

Zentralblatt für Gynäkologie

c2275
Krankenanstalt
Bielefeld
Arztebibliothek

85. Jahrgang

1963 Heft 22

Inhalt

Originalmitteilungen:

- A. Mayer** (Tübingen), Häufigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung und Ehrfurcht vor dem keimenden Leben in gynäkologischer Sicht. S. 753.
- F. Mutschler, L. Keeskés** und **J. Köbor** (Pécs/Ungarn), Untersuchung von Östrogenfraktionen bei ausgetragenen normalen und toxämischen Plazenten. S. 762.
- G. F. Winter** (Bremen), Die nicht konvulsiven Spätgestosen an der Berliner Universitäts-Frauenklinik nebst Betrachtungen zur Eklampsiehäufigkeit. S. 764.
- W. Soergel** (Dortmund), Über diskordante Rhesus-Erythroblastosen bei einem Zwillingspaar nach mehrfachen Totgeburten. (Mit 2 Abbildungen.) S. 768.
- St. N. Skamnakis** (Wien), Eigenartiges Aussehen der Eihäute bei ABO-Inkompatibilität. (Mit 4 Abbildungen.) S. 772.
- M. Leyhausen** (Hamburg-Barmbek), Fehlermöglichkeiten bei Ermittlung kindlicher Mißbildungen. S. 775.

Berichte:

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin, Sitzung am 23. 11. 1962. S. 777.

Zeitschriften:

Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 22 (1962) 8. S. 782.

Neue Bücher:

M. Perrault, B. Klotz und **D. Widlocher**, Traitement des troubles de la ménopause climatérique. S. 783. — Handbuch der Urologie, Bd. V. S. 783.

Allgemeine Mitteilungen S. 784.

Häufigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung und Ehrfurcht vor dem keimenden Leben in gynäkologischer Sicht

Von **A. Mayer**, Tübingen

In einer sehr sorgfältigen und mit zahlreichen statistischen Unterlagen untermauerten Arbeit behandelte Fr. v. R o h d e n „Die Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet der Nachkriegszeit“ (Deutsches Ärzteblatt 1962, Nr. 21, S. 1139).

„Ihren Ausgangspunkt nahmen seine Forschungen im Jahre 1950 von einer enormen Zunahme der Anträge in Schleswig-Holstein. Geradezu alarmierend wirkten diese Beobachtungen in Lübeck, der damals volkreichsten Stadt des Landes. Die Zahl des legalen Abortus war hier nämlich gestiegen von 4 im Jahre 1942 bei 177 000 Einwohnern auf 542 im Jahre 1950 bei 247 000 Einwohnern. Bezogen auf 10 000 Einwohner bedeutet das eine Steigerung auf das Hundertfache, nämlich von 0,21 auf 21,9%.“

Als besondere Ergebnisse seiner Untersuchung hebt der Verfasser zwei Dinge hervor:

1. Sehr erhebliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Antragstellung und Genehmigung. Im Jahre 1950 kamen z. B. im Saarland auf 10 000 Einwohner 0,35 Unterbrechungsanträge und 0,12 Genehmigungen, während in Hamburg diese Zahlen 15,37 und 11,17 betragen. Diese großen Unterschiede führt der Autor neben anderem vor allem auf die Verschiedenheit der religiösen Bindung zurück; nach seiner Ansicht ist die Unterbrechungsquote umgekehrt proportional der Quote der katholischen Bevölkerung. Daher appelliert er ausdrücklich an die Ehrfurcht des Arztes auch vor dem noch ungeborenen Leben.

2. Auffallend war seit 1950 „die starke Abnahme der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Beobachtungszeitraum grundsätzlich in allen Ländern der Bundesrepublik und in Westberlin“. Ohne näher auf die verschiedenen Ursachen (wie verbesserte Methoden der Konzeptionsverhütung, Geburtenrückgang, Abnahme der Wohnungsnot, „Wirtschaftswunder“ usw.) einzugehen, möchte ich nur erwähnen, daß bei der Abnahme der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen der neuerdings weitgehende Wegfall der Schwangerschaftsunterbrechungen wegen Lungentuberkulose wohl eine Rolle spielt, seitdem der Lungenfacharzt-Kongreß in Münster 1949, auf Anregung seines Präsidenten des Nobelpreisträgers Domagk, mit der bis dahin herrschenden Furcht vor einer Schwangerschaft bei Lungentuberkulose Schluß gemacht hatte und die Resolution faßte: künftig grundsätzlich keine Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose, sondern Behandlung der tuberkulösen Frau in eigens dafür eingerichteten Lungensanatorien, in denen nach Seegers [23] und Seegers und Jahn [24] auch in der Schwangerschaft alle lungenchirurgischen Eingriffe mit gutem Erfolg durchführbar sind, was die Internisten bis dahin für unmöglich hielten, so daß manche von ihnen in der Schwangerschaftsunterbrechung eine wertvolle Behandlungsform der Lungentuberkulose sahen. Von diesem Standpunkt aus forderten früher manche Lungensanatorien vor der Aufnahme einer schwangeren, tuberkulösen Frau die Schwangerschaftsunterbrechung, und manche staatlichen „Kostenträger“ hatten gegen die Sanatoriumsbehandlung wegen „Unrentabilität“ wirtschaftliche Bedenken; während doch gerade die schwangere Frau auch aus Rücksicht auf das kommende Kind einen besonderen Anspruch auf Sanatoriumsbehandlung hätte haben sollen.

Meine schon vor 40 Jahren erhobene Forderung von Spezialsanatorien für schwangere Frauen mit Lungentuberkulose fand keinen Anklang.

Im Hinblick auf die hochwertigen Ausführungen von v. Rohden scheint mir eine Schilderung der Schwangerschaftsunterbrechung in gynäkologischer Schau an Hand meiner 50jährigen Erfahrung nicht unangebracht.

Eine legale Schwangerschaftsunterbrechung gibt es bekanntlich nur bei den von Naujoks im Auftrag der Deutschen Ärztekammer zusammengestellten medizinischen Indikationen, aber nicht bei einer wirtschaftlichen Indikation, was manche Ärzte übersehen. So hatten z. B. seinerzeit die Ärztinnen von Groß-Berlin in einer Eingabe an den Reichstag sich für die Schwangerschaftsunterbrechung aus wirtschaftlicher Indikation eingesetzt [3].

Wie ernst der Gesetzgeber die Vernichtung der Leibesfrucht im Gegensatz zu manchen Ärzten nimmt, geht daraus hervor, daß er für die ärztliche Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung besonders strenge Anforderungen stellt und sie nur erlaubt, wenn die Schwangerschaftsunterbrechung das einzige Mittel zur Behandlung einer bestehenden Krankheit ist und wenn durch sie die bestehende Krankheit voraussichtlich geheilt werden kann. Auch für die medizinische Indikation beruft sich der Gesetzgeber ausdrücklich auf einen „übergesetzlichen Notstand“, aus dem heraus er die Vernichtung keimenden Lebens straffrei läßt (A. Mayer [3a]).

Eine Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation gab es während meiner Assistentenzeit bei Hegar in Freiburg, zu Beginn des Jahrhunderts, so gut wie nicht; jedenfalls habe ich an der Freiburger Klinik nie eine Schwangerschaftsunterbrechung erlebt. Diese kam erst um das Jahr 1906 herum auf, als ich schon Assistent bei v. Rosthorn [19] in Heidelberg war. Die häufigste Indikation zur

Schwangerschaftsunterbrechung war die Lungentuberkulose; von Rosthorn forderte aber vor einer etwaigen Schwangerschaftsunterbrechung eine vierwöchige klinische Beobachtung. Dieser Standpunkt setzte sich jedoch nicht durch, da dabei sehr viel Zeit verlorenging.

Eine große Rolle spielte damals die „Spitzentuberkulose“, die man lange Zeit als Initialstadium der Lungentuberkulose ansah. Nicht wenige Internisten hielten sich sogar für berechtigt, auf Grund einer, bei der allerersten Sprechstundenuntersuchung angenommenen „Spitzentuberkulose“ eine Schwangerschaftsunterbrechung zu fordern, während auf dem Lungenfacharzt-Kongreß in Wildbad 1926 die „Spitzentuberkulose“ als Initialstadium der Lungentuberkulose für einen Irrtum der Schulmedizin erklärt wurde (K a y s e r - P e t e r s e n [5]).

In der Praxis des Alltags aber blieb trotzdem die Lungentuberkulose jahrzehntelang die häufigste Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Sie wurde leider nicht selten zur Beseitigung einer unerwünschten Schwangerschaft mißbraucht. Wie schon B u m m [2] rügte, bildeten sich alsbald sog. — aus einem Gynäkologen und einem Lungenfacharzt bestehende — „A b t r e i b e r - K o n s o r t i e n“, die mit den entsprechenden Attesten, von denen B u m m sagte, „Papier ist geduldig“, sich gegenseitig in die Hand arbeiteten und eine Abtreibung unter dem Schein einer gesetzlich erlaubten Schwangerschaftsunterbrechung vornahmen. Die Bereitschaft der entsprechenden Gynäkologen zum Eingriff führte B u m m weitgehend darauf zurück, daß bei Ablehnung alsbald ein anderer Gynäkologe zur Durchführung bereit war, also „Konkurrenzneid“.

Manche durchaus seriösen Internisten, besonders jene, die in der Schwangerschaftsunterbrechung an sich eine Behandlung der Lungentuberkulose erblickten und im Gynäkologen nur einen „Beauftragten“ zur Durchführung einer von ihnen für nötig gehaltenen besonderen Behandlungsform sahen, nahmen dem auf diesem Gebiet ja nicht sachverständigen Gynäkologen seine Zurückhaltung oder gar Ablehnung des Eingriffs direkt übel. Daher sagte ein Internist einem Gynäkologen: „Sie haben mir die Schwangerschaftsunterbrechung immer so schwer gemacht und damit das sittliche Kapital unserer guten persönlichen Beziehungen verscherzt“.

Das Gefühl für die Widerwärtigkeit, eine lebende Leibesfrucht unter Umständen in Einzelstücken herausreißen zu müssen, ging nicht wenigen Internisten vollkommen ab, da sie ja den Eingriff nicht erlebten. Manche von ihnen waren der Meinung, daß der Gynäkologe ja jeden Tag in den Mastdarm hineingreifen müsse, was doch „noch widerwärtiger“ sei; also eine bedauernswerte Verwechslung von Ästhetik und Ethik.

Auch Hinweise auf weltanschauliche Hemmungen, besonders auch seitens der Patientinnen, wurden von manchen Internisten abgelehnt mit der Begründung: „Wenn die Weltanschauung in die Medizin hineinspricht, so ist das immer vom Übel“.

So schwer es für den Gynäkologen auch sein mag, die Verantwortung für die Unterlassung einer vom Internisten als notwendig angesehenen Schwangerschaftsunterbrechung zu tragen, so hatte es doch lange Zeit an einer ausreichenden Aufklärung der Internisten über die mit dem Eingriff verbundenen Gefahren gefehlt, so daß manche Internisten die Schwangerschaftsunterbrechung als eine „Bagatelle“ ansahen. In Wirklichkeit wurden die postoperativen Todesfälle, die lange 1 bis 2% und mehr betrug, sowie der brutale Eingriff in das hormonale Geschehen und die ernsten körperlichen und seelischen Nachkrankheiten (A. M a y e r [9]) ganz übersehen.

Klarheit über diese völlig verkannte Seite der Schwangerschaftsunterbrechung brachten aber die Erfahrungen aus der Sowjetunion alsbald nach Freigabe der Unterbrechung. Auf dem Allukrainischen Gynäkologen-Kongreß in Kiew erklärte K i r i l o w: „Mit 140 000 Schwangerschaftsunterbrechungen haben wir nur 140 000 Frauen zu Invaliden gemacht“.

In den sowjet-russischen Erfahrungen sah K r a s s i c n i l k i a n [6] schon im Jahre 1930 eine „Lehre für Deutschland“, während die Ärztinnen von Großberlin

darin eine bestellte Arbeit „zur Stimmungsmache“ vermuteten (Deutsches Ärzteblatt 1930, 303).

Den genannten russischen Kongreßbericht hatte ich seinerzeit in meinem Buch „Erfahrungen der Sowjetunion mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung“, (Enke, Stuttgart 1933), in deutscher Sprache herausgegeben zur Aufklärung und Abschreckung des damals sehr abtreibungsfreudigen deutschen Volkes.

Manche Fachgenossen versprachen sich von dieser Warnung nicht viel, mit der Begründung, daß das deutsche Volk größeres Interesse habe an Schwangerschaftsunterbrechung als an Schwangerschaftserhaltung.

Indes, ich ließ mich von der Herausgabe der russischen Erfahrungen nicht abbringen, da ich von den ersten Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung tief beeindruckt war. Wenn auch die anfänglich nicht geringe postoperative Sterblichkeit (1 bis 2% und mehr) immer mehr zurückging, so traten doch sehr bedenkliche körperliche und seelische Nachkrankheiten auf. Erwähnt seien nur Menstruationsstörungen, Sterilität, auffallende Häufung der Eileiterschwangerschaft usw. Die seelischen Nachkrankheiten bestanden oft in schweren Depressionen, Selbstvorwürfen, Verlust des Seelenfriedens, so daß die betreffenden Frauen Mütter mit heranwachsenden Kindern beneideten und auf der Straße ihnen begegnende Kinder am liebsten gestohlen hätten, um an ihnen gutzumachen, was sie an ihrer eigenen Leibesfrucht gesündigt hatten, wie mir in meiner Sprechstunde mehrfach gesagt wurde, so daß man geradezu von „Abortuspsychose“ sprechen konnte (A. Mayer [9]). Auf dem für 1940 vorgesehenen, aber des Weltkrieges wegen ausgefallenen Gynäkologen-Kongreß in Berlin sollte ich darüber eigens berichten (A. Mayer [9]).

1949 warf ich die Frage auf: „Ist die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose heute noch berechtigt?“ (A. Mayer [10]).

Im Jahre 1950 wies ich noch einmal ausdrücklich hin auf die Versäumnisse und Irrungen im Kapitel Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose (A. Mayer [11]).

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie beschäftigte sich mit dem Problem Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose erstmals auf ihrem Kongreß in München 1911. Angesichts der in weiten Kreisen herrschenden Anhängerschaft der Schwangerschaftsunterbrechung war es geradezu ein respektsgebietender, sittlicher Mut, daß der Heidelberger Gynäkologe Menge [16] die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose grundsätzlich ablehnte mit der Begründung: „Weder ist bewiesen, daß die Schwangerschaftsunterbrechung etwas nützt, noch daß die Nichtunterbrechung etwas schadet“. So wenig Menge damals Anklang fand, so sehr hat er in der späteren Zeit voll und ganz recht bekommen.

Daß ich selbst immer mehr ausgesprochener Gegner der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose wurde, hatte hauptsächlich 2 Gründe:

1. Mehrfach hatte ich bei der gleichen Patientin erlebt, daß der eine Internist heute eine sofortige Schwangerschaftsunterbrechung für nötig hielt, während wenige Tage nachher ein anderer, gleich angesehener Internist die Unterbrechung für überflüssig erklärte und recht behalten hatte. Es ist also schon schwer, die Prognose der Lungentuberkulose richtig zu stellen.

2. Auch die Diagnose ist keineswegs immer leicht. Ich kenne 3 Fälle von postoperativem Exitus letalis, wo bei der Sektion nichts von Lungentuberkulose zu finden war. Den einen Fall erlebte ich in Heidelberg, und er ist mir unvergeßlich in Erinnerung geblieben. Der pathologische Anatom sagte uns in sichtlicher Ergriffenheit über das negative Sektionsergebnis: „Hier ist die Lunge, wo ist die Tuberkulose? Hier ist die Leiche, die Mutter von 4 Kindern.“ Man fühlte ihm an, daß er am liebsten noch gesagt hätte: „und Ihr habt sie umgebracht.“

Auf Grund der genannten Erfahrungen hatte ich auf dem Lungenfacharzt-Kongreß 1934 in Bad Kreuznach den Lungenfachärzten vorgeworfen, daß sie weder die Diagnose noch die Prognose der Lungentuberkulose so beherrschten, um uns

Gynäkologen die Verantwortung für die keineswegs unbedenkliche Schwangerschaftsunterbrechung zumuten zu dürfen (A. Mayer [15]). Der damals besonders hoch angesehene Lungenfacharzt Braeuning gab mir weitgehend recht; er betonte, daß man 16mal eine falsche Prognose stelle, um vielleicht das 17. Mal recht zu behalten. Ja, nach seiner Ansicht waren die oben erwähnten, vom Gesetzgeber verlangten Vorbedingungen für die straffreie Durchführung einer Schwangerschaftsunterbrechung eigentlich gar nicht zu erfüllen. In ähnlicher Weise sagte der Rostocker Internist Martius [8] schon vor langen Jahren: „Man kann die Prognose der Lungentuberkulose bei Schwangerschaft dem Würfelspiel überlassen oder an den Knöpfen abzählen“. Aber in der Praxis blieb es doch trotzdem noch lange Zeit beim alten.

Eine grundsätzliche Änderung brachte, wie schon erwähnt, erst der Lungenfachärzte-Kongreß in Münster 1949, wo ich abermals sehr scharf gegen die herrschende Schulmeinung vorgegangen war (A. Mayer [14]). Der Kongreßpräsident, Nobelpreisträger Domagk, regte daraufhin ein direktes Verbot der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose an, was mir selbst ein wenig zu streng vorkam. Der Kongreß begnügte sich mit der schon genannten Resolution: „künftig grundsätzlich keine Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose, sondern Behandlung der kranken Frauen in eigens dazu eingerichteten Spezialsanatorien“, wo auch alle lungenchirurgischen Eingriffe trotz Schwangerschaft mit gutem Erfolg durchgeführt werden können.

Ich selbst habe in einem dieser Sanatorien (Drilon in Westfalen) eine Anzahl in Genesung befindliche Mütter und etwa 25 gesunde Neugeborene gesehen, die der besondere Stolz der Pflegeschwestern waren. Also ein enormer Fortschritt gegen die Behandlung der Lungentuberkulose mit Schwangerschaftsunterbrechung.

Bis zum genannten Münsteraner Kongreß hatten wir fast 50 Jahre lang ungezählte Tausende von Leibesfrüchten überflüssigerweise geopfert und damit den Volksbestand geschädigt. Wieweit wir dem deutschen Volk auch Heroen des Geistes vorenthielten, etwa einen Kant, Luther, Goethe oder Schiller, läßt sich nicht entscheiden.

Dabei wies schon 1929 der Lungenfacharzt Scherer [20] darauf hin, daß von 72 Frauen mit Schwangerschaftsunterbrechung nicht weniger als 40 (68%) innerhalb eines Jahres gestorben waren, während bei 355 „Nichtunterbrochenen“ nur 16 (4,5%) starben.

Nach einem Bericht von Schubert (Hamburger Ärzteblatt 1957, Heft 11/12), verschlechterte sich in 10,9% die Grundkrankheit trotz der Unterbrechung, und in 3,1% der Fälle führte sie zum Exitus. Demgegenüber trat eine Verschlimmerung bei den abgelehnten Fällen nur in 4,5% auf, mit nur einem einzigen späteren Exitus. Eine Heilung der Grundkrankheit war in dieser Gruppe häufiger.

Eigens erwähnt sei, daß im Dritten Reich, das auf Bevölkerungszuwachs aus machtpolitischen Gründen großen Wert legte, die Schwangerschaftsunterbrechungen wegen Lungentuberkulose erheblich zurückgingen, ohne eine Vermehrung der Sterblichkeit an Lungentuberkulose (Lauterwein [7]). Auch Nieder [18] kam später zum Ergebnis, daß die Ablehnungen der Schwangerschaftsunterbrechung zu keinen Schäden geführt hatte. Das Dritte Reich hatte zur Verschärfung der Indikationsstellung die bekannten Gutachterkommissionen eingesetzt, die über die Notwendigkeit der von den Ärzten beantragten Schwangerschaftsunterbrechungen zu entscheiden hatten. Jene Gutachterkommissionen wurden, wie schon erwähnt, von den Großberliner Ärztinnen nicht geschätzt (Deutsches Ärzteblatt 1930, Seite 303). Nach ihrer Ansicht war der Hausarzt zur Beurteilung zuständiger, während neuerdings Anselmino [1] und Schwenzer [21] der Meinung sind, daß die Gutachterkommissionen nur aus zuständigen Fachärzten bestehen sollen.

Ganz falsch war es jedenfalls, daß manche praktischen Ärzte die Frauen ängstigten mit der Erklärung „die Nichtunterbrechung kann ihr Tod sein“, wie mir selbst eine Patientin angab.

Nachdem die frühere Furcht vor Schwangerschaft bei Lungentuberkulose erheblich nachgelassen hatte, tauchte neuerdings die Furcht vor der Verschlimmerung der Lun-

gentuberkulose im Wochenbett auf, besonders im Spätwochenbett (A. Mayer [11]).

Aber nach G o e c k e [4] läßt sich eine erhebliche Gefahr des Wochenbettes aus der Häufigkeit der Todesfälle keineswegs bestätigen.

Daß früher die Schwangerschaftsunterbrechungen vielfach so enorm zugenommen hatten, hängt wohl auch mit dem im „Jahrhundert ohne Gott“ (Müller-Arnack [17]) erfolgtem Verlust der Ehrfurcht vor dem keimenden Leben überhaupt zusammen, was vielfach nach Weltanschauung wechselte.

Auf dem genannten Münsteraner-Kongreß der Lungenfachärzte teilte der Gynäkologe Bickenbach mit, daß von ihm in 5 Jahren so gut wie keine Schwangerschaftsunterbrechung gefordert wurde; er brachte das damit in Zusammenhang, daß die westfälische Bevölkerung hauptsächlich katholisch ist. Nach v. Rohden (l.c. Seite 1145) ist wie erwähnt auch sonst „die Unterbrechungsquote umgekehrt proportional der Quote der katholischen Bevölkerung“.

Daß in Hamburg die Schwangerschaftsunterbrechung fast 10mal häufiger ist als im Saarland (v. Rohden) und daß nach Schubert [22] rund $\frac{1}{4}$ aller Schwangerschaftsunterbrechungen in der Bundesrepublik auf Hamburg entfallen, hängt wohl zusammen mit der besonderen und einer gewissenhaften Prüfung zu unterziehenden Großzügigkeit bei der Indikationsstellung (Schubert [22]), wobei wohl auch die soziale Indikation eine Rolle spielen mag, unter Hinwegsetzung über die genannten von Naujoks im Auftrag der Deutschen Ärztekammer herausgegebenen Richtlinien. „Solange darauf nicht verzichtet wird, bleibt das Gesetz unerfüllt“ (v. Rohden l.c. 1146).

Der erwähnte, auch in einfachen Volkskreisen herrschende Verlust der Ehrfurcht vor dem keimenden Leben zeigte sich auch daran, daß junge Mädchen beim Betreten unserer Sprechzimmer ohne Hemmungen erklärten: „Ich will mir abtreiben lassen“, als ob der „Artikel Abtreibung“ ein vom Arzt käuflicher Geschäftsgegenstand wäre. Ein anderes, von einem Familienvater mit 4 Kindern geschwängertes Mädchen bat kniefällig und händeringend um Hilfe und Mitleid mit ihrer Lage. Auf meine Frage, ob sie kein Mitleid mit der von ihr betroffenen Ehefrau und der Mutter von 4 Kindern habe, gab sie mir die Antwort: „Was geht mich die Ehefrau an, die hat ja mehr Möglichkeiten, ihren Mann an sich zu ketten, als ich“.

Für einen tiefbedauerlichen Verlust der Ehrfurcht vor dem keimenden Leben spricht es auch, wenn eine junge werdende Mutter in wirtschaftlich bedrängter Lage von einer wohlhabenden älteren Frau um Überlassung der für sie nicht mehr nötigen Säuglingswäsche bittet, aber den Bescheid bekommt, sie soll sich die Schwangerschaft unterbrechen lassen.

Wie sehr auch bei manchen Juristen die Ehrfurcht vor dem keimenden Leben geschwunden ist, erlebte ich auf dem Kriminalisten-Kongreß in Frankfurt 1932. Dort hatten hohe angesehene Juristen eine weitgehende Lockerung des dem Schutz der Leibesfrucht dienenden § 218 gefordert mit der Begründung: „Der Gesetzgeber kann nichts als Unrecht erklären, was das Volk nicht für Unrecht hält“; also Orientierung der Rechtsnormen nach der öffentlichen Meinung, anstatt Ausrichtung der öffentlichen Meinung nach feststehenden sittlichen Rechtsgrundsätzen (Mitteilung der internationalen Kriminalistenvereinigung N. F 6 [1932]).

Auf meinen Einspruch wurde mir erwidert: „Was wollen Sie denn? Jede Frau findet letzten Endes ihren Abtreiber, auch einen Arzt, auch einen Universitätsprofessor, nur die Preise sind verschieden“, also eine geradezu beschämende Kritik an der ärztlichen Standesethik und ein tief bedauerliches Zeugnis für den Verlust des ärztlichen Ansehens.

Aus Mangel an Ehrfurcht vor dem keimenden Leben gab es auch Hochschullehrer, die bei Lungentuberkulose sogar die prophylaktische Schwangerschaftsunterbrechung ventilierten ohne ausgesprochene ärztliche Indikation und sich damit vor ihren Hörern in direkten Gegensatz zum Gesetzgeber stellten.

Wie sehr auch manche praktischen Ärzte die Ehrfurcht vor dem keimenden Leben verloren hatten, unter völliger Mißachtung der erwähnten von Naujok's im Auftrag der Deutschen Ärztekammer herausgegebenen Richtlinien, sahen wir schon an der Befürwortung der „sozialen Indikation“ zur Schwangerschaftsunterbrechung durch die Ärztinnen von Großberlin. In geradezu abstoßender Weise erlebte ich das anlässlich eines ärztlichen Fortbildungsvortrages, bei dem ich die vom Gesetz verbotene wirtschaftliche Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung aus ärztlichen Gründen ablehnte. Aber einer der älteren Hörer, mit grauen Haaren, hatte keine Hemmung, mir vor den 300 bis 400 Teilnehmern zu erklären: „Ich verstehe Sie gar nicht, wenn auf dem Papier doch alles stimmt, warum soll ich die Schwangerschaft nicht unterbrechen und das Geld nicht verdienen?“!

Ebenso deprimierend waren meine Erfahrungen als Gerichtssachverständiger bei ärztlichen Abtreibungsprozessen. Dort sah ich oft den angeklagten Arzt mit 6 bis 12 seiner „Klientinnen“ auf der gleichen Anklagebank sitzen. Sehr oft kam es zur gesetzlichen Verurteilung mit Gefängnis und Entzug der ärztlichen Approbation seitens der Ärztekammer. Für die Familien bedeutete das neben öffentlicher Diskriminierung noch oft genug eine schwere wirtschaftliche Not.

Das erschütterndste Beispiel vom Verlust jeglicher Ehrfurcht vor dem Leben überhaupt ist die Vergasung der Juden und der Geisteskranken im Dritten Reich. Daß bei der letzteren auch manche Ärzte mitwirkten, zeigt, wie unheilvoll das Fehlen jeglicher weltanschaulicher Bindung sich ärztlich auswirken kann und wie falsch die obenerwähnte Behauptung ist: „Es ist immer vom Ubel, wenn die Weltanschauung in der Medizin mitspricht“.

Wegen dieser schweren Fehlhandlungen mancher Ärzte hatte das deutsche Volk bald nach dem zweiten Weltkrieg in Nürnberg mit dem Vorwurf der Kulturschande und der Kollektivschuld vor der Welt am Pranger gestanden. Daß wir nicht auch wegen „Kollektivschuld“ von den Siegermächten zur Verantwortung gezogen wurden, haben wir weitgehend Papst Pius XII. zu verdanken, der eine Kollektivschuld grundsätzlich ablehnte und nur eine Einzelschuld anerkannte.

Wohl aus Dank dafür hatten ihm nach seinem Tode mehrere medizinische Wochenschriften einen eigenen ehrenden Nachruf gewidmet.

Wie peinlich aber trotzdem unsere Fehlhandlungen infolge Fehlens jeglicher weltanschaulicher Bindung waren, geht daraus hervor, daß Bundespräsident Heuss bei seinem Besuch in London angesichts der ihm vorgelegten Dokumente von „Kollektivscham“ sprach.

Angesichts der geschilderten schweren ärztlichen Fehlhandlungen infolge Mangels einer weltanschaulichen Ausrichtung kann man es nur in besonders hohem Maße begrüßen, daß v. Rohden zu Beginn seiner erwähnten Ausführungen an die Ehrfurcht des Arztes auch vor dem noch ungeborenen Leben appelliert, unter Hinweis auf Speer: „Nur eine Eigenschaft muß dem Arzt, dem Diener am Leben eigen sein, die Ehrfurcht vor dem Leben in jeglicher Gestalt“, ein Standpunkt, den auch Schubert vertritt, mit seiner Forderung, unsere bisherige Einstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung einer gewissenhaften Prüfung zu unterziehen, ähnlich, wie das der weltbekannte Königsberger Gynäkologe Georg Winter 1918 auch schon getan hatte (Mschr. Geburtsh. 1918, 351).

Die besonders heute nicht seltene Ablehnung einer jungen Schwangerschaft durch die werdende Mutter ist für unsere ärztliche Einstellung natürlich nicht maßgebend, zumal da sie später oft ins pure Gegenteil umschlägt. Auch für nicht wenige unverheiratete schwangere Frauen ist schon der Eintritt der ersten Kindsbewegungen, dieser „ersten Zwiesprache zwischen Mutter und Kind“, oft eine Veranlassung zur ausgesprochenen Freude auf das bisher unerwünschte Kind.

Diesen Umschlag zu der Einstellung zu einem zunächst unerwünschten Kind erlebte ich besonders eindrucksvoll bei einer, mit einem Universitätsprofessor verheirateten und einen eigenen Doktorhut tragenden Frau. Sie wollte mit geradezu abstoßender Aufdringlichkeit gleich die erste Schwangerschaft in ihrer jungen Ehe unterbrochen haben mit der eigenartigen und völlig naturwidrigen Begründung: „Ich habe

nicht geheiratet, um Kinder in die Welt zu setzen, sondern um mit meinem Mann wissenschaftlich zu arbeiten". Auf meine Frage, ob ihr Mann mehr Wert lege auf ihre wissenschaftliche Arbeit als auf ein eigenes Kind, konnte sie keine Antwort geben. Meine glatte Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung nahm sie mir geradezu übel, kam aber später zur Geburt wieder in die Klinik, wo ich selbst die Entbindung leitete. Vom Anblick des Neugeborenen war sie so elementar überwältigt, daß sie sich gar nicht herzlich genug bedanken konnte für das durch meine Ablehnung der gewünschten Schwangerschaftsunterbrechung „ihr gewaltsam aufgezwungene Mutterglück". Nach Wiedererwachen des durch das verbildende Universitätsstudium eingeschlafenen Muttertriebes bekam die Frau noch 3 weitere Kinder und hatte mir auch nach Wegzug von Tübingen jahrelang immer wieder dankbare Briefe geschrieben und einen Blumenstrauß geschickt.

Selbst bei einer noch so unerwünschten Schwangerschaft nach Vergewaltigung kann man zuweilen eine ähnliche überraschende Umstellung erleben. Eine von einem Marokkaner vergewaltigte, verheiratete Frau mit 4 Kindern wünschte in mehr als verständlicher Empörung über den brutalen Eingriff in ihre Persönlichkeit die damals vom Gesetz verbotene Schwangerschaftsunterbrechung und erklärte, im anderen Fall ins Wasser zu gehen oder das geborene Kind umzubringen. Sie wies auch darauf hin, daß der zu erwartende, fremdrassige und voraussichtlich schwarzhäutige Mischling ein Fremdkörper unter ihren hochblonden Kindern darstelle und sie selber am Ende in den Verdacht des Ehebruchs bringe. Der aus der Kriegsgefangenschaft heimkommende Ehemann war ebenso erschüttert, bedauerte, im Feld nicht gefallen zu sein und lehnte die Aufnahme des zu erwartenden Kindes in seine Familie ab. Ja er sprach sogar von Scheidung aus seiner bisher durchaus harmonischen Ehe, so daß ich ihn fragte, ob es nicht sittlich hochwertiger sei, seiner Frau in ihrer großen Not beizustehen, anstatt sie zu verlassen.

Der Vorsicht halber hatte ich dafür gesorgt, daß das neugeborene Kind in einem Heim untergebracht werden konnte. Aber zu meiner größten Überraschung gab die später von mir entbundene Frau, angesichts des Neugeborenen, das Kind nicht mehr her mit der Begründung: „Das Kind hat schon keinen Vater, es ist Fleisch von meinem Fleisch, und ich will ihm eine Mutter sein.“ Ein Standpunkt, vor dem man nur die allergrößte Hochachtung haben kann, einerlei, ob ein natürlicher Muttertrieb dahintersteckt oder nur ein sittliches Verpflichtungsgefühl.

Keinesfalls kann man generell sagen, daß eine Schwangerschaft nach Vergewaltigung bei der betreffenden Frau eine unüberwindliche und menschlich ihr nicht zumutbare Ablehnung des Kindes hinterläßt.

Wie eine Frau sich letzten Endes zu einem ursprünglich unerwünschten Kind einstellt, zeigt sich erst, wenn sie das Neugeborene wenigstens gesehen oder gar eine Zeitlang gestillt hat.

Dem keimenden Leben sind wir gerade auch als Ärzte um so mehr Ehrfurcht schuldig, als wir nach Österreich das geburtenärmste Land Europas geworden sind und gerade auch durch den Geburtenausfall an einem besorgniserregenden Mangel an Arbeitskräften auf allen Gebieten des Lebens leiden. Leider Gottes fehlt es auch in unseren Krankenhäusern ebensosehr an Pflegeschwestern, wie auch an Hausangestellten, so daß manche Krankenhäuser ihren Betrieb einschränken müssen.

Die von den Gegnern des dem Schutz der Leibesfrucht dienenden bisherigen § 218 immer wieder vorgebrachte Behauptung, daß unerwünschte Kinder kein Glück für die Eltern seien, ist eine völlig unhaltbare Propagandaphrase; ich kenne unerwünschte Kinder, die später der Stolz und das Glück ihrer Eltern wurden, und ich kenne erwünschte Kinder, die im Gefängnis endeten und dem Elternhaus nur Unehre brachten.

Auf die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Herzfehler will ich hier nur mit wenigen Worten eingehen. Die Beurteilung der Herzleistungstätigkeit und damit die Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung ist bekanntlich sehr schwer. Jeder erfahrene Geburtshelfer kennt Fälle, wo der Internist zur Vermeidung der Wehenarbeit sub partu den Kaiserschnitt empfahl, während die Frau überraschend

leicht niederkam, und „die Geburt quasi heimlich ins Bett machte“ wie E y m e r sich einmal ausdrückte. Der betreffende Internist war der Meinung, daß nach seinem Befund die Frau „kein Recht hatte, alles so gut zu machen“, danach hatte sich eigentlich nicht der Arzt geirrt, sondern die Natur.

Demgegenüber kommt immer wieder vor, daß der Internist die Herzbelastung durch die Wehenarbeit nicht scheut, während die Frau mit den ersten Preßwehen tödlich kollabiert.

Eine besondere Belastung unserer Verantwortung als Geburtshelfer ist es auch, daß der herzkranken Frau zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung oft eine nicht unbedenkliche Narkose zugemutet werden muß.

Eine dieser Frauen, bei welcher der Internist die Unterbrechung der nach 6jähriger Ehe längst ersehnte Schwangerschaft verlangte, bekam hinterher auch ernste Herz Zustände. Sie lehnte aber die Zuziehung des Internisten ab mit der Begründung: „Der kommt mir nie mehr an mein Krankenbett, denn er hat mich um das so ersehnte Kind gebracht“.

Ganz unbefriedigend ist es, daß mit der bisherigen „internistischen“ Behandlung die gesunde Schwangerschaft beseitigt wird, während die Herzkrankheit bestehen bleibt. Daher begrüßen auch wir Geburtshelfer es besonders, daß die modernen Herzchirurgen durch Operation manchen Herzfehler beseitigen und die Schwangerschaft bestehen lassen können, so daß wir Geburtshelfer die Herzchirurgen als besonders wertvolle Mitarbeiter ansehen (A. Mayer [12]), worauf ich auch [13] auf dem Gynäkologen-Kongreß München 1960 ausdrücklich hingewiesen hatte im Anschluß an das Referat des Chirurgen B r u n n e r (Zürich) über die „Thoraxchirurgie bei Schwangeren“.

Zusammenfassung

Die Arbeit schildert die enorme Zunahme der Schwangerschaftsunterbrechungen im ganzen und die je nach Konfession der Bevölkerung auffallenden regionalen Häufigkeitsunterschiede. Bei der Zunahme hat neben der Irrlehre der Schulmedizin über die Verschlimmerung einer Lungentuberkulose durch Schwangerschaft auch die in weiten Kreisen verlorengegangene Ehrfurcht vor dem keimenden Leben eine Rolle gespielt. Aus diesen Gründen haben wir 50 Jahre lang Hunderttausende von Schwangerschaften fälschlicherweise unterbrochen und damit die Volkskraft geschädigt. Ob wir durch die „Ungeborenen“ unserem Volk auch Heroen des Geistes vorenthalten haben, läßt sich nicht nachprüfen.

Schrifttum

1. Anselmino und Frangenheim, *Medizinische* **1958**, Nr. 11. — 2. Bumm, *Mscr. Geburtsh.* **1917**, Juliheft; **43**, 385; **46**, 63; *Berliner Klin.* **1918**, S. 4. — 3. Dt. *Ärztbl.* **1930**, S. 303. — 3 a) Mayer, A., *Österr. Ärzte-Ztg.* **1962**, Nr. 4. — 4. G o e c k e, *Geburtsh. u. Frauenhk.* **8** (1948) 423. — 5. Kayser-Petersen, *Beitr. Klin. Tbk.* **70** (1928) 131 u. 150. — 6. Krassicnikian, „Russische Erfahrungen mit der Freigabe der Abtreibung. Eine Lehre für Deutschland.“ Berlin 1930. — 7. Lauterwein, *Zbl. Gynäk.* **67** (1943) 761. — 8. Martius in Plazek, *Künstl. Fehlgeburten*, Leipzig **1918**, 49 u. 107. — 9. Mayer, A., *Zbl. Gynäk.* **64** (1940) 354. — 10. Mayer A., *Dt. med. Rdsch.* **1949**, Heft 11. — 11. Mayer, A., *Zbl. Gynäk.* **72** (1950) 13, 769. — 12. Mayer, A., *Med. Klin.* **53** (1958) 33. — 13. Mayer, A., *Verh. Dt. Ges. Gynäk.* **195**, 577. — 14. Mayer, A., *Z. Tbk.* **95** (1950) Heft 1/2. — 15. Mayer, A., *Beitr. klin. Tbk.* **86** (1935) 8, 646. — 16. Menge, *Zbl. Gynäk.* **1918**, 873; **1920**, 151; **1926**, 921. — 17. Müller-Arnack, *Das Jahrhundert ohne Gott*, Regensburg-Münster 1948. — 18. Nieder, *Diss. Homburg/Saar* 1954. — 19. v. Rosthorn, *Mscr. Geburtsh.* **23** (1906) 851. — 20. Scherer, *Verh. Berlin. Ges. Gynäk.*, Stuttgart **1929**, S. 34 u. Brauers *Beitr. klin. Tbk.* **56** (1923) 234. — 21. Schwenzer, *Geburtsh. u. Frauenhk.* **16** (1956) 822. — 22. Schubert und Napp, *Hamburger Ärztbl.* **1957** Heft 11, 262; Heft 12, 290. — 23. Seegers, *Geburtsh. u. Frauenhk.* **8** (1948) 717. — 24. Seegers und Jahn, *Beitr. klin. Tbk.* **102** (1949) 127.

Anschr. d. Verf.: Tübingen, Univ-Frauenklinik