02532

- (22) Holler, G.: Die europäischen akuten Infektionskrankheiten und das weibliche Genitale. In: Seitz, L., I. Amreich (Hrsg.): Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. 6 (Urban & Schwarzenberg: Berlin-Innsbruck-München-Wien 1954), 546.
- (23) Huchzermeyer, H., H. J. Wedemeyer: Die kindliche Prognose bei Lebererkrankungen der Mutter. 6. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin, Berlin 1973 (in Vorbereitung).
- (24) Hurwitz, M. B.: Jaundice in pregnancy. A 10-year study and review. S. Afr. med. J. 44 (1970), 219.
- (25) Iber, F. L.: Jaundice in pregnancy a review. Amer. J. Obstet. Gynec. 91 (1965), 721.
- (26) Käser, O.: Ikterus in der Schwangerschaft und unter Ovulationshemmern. In: Wannagat, L. (Hrsg.): Die akute Hepatitis (Thieme: Stuttgart 1971), 164.
- (27) Kallai, L., J. Gaon, F. Pinjo: Hepatitis und Schwangerschaft. Wien. Z. inn. Med. 48 (1967), 186.
- (28) Kese, G., L. Tonus, C. Riga: Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Rolle der Gallenfarbstoffe und -salze als Ursache der Fehl- und Frühgeburten bei Schwangeren mit Hepatitis epidemica. Zbl. Gynäk. 85 (1963), 1318.

- (29) Lau, H.: Frühgeburt (abnorm kurze Tragzeit), Frühreife, Unreife. In: Schwalm, H., G. Döderlein (Hrsg.): Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Bd. I. (Urban & Schwarzenberg: München-Berlin 1964), 415.
- (30) Lorant, P., H. Radl: Beitrag zur Frage der Fruchtschäden nach Virushepatitis. Wien. klin. Wschr. 81 (1969), 77
- (31) Malkani, P. K., A. K. Grewal: Observations on infectious hepatitis in pregnancy. Indian J. med. Res. 45, Suppl. (1957), 77.
- (32) Mansell, R. V.: Infectious hepatitis in the first trimester of pregnancy and its effect on the fetus. Amer. J. Obstet. Gynec. 69 (1955), 1136.
- (33) Martini, G. A., G. A. von Harnack, J. H. Napp: Hepatitis und Schwangerschaft. Dtsch. med. Wschr. 78 (1953), 661.
- (34) Morrow, R. H., H. F. Smetana, J. H. Edgcomb: Unusual features of viral hepatitis in Accra, Ghana. Ann. intern. Med. 68 (1968), 1250.
- (35) Naidu, S. S., R. Vishwanathan: Infectious hepatitis in pregnancy during Delhi epidemic. Indian J. med. Res., Suppl. 45 (1957), 71.
- (36) Rao, A. V., C. S. Devi, P. Savithri, E. Seshirekha: Infectious hepatitis in

- pregnancy and puerperium. Indian J. med. Sci. 23 (1969), 471.
- (37) Richards, B. L., J. Willocks, T. G. D. Dow: Jaundice in pregnancy. Scot. med. J. 15 (1970), 52.
- (38) Roth, L. G.: Pregnancy and viral hepatitis. Clin. Obstet. Gynec. 1 (1958), 87.
- (39) Schweitzer, I. L., R. L. Spears: Hepatitis-associated antigen (Australiaantigen) in mother and infant. New Engl. J. Med. 283 (1970), 570.
- (40) Seifert, E.: Die Virus-Hepatitis und ihre Folgezustände. Habilitationsschrift, Hannover 1969.
- (41) Siede, W.: Virushepatitis. In: Demling, L. (Hrsg.): Klinische Gastroenterologie. Bd. II (Thieme: Stuttgart 1973),
- (42) Siegler, A. M., M. Keyser: Acute hepatitis in pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec. 86 (1963), 1068.
- (43) Spiro, H. M.: Clinical Gastroenterology (McMillan: London 1970).

Dr. H. J. Wedemeyer
Dr. H. Huchzermeyer
Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie
des Departments Innere Medizin
Medizinische Hochschule
3 Hannover, Karl-Wiechert-Allee 9

- (44) Stengel, L.: Hepatitis und Gravidität. Dissertation, Freiburg 1963.
- (45) Ströder, J.: Zur Problematik der Hepatitis infectiosa im Kindesalter. In: Wannagat, L. (Hrsg.): Die akute Hepatitis (Thieme: Stuttgart 1971), 173.
- (46) Thiel, H.: Dtsch. Gesundh.-Wes. 13 (1963), 519; zitiert nach Bauch, K. (5).
- (47) Thorling, L.: Jaundice in pregnancy. A clinical study. Acta med. scand., Suppl. 302 (1955).
- (48) Vanista, J., O. Sousek: Jaundice during pregnancy. Čas. Lék. čes. 108 (1969), 225.
- (49) Wewalka, F.: Leber und Schwangerschaft. In: Demling, L. (Hrsg.): Klinische Gastroenterologie. Bd. II (Thieme: Stuttgart 1973), 777.
- (50) Wright, R., J. R. Perkins, B. D. Bower, D. W. Jerrome: Cirrhosis associated with the Australia antigen in an infant who acquired hepatitis from her mother. Brit. med. J. 1970/4,

## Arztrecht in der Praxis

Rechtsprechung · Aktuelle Mitteilungen · Problemfälle

#### Redaktion:

Rechtsanwalt Dr. Hans-Jürgen Rieger Wettersbach bei Karlsruhe

# Derzeitige Rechtslage beim Schwangerschaftsabbruch

Am 21. Juni 1974 wurde das Gesetz zur Reform des § 218 StGB im Sinne der Fristenlösung im Bundesgesetzblatt verkündet (Fünftes Gesetz zur Reform des Strafrechts – 5. StrRG – BGBl. I S. 1297). Am selben Tag hat das Bundesverfassungsgericht in dem Verfahren über den Antrag der Landesregierung von Baden-Württemberg das Inkrafttreten dieses Gesetzes durch einstweilige Anordnung (veröffentlicht in BGBl. I S. 1309) teilweise aufgeschoben. Danach besteht in der Zeit vom 22. Juni 1974 bis zur endgültigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts über die Vereinbarkeit der Fristenregelung mit dem Grundgesetz folgender Rechtszustand:

1. Handlungen, die während der ersten dreizehn Tage nach der Empfängnis vorgenommen werden, fallen überhaupt nicht unter das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs. Daher sind zum Beispiel die Anwendung von Intrauterinpessaren (Spiralen) und die Einnahme der »Pille danach« ohne weiteres zulässig.

2. Ab dem 14. Tag nach der Empfängnis ist der Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren in folgenden Fällen zugelassen:

a) während der gesamten Dauer der Schwangerschaft, wenn nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine Gefahr für ihr Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes abzuwenden, sofern die Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann (medizinische Indikation, § 218 b, Nr. 1);

- b) bis zum Ende der 22. Woche nach der Empfängnis, wenn nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder 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 (kindliche Indikation, § 218 b Nr. 2);
- c) bis zum Ende der 12. Woche nach der Empfängnis, wenn an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach § 176 StGB (sexueller Mißbrauch von Kindern), § 177 StGB (Vergewaltigung) oder § 179 Abs. 1 StGB (sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger) vorgenommen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht (ethische Indikation, Ziff. 2 der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 21. Juni 1974).
- 3. Auch wo die Voraussetzungen unter Ziff. 2 a bis c vorliegen, darf die Schwangerschaft nur abgebrochen werden, wenn die Schwangere sich vorher an einen Arzt

1838 Leser-Zuschriften Deutsche Medizinische Wochenschrift

oder eine ermächtigte Beratungsstelle gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder unterrichtet worden ist (§ 218 c StGB).

4. Schließlich ist die Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer und kindlicher Indikation davon abhängig, daß zuvor eine zuständige Stelle (Gutachterstelle) das Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen bestätigt hat. Bei der ethischen Indikation ist die Einholung eines Gutachtens nicht erforderlich.

Einzelheiten des Verfahrens bei der Gutachterstelle hat das 5. StrRG nicht geregelt. Es ist jedoch davon auszugehen, daß das Gutachten insofern bindend ist, als der Arzt ohne Vorliegen eines positiven Gutachtens einen Eingriff aus dem Gesichtspunkt der medizinischen und der kindlichen Indikation nicht vornehmen darf. Umgekehrt ist der Arzt aber nicht gezwungen, den Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, wenn er auf Grund der Feststellungen im Gutachten nicht davon überzeugt ist, daß die Voraussetzungen der medizinischen oder kindlichen Indikation vorliegen.

Der Gesetzgeber hat die Frage offengelassen, ob die bisherigen Gutachterstellen die Aufgaben nach dem 5. StrRG übernehmen oder ob Gutachterstellen neu errichtet werden sollen. Bis zu einer ausdrücklichen Regelung ist davon auszugehen, daß die bisherigen Gutachterstellen – in der Mehrzahl der Länder handelt es sich um Einrichtungen der Ärztekammern, in einigen Bezirken sind die Gesundheitsämter zur Begutachtung berufen – auch zur Durchführung des 5. StrRG zuständig sind. Dabei ist jedoch zu beachten, daß die Gutachten nach dem jetzigen Recht bestätigen müssen, daß sämtliche in § 218 b Nr. 1 oder 2 genannten Voraussetzungen (vgl. oben Ziff. 2 a und b) vorliegen. Daher

genügt zum Beispiel im Falle der medizinischen Indikation nicht mehr die Aussage, daß eine »ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit« der Mutter im Sinne des aufgehobenen § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses besteht.

5. Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen unter Ziff. 3 und 4 ist nur der den Schwangerschaftsabbruch vornehmende Arzt strafbar; die Schwangere selbst bleibt

auch in diesen Fällen straflos.

6. Der Schwangerschaftsabbruch darf, soweit er zulässig ist, nur in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung vorgenommen werden, in der die notwendige medizinische Nachbehandlung gewährleistet ist. Ein Verstoß hiergegen stellt eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einer Geldbuße bis zu 10 000 DM geahndet werden kann (Artikel 3 des 5. StrRG).

- 7. Weder der Arzt noch das medizinische Assistenzpersonal ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn, daß die Mitwirkung notwendig ist, um von der Schwangeren eine anders nicht abwendbare Todesgefahr oder die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (Artikel 2 des 5. StrRG). Die sich hieraus ergebenden Fragen werden demnächst in einem gesonderten Beitrag in dieser Wochenschrift behandelt werden.
- 8. Gerichtlich anhängige Strafverfahren wegen Taten, die nach neuem Recht nicht strafbar wären, werden bis zur endgültigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ausgesetzt. Bereits rechtskräftig verhängte Strafen dürfen bis zur endgültigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nicht vollstreckt werden.

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

## Leser-Zuschriften

### Diagnostik von Skeletterkrankungen mit 85 Strontium

Es ist sehr zu begrüßen, daß in der Arbeit von Firusian (5) eindringlich daran erinnert wird, daß die Verteilung osteotropher Radionuklide im Skelettsystem durch dynamische Prozesse bedingt ist und die Szintigraphie daher nur eine Momentaufnahme dieser Dynamik darstellt. Bevor die Möglichkeit einer bildhaften Darstellung der Strontiumverteilung im Organismus bestand, sind umfangreiche Untersuchungen über die Strontiumkinetik bei generalisierten und lokalen, benignen und malignen Skeletterkrankungen mit ähnlichen Methoden durchgeführt worden (1, 3, 13, 16). Ebenso liegen Untersuchungen über den

Einfluß ionisierender Strahlen auf den lokalen Strontiumstoffwechsel vor (8, 9, 10, 12, 14). Über dem großen diagnostischen Gewinn, den die Knochenszintigraphie brachte, sind die Möglichkeiten der diagnostischen Wertung der Strontiumkinetik leider weithin in Vergessenheit geraten. Die jetzt wieder in Erinnerung gerufenen kinetischen Untersuchungen sind als sinnvolle Ergänzung der szintigraphischen Diagnostik bei Patienten mit Skelettmetastasen anzusehen.

Bedauerlicherweise ist in der Arbeit die Strahlenbelastung nicht angesprochen worden. §5Sr hat mit einer physikalischen Halbwertzeit von 65 Tagen unter den für die Knochenszintigraphie gebräuchlichen Radionukliden die höchste Belastung des blutbildenden Systems. Wegen der Ungewißheit über die möglichen biologischen Langzeitwirkungen hat daher die U.S. Atomic Energy Commission die Verwendung dieses Radionuklides in den U.S.A. strikt auf Patienten mit maligner Grundkrankheit beschränkt (zitiert nach 6).

Einer weiteren Deutung bedürfen allerdings die vorgelegten Daten über die Retention von <sup>85</sup>Sr im Bereich osteolytischer Metastasen. Bislang war die Deutung eines positiven Szintigramms so, daß bei derartigen Prozessen neues Knochengewebe aufgebaut werde, nur der Abbau auch dieses neugebildeten Gewebes bei weitem überwiege,