

ten regelmäßigen Menstruation wird mit dem 20. 9. 1956 angegeben. Danach errechnet sich der Geburtstermin zum 27. 6. 1957. Bei der klinischen Befunderhebung finden sich keinerlei pathologische Veränderungen an den inneren Organen, Kopf, Hals oder Extremitäten, abgesehen von einer etwa kleinapfelgroßen Struma parenchymatosa. Der Blutdruck war mit 125/95 mm Hg völlig regelrecht, ebenfalls im Urin kein pathologischer Befund oder auffallender Sedimentbefund nachweisbar. Der Uterusfundus stand hart am Rippenbogen. Der Leibesumfang schien ungewöhnlich groß, er betrug 110 cm. Da viele lebhaft Kindsbewegungen gleichzeitig an verschiedensten Stellen des Bauches angegeben sowie mehrere große Teile palpirt wurden, war die Diagnose Zwillinge nicht mehr schwer zu stellen. Die Lage der Zwillinge zueinander war so, wie man sie in 45% der Fälle vorfindet, sie befanden sich beide in Schädellage. Eine Beckenverengung lag nicht vor. Die kindlichen Herztöne waren rechts und links unterhalb des Nabels hörbar, und zwar mit einem Frequenzunterschied von acht bis zwölf Schlägen. Rektal waren einmal der Kopf auf Beckenboden, zum anderen Kopf hoch im Beckeneingang palpabel. Die Portio war noch vollständig erhalten, der Muttermund geschlossen.

Am 25. 5. 1957, 01.30 Uhr, kommt es zum Wehenbeginn, um 04.00 Uhr zum Blasensprung und um 8.00 Uhr zur Entbindung eines Mädchens von 2150 g Körpergewicht, 43 cm Körperlänge und 36 cm Kopfumfang (C. fronto-occipitalis). Es handelte sich um eine einwandfreie Mißbildung im Sinne einer doppelseitigen Kiefer-Gaumen-Spalte. Die dauernde und sorgfältige Kontrolle der Herztöne und der Lage des zweiten Zwillinges ergaben unveränderte Längslage und regelrechte Herztöne. Es wird abgewartet, jedoch treten keine neuen Wehen auf, das zweite Kind stellt sich nicht zur Geburt. Es wird daher Orasthin i. m. gegeben. Die Wehen kommen jedoch nicht in Gang, die Blase steht noch, es sind zwei Stunden seit der Geburt des ersten Kindes vergangen. Bei der vorliegenden Mißbildung und Frühreife des ersten Zwillinges entschließt man sich jetzt zu abwartender Haltung. Um eine aufsteigende Infektion zu verhindern, wird Penicillin injiziert. Die Herztöne des zweiten Zwillinges sind nach wie vor völlig regelrecht. Es wurde sich hier also nach *Ernst Bumm* (s. o.) verhalten, zumal die aufsteigende Infektion infolge der offenen Geburtswege zu verhindern versucht wurde durch Penicillininjektionen.

Der Verlauf während der nächsten sechs Tage war unverändert: subjektives Wohlbefinden der Mutter, regelrechte kindliche Herztöne und dauernde Kindsbewegungen, völlig normale Körpertemperaturen. Am siebten Tage post partum des ersten Zwillinges entschließt man sich jedoch zur Blasensprengung und nachfolgenden

Zangenextraktion, da die Mutter sehr unruhig wird (Hyperthyreose!). Es wird ein völlig regelrechtes und lebensfrisches Mädchen von 2500 g Körpergewicht, 49 cm Länge und 33 cm Kopfumfang (C. fronto-occipitalis) entwickelt. Es lag ein gemeinsames Chorion mit zwei Amnien vor. Der weitere postpartale Verlauf war regelrecht, vor allem trat keine „Spätatonie“ auf.

Bei eingehender Untersuchung des vorliegenden Falles und Vergleich mit den vorher erwähnten 18 Fällen läßt sich eindeutig als Ursache der verzögerten Geburt des zweiten Zwillinges Wehenschwäche infolge maximaler Überdehnung der Uterusmuskulatur und dadurch hervorgerufener Kontraktionschwäche der Muskelfasern eruieren. Der weitere Verlauf war der gleiche wie der bei der Mehrzahl der beschriebenen Fälle: Es wurde nämlich nach einer langen Wartezeit nach der ersten Geburt die Blase der zweiten Frucht gesprengt und die Entbindung des zweiten Zwillinges durch Zangenextraktion beendet.

Grundsätzlich ist die operative Geburtsbeendigung des zweiten Zwillinges zu fordern, wenn die Spontangeburt des zweiten Zwillinges länger als zwei Stunden auf sich warten läßt. Daß die im allgemeinen ungünstige Prognose bei der verzögerten Zwillingengeburt im beschriebenen Fall durchbrochen wurde, war deshalb sehr günstig, weil das erste Kind — die Mißgeburt — kurz post partum ad exitum kam und die Mutter jetzt nur noch ein gesundes Kind, eben den sieben Tage lang verzögerten zweiten Zwilling besitzt.

Schrifttum: Bumm, E.: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe (1922). — Carson, C.: Brit. med. J., orig. 14. II. (1880). — Cramer, H.: Mschr. Geburtsh. Gynäk. 21 (1905), S. 439. — Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe (1920). — Dujol, G.: Ber. ges. Gynäk. Geburtsh. 9 (1926), S. 175. — Füh, J.: Zbl. Gynäk. 25 (1901), S. 1055. — Henckel, K.: Über den Verlauf von Zwillingsschwangerschaften und -geburten. Inaugural-Diss. Münster (1934). — Jahreis, R.: Zbl. Gynäk. 46 (1922), S. 1246. — Kerneis, V.: Ber. ges. Gynäk. Geburtsh. 12 (1927), S. 234. — Paulin, K.: Mschr. Geburtsh. Gynäk. 20 (1904), S. 1146. — Pinkus, S.: Betrachtungen über Zwillingengeburt. Inaugural-Diss. Breslau (1885). — Pontani, S.: Über Komplikationen bei Zwillingengeburt, insbesondere die lang verzögerte Geburt des zweiten Zwillinges. Inaug.-Diss. Münster (1935). — Psyrembel, W.: Praktische Geburtshilfe, 3. Aufl. (1953), Bln. — Remy, S.: Ber. ges. Gynäk. Geburtsh. 3 (1924), S. 60. — Rincot, C.: Winckel, F. v. Handbuch d. Geburtshilfe (1904), S. 1279. — Stoeckel, W.: Lehrbuch d. Geburtshilfe, 11. Aufl., Fischer, Jena (1951). — Strassmann, P.: Inaug.-Diss. zur Lehre von der mehrfachen Schwangerschaft, Bln. (1897). — Winckel, F. v. Handbuch d. Geburtshilfe (1904). — Vershuer, von: Zbl. Gynäk. (1932), S. 2989; Zbl. Gynäk. (1934), S. 268. — Weber, F.: Döderlein Handbuch d. Geburtshilfe (1920). — Winckel, F. v.: Handbuch der Geburtshilfe (1904).

Ansch. d. Verf.: Dr. med. Joachim Hans Sroka, Heiligenstadt/Eichsfeld, Erbetalsweg 7.

DK 618.252

SOZIALE MEDIZIN UND HYGIENE

Aus der II. Frauenklinik der Universität München (Direktor: Prof. Dr. med. R. Fikentscher)

Die gegenwärtige Rechtslage der künstlichen Fehlgeburt

von ERNST WAIDL

Zusammenfassung: Die gegenwärtige Rechtssituation der von ärztlicher Hand durchgeführten künstlichen Fehlgeburt sowie deren ethische und strafrechtliche Grundlagen werden erörtert. Dabei wird darauf gelegt, daß unklare Begriffsbildungen und doppeldeutige Formulierungen einer klaren und unanfechtbaren Gesetzgebung im Wege stehen. Die sogenannten verschiedenen Indikationen zur vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft werden kritisch behandelt, wobei insbesondere auf die Rechtswidrigkeit der „gemischt-medizinisch-sozialen Indikation“ hingewiesen wird.

Die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft, von ärztlicher Hand durchgeführt, ist ein medizinisches und ein ethisches Problem. Ein medizinisches insofern, als der Arzt, der

Summary: The present ideas on the legality of induced abortions performed by doctors as well as their ethical and criminal rudiments are discussed. It is pointed out that unclear conceptions and ambiguous formulations hamper a clear and indisputable legislation. The so-called diversity of indications for the premature termination of pregnancy are critically dealt with; especial emphasis is laid on the illegality of "mixed medical and social indications."

eine Schwangerschaftsunterbrechung vornimmt, einen physiologischen Zustand in einen pathologischen umwandelt und damit seinen eigentlichen Aufgabenbereich und seine Kom-

petenz zu überschreiten droht. In ethischer Hinsicht ist die Schwangerschaftsunterbrechung für den Arzt ein Problem erster Ordnung, sie ist ein Prüfstein der ärztlichen Ethik, ein Prüfstein für einwandfreies Standesbewußtsein.

Am Deutschen Gynäkologen-Kongreß 1951 in Pymont wandte sich *Eberhard Schmidt* (Heidelberg) an den Gesetzgeber und forderte, daß dieser der bestehenden **Rechtsunsicherheit auf dem Gebiete der Schwangerschaftsunterbrechung** ein Ende bereite und die gesamte Problematik des medizinischen Abortus einheitlich regle. *Schmidt* stellte folgende Forderungen auf:

1. Die Rechtsprechung sollte scharf unterscheiden zwischen dem ärztlich indizierten Abortus artificialis und der Abtreibung. Der Gesetzgeber soll den Tatbestand der „eigenmächtigen Heilhandlung“ schaffen und die Bestrafung dieses Deliktes deutlich von derjenigen der Abtreibung unterscheiden.
2. Schaffung von Gutachterstellen, die allerdings nur die Berechtigung des Arztes zur Ausführung des Eingriffes deklaratorisch feststellen, keinesfalls aber eine Verpflichtung zur Unterbrechung für irgendeinen Arzt begründen.

Diese beiden Forderungen enthalten einen gewissen Widerspruch, der die ethische Ungelöstheit des Problems aufscheinen läßt. In der ersten Forderung wird eine scharfe Unterscheidung zwischen Erlaubtem und Verbotenem verlangt. Was aber hier erlaubt sein soll, muß ärztlich begründet und notwendig sein. Was ärztlich notwendig ist, muß vom Arzt auch gemacht werden, ist ärztliche Pflicht. Die zweite Forderung hinwieder will dem Arzt ein Hintertürchen schaffen, damit er der aufgewiesenen Folgerichtigkeit entgehen kann.

Daß der Gesetzgeber bisher keine klaren Gesetze geschaffen hat, ja schaffen konnte, nimmt nicht wunder, wenn man bedenkt, daß die medizinischen Wissenschaften ihm ja auch nicht mit klaren Begriffen aufwarten. Solange das medizinisch-ethische Problem der Schwangerschaftsunterbrechung nicht gelöst ist, wird jede einschlägige Gesetzgebung entweder nicht geschaffen werden, oder sie wird anfechtbar sein.

Während der Herrschaft des Nationalsozialismus in Deutschland schufen das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und seine Ausführungsbestimmungen formalrechtlich Klarheit. Der § 14 dieses Gesetzes erlaubte die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung. Dieses **E r b g e s u n d h e i t s g e s e t z** wurde in Bayern mit dem Gesetz Nr. 4 vom 20. November 1945 aufgehoben. Ähnlich wurde in den meisten Ländern der Bundesrepublik vorgegangen. Damit gelangten wir wieder in die gleiche Rechtssituation, wie sie vor dem Jahre 1933 bestand. Bis zu diesem Jahre herrschte in Deutschland auf dem Gebiete der Schwangerschaftsunterbrechung eine Rechtsunsicherheit insofern, als die Rechtsprechung nicht scharf zwischen ärztlich indiziertem Abortus artificialis und der Abtreibung unterschied. Diese Rechtsunsicherheit besteht heute in der Bundesrepublik wieder. Der Gesetzgeber vertritt den Standpunkt, daß er die Tötung eines menschlichen Lebewesens, nämlich des Fötus, nicht erlauben könne; er könne lediglich eine Straffreiheit des medizinisch begründeten Abortus setzen. Festzuhalten ist hier vor allem der Begriff der „Straffreiheit“: Wir dürfen vorläufig nur von einem straffreien Abortus sprechen; einen „legalen Abortus“ gibt es in den meisten Ländern der Bundesrepublik derzeit nicht. Als Grundlage für die rechtliche Beurteilung der medizinisch indizierten Fehlgeburt dient die bekannte Entscheidung des Reichsgerichtes vom 11. März 1927. Und die Grundlage zu dieser Rechtsprechung wiederum gab die Theorie des überwiegenden Interesses. Laut dieser Theorie muß bei einem unabwendbaren Widerstreit eines höheren Rechtsgutes mit einem minderen das mindere Rechtsgut dem höheren weichen. Die Beurteilung der Höherwertigkeit oder Gleichwertigkeit der kollidierenden Rechtsgüter bezeichnet man als **G ü t e r a b w ä g u n g**. Der Grundsatz der Güterabwägung war die Grundlage zu der angeführten Entscheidung des Reichsgerichtes vom März 1927, welche die ärztliche Begründung einer Schwangerschaftsunter-

brechung als übergesetzlichen Notstand anerkannte und den erforderlichen Eingriff zur Abwendung der bestehenden Gefahr rechtfertigte. Damit wurde die medizinische Schwangerschaftsunterbrechung zwar nicht legalisiert, aber ihre Straflosigkeit wurde in Deutschland zum Gewohnheitsrecht. Mit anderen Worten: Der Grundsatz, daß das fertige Leben des geborenen Menschen höherwertig ist gegenüber dem werdenden Leben der Leibesfrucht, begründet die Straflosigkeit der medizinischen Schwangerschaftsunterbrechung; und da die Ausführung eines Eingriffes nur mit Hilfe des Grundsatzes der Güterabwägung zu rechtfertigen ist, erscheinen die Indikationen lediglich als Kollisionsfälle unter der Voraussetzung des Notstandes (*Maurach* 1956). Daraus folgt, daß die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung nicht erlaubt ist und kein Arzt das „Recht“ hat, eine Schwangerschaftsunterbrechung durchzuführen, sondern es unterbleibt nur die Strafverfolgung. Der Gesetzgeber unterscheidet somit nach wie vor nicht zwischen einer medizinischen Schwangerschaftsunterbrechung und einer Abtreibung, und jeder Arzt, der eine Schwangerschaftsunterbrechung vornimmt, kann wegen Verstoßes gegen den § 218 des Strafgesetzbuches zur Verantwortung gezogen werden. Was diesen § 218 betrifft, so ist interessant, daß seine neueste Fassung aus dem Jahre 1953 nicht mehr von einer „Tötung im Mutterleibe“ spricht, sondern den Eingriff ausdrücklich als „Abtötung der Leibesfrucht“ bezeichnet. Diese Unterscheidung ist wichtig, denn strafrechtlich ist die Abtötung der Leibesfrucht keine Tötung. Als Tötung gilt aber die Kindstötung, das ist eine Handlung, die sich gegen das Leben des Kindes richtet, wenn dieses bereits begonnen hat, sich vom Mutterleibe zu lösen.

Bei der Beurteilung, ob ein Abtöten der Leibesfrucht strafbar oder straflos ist, spielt noch ein weiterer Begriff eine wichtige und entscheidende Rolle: es ist der **B e g r i f f d e s V o r s a t z e s**. Wenn ärztliche Handlungen zum Tod der Leibesfrucht führen, so entscheidet der Vorsatz des Handelnden darüber, ob eine Straftat im Sinne des § 218 vorliegt oder nicht, nämlich ob es beabsichtigt war, die Frucht zu töten; nicht entscheidend ist das tatsächliche Ergebnis. Nehmen wir das Beispiel einer streng medizinisch indizierten Frühgeburt! Der Arzt stellt die Indikation, leitet die Frühgeburt ein, aber die Frucht wird tot geboren oder stirbt gleich nach der Geburt: Hier liegt keine strafbare Handlung vor, denn der Arzt hat die Frucht nicht vorsätzlich abgetötet. Demgegenüber liegt ein strafbarer Abtreibungsversuch vor, wenn eine nicht indizierte Frühgeburt herbeigeführt wird und die frühgeborene Frucht am Leben bleibt, denn hier bestand die Absicht, die Leibesfrucht abzutöten. Und nicht nur bei der Frühgeburt, sondern genauso bei der Fehlgeburt entscheidet der nachgewiesene Vorsatz, das werdende Leben zu vernichten, ob eine Straftat nach § 218 vorliegt oder nicht. Das werdende Leben der Frucht gilt eben als „geschütztes Rechtsgut“ von dem Zeitpunkt an, wo die beiden Keimzellen verschmelzen.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß dem deutschen Strafrecht die Lösung des Problems der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung nur möglich erschien, wenn ein Werteunterschied zwischen dem werdenden Leben des Ungeborenen und dem selbständigen Leben des Geborenen gesetzt wird. Das Strafrecht setzt nicht nur einen quantitativen Unterschied zwischen der Existenz im Mutterleibe und dem selbständigen Dasein der geborenen Persönlichkeit, sondern einen spezifischen. Aber diese Unterscheidung wird von der Strafrechtslehre nicht einwandfrei und zwingend begründet. Die Strafrechtslehre führt vielmehr einen logischen Salto aus, indem sie folgert, daß zwischen dem Objekt von Abtreibungshandlungen und dem Objekt eigentlicher Tötungsdelikte ein **W e r t e u n t e r s c h i e d** anerkannt werden muß, weil sonst das Problem der medizinischen Schwangerschaftsunterbrechung nicht gelöst werden könnte.

Der Werteunterschied zwischen dem Leben des Ungeborenen und dem des Geborenen, den das Strafrecht setzt, findet seine Entsprechung im Zivilrecht. Das Zivilrecht geht darüber noch weit hinaus, denn es räumt dem Ungeborenen einen noch

viel geringeren Wert ein als das Strafrecht. Schon der § 1 des BGB lautet: die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt. Es wird ja auch das Alter eines Menschen nicht von dem Zeitpunkt der Empfängnis berechnet, sondern von dem Zeitpunkt seiner Geburt. Dem entspricht auch der Grundsatz, daß durch ein totgeborenes Kind keine Rechtsübertragung möglich ist. Der Fötus spielt weder familienrechtlich noch steuerrechtlich oder im Erbrecht irgendeine Rolle. Diese zivilrechtlichen Ordnungen erweisen, daß der vom Strafrecht anerkannte Werteunterschied zwischen werdendem und fertigem Leben vom Zivilrecht in weit größerem Maße gefaßt wird, denn das Zivilrecht ignoriert das werdende Leben fast ganz. Aus den zivilrechtlichen Ordnungen spricht eben ein noch reinerer Pragmatismus als aus dem strafrechtlichen Grundsatz.

Wir stellten fest, daß dem Strafrecht die Lösung des Problems der medizinischen Schwangerschaftsunterbrechung nur damit möglich erscheint, daß das sogenannte fertige Leben gegenüber dem sogenannten werdenden Leben höher geschätzt und daß demzufolge eine Kollision zweier ungleicher strafrechtlich geschützter Güter anerkannt wird. Vom Standpunkt des Biologen aus erscheint diese Lösung des Problems recht unbefriedigend. Die Geburt bedeutet für den Menschen die Entlassung aus dem Schutzbereich der Eihüllen und des Fruchthalters, sowie den Abschluß seiner Ernährung durch den Mutterkuchen; den Schutz übernimmt die Mutter, die Ernährung ihre Brüste. Das Neugeborene bleibt auch weiterhin ein hilfloser Wurm, der ohne Mutter zugrunde geht. Diesen Milieuwechsel können wir um Monate vorverlegen und auch um einiges hinauszögern: es handelt sich eben um einen Milieuwechsel, der nicht streng an ein bestimmtes Entwicklungsstadium des Kindes gebunden ist. Und überdies: die Relativität des Begriffes Lebensfähigkeit von Neugeborenen wird sicherlich dank weiterer Fortschritte der medizinischen Wissenschaften immer größer und größer werden. Wer will mit Sicherheit behaupten, daß es in der fernerer Zukunft nicht möglich sein wird, Früchte der ersten Schwangerschaftsmonate außerhalb des Mutterleibes am Leben zu halten? Wie unverbindlich ist also der Begriff des „fertigen Lebens“!

In den medizinischen Büchern und Abhandlungen und in der juristischen Literatur ist immer wieder die Rede von den verschiedenen **Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung**. Wenn ich jetzt diese Begriffe unter die Lupe nehme, so aus der Überzeugung heraus, daß ungenaue Begriffe so manchen unnützen Streit heraufbeschworen haben. Mediziner und Ärzte denken empirisch, und so haben auch ihre Begriffe oft empirischen Charakter. Das empirische Denken umschreibt die Dinge der Realität in der Überzeugung, sie nicht im Letzten begreifen zu können. Das begriffliche Denken der Ethik und des Rechts setzt Begriffe von grundsätzlicher Bedeutung. Wenn wir Mediziner von einer Indikation sprechen, so denken wir an alle Umstände, die in einem bestimmten Krankheitsfall eine bestimmte Behandlung gebieten. Die Umstände sind oft von schwankendem Charakter, und so pflegen wir uns oft bei der Indikationsstellung auf schwankendem Boden zu befinden. Einen ganz anderen Sinn bekommt das Wort Indikation, wenn wir von einer sozialen oder von einer humanitären Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung sprechen. Hier wird es zu einem Begriff von grundsätzlicher Bedeutung, es wird zu einem Begriff, der Grundsätzliches absteckt. Am besten wäre es, die Begriffe soziale Indikation, humanitäre Indikation, ethische Indikation überhaupt fallenzulassen und statt dessen von einem sozialen Abortus oder einem humanitären Abortus zu sprechen. Die Gewohnheit des Arztes, bei der Stellung seiner Indikationen verschiedene Möglichkeiten zu haben, verschiedene Behandlungsarten von annähernd gleicher Güte und Erfolgsaussicht, verführt ihn nur allzu leicht, bei der Diskussion von „nichtmedizinischen“ Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung allzu pragmatisch zu denken, und das Grundsätzliche, das hier auf dem Spiele steht, geringzuachten.

Wenn demnach die erste Hälfte des Begriffes „nichtmedizinische Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung“ irre-

führend ist, weil es eben eine nichtmedizinische Indikation strenggenommen gar nicht geben kann, so ist die zweite Hälfte, nämlich das Wort Schwangerschaftsunterbrechung, sprachlich falsch. Der Ausdruck Unterbrechung bedeutet ja nicht den Abschluß oder die Beendigung eines Zustandes oder eines Vorganges, sondern er faßt den Begriff „Fortsetzung“ in sich. Wenn man von einem Hausbau sagt, er werde unterbrochen, dann meint man, er höre vorübergehend auf und werde nach einer gewissen Zeitspanne wieder fortgesetzt. Wenn wir aber bei einer schwangeren Frau die Gebärmutter ausräumen, dann haben wir diese Schwangerschaft zerstört und beendet, wir haben sie nicht unterbrochen. An Stelle des Wortes Schwangerschaftsunterbrechung einen anderen Ausdruck zu schmieden wäre müßig, es bietet sich übrigens kein passendes deutsches Wort an, aber auf den französischen Sprachgebrauch sei hingewiesen: Die Franzosen sprechen von einem **therapeutischen Abortus**, wenn ein indizierter Abortus vom Arzt ausgeführt wird. Der Ausdruck therapeutischer Abortus oder therapeutische Fehlgeburt umgrenzt den Tatbestand exakt und führt nicht zu Mißverständnissen.

Dem therapeutischen Abortus am nächsten steht der **eugenische Abortus**. Er kann nicht als eine Art des medizinischen Abortus bezeichnet werden, denn sein Ziel ist es ja nicht, einen Krankheitszustand zu heilen. Die Abtötung eines voraussichtlich kranken menschlichen Lebewesens ist keine ärztliche Handlungsweise. Im Dritten Reich war der eugenische Abortus gestattet, und das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses war die Grundlage dazu. Mit der Aufhebung dieses Gesetzes im Jahre 1945 wurde diese gesetzliche Grundlage beseitigt. Da die sogenannten Indikationen zum eugenischen Abortus keinen Notstand darstellen, kann die reichsgerichtliche Entscheidung aus dem Jahre 1927 keine gewohnheitsrechtliche Grundlage abgeben. Wenn *Naujoks* (1954) schreibt, die eugenische Indikation habe nach jahrzehntelangen Diskussionen die wissenschaftliche Anerkennung errungen, so muß diese Feststellung dahingehend eingeschränkt werden, daß die Anerkennung nur von einem Teil der Autoren stammt — ein großer Teil verhält sich ablehnend. Dem entsprechen auch die gesetzlichen Regelungen in den verschiedenen Ländern, denn die meisten Staaten haben noch keine gesetzliche Regelung gefunden. Einer solchen widersprechen nicht nur unüberwindlich erscheinende juristische Probleme, sondern auch diagnostische Schwierigkeiten, denn in den wenigsten Fällen, wo ein eugenischer Abortus in Erwägung zu ziehen wäre, kann man mit Sicherheit sagen, daß ein erbkrankes oder geschädigtes Kind zu erwarten sei.

Unter **ethischem oder humanitärem Abortus** versteht man einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn diese aus einem Sittlichkeitsverbrechen entstanden ist und wenn darum der Schwangeren die Austragung und Geburt nicht zugemutet werden kann. Als Sittlichkeitsverbrechen kommen in Frage: Notzucht, Schwängerung einer Bewußtlosen, Blutschande. In der Bundesrepublik besteht keine gesetzliche Grundlage, und was die vielgenannte reichsgerichtliche Entscheidung betrifft, so ist lediglich ein Ausweg möglich, nämlich die psychiatrische Begutachtung. Diese kann einen therapeutischen Abortus indizieren, wenn schwerste seelische Störungen mit **Selbstmordgefahr** bestehen, womit wiederum der übergesetzliche Notstand begründet wird. An dieser Stelle sei eine Tatsache erwähnt, die das Problem des therapeutischen Abortus bei Depression und Selbstmordgefahr beleuchtet: In der Bundesrepublik wurden in den Jahren 1945—1957 zahlreiche Anträge auf therapeutischen Abortus wegen „Depression mit Suizidgefahr“ abgelehnt, und in allen diesen Fällen wurde danach kein einziger durch Suizid verursachter Todesfall beobachtet.

Geiser (1956) schreibt, die Anerkennung der **sozial-medizinischen Indikation** bedeute die Anerkennung der Freiheit und Ungebundenheit der sexuellen Sitten. Mit diesen Worten drückt der Autor die zweifellos weitverbreitete Ansicht aus, daß der soziale Abortus aus der geistigen Entwicklung der neuesten Zeit heraus zu erklären und darum zu einem sittlichen Zeit-

problem geworden sei. Diese Ansicht ist aber nur zum Teil richtig und übersieht zahlreiche soziale und bevölkerungspolitische Momente.

Noch im 19. Jahrhundert war der soziale Abortus weder für die Wissenschaft, noch für die Gesetzgebung ein Problem, das diskutiert wurde. Die Erörterungen um die Notwendigkeit des sozialen Abortus begannen erst um die Jahrhundertwende, besonders aber nach dem ersten Weltkrieg. Die Diskussion bemächtigte sich der Öffentlichkeit. Arbeitslosigkeit, Wohnungs-elend und Übervölkerung waren die Gründe, weshalb die Freistellung der künstlichen Fehlgeburt in wirtschaftlicher Not gefordert wurde. Was die Arbeitslosigkeit und das Wohnungs-elend betrifft, so handelt es sich um Probleme, die damals rein auf das Konto der Politiker gingen. Anders steht es mit der Frage der Übervölkerung. Sie ist ein Problem, das sich allmählich zum Weltproblem Nr. I auswächst. Die Gesetze der Bevölkerungsvermehrung, die sich aus der Entwicklung der Weltbevölkerung ableiten lassen, machen es klar, warum gerade im 20. Jahrhundert so eifrig nach Mitteln zur Geburtenregelung gesucht wurde und wird. Die statistischen Untersuchungen über die Geburten- und Sterblichkeitsrate der zivilisierten Völker Europas und der Übersee lassen bestimmte Phasen in der Entwicklung dieser Völker erkennen. Man nennt diesen Entwicklungsablauf in einzelnen Phasen den Bevölkerungszyklus. In der ersten Phase ist die Geburtenzahl groß, aber auch die Sterblichkeit ist hoch, die Bevölkerung stagniert oder nimmt nur wenig zu. Es ist die Phase der verschwenderischen Bevölkerungsentwicklung. In der zweiten Phase sinkt die Sterblichkeit infolge der Fortschritte der Hygiene und der Medizin, die Geburtenzahl bleibt groß. In der dritten Phase sinkt die Sterblichkeit weiterhin ab, aber auch die Geburtenzahlen werden kleiner, und zwar rapide. In der vierten Phase ist sowohl die Sterblichkeit als auch die Natalität gering: die Bevölkerung wächst nur sehr langsam oder überhaupt nicht. In der dritten Phase des Bevölkerungszyklus also beginnt die rapide Kleinhaltung der Geburtenzahlen. Die Völker Westeuropas traten um die Jahrhundertwende in diese Phase. Ein Mittel zur Kleinhaltung der Geburtenrate war von Anbeginn der kriminelle Abortus. So wurde dieser in allen Ländern Westeuropas zu einem bedeutsamen Mittel der Geburtenregelung. Einige Jahrzehnte später gesellte sich in einigen Ländern zu ihm der „legale“ Abortus als weiteres Mittel zur Geburtenregelung.

Wenn ich mit dieser kleinen Abschweifung in die Bevölkerungswissenschaft dazutun versuchte, daß die gewaltige Zunahme des kriminellen Abortus und die verbreiteten Diskussionen über den sogenannten sozialen Abortus ihre Wurzeln nicht nur in der weltanschaulichen Situation der letzten Jahrzehnte haben, sondern daß diese Wurzeln tiefer reichen, so nicht mit der Absicht, dem sozialen Abortus die Daseinsberechtigung zu erweisen; ich will damit nur andeuten, wie schwierig die Probleme sind, die sich hier stellen. Und wenn ich bisher und auch weiterhin zwischen sozialem Abortus und sozialmedizinischem Abortus nicht streng unterscheidet, so aus der Überzeugung, daß es sich in beiden Fällen um das gleiche ethische Problem handelt und daß der Begriff „gemischt-sozialmedizinische Indikation“ nur ein Euphemismus ist.

Seitdem *Eberhard Schmidt* und *Naujoks* am Deutschen Gynäkologen-Kongreß 1951 die Anerkennung sozialer Gesichtspunkte bei der Fixierung medizinischer Indikationen zur künstlichen Fehlgeburt gefordert haben, weil die soziale Lage der Schwangeren die Prognose mit entscheide und ihre Berücksichtigung somit zur rein medizinischen Indikation gehöre, zieht sich diese Argumentation wie ein roter Faden durch alle Erörterungen über den therapeutischen Abortus. Auch der auf Beschluß des wissenschaftlichen Beirates des Präsidiums des deutschen Ärztetages von *Naujoks* (1954) zusammengestellte „Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung“ nimmt ähnlich Stellung, obwohl diese Stellungnahme im Widerspruch zur Einleitung des Leitfadens steht. Dort verlangt *Naujoks* nämlich als einwandfreie Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung neben der exakten Diagnose des Leidens und der sicheren Prognose den Nachweis

der Erfolglosigkeit aller Behandlungsmethoden, welche die klinische Medizin bei der jeweiligen Komplikation kennt. Die Schlußfolgerung *Eberhard Schmidts* und *Naujoks'*, daß die Berücksichtigung der sozialen Lage der Schwangeren zur rein medizinischen Indikation gehöre, weil sie die Prognose mit entscheide, überzeugt nicht, denn wenn alle Behandlungsmethoden, die der Medizin inklusive der sozialmedizinischen zur Verfügung stehen, angewandt werden, dürfte der soziale Anteil der sogenannten gemischt-sozialmedizinischen Indikation verschwinden. Man könnte geradezu das Gegenteil jener Folgerung behaupten. Ein Beispiel: Zwei Frauen, im gleichen Schwangerschaftsmonat und mit der gleichen Krankheit behaftet, befinden sich in ungleicher sozialer Lage; die Ungleichheit der sozialen Situation gibt den Ausschlag zur Indikation bei der armen Frau, während bei der gut-situierten die Indikation nicht gegeben erscheint. Hier wäre doch lediglich der soziale Anteil der gemischten Indikation entscheidend: also handelt es sich um eine rein soziale Indikation.

Mit der gewohnheitsrechtlichen Forderung nach einem übergesetzlichen Notstand, der ja allein eine künstliche Fehlgeburt straffrei macht, ließe sich die sogenannte gemischte Indikation nur dann in Einklang bringen, wenn auch die letzten sozialfürsorglichen Maßnahmen ausgeschöpft wären. Es leuchtet aber ein, daß nach Ausschöpfung der letzten sozialfürsorglichen Maßnahmen auch der letzte Rest des sozialen Anteils an jener gemischten Indikation verschwinden muß. Im Hinblick auf die Rechtslage in der Bundesrepublik gilt für den gemischtmedizinisch-sozialen Abortus das gleiche wie für den rein sozialen Abortus, daß nämlich der Grundsatz der Güterabwägung nicht die Grundlage für deren Rechtfertigung abgeben kann, denn die materielle Bedürftigkeit der Mutter kann das zu vergleichende Rechtsgut, nämlich das Leben eines ungeborenen menschlichen Wesens, niemals überwiegen. Soziale Momente können niemals einen übergesetzlichen Notstand begründen oder mitbegründen.

Neben die grundsätzlichen Erörterungen über die Schwierigkeit, den gemischten Abortus zu rechtfertigen, stellen sich auch rein praktische Schwierigkeiten, denn der soziale Bereich, worin er zur Geltung kommen soll, ist wohl kaum in überzeugender Weise abzugrenzen. Alle Autoren verschweigen die Schwierigkeit, die sich in der Bundesrepublik den begutachtenden Ärzten entgegenstellt, wenn die soziale Lage der Schwangeren kontrolliert werden soll.

Der Begriff „soziale Indikation zur Abtötung eines menschlichen Lebewesens“ ist logisch gesehen ein Unsinn. Der „soziale Abortus“ ist ja nichts anderes als die Ausdehnung der sozialen Ungleichheit auf ungeborene Menschenwesen. Er wäre folgerichtiger als „unsozialer Abortus“ zu bezeichnen, denn geht man von dem Standpunkt aus, daß das keimende Leben geschütztes Rechtsgut ist, so kann die gestaffelte Einschätzung desselben nach den Besitzverhältnissen der Eltern nur als soziale Ungerechtigkeit bezeichnet werden. Und hier besteht zwischen dem sozialen Abortus und dem gemischtsozialmedizinischen Abortus nur ein gradueller Unterschied.

Wir Ärzte in der Bundesrepublik sollten uns nicht bemühen, die Gesetze des therapeutischen Abortus aufzuweichen. Am besten wäre es, der Begriff „gemischtmedizinisch-soziale Indikation“ verschwände wieder aus unserer Literatur. Er ist gesetzeswidrig und im höchsten Grade überflüssig. Eine Aufweichung unseres Standpunktes erscheint auch bedenklich im Hinblick auf das Ansehen unseres Standes, denn dieses erleidet doch zweifellos Verluste, wenn die Laien feststellen müssen, daß wir Ärzte uns bei der Betreuung des keimenden Lebens von wirtschaftlichen und finanziellen Gesichtspunkten leiten lassen.

Schrifttum: Geiser, M.: Schweiz. med. Wschr. (1956), S. 1006. — Maurach, R.: Deutsches Strafrecht, 2. Aufl., Karlsruhe (1956). — Naujoks, H.: Arch. Gynäk., 180 (1951), S. 304. — Naujoks, H.: Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Stuttgart (1954). — Schmidt, E.: Arch. Gynäk., 180 (1951), S. 289.

Anschr. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. med. E. Waidl, II. Univ.-Frauenklinik, München 15, Lindwurmstr. 2a.

DK 618.39 — 085/ — 089.888.14:340.6