

Bei der sozialen Indikation sind wirtschaftliche Lagen, Verhältnisse, Aussichten festzustellen und zu werten. Die Irrtumsquellen und die Täuschungsmöglichkeiten erscheinen hier bedeutsamer, und der Arzt, das steht außer Frage, trägt das ganze Risiko der Fehlentscheidung. Aber diese ins Gebiet der Tatsachenfeststellungen und Beweisführung gehörenden Bedenken ändern nichts daran, daß der rechtliche Gesichtspunkt zutrifft, daß § 226a bei einwandfreier sozialer Indikation den am Einwilligenden vollzogenen Sterilisationseingriff rechtfertigt.

Die sterilisierenden Eingriffe sind bezüglich der medizinischen, eugenischen und sozialen Indikation keineswegs a priori unstatthaft, seitdem das Erbgesundheitsgesetz entweder nicht mehr gilt oder wegen Fehlens der Erbgesundheitsgerichte nicht mehr vollzogen werden kann. Ja, die Aufhebung dieses Gesetzes hat im Hinblick auf die Existenz des § 226a StGB. die Folge, daß sogar die soziale Indikation zur Rechtfertigung führen und daß die eugenische indizierte Sterilisierung auch ohne großen behördlichen Apparat auf die Verantwortung des Arztes hin durchgeführt werden kann. Die Ärzteschaft braucht jedoch für diese ganze Angelegenheit Rechtssicherheit auf der Grundlage eines das Sterilisationsproblem speziell regelnden Gesetzes. Auch die Rechtsunsicherheit bezüglich des Refertilisierungsproblems muß beseitigt werden.

Vorträge

**Naujoks (Frankfurt a. M.): Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung.**

Weder die Schwangerschaftsunterbrechung noch die Sterilisierung ist eine rein ärztliche oder gar technische Angelegenheit, sondern es handelt sich hier um ein wichtiges sittliches Problem, um die ethische Grundhaltung des Arztes überhaupt.

Die Freigabe der unbegründeten Unterbrechung, die völlige Straflosigkeit der Abtreibung muß kompromißlos abgelehnt werden. Darüber herrscht vollkommene Einigkeit. Die willkürliche Vernichtung eines Lebewesens, ob Krüppel, Idiot oder gesund, ob geboren oder ungeboren, kann niemals Aufgabe des Arztes sein. Unter gewissen Umständen ist ein Abweichen von der grundsätzlichen Haltung berechtigt.

Die medizinischen Indikationen liegen sowohl ärztlich wie juristisch absolut klar. Eine exakte Abgrenzung ist wissenschaftlich einwandfrei und einheitlich geregelt.

Sehr umstritten sind die sogenannten nichtmedizinischen Indikationen.

Die soziale Indikation muß trotz menschlichen Verständnisses für die bisweilen erschütternden Zusammenhänge von der Ärzteschaft unter allen Umständen abgelehnt werden, da eine Tötung der Frucht im Mutterleibe allein aus wirtschaftlichen Gründen ethisch und juristisch nicht zu rechtfertigen ist. Aber soziale Momente dürfen und müssen bei der Beurteilung medizinischer Indikationen berücksichtigt werden, da nicht eine Krankheit, sondern eine kranke Frau in einer bestimmten, zunächst unabänderlichen Umgebung zu begutachten und zu behandeln ist.

Die eugenische Indikation besitzt nur für ganz wenige Leiden eine genügend sichere wissenschaftliche Untermauerung. Ihre juristische Legalisierung ist sehr schwierig, wäre aber für das ärztliche Handeln wünschenswert. Ähnlich steht es mit der ethischen Indikation (Verge-



waltung, Blutschande usw.), die unter normalen Verhältnissen zahlenmäßig kaum eine Rolle spielt.

Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung ist keineswegs ein harmloser und ungefährlicher Eingriff. Die Schädigungen und Gefahren sind wesentlich größer als die Patientinnen und auch die einzelnen Fachgutachter im allgemeinen annehmen.

Für die organisatorische Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung wird eine einheitliche Lösung vorgeschlagen:

Antrag durch den Hausarzt an die Gutachterstelle (Ärztckammer). Bestimmung von zwei Gutachtern durch diese Stelle, an die die Gutachten wieder zurückgegeben und von der sie ausgewertet werden. Nach Klärung der Indikation Überweisung der Patientin an den operierenden Gynäkologen, der aber in eigener Verantwortung den Eingriff durchführen oder vielleicht auch ablehnen kann; zuletzt Meldung der Unterbrechung an die Gutachterstelle.

Die Sterilisierung einer Frau zu Heilzwecken (aus medizinischer Indikation) unterliegt allein der Entscheidung des ausführenden Arztes und bedarf keiner behördlichen Genehmigung oder juristischen Sanktionierung. Hier können auch nach sorgfältigster Prüfung soziale Momente mit herangezogen werden. Wenn der Arzt die alleinige Entscheidung hat, so fällt ihm aber auch die ganze Verantwortung für den Eingriff zu gegenüber dem Individuum und dessen Angehörigen, gegenüber der Allgemeinheit und gegenüber dem ärztlichen Stande.

Die Lösung des Problems der eugenischen Sterilisierung mit ihrem tiefen Einschnitt in den Volkskörper und die gesamte Rechtsauffassung kann nicht allein Sache des Arztes sein. Wenn hier die erhoffte Einigung der verschiedensten Auffassungen und eine behördliche Regelung getroffen ist, so wird der Arzt seine Mitarbeit nicht versagen.

Sowohl bei der Schwangerschaftsunterbrechung wie bei der Sterilisierung sind große Entscheidungen in die Hand des Arztes gegeben. Er muß sie fällen zum Segen der kranken Frauen, in Ehrfurcht vor dem Leben und unter Wahrung der Würde unseres Standes.

1. Korreferent: **ten Berge** (Groningen): Die Störung einer Schwangerschaft ist sowohl nach holländischem Recht als auch nach den dort herrschenden Auffassungen hinsichtlich der ärztlichen Berufspflichten nur aus ärztlichen, nicht aber aus sozialen Gründen erlaubt. Der Verkauf von Abortiva ist strafbar. Die Anzeige eines provozierten Abortes ist dem Arzt nicht zur Pflicht gemacht. Der Arzt hat unter allen Umständen das Schweigerecht. Der Richter kann ihn von der Schweigepflicht entbinden. Keine Zwangssterilisierung möglich. Die eugenische Sterilisierung wird im allgemeinen als wissenschaftlich nicht hinreichend fundiert angesehen.

2. Korreferent: **Koller (und Monsch)** (Basel): Eine straflose Unterbrechung der Schwangerschaft ist mit schriftlicher Zustimmung der Schwangeren und nach Einholung eines Gutachtens eines sachverständigen, von der zuständigen Kantonbehörde ermächtigten Facharztes möglich, um eine nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder große Gefahr dauernden schweren Schadens von der Schwangeren abzuwenden. In Fällen einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr muß der Eingriff innerhalb 24 Stunden an die zuständige Kantonbehörde gemeldet werden. Eine Umfrage bei den Sanitätsdepartementen



der 25 Kantone ergab: Bei der heutigen gesetzlichen Regelung wird der Schweigepflicht genügt. In 15 Kantonen muß der Name der Begutachteten der Behörde gemeldet werden, in 7 Kantonen ist dies nicht notwendig. Das Gutachten muß in 11 Kantonen mit Kopie an die zuständige Amtsstelle eingesandt werden. Nur in 3 Kantonen haben die legalen Unterbrechungen zugenommen. In 12 Kantonen werden die Begutachter von Fall zu Fall bestimmt, in 12 Kantonen sind sie von der Regierung allgemein ernannt. In der ganzen Schweiz sind im Jahre 1950 etwa 6200 legale Unterbrechungen vorgenommen worden, 1,3% der Wohnbevölkerung, 7,0% der Geburtenzahl. Wenn erst bei einer Operation eine Gravidität erkannt und unterbrochen wird, wird innerhalb 24 Stunden Meldung an die zuständige Behörde oder auch nur eine genaue Eintragung in den Operationsbericht vorgenommen. Ein Arzt fühlt sich nicht verpflichtet, eine Unterbrechung vorzunehmen, wenn er mit dem Gutachten nicht einverstanden ist. Keine gesetzliche Regelung zur Frage der Sterilisierung. Sterilisierung mit Einverständnis der Patientin möglich. Beim dritten Kaiserschnitt wird zur Sterilisierung geraten.

3. Korreferent: **Sjövall (Lund)**: In Schweden kann gesetzlich sterilisiert werden: 1. Bei Erbkrankheiten, 2. wenn Geistesstörungen oder asoziale Lebensweise offenbar ungeeignet macht, Kinderfürsorge zu handhaben, 3. bei Krankheit oder Körperfehler, 4. bei Schwäche. Sterilisierung ist freiwillig. Ist jemand durch Geistesstörung unfähig, Zustimmung zu geben, kann sterilisiert werden, aber ohne Zwang. Nur bei Krankheit oder Körperfehler können zwei Ärzte — Chefarzt eines Krankenhauses und Amtsarzt — die Indikation begutachten, sonst entscheidet das Reichsgesundheitsamt. Die Anzahl der Sterilisierungen ist 1935—1948 auf 2200 pro Jahr gestiegen, was in den letzten Jahren hauptsächlich der Indikation Schwäche (überarbeitete Mütter mit mehreren Kindern) zuzuschreiben ist. Schwangerschaftsunterbrechung ist erlaubt: 1. bei Krankheit oder Körperfehler, 2. bei Schwäche, 3. bei sogenannter »vorausgesehener Schwäche«, d. h. die Geburt und Fürsorge für das Kind kann die seelischen oder körperlichen Kräfte ernstlich beeinträchtigen, wenn Lebensverhältnisse und sonstige Umstände schlecht sind, 4. bei strafrechtlichen Delikten, 5. bei Erbkrankheiten. Das Reichsgesundheitsamt kann alle Indikationen mit Gutachten nur eines Arztes genehmigen. Nur das Reichsgesundheitsamt hat das Recht, bei der eugenischen Indikation und bei Rechtsunfähigkeit Erlaubnis zu geben. Sonst können zwei Ärzte — Chefarzt eines Krankenhauses und ein Amtsarzt — die Indikation festlegen. Vielerorts gibt es staatlich unterstützte Beratungsstellen unter Leitung eines Psychiaters oder eines Gynäkologen, wo ein Kurator die sozialen Verhältnisse der Frau beurteilt. Bei Unterbrechungen aus eugenischen Gründen muß auch sterilisiert werden. Bei Geistesstörung darf ohne Einwilligung der Frau, jedoch ohne Zwang, operiert werden. Dem Reichsgesundheitsamt ist nach Unterbrechung oder Sterilisierung Bericht zu erstatten. Bis 1949 wurden rund 23000 Schwangerschaften unterbrochen. Die enorme Zunahme in den letzten Jahren ist hauptsächlich der Einführung der sozial-medizinischen Indikation, der sogenannten »vorausgesehenen Schwäche« zuzuschreiben. Die Totalmortalität der Unterbrechungsoperationen ist für ganz Schweden etwa 0,4%. Primärkomplikationen werden sehr verschieden eingeschätzt. Bis etwa 40% wurde angegeben. In Lund etwa 15%. Über Spätkomplikationen ist wenig bekannt.



4. Korreferent: **Parache** (Madrid): Ablehnende Haltung der spanischen Ärzteschaft gegenüber jeder Schwangerschaftsunterbrechung. Grundsätzlich ist auch jede Unterbrechung strafbar. In den letzten 10 Jahren wurde in sämtlichen öffentlichen Geburtsanstalten von Madrid mit einer Geburtenzahl von etwa 90 000 in keinem Falle eine Unterbrechung der Schwangerschaft vor Lebensfähigkeit des Feten (29. Woche) vorgenommen. Zur Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesene Frauen werden aufgenommen und betreut. Bei 50 Patientinnen 1 Todesfall. Eine Sterilisation kann in ganz wenigen Fällen einmal aus ärztlichen Gründen erforderlich sein und wird dann nur bei einem notwendigen operativen Eingriff vorgenommen. Eugenische und Zwangssterilisation gibt es nicht.

#### Aussprache:

**A. Mayer** (Tübingen): Die Schwangerschaftsunterbrechung ist nicht nur ein medizinisches oder juristisches, sondern auch ein ernstes ethisches Problem. 1. Schon der Gesetzgeber hat vom rechtsethischen Standpunkt ernste Schwierigkeiten. 2. Bei der Handhabung des Gesetzes durch die Ärzte zeigen sich 2 Fehler: a) Der bewußte Mißbrauch zum Zweck der Abtreibung durch die sogenannten Abtreiberkonsortien. b) Bei den seriösen Ärzten ergeben sich bona fide bedauerliche Irrtümer über Diagnose und Prognose. 3. Verkennung der Gefahren einer Unterbrechung. 4. Durch die Häufigkeit der Unterbrechungen hat das ärztliche Ansehen in der Öffentlichkeit sehr gelitten. 5. Durch die Alltäglichkeit der Unterbrechung hat die Öffentlichkeit die Ehrfurcht vor dem keimenden Leben verloren.

**G. Döderlein** (Jena): Bericht über das »Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau« vom 27. 9. 1950. Schwangerschaftsunterbrechung ist nur aus medizinischer und eugenischer Indikation erlaubt. Die früher vorhandene sozial-medizinische Indikation war eine Kann-Vorschrift und ließ die letzte Verantwortung dem persönlich handelnden Arzt und nicht einer unpersönlich beratenden Kommission. Die Sterilisierung ist in den ostdeutschen Ländern grundsätzlich verboten. In Sonderfällen kann sie nur mit Genehmigung der Gesundheitsbehörde straffrei vorgenommen werden. Die zahlreichen materiellen und ideellen Einrichtungen zum Schutze und zur Hilfe von Mutter, Kind und Familie werden begrüßt.

**Doerfler** (Weißenburg): Aufklärung der breiten Masse des Volkes über die Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung und Einrichtung sozialer Schwangerenfürsorgestellen wird gefordert. Auch aus bevölkerungspolitischen Gründen muß die Anzahl der Unterbrechungen vermindert werden.

**Hartemann** (Nancy): Es werden 2 Arten des sogenannten therapeutischen Abortes unterschieden: 1. Die Fälle, in denen es sich um eine absolute Indikation handelt. Das Leben der Mutter ist unmittelbar bedroht. 2. Die Fälle mit relativer Indikation, in denen es sich lediglich um Gefahren für den Gesundheitszustand der Mutter handelt. Zur Schwangerschaftsunterbrechung bedarf es der Genehmigung von zwei Ärzten, davon einer als Sachverständiger des Zivilgerichtes, außerdem vom behandelnden Arzt oder Operateur. Unterbrechungen aus sozialen oder eugenischen Gründen sind nicht gestattet.



**Dietel** (Hamburg-Altona): Bericht über das weitere Geschehen von 1200 Schwangerschaften, deren Unterbrechung abgelehnt worden war. 374 Frauen haben geboren. Keine von ihnen hat durch das Austragen der Schwangerschaft einen Schaden erlitten. Trotz der in Hamburg zur Zeit noch bestehenden Anzeigepflicht für Aborte sind von den übrigbleibenden 826 Frauen nur 173 als Fehlgeburten gemeldet worden.

**Mestwerdt** (Greifswald): Von 1948—1951 wurden 153 Schwangere zur Unterbrechung eingewiesen. 68 Unterbrechungen wurden nicht durchgeführt, da der 3. Monat überschritten war oder bei denen die Virulenzprobe trotz Behandlung positiv blieb. Von diesen Frauen haben 29 geboren, in 9 Fällen kam es zu Spontanaborten und 19mal ließen sich Interruptiones extra muros feststellen. Nach 1945, wo Unterbrechungen statthaft waren nach Beschluß lokaler behördlicher Instanzen, erfolgte ein so rapider Anstieg der Unterbrechungen, daß ihre Zahl sogar die Zahl der in der Klinik erfolgten Geburten überstieg. Ein fast ebenso rascher Abfall trat ein nach einer gewissen Konsolidierung der sozialen Verhältnisse und weiterhin nach einer neuen gesetzlichen Regelung im April 1948. Anstieg der Geburtenfrequenz in den letzten Jahren. Die Zahl der Aborte änderte sich durch alle Jahre hindurch kaum. Man kann die Zahl offenbar nicht entscheidend eindämmen, dadurch daß man die Unterbrechung als statthaft in die Hand des Arztes legt.

**Klinskog** (Stockholm): Die Totalmortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung beträgt 0,35% bei rund 11750 Operationen. Die Totalmortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung und gleichzeitiger Sterilisierung beträgt 0,67% bei rund 5850 Operationen. Die operativ bedingte Mortalität in der ersten Gruppe ist 0,18%, in der zweiten 0,44% (Peritonitis, Sepsis, Ileus, Embolie). Während der Jahre 1940—1949 sind im Stockholmer Bezirk die legalen Unterbrechungen stark angestiegen, speziell 1947—1949, wo von allen Graviditäten 4% bis 8% als legale Unterbrechungen endeten. Während derselben Zeit stiegen die Aborte von 8% bis 10,5%. Diese Zahlen umfassen die spontanen und die kriminellen Aborte. Da wir wissen, daß die spontanen Aborte konstant sind, ergibt sich also, daß die kriminellen Aborte wider Erwarten zugenommen haben. In gleicher Weise wie die legalen Unterbrechungen gestiegen sind, ist die relative Anzahl der Geburten im Stockholmer Bezirk gesunken.

**v. Braitenberg** (Bozen): Sterilisierung wegen Rh-Inkompatibilität wird abgelehnt. Schwangerschaftsunterbrechung kann in Frage kommen, wenn bei nachweislich reinerbig Rh-positivem Ehemann nach mehreren durch Erythroblastose intrauterin abgestorbenen Kindern eine neue Schwangerschaft eingetreten ist. Juristisch dürfte diese Indikation kaum zu decken sein.

**Cordua** (Hamburg): Es wird die unbedingte Notwendigkeit der Straffreiheit medizinisch indizierter Unterbrechungen betont. In den letzten 5 Jahren bei 1104 Unterbrechungen 4 Perforationen, eine mit tödlichem Ausgang (0,1%).

**v. Mikulicz-Radecki** (Flensburg): Auf die schwierige Stellung des katholischen Arztes zur Schwangerschaftsunterbrechung wird hingewiesen.

**Rummel** (Nürnberg): Die für die Indikation zur Unterbrechung im Einzelfall entscheidend wichtige sichere Prognosenstellung ist bei sehr



vielen Erkrankungen sehr schwierig. Diese Schwierigkeiten müssen zur Ablehnung zahlreicher Anträge führen. Die Abschaffung der namentlichen Meldepflicht des fieberhaften Abortes als »Kindbettfieber nach Fehlgeburt« wird gefordert.

**Schultze-Rhonhof** (Bünde): Vor der Sterilisierung aus sozialer Indikation bei einer sonst gesunden Frau wird gewarnt, da sich die sozialen Verhältnisse ändern können.

**Durst** (Zagreb): Bericht über die verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Schwangerschaftsunterbrechung während der wechselnden Staatsformen in Jugoslawien. Jetzt ist eine Unterbrechung der Schwangerschaft nur aus medizinischer Indikation statt. Von Maßnahmen zum Schutz der werdenden Mütter und von einem weiteren Ausbau der Schwangeren-, Mütter- und Kinderfürsorge wird größerer Erfolg zu erwarten sein als von verschiedenen noch so strengen Gesetzen und Verordnungen.

#### Schl u ß w o r t :

**Schmidt**: Nicht alle sich bei der Sterilisierung ergebenden Fragen können vom Gesetzgeber beantwortet werden. Ansonsten entsprechen sich die ärztlichen und juristischen Ansichten weitgehend.

**Naujoks** (Frankfurt a. M.): Viele der in der Diskussion angeschnittenen Punkte können nicht ausführlicher erörtert werden. Ich möchte nur betonen, daß ich bei der Sterilisierung keineswegs einer Lockerung der Indikationen das Wort reden wollte, sondern daß ich vor allem eine Befreiung des Arztes von allen formalistischen Fesseln und bürokratischen Vorschriften gefordert habe, die wir bei der Schwangerschaftsunterbrechung wegen der ganz anderen Rechtslage nicht entbehren können. Die Aufstellung besonderer Richtlinien für Ärzte in einigen Bezirken Bayerns mag sehr zweckmäßig sein, sie könnte aber die einheitliche Gestaltung des ganzen Problems und die gleichmäßige praktische Durchführung beeinträchtigen, die der Herr Präsident neben anderen Zielen mit dieser großangelegten Aussprache anstrebte.

Besonders interessant und wichtig ist uns allen wohl die Mitteilung der Rechtslage und der praktischen Anwendung der diskutierten Maßnahmen in außerdeutschen Ländern, für die wir den Kollegen aus dem Auslande von Herzen dankbar sind. Noch nie ist wohl dieses schwierige und aktuelle Problem auf so breiter Grundlage erörtert worden. Manche prinzipiellen Unterschiede haben wir dabei kennengelernt.

Unterstreichen möchte ich den Satz von Herrn Sjövall: »Wir wollen nicht fragen, was strafbar und straffrei, sondern was richtig ist.« So wertvoll und notwendig die juristische Definition und Fixierung ist, das wichtigste bleibt die ethische Einstellung des Arztes. Und eine wichtige Aufgabe im Rahmen des ganzen Problems besteht für uns darin, die Kollegen in der Praxis in ihrer festen und korrekten Haltung zu stützen und den jungen Nachwuchs zu wahren und zu anständigen Ärzten zu erziehen.

---

Verantwortlich für die Redaktion: Geh.-Rat Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin NW 7, Tucholskystraße 18; für den Anzeigenteil: Ernst Waschow (Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage G. m. b. H.), Berlin C2, Neue Grünstraße 18, Ruf 521297. Z.Zt. gilt Anzeigenpreisliste 3. Verlag: Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage G. m. b. H. / Johann Ambrosius Barth, Leipzig C, Salomonstraße 18 B, Ruf 631 05 und 63781. Druck: B. G. Feubner, Leipzig (III/18/154). Printed in Germany. Lizenz-Nr. 463/2215.