

Nicht zu verwechseln mit der freiwilligen Sterilisation nach den vorstehenden Grundsätzen ist die Unfruchtbarmachung nach dem »Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden« vom 15. 8. 1969 (BGBl. I S. 1143), das nur Behandlungen regelt, die gegen Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes beim Mann gerichtet sind (vgl. hierzu Rieger: Dtsch. med. Wschr. 97 [1972], 1267–1268).

Rechtsanwalt Dr. H.-J. Rieger  
7501 Wettersbach bei Karlsruhe, Ostpreußenstr. 13

## Schwangerschaftsabbruch wegen Schädigung der Leibesfrucht

*Frage:* Ist der Schwangerschaftsabbruch wegen der Gefahr einer Schädigung des Embryos, zum Beispiel Mißbildungen nach Virusinfektionen der Mutter, nach geltendem Recht (§ 218 StGB) zulässig?

*Antwort:* Nach geltendem Recht ist der Schwangerschaftsabbruch nur zulässig, wenn er von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren mit deren

Einwilligung vorgenommen wird (medizinische Indikation). In Fällen, in denen der Embryo schwer geschädigt ist oder eine solche Schädigung befürchtet werden muß, wie zum Beispiel nach einer Erkrankung der Schwangeren an Röteln, ist der Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik zur Zeit nicht anerkannt. Dagegen läßt der Entwurf eines 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 14. 2. 1972 (BR-Drucksache 58/72) unter anderen Indikationen auch den Abbruch der Schwangerschaft wegen Schädigung der Leibesfrucht zu. Nach § 219 b des Entwurfs ist der Abbruch der Schwangerschaft nicht strafbar, »wenn 1. die Schwangere einwilligt, 2. nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder infolge schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und 3. seit dem Beginn der Schwangerschaft nicht mehr als zwanzig Wochen verstrichen sind.« Es ist zu erwarten, daß dieser Entwurf bald Gesetz wird.

Rechtsanwalt Dr. H.-J. Rieger  
7501 Wettersbach bei Karlsruhe, Ostpreußenstr. 13

## Fragen aus der Praxis

### Klumpfuß

*Frage:* Soll einer Mutter, deren erstes Kind eine Klumpfußmißbildung hat, von weiteren Kindern abgeraten werden? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit weiterer Mißbildungen?

*Antwort:* Es besteht kein Zweifel, daß der angeborene Klumpfuß ein Erbleiden darstellt, denn bemerkenswerterweise beträgt das Geschlechterverhältnis auf der ganzen Welt von Jungen zu Mädchen 2 : 1, das heißt, es werden doppelt so viele Jungen mit Klumpfüßen geboren wie Mädchen. Die Gesamtfrequenz liegt etwa bei 1 Promille.

Auch wenn eine befriedigende Erklärung für das eigenartige Geschlechterverhältnis noch aussteht und der Erbgang vorzüglich rezessiv verläuft, nimmt man heutzutage an, daß die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines weiteren klumpfüßigen Kindes zwischen 2 und 6‰ liegt.

Unter diesen Umständen wird man einer Mutter kaum von weiteren Kindern abraten, zumal ein frühzeitig behandelter Klumpfuß mit Therapieaufnahme sofort nach der Geburt bei sachgemäßer Behandlung einer völligen Heilung zugeführt werden kann. Erblichkeit ist nicht generell gleichbedeutend mit Therapieresistenz.

Prof. Dr. H. Mau  
Orthopädische Universitätsklinik  
74 Tübingen, Calwer Str. 7

### Malabsorptionssyndrom nach Dünndarmresektion

*Frage:* Von welchem therapeutischen Schema kann man zur Dauerbehandlung eines ausgeprägten Malabsorptionssyndroms nach ausgedehnter Dünndarmresektion ausgehen? Welche Vit-

amine müssen substituiert werden, und in welcher Dosierung? Ist eine Calciumsubstitution sinnvoll oder verstärkt sie die Steatorrhoe?

*Antwort:* Je nach Ausdehnung und Lokalisation der Dünndarmresektion im oberen oder unteren Dünndarmabschnitt kommt es zu unterschiedlichen Resorptionsstörungen. Nach Resektion des Ileums stellt sich ein zusätzlicher Wirkungsverlust der Pankreasenzyme ein, da Gallensäuremangel auftritt. Außerdem wird bei Resektion des Ileums der spezifische Resorptionsort für Vitamin B<sub>12</sub> entfernt. Die Behandlung muß auf diesen Gegebenheiten aufbauen.

*Proximale Resektion:* Nur eine ausgedehnte Entfernung führt zu merkbaren Resorptionsstörungen. Manchmal kann eine Steatorrhoe allein durch Verminderung der täglichen Fettzufuhr beseitigt werden. Die individuelle Belastbarkeit ist auszutesten. Ist ein Kalorienausgleich erforderlich, so ist das möglich durch Gabe von mittelkettigen Fettsäuren in Form von Triglyceriden. Diese werden in Deutschland als Margarine, Öl oder wasserlösliches Pulver (Margarine-Union, Hamburg; Pfrimmer & Co., Erlangen) vertrieben. Parenterale Vitamingaben sind nur selten nötig.

*Distale Resektion:* Bei Resektion des Ileums bis zu 1 m kommt es in einem hohen Prozentsatz zu einer mangelhaften Vitamin-B<sub>12</sub>-Aufnahme und fast stets zu mäßiger Steatorrhoe (unter 20 g/d), Gallensäureverlust und auch Durchfall. Die Vitamin-B<sub>12</sub>-Substitution ist einfach, erfolgt parenteral und muß lebenslang durchgeführt werden. Zur Erhaltungstherapie genügen im allgemeinen 200 µg alle 1–2 Monate intramuskulär. Eine Steatorrhoe bis zu 15 g/d kann toleriert werden. Dabei kommt es trotz Kalkseifenbildung bei ausreichenden Calciumgaben noch nicht zu negativer Calciumbilanz. Durch Substitution mit mittelkettigen Fettsäuren in Form von Triglyce-