

VI. Hauptthema: Schwangerschaft und Geburt in forensischer Sicht

G. K. DÖRING (München): Aktuelle forensische Probleme in der Geburtshilfe und Gynäkologie: Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation.

Die mit der Empfängnisverhütung, der Schwangerschaftsunterbrechung und der Sterilisation verbundenen Probleme sind weniger medizinischer Natur, sie liegen vielmehr auf moralischer oder auf rechts-politischer Ebene. Im folgenden werden diese Dinge naturgemäß in erster Linie vom Standpunkt des Arztes aus gesehen und dargestellt.

Die *Empfängnisverhütung* zum Zwecke der Geburtenregelung, d.h. der Versuch eines Ehepaars, bei grundsätzlich vorhandenem Kinderwunsch die Geburtenzahl und die Abstände zwischen den Schwangerschaften entsprechend den Lebensumständen und der Leistungsfähigkeit der Mutter einzurichten, darf heute als allgemein anerkanntes Prinzip gelten. Selbst die katholische Kirche billigt diesen Wunsch nach Kontrolle der Fruchtbarkeit, sofern nicht etwa grundsätzlich eine negative Einstellung zum Kind vorhanden ist *und* gegen die Wahl der Mittel keine Bedenken bestehen.

Die Situation auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung hat in den letzten Jahren einen grundlegenden Wandel erfahren: Es stehen jetzt Mittel zur Verfügung, deren Zuverlässigkeit bei sachgemäßer Anwendung als 100%ig bezeichnet werden kann. So etwas hat es auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung noch nie gegeben. Diese neuen Mittel (es handelt sich um die Beeinflussung der Ovulation durch die Zufuhr von hormonhaltigen Tabletten) besitzen neben ihrer Zuverlässigkeit zwei weitere große Vorteile: 1. bestehen keine begründeten medizinischen Bedenken gegen ihre Anwendung und 2. hat es den Anschein, daß die katholische Kirche diese Methode nicht so entschieden ablehnt wie z.B. die chemischen oder mechanischen Mittel.

Für eine zeitliche begrenzte Anwendung der Empfängnisverhütung gibt es neben dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Schonung für die Mutter neuerdings auch Indikationen von Seiten des nächsten Kindes: Infolge von Eibettstörungen ist die Quote an Aborten, Frühgeburten und Mißbildungen erhöht, wenn zwischen der vorausgegangenen Geburt und der nächsten Konzeptionen weniger als 6 Monate vergehen.

Zur Orientierung soll in Tabelle 1 die Zuverlässigkeit der meistgebräuchlichen Methoden der Empfängnisverhütung demonstriert werden. Um die Zuverlässigkeit verschiedener Methoden vergleichen zu können, bedient man sich nach dem Vorschlag von PEARL folgender Berechnung: Man vergleicht jeweils die Zahl der ungewollten Konzeptionen

Tabelle 1. *Vergleichende Darstellung der Versagerquoten bei den gebräuchlichsten Methoden der Empfängnisverhütung*

| Angewandte Methode | Ungewollte Konzeptionen pro 100 Anwendungsjahre |
|--|---|
| Chemische Methoden (lokale Anwendung) | 20 |
| Mechanische Methoden (Condom, Diaphragma) | 10 |
| Kombination von chemischen und mechanischen Methoden | 5—10 |
| Periodische Enthaltsamkeit | |
| a) Knaussche Regel | 5—10 |
| b) Oginos Anweisung | 3 |
| c) Basaltemperaturmessung | 1 |
| Unterdrückung der Ovulation (Enovid, Anovlar, Lyndiol) | 0 |

pro 100 Anwendungsjahre. Diese Relation ist in Tabelle 1 für die wichtigsten Methoden der Empfängnisverhütung dargestellt. Die Zahlen stammen zum größten Teil aus Publikationen des National Committee on Maternal Health in New York (TIETZE), zum Teil von STECHER und von DÖRING. Die vom ärztlichen Standpunkt nicht verantwortbaren Methoden wie Intrauterinpressare und Graefenbergring sind in der Übersicht nicht aufgenommen worden.

Welche Rolle spielt nun der Arzt bei der Empfängnisverhütung? Wenn aus medizinischer Indikation das Eintreten einer neuen Schwangerschaft vermieden werden soll, so gehört die eingehende Unterweisung dieser Patientin zu den Aufgaben des Arztes. Nach unseren Erfahrungen ist diese notwendige Aufklärung und Unterrichtung durch den Arzt häufig unzureichend. Es grenzt unseres Erachtens an Fahrlässigkeit, wenn bei gesundheitlicher Gefährdung der Mutter durch jede weitere Schwangerschaft zwar auf die Gefahren einer Konzeption aufmerksam gemacht wird, ohne daß jedoch eine konkrete Unterrichtung über die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung erfolgt. Wir sind der Ansicht, daß man die medizinische Indikation zur Empfängnisverhütung weit stellen soll. So rechtfertigt z.B. ein schlechter Allgemeinzustand nach rasch aufeinanderfolgenden Schwangerschaften die zeitweise Verordnung von empfängnisverhügenden Maßnahmen.

Ein etwas anderer Sachverhalt ist gegeben, wenn eine medizinische Indikation nicht vorhanden ist und eine Patientin von sich aus ihren Arzt um Aufklärung über empfängnisverhürende Maßnahmen bittet. Wir meinen, daß auch in diesen Fällen der Arzt die gewünschte Aufklärung geben soll. Wo soll sich eine Frau zuverlässige Informationen besorgen, wenn nicht bei dem Arzt ihres Vertrauens? Das erscheint um so notwendiger, als die durchschnittliche Aufklärung der Bevölkerung in unserem Land bedauerlich schlecht ist.

Forensische Probleme, die den Arzt im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung betreffen können, sind nicht zu erkennen. Sehr

bedauerlich ist der erneut unternommene Versuch, jegliche Werbung für empfängnisverhütende Maßnahmen zu verbieten. Dabei ist besonders betrüblich, daß man die empfängnisverhütenden Mittel mit den für eine Abtreibung dienlichen Mitteln in einen Topf wirft. Eine derartige Verquickung ist völlig unverständlich, weil jeder Kenner der Materie weiß, daß die Verbreitung von Kenntnissen über empfängnisverhütende Maßnahmen den einzigen aussichtsreichen Weg darstellt, die Zahl der Abtreibungen zu vermindern.

Über die *legale Schwangerschaftsunterbrechung* ist nichts Neues zu berichten. Es ist immer noch so, daß der Arzt, der zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter eine Schwangerschaft mit deren Einwilligung unterbricht, nur „straffrei bleibt“, d.h. ausnahmsweise nicht wie ein Abtreiber mit Zuchthausstrafe bedroht ist. Eine für den Arzt befriedigende Abgrenzung der medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung von dem Verbrechen der Abtreibung ist bis heute nicht vorhanden.

Nach der Meinung der überwiegenden Zahl aller Ärzte sollte an dem Inhalt des bisherigen § 218 grundsätzlich nicht gerüttelt werden. Umstritten ist zur Zeit lediglich die sog. „ethische Indikation“ zur Schwangerschaftsunterbrechung, d.h. zur Unterbrechung einer Schwangerschaft, die durch ein Verbrechen der Notzucht oder der Blutschande zustande gekommen ist. Die Zahl der aus *medizinischer Indikation* unterbrochenen Schwangerschaften ist heute nicht mehr groß. Diese erfreuliche Entwicklung hat ihre Ursache in erster Linie darin, daß heute die Lungentuberkulose in nahezu allen Stadien der Schwangerschaft jeder Therapie zugeführt werden kann. Aus diesem Grund gibt die Lungentuberkulose, die früher den überwiegenden Teil der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung gestellt hat, heute kaum je einmal eine solche Indikation ab. Die Zahl der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen im Land Bayern betrug im Jahre 1960 71, im Jahre 1961 54 und im Jahre 1962 73 Unterbrechungen. An der I. Universitäts-Frauenklinik in München wurden seit dem 1. Januar 1955 insgesamt nur 26 Schwangerschaftsunterbrechungen durchgeführt. Tabelle 2 zeigt die Verteilung dieser 26 medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechungen nach Indikationen.

Die *soziale Indikation* zur Schwangerschaftsunterbrechung wird von ärztlicher Seite abgelehnt. Sie würde die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung, mit anderen Worten die Freigabe der Abtreibung bedeuten. Andere Länder, die diesen Weg beschritten haben, mußten die überraschende Feststellung machen, daß nicht den Erwartungen entsprechend die Zahl der ungesetzlichen Abtreibungen zurückging, sondern daß im Gegenteil die Zahl der Abtreibungen mit der Ausweitung der sog. legalen Schwangerschaftsunterbrechung anstieg. Aus diesem mißglück-

Tabelle 2. *Die seit 1955 an der I. Universitäts-Frauenklinik durchgeführten 26 Schwangerschaftsunterbrechungen unterteilt nach Indikationen*

| | Fälle | | Fälle |
|------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| Lungen-Tbc | 4 | Mamma-Ca. | 1 |
| Fortgeschritten Nieren-Tbc . | 8 | Sklerodermie | 1 |
| Netzhautablösung | 2 | Schizophrenie | 1 |
| Schwerer Diabetes | 2 | Frisch operierter Herzfehler . | 1 |
| Multiple Sklerose | 2 | Hepatitis | 1 |
| Wirbelsäulen-Tbc | 2 | Visceraler Erythematodes . | 1 |

ten Experiment muß man den Schluß ziehen, daß die Erleichterung der gesetzlichen Schwangerschaftsunterbrechung über die Anerkennung der sozialen Indikation kein praktikabler Weg zur Eindämmung der sog. Abtreibungsseuche ist.

Außerhalb der Bundesrepublik hat in den letzten Jahren die *kindliche Indikation* vermehrt an Bedeutung gewonnen. In einer großen Zahl von Ländern ist es gesetzlich erlaubt, eine Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit mit der Geburt eines mißgebildeten oder nicht lebensfähigen Kindes gerechnet werden muß. Typische Beispiele sind die Entwicklung von Mißgeburten nach Röteln in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten und die Entstehung von nicht lebensfähigen Kindern bei schwerer Sensibilisierung der Mutter gegen den Rhesusfaktor. Da beide Beispiele überhaupt nicht mit einer Gefährdung des mütterlichen Lebens oder der mütterlichen Gesundheit einhergehen, ist eine Unterbrechung der Schwangerschaft in diesen Fällen nach unserer Rechtsprechung undiskutabel. Im Rahmen der prophylaktischen Sterilisation müssen diese Beispiele erneut diskutiert werden (s. unten).

Es ist nicht verwunderlich, daß die Einstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung auch innerhalb der anerkannten medizinischen Indikationen sehr weit von konfessionellen Gesichtspunkten beeinflußt ist. Immerhin ist es erstaunlich, wie groß und wie eindeutig z.B. die Korrelation zwischen der relativen Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsunterbrechung und dem katholischen Bevölkerungsanteil in den einzelnen Bundesländern ist (Tabelle 3).

Es ist offensichtlich, daß mit dem Absinken des katholischen Anteils der Bevölkerung die relative Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsunterbrechung ansteigt. Wegen des deutlicheren Effektes wurde bewußt Zahlenmaterial aus einem früheren Jahr benutzt, weil da die Häufigkeit der Schwangerschaftsunterbrechungen überall größer war als heute. Die durchschnittliche Quote der Schwangerschaftsunterbrechungen betrug in der Bundesrepublik im Jahre 1950 2,08 und im Jahre 1960 weniger als 0,5 auf 10000 Einwohner.

Abschließend sei zum Thema Schwangerschaftsunterbrechung auf die Devise aller fortschrittlichen Experten hingewiesen: „Nicht Unter-

Tabelle 3. *Relative Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen und Anteil der katholischen Bevölkerung in den Bundesländern 1950* (nach v. RHODEN)

| Land | Anteil der Katholiken in % | Legale Schwangerschaftsunterbrechungen pro 10 000 Einwohner |
|-----------------------|----------------------------|---|
| Saarland | 73,4 | 0,12 |
| Bayern | 71,9 | 0,51 |
| Rheinland-Pfalz . . . | 57,7 | 0,54 |
| Nordrhein-Westfalen . | 54,8 | 0,3 |
| Baden-Württemberg . | 47,1 | 0,97 |
| Hessen | 32,2 | 2,93 |
| Niedersachsen | 18,8 | 3,91 |
| West-Berlin | 11,2 | 3,88 |
| Bremen | 8,9 | 4,47 |
| Schleswig-Holstein . | 5,9 | 7,47 |
| Hamburg | 5,9 | 11,17 |

brechung der Schwangerschaft, sondern Aufklärung und gezielte Prophylaxe tut not, mit anderen Worten, Empfängnisverhütung!“

Im Hinblick auf die *Sterilisation* sind die Verhältnisse besonders ungeklärt. In den letzten Jahren ist von vielen Seiten das Fehlen von allgemein anerkannten Richtlinien für das ärztliche Handeln und für die richterliche Entscheidung lebhaft bedauert worden. KIRCHHOFF sprach 1962 von einem „für die ärztliche und richterliche Praxis unerträglichen Schwebezustand oder, anders ausgedrückt, von einem nicht mehr zu tolerierenden Zustand der Rechtsunsicherheit“.

Diese Rechtsunsicherheit hat ihre Wurzel darin, daß über die rechtliche Auswirkung des § 226a Strafgesetzbuch keine Klarheit besteht, weil es bisher nicht gelungen ist, exakt zu formulieren, was „gegen die guten Sitten verstößt“. Hier stehen auch noch höchstrichterliche Entscheidungen aus, so daß von namhaften Strafrechtslehrern den Ärzten hier zur Zurückhaltung geraten wird (ENGISCH). Auch über den § 14 I des Erbgesundheitsgesetzes scheinen sich die Juristen nicht einig zu sein, abgesehen davon, daß dessen Anwendbarkeit insofern eingeschränkt ist, als das Erbgesundheitsgesetz nicht mehr in allen Bundesländern Geltung hat.

Wenig Zweifel gibt es an der Rechtlichkeit der *medizinischen Indikation* zur Sterilisation. Nicht zu diskutieren braucht man über die im Zuge therapeutisch notwendiger Eingriffe zwangsläufig erfolgende Unfruchtbarmachung. Im wesentlichen meint man die „prophylaktische Sterilisation aus medizinischer Indikation“. Dabei stehen diejenigen Indikationen zahlenmäßig im Vordergrund, die in gleicher Weise bei erneuter Gravidität wegen schwerer Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt sind. Diese Gruppe ist allgemein anerkannt. Genausowenig gibt es Bedenken gegen eine Sterilisation auf Wunsch der Patientin anlässlich des dritten Kaiserschnittes.

Eine neue Gruppe von Indikationen betrifft diejenigen Fälle, in denen nach menschlichem Ermessen nicht mehr mit der Geburt lebensfähiger Kinder gerechnet werden kann. Als Beispiel sei die hochgradige Immunsierung einer Frau gegen den Rhesusfaktor angeführt. Wenn auch im Falle einer bereits eingetretenen Schwangerschaft in diesen Fällen nach geltendem Recht eine Unterbrechung der Schwangerschaft nicht möglich ist (s. oben), so sollten jedoch keine Bedenken gegen die prophylaktische Sterilisierung einer solchen Frau bestehen. Es gibt bereits Stellungnahmen von Lehrern der Moraltheologie, die in derartigen Fällen eine Unfruchtbarmachung der Frau für erlaubt halten, weil es sich dabei nicht um die Zerstörung der gesunden Fortpflanzungsfunktion, sondern „um die Ausschaltung einer in ihrer Natur havarierten Funktion“ handelt (BOECKLE).

Die *eugenische Indikation* zur Sterilisierung ist bei uns mehr oder weniger tabu wegen der auf diesem Gebiete maßlosen und zu weltweitem Protest herausfordernden Praktiken des Dritten Reiches. Dabei gibt es die eugenische Sterilisierung in vielen Staaten der Erde seit Anfang dieses Jahrhunderts, und alle Experten auf dem Gebiet der Humanogenetik sind sich darüber einig, daß ein Überhandnehmen von Erbleiden nur durch die Unterbindung der Fortpflanzung der Träger krankhafter Erbanlagen möglich ist. Falls man auch bei uns diesem ungelösten Problem wieder nähertreten sollte, müßten in erster Linie zwei Dinge geschehen: 1. müßten besondere Gutachterkommissionen für die eugenische Sterilisation eingerichtet werden, und 2. sollte von Experten ein Katalog wirklicher Erbkrankheiten erarbeitet werden. Man wird wohl auch bei uns mit der Zeit die Fehlmeinung revidieren, die Problematik der eugenischen Sterilisation sei nationalsozialistisches Gedankengut!

Die *rein soziale* Indikation wird weitgehend abgelehnt. Demgegenüber gibt es Fälle, in denen man zu Recht von einer gemischt sozial-medizinischen Indikation sprechen kann, wenn z. B. eine Mutter vieler Kinder an der Grenze der Kompensation ihrer Leistungsfähigkeit angelangt ist (BICKENBACH). Derartige Fälle, die eine Weiterfassung der medizinischen Indikation bedeuten, sollten in die Gruppe der erlaubten Eingriffe eingereiht werden.

Der Wunsch der Ärzte an den Gesetzgeber ist die Beendigung der derzeitigen Rechtsunsicherheit auf dem Gebiet der prophylaktischen Sterilisierung, damit der Arzt seinen Kranken helfen kann, ohne selbst Furcht vor dem Gesetz haben zu müssen!

Literatur

- BICKENBACH, W.: Zit. nach KIRCHHOFF (s. unten).
 BÖCKLE, F.: Die Sterilisierung der Frau in moraltheologischer Sicht. Bayr. Ges. Gynäk. Rothenburg 1962.

- ENGISCH, K.: Die Sterilisierung der Frau in juristischer Sicht. Bayr. Ges. Gynäk. Rothenburg 1962.
- GLAUS, A.: Über Schwangerschaftsunterbrechung und deren Verhütung. Bern u. Stuttgart 1962.
- KIRCHHOFF, H.: Prophylaktische Sterilisierung. Ärztl. Mitt. (Köln) **59**, 1743 (1962).
- PEARL, R.: Contraception and fertility in 2000 women. Hum. Biol. **4**, 363 (1932).
- RHODEN, F. v.: Die Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet im ersten Nachkriegsjahrzehnt. Arbeitstag der Ärztekammer Schleswig-Holstein 1956.
- Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet der Nachkriegszeit. Ärztl. Mitt. (Köln) **59**, 1139 (1962).
- Schwangerschaftsunterbrechung in anderen Kulturländern. Ärztl. Mitt. (Köln) **60**, 893 (1963).
- STECHER, A.: Bemerkungen zu den meist angewandten Methoden zur Bestimmung der Ovulationstermine nach KNAUS und OGINO und der Temperaturmessung. Schweiz. med. Wschr. **79**, 384 (1949).
- TIETZE, C.: S. R. POLIAKOFF, and J. ROCK: The clinical effectiveness of the rhythm method of contraception. Fertil. and Steril. **2**, 444 (1951).
- TIETZE, CHR.: The clinical effectiveness of contraceptive methods. Amer. J. Obstet. Gynec. **78**, 650 (1959).

Prof. Dr. G. K. DÖRING, 8 München 15, Maistr. 11,
I. Universitäts-Frauenklinik

K. ENGISCH (München): Die rechtliche Zulässigkeit von Schwangerschaftsunterbrechungen im geltenden Strafrecht und im Strafgesetzentwurf.

B. MUELLER (Heidelberg): Kriminologie der Abtreibung durch Ärzte mit Bemerkungen über das kommende Strafrecht. (Korreferat zum Vortrage ENGISCH.)

In meinem Korreferat möchte ich mich auf eine Einzelheit beschränken und auf die Stellung des Arztes in diesem Komplex eingehen.

Fast überall in Europa gibt es eine Möglichkeit, die Schwangerschaft bei entsprechender medizinischer Indikation zu unterbrechen, sei es laut Gesetz, sei es auf Grund einer Auslegung des Gesetzes, sei es auf Grund stillschweigender Duldung. Die Entscheidung über das Vorliegen der Indikation trifft in vielen anderen Ländern der Arzt, auf sich allein gestellt, nur sich selbst verantwortlich; so ist es z.B. auch jetzt in Spanien und auch in Südafrika; ich hatte vor kurzem Gelegenheit, mich mit Fachkollegen aus diesen Ländern zu unterhalten.

Auch bei uns gibt es hier und da Stimmen, meist inoffiziell erhoben, in denen der Wunsch ausgesprochen wird, diesen Zustand auch wieder in