

Experten diskutieren: Pro und contra RU 486

Medizinischer Fortschritt hintertrieben?

Die emotionsgeladenen Kontroversen um die sogenannte Abtreibungspille, das Hormonpräparat RU 486 (Mifepriston), haben in den letzten Wochen die Öffentlichkeit erregt. Kann und darf die Einführung eines Medikaments, das bei Abtreibungen den chirurgischen Eingriff entbehrlich machen kann und in Frankreich bereits zugelassen wurde, in Deutschland verhindert werden? In dieser Diskussion stellen sich Gynäkologen und Gynäkologinnen, Vertreter von Pro Familia und von Ethikkommissionen den Fragen der MMW.

Prof. Dr. A. W. von Eiff, Bonn: „Sensibilitätsverlust für den Wert menschlichen Lebens“

Im August 1982, also lange Zeit bevor die Diskussion um RU 486 begann,

schrrieb ich in der Zeitschrift „Stimmen der Zeit“, daß z.Z. an der Genfer Universitätsfrauenklinik eine Substanz, nämlich RU 486, getestet werde. Ich schrieb damals, daß es sich um ein Abortivum handele,



das sicher einmal eine große Rolle spielen werde, wenn es auf den Markt kommt. Unter ethischen Aspekten sah ich damals nur die Möglichkeit, die Frage der Indikation bei Vergewaltigung zu diskutieren, da es sich hier um eine andere Situation handeln würde, als z.B. bei einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

Heute würde ich aufgrund der Entwicklung im vereinten Deutschland folgende Gründe anführen, die dafür sprechen, das Präparat nicht zuzulassen: In der ehemaligen DDR war Abtreibung eine legitime Methode der Geburtenkontrolle. Im wiedervereinigten Deutschland ist diese Auffassung nicht auf das Gebiet der neuen Bundesländer beschränkt. Man muß damit rechnen, daß die Einführung von RU 486 das Problembewußtsein, d.h. die klare Unterscheidung zwischen Be-

fruchtungsverhütung und Abtreibung, verstärkt aushöhlt. Denn es ist wahrscheinlich, daß das Präparat eines Tages nicht nur in Kliniken verwandt wird, sondern auch in Apotheken erhältlich sein wird, und dann werden sich auch genügend Ärzte finden, die dieses Mittel verschreiben. Damit ist der Kreislauf der freien Verfügbarkeit nicht mehr zu verhindern.

Bei mangelndem Problembewußtsein für den fundamentalen Unterschied zwischen einem Kontrazeptivum und einem Abortivum werden vie-



Foto: Süddeutscher Verlag, München

le Frauen RU 486 wie die Pille handhaben, nämlich als Mittel der Geburtenregelung. Dieses Präparat bietet den Frauen nämlich den Vorteil, daß es nicht wie die Pille regelmäßig eingenommen werden muß, sondern bei Eintritt einer Schwangerschaft bis zum 49. Tag zum Zwecke der Abtreibung eingenommen werden kann, wobei durch Zusatz von Prostaglandinen, die seit kurzem auch peroral zugeführt werden können, die Erfolgsquote von 80 auf 95% gesteigert wird. Aber dies bedeutet, daß die Tötung menschlichen Lebens, das nach Vereinigung der Vorkerne von Ei und Samenzelle 24 bis 36

Kein Antrag auf Zulassung ohne gesellschaftlichen Konsens

Allein die bestehende Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch und die Garantie angemessener arzneirechtlicher und ärztlicher Infrastrukturen und Schutzbestimmungen reichen für eine Unternehmensentscheidung über die Zulassungsbeantragung eines Präparates wie Mifepriston nicht aus, wenn die öffentliche Meinung – wie in der Bundesrepublik Deutschland – durch kontroverse Grundwertediskussionen in der Auseinandersetzung um den Schwangerschaftsabbruch polarisiert ist und deshalb kein gesellschaftlicher Konsens vorliegt. Stellte Roussel Uclaf in einer solchen Situation einen Antrag an das

Bundesgesundheitsamt auf Zulassung von Mifepriston, so würde dies die polarisierte Diskussion aufgrund bisheriger Erfahrungen nur intensivieren, statt einen die Menschenwürde berücksichtigenden und konsensorientierten Diskurs zu fördern. Selbst in Frankreich, wo die Diskussion weniger leidenschaftlich geführt wurde, hat die staatlich verordnete Einführung von Mifepriston die Polarisierung nicht zugunsten eines gesellschaftlichen Konsenses aufheben können.

(Aus einer Stellungnahme der Hoechst AG vom Mai 1991)

„Jährlich 40 bis 60 Millionen Schwangerschaftsabbrüche, davon 25 Millionen illegal“

– Etwa 1 Milliarde Menschen (rd. 20% der Weltbevölkerung) leben in 49 Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch nur gestattet ist, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist (z.B. islamische Länder, Lateinamerika, Afrika), oder aber überhaupt gesetzlich verboten ist (Irland).

– Etwa 600 Millionen Menschen (rd. 11% der Weltbevölkerung) leben in 47 Ländern, in denen ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt ist, wenn die Gesundheit der Mutter gefährdet ist, eine Mißbildung des Foetus (embryopathologische Indikation) oder eine kriminologische Indikation vorliegen.

– Etwa 1,3 Milliarden Menschen (rd. 25% der Weltbevölkerung) leben in 23 Ländern, in denen ein Schwangerschaftsabbruch auch aus sozialen oder wirtschaftlichen Gründen vorgenommen werden kann.

– Etwa 2 Milliarden Menschen (rd. 39% der Weltbevölkerung) leben in Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen in den ersten drei Monaten nach Empfängnis möglich ist.

– Insgesamt leben also 3,3 Milliarden Menschen (rd. 64% der Weltbevölkerung) in Ländern, in denen ein Schwangerschaftsabbruch auch bei sozialer und/oder wirtschaftlicher Indikation erlaubt ist.

– Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden jährlich weltweit etwa 40 bis 60 Millionen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, davon bis zu 25 Millionen illegal.

(Aus einer Pressemitteilung der Hoechst AG vom Mai 1991)

Stunden nach Eindringen einer Spermienzelle in das Ei beginnt, zu einer völlig unkontrollierten Methode der Geburtenkontrolle wird und damit die Sensibilität für den Wert menschlichen Lebens allmählich verloren gehen kann.

Ich meine, daß der alte römische Grundsatz, den Anfängen zu wehren, bei diesem Problem eine besondere Gültigkeit besitzt.

Ich halte eine Zulassung also nicht für verantwortbar, höchstens die Freigabe für Kliniken analog den Versuchspräparaten in der klinisch-thera-

peutischen Forschung. Alle Anstrengungen sollten hingegen unternommen werden, die prophylaktischen Maßnahmen zu intensivieren, um eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern.

Prof. Dr. med. A. W. von Eiff (Vertreter der Bundesrepublik Deutschland im Internationalen AIDS-Ethik Ausschuß, Mitglied in mehreren interdisziplinären internationalen Kommissionen und Herausgeber des demnächst im Patmos-Verlag, Düsseldorf, erscheinenden Buches „Verantwortung für das menschliche Leben“), Am Paulshof 30, 5300 Bonn 1.

Dr. Gabriele Halder, Berlin: „Eine Möglichkeit, Fruchtbarkeit selbst zu regeln“

Als Abortivum ist RU 486 ein sehr hilfreiches Medikament, das den Frauen nicht vorenthalten werden sollte. Es wird den chirurgischen Schwangerschaftsabbruch zwar nicht ersetzen, ist aber eine Erweiterung des Angebotes an die Frauen. Ich halte es für die Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch dringend wünschen, für das Medikament der Wahl.



Es gibt das Schlagwort vom „home abortion kit“, das die Lebensschützer, die „pro lifer“ in den USA verbreitet haben. Damit wurde der Teufel an die Wand gemalt. Ich möchte es positiv formulieren: Es gibt den Frauen die

Möglichkeit an die Hand, ihre Fruchtbarkeit selbst zu regeln. Wenn Ausschlußkriterien berücksichtigt werden, dann bietet RU 486 vor dem Hintergrund eines funktionierenden medizinischen Versorgungssystems tatsächlich eine Möglichkeit, die Fruchtbarkeit selbst zu regulieren, also per Rezept. Es braucht gar nicht erst zu einer Implantation kommen, wenn es als „Once a Month Pill“ eingesetzt wird. Es ist ein Medikament, das an mehreren Phasen der Fertilität ansetzt. Deshalb gibt es keinen logischen Grund – vom Medizinischen oder von der Gesundheit der Frau her – ein solches Präparat zu hintertreiben.

Dr. med. Gabriele Halder (Aktive Mitarbeiterin bei Pro Familia), Frauenklinik Klinikum Steglitz, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.

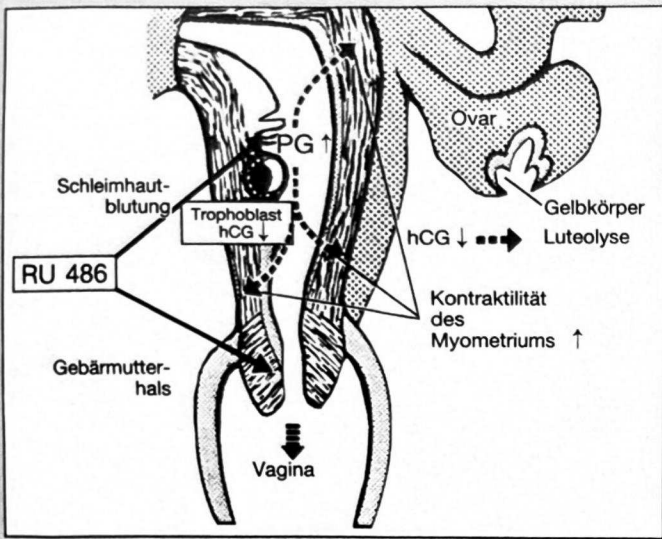
Prof. Dr. G. Göretzlehner, Greifswald: „Keine schwerwiegenden Schäden“

An der Universitätsfrauenklinik Greifswald haben wir an drei Studien, zwei mit der WHO und eine mit der Firma Roussel Uclaf, mitgearbeitet. In der ersten Studie ging es um die Abortinduktion bei Primigravidae im Alter zwischen 18 und 35 Jahren in der 10. bis 12. Schwangerschaftswoche. RU 486

(25, 50 und 100 mg) wurde zur Zervixdilatation gegen Placebo geprüft. RU 486 führte dosisunabhängig zu einer besseren Zervixdilatation.

Bei der zweiten Studie ging es um eine Abortinduktion bis zum 42. Tag post menstruationem. Die Studie wurde im Gegensatz zur ersten Studie ambulant

Wie wirkt RU 486?



Mifepriston (RU 486) besetzt die für Progesteron vorgesehene Stelle am Rezeptor und verhindert so Zugang und Wirkung des Schwangerschafts-Schutzhormons. Als Folge davon wird die Gebärmutter-schleimhaut abgebaut und die befruchtete Eizelle bzw. der Embryo ausgestoßen. Dieser Vorgang wird durch die Einnahme eines die Kontraktion der Uterusmuskulatur fördernden Prostaglandins beschleunigt. Der Abort verläuft wie eine spontane Fehlgeburt.

selbst verantworten und auch entscheiden sollte.

Für Deutschland derzeit eine Illusion? Ich konnte mich davon überzeugen, daß es nach dem Einsatz von Mifepriston zu keinen schwerwiegenden Schäden für die betreffende Frau kommt. Als einzige Komplikation beobachteten wir bei der zweiten Studie drei Dauerblutungen.

Ich glaube aber, daß Mifepriston in Deutschland derzeit nicht eingeführt werden wird. In der Diskussion hat man sich zu sehr auf den Schwangerschaftsabbruch fixiert. Meiner Meinung nach sollte man vielmehr über die Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften diskutieren.

durchgeführt. Unter 50 Fällen beobachteten wir lediglich drei Versager. Neben der Effektivität konnten wir bei dieser Studie auch feststellen, daß die Frauen psychisch nicht so stark belastet waren wie nach einem klassischen Abbruch.

In der dritten Studie wurde Mifepriston einmalig 36 Stunden vor dem Abbruch bei erstmals Schwangeren über 18 Jahren in der 10. bis 12. Woche gegeben. Dabei sollte die Effektivität der Substanz bei der Zervixdilatation im Vergleich zu einem Placebo in einer Doppelblindstudie geprüft werden. Die Studie wurde mit der Wende abgebrochen.



Ambulanter Frühest-Abort. Ich glaubte früher, daß man eventuell mit einem Menstruationsinduktor den Frauen helfen könnte. Dieses Konzept hat sich jedoch als Wunschtraum, der sich nicht realisieren läßt, erwiesen. Mit der RU 486 könnte unter Anleitung durch den Gynäkologen ein Frühest-Abort ambulant induziert werden. Aus meiner Sicht könnte von den ungewollten Schwangerschaften der Großteil, ca. 90%, mit etwas mehr Einsicht und Vernunft vermieden wer-

den. Für den verbleibenden Personenkreis könnte die RU 486 eine Alternative sein, betont werden muß jedoch, daß jede Frau den Abbruch

Prof. Dr. Bärbel Justus, Dresden: „Ich glaube, daß man den Frauen sehr helfen könnte“

Ich sehe durch Mifepriston eine vielversprechende Möglichkeit, den Frauen einen operativen Eingriff und eine Narkose zu ersparen, wo ja Komplikationen keinesfalls ausgeschlossen sind.

Natürlich sollte die Gabe des Medikaments nur unter strenger Kontrolle erfolgen. Ich würde es mir so vorstellen, daß größere Kliniken, z.B. Universitätskliniken, eine Spezialsprechstunde für betroffene Frauen einrichten und daß ausschließlich im Rahmen solcher Einrichtungen RU 486 verabreicht wird. Unter diesen Voraussetzungen sehe ich keine Möglichkeit, daß unkontrolliert abgetrieben werden kann.

Ich glaube, daß man den Frauen damit sehr helfen könnte, nicht zuletzt auch deshalb, weil eine Schwangerschaftsunterbrechung damit zeitig, unmittelbar nach Ausbleiben der Menstruation, möglich ist. Eine Interruptio ist für die Frauen noch viel schwerer,

Prof. Dr. med. G. Göretzlehner (Leiter der Abteilung Gynäkologie), Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Wollweberstr. 1, O-2200 Greifswald.

wenn schon 8 oder 10 Wochen vergangen sind.

Interruptio nicht unter allen Umständen abzulehnen. Ich bin zwar christlich gebunden, aber ich bin auch Frauenärztin. Und als solche bin ich bei bestehender Indikation unbedingt weiterhin für die Möglichkeit einer Unterbrechung.

In den neuen Bundesländern hatten wir bisher die Fristenlösung.

Ich denke, daß die Hauptaufgabe der Gynäkologen natürlich in erster Linie darin liegen

muß, eine ordentliche Aufklärung zu betreiben, um eine unerwünschte Schwangerschaft primär zu verhindern. Aber ich meine nicht, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung grundsätzlich abzulehnen ist. Daß z.B.



eine Vergewaltigung keine Indikation sein soll, kann ich als Frau nicht so ganz verstehen.

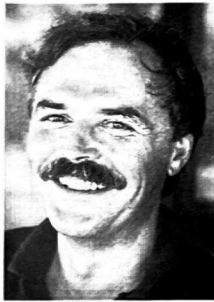
Ich habe zu Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit noch Frauen nach Seifenabort behandelt. Gerade vor diesem Hintergrund meine ich, daß man den Frauen die neue Möglichkeit einer

rein medikamentösen Interruptio nicht vorenthalten sollte.

Prof. Dr. sc. med. *Bärbel Justus* (Leiterin der Abteilung Geburtshilfe), Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie der Med. Akademie „Carl-Gustav-Carus“ Dresden, Fetscherstr. 74, O-8019 Dresden.

Priv.-Doz. Dr. R. Steldinger, München: „Eine elegante Lösung für uns Ärzte“

Ich sehe in RU 486 nur Vorteile. Wenn dieses Medikament über eine vernünftige Verschreibungspraxis zur Verfügung gestellt wird, wird der Arzt zwar in die Verantwortung miteingebunden, er trifft aber nicht mehr die alleinige Entscheidung über die Ab-ruptio. Es ist doch ein großer Konflikt, daß der Arzt die Entscheidung für eine Frau mittragen soll, was er eigentlich gar nicht möchte und was auch nicht seine Sache ist. Der größte Teil der bundesdeutschen Ärzteschaft hat sich aus diesem Grunde ja auch klar gegen die Einführung reiner Abbruch-Kliniken entschieden. Es wäre also eine sehr elegante Lösung für uns Ärzte, wenn wir ein Medikament hätten, das wir den Frauen selbst in die Hand geben können. Das Medikament aus der Verschreibungspflicht herausnehmen



zu wollen, ist meines Erachtens allerdings undenkbar. Wir sind also nach wie vor in die Verantwortung eingebunden, die Entscheidung selbst wird jedoch der Frau überlassen und das halte ich für eine vernünftige Sache.

Wir wissen aus anderen Ländern, z.B. Holland, in denen die Abtreibung liberalisierter abläuft als bei uns, daß dort die Anzahl der Abbrüche nicht höher, sondern niedriger liegt als bei uns. Zusätzlich gibt es zahlreiche Studien, die zeigen, daß die Morbidität bei Schwangerschaftsabbrüchen um so niedriger liegt, je früher der Eingriff vorgenommen wird. Schwangerschaftsabbrüche am Ende des ersten Trimenons, wo sehr häufig instrumentell gearbeitet werden muß, haben eine wesentlich höhere Komplikationsrate. Ich hielte die Einführung von RU 486 also für wünschenswert.

Priv.-Doz. Dr. med. *R. Steldinger*, Oberarzt an der I. Universitäts-Frauenklinik, Maistr. 11, 8000 München 2.

Dr. K.-H. Kimbel, Hamburg: „Als ‚Pille danach‘ besonders vielversprechend“

Wenn vollständige Sicherheits-Pharmakologie vorliegt (bei Steroiden nicht die Regel!) und Teratogenität abgeklärt (Lancet 330 [1991] 763) ist, sprechen heute keine Gründe mehr gegen die Einführung von Mifepriston. Der Bundesrat schlug am 11.3.91 (Ds. 882/1/90) vor, das EG-Ablehnungskriterium der öffentlichen Moral für Arzneimittelzulassungen zu streichen, ließ aber die Hintertür offen.

Prophylaxe vor Therapie. Das therapeutische Potential von Mifepriston ist wissenschaftlich hochinteressant, aber von untergeordneter kommerzieller Bedeutung. Von den nicht-therapeutischen Anwendungsgebieten übertrifft die postkoitale Schwangerschaftsverhütung die nicht-invasive Schwangerschaftsunterbrechung aus mehreren Gründen. Einmal gilt auch hier: Prophylaxe vor Therapie.

Zum anderen ist das Fehlbildungsrisiko wenige Tage p.c. zu vernachlässigen, bei späterer Anwendung voraussichtlich nicht, falls die Schwangere sich dann zum Austragen entschließt. Nach vorläufigen Untersuchungen (Lancet 337 [1991] 1414) ist Mifepriston als „Pille danach“ noch sicherer als Tetragynon®. Eine klinische Prüfung des Herstellers (Lancet 338 [1991] 39) wird das klären.

Falls sich bei dieser Prüfung unvorhergesehene Risiken zeigen sollten, müssen auch andere Antigestagene, z.B. aus der Bundesrepublik, geprüft werden. Das wird aber nur möglich sein, wenn das BGM erklärt, daß das BGA die Zulassung für diese Indikation nicht aus moralischen Gründen verweigert.

Dr. med. *K. H. Kimbel*, Övelgönne 92 c, 2000 Hamburg 52. ▶

„Wirtschaftsunternehmen in dieser Frage überfordert“

Die Diskussion um RU 486, ein Präparat für den Schwangerschaftsabbruch, geht, wie kaum eine andere, um ethische Grundwerte unserer Gesellschaft. Ein Wirtschaftsunternehmen kann in dieser Frage keine Entscheidung aus sich heraus treffen, es ist überfordert. Es kann sich nur im Rahmen des gesellschaftlichen Konsens bewegen, der allgemein akzeptierten ethischen Normen, die sich letztlich auch in den Gesetzen und Verordnungen des Staates ausdrücken. – Der gesellschaftliche Konsens ist in Frankreich gegeben. Bei uns in Deutschland ist die Diskussion um den Paragraphen 218 in vollem Gang, die gesellschaftlichen Normen sind bei uns in dieser Frage nicht festgelegt, deshalb steht eine Zulassung für Deutschland überhaupt nicht zur Debatte.

Prof. Dr. *W. Hilger*, Vorstandsvorsitzender der Hoechst AG.

Prof. Dr. M. Breckwoldt, Freiburg: „Handhabung des Abbruchs entscheidend erleichtert“

Jedes Präparat, das zum Schwangerschaftsabbruch eingesetzt werden kann, ist in seiner ethischen Bewertung problematisch. Besteht jedoch eine klare Indikation zum vorzeitigen Abbruch einer Schwangerschaft, sollten die Methoden eingesetzt werden, die die betroffene Patientin in somatischer Hinsicht am wenigsten belasten. Die umfangreichen Erfahrungen, die mittlerweile aus Frankreich vorliegen, sprechen eindeutig dafür, daß Anti-Gestagene, wie z.B. das RU 486, die Handhabung des Schwangerschaftsabbruchs entscheidend erleichtern im Sinne einer verbesserten Arzneimittelsicherheit. Die Gründe, die heute noch gegen die Einführung von RU 486 sprechen, sind ethisch-moralischer Natur. Medi-



zinisch sachliche Gründe gibt es nach meiner Einschätzung nicht. Bei indizierter und sachgerechter Handhabung stellen die Anti-Gestagene eindeutig einen medizinischen Fortschritt dar.

Therapeutisches Potential der Anti-Gestagene. Aus der experimentellen Forschung gibt es klare Hinweise darauf, daß Anti-Gestagene auch eingesetzt werden können als Adjuvans bei der Behandlung des Mamma-Karzinoms, zur Behandlung der Endometriose und unter Umständen auch zur Geburtseinleitung. Darüber hinaus besitzen Anti-Gestagene auch eine anti-glukokortikoide Wirkung und könnten therapeutisch beim Hyperkortikoidismus nutzbar gemacht werden.

Prof. Dr. med. M. Breckwoldt (Direktor der Abtlg. Frauenheilkunde und Geburtshilfe III), Frauenklinik, Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Hugstetter Str. 55, 7800 Freiburg.

Prof. Dr. W. Eicher, Mannheim: „Die Zukunft wird RU 486 gehören“

In Deutschland ist RU 486 ein rein ethisches Problem, medizinisch ist der Fortschritt eindeutig. Es ist eine Frage der Zeit, bis rechtliche Voraussetzungen geschaffen werden, um dieses Medikament einzusetzen. In Deutschland gibt es Konflikte mit der bisherigen Praxis des Schwangerschaftsabbruchs und der Gesetzgebung, die sich aber hoffentlich in einigen Monaten klären werden.

Ärzte bei der Indikation überfordert. Ich hoffe, daß die Entscheidung über den Abbruch einer Schwangerschaft in Zukunft in die Hand der Frau gelegt werden wird. Der Arzt ist nicht in der Lage, wirklich eine sog. Notlagensituation zu überprüfen. Er kann die Anliegen der Patientin hören, aber ob es wirklich so ist und in welchen Nöten die Patientin ist, kann nur die Frau

selbst entscheiden. Ich plädiere aus diesem Grund für eine Art von Fristenlösung, die an eine notwendige Beratung gekoppelt ist.

Nebenwirkungen minimal. Auf jeden Fall wird die Zukunft des Schwan-

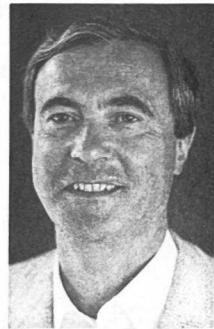


Cartoon: D. Grosse

gerschaftsabbruchs dem neuen Medikament RU 486 gehören.

Die Nebenwirkungen sind im Vergleich mit der konventionellen Methode minimal. In wenigen Ausnahmefällen wurde von schweren Komplikationen berichtet, die auf Zugabe von Prostaglandin zurückzuführen waren. Hier haben sich – sehr seltene – Kontraindikationen herausgebildet, die den Abbruch mit diesem neuen Medikament verbieten und einen konventionellen Abbruch empfehlen. Die Komplikationsquote dieser operativen Maßnahmen ist auf jeden Fall deutlich höher als das pharmakotherapeutische Vorgehen mit RU 486 plus Prostaglandin.

Ethisches Dilemma. Die ethische Konfliktlage verdeutlichen die zwei in Deutschland bestehenden Lager, von denen das eine Lager nicht mit dem Gewissen vereinbaren kann, eine Schwangerschaft überhaupt abbrechen, es sei denn, die Mutter wäre in Lebensgefahr. In dem Fall wird eine medizinische Indikation befürwortet. Tatsache ist aber, daß die Mehrzahl der Frauen in Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch in einer



Notlagensituation befürwortet. Es ist eine Konfliktsituation, wenn die Gesetzesgrundlagen sich nur schwer mit dem Usus in Einklang bringen lassen, wie er in der BRD schon gepflegt wird. Bei 90% aller Abbrüche wird die Austragung der Schwangerschaft aus subjektiven Gründen der Frau, die Notlage genannt werden, abgelehnt.

Auch die Haltung der Gynäkologen zum Thema Schwangerschaftsabbruch ist, wie in der Bevölkerung, unterschiedlich. Der letzte Deutsche Ärztetag hat aber eindeutig die Meinung vertreten, daß nicht der Arzt, sondern die Frau selbst feststellen muß, ob sie sich in einer sozialen Notlage befindet.

Prof. Dr. med. W. Eicher (Chefarzt der Gynäkologischen Abteilung), Diakonissen-Krankenhaus, Speyerer Str. 95-97, 6800 Mannheim 1.