

zusehen. Ein akuter Herztod erscheint bei dem kurzen, gleichmäßigen und nur einseitigen Druck nicht im Bereich der Möglichkeit. Ich habe bisher nicht einmal eine fühlbare Verlangsamung der Herzstätigkeit infolge Vagusreizung festgestellt. Dagegen habe ich leichten Brechreiz in wenigen Fällen beobachtet. Er ist sicher einmal bedingt durch die für die kurze Zeit der Stauung veränderten Atmungsverhältnisse, zum anderen aber wohl zu erklären als kleiner zentraler Reiz des Brechzentrums in der Medulla oblongata auf dem Wege über den Vagus.

Zur Indikationsstellung ist zu sagen, daß die Punktion der Vena jugularis immer dann angezeigt ist, wenn die übliche venöse Zufuhr durch eine Cubitalvene nicht möglich erscheint. Das gilt für Bluttransfusionen, Infusionen und einfache Injektionen. Man kann dadurch sicher in vielen Fällen die größeren Eingriffe der intrasternalen Punktion und vor allem der Venae sectio vermeiden, die dann ganz den Dauertropfinfusionen vorbehalten bleiben.

Jeder Arzt wird auf die ihm vertraute Applikationsart zurückgreifen, wenn er sich vor solche Situationen gestellt sieht. Bei einer Betrachtung aller in Frage kommenden Möglichkeiten aber, bei der Abwägung der möglichen Gefahren scheint die jugulare Injektion gerade wegen der Einfachheit ihrer Durchführung ohne jede komplizierte Vorbereitung eine beachtenswerte Methode für die Klinik und für den praktischen Arzt.

Zusammenfassung

Es wird über Erfahrungen nach 400 Transfusionen, Infusionen und Injektionen in die Vena jugularis berichtet und auf ihre Bedeutung für Klinik und Praxishingewiesen.

Краткое содержание: Зайдлер. О переливаниях, вливаниях и впрыскиваниях в яремную вену. Автор делится своим опытом по переливанию, вливаниям и впрыскиваниям в яремную вену (400 сл.) и указывает на их значение для клиники и практики.

Summary: On transfusions, infusions and injections into the Vena jugularis. Report on experiences made with 400 transfusions, infusions and injections into the Vena jugularis their importance for clinic and practice being pointed out.

Résumé: Transfusions, infusions et injections dans la veine jugulaire. Rapport sur les expériences faites après 400 transfusions, infusions et injections dans la veine jugulaire; leur importance clinique et pratique est signalée.

Schrifttum

Felix, Zbl. Chir. 1947. — Fick, Münch. med. Wschr. 1943. — Frey, Die Embolie. — Goldhahn, Med. Welt 1941. — Krall, Zbl. Chir. 1943. — Lamprecht, Zbl. Chir. 1943. — Martin, Münch. med. Wschr. 1942. — Ohlecker, Die Bluttransfusion. — Schmid, Med. Klin. 1940; in Halban-Seitz, Bd. 8/1. — Thielemann, Med. Klin. 1947. — Wachsmuth, Med. Klin. 1940.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Jena
(Direktor: Professor Dr. G. D ö d e r l e i n)

Vermiedene Schwangerschaftsunterbrechungen

Von Dr. med. Walter Helbing, Assistent der Klinik

Mit dem »Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 18. Dezember 1947« besitzt Thüringen die schon lange von vielen Seiten geforderte Neufassung des § 218 des StGB. Diesem Gesetz ging eine Zeit der lebhaften Debatte um den § 218 nicht nur im Thüringer Landtag, sondern auch in der Öffentlichkeit, in der Presse und im Rundfunk voraus.

Während dieser Zeit war der alte § 218 in der Fassung des Gesetzes über die Anwendung des StGB. im Lande Thüringen vom 1. November 1945 in Geltung, jedoch war eine Aussetzung der Strafverfolgung wegen Vergehens gegen den § 218 verfügt. Das neue Gesetz ist — unter der Voraussetzung, daß man es kennt und in seinem Wortlaut eingehend studiert hat — durchaus in der Lage, eine klare Richtschnur für die ärztliche Entscheidung in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung zu sein.

Wir haben auf Grund des Gesetzes in einer ganzen Reihe von Fällen die Schwangerschaft aus sozialer und medizinischer Indikation unterbrochen. Durch die Kenntnis und das genaue Studium des Gesetzes sind wir in einer anderen Reihe von Fällen verpflichtet gewesen, die Unterbrechung der Schwangerschaft abzulehnen und auf eine andere Möglichkeit der Hilfeleistung für Mutter und Kind hinzuweisen oder diese selbst in Angriff zu nehmen.

Das trifft zunächst für die medizinische Indikationsstellung zu, die in § 2 Ziff. 1 des Gesetzes festgelegt ist:

»Eine Unterbrechung der Schwangerschaft bleibt straffrei, wenn sie nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft zur Abwendung einer ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist.«

Obwohl also im neuen Gesetz der Passus »einer auf andere Weise nicht zu beseitigenden ersten Gefahr« nicht ausdrücklich enthalten ist, ist es selbstverständliches ärztliches Gebot, als erstes die die Schwangerschaft komplizierende Erkrankung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln anzugehen. Auf diese Weise wird es in vielen Fällen nicht nur möglich sein, das kindliche Leben zu erhalten, sondern auch die Erkrankung der Schwangeren einer Besserung oder Heilung zuzuführen.

Unsere ersten Fälle reichen noch in die Zeit vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes zurück. Bei einer 34-jährigen II-para (Fall 1) handelte es sich um eine Mittelappenstruma mit zunehmenden Beschwerden in jeder vorangegangenen Schwangerschaft. Am 28. 10. 1946 erfolgte die Aufnahme der Frau, bei der eine Gravidität im 3. Monat bestand. Nach zunächst abwartender Behandlung erfolgte die Strumektomie im Januar 1947. Spontangeburt in unserer Klinik am 20. 4. 1947.

So selbstverständlich und naheliegend der Gedanke ist, bei zunehmenden Verdrängungserscheinungen und beginnender Stenosierung der Trachea die Strumektomie vorzunehmen und die Frau von ihrem Kropfleiden zu befreien, so wurde die Kranke uns doch zuerst unter falscher Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesen.

Gleichliegend ist der Fall einer 38-jährigen II-para (Fall 2), die von einem Facharzt für innere Krankheiten mit der Diagnose Struma und Thyreotoxikose mit Herzerkrankung bei Gravidität im 3. Monat am 18. 4. 1948 zur Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesen wurde. Es fand sich eine Struma ohne retrosternalen Anteil mit noch nicht sicherer Einengung der Trachea. Vom Chirurgen wurde eine Strumektomie vorläufig noch nicht für erforderlich gehalten. Die Diagnose der Thyreotoxikose konnte nicht bestätigt werden. Die Grundumsatzbestimmung ergab mit + 15% einen der physiologischen Schwangerschaftshyperthyreose entsprechenden Wert. Die vom Internisten röntgenologisch festgestellte Herzverbreiterung lag ebenfalls in den Grenzen, wie sie in der Schwangerschaft am Herzen als physiologisch bekannt sind. Die Schwangere ist in unserer Beratungsstunde leider nicht wieder erschienen.

Unter der Diagnose Morbus Basedow wurde am 10. 2. 1948 eine 28-jährige Nullipara mit Gravidität im 5. Monat (Fall 3) eingewiesen, bei der 1946 eine Strumektomie vorgenommen worden war. Es wurden lediglich Atembeschwerden im Liegen geklagt. Für eine Basedowsche Erkrankung konnte kein Anhalt gefunden werden. Die Grundumsatzbestimmung betrug + 19%. Auch ein Rezidiv der Struma lag nicht vor. Nach der Entlassung aus unserer Klinik verlief die Schwangerschaft weiterhin beschwerdefrei. Am 14. 6. 1948 erfolgte die Spontangeburt in unserer Klinik.

In den beiden letzten Fällen fällt auf, wie wenig die Einweisungsdiagnosen bestätigt werden konnten. Dasselbe gilt für die zwei folgenden Fälle, bei denen von einem Facharzt für innere Krankheiten mit den gleichlautenden Diagnosen: Mitralklappenstenose + Thyreotoxikose die Schwangerschaftsunterbrechung beantragt worden war. Es handelte sich einmal um eine 23-jährige II-para (Fall 4) mit Schwangerschaft im 5. Monat, bei der außer den beiden genannten Diagnosen noch eine starke Gewichtsabnahme, die schnell hintereinander folgenden Geburten, die soziale Notlage und eine Zahnkaries mit Parodontose als Begründung angeführt wurden. Bei der anderen Schwangeren (Fall 5), einer 24jährigen II-para im 3. Monat der Schwangerschaft wurde ebenfalls auf die Gewichtsabnahme und die soziale Lage hingewiesen. Merkwürdig war in diesen beiden Fällen, daß neben den doch sehr ernst zu nehmenden Diagnosen des Mitralklappenstenose und der Thyreotoxikose so viele unterstützende Indikationen herangezogen wurden. Nachdem die beiden Schwangeren am 4. 7. 1947 und am 15. 7. 1947 auf Veranlassung des Amtsarztes zu Beobachtung aufgenommen worden waren, konnte weder die Diagnose Mitralklappenstenose noch die Thyreotoxikose in einem der Fälle von der Medizinischen Universitäts-Poliklinik bestätigt werden. Aus der Physiologie der Schwangerschaft ist bekannt, daß es zu einer nachweisbaren Hypertrophie schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft kommen kann und daß das Herz entsprechend seiner Mehrleistung in der Schwangerschaft unter Umständen eine deutliche Hypertrophie erfährt. Für diese Erscheinungen sind aber die Diagnosen Thyreotoxikose und Mitralklappenstenose völlig abwegig. Zahn- und insbesondere Zahnfleischerkrankungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft sind etwas durchaus Bekanntes. Sie weisen bei Darreichung von Vitamin- und Kalkpräparaten einen besseren Behandlungserfolg auf als die eigentliche Karies und Parodontose. Darauf aufmerksam zu machen und besonders in der vitaminarmen Jahreszeit eine vorbeugende Therapie zu treiben, ist u. a. Aufgabe der Schwangerschaftsvorbereitung.

Auf den reduzierten Ernährungszustand sowie auf die soziale Indikation wird noch ausführlich eingegangen werden.

Eine im EKG. als Sinustachykardie in Erscheinung tretende Pulsbeschleunigung von 92 Schlägen pro Minute und ein leises systolisches Geräusch über allen Ostien wies eine 33jährige I-para (Fall 6) auf. Sie befand sich angeblich schon seit dem Jahre 1940 in Herzbehandlung. Die Aufnahme zur Beobachtung erfolgte am 18. 3. 1947. Eine Indikation zur Unterbrechung der im 3. Monat befindlichen Gravidität ließ sich aus diesen für die normale Schwangerschaft nicht seltenen Befunden nicht ableiten, auch nicht unter Mitberücksichtigung der sozialen Lage. Über den weiteren Verlauf dieser Schwangerschaft konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

Wegen chronischen Nierenleidens und Herzinsuffizienzerscheinungen wurde am 10. 2. 1948 eine 27jährige II-para (Fall 7) vom praktischen Arzt zur Unterbrechung der im 3. Monat befindlichen Schwangerschaft eingewiesen. Bemerkenswert ist an diesem Fall, daß derselbe Antrag mit der

selben Begründung bereits in der zweiten, ganz normal verlaufenen Schwangerschaft schon einmal gestellt worden war. Die fachärztliche Untersuchung konnte lediglich ein möglicherweise auf Lymphstauungen beruhendes oder rein statisch bedingtes Ödem des linken Beines feststellen. Ein pathologischer Herzbefund konnte ebensowenig wie in der zweiten Schwangerschaft erhoben werden. Die Prüfung der Nierentätigkeit ergab völlig normale Funktionen. Das Ödem des linken Beines ist dann im weiteren Verlauf der Schwangerschaft das gleiche geblieben, hat übrigens auch in der Zwischenzeit zwischen den beiden letzten Schwangerschaften bestanden. Die Entbindung in unserer Klinik am 3. 8. 1948 verlief völlig normal.

Zur kritischen Prüfung zwingen bereits die vielen Diagnosen eines Fachinternisten, mit denen uns am 17. 6. 1947 eine 25jährige II-para (Fall 8) im 3. Schwangerschaftsmonat vom Amtsarzt zur Begutachtung eingewiesen wurde. Danach handelte es sich um eine Frau im schlechten Allgemeinzustand mit geringer Herzmuskelschwäche + leichter Herzinsuffizienz + geringer Blutarmut + herdförmiger Nierenreizung. Trotz eingehender Untersuchung ließ sich bei der asthenischen Frau in reduziertem Ernährungszustand kein krankhafter Organbefund erheben.

Bei einer vom praktischen Arzt am 22. 8. 1947 wegen Unterernährung und Herzmuskelschadens bei schlechter sozialer Lage eingewiesenen 37-jährigen IV-para (Fall 9) im 2. Monat der Schwangerschaft fand sich eine Anämie von 74 % Hgb. und 3,7 Mill. Erythrozyten, eine Bradykardie von 64 Schlägen pro Minute und eine Hypotonie von 100/60. Die Hypotonie ist heute ein bei vielen gesunden Schwangeren häufiger Befund, der für den Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt keine ernste Komplikation bedeutet. Die Anämie bedarf energischer Eisenmedikation, was auch für den nächsten Fall einer 18jährigen Nullipara (Fall 10) gilt, die zunächst wegen der erhöhten Leukozytenzahl von 11000 vom praktischen Arzt eingewiesen worden war. Eine derartige Leukozytose ist für die Schwangerschaft physiologisch. Bei der Aufnahme der im 4. Monat befindlichen Schwangeren am 12. 11. 1947 fand sich aber ebenfalls nur eine leichte Anämie von 73 % Hb. und 3,5 Mill. Erythrozyten. Nach Behandlung mit Eisenpräparaten und Höhensonne hatte sich bis zur Entlassung am 4. 12. 1947 der Hb.-Gehalt des Blutes auf 82 % und die Erythrozytenzahl auf 4,1 Mill. erhöht.

In allen diesen Fällen mußte von einer Schwangerschaftsunterbrechung abgesehen werden. Auffällig ist dabei besonders, wie ungenügend die medizinische Indikationsstellung häufig fundiert war, was größtenteils auf einer einfachen Unkenntnis der physiologischen Veränderungen zu beruhen scheint, die die Schwangerschaft an den einzelnen Organen setzt.

Bedenklich war in einzelnen Fällen allerdings der wirklich stark reduzierte Kräfte- und Ernährungszustand, in der sich die Schwangeren bereits im 2. bis 5. Schwangerschaftsmonat befanden. Hier ist nach unserer Auffassung aber gar keine andere Therapie diskutabel als eine rechtzeitige und ausreichende Ernährungszulage für die Schwangeren. Mit der Gewährung der Mütterzusatzkarte schon ab 4. Monat ist bis jetzt wenigstens ein Punkt dieser Forderung erfüllt worden.

In den nächsten 3 Fällen, einer 25jährigen III-para im 2. Monat der Schwangerschaft (Fall 11), einer 35jährigen IV-para im 3. Monat der Schwangerschaft (Fall 12) und einer 34jährigen III-para im 5. Monat der Schwangerschaft (Fall 13) tritt zu diesem reduzierten Allgemeinzustand die »soziale Notlage« als erschwerendes Moment hinzu. Die soziale Indikation ist im Gesetz im § 2 Ziff. 2 festgelegt:

»Eine Unterbrechung der Schwangerschaft bleibt straffrei, wenn die sozialen Verhältnisse der Schwangeren oder ihrer Familie bei einem Austragen des Kindes eine ernste Gefährdung für die Gesundheit von Mutter oder Kind bedeuten und die Notlage durch soziale oder andere Maßnahmen nicht ausreichend beseitigt werden kann.«

In dieser Ziffer sind 2 Punkte von ausschlaggebender Bedeutung. Erstens gibt es nach ihr keine reine soziale Indikation, sondern es muß sich stets um eine kombiniert medizinisch-soziale Indikation handeln, wie aus der Formulierung »eine ernste Gefährdung für die Gesundheit von Mutter oder Kind« eindeutig hervorgeht. Dieser Passus findet zur Zeit in der Praxis der nach dem Gesetz eingerichteten Gutachterausschüsse noch sehr wenig Berücksichtigung. Man darf nicht verallgemeinern, daß in jedem Falle von sozialer Notlage eine ernste Gefährdung der Gesundheit von Mutter oder Kind zu erwarten ist. Dieser Auffassung kann auch der Gesetzgeber nicht gewesen sein, denn sonst wäre der erwähnte Passus nicht ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen worden. Durch die Nichtbeachtung der Gesetzesformulierung erfüllt bis heute nach unserer Auffassung ein großer Teil der Beschlüsse der Gutachterausschüsse noch nicht den Wortlaut des Gesetzes und läßt damit die Straffreiheit dieser Schwangerschaftsunterbrechungen anfechtbar erscheinen. Da die Verantwortung für den Eingriff dem die Unterbrechung ausführenden Arzt zufällt, mußten wir in den Fällen, bei denen die Prüfung der gesundheitlichen Gefährdung von Mutter oder Kind durch die Gutachterausschüsse außer acht gelassen wurde, eine mehrtägige klinische Beobachtung und während dieser Zeit eine sorgfältige internistische Untersuchung durchführen lassen. Es ist selbstverständlich, daß für die weitere Beurteilung dieser Fälle die Ergebnisse der objektiven klinischen Untersuchungsmethoden zugrunde gelegt werden mußten und nicht allein der subjektive Aspekt, den die Schwangere bot. Das wurde besonders für die Fälle gefordert, in denen die medizinische Seite der Indikation für die Genehmigung der Unterbrechung einer Schwangerschaft ausschlaggebend gewesen war. Es muß darauf hingewiesen werden, daß man bei der vegetativen Labilität der Schwangeren gewaltigen Täuschungen, z. B. in der Konstatierung einer Anämie aus der allgemeinen Hautblässe u. a., unterliegen kann. Es muß aber auch betont werden, daß eine »ernste Gefährdung der Gesundheit von Mutter oder Kind« im Sinne des Gesetzes anerkannt werden sollte, wenn durch eine soziale Notlage der Kräftezustand der Mutter stark reduziert ist, auch wenn kein ausgesprochener Organschaden feststellbar ist. Die Erschöpfung der mütterlichen Reserven, z. B. im Eiweiß-Stoffwechsel, durch chronische Unterernährung stellt die Leistungsfähigkeit des weiblichen Organismus für die Anforderungen der Schwangerschaft, der Geburt und des Stillgeschäftes derart in Frage, daß die geringste in der Schwangerschaft auftretende Erkrankung (Infekte!) bei durch Hunger elend gewordenen Personen katastrophale Folgen haben muß. Die soziale Notlage wird in solchen Fällen dann zuweilen zur medizinischen Indikation.

Natürlich muß die Untersuchung der Schwangeren ergänzt werden durch eine ärztliche Familienuntersuchung, bei der z. B. festzustellen wäre, ob das zu erwartende Kind in ein tuberkulöses Milieu hineingeboren wird, und durch eine ärztliche Besichtigung der Wohnungsverhältnisse, ob die primitivsten hygienischen Voraussetzungen erfüllt sind. Auch hier muß aber wenigstens ein Versuch zur Beseitigung dieser Verhältnisse der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung vorausgehen. Mit Recht wird gerade in dieser Ziffer der große Fortschritt des neuen Gesetzes gesehen, denn

obwohl der verantwortungsbewußte Arzt auch schon früher bei der medizinischen Indikationsstellung die soziale Lage mit berücksichtigt hatte, galt dieses Verhalten bisher nicht als straffrei.

Ein zweiter wesentlicher Punkt dieser neuen Ziffer ist, daß die Schwangerschaftsunterbrechung erst dann als straffrei angesehen werden darf, wenn »die Notlage durch soziale oder andere Maßnahmen nicht ausreichend beseitigt werden kann«. Es besteht also die Verpflichtung, diese Maßnahmen ebenfalls vor der Unterbrechung der Schwangerschaft in Anwendung zu bringen.

Von den drei genannten Fällen wurden zwei vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes am 18. 9. 1947, am 18. 12. 1947 und einer kurz nach dessen Inkrafttreten am 12. 1. 1948 zur Begutachtung aufgenommen. Alle drei Frauen wurden von uns nach eingehender klinischer Untersuchung zunächst in die Betreuung unserer Fürsorgeschwester verwiesen, die ausreichende Hilfsmaßnahmen in Aussicht stellen konnte. Eine dieser drei Schwangeren hatte uns eine von ihrem praktischen Arzt ausgestellte und an die Fürsorgestelle gerichtete Schwangerschaftsbescheinigung fälschlicherweise als Antrag für die Schwangerschaftsunterbrechung vorgelegt, ohne auch nur einen Versuch bei der zuständigen Fürsorgestelle gemacht zu haben.

Weitere fünf Fälle wurden nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes mit einem Beschluß des auf Grund dieses Gesetzes eingerichteten Gutachterausschusses eingewiesen.

Es handelte sich zunächst um eine 37jährige V-para (Fall 14), die am 2. 4. 1948 im 4. Schwangerschaftsmonat aufgenommen wurde. Die Unterbrechung dieser Schwangerschaft entsprechend § 2 Ziff. 2 des Gesetzes wäre nur bei Lebensgefahr zulässig gewesen, wie im folgenden § 3 Ziff. 1 festgelegt ist: »In den Fällen des § 2 Ziff. 2 darf die Schwangerschaft außer bei Lebensgefahr nicht nach Vollendung des 3. Monats der Schwangerschaft unterbrochen werden.«

Ein eingehende Untersuchung der Schwangeren in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik ergab ein systolisches Geräusch über allen Ostien, eine Hypotonie von 95/55 mm Hg. und röntgenologisch u. a. Streifenzeichnung im rechten Lungenoberfeld. Die ärztliche Auffassung, daß in diesem Falle noch keine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung vorliegt, aber eine sorgfältige ärztliche Überwachung dieser Schwangerschaft notwendig ist, steht im vollen Einklange mit dem Wortlaut des Gesetzes, daß in diesem über den 3. Schwangerschaftsmonat fortgeschrittenen Falle die Unterbrechung nur bei Lebensgefahr für die Schwangere straffrei bleiben kann.

Bei der nächsten Schwangeren, einer 38jährigen III-para (Fall 15), die am 6. 4. 1948 mit Beschluß des Gutachterausschusses zur Unterbrechung der Schwangerschaft im 3. Monat kam, wurde bei der Aufnahmeuntersuchung ein positiver Gonokokkenbefund erhoben. Bei der zunächst eingeleiteten Gonorrhoebehandlung, die in unserer Klinik durchgeführt wurde, hatte unsere Fürsorgeschwester Gelegenheit, sich eingehend mit der Frau und ihren wirtschaftlichen Sorgen zu befassen. Dabei zeigte es sich, daß die nach dem Gesetz zuerst anzuwendenden sozialen Hilfsmaßnahmen in keiner Weise in genügendem Umfange angestrebt worden waren. Als Erfolg des Klinikaufenthaltes konnte die Frau also neben der Behandlung ihrer bis dahin nicht erkannten Gonorrhoe und der nunmehr endlich einsetzenden sozialen Hilfe auch die Erhaltung der Schwangerschaft, die inzwischen den 3. Monat überschritten hatte, erreichen.

Bei der nächsten am 28. 4. 1948 im 2. Schwangerschaftsmonat aufgenommenen 33jährigen V-para (Fall 16) findet sich in der Begründung des Gutachterausschusses für die Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung die merkwürdige Formulierung, daß »eine Erhöhung der Rente um 17,50 DM im Monat im Geburtsfalle für den Wert eines Menschenlebens zu billig erscheint«. Auch durch eine einmalige Fürsorgeunterstützung sei bei der heute vorhandenen sozialen Lage keine Besserung der finanziellen Verhältnisse zu erwarten. In diesem Falle haben wir es für unbedingt nötig erachtet, die gar nicht erwähnten, aber viel richtigeren, weil wirksameren, materiellen Hilfsmöglichkeiten in Anwendung zu bringen, und so erreicht, daß die Schwangerschaft belassen werden konnte.¹

Es mag an dieser Stelle vielleicht eingewendet werden, daß es nicht ärztliche Aufgabe ist, die Richtigkeit der Begründung des Beschlusses des Gutachterausschusses zu überprüfen, sondern daß der Arzt lediglich ausführendes Organ sei. Der Präzedenzfall eines richterlichen Urteils z. B. im Falle einer Fehlentscheidung des Gutachterausschusses liegt bis jetzt noch nicht vor, es muß aber darauf hingewiesen werden, daß im Gesetz immer nur von der Straffälligkeit der die Schwangerschaftsunterbrechung durchführenden Person die Rede ist, die somit — nach den Buchstaben des Gesetzes — die volle Verantwortung für ihr Handeln tragen muß.

In zwei weiteren Fällen, einer 28jährigen II-para (Fall 17), die am 29. 4. 1948 im 3. Monat der Schwangerschaft aufgenommen wurde, und einer 33jährigen IV-para (2 Kinder leben) (Fall 18), die am 3. 5. 1948 im 3. Monat der Schwangerschaft mit Beschluß der Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesen wurde, ergab schon eine kurze Unterredung mit der Schwangeren, daß nicht soziale Notlage, sondern daß unerfreuliche und unglückliche Familienverhältnisse der wahre Grund zum Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung gewesen waren. Im ersten Falle wünschte die Schwangere selbst die Unterbrechung gar nicht, fürchtete sie sogar und handelte nur unter fremder Beeinflussung.² Im zweiten Falle hatte die Schwangere ein gemeinsames Eheleben mit ihrem Mann praktisch noch niemals geführt. Wir haben hier zwei Beispiele der »moralischen Indikation«, wie wir sie nennen möchten, vor uns. Vielleicht könnte man sie noch treffender als »amoralische Indikation« bezeichnen. Im Schrifttum ist sie als »Mitleidsindikation« bekannt. Merkwürdigerweise wird von ihr wenig gesprochen, und doch ist sie wahrscheinlich in allen ihren möglichen Formen nicht nur der häufigste Grund zum Wunsche nach Schwangerschaftsunterbrechung, sondern lag auch als wahre Ursache den meisten bisher von uns angeführten Fällen zugrunde. Natürlich ist es oftmals schwer, den wahren Sachverhalt zu erfahren, und auch von den Schwangeren wird er mit Absicht verschwiegen; denn bisher hat noch niemand gewagt, diese Indikation etwa in der Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen. Deshalb wird die medizinische oder neuerdings die »soziale Indikation« als Vorwand benutzt. Das geht deutlich aus folgenden Tatsachen unseres Materials hervor:

Bei der Beobachtung der ungefähr in zeitlicher Reihenfolge liegenden Aufnahmedaten der bisher angeführten Fälle wird deutlich, daß, solange der alte § 218 noch in Kraft war, die Einweisung zur Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischen Indikationen erfolgte, mit dem Fortschreiten der Diskussion um die »soziale Indikation« wurde diese den medi-

¹ Entbindung in unserer Klinik am 22. 11. 1948.

² Sie ist am 6. 11. 1948 in unserer Klinik entbunden worden.

zinischen Indikationen zur Unterstützung angefügt. Schließlich trat mit Inkrafttreten des neuen Thüringischen Gesetzes die »soziale Indikation« in den Vordergrund. Daß die wahre Triebfeder für die Anträge in der »moralischen Indikation« gesucht werden muß, geht schon allein aus der Tatsache hervor, daß die medizinische Indikation in vielen Fällen überhaupt nicht bestätigt werden konnte und die Besserung der sozialen Verhältnisse durch andere Maßnahmen überhaupt nicht versucht oder von den Schwangeren sogar abgelehnt worden war.

Noch eine Tatsache ist auffällig: Unter unseren Fällen finden sich die Frauen mit ein oder zwei Kindern sogar etwas häufiger, als die mit drei, vier oder fünf Kindern. Wir haben in demselben Zeitraum aber auch Frauen von ihrem siebenten bis zehnten Kind entbunden. Diese Frauen leben fast alle in sehr beschränkten räumlichen und sehr schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen, ohne daß von ihnen eine Schwangerschaftsunterbrechung beantragt wurde.

In einer normalen und wirklich harmonischen Ehe werden Kinder niemals als Unglück empfunden — und es wäre das ja auch vollkommen unnatürlich —, es sei denn, es liegt wirklich eine ernste Sorge um die Gesundheit der Mutter vor. Nur aus unglücklichen, verworrenen und verfahrenen Familienverhältnissen und aus gewissenlosen und leichtsinnigen sexuellen Beziehungen ist der Fanatismus zu erklären, mit dem manche Frauen die Schwangerschaftsunterbrechung betreiben. Die dafür aufgebrauchten Energien könnten z. B. für die Erreichung sozialer Hilfe nutzvoller verwandt werden. Es ist aber der Arzt, dem mit Selbstmordgedanken gedroht wird und dem die Verantwortung dafür auferlegt wird, wenn die Schwangere schließlich der kriminellen Abtreibung verfällt. Wir sind dagegen der Meinung, daß für solche Vorkommnisse nicht der Arzt verantwortlich zu machen ist, sondern vielmehr die soziale Gemeinschaft, die diesen Schwangeren jede materielle oder moralische Hilfe versagt hat.

Selbstmorddrohungen und die Gefahr der kriminellen Abtreibung sind demnach keine Indikation zur ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Im ersten Falle ist die Überwachung in einer psychiatrischen Klinik notwendig. Hier muß — ich folge den Ausführungen von Bumke — eine Klärung versucht werden, ob eine der endogenen Psychosen oder eine reaktive Psychose vorliegt. Für die endogenen Psychosen kann gemäß deren Definition die Schwangerschaft nur ein zufälliges Zusammentreffen bedeuten. Für die reaktive Psychose kann sie auslösende Ursache sein. Wesentlich ist die Feststellung, ob wirklich eine Psychose vorliegt. Nicht selten wird es sich bei der Selbstmorddrohung um den Versuch einer moralischen Erpressung des Arztes handeln. Ebenso verdient die Gemütsverstimmung bei den erwähnten unglücklichen Familienverhältnissen und bei außerehelich oder unehelich Geschwängerten noch nicht die Bezeichnung Psychose. Handelt es sich aber wirklich um eine reaktive Schwangerschaftspsychose, so sind wir im Gegensatz zu den übrigen Psychosen in der glücklichen Lage, die günstige Prognose einer Spontanheilung mit dem Ende der Schwangerschaft stellen zu können. Die Geburtshelfer werden manchmal sogar die Genugtuung haben, später eine »überglückliche Mutter erleben zu dürfen.

Ganz abwegig ist der weitverbreitete Gedanke, die Abtreibungsseuche durch möglichst großzügige Handhabung der Indikation zur ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung eindämmen zu können. Das würde nur bedeuten, daß die Abtreibung aus den Händen der Kurpfuscher in die Hände der Ärzte übergeht.

Aus diesen Ausführungen soll der eine Gedanke hervorgehen, daß nur durch eine sehr strenge und unbedingt gewissenhafte Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung einer zweifellos bereits im vollen Gange befindlichen Demoralisierung Einhalt geboten werden kann.

In drei weiteren Fällen wurde eine Schwangerschaftsunterbrechung aus gynäkologischer Indikation beantragt. Es handelte sich zunächst um eine 40jährige VI-para (Fall 19) im 2. Monat der Schwangerschaft, bei der wegen engen Beckens zweimal eine Schnittentbindung durchgeführt worden war. Vier Kinder waren spontan geboren, sollen aber untergeordnet gewesen sein. Gleichzeitig war die soziale Notlage der Familie — 5 Kinder leben — und der allgemeine Gesundheitszustand der Frau geltend gemacht worden. Diese kombinierte Indikationsstellung zwingt zweifellos dazu, in diesem Falle die Frage des vorzeitigen Abbruchs der Schwangerschaft ernsthaft zu stellen. Die Tatsachen, daß schon entsprechend der Anamnese eine Spontangeburt nicht auszuschließen war, daß die internistische Allgemeinuntersuchung günstig ausfiel und daß soziale Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden konnten, veranlaßten uns, uns gegen die Unterbrechung der Schwangerschaft auszusprechen, wobei wir uns angeboten haben, die Geburt in unserer Klinik zu leiten. Bei der Notwendigkeit einer erneuten Schnittentbindung wäre die anschließende Sterilisation in Erwägung zu ziehen.

Zwei weitere Fälle betreffen Schwangerschaften nach Präeklampsie und Eklampsie. Es handelt sich einmal um eine 34jährige II-para (Fall 20), die bei beiden vorangegangenen Geburten präeklampsische Zustände gehabt haben soll. Mit der Diagnose: »mittelstarke Graviditätstoxikose« wurde sie am 3. 1. 1948 im 3. Schwangerschaftsmonat zur Entscheidung über eine Interruptio eingewiesen. Außer einer Zystitis und einer Thrombophlebitis konnten keine besonderen Befunde erhoben werden. Da die Diagnose Präeklampsie lediglich aus subjektiven Eindrücken des praktischen Arztes, der zu den beiden vorangegangenen Geburten gerufen worden war, ohne Vorliegen objektiver Befunde, also Blutdruckwerte oder Urinuntersuchung, entstanden war, kam von vornherein nur eine laufende Beobachtung während der Schwangerschaft und unter der Geburt in Frage. Beide verliefen diesmal ohne Zeichen einer Präeklampsie.

Schwierig lagen die Verhältnisse im nächsten Fall (Fall 21) einer 48jährigen IV-para, mit zunehmenden allgemeinen Beschwerden in jeder Schwangerschaft und mit einer Eklampsie bei der letzten Geburt. Außerdem war während der letzten Schwangerschaft eine Nephrektomie wegen Nierensteinen vorgenommen worden. Jetzt bestand bei der Einweisung am 4. 5. 1948 eine Hypertonie von 230/170 mm Hg, als höchster Wert bei mehreren Messungen täglich, bei einer Schwangerschaft im 3. Monat. Als tieferer Grund für den Wunsch nach Unterbrechung der Schwangerschaft darf hier das relativ hohe Alter der Schwangeren nicht unerwähnt bleiben. Es gelang mit konservativen Mitteln, den Blutdruck auf die dem Alter entsprechende Norm von 140/90 mm Hg zu senken. Die Prüfung der Nierenleistung ergab eine volle Funktion in bezug auf Ausscheidung, Verdünnung und Konzentration. Ein 1944 bereits erhobener Augenhintergrundbefund — beiderseits Kaliberschwankungen der Netzhautarterien und feine zentrale retinitische Herde — zeigte in der neuen Schwangerschaft keine progredienten Veränderungen. Es bestand also keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft, jedoch wurde die Schwangere zu Kontrolluntersuchungen wiederbestellt. Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft kam

es dann zur manifesten Präeklampsie mit intrauterinem Absterben des Kindes.

Wir bestreiten nicht die Möglichkeit, daß die Frauen, die nach Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung unsere Schwangerenberatung später nicht wieder aufgesucht haben, ihren Wunsch nach Unterbrechung anderenorts durchgesetzt haben mögen. Das muß im Interesse einer einheitlichen, auf einem hohen ethischen und moralischen Standpunkt stehenden Orientierung der Ärzteschaft bedauert werden. Wir glauben mit unseren Entscheidungen in genauer Befolgung des Thüringer Gesetzes gehandelt zu haben, das damit in der Lage ist, unser ärztliches Handeln auch vor unserem Gewissen zu rechtfertigen.

Zusammenfassung

Es wird über 21 Fälle berichtet, in denen eine Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischer, medizinisch-sozialer und sozialer Indikation beantragt worden war. In allen diesen Fällen ließ sich die Durchführung der Unterbrechung vermeiden, weil keine Gefahr für die Gesundheit von Mutter oder Kind bestand oder weil „andere soziale Hilfsmöglichkeiten“ in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden konnten. Es wird festgestellt, daß dieses Vorgehen im genauen Einklang mit dem Wortlaut des Thüringer Gesetzes über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 18. 12. 1947 steht.

Краткое содержание: **Хельбинг. О возможностях сохранения беременности.** Сообщается о 20 случаях, в которых было предложено прерывание беременности по медицинским, медико-социальным и социальным показаниям. Однако, во всех этих случаях можно было избежать прерывания, потому что не было налицо опасности, угрожающей здоровью матери или ребенка, или потому что «другая социальная помощь» была обеспечена в достаточной степени. Автор утверждает, что такой образ действий находится в соответствии с законом о прерывании беременности, изданном в Тюрингии 18-го дек. 1947 г.

Summary: **Interruption of pregnancy avoided.** Report on 21 cases, for which an interruption of pregnancy had been recommended for medical, medico-social or social reasons. In all these cases the interruption could be avoided, because there was no danger for mother or child or because there was sufficient "social help" of other kind at hand. It can be said that that line of action is exactly consonant with the wording of the Thuringian law on the interruption of pregnancy of 18 December 1947.

Résumé: **Interruption de la grossesse évitée.** Rapport sur 21 cas dans lesquels on avait proposé, pour des raisons de nature médicale, médico-sociale et sociale, d'intervenir la grossesse. Dans tous ces cas l'interruption s'évitait, parce qu'il n'y avait pas de danger pour la santé de la mère et de l'enfant ou parce que d'autres ressources sociales étaient disponibles dans une mesure suffisante. On établit que cette manière de procéder est conforme à la teneur de la loi thuringienne en date du 18 décembre 1947 relative à l'interruption de la grossesse.

Zur Bekämpfung der Abtreibung

Diskussionsbeitrag zum Vorschlag von Rud. Th. v. Jaschke
im Zbl. Gynäk. 1948, H. 5

Von Dr. Robert Volbracht, Berlin

Zu dem von v. Jaschke in dieser Zeitschrift gemachten Vorschlag, zur Bekämpfung der Abtreibungsseuche nur die abtreibende Person, aber nicht die Schwangere, die die Abtreibung an sich vornehmen ließ, zu bestrafen, soll hier kritisch Stellung genommen werden.