

Aus der medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses  
Dresden-Friedrichstadt

## Schwangerschaftsunterbrechung und Unfrucht- barmachung auf Grund von Indikationen von seiten des Herzens

### Ein Rechenschaftsbericht

Von Professor Fritz Lange\*),

Sachbearbeiter in den „Stadlerschen Richtlinien“

Am 1. Oktober 1935 wurden den deutschen Aerzten die „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen“ übergeben. Es ist an der Zeit, die bisher damit gemachten Erfahrungen zu sichten und zu überdenken.

Die Reichs-Gutachterstelle in der Reichsärztekammer (Leiter: Dr. Hans Stadler, München) hat diese Sichtung veranlaßt und mir die Anträge aus der Zeit vom 1. Oktober 1935 bis 31. Dezember 1938, die auf Grund einer „Indikation von seiten des Herzens“ gestellt wurden, zugänglich gemacht.

Zweck der Untersuchung soll sein, Rechenschaft darüber zu geben: 1. Welche Ergebnisse die Begutachtungen zur Schwangerschaftsunterbrechung in der Praxis bisher gezeigt haben, um daran 2. Feststellungen zu treffen, was sich an der bisher geübten Methodik bewährt hat oder was der Ergänzung bedarf. Diese Ergebnisse sollen später bei einer Neuausgabe der Richtlinien ihren Niederschlag finden.

Die „Indikationen von seiten des Herzens“ umfassen auch die peripheren Kreislaufstörungen. Zahlenmäßig überwiegen bei den Antragstellungen die Diagnosen der Herzschädigungen. In etwa 15% aller Fälle handelt es sich vorwiegend um Erkrankung der Arterien, Venen oder um periphere vasomotorische Störungen. Wenn wir also von den „Indikationen von seiten des Herzens“ sprechen, ist sinngemäß zu ergänzen: „und der Blutgefäße“.

Von 859 auf Grund einer „Indikation von seiten des Herzens“ gestellten Anträgen scheidet 41 aus, weil bei näherer Untersuchung eine Gravidität nicht bestand und somit der Antrag irrtümlich gestellt war oder der Antrag noch vor der Entscheidung zurückgezogen wurde.

Von den verbleibenden 818 Anträgen wurden 29 Anträge auf Sterilisation allein gestellt, davon 27 genehmigt und 2 abgelehnt.

Von den 789 verbleibenden Anträgen auf Unterbrechung oder Unterbrechung zugleich mit Unfruchtbarmachung wurden

343 abgelehnt  
und 446 genehmigt.

Zunächst sollen die mit **Ablehnung** beschiedenen Fälle betrachtet werden.

Die 343 abgelehnten Anträge setzen sich zusammen aus 333 Anträgen für Unterbrechung und 10 für Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung.

Der Antrag wurde abgelehnt:

in 41 %	der Ablehnungsfälle,	weil ein Herzschaden nicht bestand,
in 23,8%	„	bei kompensierter Mitralinsuffizienz,
in 12,3%	„	bei kompensierter Mitralstenose oder kompensierter Mitralstenose + Mitralinsuffizienz,
in 9,4%	„	bei Kreislaufstörungen anderer Art,
in 6,6%	„	bei kompensiert. Herzmuskelschaden,
in 4,4%	„	bei thyreotoxisch bedingter Herzfunktionsstörung,
in 2,5%	„	bei Aortenklappeninsuffizienz.

Von den 343 abgelehnten Anträgen wurde in etwa 90 Fällen die **Diagnose** eines organischen Herzfehlers von den nachuntersuchenden Aerzten nicht bestätigt. Es sind das etwa 25% der abgelehnten Fälle, also eine beachtliche Zahl. Die Stellung der Diagnose machte dem Antragstel-

\*) Der Mitarbeit von Frau Ruth Goerlich, Städt. Krankenhaus Augsburg, verdanke ich die umfangreiche statistische Bearbeitung des Stoffes.

lenden Arzt offenbar Schwierigkeiten und führte häufig zu Irrtümern.

Die Tatsache, daß in 25% der Ablehnungsfälle überhaupt kein Herzschaden bestand, muß nachdenklich stimmen. Sie weist wieder auf die Schwierigkeiten hin, bei einer Schwangerschaft überhaupt festzustellen, ob ein Herzschaden vorliegt oder nicht. Aus diesem Grunde ist in den Richtlinien bei Besprechung der „Indikation von seiten des Herzens“ der Diagnosestellung ein besonders breiter Raum gewährt. Offenbar gibt am häufigsten ein an den Klappen auftretendes Geräusch Veranlassung, einen Herzfehler zu diagnostizieren, und doch ist es eine ganz allgemeine Regel, daß bei dem wachsenden Uterus und dem damit allmählich höher-tretenden Zwerchfell ein Geräusch besonders an der Basis mit großer Regelmäßigkeit auftritt. In zweiter Linie gibt die gefundene Vergrößerung des Herzens Anlaß, an einen Herzfehler zu denken. Aber auch da ist bei der Schwangerschaft die Querlagerung des Herzens und die damit verbundene Verbreiterung der Perkussionsfigur ein durchaus physiologischer Befund. In dritter Linie sind es die bei vielen Schwangerschaften auftretenden allgemeinen vasomotorischen Störungen, die dem Arzt Veranlassung geben die Diagnose eines Herzschadens zu stellen. Zyanose an den Extremitäten, Oedeme an den Beinen, auftretende Tachykardie, wechselnd schneller Puls und Dyspnoe kommen bei entsprechend dazu neigenden Frauen bei Schwangerschaft mehr oder weniger stark immer vor. Es ist notwendig zu wissen, daß alle diese genannten Symptome allein keineswegs die Annahme eines Herzfehlers bedingen.

Schon aus dieser Zahl von 25% der abgelehnten Fälle ist zu ersehen, wie wichtig es ist, daß die Diagnose des antragstellenden Arztes von einem zweiten Berufskameraden überprüft wird, damit nicht, wie früher, bei Schwangeren Unterbrechungen vorgenommen werden, bei denen es sich überhaupt um gar keinen organischen Fehler handelt. Es erscheint nach diesen Feststellungen nicht unnütz, in den Richtlinien auf alle diese Möglichkeiten zum Irrtum vielleicht in noch etwas breiterer Form als es bereits geschehen ist, hinzuweisen.

Wir beschäftigen uns weiter mit dem **Schicksal der Frauen mit abgelehnten Anträgen**. Es waren 343 Frauen, bei denen die Gutachter eine Unterbrechung ablehnten.

Lebende Geburten . . . . .	267 = 77,8%,
Aborte und Totgeburten . . . . .	55 = 16 %,
Tod der Mutter post abortum . . . . .	4 = 1,2%,
Tod der Mutter vor der Geburt . . . . .	3 = 0,9%,
Unterbrechung, die nach Ablehnung notwendig wurde	2 = 0,6%,
nicht ermittelt oder doppelt gezählt . . . . .	12 = 3,5%.

Betrachten wir die gewonnenen Zahlen. Die 267 lebend geborenen Kinder sind ein tatsächlicher Gewinn. Man kann wohl annehmen, daß sie vor Einrichtung der Gutachterstellen nicht geboren worden wären. Der wirkliche Gewinn an lebenden Kindern ist jedoch durch diese Zahl nicht zu erfassen. Wir machen die Erfahrung, daß die Antragstellungen im letzten Jahre mit viel gewichtigeren Gründen gestellt werden, daß offenbar seltener Anträge gestellt werden und meist nur dann, wenn sie ernsthaft begründet sind. Es erweist sich also die Gutachterstelle als eine heilsame Bremse für schlecht begründete Antragstellungen. Wir dürfen nach diesen Erfahrungen mit Sicherheit annehmen, daß eine Vielzahl von Schwangerschaftsunterbrechungen vorgenommen worden wäre, wenn die straffe Organisation nicht bestanden hätte.

Beachtung verdient die hohe Zahl von **Aborten**. Gehen wir den Diagnosen nach, deretwegen bei den Abortfällen der Antrag auf Unterbrechung gestellt wurde, so ergibt sich, daß alle oben genannten Diagnosen in gleicher Anzahl beteiligt sind, so daß es nicht notwendig ist, sie im einzelnen aufzuführen. Die Ursache dieser verhältnismäßig großen Zahl mag darin liegen, daß bei organischen Herzkrankheiten schwerer Art eher ein Abortus zustande kommt als eine Schädigung der Mutter. Man könnte darin eine natür-

liche Sicherung des Lebens der Mutter erblicken: in sehr vielen Fällen, in denen im Verlaufe der Schwangerschaft die Kreislaufschädigung zunimmt, führt die schlechter werdende Ernährung der Frucht rechtzeitig zum Abortus und befreit dadurch die kreislaufkranke Mutter auf natürlichem Wege von einer sie schädigenden Belastung. Für uns Aerzte ist der Spontanabortus der natürliche Sicherheitsfaktor für das Leben der Mutter.

Wie weit bei der großen Zahl der Aborte eine gewisse Nachhilfe bei den Frauen, die ein Kind nicht wünschen, auch heute noch eine Rolle spielt, ist nicht sicher nachweisbar.

Wichtig ist eine genaue Analyse der Todesfälle der Mütter. Ante partum sind 3 Mütter ad exitum gekommen, post partum 4.

1. Eine 24j. Erstschwangere im 3. Monat wird wegen Herzmuskelsuffizienz bei starkem Gibbus nach Tuberkulose wegen Schwangerschaftsunterbrechung begutachtet. Der erste Gutachter spricht sich für die Unterbrechung, der zweite für eine klinische Beobachtung aus. Noch während des Klinikaufenthaltes tritt eine plötzliche Verschlechterung ein, so daß noch eine Unterbrechung vorgenommen wurde. Die Kranke verstarb noch in derselben Nacht. Dieser Todesfall ist also unbeeinflusst von der Entscheidung der Begutachtung.

2. Eine 30j. Schwangere im 4. Monat der 3. Schwangerschaft. Es handelt sich um eine dekompensierte Mitralkstenose mit Embolien. Beide Gutachter, der erste und zweite Gutachter, sprechen sich für eine Unterbrechung aus. Trotzdem wird ohne Oberbegutachtung die Unterbrechung abgelehnt. In diesem Falle ist die Ablehnung, ohne eine klinische Oberbegutachtung herbeigeführt zu haben, nicht angebracht gewesen.

3. Eine 22j. Schwangere mit Mitralsuffizienz, asthenischem Habitus und Schwangerschaftserbrechen. Die Mitralsuffizienz wird als kompensiert angegeben. Die Kranke ist angeblich nach einiger Zeit gestorben. Etwas Näheres konnte über diesen Fall nicht in Erfahrung gebracht werden.

4. Eine 35j. Frau im 4. Schwangerschaftsmonat, die 3 lebende Kinder hat, wird auf Antrag begutachtet. Es handelt sich um eine leichte dekompensierte Mitralsuffizienz und -stenose. Gutachter I ist für Unterbrechung, Gutachter II für Klinikbeobachtung. Der Obergutachter lehnt ab, da eine Unterbrechung mindestens so schwer sei wie die Geburt. Die Mutter stirbt nach der Geburt. Das lebend geborene Mädchen stirbt später. In diesem Falle ist schon bei der Oberbegutachtung erwogen, daß eine Unterbrechung eine Lebensgefahr bedeute, da die Schwangerschaft schon bis zum Ende des 4. Monats vorgeschritten war. Es handelte sich also um einen im ganzen recht gefährdeten Fall.

5. Eine 23j. Frau, nullipara, im 4. Schwangerschaftsmonat, begutachtet wegen der Diagnose Aorteninsuffizienz, Mitralsuffizienz und -stenose und Anämie. Der Gutachter I ist gegen, der Gutachter II für Unterbrechung. Der Obergutachter ist „bedingt gegen eine Unterbrechung“ und schlägt ärztliche Beobachtung vor. Die Mutter stirbt bei der Geburt, das Kind lebt. In diesem Falle ist das Abwarten des Obergutachters mit Wahrscheinlichkeit auf den Wunsch der Mutter, ein Kind zu erhalten, zurückzuführen. Sachlich wäre eine Unterbrechung richtiger gewesen.

6. Eine 25j. Frau im 3. Monat der 2. Schwangerschaft. Es handelt sich um eine kompensierte Mitralsuffizienz mit Stenose. Beide Gutachter sprechen sich gegen Unterbrechung aus, da offenbar der Kreislauf gut kompensiert war. Die Mutter stirbt nach der Geburt. Das Kind bleibt gesund. Das Urteil ist auch bei Ueberprüfung richtig gewesen. Der Todesfall der Mutter kam unerwartet.

7. Eine 35j. Frau im 3. Schwangerschaftsmonat. Begutachtung wegen eines Mitraltitiums. Die Gutachter sind beide gegen eine Unterbrechung. Die Frau stirbt am 5. Tage nach der Entbindung an den Folgen der Entfernung des Uterus, die wegen einer Placenta praevia vorgenommen wurde. Der Todesfall war nicht durch den Kreislauf bedingt, sondern Folge der Placenta praevia. Das Urteil war nach den Richtlinien richtig.

Betrachten wir die Gesamtheit der angeführten Todesfälle, so ist zunächst auf die Banalität hinzuweisen, daß ein gewisses Risiko bei jeder Geburt gelaufen werden muß. Bei Betrachtung der Einzelfälle ist ersichtlich, daß die Mehrzahl nicht infolge des Kreislaufschadens starb, und daß vielleicht nur in 2 Fällen der Exitus letalis durch frühzeitige Unterbrechung hätte verhindert werden können.

Wir kommen zu den 446 Fällen, in denen die Schwangerschaftsunterbrechung befürwortet und durchgeführt wurde. Von den **Genehmigungen** betrafen 294 eine Unterbrechung allein, 152 eine Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung.

Gründe für die Unterbrechung der Schwangerschaft waren:

Mitralsuffizienz + Stenose		
kompensiert	13	
dekompensiert	131	144
Mitralsuffizienz (einschließlich der als Mitraltitium bezeichneten Fälle)		
kompensiert	27	
dekompensiert	81	108
Mitralkstenose		
kompensiert	14	
dekompensiert	45	59
Muskuläre Herzinsuffizienz (ohne Klappenbeteiligung)		
kompensiert	7	
dekompensiert	54	
fraglich dekompensiert	42	103
Aortentitium		11
Uebrigere Herzerkrankungen:		
Pulmonalstenose, angeborenes Vitium, Fettherz, Vitien mit Kyphoskoliose		6
Kreislaufschäden auf Grund anderer Erkrankungen, Nephropathie, Depression, perniziöse Anämie		15
		446

Aus den bisher mitgeteilten Zahlen geht die Wichtigkeit der Mitralkstenose hervor. Eine Genehmigung zur Unterbrechung wurde am häufigsten bei Mitralkstenose gegeben (nämlich in 144 + 59 = 203 Fällen). Eine Ablehnung erfolgte wegen Mitralkstenose verhältnismäßig am seltensten (in 33 Fällen).

Bei 17 Todesfällen war 11mal eine Mitralkstenose die Ursache.

Gesamtzahl der Todesfälle 17, davon Mitralkstenose 4  
bereits abgelehnte Anträge 7, davon Mitralkstenose 4  
durch den Tod nicht vollendete Gutachten 6, davon Mitralkstenose 4  
Tod während oder nach Unterbrechung 4, davon Mitralkstenose 3

Gesamttodesfälle infolge von Stenose 11

In den Richtlinien (Seite 52) wurde ausgeführt, daß man dem Kreislauf beim Bestehen einer Mitralkstenose besondere Aufmerksamkeit widmen müsse, und daß man die Entscheidung — ebenso wie bei den übrigen Herzfehlern — nicht nach der Größe des feststellbaren Fehlers sondern nach dem Zustand des Gesamtkreislaufes richten müsse. Bei guter Kompensation liegt ein Grund für eine Unterbrechung nicht vor, bei Dekompensationserscheinungen richtet sich die Entscheidung nach der Möglichkeit, durch Heilmaßnahmen eine Kompensation zu erzielen. Gelingt das nicht, so ist die Unterbrechung notwendig.

Diese Regel behält nach unserer Aufstellung ihre Richtigkeit. Nur geben uns die Zahlen eine anschauliche Lehre, wie oft bei Mitralkstenose eine Unterbrechung notwendig wurde und wie relativ oft die Stenose Ursache für einen tödlichen Ausgang war. Es liegt das in dem Mechanismus des Klappenfehlers „Stenose“ begründet. Die Anpassungsfähigkeit einer Stenose an eine Ueberbelastung ist vermindert. Bei einer Mitralsuffizienz kann die linke Kammer durch die weite Oeffnung ihrer Klappe zum Vorhof so viel Blut zum Auswurf in die Peripherie erhalten, wie sie braucht, um die Peripherie selbst bei gesteigertem Anspruch zu sättigen. Es kommt dabei viel weniger auf die Größe des Klappendefektes als auf den Zustand des linken Herzkammermuskels an, der, infolge seiner vermehrt an ihn gestellten Aufgabe hypertrophisch geworden, vermehrte Arbeit noch lange leisten kann.

Anders bei der Mitralkstenose. Selbst wenn der Muskel der linken Kammer noch leistungsfähig wäre, so nützt ihm das nichts. Durch die stenosierte Klappe kann

immer nur eine gewisse Menge Blut in die Kammer strömen und immer dann, wenn die Peripherie mehr Blut braucht, kann die linke Kammer dem vermehrten Anspruch nicht genügen, sie vermag nur dieselbe, aber keine gesteigerte Menge Blut in die Peripherie zu werfen, da sie durch die Mitralklappenmenge eben nicht mehr Blut durchkommt. So kommt es, daß sich Menschen mit einer Mitralklappenstenose ängstlich vor jeder Ueberbelastung hüten und viel leichter als etwa Menschen mit Mitralsuffizienz bei gesteigerter Arbeit versagen. So ist auch verständlich, warum eine Mitralklappenstenose, die aus irgendeinem Grunde dekompensiert ist, so schwer durch Heilmaßnahmen zu beeinflussen ist. Alle Reize, die wir auf das Herz einwirken lassen, vermögen wohl die linke Kammer zum häufigeren oder kräftigeren Schlagen anzuregen, aber mehr Blut kann aus der schlechtversorgten Kammer trotzdem nicht ausgeworfen werden.

Auch bei der erhöhten Beanspruchung des Herzens während der Schwangerschaft ist eine entsprechende Anpassung an den vermehrten Bedarf des peripheren Kreislaufes bei der Mitralklappenstenose schwer möglich. So wird uns die Zahl der wegen Mitralklappenstenose gestellten Anträge und die Häufigkeit der Genehmigung verständlich.

Wenn somit die grundsätzliche Einstellung unserer Richtlinien auch bei der Mitralklappenstenose ihre Gültigkeit behält, so zeigen doch die Zahlen, wie oft gerade dieser Herzklappenfehler sich ungünstig auf die Schwangerschaft auswirkt.

Nach vollzogener Schwangerschaftsunterbrechung sind 4 Todesfälle zu verzeichnen.

1. Eine 36j. Zweitgebärende im 3. Monat der Schwangerschaft mit der Diagnose Myokardschaden bei Hypertonie mit beträchtlicher Dekompensation. Beide Gutachter haben sich für die Unterbrechung entschieden. Die Unterbrechung wurde ausgeführt. Bei der Operation verstarb die Mutter.

2. Eine 26j. Erstgebärende im 3. Monat der Schwangerschaft litt an einer dekompensierten Mitralklappenstenose und -insuffizienz. Beide Gutachter sprachen sich für die Unterbrechung aus. Die Unterbrechung wurde vollzogen. 10 Tage nach der Operation verstarb die Mutter an akuter Herzschwäche.

3. Eine 32j. Zweitgebärende im 2. Monat der Schwangerschaft leidet an einer dekompensierten Mitralklappenstenose mit -insuffizienz. Komplizierend ist eine alte Lungentuberkulose. Beide Gutachter entscheiden sich für die Unterbrechung. Die Unterbrechung wird ausgeführt. Einige Tage darnach verstirbt die Kranke.

4. Eine 25j. ledige Erstgebärende im 4. Monat leidet an einem dekompensierten Mitralklappenfehler. Beide Gutachter entscheiden sich für die Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Unterbrechung wird ausgeführt. Nach dem Eingriff tritt ein akutes Versagen des Herzens auf, das zum Tode führt.

Die mitgeteilten Todesfälle nach richtig indizierter und vorgenommener Unterbrechung sind schicksalsmäßig anzusehen. Es gab keine Möglichkeit, sie zu vermeiden. Sie verdienen Beachtung zur verständnisvollen Wertung der oben mitgeteilten Todesfälle von Frauen, die in Fortführung der Schwangerschaft oder nach der Geburt verstarben.

Untersuchen wir nunmehr, wie weit die Indikationsstellung den Richtlinien folgte und wie weit sie diesen nicht entsprach. Im allgemeinen halten sich die Urteile der Gutachter an die gegebenen Linien.

Auch im Schrifttum haben die Richtlinien grundsätzliche Zustimmung gefunden und die vorgezeichnete Indikationsstellung zur Unterbrechung nicht nach der Art des Herzleidens, sondern nach den drei Gruppen der Kompensation des Kreislaufes ist nicht nur in den Kreisen der Internisten, sondern auch von den Gynäkologen angenommen worden. (Siehe das Referat von v. Jaschke, XXV. Tagung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Ref. im Arch. Gyn. 1938, Bd. 166, S. 40.)

Bei der Entscheidung der Gutachter gibt es interessanterweise große örtliche Unterschiede. In einigen Gauen ist eine deutlich strengere Handhabung der Richtlinien zu finden als in anderen. Nicht immer vermag man von allen Gutachten ein völlig klares Bild zu erhalten, ob die Unterbrechung der Schwangerschaft in diesem Falle wirklich notwendig war oder nicht. Im ganzen ergeben aber

die Zeugnisse des Antragstellers und der beiden Gutachter, gegebenenfalls mit dem des Oberbegutachters, ein recht anschauliches Bild, um was es sich gehandelt hat. Diese Feststellungen sind nun nicht mehr zahlenmäßig zu belegen, sondern bei Durcharbeitung der vielen Hunderte von Gutachten zeigt sich eine allgemeine Linie, nach der in den einzelnen Gauen geurteilt worden ist. Im ganzen sind die Aerzte in der Stadt weit eher für eine Ablehnung bereit, als die auf dem Lande. München und Berlin gehen in der Strenge der Indikation voran, ohne dabei mehr Todesfälle oder Aborte zu verzeichnen, als andere Gegenden Deutschlands. Im allgemeinen sind Gaue mit vorwiegend ländlicher Bevölkerung einer Bewilligung zur Unterbrechung geneigter, als Gaue mit vorwiegend städtischer Bevölkerung. Es mag das daran liegen, daß dem ländlichen Arzt die Uebernahme der Verantwortung, eine Schwangerschaft bestehen zu lassen, oft allein wegen der größeren Entfernungen bei Eintritt einer Notlage schwerer fällt.

Bei der ärztlichen Höhe, auf der die Gutachten im Gesamtdurchschnitt stehen, darf nicht verschwiegen werden, daß auch eine große Zahl dabei ist, die es mit der Diagnosestellung gar zu leicht nimmt. Wenn zwei Aerzte zu der Ueberzeugung kommen, daß eine Unterbrechung notwendig ist, so ist im allgemeinen an der Zubilligung zur Unterbrechung nichts zu ändern. Erst wenn der eine von beiden Aerzten durch einen Antrag die Frage der Ablehnung in die Waagschale wirft, wird durch den zugezogenen Gutachter das Urteil schärfer begründet.

Ueber den Gesamtdurchschnitt erheben sich die **fachärztlichen Gutachten**, die in Krankenhäusern, in Kliniken oder vom Facharzt in der Wohnung der Schwangeren erstellt werden.

Die Zusammenstellung ergibt, daß von den 859 Fällen 249mal ein Obergutachten eingeholt worden ist, das ist in 29% der Fälle. In diesen Fällen fiel die Entscheidung 91mal für die Unterbrechung, 153mal dagegen. (5 fanden eine andere Erledigung.) Von diesen 153 von dem Obergutachter abgelehnten Fällen sind allein 124 lebende Kinder zur Welt gekommen. Es ist uns das ein Zeichen, daß bei exakter Beurteilung am wenigsten Fehler gemacht werden.

Wenn wir mit diesen Kenntnissen die Gesamtbegutachtungen beurteilen, so regt sich der Wunsch, daß die Leiter der Gutachterstellen häufiger als bisher einen Facharzt befragen möchten. Die Ergebnisse einer solchen Befragung sind nach den vorliegenden Fällen recht gut. Es ist eben in einer Klinik oder in einem Krankenhaus ganz anders als bei einmaliger Untersuchung in der Sprechstunde oder im Haus der Schwangeren die Möglichkeit gegeben, exakte Feststellung zu machen. Es hat sich nach den Urteilen der Obergutachter bewährt, die gesamte Beurteilung der herzkranken Schwangeren, wie wir es in den Richtlinien taten, in drei Rubriken zu teilen. Die völlig kompensierten Herzfehler brauchen nicht unterbrochen zu werden. Bei den Fällen, bei denen bei der ersten Untersuchung eine Dekompensation vorliegt, ist eine klinische Beobachtung notwendig. Gelingt es, durch Ruhe und die üblichen Mittel der Herzbehandlung den Kreislauf zu kompensieren, so wird mit Wahrscheinlichkeit auch für die Zukunft der Schwangerschaft der Kreislauf kompensiert erhalten bleiben können. Eine Unterbrechung ist dann abzulehnen. In den Fällen jedoch, in denen bei einer klinischen Behandlung eine Kompensation nicht erreicht werden kann, ist die Unterbrechung durchzuführen. Diese Feststellungen lassen sich am allerbesten in einem Krankenhaus oder einer Klinik treffen. Es sollte daher die Obergutachtung mehr als bisher herangezogen werden.

Dem Gutachter bereitet die **soziale Lage** der Schwangeren häufig mehr Sorge, als das in den kurzen Richtlinien seinen Niederschlag finden konnte. Die Richtlinien sind in diesem Sinne klar. Sie besagen, daß es eine soziale Indikation grundsätzlich nicht geben darf. Die Frage bedarf aber weiter eingehender Erörterung.

Beurteilen wir die Lage nicht allein nach der Einkommenshöhe, sondern auch nach der Familienlage, der Arbeitsfähigkeit des Mannes oder der Kinderzahl, für die die Schwangere keine Hilfe hat, so ergibt sich:

in 11 Fällen = 1,3% aller Fälle war die soziale Lage gut zu nennen,  
 in 227 Fällen = 26,4% aller Fälle war die soziale Lage mittelmäßig zu nennen,  
 in 584 Fällen = 68 % aller Fälle war die soziale Lage ausgesprochen schlecht zu nennen,  
 in 37 Fällen = 4,3% aller Fälle war die soziale Lage nicht mehr zu ermitteln.

Es ist daraus ersichtlich, daß die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung sehr viel häufiger bei einer Frau in schlechter sozialer Lage als in guter zu stellen ist. Zu berücksichtigenden ist dabei auch der Familienstand der Frau. 107 Schwangere waren ledig = 12,4%, 8 Schwangere verwitwet und 9 Schwangere geschieden. Die Gesamtzahl der außerehelichen Graviditäten betrug 124, d. i. 14,3% der Gesamtzahl. Diese Zahl übersteigt den Reichsdurchschnitt beträchtlich. Daß die soziale Lage bei diesen außerehelichen Graviditäten besonders ungünstig ist, darüber bedarf es keines weiteren Wortes.

Unter den Schwangeren befinden sich Mütter mit mehreren Kindern. Die Statistik darüber besagt folgendes:

Es hatten vor der zu beurteilenden Schwangerschaft:

0 Geburten	206	= 24 %
1 Geburt	200	= 23,9%
2 Geburten	165	= 19,2%
3 Geburten	108	= 12,6%
4 Geburten	61	= 7,1%
5 bis 8 Geburten	93	= 10,2%
über 8 Geburten	15	= 1,7%
unbekannt	11	= 1,3%

Das heißt, 169 Frauen hatten 4 Kinder oder mehr.

Da die Mütter mit zahlreichen Kindern sich nach der oben genannten Statistik zum großen Teil in einer sozial ungünstigen Lage befinden, heißt es, daß sie zumeist ihre Kinder während der Schwangerschaft selber versorgen müssen, meistens unter schlechten finanziellen Bedingungen.

Es scheint kein Zufall zu sein, daß bei der Begutachtung der Schwangeren die Frage der Unterbrechung, wie oben gezeigt wurde, sehr viel häufiger bei Frauen in schlechter sozialer Lage gestellt wird als bei Frauen in guten Verhältnissen. Sehr viele Schwangerschaften werden meiner Erfahrung nach auch jetzt noch unterbrochen, weil der Arzt sich sagen muß, daß bei den vorliegenden schlechten Verhältnissen eine Schädigung der Mutter und des zu erwartenden Kindes droht. Stellt man diese Sorge für Arzt und Frau ab, so wird sich voraussichtlich in Zukunft die Zahl der glücklich durchgeführten Schwangerschaften weiter vermehren.

Dem untersuchenden und begutachtenden Arzt tritt die mißliche soziale Lage häufig erschütternd entgegen. Darum ist erst kürzlich die Aufforderung wieder laut geworden, die Austragung des Kindes nicht um jeden Preis erzwingen zu wollen, wenn für eine herzkrankte Frau, die schon viele Kinder hat, keine ausreichende Hilfe vorhanden ist oder zur Verfügung gestellt werden kann (G. W. Parade, Herzklappenfehler und Schwangerschaft, Münch. med. Wschr., 1938, Nr. 18, S. 681). Würde man dieser Aufforderung folgen, so würde uns der Boden unter den Füßen entzogen werden, auf dem wir bei unseren sachlichen ärztlichen Feststellungen stehen müssen.

Sehr häufig ist die Sachlage die: bei einem mäßig dekompensierten Kreislauf kann die Frau die Schwangerschaft zu Ende führen und die Geburt ohne Gefährdung überstehen, wenn für sie ausreichend gesorgt wird. Dazu gehört 1. daß sie, wenn sie in schwerer körperlicher Berufsarbeit steht, für die Zeit der Schwangerschaft aus dem Beruf herausgenommen wird, oder ihre Arbeit erleichtert wird; 2. daß ihr ausreichende Mittel an die Hand gegeben werden, damit sie sich selber gut verpflegen kann; 3. daß ihr für die Zeit ihrer Schwangerschaft für ihren Haushalt Hilfe zuteil

wird, wenn es sich um eine Mutter mit mehreren Kindern handelt.

Eine weitere wichtige Forderung ist 4. daß ein Arzt oder ein Krankenhaus die fortdauernde ärztliche Betreuung der Schwangeren übernimmt.

Da alle Notwendigkeiten dem Leiter der Gutachterstelle aus den ihm vorliegenden Gutachten bekannt werden, liegt es an ihm mit den zuständigen Stellen in Verbindung zu treten und für Hilfe zu sorgen.

Unter allen Gutachten wurde in 185 Fällen, das sind 21,5% aller Fälle, Antrag auf Sterilisation gestellt. Antrag auf Sterilisation allein wurde in 29 Fällen gestellt, davon wurden 2 abgelehnt und 27 Sterilisationen genehmigt. Zusammen mit Unterbrechungen wurden 156 Anträge auf Sterilisation gestellt, davon wurden 5 abgelehnt und 151 genehmigt. Schon aus der geringen Zahl der Ablehnung zeigt sich, daß die Fälle, in denen ein Antrag auf Sterilisation gestellt wurde, durchaus triftige Gründe aufweisen, die zur Antragstellung führten.

Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß von den Gutachtern die Sterilisationsfrage nur dann gestellt wird, wenn sie wirklich unumgänglich ist. Meistens erscheint sie den begutachtenden Ärzten als zunächst nicht so vordringlich, auch nicht so wichtig. Es sollte aber mehr als bisher darauf hingewiesen werden, daß für wirklich schwere Herzkrankte, bei denen eine Indikation zur Unterbrechung besteht, auch immer die Frage der Sterilisation erörtert werden sollte. Zwar ist in den Richtlinien der Abschnitt über die Sterilisation nur kurz. Er enthält aber das Wesentliche: Die Sterilisation ist auszuführen, wenn eine Besserung des Herzleidens nicht zu erwarten ist, so daß eine nochmalige Schwangerschaft die Frau in erneute Gefahr bringen würde. Es ist den Ausführungen von Parade recht zu geben, daß bei schwer herzinsuffizienten Frauen die Sterilisation die nachträgliche Besserung des Allgemeinzustandes erleichtert und das Leben der Frau dadurch länger erhalten wird. Gerade wenn es sich um die Mutter mehrerer Kinder handelt, ist die Frage der Sterilisation im Interesse der zu versorgenden Kinder besonders aktuell.

**Zusammenfassung:** Die Sichtung von 859 Anträgen auf Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung auf Grund von Indikationen von seiten des Herzens führt zu folgendem Ergebnis:

1. Die Einrichtung der Gutachterstellen und die Technik der Antragstellung und Begutachtung haben sich bewährt. Die Entscheidungen wurden im großen und ganzen im Sinne der Richtlinien vorgenommen. An den Hauptlinien dieser Grundsätze darf deshalb nichts geändert werden. Es erweist sich als notwendig, die Ausführungen über die Erkennung von organischen Kreislaufschäden noch ausführlicher zu gestalten.

2. Mit Befragung eines Oberbegutachters wurden die besten Erfahrungen gemacht. Es wird angeregt, häufiger als bisher Oberbegutachter zu Wort kommen zu lassen.

3. Für die glückliche Durchführung der Schwangerschaft bei Kreislaufkranken ist die Besserung der sozialen Lage und die ärztliche Ueberwachung der Schwangeren von hohem Wert. Es wird angeregt, Maßnahmen zu treffen, die gewährleisten, daß im Bedürfnisfall eine dauernde soziale und ärztliche Betreuung der kreislaufkranken Schwangeren automatisch einsetzt.

## Hundertjährige Wiederkehr des Eintritts von H. v. Helmholtz und R. Virchow in die militärärztliche Akademie

Von Erich Hoffmann

Als eine merkwürdige und glückliche Schicksalsfügung darf die Tatsache betrachtet werden, daß zwei der größten Aerzte und Forscher aller Zeiten, Hermann v. Helmholtz und Rudolf Virchow vor einem Jahrhundert aus dem alten