

zuverlässigen Kollegen aufstellen sollen. Ich glaube, daß wir uns auf unsere Schüler so weit verlassen sollten, daß, wenn wir auf Grund neuer Erkenntnisse etwas Neues empfehlen, die dafür angegebenen Vorschriften auch eingehalten werden. Sie sehen aus den Untersuchungen von Hosemann, daß wir uns bemüht haben, durch statistische Untersuchungen zu ermitteln, von wann an das Kind wesentlich gefährdet ist, um daraus den richtigen Zeitpunkt für die Einleitung der Geburt durch digitale Dehnung des Muttermundes nach vergeblichen Wehenkuren zu ermitteln. Die Hosemannsche Kurve hat aber keinen deutlichen Knick, sondern verläuft in einem gleichmäßigen Zug, so daß wir mit Wahrscheinlichkeiten rechnen müssen. Die Rungeschen Zeichen kommen zu spät. Wenn sie festzustellen sind, ist das Kind bereits in Gefahr, eigentümlicherweise auch geringer widerstandsfähig gegenüber den mechanischen Geburtseinwirkungen. Wenn der Geburtstermin unsicher und die Übertragung zweifelhaft ist, wird abgewartet und erst bei durch Messung des Bauchumfanges festgestelltem Fruchtwasserschwind eingeleitet. Mit diesen Vorsichtsmaßnahmen ist die Einleitung wegen Übertragung keine Scharlatanerie, sondern dazu geeignet, Kinder zu retten, ohne die Mütter zu gefährden.

Skutsch (Leipzig): Nur eine Kleinigkeit will ich bemerken, betreffend die Berechnung des Geburtstermins. Die Lehrbücher sagen: vom ersten Tage der letzten Menstruation rechne man neun Monate und sieben Tage. Das ist aber nicht immer genau der 280. Tag. Da doch diese Berechnung des Geburtstermins mit Fehlern belastet ist, so wollen wir doch diesen Fehler nicht noch vergrößern; wir wollen doch wirklich den 280. Tag finden. Das ist sehr einfach: 280 Tage sind genau 40 Wochen. Wenn also zum Beispiel der erste Tag der letzten Menstruation ein Montag war, muß auch der 280. Tag ein Montag sein. Man sehe also auf dem Kalender nach, was für ein Wochentag der erste Tag der letzten Menstruation war, gehe neun Monate vor und von hier bis zu dem gleichen Wochentag wie der, von dem man ausging. Ich habe von jeher meinen Schülern diese Art der Bestimmung gelehrt. Sicherlich ist diese höchst einfache Sache von anderen auch so gemacht worden.

15. H. Lax (Leipzig), Die Zunahme der Abtreibungen im Spiegel der Klinik.
(Mit 5 Abbildungen)

Die Wahl meines Themas hatte zwei Wurzeln: einmal das täglich beobachtete Elend, am Krankenbett, in der Klinik bei jenem großen Teil der abtreibenden Frauen, die wochenlang, ja sogar monatelang krank liegen. In wilden Fieberschüben und täglich von neuen Schüttelfrösten überfallen, hängen ihre Augen erwartungsvoll an unseren Mienen, um dort eine Hoffnung für die Erhaltung ihres Lebens zu finden während der Körper einen verzweifelungsvollen Kampf auf Leben und Tod führt, dem wir letzten Endes mehr oder weniger machtlos gegenüberstehen. Mit meinen Ausführungen hoffe ich einen Anstoß zu geben, nach einem Weg zu suchen; dieser zur Seuche gewordenen Abtreiberei ein Ende zu bereiten und auf diese Weise den Frauen die sicherste und beste Hilfe zu gewähren.

Die zweite Wurzel aber reicht in ein diesem Thema eng benachbartes Gebiet, nämlich dem Streit um die Berechtigung und Gestaltung des § 218. Sowohl in Ärztekreisen als auch in öffentlichen Diskussionen tauchen immer wieder Behauptungen auf über die Gründe, die die Frauen zur Abtreibung zwingen, die aber aus Mangel an einwandfreien Unterlagen unkontrollierbar

bleiben. Hierfür ein wirklich verwertbares Material beizubringen, war mein weiteres Bestreben.

Im folgenden werden die Zahlen eine eindeutige Sprache zu sprechen haben, und trotzdem halte ich diese kurze Vorbemerkung für wichtig, um von vornherein dem Vorwurf, eine destruktive Kritik zu treiben, zu begegnen. Im Gegenteil, meine Absicht ist, eine einwandfreie und sichere Basis für den Aufbau einer Hilfsaktion zu geben und deren zwingende Notwendigkeit zu demonstrieren.

Tabelle I. Fehlgeburtenstatistik

Jahr	Anzahl der Fehlgeburten	Gynäkologische Aufnahmezahl	Prozentualer Anteil der Fehlgeburten
1936	654	3410	19
1937	743	3110	23
1938	718	3040	23
1939	772	2903	26
1940	731	3052	23
1941	675	2988	23
1945	494	2153	23
1946	844	2993	28
1947 I	244	763	32

Fehlgeburtenstatistik, in der das Material der Leipziger Universitäts-Klinik weitergeführt und bearbeitet wird. Im ersten Quartal 1947: jede dritte gynäkologische Aufnahme ist eine Fehlgeburt.

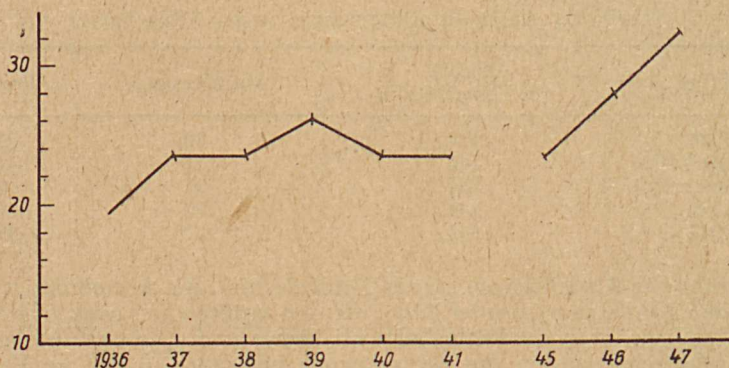
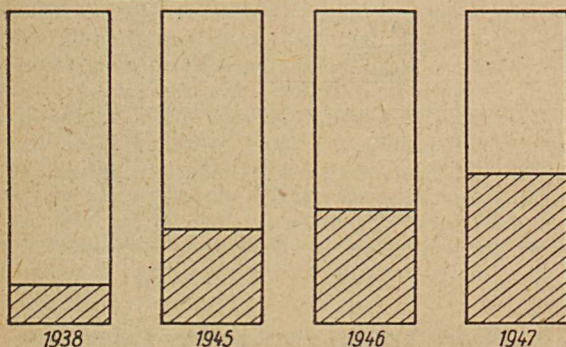


Abb. 1. Prozentualer Anteil der Fehlgeburten an den gynäkologischen Aufnahmen

Tabelle II. Anteil der fieberhaften Fälle an den Fehlgeburten

Jahr	Anzahl der Fehlgeburten	Anzahl der fieberhaften Fehlgeburten	Prozentualer Anteil
1936	654	66	10
1937	743	68	9
1938	718	93	12
1939	772	93	12
1940	731	112	15
1941	675	76	11
1945	494	147	30
1946	844	324	38
1947	244	114	47



Anteil der fieberhaften Fälle an den Fehlgeburten. Bis 1941 gleichbleibender Anteil der fieberhaften Fehlgeburten, ab 1945 starke Verschiebung zu Lasten der fieberhaften Fälle.

Abb. 2. Prozentualer Anteil der fieberhaften Fälle

Tabelle III. Anteil der Abtreibungen an den Fehlgeburten

Jahr	Anzahl der Fehlgeburten	Abtreibungen	in Prozenten
1938	718	80	11
Jan.—April 1945	143	22	15
Mai—Dez. 1945	351	91	26
1946	844	277	33
1947	244	107	44

Anteil der Abtreibungen an den Fehlgeburten. Als Abtreibung wurden bewertet: 1. alle zugegebenen Fälle, die den größten Teil ausmachen, und ferner die, bei denen die Fehlgeburt mit Fieber und Schüttelfrost begann. Nicht gerechnet wurden die Fehlgeburten, bei denen es erst im Verlaufe einer anhaltenden Blutung zu Fieber kam. Wir sind uns darüber klar, daß

damit nicht alle Abtreibungen erfaßt wurden, haben aber absichtlich das Material so kritisch beurteilt, um nicht den Vorwurf zu bekommen, willkürlich die Zahl der Abtreibungen sehr hoch angenommen zu haben.

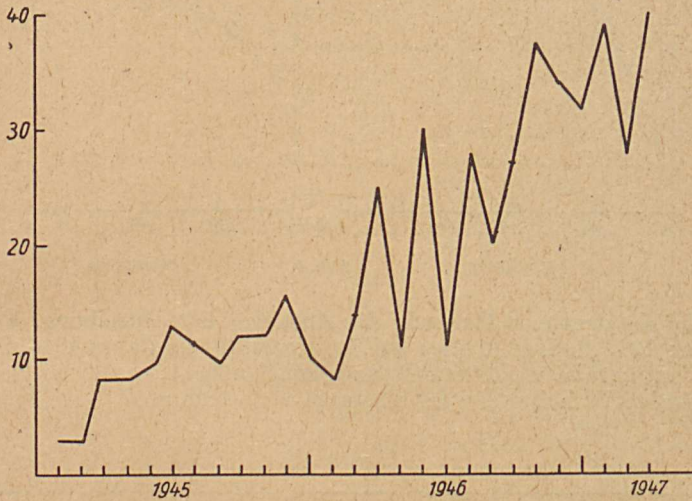


Abb. 3. Monatliche Frequenz der Abtreibungen

Deutlicher Anstieg unter tiefen Remissionen von drei Abtreibungen im Januar 1945 bis auf 40 Abtreibungen im März 1947.

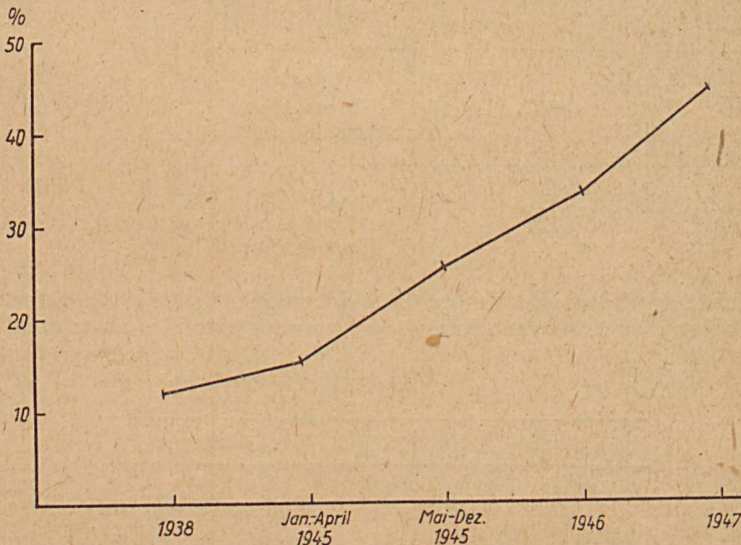
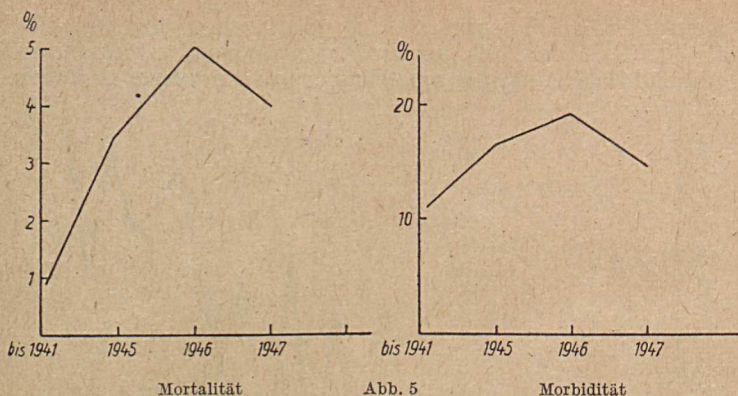


Abb. 4. Anteil der Abtreibungen an den Fehlgeburten



Hier die deutliche Quittung des Anstieges der Abtreibung. Von 0,9% im Jahre 1941 stetiger Anstieg auf 5% Mortalität im Jahre 1946. Die Morbidität hat in relativ geringen Grenzen zugenommen, was wir auf das streng exspektative Verhalten bei der Therapie zurückführen.

Tabelle IV

Jahr	Zahl der Abtreibungen	Todesfälle	Komplikationen
1945	113	3 = 2,7% 2mal Sepsis 1mal Peritonitis	18 = 16%
1946	277	14 = 5% 10mal Sepsis 4mal Peritonitis	49 = 18%
1947	107	4 = 4% 2mal Sepsis 2mal Peritonitis	15 = 14%

Zusammenfassung der Todesfälle und Komplikationen bei Abtreibungen: Die Todesursachen setzen sich aus Sepsis und Peritonitis zusammen.

Tabelle V

Gesamtzahl	Todesfälle	Komplikationen
497	21 = 4,2%	82 = 17%

An rund 500 Abtreibungen läßt sich feststellen, daß jede 25. Frau stirbt und jede 6. Frau krank wird.

Tabelle VI. Kritik der medikamentösen Austreibung

	Mit Erfolg	Ohne Erfolg	Provozierte vitale Indikation	
Abortus incipiens	18 = 25% (41 = 58%)	23 = 32%	1† 7 = 10%	71
II	—	4	2	
III	8	13	3	
IV	18	6	2	
V	15	—	—	
Abortus incompletus	7 = 5%	97 = 74%	1† 27 = 21%	131
II	—	11	1	
III	4	51	12	
IV	1	24	11	
V	2	11	3	

Daß sich die Komplikationen nur in relativem Maße gesteigert haben, liegt an dem konservativen Verhalten der Behandlung. Das heißt, wir räumen — sofern erforderlich — grundsätzlich erst nach drei bis vier fieberfreien Tagen aus, wenn wir nicht durch eine starke Blutung zur sog. vitalen Indikationsstellung gezwungen werden. Dieses abwartende Verhalten ist in seiner Richtigkeit von der überwiegenden Mehrzahl der Kliniken bestätigt worden. Ein strittiger Punkt war stets die sogenannte medikamentöse Austreibung, d. h. der Versuch mit Wehenmitteln den infizierten Uterusinhalt zur Ausstoßung zu bringen. Dies gelingt, wie die Tabelle VI zeigt, nur beim Abortus incipiens, und auch da nur in 25%. Bei 58% der Fälle kam es zum Ausstoßen der Frucht, in 32% kein Erfolg, in 10% dagegen wurde durch das Eintreten einer starken Blutung die vitale Indikation provoziert. Dabei ein Todesfall. Beim Abortus incompletus ist die medikamentöse Austreibung ohne jeden Effekt. Im Gegenteil in 21% der Fälle wurde die vitale Indikation provoziert und auch dabei wurde ein Todesfall beobachtet.

Tabelle VII. 497 Abtreibungen

Bis Ende des 3. Monat	4. bis 6. Monat	Ledige	Witwen, Geschiedene, Mann in Gefangenschaft	Verheiratete
291 = 60%	206 = 40%	117 = 24%	82 = 16%	298 = 60%

Von 500 Abtreibungen wurde diese in 60% bis zum Ende des dritten Monats, in 40% zwischen dem vierten und sechsten Monat vorgenommen.

Die Aufteilung nach Verheirateten und Ledigen zeigt, daß nur 60% verheiratet waren, und widerlegt damit die immer wiederkehrende Behauptung, daß die kinderreichen Mütter den größten Teil der zur Abtreibung gezwungenen Frauen ausmachen würden.

Tabelle VIII. Lebende Kinder bei 497 Abtreibungen

0	1	2	3	4	5	6
123 (32)	185 (138)	106 (66)	42 (34)	22 (16)	9 (6)	10 (6)

Hier wurden die lebenden Kinder von ca. 500 abtreibenden Frauen erfaßt. Im wesentlichen wurde von jenen Frauen abgetrieben, die nicht mehr als zwei lebende Kinder hatten. Die wirklich kinderreiche Familie ist nur zu einem verschwindenden Prozentsatz beteiligt. Die Zahlen in Klammern bedeuten die verheirateten Frauen.

Tabelle IX

414 = 83%	aller Abtreibenden hatten 0–2 Kinder
236 = 48%	aller Verheirateten hatten 0–2 Kinder
170 = 34%	aller Verheirateten hatten 0–1 Kind

Die Aufstellung spricht für sich. Ein Drittel aller Abtreibungen würde unterbleiben, wenn es gelingt, die Lebensverhältnisse soweit zu bessern, daß jede Familie wenigstens ein bis zwei Kinder groß ziehen kann.

Wir können dieses Kapitel nicht schließen, ohne uns auch hier zu erinnern, welche unfafßbare Not, Sorge und Elend, aber auch seelische Qual und Gewissenskonflikte hinter diesen Zahlen verborgen liegen.

Wie viele Frauen bereuen schon bald diesen Schritt, getan unter der Vorspiegelung, daß es nur ein kleiner Eingriff, und die Sache schon in zwei bis drei Tagen erledigt sei. Wie oft lehrt die Erfahrung, daß es gerade umgekehrt durchaus möglich ist, die Frauen von dem Wunsche, die Schwangerschaft illegal zu unterbrechen, abzubringen, wenn man ihnen die Schwierigkeiten erklärt und die Gefahren eindringlich schildert; wenn man sich aber auch gleichzeitig um ihre familiären und sozialen Verhältnisse kümmert, sie wirklich berät und ihnen durch persönliche Rücksprache den Weg zu den städtischen und staatlichen Hilfsquellen ebnet. Dies scheint mir ein äußerst wichtiger Weg in der Bekämpfung der Abtreibung zu sein. Unter den augenblicklichen Verhältnissen darf sich der Arzt diesen fürsorglichen Betreuungsmaßnahmen nicht entziehen. Der zweite Weg wurde schon erwähnt. Wir dürfen nicht müde werden, immer wieder von neuem zu versuchen, unsere Lebensverhältnisse soweit zu verbessern, daß jede arbeitende Familie in die Lage kommt, drei Kinder großzuziehen. Die dritte — aber nicht minder wichtige — Maßnahme, scheint mir in der systematischen Erfassung aller Abtreiber und deren strengster Bestrafung zu liegen. Der Abtreiber ist in der weitaus größten Mehrzahl ein Verbrecher, der sein düsteres Metier aus Gewinnsucht betreibt und die hilfeschuchenden Frauen unter Ausnutzung ihrer Notlage erpreßt.

Was ich hier demonstriert habe, war das Material einer Klinik, das bei vorsichtigster und kritischer Bewertung gewonnen wurde. In Wirklichkeit sieht das Bild noch wesentlich trostloser aus. Hier muß mit aller Energie Schluß gemacht werden. Bei der Loyalität der Gesetzgebung, die — wenigstens in Sachsen — die soziale Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft in den entsprechenden Fällen gelten läßt, muß der Arzt erwarten und verlangen, daß von den gesetzgebenden Instanzen Wege gefunden werden, die dem Abtreiber das Handwerk legen. Vor künftigen Generationen werden wir Ärzte zu verantworten haben, ob wir der systematischen Vergeudung der Gesundheit des Volkes zusehen wollen oder Mittel und Wege finden, unser bestes Gut zu schützen.

16. E. C. Lork (Rostock), Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung

Die Aufgabe der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, wie sie schon Winter 1932 und für heute noch gültig definiert hat, besteht