Aus der Frauenklinik Dr. med. Ernst Rumpf, Hagen/Westfalen

Über abgelehnte Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung

von E. Rumpf und W. Noell

Bei der Beurteilung, ob eine Schwangerschaft unterbrochen werden muß, nicht unterbrochen werden darf — wie Naujoks sehr richtig hervorhebt —, werden wir vor eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe gestellt. Gesundheit von Mutter und Kind, ja, manches Familienglück ist von der richtigen Beantwortung der Frage abhängig!

Bis 1935 waren im allg. „Die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft“ von Winter richtunggebend. Richtunggebend! Es waren nur Richtlinien, an die der Arzt aber nicht gebunden war. Es wurde dem einzelnen Arzt ohne staatlich oder standesmäßig festgelegte Bestimmungen überlassen, eine Schwangerschaftsunterbrechung zu befürworten oder abzulehnen. Hierauf ist wohl die erschreckend hohe Zahl der genehmigten — ja, man möchte fast sagen, „vereinbarten“ Anträge auf künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft zurückzuführen. Sicherlich war aus sozialer Indikation heraus in den überwiegenden Fällen, die mit dem Mantel der medizinischen Indikation verhüllt wurden, der Antrag befürwortet worden. Denn es ist ja nicht anzunehmen, daß infolge des wirtschaftlichen Aufschwungs die Gesundheit des deutschen Volkes ab 1936 sich so gebessert hat, daß sowohl die Zahl der Anträge wie auch die Zahl der genehmigten Anträge auf einen geringen Hundertsatz der früheren Quote herabsank! Das Verfahren war ja auch denkbar einfach! Es genügte, wenn zwei Ärzte außer dem die Unterbrechung ausführenden Arzt — in manchen Gegenden überhaupt nur zwei Ärzte — die Interruptio befürworteten. Die Gutachten wurden in keiner Weise kontrolliert, eine amtsärztliche Meldung war nicht erforderlich. Sie waren versiegelt bei den lokalen Ärztevereinstellen zu deponieren, um bei evtl. Verdächtigungen die Unterlagen prüfen zu lassen. Die Gefahr der „Gefälligkeitsatteste“ und der „Ringatteste“ war natürlich sehr groß. Ein schlagartiger Umschwung trat ein, als 1935 die „4. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und im Auftrage der Reichsärztekammer „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen“ von Stadler (1936) als bindend herausgegeben wurden.

Instruktiv ist eine Statistik von Lauterwein (Zbl. Gynäk.).

Es wurden in Deutschland

1932	43 912	Anträge gestellt und	34 698	Unterbrechungen ausgeführt,
1936	2 732	Anträge gestellt und	1 949	Unterbrechungen ausgeführt,
1937	4 131	Anträge gestellt und	3 058	Unterbrechungen ausgeführt,
1938	2 882	Anträge gestellt und	2 032	Unterbrechungen ausgeführt,
1939	2 275	Anträge gestellt und	1 588	Unterbrechungen ausgeführt.

Noch frappanter wirken die Zahlen, wenn man berücksichtigt, daß sich 1932 die Zahlen auf das Altreich, die späteren Zahlen auf „Großdeutschland“ beziehen.

Katastrophal wurden die Verhältnisse nach dem Zusammenbruch 1945. Statistische Angaben bestehen darüber natürlich nicht. Sie würden ein Spiegelbild des moralischen Tiefstandes geben. Die fast täglichen Ansinnen auf künstliche Unterbrechung einer Schwangerschaft wegen eines angeblichen Stuprums, oder bei ehrlichen Patientinnen, wegen der katastrophalen wirtschaftlichen Lage, vor allem der Wohnungsverhältnisse! Schwere Gewissenskonflikte, die jeder pflichtbewußte und ethisch gebundene Arzt fast täglich durchzustehen hatte! Unseres Erachtens ist die Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft in Fällen von Stuprum oder in Fällen untragbarer sozialer Verhältnisse eine An-

gelegenheit der Gesetzgebung bzw. des Staates! Wir können nicht einsehen, daß in solchen Fällen der Arzt die Verantwortung tragen und sein Gewissen belasten soll. Die Bereitschaft des Staates, die Erziehung eines durch Stuprum gezeugten Kindes zu übernehmen, ist ein sehr schwacher und billiger Trost für eine Mutter. Der Staat bzw. die Jurisprudenz ist einer Klärung dieser äußerst wichtigen Frage bisher ausgewichen!

Die Erfahrungen über die Richtigkeit der Indikationsstellung bei der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung sind bei den einzelnen Ärzten sehr begrenzt, weil man nur in einem geringen Bruchteil der Anträge Gelegenheit hat, den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt, des Früh- und Spätwochenbettes zu kontrollieren. Es ist deshalb sehr begrüßenswert, daß Naujoks, da die „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechungen und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen“ außer Kraft gesetzt und sicherlich bei der Mehrzahl der Ärzte durch Kriegseinwirkung in Verlust geraten sind, die Richtlinien „Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung“ von Winter neu bearbeitet und den Erfahrungen der letzten Jahre angepaßt hat.

Wir haben nun versucht die Frage zu prüfen: Waren die Forderungen Stadlers überspitzt, ist unsere Einstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft richtig gewesen oder sind durch den Fortschritt der Diagnosestellung und der Therapie neue Gesichtspunkte zu berücksichtigen?

Als Unterlage standen uns die Fälle zur Verfügung, bei denen in Westfalen (außer der Bezirksstelle Paderborn) von den Gutachtern bzw. Obergutachtern in den Jahren 1945—1949 eine Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt wurde. Wir konnten deshalb das Verhältnis der Indikationsstellungen, derentwegen die Anträge überhaupt gestellt wurden, nicht prüfen.

Vorausschickend eine kurze Skizze über die allgemein geforderten formalen Bedingungen bei einem Antrag auf künstliche Schwangerschaftsunterbrechung! Leider besteht selbst bei alten Praktikern darüber eine erstaunliche Unkenntnis. Der Antrag ist von dem behandelnden Arzt zu stellen auf einem vorgeschriebenen Formular, das von der Ärztekammer zu beziehen ist; die Ärztekammer ernennt zwei der Krankheit entsprechende Gutachter. Decken sich deren Ansichten, wird der Antrag genehmigt, differieren die Urteile, wird ein Obergutachter ernannt. Der antragstellende Arzt wird benachrichtigt, ob der Antrag genehmigt oder abgelehnt ist. Der Patientin wird es überlassen, von wem die Operation durchgeführt wird. Es erscheint uns empfehlenswert, den die Operation ausführenden Arzt ausführlich zu orientieren oder ihm einen Einblick in die Gutachten zu gewähren, da auf seinen Schultern letztlich die Verantwortung in den Augen der Patientin oder der Angehörigen ruht, ganz abgesehen von den Erfahrungen, die manche Kollegen haben machen müssen, die staatlich angeordnete Schwangerschaftsunterbrechungen und Sterilisationen im Kriege ohne vorherige Prüfung des Sachverhaltes durchgeführt haben.

In Westfalen betrug 1945—1949 die Gesamtzahl der Anträge	
auf Schwangerschaftsunterbrechung	1 057
davon wurden abgelehnt	466
während der Laufzeit des Antrages abortierten	26
demnach durchgeführt	565

Von den 466 abgelehnten Anträgen konnten wir das Schicksal von 194 Fällen kontrollieren.

Hierbei ergab sich folgendes Bild:

Gesamtzahl der abgelehnten Anträge	Gesamtzahl d. geprüften Fälle	Geb., ohne Schädigung der Mütter	Geburt mit Schädigung der Mütter	Lebende Kinder	Tote Kinder	Aborte	
I. Tuberkulose	82	41	25	5 ¹⁾	26	4	11
a) Lunge	70	36	20	5)	21	4	11
b) andere Organe	12	5	5	0	5	0	0
II. Herzkrankheiten	60	26	23	0	23	0	3
a) Myokardschäden und Kreislaufschwäche	36	15	13	0	13	0	2
b) Vitien	24	11	10	0	10	0	1
III. Nerven- und Geisteskrankheiten (Depressionszustände, Psychopathien, Parkinson, Stuprum, multiple Sklerose, Status nach Kinderlähmung)	162	63	13	2 ²⁾	15	0	48
IV. Andere Erkrankungen	162	64	48	0	41	7	16
a) Hyperemesis	16	7	6	0	5	1	1
b) Status nach Sektio und enges Becken	26	12	12 ³⁾	0	11	1	0
c) Nierenleiden	11	6	5	0	3	2	1
d) Cholezystitis, Asthma, Diabetes, Status nach Thrombosen, Anämien, Glaukom, Otosklerose	62	22	13	0	11	2	9
e) Hyperthyreose	11	6	5	0	5	0	1
f) Asthenie	36	11	7	0	6	1	4
Gesamtzahl	466	194	109	7	105	11	78

¹⁾ 3 Mütter an Lungentuberkulose post partum verstorben, bei 2 Müttern Verschlimmerung des Zustandes.

²⁾ Zweimal Verschlimmerung des mütterlichen Zustandes bei Parkinson.

³⁾ Achtmal durch abermalige Sektio und viermal durch andere Entbindungsweisen entbunden.

Aus der Kontrolle bzw. aus obiger Aufstellung glauben wir folgende **Schlüsse** ziehen zu können:

Die Stellungnahme der Gutachter bzw. Ob ergutachter war im allgemeinen richtig.

Lediglich bei der Lungentuberkulose traten drei Todesfälle und zwei Verschlimmerungen des mütterlichen Zustandes ein trotz Überwachung und Entbindung in einer Lungenheilstätte. Auf Grund der berichteten guten Erfolge der konservativen und chirurgischen Behandlung der Tuberkulose in den Lungenheilstätten erscheint die Zahl von 3 Todesfällen bei 41 geprüften Fällen sehr hoch. Sie entspricht aber mit zirka 7,3% etwa den Angaben von König und Goecke (Bericht des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in der britischen Zone, Sept. 1949 in Münster), die 7% Todesfälle bei 1649 beobachteten Schwangerschaften mit Lungentuberkulose festgestellt haben. Bei den 3 Patientinnen handelt es sich fraglos um Fälle, die auch ohne Eintreten einer Schwangerschaft bald ad exitum gekommen wären, bei denen auch eine Unterbrechung der Schwangerschaft nicht lebensrettend gewirkt hätte.

Nach einer persönlichen Mitteilung von Seegers (Hoheneimberg) handelte es sich in 2 Fällen um „hämato-gen-disseminierte Lungentuberkulosen, bei denen gegen Ende der Schwangerschaft die Darm- und Kehlkopferscheinungen eindeutig wurden, und die dann post partum relativ schnell ad exitum kamen“, im 3. Fall „um eine doppel-seitige rechts kavernöse Lungentuberkulose, deren Ablauf von uns bereits seit 2 Jahren verfolgt wurde. Auch hier ist nicht sicher zu sagen, daß die Schwangerschaft einen richtungsändernden Ablauf der Lungentuberkulose ausgelöst hätte“.

Unsere Hauptaufgabe muß es also sein, unsere Tuberkulösen noch mehr zu überwachen, von einer Konzeption dringend abzuraten und die tuberkulösen Graviditäten frühzeitig und langfristig in Lungenheilstätten mit frauenärztlicher Betreuung unterzubringen. Bei nicht genügend langem Kuraufenthalt besteht fraglos die Gefahr, daß ein Lungenprozeß nach Entlassung der Patientin in das häusliche Milieu mit der Belastung als Hausfrau wieder aufflackert. Für diesen langfristigen Heilstättenaufenthalt fehlen uns z. Z. aber die Möglichkeiten und wohl auf lange Sicht auch die Mittel.

Die Versorgung der tuberkulösen Graviditäten ist also nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein soziales Problem. Hoffen wir, daß diese Frage sich ohne starke materielle Belastung der Patienten lösen läßt, andernfalls besteht die Gefahr, daß sich die Graviditäten auf kriminellen Wege der Schwangerschaft entledigen werden. Wie weit die neuesten chemotherapeutischen Mittel (Streptomycin, P. A. S. und Conteben) in der Prognose eine Besserung bringen werden, muß die Zukunft entscheiden.

Die hohe Differenz in Gruppe III und IV zwischen der Zahl der abgelehnten und der geprüften Fälle — also der Fälle, wo es uns möglich war, über den Verlauf Auskunft zu bekommen — ist wohl dadurch zu erklären, daß die Indikation wissenschaftlich nicht besonders stark fundiert war, daß kein ausgeprägter Wunsch nach einem Kinde vorlag und deshalb die Fälle sicherlich mit einem kriminellen Abort geendet haben. Namentlich in Großstädten, wo die Möglichkeit für einen kriminellen Abort größer ist, ist die Zahl der Anträge im Vergleich zu ländlichen Gegenden relativ gering.

Es fiel uns auf, daß eine starke Differenz zwischen der Zahl der überhaupt beantragten und der genehmigten Fälle in den einzelnen Bezirksstellen der Ärztekammer bestand. Dieser Unterschied läßt sich durch die weltanschauliche Einstellung der Ärzte und der Bevölkerung erklären.

Auffallend ist, daß von 466 abgelehnten Fällen es nur in 194 Fällen möglich war, durch Anfragen positive Unterlagen über den weiteren Verlauf zu erhalten, obwohl wir uns stets in erster Linie an die Ärzte gewandt haben, die den Antrag gestellt hatten. Wenn auch die mangelnde Seßhaftigkeit der Einwohner in den vergangenen Jahren eine gewisse Erklärung abgeben mag, so ist doch mit großer Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, daß viele der unbeantworteten Fälle kriminell abortiert haben. Wir hatten den Patientinnen durch vorgeschriebene und frankierte Formulare die Antworten möglichst erleichtert. Ein Ausbleiben der Antwort konnte wohl als Zeichen eines schlechten Gewissens, also eines illegalen Abortes gewertet werden. Bei den 194 geprüften Fällen sind immerhin 105 gesunde lebensfähige Kinder zu registrieren.

Eine Überprüfung ähnlicher Art bei sämtlichen Ärztekammern erscheint uns wünschenswert, denn nur dadurch haben wir eine Kontrollmöglichkeit, ob unsere Einstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft richtig ist.

Forschung und Klinik

Aus dem Institut für medizinische Pathologie der Universität Padua,

Das sogenannte sekundäre oder thyreoresistente Myxödem

von Prof. G. Patrassi

Unter den verschiedenen uns bekannten Krankheiten des endokrinen Systems ist es vielleicht nur noch der diabetes mellitus, welcher dem Myxödem in bezug auf die

offensichtlichen Resultate der Hormontherapie verglichen werden kann. Der Myxödematöse, wie auch der Diabetiker, unterscheiden sich in der Tat bei sinngemäßer und