

gerschaft und das Schicksal des Kindes unter allen Umständen zu sofortigem Eingreifen zwingen. Im Beginn der Schwangerschaft wird die verhältnismäßig geringe Vergrößerung des Uterus die Technik der Operation einfacher gestalten. Über die Häufigkeit des Eintritts eines Abortus oder später eines Partus praematurus als Folge der Operation sind die Ansichten geteilt. Es dürfte jedoch für die Mutter eine Unterbrechung der Gravidität in den ersten Monaten leichter zu ertragen sein, als eine Frühgeburt mit einem an der Grenze der Lebensfähigkeit befindlichen Kinde. Ist deswegen das Ende des 7. Schwangerschaftsmonats erreicht, so wird es sich empfehlen, unter ärztlicher Beobachtung und Belehrung der Schwangeren bis zum Ende zuzuwarten. Erweist es sich dann beim Geburtsbeginn als unmöglich, den Tumor auf schonende Weise aus dem kleinen Becken herauszubringen, sei es in Rücken-, Knie-Ellenbogenlage oder in Beckenhochlagerung, so ist die Laparotomie — Schnittentbindung und Exstirpation des Tumors — die Methode der Wahl. Liegt mit Sicherheit ein Karzinom vor, so ist nach den hierfür allgemein gültigen Regeln zu verfahren.

Weisswange und neuerlich Kamniker berichten je über einen Fall von Ovarialkarzinom in der Gravidität, die sich insofern von meinem unterscheiden, als dort bereits ausgedehnte Metastasen an Därmen, Netz und Peritoneum vorhanden waren. Die Kinder konnten zwar beide Male lebend entwickelt werden, und zwar durch Schnittentbindung, die Mütter dagegen kamen ad exitum.

Trotz der allgemein schlechten Prognose des Ovarialkarzinoms möchte ich doch glauben, daß im vorliegenden Falle mit einer Dauerheilung zu rechnen ist, weil das Karzinom frühzeitig restlos entfernt wurde, keinerlei Metastasierung nachweisbar war und die Pat. 1 Jahr post operationem keine Anhaltspunkte für eine Karzinomaussaat zeigte, sich vielmehr in ausgezeichnetem Allgemeinzustand befand.

## Das Abortusproblem in Jugoslawien

Von Dr. Franz Iványi, Frauenarzt in Vel. Bečkerek

Die Zahl der gewollten Fehlgeburten hat, besonders in letzter Zeit, derart enorm zugenommen, daß man heute füglich von einer Abortusseuche sprechen kann. Und wie eine solche muß auch die Abortusseuche ätiologisch bekämpft werden.

Trotz dem großen Anwachsen der sich mit der Abortusseuche befassenden Literatur und den zur Bekämpfung derselben in Vorschlag gebrachten Methoden, greift dieselbe immer mehr um sich und die Zahl der Fruchtabtreibungen nimmt immer mehr zu.

Das große russische Experiment hat sich, wie es ein jeder, der sich mit einschlägigen Fragen befaßt, weiß, auch in dieser Hinsicht als ganz unvollkommen, wenn nicht als vollständig fehlgeschlagen erwiesen.

- »1) Die Freigabe bzw. Legalisierung der Fruchtabtreibung in der Sowjetunion hat eine enorme Zunahme der Abtreibungen zur Folge gehabt.
- 2) Trotz dieser Legalisierung haben die Kurpfuscheraborte zugenommen.
- 3) Der Prozentsatz der septischen Erkrankungen hat sich nach der Freigabe wesentlich erhöht.
- 4) Die Abbrechung der Schwangerschaft<sup>1</sup>, — selbst lege artis ausgeführt —

<sup>1</sup> Ich benutze das von Sellheim geprägte Wort »Abbrechung« statt »Unterbrechung«, weil ich jenes für viel bezeichnender finde.

hat sich als ein ernster und schwerer Eingriff in den weiblichen Organismus erwiesen« (1).

Nun gibt es in Europa noch ein anderes, kleineres Experiment zur Lösung der Abortusfrage. In Jugoslawien erschien nämlich am 2. II. 1929 ein neues Strafgesetzbuch, welches folgende »Abtreibungsparagraphen« enthält:

§ 171. Eine Schwangere, welche ihre Leibesfrucht selbst abtreibt, oder es einem anderen gestattet an ihr zu tun, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft.

In besonders leichten Fällen kann das Gericht die Strafe nach freiem Ermessen herabsetzen und die uneheliche Mutter, falls sie die Abtreibung selbst ausgeführt hat, von jeder Strafe freisprechen.

§ 172. Mit strengem Gefängnis wird bestraft, wer einer Schwangeren auf deren Wunsch oder mit deren Einverständnis die Mittel dazu gibt oder die Abtreibung herbeiführt.

Macht dies ein Arzt, Apotheker oder eine Hebamme oder sonst eine Person gegen Entgelt, so ist auf Zuchthausstrafe bis zu 5 Jahren zu erkennen.

Gefängnisstrafe bis zu 1 Jahr tritt auch dann ein, wenn der Arzt oder die Hebamme eine schon begonnene Fruchtabtreibung zu Ende führt, ohne innerhalb 3 Tagen die zuständige Behörde darüber zu verständigen.

§ 173. Wer einer Schwangeren ein Mittel zur Fruchtabtreibung beibringt oder es ohne deren Willen bei ihr anwendet und sie davon die Frucht ausstößt, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter 5 Jahren ein.

Keiner Strafe unterliegt der Arzt, der nach vorheriger Verständigung der Behörde und auf Grund des Gutachtens einer ärztlichen Kommission kunstgerecht die Unterbrechung der Schwangerschaft oder den Abortus herbeiführt, um der Schwangeren das Leben zu retten oder um eine schwere Gefährdung ihrer Gesundheit zu verhindern, falls dies auf keine andere Art möglich ist.

Über die Bildung und Einberufung der ärztlichen Kommission wird das Gesundheitsministerium eine spezielle Verordnung veröffentlichen.

In diesen Gesetzen ist manches Neue enthalten.

Erstens, daß den Gerichten die Möglichkeit geboten ist, die uneheliche Mutter bei selbstausgeführter Fruchtabtreibung von jeder Strafe freizusprechen.

Zweitens, daß der Arzt unter Androhung unglaublich hoher Strafe gezwungen wird, jeden schon begonnenen Abortus, den er zu Ende geführt hat, der Behörde anzumelden.

Drittens sind in diesem Gesetz endlich die Kautelen bestimmt worden, unter denen der Arzt straflos die Abbrechung der Schwangerschaft unternehmen darf.

Der Gedanke, die Anmeldung eines jeden Aborts den Ärzten zur Pflicht zu machen, ist recht alt. Wenn man aber in der einschlägigen Literatur die Standpunkte der Ärzte dieser Frage gegenüber vergleicht, sieht man, daß sich fast alle Autoren einer allgemeinen Anzeigepflicht gegenüber ablehnend verhalten.

In Wien befaßte sich die Geburtshilfliche Gynäkologische Gesellschaft 1917 sehr ausführlich mit der Frage der Anzeigepflicht. Wie wir wissen, wurde sie mit großer Stimmenmehrheit abgelehnt (2).

A. Mayer (Tübingen) schreibt darüber im Jahre 1918: »... in der Tat lehnen sie (die Anzeigepflicht) auch Ärzte und Juristen in gleicher Weise ab« ... »Vom Standpunkt des Arztes ist zunächst manches gegen die Anzeigepflicht eingewendet

worden. Sie belästigt den Arzt, bedroht ihn zu schwer, wenn er die Anzeige versäumt und sieht nach einer öffentlichen Mißtrauenserklärung aus« (3).

Sich mit derselben Frage beschäftigend, meint Engelmann: »Mit übertriebenen Forderungen schadet man nur den an sich gesunden Bestrebungen« (4).

Kahl (Berlin) schreibt: »Keinesfalls dürfte man zur Aufhebung des ärztlichen Berufsgeheimnisses . . . schreiten« (5).

Kehrer äußert sich folgendermaßen: »Das neuerdings ärztlicherseits wieder erhobene Verlangen nach der Anzeigepflicht beim kriminellen Abortus ist gewiß erwünscht, tatsächlich aber unerfüllbar. Die Wirkungen würden weit hinter den erhofften Erfolgen zurückbleiben und der Arzt würde schweren Schaden nehmen. Eine wirkliche Einschränkung der kriminellen Abtreibungen muß auf ganz anderen Wegen erhofft und erstrebt werden« (6).

Lahm als Diskussionsredner antwortet darauf: »Wir alle sind uns wohl darin einig, daß die Bedenken gegen die Anzeige beim kriminellen Abortus durch den Arzt so groß sind, daß jede Verpflichtung des Arztes zur Anzeige abgelehnt werden muß« (6).

Die oben angeführten Paragraphen des neuen jugoslawischen Strafgesetzes riefen auch bei mir lebhaftes Bedenken hervor, die ich auch zu verbreiten versuchte. Noch bevor das Gesetz in Kraft getreten war und bald danach, erschienen zwei Artikel von mir (7 und 8), in denen ich den Versuch machte, klarzulegen, daß aus dem Kampf gegen die Abortusseuche keineswegs ein Kampf gegen den Arzt gemacht werden dürfe.

Während der Jahre 1923—1925 ist es mir unter Stoeckel's Leitung in der Leipziger Klinik gelungen, in etwa 80% der Aborte anamnestisch die gewollte Herbeiführung der Abtreibung von den Pat. zu erfahren.

Während meiner 5jährigen frauenärztlichen Tätigkeit in Jugoslawien gelang mir dies auch in 75%. Und die Zahl entspricht noch lange nicht der tatsächlichen, welche man sicherlich um 90% annehmen dürfte.

Kriminelle Abtreibungen werden, wie in Deutschland, auch in Jugoslawien meistens nicht von Ärzten, sondern von gewerbsmäßigen und nicht gewerbsmäßigen Abtreibern ausgeführt.

Der Kampf gegen die Abortusseuche darf nicht eine Mißtrauensmanifestation gegen den Arzt sein.

Die Anzeigepflicht ist aber nichts weniger als das, ganz abgesehen davon, daß sie die Aufrechterhaltung des ärztlichen Berufsgeheimnisses unmöglich macht.

Pflicht des Arztes ist Heilung zu erstreben, nicht aber die Rolle des Polizisten zu spielen!

Die drakonischen Gesetze würden die Zahl der Aborte kaum vermindern, wohl aber dazu beitragen, die Zahl der mütterlichen Todesfälle zu vermehren.

Solche und ähnliche Ausführungen in Wort und Schrift führten endlich zu dem Erfolg, daß der Verein der Ärzte in Veliki Bečkerek durch die Ärztekammer an das Gesundheitsministerium eine Eingabe richtete, in welcher für die Ausschaltung jeder nicht-ärztlichen Behörde in dieser Frage und die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses plädiert wurde.

Das Gesetz trat am 1. Januar 1930 in Kraft. Das Erscheinen der erwarteten abändernden Verordnung ließ auf sich warten, so daß die Ärzte gezwungen waren, jeden von ihnen zu Ende geführten Abortus incompletus der Staatsanwaltschaft

zu übergeben, sowie jeden Abortus artificialis vor der Ausführung desselben der Staatsanwaltschaft zu melden. Und die Ärzte liefen Gefahr, das schwer erworbene Vertrauen ihrer Pat. zu verlieren.

Am 10. Mai 1930 erschienen dann folgende Verordnungen:

§ 1. Jeder Arzt, der zu der Überzeugung gelangt ist, daß bei irgendeiner seiner Patientinnen infolge von Krankheit oder irgendeiner Anomalie die Unterbrechung der Schwangerschaft unumgänglich ist, um das Leben der Schwangeren zu retten oder eine schwere Gefährdung ihrer Gesundheit abzuwenden, falls dies auf keine andere Weise möglich wäre (§ 173 StGB.), hat die Einberufung einer Kommission zu verlangen, welche die Patientin untersuchen und ihren Befund und Gutachten in einem Protokoll niederlegen wird.

§ 2. Die Kommission bildet der nächstzuständige Arzt, der ein öffentliches Amt bekleidet (Staats-, Banats- oder Gemeindefunktionär), der zugleich als Vorsitzender der Kommission fungiert. Als zweites Mitglied der Kommission fungiert der Arzt, der die Einsetzung derselben gefordert hat; das dritte Mitglied wird vom Vorsitzenden unter Berücksichtigung der Wünsche der Patientin sowie derer Angehörigen nach folgenden Grundsätzen ernannt: a. ist der die Patientin behandelnde Arzt, der auch die Anzeige erstattet hat, Gynäkolog, so wird vom Vorsitzenden als drittes Mitglied ein Spezialist in jenem Medizinfach zugezogen, in welches die die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft erfordernde Krankheit oder Anomalie gehört bzw. ihr am nächsten steht; b. ist der die Patientin behandelnde Arzt ein Spezialist in jenem Medizinfach, zu dem die Krankheit oder Anomalie der Schwangeren gehört, so wird als drittes Kommissionsmitglied ein Gynäkolog zugezogen; c. ist der die Patientin behandelnde Arzt ein praktischer Arzt mit Allgemeinpraxis, so wird als drittes Kommissionsmitglied ein Gynäkolog zugezogen.

§ 3. In größeren Spitälern und Kliniken, die mehrere Abteilungen besitzen, werden zur Kommission außer dem amtlichen Arzt auch noch der Arzt (Chef, Primarius oder Assistent) der gynäkologischen Abteilung zugezogen, wo aber die chirurgische und gynäkologische Abteilung nicht getrennt sind, der Arzt (Chef, Primarius oder Assistent) der chirurgischen Abteilung, sowie der Chef der Abteilung, in welche die die Unterbrechung der Schwangerschaft erfordernde Krankheit bzw. Anomalie gehört.

In Spitälern mit zwei Abteilungen bilden die Kommission die Chefs der internen und der chirurgischen Abteilung, sowie der amtliche Arzt.

In Spitälern mit nur einer Abteilung wird zur Kommission entweder ein Gynäkolog oder ein Spezialist für die Krankheit der Schwangeren, sowie einer der ältesten Ärzte im Ort zugezogen. Wenn in dem betreffenden Ort eine solche Kommission zu bilden unmöglich ist, ist die Patientin in ein Spital mit mehreren Abteilungen zu schicken oder die nötigen Ärzte zu berufen.

In kleineren Ortschaften ist nach Abschn. 3 dieses Paragraphen vorzugehen.

In Privatsanatorien ist das Vorgehen dasselbe wie in Spitälern.

§ 4. Wenn der zuständige amtliche Arzt eine fachärztliche oder Allgemeinpraxis ausübt und zufällig eben er die Patientin behandelt, so daß ihm die Anzeigepflicht obliegt, kann er als Vorsitzender der Kommission nicht in Betracht kommen. In diesem Falle wird der nächstzuständige amtliche Arzt einen Vorsitzenden ernennen.

§ 5. Einberufen wird die so gebildete Kommission vom Vorsitzenden auf Verlangen des die Patientin behandelnden Arztes, und zwar innerhalb von 4 Tagen, in dringenden Fällen jedoch sofort.

§ 6. Der die Patientin behandelnde Arzt hat die Anamnese sowie die Ergebnisse aller eventuellen nötigen Untersuchungen bereitzustellen (Urin, Sputum, Blut, Röntgenaufnahmen usw.).

§ 7. Nach stattgefundener Untersuchung der Patientin und abgehaltener Beratung ist darüber ein Protokoll aufzusetzen; darin sind anzugeben: Datum und Ort der Untersuchung, die Anfangsbuchstaben des Vor- und Familiennamens der Schwangeren, deren Alter, Beruf und Adresse.

Ferner ist ein Protokoll aufzunehmen, das den Krankheitsverlauf nebst Anamnese und genauen Befund, Beschreibung des Krankheitszustandes, Genitalstatus und Diagnose über die Zeit der Schwangerschaft enthalten soll.

In dem definitiven Gutachten ist im Sinne des § 173 des StGB. mit Begründung anzuführen: a. welche Gefahren für das Leben der Schwangeren birgt die Krankheit oder Anomalie in sich, wenn die Schwangerschaft nicht abgebrochen wird; b. daß diese Gefahr auf keine andere Weise, durch keine Heilmethode beseitigt werden kann.

Schließlich ein Gutachten, worin im Sinne des § 173 des StGB. die infolge einer Komplikation der Schwangerschaft mit der Krankheit oder Anomalie entstehende schwere Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Schwangeren sowie der Umstand, daß diese Gefahr auf keine andere Weise zu beseitigen ist, besonders darzulegen und zu begründen ist.

§ 8. Das Protokoll wird in zwei Exemplaren aufgenommen und von allen Mitgliedern der Kommission unterzeichnet. Ein Exemplar davon bleibt bei dem Arzt, der die Unterbrechung der Schwangerschaft ausführen wird, das andere behält aber der zuständige amtliche Arzt für das amtliche Reservat-Archiv.

§ 9. Hat sich die Kommission einstimmig zu der Ansicht bekannt, daß die Schwangerschaft zu unterbrechen sei, so kann dies sofort nach der stattgefundenen Anzeige beim zuständigen amtlichen Arzt vorgenommen werden.

§ 10. Wenn die Kommission nicht zu einem einstimmigen Entschluß kommen kann, werden die Ansichten einzeln im Protokoll verzeichnet, die Schwangerschaft darf aber nicht unterbrochen werden.

In diesem Falle entscheidet die Kommission mit Stimmenmehrheit, ob und wann die Schwangere einer neuen Kommissionsuntersuchung unterzogen wird, oder ob sie mit dem Befund der Kommission und ihrem Gutachten in eine Universitätsklinik oder ein Spital mit mehr als zwei Abteilungen geschickt werden soll.

§ 11. Die Indikationen für eine Unterbrechung der Schwangerschaft sind im Sinne des § 173 des StGB. ausschließlich medizinische, d. h. nur Krankheiten und Anomalien kommen in Betracht und zwar vom zeitgemäßen Standpunkt der medizinischen Wissenschaft.

§ 12. Die Anzeige, die Arbeit der Kommission und das Protokoll darüber sind von allen Mitgliedern der Kommission als Berufsgeheimnis zu betrachten; der Vorsitzende hat Protokoll darüber zu führen und alles unter Verschuß zu halten, damit nichts in unberufene Hände gerate, außer dem Falle, daß ein Gerichtsverfahren darüber eingeleitet wird.

§ 13. Die Kommissionsmitglieder verrichten ihre Pflicht unentgeltlich in Spitälern. In der Privatpraxis ebenfalls unentgeltlich für diejenigen, die im Sinne des Gesetzes für Krankenhäuser als arm zu betrachten sind; sonst erhalten die Kommissionsmitglieder eine Entlohnung wie bei einem Konsilium und zwar nach der niedrigsten Taxe der Kammer.

§ 14. In dringenden Fällen, die keinen Aufschub zulassen, wenn das Leben oder die Gesundheit in direkter Gefahr schwebt, z. B. bei Eklampsie, Placenta praevia usw., kann der Arzt die Abbrechung der Schwangerschaft ausnahmsweise auch ohne vorherige Einberufung einer ärztlichen Kommission vornehmen, muß jedoch dabei, wo möglich, noch einen Arzt zuziehen, dann in Gemeinschaft mit diesem ein Protokoll über den Fall aufnehmen im Sinne des § 7 dieser Verordnung, und es dem zuständigen amtlichen Arzte übergeben, zwecks Rechtfertigung seines Vorgehens.

§ 15. Diese Verordnung tritt in Kraft am Tage der Veröffentlichung in den »Amtlichen Nachrichten«.

(NB. — Die Verordnung erschien in Nr. 105. — XXXIX. der »Amtlichen Nachrichten« vom 10. Mai 1930.)

#### Vorschriften über das Vorgehen beim Anmelden der Beendigung begonnener Aborte

§ 1. Jeder Arzt, der eine schon begonnene Fehlgeburt in Behandlung nimmt und zu Ende führt, sei es durch Medikamente, sei es auf operativem Wege, ist verpflichtet, darüber innerhalb von 3 Tagen der Behörde Anzeige zu erstatten.

§ 2. Die Anzeige wird beim zuständigen amtlichen Arzt (Kreisarzt oder Stadtphysikus) erstattet und zwar in versiegeltem Briefumschlag, der in der unteren rechten Ecke mit dem Vermerk »streng vertraulich« zu versehen ist.

§ 3. In der Anzeige ist anzuführen:

1) Die Anfangsbuchstaben des Vor- und Familiennamens der Schwangeren. Der volle Name der Patientin wird vom Arzt in seinem besonderen, streng vertraulichen Tagebuch verwahrt.

2) Alter der Patientin.

3) Beruf derselben.

4) Stand derselben.

5) Aufenthaltsort und Wohnung.

6) Genauer Zeitpunkt, da der Arzt die Schwangere in Behandlung genommen.

7) Genaue Diagnose bei der Aufnahme (Abortus incipiens im Gange, incompletus, febrilis usw.).

8) Welche Methode dabei angewendet wurde.

9) Wo der Abort beendet wurde.

Dann folgt die deutlich lesbare Unterschrift des Arztes mit Angabe seiner Befähigung (praktischer Arzt, Spezialist für Gynäkologie, Assistent usw.).

§ 4. Der zuständige Arzt nimmt in die Anzeige persönlich Einsicht und trägt sie in ein besonderes Protokoll ein, das unter Schloß verwahrt wird. Ausgenommen die zuständigen Ärzte und eventuell das Gericht, dürfen diese vertraulichen ärztlichen Anzeigen in keine unberufenen Hände geraten.

§ 5. Mit Bezug auf § 172 des StGB. werden Hebammen besonders aufmerksam gemacht, daß sie im Sinne der Verordnungen für Hebammen verpflichtet sind, in jedem Abortusfall den Arzt zu rufen. Wenn die Fehlgeburt von selbst abläuft, ohne daß aus irgendeinem Grunde der Arzt rechtzeitig zugezogen werden konnte, hat die Hebamme jeden solchen Fall schriftlich — auf einem besonderen dazu bestimmten Anmeldebogen dem zuständigen amtlichen Arzt anzumelden. Die Anzeige ist in versiegeltem Umschlag zu übergeben mit dem sichtbaren und leserlichen Vermerk: »streng vertraulich«.

In der Anzeige muß die Hebamme anführen: den vollen Namen, Alter, Stand, Beruf und Wohnung der Patientin, den genauen Zeitpunkt, wann sie zu der Patientin gekommen und sie in Behandlung genommen; genauen Zeitpunkt, wann der Abortus beendet wurde, in welchem Schwangerschaftsmonat dies geschehen und die Länge der Leibesfrucht.

Auch ist die Hebamme verpflichtet, jede solche Leibesfrucht dem zuständigen Arzt zu zeigen.

§ 6. Diese Vorschriften treten in Kraft am Tage ihrer Veröffentlichung in den »Amtlichen Nachrichten«.

(NB. — Die Vorschriften wurden in Nr. 105 — XXXIX. der »Amtlichen Nachrichten« veröffentlicht.)

Von dem Tag an, wo diese Gesetzesvorschriften in Kraft traten, ist also der jugoslawische Arzt zwar verpflichtet, über jeden Abortus Anzeige zu erstatten, er muß dies jedoch unter voller Wahrung seiner Schweigepflicht ohne Namensnennung und auch dies nur vor einer ärztlichen Behörde tun.

Sowohl der Arzt als seine Pat. werden also im Falle einer gerichtlichen Untersuchung geschützt; dagegen ist es klar, daß ein nicht angemeldeter Abortus wohl wahrscheinlich kriminell sein wird.

Daß über die Abbrechung der Schwangerschaft eine ärztliche Kommission zu entscheiden hat, ist etwas, was zwar wohl für den Juristen, keinesfalls aber für uns Ärzte etwas Neues bedeutet. Gewissenhafte Ärzte haben auch vordem nie ohne ein schriftlich festgelegtes Gutachten einer ärztlichen Kommission die Abbrechung einer Schwangerschaft unternommen. — Und daß bei der Zusammensetzung solcher Kommissionen der Gynäkologe ebensowenig fehlen darf, wie der amtliche Arzt, ist ja nur auf das wärmste zu begrüßen.

Es ist also bei uns gesetzlich bestimmt, daß die Abbrechung der Schwangerschaft nicht von einem jeden Arzt, sondern nur von Fachgynäkologen ausgeführt werden darf.

Es gibt keinen Staat auf der Welt (außer Rußland), in dem es so klar festgesetzt und bestimmt wäre: »Jeder Arzt, der zu der Überzeugung gelangt ist, daß . . . die Unterbrechung der Schwangerschaft unumgänglich ist . . ., hat die Einberufung einer Kommission zu verlangen . . .«

Das neue jugoslawische Gesetz ist nun derartig, daß es unseren medizinischen Anschauungen entspricht, es schützt uns Gynäkologen davor, in den Ruf von Abtreibern zu kommen, — und macht endlich die bei uns wie auch in Deutschland verbreiteten »Scheinindikationen« unmöglich.

Unter Scheinindikationen meine ich die allgemein verbreitete Auffassung über den Abortus artificialis, die sich bei Ärzten mit sehr elastischem Gewissen ergibt und den angeblichen medizinischen Indikationen einen sehr weiten Spielraum läßt.

Nun ist in Jugoslawien jede solche Scheinindikation unmöglich gemacht und so die ärztliche Abtreibung durch das Gesetz erheblich erschwert.

Wir müssen aber fragen:

Wird durch diese Verfügungen die Zahl der gewollten Fehlgeburten verringert werden? Werden durch diese Verordnungen die Ursachen der Abortuseuche beseitigt oder nur irgendwie beeinflußt?

Das neue jugoslawische Gesetz ist für uns Gynäkologen gut; es ist — wie ich denke — für Deutschland ein ähnliches Gesetz erstrebenswert. — Das Gesetz kann aber die Aborte ebensowenig aus der Welt schaffen, wie man mit einem Gesetz z. B. eine Skarlatinaepidemie aus der Welt schaffen kann.

Die Bekämpfung einer Seuche muß ätiologisch in Angriff genommen werden. Ich machte in zwei Artikeln (7 und 8) den Versuch, die Ätiologie dieser seelischen Seuche zu ermitteln und eine Therapie derselben zu empfehlen.

Ich faßte die Ergebnisse meiner Darlegung dahin zusammen:

»1) Die Ursache dieser immer weiter um sich greifenden Epidemie ist, daß in der Seele der Masse jene breite und feste Stütze, die wir Glaubensgefühl nennen, ins Wanken geraten ist, ohne daß die Masse an seiner Stelle eine andere Stütze (ob besser oder nicht, kann hier nicht erörtert werden): die naturwissenschaftliche Weltanschauung bekam.

2) Der langdauernde blutige Krieg hat in den Menschen das gesunde Gefühl und den Glauben an einen Wert des menschlichen Lebens und an seine Notwendigkeit erstickt.

3) Schwere soziale Verhältnisse.

4) Das vollständige Fehlen von Mütterberatungsstellen.

5) Daß die Bevölkerung schon jeden Glauben und jede Hoffnung auf eine bessere Zukunft verloren hat.«

Zur Abhilfe gegen die Abortusseuche glaubte ich als zweckdienlich anführen zu dürfen:

1) Die Abbrechung der Schwangerschaft darf nur aus medizinischen Indikationen ausgeführt werden. Für den Arzt besteht keine soziale Indikation. Für die Tötung der Leibesfrucht gibt es nur eine einzige stichhaltige Indikation: Mutter und Kind würden zugrunde gehen: wir opfern das noch ungeborene Kind, um die Mutter am Leben zu erhalten. Eugenetische Standpunkte können ärztlicherseits niemals adoptiert werden. Außer man führe einen neuen Taygetos ein, wohin verkrüppelte und kranke Kinder geworfen würden.

2) Errichtung von Ehe- und Mütterberatungsstellen in jeder größeren Stadt.

3) Hebung der sozialen und wirtschaftlichen Lage der unehelichen Schwangeren und der graviden Arbeiterinnen.

4) Aufklärende Vorträge über den Wert des Lebens, über die Gefahren einer Abtreibung usw. usw., zwecks Hebung des sittlichen Niveaus des Volkes.

5) Auszeichnung von Müttern mit vielen Kindern (ohne Rücksicht, ob die Mutter verheiratet ist oder nicht). Familien mit reichem Kindersegen müßten von jeder Steuerzahlung enthoben werden.

6) Belehrung der Ärzte und der Bevölkerung über antikonzepionelle Mittel und deren Anwendung.

Es wirkt verblüffend, wenn ich hier Sellheim's jüngstes Resumé zum Vergleich heranziehe (9):

»1) Die Schwangerschaftsunterbrechung darf nur aus medizinischen (wissenschaftlichen) Indikationen ausgeführt werden.

2) Die soziale bzw. wirtschaftliche Lage der Bevölkerung ist durch staatliche Maßnahmen zu heben. Der Mutterschafts- und Kinderschutz müßte besser ausgebaut werden, damit die »Angst vor dem Kinde« verschwinde.

3) Das sittliche Niveau der Bevölkerung, besonders der Jugend, muß wieder gehoben werden.

4) Damit die Zahl der Abtreibungen abnehmen soll, muß die Zahl der Schwängerungen vermindert werden. Dies würde am besten durch Beratungs- und Fürsorgestellen erreicht werden, wo Ärzte die Bevölkerung in der Anwendung von antikonzepionellen Mitteln zu unterweisen hätten.«

Der bekannte Gynäkologe in Deutschland denkt also über das Abortusproblem fast ebenso wie der Praktiker in Jugoslawien.

Voneinander trennt uns Amt und Arbeit, Tausende von Kilometern, viele Landesgrenzen, die Zeitpunkte (ich schrieb im November 1929, Sellheim im August 1930), das Problem bleibt aber dasselbe.

Und dieses Problem zu lösen, den in den obigen Zeilen angedeuteten Plan zu verwirklichen, dazu sind wir hier in Jugoslawien wie die Ärzte allein in Deutschland gleich schwach.

Das Ganze entwindet sich dem Machtbereich der Ärzte und übersteigt deren Kräfte.

#### Literaturverzeichnis:

- 1) Serge Krassilnikoff, zit. v. Sellheim, Münch. med. Wschr. 1930, Nr 34. — 2) Wiener Geb. gynäk. Ges., Sitzung v. 13. XI. 1917. — 3) Mayer, Zur modernen Abortusfrage, Zbl. Gynäk. 1918, Nr 48. — 4) Engelmann, Zbl. Gynäk. 1918, Nr 3. — 5) Kahl, Die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft, Berl. klin. Wschr. 1918, Nr 1. — 6) Kehler, Die Frage der Anzeige beim kriminellen Abortus, 385. Sitzung der gynäk. Ges. in Dresden vom 21. X. 1921, Ref. Zbl. Gynäk. 1921, Nr 20. — 7) Iványi, Die Abortusseuche (kroatisch). Liječnički Vjesnik, 1929, Nr 11. — 8) Iványi, Der Kampf gegen den Abortus (kroatisch). Liječnički Vjesnik, 1930, Nr 2. — 9) Sellheim, Stellungnahme zur Indikation der ärztlichen Schwangerschafts-Unterbrechung, Münch. med. Wschr. 1930, Nr 34.

Aus der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung  
des St. Marienhospitals zu Hamm in Westfalen  
Chefarzt Dr. K. Schroeder

## Zur Diagnose und Therapie extravesikal mündender Ureteren

Von Karl Schroeder

Man sollte meinen, einen überzähligen, außerhalb der Blase mündenden Ureter zu diagnostizieren, sei eine Kleinigkeit. Man braucht jedoch nur über den kürzlich von meinem sehr verehrten früheren Chef, Herrn Geh.-Rat Stoeckel, operierten und von Ottow mitgeteilten Fall nachzulesen, um sich vom Gegenteil zu überzeugen.

In keinem Organsystem finden sich so viele Anomalien und Mißbildungen wie im Urogenitalsystem. Das erklärt sich durch die verwickelten embryologischen Vorgänge, die sich bei der Bildung der Harn- und Geschlechtswege abspielen. Die meisten Verbildungen dieser Organe machen klinisch keine Symptome und werden erst auf dem Sektionstisch konstatiert. Speziell die Verdoppelungen der Harnleiter blieben lange dem Kliniker verborgen. Sie wurden erst in jüngster Zeit nach Einführung der Cystoskopie und besonders der Pyelographie entdeckt. Eine Ausnahme machen die extravesikal mündenden Harnleiterverdoppelungen, über die bereits 1843 von Civiale berichtet wird. Thom hat im Jahre 1928 in einer sehr umfassenden Statistik 185 Fälle von extravesikal mündenden Harnleitern aus der Weltliteratur zusammengestellt. Davon betreffen die meisten, nämlich 117 Fälle, das weibliche Geschlecht, 63 das männliche Geschlecht. In 5 Fällen fehlt die Angabe des Geschlechts. 88mal wurde die Diagnose bei der Sektion gestellt. In 77 Fällen wurden operative Eingriffe gemacht.