

Geburtshilfe und Frauenheilkunde

*II. Frauenkl.
Decke*

Ergebnisse der Forschung für die Praxis

Schriftleitung: C. Kaufmann, Köln
J. Zander, München
K. Holzmann, München

430 Abbildungen in 471 Einzeldarstellungen und
277 Tabellen

32. Jahrgang 1972

II. UNIV.-FRAUENKLINIK
BIBLIOTHEK
WIEN 9, SPITALGASSE 23



Georg Thieme Verlag • Stuttgart

INHALTSVERZEICHNIS

Geburtshilfe

<i>Albrecht, H., E. A. Stemann, A. J. Waltke, U. Seidemann</i> : Die Bewertung perinataler Belastungsfaktoren für die Weiterentwicklung Neugeborener mit einer schweren Anpassungsstörung . . .	650
<i>Atassi, A. R.</i> : Intraokulare Druckschwankungen unter der Geburt	832
<i>Awini, A., J. Schwab</i> : Zur Früherkennung der Nabelschnurumschlingung mittels Ultraschall . . .	232
<i>Bärtschi, R., J. Hüter, V. M. Römer</i> : Der Einfluß von intravenösem Oxytocin, Methyloxytocin und Desaminooxytocin auf die Wehentätigkeit, die fetale Herzfrequenz und das fetale aktuelle pH .	826
<i>Baltzer, J., E.-J. Hickl, W. Hoffmann</i> : Fetales EKG bei Zwillingen unterschiedlicher Entwicklung .	211
<i>Berg, D.</i> : Geburts-, „Hilfe“ und Geburtsmedizin	64
Bericht über die Frühjahrstagung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 23. und 24. 4. 1971 in Tübingen	57
<i>Bolte, A., R. Berendes</i> : Frequenz und Rhythmus der fetalen Herzaktionspotentiale im Verlauf der Gravidität	635
<i>Brandstätter, S., J. B. Grillmaier</i> : Einige Voraussetzungen für epidemiologische Erhebungen zur Frage des Zusammenhanges zwischen Hyperemesis, Antiemetikagebrauch in der Schwangerschaft und Fruchtschäden	227
<i>Castrén, O., M. Gummerus, S. Saarikoski, K. Soiva</i> : Zur Wirkung der Beta-Sympathikomimetika während der Geburt auf die Adaptation des Neugeborenen	943
<i>Closs, H.-P., W. Schwenzel, C. Sticherling, E. Brunner</i> : Zur Frage eventueller Blutungsanomalien als Folge hormonaler Laktationshemmung	322
<i>Dietel</i> (Hamburg), <i>Ewerbeck</i> (Köln): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde zur Zusammenarbeit von Geburtshelfern und Kinderärzten bei der Betreuung von Neugeborenen	608
<i>Doench, K., R. Frischkorn</i> : Mehrlingsschwangerschaft mit Zephalothorakopagus und einem normalen Kind	987
<i>Döring, G. K., C. G. Hoßfeld</i> : Über den Nutzen einer konsequenten prospektiven Geburtsleitung für das Kind	111
<i>Dollmann, A., P. Schmitz-Moormann</i> : Rekurrierende Plazentainsuffizienz durch villöse Plazentitis mit extremer fetaler Hypotrophie	795
<i>Eimer, H.</i> : Die Candida-Infektion der Scheide in der Schwangerschaft und bei hormoneller Kontrazeption.	221
<i>Eimer, H.</i> : Untersuchungen zur maternofetalen Transfusion bei geburtshilflichen Operationen . .	657
<i>Gladtko, E., D. Bremer, U. Fuhrmann, H.-M. Heinisch</i> : Nekrose im Gesäßbereich und Lähmung des Nervus ischiadicus beim Neugeborenen	457
<i>Göltner, E., H. Striegel, E. Schüsler</i> : Der Folsäuregehalt des Blutes in Schwangerschaft und Wochenbett	510
<i>Grumbrecht, C., R.-J. Beißwenger</i> : Die Uterusexstirpation bei Interruptio mit definitiver Sterilisation	205
<i>Heckmann, U., H. V. Cornelius, V. Freudenberg</i> : Das Teratom der Nabelschnur	605
<i>Heinrich, J., G. Seidenschmur, G. Rooth, L. Jacobson</i> : Biochemische Geburtsüberwachung auf der Grundlage der simultanen feto-maternalen Blutgasanalyse	415
<i>Hepp, H., R. Ellringmann</i> : Hemmung der Laktation mit Estrovis® 4000 und Ablacton®	471
<i>Hespe, A., G. Martius, U. Menneking</i> : Geburtsleitung bei Beckenendlage unter Verzicht auf die Manualhilfe nach Bracht	821
<i>Hochuli, E., V. Weiche</i> : Zur Dauermedikation mit hypotensiven Substanzen in Graviditate . . .	32
<i>Höppner, L., W. Thiel, H. Wever</i> : Mikrobiologische Untersuchungen an Säuglingsmilchen . . .	117
<i>Holzer, E.</i> : Fertilität, Schwangerschafts- und Geburtsverlauf nach Konisation der Portio vaginalis uteri	950

<i>Hopp, H., J. Heinrich, G. Seidenschnur, R. Beier, H. Schultz:</i> Fetale Elektroenzephalographie und Kardiotokographie (Vorläufige Ergebnisse)	629
<i>Hüter, J., E. Dreher, V. Müller:</i> Chorioamniotischer Transfer zwischen Gravida und Fetus.	169
<i>Hüter, J., Ch. Rippert, C. Meyer:</i> Wehenhemmung mit welchem Beta-Mimetikum (Berotec®, Ritodrine®, Dilatol®)?	97
<i>Husslein, H., K. Baumgarten:</i> Geburts-, „Hilfe“ — Geburtsmedizin	67
<i>Junge, H. D.:</i> Eine praktische, netzunabhängige Beleuchtungsquelle für Amnioskopie, Mikroblutentnahme und Anlegen der Kopfschwarten-Elektrode	145
<i>Kidess, E.:</i> Blutung aus dem Plexus pampiniformis als seltene Ursache eines Hämoperitoneum in der Schwangerschaft	350
<i>Kratochwil, A., N. Zeibekis:</i> Beobachtungen der Involution des puerperalen Uterus mit Ultraschall	345
<i>Kratochwil, A., N. Zeibekis:</i> Die Ultraschalldiagnostik der Blasenmole	895
<i>Kratochwil, A., N. Zeibekis, H. Wilschke, R. Schön:</i> Echographische Diagnose eines fetalen Abdominaltumors — Maximal gefüllte Harnblase als Folge einer posterioren Urethralklappe	506
<i>Kremer, H., H. Weitzel:</i> Herpes gestationis — eine immunologische Erkrankung?	791
<i>Maier, W.:</i> Beziehungen zwischen Geburts- und Sterbedaten	40
<i>Martin, K.:</i> Kreislaufveränderungen unter der Geburt bei der Anwendung von Propanidid (Eponto®)	315
<i>Mauss, H.-J.:</i> Striaebildung und Varizenhäufigkeit bei Frauen	990
<i>Moser, R.:</i> Ein neues Injektor-Sauggerät für die Vakuumentnahme mit Zusatzsystem für die Reanimation des Neugeborenen	131
<i>v. Muralt, G.:</i> Plazenta und Isoimmunisierung von Mutter und Kind	81
<i>Neubüser, D.:</i> Vergleichende Untersuchungen über zwei Tokolytika (TV 399 und Buphenin)	781
<i>Ohlenroth, G., M. Moosburger:</i> Vergleichende tierexperimentelle Untersuchungen über die laktationshemmende Wirkung von Östradiolbenzoat, Norethisteronazetat und deren Kombinationen	340
<i>Pauwen, J.:</i> Über wiederholte Kaiserschnitte	966
<i>Plock, E.:</i> Zur Therapie des vorzeitigen Blasensprunges vor Beginn der 38. Schwangerschaftswoche	948
<i>Rippert, Ch., J. Hüter, F. Kubli, C. Meyer:</i> Medikamentöse Therapie der hyperaktiven, hypertonen und diskordinierten Wehentätigkeit sub partu	393
<i>Roetz, R., K.-P. Hampel:</i> Veränderungen des Folatspiegels und der Eisensättigung des Serums bei Schwangeren. Teilergebnisse einer Längsschnittuntersuchung	1042
<i>Rogovits, N., G. Weissenbacher, E. Zweymüller:</i> Homozygote Achondroplasia und thanatophorer Zwergwuchs — pränatal diagnostizierbare Skelettsstörungen	184
<i>Rott, H.-D., R. Soldner, J. van Zyl:</i> Zur Wirkung von Ultraschall auf menschliche Chromosomen in vitro.	662
<i>Siener, H., L. Wüst:</i> Innere Wehenmessung und graphische Registrierung der Muttermünd-Eröffnung als Grundlagen zur Berechnung der Weheneffektivität und des Weichteilwiderstandes.	123
<i>Siener, H., L. Wüst:</i> Vorangehender Fruchtteil und Eröffnung des Muttermundes — Neue Erkenntnisse aufgrund experimenteller Untersuchungen	978
<i>Sievers, S., C. Grumbrecht:</i> Auswirkungen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	835
<i>Simonyi, István, János Pilišhegyi:</i> Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei pathologischer Zwillingschwangerschaft.	1038
<i>Schirazi, M. A., G. W. Oertel:</i> Schnellbestimmung der Gesamtöstrogene in der Schwangerschaft	1027
<i>Schlenker, K.-H.:</i> Zur Bedeutung des Plazentasitzes für die Kindslagen	551
<i>Schlenker, K.-H.:</i> Zur Diagnostik der vorzeitigen Lösung der normalen sitzenden Plazenta mit dem Ultraschall-Schnittbildverfahren	773
<i>Schmid, J.:</i> Zur primären Reanimation Neugeborener	569
<i>Schmitt, R., K. Heinen:</i> Einseitige extrauterine Drillingschwangerschaft	136
<i>Schwinger, E., H. Weitzel:</i> Pränatale Geschlechtsdiagnostik an Amnionepithelzellen mittels Fluoreszenzmikroskopie	20

<i>Stähler, E., F. Stähler, G. Sturm</i> : Gravität bei Wilsonscher Kupferstoffwechselstörung	590
<i>Stamm, H.</i> : Verfahren zum Schwangerschaftsabbruch	541
<i>Stickl, H.</i> : Schutzimpfungen in der Schwangerschaft	372
<i>Stockhausen, H., J. Schnell, K. Rütter</i> : Die Tokolyse unter der Geburt — eine tokographische Vergleichsuntersuchung bei Anwendung verschiedener tokolytischer Substanzen	51
<i>Stolp, W., W. Schleiter, J. Schneider</i> : Stand der Rhesus-Prophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland	762
<i>Tatra, G., H. Caucig, A. Seidl</i> : Hitzestabile alkalische Phosphatase bei normaler und pathologischer Schwangerschaft	336
<i>Tenhaeff, D., K. Büttinghaus, M. Moayer, R. Callies</i> : Das chondrodystrophische Kind.	666
<i>Vetter, L.</i> : Schwangerschaftsbedingte trophoblastische Tumoren	265
<i>Werner, Ch.</i> : Melaninablagerungen in der Plazenta bei neurokutaner Melanophakomatose des Feten	891
<i>Werner, Ch., W. Schneiderhan</i> : Plazentamorphologie und Plazentafunktion in Abhängigkeit von der diabetischen Stoffwechselführung	959
<i>Zippel, C., I. Flehmig, H. Protzen</i> : Nachuntersuchungen an asphyktisch geborenen Kindern	298

Gynäkologie

<i>Altkemper, R.</i> : Doppelseitige, multiple Luteinzysten als Begleitreaktion einer Windmolenschwangerschaft	437
<i>Amon, K., G. Köhler, E. Kraußold</i> : Über einen seltenen Fall von Uterus bicornis bicollis und Vagina duplex mit Hämatokolpos, Hämatometra, Hämatosalpinx unilateralis dextra bei partieller Scheidenatresie und Aplasia renis dextra	225
<i>Bachmann, F. F.</i> : Das Rezidiv des Ca. in situ der Zervix	678
<i>Bartunek, J., G. Scholtes</i> : Die Bedeutung der modernen Gonorrhoe-Diagnostik bei entzündlichen gynäkologischen Erkrankungen	928
<i>Bauer, H. K.</i> : Bemerkungen zum Thema: Über die Problematik der präventiven Hysterektomie. <i>H. J. Staemmler, U. Quaeitzsch</i> : Geburtsh. u. Frauenheilk. 32 (1972) 89—96	1064
<i>Beck, A., F. Friedrich, H. Caucig</i> : Cyproteronazetat als Einmalpille	138
<i>Beck, K. J., H. J. Hinckers</i> : Untersuchungen über den Übertritt von Alkohol in den Zervikalmukus und seine Bedeutung für die Sterilität der Frau	585
<i>Beck, K. J., H. Schlebusch</i> : Elektrolytbestimmungen im Zervixschleim mittels Atomabsorptions-Spektrophotometrie nach einmaliger präovulatorischer Gabe des 16a-Aethylthio-Retroprogesteron	598
<i>Beck, K. J., H. Weitzel</i> : Proteinveränderungen im Zervixschleim nach einmaliger präovulatorischer Behandlung mit einem Retroprogesteron	593
<i>Benz, J. J., E. Glatthaar</i> : Der aktuelle und prospektive Aussagewert suspekter Zytologiebefunde (Papanicolaou Klasse III)	176
Bericht über die Frühjahrstagung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 23. und 24. 4. 1971 in Tübingen	57
<i>Börner, P., K. Jacobitz</i> : Der Markierungsbeleg — ein Weg zu Dokumentation und Arztbrief in der gynäkologischen Poliklinik	1054
<i>Bosselmann, K., H. Schwarz</i> : Uterusschleimhautpolypen und Genitalkarzinome	687
<i>Bregulla, K., R. Sadowski</i> : Die Insemination. Indikation, Technik, Ergebnisse	802
<i>Cimber, H.</i> : Beitrag zur Früherfassung des Ovarialkarzinoms mit einem neuen Douglas-Punktionsinstrument	514
<i>Daume, E.</i> : Erfahrungen mit einem synthetischen resorbierbaren Nahtmaterial (Polyglykolsäure) bei gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen	702
<i>Dördelmann, P., J. A. Stuckensen, M. Rieber</i> : Ausbreitung und Todesursachen des Zervixkarzinoms	559
<i>Döring, G. K., R. Neumann</i> : Abwartendes oder aktives Vorgehen bei Retroflexio uteri gravidi	202
<i>Eimer, H., R. Rauskolb</i> : Die Entstehung eines Sarkoms am Uterus 18 Jahre nach bestrahltem Kollumkarzinom	1034
<i>Feldmann, H. U., K. Deckner, G. Becker</i> : Gallium-67-Szintigraphie in der Gynäkologie	850

<i>Fikentscher, R., E. Adam-Shirvani</i> : Fertilitäts- und Sterilitätsprobleme aus der Sicht des VII. Weltkongresses in Tokio	365
<i>Fochem, K., H. Kremer, W. Schreiner</i> : Die Schlingenoperation nach Aldridge und ihre Bewertung mittels der Zystographie	284
<i>Friedrich, M.</i> : Eine utero-vaginale Doppelmißbildung mit anschließender Schwangerschaft	602
<i>Gelpke, W.</i> : Zur Frage der Komplikationen bei Antikonzeption mit intrauterinen Pessaren	908
<i>Göhde, W., W. Dittrich, H. K. Zinser, J. Prieshof</i> : Impulszytophotometrische Messungen an atypischen Zellabstrichen aus der Scheide und Cervix uteri	382
<i>Greggersen, C., K. Semm</i> : Kolposkopische und histologische Verlaufskontrollen der thermokoagulierten gutartigen Portioveränderungen	671
<i>Haering, M., W. Boden, D. Kossmann</i> : Die Colpocoeliotomia posterior als diagnostischer und therapeutischer Eingriff	304
<i>Hamperl, H.</i> : Beiträge zur pathologischen Histologie der Mamma, 1. Teil	25
<i>Hamperl, H.</i> : Beiträge zur pathologischen Histologie der Mamma, 2. Teil	28
<i>Hamperl, H.</i> : Histologische Frühdiagnose des Zervixkrebses	814
<i>Helpap, B., W. Büttner</i> : Über ein nichtchromaffines Paragangliom im Harnblasenperitoneum	309
<i>Hirsch, H. A.</i> : Die suprapubische Blasendrainage nach gynäkologischen Operationen	104
<i>Hirsch, H. A.</i> : Kryochirurgie — eine neue Behandlungsmethode auch in der Gynäkologie	997
<i>Hözl, M., R. Labensky</i> : Diagnostische Möglichkeiten der Aspirationszytologie bei der Erfassung von Lokalrezidiven nach Therapie gynäkologischer Karzinome	575
<i>Hofmann, D., T. Soergel</i> : Untersuchungen über das Menarche- und Menopausealter	969
<i>Huber, A., O. Ledermaier</i> : Vaginalpolypen im Kindesalter	332
<i>Jacobs, H.</i> : Die direkte Mammalymphographie — eine Möglichkeit zur präoperativen Klassifizierung des Mammakarzinoms	312
<i>Jaszmann, L.</i> : Wert der verschiedenen Parameter bei der Beurteilung der extragenitalen Beschwerden im Klimakterium	519
<i>Kärcher, K. H., G. Bardach</i> : Zur Problematik der kombinierten Radium-Photonentherapie gynäkologischer Tumoren	464
<i>Käser, O.</i> : Fehler und Mißerfolge in der operativen Gynäkologie, Ursachen und Lehren	749
<i>v. Kesserü, E., B. Mühe</i> : In-vitro- und In-vivo-Untersuchungen zur Spermienpenetration bei zervikalbedingter Sterilität	860
<i>Kofler, E.</i> : Über die Häufigkeit vorheriger Hysterektomien und/oder unilateraler Ovarektomien bei Frauen mit malignen Ovarialtumoren	873
<i>Lehmann, F. F., M. Breckwoldt, G. Bettendorf</i> : Abort-Induktion durch Prostaglandin F _{2a}	477
<i>Lehmann, W. D., C. Lauritzen</i> : Kombiniertes Funktionstest mit Dexamethason und Choriongonadotropin zur Diagnose androgenbildender Ovarialtumoren	913
<i>Lewin, J., S. Kruschwitz</i> : Komplikationen nach Dana-Super- Pessareinlage	516
<i>Lippert, T. H.</i> : Therapeutische Aspekte der Prostaglandinforschung in der Frauenheilkunde	13
<i>Löhr, J., W. Ardel, F. Dehnhard</i> : Nikotinarteriopathie der Plazenta?	932
<i>Lohmeyer, H., D. Tenhaeff, Th. M. Riebartsch</i> : Kollumkarzinom und soziale Bevölkerungsstruktur	691
<i>Lübke, F., M. Stauber</i> : Analyse therapeutischer Erfolge bei sterilen Ehepaaren unter Berücksichtigung der Diagnostik psychogener Sterilität	192
<i>Maier, W.</i> : Die moderne Gesellschaft und ihre biologische Reproduktion	939
<i>Maier, W.</i> : Reflexionen zur Bevölkerungsentwicklung in Industriegesellschaften	441
<i>Massoudnia, N.</i> : Weibliche Genitalfisteln im Iran	903
<i>Mayer, H. G. K., H. Schreyer, F. Wiedner</i> : Röntgenkinematographische Funktionsdiagnostik der Ureteren nach Radikaloperationen bei Kollumkarzinom	1046
<i>Meixner, H.</i> : Technische Anregungen zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus	328
<i>Mettler, L., M. R. Parwaresch</i> : Morphologische und biochemische Untersuchungen über die präventive Wirkung von Östrogen (Östradiol) auf eine lipidinduzierte Arteriosklerose	426
<i>Meyer, J.-E.</i> : Klimakterische Depression	43
<i>Müller, M., K. Mickat</i> : Zur diagnostischen Urinentnahme durch Blasenpunktion	501
<i>Neumann, G.</i> : Früherkennung des Kollumkarzinoms — Möglichkeiten der Abgrenzung von Risikogruppen	564

<i>Ohlenroth, G., D. Mönkemeier, H. Rabe:</i> Quantitative Östrogenausscheidung im Urin nach Zufuhr von Östriol in unterschiedlicher Applikationsform bei ovariectomierten Frauen	840
<i>Philipp, E., K. Semm:</i> Die diagnostische Wertstellung der gynäkologischen Pelviskopie.	46
<i>Pickel, H.:</i> Talgdrüsen in der Portio vaginalis uteri	230
<i>Poettgen, H.:</i> Zur Reform des § 218 aus psychosomatischer Sicht	493
<i>Rauskolb, R., H. Eimer:</i> Luteinzyste des Ovars durch Chlomidphenbehandlung bei Stein-Leventhal-Syndrom	900
<i>Reiffenstuhl, G.:</i> Die Versorgung des Scheidenstumpfes bei der Uterusexstirpation	1022
<i>Richter, K.:</i> Die operative und konservative Behandlung des insuffizienten Blasenverschlusses der Frau	1
<i>Richter, K.:</i> Funktionelle Probleme in der vaginalen Chirurgie.	733
<i>Rummel, W.:</i> Tagungsbericht	757
<i>Sachs, H., K. Würthner:</i> Zytologische, histologische und zytofotometrische Befunde eines Adenocarcinoma in situ der Cervix uteri	846
<i>Semm, K.:</i> Technische Bemerkungen zur Saugkürette	547
<i>Scheuer, H.:</i> Kryochirurgische Behandlung therapieresistenter Portioektopen	935
<i>Schmidt-Matthiesen, H.:</i> Das gynäkologische Untersuchungsphantom	209
<i>Schmitt, R., O. Fettig, H. Hepp:</i> Die kontinuierliche Verabreichung niedriger Gestagen-Dosen (mini-pill)	214
<i>Schneider, H.-E.:</i> Aussagen und Ergebnisse nach Tubensterilisation	290
<i>Schnell, J. D.:</i> Erfahrungen mit dem Antimykotikum BAY b 5097 bei der lokalen Behandlung der Trichomonas-vaginalis-Infektion.	787
<i>Schnell, J. D., P. Andrews, M. Plempel:</i> Die vaginale Kontamination der weiblichen Bevölkerung einer Großstadt mit Trichomonaden und Hefen	1007
<i>Schulz, K.-D.:</i> Wirkungsmechanismus von Chlomidphen im weiblichen Organismus 1, 2	483
<i>Schurz, A. R., E. Hochuli:</i> Verhinderung postoperativer Komplikationen nach vaginalen Operationen unter Vermeidung von Antibiotika	922
<i>Staemmler, H. J.:</i> Schlußwort zur Bemerkung von <i>H. K. Bauer</i>	1065
<i>Staemmler, H. J., U. Quaeitzsch:</i> Über die Problematik der präventiven Hysterektomie	89
<i>Strutz, E.:</i> Die Strafbarkeit der Schwangerschaftsbeseitigung in anderen Ländern.	407
<i>Trotnow, S., H. K. Pauli:</i> Gibt es soziale Unterschiede zwischen Frauen mit bösartigen und Frauen mit gutartigen Brusttumoren	699
<i>Wagenbichler, P., H. Frauendorfer, L. Havalec:</i> Der Einfluß der Hysterektomie und der einseitigen Ovariectomie auf das Auftreten von Ovarialtumoren	882
<i>Wierich, W.:</i> Myomkapselvenenruptur als Ursache eines Hämatoperitoneums	1052
<i>Wittlinger, H.:</i> Die vaginale und abdominale Hysterektomie	276
<i>Wittlinger, H., D. v. Kobyletzki:</i> Operative Geburtshilfe an der Frauenklinik Mannheim von 1956 bis 1970	1015
<i>Wurster, K. H., H. J. Leu:</i> Zur Frage der hämatogenen Ausbreitung der Endometriose	983
<i>Zippel, H. H.:</i> Ein Bericht über die Ausbildung in der Gynäkologie und Geburtshilfe in Amerika und Kanada	60
<i>Zippel, H. H., P. Citoler:</i> Zur Frage der Stromahyperplasie der Uterusschleimhaut	1030

Tagungsberichte

Seite: 147, 234, 610, 708, 757, 910

Referate

Seite: 69, 159, 250, 352, 445, 525, 613, 721, 994

Buchbesprechungen

Seite: 79, 260, 362, 454, 537, 627, 731, 819, 912, 995, 1066

Tagesnachrichten

Seite: 80, 168, 264, 540, 628, 732, 912, 996, 1072

Die Strafbarkeit der Schwangerschaftsbeseitigung in anderen Ländern

E. Strutz

Zusammenfassung

Als Fazit dieses Überblicks ist festzuhalten, daß mit Sicherheit die Erweiterung der Indikationsstellungen der internationalen gesetzgeberischen Entwicklung entspricht. Die Zahl dieser Staaten wächst von Jahr zu Jahr, wie etwa die Beispiele Norwegen, DDR, England und vieler Länder in den Vereinigten Staaten zeigen. Im Hinblick auf den zur Zeit in der Bundesrepublik bestehenden Streit der sog. Indikations- und der Fristenlösung ist in den neuesten Regelungen eine Tendenz zur Fristenlösung zu beobachten, wie beispielsweise in der DDR sowie in New York, Alaska und Hawaii. All dies hat der Strafgesetzgeber in der Bundesrepublik in seine Betrachtungen auch deshalb einzubeziehen, weil das zu schaffende Strafgesetzbuch ein solches der Zukunft sein soll und für längere Zeit Gültigkeit beanspruchen wird, wie der über hundertjährige Bestand des jetzt noch geltenden Strafgesetzbuches beweist.

Für die Entscheidung der Frage, ob und in welchem Umfang in der Zukunft die Beseitigung von Schwangerschaften bestraft werden soll oder nicht, ist es von großer sachlicher Bedeutung, die ausländischen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs kennenzulernen¹⁾. Dies gilt insbesondere deshalb, weil wir heute in einer Zeit leben, die sich durch die Bildung internationaler Zusammenschlüsse, die größere Durchlässigkeit der Grenzen und ein zunehmend „übernational orientiertes Denken“²⁾ auszeichnet. Überdies ist gerade in letzter Zeit die Reform der Abtreibungsbestimmungen wieder stark in der Öffentlichkeit diskutiert worden; das Bundesjustizministerium hat im Oktober 1971 den Referentenentwurf des 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts vorgelegt, der gerade die Ärzte interessieren dürfte, weil er die Neuregelung der Strafvorschriften über die Schwangerschaftsbeseitigung³⁾, der freiwilligen Sterili-

Abortion laws in other countries

A review of the abortion laws of other countries is presented. A liberalization of the indications for abortion is apparent as an international trend in legal development. The number of countries with more liberal abortion laws increases from year to year as the examples of Norway, the German Democratic Republic, The United Kingdom and many States of the Union of the United States demonstrate. In the Federal Republic of Germany the abolition of indications and the abolition of limitations because of gestational age are hotly discussed issues. The newest regulations show a tendency to discontinue time limitations as in the German Democratic Republic and in the States of New York, Alaska and Hawaii. These international tendencies have to be considered in the Federal Republic of Germany by the Commission for the Revision of the Criminal Code since the new Criminal Code should be one of the future and will have to last for sometime to come especially in view of the fact that the present Criminal Code has been in force for more than 100 years.

sation und der ärztlichen Heilbehandlung enthält. Zwar werden im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch einige Argumente der Anhänger der sog. Fristenlösung anerkannt; der Entwurf hält jedoch am grundsätzlichen Verbot der Schwangerschaftsbeseitigung fest (§ 218E) und entscheidet sich für die sog. Indikationslösung, indem er die me-

¹⁾ hierauf wird insbesondere im Ausland hingewiesen, vgl. Taylor in: Steichen-Calderone, *Abortion in the United States*, New York, 1958, S. 14: "There are a number of different social patterns under which the problem of abortion is handled. There is no more useful approach to our own problem than to look at ways in which other peoples approach theirs"

²⁾ so Jäger, in: *Sexualität und Verbrechen*, Frankfurt-Hamburg, 1965, S. 273ff (283)

³⁾ siehe hierzu den Bericht von Gerhardt, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 1971, S. 291f

dizinische (§ 219 Abs. 1E), die genetische oder kindliche (§ 219 Abs. 3E) und die ethisch-kriminelle Indikation (§ 219a E) als Rechtfertigungsgründe anerkannt. Diese Erweiterung der Indikationsstellungen entspricht bereits seit längerem der internationalen gesetzgeberischen Entwicklung⁴⁾, wie der nun folgende Überblick zeigen wird.

I. Der sozialistisch-osteuropäische Rechtskreis

In der Sowjetunion als dem Land, von dem insbesondere in der Mitte der fünfziger Jahre dieses Jahrhunderts die entscheidenden Impulse für die Abtreibungsbestimmungen der sozialistischen Volksrepubliken Osteuropas ausgingen, war im wesentlichen die Frage entscheidend, ob die ärztliche Schwangerschaftsbeseitigung allgemein freigegeben werden sollte oder nicht; maßgeblich waren hierfür vornehmlich ideologische, gesundheits- und bevölkerungspolitische Gründe⁵⁾. Durch Dekret vom 5. 8. 1954 wurde die Strafbarkeit der Schwangeren generell aufgehoben und durch Erlaß vom 23. 11. 1955 die Bestrafung des Drittabtreibers auf einige Fälle⁶⁾ beschränkt.

Wie in der Sowjetunion gibt es auch in *Polen* seit der Verordnung vom 19. 12. 1959 keine Gutachterstellen. Nach dem polnischen Schwangerschaftsgesetz vom 27. 4. 1956 darf ein Arzt den Eingriff in den Fällen der medizinischen und ethischen Indikation sowie bei „schwerwiegenden Lebensbedingungen der Frau“ vornehmen⁷⁾.

In der *Tschechoslowakei* ist nach dem Gesetz vom 19. 12. 1957 sowie den Kundmachungen vom 13. 9. 1961 und 21. 12. 1962 der Schwangerschaftsabbruch nur „aus gesundheitlichen oder anderen besonders berücksichtigungswürdigen Gründen“ erlaubt. Als Beispiele werden das fortgeschrittene Alter der Frau, wenigstens drei lebende Kinder, Tod oder Invalidität des Ehemannes, die Bedrohung der wirtschaftlichen Lebensfähigkeit, die schwierige Lage einer unverheirateten Schwangeren sowie Schwängerung durch eine Straftat genannt⁸⁾. Man kann daraus schließen, daß grundsätzlich die medizinische, eugenische, soziale und auch sog. ethische Indikation anerkannt werden⁹⁾. Über die Ge-

nehmung zum Eingriff, der in dem örtlich zuständigen Krankenhaus auszuführen ist, entscheidet eine Kommission, der neben Ärzten Behördenmitglieder angehören. Außer in den Fällen der medizinischen und eugenischen Indikation darf der Eingriff lediglich in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft vorgenommen werden.

Das *ungarische* Strafgesetzbuch von 1961, das seit dem 1. Juli 1962 in Kraft ist, bestraft gemäß § 256 die Abtreibung. Entsprechend dem Ministerratsbeschluß vom 3. 6. 1956 und der Verordnung vom 24. 6. 1959 kann eine Schwangerschaft in einem Krankenhaus beseitigt werden, wenn die Voraussetzungen der medizinischen oder eugenischen Indikation vorliegen oder wenn billigenwerte persönliche oder familiäre Gründe vorhanden sind¹⁰⁾. Damit wird auch die kriminelle und soziale Indikation anerkannt¹¹⁾.

Bulgarien folgte dem Umschwung in der sowjetischen Abtreibungsregelung in den Jahren 1954/55 durch das Gesetz vom 10. 2. 1956, durch das der kriminelle Charakter der Abtreibung abgeschafft und die Strafe durch soziale Maßnahmen ersetzt wurde¹²⁾. Dann

⁴⁾ dies ist auch in der Entschließung des 9. Internationalen Strafrechtskongresses 1964 in Den Haag zum Ausdruck gekommen, zu diesem Kongreß siehe Blau, in: Familienrechtszeit-schrift 1965, 244 ff

⁵⁾ hierzu ausführlich Siegrist, Der illegale Schwangerschafts-Abbruch, Hamburg 1971, S. 36f; Strutz, Die sog. ethische Indikation, Diss. jur. Bochum, 1970, S. 82ff mit weiteren Nachweisen

⁶⁾ etwa bei Eingriffen außerhalb von Heilstätten und durch Nichtmediziner

⁷⁾ hierzu Informationen des Bundesministers der Justiz Nr. 15/1971 vom 13. 4. 1971, S. 9f; Strutz, a. a. O., S. 84f

⁸⁾ vgl. Informationen (Fußn. 7), S. 10; Siegrist, a. a. O., S. 35

⁹⁾ Siegrist, a. a. O., S. 35; Strutz, a. a. O., S. 85

¹⁰⁾ vgl. Informationen (Fußn. 7), S. 10; Siegrist, a. a. O., S. 38f

¹¹⁾ Siegrist, a. a. O., S. 38; Strutz, a. a. O. S. 85

¹²⁾ hierzu Heiss, Die Abortsituation in Europa und in außereuropäischen Ländern, Stuttgart 1967, S. 202; Pfefferkorn, Probleme der Bestrafung der Abtreibungsverbrechen in der DDR, Diss. jur. Berlin-Ost, 1960, S. 163-170

wurde jedoch 1968 nach der Instruktion des Gesundheitsministeriums vom 16. 2. 1968 der Eingriff außer bei ernsten Fällen der medizinischen Indikation für kinderlose Frauen untersagt. Bei Frauen über 45 Jahre oder mit mindestens drei Kindern kann der Eingriff ohne Einschaltung einer Gutachterstelle ausgeführt werden, während bei Frauen mit einem oder zwei Kindern der Abbruch der Schwangerschaft nach der Genehmigung durch die Gutachterstelle aus medizinischen oder sozialen Gründen zulässig ist¹³.

In Rumänien entsprach die Regelung bis 1966 gleichfalls dem sowjetischen Vorbild¹⁴). Das Dekret vom 29. 9. 1966 verbot jedoch die Abtreibung grundsätzlich und erlaubte den Eingriff neben den Fällen der medizinischen, eugenischen und kriminellen Indikation dann, wenn die Schwangere 45 Jahre alt ist, bereits vier Kinder zu versorgen hat oder an einer schweren körperlichen oder psychischen Behinderung leidet¹⁵). Dieser ist grundsätzlich nur nach der Genehmigung durch die Gutachterstelle in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft erlaubt.

In Jugoslawien sind infolge der Verordnungen vom 16. 1. 1952 und 16. 2. 1960 die medizinische, eugenische und kriminelle Indikation anerkannt; weiterhin ist der Eingriff zulässig, wenn „Gründe dafür sprechen, daß die Schwangere durch die Geburt in eine schwere persönliche, familiäre oder wirtschaftliche Lage gerät, die anders nicht abgewendet werden kann“¹⁶). Bei den Krankenanstalten, in denen der Eingriff erfolgen muß, bestehen Gutachterstellen, wobei in den Fällen der medizinischen und eugenischen Indikation auch hier der dritte Schwangerschaftsmonat als Grenze angesehen wird.

Lediglich Albanien, das sich in den sechziger Jahren politisch von der Sowjetunion löste, ist von den osteuropäischen Volksrepubliken unbeeinflusst von der russischen Regelung geblieben; hier ist nur ein medizinisch indizierter Eingriff gestattet¹⁷).

In der DDR, die aus politischen Gründen zu den Ländern Osteuropas gerechnet werden kann, sind nach dem Gesetz vom 27. 9. 1950 lediglich die medizinische und eugenische In-

dikation anerkannt. Eine Wendung brachte am 15. 3. 1965 eine hektographierte Anweisung des Gesundheitsministeriums, die zunächst nur für den Dienstgebrauch bestimmt war, jedoch später, am 22. 10. 1965, durch ordnungsgemäße Bekanntmachung veröffentlicht worden ist¹⁸). Hiernach soll die Genehmigung zum Eingriff unter Berücksichtigung der Lebenssituation der Schwangeren unter anderem dann erteilt werden, wenn die Schwangere mindestens vierzig Jahre oder noch nicht 16 Jahre alt ist, wenn sie allein oder mit ihrem Ehemann für fünf oder mehr Kinder sorgerechtigt ist oder wenn es infolge einer verbrecherischen Handlung zur Schwangerschaft gekommen ist¹⁹). Nach letzten Berichten soll die DDR Ende 1971 sogar die Schwangerschaftsbeilegungen generell in den ersten drei Monaten freigegeben haben; zu einem späteren Zeitpunkt darf der Eingriff nur in besonderen Fällen, etwa bei der Gefahr für das Leben der Mutter, vorgenommen werden²⁰).

II. Der nordische Rechtskreis

Die Anerkennung der medizinischen, eugenischen und kriminellen Indikation erfolgte in Schweden bereits auf Grund des Gesetzes vom 17. 6. 1938²¹). Am 17. 5. 1946 wurde

¹³) siehe Informationen (Fußn. 7), S. 10

¹⁴) dazu Siegrist, a. a. O., S. 37

¹⁵) vgl. Galaction, Das neue Abtreibungsverbot und die Krise in der Bevölkerungsentwicklung Rumäniens, in: Jahrbuch für Ostrecht 1966, S. 221ff; Informationen (Fußn. 7), S. 10; Strutz, a. a. O., S. 86

¹⁶) siehe Pfefferkorn (Fußn. 12), S. 179-185; Siegrist, a. a. O., S. 34f; Strutz, a. a. O., S. 86 mit weiteren Nachweisen

¹⁷) vgl. Mehlan, Abortprobleme in Europa unter besonderer Berücksichtigung der Volksdemokratien, in: Deutsches Ärzteblatt 1961, S. 615

¹⁸) hierzu Strutz, a. a. O., S. 88; daselbst (S. 87f) auch zur Entwicklung der Abtreibungsbestrafung in der Nachkriegszeit

¹⁹) vgl. Informationen (Fußn. 7), S. 10; Strutz, a. a. O., S. 88f

²⁰) hierzu Schwerk, in: „Die Zeit“, Nr. 4 vom 28. 1. 1972, S. 48

²¹) siehe Strutz, a. a. O., S. 89f mit weiteren Nachweisen

der Indikationenkatalog um den Fall erweitert, daß die körperlichen und seelischen Kräfte der Graviden durch die Geburt und Aufzucht des Kindes ernstlich herabgesetzt würden. Durch das Gesetz vom 5. 10. 1963 fand sodann auch die sog. kindliche Indikation (bei Gefahr der Schädigung des Embryos) Aufnahme²²). Grundsätzlich bedarf jeder Eingriff der behördlichen Erlaubnis, wobei jedoch unter bestimmten Voraussetzungen das Gutachten zweier Ärzte ausreicht. An dieser Rechtslage hat auch das neue Strafgesetzbuch vom 21. 12. 1962, das am 1. 1. 1965 in Kraft getreten ist, nichts geändert.

Obwohl zahlreiche Indikationen bereits früher allgemein als zulässig angesehen wurden, erfolgte in *Norwegen* eine entsprechende Kodifizierung erst durch das am 1. 2. 1964 in Kraft getretene Gesetz vom 11. 11. 1960²³). In den Fällen der medizinischen, eugenisch-kindlichen und kriminellen Indikation muß der Eingriff von einem beim Krankenhaus eingerichteten Ausschuß genehmigt sein.

In *Finnland* waren bereits nach dem Gesetz vom 17. 2. 1950 die medizinische, eugenische und kriminelle Indikation zugelassen²⁴). Eine Erweiterung brachte das Gesetz vom 24. 3. 1970, das unter anderem den Abbruch für zulässig erklärt, wenn die Frau zur Zeit des Beginns der Gravidität unter 17 Jahren oder über 40 Jahre alt war oder schon drei Kinder geboren hat, wenn die Geburt bzw. Aufzucht des Kindes angesichts der Lebensverhältnisse der Frau und ihrer Familie sowie der sonstigen Umstände zu erheblichen Schwierigkeiten führen würde oder wenn die Geburt eines seelisch oder körperlich geschädigten Kindes zu befürchten ist²⁵).

Schon das *dänische* Schwangerschaftsgesetz vom 18. 5. 1937 erkannte die wesentlichsten Indikationen an²⁶). Das am 1. 4. 1970 in Kraft getretene neue Gesetz vom 24. 3. 1970 differenziert nach Eingriffen mit und ohne Genehmigung. Ohne Genehmigung darf eine Gravidität beseitigt werden, wenn die Schwangere 38 Jahre alt ist oder mindestens vier Kinder geboren hat, die noch nicht 18 Jahre alt sind und bei ihr wohnen. Einer Genehmigung bedarf es in den Fällen der eugenisch-kindlichen und kriminellen Indikation sowie

etwa dann, wenn die Frau auf Grund eines Leidens, schwacher Begabung oder wegen der Jugend oder Unreife nicht in der Lage ist, für das Kind richtig zu sorgen²⁷).

III. Die übrigen europäischen Länder

Das *österreichische* Strafgesetzbuch erklärt lediglich die medizinische Indikation für zulässig²⁸). Der gegen Ende der fünfziger Jahre veröffentlichte Entwurf der 1954 zusammengestellten Strafrechtskommission wollte die „Gefahr eines langandauernden Schadens an der seelischen Gesundheit“ auch genügen lassen²⁹). Demgegenüber enthielt § 101 des vom Bundesministerium der Justiz 1964 herausgegebenen Entwurfs eine engere Regelung: „Bei Beurteilung der Frage, ob eine der bezeichneten Gefahren besteht, sind neben den körperlichen und seelischen Eigenschaften der Schwangeren auch die Umstände zu berücksichtigen, unter denen sie zu leben gezwungen ist“³⁰). Gleichen Inhalts war auch der 1966 herausgegebene unveröffentlichte Entwurf des Bundesministeriums der Justiz³¹).

In der *Schweiz* ist gemäß Art. 120 des am 1. 1. 1942 in Kraft getretenen Strafgesetzbuches ausdrücklich lediglich die medizinische Indikation erlaubt³²).

²²) zu diesem Gesetz vgl. Informationen (Fußn. 7), S. 11

²³) hierzu Andenaes, in: Mezger/Schönke/Jeschke, Das ausländische Strafrecht der Gegenwart, Bd. IV, 1962, 263 (372)

²⁴) zu diesem Gesetz Honkasalo, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 64 (1952) 532

²⁵) hierzu ausführlich Informationen (Fußn. 7), S. 11

²⁶) zur Entwicklung in Dänemark siehe Strutz, a. a. O., S. 91f

²⁷) zu den weiteren Fällen vgl. Informationen (Fußn. 7), S. 11

²⁸) siehe Siegrist, a. a. O., S. 28f; Strutz, a. a. O., S. 93

²⁹) zu diesem Entwurf siehe Mayerhofer, in: Wort und Wahrheit 1960, 665 (669)

³⁰) vgl. Entwurf des Bundesministeriums der Justiz, 1964, S. VII

³¹) hierzu Strutz, a. a. O., S. 93

³²) zur Entwicklung und zur heutigen Rechtslage ausführlich Siegrist, a. a. O., S. 20ff; vgl. auch Strutz, a. a. O., S. 94

In *England*³³⁾ hat der am 27. 10. 1967 verkündete und am 27. 4. 1968 in Kraft getretene „Abortion Act 1967“ gegenüber dem früheren Rechtszustand eine wesentliche Erweiterung gebracht. Eine vom Arzt vorgenommene Schwangerschaftsbeilegung ist nunmehr zulässig, wenn eine eugenisch-kindliche Indikation vorliegt oder wenn „die Fortdauer der Schwangerschaft eine Lebensgefahr für die Schwangere oder die Gefahr einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit der Schwangeren oder vorhandener Kinder ihrer Familie mit sich bringen würde, die größer wäre, als wenn die Schwangerschaft unterbrochen würde“³⁴⁾. Unter diese erweiterte Indikation werden auch die Fälle der kriminellen Indikation zu subsumieren sein³⁵⁾. Ohne eine amtliche Gutachterstelle brauchen nur zwei Ärzte eine gutachterliche Äußerung dahingehend abzugeben, daß die gesetzlichen Voraussetzungen für den Eingriff vorliegen. Der ausführende Arzt muß nur später noch den erfolgten Eingriff, der in einem Krankenhaus des staatlichen Gesundheitsdienstes oder in einer anderen für diesen Zweck zugelassenen Einrichtung vorzunehmen ist, der Behörde mitteilen.

In den *Niederlanden* ist nach der Rechtsprechung, Literatur und der allgemeinen Anschauung die medizinische Indikation anerkannt³⁶⁾. Gleiches gilt für *Belgien*³⁷⁾. Auch Art. 87 des Gesetzes vom 29. 7. 1939 erklärt in *Frankreich* nur die medizinische Indikation für zulässig (therapeutischer Abort)³⁸⁾. Die Versuche, die Indikationsstellungen zu erweitern, blieben trotz ernsthafter Bemühungen bisher erfolglos³⁹⁾.

In den Strafgesetzbüchern von *Spanien*, *Portugal* und *Italien* ist keine Indikation berücksichtigt worden⁴⁰⁾, jedoch ist ein medizinisch indizierter Eingriff durch die Notstandsbestimmung gedeckt⁴¹⁾. Unter den Juristen Spaniens ist die Frage der Anerkennung der sog. ethischen Indikation, die früher einmal durch ein im wesentlichen auf politische Gründe zurückgehendes katalonisches Gesetz vom 25. 12. 1936 zugelassen war⁴²⁾, bestritten⁴³⁾. In der italienischen juristischen Literatur wird teils die Auffassung vertreten, daß der Begriff des Schadens in der Notstandsbestimmung auf die Schwangere nicht

nur in physischer, sondern auch in psychischer und moralischer Hinsicht zu beziehen sei, so daß die Beilegung einer durch Notzucht verursachten Schwangerschaft als straflos angesehen werden müsse⁴⁴⁾.

In *Griechenland* gestattet das am 1. 1. 1951 in Kraft getretene Strafgesetzbuch neben der medizinischen Indikation in Art. 304 Abs. 5 „die von einem Arzt mit Einwilligung der Schwangeren ausgeführte Abtreibung, wenn aus einer Nötigung zur Unzucht, Schändung, Verführung oder Blutschande empfangen wurde“⁴⁵⁾.

Dagegen enthält das *türkische* Strafgesetzbuch vom 1. 3. 1926 keine ausdrückliche Anerkennung irgendeiner Indikation⁴⁶⁾.

³³⁾ zum Rechtszustand vor 1967 siehe Strutz, a. a. O., S. 94 ff

³⁴⁾ hierzu Informationen (Fußn. 7), S. 12; Strutz, a. a. O., S. 96

³⁵⁾ vgl. Strutz, a. a. O., S. 96 f

³⁶⁾ siehe die Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 97

³⁷⁾ vgl. Strutz, a. a. O., S. 97

³⁸⁾ hierzu Auclair, Das tödliche Schweigen, Freiburg 1964, S. 217 f; Harant, Aspects medico-legaux de quelques problèmes soulevé par la vie sexuelle de la femme, Diss. med. Paris 1959, 12 ff, 80 ff

³⁹⁾ hierzu Harant (Fußn. 38), S. 41; Heiss (Fußn. 12), 102

⁴⁰⁾ für Spanien: Calón, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 1950, 164 (165); für Portugal: Basedau, Das Portugiesische Strafgesetzbuch, Berlin 1962, S. 160; für Italien: Pisapia, in: Revue internationale de droit pénal 1964/65, S. 835 (871 ff)

⁴¹⁾ vgl. Heiss (Fußn. 12), 112, 192; Pisapia (Fußn. 40), 876; vgl. auch Simson/Geerds, Straftaten gegen die Person und Sittlichkeitsdelikte in rechtsvergleichender Sicht, München 1969, S. 114

⁴²⁾ vgl. die Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 98, Fußn. 5

⁴³⁾ siehe Heiss, Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und der kriminelle Abort, Stuttgart 1967, S. 153

⁴⁴⁾ vgl. die Angaben bei Pisapia (Fußn. 40), S. 877

⁴⁵⁾ hierzu die Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 99, Fußn. 1, 2

⁴⁶⁾ vgl. Strutz, a. a. O., S. 99 mit Nachweisen (Fußn. 3)

IV. Der amerikanische Kontinent

Die Strafgesetzbücher der Länder des amerikanischen Kontinents sind in der Mehrzahl von europäischen Regelungen geprägt worden. Im Norden Amerikas ist der englische, in Lateinamerika der spanische, portugiesische und französische Einfluß unverkennbar. Die Abtreibungsbestimmungen in den lateinamerikanischen Staaten sind jedoch liberaler als ihre europäischen Vorbilder.

Der Criminal Code of *Canada* bestrafte jede ungesetzliche ("unlawful") Abtreibung, wobei "unlawful" entsprechend der früheren englischen Regelung dahingehend ausgelegt wurde, daß lediglich die medizinische Indikation zulässig war⁴⁷). Seit dem 1. 4. 1955 fehlt nun dieses Wort, so daß selbst ein medizinisch indizierter Eingriff keine gesetzliche Grundlage mehr hat⁴⁸). Da sich die kanadischen Regelungen bisher eng an die englischen Bestimmungen angelehnt haben, könnte es in der Zukunft in Kanada infolge des englischen Abortion Act von 1967 zu einer entsprechenden Regelung kommen.

In den *Vereinigten Staaten* war bisher im wesentlichen nur die medizinische Indikation anerkannt⁴⁹). In den sechziger Jahren mehrten sich jedoch die Stimmen, die eine Erweiterung der in der Praxis sowieso kaum beachteten Indikationsstellungen⁵⁰) forderten⁵¹). Der im Jahre 1962 vom American Law Institute herausgegebene nichtamtliche Entwurf eines Musterstrafgesetzbuches ("Model Penal Code")⁵¹) schlug die Auflockerung der medizinischen Indikation im Sinne einer Berücksichtigung auch der psychischen Gesundheit vor; er enthielt des weiteren die Anerkennung der eugenisch-kindlichen und der sog. ethischen Indikation. Auf der Grundlage dieses Entwurfes sind in vielen Einzelstaaten seit 1967 entsprechende Schwangerschaftsgesetze verabschiedet worden, etwa 1967 in California, Colorado und North Carolina, Georgia und Maryland 1968, Arkansas, Delaware, Kansas, New Mexico und Oregon im Jahre 1969, South Carolina, Virginia und Washington im Jahre 1970⁵²). Eine hiervon abweichende Regelung enthält das Gesetz des Staates New York vom 11. 4. 1970, das am 1. 7. 1970 in Kraft getreten ist.

Hiernach ist ein Eingriff zulässig, wenn ihn ein Arzt innerhalb von 24 Wochen seit dem Beginn der Schangerschaft vornimmt oder unabhängig von dieser zeitlichen Begrenzung, wenn der Arzt Veranlassung zu der Annahme hat, daß die Schwangerschaftsbeseitigung notwendig ist, um das Leben der Schwangeren zu retten⁵³). Vergleichbare Regelungen sind 1970 ebenfalls in Alaska und Hawai erlassen worden⁵⁴).

Der *cubanische* Código de defensa Social vom 4. 4. 1936⁵⁵) sowie der *mexikanische* Código Penal vom 30. 9. 1929⁵⁶) erkennen neben der medizinischen auch die sog. ethische Indikation als Rechtfertigungsgrund an. In *Puerto Rico*⁵⁷) ist zwar ausdrücklich nur ein medizinisch indizierter Eingriff zugelassen⁵⁸), jedoch werden Abtreibungen kaum bestraft⁵⁹).

⁴⁷) vgl. hierzu Lederman, in: *Journal of the Canadian Medical Association* 87 (1962) 216 ff; Lederman/Parker, in: *Criminal Law Quarterly* 1963, S. 36 ff

⁴⁸) in der Praxis werden gleichwohl sogar Eingriffe bei krimineller Indikation ausgeführt, siehe Bericht in *Zentralblatt für Gynäkologie* 88 (1966) 1371 f

⁴⁹) hierzu Bates/Zawadzki, *Criminal Abortion*, Springfield 1964, S. 9; Quay, in: *The Georgetown Law Journal* 49 (1960/61) S. 395 (447 ff)

⁵⁰) Kummer/Leavy, in: *Journal of the American Medical Association* 195 (1966) 96 bezeichneten die Abtreibung als "definite part of our social mores"

⁵¹) vgl. den Originaltext bei Bates/Zawadzki (Fußn. 49), S. 136, und Quay (Fußn. 49), 173 f, und die Übersetzung von Honig, Berlin 1965, S. 125

⁵²) vgl. Siegrist, a. a. O., S. 41; Simson/Geerds (Fußn. 41), 151; Strutz, a. a. O., S. 101

⁵³) hierzu Informationen (Fußn. 7), S. 12

⁵⁴) siehe Informationen (Fußn. 7), S. 12

⁵⁵) vgl. die Übersetzung des Art. 443 von Blau, *Das Cubanische Gesetzbuch der Sozialen Verteidigung*, Berlin 1957, S. 124 f

⁵⁶) vgl. Becker, in: *Recht der Jugend* 1964, S. 38 (40); Gebhard-Pomeroy-Martin-Cristenson, *Pregnancy, Birth and Abortion*, New York 1958, S. 246

⁵⁷) siehe Taussig, *Abortion, spontaneous and induced*, London-St. Louis, 1936, S. 475

⁵⁸) vgl. Taussig (Fußn. 57), S. 475

⁵⁹) hierzu Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 101, Fußn. 7

In *Uruguay* und *Ecuador*⁶⁰⁾ dürfen außer bei Leib- und Lebensgefahr für die Schwangere auch die aus einer Notzucht entstammenden Leibesfrüchte abgetrieben werden⁶¹⁾. Im Endergebnis Gleiches gilt gemäß Art. 86 des Strafgesetzbuches von *Argentinien* vom 29. 10. 1921⁶²⁾ und nach Art. 120 des Strafgesetzentwurfs von 1960⁶³⁾. Neben den Fällen der medizinischen Indikation bleibt gemäß Art. 128 Abs. 2 des *brasilianischen* Código Penal vom 7. 12. 1940 der ärztliche Eingriff bei Notzucht, Schändung und Schwängerung eines noch nicht 14jährigen Mädchens straflos⁶⁴⁾.

*Chile*⁶⁵⁾, *Peru*⁶⁶⁾ und *Venezuela*⁶⁷⁾ gestatten zwar nur die medizinische Indikation, wobei aber zu erwähnen ist, daß bereits 1929 ein chilenischer Strafgesetzentwurf die kriminellen Indikationen anerkannte⁶⁸⁾. Ob jedoch eine Bestrafung dieser Eingriffe erfolgt, erscheint zweifelhaft, weil Abtreibungen in Südamerika nur sehr zurückhaltend verfolgt werden⁶⁹⁾. Letzteres gilt insbesondere auch für *Kolumbien* und *Bolivien*; hier kann im übrigen bei mildernden Umständen von Strafe abgesehen werden, was in der Praxis oft geschieht⁷⁰⁾.

V. Weitere außereuropäische Länder

In *Japan*⁷¹⁾ erkennt das "Eugenic Protection Law" von 1948 die medizinische, eugenische und sog. ethische Indikation an⁷²⁾. Im gewissen Sinne wird hier auch die soziale Indikation berücksichtigt, weil ein Fall der medizinischen Indikation auch dann angenommen wird, wenn die wirtschaftlichen Umstände der Schwangeren ihre Gesundheit ernstlich gefährden. Die Zulässigkeit des Eingriffes wird seit 1952 ohne Gutachterstelle von einem staatlich autorisierten Arzt auf Grund der Angaben der Frau bescheinigt⁷³⁾.

Das *südkoreanische* Strafgesetzbuch gestattet zwar ausdrücklich nur einen medizinisch indizierten Eingriff⁷⁴⁾; die Beseitigung einer Notzuchtsschwangerschaft wird aber gleichwohl kaum bestraft werden⁷⁵⁾.

Das *kommunistische China* hat vorwiegend aus bevölkerungspolitischen Gründen nach russischen und japanischen Vorbildern die Eingriffe in gleichem Umfang legalisiert⁷⁶⁾.

Ob in *Indien* neben der zulässigen medizinischen Indikation die Beseitigung von Schwangerschaften in den anderen Indikationsfällen bestraft wird, erscheint mehr als fraglich. Gerade hier spielt das Problem der Bevölkerungsexplosion eine überragende Rolle. Die Regierung hat sich ein weitgehendes Programm zur Geburtenregelung zu eigen gemacht. So wurde auch ein Komitee gegründet, das sich mit der Anerkennung weiterer Indikationen befassen sollte⁷⁷⁾.

In Anlehnung an die frühere englische Regelung kennt das *australische* Strafgesetzbuch

⁶⁰⁾ in Ecuador jedoch mit der Einschränkung, daß die Schwangere geisteskrank oder schwachsinzig gewesen sein muß

⁶¹⁾ Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 101, Fußn. 10

⁶²⁾ hierzu Mattes, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 75 (1963) S. 311 (347); Bericht in Zentralblatt für Gynäkologie 1966, S. 1374

⁶³⁾ vgl. Bericht in Zentralblatt für Gynäkologie 1966, S. 1374

⁶⁴⁾ hierzu die Angaben von Strutz, a. a. O., S. 102, Fußn. 3

⁶⁵⁾ siehe Riquelme, Das chilenische Strafrecht, in: Mezger-Schönke-Jescheck, Bd. III, 1959, S. 82

⁶⁶⁾ vgl. Strutz, a. a. O., S. 102, Fußn. 5

⁶⁷⁾ siehe hierzu Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 102, Fußn. 6

⁶⁸⁾ zu diesem Riquelme (Fußn. 65), S. 82

⁶⁹⁾ so Lewandowski, Ferne Länder — fremde Sitten, Stuttgart, 5. Aufl., 1965, S. 119; für Chile ebenso Müller, in: Praxis 1965, S. 1140f

⁷⁰⁾ siehe Gebhard (Fußn. 56), S. 245f

⁷¹⁾ zu den Ursachen und Wirkungen der neueren Abortgesetzgebung in Japan siehe die Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 102, Fußn. 10

⁷²⁾ vgl. Burch, in: Eugenics Quarterly 2 (1955) 140 (144); Simson-Geerds (Fußn. 41), S. 112

⁷³⁾ hierzu Pommerenke bei Steichen-Calderone (Fußn. 1), S. 201; Informationen (Fußn. 7), S. 12

⁷⁴⁾ siehe Hahm-Jon, in: The Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science 56 (1965) 18 (19, 21 ff)

⁷⁵⁾ hierzu Strutz, a. a. O., S. 103

⁷⁶⁾ vgl. die Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 103, Fußn. 7

⁷⁷⁾ siehe dazu Krishna, zit. n. Bericht in Excerpta criminologica 6 (1966) 369, Nr. 805; Sengupta, daselbst, S. 490, Nr. 1116

lediglich die medizinische Indikation⁷⁸⁾. Dies wird jedoch von der allgemeinen Auffassung als zu streng erachtet und eine Reform durch eine Erweiterung der Indikationsstellungen gefordert⁷⁹⁾.

In *Südafrika* ist eine Kodifizierung der Abtreibung nie erfolgt; nach Auffassung des Common Law darf jedoch ein Eingriff nur bei dem Fall der medizinischen Indikation vorgenommen werden⁸⁰⁾.

Der "Criminal Code Ordinance" in *Israel* gestattet ebenfalls nur einen medizinisch indizierten Eingriff⁸¹⁾. Es wird jedoch in der Regel von der Polizei oder Staatsanwaltschaft nicht festgestellt, ob die Entscheidung des Arztes richtig war, sondern nur dann eingegriffen, wenn die Operation außerhalb eines Krankenhauses ohne genügende ärztliche Mitwirkung vorgenommen wurde⁸²⁾. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für einen lege-artis-Eingriff dürfte demgemäß kaum eine Strafverfolgung stattfinden.

Das *äthiopische* Strafgesetzbuch vom 23. 7. 1957 kennt zwar nur die medizinische Indi-

kation, gestattet jedoch bei der vorzeitigen Beendigung einer aus Notzucht oder Blutschande hervorgegangenen Gravidität kraft ausdrücklicher Vorschrift (Art. 553) eine bedeutende Strafmilderung⁸³⁾.

In *Ägypten* dient seit 1955 die Schwangerschaftsbeilegung in gleichem Umfang wie in der Sowjetunion und in Japan der Geburtenregelung⁸⁴⁾.

⁷⁸⁾ vgl. Haire, in: *Journal of Sex Education* 2 (1950) 171 (175)

⁷⁹⁾ siehe Haire (Fußn. 78), S. 175 f

⁸⁰⁾ hierzu Siegrist, a. a. O., S. 40

⁸¹⁾ vgl. Cohn, in: *Revue internationale de droit pénal* 1964/65, S. 813 (820); weitere Nachweise bei Strutz, a. a. O., S. 104, Fußn. 6

⁸²⁾ hierzu Cohn (Fußn. 81), S. 820

⁸³⁾ siehe Graven, in: *Revue internationale de droit pénal* 1964/65, S. 729 (733)

⁸⁴⁾ vgl. Geiser, in: *Schweiz. med. Wschr.* 36 (1956) 1006 (1007)

Rechtsanwalt Dr. E. Strutz,
435 Recklinghausen, Roonstraße 14

Nachtrag: Zur Regelung in Canada ist folgende Ergänzung hinzuzufügen: Gemäß Section 237 des Criminal Code von 1969 ist nunmehr ein Eingriff durch einen Arzt bei Leibes- und Lebensgefahr zulässig, wobei der Begriff „health“ entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation derart großzügig

ausgelegt wird, daß in praxi jede Schwangere, die es wünscht, eine Genehmigung des „therapeutic abortion committee“ zum Eingriff erhält. Insoweit bedankt sich der Verfasser herzlich für die lebenswürdigen Hinweise des Herrn Dr. Werner B. Schulze aus Edmonton, Alberta.

REFERATE

Schwangerschaft und Geburt

Stammmler, H.-J., C. Köhler, E. V. Welker, H. M. Winter (Städtische Frauenklinik Ludwigshafen/Rh., Institut für Dokumentation, Information und Statistik des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg): **Fehlgeburt und Abtreibung. Statistische Untersuchungen über die Fehlgeburt in Beziehung zur Familienentwicklung und zu sozio-ökonomischen Faktoren.** Dtsch. med. Wschr. 97 (1972) 885

Anlässlich einer Fragebogenaktion wurde bei 3151 Frauen anonym der Anteil von Fehlgeburten an den Schwangerschaften untersucht; gleichzeitig wurde versucht, den Anteil an Abtreibungen zu erfassen. 78,4% der Frauen waren zwischen 15 und 39 Jahre alt, 69% der Befragten waren verheiratet und hatten mindestens ein Kind. Von den insgesamt 4761 Schwangerschaften endeten 15% als Fehlgeburten, damit ist das Verhältnis von Geburten zu Fehlgeburten 5,5:1,17. 1% der Frauen hat Fehlgeburten durchgemacht. Zwei Kinder werden von den meisten Familien angestrebt, bei zunehmender Kinderzahl stieg die Frequenz der Fehlgeburten auf 32,1% an. Relativ die meisten Fehlgeburten entfallen auf unverheiratete Frauen mit einem Verhältnis von Geburt zu Fehlgeburt von 2,4:1. Eine signifikante Abhängigkeit der Fehlgeburtenrate von der sozialen Schicht der Frauen besteht nicht, gehäuft sind aber Aborte bei Frauen der unteren Unterschicht. Besonders wenig Fehlgeburten (11,5%) geben Frauen mit Abitur und abgebrochenem Studium an, während die Rate bei abgeschlossenem Studium mit 27% sehr hoch liegt. Mit steigendem Monateinkommen nimmt die Abortquote signifikant zu, bei einem Einkommen unter 800 DM liegt sie bei 16% und über 1500 DM bei 27%. Bei eingehaltener Familienplanung ist die Abortrate mit 17% sehr niedrig; bei Frauen, die die Familienplanung nicht eingehalten haben, liegt sie mit 37% am höchsten. Als Ursache für die Abtreibungen werden mütterliche Überforderung, materielle Gründe und vor- bzw. außer-eheliche Schwangerschaften angegeben. Bei einem Vergleich der Umfragegruppe mit 2529 Frauen einer Sprechstunde weichen die Werte nicht wesentlich voneinander ab. Aufgrund der Relation von Geburten zu ermittelten Fehlgeburten von 5,5:1 errechnet sich für die BRD eine jährliche Abortrate von 172000, der Anteil an Abtreibun-

gen liegt wahrscheinlich zwischen 86000 und 146000. Die bisher mit 400000 angegebene Abtreibungsrate wird als zu hoch angesehen.

Schlensker, Köln

Gustavii, B., U. Brunk (Department of Obstetrics and Gynecology University Clinic, S-221 85 Lund, Sweden): **Eine histologische Untersuchung des Einflusses von intraamniol und extraamniol injizierter hypertonischer Kochsalzlösung auf die Plazenta beim therapeutischen Abort.** (A histological study of the effect on the placenta of intra-amniotically and extra-amniotically injected hypertonic Saline in therapeutic Abortion). Acta Obstet. Gynec. Scand. 51 (1972) 121

Die eigentliche Ursache für die Abortauslösung nach intrauteriner Injektion einer hypertonischen Kochsalzlösung ist noch nicht gänzlich geklärt. Verfasser untersuchten die histologischen Veränderungen nach intraamniol und extraamniol Injektion einer hypertonischen Kochsalzlösung im Rahmen von 50 legalen Aborten. Dabei wurden 10 ml der Lösung pro Schwangerschaftswoche injiziert, d. h. 150—200 ml während der 15. bis 20. Schwangerschaftswoche. Nach *intraamniol Injektion* fand man ein Ödem der Eihäute, wobei deren Gefäße zum Teil thrombosiert waren. Unterhalb der Eihäute zeigte sich eine dünne Zone von nekrotischen Zotten mit Blutungen und Fibrinplaques. Die Dicke dieser Zone variierte zwischen einem Zehntel und einem Fünftel der gesamten Plazenta. Sie war deutlich abzugrenzen gegenüber den darunterliegenden Plazentaanteilen, wo völlig intakte Zotten anzutreffen waren. Fibrinähnliche Ablagerungen fanden sich im Bereich des intervillösen Raumes. Eine Schicht von dezidualen Zellen unterhalb des *Nitabuchschen* Streifens zeigte im Bereich der Zellen deutlich degenerative Veränderungen. Bei *extraamniol Injektion* war die Schicht der degenerierten Zotten dünner, während die Veränderungen im Bereich der Dezidua denen der vorigen Gruppe glichen. Veränderungen im Bereich des Myometriums wurden weder bei diesen beiden Gruppen noch bei einer Kontrollgruppe ohne Kochsalzinjektion festgestellt. Bei der intraamniol Injektion ist der fetale Anteil der Plazenta am meisten der hypertonen Kochsalzlösung ausgesetzt, wodurch sich die Zellennekrosen an dieser Stelle erklären lassen. Diese Schicht ist jedoch relativ dünn, bedingt durch eine Vermischung der Kochsalzlösung mit dem