

als sie früher schon war; sie ist stets zu machen, wenn die äußere Untersuchung und Geburtsbeobachtung Zweifel in der Diagnose aufkommen lassen und eine Gefahr für Mutter und Kind bedeuten. Sie ist den heranwachsenden Ärzten und Hebammen gründlich und exakt zu lehren. Die rektale Untersuchung soll wegen der Unsauberkeit und der Unzuverlässigkeit in der Diagnose nicht mehr geübt und gelehrt werden.

Schrifttum

Arns, Zbl. Gynäk. 25, 23; Bayer. Ges. Geburtsh. u. Gynäk. 1925. — Fürst, Zschr. Gynäk. 85. — Johannsen, Zbl. Gynäk. 25, 10. — Klenitzky, Zbl. Gynäk. 30, 42. — v. Mikulicz-Radecki, Zbl. Gynäk. 1923. — Reist, Zbl. Gynäk. 1925, 12. — Schröder, Zbl. Gynäk. 1925, 1. — 9. Versammlung der Gesellschaft für Naturforscher, Königsberg 1930.

Aus der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung
des Städtischen Oskar-Ziethen-Krankenhauses, Berlin-Lichtenberg
(Chefarzt: Dr. F. Wolter)

Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation

Von F. Wolter

Die gesetzlichen Grundlagen für die Unterbrechung einer Schwangerschaft sind in der DDR und in Berlin durch das sogenannte »Mutterschutzgesetz« vom 27. September 1950 neu geregelt worden. § 12 Absatz 1 dieses Gesetzes lautet:

»(1) Im Interesse des Gesundheitsschutzes der Frau und der Förderung der Geburtenzunahme ist eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nur zulässig, wenn die Austragung des Kindes das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Frau ernstlich gefährdet oder wenn ein Elternteil mit schwererer erblicher Krankheit belastet¹ ist. Jede andere Unterbrechung der Schwangerschaft ist verboten und wird nach den bestehenden Gesetzen bestraft.«

Mit dieser neuen Formulierung sind zwei entscheidende Fortschritte gegenüber der bis dahin gültigen Regelung gesetzlich verankert. Der erste betrifft die strikte Einengung der Indikationsbreite durch den Fortfall der sogenannten »sozialen Indikation«, die von gynäkologischer Seite niemals voll anerkannt worden ist. Ihre zeitweilige Berechtigung in den Notjahren nach dem Kriege ist inzwischen hinfällig geworden. Eine soziale Indikation gibt es nach dem neuen Gesetz nicht mehr, auch nicht als »unterstützende Indikation«. Die Gefahren der sozialen Mißstände sollen durch Einsatz von sozialen Hilfsmaßnahmen und nicht durch eine Interruptio behoben werden.

Der zweite unzweifelhafte Fortschritt liegt im Gegensatz hierzu in einer Erweiterung der Indikationen auf den Bereich der sogenannten Erbkrankheiten. Hiermit wird nach dem Kriege der erste Versuch gemacht, den durch mißbräuchliche Ausweitung in Verruf gekommenen Begriff der Erbkrankheit neu aufzunehmen und für die praktische Bevölkerungspolitik nutzbar zu machen.

Während im ersten Falle eindeutige und klare Verhältnisse geschaffen wurden, sind dagegen auf dem Gebiete der »eugenischen Indikation« noch viele Zweifel und Unklarheiten bestehen geblieben. Die

¹ Gesperrt v. Verf.

Erfahrungen, die sich inzwischen aus der Praxis für den Gutachter wie für den operierenden Gynäkologen ergeben haben, lassen deshalb eine kritische Betrachtung und einen Hinweis auf wünschenswerte Ergänzungen berechtigt und notwendig erscheinen.

Der Gutachter und der in den Gutachterkommissionen der Gesundheitsämter tätige Arzt steht bei der Beurteilung eines derartigen Antrages auf Schwangerschaftsunterbrechung (Schw.U.) aus eugenischen Gründen noch vor sehr ernsten Schwierigkeiten. Sie liegen einmal auf formaljuristischem Gebiet. Das Gesetz verlangt für die Zustimmung zur Schw.U., daß ein Elternteil mit »schwerer erblicher Krankheit belastet« ist. Hierbei bleibt offen, ob erbkrank, d. h. auch phänotypisch krank oder erbbelastete, d. h. unter Umständen äußerlich gesunde Personen oder auch beide Personengruppen gemeint sind. Dieser Unterschied hat jedoch eine prinzipielle und für die Praxis sehr wesentliche Bedeutung. Von Verschuer definiert einen Menschen als erbkrank, »wenn er infolge einer krankhaften Erbveranlagung krank ist« und stellt fest, daß die Entscheidung darüber teils durch Untersuchung des Probanden selbst, teils nur durch zusätzliche Untersuchung der Familie erfolgen kann. Letzteres trifft zu für alle die Krankheiten, bei denen sowohl erbliche als auch nichterbliche Formen vorkommen wie Schwachsinn, Epilepsie, Taubstummheit, Klumpfuß u. a. (von Verschuer). Die Entscheidung dagegen, ob es sich bei einem Elternteil um einen erbbelasteten Menschen handelt, ist erheblich schwieriger zu treffen, weil einmal der Betreffende selbst — als phänotypisch Gesunder — für die Untersuchung ausfällt und zum anderen die Familienuntersuchungen umfangreicher und gründlicher durchgeführt werden müssen. Für eine rein eugenische Betrachtungsweise und Zielsetzung sind dabei »erbkrank« und »erbbelastet« Begriffe von praktisch gleicher Bedeutung, wobei der Begriff »erbbelastet« als der umfassendere zu gelten hat. Erstauñlicherweise werden in der gutachterlichen Praxis zur Zeit gewöhnlich die Anträge erbkranker Elternteile zustimmend beurteilt, während die erbbelasteter Personen im allgemeinen der Ablehnung verfallen. Dazu ein Beispiel.

Fall 1. 23jährige II-Para, Grav. mens II. Selbst gesund, aber Großvater, 4 Geschwister der Mutter und 2 eigene Brüder epilepsiekrank. Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation. Der begutachtende Internist lehnt seinerseits ab, der Psychiater anerkennt die Möglichkeit einer manifest werdenden Epilepsie bei den Kindern, befürwortet aber nicht die Schwangerschaftsunterbrechung. Das Gesundheitsamt lehnt ab, weil »... eine Schwangerschaft nur unterbrochen werden darf, wenn ein Elternteil mit schwerer erblicher Krankheit belastet ist!«

Die Verwirrung der Begriffe ist offensichtlich.

Eine weitere Schwierigkeit sehr ernster Natur liegt darin, daß keine allgemein verbindliche Ansicht darüber besteht, welche Krankheiten zu der Gruppe der »schweren Erbkrankheiten« im Sinne des Gesetzes zu rechnen sind. Die gutachterlichen Äußerungen differieren in diesem Punkt außerordentlich stark, wofür weiter unten einige Beispiele angeführt werden sollen.

Es werden häufig die in dem früheren Erbgesundheitsgesetz als Erbkrankheiten definierten Leiden weiterhin als solche angenommen, während in anderen Fällen gerade diese Krankheiten als nicht für eine eugenische Indikation in Frage kommend begutachtet werden. Sehr oft

allerdings vermeiden die Gutachter diese Klippe und stellen in ihrer Beurteilung nur eine Diagnose, ohne zur Frage »Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes« überhaupt Stellung zu nehmen. Schließlich wird — auch von namhaften Kliniken — nicht selten der Versuch gemacht, eine Nebenindikation in den Vordergrund zu schieben, wie etwa eine Suizidgefahr bei Manisch-depressiven, d. h. aus der echten eugenischen eine pseudo-medizinische Indikation zu machen. Daß diese allgemeine Unsicherheit in der Begriffsbestimmung auch zu schwerem Mißbrauch führen kann, sei an einem Beispiel erläutert.

Fall 2. 25jährige III.-Para wird bei Grav. mens III wegen »erblichen Schwachsinns« zur genehmigten Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesen. Sie soll bereits 2 schwachsinnige Kinder haben. Gutachten sind wegen »eindeutiger Lagerung des Falles« nicht eingeholt worden! Die Frau gibt auf Befragen erschöpfende und klare Auskunft über alle einschlägigen Fragen. Daraus ist auch zu entnehmen, daß ein Kind eine posttraumatische Enzephalitis durchgemacht hat. Die Durchführung der Unterbrechung wird abgelehnt.

Die sich widersprechenden Ansichten bei der Epilepsie werden in folgenden Fällen deutlich:

Fall 3. 28jährige II.-Para, Grav. mens II/III. Antrag des behandelnden Arztes auf Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation wegen Epilepsie. Familienanamnese o. B. Patientin ist seit 2 Jahren an klinisch soweit möglich gesicherter genuiner Epilepsie erkrankt. Der psychiatrische Gutachter »hält eine Verschlimmerung des Krampfleidens durch die erneute Schwangerschaft für unwahrscheinlich«. Er stimmt, wie auch der zweite Gutachter (Gynäkologe), der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation zu, beide befürworten die Sterilisation auf Wunsch der Patientin. Das Gesundheitsamt genehmigt die Unterbrechung »aus gesundheitlichen Gründen« und äußert sich zu der Frage der Sterilisation überhaupt nicht.

Fall 4. 18jährige I.-Para, Grav. mens III. Klinisch gesicherte genuine Epilepsie. In der Familie zwei weitere Epilepsiekranke. Antragstellender Arzt und begutachtender Internist »halten eine Erbschädigung für unwahrscheinlich«. Der Psychiater stellt fest, daß »diese Erkrankung nach den gesetzlichen Bestimmungen keine Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung ist«, befürwortet aber den Antrag wegen depressiver Verstimmung und Suizidgefahr. Das Gesundheitsamt genehmigt.

Die Gutachter halten also eine genuine Epilepsie im ersten Fall für eine Erbkrankheit, im zweiten Fall lehnen sie dies ausdrücklich ab!

Eine Schizophrenie wird folgendermaßen beurteilt:

Fall 5. 28jährige I.-Para. Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung wegen klinisch gesicherter Schizophrenie. Eine konsultatorisch befragte Universitätsnervenklinik »würde gutachterlich befürwortend Stellung nehmen«. Die Gutachter — Internist und Psychiater — lehnen ab, letzterer mit der Begründung, daß die Frau aus einer geistesgesunden Familie stamme, daß eine endogene Psychose die Unterbrechung einer ersten Schwangerschaft nicht rechtfertige, und daß außerdem die Schizophrenie nicht als schweres Erleiden im Sinne des Gesetzes aufzufassen sei!

Bumke hat dazu 1936 gesagt: »Unter den deutschen Psychiatern besteht schon lange völlige Einigkeit darüber, daß selbst bei ausgesprochenen Geisteskrankheiten so gut wie niemals (medizinische!) Indikationen auftreten, die eine Abtreibung rechtfertigen könnten.« Damit erfährt die Entscheidung des Psychiaters in Fall 5 im Gegensatz zu der Stellungnahme der Nervenklinik eine starke Stütze. Ob dagegen die Schizophrenie nicht als schweres Erleiden aufzufassen sei, muß dahingestellt bleiben.

Zwei neurologische Fälle sind noch widerspruchsvoller.

Fall 6. 42jährige III.-Para. Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung wegen hereditärer Ataxie (Friedreichsche Krankheit) der beiden ersten Kinder. Der Internist stimmt zu aus eugenischen Gründen, der Neurologe empfiehlt »von der Kann-Indikation aus eugenischen Gründen Gebrauch zu machen«, obwohl die Eltern gesund und eine Familienbelastung nicht nachgewiesen ist. Beiderseits kein Antrag auf Sterilisation. Das Gesundheitsamt genehmigt aus medizinischer Indikation!

Fall 7. 36jährige IV.-Para. Bereits eine Interruptio. Ein Kind in einer Heilanstalt gestorben, zweites Kind leidet an Littlescher Krankheit (spastische Diplegie). Patientin hat eine konnatale Lues mit noch immer zweifelhafter WaR., ist stark schwerhörig. Antrag der Eheleute auf Schwangerschaftsunterbrechung, weil ein krankes Kind gefürchtet wird, also eugenische Fragestellung. Der Internist lehnt ab, da Lues der Mutter sowie Littlesche Erkrankung eines Kindes kein ausreichender medizinischer Grund seien. Der Psychiater stimmt wegen »mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegender, schwerer, irreparabler Keimdrüschädigung (durch die Lues!) zu« — also aus eugenischen Gründen. — Das Gesundheitsamt lehnt ab. Obergutachten einer Univ.-Klinik stimmt nach längeren Ausführungen zu, weil »1. eine genügende Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß die Frucht geschädigt ist und 2. die Patientin durch eine reaktive Depression suizidgefährdet ist«. Keinerseits Antrag auf Sterilisation. Genehmigung aus medizinischer Indikation. Die Unterbrechung wurde anderen Ortes durchgeführt.

Hier wird einmal eine Lues connata der Mutter als verantwortlich für eine Erbschädigung der Frucht, also als Erbkrankheit, beurteilt und weiter — gewissermaßen zur Unterstützung — noch eine medizinische Indikation hinzugefügt, eine Entscheidung, die kaum ohne Widerspruch hingenommen werden dürfte!

Der Erbgang bei der Friedreichschen Ataxie ist noch nicht ausreichend geklärt, die Littlesche Erkrankung wird von der überwiegenden Mehrheit der Autoren als angeborene Krankheit angesehen, so daß in beiden Fällen eine eugenische Indikation zweifelhaft erscheinen muß (Feer, Sturm u. a.). Für eine medizinische Indikation aber dürfte keinesfalls ein Anlaß vorliegen (vgl. Monographien von Stadler und Naujoks). Mangelnde Klarheit der Begriffe bildet wohl den hauptsächlichsten Grund dafür, daß sich gerade auf dem neurologisch-psychiatrischen Gebiet die eugenische, die medizinische und die soziale Mitleidsindikation so unentwirrbar miteinander verflechten (Bumke).

An all diesen Beispielen wird deutlich, daß keine wesentlichen Differenzen bezüglich der Diagnose vorliegen, sondern daß in bezug auf die Erbpathologie der erwähnten Krankheiten sich völlig widersprechende Ansichten und Beurteilungen nebeneinander stehen.

Daß bei der Abgrenzung der sogenannten schweren Erbkrankheiten ein automatisches Zurückgreifen auf das alte Erbgesundheitsgesetz sowohl aus rechtlichen als auch aus wissenschaftlichen Gründen nicht möglich ist, ist nicht zu bezweifeln. Schon damals waren — wie erinnernlich — einige Krankheiten bezüglich ihres Erbanges umstritten. Heute wissen wir, daß z. B. ein Teil der schweren körperlichen Mißbildungen, die früher als sicher erblich angesehen wurden, intrauterin erworben wird. Es sei nur an die Mißbildungen bei der Toxoplasmose oder bei Rötelerkrankung der Mutter in der Gravidität erinnert. Eine nach den modernen Erkenntnissen der Erbpathologie getroffene Festlegung der Erbkrankheiten ist deshalb eine dringende Notwendigkeit. Sie kann weder von dem einzelnen Gutachter, noch auch von der Gutachterkommission

der Gesundheitsämter getroffen werden. Ebenso unmöglich ist es, die Entscheidung darüber, ob Erbkrankheit oder nicht, dem operierenden Gynäkologen zu überlassen. Es muß mit aller Deutlichkeit festgestellt werden, daß der Gynäkologe, der eine Schw.U. aus eugenischer Indikation durchführt, zur Zeit noch keine gesicherte rechtliche Grundlage für sein Handeln hat, und daß für ihn zunächst keine andere Möglichkeit bleibt, als die Durchführung eines solchen Eingriffes abzulehnen, bis ein Gremium erfahrener Fachleute den Begriff der Erbkrankheit neu formuliert und vor allem exakt begrenzt hat.

Zuletzt sei noch auf eine dritte Schwierigkeit hingewiesen. Die Frage der Schw.U. bei schwerer Erbkrankheit ist logisch und zwangsläufig mit der Frage der Sterilisation der betreffenden Person gekoppelt. Wir müssen den Mut haben, uns trotz allen Unheils, daß der Mißbrauch der Sterilisation angerichtet hat, mit diesem Problem verantwortungsvoll und gewissenhaft zu beschäftigen. Nicht der Begriff der Sterilisation ist verabscheuungswürdig, sondern nur die Willkür und Rechtlosigkeit bei seiner Anwendung. Wenn wegen einer sicheren Erbkrankheit eine Schw.U. indiziert ist, sollte sie mit der freiwilligen Sterilisation des erkrankten Elternteils verbunden werden. Die Erfahrung zeigt, daß die betreffenden Eltern sehr oft mit einem derartigen Vorschlag einverstanden, ja geradezu dankbar dafür sind, oft auch von allein schon diese Bitte vorbringen. Ebenso befürworten die Gutachter sehr oft bei vorliegendem Antrag der Eheleute übereinstimmend die Unfruchtbarmachung. Die notwendige Zustimmung des Gesundheitsamtes scheidet jedoch an einer gewissen Verantwortungsscheu und den daraus herührenden Kompetenzschwierigkeiten.

Fall 8. 23jährige II-Para, Grav. mens III. Klinisch gesicherte Schizophrenie mit wiederholten Schüben. Zustimmendes Gutachten des Psychiaters »wegen Gefahr eines neuen Schubes« — also eine nach Bumke abzulehnende Indikation! Eugenische Fragestellung wird nicht berührt. Der Antrag der Frau und des operierenden Gynäkologen auf Sterilisation wird vom Gesundheitsamt wegen Nichtzuständigkeit abgewiesen mit dem Vorschlage, zu diesem Punkt neue Sachverständigengutachten einzuholen. Wegen inzwischen zu weit vorgeschrittener Gravidität wird darauf verzichtet und nur die Unterbrechung durchgeführt.

Es kann dem operierenden Gynäkologen nicht zugemutet werden, unter Umständen Jahr für Jahr aus der gleichen und gleichbleibenden Indikation Schwangerschaften zu unterbrechen, wie es andererseits auch nicht verantwortbar ist, immer wieder von neuem den Frauen das Risiko eines nicht ungefährlichen Eingriffes aufzubürden. Ebenso aber muß es als völlig sinnlos erscheinen, daß, wenn durch zwei Gutachter bereits eine Erbkrankheit bestätigt ist, nun zum Zwecke der Sterilisationsgenehmigung nochmalige Gutachten verlangt werden, die ja auch nur bei der Feststellung dieser selben Erbkrankheit enden können!

Man kann wohl so formulieren: Wenn die Indikation zur Schw.U. richtig gestellt war, dann ist auch die Zustimmung zur Unfruchtbarmachung richtig, oder mit anderen Worten — man sollte keine Schw.U. wegen einer Erbkrankheit genehmigen, bei der man nicht auch bereit ist, den etwa vorliegenden Antrag auf Unfruchtbarmachung zu genehmigen.

Es darf nicht verkannt werden, daß die Lösung dieser Probleme schwierig ist, und daß sie wissenschaftlich fundiert und von höchstem Verantwortungsgefühl getragen sein muß. Doch verlangt der gegen-

wärtige Zustand, welcher der Möglichkeit von Willkür und Unkorrektheit einen breiten Raum läßt, dringend eine Klärung, die sobald als möglich herbeizuführenden Aufgabe der Gesundheitsbehörden sein sollte.

Zusammenfassung

Die Problematik der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation im Sinne des sog. Mutterschutzgesetzes vom 27. 9. 1950 wird dargestellt und an Hand von Erfahrungen aus der gutachterlichen, und klinischen Praxis werden die bestehenden Unklarheiten und Schwierigkeiten deutlich gemacht. Der operierende Gynäkologe hat bisher keine gesicherte gesetzliche Grundlage für seinen Eingriff. Um Fehlentscheidungen, Mißbrauch und Unterlassungen zu verhüten, wird vorgeschlagen, durch ein Gremium von Fachleuten und Erbpathologen eine gültige Begriffsbestimmung von »erbkrank« und »erbbelastet« zu treffen und den Begriff der Erbkrankheit exakt abzugrenzen. Außerdem wird angeregt, bei einer Schwangerschaftsunterbrechung wegen einer Erbkrankheit die Genehmigung zur Unfruchtbarmachung — dem Antrag der Eheleute und der Gutachter entsprechend — ohne bürokratische Hemmungen zu erteilen.

Schrifttum

Bumke, O., in: Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung usw. v. Stadler, München 1936. — Naujoks, H., Die Schwangerschaftsunterbrechung. Stuttgart 1949. — v. Verschuer, O., Human-genetik in Handbuch Seitz-Amreich, Bd. I, S. 800.

Aus der Kwangsi Provinzial Medizin-Schule, Frauenabteilung
Kweilin, Provinz Kwangsi, China

Formverschiedenheiten zwischen dem chinesischen und dem europäischen weiblichen Becken und die geburtshilflichen Folgerungen

Von Prof. Dr. Günther Huwer, früherer Direktor der Abteilung

Dem Geburtshelfer in Europa ist die Lehre vom Becken ein so selbstverständlicher Begriff geworden, daß er kaum noch daran denkt, welche lange Zeit, welcher großer Aufwand an mühsamer Arbeit von Generationen von Ärzten notwendig war, um diese Lehre zu dem zu gestalten, was sie heute darstellt: Eine leicht zu handhabende Möglichkeit, mittels einiger äußerer Maße und der Kenntnis der Länge der Conjugata vera sich ein recht getreues Bild der inneren Beckenverhältnisse zu machen, und bei Verengerungen — mit Ausnahme seltener, ungleichmäßig deformierter Becken — prognostisch wertvolle Anhaltspunkte zu gewinnen.

In China liegen die Verhältnisse heute noch nicht so günstig. Eine Lehre vom Becken existiert noch nicht, und die einfache Übernahme der europäischen Beckenlehre ist nicht möglich, da nicht so sehr die Größe, sondern die Form des Beckens anders ist, da vor allen Dingen die Conjugata vera nicht mehr der kleinste Durchmesser des Beckeneinganges ist.

Die eingehendste Arbeit auf diesem Gebiet, die mir bekannt wurde, ist die Formolts aus Kanton, der für Kantonesinnen einen Standard der äußeren Beckenmaße aufstellte und an kleinem Material mit improvisierter Technik Röntgenmessungen des Beckeneinganges durchführte.

Eigene Erhebungen über die äußeren Maße in Kweilin stimmen praktisch mit denen Formolts überein, sie liegen um etwa 0,5 cm höher. Diesen Maßen stehen die der europäischen Frau entgegen.