

niemals an deutschen Universitäten ein Dermatologe die höchste akademische Würde, das Amt eines Rector magnificus, bekleidet. Riehl hatte sich im Kreise der Fakultät und Universität ein solches Ansehen erworben, so daß es keine Ueberraschung war, als im Studienjahr 1921/22 die Wahl auf ihn fiel.

Es ist gewiß kein Zufall, daß sich Riehl in der Medizin der Dermatologie zuwandte. Riehl war eine künstlerische Natur, der vor allem für die bildende Kunst aufgeschlossen war, aber auch, wie selten ein anderer, ein Beobachter der Natur. Diese besondere Beobachtungsgabe befähigte ihn in hervorragender Weise für die Dermatologie, da ja die Haut nach Hebra die äußere Decke ist, auf welcher so viel geschrieben sei, wenn man nur die Buchstaben zu entziffern verstehe. Daraus ergibt sich seine Hinneigung für eine morphologische Betrachtungsweise, sei es nun am Krankenbett oder im Mikroskop, ohne jedoch darüber die Funktion zu vergessen.

Oskar Gans, der derzeitige Präsident der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und Direktor der Frankfurter Dermatologischen Klinik, hat in einem Vortrag in München

1951 — „Die Zukunft der Dermatologie und der Dermatologen“ — den gleichen Standpunkt vertreten, wenn er trotz aller Bewunderung für die pathologisch-physiologische Forschung dafür eintritt, „die Morphologie als die Grundlage der Dermatologie erneut und stets in den Vordergrund zu stellen“. Wohl noch einprägsamer kommt dies in einem zweiten Ausspruch des gleichen Autors zum Ausdruck: „Die Dermatologie wird Morphologie sein oder sie wird nicht sein.“

Für die Wiener Dermatologen-Schule kann es auf Grund ihrer ruhmreichen Geschichte nur eine Verpflichtung geben, ihr Lehramt in jenem Geist ihrer großen Vorgänger zu führen, wie es ihr Gründer Hebra, sein Nachfolger Kaposi und nach ihm Riehl mit größtem Erfolg ausübten, der durch die Aufstellung seines Reliefs in den Arkaden der Universität heute die ihm wohlverdiente Ehrung gleich seinen Vorgängern erfährt. Dann wird diese Klinik, wie seit ihrem 100jährigen Bestand, den hilfesuchenden Kranken zum Segen, der Alma mater Rudolfina und unserem Vaterlande Oesterreich zur Ehre gereichen!
L. Arzt

Uebersichten

Schwangerschaftsunterbrechung vom Standpunkte des Gynäkologen*

Von Prof. Dr. H. Zacherl

Die Frage, ob eine Schwangerschaft ärztlicherseits auf Grund der derzeit bestehenden staatlichen Gesetze unterbrochen werden darf, ist nur dann berechtigt, wenn das Leben der werdenden Mutter durch die Schwangerschaft bedroht ist und wenn trotz aller nur möglichen Therapie-maßnahmen die Lebensgefahr für die Mutter weiterhin bestehen bleibt. Dies gilt sowohl für die schwangerschaftsbedingten Erkrankungen (also Schwangerschaftsfrühtoxikosen) selbst als auch für jene schon vor der Gravidität bestehenden Leiden, die durch die Schwangerschaft eine derartige Verschlechterung erfahren, daß sie zu einer Lebensgefahr für die Frau werden. Während bei den schwangerschaftsbedingten Erkrankungen die Indikationsstellung ausschließlich dem Frauenarzt zufällt, wird bei der zweiten Gruppe der zuständige Fachspezialist die Verantwortung für die Unterbrechung der Schwangerschaft mitzutragen haben. Bei dieser Gelegenheit muß ich betonen, daß in einem großen Teil der Aerzteschaft — Frauenärzte nicht ausgenommen — die irrige Meinung herrscht, die Entscheidung zur Unterbrechung einer Schwangerschaft aus medizinischer Indikation bei nichtgynäkologischen Erkrankungen sei allein Sache des entsprechenden Spezialisten, während der Gynäkologe nur Vollzugsorgan zu sein habe. Daraus wird weiter abgeleitet, daß bei von nichtgynäkologischer Seite erfolgter Indikationsstellung der agierende Frauenarzt frei von Verantwortung für den Eingriff sei und diese lediglich der Indikationssteller zu tragen habe. Im Bewußtsein dieser Verantwortung wird dann in praxi auch ein entsprechendes Honorar von dem die Interruptio indizierenden Arzt gefordert, das ein Mehrfaches des Betrages eines üblichen Fachgutachtens auszumachen pflegt.

Hierzu muß ausdrücklich festgestellt werden, daß der die Interruptio ausführende Frauenarzt in jedem Fall für den Eingriff gesetzlich verantwortlich ist, auch dann, wenn die Durchführung aus nicht unmittelbar gynäkologischen Gründen erfolgt und eine Indikation aus einem anderen Fachgebiet vorliegt. Eine Diskussion über die Erlaubtheit des Abortus artificialis nach den bestehenden staatlichen Gesetzen hat nur dann einen Sinn, wenn er als Ultima ratio aufgefaßt wird und nur dann in seine Rechte tritt, wenn die Entscheidung, „die Frucht im vitalen Interesse der Mutter zu opfern“, zu Recht besteht. Ist diese Ent-

scheidung in die Hand eines einzelnen gelegt, so besteht meiner Ansicht nach immer wieder die Gefahr der persönlichen Beeinflussung von seiten des Patienten und damit die Möglichkeit der Verwischung der Grenzziehung zwischen der objektiv notwendigen und subjektiv noch möglichen Indikation, wobei es letzteres für den ethisch denkenden Arzt im Sinne Hippokrates' nicht geben darf. Denn die entscheidende Frage hat stets zu lauten: Muß die Schwangerschaft beseitigt werden?, und nicht etwa: Darf die Gravidität unterbrochen werden?, was mit anderen Worten heißt: Ist der medizinische Befund gerade noch ausreichend, um bei eventueller Anklageerhebung wegen § 144 den Operateur de jure reinzuwaschen? Denn es ist heute leider nur zu bekannt, daß eine eventuell vorhandene mütterliche Erkrankung einen willkommenen Anlaß bietet, eine unerwünschte Schwangerschaft straffrei, scheinbar legal zu beseitigen. Vielfach werden die unglaublichsten Leiden zur Indikationsstellung herangezogen, oft solche, die de facto gar nicht vorhanden sind und mit großer Mühe konstruiert werden. Als Kuriosum möchte ich nur anführen, daß vor mehreren Jahren eine Patientin an meine Klinik zur Interruptio eingewiesen wurde mit der Indikation: Plattfuß.

Dieses Problem wäre sehr einfach zu lösen, wenn die letzte Entscheidung über die Notwendigkeit eines Abortus artificialis einer aus entsprechenden Fachexperten bestehenden medizinischen Kommission vorbehalten bliebe.

Solange diese Forderung unerfüllt bleibt, wird sich selbst bei größtem Optimismus an dem derzeitigen Status der legalisierten Abtreibung nichts ändern. Denn es ist heute so weit, daß aus einer Bronchitis eine Tuberkulose, aus jeder Pulsbeschleunigung womöglich ein schwerer Herzfehler, aus einer geringgradigen Albuminurie eine Nephritis und anderes herausdiagnostiziert wird. Wenn aber schon keine moralischen und ethischen Hemmungen in gewissen Aerztekreisen bestehen, sollten doch wenigstens die Gefahren und vor allem die Spätfolgen eines Abortus artificialis den Arzt vor Willfährigkeit den Patientinnen gegenüber wappnen. Philipp hat festgestellt, daß eine Funktionsuntüchtigkeit der Gebärmutterschleimhaut und der Muskulatur des Uterus bei Patientinnen mit Abortusanamnese doppelt so häufig ist, als bei Frauen, die keine Fehlgeburt durchgemacht haben, und daß von ersteren mehr als ein Viertel (27,5%) Geburtsstörungen erleiden (wie Placenta praevia, vorzeitige Lösung der Plazenta, Placenta adhaerens, accreta und increta sowie pathologische Nachgeburtsblutungen). Wohl die größte Statistik der Welt, die sich mit den Folgen des Abortus artificialis befaßt, wurde am Russischen Gynäkologenkongreß 1927 mitgeteilt. Dabei wurde von berufener Seite ein kritisches Bild von den Gefahren der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung entworfen mit

* Fortbildungsvortrag, gehalten am 10. Oktober 1954 im Rahmen des Fortbildungskurses der Wiener Akademie für ärztliche Fortbildung.

dem Resultat, daß trotz vollendeter Technik und Berücksichtigung aseptischer Kautelen, die Früh- und Spätschäden häufiger sind als beim Spontanabortion: z. B. in 10% Amenorrhoe, in 74% Oligomenorrhoe (Sserdjukow, Z o m a k i o n) und in 90% kleinzystische Degeneration des Ovars. 20% laborierten an entzündlichen Erkrankungen im Bereich des inneren Genitales und ein nicht erfaßbarer Prozentsatz war unfruchtbar geworden.

Auch ich konnte mich in Nachuntersuchungen nach Abortusfällen mit Richter in Innsbruck davon überzeugen, daß bei dem größeren Teil der Patienten verschiedenste Schäden zurückblieben. In 41% waren bleibende Tempoanomalien des Menstruationszyklus festzustellen, in 7% Amenorrhoe, in 25% Lageveränderungen der Gebärmutter, in 8% Dyspareunie, in 3% Frigidität und in 27% sekundäre Sterilität, während in 10% entzündliche Veränderungen an den Adnexen gefunden wurden.

Der operative Eingriff bei der Interruptio schädigt das Endometrium und seine Regeneration mehr als der Spontanablauf einer Fehlgeburt. Dies ändert sich auch nicht, wenn die künstliche Einleitung eines Abortus nach Boerro mit Formalineinspritzung in den Eisack an Stelle der zeitigen Unterbrechung ausgeführt wird. Am meisten wird die Nidation des Eies bei späterer Schwangerschaft sowie die Plazentalösung tangiert. Ueber die übrigen Abortusfolgen sei nur so viel kurz gesagt, daß außer den akuten Folgen vor allem die chronische Salpingitis und Adnexitis den häufigsten Denkkessel an einen solchen Eingriff darstellt. Bei 69,5% der Frauen mit Extrauterin gravidität konnte von Philipp eine Abortusanamnese erhoben werden. Nach Schultze sind von den sekundär sterilen Frauen 44% durch vorangegangene Fehlgeburten unfruchtbar geworden. Häufig werden auch als psychische Folgen Frigidität, Dyspareunie und in manchen Fällen depressive Zustandsbilder beobachtet.

Aus alldem ersehen wir, daß auch heute noch, selbst im Zeitalter der Chemotherapie und Antibiotika, der Abortus artificialis kein harmloser Eingriff ist, wie er von mancher Seite hingestellt wird. Bei Miteinbeziehung dieses letzten Punktes kann und darf daher die Devise bei der erkrankten Graviden mit Stoëckel nur lauten: „Die Erkrankung ist eine behandlungsbedürftige Komplikation der Gravidität und nicht umgekehrt: die Gravidität ist eine durch die Schwangerschaftsunterbrechung zu beseitigende Komplikation der Erkrankung.“ Würde jeder Arzt diese Einstellung zur Basis seiner Handlungen in dieser Frage machen, so wäre die Voraussetzung für eine Eindämmung des derzeit krassierenden Volksmordes gegeben.

Die Notwendigkeit eines möglichst baldigen Stops der Interruptionsseuche ergibt sich aber nicht nur aus den bisher angeführten Gründen, sondern auch aus bevölkerungspolitischen Motiven. Wenn das Ueberwiegen von Särgen über die Wiegen in dem derzeitigen Maße weitergeht, so kann man den Zeitpunkt leicht errechnen, an dem nicht nur die Arbeitenden die bereits im Ruhestand Lebenden zahlenmäßig nicht mehr erreichen, sondern auch die leitenden Stellen in allen Zweigen des Lebens nicht mehr besetzt werden können. Dies besonders deshalb, weil gerade im Mittelstand der Wille zum Kind im Sterben liegt.

Welche Erkrankungen können nun eine Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig machen und wie können wir am sichersten zu einer richtigen und unangreifbaren Indikationsstellung kommen? Vor allem muß eine exakte Diagnose mit allen uns zu Gebote stehenden modernen Hilfsmitteln der Klinik und des Laboratoriums erstrebt werden. Es dürfen an Stelle klarer, charakteristischer Krankheiten nicht verschwommene Beschwerden und subjektive Klagen zum Ausgangspunkt der Indikationsstellung genommen werden. Neben dem derzeitigen Stand des Leidens muß auch die Prognose nach eingeleiteten Therapiemaßnahmen ins

Kalkül gezogen werden. Erst nach Versagen aller Behandlungsmöglichkeiten darf bei akuter Gefährdung des mütterlichen Lebens die Unterbrechung als *Ultimum refugium* durchgeführt werden.

Welche Erkrankungen können das Leben der werdenden Mutter bedrohen? 1. Schwangerschaftsfrühtoxikosen (Hyperemesis gravidarum und akute gelbe Leberatrophie). Diese entwickelt sich meist aus einem Ptyalismus über eine Emesis zur Hyperemesis gravidarum als Folge der geänderten Stoffwechsellage und der insuffizienten Anpassungsfähigkeit der Nebennierenrinde an diese. Ist einmal die Diagnose gestellt, gehört die Patientin ins Krankenhaus oder in eine Klinik, denn der Milieuwechsel allein ist die Basis weiterer therapeutischer Maßnahmen. Fast jede Hyperemesis ist durch konservative Maßnahmen zu heilen, wie durch Applikation von Nebennierenrindenhormonen, Vitaminkombinationen von Vitamin B und C, entsprechende Diät und allgemeine antiemetische Maßnahmen usw. Als Beweis hierfür möchte ich anführen, daß seit 1949 kein einziger Fall an meiner Klinik wegen einer Hyperemesis gravidarum unterbrochen werden mußte. Gleichzeitig mit der organischen Behandlung muß aber auch eine psychogene Stützung der Patientin erfolgen, ist doch bekannt, daß gerade die seelische Komponente in der Ätiologie der Hyperemesis gravidarum eine nicht unbedeutende Rolle spielt. Dabei sind wieder zwei Gruppen zu unterscheiden, und zwar solche, die trotz intensiven Kinderwunsches durch Angst vor einer eventuellen Schädigung für das Kind sich in eine nervöse Alteration hineinsteigern, die dann eine ungünstige Basis für die organischen Auswirkungen darstellt. Die zweite Gruppe ist als die prognostisch ungünstigere bezüglich ihrer psychischen Beeinflussbarkeit, nicht aber quoad vitam, zu beurteilen. Denn jene Frauen sind a priori seelisch gegen das zu erwartende Kind eingestellt und wollen dieses unter keinen Umständen austragen. Merken sie nun die geringsten Anzeichen einer beginnenden Schwangerschaftstoxikose, so sehen diese Frauen in ihr eine im wahrsten Sinne des Wortes billige Gelegenheit, die unerwünschte Gravidität loszuwerden und tun alles dazu, um das Krankheitsbild möglichst zu aggravieren. In solchen Fällen eine seelische Umstellung der Frau zu erreichen und die Aversion gegen die bestehende Schwangerschaft zu überwinden, bedarf intensivster Bemühungen der ganzen ärztlichen Persönlichkeit. Gelingt es, diese Frauen von ihrem Irrtum zu befreien und sie psychisch zu normalisieren, dann ist das medizinische Problem der Hyperemesis gravidarum meist rasch gelöst.

Wenn nun klinisch eine Heilung mißlingt, was kaum je der Fall ist, so sind folgende klinische Zeichen alarmierend: schneller Anstieg der Pulsfrequenz bei ruhiger Bettlage nach längerer Beobachtung in Kombination mit unerwarteter Temperaturerhöhung über 38,5 bei Ausschluß infektiöser Ursachen; weiter deutlicher körperlicher Verfall, trockene Zunge, Neigung zu Kollaps, Fötorexore, Apathie, Benommenheit, Exzitation, Delirien und Krämpfe. Dazu muß auch auf das Auftreten eines Ikterus, die Verminderung der Diurese, auf Haut- und Schleimhautblutungen, das Absinken des Blutdruckes und auf die Druckempfindlichkeit oder gar Verkleinerung der Leber geachtet werden. Der Gehalt des Harnes an Azeton, Azetessigsäure und Zucker ist wenig beweisend. Dagegen kommt dem Auftreten von Leuzin und Thyrosin schon mehr Gewicht zu. Eine Vermehrung des Bilirubins im Blutserum auf + 4 mg% muß schon als alarmierend bezeichnet werden. Auch das Ansteigen der Ketonkörper im Blut, die Erhöhung des Reststickstoffes, sowie des Cholesteringehaltes sind ernste Zeichen. Trotz der Bedeutung der Laboratoriumsergebnisse stehen sie doch unbedingt hinter den klinischen Kriterien zurück und können allein für die Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung nie maßgebend sein. Es

kann ihnen daher nur die Rolle eines wertvollen Hilfsmittels in der Beurteilung der Schwere des jeweiligen Falles beigemessen werden. Mithin kann abschließend zu diesem Kapitel gesagt werden, daß bei genauer klinischer Beobachtung das Auftreten des beschriebenen toxischen Symptomenkomplexes kaum zu übersehen ist, der allein die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung als *Ultimum refugium* rechtfertigen kann. Ich möchte in diesem Zusammenhang nochmals darauf hinweisen, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung wegen *Hyperemesis gravidarum* seit 1949 an meiner Klinik nicht notwendig war.

2. Der ödemonephrotische Symptomenkomplex und die Eklampsie gehören zu den Spättoxikosen und spielen daher für die Frage der *Interruptio* keine Rolle. Die *Nephropathia gravidarum* kommt im allgemeinen auch nur in den letzten Wochen der Gravidität vor. Aber auch das Auftreten von Albumen, Zylindern im Harn und Oedemen am Beginn der Gravidität ist kein Grund für eine Schwangerschaftsunterbrechung. Eine akute Nephritis ist niemals eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Für die chronische Nephritis gilt dasselbe wie für die *Nephropathia gravidarum*.

3. Die *Pyelitis gravidarum* rechtfertigt im Zeitalter der Sulfonamide und Antibiotika nie eine *Interruptio*, da selbst in schwersten Fällen nach Stoëckel die Nephrostomie und Dekapsulation besser und rascher als die Schwangerschaftsunterbrechung helfen. Damit wären die für den Frauenarzt maßgeblichen Indikationen erledigt. Daß ein operables Genitalkarzinom trotz bestehender Gravidität radikal — also unter Opferung des keimenden Lebens — operiert werden muß, bedarf keiner gesonderten Stellungnahme.

Bei inoperablem Genitalkarzinom wird bei bestehender junger Gravidität die kombinierte Radium-Röntgen-Bestrahlung genau so durchgeführt, als ob keine Schwangerschaft bestünde. Durch die dabei verwendeten hohen Dosen kann die Frucht absterben und kommt es zum Abortus. Bei inoperablem Karzinom bei schon lebensfähigem Kind wird zuerst die *Sectio* vorgenommen und die Strahlentherapie angeschlossen.

Zu den nichtgynäkologischen Erkrankungen möchte ich nur kurz zu zweien Stellung nehmen:

Bei der akuten Lungentuberkulose wurde früher häufig von vielen Aerzten die Meinung vertreten, daß die Schwangerschaftsunterbrechung der einzige Weg sei, eine Verschlimmerung dieses Leidens zu verhindern. Es braucht nicht betont zu werden, daß diese mancherorts Lehrmeinung gewordene Ansicht eines großen Teiles der Ärzteschaft von gewissen Kollegen zu offizieller Abtreibung mißbraucht wurde. Nun hat sich aber im letzten Jahrzehnt die allgemeine Meinung zur Frage Schwangerschaft und Tuberkulose völlig geändert, da große Statistiken zeigten, daß interruptierte Tuberkulosefälle größtenteils einen ungünstigeren Verlauf zeigen als solche, die die Schwangerschaft austragen. Eine der bedeutendsten Stellungnahmen auf diesem Gebiet stammt von dem Tübinger Geburtshelfer A. Mayer: Auch er zeigt die Entwicklung der Meinungsbildung zu diesem Problem auf, die von der geforderten *Interruptio* bei einem Lungenspitzenkatarrh die ganze Skala dieses Fragenkomplexes durchläuft bis zu jenem Endpunkt der heutigen Lehrmeinung, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung bei *Tuberculosis pulmonum* überhaupt nicht mehr indiziert sei. Zu diesem Ergebnis kommt A. Mayer auf Grund eigener jahrelanger Beobachtungen und an Hand eines Zahlenmaterials, das auf einer Tagung der Tuberkuloseärzte in Münster bekanntgegeben wurde. Die Tuberkulose stellt heute keine Indikation mehr zur Schwangerschaftsunterbrechung dar. Durch die heutige Narkosetechnik wird in Fällen von verminderter Atemkapazität jegliche Energieverbrauchssteigerung bei der Geburt der Patientin durch eine schonende

Schnittentbindung erspart werden können. Als Resümee dieses Kapitels ergibt sich somit: eine Tuberkulose, gleichgültig, ob offen oder geschlossen, ist noch kein Grund für eine Schwangerschaftsunterbrechung.

Als zweites möchte ich noch kurz ein Wort zur kardialen Indikation sagen, und zwar deshalb, weil gerade mit ihr am häufigsten Mißbrauch getrieben wird. Auch hier hat sich, ähnlich wie im Kapitel Tuberkulose, in den letzten 10 Jahren ein Wandel in der Indikationsstellung herauskristallisiert, und zwar im Sinne einer zunehmenden Ablehnung. Wurde früher vielfach eine Mitralstenose für besonders ungünstig gehalten und stets unterbrochen, so hat die Erfahrung vieler Jahre gezeigt, daß auch Frauen mit sicherer Mitralstenose unter Umständen sogar eine größere Reihe von Graviditäten ohne Gefährdung überstehen können. Damit soll der Mitralstenose nicht jegliche Gefahr abgesprochen werden. Sicher muß die reine Mitralstenose ohne gleichzeitige Insuffizienz und damit auch ohne Vergrößerung des linken Ventrikels auch heute noch mit Vorsicht beurteilt werden. Andererseits muß aber doch ausdrücklich eine Revision des Pauschalurteils Mitralstenose = *Interruptio* gefordert werden. Zu den Klappenfehlern im allgemeinen wäre noch zu sagen, daß sie heute fast niemals als solche eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung darstellen. Maßgeblich ist vielmehr einzig und allein der Zustand des Kreislaufes, und dies bringt mich zum Kernpunkt des Kapitels: zum Myokardschaden. Da diesem selbst von Stoëckel noch eher eine Gefährdung des mütterlichen Lebens zugebilligt wird, als einem Klappenfehler, andererseits seine Diagnose gerade in der Schwangerschaft besondere Schwierigkeiten bereiten kann, so eröffnet sich gerade hier wieder der Verschleierung und Vernebelung des tatsächlichen Zustandes der Frau Tür und Tor, und es ist nicht verwunderlich, daß das Gros der sogenannten Scheinindikationen auf Myokardschädigung lauet. Dies deshalb, weil sie nicht nur schwer zu erkennen ist, sondern weil auch post festum das Gegenteil schwer nachgewiesen werden kann. Auch hier gilt dasselbe wie bei der *Hyperemesis gravidarum*, nämlich, daß die Erwägung einer Schwangerschaftsunterbrechung erst nach vergeblicher Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten an einer Spezialstation erfolgen darf. Gerade hier, glaube ich, würde das unbestechliche Urteil einer Kommission eine gewaltige Reduzierung von Indikationsstellungen bewirken und sich so nur zum Vorteil von Patienten und Ärzteschaft auswirken. Somit kann abschließend auch zu diesem Kapitel gesagt werden, daß, ähnlich der Tuberkulose, sich auch hier die Tendenz in ausgesprochen schwangerschaftserhaltendem Sinne abzeichnet.

Wenn ich am Ende noch einmal kurz zusammenfasse, so ist in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation in allen Fachgebieten eine zunehmende konservative, schwangerschaftserhaltende Einstellung der führenden Geburtshelfer und anderen Fachspezialisten in Ost, West und Uebersee unabhängig von ihrer weltanschaulichen und ethischen Denkungsweise festzustellen. Diese internationale Uebereinstimmung sollte sobald als möglich Gemeingut aller Aerzte auch unserer Heimat werden zum Nutzen, Vorteil und im Sinne der Erhaltung unseres Volkes. Es ist mir klar, daß dieser Appell nicht überall die erwünschte Reaktion und den entsprechenden Widerhall finden wird. Denn weder durch den Hinweis auf das ärztliche Berufsethos noch durch die Mitteilung des derzeitigen Standes der medizinischen Wissenschaft zu diesem Problem wird der geschäftsmäßige Abtreiber bekehrt werden und seine Aktivität einschränken. Deshalb möchte ich am Ende meines Referates nochmals auf die absolute Notwendigkeit der Einsetzung unabhängiger Fachkommissionen hinweisen, die allein zur Abgabe einer medizinischen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung berechtigt sind.