

quête spirituelle du Mexique. Paris 1933, S. 186. — (8) Recopilacion de Leyes de los Reynos de las Indias. Bd. 1, Madrid 1943, S. 29 und Muriel, J.: Hospitales de la Nueva España. Bd. 1, Mexico 1956, S. 46, 49, 115 ff. und 288. — (9) Schurhammer, G., und E. A. Voretsch: Ceylon. Bd. 1, Ceylon 1928, S. 304. — (10) Watermann, R.: Vgl. Anm. 4, S. 61. — (11) Recopilacion des Leyes. Vgl. Anm. 8, Bd. 2, S. 289. — (12) Frezier, M.: Relation du Voyage de la Mer du Sud . . . fait pendant les années 1712, 1713 et 1714. Paris 1732, S. 204 und 205. — (13) Cedula: wie Anm. 6, S. 220—221. — (14) Humboldt, A. v., und A. Bonpland. Reise in die Aequinoctial-Gegenden. 6. Teil, Tübingen 1829, S. 25. — (15) Tschudi, J. J. von: Peru, Reiseskizzen aus den Jahren 1838—1842. St. Gallen 1846. Nachdruck, Graz 1963, S. 101—102. — (16) L'Estra, F.: Relation ou Journal d'un Voyage fait aux Indes Orientales, depuis l'année 1671 jusqu'en 1675. Paris 1677 bzw. 1698, S. 239 ff. — Graaff, N. de Reysen van N. de Graaff na de vier

Geseeltens des Werelds, als Asia, Africa, America en Europa. Hoorn und Amsterdam 1701 und 1704. — Nieuhof, J.: Zee en Lant-Reize, door verscheide Gewesten van Ostindien. Amsterdam 1682, S. 201—204. — Prevost, A. F.: Historie générale des Voyages. Bd. 8. Paris 1750, S. 479. — Wurffbain, J. S.: 14jährige Ost-Indianische Krieg- und Oberkaufmanns-Dienste (Tagebuch) hrsg. von J. P. Wurffbain. Sultzbach 1686, S. 28. — (17) Schweitzer, Ch.: Journal- und Tagebuch seiner 6jährigen Ostindianischen Reise, Tübingen 1688, S. 121. — Watermann, R.: Sprachliche Erforschung der indischen Medizin. Gesnerus 21: 32 (1964). — (18) Boxer, C. R.: The Christian Century in Japan 1549—1650. London 1951, S. 202—205. — (19) Schilling, D.: Hospitäl der Franziskaner in Miyako. Schöneck/Bechenried 1950.

(Anschrift des Verf.: Dr. med. R. Watermann, 404 Neuß-Selikum, Cranachstraße 16.)

VARIA

Gedanken zur legalisierten Schwangerschaftsunterbrechung

Doz. Dr. med. habil. P. WILLE, Berlin-Kaulsdorf

Abortus artificialis

In immer mehr Ländern ist man in den letzten Jahren und Jahrzehnten dazu übergegangen, die Unterbrechung der Schwangerschaft zu legalisieren und die Paragraphen abzuschaffen, die eine Abtreibung unter Strafe stellen. Für diese Entwicklung waren entweder bevölkerungspolitische und soziale Gründe maßgebend, oder man sah sich von Seiten des Gesetzgebers verpflichtet, dem Drängen der Bevölkerung nachzugeben. Die Tendenz zur offenen oder versteckten Legalisierung der Interruptio scheint sich wie eine ansteckende Krankheit zu verbreiten, je mehr sie zu einem Routineverfahren wird und damit den Nimbus des Strafbaren und Verwerflichen einbüßt. Dieses trifft auch für Länder zu, in denen es eine rein medizinische Indikation gibt. Wie Roth z. B. aus der Schweiz mitteilt, hat sich die Zahl der genehmigten Schwangerschaftsunterbrechungen (SU) in 10 Jahren um das Fünffache vermehrt. Und das trotz besserer medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, so daß einige medizinische Indikationen, wie z. B. die Tuberkulose, völlig ausgefallen sind. Statt dessen rückt die sog. „psychogene Depression“ immer mehr in den Vordergrund. Sie muß für alles herhalten, was sich rein medizinisch nicht begründen läßt und kann in schwierigen menschlichen und sozialen Situationen als versteckte soziale Indikation gelten.

Es liegt auf der Hand, daß sich hier aus einer gewissen Gedankenlosigkeit heraus eine gefährliche Entwicklung anbahnt, die man als eine Geisteskrankheit unserer Zeit bezeichnen kann. Wenn man z. B. bei einer Umfrage unter Medizinern findet, daß

sich fast die Hälfte für eine großzügigere Handhabung der Interruptio ausspricht, wird offenbar, daß diese Geistesverwirrung schon bedenklich weit fortgeschritten ist.

Umso mehr sind wir berechtigt, ja verpflichtet, einmal die Gründe zu überprüfen, die gegen eine offene oder versteckte Legalisierung der SU sprechen. Dabei wollen wir absichtlich religiöse Bedenken unberücksichtigt lassen, weil diese immer nur für einen Teil der Menschen gelten.

Die augenblickliche Abortsituation in Europa

Die Abtreibung der Leibesfrucht ist in Europa zu einem ernststen sozialhygienischen Problem geworden. Während in Deutschland noch 1880 auf eine Fehlgeburt zehn Geburten kamen, kann man heute in den meisten europäischen Ländern mit 2 Aborten auf 1 Geburt rechnen. In Frankreich schätzt man bis 1,2 Mill. Aborte pro Jahr, ebenso in den USA. In England bis 150 000, in Ungarn 250 000, in der CSSR und DDR 100 000 und in Japan etwa 2 Mill. pro Jahr. Um diese Abortflut und vor allem die Folgen des kriminellen Aborts einzudämmen, haben die einzelnen Länder verschiedene Wege eingeschlagen.

Es gibt Staaten, die die Abtreibung der Leibesfrucht durch strenge Bestrafung zu verhindern suchen und nur bei vitaler Indikation eine Interruptio erlauben (Frankreich, Italien, Spanien, Portugal, Belgien, Holland und Österreich). Hierbei haben konfessionelle Grundhaltungen einen erheblichen Einfluß auf die Gesetzgebung.

Andere Staaten erkennen eine medizinische Indikation an. Nicht nur die vitale Indikation, sondern bereits die Verschlimmerung eines bestehenden Leidens erlaubt die Unterbrechung der Schwangerschaft (DBR, Norwegen).

Daneben gibt es Länder mit stark erweiterter medizinischer und sozialmedizinischer Indikation wie Schweden, Dänemark, Finnland, DDR und Schweiz. So kann z. B. in Schweden bei körperlicher Schwäche oder „zu erwartender körperlicher Schwäche“ die Schwangerschaft unterbrochen werden.

Am extremsten wird die Schwangerschaftsunterbrechung in den meisten sozialistischen Ländern gehandhabt, wo die Interruptio z. T. völlig freigegeben ist (Sowjetunion, Bulgarien, Polen, Ungarn, Rumänien, CSSR und Jugoslawien). Hier glaubt man dem gesundheitsschädigenden Einfluß der kriminellen Abtreibung am besten zu begegnen, indem man die Abtreibung im aseptischen Milieu der Klinik von Fachleuten vornehmen läßt.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß alle vier Wege, die bisher beschritten wurden, das Abortproblem nicht gelöst haben. Weder das strenge Verbot, das zur Folge hatte, daß die kriminellen Aborte ins Uferlose angewachsen sind, noch die Freigabe der Unterbrechung, die in allen Ländern zu einer Zunahme der Fehlgeburten und zu einem Absinken der Geburtenzahlen geführt hat. Das Abortproblem läßt sich also vom Staat nicht lösen, es sei denn durch Förderung und Propagierung der Antikonzeption. Seltsamerweise wird jedoch auf diesem Gebiet noch wenig unternommen, obgleich das Abortproblem für die meisten europäischen Länder eines der ernstesten sozialhygienischen Probleme ist.

Im Folgenden wollen wir nun auf die wichtigsten Gründe eingehen, die gegen eine Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung zur Bekämpfung der „Abortseuche“ sprechen.

1. Die moralischen Gründe: Eine der Hauptursachen für die Zunahme der provozierten Fehlgeburten auf der Welt ist die Gedankenlosigkeit der Menschen den Fortpflanzungsvorgängen gegenüber. Sie betrachten die Schwangerschaftsunterbrechung als eine „Curettage wegen ausgebliebener Regel“ und machen sich nicht klar, oder wollen sich nicht klarmachen, daß es sich um eine Tötung keimenden Lebens handelt. Das zeigt sich immer wieder, wenn man Gespräche mit Menschen führt, die den Wunsch nach einer SU äußern. Die Darstellung eines Foeten im III. Monat oder die von Schaezting empfohlene „Personifizierung“ der Leibesfrucht durch Schilderung seiner körperlichen und „seelischen“ Entwicklung führt oft dazu, daß diese Menschen von ihrem Ansinnen Abstand nehmen.

Die Freigabe der SU rüttelt an den jahrtausendealten Grundsätzen menschlicher Moral. Das Gesetz: „Du sollst nicht töten“, trifft nicht nur für den Christen zu, es ist auch in anderer Formulierung in den Grundzügen der sog. „sozialistischen Moral“ wiederzufinden. Die Anwendung dieses allgemein anerkannten Gebots setzt aber voraus, daß die Leibesfrucht als Person anerkannt wird. Die Vorstellung, es handele sich bei ihr nicht um einen vollwertigen Menschen mit „Rechtsanspruch“ ist irrig. Es entsteht immer ein Mensch aus einer Schwangerschaft. Der Rechtsanspruch entfällt nicht deshalb, weil man den werdenden Menschen nicht sieht. Diese Einstellung ist in der Tat ein Beispiel menschlicher „Vogel-Strauß-Politik“. Die Einstellung der werdenden Mutter zur Schwangerschaft ändert sich meistens schlagartig, wenn sie Kindsbewegungen verspürt. Jetzt ist das Lebewesen in ihr als solches erkannt und wird geschützt, obgleich es nicht mehr Rechtsanspruch hat als 4 Wochen vorher.

Wie oberflächlich wir Menschen unserem eigenen Geschlecht gegenüber denken, wird aus unserem Verhalten Tieren gegenüber deutlich. Es erscheint jedem selbstverständlich, daß man schwangeres Wild nicht jagt. Mit jungen Katzen, die ertränkt werden sollen, hat jeder Mitleid. Die Abtreibung der Leibesfrucht dagegen wird sehr milde beurteilt, obgleich jedesmal dabei ein Mensch stirbt.

Der Terminus „Schwangerschaftsunterbrechung“ kommt dabei unserem Denken entgegen. Er drückt etwas völlig falsches aus, nämlich, daß es sich um ein Ereignis handelt, das nur die Schwangere angeht. Der Persönlichkeit des Kindes wird in diesem so unpersönlichen Begriff nicht Rechnung getragen. Oft hört man Frauen ihre Forderung nach einer Interruptio so begründen: „Ich kann doch selbst über meinen Körper entscheiden“. Wir finden diese Ansicht in der Begründung der Gesetze wieder, die in manchen Ländern zur Legalisierung der SU erlassen wurden. Auch hier wird den Frauen auf Grund ihrer gesellschaftlichen Entwicklung das Recht zugesprochen, über ihren Körper frei zu verfügen. Es wird dabei völlig übersehen, daß es sich hier garnicht um den Körper der Frau, sondern um das Leben des Kindes handelt, über das verfügt wird. Jede schwangere Frau hat über ihren Körper bereits entschieden, wenn sie das Kind gezeugt hat.

Während man auf der ganzen Welt die Frage diskutiert, aus Gründen der Humanität die Todesstrafe für Schwerverbrecher abzuschaffen, sollte man nicht als Ersatz dafür die Todesstrafe für ungeborene Kinder einführen und den Arzt zu ihrem Henker machen. Die Freigabe einer solchen „Vollstreckung eines Todesurteils an einem ungeborenen Kind auf Antrag der Mutter“ ist an sich eine der unvorstellbarsten Perversionen. Sie führt zu einer Gesellschaft, die kein Mitleid mit ihren Kindern hat, einer

Gesellschaft, die vor allem dem Mann erlaubt, sich auf billige Weise seiner Verantwortung zu entziehen. Sie gibt den Weg frei zu ungehemmter Sexualität. Und damit berühren wir ein weiteres wichtiges Problem, das gegen die Freigabe der SU spricht.

2. Die erzieherischen Gründe: Diese Gründe sind dort schwerwiegend, wo es sich um junge Menschen handelt, die ihre „sexuelle Laufbahn“ mit einem provozierten Abort beginnen wollen. Die Schwangerschaft wird so zu einem „kleinen Mißgeschick“ degradiert. Sie ist aber kein Mißgeschick, sondern eine Gnade und ein Wunder, vor dem wir immer wieder Achtung und Ehrfurcht haben sollten. Wenn wir unserer Jugend keine Achtung vor der eigenen Leibesfrucht anerkennen, wird sie auch keine Achtung vor ihren Mitmenschen haben.

Die Schwangerschaft ist schon deshalb kein „kleines Mißgeschick“, weil sie eine der eingreifendsten psychologischen Verwandlungen nach sich zieht, die wir im menschlichen Leben kennen. Sie verwandelt Menschen, die bisher beziehungslos zu ihrer Umwelt, nur sich selbst verantwortlich waren und nur für sich lebten, zu Menschen höherer Ordnung, die nicht mehr nur für sich selbst leben, sondern für den anderen. Und hier liegt ja unsere eigentliche Bestimmung. Man soll es dem jungen Menschen nicht zu leicht machen, sich dieser Aufgabe billig zu entledigen, womöglich noch auf Staatskosten. Jedes Ding hat seinen Preis und so hat auch die geschlechtliche Beziehung ihren Preis, nämlich den der Schwangerschaft, der früher oder später gezahlt werden muß. Diese Tatsache muß der Jugend vor Augen geführt werden, damit sie sich ihrer Verantwortung bewußt ist, die sie trägt.

Die Großzügigkeit in der Beurteilung der Abtreibung führt zwangsläufig dazu, daß die Ehrfurcht vor dem Leben verlorengeht. Das Kind wird so zum „Abfallprodukt des Geschlechtsverkehrs“, ein bedenklicher Schritt auf dem Wege zum sittlichen Verfall einer Gesellschaft. Hier besteht für die Eltern eine große erzieherische Aufgabe. Es ist nicht damit getan, daß man biologische Probleme in der Schule in aller Offenheit abhandelt. Vor allem muß der allgemein verbreiteten Ansicht, die durch Presse, Film und Fernsehspiele genährt wird, entgegengetreten werden, daß die außereheliche und voreheliche geschlechtliche Beziehung etwas Natürliches und Normales wäre, und alle Menschen, die diese Ansicht nicht teilen, unmodern sind. Die geschlechtliche Beziehung muß die Bereitschaft voraussetzen, eine Familie zu gründen, das allein ist die natürliche Einstellung, was in unserer Zeit völlig übersehen wird.

3. Medizinische Gründe, die gegen eine Legalisierung der Interruptio sprechen: Die bisher angeführten Argumente,

die den Kern des Problems treffen, werden seltenerweise in der Diskussion um die Legalisierung der Interruptio garnicht berührt! Offenbar empfindet man es als „heißes Eisen“, das man besser nicht angreift und beschränkt sich auf statistische Erhebungen, die als medizinisch-wissenschaftliche Rechtfertigung für sozialpolitische Maßnahmen dienen sollen. Sieht man sich diese Erhebungen genauer an, so sind sie eher ein Argument gegen die Interruptio, als dafür. Die Arbeitstagung internationaler Sozialhygieniker in Rostock 1960 hat eindeutig ergeben, daß „die Legalisierung des Abortes auf die Dauer keine Endlösung des Problems darstellt“ (Mehlan).

a) Eines der Hauptargumente für die Legalisierung der Interruptio ist die sog. „Eindämmung illegaler, gesundheitsschädigender Aborte“. Abgesehen von der etwas kindlich anmutenden Ansicht, den Teufel mit dem Beelzebub austreiben zu wollen, hat dieses Argument völlig an Überzeugungskraft eingebüßt, seitdem wir wissen, daß illegale Aborte nach wie vor in erstaunlicher Zahl erfolgen.

Man ist in einzelnen Ländern soweit gegangen, daß der Arzt die Patientin nicht einmal fragen durfte, ob sie das Kind austragen will oder nicht, um sie nicht zu „schockieren“ und sie möglicherweise von ihrem Abortwunsch abzubringen, und trotzdem blieb der illegale Abort bestehen. Folgende Zahlen, die auf der Arbeitstagung in Rostock (Mehlan) genannt wurden, sollen diese Ansicht belegen.

In der CSSR und in Ungarn gab es nach Freigabe der SU trotz enormen Anstiegs der Interruptiofrequenz fast die gleiche Zahl illegaler Aborte wie vor der Legalisierung des Abortes (Tab. 1).

Tab. 1

	legale Aborte	illegale Aborte
C S S R		
1953 (vor der Freigabe)	2 000	25—40 000
1959 (nach Freigabe)	78 700	30 000
U n g a r n		
1952 (vor der Freigabe)	1 700	110 000
1959 (nach Freigabe)	151 900	80 000

In Jugoslawien stiegen ebenso die legalen Aborte auf Kosten der Geburtenfrequenz an bei gleichbleibender Höhe illegaler Aborte.

In Japan kommt trotz der großzügigen Handhabung der Interruptio zu den hohen Zahlen an legalen Aborten (1957 = 1,122 Mill.) die gleiche Zahl illegaler Abtreibungen.

In der Sowjetunion bis 1936 und in der DDR 1948—1950 nahmen zugleich mit der Anzahl der legalen Aborte die illegalen Aborte zu. Ähnliche Ergebnisse fanden sich in Schweden und Dänemark 1946—1950.

Das Hauptargument der Befürworter der legalisierten Unterbrechung ist also durch die Statistik widerlegt worden. Die legale Schwangerschaftsunterbrechung verhindert offensichtlich nicht den illegalen Abort.

b) Ein weiteres wichtiges Argument der Verfechter der legalen Unterbrechung sind die mütterlichen Todesfälle nach kriminellem Abort. Es ist einleuchtend, daß ein im klinischen Milieu „sachgemäß“ durchgeführter Eingriff weniger gefährlich ist als der Eingriff eines Laien mit untauglichen Mitteln, obgleich viele Abtreiber versierter sind als erfahrene Gynäkologen. Hier sind wir vor die Entscheidung gestellt, ob die Verhinderung selbstverschuldeter mütterlicher Todesfälle den Tod ungezählter ungeborener Kinder rechtfertigt.

In Ungarn kam es 1958 bei künstlichen Schwangerschaftsunterbrechungen zu 8, bei illegalen Aborten zu 29 Todesfällen. Dafür stieg die Frequenz legaler Aborte um über 100 000 an.

In der CSSR ging die Abortmortalität (1955—59) von 63 auf 14 zurück. Dafür stieg die Zahl der Interruptionen von 2100 auf 78 700. 49 mütterliche Todesfälle wegen Abtreibung wurden verhütet, dafür wurden 76 600 Feten geopfert, eine teuer erkaufte Senkung der Müttersterblichkeit!

Daß sich die Abortmortalität auch ohne die Freigabe der SU allein durch Ausschaltung gefährlicher krimineller Abtreiber senken läßt, zeigt sich in der DDR, wo die Abortmortalität von 25 (1946) auf 2,3 (1958) bezogen auf 10 000 Lebendgeborene (genaue Abortzahlen liegen nicht vor), also auf ein Zehntel gesenkt werden konnte. Von Mehlan werden pro Jahr etwa 60 000 kriminelle Aborte in der DDR angenommen. Bei 60 Aborttodesfällen im Jahr 1957 würde sich eine Mortalität des kriminellen Abortes von 1 : 1000 ergeben. Im gleichen Jahr betrug die allgemeine Müttersterblichkeit in der DDR 1,2 auf 1000 Lebendgeborene. Die Abortmortalität macht dabei 13,6% der Müttersterblichkeit aus. Darunter befinden sich auch nichtkriminelle Aborte. Aus diesen Zahlen kann man ersehen, daß die Gefährdung durch den illegalen Abort nicht größer ist als durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an sich. Bei der Senkung der Abortmortalität spielt die Straffreiheit der Abtreiberin eine wesentliche Rolle, weil sie die Auffindung unqualifizierter gewerbsmäßiger Abtreiber erleichtert.

Daß die Unterbrechung aus medizinischer Indikation keineswegs gefahrlos ist, zeigen Zahlen aus New York (Tietze), wo 1957 auf 1000 legale Aborte

2 Todesfälle kamen. Diese Zahl liegt jedoch über denen, die aus den sozialistischen Ländern mitgeteilt werden.

Die Furcht vor mütterlichen Todesfällen bei illegalen Abtreibungen ist also keine Rechtfertigung für die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung, zumal die illegalen Aborte durch diese Maßnahme nicht abnehmen.

c) Ein weiteres Argument zur Rechtfertigung der Legalisierung des Aborts ist die Annahme, daß der klinische Abort mit weniger Komplikationen belastet sei. Die aseptische Atmosphäre der Klinik scheint auf den ersten Blick hin die Gewähr für einen möglichst glatten Verlauf zu bieten. Das ist jedoch keineswegs der Fall.

Die Interruptio ist und bleibt ein unnatürlicher Eingriff, der seine Folgen hat, auch wenn er in der Klinik erfolgt.

1958 wurden in Ungarn bei 145 641 legalen Aborten 250 Uterusperforationen beschrieben, das sind fast 0,2%. Bei illegalen Aborten fanden sich nur 0,08%. Betrachtet man andere Mitteilungen aus der Literatur, bewegt sich die Zahl der Perforationen zwischen 0,3 und 3%. Diese Zahlen liegen also höher als beim nicht klinischen Abort. Es ist also ein Trugschluß, wenn man den klinischen Abort für ungefährlicher hält.

Die Abneigung der Gesetzgeber, eine Sterilisation aus medizinischer Indikation gesetzlich zu regeln, gründet sich auf der Irreversibilität des Eingriffs hinsichtlich der Möglichkeit späterer erwünschter Schwangerschaften. Man ist der Ansicht, daß der Abort die Möglichkeit späterer Schwangerschaften bei ev. Kinderwunsch offen läßt. Das ist jedoch keineswegs die Regel. Die Häufigkeit nachfolgender Sterilitäten liegt nach der Interruptio bei 2—5%. Hierbei wurde ein sehr großes Material aus den Volksdemokratien, Schweden und den USA berücksichtigt (Mehlan). Dabei nimmt die Wahrscheinlichkeit bleibender Sterilität mit der Anzahl der Unterbrechungen zu. Aus Japan wurde mitgeteilt, daß dort bei einzelnen Frauen bis zu 7 Unterbrechungen im Jahr durchgeführt wurden. Im allgemeinen kann man durchschnittlich nach 4 Unterbrechungen mit einer nahezu 100%igen Sterilität rechnen. Die schlechten Resultate bei der legalen Interruptio hatten 1926 in der Sowjetunion zur Folge, daß die legale Unterbrechung aufgegeben wurde. Trotz der Antibiotika finden wir auch heute einen hohen Prozentsatz entzündlicher Folgen. Von Dalos (Ungarn) werden 13,5% Komplikationen bei über 900 SU beschrieben. Raics und Árvay berichten über etwa 10% entzündliche Folgen bei 3204 Fällen. Auch in dem sehr großen Material der CSSR (78 700 Fälle) fanden sich trotz kunstgerechter Durchführung 10—12% Komplikationen. Diese Ergebnisse lassen

sich auch in Zukunft nicht verbessern, weil jede SU ein unnatürlicher Eingriff ist, der in sinnvolle Regulationen eingreift und die Gefahr der Infektion und Blutung mit sich bringt.

d) Ein wichtiges Argument für eine großzügigere Handhabung der Interruptio, das vor allem in den Ländern mit erweiterter sozialmedizinischer Indikation immer mehr Bedeutung gewinnt, ist der durch die Gravidität zu erwartende „seelische Schaden“. Von Roth (Schweiz) wurde kürzlich auf die Gefahren hingewiesen, die darin bestehen, daß sich eine verschleierte Legalisierung des Abortes einschleicht, indem eine sog. „Mitleidsindikation“ eingeführt wird, die letzten Endes bei jeder unerwünschten Schwangerschaft zutrifft. Der zu erwartende seelische Schaden bzw. die „psychogenen Reaktionen“, die bis zur Suiziddrohung reichen können, erlauben eine sehr großzügige Handhabung der Interruptio aus „medizinischer Indikation“.

Das trifft besonders für unverheiratete Frauen zu. Sehr aufschlußreich sind die Angaben, die Roth aus seinem Schweizer Material über die Schwängerer unverheirateter Frauen gemacht hat. Sie werden von uns hier unverändert wiedergegeben (Tab. 2):

Tab. 2: Angaben über den Schwängerer bei 207 Unterbrechungsanträgen unverheirateter Frauen (Roth).

Unbekannter oder Ausländer (einmaliger, oft erster Coitus nach Tanzanlaß usw.)	= 23,7%
Verheiratete Männer	= 21,7%
Freund, der sich nach Bekanntgabe der Grav. zurückzieht	= 18,9%
Lehrlinge, Studenten, Schüler (Heirat aus finanziellen Gründen nicht möglich)	= 14 %
Geisteskranke, Debile, Psychopathen	= 14 %
Vorgesetzter oder Sohn desselben	= 4,3%
Vater, Schwager, Bruder, Vetter	= 3,4%

Bei allem Mitleid mit Frauen, die sich durch unbedachtes und törichtes Verhalten selbst in schwierigste Situationen gebracht haben, kann es nicht Aufgabe des Arztes sein, Geschehenes ungeschehen machen zu wollen. Der Arzt darf in seinem Verständnis für den Mitmenschen nicht so weit gehen, daß er sich an dessen „Dummheiten“ beteiligt. In keinem anderen Falle wäre das denkbar, nur auf dem Gebiet der SU ist es üblich. Während jeder Mensch im allgemeinen bei allen Fehlern, die er im Leben begeht, die Rechnung begleichen muß, bietet sich hier die Möglichkeit der Korrektur an, die dazu verführt, den Verstand gerade auf dem Gebiet der Sexualität immer mehr außer Acht zu lassen.

Von Küstner wurden 500 uneheliche Mütter nach der Entbindung nach ihrem Verhältnis zum neugeborenen Kind befragt. 72% waren über das

Kind erfreut, 16% gleichgültig und nur 12% wären lieber ohne Kind. Diese Befragung bestätigt eine allgemeine Erfahrung, daß der Wunsch nach der SU meistens aus einer Panikstimmung heraus geboren wird. Wenn sich die Frauen an den Gedanken der Schwangerschaft gewöhnt haben, und vor allem wenn das Kind da ist, verschwinden die anfänglichen Bedenken und machen den natürlichen Muttergefühlen Platz. Das trifft ganz besonders für ältere Schwangere zu, die noch kurz vor dem Klimakterium gravide werden.

Die „Mitleidsindikation“ ist eine gefährliche Versuchung für den Gutachter. Nur das Wissen um die Tatsache, daß die Zeit auch das Denken und Empfinden der Menschen wandelt, bewahrt ihn vor unbedachten Entscheidungen.

4. Es bleibt uns noch übrig, auf die bevölkerungspolitischen Gründe einzugehen, die gegen eine Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung sprechen. So problematisch bevölkerungspolitische Fragen in gewissen Ländern, wie China oder Indien, sein mögen, so haben wir es in Europa doch mit einer Situation zu tun, die in keiner Weise eine Reduzierung der Geburtenzahl rechtfertigt. Die Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin und die Verbesserung der sozialen Verhältnisse führen zu einer zunehmenden Überalterung der Bevölkerung. Befanden sich 1910 von 100 Menschen nur 5,8 im Rentenalter, so sind es jetzt 21%. In Berlin sind z. B. 10% der Bevölkerung über 70 Jahre alt. Demgegenüber gibt es immer weniger kinderreiche Familien. Die Ein- bis Zweikinderehe ist die Regel. Es ist offensichtlich, daß in absehbarer Zeit nicht genügend arbeitende Menschen da sein werden, die das Heer der Rentner ernähren.

Die Legalisierung der Interruptio wirkt sich aber, wie die Erfahrungen in den Volksdemokratien gezeigt haben, katastrophal auf die Geburtenfrequenz aus. Der erwartete Rückgang der illegalen Aborte ist ausgeblieben, stattdessen reduzierten sich die Geburtenziffern (Tab. 3).

Tab. 3: Der Einfluß der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung auf die Geburtenfrequenz (nach Mehlan).

	Zunahme legaler Aborte	An Stelle zu erwartender Geburten
Ungarn 1953—1959	149 100	74—84 000
CSSR 1955—1959	76 700	55—62 000
Bulgarien 1954—1957	30 000	11—13 000
Polen 1955—1957	35 000	25—28 000

Eine Ausnahme macht die Sowjetunion. Hier haben sich infolge der allgemeinen Geburtenfreudigkeit trotz Einführung der legalen SU die Geburtenziffern nicht wesentlich verringert. Im übrigen gilt jedoch die Regel, daß die meisten Kinder keine „Wunsch Kinder“ sind. Eine Legalisierung der Unterbrechung muß also naturgemäß die Geburtenziffern reduzieren, eine Entwicklung, die sich europäische Länder bei der jetzigen Altersstruktur nicht leisten können.

Diskussion

Die bisherigen Betrachtungen haben zu dem Ergebnis geführt, daß sich das Abortproblem weder durch Verbot und Bestrafung der Abtreibung, noch durch Freigabe der Interruptio lösen läßt. Bei der großen sozialmedizinischen Bedeutung dieser Frage muß jedoch eine Lösung angestrebt werden. Zweifellos ist die Förderung der Familie durch Steuerbegünstigungen oder Gehaltsausgleich ein begrüßenswerter Weg. Ich denke dabei an die vorbildliche Familienpolitik in Frankreich. Auch finanzielle Zuwendungen bei der Geburt eines Kindes wirken sich, wie sich nach der Einführung des Gesetzes zum Schutze von Mutter und Kind in Ostdeutschland gezeigt hat, günstig auf die Abnahme der Abortfrequenz aus.

Trotzdem besteht in unserer modernen Industriegesellschaft, in der die berufstätige Frau zu einem festen Bestandteil des öffentlichen Lebens geworden ist, das Bedürfnis nach einer Beschränkung der Kinderzahl. Wenn man auch, wie August Mayer es ausdrückt, „den Doppelberuf der Frau als Gefahr für Familie, Volk und Kultur“ ansehen will, so kann man doch nicht umhin, ihn als unvermeidliche Gegebenheit hinzunehmen. Wer möchte, oder kann heute noch auf die Mitarbeit der Frau im beruflichen Leben verzichten?

Der allein mögliche und zumutbare Weg der Geburtenregelung ist die Empfängnisverhütung. Dank der Erkenntnisse der letzten Zeit, besonders auf hormonellem Gebiet, bieten sich heute wesentlich mehr Möglichkeiten als in früheren Jahren. Der Vorwurf der Unsicherheit antikonzptioneller Maßnahmen dürfte heute wohl nur noch bei unsachgemäßer Anwendung berechtigt sein. Wie die Erfahrungsberichte des National Committee on Maternal Health aus den Vereinigten Staaten zeigen, läßt sich bei entsprechender Aufklärung ein hohes Maß an Sicherheit erreichen. Eine solche Aufklärung gehört jedoch in die Hand staatlicher Institutionen des Gesundheitswesens, weil sie ein allgemeines sozialmedizinisches Problem von großer Tragweite lösen soll. Die Vereinigten Staaten sind uns Europäern dabei weit voraus, was die Einrichtung von Eheberatungsstellen und die Verteilung von Aufklärungsschriften betrifft. Es ist immer vorteilhaft,

wenn die Beratung durch einen gynäkologisch vorgebildeten Arzt erfolgt, damit die Wahl der antikonzptionellen Mittel den individuellen Bedingungen Rechnung tragen kann. Das trifft vor allem für die Anwendung von Hormonpräparaten zu.

Die gesetzliche Regelung der Sterilisation ist eine weitere wichtige Forderung. Dabei kann diese natürlich niemals die übrigen antikonzptionellen Maßnahmen ersetzen. Sie ist irreversibel und verbietet sich von selbst überall dort, wo auch nur im entferntesten ein späterer Kinderwunsch denkbar ist. Trotzdem gibt es zahlreiche Fälle, bei denen ein solcher Eingriff aus medizinischer Indikation wünschenswert wäre. Ich denke dabei an Leiden, die nach unseren Erkenntnissen nicht heilbar sind und die nachweislich durch eine Schwangerschaft verschlechtert werden. Auch bei abnormem Kinderreichtum mit Mißerfolgen in der Empfängnisverhütung sollte diese Möglichkeit erwogen werden. Man sollte jedoch die Sterilisierung aus medizinischer oder sozialmedizinischer Indikation nicht prinzipiell freigeben, sondern eine Kommission von Fachärzten darüber entscheiden lassen. Ein solches Vorgehen schützt den Arzt, der diesen Eingriff ausführt, vor übler Nachrede.

Sollten sich die günstigen Mitteilungen aus den USA über die unschädliche Anwendung des sog. „Gräfenbergringes“ bestätigen (Gesenius), würde sich hier eine Möglichkeit bieten, die Sterilisierung aus medizinischer oder sozialmedizinischer Indikation zu umgehen. Ein Ersatz für die sonst üblichen empfängnisverhütenden Maßnahmen ist der Gräfenbergring nicht.

Diese für die Allgemeinheit so wichtigen Probleme sind in der zurückliegenden Zeit bei uns stark vernachlässigt worden. Es ist menschlich verständlich, daß man „heiße Eisen“ nicht gern anfaßt. Die moderne Entwicklung, die vor allem im Leben der Frau so grundsätzliche Wandlungen zur Folge hatte, zwingt jedoch zu einer Konfrontierung mit diesem Fragenkomplex. Ein entscheidender Schritt nach vorn ist jedoch nur zu erwarten, wenn von seiten des staatlichen Gesundheitswesens die Möglichkeiten einer systematischen Aufklärung und Beratung der Bevölkerung geschaffen werden. Dabei darf sich diese nicht nur auf die Mitteilung antikonzptioneller Mittel beschränken. Der Kern einer solchen Aufklärung ist die Erziehung des Mannes zur Verantwortung seiner Frau und seiner Familie gegenüber, die schon beim jungen Menschen beginnen muß.

Zusammenfassung

Wir haben versucht, die verschiedenen Argumente, die für die Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung ins Feld geführt werden, zu widerlegen. Die zunehmende Tendenz in Europa, die Interruptio teils offen, teils versteckt zu legali-

sieren, läßt sich weder medizinisch noch bevölkerungspolitisch begründen. Am unverständlichsten ist dabei die völlige Nichtbeachtung moralischer Bedenken, die der Vernichtung keimenden Lebens entgegenstehen. Das Ignorieren dieses Kernproblems steht im Widerspruch zu der überall hervorgehobenen humanistischen Grundhaltung, die den Schutz der Persönlichkeit durch die Gesellschaft garantiert.

Das Bewußtsein, daß mit jeder Schwangerschaft ein neuer Mensch mit eigenem Rechtsanspruch heranwächst, ist weitgehend verlorengegangen. Die Entscheidung über Leben und Tod dieses neuen Menschen wird in die Hand von Eltern und Ärztekommisionen gelegt. Es ist an der Zeit, dieser Entwicklung entgegenzutreten und die Gesellschaft wieder auf die Pflicht hinzuweisen, keimendes Leben zu schützen, wenn wir nicht den Anspruch verlieren wollen, uns eine humanistische Gesellschaft zu nennen.

NEUE BÜCHER

Marchionini, A. / Götz, H.: **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**. Band IV, Teil 1A: Infektionskrankheiten der Haut I. 688 S., 202 Abb. (Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1965). Preis: Ganzl. 265,— DM (Subskriptionspreis 212,— DM).

Wie jeder bisherige muß auch der vorliegende, hier zu besprechende Band des „Ergänzungswerkes“ des Handbuches für Haut- und Geschlechtskrankheiten von Jadassohn, welcher die Infektionskrankheiten der Haut (Teil I) zum Gegenstand hat, beim Leser allerhöchste Bewunderung und Dankbarkeit für das in einem solchen Handbuchwerk mit fraglos doch unendlicher Mühe Zusammengetragene und nunmehr so leicht Verfügbare auslösen. Auch wer nämlich glauben sollte, daß hinsichtlich eines solchen Themas, wie es die Pyodermien darstellen, im Laufe von 30 Jahren, d. h. zwischen der letzten und dieser Bearbeitung, die Zeit stille gestanden hätte, da ja sozusagen auf dem Gebiete der „Impetigo“ oder des „Ekthyma“ nichts Neues mehr zu erforschen gewesen wäre, wird beim Durchgehen dieses Bandes bald zu einer anderen Ansicht gelangen. Hat doch Meyer-Rohn in seinem klaren, auch abbildungsmäßig sehr instruktiven Kapitel über die saprophytischen und pathogenen Bakterien der Haut letztlich und wohl nicht nur dem Dermatologen eine Art geschlossenen bakteriologischen Lehrbuches an die Hand gegeben, zu dem Röckl ein ebenso fesselndes und höchst anschaulich bebildertes klinisches Korreferat geliefert hat. Die Pyocyaneuserkrankungen sowie das Erysipeloid wurden von dem eben verstorbenen Callomon mit wahrhafter Akribie, die Diphtherie der Haut von H. Biberstein dargestellt. Eine ebenfalls meisterhafte Abhandlung ist dem leider so früh verstorbenen, ehemals Frankfurter Dozenten Kochs ge-

Literatur

Dalos, G.: Magyar Nőorv. Lapja 22: 364 (1959). — Engel G.: Dtsch. Gesundheits.-Wes. 8: 1119 (1953). — Gesenius, H.: Geburtsh. u. Frauenhk. 25: 38 (1965). — Kolle, K.: Münch. med. Wschr. 102: 131 (1960). — Kraatz, H.: Dtsch. Gesundheits.-Wes. 13: 138 (1958). — Küstner, O.: Dtsch. med. Wschr. 1925: 47. — Mayer, A.: Münch. med. Wschr. 98: 649 (1956). — Publications of the National Committee on Maternal Health, Two east 103rd Street, New York 29, N. Y. — Mehlan, K. H.: „Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung und Antikonzeption“, Thieme, Leipzig 1960. — Mehlan, K. H.: Dtsch. Gesundheits.-Wes. 15: 1206 (1960). — Mehlan, K. H.: Azil. Mitt. 46: 613 (1961). — Müller-Hegemann: Dtsch. Gesundheits.-Wes. 13: 608 (1958). — Raics, J., und S. Árvay: Magyar Nőorv. Lapja 21: 249 (1958). — Roth, F.: Schweiz. med. Wschr. 88: 1 (1958). — Schaetzing, E.: „Zum Abtreibungsproblem. Ein dialektischer Vorschlag“. Vortrag vor d. Ges. f. Geb. und Gyn. Berlin, 17. 2. 1961 (Ref.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 21: 903 (1961)). — Schwarz, H.: „Psychiatr. Erfahrungen z. Frage d. Schwangerschaftsunterbrechungen insbes. zum Problem der psychogenen Depression“, Arbeitsgemeinschaft. med. Verlage, Halle 1950. — Tietze, Ch.: J. Amer. Med. Ass. 175: 1149 (1961).

s. auch:

- Siegeler, H. J.: Praktische Gesichtspunkte zur Führung der graviden Diabetikerin: *Med. Welt 1964, S. 1688—1694, Heft 32*
 1) Siegeler, H. J.: Praktische Gesichtspunkte zur Führung der graviden Diabetikerin: *Med. Welt 1964, S. 1688—1694, Heft 32*
 2) Mayer, A.: Irrungen im Kapitel Schwangerschaftsunterbrechung: *Med. Welt 1966, S. 1286—1289, Heft 23*

(Anschrift des Verf.: Doz. Dr. P. Wille, X 1138 Berlin-Kaulsdorf, Sadowastr. 25.)

lungen: Er hat sich, auf reicher klinischer Erfahrung in Arabien fußend, mit seiner Darstellung der Orientbeule ein bleibendes wissenschaftliches Denkmal gesetzt. Besonders hervorgehoben sei seine subtile Zeichnung der klinischen Morphologie vor allem der atypischen Formen der Leishmaniose. Aus der Feder von Meinicke stammen die Beiträge über die Tularämie, die Plaut-Vincentische Krankheit und über die Brucellosen, wobei hinsichtlich letzterer mit Recht herausgestellt wird, daß die Hauterscheinungen hierbei nicht so typisch seien, daß ohne weitere Hilfsmittel eine Diagnosestellung möglich wäre. Sehr gelungen und wiederum durch ihre reiche Bebilderung sehr eindrucksvoll sind auch die Beiträge über die Pinta-Krankheit und die Frambösie, die auch vom geographischen wie historischen Standpunkt den Leser sehr anziehen vermögen. Als „wahrscheinliche Infektionskrankheiten der Haut“ sind schließlich die Akrodermatitis chronica atrophicans, das Erythema migrans und die Lymphadenosis benigna cutis von Walter Hauser, der ja auf diesem Gebiet seit Jahren mit Recht als besonders fachkundig gilt, zusammengefaßt bearbeitet, wobei von ihm trotz der offenkundigen Zeckenstich-Ätiologie vieler Fälle aus diesem Formenkreis angesichts des Standes der experimentellen Untersuchungen hierzu der Beweis für das generelle Vorliegen eines Infektionsvorganges für die genannten Krankheitszustände als noch nicht endgültig erbracht angesehen wird. Alles in allem ein Band aus dem „Ergänzungswerk“, zu dem jeder um wissenschaftliche Aktualität und Präzision bemühte dermatologisch arbeitende Arzt öfters greifen wird, um es für seinen Einzelfall „genau“ zu wissen.

G. W. K o r t i n g, Mainz