

der Psychiatrie weitesten Sinnes und ihrer ausgedehnten Nachbargebiete an eine Aufgabe von unvergleichlicher Schwierigkeit herantreten ist. Auch die nun vorliegende, kaum veränderte 2. Auflage bringt die großen Themen Phänomenologie; Verstehen/Einführung; Persönlichkeit; Lebensgestaltung; Psychologie und Einzelwissenschaften. In der klaren Schau eines grundsätzlich phänomenologisch eingestellten Psychiaters auch in dieser 2. Auflage hat die medizinische Psychologie von heute keine nähere Berücksichtigung erfahren, und gerade deshalb möchte man allen Psychotherapeuten ein eingehendes Studium des Werkes dringend empfehlen, weil „hinter den Bergen auch noch Menschen wohnen“. In dem vom Autor begrenzten Bereiche stellt die vorbildliche Behandlung des schwierigen Stoffes für jeden allgemein Interessierten eine Fundgrube dar.

Prof. Dr. med. J. H. Schultz, Berlin.

Kongresse und Vereine

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Ehe und Familie, Landesgruppe Berlin

vom 7. Januar 1956

Probleme der ehelichen Sterilität, Sterilisierung, Abtreibung und Geburtenregelung

Zusammenfassung: Im Mittelpunkt der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Ehe und Familie, Landesgruppe Berlin, vom 7.1.1956 standen Probleme der Sterilitätsbekämpfung, der Eugenik und der Bevölkerungspolitik. Es wurde auf die dringende Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung aus eugenischer Indikation hingewiesen, sowie eine wirksame Bekämpfung der Abortseuche mittels eines durchgreifenden wirtschaftlichen Familienlastenausgleiches bei gleichzeitiger psychologischer Werbung für die Familie gefordert.

Abschließend orientierten zwei Referate über die Möglichkeiten und Grenzen der heutigen antikonzptionellen Methoden, so wie sie in den vier Berliner Beratungsstellen z. Z. geübt werden, unter Berücksichtigung der auf diesem Gebiete im Ausland üblichen Arbeitsmethoden.

In ihrer Begrüßungsansprache umriß Frau Dr. med. Brandt die Ziele, die sich die Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie, die eine Zweigorganisation der Internationalen Planned Parenthood — Federation ist, gestellt hat. Die Gesellschaft sieht die Bekämpfung der Abtreibung, der Sterilität und der Gebärnfreudigkeit als ihren Aufgabenbereich an und wünscht die von dem verantwortungsbewußten Wunsche zum Kinde getragene Familie zu fördern.

In seinem Referat: „Die unfruchtbare Ehe“ sprach Chefarzt Dr med. Jung, Neukölln, über die Ursachen der Sterilität und Infertilität der Frau und der Sterilität des Mannes, sowie über den Untersuchungsgang bei der Beratung einer sterilen Ehe. Die Ergebnisse der Sterilitätstherapie wurden kurz erörtert.

Im einzelnen führte er aus, daß auch in Zeiten schwerer wirtschaftlicher und persönlicher Not, in denen der Wunsch nach Beseitigung einer unerwünschten Schwangerschaft besonders lebendig wird, der Wunsch nach dem Kinde nicht schweigt. Im Gegensatz zu früheren Anschauungen herrscht heute Einigkeit darüber, daß die Kinderlosigkeit einer Ehe nicht ausschließlich durch das Unvermögen der Frau bedingt ist. Die Beteiligung des Mannes an der Kinderlosigkeit wird im Schrifttum auf zwischen 10 und 60% geschätzt. Während 1938 nach Schröder der Anteil der unfruchtbaren Ehen in Deutschland 12 bis 15% aller Ehen betrug, konnte Voller für die Zeit von 1939 bis 1953 eine Zunahme um 60,2% feststellen. Wenn dabei auch häufig eine gewollte Kinderlosigkeit während der Kriegs- und Nachkriegsjahre mit im Spiel ist, erscheint die Zunahme trotzdem außerordentlich hoch.

Unter den Faktoren, die eine unfruchtbare Ehe bedingen können, ist die **Sterilität der Frau** weitaus der bedeutsamste. Als Ursachen sind organische Erkrankungen der Genitalorgane, organische extragenitale Erkrankungen, psycho- und neurosexuelle Störungen anzuführen. In einer kleinen Zahl der Fälle bleibt die Ätiologie ungeklärt.

Fast alle Erkrankungen der Genitalorgane der Frau können vorübergehend oder dauernd zu einer Sterilität führen. Bei Störungen im Bereich des unteren Genitalabschnittes ist die Wiederherstellung der normalen Scheidenbiologie und -anatomie von entscheidender Wichtigkeit für eine normale Konzeption. In noch höherem Maße konzeptionserschwerend und an der Sterilität maßgeblich beteiligt sind Erkrankungen des mittleren Genitalabschnittes: des Uterus und der Tuben, indem sie die

Aszension der Spermien behindern und durch bei einer Entzündung entstehende toxische Zerfallsprodukte schädigend wirken. Weitere Ursachen von Sterilitäts- und Fertilitätsstörungen sind in einem hypoplastischen, sekundär atrophischen oder mißbildeten Uterus zu suchen. Die Bedeutung der Lage- und Haltungsanomalien der Gebärmutter im Hinblick auf die Sterilität ist noch nicht völlig geklärt. Nürnberger und Bernhardt machten sie in ihrem Material in 10% aller Sterilitäten ursächlich verantwortlich, während Mönch sie in dieser Beziehung als bedeutungslos ansieht.

Weitaus am häufigsten — in über 50% aller Fälle — geht die weibliche Sterilität auf einen entzündlichen Verschuß der Eileiter zurück. Ätiologisch steht die puerperale aszendierende Entzündung — meist nach einem Abort — sowie die tuberkulöse und gonorrhöische Genese im Vordergrund. Nicht zu vernachlässigen sind die Adnexentzündungen mit nachfolgender Sterilität, die als Folge instrumenteller Eingriffe am Uterus aufzufassen sind. Nach etwa 15% aller Aborte ist mit einer Unfruchtbarkeit zu rechnen.

Als Ursachen der Sterilität der alternden Frau sind, neben dem Myom des Uterus, als Erkrankungen der Tuben die Endometriose und die Adenomyosis zu erwähnen. Den beiden letztgenannten Erkrankungen wird ein Ausfall von 30% aller Geburten zugeschrieben.

Unter den Krankheiten des Ovars ist es vor allem die funktionelle Insuffizienz, die konzeptionserschwerend wirkt.

Nach Bernhards Material führen als Ursache der Sterilität bei den organischen extragenitalen Erkrankungen die endokrinen Störungen mit nahezu 48%. Da die vegetativ-endokrine Prägung des Menschen weitgehend Ausdruck in seiner Konstitution findet, bestehen enge Zusammenhänge zwischen Konstitutionstyp und Fertilität. Bernhardt fand den Status pycnicus nur zu etwa 10% an der Unfruchtbarkeit beteiligt, während der Prozentsatz über den Status asthenicus, hypoplasticus bis zum Status intersexualis bis auf 43,8% ansteigt. Unter den extragenitalen Störungen weiter ins Gewicht fallend ist der hohe Anteil des Genußgiftmißbrauches (Nikotin, Alkohol, Coffein).

Neben den organischen Erkrankungen dürfen bei der Sterilitätsberatung die psycho- und neurosexuellen Störungen nicht übersehen werden, die eine Konzeption erschweren oder verhindern können. Hierzu gehören allgemein nervöse Störungen, wie sie durch einen Milieu- und Klimawechsel ausgelöst werden (z. B. die Arbeitsdienstamenorrhoe). Ferner sind darunter einzugruppiert: die Sexualhypästhesie, die Frigidität und der Vaginismus verus, die man als fortschreitende Stufen der Gefühlskälte bei der Frau ansehen kann.

Trotz sorgfältigen Forschens wird sich die Ursache der Sterilität nicht in allen Fällen ergründen lassen. Viele Frauen konzipieren erst dann, wenn sie einen anderen Partner haben. Manche Sterilität ist auch durch langdauernde Anwendung von Antikonzipienda, des coitus interruptus oder condomatus hervorgerufen.

Eine Infertilität kann durch die Mutter, aber auch durch die Frucht bedingt sein. Die Gründe, die bei der Mutter zu einer Infertilität führen, sind weitgehend dieselben wie die bei der Sterilität genannten. Seitens der Frucht manifestiert sich die Fertilitätsstörung als **Keim-Plasmadefekt**, der häufig zu einem sehr frühen Absterben führt. Schulze schätzt den Anteil der Abortiveier auf etwa 40% aller Aborte. Des weiteren kann eine Infertilität u. a. durch eine Infektion der Frucht mit Lues oder Toxoplasmose oder durch eine Rhesus-unverträglichkeit hervorgerufen werden.

Eine Beratung einer unfruchtbaren Ehe ohne eine Untersuchung des Ehemannes ist unmöglich. Die **Sterilität des Mannes** kann einmal bedingt sein durch eine Impotentia coeundi, die psychoneurotisch oder körperlich somatisch ausgelöst sein kann und die sich im Gegensatz zu der zweiten Ursache der Sterilität des Mannes — der Impotentia generandi — eher durch Anamnese und Untersuchung erfassen läßt. Die Feststellung der Potentia generandi setzt eine gründliche Untersuchung des Spermas voraus. Zu verlangen ist, daß wenigstens 80% der Spermien Normospermien sind und eine deutliche Motilität zeigen. Eine absolute Sterilität besteht, wenn ihr Anteil auf unter 40% sinkt. Zur Untersuchung genügt in der täglichen Sprechstunde ein Vitalpräparat, das jedoch bei dem geringsten Zweifel durch ein genaueres Spermogramm ergänzt werden muß.

Als **Untersuchungsgang** bei der Beratung einer sterilen Ehe wird zunächst die genaue Aufnahme einer gynäkologischen Anamnese mit anschließender Untersuchung der Frau empfohlen. Wenn damit das Vertrauen der Patientin gewonnen ist, erfolgt eine Ausdehnung des Gespräches auf die intimeren Bereiche des Ehe- und Sexuallebens unter Betonung der Notwendigkeit, auch den Ehemann zu untersuchen. Bei dem hohen Anteil der Tubenverschlüsse an der weiblichen Sterilität ist anschließend häufig die Notwendigkeit zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit gegeben.

Die **Ergebnisse der Sterilitätsbehandlung** werden von dem Referenten als vorläufig recht bescheiden bezeichnet. Die Erfolgsquote liegt zwischen 15 und 25%. Bei beidseitigen Tubenverschlüssen sind nur operative Verfahren anwendbar, die ihrerseits häufig wieder neue Verschlüsse schaffen.

Das Referat von Prof. Dr. med. H. Nachtsheim behandelte die Maßnahmen der negativen Eugenik: die **Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung aus eugenischen Gründen** unter besonderer Berücksichtigung der heutigen Situation in der Bundesrepublik.

Der Referent betonte, daß es nicht möglich ist, mit eugenischen Mitteln auch nur eine Erbkrankheit auszurotten. Das Ziel der modernen Eugenik ist es jedoch, die Überhandnahme von krankhaften Erbanlagen einzudämmen.

Die Erkenntnis bezüglich der Notwendigkeit eugenischer Maßnahmen führte bereits in der Weimarer Republik zur Vorbereitung eines Sterilisationsgesetzes durch das preußische Landesgesundheitsamt, das nach der „Machtübernahme“, im Juli 1933, als „**Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses**“ eingeführt wurde. Die entscheidende Änderung gegenüber dem ersten Gesetzesentwurf war die Anordnung einer zwangsweisen Sterilisierung statt der früher vorgesehenen auf freiwilliger Basis. Die schroffe Betonung rassenpolitischer Gesichtspunkte hatte zur Folge, daß alle eugenischen Maßnahmen nach 1945 mit starkem Mißtrauen betrachtet wurden und es eine Reihe von Jahren dauerte, bis sich einzelne amtliche Stellen wieder mit der negativen Eugenik beschäftigten. Heute besteht in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Erbpflege eine erhebliche Rechtsunsicherheit. Der Referent sieht es als eine der wichtigsten Aufgaben der Bundesregierung an, einheitliche Gesetze, die die freiwillige Sterilisierung aus eugenischer Indikation regeln zu schaffen. Ein gewisser erster Schritt ist in dieser Richtung bisher nur in West-Berlin getan worden, das seit dem 15. 1. 1953 eine vom Berliner Gesundheitssenator herausgegebene Verfügung über die Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung besitzt, die die Vornahme von Sterilisationen bei bestimmten medizinischen und eugenischen Indikationen, nach vorheriger Stellungnahme eines ärztlichen Gutachterausschusses bzw. eines anerkannten Erbbiologen gestattet.

Der Referent fordert, daß bei der Erstattung eines positiven Gutachtens zwecks Sterilisation aus eugenischen Gründen, stets der Nachweis erbracht wird, daß es sich in dem Falle um ein echtes Erbleiden handelt. Dies ist um so mehr zu verlangen, da man besonders seit den letzten 15 Jahren zahlreiche Erfahrungen über **Phänokopien** gesammelt hat, die im äußeren Erscheinungsbild einem Erbleiden täuschend ähnlich sehen können, jedoch nicht vererbt werden.

Besonders aktuell ist in der neuesten Zeit die Frage nach einer **Zunahme der Erbkrankheiten**. In den vergangenen Jahren sind zahlreiche physikalische und chemische mutagenwirkende Faktoren bekannt geworden. Am Beispiel des Diabetes mellitus wird darauf hingewiesen, daß auch die Gegenausele, die in den letzten Jahren infolge der Versuche, die Erbkrankheiten „zu heilen“, einsetzte, ein weiteres Ansteigen der Mutationsrate befürchten läßt. Die Gefahr besteht darin, daß bei diesen Heilungsversuchen nur der Phänotypus geändert wird, während der Genotypus unbeeinflusst bleibt und als Folge davon in der nächsten Generation um so mehr Erbleiden auftreten.

Prof. Freudenberg erörtert anschließend **bevölkerungspolitische Probleme**, ausgehend von der Fragestellung: „Sind die heutigen Verhältnisse in der Bundesrepublik und in West-Berlin so, daß wir mit einer Bestandhaltung Deutschlands rechnen können, oder ist nach den Erfahrungen der letzten Zeit auf längere Sicht eine Bevölkerungsabnahme oder eine Bevölkerungszunahme zu erwarten“.

Grundlage der Betrachtung war die Wahrscheinlichkeitsberechnung des statistischen Bundesamtes über die **voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung Westdeutschlands** von 1952 bis 1982 unter zwei extremen Voraussetzungen, d. h. einer optimistischen Annahme mit höheren Fruchtbarkeits- und geringeren Sterblichkeitsziffern, sowie einer pessimistischen Annahme mit niedrigeren Fruchtbarkeitsziffern und einer höheren Sterblichkeit.

Der Referent ist der Ansicht, daß, soweit es sich heute bereits übersehen läßt, höchstens die optimistische Annahme dem Zukunftsgeschehen entsprechen kann; d. h. daß in Westdeutschland (nicht in West-Berlin dagegen, das eine völlig andere ungünstigere soziologische Zusammensetzung hat) ein zwar langsames, aber gesichertes Wachstum der Gesamtbevölkerung von etwa 4 auf 1000 Einwohner jährlich zu erwarten sei. Die Fruchtbarkeit eines Gebietes, korrigiert nach dem Anteil der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren und nach ihrer Verteilung innerhalb dieser Altersspanne, ist um so größer, je größer der Anteil der landwirtschaftlichen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung ist. Fast ebenso verhält es sich mit der im Bergbau beschäftigten Bevölkerung, während konfessionelle Faktoren sowie

eine eventuell negative Einwirkung der Großstadtbevölkerung auf die Fruchtbarkeit keine maßgebliche Bedeutung haben.

Die Frage, ob das zur Zeit bestehende jährliche Bevölkerungswachstum für die Zukunft ausreicht oder ob eine Zu- oder Abnahme der Fruchtbarkeit im Interesse des Volksganzen wünschenswert sei, muß unbeantwortet bleiben, da sich die große Weltlage der nächsten Jahrzehnte mit ihrem Bedarf an Menschen für wirtschaftliche und militärische Zwecke nicht überblicken läßt.

Prof. Dr. phil. Dr. med. Harmsen betrachtete in seinem Referat: „**Das Dunkelfeld der Abtreibung**“ die Beziehungen zwischen legaler Schwangerschaftsunterbrechung und illegaler Abtreibung, ausgehend von der jüngsten **Entwicklung in Sowjetrußland**. Am Beispiel der Entwicklung in Mitteldeutschland und Schweden wurde dargelegt, wie sich eine sehr liberalisierte Auffassung in Bezug auf die Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung praktisch auswirkt.

Seit der Beseitigung der im zaristischen Rußland sehr strengen Bestimmungen gegen die Abtreibung durch die Sowjets im Jahre 1917 und der Einführung einer unentgeltlichen Unterbrechung der Schwangerschaft aus sozialer Indikation — als einer Notmaßnahme — durch einen gemeinsamen Erlaß der Volkskommisare im Jahre 1920, ist es in der UdSSR bis zum Jahre 1936 zu einem zunächst zwar nur langsamen Ansteigen der Abtreibungen gekommen. Erst 10 Jahre nach Freigabe der Abtreibung — 1928 — überwog die Zahl der Abtreibungen erstmals die Zahl der Geburten. Das Großexperiment in der UdSSR zeigte in seinem Verlauf, daß bei den Abtreibungen nicht die soziale Not im Vordergrund stand, sondern daß die höchste Zahl der mehrfachen Unterbrechungen bei den nichtarbeitenden Frauen der höheren Angestellten stattfand.

Die schweren gesundheitlichen Schädigungen infolge der Abtreibung mit ihren Folgeerscheinungen: der Sterilität, der Extrauterin-gravidität und der chronischen Entzündungen der Unterleibsorgane waren in der UdSSR die Ursache für die Verfügung des großen Sammelgesetzes im Juni 1936, das die Schwangerschaftsunterbrechung nur noch aus medizinischer und eugenischer Indikation freigab. Gleichzeitig umfaßte das Gesetz zahlreiche weitere Bestimmungen die sich familienfreundlich auswirken mußten. Die Folge der Beschränkung der Abtreibung scheint ein starker Anstieg der Geburten gewesen zu sein, der sich jedoch nur vermuten läßt, da alle bevölkerungsstatistischen Angaben seit 1936 von der UdSSR geheimgehalten wurden.

Um so mehr überraschte der Erlaß des Präsidiums des Obersten Sowjet vom August 1954, der die strafrechtliche Verantwortung schwangerer Frauen, die abgetrieben haben, erneut aufhob. Die Ursache dieses Verhaltens ist darin zu vermuten, daß damit ein — trotz aller Abtreibungsverbote — weit eingerissener Zustand, der die Gerichte in ihrer Tätigkeit außerordentlich belastet, sanktioniert werden sollte. Der Wunsch der sowjetischen Staatsführung nach einem weiteren Anstieg der Bevölkerungszahl besteht daneben unvermindert fort, wie es die nach dem Kriege erweiterten Hilfsmaßnahmen für die Familie sowie die Reden führender Politiker erkennen lassen.

Ebenso unerwartet wie der Erlaß vom August 1954 erfolgte am 23. 11. 1955 — zum zweiten Male in der Geschichte des Sowjetstaates — eine völlige Aufhebung des Abtreibungsverbotes. Den Grund für diese Gesetzgebung bilden vermutlich die schweren gesundheitlichen Schäden, die sich bei zunehmender illegaler Abtreibung bei den Frauen im gebärfähigen Alter zeigten. Andererseits spricht der Gesetzgeber die Erwartung aus, daß ein Absinken der Abtreibungsziffern — dank der bereits geleisteten Erziehungsarbeit — in Zukunft durch eine Erweiterung der staatlichen Maßnahmen zum Schutze der Mutterschaft, sowie durch eine Intensivierung der Erziehungs- und Aufklärungsarbeit erreicht werden kann.

Damit tut sich die grundsätzliche Frage auf, ob eine weitgehend liberalisierte Gesetzgebung die Möglichkeit bietet, durch eine Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung die Schädigungen des illegalen Abortes zu vermeiden. Da über die UdSSR genaue Zahlenangaben fehlen, wurde abschließend am Beispiel der Entwicklung in Mitteldeutschland und Schweden dargelegt, wie sich eine liberalisierte Auffassung in Bezug auf die Schwangerschaftsunterbrechung praktisch auswirkt.

Untersuchungen von Melan, die sich sowohl auf die klinisch erfäßbaren als auch auf die nur anamnestisch erfäßbaren ambulanten Aborte erstreckten, zeigen, daß die nach Kriegsende zeitweise erfolgte **Freigabe der sozialen Indikation in der DDR** von einem Ansteigen der illegalen Aborte begleitet war. Zwischen der Zahl der Schwangerschaften und der Zahl der Aborte besteht eine Wechselbeziehung, insofern als mit ansteigender Fertilität auch mit einer Zunahme der Abortquote zu rechnen ist. Melan sieht das Experiment für die DDR als fehlgeschlagen an. Erst nach der Einführung des Gesetzes zum Schutze für Mutter und Kind im Jahre 1950 wurde

sowohl bei der legalen Schwangerschaftsunterbrechung als auch beim illegalen Abort eine rückläufige Entwicklung festgestellt.

Auch die schwedischen Erfahrungen sprechen nicht dafür, daß der Abtreibungsseuche durch eine Ausdehnung der Indikationen zur legalen Schwangerschaftsunterbrechung Einhalt getan werden kann. Die Einführung einer sozial-medizinischen Indikation im Jahre 1938 und ihr Ausbau in den folgenden Jahren hatte kein Absinken des illegalen Abortes im Gefolge. Im Gegenteil vermehrte sich seit dem Kriege, mit der steigenden Zahl der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen, auch die Zahl der illegalen Aborte bei stark absinkenden Geburtenzahlen. Die Liberalisierung und Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung verursachte also bei der schwedischen Bevölkerung eine zunehmende Abortmentalität, der äußere Faktoren — wie die wachsende finanzielle Belastung durch Kinder, unzureichende Wohnverhältnisse — aber wohl in noch entscheidenderem Maße innere Ursachen — die Angst und Ratlosigkeit vor dem Kinde — zugrunde liegen.

Aus den Erfahrungen, wie sie in der UdSSR, in der DDR und in Schweden gemacht wurden, zieht Harmsen für die Bundesrepublik folgende Schlüsse: 1. eine Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung würde das Übel der Abortseuche nicht wirksam bekämpfen, 2. am ehesten wäre die Zahl der Aborte durch einen durchgreifenden wirtschaftlichen Familienlastenausgleich zu vermindern, bei gleichzeitiger psychologischer Werbung für die Familie und für bewußte Mutterschaft, ausgehend von der klaren Erkenntnis, daß ein Kind Anspruch auf Geschwister hat und daß es den Vorrang vor jedem sachlichen Besitz einnimmt.

Frau Dr. med. Durand-Wever streifte in ihrem Referat kurz die **internationalen Probleme der Geburtenkontrolle**: Besonders bei den asiatischen Völkern findet sich eine starke Diskrepanz zwischen Bevölkerungszuwachs und Nahrungsspielraum, die zu einer Verminderung der Geburtenhäufigkeit zwingt. So wurde seit Kriegsende der Bevölkerungszuwachs in Japan durch Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung geregelt, die aber in jedem Falle ein starkes körperliches und seelisches Trauma für die betroffene Frau darstellt, so daß man in Japan z. Z. eine umfangreiche Propaganda betreffs antikonzeptioneller Maßnahmen eingeleitet hat.

Das gleiche Problem ist auch in Indien zu lösen. Dort wurde auf Wunsch Pandit Nehrus ein Großversuch mit der Knaus-Ogino-Methode unternommen, über dessen Ergebnisse von der Referentin berichtet wird. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß der Versuch, allein mit der Knaus-Ogino-Methode auszukommen, wegen des beständig notwendigen Gebrauchs des Kalenders und der Beschränkungen, die diese Methode auferlegt, in Indien gescheitert ist. Dagegen bewährte sie sich besser in Verbindung mit mechanischen Mitteln der Empfängnisverhütung.

Die Erzielung einer temporären Sterilität durch perorale Medikation ist noch nicht verwirklicht, obwohl in manchen Ländern Versuche dieser Art gemacht worden sind. Die Ergebnisse sind zweifelhaft.

Abschließend referierte Frau Dr. med. Brandt über die praktische **Tätigkeit der vier Berliner Beratungsstellen**, deren Ziel es ist, durch eine verantwortungsbewußte und unschädliche Geburtenkontrolle der Abtreibungsseuche in Berlin Herr zu werden. Die Referentin betonte die Notwendigkeit, Eheberatung, Sexualberatung, Sexualpädagogik und Geburtenkontrolle in jeder Beratungsstelle zusammenzufassen, da die einzelnen Aufgabengebiete ineinander übergreifen.

Die Beratungsstellen sind jeweils besetzt mit einer Ärztin und einer Assistentin, die, um die Vertraulichkeit des Gesprächs zwischen Ärztin und Patientin zu wahren, außerhalb des Beratungszimmers arbeitet. Eine Kartei der ratsuchenden Frauen wird geführt; den Patientinnen bleibt es jedoch überlassen, ob sie in der Beratungsstelle ihren Namen nennen wollen.

Die Frauen kommen teils aus eigener Initiative, teils werden sie von den Gesundheitsämtern geschickt, vorläufig noch seltener auf Anraten der freipraktizierenden Ärzte. Viele Frauen sind bereits seit 5 bis 6 Jahren regelmäßige Besucherinnen der Beratungsstellen. Am konsequentesten kommen die Frauen im Alter von etwa 40 Jahren, während die jüngeren Jahrgänge, die ja vor allem erfaßt werden sollten, nicht so regelmäßig erscheinen.

Die meisten Frauen wünschen Beratung in **Schutzangelegenheiten**. Antikonzeptionelle Mittel dürfen bis jetzt nur durch die Beratungsstellen und nicht durch die freipraktizierenden Ärzte ausgegeben werden. Die Auswahl der antikonzeptionellen Mittel erfolgt individuell nach der körperlichen und psychischen Beschaffenheit der Frau. Wie in Amerika und England wird das Scheidenokklusivpessar am häufigsten als antikonzeptionelles Mittel verwendet. Erforderlich ist dabei, daß die passende Größe genau festgestellt wird und die Frauen mit der anzuwendenden Technik vertraut gemacht werden. Neben dem mechanischen Schutz durch das Pessar werden zusätzlich

in jedem Fall, um die Erfolgssicherheit zu erhöhen, wie in England und Amerika, chemische Mittel verordnet. Außer dem Scheidenokklusivpessar benutzt man in geringerer Zahl bei gynäkologisch völlig gesunden Frauen feste Portiokappen. Auch in diesen Fällen wird zusätzlich die Anwendung eines chemischen Mittels empfohlen. Bei Frauen, die unter keinen Umständen schwanger werden dürfen, wird außerdem die Knaus-Ogino-Methode angewandt, die jedoch als alleiniger Schutz in keiner Weise sicher ist. Dabei ist eine genaue Untersuchung des Menstruationszyklus der Frau unbedingt erforderlich. Es ist notwendig, den Frauen mitzuteilen, daß es außer völliger Enthaltensamkeit kein 100%ig sicheres antikonzeptionelles Mittel gibt.

Nach schwedischen und englischen Statistiken hat die derzeit geübte antikonzeptionelle Prophylaxe etwa eine Sicherheit von 97%. Eine Berliner Erfolgsstatistik steht vorläufig noch aus, ist aber für 4000 Frauen in Bearbeitung.

Dr. med. Gisela Hopp, Akademie für Staatsmedizin in Hamburg.

Greifswalder Medizinischer Verein

Sitzung am 5. Mai 1956.

G. M o h n i k e, Diabetikerheim Karlsburg: **Über den diabetogenen Insulineffekt**. Nach Verabfolgen einer zu hohen Insulindosis kann es beim diabetischen wie stoffwechselgesunden Individuum zu einer Reihe paradoxer Erscheinungen kommen: Blutzuckersteigerung, Vermehrung von Ketonkörper und Cholesterin im Blut sowie Zunahme der Stickstoffausscheidung. Insulin kann also die diabetische Stoffwechsellage unter gewissen Umständen verschlechtern und somit letztlich diabetogen wirken. Dieser klinischen Beobachtung wurde im Experiment nachgegangen.

1. Frühere Untersuchungen an Meerschweinchen zeigten folgendes (M o h n i k e und H a g e m a n n): Läßt man dem Organismus durch vorsichtige Steigerung der Insulindosierung genügend Zeit zur Adaptation, wird schließlich eine erhebliche, sonst tödliche Insulindosis „toleriert“. An diesen Kompensationsvorgängen beteiligen sich — reversibel — die Inseln und die hormonalen fakultativen Inselantagonisten. Offenbar kommt der Nebennierenrinde für diese Adaptation und schließlich in ihrem Versagen für die Dekompensation eine besondere Bedeutung zu.

2. Versuche an intakten und teilpankreatomierten Hunden: a) 4 männliche und 5 weibliche intakte Hunde erhielten steigende Mengen Insulin (0,3 bis 3,1 E/kg/Tag). Nach Auftreten von Glykopenien wurden insulinfreie Zwischenperioden von 3 Wochen eingeschoben. Durchschnittliche Versuchsdauer 8 Monate. 4 Hunde starben im Schock.

b) 3 männlichen und 2 weiblichen Hunden wurde etwa 50% der Bauchspeicheldrüse reseziert (Operationen Dr. Steingraber). In Perioden von 5½ Wochen wurden die Tiere mit Insulin, beginnend bei 1,7, endend bei 3,2 E/kg bis zur Schockgrenze behandelt; die Versuche erstreckten sich über 3 Jahre.

Die bei primär intakten und teilpankreatomierten Hunden gewonnenen Ergebnisse stimmten im wesentlichen überein. Nach Pankreasoperation trat nie eine diabetische Stoffwechsellage auf; im Gegenteil, die Insulinansprechbarkeit erschien ein wenig gesteigert.

Die Studien zum Zuckerhaushalt bei intakten und teilpankreatomierten Hunden ergeben: Eine diabetoide Stoffwechsellage, ausnahmsweise identisch mit einer Aktivitätssteigerung der „Gegenregulation“ wird bei mittlerer Fremdotsulinzufuhr und dann unmittelbar nach Absetzen des Präparates deutlich. Unter hohen Insulindosen überwiegt das glykolytische Vermögen des Organismus, seine Zuckeravidität, vielleicht verbunden mit einer sich erschöpfenden „Gegenregulation“.

3. Weitere Untersuchungen zu den Adaptationsvorgängen unter Insulin: 5 weibliche, 3 Jahre alte Hunde erhielten über 9 Monate konstant 1—1,5 E/kg Insulin. Neues ergab sich hierbei nicht. Lediglich ließ sich nachweisen, daß die Zuckerausscheidungsschwelle der Nieren unter Insulin niedriger rückte, wenn auch nicht immer unverändert tief blieb.

4. Provokation eines Diabetes mellitus durch Insulin: Wir kontrollierten einen weiblichen, 1½ Jahre alten Hund N/49 seit August 1949, der nach Teilpankreatektomie ab Februar 1950 in 8 Perioden insulinisiert wurde. Maximaldosis 7 E/kg. Am 13./14. Februar 1951 trat nach einer Glykopenie, die zum Absetzen des Insulins zwang, ein permanenter Diabetes auf. Die Kohlehydratbilanz wurde negativ, dabei Tagesharnzuckerausscheidungen bis über 200 g. Nüchternblutzucker um 310 mg%. Das Gewicht reduzierte sich zunächst langsam. Erst spät trat wenig Azeton im Harn auf. Im Mai rapider Verfall. Gewichtssturz bis auf 5,9 kg, Tod an Pneumonie nach 3½monatiger Diabetesdauer. Der 2. Hund, bei dem die Auslösung eines Diabetes glückte, war bei Beginn der Kontrolle im August 1949 1½ Jahre alt (0/49 männlich). Im Februar 1953 kam es unter 126 E zur Glykopenie; anschließend Auftreten eines bleibenden Diabetes. Nach dem Schock