und sichere Diagnose zu erhalten, findet der Abbruch in aller Regel nach der 12. Schwangerschaftswoche statt. Gewisse Anomalien können erst zu einem späten Zeitpunkt in der Schwangerschaft entdeckt werden, da die entsprechenden Untersuchungen aufgrund der fötalen Entwicklung nicht früher durchgeführt werden können (so kann zum Beispiel die Ultraschalluntersuchung einiger Organe nicht vor der 20. Schwangerschaftswoche erfolgen). In manchen Fällen kommt es auch deshalb zu einer Verzögerung, weil die Untersuchungen zunächst zum Teil von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, die nicht über die erforderliche Expertise verfügen; weil die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch durch Beratungen, medizinische, ethische oder juristische Konzile und Gespräche (vgl. 6.2) zeitlich nach hinten geschoben wird, oder weil sich keine Klinik findet, die bei gegebener Indikation und erfüllten rechtlichen Voraussetzungen bereit ist, den Abbruch durchzuführen.

In der Praxis finden im späteren Verlauf der Schwangerschaft deutlich mehr Abbrüche aus so genannter sozial-medizinischer Indikation (schwere seelische Notlage der Mutter) statt als solche aus medizinischer Indikation (drohende, schwerwiegende körperliche Schädigung der schwangeren Frau), wie aus den Zahlen des BFS klar hervorgeht (2018b): Bei knapp der Hälfte der 454 Abbrüche, welche 2017 nach der 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt worden sind, ist die Indikation bekannt. Die Interventionsgründe bei den dokumentierten 222 Fällen waren: «Ein oder mehrere psychosoziale Motive»

(N=96), «Somatisches Problem bei Kind oder Mutter¹⁸, mit oder ohne anderem Motiv (N=122), «Psychische Erkrankung, mit oder ohne psychosozialem Motiv» (N=3), «Ungewollter Geschlechtsverkehr, mit oder ohne psychiatrischem oder psychosozialem Motiv» (N=1). Bei der weitüberwiegenden Mehrheit der 222 Fälle gründete der Abbruch also auf psychosozialen Motiven oder auf einem somatischen Problem beim Fötus (mit oder ohne anderem Motiv). Die Statistik zeigt zudem, dass diese Verteilung in den vergangenen zehn Jahren immer etwa gleichgeblieben ist.

Bei Abbrüchen im Zusammenhang mit pränatalen Diagnosen darf die sozial-medizinische Indikation nicht direkt aufgrund der fötalen Anomalie an sich gestellt werden; ausschlaggebend für diese Indikation ist, dass es der Frau nicht möglich ist, die Schwangerschaft unter diesen Umständen fortzuführen, und ein Abbruch notwendig ist, um die Gefahr einer schweren seelischen Notlage von ihr abzuwenden.

Wie aus den Anhörungen hervorgeht, handelt es sich in der Praxis bei den somatischen Problemen des Kindes, welche die Frau in eine Notlage bringen, grossmehrheitlich um Fehlbildungen des Zentralnervensystems oder um Chromosomenstörungen. Chromosomenstörungen werden in der Regel früher entdeckt als Fehlbildungen (weil einerseits gewisse Anomalien erst später festgestellt werden können und andererseits die Erkennungsrate von Fehlbildungen deutlich tiefer ist [39% gemäss EUROCAT]). So erfolgt der Abbruch bei Chromosomenstörungen mehrheitlich bis zur 18. Schwangerschaftswoche, bei Fehlbildungen des Zentralnervensystems hingegen mehrheitlich zwischen der 22. und der 24. Schwangerschaftswoche.

6.2. Prozesse der Entscheidungsfindung

Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist, desto schwieriger ist die Situation für alle Beteiligten, wenn die Frau den Schwangerschaftsabbruch in Betracht zieht. Besonders belastend ist die Situation für die Frau, das Paar, Pflegende, Ärzte und Ärztinnen, wenn die extrauterine Lebensfähigkeit des Fötus erreicht ist, konkret ab einer Schwangerschaftsdauer von 22 Wochen. Einen Fetozid, das heisst das Abtöten des Fötus in der Gebärmutter durchführen zu müssen, kann aufgrund des ethisch-psychologisch-religiösen Hintergrunds für manche involvierten Personen unzumutbar sein.

Der Prozess der Entscheidungsfindung kann unterschiedlich ausgestaltet sein. Die in der Schweiz praktizierten Modelle unterscheiden sich stark mit Blick auf die Frage, wie viele und welche Fachpersonen in den Entscheidungsprozess involviert sind. In einigen Fällen/Institutionen ist der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin alleine für die Entscheidungsfindung (und allenfalls anschliessend für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs) verantwortlich. In anderen Fällen werden die Möglichkeiten und das weitere Vorgehen in einem Team diskutiert, wobei sich diese Teams unterschiedlich zusammensetzen. In einigen Kantonen ist die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt in den Prozess eingebunden. Ebenfalls beteiligt sein können gesetzlich anerkannte Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, welche die schwangeren Frauen kostenlos, vertraulich und neutral informieren, beraten und unterstützen. Die Ausgestaltung des Entscheidungsprozesses hängt einerseits von vorgegebenen Strukturen ab, welche wiederum vermutlich davon abhängig sind, wie gross die Institution ist bzw. wie viele

18) Anmerkung des BFS: «Der Kanton Waadt unterscheidet nicht zwischen den somatischen Problemen von Mutter und Kind. Die Interventionen, bei welchen dieser Unterschied gemacht wird, sind zu 95% auf ein somatisches Problem beim Kind zurückzuführen.» (2018b).

Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft dort durchgeführt werden. Andererseits sind für das Vorgehen aber auch die konkreten Umstände im Einzelfall relevant. So kann etwa an Kliniken, die an sich eine Entscheidung durch die behandelnden Ärzte vorsehen, bei Unklarheit über den psychischen Zustand der schwangeren Frau ein psychiatrisches Gutachten eingeholt werden.

Aus der NEK-Umfrage geht hervor, dass die Entscheidung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in bestimmten Situationen meistens von einem interdisziplinären Team getroffen wird (siehe Kasten weiter unten): zum Beispiel dann, wenn die Schwangerschaft bereits fortgeschritten ist (für gewisse Kliniken nach der 24. Schwangerschaftswoche); wenn eine schwerwiegende Fehlbildung und/oder genetische Anomalie festgestellt wird, aufgrund derer die Lebenserwartung begrenzt, unklar oder nicht abschätzbar ist; wenn eine Fehlbildung und/oder genetische Anomalie festgestellt wird, die zum Tod führen wird; wenn Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen oder nach dem Einholen einer Zweitmeinung.

In ihrem Vorgehen stützen sich diese interdisziplinären Teams teilweise auf Verfahrenskonzepte, die an ihrer Klinik zum Vorgehen im Bereich Abbruch bei fortgeschrittener Schwangerschaft entwickelt wurden. Darin finden sich zahlreiche Verfahrenselemente, welche sich in der Praxis bereits bewährt haben. Aus den Antworten auf die NEK-Umfrage geht hervor, dass 63,7% der Kliniken (N=14/22, wobei eine Klinik nicht geantwortet hat) über interne Weisungen unterschiedlicher Art verfügen (Handbücher, Protokolle, Leitlinien, Begleitungskonzepte usw.). Im Gespräch betonten Fachpersonen, wie wichtig die Entwicklung multidisziplinär und multiprofessionell entwickelter Leitlinien ist. Auch die Autorinnen zweier medizinischer Dissertationen kommen in ihren Arbeiten zum Schluss, dass die Erarbeitung und Verbreitung praktikabler Konzepte essentiell ist (Tanner 2011, 137; Harringer 2018, 59).

Es folgt als Praxisbeispiel ein Überblick über den Prozess der Entscheidungsfindung an drei Schweizer Universitätskliniken.

Die Universitätsklinik für Frauenheilkunde des Inselspitals Bern, die Frauenklinik Universitätsspital Basel und das Departement Frau-Mutter-Kind des Waadtländer Universitätsspitals (CHUV) in Lausanne gelten in der Schweiz als Referenzzentren. Kliniken aus ihrer jeweiligen Region wie auch aus anderen Regionen sowie Kantone wenden sich aufgrund ihrer Expertise an sie. Deshalb führen sie neben den Tausenden Schwangerschaftsabbrüchen vor der 12. Schwangerschaftswoche jährlich auch je rund 40 Abbrüche zwischen der 14. und der 24. Schwangerschaftswoche durch (Zahl für 2016), mehrheitlich aufgrund von Fehlbildungen beim Fötus.

Die drei Universitätskliniken begleiten Frauen und Paare, die ihre Zentren aufsuchen, sie können aber auch um eine Zweitmeinung angefragt werden, beispielsweise, wenn bei einem Screening an einer anderen Klinik eine Anomalie festgestellt wurde. In jedem Fall werden vertiefte Untersuchungen (Ultraschall, Magnetresonanztomografie, Amniozentese, genetische, neurologische, orthopädische Untersuchungen usw.) durchgeführt, um eine präzise Diagnose und Prognose zu stellen und allfällige Therapiemöglichkeiten zu planen, sowie eine kontinuierliche Beratung und Betreuung der Frau und des Paares in die Wege geleitet.

In sehr schwierigen Situationen, in denen Meinungsverschiedenheiten, Dilemmata und Wertekonflikte auftreten oder ein Fetozid in Betracht gezogen wird (dieser wird am Inselspital Bern und am CHUV in Lausanne praktiziert, das Universitätsspital Basel lehnt eine Durchführung bislang ab), wird in der Regel ein spe-

zifischer Entscheidungsprozess eingeleitet, nämlich ein Ethikrat (Ethikzirkel, Ethikkonsultation) einberufen. Der Ethikrat kann beispielsweise einberufen werden, wenn nicht eindeutig feststeht, dass die Fehlbildung nicht mit dem Leben vereinbar ist, oder wenn die Fehlbildung weniger ausgeprägt oder gut behandelbar sein könnte, sodass der Wunsch der Frau oder des Paares nach einem Schwangerschaftsabbruch für die Ärztinnen und Ärzte nicht nachvollziehbar ist. Er tritt auch zusammen, wenn das Kind an der Grenze zur Lebensfähigkeit steht (ab der 24. Schwangerschaftswoche). Solche Situationen sind für die Beteiligten emotional sehr belastend, weshalb ein Ethikrat auf Verlangen einer jeden involvierten Fachperson innert kurzer Frist (24 bis 48 Stunden) einberufen wird.

Der Ethikrat hat grundsätzlich fünf Aufgaben: Erstens erleichtert er den Informationsaustausch zwischen den direkt betroffenen Fachkräften (Personal der Entbindungsstation, insbesondere Hebammen und Ärzteschaft, usw.) und erhöht damit die Transparenz und das gegenseitige Verständnis bei der Teamarbeit. Zweitens bietet er dem Personal Unterstützung bei der Entscheidungsfindung in den (heiklen) Fällen eines Schwangerschaftsabbruchs. Austausch und Unterstützung spielen eine besonders wichtige Rolle bei der dritten Aufgabe, nämlich wenn es darum geht, einen allfälligen Fetozyd zu besprechen. Viertens bringt sich der Ethikrat ein, wenn ein ethisches Dilemma vorliegt (z.B. wenn Unstimmigkeit herrscht zwischen dem Behandlungsteam, das gute Therapiemöglichkeiten mit grossen Erfolgschancen sieht, sodass das Kind sehr wahrscheinlich ein «gutes» Leben führen könnte, und der Frau oder dem Paar, das diese Einschätzung zurückweist und einen Schwangerschaftsabbruch wünscht). Und fünftens ist der Ethikzirkel aufgrund seiner kritischen Distanz besser in der Lage, Alternativen vorzuschlagen (beispielsweise eine Adoption oder eine palliativmedizinische Versorgung des Kindes nach der Geburt) oder andere Ressourcen zu mobilisieren (spitalintern oder -extern, z.B. eine Selbsthilfegruppe oder eine unabhängige Anlauf-, Koordinations- und Beratungsstelle wie die Fachstelle Kindsverlust in Bern). Mit dem Einbezug des Ethikrats soll auch vermieden werden, dass eine einzige Person die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch trifft. Zu betonen ist, dass Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich immer vorgeschlagen werden – unabhängig davon, ob der Ethikrat einberufen wird oder nicht –, kommen diese vom Ethikrat, werden sie jedoch von der Frau oder dem Paar allenfalls besser akzeptiert. Die Zusammensetzung des Ethikrats unterscheidet sich je nach Klinik. Diese entscheidet eigenständig über die Vorgehensweise und die Zusammensetzung des Gremiums (welche Fachpersonen zwingend – am Universitätsspital Basel ist beispielsweise immer ein/e Psychosomatiker/-in zugegen – oder fakultativ einberufen werden). Zudem hängt die Zusammensetzung auch von der zu beurteilenden Problematik ab. Üblicherweise sind vertreten: die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt, welche/-r für die Betreuung der Frau zuständig ist, die Chefärztin bzw. der Chefarzt oder die Stellvertretung, betreuende Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen, die Stationsleiterinnen oder -leiter der betreuenden Bereiche, die Vertreterin oder der Vertreter der Neonatologie, die Ethikerin oder der Ethiker und eine auf die Betreuung von Frauen und Paaren in solchen Situationen spezialisierte Hebamme (Trauerbegleiterin). Je nach Bedarf können Fachpersonen weiterer Disziplinen (Ultraschall, Psychosomatik, Genetik, Geburtshilfe, Neurologie, Recht, Orthopädie, Psychiatrie usw.) oder anderer Bereiche (soziale Arbeit, Kinderschutz, Seelsorge usw.) hinzukommen. Hauptziel des Ethikrats ist es, die Arbeit der involvierten Teams zu unterstützen, indem die relevanten Aspekte der Situation aus verschiedenen Blickwinkeln, mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund und interdisziplinär behandelt werden.

Das Vorgehen wird beispielsweise in einem standardisierten Protokoll festgehalten (an der Universitätsklinik Bern trägt dieses den Titel «Ethische Fallbesprechungen in der Geburtshilfe und Feto-Maternalen Medizin», am Universitätsspital Basel «Protokoll Ethikberatung»).

Gemäss dem Protokoll des Inselspitals übernimmt jeweils die für Ethik zuständige Person die Organisation des Ethikrats und die Diskussionsführung. Vorgängig entscheidet sie gemeinsam mit der Klinikleitung, ob ein grundlegendes ethisches Problem vorliegt und in welche Fallkategorie es gehört.

Der Ethikrat kann in zwei unterschiedlichen Situationskategorien zur Fallbesprechung zusammentreten: in nicht akuten Situationen und in akuten Situationen. Bei der ersten Kategorie geht es darum, die ethischen Kompetenzen des Teams zu stärken und ein qualitativ hochstehendes Verfahren zu gewährleisten, indem unterschiedliche Ansichten bewusst gemacht und die individuell wahrgenommenen ethischen Problematiken in vergangenen Situationen (retrospektive Form) oder aktuellen Situationen (prospektive Form) erörtert werden. Dabei geht es nicht unbedingt darum, eine Entscheidung zu treffen. Bei Fällen der zweiten Kategorie (akute Situationen) besteht das Ziel hingegen darin, eine aktuell vorliegende komplexe Situation zu lösen und die Teams mit Blick auf die konkret zu unternehmenden Schritte zu beraten. Die Frau oder das Paar sind bei den Fallbesprechungen nicht anwesend. Ihre Perspektive wird von den Fachpersonen eingebracht und eingehend besprochen.

Die Resultate oder die getroffenen Entscheidungen (einschliesslich allfälliger Meinungsverschiedenheiten) werden in einem detaillierten Protokoll festgehalten. Am Universitätsspital Basel und am CHUV in Lausanne beispielsweise werden im Protokoll die unterschiedlichen Perspektiven präzisiert (jene der Frau, des Partners, der Vertreterin bzw. des Vertreters oder des Beistands, der Fachleute – Ärzteschaft, Pflegende, Hebammen, usw.) und die Diskussion der ethischen Aspekte zusammengefasst (die grundlegenden ethischen Fragen, Pro- und Kontra-Argumente, die Analyse der ethischen Prinzipien, die Ergebnisse der Beratung usw.). Auch die Nachbereitung des Prozesses ist Teil des Protokolls: bis zwei Wochen nach der Fallbesprechung sollte von der Station ein Rückmeldebogen eingehen mit Informationen zum weiteren Verlauf des Falles sowie Angaben dazu, ob und inwiefern die Ethikberatung hilfreich war. Letztlich beruht die Position der Institution damit nicht auf einer einzelnen Meinung, sondern geht aus einem bestimmten Verfahren hervor und ist entsprechend breit abgestützt.

Im Anschluss an die ethische Fallbesprechung wird die Frau oder das Paar über die Schlussfolgerungen (Entscheidungen) informiert. Sie erhalten anschliessend zusätzliche Bedenkzeit, bevor sie ihre eigene Entscheidung treffen müssen.

Manchmal ist für die schwangere Frau schon zu Beginn dieses Prozesses klar, dass sie die Schwangerschaft unter den gegebenen Umständen nicht fortsetzen kann. Häufig und namentlich dann, wenn eine fötale Anomalie festgestellt worden ist, bilden sich die Frauen oder Paare ihre Meinung jedoch erst im Laufe dieses Prozesses, gestützt auf die Informationen zur Diagnose und Prognose, die sie von den Fachpersonen erhalten. Eltern und Fachpersonen stehen dann in einem Dialog, besprechen zusammen die Befunde und erörtern die zur Verfügung stehenden Optionen. Im Idealfall treffen sie am Ende dieses Prozesses gemeinsam eine Entscheidung für oder gegen einen Abbruch der Schwangerschaft.

Unabhängig davon, wie der Entscheidungsprozess konkret ausgestaltet ist, kann sich letztlich aber auch die Konstellation ergeben, dass sich die schwangere Frau subjektiv in einer Notlage befindet, die einen Abbruch der Schwangerschaft erfordert, diese Notlage von der Ärztin oder dem Arzt aber nicht bescheinigt und die Vornahme des Abbruchs deshalb – unter Umständen wiederholt von verschiedenen Fachpersonen – abgelehnt wird (zum Beispiel, weil eine diagnostizierte Fehlbildung therapierbar ist, wie dies etwa bei einer Lippen-Kiefer-Gaumensegel-Spalte der Fall ist). In Gesprächen schildern Fachper-

sonen, dass manche Frauen in dieser Situation ins Ausland gehen, wo Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft unter weniger restriktiven Bedingungen durchgeführt werden. Eine medizinische Dissertation dokumentierte die Praxis, wonach Frauen/Paare auf Wunsch vom behandelnden Team entsprechende Kontaktadressen erhalten (Tanner 2011, 92 f.). Wie häufig solche Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und dem Behandlungsteam in der Praxis vorkommen, ist ebenso offen wie die Frage, wie viele Frauen jährlich aus diesem Grund ins Ausland reisen.

6.3. Information und Betreuung der Frau vor und nach dem Abbruch

Bei Indikation eines Abbruchs in der fortgeschrittenen Schwangerschaft wird die Frau/das Paar in den ärztlichen Konsultationen über die verschiedenen Möglichkeiten des medizinischen Vorgehens aufgeklärt und die formellen und administrativen Notwendigkeiten werden besprochen: Erklärt und unterschrieben werden müssen die diversen Aufklärungs- und Einwilligungsfomulare, auch für eventuelle genetische Untersuchungen der Eltern/des Fötus. Ebenfalls wird auf die Möglichkeit einer psychologischen Unterstützung hingewiesen, denn der gesamte Prozess sollte durch eine psychosoziale Begleitung unterstützt werden.

Für eine gute Begleitung der Frau ist entscheidend, dass sie alle Informationen erhält, die für den Entscheidungsprozess und darüber hinaus von Bedeutung sind:

a) Eine grundlegende Rolle spielt hier die Pränataldiagnostik. Zur Pränataldiagnostik zählen einerseits nicht-invasive Verfahren wie Ultraschalluntersuchungen und NIPT, andererseits invasive Verfahren wie die Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie. Vorgeburtliche Untersuchungen, namentlich Ultraschalluntersuchungen, sind heutzutage weit verbreitet und gehören zum Standard der Schwangerschaftsvorsorge (Tanner 2011, 22).

Wie die Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen (vgl. 6.1) und Gespräche mit Fachpersonen bestätigen, erfolgt ein Grossteil der Schwangerschaftsabbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft, weil durch pränatale Untersuchungen eine Fehlbildung oder eine Erkrankung beim Fötus festgestellt wurde. Wie Fachpersonen in Gesprächen berichten, trifft die Diagnose einer fötalen Anomalie schwangere Frauen häufig unvermittelt, was die ohnehin schwierige Situation zusätzlich erschwert. Eine Expertin weist auf die Gefahr hin, dass die schwangere Frau im Schockzustand Entscheidungen trifft, die sie im Nachhinein bereuen könnte. In den Gesprächen betonen alle Fachpersonen die Wichtigkeit einer frühzeitigen, sorgfältigen und umfassenden Aufklärung über die Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik. Die schwangere Frau muss wissen, dass und welche Konsequenzen vorgeburtliche Untersuchungen haben können, dass in Anwendung dieser Verfahren zum Beispiel eine lebenslimitierende Erkrankung beim Fötus festgestellt werden könnte, dass es aber auch unklare Befunde geben kann oder aber eindeutige Diagnosen, die dennoch keine klare Prognose erlauben – und dass sich dann die Frage stellt, wie mit diesem Wissen umgegangen werden kann und soll. Wesentlich ist, dass die schwangere Frau eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung darüber treffen kann, ob sie Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen möchte oder nicht. Sie hat nicht nur ein Recht auf Wissen, sondern auch ein Recht auf Nichtwissen. Dies erfordert hohe Qualitätsstandards und eine professionelle Ausgestaltung der Aufklärung und Beratung. In einer 2016 veröffentlichten TA-Swiss Studie zu genetischen Untersuchungen formulierten die Autorinnen und Autoren hierfür verschiedene Empfehlungen (vgl. Brauer et al. 2016, 340 ff.). In vielen Kantonen bestehen unabhängige Informations- und Bera-

tungsstellen für genetische Untersuchungen, an die sich schwangere Frauen und ihre Partner wenden können.¹⁹ Im Gespräch weist eine Fachperson darauf hin, dass diese Möglichkeit in der Praxis selten genutzt werde; Kritik dahingehend wurde auch in der TA-Swiss Studie von verschiedenen Interviewpartnerinnen und -partnern geäussert (Brauer et al. 2016, 132). Wie häufig und inwieweit diese Fachstellen tatsächlich in die genetische Aufklärung und Beratung involviert sind, bleibt aber unklar.

b) Wie bereits erwähnt, wird ein Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft in ganz unterschiedlichen Konstellationen in Betracht gezogen oder durchgeführt. Soweit die Schwangerschaft nicht aus medizinischen Gründen abgebrochen werden muss (z.B. bei Lebensgefahr für die schwangere Frau), handelt es sich beim Abbruch grundsätzlich um eine von mehreren Optionen, zwischen denen sich die schwangere Frau entscheiden muss. Bei infauster Prognose kann die Schwangerschaft grundsätzlich auch ausgetragen werden. Steht aus anderen Gründen eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft im Raum, besteht allenfalls die Möglichkeit, das Kind nach der Geburt zur Adoption freizugeben. Wichtig ist, dass die schwangere Frau ausführlich über die verschiedenen Optionen aufgeklärt wird und sich selbstbestimmt für eine davon entscheiden kann. Eine im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms NFP 67 durchgeführte Untersuchung weist jedoch darauf hin, dass die Realität etwas anders aussieht (Fleming et al. 2016). In dieser Studie führten die Forschenden zwischen 2013 und 2014 in der Deutschschweiz insgesamt 61 Gespräche mit 17 Frauen, einem Mann und 7 Paaren, die sich in den vergangenen fünf Jahren mit der Diagnose einer tödlichen fötalen Erkrankung konfrontiert sahen. Ausserdem wurden 29 Gespräche mit Gesundheitsfachkräften geführt (3 Pflegefachfrauen, 1 Sozialarbeiter/-in, 2 Psychologinnen oder Psychologen, 15 Hebammen, 5 Ärztinnen oder Ärzte, 2 Seelsorger/-innen und 1 Bestatter/-in). Hinweise darauf, dass bereits in Informations- und Beratungsgesprächen betreffend pränatale genetische Untersuchungen seitens der Ärztinnen und Ärzte manchmal nicht über alle Optionen im Fall einer Diagnose aufgeklärt wird, finden sich auch in der Studie von TA-Swiss (Brauer et al. 2016, 132).

c) Die Resultate dieser Studie (Fleming et al. 2016) geben ausserdem Hinweise darauf, dass in der Praxis mitunter eine Überlagerung von Informations- und Entscheidungsprozess stattfindet, ein Umstand, auf den auch Fachpersonen im Gespräch aufmerksam machen: So wird zum Teil mit der Diagnosemitteilung durch die Gynäkologin oder den Gynäkologen auch bereits der Entscheidungsprozess eingeleitet. Das heisst, es geht für die Frau sehr schnell nach der Diagnosemitteilung darum zu entscheiden, ob die Schwangerschaft fortgeführt oder abgebrochen werden soll.

Problematisch ist diese Überlagerung zum einen, weil die Einleitung des Entscheidungsprozesses einen Einfluss auf den Informationsprozess hat. Dieser wird dadurch vielleicht nicht sofort beendet, wohl aber doch automatisch auf gewisse Fragestellungen hin ausgerichtet, während andere Optionen in den Hintergrund rücken – ein Umstand, der dem Ziel der informierten Entscheidung entgegensteht. Zum anderen werden viele Frauen dadurch zusätzlich (und unnötig) belastet. Die Wichtigkeit einer Entschleunigung der Situation wird auch durch eine aktuelle Studie und Leitlinien hervorgehoben, in welchen Eltern, die einen Abbruch bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft oder eine palliative Geburt erlebt haben, befragt wurden und mitgearbeitet haben (Wool et al. 2018; PaluTiN 2018).

19) Gemäss Art. 24 des 2018 revidierten Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) sorgen die Kantone für ein solches Angebot.

Schon die Information über die Option eines Schwangerschaftsabbruchs unmittelbar nach der Mitteilung einer fötalen Anomalie kann den Entscheidungsprozess einleiten und bei den betroffenen Frauen zu einem Entscheidungsdruck führen, wie die Ergebnisse der Studie «Sterben am Lebensbeginn» (Fleming et al. 2016) nahelegen. Es ist deshalb wichtig, dass die involvierten Fachpersonen in Gesprächsführung spezifisch geschult sind. Das gilt insbesondere für die Gynäkologinnen und Gynäkologen, denen als erste Gesprächspartner der schwangeren Frau besondere Bedeutung zukommt.

d) Ein Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft kann mittels verschiedener Methoden erfolgen (vgl. 5. und 6.4). Die schwangere Frau muss wissen, welche Methoden zur Verfügung stehen, wie diese genau ablaufen, was das in medizinischer Hinsicht für sie und den Fötus bedeutet und welche seelischen Folgen für sie damit einhergehen können.

Mit Blick auf die medikamentöse Methode muss die Frau zum Beispiel darauf hingewiesen werden, dass sich der Abbruch über mehrere Tage hinziehen kann oder, dass das Kind – sofern kein Fetozid durchgeführt wird oder wenn dieser misslingt – nach der Geburt Lebenszeichen zeigen kann und sich dann die Frage stellt, wie und von wem es begleitet und betreut werden soll.

Daneben muss auf die medizinischen Vor- und Nachteile (Dauer des Abbruchs, Schmerzen, Verletzungsgefahr, Risiko für nachfolgende Schwangerschaften) der einzelnen Methoden eingegangen werden.

Aus der NEK-Umfrage geht hervor, dass 21 von 22 Einrichtungen (95,4%) den Frauen/Paaren eine psychologische Begleitung anbieten oder sie diesbezüglich weiterverweisen. Überdies verfügen 14 der 22 Einrichtungen (63,7%) über interne Weisungen, Leitlinien oder Empfehlungen zum Abbruch nach der 12. Schwangerschaftswoche. Die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel stellt beispielsweise ein Dokument mit dem Titel «Konzept glücklose Schwangerschaft» zur Verfügung. Dieses wurde von einer Arbeitsgruppe aus Hebammen und Pflegefachpersonen erarbeitet und richtet sich an Fachpersonen, die Frauen oder Paare betreuen, die von der Geburt eines toten Kindes betroffen sind (unabhängig davon, ob es sich um eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch handelt). Diesen soll damit eine einheitliche und kontinuierliche Begleitung angeboten werden. Eine Fachperson berichtet im Gespräch, dass nach ihrer Erfahrung die wenigsten Spitäler über ein Konzept für die Begleitung/Betreuung der Eltern verfügen. Selbst in besonders schwierigen und belastenden Situationen (Fetozid) kann demnach offenbar nicht überall auf ein Betreuungskonzept zurückgegriffen werden.

Für eine gute Begleitung der Frau ist aber nicht nur wichtig, dass sie alle relevanten Informationen – inklusive jene betreffend Beratungs- und Betreuungsangebote – erhält. Entscheidend ist auch, dass sie über alle prä- und postnatalen Prozessphasen hinweg betreut und kontinuierlich begleitet wird.

Die Studie von Fleming et al. (2016) weist auf die Bedeutung einer spezialisierten und kontinuierlichen Begleitung hin. Die Resultate dieser Untersuchung zeigen, dass man zwar bemüht ist, die Frau bzw. die Eltern bedürfnisgerecht zu betreuen. Dennoch kommt die Studie zum Schluss, dass die Unterstützung für Frauen in solchen Situationen nicht optimal ist. Anhand der analysierten Gespräche wurden sechs Hauptthemen – Schock, Wahlmöglichkeiten und Dilemmata, Verantwortung übernehmen, immer noch schwanger sein, eine Beziehung zum Kind aufbauen, Zukunftsperspektive – sowie zwei kritische Phasen identifiziert. Dazu gehören jene von der Diagnose bis zur Entscheidungsfindung und jene von der Entscheidung bis zur Geburt bzw. zum Tod des Fötus und darüber hinaus. Die Studie ist nicht repräsentativ

(angesichts der kleinen Stichprobe und des Einbezugs einer einzigen Sprachregion), sie zeigt aber auf, wie wichtig es ist, das persönliche Empfinden und die Sichtweise der Frau oder des Paares, das der Diagnose einer tödlichen Erkrankung des Fötus gegenübersteht, zu berücksichtigen. Die Resultate der Studie deuten darauf hin, dass die Betreuung in der Phase um Geburt/Tod des Fötus/Kindes aktuell besser gelingt als in den Phasen davor und danach: In den Interviews gaben viele Frauen an, dass sie sich zwischen Diagnose und Entscheidung unter Druck gesetzt fühlten, eine Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch ihrer Schwangerschaft zu treffen. Diese Ergebnisse decken sich mit der Einschätzung einer Fachperson, die im Gespräch schildert, dass Frauen nach einem Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft häufig feststellen, dass «alles so schnell gegangen ist» und sie im Schock entschieden haben. Eile bei der Entscheidung ist erstens in aller Regel medizinisch nicht nötig (keine unmittelbare Gefährdung von Frau oder Kind; ein gewisser Zeitdruck kann sich in den ersten Wochen der Indikationenregelung aber daraus ergeben, dass bestimmte Abbruchmethoden nur bis zu einer gewissen Schwangerschaftsdauer angeboten werden). Zweitens können übereilte Entscheidungen im Nachhinein womöglich bereut werden und Traumata begünstigen.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse zweier Studien darauf hin, dass die Betreuung heute zum Nachteil der Frauen fragmentiert erfolgt; dies insofern, als für die Betreuung in den verschiedenen Phasen vor, während und nach dem Abbruch bei fortgeschrittener Schwangerschaft je unterschiedliche Fachpersonen zuständig sind, die nicht oder nicht ausreichend miteinander koordiniert sind (Fleming et al. 2016; Brauer et al. 2016, 134 f.). Wie die umfassende Arbeit von Tanner zeigt, stellt diese Fragmentierung in der Betreuung mitunter auch für Hebammen eine besondere Schwierigkeit dar; aus ihrer Perspektive wären ein früherer Einbezug und ein Mitwirken am Entscheidungsprozess für alle Beteiligten hilfreich und wünschenswert (Tanner 2011, 90, 101; Harringer 2018, 56).

Bei der Begleitung der Frau und des Paares spielt es eine zentrale Rolle, was mit dem verstorbenen Fötus/Kind geschieht: Die Art und Weise des Umgangs mit dem verstorbenen Fötus oder mit dem möglicherweise erst nach der Geburt verstorbenen Kind kann enorme Auswirkungen auf den Trauerprozess der Eltern (und unter Umständen auch der Geschwister) haben (siehe 7.2). Der Trauerprozess der Eltern beginnt jedoch bereits mit dem Erhalt der Diagnose, also noch lange vor dem Tod des Fötus/Kindes, und erfordert von Beginn weg eine individuelle, erfahrene und kontinuierliche Begleitung (PaluTiN 2018, 23). Die Haltungen der Beteiligten haben einen wesentlichen Einfluss auf den Prozess der Verarbeitung von Schicksalsschlägen, die beispielsweise mit der Übermittlung einer schlechten Nachricht eintreten. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Fachpersonen gute Kenntnisse und Fähigkeiten mitbringen, um in solchen Situationen (auf psychischer und emotionaler sowie auch kommunikativer Ebene) Unterstützung zu bieten.²⁰

Gut ist, wenn Eltern bzw. Paare, die gerne Eltern geworden wären, die Möglichkeit haben, in der Zeit unmittelbar nach dem Tod des Kindes einen Abschiedsritus miterleben oder selbst durchführen zu können. Ebenso, wenn Fotos vom Kind gemacht werden, welche die Eltern auf Wunsch erhalten können. Gut ist auch, wenn sie das Kind segnen oder taufen lassen und anschliessend dann regelmässig ein Grab auf dem Friedhof besuchen können, um ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen und diese bewältigen zu können.

²⁰) In der Schweiz bietet die Fachstelle Kindsverlust in Bern regelmässig Schulungen an.

Wichtig ist, dass Eltern oder Wunscheltern diese Phase des Sterbens, des Abschieds und der Trauer sehr unterschiedlich erleben und dass idealerweise Angebote bestehen, die dann bei Bedarf in Anspruch genommen werden können oder auch nicht, gemäss dem Wunsch der Betroffenen (vgl. PaluTiN 2018).

Gehen die Meinungen in dieser Hinsicht auseinander, kann die Situation besonders belastend werden, insbesondere, wenn Mitglieder des Behandlungsteams im Unterschied zum Paar die Anerkennung des verstorbenen Fötus und den Abschied von ihm wünschen. Hier wäre die Möglichkeit zu prüfen, für solche Fälle alternative Riten für Fachpersonen zu entwickeln.

Die Universitätsklinik für Frauenheilkunde des Inselspitals Bern, die Frauenklinik Universitätsspital Basel und das Departement Frau-Mutter-Kind des Waadtländer Universitätsspitals (CHUV) in Lausanne haben alle ein Verfahren entwickelt, das sich einerseits auf den Umgang mit dem verstorbenen Fötus/Kind und andererseits auf die Begleitung/Nachbetreuung der Frauen und Paare bezieht, die mit dieser besonders schwierigen und traumatischen Trauererfahrung zurechtkommen müssen.

Eine Arbeitsgruppe des Universitätsspitals Basel (bestehend aus Hebammen und Pflegefachpersonen) hat ein «Konzept glücklose Schwangerschaft» für Berufsgruppen erarbeitet, die von einem Schwangerschaftsabbruch betroffene Frauen und Paare betreuen. In einem Kapitel werden der Umgang mit dem Körper des verstorbenen Fötus/Kindes ab der 12. Schwangerschaftswoche und das entsprechende Verfahren ausgeführt (Aufbewahrung in der Pathologie, separate Kremation usw.). Ausserdem werden die Abschiedsrituale und die Erinnerungsgegenstände beschrieben, die den Trauerprozess erleichtern sollen, wie beispielsweise Büchlein und Abschiedskarten oder eine Abschiedsbox mit verschiedenen Gegenständen (Fotos, Keramikherzen, Kleider usw.).

Einmal pro Jahr hält die Spitalseelsorge einen Gottesdienst auf dem Gelände des Krematoriums ab. Das Ärzte- und Pflorgeteam der Gynäkologie- und Geburtshilfeabteilung des CHUV hat eine Broschüre für Frauen und Paare verfasst, in der die zur Verfügung stehenden Optionen zum Umgang mit dem verstorbenen Fötus/Kind beschrieben werden.

Die Frau oder das Paar kann entscheiden, ob es sich selber um das verstorbene Kind und die Beerdigung kümmern will oder dies dem Spital überlässt.

In der Regel bleibt der leblose Körper 24 bis 48 Stunden auf der Entbindungsstation, anschliessend wird er in die Kapelle gebracht. Danach kümmert sich das Bestattungsinstitut der Stadt Lausanne um die Kremation im Bestattungszentrum von Montoie. Die Frauen bzw. Paare haben anschliessend die Wahl: Sie können die Asche im Gemeinschaftsgrab des Erinnerungsgartens auf dem Friedhof Montoie begraben; sie können verlangen, dass die Asche vorläufig im Bestattungsinstitut behalten wird, um Bedenkzeit zu erhalten (nach einem Jahr wird die Asche automatisch im Erinnerungsgarten begraben); sie können die Asche innerhalb von 96 Stunden nach der Kremation abholen und danach darüber verfügen.

Je nach Wünschen und Bedürfnissen der Frau oder des Paares kommen auch andere Möglichkeiten infrage. Das Ärzte- und Pflorgeteam der Entbindungsstation sowie weitere Fachpersonen (Seelsorger/-innen, Kinderpsychiater/-innen, Sozialarbeiter/-innen usw.) stehen im Trauerprozess unterstützend zur Seite. Eine Trauerbegleiterin der Entbindungsstation bespricht mit der Frau oder dem Paar, welche Hilfe vor und im Hinblick auf die Rückkehr nach Hause gewünscht ist.

Bei der Geburt werden Fotos und Fingerabdrücke des Babys gemacht.

Rund acht Wochen nach dem Austritt aus der Entbindungsstation wird den Frauen bzw. Paaren ein Termin mit der Chefärztin oder dem Chefarzt angeboten, bei dem die Resultate der Autopsie mitgeteilt werden.

6.4. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Obschon für Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft theoretisch verschiedene Methoden zur Verfügung stehen (vgl. 5.), kommt in der Schweiz ab ungefähr der 15. Schwangerschaftswoche in aller Regel die medikamentöse Methode zum Einsatz. Dies zeigen die Ergebnisse der NEK-Umfrage, welche sich insofern mit den Resultaten der Studie von APAC-Suisse decken. Fachpersonen bestätigen diese Praxis im Gespräch und auch eine aktuelle medizinische Dissertation hält fest, dass die medikamentöse Methode in der Schweiz ab der 15. Schwangerschaftswoche klar dominiert (Harringer 2018, 16 f.). Dies im Unterschied beispielsweise zu den USA, England und Holland, wo bei Abbrüchen im späten zweiten und teilweise auch dritten Trimester sowohl die medizinische als auch die chirurgische Methode angeboten und durchgeführt werden.

Die medikamentöse Methode wird hierzulande aus verschiedenen Gründen bevorzugt. Fachpersonen weisen darauf hin, dass sich bei der chirurgischen Methode mit zunehmender Schwangerschaftsdauer die Komplikationsrate erhöht: So steigt etwa das Risiko für eine Verletzung der Gebärmutterwand, eine Komplikation, die Ärztinnen und Ärzte nicht zuletzt mit Blick auf die Chancen für eine nachfolgende Schwangerschaft der Frau vermeiden wollen; je weiter der Muttermund dilatiert werden muss, desto grösser ist ausserdem das Risiko einer Gewebetraumatisierung. Eine Fachperson erklärte im Gespräch, dass chirurgische Abbrüche im späten zweiten Trimester deshalb nur von sehr erfahrenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden können. Unklar ist, ob und wie viele Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz derzeit über entsprechende Expertise verfügen. Zudem äussern Fachpersonen im Gespräch die Überzeugung, dass es für die Frauen in ihrer schwierigen Situation auch psychisch hilfreich sein kann, wenn sie den Geburtsvorgang bewusst erleben und daran anschliessend Abschied nehmen können von ihrem Kind.

Wenn und soweit in Schweizer Kliniken (nur) die medikamentöse Methode angeboten wird, stellt sich die Frage, wie sich die Situation für Frauen gestaltet, die im späteren Verlauf der Schwangerschaft einen Abbruch vornehmen lassen wollen, sich jedoch nicht vorstellen können, zu gebären. Eine Fachperson hat im Gespräch einen Fall erwähnt, in welchem auf dringenden Wunsch der Frau letztlich ein Fetozyd mit Kaiserschnitt vorgenommen wurde. 2017 war in der Presse vom Fall einer Frau zu lesen, für die eine bewusst erlebte vaginale Geburt in ihrer Situation keine Option war und die deshalb in eine auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisierte Klinik nach Holland fuhr, weil dort ein Abbruch mit der instrumentellen/chirurgischen Methode angeboten wurde (Brenneisen 2017). Offen bleibt, wie viele Frauen jährlich aus diesem Grund im Ausland Hilfe suchen.

Vor der medikamentösen Einleitung der Geburt kann ein Fetozyd durchgeführt werden. Wie häufig dies in der Schweiz vorkommt, ist jedoch unklar. Fetozyde werden statistisch nicht erfasst, es gibt also keine offiziellen Zahlen dazu. Während in anderen Ländern zum Teil Richtlinien existieren, denen zufolge ein Fetozyd bei Abbrüchen ab einer bestimmten Schwangerschaftswoche durchgeführt werden soll, gibt es

in der Schweiz keine diesbezüglichen Empfehlungen. Die Studie von APAC-Schweiz hat gezeigt, dass nur gerade 11 Schweizer Spitäler in Ausnahmefällen einen Fetozyd praktizieren. Die NEK-Umfrage hat ergeben, dass in 9 von 22 (41%) Schweizer Kliniken unter gewissen Umständen ein Fetozyd durchgeführt wird. Einer rechtswissenschaftlichen Dissertation aus dem Jahr 2014 zufolge werden Fetozyde in der Schweiz generell nur mit grosser Zurückhaltung vorgenommen (Tschuor-Naydowski 2014, 44). Gemäss Tanner werden in der Schweiz nach der 24. Schwangerschaftswoche keine Abbrüche und vorangehende Fetozyde durchgeführt (2011, 92); dieser Befund konnte in den Gesprächen mit Fachpersonen indes nicht bestätigt werden. Ob in einer Klinik ein Fetozyd angeboten bzw. durchgeführt wird, hängt massgeblich von der persönlichen Einstellung der zuständigen Ärztinnen und Ärzte ab, wie Gespräche mit Fachpersonen zeigen. Für Ärztinnen und Ärzte kann es im Erleben einen deutlichen Unterschied machen, ob sie einen Fetozyd durchführen oder mit Medikamenten einen Abbruch einleiten (Tanner 2011, 109). Jedenfalls unterscheidet sich die Abbruchpraxis in den verschiedenen Kliniken der Schweiz mit Blick auf die Durchführung des Fetozydes stark. Insgesamt ist festzustellen, dass einzelne grosse Zentrumskliniken aufgrund von Zuweisungen von Frauen aus den umliegenden Regionen überproportional viele Fetozyde durchführen, was zu einer erheblichen Belastung der dort zuständigen Fachpersonen führt (vgl. Harringer 2018).

Zum Fetozyd im Ausland liegen folgende Angaben vor: Die Statistik zeigt, dass im Jahr 2017 deutschlandweit 592 Fetozyde stattgefunden haben (Statistisches Bundesamt 2018). Seit 2010 hat diese Methode des Abbruchs in Deutschland tendenziell zugenommen. Aufgrund der Zahlen ist davon auszugehen, dass bei Spätabbrüchen nach der 24. Schwangerschaftswoche in aller Regel ein Fetozyd vorgenommen wird. In Österreich führen die Perinatalzentren diesen Eingriff ebenfalls durch. Es gibt ein von der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 2002 vereinbartes Konsensstatement «Spät-Abbruch» (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 2002). Demnach sollen Spätabbrüche nach der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche aus humanitären, ethischen, medizinischen und rechtlichen Überlegungen durch Geburtseinleitung nach Fetozyd erfolgen (ausser die betroffene Frau wünscht sich ein anderes medizinisch und ethisch verantwortbares Prozedere). Fetozyde dürfen diesem Konsensstatement zufolge nur nach Beratung in interdisziplinären Teams erfolgen, zur Sicherung der Diagnose des Kindes sollte ausserdem eine Zweitmeinung von Spezialisten eines anderen Zentrums eingeholt werden. Die Guidelines «Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales» des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010) empfehlen die Durchführung eines Fetozyds bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der 21. Schwangerschaftswoche plus sechs Tage.

6.5. Lebendgeburten nach Schwangerschaftsabbruch

Wird bei einer bereits fortgeschrittenen Schwangerschaft zu ihrem Abbruch kein Fetozyd vorgenommen, oder misslingt dieser, so ist es möglich, dass das Kind lebend zur Welt kommt. Hat das extrem frühgeborene Kind keine schwersten Behinderungen, oder ist zum Beispiel insbesondere das Hirn, nicht jedoch das Herz oder ein anderes Organ geschädigt, kann es noch eine ganze Weile leben. Dass Lebendgeburten nach Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz nicht selten vorkommen, zeigen Forschungsergebnisse jüngerer Untersuchungen: Gestützt auf die Zahlen einer NFP-Studie (Berger et al. 2017) ist davon auszugehen, dass etwa 25 Kinder jährlich nach einem Schwangerschaftsabbruch mit Lebenszeichen zur Welt kommen (vgl. 3.). In der Untersuchung von Tanner gab ein grosser Teil der befragten Fachpersonen an, Lebendgeburten nach einem Abbruch im späteren Verlauf der Schwanger-

schaft mehr oder weniger häufig erlebt zu haben (Tanner 2011, 95). Wie aus den Ergebnissen dieser Untersuchung hervorgeht, variiert die Überlebensdauer von Kindern, die mit Vitalzeichen zur Welt kommen, zwischen einigen Minuten und mehreren Stunden. Fachpersonen berichteten im Gespräch über eigene Erfahrungen, die sich mit diesen Ergebnissen decken.

7. Ethische Erwägungen

Die in der Praxis unterschiedenen psychiatrischen, kriminologischen und embryopathischen Indikationen werfen aus ethischer Sicht komplexe Fragen auf. Allerdings ist in *allen* Fällen davon auszugehen, dass eine schwangere Frau durch die sich ankündigende Geburt eines Kindes vor existenzielle, ihre Gesundheit, Identität, Persönlichkeit und Perspektiven betreffende Fragen gestellt wird. In diesen Situationen ist jede der möglichen Optionen belastend: Das Austragen eines nicht gewollten Kindes, oder eines gewollten, aber schwer kranken Kindes kann ebenso belastend sein wie ein Abbruch bei fortgeschrittener Schwangerschaft (Biggs et al. 2017; Baumeister 2017). Anders formuliert: Ein Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft kann ebenso von bestmöglicher Fürsorge und Verantwortung getragen sein wie das Austragen eines Kindes mit oder ohne dessen Freigabe zur Adoption (vgl. Gilligan 1982, Wiesemann 2006, Pauer-Studer 2005). Nicht primär die Möglichkeit des Abbruchs an sich, sondern die schicksalshafte Lebenssituation führt daher zu einem moralischen Dilemma, welches die direkt betroffene Frau und ihre Familie nachhaltig traumatisieren kann. Deshalb lautet der erste und unstrittige ethische Grundsatz, dass alle Optionen gemeinsam erwogen sowie die Betroffenen einfühlsam und achtsam begleitet werden müssen (Garten & Von der Hude 2014, PaluTiN 2018; Lantos 2018).

Die NEK weist an dieser Stelle auf die bekannte Problematik hin, dass die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs in einer grundsätzlichen Betrachtung letztlich auf die Kontroverse um den *moralischen Status oder die Natur des Embryos bzw. Fötus* verweist. Die unterschiedlichen Antworten, die auf diese Frage gegeben werden, bestimmen die moralische Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs in einer grundsätzlichen Perspektive mit.

Das Spektrum der Positionen, die in dieser Kontroverse vertreten werden, ist breit. Sie reichen von Sichtweisen, die dem Embryo ab der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle die volle moralische Schutzwürdigkeit zuschreiben bis hin zu Positionen, die Kriterien wie die Empfindungs- oder die Vernunftfähigkeit ins Zentrum rücken und dem Fötus erst zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft oder erst mit der Geburt die volle Schutzwürdigkeit zuerkennen. Sehr häufig wird vor dem Hintergrund unterschiedlicher weltanschaulicher, philosophischer sowie religiöser Perspektiven eine gradualistische Sichtweise vertreten, die davon ausgeht, dass die moralische Schutzwürdigkeit des Fötus im Verlauf der Schwangerschaft kontinuierlich zunimmt, ohne dass ein konkreter Einschnitt benannt werden könnte, ab dem diese Schutzwürdigkeit ein unbedingtes Recht auf Leben begründen würde. Auf einer solchen gradualistischen Sichtweise beruht auch die geltende rechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach der 12. Woche (vgl. 4.2). Daneben besteht eine weitere Sichtweise darin, die Fragen rund um einen Abbruch bzw. eine Fortführung der Schwangerschaft ausschliesslich als Frage im Kontext der reproduktiven Selbstbestimmung und der körperlichen Integrität der Frau zu sehen; hier wird grundsätzlich bestritten, dass der moralische Status des Embryos bzw. Fötus die Ausübung dieser Selbstbestimmung einschränken könnte oder sollte. Schliesslich hinterfragt eine beziehungsethische Sichtweise, ob es grundsätzlich angemessen sei, den Schwangerschaftskonflikt als einen Konflikt konfligierender Rechte zweier voneinander unabhängiger Rechtsträger zu beschreiben. Stattdessen wird hervorgehoben, dass es in dieser höchstpersönlichen Nahbeziehung vielmehr um ein schmerzhaftes Aushandeln von Selbstsorge und Fürsorge in Verantwortung durch und für die Frau, den Fötus, die Paarbeziehung und die möglicherweise bereits geborenen Geschwisterkinder geht. In ihren grundsätzlichen Konsequenzen für die ethische Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs an sich sind die unterschiedlichen Positionen bzw. Herangehensweisen letztlich unvereinbar.

Wie in der Einleitung zu dieser Stellungnahme ausgeführt, sind auch in der Kommission unterschiedliche Standpunkte zur Frage des moralischen Status oder der Natur des Embryos bzw. Fötus und deren Bedeutung für die Frage des Schwangerschaftsabbruchs vertreten. Dazu gehören auch Positionen, welche den Schwangerschaftsabbruch per se für nicht rechtfertigbar halten und die die negative ethische Bewertung des Aktes unterstreichen, weil er aufgrund des moralischen Status oder der Natur, welche dem Fötus zuerkannt wird, gleich zu bewerten ist wie die Tötung eines lebenden Menschen. Entsprechend stehen die nachfolgenden Ausführungen für ein Kommissionsmitglied unter dem Vorbehalt, dass sie sich auf eine Praxis beziehen, deren Zulässigkeit aus ethischer Perspektive grundsätzlich in Frage gestellt werden müsste.

Die vorliegende Stellungnahme äussert sich nicht zur grundsätzlichen Kontroverse. Sie hat ausschliesslich zum Ziel, die Problemstellungen zu erörtern, die sich in der Praxis innerhalb des geltenden rechtlichen Rahmens in der Schweiz gegenwärtig stellen.

7.1. Indikationen und Entscheidungsfindung

Für die Beurteilung der Praxis ist zunächst relevant, ob eine Schwangerschaft besteht, bei der ein Kind grundsätzlich *gewollt* ist, die Frau also eigentlich Mutter dieses Kindes werden möchte, oder ob das Kind *nicht gewollt* ist (vgl. dazu ausführlich oben, 6.1).

Bei ungewollten Schwangerschaften ist es bedeutsam, ob es für die beurteilenden Fachpersonen nachvollziehbar ist, weshalb die Geburt eines Kindes für die betroffene Frau eine unzumutbare psychische Belastung darstellt. Ebenso muss die Entscheidung bezüglich der Weiterführung oder des Abbruchs der Schwangerschaft unter einfühlsamer Begleitung der schwangeren Frau zeitnah und auf der Grundlage fundierter Informationen erfolgen. Die Feststellung einer schweren seelischen Notlage der Frau obliegt primär der Ärztin, die den Abbruch durchführt. Letztlich kann aber nur die Frau selbst einschätzen, welches Ausmass von Leiden für sie erträglich respektive unerträglich ist. Dennoch spricht viel dafür, auch weitere Dritte zu konsultieren, die ihre fachliche Expertise einbringen. So kann sich der Beizug psychologischer und psychiatrisch kundiger Fachpersonen empfehlen, die auch Kenntnisse in der Behandlung und Betreuung nach posttraumatischen Belastungen haben. Dies ist insbesondere bei Vorliegen einer Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung relevant, um weder durch einen Abbruch noch durch ein Austragen des Kindes vorhandene Traumata zu verstärken oder gar weitere Traumata herbeizuführen. Die ethische Beurteilung variiert je nachdem, ob die höchst schwierige Situation infolge eines Gewaltaktes entstanden ist, oder ob sich beispielsweise die soziale Situation des Paares verändert hat. Ohne die subjektiven Gründe zu bewerten, spielt die Evaluation der Motive und der Umstände beim Prozess der Entscheidungsfindung durch das Behandlungsteam eine wichtige Rolle.

Eine anders gelagerte Dilemmasituation ergibt sich dann, wenn die *Schwangerschaft zunächst erwünscht* war, die Frau im späteren Verlauf der Schwangerschaft aber einen Abbruch wünscht, zum Beispiel weil sie während der Schwangerschaft psychisch oder somatisch erkrankt ist, oder weil beim Fötus eine Erkrankung diagnostiziert bzw. ein Risiko für eine Behinderung festgestellt wurde. Juristisch gesprochen kann auch in diesen Konstellationen für einen Abbruch der Schwangerschaft allein die Frage ausschlaggebend sein, ob die Fortführung der Schwangerschaft oder die Geburt des Kindes eine unzumutbare physische oder psychische Belastung der schwangeren Frau bedeutet.

Wird eine psychiatrische Erkrankung der Frau diagnostiziert, beispielsweise eine schwere Depression oder Schizophrenie, und führt die Schwangerschaft mit dazu, dass die schwangere Frau akut suizidal ist, stellt sich die Situation insofern aus ethischer Sicht als besonders komplex dar, als dass das Kind grundlegend gewollt und nicht selbst erkrankt ist. Vielmehr ist das Leben der Mutter hier aufgrund einer psychischen Erkrankung gefährdet. Diese Konstellation ist nicht selten: Einerseits kann ein erstmaliger Schub einer Depression oder Psychose durch eine Schwangerschaft mit ausgelöst werden. Andererseits stehen zur Behandlung von psychischen oder somatischen Erkrankungen aufgrund der forschungsethischen Tradition, schwangere Frauen aus Medikamentenstudien auszuschliessen (vgl. Wild 2010), grundsätzlich nur wenige sichere Medikamente zur Verfügung, so dass die Symptome sich verstärken können. In klinisch-ethischen Fallbesprechungen, die vor einer definitiven Entscheidung im späteren Verlauf der Schwangerschaft oft durchgeführt werden (vgl. 6.2.), geht die Abwägung auch bei dieser Konstellation nicht selten klar in Richtung eines Abbruchs. Dessen zeitnahe und sichere Durchführung kann jedoch dadurch gefährdet sein, dass Kliniken, wie oben beschrieben, einen Abbruch trotz seiner juristischen Zulässigkeit und einer ethisch bestabgewogenen Entscheidung nicht durchführen. Freilich kann in Ausnahmefällen auch eine fürsorgliche Unterbringung der Frau in eine psychiatrische Klinik und eine Fortführung der Schwangerschaft trotz (oder auch wegen) akuter Suizidalität der am besten abgewogene Entscheid sein. Dies hängt unter anderem davon ab, ob die betroffene Frau urteilsfähig ist, wie ausgeprägt ihr Wunsch nach einem Kind war, und ob eine Behandlung der Erkrankung so möglich ist, dass nicht eine zusätzliche Schädigung des Fötus entsteht. Die körperliche oder psychische Gesundheit der Mutter ist zwar ein entscheidendes Element in der Beurteilung der Situation, sie ist aber nicht das einzige Kriterium, auch das werdende Leben ist zu berücksichtigen. Jedenfalls sollte der Schwangerschaftsabbruch nicht als reines therapeutisches Mittel betrachtet werden (vgl. 4.1.). Darüber hinaus ist im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktes die beziehungsethische Perspektive relevant: Entscheidend ist, zum Beispiel, nicht allein die Abwägung des Lebensrechtes zweier unabhängiger Personen. Auch die untrennbare Beziehunghaftigkeit der schwangeren Frau mit ihrem noch nicht geborenen Kind sowie ein erweitertes Verständnis von Selbstsorge der schwangeren Frau und der von ihr selbst zu tragenden Verantwortung gegenüber dem Fötus und anderen Menschen, für die sie Sorge tragen muss, sind ethisch hoch relevante Aspekte, ohne deren Einbeziehung die moralische Konfliktsituation nur unzureichend verstanden und kaum gelöst werden kann.

Die Frage nach dem Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft stellt sich zudem auch bei einer erwünschten Schwangerschaft, bei der im Rahmen der vorgeburtlichen Untersuchungen eine Erkrankung oder mögliche Behinderung des Fötus diagnostiziert wird. Früher wurde diese Indikation auch juristisch als eigene, sogenannte «embryopathische Indikation» bezeichnet, die einen Abbruch zwar nicht bis zur Geburt (ausser bei eindeutig nicht mit dem Leben zu vereinbarenden Erkrankungen oder Schädigungen des Fötus), sondern bis zur Lebensfähigkeit des Kindes ermöglichte. Wie der politisch-rechtliche Diskurs gezeigt hat, ist es notorisch schwierig, *konkrete* Beispiele solcher Erkrankungen oder Schädigungen zu nennen, ohne als Nebeneffekt potentiell diskriminierende Aussagen gegenüber Menschen zu machen, die mit den negativ bewerteten Einschränkungen geboren sind und leben. Deshalb wird heute nicht die Erkrankung oder Behinderung des Kindes per se, sondern die schwere seelische Notlage der Frau, die sich individuell aus der Geburt des Kindes für sie ergibt, als rechtfertigender Grund für einen Abbruch der Schwangerschaft vertreten. So gilt es etwa zu beachten, ob die Familie bereits Erfahrungen mit der Erkrankung gemacht hat, etwa, weil bereits ein geborenes Kind oder die

Eltern selbst von der Erkrankung oder Behinderung betroffen sind. Anders als im öffentlichen Diskurs bisweilen dargestellt, sind die individuellen Erwägungen der Betroffenen in solchen Situationen nicht von eugenischen Erwägungen bestimmt, sondern von existenziellen, höchstpersönlichen Gedanken um Fürsorge und Verantwortung (Studien Nippert 2000; Gilligan 1982; Krones 2008; Rapp 2000; Wewetzer & Wernstedt 2008; Wiesemann 2006). In der Entscheidung um die Zulässigkeit des Abbruchs in einem konkreten Fall kann das Gewicht, das diesem Element in der ethischen Abwägung zugesprochen wird, entsprechend stark variieren.

Innerhalb des geltenden rechtlichen Rahmens muss diese Beurteilung jedoch ebenfalls immer anhand der Frage erfolgen, ob die Geburt des Kindes für die schwangere Frau zumutbar ist. Diese Frage muss in jedem Fall individuell evaluiert werden. Dies gilt auch für die statistisch verhältnismässig häufige Situation der Diagnose eines Kindes mit Down Syndrom, da die Spanne der Ausprägungen der Trisomie 21 von leichteren Formen kognitiver Beeinträchtigungen eines unter Umständen lebensfrohen und glücklichen Menschen bis hin zu schweren somatischen und psychischen Symptomen reichen kann. Zu letzteren, die überdurchschnittlich häufig mit einem Down Syndrom assoziiert sind, gehören schwere angeborene Herzfehler, Leukämien und schwere psychische Beeinträchtigungen bis hin zu Autismus und Mutismus.

Um eine wohlerwogene Entscheidung zu ermöglichen, sind all diese Erwägungen zu benennen, um die jeweilige Frau in ihrer Entscheidung sensibel zu begleiten. Vor allem bei Kindern mit Trisomie 21, insbesondere bei weniger starken Ausprägungen (wobei der Schweregrad vor der Geburt nicht abschätzbar ist), weiss man um die Schwierigkeiten, welche die Situation für die Eltern mit sich bringt. Man weiss aber auch, wie entscheidend Informationen über die Lebensweise von Kindern mit Trisomie 21 sind.

In der Praxis, so zeigt sich, wird trotz der klaren juristischen Ausgangslage mit Blick auf den Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft oftmals auch die Zumutbarkeit des unter Umständen massiven *Leidens des später geborenen Kindes* erwogen. Damit einher geht eine Einschätzung der zu erwartenden Lebensqualität des Fötus. Angesichts der notorischen Schwierigkeit, Lebensqualität objektiv zu messen, lässt sich aus ethischer Sicht bezüglich dieser Praxis die Forderung festhalten, dass die Prämissen solcher Lebensqualitätsdebatten öffentlich transparent gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollten, damit betroffene Frauen und Behandlungsteams mit schwierigen Entscheidungen nicht alleine gelassen werden. Dabei gilt es zu bedenken, dass sich die individuellen Entscheidungen sowohl der schwangeren Frauen als auch der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte auch an gesellschaftlich verankerten Werthaltungen hinsichtlich der Einschätzung von Leiden, Krankheiten und Schädigungen orientieren.

7.2. Begleitung und Betreuung der schwangeren Frau / des Paares

Aus ethischer Perspektive ist die achtsame Begleitung und Betreuung der schwangeren Frau und ihrer Familie ebenso relevant wie eine gut begründete Entscheidung. Die schicksalhafte Entscheidungssituation, mit der schwangere Frauen bei Indikation eines Abbruchs zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft konfrontiert sind, kann nachhaltige Trauer und teilweise gar eine eigentliche Traumatisierung auslösen (z.B. Baumeister 2017). Entsprechend ist die Kontinuität der Betreuung über alle prä- und postnatalen Prozessphasen hinweg, wie bereits ausgeführt, von zentraler Bedeutung: Betroffene Frau-

en und ihre Familien sollten in der gesamten Zeitspanne vor, während und nach dem Abbruch oder der Geburt eines Kindes mit einer lebensverkürzenden Erkrankung oder Behinderung auf kompetente, miteinander vernetzte Ansprechpartner und Betreuungsteams zurückgreifen können. Aktuell erscheinen die Zuständigkeiten diesbezüglich häufig als fragmentiert.

Der Trauerprozess beginnt insbesondere im Fall der Diagnose einer lebenslimitierenden Erkrankung des Fötus bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch bzw. der Geburt. Die Leitsätze für Trauerbegleitung und Palliativversorgung in der Prä- und Neonatologie heben hervor, dass die Bedürfnisse, Hoffnungen und Sorgen der direkt Betroffenen den Ausgangspunkt aller Handlungen bilden müssen und die eigenen Wertvorstellungen, Grenzen und Ziele seitens der Behandelnden bewusst und selbstkritisch zu reflektieren sind (PaluTiN 2018). Es sei respektvoll anzuerkennen, dass es primär die Eltern sind, die mit den Auswirkungen der getroffenen Entscheidungen leben werden. Deren Kompetenzen und Erfahrungen sollten daher ebenso beachtet werden wie die eigenen Fachkenntnisse, weshalb mit einer «offenen, fragenden» Grundhaltung nicht die Vermittlung fertiger Antworten, sondern aufmerksames Zuhören anzustreben sei. So könne die Autonomie der Betroffenen angemessen respektiert beziehungsweise gefördert werden.

Als ethisch hochproblematisch erscheinen Haltungen und Handlungen von Fachpersonen, die der betroffenen Frau aufgrund einer persönlichen moralischen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs – sei sie allgemein oder auf den konkreten Fall bezogen – ungenügende Begleitung zuteilwerden lassen oder gar zur Unterlassung indizierter Massnahmen führen. Solche Verhaltensweisen werden immer wieder berichtet (z.B. Krones 2008); ihnen ist unter anderem dadurch zu begegnen, dass in den Institutionen Gefässe geschaffen werden, welche im Vorfeld der Entscheidung oder im Nachgang einer belastenden Situation den moralischen Bedenken und dem moralischen Stress der beteiligten Fachpersonen Raum geben. Daneben ist die Sensibilität eines jedes Einzelnen gefordert, sich selbstkritisch zu hinterfragen und im äussersten Fall um die Möglichkeit eines «*opt-out*» in der Betreuung einer schwangeren Frau zu bitten. Zugleich ist die Gewissensfreiheit der Mitglieder des Betreuungsteams zu achten: Im Rahmen kompetenten und empathischen Handelns sind sie frei in ihrer Beurteilung der unterschiedlichen Situationen.

Dieselbe kontextsensible Haltung erscheint auch für die Situation der Begleitung einer schwangeren Frau angezeigt, die sich ein Kind sehr gewünscht hat und bei deren Fötus eine schwere Erkrankung oder Behinderung diagnostiziert wurde. Eine solche Diagnose stürzt die betroffene Familie völlig unvorbereitet in eine schwere, manchmal als existenziell bedrohlich empfundene Lebenskrise. Betroffene Menschen haben in solchen Krisen häufig ambivalente Gefühle, Bedürfnisse, Hoffnungen und Wünsche (PaluTiN 2018). So kann der Wunsch, die Schwangerschaft möglichst schnell zu beenden, zeitgleich mit der Hoffnung bestehen, noch Zeit mit dem Kind verbringen zu können. Diese Ambivalenz sollte nicht als grundsätzliches Zeichen von Urteilsunfähigkeit und die daraus resultierenden Handlungen als «falsch» gewertet werden. Vielmehr ist auch in diesen Situationen darauf zu achten, dass ein interprofessionelles Betreuungsteam die Frau und ihre Familie von Anfang an unterstützt und begleitet. Informationen über alle möglichen Optionen sollten koordiniert und behutsam vermittelt und die weitere Behandlung und Betreuung gemeinsam vorausgeplant werden. In der Peri- und Neonatologie existieren jedoch, wie oben dargestellt, nicht selten eingefahrene Muster bezüglich der Bandbreite der angebotenen Optionen

und der konkreten medizinischen Ausführung eines Abbruchs bei fortgeschrittener Schwangerschaft. Was für eine Familie gut ist, kann für eine andere Frau als absolut unangemessen empfunden werden. Während für manche Frauen die zeitnahe und schnelle Durchführung eines Abbruchs mit vorherigem Fetozid die relativ beste Option sein kann, ist für andere Frauen eine palliativ begleitete Geburt mit der Möglichkeit, noch etwas Zeit mit dem Kind zu verbringen, der am ehesten gangbare Weg.

Mit Blick auf den Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft gilt es als Ausdruck der geforderten Haltung zudem zu beachten, dass die psychischen Folgen des Abbruchs, aber auch Hoffnungen, Sorgen und Bedürfnisse auf Seiten der Betroffenen nicht voraussehbar sind. So kann sich bei der Frau nach dem Abbruch grosse Erleichterung einstellen, es kann aber auch sein, dass sie um ihr Kind ebenso trauert wie eine Frau, die ein Wunschkind spontan verloren hat.

In Situationen, in denen die Geburt des Kindes angestrebt oder in Kauf genommen wird, kommt eine intensivmedizinische Behandlung nur in Ausnahmefällen in Betracht (vgl. 5). In aller Regel steht die multiprofessionelle Palliativbehandlung im Vordergrund. Dabei sollte jede medizinische Massnahme daraufhin geprüft werden, ob sie dazu beiträgt, das Wohl des Kindes zu befördern (vgl. Ausführung der IMPaCCT Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit der European Association for Palliative Care [EAPC], Craig et al. 2008). Hierfür sollten im Normalfall Massnahmen wie Beatmung, Sauerstoffgabe, parenterale Flüssigkeitsgabe oder Ernährung über Magen/Duodenalsonden vermieden und belastende Prozeduren bzw. Pflegemassnahmen wie Blutdruck- oder Temperaturmessungen, Ultraschall oder blosses Wiegen möglichst reduziert werden. Kann und will die Mutter ihr Kind stillen und hat das Kind die Kraft dazu, sollte dies auch im Kreissaal ermöglicht werden. Menschliche Zuwendung durch die Eltern oder – wenn diese sich nicht in der Lage sehen – das betreuende Behandlungsteam hat ebenfalls höchste Priorität. Die in manchen Fällen erfolgende sehr grosszügige Gabe von Schmerzmitteln kann die kostbare Zeit mit dem Kind weiter verkürzen, weshalb die Dosis symptomadaptiert sein sollte.

Unabhängig davon, ob das Kind tot oder lebend geboren wird, sind für die meisten Eltern bleibende Erinnerungen an die Zeit mit ihrem Kind essentiell. Um dabei bestmögliche Rahmenbedingungen zu schaffen, ist es zentral, die Eltern auf mögliche Symptome und Reaktionen ihres Kindes während der Sterbephase vorzubereiten und sie darüber zu informieren, dass die individuelle Dauer des Prozesses nicht sicher vorausgesagt werden kann. Ebenso gilt es, Privatsphäre und das Beisein von Angehörigen (insbesondere Geschwistern) zu ermöglichen und auf Wunsch eine psychologische und spirituelle Begleitung der Betroffenen zu gewährleisten. Zudem ist es wichtig, eine Nachbetreuung, die bei manchen Familien über Monate notwendig sein kann, zuzusichern.

7.3. Durchführung des Abbruchs

Eine besondere Konfliktsituation liegt vor, wenn die schwangere Frau in einer der oben diskutierten Konstellationen einen Abbruch der Schwangerschaft wünscht, dieser ihr jedoch *verweigert wird*. Dies kann einerseits dadurch eintreten, dass sich niemand findet, der die Indikation stellt, da die Gründe, die die Schwangere angibt, nicht als nachvollziehbar angesehen werden. Andererseits sind Situationen bekannt, in denen zwar eine Indikationsstellung gegeben ist, sich jedoch niemand findet, der bereit ist, den Abbruch durchzuführen.

Dieser Konflikt ist nicht lösbar. Fraglos ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die Durchführung fachgerechter Schwangerschaftsabbrüche ethisch relevant. Gleiches gilt für die Möglichkeit der Deklaration eines individuellen Gewissenskonflikts einer Ärztin oder Hebamme, die ausser in lebensbedrohlichen Notfallsituationen der Frau nicht zur Indikationsstellung oder Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs gezwungen werden dürfen. Daher kommt es auch in der Schweiz zu Situationen, in welchen Frauen, die in der fortgeschrittenen Schwangerschaft einen Abbruch wünschen, ausser Landes gehen, um diesen durchführen zu lassen. Dass sie diese zusätzliche Belastung trotz aller Angebote an Beratung und Unterstützung auf sich nehmen, spricht dafür, dass bei gegebenem Wunsch nach Abbruch die subjektiv empfundene Notlage so gross ist, dass sich schwangere Frauen nicht davon abhalten lassen, auch diesen Schritt zu tun. Auch eine wohlerwogene Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs löst offensichtlich die individuelle Not nicht auf und vermag einen Schwangerschaftsabbruch nicht zwangsläufig zu verhindern.

Nebst der Frage, ob einer Frau die Möglichkeit gewährt wird, einen Abbruch vorzunehmen, bringt aus ethischer Sicht auch die Art der Durchführung des Abbruchs, insbesondere die gewählte Methode, ethische Herausforderungen mit sich.

Bei der Konstellation «*Austragen eines Kindes mit einer lebenslimitierenden Erkrankung*» im Sinne einer *palliativen Geburt* (vgl. 5. e) ist zu beachten, dass diese Option möglich, aber unklar ist, ob und inwieweit sie in der Schweiz praktiziert wird. Internationale Studien (Wool et al. 2018) und Erfahrungen, unter anderem aus Deutschland (Garten & Von der Hude 2014) zeigen, dass diese Möglichkeit für viele Frauen und Paare eine auch aus nachträglicher Sicht tragbare, bestmögliche Option in dieser schwierigen Situation darstellt. Ein wichtiges Element des Konzepts der palliativen Geburt (Garten & Von der Hude 2014; PaluTin 2018; Wool et al. 2018) ist es, bei Vorliegen eines pränatal diagnostizierten Befundes explizit, frühzeitig, und in interprofessionellen Teams (Gynäkologen, Neonatologinnen, Psychologen, Hebammen u.a.) gemeinsam mit den betroffenen werdenden Eltern die weitere Schwangerschaft, die Geburt und die Behandlung des Kindes vorzuplanen. Die Planung umfasst zum einen die Möglichkeit, sich dann, wenn die Belastung zu gross wird, anders entscheiden zu können (Abbruch als «Plan B»). Auch gilt es, die Geburts- und Notfallplanung bereits während der Schwangerschaft vorzunehmen. Dabei sollten Neonatologinnen, Geburtshelfer und Hebammen mögliche Szenarien sowie palliativ notwendige medizinische Massnahmen je nach zu erwartender Symptomsituation mit den werdenden Eltern vorbesprechen. Wichtige Punkte, die hierbei zu beachten sind, sind beispielsweise Geburtsmodus und Ort, oder die Frage nach Einsatz von sedierenden Medikamenten bei der Mutter und dem geborenen Kind.

Eine andere Konstellation ergibt sich, wenn eine ungewollte Schwangerschaft erst in der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft festgestellt und ein Abbruch erwogen wird, das heisst wenn *keine lebenslimitierende Erkrankung des Fötus* vorliegt. In dieser Situation wird, wie oben dargestellt, der schwangeren Frau die Austragung des Kindes und dessen Freigabe zur Adoption nach Geburt als eine mögliche Option angeboten. Dies kann ein ethisch vertretbarer und für alle Beteiligten gangbarer Weg sein. Ist die seelische Notlage für die Frau jedoch gross, und die Option, Mutter des Kindes zu werden, für sie unvorstellbar, wird sie diesen Weg als unzumutbar empfinden und eine sozial-medizinische Indikation geltend machen. Allerdings stellt es moralisch für das Gesundheitspersonal einen Unterschied

dar, ob der Fötus grundsätzlich gesund ist oder der Abbruchgrund eine Erkrankung oder Behinderung des Fötus darstellt, die die Frau dann sekundär in eine seelische Notlage bringt. Hier klaffen rechtliche Möglichkeiten, rechtfertigende Indikationen auf Seiten der schwangeren Frau, Rahmenbedingungen und individuelle Gewissensentscheide des Gesundheitspersonals augenscheinlich auseinander. Da das Kind selbst nicht erkrankt ist und die Chance, dass es lebend geboren wird, mit zunehmender Schwangerschaftsdauer grösser wird, wird die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch (oder gar einen Fetozid) von einem Ethikrat getroffen. Dieser wird vermutlich eine Psychiaterin oder einen Psychiater beiziehen, der zur Notlage der Frau Stellung nimmt.

In der konkreten Praxis stellen sich in allen Konstellationen dieselben Fragen: Wie kann der Abbruch so durchgeführt werden, dass er dem Fötus möglichst wenig Leiden zufügt? Aus ethischer Perspektive muss es gleichzeitig darum gehen, die Methoden so zu wählen, dass der gebärenden Frau möglichst wenig Leiden zugemutet wird. Die in der Schweiz am häufigsten praktizierten Methoden einer *forcierten Geburtseinleitung mit und ohne Fetozid* lassen sich unabhängig vom Abbruchgrund ähnlich beurteilen, denn: Die Intention oder Absicht des Arztes bzw. der Ärztin besteht – unabhängig von der Methode – darin, das Leben eines Fötus zu beenden. Und die *Folgen* der Handlung bestehen in beiden Fällen darin, dass der Fötus tot ist und so das Eintreten einer unerträglichen Situation für die schwangere Frau verhindert wird (Verhinderung von Leiden). Die Praxis des Fetozids birgt zweifellos eine zusätzliche Schwierigkeit, da der Schwangerschaftsabbruch einen Eingriff der Ärztin oder des Arztes erfordert, der dem Leben des Fötus direkt ein Ende setzt. Das erklärt, weshalb gewisse Ärztinnen und Ärzte die Durchführung eines Fetozids ablehnen.

Ein weiterer relevanter Aspekt betrifft die Frage, ob der Fötus in Abhängigkeit zur Methode mehr oder weniger Belastungen oder Schmerzen ausgesetzt wird (Nichtschadensprinzip). Deshalb sollten hinsichtlich der verschiedenen Methoden (Geburtseinleitung, Fetozid bei kardialer Injektion, Fetozid bei Injektion in die Nabelschnur oder ins Fruchtwasser) zuverlässige Daten vorliegen in Bezug auf die Belastungen und Schmerzen für den Fötus.

Analog dazu sind die Belastung und Schmerzen der schwangeren Frau in Erwägung zu ziehen: Bei den oben angeführten, in der Schweiz praktizierten Methoden, scheint bezüglich der somatischen Schadenszufügung kein Unterschied zu bestehen, da der Frau in beiden Fällen eine Geburt nicht erspart bleibt und der Fetozid mit keinen wesentlichen körperlichen Risiken und Belastungen für diese verbunden ist. Jedoch bekommt die Frau dann, wenn sie während der Durchführung des Fetozids nicht sediert ist, den Akt als solchen bewusst mit, was einen erheblichen Unterschied in der Bewältigung des Ereignisses darstellen kann. Zu klären bleibt, ob die chirurgische Methode der medikamentösen Dilatation und instrumentellem Herausziehen des Fötus weniger traumatisierend ist als die hierzulande durchgeführte Geburtseinleitung. Hierauf weisen, wie oben beschrieben, einige Daten hin (Lohr et al. 2008; Goldberg et al. 2015). Insgesamt ist auch hier aus ethischer Sicht zu fordern, dass eine offenere Diskussion über die vorhandene Evidenz zu Risiken, Nutzen und Schaden hinsichtlich verschiedener Methoden angestossen wird und ihre Implikationen besser erforscht werden.

Hinsichtlich der Umstände der Geburtseinleitung mit oder ohne Fetozid ist der *expressive Aspekt der Handlung* bedeutsam: Die Tötung eines Fötus (bspw. durch Verabreichung einer tödlichen Kalium-Injek-

tion ins Herz) erscheint direkter zu sein als die Einleitung einer Geburt, während deren Verlauf ein Fötus verstirbt. Allerdings kann die Vorstellung, dass der Fötus noch vor seinem Tod eine Geburt durchleben muss, auch die gegenteilige Empfindung auslösen. Relevant ist mit Blick auf die Umstände auch das Erleben der handelnden Ärztinnen und Ärzte: Bei einem Feto-*zid* erlebt und empfindet die handelnde Person die Tötung unmittelbar als eine kausale Folge ihrer Handlung, während das Sterben des Fötus in Folge der Einleitung einer Geburt die Kausalursache unsichtbarer macht. Die Frage ist, ob die unterschiedliche Wahrnehmung auch ethisch belangvoll ist, da die Ärztin bzw. der Arzt in beiden Fällen für den Tod des Fötus mit verantwortlich ist. Von hohem ethischem Gewicht wäre die unterschiedliche Wahrnehmung zum Beispiel dann, wenn die Methode unabhängig von anderen Faktoren für das Gesundheitspersonal so traumatisierend wäre, dass diese den berufsethischen Grundsätzen entgegenstehen und sie zur Erosion dieser führen könnte. Hier ist auch zu gewährleisten, dass alle involvierten Akteure – neben der schwangeren Frau nicht nur die fallführenden und beteiligten ärztlichen Geburtshelfer, sondern auch fallführende und beteiligte Hebammen, Pflegefachpersonen etc. – sowohl in die vorherigen Entscheidungsprozesse als auch in die Absprachen bezüglich der Behandlung und Betreuung während und nach Durchführung des Abbruchs einbezogen sind. Gerade in dieser hoch emotionalen Situation ist es von entscheidender Bedeutung, dass alle Beteiligten bestmöglich informiert sind (siehe diesbezüglich 6.2 und die Aufgaben des Ethikrats).

7.4. Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch

Mit der Geburt entsteht die Rechtspersönlichkeit. Demnach sind bei einer Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch bei der Entscheidungsfindung, welche Massnahmen zu ergreifen sind, dieselben Kriterien anzuwenden, die bei anderen extrem frühgeborenen Kindern Anwendung finden. Dazu gehört, dass die Eltern die Verantwortung für das Kind tragen und im Rahmen ihrer elterlichen Sorge primär das Kindeswohl definieren, dass medizinisch indizierte Behandlungen zu ergreifen und medizinisch nicht indizierte Behandlungen zu unterlassen sind. Eine Orientierung bieten die Richtlinien der Schweizer Fachgesellschaft für Neonatologie (Berger et al. 2011; vgl. 4.4).

Beim Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft sind die Situationen zu unterscheiden, in denen Kinder mit postpartalen Lebenszeichen vor oder nach der 22. Schwangerschaftswoche geboren werden. Für Kinder, die vor der 22. Schwangerschaftswoche geboren werden und Lebenszeichen zeigen, besteht heute keine Möglichkeit, zu überleben. Daher ist hier aus ethischer Sicht alles zu unternehmen, um den Kindern die wenigen Lebensminuten oder -stunden so schmerz- und symptomfrei zu gestalten wie möglich. Dies impliziert auch, ihnen wenn möglich ein menschliches Sterben im Sinne der Palliative Care in der Nähe und Umgebung ihrer Eltern zu ermöglichen.

Bei Kindern, die infolge eines Spätabbruchs nach der 22. Schwangerschaftswoche geboren werden und Lebenszeichen zeigen, lassen sich trotz aller individueller Unterschiede zwei Gruppen unterscheiden: Zum einen diejenigen Kinder, die aufgrund ihrer Erkrankung oder Schädigung keine Chance auf ein Überleben haben. Dies dürfte – abgesehen von wenigen Ausnahmen – die meisten der Kinder betreffen, die einen Spätabbruch überleben. Für diese Fälle gilt aus ethischer Sicht dasselbe, wie es oben für Kinder ausgeführt wurde, die vor der 22. Schwangerschaftswoche geboren werden. Davon zu unterscheiden sind diejenigen Kinder, die trotz ihrer Erkrankung oder Schädigung eine Chance haben, weiterzuleben oder die gesund zur Welt kommen. Für diese Kinder gelten dieselben Kriterien, die auch

für extrem Frühgeborene gelten, die aufgrund einer spontanen Geburt zur Welt gekommen sind. Das heisst, dass in Abhängigkeit zum körperlichen Zustand (beispielsweise Reifung der Lungen, Gewicht etc.) und Geburtsalter gemeinsam mit den Eltern entschieden wird, ob eine neonatologische Intensivbehandlung sinnvoll ist und durchgeführt werden sollte. Zu beachten ist allerdings, dass bei Schwangerschaften, bei welchen eine Frühgeburt erwartet wird oder aus bestimmten Gründen eingeleitet werden muss, bereits *in utero* die Lungenreifung gefördert wird, um im Anschluss an die Geburt die Überlebenschancen zu erhöhen. Deshalb dürften die Überlebenschancen bei einem aufgrund Spätabort extrem Frühgeborenen geringer sein.

8. Zusammenfassung und Empfehlungen

8.1. Zusammenfassung

Die Schweiz hat eine der niedrigsten Schwangerschaftsabbruchsraten weltweit. Obgleich nur ein sehr kleiner Teil dieser Abbrüche im späteren Verlauf der Schwangerschaft stattfindet, sieht sich die NEK zu vorliegender Stellungnahme veranlasst: Abbrüche in der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft stellen alle Beteiligten nicht selten vor grosse Herausforderungen, Unsicherheiten und Belastungen. Dadurch werden medizinische, rechtliche und ethische Fragen aufgeworfen, die in der Schweiz bislang kaum thematisiert wurden.

Die Ausführungen basieren auf der Grundlage von Anhörungen mit Fachpersonen aus der Praxis, einer Umfrage unter Kliniken, der Sichtung der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur und intensiver Diskussionen in der NEK. Zunächst werden die Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft in der Schweiz und die damit verbundenen Herausforderungen dargestellt. Betroffen sind Schwangerschaftsabbrüche, die in der 17. Schwangerschaftswoche oder später erfolgen; der Anteil solcher Abbrüche, die grösstenteils in den Zentrumsspitalen der Schweiz durchgeführt werden, beträgt jährlich ungefähr 1,4 Prozent. Rechtlich gesehen bleibt ein Abbruch bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft in der Schweiz dann straflos, wenn eine medizinische oder sozial-medizinische Indikation vorliegt; dabei muss die Gefahr für die schwangere Frau umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist. Die Geburt stellt rechtlich eine Zäsur dar, mit der ein Kind Rechtspersönlichkeit erlangt. Kommt ein Kind nach einem Abbruch mit Lebenszeichen zur Welt, wie dies in den Schweizer Neonatologie-Abteilungen jährlich etwa 25-mal geschieht, sind die Ärzte daher verpflichtet, das Leben des Kindes zu schützen.

Medizinisch bestehen unterschiedliche Methoden des Abbruchs bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft: Neben der häufig praktizierten medikamentösen Einleitung einer Geburt besteht auch die Möglichkeit eines Fetozids. Viele Ärzte und Ärztinnen lehnen die Durchführung eines Fetozids allerdings ab. Je nach Klinik bestehen überdies grosse Unterschiede in der Anwendung dieser Praxis. Das ist einer der Gründe dafür, dass Frauen auch in andere Länder reisen, um einen Abbruch vornehmen zu lassen. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, statt eines Abbruchs (bei infauster Prognose des Fötus) oder im Rahmen eines solchen (wenn kein Fetozid durchgeführt werden soll) eine palliativ begleitete Lebendgeburt zu planen. Das Konzept der palliativen Geburt wurde für beide Konstellationen entwickelt. Wesentlich für einen angemessenen Verlauf eines Abbruchs bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft oder der palliativ begleiteten Geburt sind die Prozesse der Entscheidungsfindung und flexiblen Planung unter Berücksichtigung der sich möglicherweise schnell ändernden Befindlichkeit der schwangeren Frau und unter Einbezug der nötigen Expertinnen bzw. Experten. Der Information und kontinuierlichen Begleitung sowie Betreuung der schwangeren Frau oder des betroffenen Paares kommt wesentliche Bedeutung zu.

Die ethischen Erwägungen in der vorliegenden Stellungnahme beziehen sich auf Problemstellungen, die sich in der gegenwärtigen Praxis und im Rahmen des geltenden rechtlichen Rahmens stellen. Grundsätzliche Kontroversen, die namentlich den moralischen Status des Embryos oder Fötus betreffen, werden nicht diskutiert. Die vorliegend erwogenen Problemstellungen betreffen die unterschiedlichen Indikationen, die zu einem Abbruch im späteren Verlauf der Schwangerschaft führen können, die sorgsame Gestaltung der Entscheidungsfindung, die Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen

bzw. der betroffenen Paare, die unterschiedlichen Durchführungsmethoden des Abbruchs, den angemessenen Umgang mit den Kindern, welche mit Lebenszeichen geboren werden sowie den Umgang mit dem verstorbenen Fötus oder Kind. Dabei wird unter anderem darauf verwiesen, dass die Haltung, aus der die Begleitung und Behandlung der Betroffenen geschieht, bei dieser hochbelastenden Thematik aus ethischer Sicht von grosser Bedeutung ist.

8.2. Empfehlungen

Allgemeines

Die Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft gestaltet sich heute in den verschiedenen Klinken der Schweiz sehr unterschiedlich. Diese Situation ist unbefriedigend im Hinblick auf die Gleichbehandlung, die Versorgungssicherheit, die gerechte Aufgaben- und Ressourcenverteilung, die Unterstützung der Ärzte- und Pflorgeteams sowie eine gute klinische Praxis.

Die NEK empfiehlt:

- Dass die zuständigen Fachgesellschaften erstens den transparenten Informations- und Erfahrungsaustausch in der ganzen Schweiz sicherstellen, zweitens durch die Definition von Verfahrensstandards auf die Vereinheitlichung der Praxis hinwirken, drittens die notwendigen Ressourcen ermitteln sowie viertens Leitlinien zu den Indikationen erstellen. Die Überlegungen und Praxis bezüglich der Indikationstellung sollten transparent gemacht werden, damit betroffene Frauen und Behandlungsteams mit schwierigen Entscheidungen nicht alleine gelassen werden.
- Dass die zuständigen Fachgesellschaften eine interkantonale oder nationale Kommission einsetzen, die besonders komplexe Konstellationen des Abbruchs in der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft prüft und damit die Entscheidungsfindung auf klinischer Ebene unterstützen kann.
- Dass die kantonalen Gesundheitsämter sicherstellen, dass ein Abbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft möglich ist und dass die Versorgungsqualität (vor, während und nach dem Abbruch) überall gleichwertig ist, um eine zu grosse Konzentration von Fällen in bestimmten Kliniken oder eine ausserkantonale Behandlung zu vermeiden; komplexe Fälle, die besonderes Fachwissen erfordern, bleiben vorbehalten.
- Die Bedürfnisse und Werthaltungen der Fachpersonen müssen berücksichtigt und ihre Gewissensfreiheit muss im Rahmen des geltenden Rechts sichergestellt werden.

Wird in der Schwangerschaft eine lebenslimitierende Erkrankung beim Fötus diagnostiziert und möchte eine Frau die Schwangerschaft nicht abbrechen, sondern ihr schwerkrankes Kind austragen, so muss die weitere Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit danach sorgfältig geplant und multiprofessionell begleitet werden.

Die NEK empfiehlt:

- Dass das Konzept der palliativen Geburt in den Zentrumskliniken der Schweiz umgesetzt wird.

Begleitung und Betreuung

Ein Abbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft stellt für die Frau, das Paar und die beteiligten Personen eine besonders belastende Erfahrung dar.

Die NEK empfiehlt:

- eine einfühlsame, kontinuierliche, rechtzeitig einsetzende und bis nach dem Abbruch anhaltende Begleitung der schwangeren Frau oder des Paares. Dazu sind die nötigen personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und die Aus- und Weiterbildung des Personals zu fördern.
- Diese Begleitung muss auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Frauen, Paare und Kinder eingehen. Dies setzt differenzierte Betreuungsmodelle voraus.
- Die Frauen müssen vollumfänglich über alle zur Verfügung stehenden Optionen informiert werden. Dazu gehören Informationen zu den verschiedenen Abbruchmethoden, aber auch zu den Alternativen zu einem Abbruch (wie beispielsweise die Adoption oder das Austragen eines Kindes mit lebenslimitierender Diagnose bzw. die palliativ geplante und begleitete Geburt).
- Die Frauen bzw. Paare, die eine erwünschte Schwangerschaft beenden mussten, sind in ihrem individuellen Trauerprozess zu unterstützen. Konkret sollte es ihnen möglich sein, in der Klinik einen Abschiedsritus miterleben zu können und auf Wunsch sollten religiös verankerte zeremonielle Elemente der Trauerbegleitung zur Verfügung stehen.

Methoden des Abbruchs

Insgesamt ist aus ethischer Sicht zu fordern, dass eine offenere Diskussion über die vorhandene Evidenz zu Risiken, Nutzen und Schaden hinsichtlich verschiedener Methoden des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft angestoßen würde. Falls sich unterschiedliche Methoden als angemessen und zumutbar erweisen, müssen schwangere Frauen zwischen verschiedenen Abbruchmethoden wählen können.

Die NEK empfiehlt:

- Dass sich die zuständigen Fachgesellschaften für die Gewinnung evidenzbasierter Daten einsetzen, indem sie die Forschung und Qualitätssicherung zu allen dargestellten Optionen (inklusive der palliativen Geburt, der medizinischen und pflegerischen Versorgung und den verschiedenen Methoden des Abbruchs bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft) fördern.

Lebendgeburt nach Schwangerschaftsabbruch

Die NEK unterstreicht:

- Kein Kind darf nach der Geburt sich selbst überlassen werden, mögen seine Lebensperspektiven auch noch so begrenzt sein. Jedes Kind hat – unabhängig von seiner mutmasslichen Lebenserwartung – das Recht darauf, dass es medizinisch und pflegerisch umfassend versorgt und seine Lebenszeit würdig gestaltet wird.

Die NEK empfiehlt:

- Dass die Frau oder das Paar darüber informiert werden, dass ihr Kind im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs mit Lebenszeichen zur Welt kommen kann, und dass das weitere Vorgehen für diesen Fall gemeinsam mit ihnen vorbesprochen wird. Steht eine palliative Begleitung im Vordergrund, ist auf die Bedürfnisse des Kindes und der Eltern einzugehen.
- Dass Strukturen zur Ausbildung und (auch psychologischen) Unterstützung des Pflegepersonals sichergestellt werden.

Literaturverzeichnis

Baumeister S. (2017). Psychosoziale Beratung bei Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung. Diss. Bonn.

Berger T.M., Steurer M.A., Bucher H.U., et al. (2017). Retrospective cohort study of all deaths among infants born between 22 and 27 completed weeks of gestation in Switzerland over a 3-year period. *BMJ Open*;7:e015179. doi:10.1136/bmjopen-2016-015179

Berger T.M., Bernet V., El Alama S., et al. (2011). Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. *Swiss Med Wkly*;141:w13280

Biggs M.A., Upadhyay U.D., McCulloch C.E., Foster D.G. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry* 74(2): 169-178.

Brauer S., Strub J.D., Bleisch B., et al. (eds.) (2016). Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft. TA-SWISS Studie, Zürich.

Brenneisen N. (2017). Im sechsten Monat abgetrieben: Wie eine junge Frau die schwerste Entscheidung ihres Lebens traf. Aargauerzeitung vom 8. März 2017, abrufbar unter: <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/im-sechsten-monat-abgetrieben-wie-eine-junge-frau-die-schwerste-entscheidung-ihrer-lebens-traf-131089349> [11.02.2019]

Büchler A. (2017). Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens. Basel, Helbing Lichtenhahn Verlag.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2018a). Anzahl Schwangerschaftsabbrüche nach Schwangerschaftswoche, nach Wohnsitz. Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2017. Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.5328568.html>

Bundesamt für Statistik (BFS) (2018b). Schwangerschaftsabbrüche: Interventionsgrund nach der 12. Schwangerschaftswoche. Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2017. Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.5328548.html>

Craig F., Abu-Saad Huijer H., Benini F., et al. (2008). IMPaCCT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. *Der Schmerz* 22(4): 401-408.

Department of Health and Social Care (2018). Abortion statistics for England and Wales: 2017. Abortion statistics: data tables. Data table 12a. Abrufbar unter: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2017>

Fleming V., Iljuschin I., Pehlke-Milde J., et al. (2016). Dying at life's beginning: Experiences of parents and health professionals in Switzerland when an «in utero» diagnosis incompatible with life is made. *Midwifery* 34: 23-29.

Garten L. & Von Der Hude K. (Hrsg.) (2014). Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Berlin/Heidelberg, Springer.

Gill J.V. & Boyle E.M. (2017). Outcomes of infants born near term. *Arch Dis Child* 102(2): 194-198.

Gilligan K. (1982). *In a different voice. Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.

Goldberg A.B., Fortin J.A., Drey E.A., et al. (2015). Cervical Preparation Before Dilation and Evacuation Using Adjunctive Misoprostol or Mifepristone Compared With Overnight Osmotic Dilators Alone: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* 126(3): 599-609.

Haller U. (2016). Frauen suchen sich für Abtreibungen liberale Kantone. Neue Zürcher Zeitung. Abrufbar unten <https://www.nzz.ch/schweiz/aktuelle-themen/schwangerschaftsabbrueche-grosse-unterschiede-zwischen-den-kantonen-ld.109723>

Harringer K. (2018). Schwangerschaftsabbrüche im 2.Trimenon – die Perspektive der Betreuenden. Diss. Basel.

Krones T. (2008). Invasive Pränataldiagnostik und Spätabbrüche: Bioethische Diskussionen und lebensweltliche Ansichten (137-171). In Wewetzer C. & Wernstedt T. (Hrsg.), Spätabbruch der Schwangerschaft: Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Frankfurt/Main, Campus Verlag.

Lantos J.D. (2018). Ethical Problems in Decision Making in the Neonatal ICU. *N Engl J Med* 379(19): 1851-60.

Lindemann H. (2014). Holding and Letting Go: the Social Practice of Personal Identities. Oxford/New York: Oxford University Press.

Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. Jan 23;(1):CD006714.

Macklin R. (1999). *Against relativism: cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*. New York, New York: Oxford University Press.

Nagl-Docekal H. & Pauer-Studer H. (Hrsg.) (1993). Jenseits der Geschlechtermoral: Beiträge zur feministischen Ethik. München: Fischer Verlag.

Nippert I. (2000). Erfahrungen von Hochrisikogruppen mit der Pränataldiagnostik und der mögliche Einfluss dieser Erfahrung auf die Nachfrage nach der Präimplantationsdiagnostik. *Medizinische Genetik* 12, 357-358.

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin (2002). Konsensus-Statement: «Spät-Abbruch». Abrufbar unter: <https://www.kup.at/kup/pdf/1299.pdf>

Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie (PaluTiN) (2018). Leitsätze für Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie. Abrufbar unter: https://www.fruehgeborene.de/sites/default/files/field_page_file/palutin_a_5_web_juli_2018.pdf

Pauer-Studer, H. (2005). Ethik und Geschlechterdifferenz (88-139). In Nida Rümelin, J. (Hrsg): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theroretische Fundierung*. 2. Auflage.

Peterson, W. F. et al. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstet Gynecol*; 62(2): 185-190.

Rager G. (2008). Biologische Fakten und personales Denken (63-72). In François-Xavier Putallaz/Bernhard N. Schumacher (Hrsg.): *Der Mensch und die Person*, Mit einem Vorwort von Pascal Couchepin, Präsident der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Stuttgart.

Rapp R. (2000). *Testing Women Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York/London, Routledge.

Rey A.M. & Seidenberg A. (2010). Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung* 91(13/14), 551 ff.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010). Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales. Abrufbar unter: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>

Rütsche B. (2009). Rechte von Ungeborenen auf Leben und Integrität. Die Verfassung zwischen Ethik und Rechtspraxis. Zürich, Dike/Nomos.

Schlatter C. (2014). Lebenserhaltung in der Neonatologie. Entscheidungsbefugnis – Entscheidungsfindung – Entscheidungsverantwortung. Diss. Zürich/Basel.

Schwarzenegger C. (2011). Schwangerschaftsabbrüche in der Spätphase – Kriminologische und rechtsdogmatische Perspektiven (151-185). In Tag B. (Hrsg.), *Lebensbeginn im Spiegel des Medizinrechts*. Beiträge der 2. Tagung der Medizinrechtslehrerinnen und Medizinrechtslehrer 2010 in Zürich. Baden-Baden.

Singh S., Remez L., Sedgh G., et al. (2018). Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access. New York.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche: 2017. Fachserie 12 Reihe 3 – 2017. Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche2120300177004.pdf?__blob=publicationFile

Tanner S. (2011). Ethische Problemstellungen bei pränataler Diagnostik und spätem Schwangerschaftsabbruch aus unterschiedlicher Indikation: Eine explorative Interviewstudie zur Wahrnehmung von Konfliktsituationen aus der Perspektive von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen. Diss. Basel.

Tschuor-Naydowski M. (2014). Der Spätabbruch in der Schweiz. Eine rechtswissenschaftliche und medizinethische Betrachtung. Diss. Zürich, Zürich/Basel/Genf.

Wewetzer C. & Wernstedt T. (Hrsg.) (2008). Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Frankfurt/Main, Campus Verlag.

Wiesemann C. (2006). Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. München, Beck.

Wild, V. (2010). Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen. Dilemma, Kontroversen und ethische Diskussion. Frankfurt/New York, Campus.

Wool C., Limbo R., Denny-Koelsch E.M. (2018) «I Would Do It All Over Again»: Cherishing Time and the Absence of Regret in Continuing a Pregnancy after a Life-Limiting Diagnosis. *J Clin Ethics* 29(3):227-236.

Dieses Dokument wurde von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin am 13. Dezember 2018 (einstimmig, mit einer Enthaltung) genehmigt.

Mitglieder der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin

Präsidentin

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Vizepräsident

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Mitglieder

Prof. Dr. med. Samia Hurst

Prof. Dr. med. Tanja Krones

Prof. Dr. iur. Valérie Junod

Prof. Dr. theol. Frank Mathwig

Dr. med. Karen Nestor

Prof. Dr. phil. François-Xavier Putallaz

Dr. med. Benno Röthlisberger

Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche

Prof. Dr. iur. Brigitte Tag

PD Dr. med. Dorothea Wunder

PD Maya Zumstein-Shaha RN PhD

Grafik und Layout

Jordi AG, Aemmenmattstrasse 22, 3123 Belp

Geschäftsstelle

Geschäftsleiterin

Dr. iur. Tanja Trost

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Dr. phil. Simone Romagnoli

Diese Stellungnahme liegt in deutscher und französischer Sprache, Kapitel 8 ausserdem in italienischer Sprache vor. Die deutsche Version ist die Originalversion.

© 2018 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern

Wiedergabe des Textes mit Quellenangabe gestattet.



Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK

CH-3003 Bern

Tel. +41 (0)58 480 41 07

Fax +41 (0)31 322 62 33

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.ch