

bole Substanzen erbracht. Durch Methandienon (Di-anabol[®]) oder Testosteron bzw. Methyltestosteron (Perandren[®]) kann eine starke Calciumeliminierung durch die Nieren und damit eine Hypercalciurie gebremst werden. Der Angriffspunkt ist unklar. Es wird hierbei eine hormonelle Wirkung über den Tubulusapparat der Niere vermutet.

Ob auch andere Vitamine eine Rolle im pathogenetischen Bildungsprozeß der Harnsteine spielen, ist zwar vermutet, aber nicht stichhaltig bewiesen worden.

Literatur

- (1) Bandhauer, K., A. Hönlinger: Wien. klin. Wschr. 74 (1962), 131.
- (2) Barney, J. D., H. W. Sulkowski: J. Urol. 37 (1937), 746.
- (3) Birch, T. W.: J. biol. Chem. 124 (1938), 775.
- (4) Bliss, A. R., G. R. Livermore, E. O. Pratner: J. Urol. 30 (1933), 639.
- (5) Brozinski, M., V. Jakovlev, R. v. Sengbusch, A. Timmermann: Urol. int. 13 (1962), 370.
- (6) Brozinski, M., W. Knothe, R. v. Sengbusch, A. Timmermann: Dtsch. med. Wschr. 86 (1961), 255.
- (7) Brozinski, M., R. v. Sengbusch, A. Timmermann: Urol. int. 10 (1960), 307.
- (8) Butt, A. J., L. Reid: Analysis of Urinary Calculi. Etiologic Factors in Renal Lithiasis (Springfield 1956).
- (9) Fanconi, G.: Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 62 (1956).
- (10) Fanconi, G., P. Girardet: Hev. paediat. Acta 7 (1952), 314.
- (11) Fanconi, G., G. A. Rose: Quart. J. Med. 108 (1957), 463.
- (12) Geiler, G., G. Strauch: Med. Bilddienst 1/63 (1963), 21.
- (13) Gershoff, S. N., F. F. Faragalla: J. biol. Chem. 234 (1959), 2391.
- (14) Hammarsten, G.: C. R. Lab. Carlsberg, 19 (1932), 1.
- (15) Hammarsten, G.: Lunds Univ. Arsskr. N. F. Avd. 2, 32 (1937).
- (16) Hammarsten, G.: J. Path. Bact. 57 (1945), 375.
- (17) Harrison, A. R.: Med. Press 242 (1959), 539.
- (18) Harrison, A. R.: Brit. J. Urol. 31 (1960), 398.
- (19) Harrison, H. C., H. E. Harrison, E. A. Parv: Amer. J. Physiol. 192 (1958), 432.
- (20) Hedenberg, I.: Acta chir. scand. Suppl. 192 (1954).
- (21) Higgins, C. C.: J. Urol. 29 (1933), 157.
- (22) Higgins, C. C.: Renal Lithiasis (Springfield 1944).
- (23) Hösli, P. O.: Mod. Probl. Pädiat. 6 (1960), 470.
- (24) Hövels, O., U. Stephan:

- Die idiopathische Hypercalciämie. In: Kongenitale Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, hrsg. von Hungerland, H., J. Brodehl (Berlin-Heidelberg-New York 1962).
- (25) Hooft, C., A. Vermassen: Maandschr. Kindergeneesk. 27 (1959), 37.
- (26) Illig, R., A. Prader: Helv. paediat. Acta 14 (1959), 618.
- (27) Jesserer, H.: Dtsch. Arch. klin. Med. 204 (1957), 37.
- (28) Jesserer, H.: M.Kurse ärztl. Fortb. 11 (1961), 198.
- (29) Jesserer, H.: Wien. klin. Wschr. 74 (1962), 821.
- (30) Jonxis, J. H. P.: Helv. paediat. Acta 14 (1959), 491.
- (31) King, J. S., W. H. Boyce: Arch. Biochem. 82 (1959), 455.
- (32) King, J. S., W. H. Boyce: J. Urol. 89 (1963), 546.
- (33) Klaus, E., Y. Saudan: Praxis 51 (1962), 1087.
- (34) v. Leersum, E. C.: J. biol. Chem. 76 (1928), 137.
- (35) v. Leersum, E. C.: J. biol. Chem. 79 (1928), 461.
- (36) Majumdar, B. N., B. N. Gupta: Ann. Biochem. 19 (1959), 249.
- (37) Mayer, G. G. u. Mitarb.: Abstr. Papers Amer. Chem. Soc. 67 (1961), 3.
- (38) Mayor, G.: Urologe 3 (1964), 175.
- (39) Moore, T. D.: J. Urol. 10 (1923), 99.
- (40) Müller, H. G.: Z. Urol. Sonderheft 135 (1950).
- (41) Plaskowa, L. M., K. A.

- Siborowa, I. G. Koslowzewa: Pediatrya 41 (1962), 61.
- (42) Reiss, E., F. Alexander: J. clin. Endocr. 19 (1959), 1212.
- (43) Rhaney, K., R. G. Mitchell: Lancet 1956/I, 1028.
- (44) Robertson, W. V. B., M. W. Ropes, W. Baur: Biochem. J. 35 (1941), 903.
- (45) Rominger, E.: Arch. Kinderheilk. 161 (1959), 1.
- (46) Rutschmann, J. P., A. Delachaux: Schweiz. med. Wschr. 92 (1962), 1274.
- (47) Smith, D. W., R. Blizzard, H. E. Harrison: Pediatrics 24 (1959), 258.
- (48) Südhof, H.: Z. Rheumaforsch. 11 (1952), 88.
- (49) Südhof, H., D. Krieger, E. Schulz: Dtsch. Arch. klin. Med. 205 (1958), 285.
- (50) Swoboda, W.: Helv. paediat. Acta 14 (1959), 472.
- (51) Stapleton, T., X. McDonald, R. Lightwood: Lancet 1956/I, 932.
- (52) Thoenes, F.: Med. Klin. 55 (1960), 1072.
- (53) Thomas, J., E. Thomas: Bull. Med. 71 (1957), 21.
- (54) Thomas, W. C., H. G. Morgan: Endocrinology 63 (1958), 57.
- (55) Udupa, K. N., B. M. Bharradwaj: Curr. med. Pract. 5 (1961), 329.
- (56) Zeisel, H.: Wien. klin. Wschr. 72 (1960), 665.
- (57) Zetterström, R.: Mod. Probl. Paediat. 3 (1958), 478.

Dozent Dr. A. Gaca, Chirurgische Universitätsklinik, Freiburg i. Br., Hugstetter Str. 55

ARZT UND RECHT

Schriftleitung: Rechtsanwalt Dr. iur. R. Schmelcher, Karlsruhe, Virchowstraße 12

Die Beiträge sind folgendermaßen gekennzeichnet: A. Allgemeines Arztrecht; B. Ärztliches Berufs- und Standesrecht einschließlich Facharztordnung, Disziplinarrecht usw.; C. Angestellte und beamtete Ärzte; D. Kassen- und Ersatzkassenarztrecht einschließlich Sozialgerichtsbarkeit; E. Der Arzt im Strafrecht; F. Der Arzt im Steuerrecht; G. Krankenhauswesen; H. Statistik; J. Sonstiges. — Der Übersichtlichkeit halber werden jährlich die einzelnen Beiträge innerhalb der Hauptsachgebiete fortlaufend nummeriert, so daß jederzeit auf diese Artikel verwiesen werden kann, z. B. „Dtsch. med. Wschr. 87 (1962), 2386, A 20.“

E 17

Zum Recht der Schwangerschaftsunterbrechungen

I a) Eine medizinisch indizierte (1) Schwangerschaftsunterbrechung (2) bedeutet, die Gesundheit, welche eine ernste Beeinträchtigung durch das Austragen der Frucht erfahren würde oder das Leben der Schwangeren durch Unterbrechung der Schwangerschaft zu retten (3). Die medizinische Feststellung lautet deshalb, muß (4) aus diesen Gründen die

Schwangerschaft unterbrochen werden. Juristisch darf in diesem Fall eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeigeführt werden. Das ist gegeben, wenn eine Alternative zwischen Mutter und Kind besteht, d. h. medizinisch Mutter oder Kind nicht mehr zu retten ist. Diese Fälle gehen davon aus, daß die Frucht, wenn auch unter diesen Bedingungen, ausgetragen werden könnte, aber aus eben diesen Gründen nicht ausgetragen werden muß. Deshalb ist das Einverständnis (Einwilligung) der Schwangeren er-

forderlich. Auch die neuere Diskussion, welche die Güterabwägung in Frage stellt, d. h. ob Leben gegen Leben abgewogen werden kann, erkennt dies an (5), weil das Kind ohne Mutter gar nicht leben würde. Das ist medizinisch nicht ganz richtig. Die Entscheidung darüber liegt beim Arzt und bei der Mutter, wobei diskutiert wird, ob auch das Einverständnis des Vaters vorliegen muß.

b) Anders liegt der Fall, wenn die Frucht gar nicht ausgetragen werden könnte, also ohnehin nicht lebend oder lebensfähig zur Welt gebracht werden könnte. In diesem Fall ist die Unterbrechung auch erlaubt, wenn die anderen Bedingungen der Gefährdung der Schwangeren (a) ebenfalls gegeben sind.

Die medizinisch zutreffenden Prognosen sind vor dem Eingriff zu stellen, was u. U. sehr schwierig ist.

II. Zur Notzuchtindikation (auch ethische bzw. unethische Indikation genannt) (6) ist zu sagen, daß an dem von einem Verbrechen erzeugten Kind bei der Unterbrechung ein Verbrechen geschähe zugunsten der Ehre (Personenwürde) der vergewaltigten Frau. Dabei wird davon ausgegangen, daß dem werdenden Leben (Embryo) ein selbständiges Recht und damit Rechtsschutz vor allem durch die strafrechtlichen Normen zugestanden werden muß. Deshalb fehlt es bei diesem Eingriff an der Verhältnismäßigkeit. Im übrigen kann aus einem Verbrechen nicht erneut ein Verbrechen gerechtfertigt werden. In diesem Punkt wird der Standpunkt der evangelischen Kirche oder einzelner ihrer Vertreter daher nicht anerkannt (7). Vom Recht her sind dabei der Medizin Schranken gesetzt. D. h. es ist nicht alles erlaubt, was medizinisch möglich ist. Wünschenswert wäre natürlich eine Parallelität, d. h. daß vernünftige medizinische Eingriffe auch vom Recht her anerkannt werden könnten (Ineinandergreifen med.-jur. Gesichtspunkte).

III. Für die soziale Indikation gelten in weit stärkerem Maße dieselben Überlegungen, d. h. daß es gemessen an den sozialen Verhältnissen im Vergleich zum Verbrechen am Kind an der Verhältnismäßigkeit fehlt. In diesem Zusammenhang soll nur auf diesen einen tragenden und entscheidenden Gedanken hingewiesen werden (8).

IV. Auch die eugenische Indikation muß so behandelt werden (9), denn der Anlaß zum Schutz gegen Weiterverbreitung von Krankheiten und Mißbildungen ist nicht mehr anerkannt, wie Schulz aaO das formuliert. In diesem Fall wird die geplante Tötung an dem werdenden Kind an seiner Gesundheit gemessen, woraus sich, da es ja nicht um die Alternative Mutter—Kind (med. Indikation), sondern um eine schwere, jedenfalls möglicherweise heilbare und nicht lebensgefährliche Krankheit in diesem Stadium geht, woraus sich die mangelnde Verhältnismäßigkeit ergibt.

V. Sofern mehrere Indikationen verwirklicht sind, ist der Eingriff erlaubt, wenn eine erlaubte Indikation darunter ist. Das gilt z. B. für den Suicidfall der ethischen Indikation. Das Zusammentreffen mehrerer nicht erlaubter Indikationen ist für sich allein genommen kein Unterbrechungsgrund.

VI. 1) In der Literatur wurde der Vorschlag gemacht (10), daß man die Verhütungsmittel zulassen sollte, bevor aus welchen Gründen auch immer abgetrieben wird. Das bezieht sich augenscheinlich auf die soziale und eugenische Schwangerschaftsunterbrechung. Aus der Finalität ergibt sich, daß man diese Handlungen auch als vorbeugende Abtreibungen (Schwangerschaftsunterbrechungen) bezeichnen könnte. Auch für die medizinisch indizierten Unterbrechungen kann das eine Rolle spielen. Der letzte Grund, warum auch das rechtlich bedenklich ist, besteht darin, daß sich aus Verhütungen, insbesondere mechanischer Art, medizinische Schädigungen (11) der Gesundheit der Betroffenen in wichtigen Zonen der Zeugung ergeben, die in keinem Verhältnis zur eigenen Befriedigung stehen. Das Beste wäre, und das wird ja auch von den Kirchen empfohlen, den natürlichen Rhythmus einzuhalten. Soviel Selbstbeherrschung kann man, wenn es um die Verhütung von Verbrechen an anderen oder um schwere Eigenschädigungen geht, von Mädchen und Mann bzw. von Ehefrau und Ehemann verlangen. Hierbei gehört auch die regulierende medikamentöse Verhütung der Schwangerschaft durch die „Anti-Baby-Pille“ (12).

2. Die gravierenden Eingriffe zur Verhütung einer Schwangerschaft sind die Sterilisation und die Kastration. Zur Sterilisation hat der Bundesgerichtshof erst kürzlich Stellung genommen (13). Der BGH hat eine Gesetzeslücke angenommen (problematisch) und die Zuständigkeit des Gesetzgebers begründet, welche dieser bereits in Anspruch genommen hat. Daraus ergibt sich um so mehr die Notwendigkeit, für den Gesetzgeber die grundlegenden Fragen zu klären. Dabei spielt für die soziale und eugenische Indikation der Sterilisation die Unterscheidung zwischen vorübergehender und dauernder Unfruchtbarkeit eine wichtige Rolle. Eine andere Frage ist, ob man die sozialen Auswirkungen (Außenwirkungen) mitberücksichtigen muß.

Diese Problematik gilt nicht unbedingt für die soziale und eugenische Schwangerschaftsunterbrechung, da hier Leben schon im Entstehen begriffen ist, während bei der Sterilisation und Kastration die verantwortbare Elternschaft in Frage steht.

VII. Es mag überraschen, wenn diese schwierige Problematik unter diesen Gesichtspunkten gesehen wird. Zu bedenken sind auch die schwerwiegenden Folgen einer Unterbrechung, wie sie Naujoks gekennzeichnet hat. Es geht hier um grundlegende Fragen, medizinisch, juristisch, religiös (moraltheologisch) und bevölkerungspolitisch, die zunächst ein-

mal von den medizinischen Erkenntnissen ausgehen. Zunächst muß die Zuständigkeit dieser verschiedenen Wissenschaftsbereiche sauber voneinander unterschieden werden, bevor man ihre gegenseitige Abhängigkeit in diesem Gebiet erkennt. Dabei spielt das prophylaktische Recht, nämlich das fehlerverhindernde Recht eine große Rolle. Hervorzuheben ist weiter, daß der Aufklärungspflicht in diesem Bereich eine größere Beachtung geschenkt werden muß.

VIII. Zum Schluß ist noch darauf hinzuweisen, daß auch die indirekten Schwangerschaftsunterbrechungen erlaubt, also Unterbrechungen, die krankheitshalber mit der Heilung einer schwangeren Frau anhergehen, z. B. wenn die Frucht einen Krankheitsherd bildet und bei der Operation zugrundegeht oder Mutter und Embryo von der so gearteten Krankheit befallen sind.

Zusammenfassung: 1. Neben indirekten Schwangerschaftsunterbrechungen ist die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung zulässig. 2. Die Unterbrechung einer Schwangerschaft, die nicht ausgetragen werden kann, d. h. nicht lebensfähig ist, ist unter dem Gesichtspunkt der med. ind. Schwangerschaftsunterbrechung zulässig. 3. Weitere Schwangerschaftsunterbrechungen aus Notzucht, eugenischer und sozialer Indikation sind aus Mangel an der Verhältnismäßigkeit zum werdenden Leben unzulässig. 4. Bei mehreren Indikationen ist der Eingriff erlaubt, wenn eine erlaubte Indikation verwirklicht ist. 5. Dem prophylaktischen Recht sollte in diesem Zusammenhang weite Aufmerksamkeit geschenkt werden. 6. Die Aufklärung über Komplikationen

(Selbstvorwürfe u. a.) ist angebracht. 7. Insgesamt ist es besser, diese Problematik durch die „Verhältnismäßigkeit“ und „Finalität“ zu klären.

Literatur

(1) vgl. dazu Barnikel, Med. Klinik 1960, S. 1326 und NJW 60, 1382 mit zahlreichen Literaturhinweisen. Zum therapeutischen Abortus vgl. Spann, Ärztliche Rechts- und Standeskunde, 1962, S. 282; Kuhns-Kohlhaas, Das gesamte Recht der Heilberufe, 1958, S. I/771, 772.

(2) vgl. auch Döhner, Fortschr. d. Med., 1960, S. 533.

(3) Dabei sind die übrigen juristischen Erfordernisse zu beachten, vgl. FN. 1.

(4) Naujoks, Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung, 1954, S. 2; Spann S. 283.

(5) Baumann, Ehe und Familie, 63, 225, 227 FN. 25; Blei aaO 62, 403, 405, 406; Ebbinghaus aaO 59, 93 und andererseits Engelhardt aaO 58, 266 und 59, 133; Martin aaO 59, 351 und NJW 59, 468; Zillmer NJW 58, 2099 zur weiteren Problematik. Vgl. auch Ponsold, Lehrbuch d. gerichtl. Med., 1950, S. 273, 287 und S. 14 (Eb. Schmidt).

(6) Engelhardt, Ehe und Familie, 63, 1 mit zahlreichen Literaturhinweisen; Baumann aaO mit Literaturhinweisen; Philip aaO 63, 598, 599 der von

unethischer Indikation spricht; Foth aaO 63, 638 zur weiteren Problematik; Aktuelle Probleme des Lebensschutzes durch die Rechtsordnung, Würzburg 1964; Kuhns-Kohlhaas, S. I/771, 775; Emminger AM 1963, S. 32. (7) Evangelische Stellungnahmen zur eth. Ind., Ehe und Familie 64, 413.

(8) Kuhns-Kohlhaas, S. I/771, 774.

(9) vgl. dazu z. B. Schulz, Der Arzt vor dem Richter, 1962, S. 16; Kuhns-Kohlhaas, S. I/771, 773.

(10) Naujoks, Biologie und Pathologie des Weibes, Allg. Teil Bd. III 3, 1955 S. 453, vgl. auch Leitfaden... S. 31; Gesenius, Biologie... S. 568.

(11) Gesenius, Biologie... S. 513, 531.

(12) Kohlhaas, DMW 1964, S. 1522; vgl. auch Ermecke sehr weitgehend in: Theologie und Glaube, Paderborn, 1965, H. 1; Gießen. Med. Klinik, 1965, S. 513.

(13) BGH S./DMW 1964, S. 2298; BGH DMW 1965, S. 448; BGH Bd. 19, S. 201; Schwalm, Med. Klinik, 1963, S. 1976 und 1964, S. 1520; Simson, Mschr. Krim., 1964, S. 97; Naujoks, Biologie... S. 494; Kuhns-v. Schubert, S. I/858 f; vgl. dazu auch Ermecke FN. 12.

Assessor Wilhelm Barnikel, Erlangen, Drausnickstr. 98

DISKUSSION

Infektion im Laboratorium

zugleich Stellungnahme zu der Arbeit von W. Wundt in dieser Wochenschrift 89 (1964), 1577

Von J. Albrecht

Aus dem Medizinaluntersuchungsamt Trier (Leiter: Oberregierungsmedizinalrat Dr. J. Albrecht)

Der Umgang mit Krankheitserregern gehört zu den Aufgaben diagnostischer und Forschungslaboratorien, die auf medizinisch-mikrobiologischem Gebiet tätig sind. Das Arbeiten mit lebenden, menschenpathogenen Viren, Rickettsien, Bakterien, Pilzen und Protozoen bringt für das Personal unzweifelhaft Gefahren mit sich. Umfang und Ausmaß der Gefährdung werden unterschiedlich beurteilt, gelegentlich überwertet, oft aber — besonders im deutschsprachigen Schrifttum — unterschätzt und bagatellisiert.

Wundt (34) schreibt: „Infolgedessen ist das Arbeiten auf den Infektionsstationen der Krankenhäuser oder in den medizinisch-mikrobiologischen Laboratorien für Ärzte und ihre Hilfskräfte weniger gefährlich, als viele annehmen. Die Gefahr ist bekannt, und das Personal weiß sich durch entsprechendes Verhalten zu schützen.“ Ferner: „Für das Laboratoriumspersonal, dessen Infektionsrisiko wesentlich geringer ist als das der Krankenschwestern, kommen als Infektionsquellen auch tuberkulöses Untersuchungsmaterial, wie Sputum, Eiter, Urin sowie infektiöse Versuchstiere in Frage. Während aber die Patienten die Tuberkelbakterien in unkontrollierbarer Weise beim Husten und Sprechen austreten, kann eine Verstreung