

jenem Fall aus der Löfflerschen Arbeit, bei dem auf einer Bergtour zwei Stunden nach einem Bad in einem kalten Bergsee sich unter hohem Fieber, schwerem Krankheitsgefühl und leichtem Biuthusten ein Infiltrat im rechten Lungenfeld entwickelte, das sich 24 Stunden später unter Entfieberung löste. Gar manche als sog. Eintagspneumonien beschriebenen Krankheitszustände sind diesem Löfflerschen Falle an die Seite zu stellen. Zu ihm paßt auch die Beobachtung von Gines über flüchtige (tuberkulinnegative) Lungeninfiltrate nach Sonnenbestrahlung. Auch die von Sommer ausgesprochene Gleichsetzung des Löfflerschen Infiltrates mit einer lokalen Überempfindlichkeitsreaktion ähnlich der Urtikaria durch ganz verschiedene Sensibilisierung erfordert einen nervalen Reaktionsmechanismus. Dasselbe gilt auch für das Vorkommen der Löfflerschen Infiltrate im Rahmen eines asthmatischen Krankheitsbildes, wie Gernez-Rieux, Besançon-Jacquelin, Bräuning u. a. mitteilten und wie auch wir auf Grund eigener Beobachtungen bestätigen können.

4. Auch bei den peripherischen **tuberkulösen Lungenveränderungen im acinösen Endgebiet** können funktionelle nervale Ereignisse erörtert werden. Wenn wir bei Husten über den intracären Beginn des phthisischen Prozesses im Bronchus respiratorius lesen: „peripher vom Bronchiolus respiratorius, in dem als der engsten Stelle die aspirierten Tuberkelbazillen liegen bleiben, verfallen der Alveolargang und die Alveolen infolge Bronchiolusverstopfung der Kollapsinduration“, so möchten wir doch die Frage stellen, ob nicht auch hier funktionell kontraktile Vorgänge in der Alveolarmuskulatur auf den Reiz der bronchiolären Ansiedelung der Tuberkelbazillen ein wesentliches Moment für den acinösen Kollaps darstellen; denn so eng umschriebene Luftresorptionsatelektasen können niemals durch Bronchialverschluß entstehen. Der Analogieschluß zu den bronchostenotischen Tierversuchen (s. o.) ist hier nicht gültig, da gerade diese Tierversuche zeigten, daß nur beim Verschluß eines größeren Bronchus, nicht aber eines Bronchus dritter oder noch höherer Ordnung, Atelektasen erwartet werden können. Auch die interaevolären Septumlücken gewährleisteten so vielfache Verbindungen mit den Lufträumen der benachbarten Alveolen, daß der einzelne Lungenacinus nicht auf die bronchioläre Luftzufuhr angewiesen ist. Die mechanische bronchiolostenotische Ausdeutung der Hustenschen Befunde ist also unvorstellbar. Husten selbst glaubt bereits an eine von den zirkulären Muskelfasern der Alveolargänge und Alveolarbasen ausgehende peripäerisch-trachealwärts verlaufende, dem Luftwechsel dienende Peristaltik. Der acinöse Kollaps könnte dann nur das Stehenbleiben der peristaltischen Welle in einer kontraktilen Phase sein, der unter Umständen später der organische Umbau zur Kollapsinduration folgen kann. Mit dieser Betrachtungsweise, die wohl begründet werden kann, wenn auch der schlüssige Beweis ihrer Gültigkeit noch fehlt, stände bereits am Anfang jeder acinösen phthisischen Erkrankung eine nervale kontraktionsatelektische Reaktion, wenn auch noch kleinsten Ausmaßes. (Schluß in nächster Nummer)

Über § 218

Vortrag auf der Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Göttingen am 30. Juni 1946

Von Professor Dr. jur. Eberhard Schmidt

Kaum eine Bestimmung des geltenden Rechts ist in ihrer Bedeutung und Tragweite von den jeweiligen politischen, sozialen, wirtschaftlichen und sittlichen Verhältnissen so abhängig wie der die Abtreibung unter Strafe stellende § 218 RStGB. Geschaffen

in den politisch und sozial stabilen Zeiten des neu entstandenen Deutschen Reiches, hat § 218 in den ersten Jahrzehnten seiner Geltung nicht ahnen lassen, welche Problematik hinter seiner Norm lauert. Es ist höchst bezeichnend, daß man an der Richtigkeit dieser Rechtsnorm irre zu werden begann, als der erste Weltkrieg mit seinem für unsere gesamten politischen Verhältnisse katastrophalen Ausgang die ungeheure Veränderung deutlich machte, die sich in Deutschland in sozialen und sittlichen Beziehungen gegenüber der früheren Zeit vollzogen hatte. Die Vorschläge zur Änderung, ja Abschaffung des § 218 nahmen seitdem kein Ende und bewiesen die große Mannigfaltigkeit der Standpunkte, von denen aus das Problematische des § 218 gesehen werden kann. Das Reichsgericht schuf in seiner berühmten Standardentscheidung vom 11. März 1927 wenigstens für die medizinisch indizierte und vom gewissenhaften Arzt lege artis durchgeführte Schwangerschaftsunterbrechung eine für die Rechtspraxis maßgebende sichere Grundlage, löste aber doch nur einen relativ kleinen Teil der um § 218 entstandenen Fragen überhaupt. Eine gesetzliche Regelung erfolgte dann sowohl für die medizinische wie für die eugenische Schwangerschaftsunterbrechung durch die §§ 14 und 10a des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933 in Verbindung mit Art. 2—5 und 14 der 4. AusVO. zu diesem Gesetz vom 18. 7. 1935. Aber die hiermit zunächst erzielte Rechtssicherheit, die sich übrigens auch jetzt noch nur auf einen, freilich bedeutenden, Teil aller in Frage kommenden Probleme beschränkte, ist seit dem Zusammenbruch des vorigen Jahres wieder durcheinander ins Wanken geraten. Wieder ist in dieser Beziehung die ungeheure politische Not und die mit ihr stets zusammenhängende sittliche Verwirrung über uns zusammengeschlagen. Wo Millionen von Menschen auf der Flucht von Haus und Hof ins Elend geraten, die Bande der Familie durch politische Maßnahmen oder die Gewalt der Ereignisse zerrissen werden, das Leben durch Form und Art moderner Kriegführung auf die niedrigste Wertstufe gesunken ist und die apokalyptischen Reiter alle erdenklichen Schrecken über eine ratlos gewordene Menschheit breiten, ist die Achtung vor dem keimenden Leben begreiflicherweise geschwunden, ist die Bereitschaft gewachsen, dieses Leben drängenden Interessen des Augenblicks aufzuopfern, um mit den ungeheuren Schwierigkeiten des Daseins wieder für eine kurze Weile fertig zu werden. Aber auch ein sittlicher Verfall macht sich bemerkbar. Frivoler Leichtsinns treibt zur Ausnutzung jeder sich bietenden Gelegenheit zu kurzem Genuß. Ehen werden ebenso schnell geschlossen wie gelöst. Leichtfertigste Auffassungen haben der geschlechtlichen Sittlichkeit den letzten Stoß versetzt. Auch hier ergibt sich als Folge eine erschütternde Gleichgültigkeit gegenüber dem keimenden Leben, eine trostlose Verantwortungslosigkeit vor dem künftigen Geschlecht.

Ins Juristische transponiert, ergibt sich eine grandiose Unsicherheit hinsichtlich der Frage, ob § 218 überhaupt noch gilt bzw. ob und unter welchen Voraussetzungen entgegen seiner, die Tötung der Leibesfrucht verbietenden Norm doch in das fötale Leben eingegriffen werden darf, um irgendwelche, der Erhaltung dieses Lebens entgegenstehende Interessen zu befriedigen. Als rein juristische Frage gesellt sich die hinzu, ob und inwieweit die nationalsozialistische Gesetzgebung der Jahre 1933 und 1935, auf die ich hinwies, noch in Kraft ist.

Manches dürfte sich freilich inzwischen geklärt haben. Lassen Sie mich versuchen, Ihnen den Stand des gegenwärtigen Rechts darzulegen und, soweit Zweifel bleiben, einige Forderungen an den Gesetzgeber zu entwickeln. Ich weiß, daß ich nicht in der Lage bin, alle Zweifel zu lösen, die sich hinsichtlich der Problematik des § 218 eingestellt haben, und bekenne, daß ich von einem ganz bestimmten Standpunkt aus, der letzten Endes weltanschau-

lich bedingt ist und den mancher einseitig nennen mag, an diese Problematik herangehe. Ich mache aus diesem Standpunkt kein Heil. Er ist bestimmt durch meine Einstellung zum menschlichen Leben überhaupt und zum Wesen ärztlichen Wirkens. Den, der diesen Standpunkt nicht teilt, zu überzeugen, mache ich mir keine Hoffnung. Aber niemand glaube, ohne einen ganz festen Standpunkt mit der Problematik des § 218 fertig werden zu können.

I.

1. Als Ausgangspunkt nehme ich den Satz: § 218 ist nach wie vor in unbedingter Geltung. Das fötale Leben darf grundsätzlich nicht angetastet werden. Ob der aus diesem Leben durch die Geburt hervorgehende Mensch einem günstigen oder ungünstigen Schicksal entgegenggeht, ob er seinen Erzeugern oder der sozialen Gesamtheit erwünscht oder unerwünscht ist, ob er die Verhältnisse, in die er hineingeboren wird, fördert oder belastet, ist grundsätzlich gleichgültig. Man kann den Sinn des § 218 rational in populationistischen Interessen suchen, **letzten Endes ist es der irrationale Wert der Heiligkeit des Lebens überhaupt**, der die Norm des § 218 rechtfertigt und notwendig erscheinen läßt. Dieser Wert läßt sich nicht ohne weiteres durch rationale Interessenabwägungen kompensieren oder wegargumentieren. Nur wer an ihm festhält, gewinnt nach meinem Darurhalten einen festen Standpunkt im Strudel der sich überschneidenden und überkreuzenden Interessen des wechselvollen Daseins.

2. Gewiß kann im Einzelfall auch der Wert des fötalen Lebens durch einen höheren in Frage gestellt werden. Das fötale Leben ist ohne das mütterliche Leben nicht zu denken. Auch dessen Heiligkeit verdient Achtung. Wo das mütterliche Leben durch das fötale bedroht wird, entsteht ein Konflikt, der den Respekt vor dem fötalen Leben in Frage stellen kann. Ich weiß, daß etwa vom katholischen Standpunkt aus die Lösung dieses Konfliktes in concreto durch menschliche Eingriffe nicht anerkannt wird, daß die Entscheidung darüber, welches Leben erhalten bleiben soll, ob das eine oder beide zugrundegehen sollen, Gott allein vorbehalten bleibt. Diesen Standpunkt achte ich; ich teile ihn aber nicht. Ich glaube, daß, wenn beide Leben in Gefahr sind, dem Menschen nicht zu verwehren ist, wenigstens das eine zu retten, und daß dann das mütterliche Leben als das sozial höherwertige anzuerkennen ist. Aber auch da, wo allein das mütterliche durch das fötale Leben in Gefahr kommt, steht uns das mütterliche soviel höher, daß das fötale Leben preisgegeben werden darf. Von hier aus ergibt sich die **Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation**.

Es fragt sich, was **medizinische Indikation** ist. Die Entscheidung des Reichsgerichts vom 11. 3. 1927 setzt „eine gegenwärtige Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsbeschädigung der Mutter“ voraus, § 14 des Gesetzes vom 14. 7. 1933 „eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit“ der Schwangeren; die nach 1933 tagende amtliche Strafrechtskommission aber schlug die Formel vor: „um die Schwangere aus einer ernsten Gefahr des Todes oder einer schweren dauernden Gesundheitsschädigung zu retten“. Alle diese Formulierungen geben natürlich nur Richtlinien ab, die dem richterlichen Ermessen einen gewissen Spielraum lassen. Eine völlig eindeutige Formulierung dessen, was **medizinische Indikation** ist, wird auch tatsächlich nicht möglich sein. Es kommt nur darauf an, daß die Schwangerschaftsunterbrechung auf ernsthafte, erhebliche Gefährdungen der Mutter beschränkt wird. Die normalen Gefahren der Entbindung müssen jeder Schwangeren zugemutet werden; auch darf nicht jede mögliche Gesundheitsbeeinträchtigung als Folge von Schwangerschaft oder Geburt den Eingriff rechtfertigen. Sogar eine „überdurchschnittliche Gefährdung“ der Gesundheit der Mutter wird hinge-

nommen werden müssen. Nur dann, wenn von einem streng-sachlichen medizinischen Standpunkt aus ernsthaft mit Todesgefahr oder mit der Gefahr einer nach Grad und Dauer sehr erheblichen Gesundheitsschädigung zu rechnen ist, darf m. E. das fötale Leben angetastet werden. Die von der amtlichen Kommission gewählte Formel bringt das m. E. am deutlichsten zum Ausdruck. Sie sollte schon jetzt die Auslegung des § 14 des Erbgesundheitsgesetzes beherrschen. Denn dieser § 14 darf, wenn auch sonst das Erbgesundheitsgesetz obsolet geworden sein dürfte, noch als geltendes Recht angesprochen werden. Wenn er aber von „ernster Gefahr für Leben oder Gesundheit“ spricht, so wird gerade bezüglich der Gesundheit von einer „ernsten“ Gefahr nicht schon dann zu sprechen sein, wenn der Eintritt einer (im übrigen beliebigen) Gesundheitsschädigung mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, sondern **wenn auch die Qualität der Gesundheitsschädigung eine „ernste“ ist**, d. h. also, wenn sie hochgradig und langauernd ist. Auf solche Strenge der Auslegung weruen wir kaum verzichten dürfen, soll Mißbräuchen nicht Tür und Tor geöffnet sein.

Inwieweit in diesem Sinne in concreto eine „ernste Gefahr“ vorliegt, ist in erster Linie eine medizinische Frage, die der ärztliche Sachverständige zu beantworten hat. Aber **diese medizinische Frage kann richtig nur unter Mithberücksichtigung sozialer Gesichtspunkte beantwortet werden**. Der Arzt behandelt ja nicht Krankheiten, sondern Kranke. Auch medizinisch ist die gesundheitliche Lage eines Kranken ohne Berücksichtigung seiner sozialen Lebensverhältnisse nicht zu beurteilen. Die Ernsthaftigkeit der hier interessierenden Gefahren für Leben und Gesundheit der Mutter sind denn auch durch ihre sozialen Lebensbedingungen mitbedingt. Es ist also völlig richtig, wenn Herr Kollege Martius in seinem sehr lesenswerten Aufsatz über „Die Indikationen zum Abortus artificialis“ (Dtsch. med. Wschr. 1933, 29) den Abortus artificialis unter der Voraussetzung als berechtigt angesehen hat, daß „unter Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse bei Erhaltung der Gravidität eine schwere Gefahr für die Gesundheit und“ (besser: oder) „das Leben der Patientin nicht abgewendet werden kann“. Es ist ihm durchaus zuzugeben, daß damit keineswegs der „Begriff einer kombinierten sozialen und medizinischen Indikation“ aufgestellt wird. Vielmehr liegt auch bei dieser notwendigen Mithberücksichtigung der sozialen Verhältnisse der Schwangeren immer noch eine ausgesprochen **medizinische Indikation** vor, wenn nur an dem erwähnten Erfordernis einer ernsten Gefahr für Leben oder Gesundheit mit aller Strenge festgehalten wird. „Die rein medizinischen Momente werden“ also, wie Martius treffend darlegt, „stets zu überwiegen haben.“ Aber in diesem Rahmen sind soziale Rücksichten notwendig und berechtigt. Ein Wort über die „soziale Indikation“ als solche ist damit noch durchaus nicht gesprochen.

3. Von einer auf streng medizinischer Indikation beruhenden Schwangerschaftsunterbrechung sollte schlechthin gesagt werden können, daß sie als ärztliche Handlung zur Rettung der Mutter keinesfalls unter den Typus „Abtreibung“ im Sinne des § 218 fallen kann. Der Arzt, der auf Grund medizinischer Indikation lege artis verfährt, darf nicht mit der Engelmacherin auf eine Stufe gestellt werden. Ihrem gesamten Sinn nach ist die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung eben keine „Abtreibung“. § 218 sollte daher, was auch sonst etwa an der Handlung des Arztes zu beanstanden sein sollte, keinesfalls zur Anwendung kommen dürfen.

Aber hier geraten wir auf ein verzweifelt schwieriges Gebiet. An der ärztlichen Maßnahme könnte etwa zu beanstanden sein, daß eine ordnungsmäßige Einwilligung der Schwangeren fehlt oder daß der Arzt sich um das Gutachten der sachverständigen Gutachterstelle

nicht bemüht hat, dessen Einholung die 4. AusfVO. vom 18. 7. 1935 ihm auferlegt.

Wird die an solchen Mängeln leidende, medizinisch aber einwandfrei auf Rettung der Mutter zielende ärztliche Maßnahme nun doch wieder zu einer dem Typus „Abtreibung“ unterfallenden strafbaren Handlung?

Das müssen wir näher prüfen.

a) An der Einwilligung der Schwangeren kann es in concreto aus sehr beachtlichem Grunde fehlen: Die Schwangere wird in eklampthischem Zustande besinnungslos in die Klinik eingeliefert; sofortiger Eingriff ist unbedingt erforderlich. Man hilft sich hier mit dem Gesichtspunkt der „**mutmaßlichen**“ **Einwilligung**. Aber das ist keine Lösung, sondern nur eine Verschiebung des Problems. Denn es fragt sich, ja wann die Einwilligung gemutmaßt werden darf. Dies aber nur dann, wenn der Eingriff als solcher auch ohne die Einwilligung zu rechtfertigen ist, d. h. wenn er sich von unseren rechtskulturellen Wertungen aus als das sozial und sittlich einwandfreie, vernünftige, richtige Mittel zu einem als berechtigt anzuerkennenden Zweck darstellt. Weil das von einer in solcher Lage durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechung gesagt werden darf, tragen wir im erwähnten Fall kein Bedenken, den Arzt auch ohne die tatsächlich erklärte Einwilligung der Schwangeren zu rechtfertigen.

Aus dem gleichen rechtlichen Prinzip aber folgt, daß der Arzt möglicherweise auch in solchen Fällen, wo an und für sich die Einholung der Einwilligung der Schwangeren möglich wäre, auf diese Einwilligung verzichten und ohne sie den Eingriff durchführen darf; dies nämlich dann, wenn vom medizinischen Standpunkt aus die Einholung der Einwilligung mit erheblichen Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren, etwa mit bedenklichen seelischen Traumata verbunden sein würde. Die Herren Mediziner wollen beurteilen, ob solche Fälle bei Schwangerschaften möglich sind. Wenn ja (und ich könnte es mir denken), dann ist die Lage des Arztes hier keine andere als bei sonstigen Operationen. Freilich ist Vorsicht sehr am Platze. Daß nicht jede Aufregung schon als seelisches Trauma pathologischer Art anzusehen ist, ist selbstverständlich.

Abgesehen von Fällen dieser Art aber muß die Einwilligung der Schwangeren vorliegen. Fehlt sie, so muß der Arzt damit rechnen, daß er aus § 218 verurteilt wird. Ich stehe freilich nicht an zu bekennen, daß ich eine solche Verurteilung aus § 218 für rechtlich ganz verfehlt halte, immer vorausgesetzt, daß der Eingriff, abgesehen von der fehlenden Einwilligung, medizinisch in bester Ordnung ist bezüglich Indikation und Durchführung. Denn dann ist der Eingriff meines Erachtens eben immer noch ärztliche Heilhandlung, Handlung mit vernünftigem medizinischem Sinn und demgemäß wesen verschieden von dem „Abtreibungs“-Typus, also dem medizinisch verwerflichen Tun der Engelmacherin. Was der ohne die (mögliche) Einwilligung handelnde Arzt mißachtet, ist nicht das in § 218 geschützte Rechtsgut, sondern das Rechtsgut der persönlichen Willensentschließungsfreiheit der Schwangeren. Hierfür brauchen wir im Gesetz einen besonderen Verbrechertypus, der denn auch in den verschiedenen Entwürfen zu einem neuen Strafgesetzbuch nicht fehlt und unter dem sehr richtigen Signum „**eigenmächtige Heilhandlung**“ die unbedingt notwendige Sonderregelung erfahren hat. Damit wäre für den hier interessierenden Fall an § 218 die erforderliche Typenkorrektur vorgenommen und dafür gesorgt worden, daß das medizinisch einwandfreie Handeln des Arztes keinesfalls dem Typus „Abtreibung“ unterfallen kann, ohne doch zugleich mangels eines sonst passenden Verbrechenstypus straflos bleiben zu müssen. Ich trage gar kein Bedenken, schon de lege lata

zu erklären, daß die Schwangerschaftsunterbrechung ohne Einwilligung im Hinblick auf die Existenz des § 14 des Erbgesundheitsgesetzes von 1933 schon nicht mehr dem Typus „Abtreibung“ unterstellt werden darf, weil nach meinem Dafürhalten schon dieser § 14 die ärztlichen Maßnahmen diesem Typus entzogen, also an § 218 eine vielsagende Typenkorrektur vorgenommen hat. Aber ausdrücklich gesagt ist das im positiven Gesetz bisher nicht. Ob daher diese meine (zur Straflosigkeit des Arztes führende) Meinung in der heutigen gerichtlichen Praxis sich durchsetzen könnte, ist mir sehr zweifelhaft. Daher wird die Lage des Arztes in solchen Fällen äußerst kritisch sein! Die Einwilligungsfrage muß daher vom Arzt mit größter Vorsicht behandelt werden, zumal die etwa vom Ehemann erteilte Einwilligung keineswegs die der Schwangeren selbst ersetzen kann.

b) Ganz Entsprechendes gilt von der Einholung des Gutachters der Gutachterstelle, die nach der 4. AusfVO. von 1935 notwendig ist. Nur bei nachweisbarer Gefahr im Verzuge darf auf sie ausnahmsweise schon nach dem Gesetz verzichtet werden. In allen anderen Fällen läuft der Arzt Gefahr, wegen Abtreibung verurteilt zu werden! Ich halte dies gegenüber einem medizinisch sonst einwandfreien Eingriff ebenfalls für verfehlt und meine, daß hier eine Bestrafung aus dem besonderen sanitätspolizeilichen Gesichtspunkt der mangelnden Selbstunterordnung des Arztes unter die Autorität der Gutachterstelle, also wieder aus dem Gesichtspunkt einer Eigenmächtigkeit erfolgen müsse. Zur „Abtreibung“ wird nach meiner Rechtsanschauung auch hier die medizinisch einwandfreie Maßnahme des Arztes nicht. Aber auch hier kann ich nicht dafür einstehen, daß die Gerichte den § 218 nicht anwenden würden, da heute nach dem Gesetz der Vergehenstypus strafbarer ärztlicher Eigenmächtigkeit eben noch fehlt! Also auch insoweit bitte äußerste Vorsicht!!

II.

Mit dem Gesagten habe ich die Fälle, wo eine ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung zu rechtfertigen ist, also zur Bestrafung aus § 218 nicht führen kann, bereits erschöpfend dargelegt. Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen:

1. Aus **lediglich sozialer Indikation** ist eine Schwangerschaftsunterbrechung nicht zu rechtfertigen.

Auf der Tagung der deutschen Landesgruppe der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung in Frankfurt a. M. (1932) ist dem Gesetzgeber folgender Vorschlag gemacht worden: „Die Unterbrechung der Schwangerschaft aus sozialen Gründen ist gesetzlich zuzulassen, wenn die Mutter oder das Kind wirtschaftlichem Elend ausgesetzt sein würde.“ Ich lasse dahingestellt sein, ob sich eine Vorschrift dieser Art gesetzgeberisch so fassen ließe, daß nicht schlimmste Mißbräuche sich einschleichen könnten. Das geltende Recht kennt jedenfalls eine Norm dieser Art nicht. Es ist nicht Sache des Arztes, die soziale Frage durch Vernichtung keimenden Lebens zu lösen. Er hat für Erhaltung jeden Lebens tätig zu werden und muß die Beseitigung sozialer Elendszustände den dafür zuständigen Organen des Staates überlassen. Gewiß wird der Arzt bemüht sein, im Rahmen des ihm Möglichen die soziale Lage einer Schwangeren zu verbessern. Das wird ihm seine Standesethik aufgeben. Aber gerade seine Standesethik verlangt von ihm, mehr noch als von anderen, in erster Linie Achtung vor der Heiligkeit des Lebens und vorbildliche Förderung des sittlichen Interesses an Hochhaltung und Verbreitung solcher Achtung vor der Heiligkeit des Lebens. Das aber verwehrt ihm die Vernichtung fötalen Lebens aus lediglich sozialen Gründen, ungeachtet alles menschlichen Mitgeföhls, das er mit dem sozialen Elend und der Not seiner Patientinnen haben wird. Er wird hier manchen inneren Konflikt durchkämpfen müssen. Aber seine Entscheidung darf nur für die Lebenserhaltung, nicht für

die Lebensvernichtung fallen. Daran darf ihn auch nicht der Gedanke irre machen, daß sich die Schwangere nun vielleicht in die Hand eines Kurpfuschers oder einer Engelmacherin begeben und damit selbst auch noch in schwerste Gefahren bringen werde. Aus dieser Not kann nur der Gesetzgeber, nicht der einzelne Arzt den Ausweg bieten.

Die Dinge liegen natürlich anders, wenn die soziale Indikation in eine medizinische umschlägt. Das könnte vor allem wohl dann der Fall sein, wenn die Schwangerschaft im Hinblick auf die soziale Not einen psychisch krankhaften Zustand mit psychopathologisch bedingter Selbstmordgefahr auslöst. In der bereits erwähnten Entscheidung des Reichsgerichts vom 11.3.1927 ist die psychopathologisch bedingte Selbstmordgefahr als Rechtfertigungsgrund für die Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt worden. Ganz mit Recht. Die Indikation ist dann eben keine lediglich soziale, sondern eine echt medizinische, die, wie schon gezeigt, soziale Indikationsmomente gegebenenfalls in sich aufnehmen muß. Auch dann wird immer noch von einer medizinischen Indikation zu sprechen sein, wenn zu besorgen ist, daß auch ohne Selbstmordgefahr die erhebliche Gefahr eines psychischen Erkrankungszustandes gegeben ist, oder wenn zwar die Selbstmordgefahr durch andere Maßnahmen beseitigt werden kann, die Gefahr der psychischen Erkrankung aber als solche bestehen bleibt. Inwieweit die einfache depressive Reaktion hierher zu rechnen ist, wage ich nicht zu entscheiden. Hier muß ich dem Psychiater das Wort überlassen. Überhaupt wird der Gynäkologe hier nicht ohne Mitwirkung des Psychiaters eine sachgemäße Entscheidung fällen können.

2. Aus **lediglich eugenischer Indikation** ist eine Schwangerschaftsunterbrechung ebenfalls nicht zu rechtfertigen.

Kein Zweifel, daß es Fälle gibt, wo man sich fragen muß, ob nicht selbst die Achtung vor der Heiligkeit des Lebens verstummen muß angesichts der Tatsache, daß das zu erwartende Leben ein lebensunwertes sein wird, daß die Gefahr schwerer sozialer Störungen seitens seines Trägers und schwerer Belastung öffentlicher Mittel kaum abwendbar ist. Diese Gefahr soll nach den von Rüdin angestellten Untersuchungen namentlich in den Fällen sehr erheblich sein, wo beide Eltern schizophren sind oder bei beiden manisch-depressives Irresein vorliegt.

De lege lata aber kann die Schwangerschaftsunterbrechung keinesfalls aus eugenischen Gründen gerechtfertigt werden. Der Arzt würde rettungslos der Bestrafung aus § 218 verfallen.

Aber auch de lege ferenda kann ich die Schwangerschaftsunterbrechung nicht als zulässiges Mittel empfehlen. Das würde Aufopferung eines Lebens zugunsten sozialpolitischer Interessen bedeuten. Es ist dann nur noch ein Schritt zu der durch die Vergangenheit mit Recht schwer diskreditierten Tötung von Geisteskranken und Geistesschwachen zur Tötung aller derjenigen überhaupt, die infolge Arbeitsunfähigkeit, Alters- oder aus sonstigen Gründen nur noch eine Last für andere und für die Öffentlichkeit darstellen. Aber die Menschen sollen endlich aufhören, hier Schicksal spielen zu wollen und sich um die sittlichen Pflichten zu drücken, die sie auch dem hilflosen Leben gegenüber haben.

Eine ganz andere Frage ist es, was geschehen soll und darf, um die Entstehung eines aus gewissen Gründen lebensunwerten Lebens zu verhindern. In dieser Hinsicht tritt das Sterilisierungsproblem in die Erscheinung. Aber darauf kann ich hier, ohne den Rahmen meines Vortrages zu sprengen, nicht eingehen.

3. Es bleibt schließlich die Frage zu erörtern, ob der Arzt berechtigt ist, **eine aus Notzucht entstandene Schwangerschaft** auf Verlangen der Schwangeren zu unterbrechen. Diese Frage ist im vorigen Jahre sehr aktuell geworden, da sich Frauen in zahlreichen Fällen darauf berufen haben, sie seien von Angehörigen der

Besatzungsmächte, insbesondere von Angehörigen kolonialer Truppen, vergewaltigt und geschwängert worden. Die Ärzteschaft hat hier offenbar mit großer Bereitschaft ihre Hilfe zur Verfügung gestellt, um solchen Frauen die Schwangerschaft zu beseitigen. Inzwischen sind freilich die lebhaftesten Bedenken laut geworden. Nicht nur die Militärregierungen, auch deutsche Behörden haben auf die Unerlaubtheit solcher Eingriffe mit Nachdruck hingewiesen und an die unentwegte Fortgeltung des § 218 erinnert.

In der Tat hat sich hier aus Mitleidsgründen ein höchst bedenklicher Mißbrauch eingebürgert.

Die Bedenken erwachsen zunächst aus der Tatsache, daß dem Arzt die Feststellung, ob eine Notzucht wirklich stattgefunden hat, in objektiver Weise gar nicht möglich ist. Er muß sich auf die Angaben der betreffenden Frauen verlassen. Und diese Angaben sind erfahrungsgemäß höchst fragwürdig. Ich habe in zehnjähriger Richtertätigkeit zwar manche Anklage wegen Notzucht erlebt; aber mir ist nur ein einziger Fall vorgekommen, wo eine Verurteilung wegen versuchter Notzucht erfolgen mußte; in allen anderen Fällen erwies sich in der Hauptverhandlung, daß eine vis haud ingrata stattgefunden hatte. Nun liegen die Verhältnisse in der Zeit der militärischen und politischen Katastrophe sicher so, daß Vergewaltigungen — leider wohl in zahlreichen Fällen — vorgekommen und daß Frauen infolge eingetretener Schwangerschaft in die furchtbarste seelische Not gekommen sind.

Die Tatsache einer solchen Notzuchtschwängerung vorausgesetzt, ist zu prüfen, ob der Arzt die Schwangerschaft unterbrechen darf.

Eine Rechtfertigung wäre nur möglich aus dem Gesichtspunkt des sogenannten „übergesetzlichen Notstandes“. Das heißt: es müßte gesagt werden können, daß der Arzt mit der Zerstörung des fötalen Lebens in einer wertmäßig einwandfreien Weise ein berechtigtes Interesse wahrgenommen hätte. Aber hier entstehen unüberwindliche Schwierigkeiten. Der Achtung vor dem nun einmal vorhandenen fötalen Leben steht das Interesse der Mutter gegenüber, vor einem Kinde bewahrt zu bleiben, dessen Existenz ihr die grausige Erinnerung an die vielleicht fürchterlichste Stunde ihres Lebens ständig wachhält und demgemäß eine lebenslange schwere seelische Belastung bedeutet. Das ist zweifellos eine Not, über die man nicht einfach hinwegsehen darf. Aber schon eine Interessenabwägung stößt hier auf große Schwierigkeiten, ja sie ist eigentlich gar nicht möglich. Denn die einander gegenüberstehenden Interessen erscheinen mir inkommensurabel. Ein Leben, und sei es noch so unerwünscht, kann nicht Gegenstand eines Interessenkalküls sein, es sei denn, daß — wie bei der medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung — gesagt werden kann, daß das fötale Leben das mütterliche durch seine Existenz in ernste Gefahr bringt. Soweit das bei der Notzuchtschwängerung nicht der Fall ist, muß es bei dem Grundsatz bleiben, daß das fötale Leben als solches vom Arzt unbedingt zu respektieren ist. Jeder Schritt von diesem Grundsatz weg führt auf die gleiche abschüssige Bahn, auf die wir bei der Zulassung der sozialen oder eugenischen Schwangerschaftsunterbrechung geraten würden.

Die Hilfe, die der vergewaltigten Frau gebracht werden muß, kann nur darin bestehen, daß sie von dem Kinde nach seiner Geburt befreit wird. Dazu hat der Staat eine unbedingte Pflicht, wenn die Mutter es verlangt. Der Staat, der seine Frauen nicht vor gewaltsamen Schändungen bewahren kann, kann von ihnen nicht verlangen, daß sie die daraus hervorgegangenen Kinder als dauernde Erinnerung an grauenvolles Erleben um sich behalten und mit mütterlicher Sorgfalt großziehen. Er hat die sittliche wie rechtliche Pflicht — ganz gleich, wie die wirtschaftliche Lage der Mutter sein mag —, die Sorge für das Kind auf sich selbst zu nehmen. Soweit es noch nicht geschehen ist,

muß schleunigst für eine Anweisung an die Landesjugendämter gesorgt werden, die Versorgung dieser Notzuchtkinder nicht nur dann zu übernehmen, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse die Versorgung durch die Mutter nicht zulassen oder die Mutter ihrer Erziehungspflicht aus anderen Gründen nicht nachkommen kann, vielmehr unter allen Umständen diese Kinder auf öffentliche Kosten in Heimen oder Pflegestellen unterzubringen. Das ist der Staat nicht nur den Müttern solcher Kinder, sondern auch den Ärzten schuldig; denn in Fällen erwiesener Notzucht wird der Arzt gegenüber dem ihm gestellten Ansinnen, die Schwangerschaft zu unterbrechen, immer in einen schweren inneren Konflikt geraten. Es wird ihm aber leichter werden, in diesem Konflikt seiner ärztlichen Lebenserhaltungspflicht zu folgen, wenn er weiß und den Frauen sagen kann, daß das zur Welt gebrachte Kind für sie eine weitere Belastung nicht darstellen werde.

Es erübrigt sich auszuführen, daß bei einer Notzuchtsschwängerung die Lage dann eine andere ist, wenn der Notzuchtsakt zu einem pathologischen seelischen Trauma führt und die Gefahr einer erheblichen seelischen Erkrankung, möglicherweise mit Selbstmordgefahr entsteht. Hier gilt genau das gleiche, was ich von den gleichen Störungen bei der sozialen Indikation gesagt habe. Denn nunmehr kann eine medizinische Indikation vorliegen, für die nichts Besonderes gilt.

III.

Ich glaube, damit im wesentlichen diejenigen Fragen durchgemustert zu haben, die der § 218 uns gegenwärtig stellt. Wenn ich dabei einen Standpunkt eingenommen habe, der mit Rücksicht auf die Beschränkung der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung auf die medizinische Indikation rigoros erscheinen mag, so bekenne ich, daß ich den Vorwurf eines Rigorismus nicht scheue. Bei einem Problem, das in so komplexer Weise eine Verschlingung von berechenbaren individuellen und sozialen Interessen einerseits mit den tiefsten irrationalen Werten aus dem Bereich des Sittlichen andererseits aufweist, will mir jede Relativierung der letzteren zugunsten der ersteren höchst bedenklich erscheinen. Die schwere Erkrankung unserer Kultur beruht auf einem Fehlen fester sittlicher Standpunkte in fast allen Fragen unseres menschlichen Seins und auf einer Relativierung aller, auch der höchsten rechtlichen und sittlichen Werte. Ein kaltes Zweckdenken hat sich überall an die Stelle sittlicher Ehrfurcht und Bescheidenheit gegenüber dem Irrationalen unseres Lebens und auch des Waltens der Natur gedrängt. Aber gerade die Natur übt dafür ihre Rache am Menschen. Sie wissen besser als ich, daß die rational noch so trefflich begründete Schwangerschaftsunterbrechung als schwerer Eingriff in den mütterlichen Organismus oft genug schwerere Folgen zeitigt, als die Übelstände es wären, die man mit ihr bekämpfen zu können meint, daß alle noch so fortschrittliche medizinische Technik diesen Folgen gegenüber keine unbedingte Sicherheit zu geben vermag. Helfen Sie, meine Herren Ärzte, uns Juristen dabei, unser Volk wieder zur Anerkennung des Vorrangs sittlicher Werte und Pflichten zu führen vor allen scheinbar noch so wichtigen Zwecken der Politik und der Staatsräson oder wie man sonst die rationalen Gesichtspunkte zu benennen (um nicht zu sagen: zu bemänteln) sucht. Wirken wir Juristen für die Heiligkeit des Rechts und der Gerechtigkeit, so treten Sie ein für die Heiligkeit des Lebens und für die Ehrfurcht vor der Natur und ihrer unerforschlichen Gesetzmäßigkeit. Aus solchem Bund zwischen Themis und Asklepios werden, daß bin ich gewiß, die segenvollsten Wirkungen für einen sittlichen Wiederanstieg sich ergeben, um den es in erster Linie zu kämpfen gilt. So führen uns auch diese Fragen, die wir heute erörtern, zu den letzten entscheidenden Problemen unserer Gegenwart.

Aus der Universitätsfrauenklinik und Poliklinik Hamburg-Eppendorf
(Direktor Prof. Dr. Th. Heynemann)

Sulfonamide und Penicillin bei Wochenbettfieber¹

Von Th. Heynemann

Über die Sulfonamid- und Penicillinbehandlung des Wochenbettfiebers zu sprechen, ist insofern heute noch mit Schwierigkeiten verbunden, als uns Deutschen für die Penicillinbehandlung ausreichende praktische Erfahrungen keineswegs zur Verfügung stehen. Aber auch für die Sulfonamidbehandlung hat es an Schwierigkeiten nicht gefehlt. Schon während des Krieges haben die für die festgestellten Keime wirksamsten Präparate nicht immer zur Verfügung gestanden, so daß andere Präparate als Ersatz haben gegeben werden müssen. Endlich ist die umfangreiche ausländische Literatur über beide Behandlungsverfahren nur in Bruchstücken zugänglich gewesen. Trotz aller dieser Schwierigkeiten waren doch wichtige Feststellungen möglich.

Im Rahmen des Wochenbettfiebers spielen sich verschiedene Krankheitsvorgänge ab, von denen aber die überwiegende Mehrzahl, fast alle Endometritiden, Peri- und Parametritiden, die entzündlichen Adnextumoren und Beckenperitonitiden, auch ohne jede besondere Therapie allein bei Betruhe und sachverständiger Pflege zur Heilung kommen. Trotzdem werden derartige Heilungen immer wieder mit einem etwa verordneten Medikament in ursächlichen Zusammenhang gebracht und als ein Beweis für dessen Wirksamkeit hingestellt. Dadurch ist es immer wieder möglich geworden, daß Medikamente als hochwirksam bei der puerperalen Infektion empfohlen sind, von deren Wirksamkeit schon nach wenigen Jahren kaum noch jemand gesprochen hat.

Die Beseitigung dieses höchst unbefriedigenden Zustandes ist zur Zeit nur unter zwei Voraussetzungen möglich. 1. Dürfen für die Prüfung der therapeutischen Wirksamkeit eines Mittels bei der puerperalen Infektion lediglich die Fälle von puerperaler Sepsis und von puerperaler allgemeiner Peritonitis herangezogen werden. Bei der Puerperalsepsis sind Spontanheilungen nicht allzu häufig und bei der allgemeinen Peritonitis kommen sie, abgesehen von der gonorrhöischen, so gut wie gar nicht vor. 2. Darf die Begrenzung des klinischen Sepsisbegriffes nicht mehr der Willkür des einzelnen anheimgestellt werden, sondern es muß für die Aufstellung von Erfolgsstatistiken bei der puerperalen Infektion die Definition von Schottmüller allgemein als maßgebend anerkannt werden. Da aber nach Schottmüller eine Sepsis vorliegt, wenn von einem Herde, dem sogenannten Sepsisherde, aus Keime dauernd oder immer wieder in das Blut eingeschwemmt werden, so wird der Nachweis solcher Einschwemmungen durch einen wiederholten Nachweis von Keimen im Blute oder von Metastasen zur wichtigsten Grundlage der Sepsisdiagnose. Auch das Auftreten von Schüttelfrösten macht die Einschwemmung von Keimen in das Blut immerhin sehr wahrscheinlich.

Mit der Annahme dieses Grundsatzes sind aber praktisch noch keineswegs alle Schwierigkeiten überwunden. Im Krankheitsgeschehen gibt es immer fließende Übergänge und damit auch Grenzfälle, bei denen die Diagnose leicht verschieden ausfallen kann. Dies gilt ganz besonders für die Unterscheidung zwischen allgemeiner und lokaler Peritonitis. Ferner setzt eine einwandfreie und erfolgreiche Durchführung der bakteriologischen Blutuntersuchungen Einrichtungen, Kenntnisse und Erfahrungen voraus, die nicht ohne weiteres überall vorhanden sind. Trotzdem muß aber der vorgeschlagene Weg beschritten werden, weil es bei dem

¹ Referat für die Tagung der Nordwestdeutschen Ges. f. Gyn. am 29. 6. 46 in Göttingen.