

bunden mit auto-, hetero-, glykolytischen und desaminierenden Fähigkeiten, bedingt durch charakteristische qualitative und quantitative Veränderungen des Fermentgehaltes im Vergleich mit der normalen Körperzelle. Auch allgemeine Veränderungen spielen bei der Krebsentstehung im präkanzerösen Zustand eine Rolle. Freund und Kaminer sehen bekanntlich in den Veränderungen des Serums als Folge von Verdauungsstörungen das Wesen der allgemeinen Disposition, andere messen endokrinen Störungen, dem vegetativen Nervensystem, der Blockade oder Reizung des retikuloendothelialen Systems oder aber dem Vitaminmangel des Körpers eine wichtige Rolle bei der Krebsentstehung bei, und manche suchen bereits Brücken zwischen diesen verschiedenen Ansichten zu schlagen. Doch bestehen darüber und über die ihnen zugrundeliegenden Tatsachen noch erhebliche Meinungsverschiedenheiten.

Wir haben gesehen, daß die relativ spezifischen Schädigungen lange dauernder Einwirkung bedürfen, mit anderen Worten, daß der gesunde Organismus einer länger dauernden Exposition bedarf. Die Exposition wird vielfach mit der Disposition zusammengeworfen. Die scharfe Trennung dieser beiden Begriffe ist aber von Wichtigkeit. Die Krebsbereitschaft ist nämlich die spezifische Reaktionsfähigkeit des Organismus oder des Gewebes, während unter den Faktoren der Exposition alle Momente zu verstehen sind, welche Gelegenheit zur Einwirkung der exogenen Reize geben bzw. deren Einwirkung überhaupt ermöglichen. Es kann hier auf die Expositionsfrage nicht mehr eingegangen werden. Die Exposition kann durch den Beruf, durch die Lebensweise u. a., aber auch konstitutionell bedingt sein. So erkranken z. B. die Engpässe des Verdauungstraktes deswegen häufiger an Krebs, weil hier die mit der Nahrungseinnahme verbundenen Reize, mechanischer, thermischer, chemischer, vielleicht auch bakterieller Natur intensiver und länger wirken als an den weiteren Stellen. Blumenthal hat zwar an diesen Stellen auch einen veränderten Stoffwechsel gefunden. Es wird aber nicht gesagt, ob dieser schon primär, in den frühesten Lebensjahren vorhanden ist oder aber erst, gewissermaßen im Sinne einer Altersdisposition, ganz allmählich erworben wird. Erwähnt sei nur noch, daß das Skrotum, das durch seine anatomische Beschaffenheit staubförmigen Schädlichkeiten gute Aufenthaltsgelegenheit gibt und durch Feuchtigkeit den löslichen Substanzen ihre Wirkungsfähigkeit verleiht, dadurch z. B. für den Brikett- und Kaminfegerkrebs konstitutionell besonders exponiert ist.

Die Verminderung der Exposition des Organismus, d. h. die Verhütung der Einwirkung oder der genügend langen Einwirkung äußerer Schädlichkeiten, ist gleichbedeutend mit der Verhütung der Entstehung der sekundären Disposition zur Krebsbildung und damit von Krebs. Die Exposition ist daher für die Bekämpfung der Krebskrankheit der wichtigste Faktor der Krebsätiologie, das Studium der sie begünstigenden bzw. bedingenden allgemeinen und lokalen Momente daher mehr zu empfehlen, als es bisher der Fall gewesen ist. Denn praktisch ist die Kenntnis der Exposition und der relativ spezifischen Schädigungen wichtiger als die theoretisch sehr interessanten feinen biologischen und physikalisch-chemischen Veränderungen, welche aus einer normalen Körperzelle die bösartige Krebszelle machen.

Strafbare und straflose Schwangerschaftsunterbrechungen¹⁾.

Von O. Pankow in Freiburg i. Br.

Das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung beschäftigt in letzter Zeit den Staat ebenso wie die juristische und medizinische Wissenschaft mehr denn je. Extreme Forderungen, wie sie Sowjetrußland praktisch durchgeführt, aber bereits in gewissem Sinne wieder eingeschränkt hat und die auf die völlige Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung hinauslaufen, sind auch bei uns in Deutschland laut geworden. Sie werden sich aber hier vorerst noch nicht durchsetzen können und sollen auch heute nicht Gegenstand eingehender Betrachtungen sein.

Wohl aber hat der Staat längst erkannt, daß unter gewissen Bedingungen die Schwangerschaftsunterbrechung freigegeben werden muß. Diese Bedingungen exakt zu erkennen und sie dann im Wortlaut des Gesetzes so scharf zu umgrenzen, daß ihre mißbräuchlichen Ausnutzungen unmöglich werden, darin liegt die praktische Schwierigkeit des Problems. Seitens der Juristen wird mit Recht darauf hingewiesen, daß es die medizinische Wissenschaft bisher nicht fertiggebracht hat, klare, unbestrittene und von ihren Vertretern

allgemein anerkannte Indikationen aufzustellen, die es ermöglichen würden, darauf fußend eine klare, befriedigende und in ihren Folgen einwandfreie Rechtsformulierung und Rechtsprechung aufzubauen. Seitens der Mediziner wird es dagegen bedauert, daß sowohl der jetzt bereits praktisch geübten Rechtsprechung als auch dem Wortlaut des betreffenden Paragraphen des neuen Strafgesetzentwurfes nicht die von ihnen gewünschte Formulierung über die Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung zugrundegelegt ist, die den nach bestem Wissen und Gewissen handelnden Arzt auf jeden Fall davor sichert, der strafbaren Abtreibung beschuldigt werden zu können. Juristen und Mediziner haben deshalb ein gleichgroßes und berechtigtes Interesse daran, an der Klärung dieser Dinge zu arbeiten. Nach den heute üblichen Grundsätzen der praktischen Rechtsprechung und nach dem Entwurf des neuen Strafgesetzbuches soll die Schwangerschaftsunterbrechung dann straffrei bleiben, wenn ein approbierter Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, weil es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer auf andere Weise nicht abwendbaren ersten Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Mutter erforderlich ist.

Wird nun diese Formulierung von der Aerzteschaft heute überhaupt schon richtig verstanden? Meines Erachtens nicht. Gerade wir Kliniker können immer wieder feststellen, daß vielfach von den Aerzten — und ich betone ausdrücklich, von sehr gewissenhaften und jedem Abtreibungsgedanken innerlich durchaus abgeneigten Aerzten — verhältnismäßig recht häufig Frauen zur Schwangerschaftsunterbrechung geschickt werden, bei denen ohne weiteres zu erkennen ist, daß die durch diese Formulierung gegebene gesetzliche Grundlage nicht geschaffen ist.

Zwei Indikationen treten dabei immer wieder in den Vordergrund und zeigen, wieweit zum mindesten das ärztliche Denken bereits von ihnen beeinflußt wird. Das sind die Erbliehkeitsfrage und die sozialen Verhältnisse.

I. Eugenische Indikation.

„Die Eugenik“, sagt Grotjahn, „ist die Lehre von den Bedingungen der menschlichen Fortpflanzung und ihrer rationalen Beeinflussbarkeit zwecks Verhinderung der Vererbung der körperlichen und geistigen Minderwertigkeit und Erzielung konstitutionell tüchtiger Nachkommenschaft.“ Und Lenz sagt: „Sie ist also die Hygiene der erblichen Veranlagung. Diese ist aber für den einzelnen Menschen ein gegebener Faktor, den wir nicht ändern können. Ändern können wir das Gesamtgesundheitsbild unseres Volkes nur dadurch, daß wir die konstitutionell untüchtigen, minderwertigen und vererbbar kranken Einzelmenschen möglichst von der Vermehrung des Volksganzes ausschließen und die Fortpflanzung der gesunden, geistig hochstehenden und tüchtigen Einzelmenschen fördern.“

Die Zahl der Geisteskranken und Epileptischen wird heute in Deutschland auf etwa 200—250 Tausend geschätzt. Dem Werke von Dr. Josef Mayer „Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker“²⁾, einem Bande der Studien zur katholischen Sozial- und Wirtschaftsethik, entnehme ich folgende Angaben des Statistischen Reichsamtes in Berlin.

„In deutschen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenranke sind im Jahre 1923 insgesamt 185 397 Kranke verpflegt worden; davon waren 93 904 männlichen und 91 493 weiblichen Geschlechts.“

Ueber das Elend der Anstaltsinsassen hat der Leiter der sächsischen Landesanstalt für blöde Kinder in Groß-Hennersdorf, Obermedizinalrat Meltzer, berichtet. Ebenso, wenn nicht noch schlimmer, ist auch das Elend der nichtinternierten Anormalen. Erschütternde Einzelbeispiele beleuchten diese Zustände, auf die ich hier im einzelnen nicht eingehen kann. Aehnlich groß ist, worauf Mayer hinweist, das Verbrecherelend. Die Bedeutung dieser Zahlen wird uns für unsere Frage dadurch erst recht klar, daß ja unter der Masse der Verbrecher eine große Zahl geistig Minderwertiger enthalten und daß die Anzahl der erblich Belasteten unter den Anormalen nicht gering ist.

Wenn Grotjahn in seinem Werke „Geburtenrückgang und Geburtenregelung“ der Meinung Ausdruck gibt, daß bei mindestens $\frac{2}{3}$ der Geisteskranken erbliche Belastung vorliegt, so ist diese Zahl sicher wohl zu hoch gegriffen. Nach den Medizinalstatistischen Nachrichten des Preußischen Statistischen Landesamtes 10, I (1921) 14 f. waren im Jahre 1917 16,35% männliche und 20,38% weibliche Geistesranke erblich belastet; 1918 waren 14,41% männliche und 20,19% weibliche Patienten erblich belastet. Gruhle teilt auf Grund seiner genauen, in der Zwangsanstalt Flehingen (Baden) vorgenommenen Beobachtungen mit, daß bei 41% der Zöglinge die entscheidende Ursache der Verwahrlosung offenbar in der erblichen Veranlagung zu finden war. Weinberg (PIH 446) hält 25% erbliche Belastung für möglich. Für England und Amerika glaubt O'Gorman (1897) 44—46% Vererbung feststellen zu dürfen.

¹⁾ Nach einem Vortrag, der am 29. VI. 1928 in der Leipziger juristisch-medizinischen Gesellschaft gehalten wurde.

²⁾ Vgl. die Besprechung in Nr. 36 (1927).

Berücksichtigt man schließlich noch die Erfahrungstatsache, daß die geistig Minderwertigen sich im allgemeinen rascher vermehren und nach Angaben sehr ernster Forscher tatsächlich auch stetig zunehmen, so ist die Gefahr, die darin für unser Volk liegt — eine Gefahr, die übrigens in anderen Kulturstaaten in gleicher Weise beobachtet worden ist — nicht zu verkennen. Es ist deshalb kein Wunder, daß immer häufiger die Forderung ausgesprochen wird, neben anderen Mitteln, die in erster Linie in der Asylierung bestehen, auch die Unfruchtbarmachung dieser Minderwertigen als Vorbeugungsmaßnahmen mit heranzuziehen, wie das in Amerika teilweise bereits geschehen ist. Diese Frage steht jedoch heute nicht zur Diskussion. Ganz kurz erwähnen will ich nur, daß gerade auch von den Amerikanern der Nutzen solcher Maßnahmen angezweifelt wird.

Clarke hat an Hand der Aufnahmen in Longdees Grove Asylum vom Jahre 1910 berechnet, daß von 324 Männern trotz gesetzlicher Sterilisierung nur 3 nicht geboren worden wären, denn alle anderen (321) geisteskranken Deszendenten wurden vor Aufnahme des Elters in die Anstalt geboren. Zu ähnlichem Resultat kam Daniel mit dem Krankenmaterial des Hamwell-Asylums von 1900—1910. Hier wären von den 810 Patienten durch Sterilisierung nur 5 nicht geboren worden. Mott berechnete, daß das Unfruchtbarmachen von 529 geistig Gestörten nach dem ersten Ausbruch der Krankheit die Geburt von nur einem Zwölftel ihrer 590 früher oder später erkrankten Kinder, also nur 50 solcher Geburten, verhindert hätte.

Wichtig für uns ist die Tatsache, daß bei den Minderwertigen nur im Durchschnitt etwa in 20—50% eine Vererbung angenommen werden darf, d. h. umgekehrt aber auch, daß auch aus den Ehen Minderwertiger, selbst wenn beide Parteien betroffen sind, 50—80% gesunder Kinder geboren werden können. Dafür lautet für uns rein ärztlich in dem einzelnen Falle die Frage so: können wir bei der vorliegenden Schwangerschaft sagen, daß das zu erwartende Schwangerschaftsprodukt geistig anormal wird, und würde sich daraus vielleicht eine Berechtigung herleiten lassen, die Schwangerschaft zu unterbrechen? Diese Frage muß mit einem glatten „Nein“ beantwortet werden. Bei allen großen Fortschritten, die uns die Vererbungswissenschaft bis heute schon gebracht hat, bleibt es vorerst noch dabei, daß eine Voraussage über die geistige Voll- und Minderwertigkeit, darüber, ob das zu erwartende Kind ein Genie, ein normaler Mensch, ein Geisteskranker oder ein Verbrecher wird, völlig unmöglich ist. Daraus folgt, daß wir als Aerzte die Schwangerschaftsunterbrechung im Einzelfalle aus rein eugenetischen Gründen ablehnen müssen.

2. Soziale Indikation.

Die Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse beeinflusst bei der Behandlung vor allen Dingen sich länger hinziehender und chronischer Erkrankungen in erheblichem Maße das ärztliche Handeln und die ärztlichen Verordnungen. In dem Sinne ist es richtig, wenn Hirsch sagt, daß die soziale Indikation so alt ist wie der ärztliche Beruf selber und sich nicht gewaltsam ausschalten lasse. Auch bei der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung können unter Umständen die sozialen Verhältnisse den Ausschlag dafür geben, sich für die Unterbrechung zu entscheiden.

Leidet z. B. eine Frau an einem Herzklappenfehler mit Beteiligung des Herzmuskels und stellen sich im Laufe der Schwangerschaft die ersten Anzeichen der Dekompensation ein, so wird das ärztliche Verhalten solchen Kranken gegenüber den sozialen Verhältnissen entsprechend unter Umständen ein anderes sein können und sogar sein müssen. Kann sich die gut situierte Frau schonen, so braucht sie sich nicht um ältere Kinder und den Haushalt zu kümmern, kann sie alle ärztlichen Anordnungen erfüllen und sich womöglich längere Zeit einen Kranken- oder Sanatoriumsaufenthalt gönnen und läßt sich dadurch die Dekompensation beheben oder dauernd ausschalten, so wird man bei einer solchen Frau die Schwangerschaft erhalten und die Geburt abwarten können. Lebt dieselbe Frau in dürftigen sozialen Verhältnissen, die ihr eine häusliche Ruhe und ein Herausnehmen aus ihrer Umgebung nicht gestatten und ihr auch die Annahme einer Hilfe für ihren Haushalt nicht erlauben, muß sie vielmehr selbst für alles sorgen und womöglich noch für den Lebensunterhalt mit verdienen helfen, so wird es nicht gelingen, die Dekompensation auszugleichen, und die Unterbrechung der Gravidität wird die notwendige Folge sein. In einem solchen nebenbei praktisch nur selten eintretenden Falle kann also in der Tat einmal die soziale Erwägung entscheidend auf den Entschluß der Schwangerschaftsunterbrechung einwirken. Tatsache bleibt dabei aber doch immer, daß der eigentliche Grund zur Unterbrechung der Schwangerschaft in der Schwere der Erkrankung der Frau liegt, bei der nur infolge der sozialen Verhältnisse das Leiden stark verschlimmert wird, sodaß auf keine andere Weise die Gefahr für die Mutter abgewendet werden kann als durch die Schwangerschaftsunterbrechung.

Unter der rein sozialen Indikation verstehen wir aber, daß der medizinische Anstoß, wenn ich so sagen darf, zur Schwangerschaftsunterbrechung überhaupt fehlt und daß dieser Eingriff nur durch die sozialen Verhältnisse bedingt sein soll. Die weit überwiegende Mehrheit der Aerzte Deutschlands hat sich bis heute noch nicht auf

den Standpunkt stellen können, eine Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung aus rein sozialen Gründen zu befürworten.

Man muß auch sagen, daß man sich oft genug des Eindrucks nicht erwehren kann, daß die sozialen Nöte in voller Absicht oder in frommer Selbsttäuschung doch von den Frauen als Deckmantel für eine gewünschte Schwangerschaftsunterbrechung angegeben wird, weil sie den wirklichen Grund nicht sagen oder sich selbst auch nicht eingestehen wollen, nämlich die Furcht vor all den Unbequemlichkeiten und Beeinträchtigungen, die Schwangerschaft, Wochenbett und Kinderpflege auf lange Zeit hinaus mitsichbringen.

Ich habe mir in meinem früheren Wirkungskreise in Düsseldorf einmal die Mühe gemacht, mit Frauen, die nach Abtreibung in die Klinik gebracht wurden, unter Zusage absoluter Verschwiegenheit, und nachdem sie einmal Vertrauen zu mir gewonnen hatten, eingehend diese Dinge zu besprechen, und ich war selbst erstaunt, wie viele von ihnen, nachdem sie die erste Scheu und Zurückhaltung überwunden hatten, ganz offen zugaben, daß sie mit dem oder den vorhandenen Kindern ganz gut auch noch ein weiteres Kind hätten durchbringen können, daß ihnen selbst oder dem Ehemanne aber der Gedanke zuwider gewesen sei, nun wieder so gut wie nichts vom Leben haben zu sollen.

Es kann meines Erachtens darum auch gar kein Zweifel daran sein, daß diese Momente auch heute noch eine recht erhebliche Rolle bei den Abtreibungen spielen. Damit will ich gewiß nicht die überwiegende Bedeutung der sozialen Nöte als Triebfeder der zahlreichen Schwangerschaftsunterbrechungen leugnen; aber auch ihre Bedeutung muß immer auf das rechte Maß zurückgeführt werden.

Auch über die Schäden muß man sich vollkommen klar sein, die dadurch entstehen, daß solche Frauen die Hilfe bei den gewerbmäßigen Abtreibern jeder Art suchen.

Wir können heute mit Sicherheit sagen, daß jährlich mindestens 25 000 Frauen in Deutschland an den Folgen der Abtreibungen zugrundegehen. Ueberträgt man die Zahl von Todesfällen nach Abort, die Neumann aus dem Gesundheitsamt in Hamburg genau festgestellt hat, auf die Gesamtzahl der Aborte in Deutschland, so würden daraus sogar über 48 000 Todesfälle nach Abort jährlich in Deutschland resultieren.

Es ist deshalb auch meines Erachtens zu verstehen, wenn ethisch hochstehende und beruflich einwandfreie Aerzte, erschüttert durch solche Zahlen, für eine weitere Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung eintreten.

So befürwortet Hirsch in Berlin die Anerkennung der sozialen Indikation, wenn durch eine dafür bestimmte Kommission tatsächlich der Nachweis einer Notlage erbracht sei. Noch weiter geht Fr. Dr. Bender in Breslau. Sie fordert die bedingungslose Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung derart, daß man sie in das Belieben der Mutter stellt. Voraussetzung sei die finanzielle Uninteressiertheit eines Arztes. Da sie von der Meinung ausgeht, daß, wie sie sagt, „der sichere Volksinstinkt die Massenabtreibung als Notwehrakt bewertet“.

Verstehen kann ich, wie gesagt, diese Stellungnahme, teilen kann ich sie jedoch nicht. Jeder von uns Aerzten, und ganz besonders von uns Geburtshelfern und Gynäkologen, die wir doch vielfach in ganz besonderem Maße über diese Dinge mit unseren Patienten zu verhandeln haben, weiß, wie erschreckend minderwertig heute vielfach besonders in der jüngeren Generation die Auffassung von Mutterschaft und Mutterpflichten ist. Gerade solche Erfahrungen zeigen einem, daß der Staat allen Grund hat, Maßnahmen nicht zuzulassen, die ganz sicher der Ausbreitung solcher Auffassungen weitere Bahnen eröffnen würden und leicht den Ruin unseres Volkes zur Folge haben könnten. Wir alle wissen ja, wie gering zur Zeit noch der Geburtenüberschuß in Deutschland ist, und die Geschichte hat uns gelehrt, was der Rückgang eines Volkes für ein Land bedeutet. „Menschen erachte ich für den größten Reichtum des Staates“ hat einst Friedrich der Große in Zeiten schwerer Not Preußens gesagt, und gerade dieses Wort muß für uns heute wiederum eine sehr ernste Bedeutung haben. Gewiß, über solche Fragen wird schließlich jeder nach seiner Einstellung zu diesen Dingen urteilen. Ich selbst sehe jedenfalls in der völligen Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung oder auch nur in ihrer Zulassung aus sozialer Indikation, in die ja schließlich alles hineinpaßt, die größere Gefahr und verstehe es vollkommen, daß der Staat die soziale Indikation nicht anerkannt hat und auch nicht anerkennen will.

Interessant ist übrigens auch, daß in Sowjetrußland die völlige Freigabe des Abortes bereits wieder eingeschränkt ist und daß die Instanz, die über die Berechtigung zu dieser Indikation zu bestimmen hat, sie in den letzten Jahren bereits in 10—20% abgelehnt hat.

Ich kann auf das Problem Rußland hier nicht eingehen. Das eine ist jedoch sicher, daß, wie in vielen anderen, so auch in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung das Verhalten der dortigen Regierung voller Widersprüche ist. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als bestehe eine gewisse Angst vor der eigenen Courage, mit der man die völlige Frei-

gabe des Abortes legalisierte. Folgte doch der völligen Freigabe bereits die Einschränkung der Unterbrechung, indem sie von der Begutachtung durch eine Kommission abhängig gemacht wurde. Dabei sollte gleichzeitig andererseits die Kommission die Frauen über die gesundheitlichen Schäden der Abtreibung für sie selbst und für den Staat aufklären und sie eindringlich darauf hinweisen, daß die Mutterschaft die wichtigste soziale Funktion der Frau sei. Es ist ganz offenbar die Angst vor der Entvölkerung die Triebfeder solcher Maßnahmen, die Angst, die sogar soweit geht, die öffentliche Reklame der Präventivmittel zu verbieten. Dazu kommt noch etwas anderes, was sich ebenfalls schon in Rußland bemerkbar gemacht hat. Das ist die Zunahme der Geschlechtskrankheiten, die mit der schrankenlosen und ungehemmten Ausübung des Sexualtriebes verbunden ist. Darin liegt aber wiederum eine große Gefahr für die Volksgesundheit. Die Gonorrhoe ist nun nicht gerade eine lebensgefährliche Erkrankung, aber sie führt doch bei den Frauen sehr häufig zu schweren Veränderungen, die vielfach ihre dauernde Sterilität zur Folge haben. Wie weit die Syphilis auf das Volksganze gefährlich ist und auf Generationen hinaus für die Nachkommenschaft verhängnisvoll sein kann, ist allgemein bekannt, und ich brauche darauf nicht weiter einzugehen.

So bleibt das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung aus rein sozialer Indikation nach wie vor sehr schwierig. Niemand von uns Aerzten wird die außerordentlichen Bedrängnisse ableugnen wollen, in die bei wirklicher sozialer Not Frauen, die selbst im Erwerbsleben stehen und bereits mehrere oder gar zahlreiche Kinder haben, durch eine neue Schwangerschaft kommen können, und gewiß wird es uns Aerzten in solchen Fällen nicht immer leicht, die gewünschte Schwangerschaftsunterbrechung abzulehnen. Die ganze Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialer Indikation ist aber keine ärztliche Angelegenheit, sondern eine Angelegenheit des Staates, der darüber entscheiden muß, ob und wie weit er sie zulassen will oder nicht. Durch die bestehenden Gesetze sind wir als Aerzte bis heute jedenfalls nicht berechtigt, eine Schwangerschaftsunterbrechung aus rein sozialer Indikation vorzunehmen. Wohl aber können wir Aerzte solche Frauen von den Nöten und Sorgen einer neuen Gravidität dadurch schützen und helfen, daß wir sie im Gebrauch der Schwangerschaftsverhütungsmaßnahmen unterrichten. Die Eheberatungsstelle und die Ärzteschaft dürfen sich heute den Forderungen nach Verordnung antikonzeptioneller Mittel nicht mehr grundsätzlich verschließen, sondern müssen da, wo sie die Anwendung solcher Mittel wirklich für angezeigt halten, ihren Gebrauch lehren und dadurch den Frauen zu helfen suchen.

Wenden wir uns nun der straflosen Unterbrechung der Schwangerschaft zu, so müssen wir uns noch einmal den richtunggebenden Paragraph des neuen Strafgesetzbuches vor Augen halten. Er lautet:

„Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbierter Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, weil es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer auf andere Weise nicht abwendbaren ernststen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter erforderlich ist. Eine Tötung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbierter Arzt aus dem gleichen Grunde ein in der Geburt begriffenes Kind tötet.“

Obwohl in dem bestehenden Gesetz tatsächlich eine eigentliche Rechtsgrundlage nicht besteht, die die Rechtmäßigkeit einer aus ärztlicher Indikation ausgeführten Schwangerschaftsunterbrechung anerkennt, lege ich doch absichtlich diesen Paragraph zugrunde, weil auch heute praktisch in der Rechtsprechung bereits danach gehandelt wird. Zweifellos bedeutet der Sinn dieses Paragraphen einen gewaltigen Fortschritt gegen früher. Sein Wortlaut hat jedoch die Aerzte nicht voll befriedigt. Es liegt das daran, weil in den Worten „Auf andere Weise nicht abwendbar“ etwas enthalten ist, was praktisch so gut wie niemals erfüllt werden kann. Es ist objektiv oft nicht möglich festzustellen, daß im gegebenen Falle eine Gefahr auf eine andere Weise nicht abgewendet werden kann, und die Entscheidung darüber bleibt dem Ermessen des einzelnen Arztes anheimgestellt. Es liegt nun einmal bei allen biologischen Geschehen so — und auch Krankheiten sind ja weiter nichts als ein gestörter Ablauf biologischen Geschehens — daß die augenblicklich vorhandenen Zustandsbilder des Organismus, die damit verbunden sind, eine individuell ganz verschiedene Bewertung zulassen. Am besten beleuchtet das ein Beispiel, das ich vor kurzem auch dem Ministerium des Innern in Baden mitgeteilt habe, als es mich aufforderte, zu den Ausführungsbestimmungen Stellung zu nehmen, die das Ministerium des Innern in Baden an die Aerktekammern bezüglich der Schwangerschaftsunterbrechungen erlassen wollte. Das ist die Tuberkulose der Lungen.

Die meisten Geburtshelfer Deutschlands stehen heute ebenso wie ich auf dem Standpunkte, daß bei einer offenen fortschreitenden Lungentuberkulose eine Schwangerschaft möglichst frühzeitig zu unterbrechen ist.

Selbst Winter in Königsberg, der unter den deutschen Geburtshelfern mit am stärksten die Einschränkung der Schwangerschaftsunterbrechung immer wieder verlangt hatte und deshalb früher auch selbst bei dieser Form von Tuberkulose nur bestimmte Fälle unterbrechen wollte, sagte in seiner letzten zusammenfassenden Arbeit: Operative Geburtshilfe, 1927 S. 46, wörtlich: „Bei manifester Tuberkulose ist in allen Stadien die Unterbrechung bis zum 7. Monat vorzunehmen.“

Demgegenüber stellt sich Menge in Heidelberg auf den Standpunkt, daß er auch bei diesen Formen der Tuberkulose die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht als notwendig anerkennt, weil er meint, durch Röntgen- und Heilstättenbehandlung die Gefahr abwenden zu können!

Eine bestimmte Therapie als einziges Mittel zur Unterbrechung der Gefahr für die Mutter hinzustellen, ist auch also heute objektiv unmöglich.

Ich möchte hierzu 4 Tatsachen hervorheben, die für unser Handeln entscheidend sind:

1. Auf Grund großen statistischen Materials können wir sagen, daß bei der offenen Tuberkulose in etwa 70—75% der Fälle meist schwere gesundheitsschädliche und oft sogar lebensbedrohliche Verschlechterung durch die Schwangerschaft hervorgerufen wird.

2. Es ist eine bekannte Tatsache, die von allen Autoren, die sich mit der Frage befaßt haben, immer wieder bestätigt worden ist, daß der Ablauf der Verschlimmerung des Lungenleidens in verschiedenen Zeitabschnitten der Schwangerschaft und im Wochenbett recht verschieden ist. Zumeist beginnt das Fortschreiten des Prozesses und die Zunahme der subjektiven Beschwerden bereits in den ersten Monaten der Gravidität und verläuft in dieser Zeit häufig nur langsam und mehr schleichend, um dann in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und im Wochenbett nicht selten ganz stürmisch zu irreparablen Verschlimmerungen zu führen, die häufig den Tod der Frau im Wochenbett zur Folge haben.

3. Eine weitere wichtige Tatsache ist die, daß die Aussicht, die Lungenerkrankung zum Stillstand, zur Besserung oder zur Heilung zu bringen, um so besser ist, je früher man die Unterbrechung der Schwangerschaft vornimmt. Die für uns Mediziner wichtige Frage war deshalb die, ob wir irgendwie imstande sind, im Beginne der Verschlimmerung und in den ersten Monaten der Schwangerschaft festzustellen, ob es sich im gegebenen Falle um einen prognostisch günstigen oder ungünstigen Prozeß handelt. Hier ist nun von Spezialisten für Lungenkrankheiten und Geburtshelfern die betrübliche Tatsache immer wieder ganz scharf ausgesprochen worden, daß es trotz sorgfältigster klinischer Beobachtung völlig ausgeschlossen ist, die Prognose des einzelnen Falles frühzeitig genug richtig zu erkennen. Ich habe mich selbst jahrzehntelang mit dieser Frage befaßt und mit dem Internisten Küpferle diese Frage Jahre hindurch bearbeitet. Wir kamen auf Grund unserer Untersuchungen zu dem oben bereits erwähnten Schluß, daß es völlig unmöglich sei, die Prognose zu stellen, und daß man deshalb gut daran täte, bei manifester Lungentuberkulose in der Gravidität möglichst früh die Schwangerschaft zu unterbrechen. Die meisten Geburtshelfer in Deutschland haben sich auf den gleichen Standpunkt gestellt.

Am lebhaftesten wehrte sich Winter gegen eine derartige Schematisierung und meinte, es müßte doch möglich sein, die Prognose des Einzelfalles frühzeitig genug zu erkennen und so die Schwangerschaftsunterbrechung auf die Fälle mit ungünstiger Prognose zu beschränken. In einer ungemein sorgfältigen Arbeit, die er als Leiter der Königsberger Frauenklinik mit der Medizinischen Klinik in Königsberg zusammen durchführte, suchte er dieser seiner Forderung objektive Grundlagen zu geben. Trotz der Bemühungen Winters, bei der offenen Tuberkulose die Schwangerschaftsunterbrechungen möglichst einzuschränken, mußte er doch nach Beratung mit der Medizinischen Klinik in 36 von 60 Fällen die Prognose so ungünstig stellen, daß die Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen werden mußte. In den übrigen 24 Fällen jedoch wurde die Unterbrechung auf Grund der sorgfältigen klinischen Beobachtungen abgelehnt. Die späteren Nachuntersuchungen der beiden Gruppen brachten nun das überaus interessante Ergebnis, daß die gesamte Verschlimmerung bei den im vornherein ungünstiger gelegenen und deshalb unterbrochenen Fällen nur 31,5% betrug, während bei den von vornherein anscheinend prognostisch günstigen und deshalb nicht unterbrochenen Fällen in 47,4% eine Verschlimmerung eingetreten war. Diese Erfahrungen führten dann auch Winter dazu, jetzt klipp und klar die Forderung aufzustellen, die ich vorhin bereits erwähnte: bei manifester Tuberkulose ist in allen Stadien die Unterbrechung bis zum 7. Monat vorzunehmen.

Somit dürfen wir wohl sagen, daß wir eine Unterbrechung der Schwangerschaft bei manifester Lungentuberkulose vom ärztlichen Standpunkte aus als eine straffreie Handlung ansehen müssen. Ganz anders liegen jedoch die Dinge bei den Fällen nicht-offener Lungentuberkulose. Es passiert uns gar nicht selten, daß Frauen zu uns kommen mit der Angabe, daß sie vor soundso viel Jahren eine Tuberkulose durchgemacht hätten, daß ihnen der behandelnde Arzt oder der Anstaltsarzt der Heilstätte gesagt habe, sie dürften nun keine Schwangerschaften mehr durch-

machen. Solche Fälle sind es, die häufig zur Abtreibung führen. Wenn bei derartigen Frauen tatsächlich ein offener Prozeß nicht mehr vorhanden ist, so haben wir keinerlei Berechtigung, hier eine Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen, um so mehr, als doch nur selten durch die Schwangerschaft der Prozeß wieder aufflackert und dann, wenn er es tut, die sofortige Unterbrechung rechtzeitig eingreifen kann. Wir können also die nicht manifeste Tuberkulose unter keinen Umständen als eine Berechtigung zur Schwangerschaftsunterbrechung anerkennen.

Nur dann, wenn z. B. eine Frau nach jahrelanger Erkrankung gerade eben soweit geheilt ist, daß sie aus der Behandlung entlassen werden kann, und nun sofort schwanger wird, wäre vielleicht einmal die Möglichkeit gegeben, auch hier die Schwangerschaftsunterbrechung ins Auge zu fassen, doch wäre eine positive Entscheidung hier erst nach sehr ernster Prüfung und Beurteilung durch die Fachärzte zulässig.

Ebenso wie bei der Lungentuberkulose ist die Schwangerschaftsunterbrechung — darüber sollten sich alle Autoren ausnahmslos einigen — unbedingt geboten bei der Kehlkopftuberkulose, um so mehr, als diese so gut wie stets mit einer offenen Lungentuberkulose verbunden ist. Ganz anders liegen die Dinge bei allen übrigen Formen der Tuberkulose. Bei der Nierentuberkulose stellen wir uns z. B., da das Leiden ja meist einseitig auftritt, auf denselben Standpunkt, den wir bei der nichtschwangeren Frau einnehmen, nämlich, daß nicht die Schwangerschaft, sondern die Niere behandelt wird. Wir werden in solchen Fällen immer die Entfernung der Niere bei Erhaltung der Schwangerschaft als das rechte Heilverfahren wählen. In den ganz seltenen Fällen doppelseitiger Nierentuberkulose würde man ebenfalls die Schwangerschaftsunterbrechung vornehmen müssen, weil die Graviditätsbelastung der Nieren immer verhältnismäßig groß ist und man bei Erkrankung beider Nieren unter allen Umständen die Frau in eine sehr große Gefahr bringen würde. Solch ein Fall kommt aber in Jahrzehnten kaum einmal vor.

Die Hauttuberkulose kann niemals einen Grund zur Unterbrechung einer Schwangerschaft geben, und auch bei der Knochen- und Gelenktuberkulose könnte sie nur ausnahmsweise einmal bei raschem, bedrohlichem Fortschreiten des Prozesses in Frage kommen.

Während also bei der am häufigsten in Frage kommenden manifesten Lungentuberkulose die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft vom ärztlichen Standpunkt aus anerkannt werden muß, möchte ich jetzt ein anderes Krankheitsbild erwähnen, das ebenfalls als Grund zur Unterbrechung der Gravidität angesehen und vorgeschoben wird, bei dem aber nur in seltenen Fällen die Unterbrechung wirklich berechtigt ist. Es ist das das sogenannte **unstillbare Erbrechen** der Schwangeren, die Hyperemesis gravidarum.

Das eigentliche Wesen dieser Krankheit ist uns noch unbekannt. Wir fassen sie heute als die am frühesten auftretende Form der sogenannten Schwangerschaftstoxikosen auf, als eine Vergiftungserscheinung im mütterlichen Organismus, die mit den Stoffwechselfvorgängen zusammenhängt, die sich im Kinde und im Mutterkuchen abspielen und auch mit den Stoffwechselveränderungen bei der Mutter selbst zusammenhängen, die mit jeder Schwangerschaft verbunden sind. Wir wissen nun aber auch, daß das unstillbare Erbrechen besonders stark bei psycho-nervös-labilen Frauen in Erscheinung tritt, so viel stärker im Durchschnitt gegenüber den Erscheinungen bei nach dieser Richtung gesunden Frauen, daß man den ganzen Zustand zeitweilig sogar als rein nervös bedingt angesehen hat.

Tatsache ist jedenfalls, daß diese Erkrankung, die in der häuslichen Umgebung mit all den alltäglichen Lasten, Sorgen und Aufregungen und den Schwierigkeiten der Ernährung sich oft von Tag zu Tag rapide verschlimmert, nicht selten mit einem Schlage eine Umwandlung zum Besseren erfährt und sogar rasch in völlige Genesung übergeht, wenn man solche Frauen aus ihrem Milieu herausnimmt und in ein Krankenhaus bringt. Diese Tatsache ist so allgemein bekannt, und der Erfolg der Ueberführung und der damit verbundenen klinischen Behandlung so sehr in die Augen springend, daß man meines Erachtens heute unbedingt die Forderung stellen muß, die Hyperemesis gravidarum zunächst einmal in Krankenhausbehandlung zu überführen und zunächst noch die klinische Behandlung zu versuchen. Dadurch lassen sich sicherlich viel Unterbrechungen vermeiden, und es ist heute meines Erachtens als ein Kunstfehler zu betrachten, wenn man bei Versagen der häuslichen Therapie diesen Weg nicht geht. Ich würde es deswegen auch heute zum mindesten als eine große Unvorsichtigkeit eines Arztes bezeichnen, wenn er auf Grund häuslicher Beobachtungen allein die Schwangerschaftsunterbrechung vornehmen würde. Jeder Arzt muß den Nutzen der Klinikbehandlung kennen und hat meines Erachtens deshalb auch die Pflicht, die Schwangerschaftsunterbrechung bei Hyperemesis abzulehnen und von der Kranken und ihren Angehörigen die Ueberführung in das

Krankenhaus zu verlangen. Erst wenn dort die Therapie versagt, muß unter Umständen auch bei der Hyperemesis gravidarum die Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen werden. Ist es doch eine unbestrittene Tatsache, daß diese Erkrankung den Tod der Frau zur Folge haben kann, wenn man bei offensichtlicher Verschlimmerung der Symptome die Frucht nicht rasch entfernt.

Ich bin auf diese beiden Krankheitsbilder, die unter den medizinischen Indikationen die Hauptrolle spielen, etwas ausführlicher eingegangen. Es würde aber zu weit führen, wenn ich hier auf die Grundlagen zur Schwangerschaftsunterbrechung, die sich bei Herz-, Nieren-, Blut- und Stoffwechselerkrankungen ganz allmählich aus den klinischen Beobachtungen in den ersten Umrissen heraus zu kristallisieren beginnen, im einzelnen eingehen wollte. Ich kann hier nur darauf hinweisen, daß sich bei diesen Erkrankungen noch viel schwerer die Forderung erfüllen läßt, daß die ernste Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Mutter auf keine andere Art und Weise beseitigt werden kann als durch die Schwangerschaftsunterbrechung, weil bei allen diesen Krankheitsbildern erfahrungsgemäß die Ansichten der Gutachter noch weit mehr auseinandergehen, als ich das bei der Tuberkulose bereits gesagt habe.

Am schwierigsten liegen diese Dinge bei den Nerven- und Geisteskrankheiten, besonders auch für uns Geburtshelfer. Hier können die allerschwerigsten Situationen entstehen. Dem praktischen Arzt, der solche Fälle meist zuerst sieht, und uns Geburtshelfern, die wir sie in die Klinik bekommen, gehen im allgemeinen die Kenntnisse vollkommen ab, um derartig komplizierte Krankheitszustände richtig beurteilen und entscheiden zu können, ob im gegebenen Falle die Schwangerschaftsunterbrechung angezeigt ist oder nicht. Wir müssen also das Urteil des sachverständigen Neurologen oder Psychiaters einholen. Hält er nun die Unterbrechung der Schwangerschaft für nötig, gehen ihm aber die technischen Fähigkeiten ab, sie richtig und gefahrlos für die Kranke auszuführen, so wird er die Patientin an den Praktiker oder an die Klinik zurückweisen und von uns die Ausführung eines Eingriffes verlangen, über dessen Berechtigung er selbst kein Urteil hat. Dürfen wir uns da einfach als ausführende verantwortungslose Organe fühlen, oder machen wir uns strafbar, wenn wir bona fide gehandelt haben, wenn plötzlich von anderen Gutachtern die Indikationsstellung, die unserem Eingriff zugrundelag, als nicht berechtigt bezeichnet wird?

Ich habe mich schon oft gefragt, in welche Lage man eigentlich dadurch kommen kann, daß man solche Fälle als Leiter der Klinik unterbricht oder von seinen Assistenten unterbrechen läßt, wenn ein sonst als ernst und zuverlässig bekannter Spezialist eine Frau mit der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung schickt. Daß er dabei nicht nur zum mindesten um eine üble Nachrede herumzukommen braucht, das zeigt ja der Streit, der zu der bekannten Reichsgerichtsentscheidung vom 27. III. 1927 geführt hat.

Gerade derartige Situationen sind es nun ja auch gewesen, daß die Aerzteschaft selbst zu der Frage Stellung genommen hat, wie man am besten die unberechtigten Unterbrechungen vermeiden und den Arzt, der eine indizierte Unterbrechung vornimmt, vor unberechtigter Verfolgung schützen kann. Es bildete sich zunächst die Gepflogenheit heraus, die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft nur durch **Hinzuziehung eines zweiten Arztes** zu stellen.

Ueber diese Frage hat sich der verstorbene Berliner Gynäkologe **Bumm** bereits früher folgendermaßen geäußert: „Da sich gleichgestimmte Seelen immer finden und das Papier geduldig ist, darf man erwarten, gerade die am wenigsten indizierten Aborte protokollarisch am besten begründet zu finden. Eine Prüfung des Protokolls findet zunächst nicht statt. Ist aber einmal längere Zeit verstrichen, so wird niemand mehr eine Falschheit feststellen können. Die angeführte Lungen- oder Nierenkrankheit kann nach der Unterbrechung der Schwangerschaft ausgeheilt sein und der Umstand, daß die Frau kerngesund ist, als Beweis für die Wirksamkeit des Abortes angesehen werden.“

Weiter kann nicht daran gezweifelt werden, daß solche „abtreibende Interessengemeinschaften“ zwischen den Aerzten bestehen und daß deshalb die einfache Hinzuziehung irgendeines beliebigen Arztes keine Garantien gegen die Abtreibung bietet. Der Geschäftsausschuß des Aertztages hat deshalb eine andere Fassung festgelegt, die für die Wahl des Konsiliarus bei der Schwangerschaftsunterbrechung maßgebend sein soll.

Sie lautet: „Zur Feststellung der ärztlichen Begründung für eine Schwangerschaftsunterbrechung ist, außer in Fällen schwerster Lebensgefahr, die vorherige Beratung mit wenigstens noch einem zweiten Arzt erforderlich. Die Standesvertretung bestimmt allenthalben eine Anzahl von Aerzten, aus welcher der beratende Arzt zu wählen ist. Einigen sich diese beiden Aerzte nicht, so ist die Zuziehung eines auf dem in Betracht kommenden Organgebiet besonders kundigen Arztes oder eines zuständigen Facharztes geboten. Auch für diesen gilt die Voraussetzung des Satzes 2 (d. h. er muß

aus der von der Ständevertretung bestimmten Gruppe von Aerzten entnommen werden).

Das Ergebnis der Beratung bzw. die auf den Fall bezüglichen Gutachten sind in einem Protokoll niederzulegen. Aus diesem müssen die Vorgeschichte der Schwangeren, der genaue Krankheitsbefund und die schlüssige Begründung der Indikation zu ersehen sein. Das Protokoll ist mit der Aufschrift der beteiligten Aerzte auf dem Umschlage zu versehen, dem Vorsitzenden der Aerztekammer oder der Ständesorganisation des Bezirkes zu übergeben und wird von diesem gesichert 10 Jahre lang aufbewahrt. Der Vorsitzende ist nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt, Einblick in das Protokoll zu nehmen, unter Zuziehung mindestens eines anderen Vorstandsmitgliedes, das beiden geeignet Erscheinende zu veranlassen.“

Hierbei ist ausdrücklich nicht vorgesehen, daß der Konsiliarus ein beamteter Arzt sein muß. Mancherorts ist man sogar noch über diese Bestimmungen hinausgegangen, indem man die Hinzuziehung zweier weiterer Aerzte veranlaßt hat, von denen der eine ein beamteter sein soll, oder indem man einen wissenschaftlichen Beirat bestimmte, der die eingehenden Protokolle durchzusehen und gegebenenfalls zu bemängeln hat, wenn die darin niedergelegte Indikation der strengen Prüfung nicht standhält. Eine solche Nutzbarmachung der Vorschläge des Aertzetales kann in das freie Ermessen der einzelnen Aerztekammern und Aerztereine gestellt bleiben, die auch selbst darüber bestimmen mögen, ob ein beamteter Arzt bei der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung beteiligt sein soll. Bedenklich erscheint es aber meines Erachtens zu sein, wenn z. B. der Ärztliche Verein in Frankfurt a. M. zu der Bestimmung des Konsiliariumszwanges dem Ausschluß des Aertzetales folgenden Zusatz macht:

„Dagegen hat der Verein es abgelehnt, bestimmte Konsiliarier, wie sie der Leipziger Aertzetag verlangt hat, aufzustellen. Der Verein vertritt die Anschauung, daß seine sämtlichen Mitglieder für dieses Amt qualifiziert sind, entsprechend den hohen Anforderungen, die der ärztliche Verein in ethischer und ärztlicher Hinsicht an seine Mitglieder stellt.“

Jeder ärztliche Verein stellt wohl von vornherein entsprechend hohe Anforderungen an seine Mitglieder in ethischer und ärztlicher Hinsicht, und es wäre ideal, wenn jeder Arzt den hohen Grad von Ethik und Pflichtgefühl in sich trüge, der in diesem Zusatz vorausgesetzt wird. Leider stehen aber Ideal und Wirklichkeit oft in krassem Gegensatz. Deshalb sollten meines Erachtens solche abschwächenden Zusätze nicht ausgesprochen werden.

Jedenfalls geht aus diesen ernstesten Bemühungen der Aerzteschaft selbst hervor, daß sie mit höchstem Eifer darüber wachen sollte, daß die Schwangerschaftsunterbrechung nur dann vorgenommen wird, wenn wirklich eine streng medizinische Indikation dazu vorhanden ist. Ich glaube, wenn überall nach diesen Wünschen des Aertzetales gehandelt wird, dann erfolgt tatsächlich die ärztliche Indikationsstellung nach bestem Wissen und Gewissen, d. h. nach den Regeln der ärztlichen Kunst und ärztlichen Ethik. Sind wir Aerzte dann aber auch in Zukunft wirklich sicher davor, nicht unberechtigterweise öffentlich in üble Nachrede der Abtreibung zu kommen oder gar einer Strafverfolgung ausgesetzt zu werden? Wenn der Wortlaut des § 254 des neuen Strafgesetzentwurfes bestehen bleibt, dann ist theoretisch tatsächlich immer noch die Möglichkeit gegeben, daß der Arzt doch noch vor den Strafrichter gezogen und wegen Abtreibung verurteilt werden kann. Der Rechtslehrer Kah1 hält das für theoretische Bedenken und sieht schon heute die Rechtslage als nicht beunruhigend für den Arzt an. Von ärztlicher Seite selbst wird aber auch heute noch darüber anders gedacht.

Eine Sicherheit, sagt z. B. Niessl v. Mayendorf, würde den bei einer Schwangerschaftsunterbrechung beteiligten Aerzten von den neuen strafgesetzlichen Bestimmungen ebensowenig gewährt werden als von den bisherigen. Er sagt deshalb: „Will man also auf die Bedingung der Nichtabwendbarkeit der Gefahr im neuen Strafgesetzbuch nicht ganz verzichten, so formuliere man den § 254 folgendermaßen: Eine Abtreibung im Sinne des Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbierter Arzt eine Schwangerschaft nach den Regeln der ärztlichen Kunst unterbricht, weil dieser Eingriff zur Abwendung einer, seiner Ueberzeugung nach auf andere Weise nicht abwendbaren ersten Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Mutter erforderlich war.“

Damit würde zum Ausdruck gebracht, daß der gute Glaube bei dem Vorgehen des Arztes das Wesentliche ist, nicht aber die Befolgung der Regeln der ärztlichen Kunst, welche auf die Frage, ob die Gefahr nicht auf eine andere Weise abzuwenden sei, keine eindeutige Antwort geben können.

Wenn alle Aerzte ideale Menschen wären, wäre vielleicht ein solcher Vorschlag diskutierbar. Leider aber hat uns ja die praktische Erfahrung gelehrt, daß die Dinge in Wirklichkeit nicht so liegen. Mit diesen Tatsachen, und damit auch mit den schlechten Seiten im Menschen, müssen wir aber rechnen, und ich halte es deshalb auch für ausgeschlossen, daß ein solcher Vorschlag, wie er hier gemacht

worden ist, jemals von der Rechtsprechung angenommen werden kann. Vielleicht läßt sich aber doch der Standpunkt, den der Staat mit der Fassung des § 254 eingenommen hat, mit dem ärztlichen Standpunkt in Einklang bringen, wenn er dem Paragraphen einen Zusatz in dem Sinne gibt, daß zur Unterbrechung erst geschritten werden darf, wenn die über die Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung entscheidenden ärztlichen Instanzen auf Grund sorgfältigster und gewissenhaftester Prüfung des Krankheitsfalles zu der Ueberzeugung gekommen sind, daß aus der Nichtunterbrechung der Gravidität der Patientin eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit entstünde. Aber auch wenn eine Aenderung im Wortlaut des Paragraphen nicht mehr eintreten sollte, so glaube ich, brauchen wir Aerzte doch nicht beunruhigt zu sein. Ich persönlich bin überzeugt, daß der Arzt, der unter den hier besprochenen Kautelen eine Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischen Gründen vornimmt, in dem Juristen nicht den Feind zu sehen braucht, der ihm übel will, sondern gewiß sein kann, daß auch er seinerseits alles tun wird, um eine unnötige Bloßstellung des Arztes oder gar Strafverfolgung oder Verurteilung zu verhindern.

Schlackenkost als therapeutisches Prinzip, zugleich ein Beitrag zur Würdigung der Rohkost.

Von Prof. Hugo Salomon in Buenos Aires.

Wenn man während gleichmäßiger Ernährung die ausgeschiedenen Stuhlgangsmengen beobachtet und während einer Periode Weißbrot darreicht und von den Früchten nur die zarten Teile bzw. den Saft genießen läßt, während einer anderen Periode Schrotbrot benutzt und die Holzigen Teile der Früchte, z. B. die Schalen und Kerne der Trauben, das Zentrum der Ananas, die häutigen Teile der Orange und Mandarinen usw. mitessen läßt, ist man immer wieder überrascht über die gewaltigen Unterschiede in der Masse der Entleerungen. Man sagt sich, daß der große Ausnutzungsunterschied der dargebotenen Nahrung, welcher die Grundlage der Erscheinung bietet, in seiner Folge eine bedeutende Aenderung in den verschiedensten Absonderungen und Ausscheidungen aus dem Organismus zur Folge haben wird. Bisher hat man aber die Verhältnisse wesentlich nur vom Standpunkte des Ausnutzungsverlustes aus verfolgt.

Vor kurzer Zeit habe ich nachweisen können, daß eine erhebliche Fraktion des aus dem Körper ausgeschiedenen Cholesterins den Organismus durch die Darmwand verläßt¹⁾. Gleichzeitig fand M. Sperry Warren, daß der Dickdarm ein Ausscheidungsorgan für die Lipoide sei²⁾.

An dem Beispiel der Lipoide erweist sich die bedeutende Einwirkung der Schlackenkost besonders deutlich. Die Cholesterinausscheidung durch die Darmwand kann sich unter Schlackenkost, wie ich zeigen konnte³⁾, vervierfachen. Ganz Entsprechendes läßt sich beweisen für die Lezithinausscheidung durch die Darmwand, die auf ein vielfaches anwächst.

Merkwürdigerweise nimmt auch die Urobilinogen- und Urobilinausscheidung durch die Fäzes unter grober Kost erheblich zu.

Eine beträchtliche Vermehrung erfahren unter der Schlackenkost die Salze des Stuhlgangs. Ohne Zweifel spielt dabei der Resorptionsverlust eine wichtige Rolle. Trotzdem ist anzunehmen, daß eine zellulosereiche Kost in erheblichem Maße den Salzstrom vermehrt, der schon normalerweise vom Dickdarm aus seinen Weg in die Stuhlausscheidungen nimmt. So muß man wohl z. B. einzelne Resultate Rubners⁴⁾ deuten, der bei kleiereichen Broten 136,9 und 97,6% Resorptionsverlust für Asche fand. In den zahlreichen Analysen von R. O. Neumann⁵⁾ finden sich Verluste für die Resorption von Asche bis 84%. So starke Aschenverluste durch Fehlen der Resorption sind doch wohl unwahrscheinlich, und es erscheint viel eher möglich, daß in den oberen Teilen des Darmes eine weit vollkommene Resorption statthatte, die von einer kompensatorischen Ausscheidung in den Dickdarm hinein gefolgt wird. Auch W. Prausnitz⁶⁾ scheint Ähnliches anzunehmen.

Natürlich ist es sehr schwierig abzugrenzen, wieviel von den Salzen des Stuhles unresorbierten Nahrungsresten entspricht und wieviel in den Darm hinein sezerniert wurde. Ury suchte die Frage so zu lösen, fußend auf Arbeiten von Salkowski, daß er als Nahrungsreste nur die in Wasser unlöslichen Aschenbestandteile des Kotes, als Darmsekret die wasserlöslichen Aschenbestandteile ansah.

¹⁾ Boas Archiv 39, 41, 42. — ²⁾ J. of biol. Chem. 68 u. 71. — ³⁾ Z. exper. Med. 60. — ⁴⁾ D. m. W. 1915. — ⁵⁾ Die im Kriege 1914–1918 verwendeten Brote usw., Berlin 1920. — ⁶⁾ Z. Biol. 35 N. F. 17.