

Technik.

Ueber Schlucktechnik bei schmerzhafter Dysphagie.

Von Dr. Julius Fleisch, Wien II.

In nachfolgendem soll eine Methode geschildert werden, durch die es möglich ist, in Fällen schmerzhafter Dysphagie, sei sie primär entzündlicher (Angina simplex, phlegmonosa, peritonsillärem Abszeß) oder postoperativer Natur (Tonsillotomie, Tonsillektomie, Abszeßspaltung, Zungenabszeß, Kehldeckelabszeß, Pharyngitis etc.) den Schuckakt für flüssige Nahrung rasch und schmerzlos zu gestalten.

Bekanntlich erfolgt der **Schlingakt** normalerweise in mehreren Phasen. Zuerst wird der Bissen über die Zungenspitze und den Zungenkörper nach hinten geschoben. Dann wird durch die Rachen- und Gaumenmuskulatur ein Abschluß gegen den Epipharynx und gegen die Nasenhöhle hergestellt. Der immer mehr eingeengte Bissen kann dadurch weder nach oben, noch nach vorne — durch den erhobenen gaumenwärts gepreßten Zungenrücken — entweichen, sondern gerät unter die Gewalt der Schlundschnürer, zumal gleichzeitig der Kehlkopf hochgezogen wird, der Kehldeckel sich schließt und der Zungengrund aufdrückt. Nun ziehen sich die Längsfasern der Schlundschnürer zusammen, die Speiseröhre klafft an ihrem Eingang und der Bissen gleitet peristaltisch hinab, oder wenn flüssig, wird er hinabgespritzt. Durch Berührung mit den Schluckreflexstellen in den Gaumenbögen kommt der Schlingreflex mit Hilfe des Schluckzentrums im verlängerten Mark zur Auslösung.

Vergleichen wir nun den Mechanismus beim willkürlichen leeren Schlucken und beim Schlucken von Bissen, und betrachten den **Unterschied zwischen Schlucken fester und flüssiger Speisen** überhaupt, so ergeben sich folgende Unterschiede an Gesunden, Kranken und im Röntgenbilde mit Bariumlösung:

1. Beim Leerschlucken: a) Zungenanpressung an den harten und weichen Gaumen, b) Hebung des Kehlkopfes maximal und Anpressen des Kehldeckels an den Zungengrund; c) maximale Konstriktion der Schlundschnürermuskeln. Je trockener die Schleimhäute und je geringer der Speichelvorrat, desto langsamer, anstrengender verläuft der Schluckakt.

2. Wenn man mit willkürlich gesammeltem Speichel den Schluckakt wiederholt, kommt reflektorisch bei gesunden Mund- und Rachengebilden ein leichter Schluckakt zustande.

3. Wird eine Menge bis zu 5 cm³ Flüssigkeit geschluckt, dann bildet sich eine seichte Rinne auf der Zungenoberfläche, in welcher die Nahrung peristaltisch durch den Zungenboden nach hinten befördert wird. Ist sie in der Ebene der Gaumen-

bögen angelangt, dann kontrahieren sich die Gaumensegel, Gaumenbögen und Schlundschnürer um dieses geringe Quantum Flüssigkeit. Je kleiner die zugeführte Trinkmenge, um so größer sind die Ausschläge der Schlingmuskeln. Der Mensch hilft dann unwillkürlich dadurch nach, daß er mit der kleinen Trinkmenge viel Luft mitschlürft, dann konstringieren sich die Schlingmuskeln um ein Gemenge von Flüssigkeit und Luft. Das sind die **Luftschluckler**, und wenn man ein Glas Wasser schluckweise austrinken läßt, kann man gleich darauf die große Menge mitgeschluckter Luft unter dem Röntgenschirm nachweisen.

4. Wird nun aber im Sitzen soviel Flüssigkeit auf einmal in den Mund eingegossen, als bei segelförmiger Aufblähung der erschlafften Wangenmuskeln überhaupt Platz hat, und befiehlt man nun der Versuchsperson, sich vorerst ohne zu schlucken wagerecht hinzulegen, und nun — nachdem die ausgiebige Flüssigkeitsmenge den Raum bis zum vorderen Gaumenbogen passiv erfüllt hat — auf Kommando auf einmal zu schlucken, dann geschieht folgendes: a) die Flüssigkeitsmenge erfüllt den kugelförmigen Raum zwischen Gaumensegel, Tonsillen und Rachenwand; die Rachenkonstriktoren treffen bei ihrer Arbeit auf ein weiches, flüssiges, widerstandloses Kissen, und beim Öffnen des Schlundes strömt nun die flüssige Nahrung ohne Widerstand, bei mäßigem Beförderungsdruck und geringem Gegendruck sozusagen selbsttätig in den Oesophagus. Die Verhältnisse liegen einigermaßen ähnlich, wie wenn man ein entzündliches Kniegelenk an der Luft oder im Wasserbad bewegt. Im letzterem ist das Eigengewicht der entzündeten Gelenksteile, mithin auch die Reibung der Gelenksenden, vermindert, daher die Bewegung schmerzloser.

Die **Methode** hat sich mir innerhalb eines Zeitraumes von nahezu 10 Jahren insbesondere bei eitrigen Tonsillen- und Gaumenprozessen, Abszessen, bei Tonsillektomierten, aber auch bei allen entzündlichen Krankheiten innerhalb der Mundhöhle und im Mesopharynx ausgezeichnet bewährt, ebenso nach Unterkieferluxation, dentaler Periostitis und dergleichen, wobei das sonst bei diesen Affektionen so häufige und mit Recht gefürchtete „Verschlucken“ bei richtiger Ausführung der Methode gar nicht in Betracht kommt. Gärungslose stark süße Fruchtsäfte (Limonaden, Traubensaft, Himbeersaft) eignen sich als kalorisch höherwertig und vitaminreich für solche Ernährung besonders gut.

(Anschr. d. Verf.: Wien II, Untere Augartenstr. 13.)

Soziale Medizin und Hygiene.

Aus dem Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Hamburg.

(Phys. Dr. H. Koopmann.)

Aktuelle Abtreibungsfragen.

Von Dr. med. Hans W. Kemp ski.

Trotz der am 31. Juli 1920 erfolgten Ablehnung des marxistischen Antrages: „Die in den §§ 218 und 219 StGB. bezeichneten Handlungen sind nicht strafbar, wenn sie von der Schwangeren selbst oder einem staatlich anerkannten Arzt innerhalb der ersten drei Monate der Schwangerschaft vorgenommen werden“, verhielten sich Polizei und Gericht den Abtreibehandlungen gegenüber bis zum Frühjahr 1933 außerordentlich milde. Dieses den Abtreibungsfragen gegenüber gezeigte geringe Interesse hatte unter den Aerzten die Auffassung aufkommen lassen, daß es sich in Zweifelsfällen von Fehlgeburt durch Abtreibung gar nicht lohne, die Frage zu klären, ob eine Abtreibehandlung vorliege oder nicht. An dem interessearmen Verhalten der maßgebenden Stellen änderte die

Tatsache nichts, daß die führenden Gerichtsmediziner sich unbedingt für die Beibehaltung des § 218 einsetzten.

So bot das **Abtreibungsproblem vor 4 Jahren** vom Standpunkte der Aerzte aus, die sich mit Abtreibefragen beschäftigen mußten, und im Sinne unserer heutigen Zeit ein unerfreuliches, geradezu beängstigendes Bild.

In Deutschland war die Abtreibung vor 1933 sehr verbreitet. Sie zeigte, wie viele andere Erscheinungen, daß sich das Deutsche Reich auf einer absteigenden Linie befand. Die Abtreibung konnte sich ausbreiten, da Polizei und Gerichte als Hüter der §§ 218—220 StGB. Verstöße gegen diese Gesetze mit der erwähnten Milde verfolgten und dadurch Abtreiber, Aerzte und Abtreibeopfer zur Abtreibung geradezu ermunterten.

Das **Dritte Reich** brachte der Abtreibung schärfste Kampfansage. Dieser Kampf wurde im Laufe der vergangenen vier Jahre immer mehr organisiert. An erster Stelle steht hier die Notwendigkeit einer harmonischen Zusammenarbeit von Polizei- und Gerichtsbehörden sowie des staatlichen Gesundheitsamtes und der Gerichtsärzte. Die Aufgabe des praktizierenden Arztes im Kampfe gegen die Abtreibung ist zwar nicht weniger wichtig, jedoch in der Hauptsache eine vorbeugende.

Die Arbeit der Gerichte wird erst möglich nach **Vorarbeit der Polizeibehörde**, insbesondere der Kriminalpolizei. Während vor 1933 in Hamburg lediglich 2 Kriminalbeamte neben sämtlichen Vergehen und Verbrechen gegen das Leben auch die Abtreibungsfragen zu bearbeiten hatten, mußten bereits im zweiten Halbjahr 1933 infolge der durch größeres Interesse bedingten Mehrarbeit in der Bekämpfung des Abtreibewesens weitere Beamte herangezogen werden. Im Oktober 1936 wurde in Berlin die Reichszentrale zur Bekämpfung der Homosexualität und der Abtreibung ins Leben gerufen. Etwa zur gleichen Zeit wurde in Hamburg einer bestimmten Abteilung der Kriminalpolizei als Aufgabe die Bearbeitung von Abtreibungsfällen zugeteilt. Diese Sonderabteilung weist heute einen Beamtenstand von elf Personen auf.

Nach einer von Kriminalinspektor Harder zusammengestellten Uebersicht stieg die am Ende des Jahres 1932 247 Anzeigen wegen Abtreibungsverdachts betragende Zahl im Jahre 1936 auf 390 Anzeigen. Die Anzahl der abtreibungsverdächtigen Täter betrug 222 im Jahre 1932 und nicht weniger als 817 am Ende des Jahres 1936. Unter diesen waren die Täter weiblichen Geschlechts in überwiegender Mehrzahl.

Ganz besonders klar läßt sich das gesteigerte Interesse der Kriminalpolizei an der Bekämpfung des Abtreibungswesens aus dem mächtigen Anwachsen der Festnahmendiffer von Hamburg ersehen. Während im Jahre 1931 nur 4 gewerbsmäßige Abtreiber festgenommen wurden, konnten in den Jahren 1933—1936 insgesamt 191 Personen wegen dringenden Verdachts auf Abtreibung verhaftet werden. Von diesen 191 gewerbsmäßigen Abtreibern sind etwa zwei Drittel bereits zur Verurteilung gelangt, während der übrige Teil derselben sich noch in Untersuchungshaft befindet. Auch die Mehrzahl der festgenommenen Abtreiber war weiblichen Geschlechts (136).

Es sei bemerkt, daß hier der Eindruck besteht, daß die seit 25. Juli 1935 in Deutschland bestehende Meldepflicht aller Fehlgeburten an die staatlichen Gesundheitsämter¹⁾ die Zahl der Fehlgeburten und somit auch der Abtreibungen herabzudrücken scheint.

Bei Anwendung des von Bumm²⁾ angegebenen Schemas, daß zwei Drittel aller Fehlgeburten auf einen kriminellen Eingriff zurückzuführen seien, käme bei einer Zahl von 5006 gemeldeten Fehlgeburten aus dem Jahre 1936 für Hamburg eine unvergleichlich höhere Zahl heraus, als verdächtige Abtreiber angezeigt bzw. festgenommen und vor allem verurteilt wurden, also ein besserungsfähiger und besserungsbedürftiger Zustand.

Ein Verständnis für diesen im Sinne des Dritten Reiches beklagenswerten Zustand bekommt man, wenn man beachtet, daß es sich bei einer großen Zahl der heutigen Abtreibungen um **Selbstabtreibungen** handelt, und daß die meisten dieser Fälle unentdeckt bleiben werden.

Selbstabtreibung kommt nach Lehrbuchangaben selten, nach Hamburger Erfahrungen jedoch gar nicht so selten vor. Kriminalpolizeiliche Ermittlungen ergaben eine Zunahme von Selbstabtreibungen in den letzten Jahren. Die anatomischen Befunde bestätigten diese Feststellungen.

Mit welchen **Abtreibungsmitteln** heute die Kriminalpolizei neben den meist üblichen Einspritzungen mittels einer sog. Mutterspritze („Klyso pomp“) — oft mit Seifenwasser — zu rechnen hat, zeigen in letzter Zeit in Hamburg vorgekommene Fälle, bei denen zur Verschleierung bzw. Beschönigung eines kriminellen Eingriffes teilweise offensichtlich untaugliche Abtreibungsmethoden angegeben wurden.

Ein junges Mädchen kam nach Ermittlungen der Kriminalpolizei auf den Gedanken, eine „strenge Hungerkur“ als Ursache ihrer unterbrochenen Schwangerschaft anzugeben. Sie habe während dieser Hungerkur allerdings reichlich Obst gegessen.

Eine Bauerntochter aus der Umgebung von Hamburg hatte ihre im dritten Monat stehende Schwangerschaft angeblich „erfolgreich“ und ohne Komplikationen mit einer 40 cm langen Viehklistierspritze selbst abgetrieben.

In anderen Fällen soll mit Erfolg das eine Mal „heiβes Pech“ und ein anderes Mal eine „Winterhilfsplakette mit Druck auf die Nabelgegend“ angewendet worden sein.

Aus diesen Beispielen ist ersichtlich, daß bei Fahndung auf Abtreibung an die merkwürdigsten, mehr oder weniger tauglichen Unterbrechungsmittel gedacht und auch bedacht werden muß, daß die Angaben von untauglichen Methoden als Verschleierungsversuche anzusehen sind.

Was die **Erhältlichkeit durchaus tauglicher Abtreibungswerkzeuge** betrifft — wie „Klyso pomp“, Katheter, „Sterilett“-Pessar u. a. — so sei auf die Entschließung der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtsmedizin in Hannover 1934 hingewiesen, die ein Verbot öffentlichen Feilbietens von absolut tauglichen Abtreibungsinstrumenten forderte. Eine strenge Durchführung dieser Forderung würde ohne Zweifel dazu beitragen, die Schwangerschaftsunterbrechung durch Selbstabtreibung einzudämmen. Wie man sich aber überzeugen kann, gibt es noch Geschäfte, die durchaus taugliche Abtreibewerkzeuge ohne ärztliche Anweisung verkaufen.

Die Erfahrungen der Kriminalpolizei zeigen also ein wachsendes Interesse für das Abtreibeproblem, eine merkliche Zunahme der Arbeit der betreffenden Abteilung der Kriminalpolizei, einen zunehmenden Personalstand dieser Abteilung, ein starkes Ansteigen der Zahl der Abtreibungsaufdeckungen, von Festnahmen verdächtiger Personen und Erfahrungsbereichung über taugliche bzw. untaugliche Abtreibemethoden und über Verschleierungsmannöver der Verdächtigen.

Um Dauererfolge im Kampfe gegen die Abtreibung zu erreichen, ist es notwendig, daß die Polizei fortlaufend mit der Gerichtsmedizin zusammenarbeitet. Diese gemeinsame Arbeit besteht darin, daß die Kriminalpolizei der Abtreibung verdächtige weibliche Personen dem gerichtsarztlichen Institut sofort meldet und eine umgehende gerichtsarztliche Untersuchung derselben veranlaßt.

Derartige Sofort-Untersuchungen haben sich seit 1933 in Hamburg bewährt.

Zu den Aufgaben der Kriminalpolizei gehört weiter die **Ermittlung von Abtreibefällen mit Todeserfolg**. Bekannt ist, daß früher zahlreiche Fälle dadurch unaufgeklärt blieben, daß die den Totenschein ausstellenden Aerzte absichtlich oder fahrlässig unterließen, die richtige Todesursache zu beurkunden, oder diese durch nicht widerlegbare „Todesursachen“ zu tarnen versuchten. Ein derartiges Verhalten ist durch die neuen Bestimmungen über Fehlgeburtsmeldungen sehr erschwert. Außerdem wird jeder Totenschein heute auf Abtreibe verdacht besonders nachgeprüft.

So kamen in der letzten Zeit gelegentlich Leichen zur gerichtlichen Sektion, deren Totenschein den Verdacht auf Abtreibung hatte aufkommen lassen. Auf den großen Wert gesundheitspolizeilicher Leichenöffnungen, sog. Verwaltungssektionen, zur Klärung von Abtreibefällen sei in diesem Zusammenhang hingewiesen³⁾.

Gemäß dem Großstadtcharakter Hamburgs verfügt das Hamburger gerichtsarztliche Institut über ein verhältnismäßig reiches Gut von Abtreibungsfällen mit Todeserfolg. Eine Zusammenstellung der aus den Jahren 1900 bis 1934 stammenden Abtreibefälle mit Todeserfolg, die in Hamburg zur gerichtlichen Sektion kamen, hatte nach M. Sauerlandt⁴⁾ folgende Ergebnisse:

Von 1900 bis 1934 gelangten 286 Leichen wegen Verdachts auf Abtreibung zur gerichtlichen Leichenöffnung. In den meisten dieser Fälle wurde dieser Verdacht bestätigt.

Die jährliche Zahl von Abtreibefällen mit Todeserfolg stieg nach dem Weltkriege an. Die höchsten Zahlen weisen die Jahre

¹⁾ Art. 12 der 4. Verordnung z. Ausf. d. Ges. z. Verhütg. erbkr. Nachw. 18. 7. 1935.

²⁾ Verh. Ges. Geburtsh. 1916.

³⁾ cf. Merkel: Tagg. d. Deutschen Ges. f. gerichtl. Med., Dresden, 1936.

⁴⁾ Sauerlandt: Inaug. Diss. Hamburg, 1935.

1919 und 1924 auf. Ledige und Verheiratete waren in etwa gleicher Zahl vorhanden.

Bei den Abtreibeopfern handelte es sich nur um Angehörige der sozial schlecht Gestellten.

In mehr als 50% der Fälle wurde der kriminelle Eingriff bis zum 3. Schwangerschaftsmonat vorgenommen, in keinem Fall nach dem 6. Monat der Schwangerschaft.

Als Abtreibungsmethode wurden vorwiegend Einspritzungen („Klyso-pomp“) angewandt, meist mit Seifenwasser. Selten kamen andere Mittel wie Katheter, Massage, Gifte u. a. zur Beobachtung.

Als Todesursache wurde in 45% der Fälle allgemeine Blutvergiftung und in 27% der Fälle Bauchfellentzündung aufgedeckt. Luftembolie fand sich verhältnismäßig häufig, und zwar in 12% der Fälle. Die Feststellung der Luftembolie als Todesursache war von den die Leichenöffnung vornehmenden Aerzten in 7% der Fälle gemacht worden, während bei 5% derselben auf Grund der noch vorliegenden Sektionsprotokolle nachträglich mit Wahrscheinlichkeit eine Luftembolie als Todesursache angenommen werden konnte. Eine verhältnismäßig große Zahl (14%) blieb anatomisch unaufgeklärt.

Sauerlandt beklagt am Schlusse der Arbeit, daß nur ein Achtel der Abtreibungsfälle mit Todeserfolg zum gerichtlichen Nachspiel führte, daß somit das anatomische Material der Jahre 1900 bis 1934 wenig Beiträge zur Aufklärung von Abtreibbehandlungen geliefert hätte.

Bei einer Gegenüberstellung der Abtreibefälle von 1900 bis 1934 mit denen, die 1935 und 1936 in Hamburg zur gerichtlichen Sektion gelangten, sieht man, daß sich die Zahl der Fälle von Abtreibung mit tödlichem Ausgang in Hamburg durchschnittlich weiter auf 10 bis 12 Todesfälle jährlich belief. Der mit der Krisenzeit einhergehende Höhepunkt von 1924 mit 20 gerichtlichen Sektionen wegen Abtreibungsverdacht wurde nicht wieder erreicht.

Die Hälfte der Abtreibungsoffer wies wie früher so in den beiden letzten Jahren ein Alter von 20–30 Jahren auf. Unter den Opfern der Jahre 1935/36 war keines unter 20 Jahre alt, gut 30% standen im Alter von 30–40 Jahren und die übrigen hatten das 4. Jahrzehnt bereits überschritten. Die Beteiligung von Verheirateten und Ledigen hielt sich auch in den letzten beiden Jahren die Waagschale. Vorwiegend waren ebenfalls hier Arbeiterfrauen und Hausangestellte unter den Personen, an denen eine Abtreibung mit tödlichem Ausgang erfolgte.

Die Bestimmung des Zeitpunktes der Schwangerschaftsunterbrechung war zur Zeit der Gerichtssektion nur bei der Hälfte der Fälle möglich. In 63% der Fälle wurden die ersten Schwangerschaftsmonate als Unterbrechungstermin von den Abtreibern gewählt.

Die Feststellung der Todesursachen war 1935–37 bei den zur gerichtlichen Leichenöffnung gekommenen abtreibungsverdächtigen Fällen im Gegensatz zu früher stets möglich. In 41% der Fälle ließ sich ein krimineller Eingriff nachweisen, in den übrigen Fällen war ein solcher anzunehmen. An allgemeiner Blutvergiftung starben die Hälfte dieser Fälle, während 40% an Bauchfellentzündung und nur 3 Fälle durch Luft- bzw. Lungenembolie zugrunde gingen.

Ein Lungenemboliefall zeigt, wozu es kommen kann, wenn man sich bei Schwangerschaft mit Unterleibsschmerzen in die Behandlung eines Laien begibt.

Die bei ihren Eltern wohnende, unverheiratete 25j. L. R. mußte wegen „Beschwerden im Unterleib“ seit 6 Wochen das Bett hüten. Sie war während dieser Zeit von dem Naturheilkundigen E. K. angeblich auf Lungenentzündung mit warmen Brustumschlägen behandelt worden. Da sie dann plötzlich starb, wurde eine gerichtliche Leichenöffnung angeordnet. Diese ergab den Zustand nach einer 3–4 Wochen zurückliegenden Fehlgeburt und als Todesursache einen vollständigen, durch einen Blutpfropf bedingten Verschuß beider Lungenschlagadern mit frischen Infarkten in beiden Lungenunterlappen. Die mikroskopische Untersuchung der Gebärmutterwand ließ eine Entzündung der Schleimhaut mit Mutterkuchenresten deutlich erkennen.

Dieser Todesfall hatte ein gerichtliches Nachspiel. Der Naturheilkundige wurde wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Das Verfahren wurde jedoch wegen Mangels an Beweisen eingestellt.

Als Beispiel für die energische Tätigkeit der Kriminalpolizei sei folgender Abtreibungsfall skizziert:

Eine 35j. unbekannte Frau war in der Wohnung des Ehepaares Sch. mit einem Hemd dürrig bekleidet im Bett liegend tot aufgefunden worden. Die gerichtliche Sektion ergab Tod durch Luftembolie nach kriminellem Eihautstich im 5. bis 6. Schwangerschaftsmonat.

Die unbekannte Frau, deren Identität erst nach einer Woche durch Mithilfe des Rundfunks festgestellt werden konnte, war bereits früher einmal von dem wegen Kuppelei vorbestraften Ehepaar Sch. „mit Erfolg ausgeräumt“ worden. Der Sch. hatte schon mehrere Jahre einen Gewerbeschein als Krankenhändler. Sch. und seine Ehefrau, die als „Masseuse“ der gewerbsmäßigen Unzucht nachging, unterhielten neben ihrer „homöopathischen Heilpraxis“ ein gutgehendes Absteigequartier und zeitweise einen „Schönheitssalon“. Beide wollten die unbekannte Frau, der auf der Straße angeblich übel geworden sei, „aus Christenpflicht“ in ihre Wohnung mitgenommen haben, wo diese plötzlich „mit Schaum vor dem Munde“ gestorben sei. Sch., der sich als „Arzt“ zu seinen Opfern rufen ließ, gab nach hartnäckigem Leugnen zu, neben „Gallenkuren“ auch Abtreibungen gemeinsam mit seiner Frau vorgenommen zu haben.

Sch. hielt sich auf Grund einer selbst durchgemachten, schweren Tuberkulose für berechtigt, sich als „Spezialist für Lungenleiden“ auszugeben. Bei der Gegenüberstellung anlässlich der gerichtlichen Leichenöffnung erklärte dieser „Spezialist“, er kenne „die weiblichen Organe einer Frau“ nicht und könne deshalb keinen unerlaubten Eingriff vorgenommen haben.

Durch rasches, energisches Zugreifen der Kriminalpolizei wurde dieser Fall bald geklärt und es konnten weitere Abtreibefälle des Ehepaares Sch. aufgedeckt werden. Der Prozeß gegen das Ehepaar Sch. ergab ein Zuchthausurteil von je 8 Jahren für jeden Ehegatten. Dieser Fall zeigt, wohin gewerbsmäßige „Krankenbehandlung“ durch Laien führen kann. Jahrelang verschaffte der „Spezialist“ Sch. seiner Frau „Kundschaft“. Er wie seine Frau, deren früherer Zuhälter er war, konnten ungehindert ihre üble Tätigkeit auf Grund eines Gewerbescheines entfalten.

Nach solchen und zahlreichen ähnlichen Erfahrungen ist die Frage, ob man „Krankenbehandlung“ durch weibliche Personen künftig grundsätzlich durch Gesetz verbieten soll, zu bejahen. Ein solches Verbot würde dazu beitragen, eine durch den Stempel des rechtmäßigen Gewerbes getarnte Lasterhöhle unmöglich zu machen.

Auf Grund der Nachforschungen der Kriminalpolizei konnte bei der Hälfte aller 1935 und 1936 tödlich ausgegangenen, gerichtlich sezierten Abtreibungsfälle mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine **Selbstabtreibung** festgestellt werden. Nur bei einem Drittel derselben wurde Abtreibung durch eine fremde Person nachgewiesen.

Ein Fall von Selbstabtreibung sei noch besonders erwähnt.

Die 39j. Ehefrau J. K. war angeblich seit Juli 1935 bei einem Frauenarzt wegen gutartiger Gebärmuttergeschwulst in Behandlung. Ende August 1935 wurde sie wegen fieberhafter Fehlgeburt in einem Hamburger Krankenhaus aufgenommen, wo sie 4 Wochen später einer allgemeinen Blutvergiftung erlag. Die gerichtliche Leichenöffnung erbrachte den Nachweis, daß diese mit der Fehlgeburt zusammenhing. Eine Gebärmuttergeschwulst konnte nicht nachgewiesen werden, wohl aber eine Verletzung im untersten Gebärmutterteil. Nach Ermittlungen der Kriminalpolizei hatte die Frau an sich selbst mittels zweier Metallhäkelnadeln einen Abtreibungsversuch vorgenommen.

Eine Erklärung für das in jüngster Zeit auch in Hamburger Krankenanstalten beobachtete Zunehmen von Selbstabtreibungen dürfte wohl durch das Bekanntwerden des strengen Vorgehens der Gerichte und der Erfolge der Kriminalpolizei auf dem Gebiete der Aufklärung von gewerbsmäßigen Abtreibungen zu suchen sein.

Die an den Abtreibefällen mit Todeserfolg gesammelten Erfahrungen geben im allgemeinen zwar bekannte, jedoch wichtige Aufschlüsse über das Abtreibeproblem. Sie liefern Schulmaterial hierzu und beleuchten mancherlei Mißstände in der praktischen Durchführung behördlich genehmigter Krankenbehandlung. Sie zeigen, daß zur Begutachtung von anatomischen Befunden zur Aufklärung von Abtreibungsfragen erprobte Fachkenntnisse notwendig sind, und daß die Sicherheit in der Deutung anatomischer Be-

funde zugenommen hat, seitdem die gerichtliche Leichenöffnung in Hamburg möglichst einer, anatomisch besonders erfahrenen Hand anvertraut ist.

Eine wichtige Rolle in der Bekämpfung der Abtreibung fällt nach entsprechender Vorarbeit durch die Kriminalpolizei der **Tätigkeit der Staatsanwaltschaft und des Gerichts** zu. Vor 1933 wurden die meisten Abtreibesachen vom Amtsgericht abgeurteilt. Diesem Gericht entsprechend fielen die meisten Urteile milde aus.

So wurden im Jahre 1931 vom Hamburger Amtsgericht 42 Geldstrafen und 52 Gefängnisstrafen wegen Abtreibung verhängt. Vom Schwurgericht dagegen wurden nur 25 Fälle wegen Verstoßes gegen § 218 abgeurteilt und überdies mit außerordentlicher Milde.

Während sich das Schwurgericht vor 1933 also weniger mit Abtreibungssachen befaßte als das Amtsgericht, nahm in den folgenden Jahren die Zahl der im Schwurgericht verhandelten Abtreibungsprozesse erheblich zu und betrug 1934 100 % mehr als im Jahre 1931. Die Zahl für das Amtsgericht nahm dementsprechend immer mehr ab.

Den im Sinne unserer Zeit erwünschten strengen Standpunkt der Schwurgerichte in Abtreibungsfragen kann man an der Höhe der vom Schwurgericht beschlossenen Strafen ablesen. In den im Jahre 1935 vom Hamburger Schwurgericht verhandelten Abtreibungsprozessen wurden über 100 Jahre Zuchthaus verhängt, in 5 Fällen je 6 Jahre Zuchthaus. Fast in jeder Schwurgerichtsverhandlung wird dem Beschuldigten von dem Vorsitzenden der heutige strenge Standpunkt besonders vorgehalten und ihnen klargemacht, daß man heute ihre Verbrechen für viel schwerwiegender halte als in der Zeit vor 1933, in der man über die Abtreibung milde gedacht habe.

Ebenso wie die Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft bei der Ermittlung von Abtreibefällen auf den **medizinischen Sachverständigen**, insbesondere den Gerichtsarzt, angewiesen ist, kann auch das Gericht dessen Hilfe keineswegs entbehren. Sicher gibt es Gerichte, die über große Erfahrung in Abtreibesachen verfügen, die also Abtreibefälle auch ohne medizinischen Sachverständigen aburteilen könnten.

Die Hamburger Gerichte pflegten bisher Abtreibungsprozesse häufig ohne ärztliche Sachverständige zu erledigen. Im Jahre 1935 wurden bei 25 Abtreibungsprozessen des Schwurgerichts nur in 7 Fällen medizinische Sachverständige hinzugezogen, im Jahre 1936 bei 28 derartigen Prozessen in 14 Fällen.

Die Frage, ob grundsätzlich ein ärztlicher Sachverständiger zu Abtreibungsprozessen hinzuzuziehen ist, kann ohne Zweifel bejaht werden. Schon manche Aufdeckung weiterer, mit einem Abtreibungsprozeß zusammenhängender Fälle wurde nur durch die Fragestellung des Arztes vor Gericht möglich. Gerade der medizinische Gesichtspunkt gibt oft einen wertvollen Hinweis auf Tatsachen, die von einem noch so erfahrenen Laien vielleicht unberücksichtigt geblieben wären.

Andererseits verleiht die Anwesenheit eines medizinischen Sachverständigen in Abtreibungsprozessen dem Gericht ein Gefühl der Sicherheit.

Aus dem gleichen Grund erscheint auch die Hinzuziehung eines erfahrenen Arztes zum ersten Lokalaugenschein bei abtreibungsverdächtigen Fällen — ähnlich wie die Hinzuziehung eines Arztes zur Tatortbesichtigung durch die Mordkommission — in noch größerem Umfange als bisher besonders wünschenswert. Vor 1933 kam eine derartige Hinzuziehung eines Gerichtsarztes zum ersten Lokalaugenschein nicht vor, seit 1933 jedoch öfter.

Da der **hauptamtliche Gerichtsarzt** im allgemeinen keine Praxis ausübt, braucht er also keinerlei Rücksicht auf sie zu nehmen und ist somit — menschlich gedacht — verbürgt unabhängig und zum unparteiischen ärztlichen Sachverständigen in Abtreibefragen besonders geeignet. Wenn praktizierende Aerzte sich nie zu Abtreibungen hergäben, wäre der genannte Vorzug der hauptamtlichen Gerichtsärzte nicht erwähnenswert. Da es aber leider auch unter Aerzten Abtreiber gibt — gerade eine Reihe von Hamburger Abtreibungsprozessen zeigten dies in den letzten 4 Jahren — muß die Unparteilichkeit des hauptamtlichen Gerichtsarztes als Vorzug hervorgehoben werden. Jeder gewissenhafte Gerichtsarzt wird von sich aus einen

Facharzt für Frauenheilkunde u. a. hinzuziehen, wenn er sich über besondere Fehlgeburtsfragen u. dgl. nicht ganz im klaren ist.

Vom Standpunkt der praktischen Gerichtsmedizin aus wird es stets begrüßt werden, wenn sich der praktizierende Arzt mehr als bisher der gerichtlichen Seite des Abtreibeproblems widmet. Dies besonders, wenn ihm durch organisatorische Maßnahmen der Aerztekammern Gelegenheit geboten wird, sich durch Teilnahme an Abtreibeprozessen in Abtreibungsfragen fortzubilden. Diese Teilnahme wird ihm wie keine andere Unterrichtsmethode die üblen Folgen von Abtreibehandlungen vor Augen führen. Auch wird der praktizierende Arzt hierdurch angeregt, sich seiner eigentlichen Aufgabe im Kampfe gegen die Abtreibung, nämlich der Vorbeugung bzw. Verhütung derselben, voll bewußt zu werden. Gerade die **Vorbeugung** stellt für den Arzt in der Praxis das Hauptarbeitsgebiet dar. Die Opfer der Abtreibung gehen meist zum Arzt, bevor sie den Abtreiber aufsuchen. Gelingt es dem Arzt, die hilfeschuchenden Schwangeren von ihrem Vorhaben abzubringen, wird der Kampf gegen das Abtreibungsunwesen die schönsten Erfolge erzielen.

Aerztliche Ratschläge, wie sie hier häufig in den Akten gefunden wurden, wie z. B. „Ich kann Ihnen nicht helfen, wenn Sie nicht bluten —“ oder „Ich kann Ihnen nur dann helfen, wenn Sie bluten —“ oder „Lassen Sie mich sofort rufen, wenn Sie bluten —“ dürften heute nicht mehr vorkommen.

Die hier besprochenen Fragen in ihrer Gesamtheit beweisen, daß auf dem Gebiet des Abtreibungsunwesens seit 1933 in Deutschland eine Wandlung eingetreten ist und das Problem der Abtreibungsbekämpfung wie nie zuvor in den Vordergrund getreten ist.

Am 30. Januar 1937 kennzeichnete der Chef der Deutschen Polizei Reichsführer SS. Heinrich Himmler den Kampf gegen die Abtreibung als eine der Hauptaufgaben der deutschen Polizei.

Nur ein gemeinsamer Kampf aller in Frage kommenden Behörden und Volksgenossen kann das Volk vor einem Fortschreiten der Abtreibungsseuche schützen und der Idee zum Siege verhelfen, daß der gesunde Nachwuchs als größter Reichtum eines Volkes unantastbar ist.

Zusammenfassung.

1. Das Interesse der Polizei für Aufklärung von Abtreibungen und einen verstärkten Kampf gegen die Abtreibung ist in den letzten 4 Jahren zunehmend angewachsen.

2. Bewährt hat sich während der letzten Jahre eine lebhafte Zusammenarbeit der Polizei mit der Gerichtsmedizin.

3. Die Neuorganisation der Hamburger Gerichtsmedizin hat im Hinblick auf die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen von Abtreibefällen mit Todeserfolg größere Sicherheit in der Beurteilung von derartigen Fällen ergeben.

4. Die Zahl der im Schwurgericht verhandelten Abtreibesachen hat in den letzten 4 Jahren erheblich zugenommen. Strenge Strafen des Schwurgerichts zeigen den Willen desselben, die Abtreibung zu bekämpfen.

5. Die Zunahme der Selbstabtreibungen in den letzten Jahren wird als Folge der Tätigkeit von Polizei und Schwurgericht angesehen.

6. Die Hinzuziehung von ärztlichen Sachverständigen in Abtreibungsprozessen durch die Gerichte erscheint grundsätzlich erforderlich.

7. Der für die Tätigkeit des Sachverständigen in Abtreibungsfragen im allgemeinen geeignetste Arzt ist der hauptamtliche Gerichtsarzt.

8. Fortbildung der praktizierenden Aerzte in der gerichtlichen Beurteilung von Abtreibesachen erscheint im Interesse des Kampfes gegen die Abtreibung notwendig.

9. Das Gebiet des praktizierenden Arztes bei der Abtreibungsbekämpfung ist die Vorbeugung.

(Anschr. d. Verf.: Hamburg 3, Gerichtsmed. Univ.-Institut, Hafenkrankeh.)