

Aussprache zum IV. Hauptbericht.

Vorgemerkte Diskussionen.

1. Herr J. HARTEMANN-Nancy: Ich bin nicht im Besitz des Textes der Berichte von Prof. SCHMIDT und Prof. NAUJOKS und der Herren Korreferenten, verstehe auch die deutsche Sprache zu wenig, um mir ein genaues Bild des Inhaltes machen zu können. Deshalb werde ich mir keinen Kommentar erlauben, sondern ich will nur über den „Künstlichen Abortus und das französische Gesetz“ etwas berichten.

Ich bin der Meinung, daß man 2 Arten von künstlichem Abort oder (wie er in Frankreich genannt wird) therapeutischem Abort unterscheiden sollte.

1. Die Fälle, in denen es sich um eine absolute Indikation handelt, in denen das Leben der Mutter unmittelbar und direkt bedroht ist, und in denen die Unterbrechung der Schwangerschaft volle Aussicht auf Genesung der Mutter bringt. Man kann in solchen Fällen nicht einmal sagen, daß das Kind geopfert wird, da die Mutter sowieso das Kind mit sich in den Tod nehmen würde.

2. Die Fälle mit relativer Indikation, in denen es sich lediglich um Gefahren für den Gesundheitszustand der Mutter handelt, bei denen also das Leben nur mittelbar bedroht ist, wenn die Schwangerschaft fort dauert, so daß sehr wohl Aussichten bestehen, das Kind bis zur normalen Geburt lebend zu erhalten. Die Unterbrechung in solchen Fällen opfert also entschieden das Kind.

Es ist selbstverständlich, daß bei der ersten Gruppe ein Zögern unmöglich ist — ich sehe ab von religiösen Einstellungen —, während im zweiten Falle das Verhalten in den verschiedenen Ländern, in den einzelnen Schulen innerhalb desselben Landes, ja sogar bei Ärzten derselben Schule wesentlich verschieden sein wird.

Die französische Gesetzgebung, die zu dieser Frage lange Zeit keine Stellung genommen hatte, hat sie endlich durch das Gesetz vom 29. Juli 1939 (Art. 87) geregelt. Allerdings wird hierbei nicht die strenge Trennung gemacht, die ich persönlich gewünscht hätte, nämlich zwischen den beiden Hauptkategorien des therapeutischen Aborts. Doch haben sie ernste Garantien auf diesem Gebiet gebracht, wo es früher überhaupt keine gab.

Was zunächst die Indikation anbetrifft, die eine Bedrohung des Lebens der Mutter und nicht nur ihrer Gesundheit zur Grundlage hat, so besteht die Notwendigkeit der Genehmigung von zwei konsultierenden Ärzten, davon einer als Sachverständiger des Zivilgerichtes, außerdem vom behandelnden Arzt oder Operateur. Es ist üblich, daß von diesen zwei konsultierenden Ärzten gewöhnlich der eine Spezialist für Geburtshilfe ist, der andere ein Facharzt für das Leiden, das die Schwangerschaftsunterbrechung erfordert. Diese Ärzte unterschreiben eine Bescheinigung, in welcher sie die Notwendigkeit eines Eingreifens bestätigen. Ein Exemplar wird der Kranken zugestellt; jeder der Ärzte bewahrt ein anderes, und schließlich wird (seit einigen Jahren) obligatorisch ein Exemplar der Bescheinigung dem Präsidenten des örtlichen Ärzterates ausgehändigt.

Dadurch kennen wir jetzt die Häufigkeit der therapeutischen Aborte, wenigstens in den Fällen, die außerhalb der Spitäler vorkommen. Von Juli 1947 bis 1950 wurden im Seine-Departement, zu welchem Paris gehört, dem Ärzterat 132 Unterbrechungen gemeldet. Die Indikationen für diese therapeutischen Fehlgeburten (für 11 Fälle wurden sie nicht angegeben) waren in erster Linie die Tuberkulose (64 Fälle), dann Herzstörungen (25 Fälle), schließlich Leiden verschiedener Art. Bemerken möchte ich noch dazu, daß das französische Gesetz die einfache Gefahr der Gesundheitsschädigung nicht anerkennt, ebensowenig den künstlichen Abort aus eugenischen und noch weniger eine Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialen Gründen. Das wollte ich nur sagen!

Meine Damen und Herren!

Sie müssen entschuldigen, daß ich so schlecht deutsch spreche. Ich habe meine Diskussionsbemerkung mit einem Wörterbuch — wie im Gymnasium — zusammengestellt. Französische Ärzte kennen die deutsche Sprache meist sehr schlecht. Ich denke an einige, die im Gymnasium in dieser Sprache bestimmt die ersten waren. Sie wären jetzt vielleicht die letzten. Ich glaube, sie sollten zu einem deutschen Kongreß kommen, um die deutsche Sprache wieder zu erlernen, mehr noch, um die deutschen Methoden und besonders ihre deutschen Kollegen kennenzulernen. Dieses ist mein Wunsch!

2. Herr A. MAYER-Tübingen: Zu meiner besonderen Genugtuung haben die beiden Hauptreferenten, Herr SCHMIDT und Herr NAUJOKS, mit Nachdruck auf die *ethische* Seite der Schwangerschaftsunterbrechung hingewiesen. Leider wird diese im praktischen Leben oft genug völlig übersehen. Daraus ergeben sich manche sehr *ernste Auswirkungen*, die einesteiis die *Einstellung des Gesetzgebers* und andernteils die praktische *Handhabung des Gesetzes durch die Ärzte* beeinflussen können, so daß ich auf sie eigens hinweisen möchte.

1. Herr Prof. SCHMIDT nannte als *Jurist* die Schwangerschaftsunterbrechung geradezu „*Tötung der Leibesfrucht*“. Wie mir scheint, fällt dem *Gesetzgeber* seine Stellungnahme zu dieser „*Tötung*“ vom rechtsethischen Standpunkt aus gar nicht leicht. Herr Prof. SCHMIDT sprach wohl davon, daß diese Tötung unter bestimmten Bedingungen „*erlaubt*“ sei. Demgegenüber hat mir einmal ein anderer Jurist gesagt, daß der Gesetzgeber diese Tötung gar nicht „*erlauben*“ kann, sondern sie nur „*straffrei*“ läßt, und auch das nur unter dem Gesichtspunkt des „*übergesetzlichen Notstandes*“.

Die Anerkennung des übergesetzlichen Notstandes ist außerdem an zwei wesentliche *Vorbedingungen* gebunden:

a) Das Fortbestehen der Schwangerschaft muß eine ernste Gefahr für Leben oder Gesundheit bedeuten.

b) Die Abwendung dieser Gefahr ist durch nichts anderes als durch Schwangerschaftsunterbrechung zu erreichen.

2. Die *Stellungnahme der Ärzte zu diesen Vorbedingungen* ist bekanntlich sehr verschieden und richtet sich leider nicht nur nach der von Herrn Prof. SCHMIDT vertretenen hohen Ethik.

a) Der *bewußte Mißbrauch* des Gesetzes durch die sog. „*Abtreiberkonsortien*“, die schon BUMM schwerstens getadelt hatte, ist bekannt. Mir selbst hat ein Vertreter dieser Richtung auf einer Tagung entgegengehalten: „Wenn auf dem Papier alles stimmt, warum soll ich die Schwangerschaft nicht unterbrechen?“; wenn er jetzt geschwiegen hätte, dann hätte man noch glauben können, daß ihn der ethische Gesichtspunkt des *Milleides* leitete; aber er fügte hinzu „*und das Geld nicht verdienen!*“! Damit hatte er vor dem ganzen Auditorium bekannt, daß er ungehemmt bereit ist, *aus der Tötung der Leibesfrucht ein Geschäft zu machen*.

b) Aber auch den *seriösen und gewissenhaften Ärzten* unterlaufen *bona fide* manche tief bedauerliche *Irrtümer*. Das gilt schon von der *Diagnose*. Ich kenne selbst 3 Fälle von *Tod nach Unterbrechung*, wo auf dem *Sektionstisch die Lungentuberkulose überhaupt nicht da war* und ich weiß, daß andere Gynäkologen ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Das ist doch geradezu erschütternd; um die Frauen vor einem vermeintlichen Gesundheitsschaden zu bewahren, haben wir sie um das Leben gebracht.

Ein anderer schwerer Irrtum war die sog. „*Lungenspitzentuberkulose*“. Ihretwegen hatte man früher viele Jahre lang ungezählte Tausende von Schwangerschaftsunterbrechungen gemacht; gerade die Spitzentuberkulose hat der Kongreß

der Lungenärzte in Wildbad abgelehnt. Die deswegen fälschlicherweise geopfertem Leibesfrüchte müßte man daher eigentlich wieder ins Leben zurückrufen.

Auch die *Schwierigkeiten der Prognose* der Lungentuberkulose in der Schwangerschaft werden oft viel zu wenig beachtet. Einer der besten Kenner dieses Gebietes, der leider so früh verstorbene BRÄUNING, hat auf dem Lungenfachartzkongreß in Kreuznach (1935) gesagt, daß man 15mal die Schwangerschaft umsonst unterbrechen muß, um das 16. Mal das Richtige zu treffen, wie ich selbst mit anhörte. Seiner Ansicht nach sind daher die vom Gesetz verlangten Vorbedingungen ärztlich so gut wie nie erfüllbar. Ja, er hätte in einem völligen Verbot der Schwangerschaftsunterbrechung keine Härte erblickt. Die daraus sich ergebenden Konsequenzen zog der Lungenärztekongreß in Münster (September 1949). Dieser war nahe daran, ein Verbot der Schwangerschaftsunterbrechung auszusprechen, gab alsdann als Richtlinie aus: *künftighin grundsätzlich keine Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose, sondern Behandlung der tuberkulösen Schwangeren.*

3. Ein dritter Punkt ist die weitgehende *Verkennung der mit der Unterbrechung verbundenen Gefahren*, auf die Herr NAUJOKS schon hingewiesen hat. Ein russischer Gynäkologe sagte seinerzeit auf dem Kongreß in Kiew: „Mit 140 000 Schwangerschaftsunterbrechungen haben wir nur 140 000 Frauen zu Invaliden gemacht.“

So gut wie ganz übersehen werden in der Regel die oft sehr ernsten *seelischen Nachwirkungen*. Ich habe schwere Depressionen gesehen mit quälenden Selbstvorwürfen, verzehrender Reue, Verlust jeglicher Lebensfreude und bittersten Anklagen gegen die Ärzte, die „es hätten besser wissen sollen“. Kein geringerer als der Psychiater BUMKE berichtet sogar von *Selbstmord* aus Reue über die Schwangerschaftsunterbrechung. Kurz — die *seelischen Schäden infolge der Unterbrechung sind oft viel schlimmer als die gefürchteten körperlichen Schäden bei Nichtunterbrechung* gewesen wären.

4. Infolge der gelegentlich äußerst laxen Indikationsstellung zur Unterbrechung ist unser ganzer Stand öffentlich in schweren Mißkredit geraten. Auf einem Kongreß der Kriminalisten wurde mir seinerzeit rundweg der Vorwurf ins Gesicht geschleudert: „Jede Frau findet auch einen Arzt als Abtreiber, auch Professoren, nur der Preis ist verschieden.“

5. Durch die Häufigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung ist diese in der öffentlichen Meinung bagatellisiert. Die *Ehrfurcht vor dem keimenden Leben ist weitgehend verlorengangen*. Daher kommen junge Mädchen auch aus sog. guten Häusern in unsere Sprechstunde mit der unbeschwerten Erklärung: „Ich will mir abtreiben lassen.“ Das bedeutet doch einen tiefbedauerlichen Verlust an hochwertigem Frauentum, zum Nachteil unserer Kultur, ohne daß wir es merken. Und doch ist gerade auch ein zusammengebrochenes Volk in vieler Richtung so viel wert, als seine Frauen und Mütter wert sind.

Die *Schwangerschaftsunterbrechung* ist also nicht nur ein *medizinisches* oder *juristisches* Problem, sie ist in hohem Maße auch ein *sittliches Problem*, ein Problem der *Ethik* und der *Kultur*. Das hochethische Niveau, das die beiden Herren Hauptreferenten einschlugen, wird im praktischen Leben leider oft ganz vermißt. Vor allem wird die *ethische Seite der Schwangerschaftsunterbrechung im akademischen Unterricht viel zu wenig beachtet*. Ja es gibt Ärzte, denen die Rectaluntersuchung, also das „Hineingreifenmüssen in den Mastdarm“ widerwärtiger vorkommt als die Zerstückelung einer Abortfrucht, denen also eine Verwechslung zwischen *Ästhetik* und *Ethik* unterläuft. Deswegen wollte ich vor diesem höchsten Forum unseres Faches auf die ethischen Belange eigens hinweisen im Interesse unseres Ärztestandes, unseres Volkes und unseres zusammengebrochenen Vaterlandes.

3. Herr G. DÖDERLEIN-Jena: Die Gesetzgebung über Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung nach 1945 hat in den ostdeutschen Ländern vorüber-

gehend andere Bedingungen geschaffen, als sie in Westdeutschland mit Beibehaltung des § 218 StGB. gültig waren. In den einzelnen ostdeutschen Ländern: Stadtgebiet Berlin, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen unterschieden sich die Gesetze wesentlich in der Anerkennung oder Nichtanerkennung der „sozialen Indikation“. Darüber wird gleich gesprochen werden.

Nach Vereinigung der ostdeutschen Länder zur „Deutschen Demokratischen Republik“ gilt dort jetzt einheitlich das „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ vom 27. September 1950. Dieses besagt in § 11:

1. „Im Interesse des Gesundheitsschutzes der Frau und der Förderung der Geburtenzunahme ist eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nur zulässig, wenn die Austragung des Kindes das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Frau ernstlich gefährdet, oder wenn ein Elternteil mit schwerer Erbkrankheit belastet ist. Jede andere Unterbrechung der Schwangerschaft ist verboten und wird nach den bestehenden Gesetzen bestraft.“

2. „Die Schwangerschaftsunterbrechung darf nur mit Erlaubnis einer Kommission durchgeführt werden . . .“

3. „Die Unterbrechung der Schwangerschaft darf nur von Fachärzten in Krankenhäusern durchgeführt werden.“

In den ostdeutschen Ländern (DDR) gilt also seit dem 27. September 1950 nur noch die medizinische und die eugenische Indikation zur künstlichen Unterbrechung einer Schwangerschaft.

Vor dem 27. September 1950 bestand von 1947 an in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen und Thüringen

- a) die medizinische Indikation,
- b) die sozial-medizinische Indikation,
- c) die Notzuchtindikation.

Das Land Sachsen-Anhalt hat in seinem Gesetz vom 7. Februar 1948 die medizinische Indikation und die Notzuchtindikation zugelassen, eine soziale oder eine medizinisch-soziale Indikation aber nicht anerkannt. Im Stadtgebiet Berlin-Ost galt immer nur die medizinische Indikation; die soziale Lage der Schwangeren fand jedoch bei der Indikationsstellung aus gesundheitlichen Gründen Berücksichtigung.

In denjenigen ostdeutschen Ländern, welche in den Jahren 1947—1950 die sozial-medizinische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt hatten, lautete der Gesetzesparagraph fast übereinstimmend mit der Fassung des Thüringer Gesetzes vom 18. Dezember 1947:

§ 2,2. „Eine Unterbrechung der Schwangerschaft bleibt straffrei, wenn sie von einem Arzt mit Einwilligung der Schwangeren in einer hierzu ermächtigten Einrichtung vorgenommen wird . . ., weil die sozialen Verhältnisse der Schwangeren oder ihrer Familie bei einem Austragen des Kindes eine erste Gefährdung für die Gesundheit von Mutter oder Kind bedeuten und die Notlage durch soziale oder andere Maßnahmen nicht ausreichend beseitigt werden kann.“

Die „soziale Indikation“ war also mit einer „medizinischen Indikation“ verknüpft. Dadurch wurden an die Entscheidungen der aus Ärzten und Laien zusammengesetzten Kommissionen sehr hohe, nicht immer erfüllbare Anforderungen gestellt.

Wichtig ist, daß diese sozial-medizinische Indikation eine Kann-Vorschrift und keine Muß-Vorschrift dargestellt hat. Nach § 11 der Ausführungsbestimmungen zum Thüringer Gesetz vom 18. Dezember 1947 trägt der ärztliche Leiter der Krankenanstalt die Verantwortung für die sachgemäße Ausführung der Schwangerschaftsunterbrechung. Die letzte Verantwortung lag also beim persönlich handelnden Arzt und nicht bei einer unpersönlich beratenden Kommission.

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der „sozialen“ und der „sozial-medizinischen Indikation“ sind mit zunehmender Besserung der wirtschaftlichen Lage der Bevölkerung in den ostdeutschen Ländern entfallen. In den Jahren 1947 bis 1950 trug die Anerkennung des sozialen Notstandes in Verbindung mit gesundheitlicher Gefährdung der tatsächlichen Lage Rechnung und entriß viele Frauen dem Kurpfuschertum. Diese Einstellung ist ehrlich und ohne Heuchelei. Sie vermochte die Abtreibungsseuche einzudämmen, wenn auch nicht ganz zu beseitigen.

Die *Sterilisierung* ist in den ostdeutschen Ländern (DDR) grundsätzlich verboten. In Sonderfällen kann sie nur mit Genehmigung der Gesundheitsbehörde straffrei vorgenommen werden.

Mit dem neuen Gesetz vom 27. September 1950 ist der Schutz der Schwangerschaft im Interesse der Mütter und Kinder ebenso gewährleistet, wie uns Gynäkologen eine bedrückende Last abgenommen wurde. Wir begrüßen nicht nur die Beschränkung der Schwangerschaftsunterbrechung auf die medizinische und die eugenische Indikation, wir begrüßen besonders die zahlreichen materiellen und ideellen Einrichtungen zum Schutze und zur Hilfe von Mutter, Kind und Familie des Gesetzes vom 27. September 1950. Sie bedeuten einen großen Fortschritt auf dem Wege zur sozialen Entwicklung.

4. Herr F. HOFF-Graz: (Manuskript nicht eingegangen.)

5. Herr DOERFFLER-Weißenburg: Gestatten Sie mir ein paar Worte zum Thema Schwangerschaftsunterbrechung als dem Vorsitzenden des vom Bayerischen Ärztetag gewählten Ausschusses für diese Frage vom standespolitischen Standpunkt aus. Einen ausführlichen Bericht über Aufgaben und Ziele dieses Ausschusses habe ich dem Herrn Präsidenten im Januar vorgelegt. Dieser Bericht kann bei Herrn Prof. v. MASSENBACH oder mir von Interessenten eingesehen werden.

Daß wir überhaupt die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung in einem Ausschuß behandeln, hat seinen Grund darin, daß wir seit 1945 in Bayern eine ständige Zunahme der amtlich gemeldeten Aborte feststellen. Wir haben Grund zu der Annahme, daß der Zahl der gemeldeten Aborte mindestens die gleiche Zahl amtlich nicht erfaßter Fehlgeburten entspricht. Der Grund für diese Zunahme liegt in dem wirtschaftlichen und vor allem sittlichen Tiefstand unserer gegenwärtigen Lage. Die wirtschaftliche Not können wir von uns allein nicht ändern. Aber den sittlichen Tiefstand können und müssen wir, wie wir glauben, doch einigermaßen beeinflussen, wenigstens soweit er den Ärztestand angeht.

Für die Schwangerschaftsunterbrechung aus ärztlicher Anzeige arbeiten wir zur Zeit Richtlinien in kompensiöser Form aus, die nach Billigung durch Innen- und Justizministerium den antragstellenden, begutachtenden und die Unterbrechung durchführenden Ärzten, wie auch Richtern und Anwälten, Anhaltspunkte für ihre Tätigkeit bieten wollen. Bei der Arbeit für diese Richtlinien hat sich uns von neuem wieder die ungemein enge Anzeigestellung ergeben, die nach dem heutigen Stand der Wissenschaft auf fast allen einschlägigen Fachgebieten noch enger gegeben ist als in den STADLERSchen Richtlinien von 1936, weil die Fortschritte unserer Wissenschaft auch der Schwangeren das Austragen eines Kindes ohne ernste Gefahr für Leben und Gesundheit häufiger erlaubt als früher. Daneben ist für unsere Arbeit mitbestimmend die Erkenntnis, daß die akuten und vor allem die Spätschäden der Schwangerschaftsunterbrechung für die Schwangere nach den Erfahrungen in Sowjetrußland meist weit unterschätzt werden, und daß diese Gefahren trotz der Fortschritte der Medizin auch heute noch eine wesentliche Rolle spielen.

Aus diesen beiden Erkenntnissen ergibt sich für uns als erste Aufgabe eine ausgedehnte Aufklärungsarbeit unter den Ärzten und im ganzen Volke. Unter den

Ärzten ist diese Aufklärungsarbeit nötig, weil sich gezeigt hat, daß Unkenntnis der Fortschritte unserer Wissenschaft für dieses Gebiet und Nachgiebigkeit und falsches Mitleid uns Ärzte oft zu falschen Anzeigestellungen verleiten. Wir stellen deshalb in unseren Richtlinien ganz klar die wenigen absoluten und die ebenfalls nicht sehr zahlreichen relativen Anzeigen für die Interruptio heraus und weisen auf viele heute nicht mehr als Indikationen in Betracht kommende Krankheiten unsere bayerischen Kollegen nachdrücklich hin.

Bei der Aufklärungsarbeit im ganzen Volke sind uns unsere christlich eingestellten Kollegen beider Konfessionen bereits mit gutem Beispiel vorangegangen. Sowohl die St. Lukasgilde, eine Ärzteschaft auf überzeugt katholischer Grundlage, wie auch ähnliche Vereinigungen evangelischer Art haben in Vortragsserien vor Ärzten, Geistlichen und Richtern, wie auch anderen Interessierten, die einschlägige Führungsschicht mit dem nötigen Tatsachenmaterial für dieses Gebiet vertraut gemacht. Von dieser Führungsschicht wird dann in Flugzetteln und Vorträgen vor Hörern aller Stände dieses Tatsachenmaterial weiteren Kreisen vermittelt. Da die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung nur vom Einzelnen beantwortet werden kann und muß, gilt dieser Aufklärungsarbeit unser besonderes Augenmerk und unsere besondere Mitwirkung.

Wenn wir aber das Verantwortungsbewußtsein der Ärzte wie für den Einzelnen in dieser Frage wecken und stärken wollen, halten wir es auch für nötig, Möglichkeiten zu schaffen, durch die Ärzte den Schwangeren, denen sie die Ablehnung ihres Wunsches auf Unterbrechung mitteilen müssen, soziale Hilfe vermitteln können, die in personeller und materieller Weise während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett den Schwangeren helfend zur Seite treten — und meist sind es, wie 1925 schon in den vorzüglichen Referaten von HOEBER und DREYER auf dem 7. Bayerischen Ärztetag in Passau hervorgehoben worden ist, nicht unverheiratete, sondern vorwiegend Mütter aus kinderreichen, oft arbeitslosen Familien, die die Unterbrechung wünschen. Auch hier haben Caritas, evangelisches Hilfswerk und Mütterwerk durch Einrichtung sozialer Schwangerenfürsorgestellen schon Vorbildliches geleistet und haben so in manchen Fällen, wo sonst die ärztliche Indikation so gerne als Tarnung für eine soziale Anzeigestellung vorgeschoben wird, den Ärzten bei der ersten Inanspruchnahme wie in den Gutachterkommissionen ihr Hartbleiben wesentlich erleichtert. Auch in der Lungenfürsorge haben wir erlebt, daß durch ihre Mithilfe neben dem Wirksamwerden der Fortschritte auf dem Gebiet der Tuberkulosebehandlung auch bei Schwangeren die Zahl der Antragstellungen zur Interruptio wesentlich geringer geworden ist, besonders wo tüchtige, weiten Bevölkerungsschichten bekannte Lungenfachärzte diese Fürsorgeeinrichtungen neben ihrer Autorität dafür einsetzen, daß die Frauen während Schwangerschaft, Geburt und besonders in der ersten Zeit nach der Geburt sorgfältig überwacht, behandelt und wirksam unterstützt werden, damit kein ernster Schaden für Leben und Gesundheit entstehen kann.

Dabei ist die Bekämpfung der Abtreibungsseuche, wie die Einschränkung unnötiger, wenn auch oft gut gemeinter Unterbrechungsgenehmigungen nicht nur aus ethischen und gesundheitlichen, sondern auch aus bevölkerungspolitischen Gründen dringend geboten, nicht etwa um Soldaten zu züchten, sondern um den schweren Aderlaß, den uns Krieg und Nachkriegszeit an arbeitsfähigen Menschen gekostet hat, einigermaßen auszugleichen. Nach vorsichtiger Schätzung lebte im Jahre 1949 bereits $\frac{1}{3}$ der Gesamtbevölkerung Westdeutschlands von Renten, während ein weiteres Drittel Erwerbstätige und das letzte Drittel nicht erwerbstätige Frauen und Kinder waren. 1936 hatten wir 5% über 65jährige, 1946 waren es bereits 10%, 1970 werden es nach einwandfreien Berechnungen 15% über 65jährige sein. Bei den Gesundheitsschäden, unter denen unser Volk leidet, wird sich auch die

Zahl der unter 65jährigen Rentner in nächster Zeit nicht verringern, sondern weiter ansteigen. Wenn sich diese Verhältnisse so weiterentwickeln, ist, worauf ernstzunehmende Sozialhygieniker schon warnend hinweisen, unsere lange Zeit in der Welt vorbildliche Sozialversicherung vom Zusammenbruch bedroht. Darum nicht soziale Indikation, sondern soziale Fürsorge, nicht unberechtigtes Vertrauen auf die Harmlosigkeit des Eingriffs der Schwangerschaftsunterbrechung, sondern ehrlicher Hinweis auf die möglichen Gefahren dieses Eingriffs, der nur bei wirklicher Lebensgefahr und ernster Gesundheitsgefährdung für die Schwangere Berechtigung hat.

Zum Schlusse lassen Sie mich noch auf eines hinweisen. Wir stehen staunend vor den Erfolgen und Spitzenleistungen unserer Wissenschaft bei der Erhaltung und Lebensverlängerung schwerkranken und mißbildeten Lebens. Wir freuen uns über das ständige Steigen der Prozentzahlen der 5-Jahresheilungen in der Carcinomtherapie sowohl durch Operation wie durch Bestrahlung, wie durch Chemotherapie. Wir könnten aber einer ungleich größeren Zahl gesunden und alle Lebenserwartungen erfüllenden Lebens den Eintritt ins Leben ermöglichen, wenn wir alle mit Ernst und festem Willen uns schützend vor das keimende Leben stellen. Die angedeuteten Wege sind sicher nicht die einzigen und nicht die besten. Sie scheinen uns nur zur Zeit am besten geeignet. Wir brauchen auch dazu keine großen Organisationen und keine Spitzenleistungen und kostspieligen Apparate, sondern wir alle können dabei mitwirken, und um diese Mitwirkung möchte ich Sie, die Deutschen Gynäkologen, besonders bitten, wenn ich auch weiß, daß Widerstände und Hemmnisse aller Art diese Mitwirkung bedrohen. Aber trotz aller wirtschaftlichen Not, die wir alle nur zu genau am eigenen Leibe verspüren, und gerade zu ihrer Überwindung wollen wir uns wieder besinnen auf die Grundlagen deutschen Arztturns, und damit können wir die angeschnittene Frage am besten lösen — auf eine strenge, gewissenhafte Indikationsstellung, wie sie von eh und je uns deutschen Ärzten als oberstes Gesetz gegolten hat, und auf Liebe und Ehrfurcht vor allem, was Menschenantlitz nicht nur schon trägt, sondern es auch erst zu tragen bestimmt ist.

6. Herr DIETEL-Hamburg: Bericht über das weitere Geschehen von 1124 Schwangerschaften, deren Unterbrechung abgelehnt worden ist.

375 Frauen davon haben entbunden. Keine von ihnen hat durch das Austragen der Schwangerschaft einen Schaden davongetragen. Trotz der in Hamburg zur Zeit noch bestehenden Anzeigepflicht für Aborte sind von den übrigbleibenden 749 Frauen nur 172 als Fehlgeburten gemeldet worden.

7. Herr MESTWERDT-Greifswald (mit 1 Textabbildung). Nachdem G. DÖDERLEIN bereits über die 2 Gesetzesbestimmungen über Schwangerschaftsunterbrechungen aus dem Jahre 1948 und 1950 im Thüringer Land berichtet hat, gestatten Sie mir einen kurzen Überblick über meine Erfahrungen mit der Frage des ärztlichen Handelns bei Schwangerschaftsunterbrechungen, die nach ganz ähnlich lautenden Gesetzen auch im Lande Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt werden.

Es kommt mir insbesondere darauf an, an Hand von einigen nüchternen Zahlenaufstellungen die Frage aufzuwerfen, wieweit das Gesetz mit seinen Durchführungsbestimmungen den zur Unterbrechung befugten Arzt lediglich als ausführende Instanz betrachtet, und ob es ihm, von dem es den Eingriff fordert, letzten Endes die Entscheidung darüber zubilligt, ob dieser ausgeführt werden darf.

Die erhebliche Zahl von nicht durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen ergab sich aus folgenden Beweggründen: 1. Bei einem größeren Teil der Schwangerschaften hatte diese beim Eintritt in die Klinik bereits den 3. Monat überschritten, wonach laut damals bestehendem Gesetz eine Unterbrechung aus sozialer Indikation außer bei Lebensgefahr nicht mehr statthaft war.

Tabelle 1.

Vom 1. April 1948 (nach Inkrafttreten des Gesetzes) bis 28. Februar 1951 (2 Jahre und 11 Monate) wurden nach Gutachterbeschuß aus Stadt- und Landkreis Greifswald (etwa 100 000 Einwohner)

153 Schwangere zur Unterbrechung eingewiesen	medizinische Indikation	58	} (30. 9. 50)
	soziale Indikation	93	
	ethische Indikation	2	
Unterbrechung durchgeführt bei 85 Schwangeren	medizinische Indikation	52	
	soziale Indikation	31	
	ethische Indikation	2	
Unterbrechung nicht durchgeführt bei 68 (44 %) Schwangeren	medizinische Indikation	6	
	soziale Indikation	62	

2. Da nach den Durchführungsbestimmungen der Arzt für die sachgemäße Durchführung des Eingriffes die volle Verantwortung trägt, durfte von der Unterbrechung in solchen Fällen abgesehen werden, wenn diese eine noch größere Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter bedeutet hätte als das Fortbestehen der Schwangerschaft. Diese Situation war häufig bei den an sich gesunden Frauen gegeben, die zur Vornahme des Eingriffes aus sozialer Indikation eingewiesen wurden, und bei denen sich aber bei vorheriger eingehender klinischer Untersuchung beispielsweise eine trotz Behandlung bestehenbleibende positive Virulenzprobe nach RUGE-PHILIPP aus dem Portio-Scheidenabstrich ergab.

3. Bei jugendlichen Erstgebärenden konnte der Eingriff vermieden werden durch endgültige Erschöpfung aller sozialen Hilfsmaßnahmen.

Die Zahl der eingewiesenen Unterbrechungen ist gering, da offenbar die zurückhaltende Einstellung der Klinik bekannt war.

Tabelle 2.

Weiteres Ergehen der 68 (6 medizinische Indikation, 62 soziale Indikation) ab 1. April 1948 bis 28. Februar 1951 nicht durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen:

	11 Nachforschung ergebnislos
	9 Spontanaborte
	19 Interruptiones extra muros
etwa 42% {	1 Partus praematurus
	21 Partus
	7 Grav. mens IX—X
	68

Die Interruptio wurde nicht durch brüske Ablehnung seitens der Klinik vermieden, sondern es wurde in meiner Klinik eine tätige Mithilfe der Ärzte zur Steuerung der sozialen Notlage durch persönliche Einschaltung in sozialfürsorgereiche Maßnahmen angestrebt. Diese Aufgabe erstreckte sich auf Bemühungen um eine Verbesserung der Unterbringungsmöglichkeiten, Beschaffung von Unterstützungen, Geldmittelbereitstellung, Berufsberatungen. Sie erstreckte sich auf die Sorge um das Kind besonders bei ledigen Müttern, wie Heimunterbringung, Einrichtung eines Mütterheimes, Einleiten einer eventuellen Adoption.

Nach Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse konnte durch die neue Gesetzesfassung vom Oktober 1950 die alleinige soziale Indikation als nicht mehr erforderlich wieder aufgehoben werden.

Abb. 1 zeigt einen Vergleich zwischen der Zahl der Geburten, Interruptiones- und Aborten. Sie zeigt die Turbulenz der gesetzlosen Zeit nach 1945 mit

Aufhebung des § 218, wonach Unterbrechungen statthaft waren nach Beschluß lokaler behördlicher Instanzen (Bürgermeister, Stadträte, hinzugezogene Ärzte). Es erfolgte zunächst ein so rapider Anstieg der Interruptiones, daß ihre Zahl sogar die Zahl der in der Klinik erfolgten Geburten überstieg. Ein fast ebenso rascher Abfall jedoch trat ein nach einer gewissen Konsolidierung der sozialen Verhältnisse und weiterhin nach einer neuen gesetzlichen Regelung im April 1948. Gerade zum Zeitpunkt der Übernahme der Klinik durch mich (April 1948) trat dieses Gesetz mit seinen Durchführungsbestimmungen in Kraft. Nach dieser Zeit ist die Zahl der Unterbrechungen weiterhin im Absinken begriffen, nicht zuletzt der Einstellung

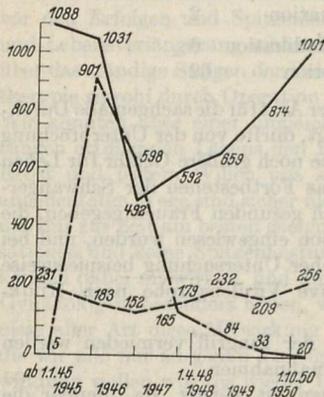


Abb. 1. Vergleich zwischen der Zahl der Geburten, Interruptiones und Aborten. Geburten ———; Interruptiones - - - - -; Aborte

der Klinik zufolge, die sich oftmals gegen Widerstände durchzusetzen hatte. Bemerkenswert ist das Verhalten der Geburtenfrequenz. Nach einem raschen Abfall in den Jahren 1945—1947 beginnt ein anhaltender rascher Anstieg bis heute. Dieses ist zweifellos als Auswirkung der seitens des Staates gewährten und gesetzlich verankerten Vergünstigungen für die werdende Mutter und ihr Kind zu deuten.

Interessant ist die Zahl der in die Klinik aufgenommenen Aborte. Die Kurve bewegt sich durch alle Jahre hindurch, abgesehen von kleinen Schwankungen, ziemlich gleichmäßig in einer Höhe. Wenn auch die Zahl der in die Klinik eingewiesenen Aborte klein erscheint, so scheint sie mir doch immerhin ein Gradmesser zu sein für die tatsächliche Höhe der Abortengesamtzahl. Hieraus läßt sich schließen, daß durch eine Lockerung oder

Aufhebung bestehender Gesetze oder durch eine sog. Legalisierung, indem ärztliche Unterbrechungen erlaubt oder mehr oder weniger freigegeben werden, die Zahl der sog. illegalen Abtreibungen, die den Aborten vielfach zugrunde liegt, nicht beeinflußt werden kann. Man kann sie offenbar nicht entscheidend eindämmen dadurch, daß man die Unterbrechung als statthaft in die Hand des Arztes legt. Besonders auffällig ist, daß die Zahl der Aborte nicht ansteigt, nachdem ärztliche Unterbrechungen durch gesetzliche Regelung eine wesentliche Einschränkung erfahren haben. Hierin ist ein Zeichen für eine allmähliche Gesundung nach Besserung der sozialen Verhältnisse zu erblicken, verbunden mit dem Anwachsen eines natürlichen Empfindens für das Glück der Mutterschaft und einer wiedererwachten Achtung vor dem keimenden Leben.

Ich glaube, an Hand der Tabellen und Abbildung gezeigt zu haben, daß jede gesetzliche Regelung uns Geburtshelfern eine entscheidende Verantwortung in jedem Falle auferlegen sollte hinsichtlich der Frage, ob der Eingriff durchgeführt werden darf oder nicht. Es ist ein Irrtum zu glauben, daß wir Geburtshelfer lediglich ausführende Instanz sind. Unser Gewissen allein trägt die Verantwortung für unsere Handlungen, und es entscheidet unsere Einstellung zum gesetzlich geforderten oder erlaubten Eingriff.

8. Herr E. KLINTSKOG-Stockholm (mit 1 Textabbildung):

a) Die mortalitätserhöhende Einwirkung durch gleichzeitige Sterilisierung bei der Schwangerschaftsunterbrechung.

Die Einstellung des Gynäkologen zur legalen Schwangerschaftsunterbrechung wird unter anderem bestimmt durch das Risiko, welches die Operation für die Patientin mit sich bringt. Das Mortalitätsrisiko ist sehr verschieden beurteilt worden.

Tabelle 1. *Mortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung.*

Graviditas mens. II—VII	Totalmortalität %	Operativ bedingte Mortalität %
Legale Schwangerschaftsunterbrechungen (rund 11 750)	0,35 ± 0,05	0,18 ± 0,04
Legale Schwangerschaftsunterbrechungen und gleichzeitige Sterilisierung (rund 5850)	0,67 ± 0,11	0,44 ± 0,09
Differenz	0,32 ± 0,12	0,26 ± 0,10

Die verschiedenen Auffassungen gründen sich auf Erfahrungen mit verschiedenem Material, das außerdem im allgemeinen zu klein ist, um ein statistisch sicheres Resultat geben zu können, vor allem wenn man die Konsequenzen für ein ganzes Land beurteilen will.

In Schweden müssen gesetzmäßig seit 1935 alle legalen Schwangerschaftsunterbrechungen dem Reichsgesundheitsamt gemeldet werden, welches mir die Möglichkeit gab das Material hierüber von 1935—1948 zu bearbeiten. Mein Material umfaßt rund 17 600 im Krankenhaus operierte Fälle mit ganz verschiedenen Indikationen. 80 davon sind gestorben.

Die Totalmortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung beträgt 0,35% bei rund 11 750 Operationen.

Die Totalmortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung und gleichzeitiger Sterilisierung beträgt 0,67% bei rund 5850 Operationen.

Die Operationsmethoden waren die allgemein gebräuchlichen.

Auf Grund von rein operativ bedingten Komplikationen (Peritonitiden, Sepsis Ileus, Embolien usw.) sind 40 Patienten gestorben, wodurch sich folgendes ergibt.

Die operativ bedingte Mortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung beträgt 0,18%.

Die operativ bedingte Mortalität bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung und gleichzeitiger Sterilisierung beträgt 0,44%.

In diesem schwedischen Material ist das Mortalitätsrisiko bei legaler Schwangerschaftsunterbrechung und gleichzeitiger Sterilisierung also doppelt so hoch als bei der einfachen legalen Schwangerschaftsunterbrechung. Das Resultat ist statistisch sichergestellt.

b) *Ergebnisse über die Einwirkung von legalen Schwangerschaftsunterbrechungen auf die Aborte und auf die Geburtenzahl.*

Die Absicht des schwedischen Gesetzes zur legalen Schwangerschaftsunterbrechung war hauptsächlich die Anzahl der kriminellen Aborte zu verringern.

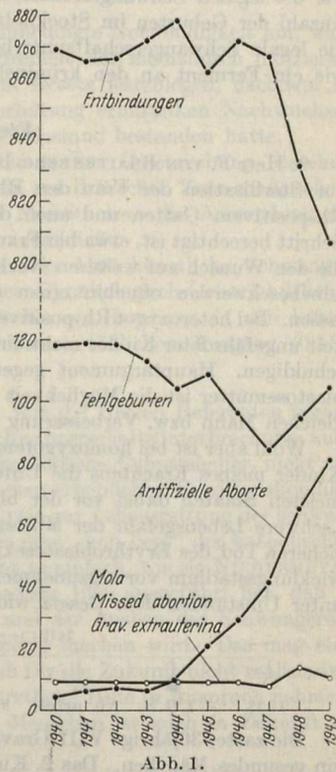


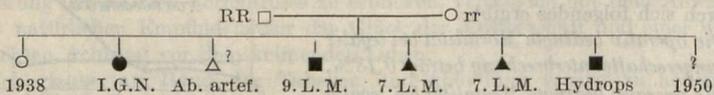
Abb. 1.

Sicher ist die Anzahl der Todesfälle bei kriminellen Aborten in den letzten Jahren in Schweden stark gesunken. Viele glauben nun, daß ebenfalls die Anzahl der kriminellen Aborte gesunken sei. Wie verhält es sich nun aber in Wirklichkeit? Hierzu kann ich über den Stockholmer Bezirk (rund 1 Million Einwohner) folgendes berichten, und werde dazu im Anschluß ein statistisches Diagramm zeigen (von Dozent Dr. AXEL INGELMAN-SUNDBERG, Stockholm, zusammengestellt und mir freundlicher Weise überlassen). Das Diagramm zeigt, wie pro Jahr je tausend Schwangerschaften endeten. Während der Jahre 1940—1949 sind die legalen Schwangerschaftsunterbrechungen stark angestiegen, und man müßte nun erwarten, daß die kriminellen Aborte in gleicher Weise gesunken seien. Da die spontanen Aborte konstant sind, und da die Kurve, welche die spontanen und kriminellen Aborte zusammenfaßt, jedoch während der letzten Jahre gestiegen ist, ergibt sich, daß die kriminellen Aborte wider Erwarten zugenommen haben. In gleicher Weise, wie die legalen Schwangerschaftsunterbrechungen gestiegen sind, ist die relative Anzahl der Geburten im Stockholmer Bezirk gesunken. So ergibt sich also, daß die legale Schwangerschaftsunterbrechung in Schweden, wie früher in Rußland, wie ein Ferment an den kriminellen Aborten wirkt.

Freie Diskussionen.

9. Herr F. VON BRAITENBERG-Bozen: Prof. NAUJOKS erwähnte bei den Anzeigen zur Sterilisation der Frau den Rh-Faktor. Ich glaube, daß nur bei homozygot Rh-positivem Gatten und auch dann nur in Ausnahmefällen dieser irreparable Schritt berechtigt ist, etwa bei Frauen nahe dem Ende der Konzeptionsmöglichkeit, die den Wunsch auf weiteren Nachwuchs aufgegeben haben und bei denen Unterleibsbeschwerden ohnehin einen operativen Eingriff wünschenswert erscheinen lassen. Bei heterozygot Rh-positivem Ehemann ist in Anbetracht der 50%-Möglichkeit ungefährender Kinder nicht einmal die Schwangerschaftsunterbrechung zu entschuldigen. Hauptargument gegen die Unfruchtbarmachung jüngerer Erythroblastosemütter ist die Möglichkeit der Wiederverheiratung mit einem rh-gruppen-gleichen Mann bzw. Verbesserung der Therapie in den nächsten Jahren.

Wohl aber ist bei homozygotem Ehemann nach einer Serie erythroblastosetoter Kinder meines Erachtens die Unterbrechung zu raten, trotzdem der Arzt in den meisten Staaten dabei vor der blinden Justiz nicht geschützt werden kann, da „schwere Lebensgefahr der Mutter“ nicht besteht und es nicht gestattet ist, den sicheren Tod des Erythroblastosekindes durch seine Beseitigung in früherem Entwicklungsstadium vorwegzunehmen. Daß man trotz mangelnder Rückendeckung unter Umständen dem Gesetz widersprechend handeln soll, zeigt folgender Fall:



Die zarte, 36jährige VIII-Gravida hatte 1938 von ihrer ersten Schwangerschaft ein gesundes Mädchen. Das 2. Kind starb 1939 am 6. Tag an Icterus gravis neonatorum. Die 3. Schwangerschaft wurde von mir 1940 wegen florider Tbc. ossis sacri auf Vorschlag der Tb-Fürsorge unterbrochen. Die 4.—6. Schwangerschaft endete zwischen 7. und 9. Monat mit Frühgeburt macerierter Früchte, meist mit schweren Blutverlusten durch Atonie. Die 7. Schwangerschaft erforderte wegen Mißverhältnis die Schnittentbindung, es handelte sich um Hydrops foetus univ., das Kind starb nach einigen Minuten. Nun steht die Patientin am Beginn der 8. Schwangerschaft. Es handelt sich um ein vollwertiges Ehepaar, das sehnlichst ein zweites lebendes Kind wünscht; über das Rhesusproblem ist es aus der Laienliteratur gut unterrichtet. Die therapeutischen Möglichkeiten scheinen heute,

nach den beachtlichen Erfolgen mit Haptenen, über die MAYER aus der EYMERSchen Klinik soeben berichtet hat, nicht mehr so aussichtslos wie damals, als mir gerade die Ergebnisse des Kongresses von Cambridge bekannt wurden. Ein mit dem Problem gut vertrauter Chefarzt lehnte mir ein Parere auf Interruptio mit der Bemerkung ab, das Kind könne ja auch von einem anderen Vater sein!

Meine Herren, stellen Sie sich in Ihrer eigenen Familie das Problem vor, nach dieser Anamnese die Frau ohne Hoffnung auf ein lebendes Kind ein halbes Jahr warten zu lassen, wann und wie die Katastrophe hereinbricht! Wollen wir hoffen, daß die Zukunft uns eine Therapie bringt, die demolierende Verfahren wie Interruptio oder Sterilisierung vermeiden läßt! Auf alle Fälle wollen wir Frauenärzte mithelfen, dafür zu sorgen, daß der Grundsatz: *Keine Fremdblutinjektion bei unbekanntem Rhesusfaktor ohne vitale Indikation!* allen Praktikern selbstverständlich wird, um wenigstens die Zahl der ärztlich verschuldeten Erythroblastosefälle zu vermindern!

10. Herr CORDUA-Hamburg weist auf die unbedingte Notwendigkeit hin, auch im künftigen Deutschen Strafrecht die Straffreiheit der medizinisch indizierten künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung im Gesetz festzulegen, nachdem bis zum Jahre 1935 (s. § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses) auf diesem Gebiet ein für die Ärzte unwürdiger Zustand bestanden hatte.

Leider bleiben im Augenblick Unklarheiten in der Gesetzgebung bestehen, z. B. auch bezüglich der Sterilisierung, da der in der Britischen Zone maßgebliche § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses die Anwendung des weitergehenden § 226a des Strafgesetzbuches ausschließt.

Zum Schluß Demonstration einer Tabelle über 1104 künstliche Schwangerschaftsunterbrechungen per abrasionem in der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Hamburg, in den letzten 5 Jahren, wobei 4 Perforationen (0,4%) mit einem tödlichen Ausgang (0,1%) vorgekommen sind.

11. Herr v. MIKULICZ-RADECKI-Flensburg: Wie die Herren Referenten bereits erwähnt haben, berührt das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung auch moral- und pastoraltheologische Fragen. Der katholische Geburtshelfer, nicht nur in einem katholischen Krankenhaus, gerät in einen erheblichen Gewissenskonflikt, wenn er bei einer vitalen Indikation die Interruptio zur Lebensrettung der schwangeren Frau durchführen muß, andererseits aber dem „non licet“ der katholischen Moral gegenübersteht. Die Dinge liegen ja nicht so einfach, wie sie NIEDERMEYER in seinem Handbuch der speziellen Pastoralmedizin 1950 ausgeführt hat, daß in absehbarer Zeit der Fortschritt der Therapie und der Ausbau der Schwangerenfürsorge den therapeutischen Abort völlig unnötig machen wird. Das mag eine Idealforderung sein, die aber schon deshalb auch für die Zukunft nicht realisierbar sein wird, weil viele Kranke zu spät die erste ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Mit der so verschiedenartigen Mentalität der Menschen ist auch in Zukunft zu rechnen.

Wie soll sich nun der katholische Geburtshelfer verhalten? Ich habe es immer als eine Inkonsequenz der Anschauungen empfunden, wenn Schwangere zur Interruptio aus einem katholischen Krankenhaus in ein staatliches oder kommunales überwiesen wurden; die eigentlich logische Schlußfolgerung, eine Frau an ihrer Schwangerschaftskomplikation schließlich sterben zu lassen, habe ich nie erlebt; zu diesem Faktum bekennt sich auch NIEDERMEYER nicht klipp und klar. Es erhebt sich auch die Frage, ob man dadurch nicht infolge Unterlassung des notwendigen Beistandes mit dem Gesetz in Konflikt käme, wenn es zum Exitus kommt, ohne daß alle therapeutischen Möglichkeiten erschöpft sind.

Es steht fest, daß nach den kirchlichen Lehrentscheidungen, insbesondere der Enzyklika „Casti connubii“, jede Schwangerschaftsunterbrechung sittlich nicht erlaubt ist. Diese objektive Unerlaubtheit entspricht aber nicht immer einer subjektiven Schuld. Das gilt für unvorhergesehene Fälle (Causus perplexi). Nach CAPELLMANN-BERGMANN richtet sich das praktische Handeln in Ausnahmefällen nach dem „allgemeinen Grundsatz, wonach jedermann zu tun verpflichtet ist, was er nach ernster Überlegung und Beratung mit Sicherheit vor Gott und seinem Gewissen als seine Pflicht erkannt hat“. In unvorgesehenen Fällen (Causus perplexi) bleibt als letzte Richtschnur das wohlunterrichtete Gewissen.

Mir scheint diese Auslegung, zu der NIEDERMEYER gelangt, sehr wichtig und ihre Kenntnis für erforderlich. Sie gibt auch dem katholischen Arzt eine Stütze für seine Entscheidungen in unvorhergesehenen Fällen.

Ob die gleichzeitig erfolgende Schwangerschaftsunterbrechung anlässlich einer Uterusexstirpation z. B. wegen eines Collumcarcinoms kirchlich gestattet ist, ist noch eine Streitfrage. Jedoch handelt es sich hierbei um eine grundsätzlich andere Einstellung zur werdenden Frucht: Sie wird nicht mit Absicht entfernt, um dadurch allein die Lebensrettung der bedrohten Mutter zu erreichen, sondern sie fällt bei einer notwendigen Operation, die zunächst gar nicht auf ihre Vernichtung hinzielt, dieser aus räumlichen Gründen zum Opfer.

12. Herr H. RUMMEL-Nürnberg: Neben den beiden vom Referenten, Herrn Prof. E. SCHMIDT, genannten unerläßlichen Voraussetzungen der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation — ernste Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren und Einverständnis der Schwangeren mit der Interruptio — kann auf eine dritte, sehr wesentliche Voraussetzung nicht verzichtet werden: Die Unterbrechung muß das *einzig*e Mittel sein zur Abwendung der drohenden schweren Gefahr. Auch diese Forderung ergibt sich aus den maßgebenden rechtsschöpferischen Reichsgerichtsentscheidungen.

Da Schwangerschaftsunterbrechung fast stets Tötung eines gesunden Kindes bedeutet, wird der die volle Verantwortung für den Eingriff tragende Frauenarzt nur auf wirklich verlässige Indikation hin handeln. Nun wird zwar die Forderung einer einwandfreien Diagnose meist erfüllt werden können, hingegen ist die sichere Prognosenstellung nach meiner Erfahrung auch für den tüchtigen Fachmann sehr schwierig, und zwar nicht nur bei der Tuberkulose und beim Diabetes, sondern bei der großen Mehrzahl *aller* Unterbrechungsanträge veranlassenden Erkrankungen. Wir haben deshalb nur selten Unterbrechungsanträgen entsprochen und bei dieser strengen Einstellung in 5 Jahren keine der abgelehnten Patientinnen verloren.

Die von einer „gemischt sozial-medizinischen“ Indikation und vom Entschluß zur Sterilisation aus vorwiegend sozialen Gründen zu erwartenden Ergebnisse dürften denen entsprechen, die in Schweden bei der Unterbrechung wegen „vorhersehbarer Schwäche“ gemacht wurden.

Beim gegenwärtigen Kampfe gegen die namentliche Meldung von Fehlgeburten ist besonders zu achten auf die in manchen Ländern, wie z. B. in Bayern, auch nach Aufhebung der namentlichen Fehlgeburtenmeldung noch geforderte namentliche Meldepflicht des fieberhaften Abortes als „Kindbettfieber nach Fehlgeburt“. Unter dieser Bezeichnung findet sich in der Verordnung die fieberhafte Fehlgeburt als seltener Fremdling neben den bekannten übertragbaren meldepflichtigen Krankheiten.

13. Herr SCHULTZE-RHONHOF-Bünde: Die Indikationsstellung zur Sterilisierung aus sozialen Gründen ist und kann nicht Aufgabe des Arztes sein. Das hierüber zu Sagende hat aber Herr NAUJOKS bereits sehr klar zum Ausdruck gebracht. Gestatten Sie mir daher nur noch einen kurzen Hinweis auf einen Punkt, der mir doch gewichtig zu sein scheint.

Wenn vorhin davon gesprochen wurde, daß man auch die Freigabe der Sterilisierung aus sozialer Indikation grundsätzlich anstreben solle, so sollte man doch vor einer solchen Beschlußfassung noch einmal ernstlich bedenken, daß der Ehemann der sterilisierten Frau sich nach dem erfolgten Eingriff scheiden lassen oder sterben kann. Denn darüber besteht wohl kein Zweifel: Auch in der Ehe, in der ein Partner aus rein sozialen Gründen unfruchtbar gemacht wird, dürfte es immer die Frau sein, die sich dem Eingriff unterwerfen muß. Besteht dann späterhin für eine solche Frau die Möglichkeit wieder zu heiraten, vielleicht damit sogar die Möglichkeit, in wirtschaftlich günstigere Verhältnisse zu kommen, so kann diese neue Ehe allein daran scheitern, daß der künftige Ehemann auf die Möglichkeit, Kinder zu bekommen, nicht verzichten will. Bedenkt man dann noch, daß die Aussichten einer Wiederherstellungsoperation ganz außerordentlich gering sind, so zwingt das wohl zu einer weitgehenden Zurückhaltung in der Frage der grundsätzlichen Freigabe der Sterilisierung aus rein sozialer Indikation.

14. Herr DURST-Zagreb: Der Aufforderung unseres hochgeschätzten Herrn Vorsitzenden Folge leistend, will ich Ihnen, meine Damen und Herren, über die Gesetze und Verordnungen der Schwangerschaftsunterbrechung in Jugoslawien einen kurzen Bericht erstatten. Jugoslawien entstand 1918 nach dem ersten Weltkriege. Seitdem hat es 3 Staatsformen gewechselt. Erstens von 1918—1941 war es ein Königreich, dann bis Mai 1945 unter der Okkupation wurde es totalitär regiert, seit Mai 1945 ist es eine sozialistische Bundesrepublik. Jugoslawien hat nach dem ersten Weltkriege als erster Staat in Europa die Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation legalisiert. Die Schwangerschaftsunterbrechung wurde gestattet aus vitaler Indikation oder wenn der Frau die Gefahr einer dauernden Schädigung lebenswichtiger Organe droht und diese Gefahr auf keine andere Weise als durch die Unterbrechung der Schwangerschaft beseitigt werden kann. Zu diesem Gesetze mußte das Gesundheitsministerium die Durchführungsverordnung erlassen. Der oberste Sanitätsrat wurde mit der Verfassung dieser Verordnung betraut und dieser forderte mich als sein Mitglied auf, diesbezüglich einen Entwurf auszuarbeiten. Nach einer Konsultation aller Gynäkologen Jugoslawiens einigten wir uns in folgenden Punkten: Die Schwangerschaft darf nur unterbrochen werden, wenn in einem Konsilium von 3 Ärzten die vitale Indikation oder die drohende Gefahr dauernder Gesundheitsschädigung *einstimmig* bestätigt wird. Darüber ist ein Protokoll zu verfassen und von allen 3 Ärzten zu unterzeichnen. Die 3 Ärzte sind: ein Amtsarzt, ein Gynäkologe und ein Spezialarzt für die Krankheit, wegen welcher die Schwangerschaft unterbrochen werden soll. Nun, ich kann Ihnen berichten, daß diese Vorsichtsmaßregeln gar keinen Erfolg gezeitigt haben. Das Protokoll wurde mit der Zeit eine reine Formalität. Unter dem totalitären Regime, welches die Zügel straffer spannte, wurden gleich zu Beginn zwei praktische Ärzte ins Gefängnis gesteckt, die Schwangerschaftsunterbrechung wurde nur in staatlichen Anstalten (Kliniken, Krankenhäusern) gestattet. Gegen Ende des totalitären Regimes (1944 und bis Mai 1945) war aber alles beim Alten, ja es gab mehr ärztliche unindizierte Aborte als früher. Im sozialistischen Staate wurde die Verordnung über die Schwangerschaftsunterbrechung ausschließlich in staatlichen Anstalten beibehalten, ebenso die medizinische Indikation. Im ersten Jahre jedoch behielt sich das Gesundheitsministerium das Recht vor, selbst die soziale Indikation zu stellen und die Schwangere in die Klinik oder Krankenhausabteilung mit einem schriftlichen Bescheid einzuweisen, in dem es hieß: Bei Genossin X. Y. ist die Schwangerschaft aus sozialer Indikation zu unterbrechen. In einigen Fällen, wo die Schwangerschaft schon zu weit fortgeschritten war (5.—6. Monat), unterblieb auf unsere Intervention die Schwangerschaftsunterbrechung. Dieser Zustand dauerte glücklicherweise nur kurze Zeit. Dann blieb es weiter nur bei der medi-

zinischen Indikation. Inzwischen wurden Gesetze und Verordnungen für Mutter-schutz und Kinderfürsorge geschaffen. Es wurden neue gynäkologisch-geburts-hilfliche Abteilungen in den Krankenhäusern errichtet, Schwangerenberatungs-stellen, Krippen, Schwangeren- und Wöchnerinnenheime errichtet, sowie zahlreiche Verordnungen über Begünstigungen der schwangeren Frau erlassen.

Die arbeitende Schwangere darf z. B. jetzt in Jugoslawien vom 5. Schwanger-schaftsmonat an keine Nacharbeit leisten, 6 Wochen vor und 6 Wochen nach der Geburt hat sie Anrecht auf einen bezahlten Urlaub und 8 Monate während des Stillens hat sie gekürzte Arbeitszeit bei vollem Lohn. Von diesen Begünstigungen und vom weiteren Ausbau der Schwangerschafts- und Mutterfürsorge erwarten wir einen viel größeren Erfolg, als es verschiedene noch so strenge Gesetze und Verordnungen bisher gezeitigt haben.

15. Herr SCHMIDT-Heidelberg (Schlußwort):
(Manuskript nicht eingegangen.)

16. Herr H. NAUJOKS-Frankfurt (Schlußwort): Viele der in der Diskussion angeschnittenen Punkte können nicht ausführlicher erörtert werden. Ich möchte nur betonen, daß ich bei der Sterilisierung keineswegs einer Lockerung der Indi-kationen das Wort reden wollte, sondern daß ich vor allem eine Befreiung des Arztes von allen formalistischen Fesseln und bürokratischen Vorschriften gefordert habe, die wir bei der Schwangerschaftsunterbrechung wegen der ganz anderen Rechtslage nicht entbehren können. Die Aufstellung besonderer Richtlinien für Ärzte in einigen Bezirken Bayerns mag sehr zweckmäßig sein, sie könnte aber die einheitliche Gestaltung des ganzen Problems und die gleichmäßige praktische Durchführung beeinträchtigen, die der Herr Präsident neben anderen Zielen mit dieser großangelegten Aussprache anstrebte.

Besonders interessant und wichtig ist uns allen wohl die Mitteilung der Rechts-lage und der praktischen Anwendung der diskutierten Maßnahmen in außer-deutschen Ländern, für die wir den Kollegen aus dem Auslande von Herzen dankbar sind. Noch nie ist dieses schwierige und aktuelle Problem auf so breiter Grund-lage erörtert worden. Manche prinzipiellen Unterschiede haben wir dabei kennen-gelernt.

Unterstreichen möchte ich den Satz von Herrn SJÖVALL: „Wir wollen nicht fragen, was strafbar und straffrei, sondern was richtig ist.“ So wertvoll und notwendig die juristische Definition und Fixierung ist, das Wichtigste bleibt die ethische Einstellung des Arztes. Und eine hohe Aufgabe im Rahmen des ganzen Problems besteht für uns darin, die Kollegen in der Praxis in ihrer festen und korrekten Haltung zu stützen und den jungen Nachwuchs zu wahren und an-ständigen Ärzten zu erziehen.

Schlußworte.

Der Präsident: Der Beifall hat gezeigt, mit welcher Anerkennung die Aus-führungen der Herren Referenten aufgenommen worden sind. Besonders wertvoll scheint mir neben den beiden Hauptreferaten auch der Einblick in die Handhabung im Ausland, den uns die Herren Korreferenten gewährt haben.

Damit sind wir am Ende unseres Tagungsprogramms angelangt. Ich glaube, daß wir fleißig gearbeitet haben. Es wurden 4 Hauptreferate und 6 Korreferate erstattet und 31 Vorträge gehalten. Die Zahl der Demonstrationen betrug 3 und die Zahl der Diskussionsbemerkungen 120. Wir hoffen, mit dieser Tagung durch die Fortschritte der Wissenschaft dem Fortschritt in der Praxis gedient zu haben. Es bleibt mir nur noch übrig, Ihnen allen für Ihre Ausdauer, Aufmerksamkeit und