

Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik

Vorwort

Das Ziel ärztlichen Handelns ist Heilung, Linderung oder Vermeidung von Krankheit und Behinderung, jedoch nicht die Tötung von Kranken und Behinderten. Im Rahmen der Schwangerenbetreuung gilt die Aufmerksamkeit und Fürsorge des Arztes sowohl dem Gesundheitszustand der Schwangeren als auch dem Gesundheitszustand und der Entwicklung des Ungeborenen. Die pränatale Diagnostik dient dazu, die Schwangere von der Angst vor einem kranken oder behinderten Kind zu befreien sowie Entwicklungsstörungen des Ungeborenen so frühzeitig zu erkennen, daß eine intrauterine Therapie oder eine adäquate Geburtsplanung unter Einbeziehung entsprechender Spezialisten für die unmittelbare postnatale Versorgung des Ungeborenen erfolgen kann.

Da präventive oder therapeutische Möglichkeiten bislang aber nicht für alle Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen, die im Rahmen der Pränataldiagnostik festgestellt werden, zur Verfügung stehen, ergibt sich für Schwangere mit einem betroffenen Fetus und ihre Familien sowie für den Arzt möglicherweise eine schwere Konfliktsituation. Die Schwangere fühlt sich zuweilen dem Leben mit dem Kind und dessen Versorgung aus unterschiedlichen Gründen nicht gewachsen und wünscht den Abbruch der Schwangerschaft. Der Arzt ist in dem Konflikt, daß er einerseits zur Hilfe für die Schwangere verpflichtet ist, sofern eine Gefährdung ihrer Gesundheit besteht, andererseits aber auch zur Hilfe für das Ungeborene, dessen Lebensrecht er unabhängig von bestimmten Eigenschaften, Krankheiten oder Entwicklungsstörungen zu respektieren hat.

Ist postnatal die Tötung eines Menschen, weil dessen Existenz und Versorgung aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes zu einer gesundheitlichen Gefährdung eines anderen Menschen führen würde, zweifelsfrei ethisch und rechtlich nicht zu rechtfertigen, wird dies pränatal unter Berücksichtigung der spezifisch engen Verbindung von Schwangerer und Ungeborenem unter bestimmten Voraussetzungen vom Gesetzgeber eingeräumt. Eine wesentliche Änderung für das ärztliche Handeln im Zusammen-

hang mit einem Schwangerschaftsabbruch erfolgte im Rahmen des am 1. 10. 1995 in Kraft getretenen Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes durch die Subsumierung der alten embryopathischen unter die nun geltende medizinische Indikation des § 218a Abs. 2 StGB. Hierbei muß klar sein, daß bei der traditionellen mütterlich-medizinischen Indikation die Tötung des Kindes nicht das Ziel, immer aber die unvermeidliche Konsequenz ist, während bei der jetzt integrierten „embryopathischen“ Indikation wegen der Unzumutbarkeit für die Schwangere durchaus die Tötung des Kindes gemeint ist. Der Wegfall der embryopathischen Indikation alter Fassung hat – stichwortartig benannt – drei wesentliche Folgen: 1. Wegfall der Zäsur von 22 Schwangerschaftswochen post conceptionem für Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik, 2. Wegfall der Beratungspflicht und 3. Wegfall einer spezifischen statistischen Erfassung.

Ist einmal im Rahmen der Indikationsstellung gemeinsam mit der Schwangeren die Entscheidung gefallen, daß das Ungeborene getötet werden soll, liegt die sich daran anschließende Wahl der Abbruchmethode in der Verantwortung des Arztes. Eine der möglichen Methoden ist der Fetozid durch intrakardiale Injektion von Kaliumchlorid oder Unterbindung der Blutversorgung über die Nabelschnur. Auf diese Weise ist das Ungeborene tot, bevor die Geburt eingeleitet wird. Ein Fetozid, bei dem die beschriebene Methode nur gewählt würde, um den „Erfolg“ eines späten Abbruchs bei gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit des Ungeborenen zu ermöglichen, wird als nicht akzeptabel angesehen. Vertretbar ist die Methode aber möglicherweise, wenn sie bei ohnehin indiziertem Abbruch für das Ungeborene je nach dessen Entwicklungsstand das geringste verfahrensbedingte Leiden mit sich bringt.

Die Ärzteschaft sieht im Hinblick auf alle genannten Aspekte gesetzgeberischen Handlungsbedarf zum Schutz kranken und behinderten Lebens! Auch wenn für einzelne gesellschaftliche Gruppierungen die in der vorliegenden Erklärung erhobenen Empfehlungen und Selbstverpflichtungen angesichts des embryonalen und fetalen Schutzanspruchs zu kurz greifen und sie eher eine grundsätzliche Änderung des § 218 anstreben, halten wir die geleistete

Selbstreflexion und Grenzziehung unterhalb der Gesetzes-ebene für einen wichtigen Beitrag ärztlicher Selbstverantwortung. Die Bundesärztekammer hat, entstehend aus der 5. Medizinisch-ethischen Klausur- und Arbeitstagung vom 3.–5. Oktober 1997 in Schloß Schwarzenfeld unter dem Titel „Pränatale Medizin im Spannungsfeld von Ethik und Recht“, in Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen die folgende Erklärung mit dem Ziel verfaßt, in der Öffentlichkeit die Diskussion

über die aufgezeigten Konflikte und Probleme anzuregen und eine Änderung im gesellschaftlichen Bewußtsein zu bewirken. Ein weiteres Anliegen ist es, den Gesetzgeber auf bestimmte Regelungsschwächen aufmerksam zu machen. Den betroffenen Ärzten soll die Erklärung eine Hilfe an die Hand geben, die ethisch begründeten Grenzen ihrer Entscheidungs- und Handlungsspielräume im Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik abzustecken.



Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. K. Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages



Prof. Dr. med. K.-D. Bachmann
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates
der Bundesärztekammer

Anlaß der Erklärung

Die frühere sogenannte embryopathische Indikation des § 218a StGB alter Fassung (a. F.) ist im Rahmen des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) vom 21. 8. 1995 als solche weggefallen und de facto in die sogenannte medizinische Indikation integriert worden. § 218a Abs. 2 StGB lautet: „Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Im Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik kommt es durch die Neufassung des Gesetzes zu drei wesentlichen Änderungen:

1. Wegfall der embryopathischen Indikation im Sinne des § 218a StGB a. F., in deren Rahmen eine Frist von 22 vollendeten Wochen post conceptionem für Schwangerschaftsabbrüche vorgeschrieben war,

2. Wegfall der Beratungspflicht nach § 219 StGB, die im Rahmen der alten embryopathischen Indikation bestand, und damit Wegfall der Frist von drei Tagen nach Beratung bis zur Durchführung des Abbruchs nach Pränataldiagnostik,

3. Wegfall der speziellen statistischen Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen, bei denen eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung für die Indikationsstellung von Bedeutung ist.

Der Begriff des Schwangerschaftsabbruchs beinhaltet in juristischer Hinsicht definitionsgemäß die Absicht, das Ungeborene zu töten. In ethischer Hinsicht muß eine weitere Differenzierung berücksichtigt werden. Demnach können mit einem Schwangerschaftsabbruch im konkreten Fall zwei unterschiedliche Ziele verfolgt werden:

a) die Beendigung der Schwangerschaft als eines die Schwangere akut gesundheitlich bedrohenden Zustandes; der Tod des ungeborenen Kindes ist nicht beabsichtigt und wird als unvermeidbare Folge in Kauf genommen, wenn das Kind noch nicht extrauterin lebensfähig ist;

b) der Tod des ungeborenen Kindes, da dessen prä- und postnatale Existenz zur Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren führen würde. Es scheint – wenn auch umstritten – gesellschaftlich akzeptiert zu sein, daß eine pränataldiagnostisch festgestellte Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Kindes für eine Erkrankung eine derartige Gefahr darstellen kann.

Gemäß § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) ist niemand verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn, daß „die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Ge-

sundheitsschädigung abzuwenden“. Es besteht für den einzelnen Arzt¹ grundsätzlich das Recht, einen Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik i. S. der Freistellungsklausel zu verweigern. Dennoch verschärft sich durch die Änderungen des SFHÄndG für die Ärzteschaft als Berufsstand die Problematik, im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Erwartungen, gesetzlichen Vorgaben und ärztlichem Ethos Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik durchzuführen.

I. Frist-Problematik

Die medizinische Indikation ohne Fristbindung gemäß § 218a Abs. 2 StGB in der geltenden Fassung könnte unzutreffend so verstanden werden, als wäre die bloße Tatsache einer festgestellten Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Kindes für eine Erkrankung bereits eine Rechtfertigung für einen Schwangerschaftsabbruch. Diese Fehlinterpretation hängt damit zusammen, daß es nach § 218a StGB a. F. neben einer medizinischen Indikation ohne Fristbindung auch eine embryopathische Indikation gab, nach der unter bestimmten Voraussetzungen ein Schwangerschaftsabbruch bis 22 Schwangerschaftswochen post conceptionem (p. c.) durchgeführt werden konnte. In der Praxis konnte diese Indikation entgegen dem Wortlaut und Willen des Gesetzgebers so

¹ Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird auf die ausdrückliche Nennung der weiblichen Formen verzichtet. Mit „Arzt“ ist selbstverständlich auch die Ärztin gemeint.

gehandhabt werden, als dürfe *allein* aufgrund eines auffälligen Befundes eine Schwangerschaft innerhalb der genannten Frist in zulässiger Weise beendet werden. Nachdem die embryopathische Indikation weggefallen ist, könnte heute, auf dem Boden dieser unzutreffenden Auffassung, fälschlich davon ausgegangen werden, daß auch nach einer pränatal festgestellten Diagnose zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft allein wegen eines auffälligen Befundes beim Kind eine Beendigung der Schwangerschaft medizinisch indiziert sei. Dabei wird verkannt, daß die medizinische Indikation im Zusammenhang mit einer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Ungeborenen für eine Erkrankung die Feststellung voraussetzt, daß – nach ärztlicher Erkenntnis – die Fortsetzung der Schwangerschaft die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren bedeuten würde, die nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Eine solche Gefahr kann sich auf den auffälligen Befund gründen, der Befund allein darf jedoch nicht automatisch zur Indikationsstellung führen.

Die Fortschritte in der medizinischen Versorgung von Frühgeborenen haben in den letzten Jahren dazu geführt, daß bereits Kinder mit etwa 500 Gramm Geburtsgewicht und einem entsprechenden Reifegrad überleben können. Dies entspricht einem Schwangerschaftsalter von etwa 22 bis 24 Wochen post menstruationem (p. m.). Da sich zumindest in den Fällen gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit der Schutzanspruch des ungeborenen Kindes aus ärztlicher Sicht nicht von demjenigen des geborenen unterscheidet, soll der Zeitpunkt, zu dem die extrauterine Lebensfähigkeit des Ungeborenen gegeben ist, in der Regel als zeitliche Begrenzung für einen Schwangerschaftsabbruch angesehen werden. In besonderen Ausnahmefällen schwerster unbehandelbarer Krankheiten oder Entwicklungsstörungen des Ungeborenen, bei denen postnatal in der Regel keine lebenserhaltenden Maßnahmen ergriffen würden, kann nach Diagnosesicherung und interdisziplinärer Konsensfindung von dieser zeitlichen Begrenzung abgewichen werden.

Sollte ausnahmsweise die Indikation für einen so späten Schwangerschaftsabbruch gestellt werden, kann gemeinsam mit der Schwangeren beziehungsweise den Eltern des Kindes erwogen werden, ob ein Fetozid vor Einleitung des Schwangerschaftsabbruchs vorgenommen wird. Der Fetozid erfolgt dann nur,

um dem Kind das Leiden, das durch das Verfahren des Schwangerschaftsabbruchs verursacht werden kann – nicht etwa das krankheits- oder behinderungsbedingte Leiden –, zu ersparen.

II. Ärztliche Beratung nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung²

Eine gesicherte Diagnose setzt eine qualifizierte pränatalmedizinische Untersuchung voraus. Als gesichert kann eine Diagnose dann angesehen werden, wenn sie von einem für die jeweilige Diagnostik qualifizierten Arzt erbracht und gegebenenfalls durch einen zweiten Untersucher bestätigt wurde.³

Die Schwangere kann eine Entscheidung darüber, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, nur dann in verantwortungsvoller Weise treffen, wenn sie umfassend aufgeklärt und beraten worden ist. Ärzte haben ohne eingehendes Gespräch mit der Schwangeren keine Grundlage für die Indikationsstellung. Die Beratungen müssen ergebnisoffen und nichtdirektiv erfolgen. Die Teilnahme des Vaters an der Beratung ist wünschenswert.

Folgende Aspekte sind zunächst Gegenstand der Beratungsgespräche mit Ärzten entsprechender Fachgebiete:

- Erläuterung des Befundes,
- die Art der Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung,
- die möglichen Ursachen der Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung,
- das zu erwartende klinische Bild mit dem Spektrum der Manifestationsformen und möglichen Schweregrade,
- die therapeutischen Möglichkeiten,
- die möglichen Folgen der Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Kindes für eine Erkrankung, für das Leben der Schwangeren und ihrer Familie,
- das Erleben und die Einschätzung der Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft für eine Erkrankung durch andere betroffene Personen,
- medizinische, psychosoziale und finanzielle Hilfsangebote,

- die Möglichkeiten der Vorbereitung auf das Leben mit dem kranken/behinderten Kind, auch im Hinblick auf das soziale Umfeld,

- das Angebot der Vermittlung von Kontaktpersonen, Selbsthilfegruppen und anderen unterstützenden Stellen,

- die etwaige Erwägung des Abbruchs der Schwangerschaft, wenn der beratende Arzt den Eindruck hat, daß die Voraussetzungen der medizinischen Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB gegeben sind.

Erwägt oder wünscht die Schwangere den Abbruch der Schwangerschaft, sind folgende Aspekte Gegenstand weiterer Beratungsgespräche:

- die formalen und rechtlichen Voraussetzungen eines Schwangerschaftsabbruchs mit der Aufklärung darüber, daß Gegenstand der Indikation nicht die Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des Ungeborenen für eine Erkrankung ist, sondern ausschließlich die Unzumutbarkeit für die Schwangere, die für sie entstehende Gefahr einer Beeinträchtigung ihres körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes auf andere Weise abzuwenden als durch einen Schwangerschaftsabbruch,

- Art und Schwere der drohenden gesundheitlichen Gefährdung der Schwangeren,

- medizinische, psychosoziale und finanzielle Hilfsangebote, die es der Schwangeren ermöglichen können, die gesundheitliche Gefährdung auf andere Weise abzuwenden als durch einen Schwangerschaftsabbruch,

- die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs und ihre jeweiligen Risiken,

- die möglichen psychischen Folgeprobleme und ihre Behandlungsmöglichkeit,

- die Einhaltung einer angemessenen Bedenkzeit zwischen Beratungen und Schwangerschaftsabbruch,

- bei fortgeschrittener Schwangerschaft die Möglichkeit der Geburt eines lebenden und lebensfähigen Kindes mit der ärztlichen Pflicht, das Kind zu behandeln, sowie den durch den frühen Geburtszeitpunkt bedingten zusätzlichen gesundheitlichen Risiken für das Kind,

- die Möglichkeit psychosozialer Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch,

- die gesetzlichen Regelungen bei Lebend- und Totgeburt.

Bei Bedarf sollen Ärzte oder Berater spezieller Fachgebiete hinzugezogen werden. Die beratenden Ärzte haben die Gespräche zu dokumentieren. Mindestens zwei der beratenden Ärzte haben die Indikation einvernehmlich zu bescheinigen.

² Die folgenden Erläuterungen zur Beratung umfassen auch die Inhalte der Aufklärung.

³ vgl. Richtlinien zur pränatalen Diagnostik (im Druck).

Eine angemessene Bedenkzeit zwischen den Beratungen nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung und einem Schwangerschaftsabbruch hat sich als sinnvoll und für die zu treffende Entscheidung wie für die seelische Verarbeitung durch die Schwangere und ihren Partner als notwendig herausgestellt. Da sich die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik meist auf die Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit der Schwangeren bezieht und die Schwangere nach den Beratungen Zeit benötigt, um ihre Entscheidung sorgfältig zu bedenken, ist die Einhaltung einer solchen Bedenkzeit in der Regel erforderlich.

III. Statistische Erfassung

Um die Folgen der Gesetzesänderung im Laufe der Zeit verfolgen zu können, ist eine spezielle statistische Erfassung derjenigen Schwangerschaftsabbrüche, bei denen eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung für die medizinische Indikationsstellung von Bedeutung ist, erforderlich. Hierfür sind die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen. Bei Nichterfassung steht zu befürchten, daß wichtige epidemiologische Daten über Fehlbildungen nicht erhoben werden, die für Ursachenforschung und Qualitätssicherung unverzichtbar sind.

Empfehlungen

In Achtung vor der jedem Menschen – auch dem Ungeborenen – unabhängig von seinen Eigenschaften zukommenden Menschenwürde und dem daraus abgeleiteten Recht auf Leben sowie im Bewußtsein der ärztlichen Verantwortung für die Schwangere und das Ungeborene werden im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch nach pränataldiagnostisch erhobenem auffälligem Befund folgende Empfehlungen gegeben:

➊ Nach gesicherter Diagnose einer fetalen Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung sollen Beratungsgespräche gemäß Abschnitt II durchgeführt und dokumentiert werden. Die Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch, bei dem eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung die Unzumutbarkeit begründet, den Konflikt auf eine andere Art und Weise zu lösen, soll

durch mindestens zwei der beratenden Ärzte einvernehmlich gestellt werden. Es soll eine angemessene Bedenkzeit zwischen Beratungen und Schwangerschaftsabbruch eingehalten werden.

➋ Der Zeitpunkt, zu dem die extrauterine Lebensfähigkeit des Ungeborenen gegeben ist, soll, abgesehen von den in Abschnitt I genannten seltenen Ausnahmefällen, in der Regel als zeitliche Begrenzung für einen Schwangerschaftsabbruch nach pränataldiagnostisch erhobenem auffälligem Befund angesehen werden.

➌ Es sollen die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die spezielle statistische Erfassung derjenigen Schwangerschaftsabbrüche, bei denen eine fetale Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft für eine Erkrankung von Bedeutung war,

gewährleistet ist. Im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht festgestellte Beobachtungs- und Nachbesorgungspflicht sowie aus Gründen der Qualitätssicherung sollen die Indikationsgrundlage, das Schwangerschaftsalter, die Methode des Schwangerschaftsabbruchs sowie die postnatale Befund-sicherung erfaßt werden.

➍ Es sollen die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß das Weigerungsrecht, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, ausschließlich für die Fälle unmittelbarer Lebensgefahr der Schwangeren aufgehoben ist.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt. Ärztebl. 1998; 95: A-3013–3016
[Heft 47]

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. K.-D. Bachmann
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Köln

Prof. Dr. D. Berg
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (1997/1998), Amberg

Prof. Dr. J. W. Dudenhausen
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin, Berlin

Prof. Dr. E. L. Grauel
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin, Berlin

Prof. Dr. T. Grimm
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik, Würzburg

Prof. Dr. J. Gründel
Vorstand des Instituts für Moralthologie und Christliche Sozialethik, München

Prof. Dr. M. Hansmann
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin, Universitäts-Frauenklinik Bonn

Prof. Dr. H. Hepp (federführend)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Vorsitzender (gemeinsam mit Prof. Dr. Pohlandt) der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“, München

Prof. Dr. W. Holzgreve
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Basel

Prof. Dr. E. Merz
Leiter der Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe in der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, Mainz

Prof. Dr. F. Pohlandt
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Vorsitzender (gemeinsam mit Prof. Dr. Hepp) der Kommission „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“, Ulm

Prof. Dr. H. Schillinger
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft „Ultraschall“ in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Singen

Prof. Dr. E. Schwinger
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik, Lübeck

Prof. Dr. H.-B. von Stockhausen
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Würzburg

Prof. Dr. K. Vetter
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Dopplersonographie und materne-fetale Medizin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin

Prof. Dr. G. Wolff
Vorsitzender der Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik, Freiburg

Prof. Dr. Gabriele Wolfslast
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozeßrecht und strafrechtliche Nebengebiete der Universität Rostock

RA Ulrike Wollersheim
Rechtsabteilung der Bundesärztekammer

Dr. Christiane Woopen
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität zu Köln, Institut für Wissenschaft und Ethik, Bonn

Prof. Dr. H.-B. Wuermeling
Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Erlangen

In Zusammenarbeit mit dem Ausschuß für medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer; Vorsitz Prof. Dr. med. E. Beleites, Jena

Gast

Dr. Dagmar Hutzler
Geschäftsführung des Arbeitsausschusses Familienplanung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln