

## IV. Hauptbericht.

# Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation

nach geltendem und künftigem Recht.

Von

EBERHARDT SCHMIDT-Heidelberg.

## A. Schwangerschaftsunterbrechung.

I. Als ich am 30. Juni 1946 auf der Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Göttingen über § 218 zu berichten hatte, mußte ich in erster Linie auf die große Rechtsunsicherheit hinweisen, die damals noch im Gefolge der mit dem Zusammenbruch von 1945 eingetretenen Verhältnisse allenthalben spürbar war. Ob § 218 überhaupt noch geltendes Recht sei, war fraglich geworden; ob mit dem Erbgesundheitsgesetz von 1933/35 noch zu arbeiten sei, war, soweit man an der Fortgeltung des § 218 festhielt, nicht weniger zweifelhaft. Die Not der Zeit drängte dazu, in Vergewaltigungsfällen Schwangerschaftsunterbrechungen durchzuführen und sich dabei mehr oder weniger über alle Indikationsprobleme hinwegzusetzen.

Die Rechtslage ist heute nicht mehr ganz so verworren wie damals. *An der unentwegten Geltung des § 218 StGB. ist nicht zu zweifeln.* Daß aber damit die Rechtslage bis ins Letzte geklärt sei, läßt sich noch immer nicht behaupten. Ich muß hier von den besonderen Verhältnissen absehen, die sich auf der Grundlage verschiedener landesrechtlicher Sonderregelungen in der *Ostzone* entwickelt haben, und möchte versuchen, einen Überblick über *die Rechtsverhältnisse in der Bundesrepublik* zu geben. Hierbei folge ich den üblichen Indikationseinteilungen.

1. a) Das eine ist ganz sicher: *Die Schwangerschaftsunterbrechung im Falle medizinischer Indikation ist gestattet.* Worauf die Rechtmäßigkeit beruht, ist freilich auch für das Gebiet der Bundesrepublik nicht einheitlich zu beantworten. Bei meinem Vortrag im Jahre 1946 habe ich mich darauf berufen, daß der die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung gestattende § 14 des Erbgesundheitsgesetzes noch als geltendes Recht anzusprechen sei. Aber das läßt sich für *Bayern* und *Hessen* nicht mehr sagen. Ganz gewiß nicht für Bayern; denn das

Bayer. Gesetz Nr. 4 vom 20. November 1945 hat das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit sämtlichen hierzu erlassenen Durchführungs- und Ausführungsbestimmungen aufgehoben. Aber auch für Hessen wird das gleiche zu gelten haben, da die Hessische Verordnung vom 16. Mai 1946 das Erbgesundheitsgesetz „bis auf weiteres nicht mehr anzuwenden“ gestattet und dieses Anwendungsverbot auch auf alle Durch- und Ausführungsbestimmungen erstreckt.

Aber in diesen beiden Ländern greifen nun die rechtlichen Gesichtspunkte wieder durch, die das Reichsgericht in seinen bekannten Entscheidungen vom 11. März 1927 und vom 20. April 1938 für die vom Arzt vorgenommene Schwangerschaftsunterbrechung entwickelt hatte. Das ist allgemein anerkannt und auch gar nicht anders denkbar, da es ganz unmöglich wäre, daß der Rechtszustand in zwei Ländern der Bundesrepublik um fast ein Vierteljahrhundert sollte zurückgeschraubt werden können.

Ganz klar ist die rechtliche Lage in *Württemberg-Baden* auf Grund des hier ergangenen Gesetzes Nr. 34 vom 24. Juli 1946. § 14 Abs. 1 des Erbgesundheitsgesetzes, in dem die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung geregelt ist, gilt weiter nebst den Artikeln 2—7, 12, 14 der 4. Ausführungsverordnung vom 18. Juli 1935. Aber für die *übrigen Länder der Bundesrepublik* läßt sich eine eindeutige positive Gesetzeslage nicht feststellen. Für die Länder der britischen Zone ist immerhin bedeutsam, daß die Verordnung des Zentraljustizamtes über die Wiederaufnahme von Verfahren in Erbgesundheitssachen vom 28. Juli 1947, wie sich aus der amtlichen Begründung entnehmen läßt, von dem Gedanken ausgeht, daß das Erbgesundheitsgesetz von 1933 nicht spezifisch nationalsozialistisch sei, sondern eugenischen Erwägungen entstamme, die auch sonst in vielen Ländern der Welt zu ähnlichen Gesetzgebungen geführt haben. *Mit anderen Worten*: Soweit das Funktionieren des Erbgesundheitsgesetzes nicht davon abhängig ist, daß die Erbgesundheitsgerichte arbeiten, steht der Heranziehung seiner Bestimmungen nichts im Wege. *Das bedeutet jedenfalls zunächst einmal*, daß § 14 Abs. 1 bezüglich der medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung weiter anwendbar ist, und tatsächlich wird in Bremen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, wenn mich nicht alles täuscht, nach diesem Gesichtspunkt verfahren. In Rheinland-Pfalz wird das Erbgesundheitsgesetz als durch Art. 3 der Verfassung von 1947 beseitigt angesehen, die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung jedoch nach den reichsgerichtlichen Grundsätzen von 1927/28 behandelt. In Württemberg-Hohenzollern werden ärztliche Schwangerschaftsunterbrechungen unter Mitwirkung einer Gutachterkommission durchgeführt; die rechtliche Grundlage ist sehr unklar; materiell sind die Grundsätze des Reichsgerichts offensichtlich maßgebend.

b) Ob *im konkreten Fall* von einer *medizinischen Indikation* gesprochen werden darf, ist eine aus der Zuständigkeit des Juristen herausfallende Frage, soweit es sich darum handelt, zu bestimmen, welche mit der Schwangerschaft zusammenhängenden pathologischen Zustände eine ernste Gefahr für Leben oder Gesundheit der Mutter bedeuten. Verwirrung kommt in diese medizinische Problematik hinein, wenn man die Frage aufwirft, ob auch eine „*gemischt medizinisch-soziale Indikation*“ den Eingriff rechtfertigen könnte. Es gibt keine „*gemischt medizinisch-soziale Indikation*“. Wie schon vor Jahren Herr Kollege MARTIUS<sup>1</sup> gezeigt hat, kommt der Arzt, der nicht Krankheiten, sondern Kranke behandelt, bei der Frage, was ein Krankheitszustand für den kranken Menschen *bedeutet*, um die Berücksichtigung der gesamten Lebensverhältnisse gar nicht herum; und insofern kann natürlich auch eine ungünstige, nicht zu beseitigende soziale Lage von großer Tragweite sein. Verstehen wir mit § 14 Abs. 1 Erbgesundheitsgesetz unter *medizinischer Indikation* die „*ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit*“ der Schwangeren, so steht nun eben der Arzt, der dies feststellen soll, vor der *Bedeutungsfrage* bezüglich des pathologischen Zustandes, und er wäre ein schlechter Arzt, wenn er das Pathologische seiner Patientin gegenüber allen sonstigen Lebensgegebenheiten isolieren wollte. Stellt er aber unter *Einbeziehung* ungünstiger, den Krankheitszustand und -verlauf erheblich beeinträchtigender sozialer Verhältnisse fest, daß *diese* Patientin in *dieser* Lage im Hinblick beispielsweise auf *diese* Tuberkulose an Leben und Gesundheit durch die Schwangerschaft als solche ernst gefährdet sei, so ist die Indikation, die er stellt, *noch immer eine rein medizinische*, weil es der *medizinische* Gesichtspunkt ist, der die Prognose *entscheidend* bestimmt.

Viel schwieriger ist meines Erachtens die Problematik der *medizinischen Indikation* in den Fällen, wo *anormale Reaktionsweisen* oder *-möglichkeiten* eine Lebensgefahr für die Patientin bedeuten. Ich darf daran erinnern, daß der Fall, den das Reichsgericht mit seinem berühmten Urteil vom 11. März 1927 entschieden hat, gerade eine solche Lage aufgewiesen hat. In der Sachdarstellung des Falles heißt es, daß die Schwangere „wegen Nervenstörungen“ in *nervenärztlicher Behandlung* gestanden und sowohl bei der erstmaligen Erwähnung der Möglichkeit der Schwangerschaft als auch nach Feststellung des zweifellosen Bestehens einer solchen „*heftige Affektausbrüche mit nachfolgendem dumpfen Brüten*“ erlitten und sodann „*Selbstmordgedanken*“ geäußert habe. Der *nervenärztliche Befund* bestand also darin, daß bei der Schwangeren „*infolge einer durch Schwangerschaft hervorgerufenen reaktiven Depression eine gegenwärtig ernstliche Gefahr der Selbstentleibung bestehe*“. Das Reichsgericht hat im Hinblick auf diese

<sup>1</sup> MARTIUS: Dtsch. med. Wschr. 1933, 29.

Gegebenheit von einer „medizinischen Indikation“ gesprochen und jene bekannten Grundsätze vom übergesetzlichen Notstand entwickelt, die zur Rechtfertigung der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung herangezogen worden sind. Der veröffentlichten Entscheidung ist nicht zu entnehmen, ob im Verlaufe des Verfahrens in den Sachverständigengutachten *erörtert* worden ist, inwieweit nicht nur ausgesprochene psychotische Prozesse, also Gehirnerkrankungen, sondern auch anormale Reaktionsweisen eine „medizinische“ Indikation begründen. Daß in solchen Fällen große Zurückhaltung und Vorsicht geboten ist, steht außer Zweifel. Völlig zutreffend hat das Schlesw.-Holst. OLG in einer Entscheidung vom 6. April 1949 (Deutsche Rechtspr. III, 327, 19 k) ausgeführt, daß Selbstmordabsichten *als solche* noch *keine* medizinische Indikation begründen. Wenn aber „hinter dem Suicidrang eine endogene Veranlagung zu Depression steht, in der Familienanamnese sich Melancholie, Depression, Suicidversuche u. ä. finden“<sup>1</sup>, und wenn *dann* dem Richter vom Sachverständigen gesagt werden muß, daß eine *therapeutische Beeinflussung der Depression sehr ungewiß*, die Selbstmordgefahr also eine unbedingt ernsthafte gewesen ist, so wird der *Richter* das Vorliegen der Voraussetzungen des § 14 Abs. 1 bejahen dürfen, auch wenn, was er nicht zu entscheiden hat, im streng medizinischen Sinn von einem „Krankheits“-Zustand vielleicht nicht gesprochen werden darf. Denn das Gesetz und auch die Grundsätze des Reichsgerichts machen ja nicht das Vorliegen einer „Krankheit“ in einem bestimmten medizinischen Sinne zur Voraussetzung der Rechtfertigungsmöglichkeit, sondern stellen auf die Frage ab, ob eine „ernste Gefahr für das Leben“ abgewendet werden muß, ohne die *Ursache* dieser Gefahr des Näheren zu bestimmen. Selbstverständlich verlangt der Sinn des § 14 Abs. 1, daß die Lebensgefahr sich *aus der durch die Schwangerschaft bedingten psycho-physischen Situation der Mutter als solchen* ergibt. Wenn der uneheliche Erzeuger droht, er werde die Schwangere umbringen oder in hilflosem Zustande belassen, so ist damit keine „ernste Gefahr für das Leben“ *im Sinne des § 14 Abs. 1* gegeben.

c) Das ungleiche und in mancher Hinsicht unsichere Schicksal des Erbgesundheitsgesetzes und seiner Durchführungsbestimmungen hat im Zusammenhang mit der medizinischen Indikation eine nicht unbeträchtliche Unklarheit entstehen lassen hinsichtlich der Frage, ob und inwieweit vor der Schwangerschaftsunterbrechung *eine medizinische Gutachterstelle* zu Worte kommen müsse, ferner auch bezüglich der Frage, ob und *inwieweit Fehl- und Frühgeburten noch der in Art. 12 der 4. VO zur Ausführung des Erbgesundheitsgesetzes festgesetzten Anzeigepflicht unterliegen*.

<sup>1</sup> WINTER-NAUJOKS: Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung, 3. Aufl., S. 85. 1949.

Eine gesicherte gesetzliche Grundlage für die Beantwortung dieser Fragen besteht eigentlich nur für *Württemberg-Baden* und *Bayern*, also seltsamerweise gerade für diejenigen Länder, in denen die Meldepflicht auf Grund des Art. 12 zu so unliebsamen und aufsehenerregenden Vorkommnissen geführt hat.

*Württemberg-Baden* hat mit seinem Gesetz Nr. 34 vom 24. Juli 1946 die auf die Gutachterkommission und die Meldepflicht bezüglichen Bestimmungen landesrechtlich aufrechterhalten. Auch in *Bayern* arbeiten, wie ich den Angaben bei WOLLENWEBER-HÜNERBEIN entnehme, Indikationskommissionen, und die Meldepflicht bei Fehl- und Frühgeburten ist durch das bayer. Gesetz Nr. 89 vom 14. November 1947 mit Novelle vom 18. Juni 1948 landesrechtlich neu geregelt, freilich mit der Maßgabe, daß Name, Geburtstag und Wohnung der Schwangeren seitens der Ärzte nicht dem Amtsarzt mitzumelden, sondern in einem besonderen Verzeichnis zu vermerken sind, in das der Amtsarzt nur persönlich Einsicht nehmen darf.

*Gutachterkommissionen* arbeiten ferner, soweit ich feststellen kann, in *Hessen* auf Grund einer Anordnung des Staatsministeriums, in *Bremen*, *Schleswig-Holstein*, *Hamburg*, *Niedersachsen* wohl auf der Grundlage der alten Bestimmungen; in *Württemberg-Hohenzollern* und *Rheinland-Pfalz* ist mir die Rechtslage nicht klar.

Ganz große Unsicherheit aber herrscht bezüglich der *Meldepflichten bei Fehl- und Frühgeburten*. Für die *Länder der britischen Zone* hat ein Urteil des OGH Köln vom 30. Juni 1950 die Fortgeltung des Art. 12 behauptet und damit einen Standpunkt eingenommen, von dem offenbar auch das Zentraljustizamt für die Britische Zone ausging, als es am 28. Juli 1947 seine VO über die Wiederaufnahme von Verfahren in Erbgesundheitssachen erließ. Merkwürdigerweise aber haben die *Ministerien* der Länder der Britischen Zone gerade dem Art. 12 gegenüber teilweise eine durchaus abweichende Stellung eingenommen. In *Nordrhein-Westfalen* haben Erlasse des Innenministers vom 30. September 1948 und 14. Februar 1949 zwar die aus Art. 12 sich ergebende Meldepflicht als fortbestehend stillschweigend vorausgesetzt, aber sie haben die auf Ministerialerlassen aus dem Jahre 1937 bestehende Pflicht der Amtsärzte, die ärztlichen Meldungen der Kriminalpolizei weiterzugeben, aufgehoben und der Kriminalpolizei das Recht zur Einsichtnahme in die Akten der Gesundheitsämter entzogen. Dasselbe ist für *Niedersachsen* durch den Sozialminister unter dem 24. Januar 1951 angeordnet worden, wobei den Ärzten zugleich gestattet worden ist, bei ihren auf Grund des Art. 12 erfolgenden Meldungen die betreffenden Personen nur noch mit den Anfangsbuchstaben ihres Vor- und Zunamens zu bezeichnen. Aber in den *anderen Ländern der britischen Zone* wird, wenn ich recht unterrichtet bin, Art. 12 ohne derartige Einschränkungen weiter

befolgt. Indessen ist demgegenüber nunmehr auf die sehr interessanten Ausführungen des Braunschweiger Staatsanwaltes Dr. GEORG SCHULZ in Heft 1 der NJW 1951 hinzuweisen, der dem Art. 12, soweit er, wie in der Britischen Zone, als *Restbestimmung* des alten *reichsrechtlichen Erbgesundheitsgesetzes* in Betracht kommt, jede Rechtsgültigkeit überhaupt abspricht, weil der Reichsinnenminister für das, was er in Art. 12 angeordnet hat, keine gesetzliche Ermächtigung gehabt habe. Dem ist allerdings bereits von einem anderen Braunschweiger Staatsanwalt Dr. BÖRKER lebhaft widersprochen worden, und vielleicht spricht dieser Meinungsgegensatz innerhalb einer und derselben Behörde deutlicher als alles andere für die erschreckende Rechtsunsicherheit, in der wir uns befinden.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die bekannte Bestimmung des § 22 Abs. 3 der in fast allen Ländern der Bundesrepublik erlassenen Meldeordnungen, wonach die Leiter von Krankenanstalten (im weitesten Sinne) diejenigen Personen sofort zu melden haben, die „in einem auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand“ eingeliefert werden. Das bezieht sich insbesondere auch auf solche Fälle, wo bei einer eingelieferten Frau der Befund den Verdacht auf Abtreibung begründet. Daß dieser § 22 Abs. 3 der Meldeordnungen, weil er die reichsrechtliche Regelung der ärztlichen Schweigepflicht und des ärztlichen Zeugnisverweigerungsrechtes in unzulässiger Weise durchbricht, rechtsungültig ist, habe ich in ausführlicher Weise in einem Aufsatz in der deutschen Rechtszeitschrift (1950, S. 172 ff.) dargelegt. Die Behörden aber halten gerade auch an dieser Meldepflicht fest, obwohl sich inzwischen auch ein namhafter Vertreter des öffentlichen Rechts, GÖNNENWEIN-Heidelberg (DRZ 1950, S. 464), scharf gegen die Rechtsgültigkeit des § 22 Abs. 3 der Meldeordnungen gewandt hat.

Sie sehen also: *Rechtsunsicherheit über Rechtsunsicherheit!*

2. Sehr rasch kann ich mich de lege lata mit dem Problem der *eugenischen, sozialen und ethischen Indikation* abfinden. Es kann keine Rede davon sein, daß auch nur *eine* dieser Indikationen zu einer Rechtfertigung einer Schwangerschaftsunterbrechung führen könnte. Darüber besteht im juristischen Schrifttum nur *eine* Meinung. Aus der Rechtsprechung ist nicht die geringste Andeutung in Richtung einer entgegengesetzten Auffassung zu entnehmen. Ich bin sehr erstaunt gewesen, noch im vergangenen Jahr in einem süddeutschen Lande (den Namen will ich nicht nennen) feststellen zu können, daß dort bei behaupteter Notzuchtsschwängerung eine aus Amtsrichter, Amtsarzt und noch einer dritten Person bestehende Kommission den Fall prüft und im Falle der Feststellung der Notzucht die Schwangerschaftsunterbrechung freigibt. Das geschieht *contra legem*. Daran ändert nichts das einträchtige Zusammenwirken von Jurisprudenz und Medizin.

II. *De lege ferenda* möchte ich die Forderung stellen, daß der Bundesgesetzgeber uns endlich wieder *ganz einheitliche Normen* gibt, die die *gesamte Problematik* der Schwangerschaftsunterbrechung bei *medizinischer Indikation einheitlich* regeln und allen noch bestehenden Rechtsunsicherheiten ein Ende bereiten. Ich sage mit Betonung: die *gesamte* Problematik! Das aber bedeutet folgendes:

1. Die *materiellen Voraussetzungen des Eingriffs* sind genau zu bestimmen. Dabei darf an der bewährten Bestimmung des § 14 Abs. 1 des Erbgesundheitsgesetzes festgehalten werden. *Also: einerseits ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter* durch das Bestehen der Schwangerschaft, wobei selbstverständlich auch die etwa voraussehbaren lebensgefährlichen Schwierigkeiten der Entbindung zu berücksichtigen sind, andererseits die *Einwilligung der Schwangeren*. Es wird in letzterer Hinsicht zu überlegen sein, ob *die Fälle*, in denen auf die Einwilligung der Schwangeren *verzichtet* werden darf, *gesetzlich zu fixieren* sind, wie dies der Gesundheitsausschuß der US-Zone (Länderrat Stuttgart) in seinem Entwurf eines Gesetzes über Schwangerschaftsunterbrechung vorgesehen hat. Es bestehen nun insofern 2 Möglichkeiten: Entweder es besteht Lebensgefahr, die Schwangere ist infolge Bewußtlosigkeit nicht vernehmungsfähig, sofortige Interruptio ist erforderlich, *oder aber* die Schwangere ist infolge ihres Geisteszustandes (Schwachsinn u. dgl.) nicht imstande, die Bedeutung des Eingriffs zu verstehen. Im ersten dieser beiden Fälle ist die Unterbrechung auch ohne Einwilligung schon nach geltendem Recht statthaft; im letzteren Falle wird schon heute die sorgeberechtigte Person (Vormund, Pfleger) ins Benehmen zu ziehen sein. *Zur Vermeidung aller Zweifel sollten beide Fälle gesetzlich geregelt werden.* Der Gesetzgeber aber sollte sich endlich aufraffen und den Arzt, der nun wirklich einmal *ohne die erforderliche und einholbare Einwilligung* eine *medizinisch indizierte* Schwangerschaftsunterbrechung *lege artis* ausführt, davor bewahren, *wie eine Engelmacherin* unter dem Tatbestandsgesichtspunkt der „Abtreibung“ bestraft zu werden. Das heißt: Der Gesetzgeber soll endlich den seit langem geforderten Tatbestand der „eigenmächtigen Heilhandlung“ schaffen, die Bestrafung dieses Deliktes deutlich von derjenigen der Abtreibung unterscheiden und damit die Gerichte aus der üblen Notwendigkeit erlösen, ein *ärztliches Verhalten*, das *immer noch ein ärztliches*, weil der *Lebenserhaltung dienendes* ist, unter dem *völlig verfehlten Wertgesichtspunkt* der „Abtreibung“ zu ahnden. Der Entwurf des Länderrats Stuttgart hat in dieser Hinsicht in seinem § 13 einen schüchternen, aber in Halbheiten steckenbleibenden Anlauf gemacht.

2. Was die *formellen Voraussetzungen des Eingriffs* betrifft, so handelt es sich *de lege ferenda* um die Frage, ob an der Mitwirkung einer *Gutachterstelle* festzuhalten und, wenn ja, wie sie zu bilden ist. Ich habe

Verständnis dafür, daß erfahrene und gewissenhafte Gynäkologen am liebsten den Eingriff auf eigene Verantwortung hin vornehmen wollen, möchte aber doch dringend raten, an der konsiliarischen Mitwirkung einer Gutachterstelle festzuhalten und die Statthaftigkeit des Eingriffs, von Nottfällen abgesehen, von der Einverständniserklärung dieser Stelle abhängig zu machen. Das bedeutet eine Entlastung von Verantwortung und eine Fernhaltung strafrechtlicher Gefahren, die dem Arzt, der den Eingriff dann ausführt, nur sehr erwünscht sein sollte. Auch sind solche Gutachterstellen doch wohl die geeigneten Gremien dafür, daß eine gleichmäßige Praxis sich einspielt und eine Berücksichtigung gerade solcher Fortschritte der medizinischen Wissenschaft gewährleistet wird, die die Interruptio in bestimmten Fällen überflüssig machen.

Die gesetzliche Regelung muß jeden Zweifel daran beseitigen, daß das Gutachten, das die Schwangerschaftsunterbrechung für erforderlich erklärt, *nur die Berechtigung des Arztes zur Ausführung des Eingriffs deklaratorisch feststellt, keineswegs aber eine Verpflichtung zur Unterbrechung für irgendeinen Arzt begründet*. Jeder Arzt muß die letzte Entscheidung darüber haben, ob er die Unterbrechung verantworten will. Das Gutachten kann ihm nur die Sicherheit geben, daß, *wenn er unterbricht, die medizinische Indikation keinem Zweifel unterliegt*. Eine *andere Frage* ist die, ob ein Krankenhaus-Gynäkologe *von dem Krankenhauspersonal die erforderlichen Hilfeleistungen bei der Durchführung des Eingriffs verlangen darf*. Das sollte meines Erachtens unbedingt der Fall sein, und zwar schon deshalb, weil das Personal die Dringlichkeit des Falles gar nicht beurteilen und nicht die Verantwortung dafür übernehmen kann, daß ein unumgänglich notwendiger Eingriff vielleicht zum schweren Schaden der Patientin verzögert wird. Ganz unmöglich aber ist es, daß die nichtärztliche Personalleitung, etwa die Oberin des betreffenden Schwesternordens, dem zu dem Eingriff entschlossenen Arzt irgendwelche dienstlichen Schwierigkeiten (etwa Entlassung aus dem Vertragsverhältnis) androht für den Fall, daß er den Eingriff durchführt und die Hilfe der Schwestern in Anspruch nimmt. Da solche Fälle vorgekommen sind, wird man auf Abhilfe bedacht sein müssen. Gesetzliche Bestimmungen dürften nicht erforderlich sein. Aber in Ausführungsbestimmungen und durch Maßnahmen der Gesundheitsbehörden wird für Sicherung der Ärzte nach diesen Richtungen hin zu sorgen sein.

Über die Zusammensetzung der Gutachterstelle will ich mich nicht äußern. Die ärztlichen Standesvertretungen aber sollten neben den Gesundheitsbehörden berücksichtigt werden.

3. *Vorschläge de lege ferenda mit Bezug auf eugenische, soziale oder ethische Indikation zu machen, kann ich mich nicht entschließen*. Bei der medizinischen Indikation handelt es sich um Lebensrettung der

Mutter, mindestens um ihre Bewahrung vor schwerem Siechtum. Hier ist ein eklatanter Notstand gegeben, dessen Feststellung und dessen Beseitigung eine Angelegenheit reinen Arzttums ist, das hierbei aus den ärztlichen Erwägungen und Betrachtungsweisen nicht herauszutreten hat. Aber bei all den andern Indikationen wird dem Arzt ein Kalkül zugemutet, das den foetalen Lebenswert unter die Berechnung einer sozialen Tauglichkeit und Erwünschbarkeit stellt. In dieser Richtung den ersten Schritt zu tun, bedeutet in ein Zweckdenken hineinzugeraten, an dessen Ende dann wieder die Massentötungen von Geisteskranken stehen, wofür totalitärer Zynismus das Wort „Gnadentod“ geprägt hatte. Ich verkenne nicht, daß sehr rechtlich denkende Menschen schon vor 1933 für die eugenische und soziale Indikation Vorschläge gemacht haben, und daß es sich hier um ein Problem handelt, über das sich sehr ernsthaft reden läßt. Aber in einer Zeit, die unter einer Relativierung aller ethischen Werte leidet und deren Hauptübel ein an alles sich wagender pragmatischer Utilitarismus ist, möchte ich für meine Person lieber den Vorwurf eines engherzigen Rigorismus auf mich nehmen, als die Verantwortung für die Auslieferung höchster irrationaler Werte an ein Zweckdenken, welcher Art auch immer. Die meines Erachtens ausgezeichneten Ausführungen, die Herr Kollege VILLINGER-Marburg im Novemberheft 1950 der Medizinischen Monatsschrift dem Problem der Schwangerschaftsunterbrechung gewidmet hat, bestärken mich, an meinem Standpunkt festzuhalten.

### B. Sterilisation.

Diesen Standpunkt aber vertrete ich um so eher, als ich in bezug auf das *Sterilisationsproblem* zu Feststellungen de lege lata und zu Vorschlägen de lege ferenda komme, die meines Erachtens eine erhebliche Entlastung und Vereinfachung des Problems der Schwangerschaftsunterbrechung bedeuten.

I. 1. Über das Sterilisationsproblem de lege lata habe ich mich in einem größeren Aufsatz in der „Juristenzeitung“ vor nicht langer Zeit geäußert. Es ist in jeder Hinsicht sehr viel umstrittener als das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung, bei der die Fälle der *medizinischen Indikation* doch immerhin eine gewisse Oase rechtlicher Übereinstimmung in Wissenschaft und Praxis, in Medizin und Jurisprudenz darstellen. Aber die Einstellung der Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte, die in einigen Ländern erfolgte Aufhebung des Erbgesundheitsgesetzes haben mitunter zu der Ansicht verführt, daß *Sterilisationen überhaupt nicht mehr vorgenommen werden dürften*. Über allem Zweifel erhaben ist natürlich die Unmöglichkeit jeder Art von *zwangsweiser Sterilisierung*. Der § 42 k StGB., der die Entmannung des gefährlichen Sittlichkeitsverbrechers vorsah, ist durch Kontrollratsgesetz Nr. 11 vom 30. Januar

1946 beseitigt worden; auf Grund des Erbgesundheitsgesetzes können *zwangsw Weise* Sterilisationen seit Einstellung der Arbeit der Erbgesundheitsgerichte nicht mehr erfolgen.

Aber die nihilistische Auffassung, die sich *freiwilligen* Sterilisationen gegenüber verbreitet hat, vermag ich nicht zu teilen. Die strafrechtliche Problematik liegt bei den sterilisierenden Eingriffen einfacher als bei den Schwangerschaftsunterbrechungen. Bei diesen ist immer eine *fatale Interessenskollision* gegeben: das Interesse an Erhaltung des *foetalen Lebens* wird dem Interesse an Erhaltung des *mütterlichen Lebens* geopfert. Also es muß doch eben immer ein selbständiges, in sich sozial wertvolles Rechtsgut preisgegeben werden! Bei der Sterilisation haben wir es dagegen immer nur mit *einem* Rechtsgut zu tun, dem Interesse an Erhaltung der körperlichen Integrität des von dem Eingriff Betroffenen. Es fragt sich, ob die *Verfügung* über dieses Rechtsgut im Hinblick auf die Sterilisationswirkungen *dem einzelnen schlechthin entzogen ist*. Diese Frage ohne weiteres zu *bejahen*, also die sterilisierenden Eingriffe schlechthin als *verboten* anzusehen, besteht auch nach Fortfall des Erbgesundheitsgesetzes *nicht der mindeste Anlaß*.

2. Im einzelnen möchte ich das mit Rücksicht auf die verschiedenen Indikationsmöglichkeiten folgendermaßen begründen:

a) Sterilisierende Eingriffe können *medizinisch indiziert* sein. Auf das einzelne möchte ich als Jurist nicht eingehen. Nur *das* möchte ich betonen, daß gerade die medizinische Indikation häufig im Zusammenhang mit Schwangerschaftsunterbrechungen wird gestellt werden können. Wenn schon *eine* Unterbrechung *oder gar mehrere* nötig gewesen, weil mit *jeder* Schwangerschaft *immer wieder* die *gleiche* Lebensgefährdung eintritt, dann dient die zwecks Verhütung solcher lebensgefährlichen Schwangerschaften vollzogene Sterilisation sicherlich der Abwendung einer *ernsten* Lebensgefahr, wobei zwischen verheirateten und unverheirateten Frauen kein Unterschied zu machen ist. Das gleiche wird zu sagen sein, wenn in wiederholten Schwangerschaften *schizophrene Schübe* aufgetreten sind, die jedesmal die Unterbrechung erfordert haben. Auch hier wird mit erneuter Unterbrechung die Sterilisation zu verbinden sein.

Die *Statthaftigkeit* der medizinisch indizierten Sterilisation ergibt sich in *Württemberg-Baden* klar aus dem weiter in Geltung stehenden § 14 Abs. 1 des Erbgesundheitsgesetzes. Aber auch in den Ländern der Bundesrepublik, in denen das Erbgesundheitsgesetz nicht ausdrücklich beseitigt ist, sondern nur die Tätigkeit der Erbgesundheitsgerichte hat eingestellt werden müssen, kann die medizinisch indizierte Sterilisation weiter mit § 14 Abs. 1 gerechtfertigt werden. Voraussetzung also ist *ernste Gefahr* für Leben oder Gesundheit des Patienten und dessen *Einwilligung*.

In Bayern und Hessen kann nun freilich § 14 Abs. 1 nicht mehr herangezogen werden. Hier ist das Erbgesundheitsgesetz aufgehoben bzw. für unanwendbar erklärt. Aber § 14 Abs. 1 ist *nicht die einzige Rechtfertigungsmöglichkeit* für den medizinisch indizierten Sterilisationseingriff. Weil dieser ja ein *Heileingriff* ist, also jeder Blinddarm- oder Gallenblasenoperation an sozialer Sinnbedeutung völlig gleichsteht, so ist für ihn, wenn er nur einwandfrei indiziert ist und lege artis erfolgt (und das setze ich natürlich voraus!), im Grunde genommen ja überhaupt gar keine Rechtfertigung nötig, ganz gleichgültig, ob § 14 Abs. 1 in Geltung ist oder nicht; denn ihn als eine tatbestandsmäßige „Körperverletzung“ im Sinne der §§ 223 ff. StGB. anzusehen, das ist es ja, wogegen sich die juristische Wissenschaft jetzt eigentlich ziemlich einhellig sträubt. Aber ich will mich auf diesen, auch von mir selbst geteilten Standpunkt hier nicht versteifen, sondern von der in der Rechtspraxis nach dem Vorgang des Reichsgerichts noch heute vertretenen Auffassung ausgehen, daß der Sterilisationseingriff, wie jede Operation, tatbestandsmäßig eine schwere Körperverletzung (§§ 223 a, 224 StGB.) ist. Dann haben wir folgerichtig den Rechtfertigungsgrund, soweit nicht auf § 14 Abs. 1 zurückgegriffen werden darf, in *der* Norm, die jeden Heileingriff rechtfertigt, selbst wenn mit ihm der Verlust eines wichtigen Gliedes oder einer wesentlichen Körperfunktion verbunden ist, *nämlich in § 226 a StGB.*

§ 226 a StGB. erklärt, wenn ich ihn gleich in verstehbares Deutsch übersetzen darf, die *am Einwilligenden* vorgenommene *Körperverletzung jeder Art* (§§ 223 bis 224 StGB.) für *gerechtfertigt*, wenn sie *den guten Sitten entspricht*. Das wird bei jedem operativen Heileingriff ohne weiteres angenommen, muß also auch bei dem sterilisierenden gelten; denn es ist ja gar nicht einzusehen, warum eine medizinisch indizierte *Augenexstirpation* gemäß § 226 a soll rechtmäßig sein können, die mit Sterilisationswirkung verbundene medizinisch indizierte *Uterusexstirpation* aber nicht. Also auch in Bayern und Hessen sind medizinisch indizierte Sterilisationen selbstverständlich statthaft.

Eine andere Frage ist die, *ob da*, wo das Erbgesundheitsgesetz die Sache nicht mehr regelt, insbesondere auch die Durchführungsbestimmungen beseitigt sind, *vor dem Eingriff ärztliche Gutachterstellen* um die *Einverständniserklärung* anzugehen sind. Meines Erachtens ist das nicht zu fordern, jedenfalls kann das Fehlen einer gutachtlichen Stellungnahme der ärztlichen Gutachterstelle an der sonst gegebenen *Sittengemäßheit des Eingriffs* nichts ändern. In Württemberg-Baden muß die Gutachterstelle zweifellos gefragt werden, abgesehen von den unaufschiebbaren Fällen; auch in den anderen Ländern, wo die Gutachterstellen für Schwangerschaftsunterbrechungen weiter in Tätigkeit sind, die Durchführungsbestimmungen des Erbgesundheitsgesetzes also insoweit

noch gelten, würde ich die Einholung der Einverständniserklärung der Gutachterstelle für erforderlich ansehen. Unterbleibt dies aber, so kann der sterilisierende Arzt keinesfalls wegen schwerer Körperverletzung, wohl aber in Württemberg-Baden gemäß Art. 14 Abs. 1 der 4. Ausführungs-VO zum Erbgesundheitsgesetz bestraft werden (Gefängnisstrafe!). In Bayern und Hessen dürfte von diesem Art. 14 keine Gefahr drohen. Ob es in den Ländern der Britischen Zone und anderwärts, abgesehen von Württemberg-Baden, der Fall ist, ist eine Doktorfrage, in die ich mich hier nicht vertiefen will.

b) Wie steht es aber nun mit Sterilisierungen aus *eugenischer Indikation*?

Die für den Heileingriff maßgebenden Gesichtspunkte lassen sich hier natürlich keinesfalls verwenden. Dem Heilzweck dient die eugenisch indizierte Sterilisierung nicht, vielmehr soll sie die Entstehung eines erbkranken Nachwuchses verhindern; Tatbestandsmäßigkeit des Eingriffs im Sinne der §§ 223 a, 224 StGB. ist also sicher. Läßt sich nun hier § 226a StGB. zur Rechtfertigung des Arztes heranziehen? In Bayern und Hessen, wo vom Erbgesundheitsgesetz überhaupt nichts mehr übriggeblieben ist, ist der Rückgriff auf § 226a durch nichts behindert, womit noch nicht gesagt ist, daß seine Voraussetzungen ohne weiteres immer gegeben sind. Bedenken aber bestehen da, wo § 14 Abs. 1 Erbgesundheitsgesetz noch Anwendung findet, vor allem also in Württemberg-Baden, aber auch in den Ländern der Britischen Zone; denn § 14 Abs. 1 enthält die fatalen Worte „nur dann“, sagt also, daß die Sterilisierung „nur dann“ zulässig sei, wenn *medizinische* Indikation vorliegt. Bedeutet das für die betreffenden Länder, daß *jede andere Indikation die Rechtswidrigkeit bewirkt*?

Wir dürfen in diesem Zusammenhang nicht vergessen, daß § 14 Abs. 1 Erbgesundheitsgesetz ein stehengebliebener Torso dieses umfassenden, das ganze Sterilisierungsproblem erschöpfend regelnden Gesetzes ist. Die erschöpfende Regelung des Gesetzes sollte in erster Linie die Problematik der (freiwilligen, vor allem aber auch der zwangsweisen) *eugenischen* Sterilisierung lösen. Das ist das Hauptanliegen gewesen und erfüllt den ganzen ersten Teil des Gesetzes. Dann fügte § 14 die Norm für die medizinisch indizierte Sterilisierung hinzu und erklärte durch die Worte „nur dann“, daß eine *weitere* Indikation neben der eugenischen und der medizinischen nicht berechtigt sei, daß also, das war das gewünschte Ergebnis, die *soziale* Indikation *nicht* berücksichtigt werden dürfe.

Aber nur in einem solchen, auf *erschöpfende* Behandlung des *ganzen* Sterilisierungsproblems abzielenden Gesetzes haben die Worte „nur dann“ einen ausschließenden Sinn. Da, wo heute noch *landesrechtlich* mit § 14 Abs. 1 Erbgesundheitsgesetz gearbeitet werden kann, können die Worte

„nur dann“ nicht die Anwendung einer *reichsrechtlichen* bzw. jetzt *bundesrechtlichen* Norm verhindern, die, wie § 226 a, vom Richter in allen Fällen von Reichs- bzw. Bundesrecht wegen zu berücksichtigen ist, die als Körperverletzung zu werten er zunächst Anlaß hat. Das ist aber außerhalb des Anwendungsbereichs des § 14 Abs. 1 Erbgesundheitsgesetz bei jeder, nicht Heilzwecken dienenden Sterilisation der Fall, d. h. also zunächst einmal bei jeder eugenisch indizierten.

Die Frage also, die dem Richter sich unabweislich stellt, geht dahin: *Ist die an einer einwilligenden Person durchgeführte Körperverletzung im Sinne einer eugenisch indizierten Sterilisation eine den guten Sitten entsprechende Maßnahme oder nicht?*

Das wäre für uns zu verneinen, wenn diese Frage nur im Bereiche machtstaatlichen Denkens zu bejahen wäre, wenn also die eugenische Sterilisation eine typisch machtstaatliche (nationalsozialistische oder bolschewistische) Institution wäre. Aber das ist sie bekanntlich nicht. Das hat sogar das Amerikanische Militär-Tribunal im sog. „Juristenprozeß“ verneint, und die bekannten Sterilisationsgesetze Amerikas, Skandinaviens, der Schweiz, Canadas, Australiens beweisen es. Wie sehr die freiwillige eugenische Sterilisation auch bei uns als sozial vernünftig und sittlich einwandfrei anerkannt ist, zeigt ja auch der Entwurf des Länderrats Stuttgart, der sie in angemessenen Grenzen, d. h. bei schweren Erbkrankheiten, dringend empfiehlt.

Damit aber ist bewiesen, daß der Arzt, der eine dies wünschende, an schwerer Erbkrankheit leidende oder als Anlageträger einer solchen erkannte Person sterilisiert, wenn nach medizinisch-erbbiologischer Wissenschaftslehre bei der Nachkommenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit schwere körperliche oder geistige Erbschäden vorauszusehen sind, in einer *vernünftigem* und *sittlichem* Denken *entsprechenden* Weise handelt, also für die von ihm gesetzte tatbestandsmäßige Körperverletzung im Sinne der §§ 223 a, 224 gerechtfertigt ist. Sollte in der heutigen schwer gefährdeten Lage unseres Volkes dies ein unvernünftiges, ungerechtes Ergebnis sein?

Freilich, der Arzt trägt volle Verantwortung für strenge und sichere Indikationsstellung. Dies um so mehr, als es sich ja hier um Eilfälle mit sofort zu fassenden Entschlüssen niemals handeln wird. Ohne Mitwirkung einer erbbiologischen Fachautorität wird der Arzt, der nicht selbst eine solche ist, gut tun, die eugenische Sterilisierung zu unterlassen. Gutachterstellen sind für *diese* Eingriffe ja auch da, wo § 14 Abs. 1 für medizinisch indizierte Sterilisationen noch anwendbar ist, nicht vorgeschrieben, aber das Fehlen solcher Bestimmungen kann nicht dazu führen, daß ein Arzt, der korrekt und gewissenhaft eine eugenisch indizierte Sterilisation ausführt, ins Zuchthaus geschickt wird. Will der

Staat auch hier die Tätigkeit einer Gutachterstelle vorgeschaltet haben, so muß er das ausdrücklich anordnen.

c) Die *soziale Indikation* konnte, wie ich schon zeigte, unter der Herrschaft des in voller Geltung stehenden Erbgesundheitsgesetzes angesichts seiner *erschöpfenden* Lösung des *ganzen* Sterilisationsproblems den Eingriff nicht rechtfertigen. Aber heute ist die Rechtslage nun unbedingt eine andere. Es steht nichts im Wege, auch bei dieser Indikation den bundesrechtlich für alle Arten von Körperverletzungen geltenden § 226a zu Rate zu ziehen. Also dreht sich alles um die Frage: *Entspricht eine am Einwilligenden vollzogene Sterilisierung aus sozialer Indikation den guten Sitten?*

In diesem Zusammenhang verdient es Beachtung, daß § 226a StGB., der jetzt geltendes Recht ist, in jeder Hinsicht dem § 264 des StGB.-Entwurfs von 1927 entspricht, und daß man sich, als *vor* 1933 die Problematik der freiwilligen Sterilisation unter den Gesichtspunkten aller Indikationen erörtert wurde, durchaus im Einverständnis darüber befand, daß jener § 264 des Entwurfs 1927 *auch die soziale Indikation rechtfertige*. EBERMAYER, Graf zu DOHNA, RADBRUCH, KOHLRAUSCH sind in dieser Beziehung durchaus *einer* Meinung gewesen, Juristen also von Rang und Namen und, was entscheidend ist, von anerkannter rechtsstaatlicher Haltung und Gesinnung. Sie vertraten diesen Standpunkt in einer wirtschaftlich ebenfalls schwierigen Zeit mit anschwellenden Arbeitsloskeitsziffern und wirtschaftlichen und sozialen Sorgen mannigfachster Art. Wäre *damals* § 264 des Entwurfs 1927 *Gesetz geworden*, *niemand hätte gezweifelt*, daß die *sozial indizierte Sterilisierung* damit *gesetzlich anerkannt* war. § 226a StGB. *hat* dann diese *Anerkennung gebracht*, bis der nationalsozialistische Gesetzgeber, der soziale Indikationsgründe aus Prestigegründen nicht gelten lassen mochte, mit dem Erbgesundheitsgesetz die soziale Indikation *positivrechtlich* ausschloß. *Aber heute besteht kein Grund*, dem § 226a StGB. *insofern* seine *ursprüngliche* Funktion zu versagen. Wir wissen um das oft unsagbare Flüchtlingselend, die Wohnungs- und Arbeitslosennot, heute alles verschärft durch eine viel geringere Kaufkraft des Geldes, verglichen mit 1930, durch politische Gefahren von gigantischem Ausmaß und durch die Hoffnungslosigkeit, die oft gerade auf den beruflichen Bemühungen der jungen Generation lastet. Wenn in solcher Situation in einer schon mit Kindern gesegneten Ehe jeder weitere Zuwachs nichts als Vergrößerung schon vorhandener Not bedeutet, will da *wirklich der Staat das Recht haben*, auf die Frage, ob die an einem einwilligenden Ehegatten vollzogene sozial indizierte Sterilisation den guten Sitten entspreche, mit *Nein* zu antworten? Hier gilt doch wohl KOHLRAUSCHs treffendes, 1932 gesprochenes Wort, daß zu diesem *Nein* der Staat „erst dann berechtigt ist, wenn er seine eigene Pflicht, für die Kinder zu sorgen, sowohl

anerkennt wie zu erfüllen in der Lage ist. Bis dahin ist nicht die Einwilligung (und die gemäß ihrer vollzogene Sterilisierung) unsittlich, sondern die Aufstellung einer Rechtspflicht, sich fruchtbar zu halten“.

Ich verkenne nicht, daß die Feststellung der die soziale Indikation bedingenden Tatsachen für den Arzt schwieriger ist als die Feststellung der die medizinische oder die eugenische Indikation bedingenden Gegebenheiten. In den beiden letzteren Beziehungen steht dem Arzt *erprobtes wissenschaftliches Fachwissen medizinischer, erbbiologischer Autoritäten* zur Verfügung. Bei der *sozialen* Indikation sind *wirtschaftliche Lagen, Verhältnisse, Aussichten* festzustellen und zu werten. Die *Irrtumsquellen* und die *Täuschungsmöglichkeiten* erscheinen mir 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*. Und diesen *Grundsatz* herauszuarbeiten, das ist zunächst an dieser Stelle meine Aufgabe gewesen.

II. Sie sehen als allem Gesagten: 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 eugenisch indizierte Sterilisierung auch ohne großen behördlichen Apparat auf die Verantwortung des Arztes hin durchgeführt werden kann.

*Aber freilich:* Die Ärzteschaft braucht für diese ganze Angelegenheit *Rechtssicherheit* auf der Grundlage eines das Sterilisationsproblem *speziell* regelnden Gesetzes. Dieses Gesetz muß die Indikationen deutlich festlegen, muß die Frage regeln, ob und in welcher Art Gutachterstellen mitzuwirken haben, wessen Einwilligung erforderlich ist, wenn der zu Sterilisierende auf Grund seines geistigen Zustandes die Tragweite des Eingriffs nicht zu verstehen vermag, und was dergleichen Einzelheiten mehr sind. Der vom Länderrat Stuttgart aufgestellte Entwurf ist brauchbar, muß aber in bezug auf die soziale Indikation ergänzt werden. Sehr zu begrüßen ist, daß er auch das Refertilisierungsproblem behandelt, das ganz besonders dringend der Regelung bedarf. Daß die Refertilisierung heute für die ganze Britische Zone durch eine VO des Zentraljustizamtes vom 28. Juli 1947 geregelt ist, ist merkwürdigerweise in Ärztekreisen selbst der Britischen Zone vielfach nicht bekannt. Außerhalb der Britischen Zone, wo es an solcher Regelung fehlt, entstehen

im Zusammenhang mit der Refertilisierung sehr schwierige Fragen, die Rechtslage ist ganz unsicher. Diese Unsicherheit muß beseitigt werden.

Daß es nur der *Bundesgesetzgeber* sein kann, der hier zur gesetzgeberischen Lösung aller einschlägigen Probleme aufgerufen ist, versteht sich von selbst. Die heutige Rechtszersplitterung ist beschämend. Die Probleme aber, um die es geht, sind für die Volksgesundheit, für die sozialpolitischen Interessen und für die berufsrechtlichen wie -ethischen Anliegen des Ärztestandes zu wichtig, als daß der Bundesgesetzgeber hier lange säumen dürfte. Richten Sie einen dringenden Appell an ihn!

## Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung.

Von

H. NAUJOKS-Frankfurt a. M.

Die allgemein interessierenden Probleme der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in einem medizinischen Referat zu behandeln, ist keine dankbare Aufgabe. Es ist zuviel darüber geschrieben und diskutiert worden, die verschiedensten berufenen und unberufenen Stellen haben sich beteiligt, fernerliegende und unsachliche Gesichtspunkte sind allzuoft mit herangezogen worden; die Zeitumstände wechselten und entfachten die Streitfragen immer von neuem. Eine Einigung ist nie erzielt worden, sie ist wohl auch schwer zu erreichen. Konfessionelle Bindungen, politische Überzeugung, weltanschauliche Einstellung lassen sich nicht ausschalten und machen das ganze Problem unentwirrbar kompliziert.

Und doch ist die Fragestellung so brennend und tritt so häufig und zwingend an die Ärzteschaft heran, daß wir uns einer möglichst weitgehenden Klärung und einer einheitlichen Fixierung des Standpunktes im Interesse der kranken Frauen, aber auch im Interesse der Würde des Ärztestandes nicht entziehen können. Gerade in Zeiten, in denen große soziale Umschichtungen, in denen Not, Unruhe, Unsicherheit die Menschen erschüttern, in denen die Begriffe von Recht und Unrecht schwanken, treten auch die uns hier beschäftigenden Fragen mit neuer Dringlichkeit hervor, führen zu Zweifel und Verwirrung, besonders auch in den Köpfen der jungen Kollegen, die jetzt in so großer Zahl und bisweilen ohne genügenden Halt in die praktische Tätigkeit hinaustreten.

Darum hat unser Herr Präsident es für richtig gehalten, diese wichtigen und aktuellen Fragen vor dem in allererster Linie zuständigen Forum, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie verhandeln zu